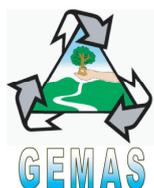




REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA NACIONAL PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
SECRETARÍA EJECUTIVA DEL FONDO DE PREINVERSIÓN



**GRUPO PARA LA EDUCACIÓN Y MANEJO AMBIENTAL
SOSTENIBLE (GEMAS)**

Panamá, octubre 2006



Excelentísimo Señor Martín Torrijos Espino
Presidente de la República
Honorable Señora Vivian Fernández de Torrijos
Primera Dama de la República

PALABRAS DEL EXCELENTÍSIMO SEÑOR MARTIN TORRIJOS, PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

Desde la primera vez que pensamos en aspirar a la Presidencia de la Nación, y conversábamos sobre los probables temas que debía tener una propuesta de Agenda de Gobierno, vimos la necesidad de incluir la atención a la población con discapacidad y sus familias de manera prioritaria.

Es así, como en nuestro Plan de Gobierno se puntualizó el compromiso que, como Presidente de esta Nación, asumimos en lo concerniente al tema de la Discapacidad. Desde el 1 de septiembre de 2004 con la creación de la Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad SENADIS y del Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad CONADIS iniciamos un trabajo arduo; a través de estos dos estamentos, implementamos una Política Pública de Inclusión Social, con miras a dar respuestas concretas y transversales en el tema de la discapacidad, dentro de todo el engranaje gubernamental, con la encomiable labor, empuje y acompañamiento de mi esposa Vivian Fernández de Torrijos, Primera Dama de la Nación.

La importante deuda moral y social que la nación tiene con este sector de la sociedad panameña es grande; ellos históricamente han vivido en situación de vulnerabilidad y de exclusión social. Y si pretendemos construir un país con mejores oportunidades para sus habitantes, con un Plan de Desarrollo Integral, el combate a la pobreza, la lucha por una mejor calidad de vida, era crucial pensar, hablar y actuar con miras a un Desarrollo Social Inclusivo, porque no puede haber un mejor Panamá para unos y para otros no.

Todo ello nos hizo pensar que para orientar mejor el esfuerzo del Estado en el tema de la atención efectiva de la población con discapacidad y sus familias, necesitábamos con urgencia dar respuesta a cuatro interrogantes fundamentales ¿Cuántos son? ¿Cómo son? ¿Quiénes son? y ¿dónde están?, iniciando entonces la delicada tarea de realizar la Primera Encuesta Nacional de Discapacidad PENDIS 2006 en nuestro país.

PENDIS nos ha dicho que la prevalencia de la discapacidad en Panamá alcanza el 11.3% de la población total, es decir 370,053 panameños y panameñas con discapacidad. Además a través de sus resultados podemos saber cuales son sus principales características socioeconómicas, demográficas. Educativas, laborales, epidemiológicas y sociales.

Presentamos al país el Primer Estudio de Discapacidad, con él Podemos responder a la pregunta ¿dónde están las personas con discapacidad? visualizando en sus páginas como las discapacidad se concentra con mayor impacto, en algunos sectores del territorio nacional. Estas dos herramientas PENDIS y el Atlas de Discapacidad, se constituyen hoy por hoy en nuestro faro, sus resultados deberán ser la guía el fundamento de todo el accionar del Estado en la ejecución del Plan Estratégico Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias.

Gracias al esfuerzo, dedicación y profesionalismo de un grupo de profesionales panameños presentamos a la Nación uno de los logros más significativos en el tema de la discapacidad, por primera vez en la historia de nuestro Panamá, se ha hecho visible este importante grupo de la sociedad.



Martín Torrijos Espino
Presidente de la República

PALABRAS DEL DIRECTOR DE SENADIS: “MÁS QUE CIFRAS: ROSTROS CON DIGNIDAD”

Cuando se diseñan planes, programas y proyectos encaminados a dar respuesta a los grupos vulnerables, son siempre necesarios los números fríos. Es así como las mujeres, los grupos afrodescendientes, los grupos indígenas, los pobres y los extremadamente pobres, pasan de ser seres humanos a convertirse en estadísticas que sustentan el porqué de esas acciones encaminadas a sacarlos de su condición de vulnerabilidad; procurando una mejor calidad de vida para ellos.

Nuestros censos, nuestras encuestas, nuestras formas de cuantificarlos han tenido en estos grupos un relativo éxito; aproximándonos bastante a su realidad. Sin embargo, hay un grupo de seres humanos de quienes las estadísticas dicen con certeza muy poco o casi nada; este grupo son las personas con discapacidad, sobre ellos son comunes los “estimados”, los “aproximados”, los “cerca de”.



La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud estiman que en el mundo representan alrededor del 10% de la población total, es decir cerca de 600 millones de personas con discapacidad.

En los últimos años, Panamá ha sufrido profundos cambios en todos los ámbitos del quehacer humano. Nuestro país, nuestra economía y nuestra cultura han sido modificados. Los gobiernos democráticos han enfrentado grandes desafíos, entre los que se destaca el combate a la pobreza. Hoy, los panameños hemos comenzado a exigir también, cada día con más fuerza, el acceso y el respeto a nuestros derechos ciudadanos y las personas con discapacidad y sus familias han hecho sentir su voz. A través de un movimiento asociativo cada vez más fuerte logra donde que hoy hablemos de su inclusión social plena y del respeto a su condición de personas, simplemente por el hecho de serlo; por encima de cualquier condición de discapacidad, pues la discapacidad no se da en lo abstracto sino en el contexto social que la condiciona.

Por lo tanto, si pretendemos construir un nuevo Panamá, requerimos del conocimiento de cada una de las diversas realidades de todos nuestros ciudadanos. Es por ello que La Primera Encuesta Nacional de Discapacidad viene a darnos una fotografía de la realidad de los panameños y panameñas con discapacidad, con quienes mantenemos una deuda como sociedad.

PENDIS 2005-2006 nos dice a viva voz que es inminente que la Política de Inclusión Social, pase de ser una Política de Gobierno a ser una Política de Estado, pues con los resultados del presente estudio se sustenta la ejecución con prioridad a nivel nacional de planes y programas integrales que satisfagan las necesidades sentidas de las personas con discapacidad y sus familias.

Quisiera dar las gracias a cada uno de los hombres y mujeres que conformaron el equipo de trabajo de PENDIS, pues por su entrega y compromiso profesional hoy, por primera vez en la historia de nuestra patria, podemos dar respuesta a esas interrogantes que siempre retumbaban en nuestras mentes: ¿cuántos son? ¿dónde están? y ¿cómo son?

Gracias por Panamá y por las Personas con Discapacidad y sus Familias

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Manuel De J. Campos L.".

Manuel De J. Campos L.
Director de SENADIS

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

Excelentísimo Señor, Martín Torrijos Espino

Presidente de la República

Honorable Señora, Vivian Fernández de Torrijos

Primera Dama de la República

Su Excelencia, Ubaldino Real

Ministro de la Presidencia

Su Excelencia, Dilio Arcia

Vice Ministro de la Presidencia

Honorable Señor, Manuel De J. Campos L.

Director, Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad

COORDINACIÓN DE PENDIS 2006

Honorable Señora, Magali M. Díaz Aguirre

Coordinadora Técnica de PENDIS-2006

Honorable Señor, Osvaldo Sánchez Casis

Coordinador Administrativo de PENDIS-2006

COLABORACION Y ASESORÍA TÉCNICA

Honorable Señora, Guadalupe Verdejo

Directora de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en Panamá

Honorable Señor, Armando Vásquez

OPS/OMS- Asesor Regional de OPS para Rehabilitación y Discapacidad

Honorable Señor, Manuel De J. Campos L.

Consultor Psicólogo – Especialista de Investigación en Salud

GRUPO PARA LA EDUCACIÓN Y MANEJO AMBIENTAL SOSTENIBLE (GEMAS)

Honorable Señora, Ima M. Avila Quintero

Coordinadora del Proyecto PENDIS

Honorable Señora, Denis Hernández Barahona

Junta Directiva de GEMAS

AGRADECIMIENTOS

*"Nosotros sentimos que lo que estamos haciendo
es sólo una gota en el océano.
Pero el océano no estaría tan lleno si no existiera esa gota."*

Madre Teresa de Calcuta



Nuestro más profundo agradecimiento a todas las personas, instituciones y organizaciones que con su mística de trabajo, profesionalismo y dedicación hicieron posible la realización de este estudio, el cual contribuirá a mejorar la calidad de vida de los y las panameños/as con discapacidad y sus familias.

Gracias.... En nombre de todas las personas con discapacidad y sus familias.

INDICE

Introducción.....	1
1. Antecedentes.....	4
1.1 Marco Conceptual.....	5
1.2 Marco Legal.....	9
2. Objetivos.....	14
2.1 Generales.....	15
2.2 Específicos.....	15
3. Metodología.....	17
3.1 Tipo de Muestreo.....	17
3.2 Universo o Población de Estudio.....	18
3.3 Marco Muestral.....	19
3.4 Sector de Estudio.....	20
3.5 Estratificación.....	20
3.6 Tamaño de la Muestra.....	21
3.7 Selección de la Muestra.....	22
3.8 Estimación.....	22
3.9 Errores de Muestreo.....	24
3.10 Instrumento de la Investigación.....	27
4. Tasa de Prevalencia.....	29
5. Presentación y Análisis de los Resultados.....	30
5.1 Aspectos Demográficos.....	30
5.1.1 Viviendas Particulares Ocupadas.....	31
5.1.2 Población Total.....	32
5.1.3 Población por Sexo.....	34
5.1.4 Población por Edad.....	36
5.1.5 Población por Sexo y Edad.....	38
5.2 Aspectos Socioeconómicos.....	41
5.2.1 Características de los hogares – vivienda.....	42
5.2.1.1 Vivienda.....	42
5.2.1.1.1 Tipo de Vivienda.....	42
5.2.1.1.2 Formas de Tenencia.....	42
5.2.1.2 Acceso a servicios básicos.....	43
5.2.1.2.1 Acceso a Agua Potable.....	43
5.2.1.2.2 Servicio de Alcantarillado.....	44
5.2.1.2.3 Servicio de Energía Eléctrica.....	44
5.2.1.2.4 Servicio de Eliminación de Basura.....	45
5.2.1.3 Equipamiento del hogar.....	45
5.2.1.4 Otras características de los hogares - viviendas.....	50
5.2.1.4.1 Conformación.....	50
5.2.1.4.2 Tamaño del hogar.....	51
5.2.1.4.3 Jefatura del hogar.....	52

5.2.1.5 Estratificación de los hogares	53
5.2.1.5.1 Metodología.....	54
5.2.1.5.2 Resultado según Indicador de Capacidad Económica.....	56
5.2.1.5.2.1 Total país y provincia.....	56
5.2.1.5.2.2 Jefes de hogar.....	59
5.2.1.5.2.3 Viviendas con servicios Básicos.....	61
5.2.1.5.2.4 Hacinamiento.....	62
5.2.1.5.2.5 Características educativas de los miembros del hogar.....	62
5.3 Aspectos Educativos.....	66
5.4 Aspectos de Salud Ocupacional.....	77
5.5 Aspectos Sociológicos.....	98
5.5.1 Grado de satisfacción de los servicios recibidos versus tipo de Discapacidad.....	99
5.5.2 Grado de satisfacción de los servicios recibidos versus nivel de instrucción de la población con discapacidad.....	100
5.5.3 Grado de rechazo o no aceptación según tipo de Discapacidad.....	102
5.5.4 Nivel de rechazo o aceptación versus grado de instrucción educativa.....	103
5.5.5 Lugares o grupos donde se perciben niveles de rechazo, según sexo y tipo de discapacidad.....	104
5.5.6 Grado de instrucción versus lugares o grupos donde se perciben niveles de rechazo.....	109
5.5.7 Estado anímico de la población con discapacidad según tipo.....	110
5.5.8 Tipo de demandas y ayudas técnicas de acuerdo al tipo de discapacidad.....	112
5.5.9 Tipo de institución que ofrecen servicios a la población con discapacidad versus lugares donde se reciben.....	113
5.5.10 Población con discapacidad según tipo de persona que le presta apoyo o cuidado personal.....	114
5.6 Aspectos Epidemiológicos.....	116
5.6.1 Discapacidad por grupos etareos.....	117
5.6.2 Discapacidad por Sexo.....	121
5.6.3 Discapacidad por área.....	122
5.6.4 Discapacidad por edad de inicio, provincia – comarca.....	124
5.6.5 Discapacidad por tipo y causa.....	125
5.6.6 Análisis de Riesgo epidemiológico de algunas variables.....	128
6. Conclusiones.....	135
7. Recomendaciones.....	142
8. Glosario de términos.....	148
9. Bibliografía.....	159
10. Equipo de Trabajo.....	167
11. Anexo de aspectos sociológicos.....	170
12. Anexo Epidemiológicos – Teoría del Riesgo	174
13. Anexo Validación por pares externos	179

INTRODUCCIÓN



INTRODUCCION

La situación de la discapacidad a nivel mundial, sobrepasa el ámbito de la salud, constituyéndose en un reto evidentemente social ya que de acuerdo a la Naciones Unidas se estima que la décima parte de la humanidad tiene una discapacidad. De los 600 millones un 20% de los más pobres del mundo son personas con discapacidad. El 98% de las mismas residen en los países en vías de desarrollo no tienen acceso a los servicios de rehabilitación; el 98% de las niñas y niños con discapacidad no asisten regularmente a la escuela y el 80% de las personas en edad productiva laboral están desempleados.

En la República de Panamá los grupos humanos vulnerables existentes siguen excluidos del desarrollo y de la productividad. Estos grupos, presentan un conjunto de factores de riesgo directamente ligados a condiciones de marginación social y económica; integrando la población más pobre en su gran mayoría, víctimas de la inequidad entre ricos y pobres; con altos niveles de desempleo; elevada tasa de deserción escolar y una muy limitada accesibilidad a los servicios de educación, salud y oportunidades de trabajo.

Las personas con discapacidad y sus familias, en nuestro país han luchado y continúan luchando por dejar de ser un grupo invisible, por un país donde se ejecuten políticas de estado que garanticen un plan nacional sostenible que promueva la accesibilidad, la integración y la participación a través del cumplimiento de los derechos y deberes consignados en nuestras leyes. Considerando lo anterior en el plan de gobierno de Patria Nueva, el tema de la Discapacidad sería tomado en consideración como una de las políticas que apuntan a hacerle justicia a este grupo vulnerable. Se planteo la necesidad de contar con un estudio que permitiese la recolección de elementos objetivos y confiables y que se ajustasen a las nuevas tendencias de análisis de las organizaciones especializadas sobre el tema.

Un aporte significativo en la búsqueda del conocimiento sobre la realidad nacional en este grupo lo constituyen los resultados de La PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (PENDIS 2005-2006), los cuales presentan por primera vez a la faz de nuestro país y del mundo, la prevalencia real de la discapacidad y la caracterización de este grupo de panameñas y panameños, a través de las respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cuántos son? ¿Dónde están? ¿Quiénes son? ¿Cómo son?

El estudio da las bases para viabilizar las políticas dirigidas a hacer valer los derechos humanos, la inserción de las personas con discapacidad con vías a mejorar su calidad de vida. El mismo tiene cobertura a nivel nacional, que comprende áreas rurales, urbanas e indígenas y el enfoque de género. La realización de este estudio, es una necesidad sentida por los grupos de la sociedad civil y estudiosa de la materia tanto a nivel nacional como internacional.

Para la administración de Excelentísimo Señor Martín Torrijos Espino, Presidente, ha sido uno de los grandes retos, “la construcción de una plataforma sólida de políticas públicas que se traduzca en un instrumento que revierta la marginación y la invisibilidad que experimentan las personas con discapacidad” (Plan Estratégico Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad. 2005), prueba de ello fue la instalación el 1 de septiembre de 2006 de la Secretaria Nacional para la Integración Social de las Personas con discapacidad (SENADIS) y el Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS) además del apoyo brindado para la realización de La Primera Encuesta Nacional de Discapacidad (PENDIS 2005- 2006).

Este informe final sobre el Estudio referente a la Prevalencia y Caracterización de la Discapacidad, confirma muchos de los supuestos conceptuales e hipótesis que fueron construidas en torno a las características de la discapacidad en Panamá, esbozados previamente en fase de planificación del mismo y que constituyeron la línea base para el desarrollo de las diversas actividades que desarrolla actualmente el Plan Estratégico Nacional (PEN).

Con la solidez y las sustentaciones estadísticas que brinda la metodología utilizada y validada por pares externos para expandir los datos que posteriormente fueron analizados; se confirma que el tema de la discapacidad es un problema multicausal de salud pública, que incluye los aspectos: social, educativo, laboral y socioeconómico los cuales no están distantes de la significativa brecha ya conocida que separa a ricos y pobres en nuestro país y que apunta hacia un entorno macro social de inequidad y deficiente distribución de las riquezas.

Una de cada tres viviendas en nuestro país tiene por lo menos una persona con alguna discapacidad, (sin discriminar el tipo, la severidad o la causa), siendo la tasa de Prevalencia de 11.3% lo que nos ubica, regionalmente, dentro de los valores estimados por la Organización Panamericana de la Salud.

La investigación realizada en Panamá, coincide en concluir que la población más vulnerable gira en torno a la dramática situación que presentan los grupos poblacionales en desventaja, pertenecientes al sexo femenino; residentes en su gran mayoría de las áreas rurales de difícil acceso, que conforman parte de la lista de corregimientos de pobreza y pobreza extrema; donde la oferta de los servicios básicos es débil y además tienen un importante porcentaje de desocupación por lo tanto su nivel de dependencia y baja autonomía no les permite una vida independiente, con un alto y crónico nivel de insatisfacción y frustración siendo en suma catalizadores sociales que exarcean o profundizan su discapacidad; llevándolos/as a un punto crítico donde las intervenciones en rehabilitación resultan muy costosas para el propio individuo, la familia y el Estado, pero principalmente no permiten el pleno ejercicio de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales.

El presente documento contiene todas las ayudas técnicas que facilitaron el proceso clave de análisis tales como: cuadros porcentuales, gráficas, indicadores estadísticos de riesgo y resumen de base de datos en lo concerniente al tema demográfico, socioeconómico, epidemiológico, sociológico, educativo y laboral.

Este informe explica todos los aspectos metodológicos usados en el muestreo, en el tamaño de la muestra y en la expansión de los resultados. Incluye también los índices utilizados y el cálculo de riesgo. Además les presenta el análisis de los resultados encontrados, desde la perspectiva de cada una de las especialidades involucradas en el estudio.

Con los hallazgos científicos sociales encontrados esperamos, tal como se manifiesta en los objetivos del estudio, dar mejores y válidos insumos para la toma de decisiones político administrativas en relación al tema de la discapacidad que involucre la participación no sólo del Estado sino de las organizaciones civiles y las familias de la población con discapacidad.

ANTECEDENTES



1. ANTECEDENTES

1.1 *Marco Conceptual*

En la actualidad los organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU), identifican la necesidad de reconocimiento de los derechos humanos de las poblaciones; incluyendo las minorías, a través de la utilización de estudios de población con alta rigurosidad científica y precisión que dé como resultado la caracterización multifacética de estas poblaciones en general, y de la discapacidad en particular que permitan la toma de decisiones políticas para la construcción de planes de desarrollo humano sostenibles en busca de equiparación de oportunidades y de inclusión social.

DEFINICION DE DISCAPACIDAD

La discapacidad como fenómeno social ha evolucionado y en la actualidad responde a una serie de necesidades de orden científico, económico, educativo y gerencial que dada su complejidad metodológica se hace necesaria la revisión de diferentes tendencias multi y transdisciplinarias a nivel internacional y nacional.

En América, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido y recomendado la utilización del concepto de discapacidad bajo los siguientes parámetros:

ES TODA LIMITACIÓN EN LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN, QUE SE ORIGINA EN UNA DEFICIENCIA FÍSICA, SENSORIAL, PSÍQUICA Y/O MENTAL QUE AFECTA A UNA PERSONA DE FORMA PERMANENTE EN SU DESENVOLVIMIENTO COTIDIANO Y EN SU RELACIÓN CON EL ENTORNO FÍSICO SOCIAL.

Dentro de esta definición cabe resaltar los dos ejes centrales de la misma concentrados en:

1. "Limitación en la actividad": hace referencia a las dificultades que un individuo puede tener en su desempeño y en la realización de una actividad, originadas en una deficiencia (por ejemplo: para ver, para oír, para caminar, para hablar, para aprender, etc.).
2. "Restricción en la participación": hace referencia a los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, originadas en una deficiencia (por ejemplo: en la educación, en la recreación, en el trabajo, etc.).

Cabe aclarar que si bien todas las personas tienen alguna limitación o restricción para realizar diferentes actividades (como por ejemplo para cantar, para hablar en público, para bailar, para hacer manualidades, para recordar fechas y direcciones, etc.) son estas limitaciones y/o restricciones comunes y corrientes que, por lo general no les afecta mayormente en el desenvolvimiento y en su vida diaria.

Sin embargo, algunas personas, ya sea de nacimiento o porque las adquieren durante su vida, por accidente o enfermedad, tienen limitaciones más determinantes, originadas en una deficiencia que sí les afectan en el desenvolvimiento y en su vida diaria.

En este caso hablamos de “personas con discapacidad” (como por ejemplo no poder hablar debido a una malformación en los órganos de fonación, no poder bailar o hacer manualidades debido a una amputación, no poder retener ideas o conceptos debido a un retardo mental, etc.).

La limitación en la actividad y la restricción en la participación siempre deben estar originadas en una deficiencia, referida ésta al campo de la salud, es decir originada en algún problema en las funciones o estructuras corporales, tales como anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en las mismas. La deficiencia no es lo mismo que la patología que la origina sino su manifestación. Son ejemplos de deficiencia: ausencia de ojo, disminución del campo visual, pérdida de audición en uno o en ambos oídos, pérdida de la producción de la voz, disfasia, retraso mental, pérdida o ausencia de la capacidad para distinguir entre fantasía o realidad, pérdida parcial o completa de la memoria, deformidad de alguna parte del cuerpo, defecto en algún órgano interno (vesícula, riñón, esófago, etc.).

Según se ha dicho, se desea dejar bien en claro que: tanto las “limitaciones en la actividad” como las “restricciones en la participación” deben estar originadas en una deficiencia, referida ésta al campo de la salud. Es por ello que se excluyen limitaciones y restricciones originadas en factores socioeconómicos u otros culturales (por ejemplo: niños que tienen dificultad en su ingreso a una escuela debido a escasos recursos materiales o desinterés de su familia; personas que no participan en un ámbito deportivo porque son excluidas por su raza o religión; etc.).

La limitación en la actividad y la restricción en la participación deben ser “actuales”, o sea estar afectando al individuo en el momento de la indagación y “permanentes,” es decir duraderas, afectando o esperándose que afecte al individuo por un tiempo superior a un año (por ejemplo: no camina porque tiene atrofiadas o paralizadas ambas piernas, no habla porque es sordo.).

Esto excluye las discapacidades de corto plazo debido a condiciones temporales o transitorias tales como fracturas o enfermedades (por ejemplo: no camina porque

tiene la pierna enyesada por una fractura, no habla por una aguda afonía a causa de una gripe, etc.).

Es decir, si una persona tiene dificultades o problemas permanentes (afectando o esperándose que afecte al individuo por un tiempo superior a un año) para el desempeño o realización de una actividad, originadas en una deficiencia, será considerada persona con discapacidad.

Por el contrario, si una persona no tiene o no declara ninguna dificultad o problema permanente (que lo afecte por lo menos durante un año), originada en una deficiencia, para el desempeño o realización de una actividad se la considerará persona sin discapacidad.

No obstante estas características generales, y dada la complejidad de la temática que se está investigando y la necesidad de hacer una detección adecuada, a los **efectos de esta Encuesta se adoptado** los siguientes criterios:

Se incluyen:

- Las personas de más de 65 años que experimentan una discapacidad permanente, originada en una deficiencia aunque esta no esté claramente delimitada u obedezca a procesos degenerativos en los que la edad influye decididamente (por ejemplo: visión disminuida no superada por el uso de anteojos o lentes; pérdida de audición; uso de audífonos; dificultades para subir escaleras o transitar, o agarrar objetos sin ayuda; falta de orientación, etc.).
- Todas las personas con discapacidad permanente, aunque la tengan superada con el uso de alguna ayuda técnica externa como muletas, sillas de ruedas, prótesis de algún miembro, audífonos, oxígeno, sondas, etc. (por ejemplo: camina solo pero con muletas o bastón; oye pero con audífonos; sale y trabaja pero es “oxígeno-dependiente”, hace todas las tareas del hogar pero usa siempre una pierna ortopédica; etc.).
- Todas las personas con ayudas técnicas internas como marcapasos, válvulas cardíacas, clavos, etc., o personas con algún órgano transplantado, que se encuentren limitadas para desarrollar alguna actividad en la vida cotidiana y que experimenten restricciones en la participación aún con este tipo de ayudas (por ejemplo: tienen un marcapasos y presenta dificultades para caminar, tiene un clavo en la pierna y no puede practicar deportes, tiene un trasplante de hígado pero no puede trabajar, etc.).

Se excluyen:

- a las personas con dificultades o problemas de la visión, que las hayan superado con el uso de anteojos o lentes.
- Aquellas personas que hayan superado su discapacidad con el uso de alguna ayuda técnica interna, y NO se encuentran limitadas para desarrollar alguna actividad en la vida cotidiana y NO experimentan restricciones en la participación (por ejemplo: tiene un marcapasos y

camina sin dificultad, tiene un clavo en la pierna y practica deportes, tiene un trasplante de hígado y trabaja, etc.).

- Las personas afectadas por enfermedades, siempre que éstas NO produzcan limitaciones en las actividades y restricciones en la participación.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF):

El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. La clasificación revisada define los componentes de la salud y algunos componentes “relacionados con la salud” y el “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como *dominios “de salud”* y *dominios “relacionados con la salud”*. Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: Funciones - Estructuras Corporales y Actividades-Participación. Como clasificación, la CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud (Ej. lo que una persona con un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). El concepto de *funcionamiento* se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, *discapacidad* engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación. La CIF también enumera Factores Ambientales que interactúan con todos estos “constructos”. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios.

La CIF pertenece a la “familia” de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. el diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión) que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF. Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias, y se recomienda a los usuarios que utilicen conjuntamente estos dos elementos de la familia de clasificaciones internacionales de la OMS. La CIE-10 proporciona un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve

enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, y permite un mejor empleo en los procesos de toma de decisiones.

Por otro lado la OMS aportó el documento WHO-DAS II elaborado por un grupo de expertos de la conducta humana y salud mental cuyo objetivo principal fue lograr la operacionalización efectiva y eficiente de la CIF permitiendo el uso de la misma en investigaciones, estudios de poblaciones, certificación de la discapacidad, evaluación actuarial de las primas de seguro entre otras.

1.2 MARCO LEGAL

El Plan Estratégico Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2005- 2009, elaborado en nuestro país busca hacer realidad el derecho a la inclusión social como estrategia para el desarrollo de esta población y sus familias.

Tiene como base la legislación panameña que rige el sector, principalmente la Ley Nº. 42 de 29 agosto de 1999 de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad y el Decreto Nº. 103 de 1 de septiembre de 2004 que crea la Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (SENADIS) y el Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (CONADIS). Este decreto establece que es función de este Consejo: “Proponer estrategias destinadas a lograr la integración social de las personas con discapacidad” lo que se constituye en el objetivo principal de este plan.

Se fundamenta además, en los principios y acuerdos internacionales que Panamá ha suscrito relacionados con los derechos de las personas con discapacidad.

Marco Legal Internacional

A continuación se enlistan las principales fuentes jurídicas relacionadas al tema de discapacidad que han sido consideradas en otras latitudes y en nuestro país, las cual fueron revisadas para la elaboración del plan nacional.

Declaraciones y Compromisos Nacionales e Internacionales

- **Declaración de Cartagena de Indias:** Aprobada el 30 de octubre de 1992 en Colombia. Tiene como finalidad reafirmar las normas establecidas para la prevención de la discapacidad y la integración socio-laboral efectiva de personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas.
- **Declaración de Managua:** Aprobada el 3 de diciembre de 1993, suscrita por 36 países de América. Formula el desarrollo de políticas

sociales a favor de los niños (as) y jóvenes con discapacidad y sus familias, sobre la base de una visión común del bienestar social.

- **Compromiso de Antigua, Guatemala enero de 1995:** Plantea la necesidad de dar seguimiento a la Declaración de Managua y a sus implicaciones en beneficio de los niños y las niñas desde su nacimiento hasta los seis años por ser la edad más vulnerable a factores sociales, ecológicos, políticos, económicos y culturales que afectan sus estructuras biológicas, psicológicas así como su identidad cultural.
- **El Compromiso de Montevideo:** Da seguimiento a la Declaración de Managua y a sus implicaciones en beneficio de los niños y niñas con discapacidad de seis a doce años. Su meta prioritaria es el logro de la integración educativa y el desarrollo al máximo de las personas con discapacidad.
- **Compromiso de México de mayo de 1995:** Igualmente da seguimiento a la Declaración de Managua, y sus implicaciones son en beneficio de los adolescentes con discapacidad y sus familias para integrarse a una vida plena en su comunidad.
- **Compromiso de Atlapa 1995:** Se desarrolla en un marco de los derechos Humanos como responsabilidad de todos. Su importancia está en la colocación del tema de discapacidad y los Derechos Humanos en la agenda nacional promoviendo una incidencia en el accionar de las instituciones y del sector de la sociedad civil bajo este nuevo paradigma. Anuncia la necesidad de llevar a la práctica los diversos planes de acción propuestos a favor de las personas con discapacidad.
- **Compromiso de El Salvador:** Tiene como prioridad presentar ante las instituciones rectoras de cada país, el Proyecto Regional de Accesibilidad y de Eliminación de Barreras Arquitectónicas, a efecto de que sea evaluado, respaldado y ejecutado en cada uno de los países de la región.
- **Compromiso de Atlapa 2000:** Permitió la reflexión colectiva en consenso general respecto a cuestiones medulares relativas a la discapacidad dando como resultado la presentación de una propuesta de Política Nacional de Atención a la Población con Discapacidad.

Leyes o Normas:

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha desarrollado una serie de normas, leyes y declaraciones para el logro de la integración plena a la sociedad de las personas con discapacidad, a saber:

- La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, adoptada por la Asamblea General de la ONU, el 10 de diciembre de 1948.
- La A/Res/2856 , mediante la cual la Asamblea General de la ONU adopta el 20 de noviembre de 1971 la Declaración de los Derechos de las Personas Deficientes Mentales.

- Resolución para la Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación de las Personas Minusválidas, aprobada el 16 de mayo de 1975, por el Consejo Económico y Social de la ONU.
- La A/Res/3447 de 9 de diciembre de 1975, mediante la cual la Asamblea General de la ONU aprueba la Declaración de los Derechos de las Personas Minusválidas.
- El año 1981, mediante A/RES/71/123 de 16 de diciembre de 1976, es declarado por la Asamblea General de la ONU, Año Internacional del Minusválido (AIM).
- Res/179 de 14 de mayo de 1979, mediante la cual el Consejo Económico y Social "Promueve la Prevención de la Discapacidad".
- La Resolución sobre "Medidas a favor de la Mujer Minusválida, sin discriminación de edad" aprobada en julio de 1980, en La Conferencia Mundial sobre el Decenio de las Naciones Unidas.
- Mediante A/RES/37/52 y A/RES/37/53 de 3 de diciembre de 1982, la Asamblea General aprueba el Programa de Acción Mundial de las Personas Minusválidas y Proclama el período 1983-1992 "Decenio de las Naciones Unidas para las personas Minusválidas".
- La RE/1984/26, aprobada el 24 de mayo de 1986 por el Consejo Económico y Social de la ONU. "Sobre la Violación de los Derechos Humanos y las Personas Minusválidas".
- Convención sobre los Derechos del Niño: Asamblea General Res 44/25, anexo 44 UN. GAOR Sup. (N0.49) p. 1677, ONU Doc. A/44749 (1989), entrada en vigencia el 2 de septiembre de 1990.

Marco Legal Nacional

Ha sido ratificado dentro de diversas resoluciones, acuerdos y tratados en el marco internacional el concepto de que la atención a las personas con discapacidad y sus familias deben basarse en el respeto a los derechos humanos, que en su condición de ciudadano o ciudadana asisten a todo ser humano, ésta debe ser considerada como sujeto activo de derecho y no como receptor pasivo.

Existen normas que se han elaborado para la inclusión de las personas con discapacidad; sin embargo, su cumplimiento es débil.

Las principales fuentes jurídicas a nivel nacional que fueron consultadas para el diseño del plan nacional se listan a continuación

- **Artículo No.19** de la Constitución Política de la República de Panamá.
- **Ley No.15 de 1990-** Convención de los Derechos del Niño.
- **Ley No.1 de 28 de enero de 1992**, en la cual se protege a las personas con pérdidas auditivas.

- **Decreto Ejecutivo No. 60 de 19 de abril de 1993 "Por el cual se reglamenta el beneficio establecido en el artículo 14 de la Ley No.1 para personal con discapacidad"**.
- **Ley No. 18 de 8 de noviembre de 1993** "Por la cual se aprueba el Convenio sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas. Convenio 159 OIT".
- **Ley No.3 de 17 de mayo de 1995.** Código de la Familia. Libro II. Menores en Circunstancias Especialmente Difíciles. El artículo 17 define Discapacidad y el artículo 518 establece iguales derechos a las personas con discapacidad que la Constitución y otras Leyes le otorgan a las demás personas. En su Libro III, De la participación del Estado en las Políticas Sociales toma en cuenta a las personas con discapacidad.
- **Ley Nº 27 de 1995** modificada, reformada y adicionada por la **Ley Nº 38 de 2001.** Violencia intrafamiliar y Violencia doméstica.
- **Ley No. 34 de 6 de julio de 1995,** "Por la cual se reforma la Ley Orgánica de Educación y se establece que la educación de los niños y niñas con
- necesidades educativas especiales (NEE) será coordinada en el Ministerio de Educación a través de la Dirección Nacional de Educación Especial".
- **Ley Nº 42 de 1997** por medio del cual se crea el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia y la Dirección Nacional de Discapacidad como organismo responsable en la coordinación, planificación y ejecución de políticas sociales en materia de discapacidad.
- **Acuerdo Municipal Nº 19 de 10 de febrero de 1998,** sobre la Eliminación de Barreras Arquitectónicas; modificado por el Acuerdo Municipal Nº. 27 de 9 de marzo de 1999, por el cual se establecen diseños para la construcción de edificios de acceso al público y espacio de usos públicos en el Distrito Capital.
- **Decreto Ejecutivo No. 46 de 28 de diciembre de 1998,** por el cual se establecen las normas para la atención de personas con discapacidad y se adoptan otras disposiciones con relación a la equiparación de oportunidades y facilidades que debe recibir la población con discapacidad.
- **Ley Nº 42 de 29 de agosto de 1999** –Se establece la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad.
- **Decreto Ejecutivo Nº. 88 de 12 de noviembre de 2002.** Se reglamenta la Ley de Equiparación de Oportunidades.
- **Decreto Ejecutivo Nº. 103 de 1 de septiembre 2004:** crea la Secretaria Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad. (SENADIS) y el Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad.
- **Decreto Ejecutivo Nº 7 de 24 de febrero de 2005:** apertura de la Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad del Ministerio de Salud.
- **Resuelto Nº -04DG/DAJ de 19 de noviembre de 2004:** se crea la Oficina de Igualdad de Oportunidades del Instituto Nacional de Cultura.

- **Decreto Ejecutivo N° 9 del 8 de marzo de 2005:** Oficina para el Desarrollo Socioeconómico de las Personas con Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral
- **Decreto Ejecutivo N° 9 del 23 de marzo de 2005:** Oficina para la Igualdad de Oportunidades del Ministerio de Obras Públicas.

OBJETIVOS



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Determinar la prevalencia y caracterización de las personas con algún tipo de discapacidad en todo el territorio nacional.

2.2. Objetivos Específicos:

- Estimar la prevalencia de la discapacidad.
- Describir con enfoque de género las características sociológicas, económicas, epidemiológicas, demográficas y laborales de las personas en situación de discapacidad
- Identificar las demandas sanitarias, educativas, de empleo y sociales requeridas por la población en condición de discapacidad.

METODOLOGÍA



3. METODOLOGÍA

Se aplicó La Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad denominada PENDIS cuyo objetivo es cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad, en su desenvolvimiento cotidiano y en su relación con el entorno físico social.

Los datos de la Encuesta se obtuvieron a través de entrevistas directas efectuadas en las viviendas que fueron elegidas, mediante el Método del Muestreo. Este método comprende un conjunto de procedimientos, basados en la teoría de probabilidades, mediante los cuales se investiga un pequeño porcentaje, científicamente seleccionado, de la población que reside en Viviendas Particulares ¹⁾ y permite hacer estimaciones con un grado de exactitud aceptable. El grupo de viviendas seleccionadas constituye una muestra representativa del total.

3.1 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo que se aplicó ha sido el muestreo de conglomerado estratificado de una etapa. En el que las unidades de primera etapa lo representa el segmento censal, empadronándose a lo interno todas las viviendas particulares ocupadas existentes.

En cada una de las viviendas se investigan a toda la población residente en las mismas, con objeto de identificar a aquellas personas que tienen alguna discapacidad.

3.2 UNIVERSO O POBLACIÓN DE ESTUDIO

La investigación va dirigida a la población que reside en las viviendas particulares ocupadas del país.

¹⁾ **Viviendas Particulares:** Usada o destinadas a ser usada como morada o domicilio independiente, por personas con o sin vínculo familiar, pero que viven bajo régimen familiar.

Cuadro N°1 Población Residente en las Viviendas Particulares Ocupadas en la República, según Provincia Censo de Población y Vivienda 2000.

Provincias	Población residente en las viv. particulares ocupadas	Viviendas particulares ocupadas	Promedio de personas por viv.	Distribución relativa	
				Población	U.P.V.
Total	<u>2,787,232</u>	<u>681,799</u>	4.1	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
Bocas del Toro	87,907	16,999	5.2	3.2	2.5
Coclé	200,483	44,496	4.5	7.2	6.5
Colón	199,959	49,715	4.0	7.2	7.3
Chiriquí	354,354	87,509	4.0	12.7	12.8
Darién	39,521	9,088	4.3	1.4	1.3
Herrera	101,743	27,202	3.7	3.6	4.0
Los Santos	82,680	25,052	3.3	2.9	3.7
Panamá	1,363,694	350,345	3.9	48.9	51.4
Veraguas	206,660	49,102	4.2	7.4	7.2
Comarca Kuna Yala	32,065	4,281	7.5	1.1	0.6
Comarca Emberá	8,201	1,498	5.5	0.3	0.2
Comarca Ngöbe Bugle	109,965	16,512	6.7	3.9	2.4

Fuente: Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo.

Como se observa la población según el Censo del 2000, ascendió a 2, 787,232 personas, las que residen en 681,799 viviendas particulares ocupadas; resultando con un promedio de 4.1 personas por vivienda. La provincia de Panamá destaca con una participación poblacional de 48.9% y en viviendas de 51.4%.

3.3 MARCO MUESTRAL

El marco muestral que se utiliza para la selección de la muestra lo constituye el listado de segmentos y la cartografía censal de mayo 2000, como apoyo a las actividades de campo.

Teniendo como referencia el objetivo del estudio, los segmentos censales se clasifican de acuerdo a si contienen o no población con discapacidad.

Cuadro Nº 2 Segmentos Censales en la República por Tipo de Población, según Provincia.

Población	Segmentos Censales			Distribución relativa		
	Total	Con poblac. discapacitada	Sin Poblac. discapacitada	Total	C/disc.	S/disc.
Total	68,995	30,110	38,885	100.0	43.6	56.4
Bocas del Toro	1,731	683	1,048	100.0	39.6	60.4
Coclé	5,220	2,395	2,825	100.0	45.9	54.1
Colón	4,808	2,069	2,739	100.0	43.0	57.0
Chiriquí	8,817	4,421	4,396	100.0	50.1	49.9
Darién	1,133	444	689	100.0	39.2	60.8
Herrera	3,055	1,302	1,753	100.0	42.6	57.4
Los Santos	2,982	1,314	1,668	100.0	44.1	55.9
Panamá	31,288	13,517	17,771	100.0	43.2	56.8
Veraguas	6,033	2,629	3,404	100.0	43.6	56.4
Comarca Kuna Yala	641	299	342	100.0	46.6	53.4
Comarca Emberá	298	99	199	100.0	33.2	66.8
Comarca Ngöbe Bugle	2,989	938	2,051	100.0	66.9	33.1

Fuente: Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo.

El total de los segmentos censales que en el marco de muestreo ascienden a 68,995 de los cuales 30,110 (43.6%) reportaron población con discapacidad y 38,885 (56.4%) no tienen población con discapacidad. Los segmentos censales que contienen población con discapacidad, según el censo del 2000, tienen una participación relativa entre provincias que oscila entre 33.2% y 66.9% respectivamente.

La provincia de Panamá contribuye con el 45.3% de los segmentos totales del país, conteniendo un 43.2% de unidades de áreas con población afectada y el resto sin afectación. La separación indicada garantiza la representación en la muestra de ambos subconjuntos censales.

3.4 SECTOR DE ESTUDIO

Considerando el objetivo de la encuesta, y la necesidad de información que permita la cuantificación puntual de las personas con discapacidad, se determinó que los sectores de estudio lo constituyen los 75 distritos del país, es decir que para cada distrito se obtendrán estimaciones confiables.

En este sentido los niveles de estudio a partir de los distritos son los siguientes:

SECTOR DE ESTUDIO CONSIDERADOS

Sector de Estudio	Total	Urbano	Rural
República	X	X	X
Provincia	X	X	X
Distrito	X	-	-

3.5 ESTRATIFICACIÓN

El proceso de estratificación permite mejorar los resultados de la investigación, para el diseño muestral se aplicó la estratificación implícita; es decir, geográfica en cada distrito (sector de estudio) subdividiendo cada uno en área urbana y rural, y dentro de éstas por corregimiento.

ESTRATIFICACIÓN POR DISTRITO

Distrito y área	Total	Población con discapacidad	Población sin discapacidad
Distrito			
Área			
Corregimiento			

3.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA. AFIJACIÓN

Para proporcionar datos a nivel nacional y provincial por área, y a nivel distrital con un cierto nivel de confiabilidad, se ha obtenido un tamaño muestral de 15,000 viviendas particulares ocupadas a nivel nacional, realizando los cálculos a nivel de cada uno de los 75 distritos del país.

El tamaño muestral calculado por distrito, fue obtenido mediante el modelo matemático del muestreo aleatorio simple proporcional, al cual se le aplicó un ajuste por efecto de conglomeración y por la tasa de no respuesta.

$$n = \frac{K^2 NPQDEFF}{K^2 PQT + NE^2 T}$$

Donde:

- N = Población total del i-esimo distrito
- P = Proporción de éxito de la característica deseada del -esimo distrito. $P = 0.5$
- Q = $1 - P$. Proporción de fracaso de la característica no deseada del i-esimo distrito. $Q = 0.5$
- K = Nivel de confianza deseado del i-esimo distrito; para un 95% de confianza, $K = 1.96$
- E = Error de muestreo del i-esimo distrito, $E = 0.05$
- T = Tasa de no respuesta del i-esimo distrito, $T = 10\%$
- DEFF = Efecto de diseño por conglomeración, $DEFF = 2$

TAMAÑO MUESTRAL EN LA REPÚBLICA, SEGÚN PROVINCIA.

Provincia	Población Total	Viviendas Particulares Ocupadas	Segmento Censal
Total	63,424	15,000	1,965
Bocas del Toro	2,554	490	58
Coclé	5,164	1,170	145
Colón	4,190	1,008	143
Chiriquí	11,031	2,698	311
Darién	1,720	394	51
Herrera	5,933	1,569	202
Los Santos	5,846	1,806	225
Panamá	9,197	2,314	284
Veraguas	9,373	2,233	304
Comarca Kuna Yala	869	116	18
Comarca Emberá	1,562	291	58
Comarca Ngöbe Bugle	5,985	911	166

AFIJACIÓN DE LA MUESTRA

El criterio de afijación de la muestra aplicado en cada distrito fue la distribución proporcional al tamaño del estrato (área urbana y rural) en cada uno de los distritos, lo que garantiza la representación correspondiente

3.7 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El proceso de selección de la muestra de segmentos censales se obtuvo mediante probabilidad proporcional al número de viviendas particulares ocupadas en la primera

etapa; mientras que las viviendas a lo interno de cada segmento seleccionado serian investigada en su totalidad.

En el proceso de selección, se aplico el programa Excel para seleccionar la muestra; el mismo utilizo el módulo de selección sistemática de los segmentos censales.

3.8 ESTIMACIÓN

El proceso de estimación o de inferencia estadística a los resultados de la investigación se realiza mediante la aplicación del inverso de la probabilidad de selección de cada distrito y ajustando mediante proyección demográfica.

3.9 ERRORES DE MUESTREO

Por razones económicas, de personal o de tiempo, en la mayoría de los casos, no es posible realizar investigaciones completas. En estos casos se recurre al muestreo, el cual consiste en tomar una fracción del universo, de manera tal que esa fracción represente al colectivo en su totalidad. Sin embargo, siempre existirá una diferencia entre el resultado obtenido de la muestra y el universo que representa. A esta diferencia entre los resultados se le denomina Error de Muestreo. Mientras más grande es la muestra, es menor, en promedio, el error de muestreo y, por lo tanto, es mayor la confianza que se tiene en los resultados. Para que una muestra sea útil, se debe conocer el error de muestreo.

En ese contexto, a continuación se presentan los errores de muestreo calculados para estimar poblaciones a nivel de provincia y área.

ERRORES DE MUESTREO

Provincia y Área	Estimación	Error Estándar	Intervalo de Confianza (95%)		Coeficiente de Variación	Efecto de Diseño	Raíz Cuadrada del Efecto de Diseño
			Inferior	Superior			
Tamaño Poblacional							
Provincia							
Bocas del Toro	106,979.4	9,187.0	88,961.2	124,997.7	0.1	14.8	3.8
Coclé	225,892.1	10,838.8	204,634.2	247,150.1	0.0	10.1	3.2
Colón	233,680.8	19,803.1	194,841.4	272,520.3	0.1	32.7	5.7
Chiriquí	407,574.5	18,847.7	370,608.9	444,540.1	0.0	18.0	4.2
Darién	44,347.5	2,999.4	38,464.8	50,230.2	0.1	3.7	1.9
Herrera	110,353.9	3,921.0	102,663.7	118,044.1	0.0	2.6	1.6
Los Santos	89,249.8	3,198.2	82,977.3	95,522.3	0.0	2.1	1.5
Panamá	1,638,163.3	71,138.7	1,498,640.4	1,777,686.3	0.0	112.4	10.6
Veraguas	223,826.1	8,745.2	206,674.3	240,978.0	0.0	6.6	2.6
Comarca Kuna Yala	36,771.7	5,550.8	25,885.1	47,658.3	0.2	15.3	3.9
Comarca Emberá	9,341.9	490.8	8,379.4	10,304.5	0.1	0.5	0.7
Comarca Gnõbe Buglé	134,463.5	4,554.3	125,531.1	143,395.8	0.0	2.9	1.7
Total	3,260,644.7	78,567.6	3,106,551.6	3,414,737.8	0.0		
Porcentaje del Total							
Bocas del Toro	3.3	0.3	2.8	3.9	0.1	15.0	3.9
Coclé	6.9	0.4	6.3	7.6	0.1	11.3	3.4
Colón	7.2	0.6	6.1	8.4	0.1	30.7	5.5
Chiriquí	12.5	0.6	11.4	13.7	0.0	18.4	4.3
Darién	1.4	0.1	1.2	1.6	0.1	4.1	2.0
Herrera	3.4	0.1	3.1	3.7	0.0	3.6	1.9
Los Santos	2.7	0.1	2.5	3.0	0.0	3.0	1.7
Panamá	50.2	1.2	47.9	52.6	0.0	34.1	5.8
Veraguas	6.9	0.3	6.3	7.5	0.0	8.3	2.9
Comarca Kuna Yala	1.1	0.2	0.8	1.5	0.2	15.4	3.9
Comarca Emberá	0.3	0.0	0.3	0.3	0.1	0.6	0.8
Comarca Gnõbe Buglé	4.1	0.2	3.8	4.5	0.0	4.1	2.0
Total	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0		
Tamaño Poblacional							
Área							
Urbana	2,075,889.2	75,794.7	1,927,234.4	2,224,544.0	0.0	137.9	11.7
Rural	1,004,178.4	19,396.5	966,136.4	1,042,220.4	0.0	9.8	3.1
Indígena	180,577.1	7,196.8	166,462.2	194,692.0	0.0	5.5	2.3
Total	3,260,644.7	78,567.6	3,106,551.6	3,414,737.8	0.0		
Porcentaje del Total							
Urbana	63.7	0.9	61.8	65.5	0.0	22.4	4.7
Rural	30.8	0.8	29.2	32.4	0.0	19.0	4.4
Indígena	5.5	0.2	5.1	6.0	0.0	6.9	2.6
Total	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0		

3.10 Instrumento de la Investigación:

Se diseñó un cuestionario a utilizarse en cada vivienda, para anotar los datos que se solicitarían y la guía para desarrollar la entrevista en la vivienda. El cuestionario consta de un conjunto de preguntas, que abordan diferentes temas, cada uno de los cuales da origen a un capítulo.

A continuación se describen las partes que componen el cuestionario:

Capítulo A.I. Localización de la Vivienda (contiene 9 preguntas): se hace referencia a la ubicación geográfica de la vivienda.

Capítulo A.II. Condición de la Vivienda (contiene 12 preguntas): en el mismo, se solicitan datos sobre su condición: ocupada, desocupada, temporal, etc.

Capítulo A.III. Algunas Características de la Vivienda (contiene 8 preguntas): con el objetivo principal es generar una clasificación socioeconómica de la población, se incluyen algunas preguntas que describen la condición de las viviendas y los enseres que posee la familia.

Capítulo B. Lista de Residentes en la Vivienda (contiene 12 preguntas): comprende los nombres de todas las personas que residen habitualmente en la vivienda, así como su relación de parentesco con el jefe, sexo, edad, estado conyugal, seguro de salud, nivel de instrucción, asistencia escolar y participación en la actividad económica.

Capítulo C. Detección de Personas con Dificultades (contiene 27 preguntas): permite identificar a las personas de la vivienda que tienen alguna limitación, por la cantidad de dificultad encontrada en la ejecución de sus actividades. Comprende las siguientes subdirecciones:

- C.1. Condición de Salud
- C.2. Visual y Auditiva
- C.3. Física
- C.4. Intelectual / Psiquiátrico
- C.5. Dificultades en Órganos y Sistemas
- C.6. Cuidado Personal

Capítulo D. Caracterización de las Personas con Discapacidad (contiene 27 preguntas): se investiga la edad en que comenzó la deficiencia, la causa, el acceso a los servicios de salud y sociales, capacidad para relacionarse con otras personas, participación y aceptación social. Comprende las siguientes subdirecciones:

- D.1. Dificultades y Dispositivos de apoyo
- D.2. Servicios utilizados y necesitados
- D.3. Capacidad para relacionarse con otras personas
- D.4. Participación y Aceptación
- D.5. Interrelaciones y Derechos
- D.6. Otras características



CONFIDENCIAL

Cuestionario N°

FECHA Y DURACIÓN DE LA ENTREVISTA:			
FECHA	HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACIÓN	DURACIÓN DE LA ENTREVISTA

AI. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

Provincia o Comarca _____ Calle o Avenida (N° o Nombre) _____
 Distrito _____ Edificio o casa (N° o Nombre) _____
 Corregimiento _____ Cuarto o Apartamento N° _____
 Lugar poblado _____
 Barriada _____ Unidad Primaria
 (Segmento) Prov. Dist. Correg. Estr. U.P.M.

AII. CONDICIÓN DE LA VIVIENDA

Anote el nombre de la persona que dará la información y el nombre del informante en la casilla, el número que le corresponde dentro del cuestionario. Persona N°

VISITE TODAS LAS VIVIENDAS que se encuentran en el recorrido del segmento y marque con una (X) la condición de la vivienda. Las ocupadas, ocupada nueva, con ocupantes ausentes, temporal o fusionada, deben ser empadronadas..

Vivienda ocupada <input type="radio"/> 01	Vivienda desocupada <input type="radio"/> 06	Rechazo <input type="radio"/> 11
Vivienda ocupada nueva <input type="radio"/> 02	Vivienda en construcción <input type="radio"/> 07	(No dio información)
Vivienda con ocupantes ausentes <input type="radio"/> 03	Vivienda destruida <input type="radio"/> 08	
Vivienda temporal <input type="radio"/> 04	Dejó de ser vivienda <input type="radio"/> 09	Otro _____ <input type="radio"/> 12
Vivienda fusionada <input type="radio"/> 05	No aplicable a la entrevista <input type="radio"/> 10	(especifique)

AIII. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

P.1. Tipo de vivienda (por observación): Casa Individual <input type="radio"/> 1 Choza o rancho <input type="radio"/> 2 Apartamento <input type="radio"/> 3 Cuarto en casa de vecindad <input type="radio"/> 4 Improvisada <input type="radio"/> 5 Local no destinado a habitar, pero usado como vivienda <input type="radio"/> 6	P.5. Tiene luz eléctrica? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2
P.2. Tenencia de la vivienda: Propia (totalmente pagada o Hipotecada). <input type="radio"/> 1 Alquilada <input type="radio"/> 2 Cedida o prestada <input type="radio"/> 3 Condenada, invadida <input type="radio"/> 4	P.6. Cómo elimina la basura? Servicio de vehículo del municipio o particular <input type="radio"/> 1 La quema o entierra <input type="radio"/> 2 La bota en otros lotes, ríos, quebradas <input type="radio"/> 3 Otros. Cual? <input type="radio"/> 4
P.3. Qué tipo de servicio sanitario o excusado tiene la vivienda? Conectado a alcantarillado o tanque séptico <input type="radio"/> 1 De hueco o letrina <input type="radio"/> 2 No tiene <input type="radio"/> 3 P. 3.1. Dentro de la casa <input type="radio"/> 1 Fuera de la casa <input type="radio"/> 2	P.7. Cuántos cuartos tiene esta vivienda? En total <input type="text"/> Para dormir <input type="text"/>
P.4. Tiene agua potable? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Dentro de la casa <input type="radio"/> 1 Fuera de la casa <input type="radio"/> 2	P.8. Equipo en funcionamiento y en uso? (leer todas las alternativas) Estufa Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 1 Refrigeradora Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 2 Lavadora Sí <input type="radio"/> 3 No <input type="radio"/> 3 Teléfono (fijo) Sí <input type="radio"/> 4 No <input type="radio"/> 4 Teléfono (celular) Sí <input type="radio"/> 5 No <input type="radio"/> 5 Televisor Sí <input type="radio"/> 6 No <input type="radio"/> 6 Auto móvil Sí <input type="radio"/> 7 No <input type="radio"/> 7

Tasa de PREVALENCIA



4. TASA DE PREVALENCIA

Es una proporción que pretende señalar el tamaño de la población con discapacidad con respecto al total de la población panameña. Valora la importancia relativa de una parte de un fenómeno en relación a la totalidad del mismo, es un porcentaje. Este indicador no mide el riesgo de enfermar o morir, sino cómo se distribuyen los casos entre las personas afectadas. El numerador es siempre parte del denominador, por lo cual se multiplicó por el factor 100.

En los estudios de Poblaciones, como es el caso de PENDIS, las tasas miden el riesgo de que ocurra un evento dado en una población para así poder hacer comparaciones válidas, relaciona el evento con la población en la cual aconteció o puede acontecer. Es un excelente instrumento de comparación, por lo que resulta de mucho valor su cálculo ya que mediremos bajo el mismo prisma que han usado la mayoría de los países del mundo, la discapacidad.

Este indicador, Tasa de Prevalencia, (todos los casos de deficiencias, limitaciones, o deficiencias en la actividad y participación social), permitirá saber la proporción de panameñas y panameños con discapacidad, (incluye básicamente las personas que pasaron a la sección D del Instrumento). Es un indicador simple, sencillo, que no puede discriminar el grado de severidad, pero que da una aproximación de fácil comprensión del tema que nos ocupa.

$$\text{Tasa de Prevalencia de Personas con Discapacidad} = \frac{\text{Personas Estimadas que pasaron a la sección D}}{\text{Población Estimada en el período de aplicación de la Encuesta}} \times 10^n$$

Aspectos DEMOGRÁFICOS



5. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se conformó un equipo multidisciplinario, especialistas en las ramas de: sociología, Epidemiología, salud pública, salud ocupacional, psicología, educación, demografía, economistas, en discapacidad y otros.

5.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población a nivel mundial, presenta algún tipo de discapacidad y que el 80% de éstos, viven en países donde los servicios de atención son escasos y a veces nulos.

En el pasado, a solicitud del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), en Panamá se intentó en varias oportunidades, cuantificar a la población con algún tipo de discapacidad, a través de la pregunta: “Impedimentos Físico o Mental”, en los Censos Nacionales de Población y Vivienda; captándose en el año 2000 a 52,197 personas con impedimentos, lo cual representaba sólo el 1.8% de la población total del país. Al considerar las estimaciones de la OMS, las informaciones procedentes del Censo, sugieren una importante omisión; lo cual es de esperar en una investigación que cubre un número plural de temas.

Por tanto, a fin de obtener cifras más realistas de la prevalencia de personas con alguna discapacidad en nuestro país, la Secretaría Nacional para la Integración Social de la Persona con Discapacidad (SENADIS), con el apoyo de la Contraloría General de la República y el Grupo de la Educación y el Manejo Ambiental Sostenible (GEMAS), realizó una Encuesta Especializada en una muestra representativa de toda la población. En este estudio se caracterizó a la población de acuerdo al tipo de discapacidad y posibles causas de la misma, la condición social y económica de la familia, accesibilidad a los servicios educativos, de salud, rehabilitación, recreación, etc., así como la oportunidad de inserción en la fuerza laboral y otras actividades dentro de la comunidad.

Se sumaron a esta iniciativa otras Instituciones, las cuales hicieron valiosos aportes en cuanto al contenido del Estudio, en calidad de Pares Externos; tales como: el mismo SENADIS, Universidades, Institutos Especializados y Asociaciones.

En el ámbito internacional ha sido de gran beneficio el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo que permitió el acceso a la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), promulgada por la OMS y la OPS, para su aplicación en este tipo de investigación a través de la asesoría del equipo técnico de Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS), tanto en Panamá como en Chile esta última auspiciada por los fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

De allí surge la definición de “Discapacidad”: que se aplica en el Estudio de Panamá: “es toda limitación en la actividad y restricción en la participación, que

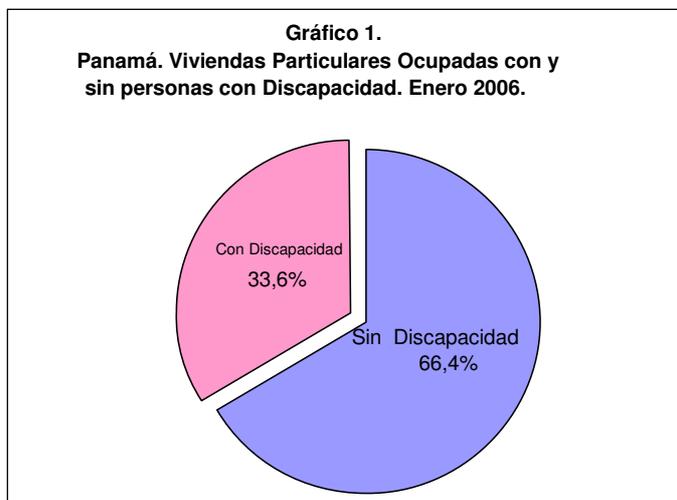
se origina en una deficiencia física, sensorial, psíquica y/o mental que afecta a una persona de forma permanente en su desenvolvimiento cotidiano y en su relación con el entorno físico y social”

Es de esperar que los resultados que se obtengan de esta investigación, contribuyan a dirigir las acciones, enmarcadas en las Políticas Sociales hacia este sector, mejorando los esfuerzos para proporcionarles igualdad de oportunidades; al maximizar la participación de las personas con discapacidad en la vida comunitaria, mejorando su condición de vida y su acceso a los derechos humanos.

5.1.1 Viviendas Particulares Ocupadas:

De acuerdo con las Cifras Expandidas, de las casi 800,000 viviendas particulares ocupadas que existen en el país, en un poco más de 268,000 se encuentra por lo menos una Persona con Discapacidad, es decir, en una de cada 3 viviendas (34%).

A lo interno del territorio nacional, esta proporción es mayor en las Áreas Rurales (39%) y aún más alta (52%) en las Comarcas Indígenas; sin embargo, como en Panamá el número de viviendas es mayor en las Ciudades que en el Campo, 3 de cada 5 viviendas con alguna Persona con Discapacidad, se encuentra en el Área Urbana⁵⁾. Por otro lado, un poco menos de la mitad (46%) se localizan en la Provincia de Panamá.



Cuadro N° 3
Panamá. Viviendas Particulares Ocupadas con personas con Discapacidad, según lugar de residencia: enero 2006.

Residencia (Área)	Viviendas Particulares Ocupadas		
	Total	Con personas con Discapacidad	
		Número	Porcentaje
Total	799,105	268,114	33.6
Urbana	532,627	160,097	30.1
Rural	239,717	94,191	39.3
Indígena	26,762	13,826	51.7

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero de 2006.

⁵⁾ **Localidad Urbana:** es la que tiene 1,500 hab. o más y cuenta con características urbanas, que comprende toda o parte de la misma.

Al desagregar esta información a lo interno del país, las Comarcas Kuna Yala y Gnöbe Bugle; así como las provincias⁶⁾ con mayor población rural, tales como: Veraguas, Coclé, Chiriquí, Herrera y Darién, presentan una mayor cantidad de viviendas con al menos una Persona con Discapacidad, que el promedio nacional; quedando por debajo: Los Santos, Colón y Panamá. A diferencia de las anteriores, en la provincia de Bocas del Toro y la Comarca Emberá, los resultados sugieren una importante omisión en la captación de esta información.

Cabe advertir, que cuando se hagan los análisis por distrito⁷⁾ errores de este tipo pueden ser más frecuentes, y por tanto, limitar el uso de los datos para ciertos distritos.

Cuadro Nº 4
Panamá. Viviendas Particulares Ocupadas con personas con Discapacidad, según lugar de residencia: enero 2006.

Residencia (Provincia - Comarca)	Viviendas Particulares ocupadas, con personas con Discapacidad	
	Número	Porcentaje
Kuna Yala	3,055	62.1
Gnöbe Buglé	10,559	52.4
Veraguas	23,148	43.6
Coclé	20,421	40.6
Chiriquí	40,517	40.1
Herrera	11,776	40.0
Darién	3,585	34.8
REPÚBLICA	268,114	33.6
Colón	19,091	32.8
Los Santos	8,757	32.3
Panamá	123,317	29.2
Bocas del Toro	3,677	17.8
Emberá	213	12.5

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

5.1.2 Población Total

De acuerdo a las cifras expandidas, la población total de la República de Panamá, en enero del 2006, era alrededor de 3, 260,700 personas, de las cuales, 370,000 tenían algún tipo de Discapacidad, lo cual constituye el 11.3% de la población total.

Al igual que con las Viviendas, la Prevalencia de Personas con alguna Discapacidad es mayor en las Áreas Rurales e Indígenas (14%) que en las Áreas Urbanas (10%).

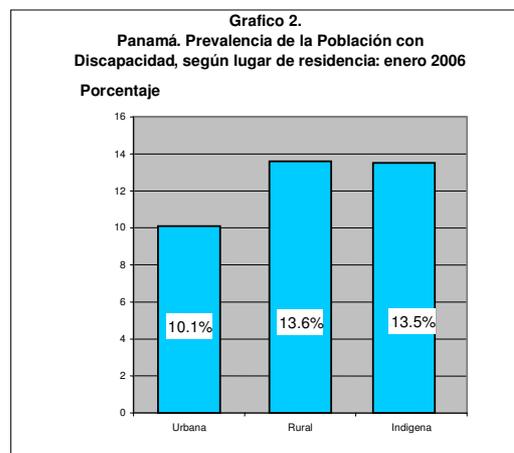
⁶⁾ Primera División Político – Administrativo.

⁷⁾ Segunda División Político Administrativa

Cuadro N° 5.
Panamá - Prevalencia de la Personas con Discapacidad,
según lugar de residencia: enero 2006

Residencia (Área)	Población		
	Total	Con Discapacidad	
		Número	Porcentaje
Total	3,260,645	370,053	11.3
Urbana	2,075,889	208,805	10.1
Rural	1,004,178	136,827	13.6
Indígena	180,577	24,421	13.5

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.



Sin embargo, por las mismas razones aludidas en el caso de las Viviendas, en las ciudades se encuentra una mayor Población con alguna Discapacidad (56%). Así mismo, en la provincia de Panamá se encuentra el 44% de esta población.

El análisis por Provincia y Comarca, al igual que en el caso de las Viviendas, muestra una mayor Prevalencia de las Personas con Discapacidad, que el promedio nacional, en las Comarcas Kuna Yala y Gnöbe Buglé, así como en las provincias de Veraguas, Herrera, Darién, Coclé, Chiriquí y Los Santos; quedando por debajo sólo las provincias de Colón y Panamá.

En cuanto a las Provincias de Bocas del Toro, así como la Comarca Emberá, los resultados son cuestionables; ya que tratándose de áreas de alta ruralidad, difícil acceso y dispersión demográfica, hace suponer mayores dificultades en la recolección de los datos de la Encuesta y por consiguiente, mayores omisiones.

Cuadro 6.
Panamá. Prevalencia de la Población con Discapacidad, según
lugar de residencia: enero 2006.

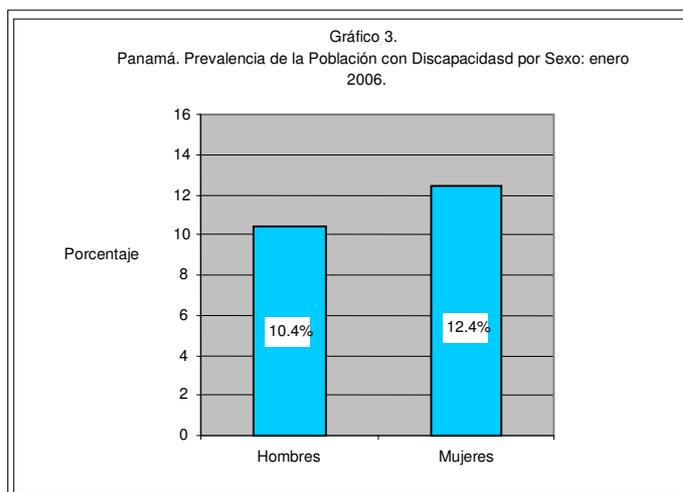
Residencia (Provincia - Comarca)	Población con Discapacidad	
	Número	Porcentaje
Veraguas	34,925	15.6
Kuna Yala	5,625	15.3
Herrera	16,698	15.1
Darién	6,475	14.6
Coclé	31,800	14.1
Gnöbe Buglé	18,540	13.8
Chiriquí	53,383	13.1
Los Santos	11,591	13.0
REPÚBLICA	370,053	11.3
Colón	24,067	10.3
Panamá	162,376	9.9
Bocas del Toro	4,317	4.0
Emberá	255	2.7

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero de 2006.

5.1.3 Población por sexo:

La prevalencia de las personas con alguna Discapacidad, por sexo, revela que ésta es mayor entre las mujeres (12.4%), que entre los varones (10.4%). Este comportamiento se aprecia en todas las áreas dentro del territorio nacional; siendo mayor el diferencial en las ciudades.

Lo anterior pudiera sugerir una condición más precaria de la mujer respecto al hombre de la ciudad, en cuanto a su salud. Lo cual no parece razonable; sin embargo, puede sugerir también una mejor cobertura de los hombres en cuanto a los servicios de detección de las personas con Discapacidad, para su rehabilitación.



Cuadro N° 7 Panamá. Prevalencia de la población con Discapacidad por sexo, según lugar de residencia: enero 2006.

Residencia (Área)	Población con Discapacidad				
	Número		Porcentaje		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Diferencia por sexo
Total	170,315	199,738	10.4	12.4	2.0
Urbana	89,732	119,073	8.8	11.3	2.5
Rural	68,976	67,851	13.0	14.4	1.4
Indígena	11,607	12,814	13.2	13.8	0.6

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

En el caso de las áreas rurales y comunidades indígenas, es posible que se haya producido una omisión mayor de mujeres que de hombres, con alguna dificultad, lo que se deja ver en los elevadísimos índices de masculinidad que presenta esta población, principalmente en la provincia de Darién y en la Comarca Emberá y Kuna Yala, así como la mayor prevalencia de Discapacidad entre los hombres, en Darién y en las Comarcas Kuna Yala y Emberá.

A nivel de provincia, el mayor diferencial por sexo, en cuanto a la prevalencia de Discapacidad, se observa en Colón, Panamá, Coclé y Herrera, siendo ésta mayor para las mujeres.

Cuadro N° 8. Panamá. Prevalencia de la Población con Discapacidad, por Sexo, según lugar de residencia: enero 2006.

Residencia (Provincia - Comarca)	Porcentaje con Discapacidad		
	Hombres	Mujeres	Diferencia por sexo
Veraguas	15.0	16.2	1.2
Kuna Yala	16.4	14.4	-2.0
Herrera	13.9	16.4	2.5
Darién	17.8	10.7	-7.1
Coclé	12.8	15.4	2.6
Gnöbe Buglé	13.1	14.5	1.4
Chiriquí	12.5	13.7	1.2
Los Santos	12.2	13.8	1.6
REPÚBLICA	10.4	12.4	2.4
Colón	8.9	11.7	2.8
Panamá	8.6	11.2	2.6
Bocas del Toro	3.2	4.9	1.7
Emberá	3.8	1.6	-2.2

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

5.1.4 Población por edad:

La prevalencia de personas con Discapacidades es muy baja entre los infantes (3.0%), la cual se incrementa en el tramo de los 5–9 años (4.8%), cuando el niño ingresa al Sistema Escolar y se mantiene en (5.9%) hasta la Adolescencia. Dado el hecho de que muchas de las discapacidades en los niños no se captan en las primeras edades, sino cuando éstos ingresan a la escuela, se puede sugerir que la tasa real de Discapacidad entre los jóvenes menores de 20 años en Panamá, puede ser alrededor del 6%. Con el aumento de la edad, las personas tienen mayores riesgos de situaciones que pueden derivar en una discapacidad, lo cual se comienza a percibir entre los adultos jóvenes (20-39 años), cuando la tasa de prevalencia se eleva al 7.2%.

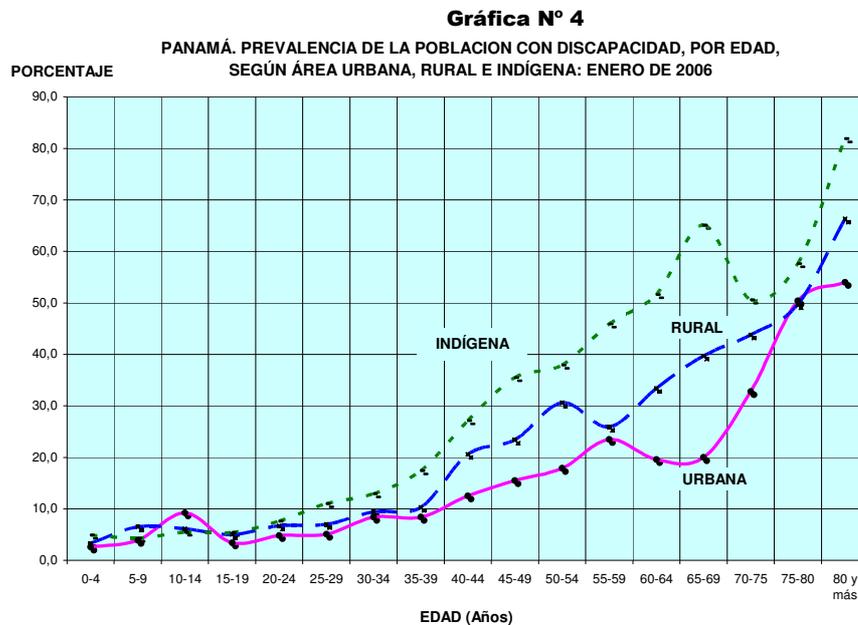
Motivado también por los traumatismos, y ante todo, por las enfermedades degenerativas y crónicas, entre los adultos medios (40-64 años) la prevalencia de las Discapacidades se eleva a 20% alcanzando el nivel máximo (42%) entre los adultos mayores (65 años y más). El comportamiento de estas tasas de prevalencia revelan que una de cada 5 personas con Discapacidad en el país, se encuentran entre los adultos jóvenes (20-39 años) y 2 de cada 5 están entre los adultos medios (40-64 años), los que suman el tramo de vida activa de la población, vale decir, que 3 de cada 5 personas con limitaciones, se encuentran entre los 20-64 años de edad.

Cuadro Nº 9.
Panamá. Prevalencia de la Población con Discapacidad,
por lugar de residencia, según grandes grupos de edad: enero 2006.

Grandes grupos de edad (Años)	Población con Discapacidad			
	Total	Residencia (Área)		
		Urbana	Rural	Indígena
Número				
TOTAL	370,053	208,805	136,827	24,421
0 - 4 (Infantes)	9,410	4,647	3,387	1,376
5 - 9 (Escolares)	17,072	8,133	7,736	1,203
10 - 19 (Escolares - Adolescentes)	36,848	22,221	12,137	2,490
20 - 39 (Adultos Jóvenes)	74,197	46,095	22,794	5,308
40 - 64 (Adultos Medio)	149,390	84,014	55,340	10,036
65 y más (Adultos Mayores)	83,136	43,695	35,433	4,008
Porcentaje				
TOTAL	11.3	10.1	13.6	13.5
0 - 4 (Infantes)	3.0	2.6	3.3	4.9
5 - 9 (Escolares)	4.8	3.9	6.5	4.3
10 - 19 (Escolares - Adolescentes)	5.9	6.3	5.5	5.4
20 - 39 (Adultos Jóvenes)	7.2	6.6	8.3	11.5
40 - 64 (Adultos Medio)	20.0	16.6	25.7	38.0
65 y más (Adultos Mayores)	41.8	36.6	48.5	62.1

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Como es de esperar, casi todas las tasas de prevalencia de personas con Discapacidad son mayores en el campo que en las ciudades, destacando por su magnitud, las de las áreas indígenas.



El análisis de las tasas de prevalencia de las personas con Discapacidad, clasificadas por grandes grupos de edad y distribuidas por provincias y comarcas indígenas, muestra, en todas las edades, los valores máximos en provincias como: Darién y las Comarcas Kuna Yala y Gnöbe Buglé; mientras que los valores mínimos se observan en provincias como: Colón y Panamá.

La observación de estos datos sugiere que en el tramo de 0-4 años de edad, se dan las mayores diferencias: por cada niño con dificultades en la provincia de Panamá se encuentran 5 en Darién. En lo que respecta al tramo de 5-9 años, esta relación es de 2 a 5, al comparar las provincias de Panamá – Colón con la del Darién y la Comarca Gnöbe Buglé. Finalmente, a partir del tramo de 10-39 años, por cada persona con Discapacidad en la provincia de Panamá, se encuentran 2 en igual condición en las Comarcas Gnöbe Buglé y Kuna Yala.

Cuadro N° 10
Panamá. Prevalencia de la Población con
Discapacidad, por grandes grupos de edad,
según lugar de residencia: enero 2006.

Residencia (Provincia - Comarca)	Con Discapacidad					
	Grandes grupos de edad (años)					
	0 - 4	5 - 9	10 - 19	20 - 39	40 - 64	65 y más
Veraguas	1.9	5.1	7.3	9.3	28.0	53.3
Kuna Yala	6.8	2.4	6.1	7.1	34.2	67.8
Herrera	5.0	6.9	9.5	6.8	23.1	46.1
Darién	10.1	10.1	10.6	12.3	24.2	34.3
Coclé	4.9	7.0	6.8	8.3	23.2	54.5
Gnöbe Buglé	4.8	4.8	5.4	13.3	42.3	64.2
Chiriquí	2.6	6.2	5.6	7.3	22.3	50.8
Los Santos	4.1	4.6	3.8	5.2	17.3	43.9
REPÚBLICA	3.0	4.8	5.9	7.2	20.0	41.8
Colón	4.3	4.3	5.3	8.0	18.5	38.3
Panamá	2.3	3.9	5.9	6.7	17.2	33.6
Bocas del Toro	0.8	3.3	2.0	3.3	9.0	20.6
Emberá	0.8	4.2	2.9	3.4	2.3	0.0

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

5.1.5 Población por sexo y edad:

El análisis de la prevalencia de personas con alguna Discapacidad, cruzada por sexo y edad, revela que entre los infantes (0 - 4 años) esta tasa es mayor en los hombres que en las mujeres; entre los 5 - 9 años esta tasa es ligeramente superior en las mujeres y en el tramo de los 10 -19 años (edad escolar y adolescencia) la situación tiende a equilibrarse. Sin embargo, a partir de los 20 años comienza a observarse una mayor prevalencia de Discapacidad entre las mujeres que en los varones, lo cual se acentúa a partir de los 40 años de edad, (ver cuadro N° 11).

Al nacer, el índice de masculinidad tiende a ser 105 hombres por cada 100 mujeres, en cualquier población humana, lo cual parece estar vinculado a la mayor fragilidad del varón para sobrevivir en las primeras edades de la vida; lo cual puede constatarse con las mayores tasas de Mortalidad Infantil masculina. Por tanto, la mayor prevalencia de Discapacidad en los varones, en las primeras edades, puede estar vinculada a esta situación; lo cual parece superarse en la Pubertad y la Adolescencia (10 -19 años).

A partir de los 20 años, la sobre-mortalidad masculina vuelve a jugar un papel importante en la estructura etarea de la población, dando lugar a una mayor sobrevivencia de mujeres con respecto a los varones, en las edades adultas. Esto puede explicar en parte, la mayor prevalencia de Discapacidad en las mujeres adultas; así como la mayor vulnerabilidad de éstas a padecer enfermedades degenerativas que limitan su actividad.

Cuadro N° 11.
Panamá. Prevalencia de la Población con Discapacidad, Por Sexo,
Según Grandes Grupos de Edad: Enero 2006.

Grandes Grupos de Edad (Años)	Población con Discapacidad (Porcentaje)		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	11.3	10.4	12.4
0-4 (Infante)	3.0	4.3	1.9
5-9 (Edad Escolar)	4.8	4.5	5.1
10-19 (Edad Escolar y Adolescencia)	5.9	5.9	6.0
20-39 (Adulto Joven)	7.2	6.6	7.8
40-64 (Adulto Medio)	20.0	17.6	22.4
65 y Más (Adulto Mayor)	41.8	37.1	46.5

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

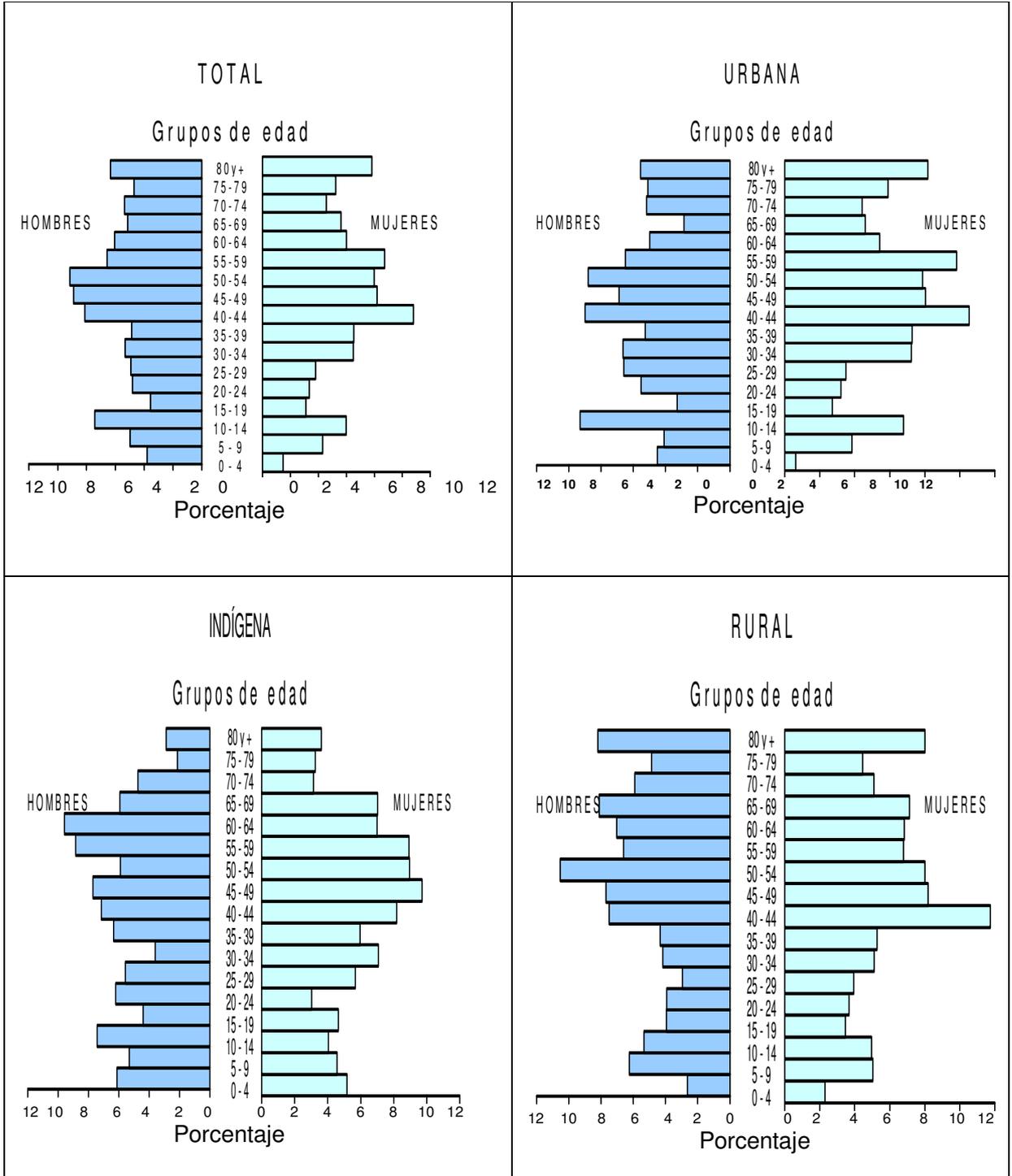
Lo anteriormente comentado se destaca aún más cuando se analiza el índice de masculinidad y la distribución porcentual de la población por edad, lo cual se resume en las Pirámides de Población, y en una edad promedio de 44 años para los varones y de casi 47 años, para las mujeres con Discapacidad.

Son muy reveladores los resultados obtenidos para la población con Discapacidad, por sexo y edad. A este respecto cabe destacar que la mayor cantidad de personas con discapacidad se encuentran entre los adultos medios (40-64 años): 39% en los hombres y 42% entre las mujeres; siguiéndole en importancia numérica los adultos mayores (65 años y más), que suman el 22 % en los hombres y el 23% entre las mujeres, (ver cuadro N° 9).

Por otro lado, el que sólo el 20% de los hombres y mujeres con alguna Discapacidad tengan de 20-39 años, no significa un problema menor, si se tiene en cuenta que estas personas se encuentran presentes en edades de máxima participación en la actividad económica. Igual comentario cabría hacer para la población menor de 20 años, los cuales al estar en plena formación, merecen tener las mejores condiciones de salud para el logro de su plena realización, (ver cuadro N° 9).



Gráfico 6.
PANAMÁ. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN CON TASA DE PREVALENCIA:
ENERO DE 2006.



Aspectos SOCIOECONÓMICOS



5.2 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

5.2.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES –VIVIENDA

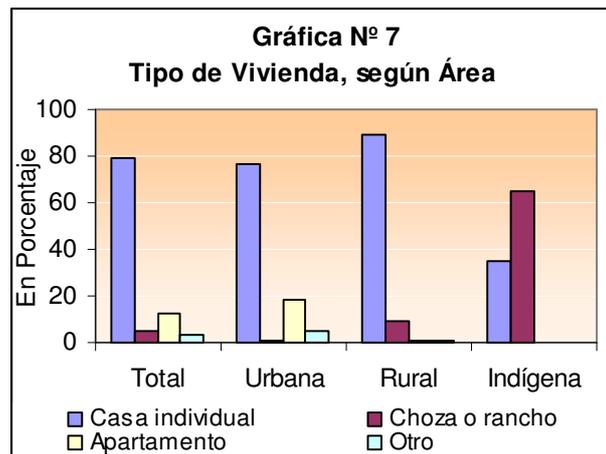
En esta parte se explican algunas características de los hogares –viviendas, relacionadas con las condiciones de vida de la población en general y de las personas con discapacidad, en particular.

Específicamente, se describe la tenencia y el tipo de vivienda, la existencia de los servicios básicos como: el agua potable, servicio sanitario, energía eléctrica, recolección de la basura y equipamiento del hogar como: estufa, refrigeradora, lavadora, teléfono, televisor y automóvil. Adicionalmente, se comentan aspectos relacionados con la conformación del hogar, el promedio de miembros en los mismos, el hacinamiento y la jefatura del hogar. Se termina el análisis construyendo y aplicando el Índice de Capacidad Económica (CAPECO) para estratificar los hogares.

5.2.1.1 VIVIENDA

5.2.1.1.1 Tipo de Vivienda

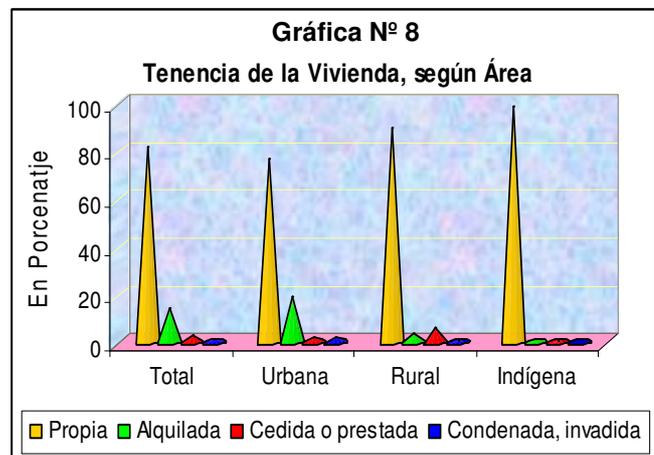
En Panamá, las viviendas son mayormente de tipo individual en las áreas urbanas y rurales no indígenas. Los apartamentos, así como los cuartos en casa de vecindad y las viviendas improvisadas, son más bien típicos de las áreas urbanas. En cambio, en las áreas indígenas prevalecen las chozas o ranchos. Este comportamiento se mantiene para las viviendas donde hay al menos una persona con discapacidad.



chozas o ranchos. Este comportamiento se mantiene para las viviendas donde hay al menos una persona con discapacidad.

5.2.1.1.2 Formas de Tenencia

La propiedad de una vivienda tiene un valor material y cultural muypreciado para la mayoría de los panameños, ya que le proporciona cierta estabilidad a los hogares. En ese contexto, la mayoría de las viviendas en el país son propias. Esta relación



se mantiene en todas las áreas geográficas y en aquellos hogares donde viven personas con discapacidad.

Vale la pena resaltar que la vivienda alquilada se usa como segunda alternativa en el área urbana (19.5%) y la vivienda cedida o prestada en el área rural (6%).

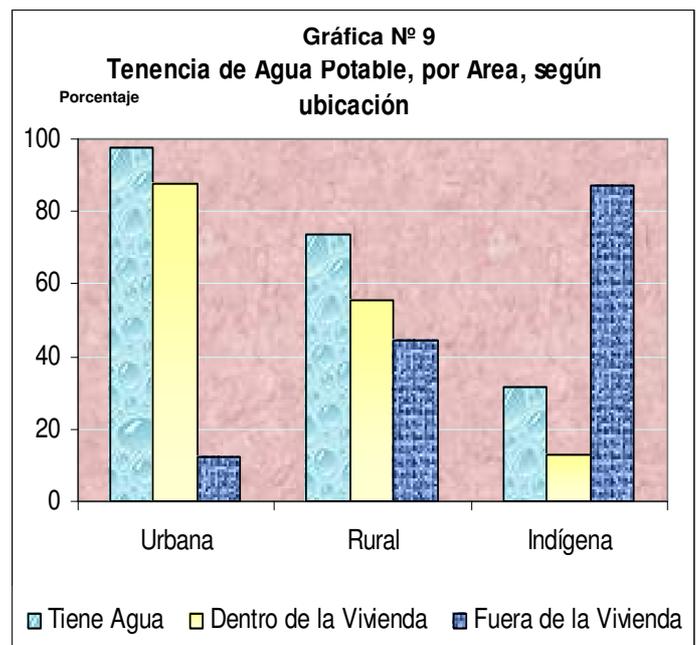
5.2.1.2 ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS

5.2.1.2.1 Servicio de agua potable

En promedio, la mayoría de los hogares investigados tienen disponible en sus viviendas infraestructuras para abastecerse de agua para el consumo humano. Así 8 de cada 10 viviendas a nivel nacional tienen acceso a la misma. Sin embargo, se notan diferencias entre áreas, puesto que en las urbanas es casi universal (98%), en las áreas rurales no llega al 75% y en las indígenas menos de un tercio de las viviendas disponen de este preciado líquido.

Es preocupante el alto porcentaje de población indígena que no cuenta con este beneficio (68%), por lo que están expuestas a mayores riesgos de enfermedades.

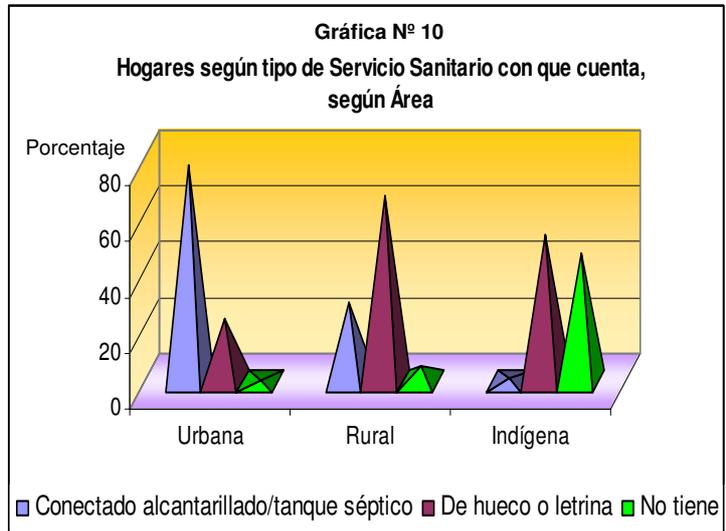
A pesar de lo señalado con respecto a los porcentajes de población con acceso a agua proveniente de acueducto, hay que indicar que a nivel nacional aproximadamente un 22% de la población en general se abastece de agua ubicada en el patio de la vivienda o fuera de la propiedad, lo cual implica acarrear el agua hasta el hogar y tenerla expuesta a contaminaciones diversas.



Este hecho es notorio en las áreas rurales (46%) e indígenas (87%). La situación descrita varía un poco para las viviendas en donde vive al menos una persona con discapacidad, alcanzando un 26% de los hogares a nivel nacional, (ver gráfica N°.9).

5.2.1.2.2 Servicio de Alcantarillado

Los servicios sanitarios conectados al sistema de alcantarillado representan un 59.9% de las viviendas investigadas como promedio nacional. En el caso de las viviendas donde vive al menos una persona con discapacidad disminuye a 54%. Sin embargo, se notan diferencias entre áreas, mientras en las urbanas casi tres cuartas partes de las viviendas están conectadas a este sistema, en las áreas rurales no llega al 30% y en las indígenas solamente 1% de las viviendas cuentan con esta conexión.

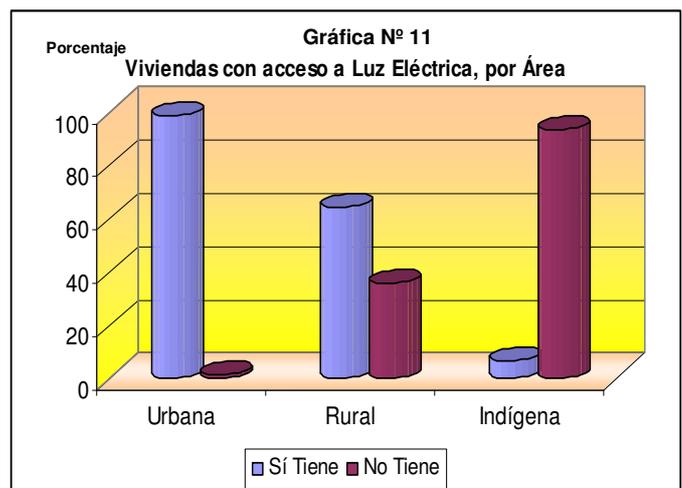


En el área rural el 67% utiliza el servicio de hueco o letrina y 5 de cada 10 viviendas indígenas no tiene ningún tipo de eliminación de excretas.

En cuanto a la ubicación de este beneficio, a nivel nacional el 60% de la población dispone de servicio sanitario ubicado dentro de la casa, inclusive en las áreas urbanas el acceso al mismo sólo llega al 75.7%. Esta situación no difiere para la población que presenta alguna discapacidad, (ver gráfica N° 10).

5.2.1.2.3. Servicio de Energía Eléctrica

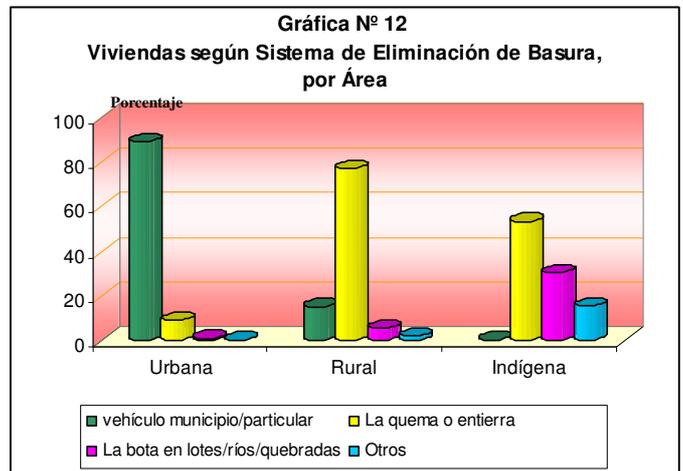
El acceso al servicio de energía eléctrica se considera alto ya que alcanza a un 85% de las viviendas en el país. Las diferencias regionales se aprecian a favor de las viviendas ubicadas en las áreas urbanas donde el 98.7% tiene acceso a este servicio, mientras que en las rurales su proporción es de 64%, siendo el acceso más precario el observado en las áreas indígenas donde apenas



se registra un 6.5%, más aún, en las viviendas donde viven las personas con alguna discapacidad apenas alcanza a 3.9%, (ver gráfica N° 11).

5.2.1.2.4. Servicio de Eliminación de Basura

El servicio de recolección de basura es accesible a más del 60% de los hogares investigados en el país. Sin embargo, este servicio es primordialmente urbano ya que 9 de cada 10 hogares cuenta con este servicio. Igual comportamiento se observa en los hogares en donde hay por lo menos una persona con discapacidad.



Una proporción apreciable (10%) de los hogares de las viviendas urbanas queman la basura o la tiran al patio, lotes baldíos y ríos. En las áreas rurales, donde el servicio de recolección de basura cubre apenas a un 15% de las viviendas, el 77% de los hogares quema la basura y el resto la tira al campo o al río. En las áreas indígenas, en donde es casi nulo el servicio de recolección de basura, el 53.6% de los hogares la entierra o quema y el 30.6% tira la basura en lotes, ríos o quebradas, (ver cuadro N° 12 - gráfica N° 12).

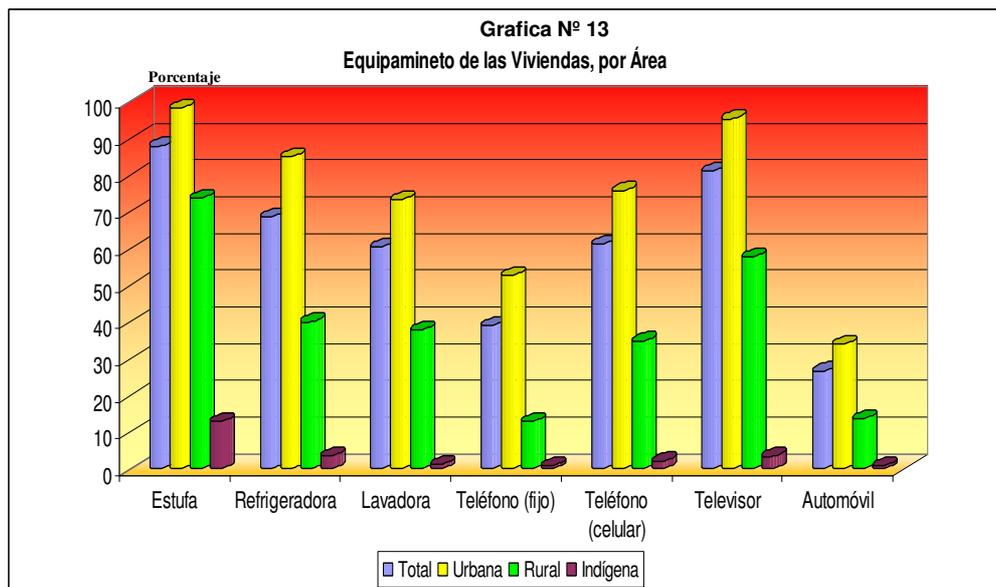
De lo anterior se concluye que existen problemas importantes de contaminación ambiental en todas las áreas geográficas, primera, por insuficiencia del servicio de recolección y segunda, por prácticas inadecuadas de tratamiento de la basura por parte de la población.

5.2.1.3 EQUIPAMIENTO DEL HOGAR

De las viviendas investigadas un 72.8% de los hogares del área rural, señaló contar con estufa para cocinar, notándose que sólo uno de cada 10 hogares de las áreas indígenas dispone de este beneficio. Seis de cada 10 viviendas manifestó contar con refrigeradora y lavadora. En cuanto al teléfono, es apreciable la diferencia entre el uso del teléfono fijo y el celular, inclusive en las áreas indígenas, ya que el uso del teléfono celular es el doble del teléfono fijo en todas las áreas. El televisor está presente en el 95% de las viviendas urbanas a nivel nacional en cambio, en las rurales un 57.7% registró contar con este beneficio y en las indígenas apenas llega al 3%. En cuanto a la tenencia de

automóvil, un 26.8%, a nivel nacional manifestó contar con este beneficio, en las rurales un 34% y en las indígenas menos de 1% de los hogares.

En cuanto al equipamiento del hogar, el comportamiento observado en los hogares en donde vive al menos una persona con discapacidad es muy similar a la de los hogares a nivel nacional, aunque en menor proporción, (ver cuadro N° 13 - gráfica N° 13).



Cuadro No.12

Total de Hogares / Viviendas Investigadas, por Área, según Características de las Viviendas

Características	Total	Urbana	Rural	Indígena	Total	Urbana	Rural	Indígena
	Valores Absolutos				Valores Relativos			
Tipo de Vivienda	798.463	532.158	239.589	26.717	100,0	100,0	100,0	100,0
Casa individual	631.573	407.877	214.374	9.321	79,1	76,6	89,5	34,9
Chozo o rancho	41.977	2.435	22.146	17.396	5,3	0,5	9,2	65,1
Apartamento	98.601	97.414	1.187		12,3	18,3	0,5	
Cuarto en casa de vecindad	21.516	20.495	1.021		2,7	3,9	0,4	
Improvisada	3.745	3.212	532		0,5	0,6	0,2	
Local no destinado a habitación	1.052	724	328		0,1	0,1	0,1	
Tenencia de la Vivienda	797.325	531.402	239.345	26.578	100,0	100,0	100,0	100,0
Propia	648.170	406.714	215.318	26.137	81,3	76,5	90,0	98,3
Alquilada	112.585	103.528	8.760	298	14,1	19,5	3,7	1,1
Cedida o prestada	25.349	10.761	14.446	142	3,2	2,0	6,0	0,5
Condenada, invadida	11.221	10.399	822		1,4	2,0	0,3	
Acceso al agua potable	799.010	532.597	239.696	26.717	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí Tiene	706.502	521.680	176.395	8.427	88,4	98,0	73,6	31,5
No tiene	92.507	10.917	63.301	18.290	11,6	2,0	26,4	68,5
Ubicación del suministro de agua	705.718	521.240	176.052	8.427	100,0	100,0	100,0	100,0
Dentro de la casa	556.009	457.597	97.339	1.073	78,8	87,8	55,3	12,7
Fuera de la casa	149.709	63.643	78.712	7.354	21,2	12,2	44,7	87,3
Servicio sanitario o excusado	799.010	532.597	239.696	26.717	100,0	100,0	100,0	100,0
Conectado a alcantarillado o tanque séptico	478.691	411.324	67.033	334	59,9	77,2	28,0	1,2
De hueco o letrina	292.264	118.449	159.730	14.085	36,6	22,2	66,6	52,7
No tiene	28.054	2.824	12.932	12.298	3,5	0,5	5,4	46,0
Ubicación del servicio sanitario	770.956	529.773	226.764	14.419	100,0	100,0	100,0	100,0
Dentro de la casa	463.713	401.040	62.512	161	60,1	75,7	27,6	1,1
Fuera de la casa	307.243	128.733	164.252	14.258	39,9	24,3	72,4	98,9
Luz eléctrica	798.889	532.534	239.638	26.717	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí Tiene	681.391	525.863	153.800	1.728	85,3	98,7	64,2	6,5
No tiene	117.498	6.672	85.837	24.989	14,7	1,3	35,8	93,5
Eliminación de la basura	798.916	532.597	239.602	26.717	100,0	100,0	100,0	100,0
Servicio del vehículo del municipio o particular	513.026	476.471	36.461	94	64,2	89,5	15,2	0,4
La quema o entierra	248.723	48.861	185.548	14.314	31,1	9,2	77,4	53,6
La bota en otros lotes, ríos, quebradas	26.744	5.396	13.170	8.179	3,3	1,0	5,5	30,6
Otros	10.422	1.869	4.424	4.129	1,3	0,4	1,8	15,5

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2006.

Cuadro No.12 Cont...
Hogares de Personas con Prevalencia de Discapacidad, por Área, según Características de la Vivienda

Características	Total	Urbana	Rural	Indígena	Total	Urbana	Rural	Indígena
	Valores Absolutos				Valores Relativos			
Tipo de Vivienda	267.764	159.848	94.089	13.826	100,0	100,0	100,0	100,0
Casa individual	217.507	128.462	84.745	4.299	81,2	80,4	90,1	31,1
Choza o rancho	18.247	559	8.160	9.527	6,8	0,3	8,7	68,9
Apartamento	25.107	24.413	694		9,4	15,3	0,7	
Cuarto en casa de vecindad	5.877	5.733	144		2,2	3,6	0,2	
Improvisada	710	510	201		0,3	0,3	0,2	
Local no destinado a habitación	316	171	146		0,1	0,1	0,2	
Tenencia de la Vivienda	267.025	159.112	94.125	13.789	100,0	100,0	100,0	100,0
Propia	231.244	131.252	86.389	13.602	86,6	82,5	91,8	98,6
Alquilada	23.718	21.071	2.476	171	8,9	13,2	2,6	1,2
Cedida o prestada	8.730	3.465	5.250	15	3,3	2,2	5,6	0,1
Condenada, invadida	3.334	3.324	10		1,2	2,1	0,0	
Acceso al agua potable	268.114	160.097	94.191	13.826	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí	232.497	157.052	70.636	4.809	86,7	98,1	75,0	34,8
No	35.618	3.046	23.554	9.018	13,3	1,9	25,0	65,2
Ubicación del suministro de agua	231.968	156.708	70.452	4.809	100,0	100,0	100,0	100,0
Dentro de la casa	171.954	134.538	36.842	574	74,1	85,9	52,3	11,9
Fuera de la casa	60.014	22.170	33.610	4.234	25,9	14,1	47,7	88,1
Servicio sanitario o excusado	268.114	160.097	94.191	13.826	100,0	100,0	100,0	100,0
Conectado a alcantarillado o tanque séptico	144.404	120.594	23.735	76	53,9	75,3	25,2	0,5
De hueco o letrina	111.403	39.011	64.823	7.569	41,6	24,4	68,8	54,7
No tiene	12.307	493	5.632	6.182	4,6	0,3	6,0	44,7
Ubicación del servicio sanitario	255.807	159.605	88.558	7.644	100,0	100,0	100,0	100,0
Dentro de la casa	140.377	117.494	22.821	62	54,9	73,6	25,8	0,8
Fuera de la casa	115.430	42.111	65.737	7.582	45,1	26,4	74,2	99,2
Luz eléctrica	268.109	160.097	94.185	13.826	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí Tiene	218.437	157.359	60.168	909	81,5	98,3	63,9	6,6
No tiene	49.672	2.738	34.016	12.918	18,5	1,7	36,1	93,4
Eliminación de la basura	268.079	160.097	94.155	13.826	100,0	100,0	100,0	100,0
Servicio del vehículo del municipio o particular	151.460	139.845	11.615		56,5	87,4	12,3	
La quema o entierra	99.730	17.724	75.096	6.910	37,2	11,1	79,8	50,0
La bota en otros lotes, ríos, quebradas	11.683	1.846	5.316	4.521	4,4	1,2	5,6	32,7
Otros	5.206	682	2.129	2.395	1,9	0,4	2,3	17,3

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2006.

Cuadro No.12 Conclusión
Hogares de Personas con Discapacidad según el Índice, por Área, según Características de la Vivienda

Características	Total	Urbana	Rural	Indígena	Total	Urbana	Rural	Indígena
	Valores Absolutos				Valores Relativos			
Tipo de Vivienda	150.806	90.045	51.377	9.385	100,0	100,0	100,0	100,0
Casa individual	122.065	72.724	46.680	2.661	80,9	80,8	90,9	28,4
Chozo o rancho	11.212	151	4.337	6.724	7,4	0,2	8,4	71,6
Apartamento	11.378	11.295	82		7,5	12,5	0,2	
Cuarto en casa de vecindad	5.503	5.438	64		3,6	6,0	0,1	
Improvisada	343	265	78		0,2	0,3	0,2	
Local no destinado a habitación	306	171	135		0,2	0,2	0,3	
Tenencia de la Vivienda	149.972	89.263	51.362	9.347	100,0	100,0	100,0	100,0
Propia	131.666	73.808	48.665	9.193	87,8	82,7	94,7	98,4
Alquilada	12.077	11.348	575	154	8,1	12,7	1,1	1,6
Cedida o prestada	3.535	1.418	2.117		2,4	1,6	4,1	
Condenada, invadida	2.694	2.688	6		1,8	3,0	0,0	
Acceso al agua potable	150.993	90.232	51.377	9.385	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí	129.568	88.392	37.809	3.367	85,8	98,0	73,6	35,9
No	21.425	1.839	13.567	6.018	14,2	2,0	26,4	64,1
Ubicación del suministro de agua	129.138	88.098	37.674	3.367	100,0	100,0	100,0	100,0
Dentro de la casa	94.740	74.252	20.090	398	73,4	84,3	53,3	11,8
Fuera de la casa	34.397	13.845	17.583	2.969	26,6	15,7	46,7	88,2
Servicio sanitario o excusado	150.993	90.232	51.377	9.385	100,0	100,0	100,0	100,0
Conectado a alcantarillado o tanque séptico	81.761	68.609	13.094	58	54,1	76,0	25,5	0,6
De hueco o letrina	61.633	21.466	35.166	5.001	40,8	23,8	68,4	53,3
No tiene	7.599	157	3.116	4.326	5,0	0,2	6,1	46,1
Ubicación del servicio sanitario	143.394	90.075	48.261	5.059	100,0	100,0	100,0	100,0
Dentro de la casa	79.339	66.682	12.612	45	55,3	74,0	26,1	0,9
Fuera de la casa	64.055	23.392	35.649	5.014	44,7	26,0	73,9	99,1
Luz eléctrica	150.993	90.232	51.377	9.385	100,0	100,0	100,0	100,0
Sí Tiene	121.362	88.362	32.631	369	80,4	97,9	63,5	3,9
No tiene	29.632	1.870	18.746	9.016	19,6	2,1	36,5	96,1
Eliminación de la basura	150.993	90.232	51.377	9.385	100,0	100,0	100,0	100,0
Servicio del vehículo del municipio o particular	84.658	78.459	6.199		56,1	87,0	12,1	
La quema o entierra	55.737	10.300	40.833	4.604	36,9	11,4	79,5	49,1
La bota en otros lotes, ríos, quebradas	7.276	1.005	3.156	3.114	4,8	1,1	6,1	33,2
Otros	3.322	467	1.188	1.667	2,2	0,5	2,3	17,8

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2006.

Cuadro No. 13
Equipamiento, por Área, según Tipo de Hogar

Equipo	Total	Urbana	Rural	Indígena
Total de hogares	799.020	532.597	239.706	26.717
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Estufa	88,0	98,3	73,7	13,0
Refrigeradora	68,8	85,0	40,1	3,7
Lavadora	60,4	73,5	37,8	1,2
Teléfono (fijo)	39,1	52,7	13,0	0,9
Teléfono (celular)	61,2	75,9	35,0	2,2
Televisor	81,1	95,4	57,7	3,4
Automóvil	26,8	34,0	13,6	0,9
Hogares de Personas con Prevalencia de Discapacidad				
Total	268.114	160.097	94.191	13.826
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Estufa	84,1	97,0	72,8	12,2
Refrigeradora	63,0	82,7	38,2	3,8
Lavadora	55,3	70,4	37,6	0,9
Teléfono (fijo)	35,8	52,4	12,6	0,7
Teléfono (celular)	52,9	68,4	34,0	1,8
Televisor	75,9	93,4	56,8	2,9
Automóvil	19,8	27,1	10,2	0,7

Fuente: Primera Encuestas Nacional de Discapacidad, Enero 2006.

5.2.1.4 OTRAS CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES –VIVIENDAS-

En adición a las características ya comentadas, aquí se agregan algunas consideraciones relativas a la conformación del hogar, al tamaño y a la jefatura de los mismos.

5.2.1.4.1 Conformación

Del total de hogares investigados a nivel nacional, en 33.6% de los mismos vive, al menos, una persona con alguna discapacidad, es decir, 3 de cada 10 hogares presenta una persona con alguna discapacidad.

La desagregación por lugar de residencia muestra que en el área indígena supera el 50% de hogares con al menos una persona con discapacidad, le sigue el área rural con 39% y la urbana con 30%.

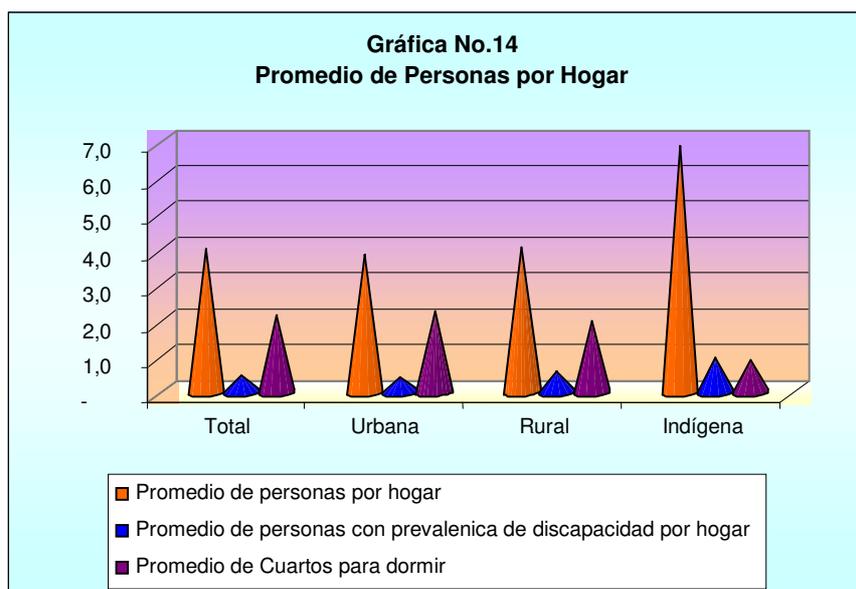
CUADRO No. 14

Otras Características de los Hogares Investigados, por Área

Características	Total	Urbana	Rural	Indígena
Hogares de personas con prevalencia de discapacidad	33,6	30,1	39,3	51,8
Promedio de personas por hogar	4,0	3,8	4,0	6,8
Hacinamiento				
Si Hay	23,6	19,3	26,5	82,9
No Hay	76,4	80,7	73,5	17,1
Promedio de cuartos para dormir	2,1	2,3	2,0	0,9

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

5.2.1.4.2 Tamaño del hogar



Otra información de interés, es la distribución de personas de acuerdo con el número de miembros en el hogar. Así se determinó que el tamaño promedio de los hogares en Panamá es de cuatro personas, tamaño que oscila entre 6.8 personas en el caso de los hogares indígenas y 3.8 en los hogares urbanos. Si se aplica la misma relación para conocer cuántas personas con alguna discapacidad viven en cada hogar, los valores revelan que por cada hogar investigado hay por lo menos 0.5 personas con alguna discapacidad, llegando a 1 en el caso de las comarcas indígenas.

También interesa hablar sobre el hacinamiento en los hogares investigados. En Panamá, casi una quinta parte de la población en general vive en hacinamiento¹. Este valor es sumamente alto en el caso del área indígena, ya que en 8 de cada 10 viviendas hay hacinamiento, debido por un lado a que hay muchos miembros en el hogar y, por el otro, las viviendas tienen muy pocos cuartos para dormir.

Al comparar estos valores con el número de cuartos destinados a dormitorios se aprecia que las áreas urbanas tienen más de 2 cuartos por vivienda, en tanto que en las indígenas no llegan ni a un cuarto, lo que denota el grado de hacinamiento en esta área. En síntesis, la población indígena registra las familias más numerosas y en las cuales se observa más hacinamiento, debido a sus patrones culturales en cuanto al tipo y división de la vivienda.

5.2.1.4.3. Jefatura del hogar

A nivel nacional el 69% de los jefes de hogar son hombres y 31% son mujeres. Este comportamiento es muy similar al interno de las áreas. Se observa que en el área rural por cada 10 jefes, 8 son hombres. Con relación a las mujeres la jefatura femenina alcanza el valor más alto en el área urbana con 36.7%, (ver cuadro N°.15).

Cuadro N° 15
Distribución Total de Jefes de Hogar por Sexo

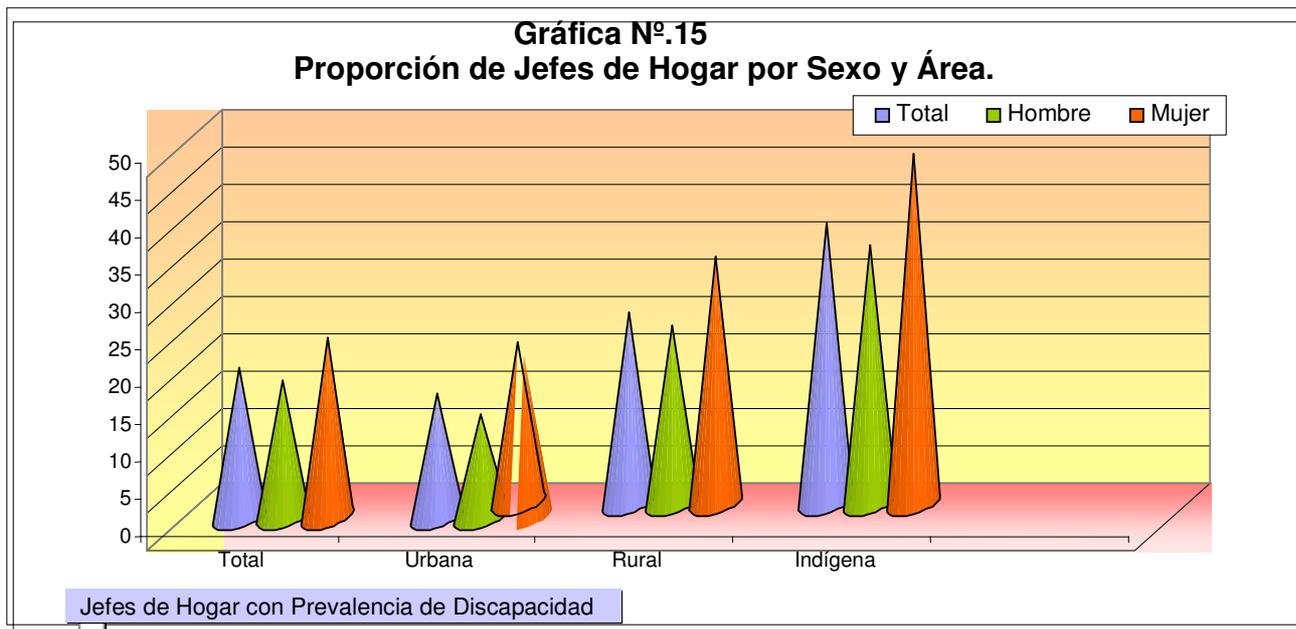
	Total	Hombre	Mujer
Total	100,0	69,4	30,6
Urbana	100,0	63,3	36,7
Rural	100,0	82,2	17,8
Indígena	100,0	76,7	23,3

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006

Al considerar la discapacidad en los hogares, se observa que del total de jefes de hogar a nivel nacional, el 19.9% presenta alguna persona con discapacidad. En el caso de los hogares indígenas alcanza un 37.5%, (ver cuadro N° 16).

En la Gráfica N° 18 se aprecia que del total de jefes mujer, la proporción de jefatura femenina en los hogares que presentan alguna discapacidad, se ubica por encima del promedio nacional. En este sentido, los valores más altos se dan en las mujeres jefas indígenas con 46.9%.

¹ Por hacinamiento se considera si hay de tres y más personas por cuarto para dormir.



5.2.1.5 ESTRATIFICACION DE LOS HOGARES

En Panamá, a través de diversas investigaciones sociales tales como: los censos y las encuestas, se ha contado con una serie de información que han permitido priorizar acciones en la búsqueda de soluciones a problemas específicos. Para lograr los objetivos propuestos se ha recurrido a la utilización de metodologías diferentes, en momentos distintos, de acuerdo a la disponibilidad de los datos, al avance tecnológico y a la oportunidad para su aplicación.

Cuadro Nº 16

Jefes de Hogar por Área	Proporción de jefes de hogar por Sexo			Distribución de Jefes de Hogar por Sexo		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Jefes de Hogar Total	19,9	18,1	24,1	100,0	63,1	36,9
con Prevalencia de Discapacidad Urbana	16,6	13,8	21,4	100,0	52,7	47,3
Rural	25,4	23,7	33,0	100,0	76,8	23,2
Indígena	37,5	34,6	46,9	100,0	70,8	29,2

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Para el caso de la estratificación de hogares, se han aplicado variadas metodologías en función del tipo y de la riqueza o limitación de los datos de la investigación disponible y del alcance que exige cada objetivo que se ha requerido lograr. De esta manera, se han calculado índices, rangos de ordenamiento, mapas de ubicación de las situaciones encontradas, entre otras,

con el fin de acercarse lo más posible a una realidad que permita brindar sugerencias en la toma de decisiones.

En la aplicación de cuáles quiera que hayan sido las metodologías utilizadas, y los objetivos perseguidos los análisis de sus resultados siempre han representado aportes significativos y positivos que han tenido algún impacto.

Este trabajo está estructurado en tres partes: la metodología y marco conceptual, la segunda que muestra los resultados de la investigación y la tercera en la cual se presentan algunas conclusiones.

5.2.1.5.1 Metodología

Para la selección del modelo más adecuado en el caso de la utilización de los datos de PENDIS en la estratificación de los hogares, se ha considerado, en primera instancia la diversidad de modelos existentes y la caracterización de los mismos. En este sentido, la primera tarea fue la unificación de conceptos y definición de variables y la segunda, buscar una metodología que permitiera elaborar información precisa sobre las características de la población, de sus hogares y de sus viviendas.

Después de evaluar distintas metodologías que permitieran estratificar los hogares, se optó por utilizar la propuesta desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina (INDEC)² donde se elaboró el indicador de Capacidad Económica del Hogar –CAPECO-³ como una aproximación indirecta a la insuficiencia de ingresos del hogar.

Dentro de este contexto se sitúa el presente trabajo sobre la construcción de un indicador específico de Capacidad Económica de los Hogares (CAPECO) para describir la situación socioeconómica de los mismos⁴. El Indicador permite estratificar los hogares según niveles de Capacidad Económica, la cual posibilita la caracterización, localización y análisis de los hogares a mayores niveles de desagregación geográfica.

Este indicador utiliza el hogar como unidad de observación por considerarlo el ámbito natural de decisión e implementación de las estrategias familiares de vida, principalmente en lo relativo a la reproducción biológica, distribución de tareas, y otros aspectos de sus condiciones materiales y no materiales de existencia. Así, es en el hogar donde los miembros económicamente inactivos

² Consulta realizada a Juan Carlos Feres y Xavier Mancero de la Dirección de Estadística y Proyecciones Económicas de la CEPAL y al INDEC de Argentina.

³ Este indicador se desarrolla a partir de una propuesta de INDEC-Argentina presentada al Grupo Conceptual y Temático del Censo Común de los países del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay más Bolivia y Chile) a fin de obtener un indicador que permitiera abordar las temáticas de la privación y vulnerabilidad de los hogares, posible de construir con datos de todos los países de la región.

⁴ Este indicador ha sido formulado en el ámbito de la investigación de nuevas metodologías para el estudio de la pobreza con datos censales desarrollada por el INDEC.

participan indirectamente de las relaciones de distribución de los bienes que son propios de la sociedad a la que pertenecen (Torrado, 1981).

El indicador constituye una herramienta sumamente útil para el diagnóstico y análisis, teniendo en cuenta que en el cuestionario no se incluyó la variable ingreso, por lo tanto, CAPECO es la mejor aproximación al ingreso de los hogares en comparación con otras mediciones indirectas, (Álvarez, INDEC de Argentina), ya que el indicador no se orienta a captar una necesidad básica sino en reflejar la disponibilidad de recursos en el hogar.

Aspectos conceptuales

Desde el punto de vista conceptual, este indicador busca relacionar altos niveles de dependencia y bajas tasas de escolaridad con una mayor dificultad para acceder a una fuente de ingreso.

El fundamento conceptual que sostiene la validez de este indicador reside en dos aspectos:

- a) La estrecha relación que guarda la educación con los ingresos de las personas y
- b) El supuesto de que la condición de altas tasas de dependencia con bajos niveles de educación en el hogar, resultan en insuficiencia de ingresos para atender las necesidades de sus integrantes. (Álvarez, INDEC de Argentina, 2002).

El Indicador se construye relacionando la cantidad de años de educación aprobados de los perceptores de ingresos y la cantidad total de miembros en el hogar. El mismo expresa la inversa de una tasa de dependencia ponderada por los años de escolaridad que tienen los integrantes del hogar que están ocupados o que perciben una pensión o jubilación. Su formulación se expresa de la siguiente manera:

$$\text{CAPECO} = \sum_{i=1}^n \frac{\text{CP} * \text{AE}}{n}$$

En donde:

CP: Condición de perceptor

Para los ocupados = 1

Para los jubilados/pensionados = 0.75

Para los no ocupados, ni jubilados = 0.

AE: Años de escolaridad aprobados en el sistema de enseñanza formal.

n: Miembros del hogar.

El resultado de este indicador oscila entre cero (cuando no hay ningún perceptor de ingresos en el hogar o los perceptores no tienen educación formal) y un valor máximo que va a depender de los años de estudio.

Para facilitar el análisis de la información, el resultado de este indicador se agrupa en cinco niveles de capacidad de obtención de ingresos⁵. Estos niveles del indicador se muestran a continuación:

Muy Bajo	Bajo	Medio	Medio Alto	Alto
0.0	Más de 0 a 1.49	De 1.50 a 3.49	De 3.50 a 6.37	Más de 6.37

5.2.1.5.2. Resultados según el Indicador de Capacidad Económica

El análisis de los resultados que surgen de la aplicación del indicador de Capacidad Económica de los hogares (CAPECO) se describen de acuerdo a diversas categorías de estratificación según distintos niveles que resultan de este indicador, desagregando la información para el total del país, para cada provincia, por área, por jefatura del hogar, según acceso a los servicios básicos de los hogares y por las características educativas de las personas miembros de los hogares objeto del estudio.

5.2.1.5.2.1 Total País y Provincia

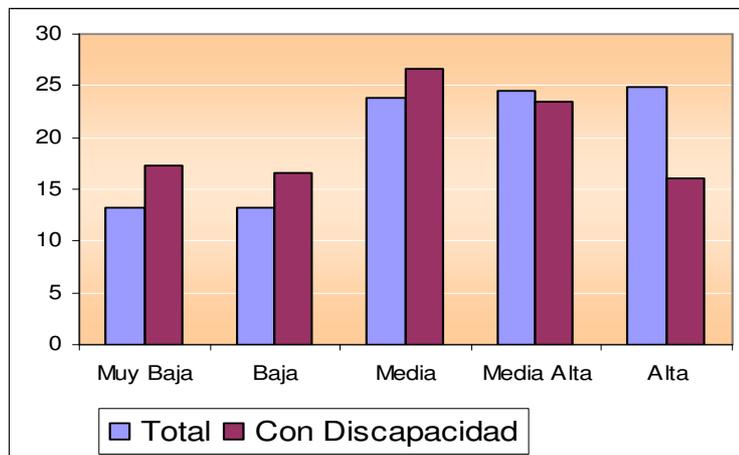
El primer nivel de análisis se refiere a la distribución de los hogares según el indicador de capacidad económica. Como ya se mencionó el indicador CAPECO se dividió en 4 niveles para estratificar los hogares, dividiendo el primer nivel en dos grupos para resaltar aquellos hogares, que tienen “0” capacidad económica, ya sea porque no hay perceptores de ingreso en el hogar o porque estos perceptores no tienen educación formal, (ver cuadro N° 17).

Cuadro No.17
Distribución de Hogares por Área, según Tipo de Hogar e Indicador de Capacidad Económica.

CAPECO	Total		Urbana		Rural		Indígena	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Total	797.891	100,0	531.628	100,0	239.546	100,0	26.717	100,0
Muy Baja	105.910	13,3	46.745	8,8	48.571	20,3	10.594	39,7
Baja	105.949	13,3	32.804	6,2	63.709	26,6	9.436	35,3
Media	190.644	23,9	118.336	22,3	66.934	27,9	5.374	20,1
Media Alta	196.201	24,6	151.423	28,5	43.661	18,2	1.117	4,2
Alta	199.186	25,0	182.320	34,3	16.671	7,0	195	0,7
Hogares con Prevalencia de Discapacidad								
Total	268.020	100,0	160.097	100,0	94.096	100,0	13.826	100,0
Muy Baja	46.409	17,3	18.506	11,6	22.570	24,0	5.333	38,6
Baja	44.321	16,5	12.980	8,1	26.458	28,1	4.883	35,3
Media ⁵	71.304	26,6	42.947	26,8	25.510	27,1	2.847	20,6
Media Alta	62.985	23,5	47.023	29,4	15.238	16,2	724	5,2
Alta	43.000	16,0	38.641	24,1	4.320	4,6	39	0,3

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad.

Gráfica No.16
Distribución Porcentual de los Hogares, según el
Nivel de Capacidad Económica.



Se observa que en las provincias de Bocas del Toro, Darién y las comarcas indígenas los hogares se concentran en los primeros niveles de CAPECO indicando la poca capacidad económica que tienen estos hogares para satisfacer sus necesidades. En cambio, en la Provincia de Panamá los hogares se concentran en los niveles más altos lo que muestra una vez más las diferencias regionales de oportunidades existentes en los niveles educativos y en las posibilidades de contar con algún ingreso, (ver cuadro N° 18).

Ahora bien, al analizar la proporción de hogares en relación con el total, se observa que en el 33.6% se encuentra por lo menos una persona con alguna prevalencia de discapacidad siendo la proporción más alta en los niveles muy bajo (43.8%) y bajo (41.8%) según las categorías del indicador CAPECO considerado, (ver cuadro N° 19 - gráfica N° 17)

Cuadro N°18
Incidencia de Hogares, por Nivel de Capacidad Económica (En Porcentaje)

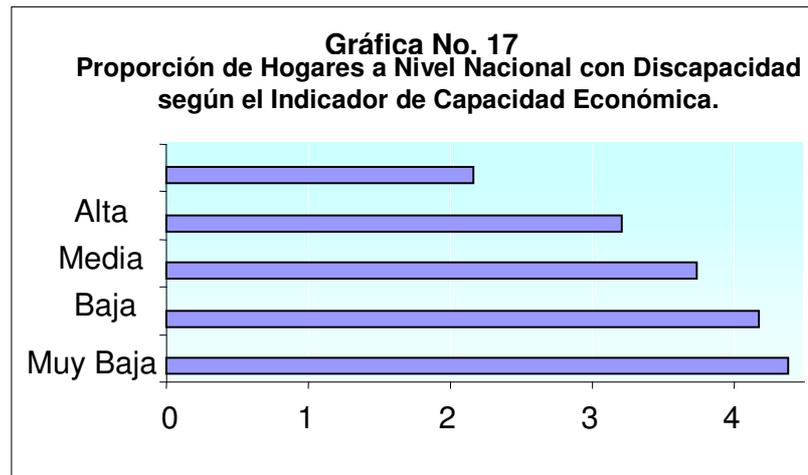
Provincia	Nivel de Capacidad Económica de los Hogares				
	Muy Baja	Baja	Media	Media Alta	Alta
Total	13.3	13.3	23.9	24.6	25.0
Bocas del Toro	29.6	21.3	21.2	16.6	11.3
Coclé	19.2	22.3	28.3	19.0	11.2
Colón	10.1	15.3	33.7	22.9	18.0
Chiriquí	17.9	19.2	26.6	22.5	13.8
Darién	29.2	30.5	26.2	9.4	4.6
Herrera	15.5	18.3	28.0	24.9	13.3
Los Santos	14.0	17.0	27.2	26.4	15.4
Panamá	8.0	6.8	20.8	28.2	35.8
Veraguas	17.2	20.6	26.6	21.9	13.8
Comarca Kuna Yala	17.5	28.2	39.8	12.6	--
Comarca Emberá	31.4	37.6	28.1	--	--
Comarca Ngöbe Buglé	45.8	36.9	14.6	--	--
Hogares con Discapacidad	17.3	16.5	26.6	23.5	16.0
Bocas del Toro	22.4	24.5	28.2	16.6	8.3
Coclé	11.9	17.3	33.3	23.5	13.9
Colón	23.7	19.2	28.0	20.9	8.2
Chiriquí	31.6	27.6	28.1	7.9	4.8
Darién	20.3	22.0	30.3	21.6	5.8
Herrera	21.4	13.8	24.3	26.1	14.4
Los Santos	10.9	10.1	25.1	29.0	25.0
Panamá	20.1	23.2	28.6	19.7	8.4
Veraguas	7.8	28.1	46.9	17.2	--
Comarca Kuna Yala	--	--	--	--	--
Comarca Emberá	47.4	37.3	13.0	--	--
Comarca Ngöbe Buglé					

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Cuadro N° 19
Proporción de Hogares por área, según Tipo de Hogar e Indicador de Capacidad Económica

CAPECO	Total	Urbana	Rural	Indígena
Hogares con Discapacidad				
Total	33,6	30,1	39,3	51,8
Muy Baja	43,8	39,6	46,5	50,3
Baja	41,8	39,6	41,5	51,7
Media	37,4	36,3	38,1	53,0
Media Alta	32,1	31,1	34,9	64,9
Alta	21,6	21,2	25,9	20,2

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2006



Por otra parte, de personas con discapacidad en el nivel muy bajo de capacidad económica es de 44.2%, mientras que en el alto nivel se encuentra en 24.4% de la población, según se aprecia en el cuadro N° 20.

Cuadro No.20
Porcentaje de Personas con Discapacidad, según Nivel de Capacidad Económica.

Nivel de Capacidad Económica	Personas Con Discapacidad
Total	36.8
Muy Baja	44,2
Baja	43,1
Media	40,9
Media Alta	33,1
Alta	24,4

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2006.

5.2.1.5.2.2 Jefes de hogar

Como ya se mencionó, del total de hogares investigados un 20% tiene como jefe de hogar una persona con alguna discapacidad. Al analizarlo por sexo del jefe que registra alguna discapacidad se logra apreciar que las mujeres jefas representan mayor proporción que los hombres. Al desagregar el análisis por CAPECO resalta que sólo en el nivel muy bajo la proporción de jefes hombres con alguna discapacidad es mayor.

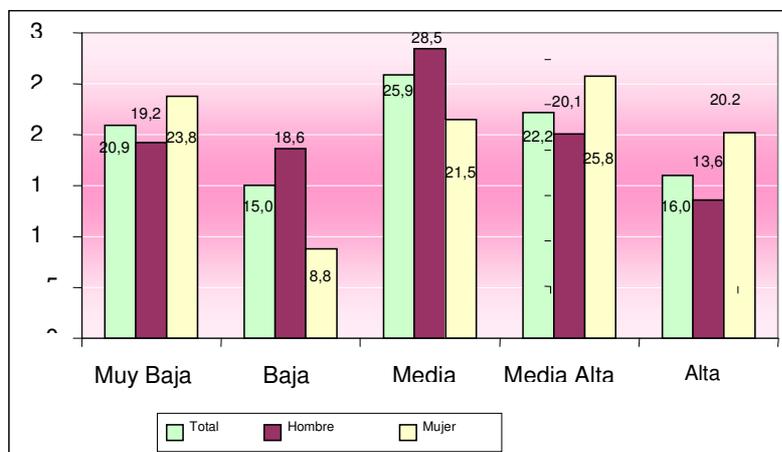
Cuadro No.21
Proporción de Jefes de Hogar que presentan alguna Discapacidad por
sexo y según Nivel de Capacidad Económica.

Detalle	Total	Hombres	Mujeres
Discapacidad	20.0	18.1	24.2
Muy Bajo	31.9	32.6	31.0
Bajo	22.4	20.6	32.5
Medio	21.5	20.0	25.7
Medio Alto	18.1	15.5	23.6
Alto	12.7	10.4	17.2

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2006.

Gráfica No.18

Distribución Porcentual de los Jefes de Hogar, por Sexo, según el Nivel de
Capacidad Económica Jefes de Hogar con alguna Discapacidad.



Al analizar los datos según el indicador Capacidad Económica de los Hogares, (CAPECO), se observa que 3 de cada 10 jefes de hogar con alguna discapacidad se encuentra en el nivel muy bajo de capacidad económica.

Cuadro No. 22: Distribución Porcentual de los Jefe de Hogar, por Sexo, según Niveles de Capacidad

Nivel de CAPECO	Tota	Hombre	Muier
Jefe de Hogar con Prevalencia de Discapacidad			
Muy	20,9	19,2	23,8
Baja	15,0	18,6	8,8
Media	25,9	28,5	21,5
Media Alta	22,2	20,1	25,8
Alta	16,0	13,6	20,2

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2006.

5.2.1.5.2.3 Vivienda y Servicios Básicos

La situación habitacional de los hogares según capacidad económica se analiza a partir de los siguientes indicadores:

- * Porcentaje de hogares sin agua potable
- * Porcentaje de hogares sin luz eléctrica
- * Porcentaje de hogares sin servicio sanitario
- * Porcentaje de hogares sin un sistema adecuado de eliminación de basura (la entierra, quema, la bota en ríos, quebradas u otros lotes)
- * Porcentaje de hogares con hacinamiento de 3 personas y más por cuarto para dormir.

Del total de hogares investigados un 11.6% no tiene acceso al agua potable, un 14.7% no dispone de luz eléctrica y 3.5% de los hogares no cuenta con ningún tipo de servicio sanitario. El indicador de Capacidad Económica de los Hogares, (CAPECO), comprueba que los hogares con los niveles de muy baja y baja capacidad económica son los más afectados por estas situaciones de carencia en los principales servicios básicos.

Cuadro No. 23: Distribución porcentual de hogares sin servicios básicos según nivel de capacidad económica

Nivel de Capacidad Económica	Sin Agua Potable	Sin Luz Eléctrica	Sin Servicio Sanitario	Sin Adecuada Eliminación de Basura
Total	11.6	14.7	3.5	34.5
Muy Baja	24.2	34.1	11.0	57.9
Baja	24.7	36.5	9.0	71.5
Media	11.9	14.0	2.3	40.6
Media Alta	6.9	6.8	1.1	24.3
Alta	2.2	1.4	0.2	6.7
Hogares con Personas con Discapacidad				
Total	13.3	18.5	4.6	41.5
Muy Baja	24.7	36.8	12.5	62.8
Baja	22.6	38.4	10.3	72.7
Media	12.3	14.0	2.0	42.6
Media Alta	6.7	7.4	0.8	26.0
Alta	2.6	2.0	0.2	7.5

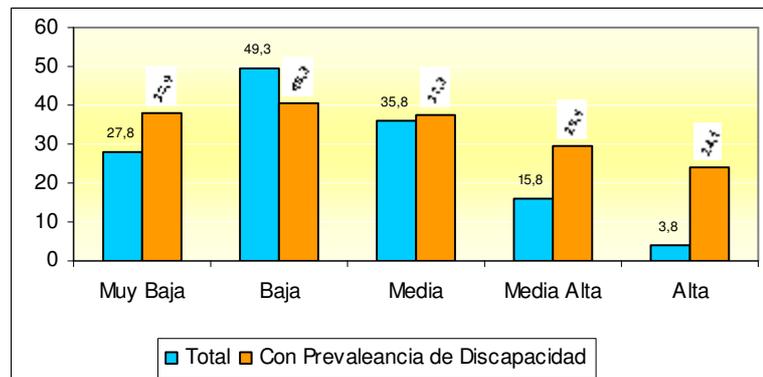
Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2006.

En cuanto a la eliminación de la basura, se observa que una gran proporción de hogares en los distintos niveles de CAPECO no utiliza un método adecuado para eliminar la misma.

5.2.1.5.2.4 Hacinamiento

En la gráfica N° 19 se percibe en los niveles medio y bajo de capacidad económica que 3 de cada 10 hogares viven en situación de hacinamiento ya sea en el total de hogares o donde habita alguna persona con discapacidad. Sin embargo, es notorio que en el nivel de capacidad económica media y alta en los hogares donde residen personas con discapacidad el porcentaje alcanza un 29% y 24% respectivamente, lo cual llama la atención y pudiera estar asociado al grupo de jubilados o pensionados.

Gráfica No. 19
Porcentaje de Hogares con Hacinamiento



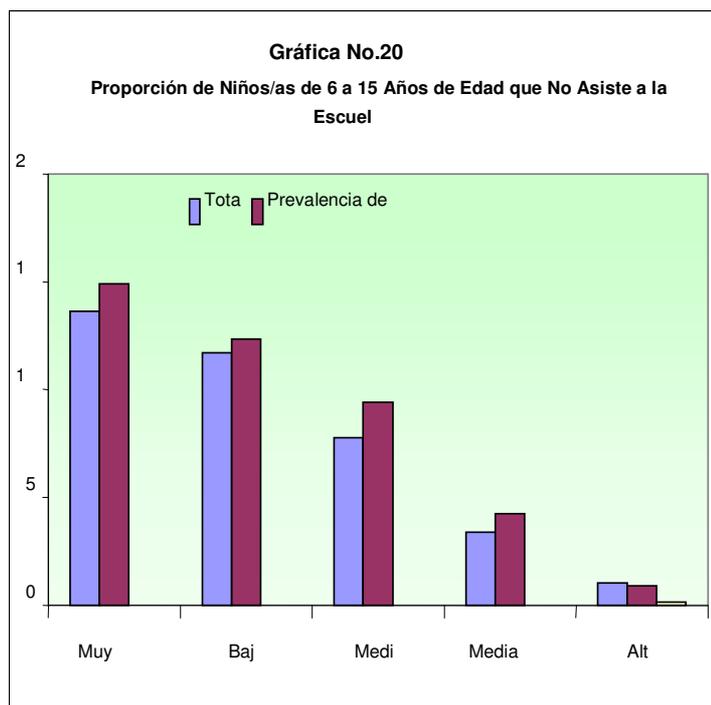
5.2.1.5.2.5 Características Educativas de los miembros del Hogar

La educación constituye un requerimiento mínimo para que las personas puedan incorporarse adecuadamente a la vida productiva y social. En base a esto, puede decirse que la falta de educación representa una limitación fundamental para escapar de la pobreza.

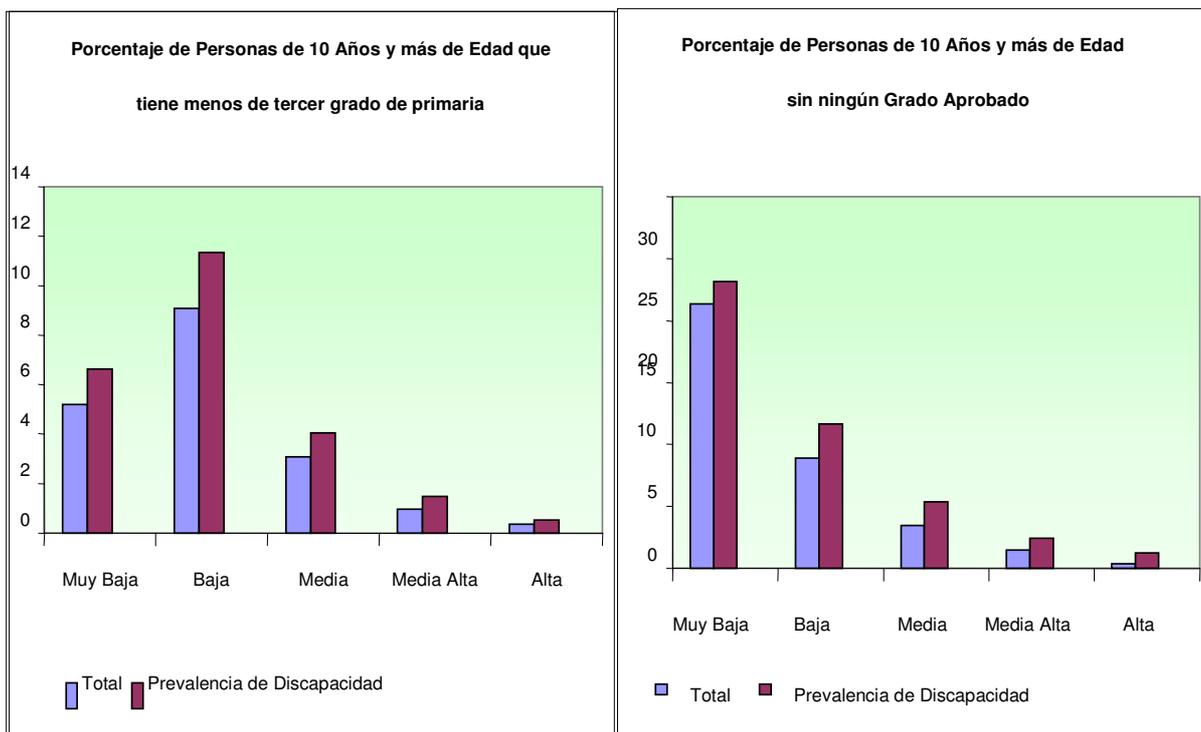
La condición educativa de las personas se describe mediante cuatro indicadores:

- Porcentaje de niños/as entre 6 y 15 años que no asiste a la escuela.
- Porcentaje de personas de 10 años y más de edad que tiene menos de tercer grado de primaria.
- Porcentaje de personas de 10 años y más de edad sin ningún grado aprobado
- Promedio de años de estudio del jefe de hogar.

Estos indicadores se describen de acuerdo al indicador de capacidad económica.



Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, 2006.



Más del 12% de los niños y niñas del nivel muy bajo y bajo no asisten a la escuela debido a las precarias condiciones económicas de estas personas. En cuanto a las personas de 10 años y más de edad cerca del 10% tienen menos de tercer grado de primaria aprobado en los niveles muy bajo y bajo. Hay que

resaltar que 2 de cada 10 personas en el nivel muy bajo no tienen ningún grado de educación aprobado, afectando en mayor proporción a las personas con discapacidad, (ver gráfica N° 20).

En cuanto al promedio de años de estudio, muestra que el promedio de años de estudios del jefe de hogar en el nivel muy bajo y bajo es casi la mitad del promedio nacional. También se aprecia que el promedio de años de estudios del jefe de hogar con alguna discapacidad es mucho más bajo que el promedio nacional y éstos muestran un comportamiento muy similar al de las variables anteriormente anotadas, (ver cuadro N° 24).

A nivel provincial se puede apreciar que los promedios de años de estudios más altos alcanzados los muestran las provincias con mayores oportunidades para estudiar como es el caso de la Provincia de Panamá y, por el contrario, las que presentan las mayores carencias son las que registran los promedios más bajos, lo que es indicador que existe una alta correlación entre las condiciones de vida y las capacidades para satisfacer sus necesidades vitales.

Cuadro N° 24 Promedio de Años de Estudio del Jefe del Hogar por Nivel de Capacidad Económica de los Hogares, según Provincia.

Provincia	Total	Nivel de Capacidad Económica de los Hogares				
		Muy Baja	Baja	Media	Media Alta	Alta
Total	8.8	5.0	4.6	7.7	9.6	13.3
Bocas del Toro	6.6	3.9	3.5	8.1	8.6	13.7
Coclé	6.7	4.7	4.8	6.6	7.7	12.0
Colón	8.9	6.6	6.3	8.7	10.1	11.3
Chiriquí	7.6	5.1	4.7	7.5	9.5	12.1
Darién	3.8	0.7	3.5	5.2	6.5	12.1
Herrera	6.9	4.2	4.5	6.4	8.5	11.5
Los Santos	6.9	3.3	4.4	6.4	8.2	11.7
Panamá	10.4	7.3	4.9	8.4	10.0	13.6
Veraguas	7.1	2.8	4.2	6.7	9.2	14.0
Comarca Kuna Yala	4.1	0.3	3.0	4.7	9.7	--
Comarca Emberá	3.2	1.7	3.4	4.1	6.6	--
Comarca Ngöbe Buglé	2.6	1.2	3.1	4.7	7.2	--
Hogares con Jefe con Discapacidad						
TOTAL	6.6	3.6	3.3	6.6	8.1	11.6
Bocas del Toro	4.0	1.1	1.7	6.5	7.2	12.2
Coclé	5.1	3.4	4.2	4.6	6.2	11.7
Colón	8.0	4.9	4.9	8.0	9.8	9.7
Chiriquí	5.7	4.6	3.7	5.7	7.3	9.7
Darién	1.9	0.9	1.3	2.6	5.6	--
Herrera	5.2	3.6	3.8	5.6	6.4	11.1
Los Santos	5.7	3.2	3.3	5.1	6.5	10.7
Panamá	8.5	5.0	3.0	7.9	8.8	12.3
Veraguas	5.0	2.1	3.3	5.5	7.8	10.3
Comarca Kuna Yala	4.2	--	3.0	4.5	8.7	--
Comarca Emberá	1.9	1.9	--	--	--	--
Comarca Ngöbe Buglé	1.6	0.9	1.9	3.4	3.9	--

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero. 2006.

Aspectos EDUCATIVOS



5.3 ASPECTOS EDUCATIVOS

El análisis de la variable “*Nivel Educativo*” por sexo lo presentaremos en dos momentos: primero analizando la población total que corresponde a 1,700, 459 personas de 25 años y más de los cuales hay un ligero predominio del sexo femenino (50,4%) sobre el sexo masculino (49,6%). Ahora analizando la misma situación en relación a la población con discapacidad, (291,812 personas), existe una mayor diferencia en relación al sexo en donde el porcentaje de mujeres es superior que el de hombres (56% a 44% respectivamente), (ver cuadro N° 25).

Al referirnos al nivel de instrucción el mayor porcentaje en la población general está dado por el nivel secundario (36,6%), seguido de la primaria (32,6%) y el nivel universitario en un 22,2%. Es interesante resaltar que en los dos primeros casos (primaria y secundaria), el porcentaje es ligeramente mayor en hombres que en mujeres no así en el nivel universitario cuya diferencia es marcada a favor de la mujer en un 12,6% en relación con un 9,6% en los hombres, (ver cuadro N° 25).

Para la población con discapacidad el mayor porcentaje de instrucción, a diferencia de la población general, se centra en el nivel de primaria con un 44,4%, más alto en mujeres (23,4% que en hombres 21,0%); seguido de la secundaria en un 30,0%, más alto en mujeres (17,4% que en hombres (12,4%) y de la analfabetización que ocupa un porcentaje significativo en esta población (13,6%) a diferencia de la población general que es menos de la mitad (6,4%). Esta condición de analfabetización para ambas poblaciones es mayor en mujeres que en hombres siendo más marcada en la población con discapacidad (mujeres 7,6% y varones 6,0%), (ver cuadro N° 25).

Cabe resaltar el hecho de que en el nivel de educación superior universitaria, sólo un 9,4% de la población con discapacidad tienen títulos universitarios en comparación con la población general que está por arriba del 22%. Sin embargo las pocas personas con discapacidad que han llegado a obtener estos estudios académicos son el doble en mujeres que varones (6,1% a 3,3% en hombres), (ver cuadro N° 25).

La formación en el área de oficio vocacional no ha sido de diferencia entre las poblaciones siendo para ambas un 1,5%. Es necesario resaltar el hecho de que la Educación Especial como tal no es considerada un nivel de instrucción formal, sin embargo para este estudio de discapacidad se ha presentado el porcentaje que recibió algún tipo de educación especial durante su formación y que está representado por un 1% siendo más en hombres que en mujeres.

Se hace necesario que estos análisis estadísticos se presenten de manera general en relación a ciertas variables; sin embargo, al inferir en los rasgos educativos que califican a las personas, debemos presentar análisis finos y

específicos que permitan puntualizar las comparaciones entre poblaciones y entre grupos para dar insumos científicos para la toma de decisiones.

CUADRO N° 25. POBLACIÓN DE 25 AÑOS Y MÁS POR CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y SEXO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑO, 2006.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	POBLACIÓN TOTAL						POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD***					
	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	1,700,459	100.0	844,110	49,6	856,349	50,4	291,812	100.0	128,471	44.0	163,342	56.0
NINGUNA	109,605	6,4	48,308	2,8	61,297	3,6	39,851	13,6	17,680	6.0	22,170	7,6
PRIMARIA	554,948	32,6	288,703	17,0	266,245	15,7	129,677	44,4	61,364	21,0	68,313	23,4
SECUNDARIA	622,611	36,6	322,103	18,9	300,508	17,7	86,818	30.0	36,087	12,4	50,731	17,4
VOCACIONAL	25,416	1,5	15,566	0,9	9,850	0,6	4,378	1,5	1,176	0,4	3,202	1,1
UNIVERSIDAD	377,713	22,2	163,882	9,6	213,831	12,6	27,293	9,4	9,542	3,3	17,751	6,1
NO UNIVERSIDAD	3,038	0,2	2,685	0,2	2,030	0,1	236	0,0	74	0,0	162	0,0
ENSEÑANZA ESPECIAL	3,038	0,2	2,455	0,1	583	0,0	2,862	1,0	2,329	0,8	534	0,2
NO RESPONDIÓ	2,413	0,1	1,063	0,1	1,350	0,1	698	0,2	219	0,1	479	0,2

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

***SEGÚN TASA DE PREVALENCIA.

Al avanzar en los niveles de instrucción se observa un marcado descenso de las oportunidades en la población con discapacidad siendo más agresivo en hombres que en mujeres, lo que concuerda con las políticas educativas y de alfabetización de la mujer en nuestra sociedad y en el mundo entero. Cabe resaltar que es más marcada la diferencia de género a favor de la mujer en poblaciones con discapacidad que en el resto de la población total en cualquier nivel de instrucción.

Esto nos lleva a concluir con clara evidencia estadística que a medida que avanzamos en los niveles de instrucción en la educación, se marca más la diferencia en la preparación de las personas con discapacidad. Sin embargo un aspecto positivo es que a pesar de ser un porcentaje mínimo de personas con discapacidad que han logrado alcanzar metas educativas concretas, el grupo de mujeres en esta condición es mayoritario en todos los niveles no así en la población general que sólo se establece en el nivel superior con el fenómeno de la feminización de la matrícula.

En relación al tipo de institución educativa donde asiste la población escolar de 5 a 29 años por provincias la misma está representada por 902,802 personas de las cuales 47,348 son población escolar con discapacidad. El 86% de la población total asiste a instituciones públicas y el 14% a instituciones privadas. Para las personas con discapacidad, esto está representado en un 90,4% para

los que asisten a instituciones públicas y en un 9,6% para los colegios particulares siendo las provincias de Panamá, Chiriquí y Veraguas las de mayor porcentaje para ambos tipo de instituciones, (ver cuadro N° 26).

Al comparar ambas poblaciones observamos que la población escolar con discapacidad tiene menos acceso a centros educativos particulares (apenas un 9,6% en relación a un 14% de la población general). El mayor porcentaje de población escolar total que asiste a escuelas está concentrado en las Provincias de Panamá en un 50,8%; Chiriquí en un 12,9%; Veraguas en un 7,4% y Colón y Coclé ambas con 6,9%. El mayor porcentaje de matrícula en los colegios públicos lo tienen las Provincias de Panamá y Chiriquí. (39,3% y 11,5% respectivamente). En los colegios privados lo tienen las provincias de Panamá con el 11,8% y en Chiriquí con 1,2%, (ver cuadro N° 26).

En la población escolar con discapacidad se da el mismo fenómeno de concentración para las mismas provincias sin diferencias significativas; siendo la provincia de Panamá la de mayor porcentaje tanto en matrícula pública como en privada (40,9% y 7,6% respectivamente) seguida de Chiriquí (13,0% y 1,3% respectivamente) y las provincias de Veraguas y Coclé en menor porcentaje, (ver cuadro N° 26).

Si esto es así debemos preguntarnos si estos centros educativos cuentan con las facilidades de accesibilidad y disponibilidad para un programa de inclusión real de las personas con discapacidad que les permitan realizarse como personas dignas y con derechos en esta sociedad.

Si bien es cierto que las diferencias en los porcentajes no son tan marcadas, también es necesario resaltar que el acceso que tienen las personas con discapacidad a las instituciones particulares es menor para cada provincia en comparación con el resto de la población total.

Al referirnos a la asistencia escolar por grupo de edad podemos señalar que de un total de 1,523,851 personas entre 5 a 29 años el 59.2% asiste a la escuela y el 40% no asiste (con un porcentaje de no respuesta del 0.7%). De igual forma es importante señalar que el grupo mayoritario para la población total escolar está dado por 5 a 9 años (23,5%) y va en descenso a medida que aumenta la edad, (ver cuadro N° 27).

La población con discapacidad está representada por 84,788 personas de los cuales 56% asiste a la escuela y el 43% no asiste con un porcentaje de no respuesta del 1%, (ver cuadro N° 27 y N° 28). Al analizar el grupo mayoritario en esta población, a diferencia de la población general, éste está dado por las edades de 10 a 14 años en un 29,0% de los cuales el 26,6% asiste y el 2,4% no asiste a la escuela. Otro grupo importante a destacar es el de 5 a 9 años que para la población con discapacidad representa uno de cada 5 estudiantes (20,1%); de éstos asisten el 15,3% y el resto no asiste, (ver cuadro N° 27).

Cabe señalar que los porcentajes más altos de inasistencia escolar están dados por los grupos de 20 a 24 años y de 25 a 29 años para ambas poblaciones siendo más altos en la población con discapacidad (13,9% y 17,6% respectivamente), (ver cuadro N° 27).

CUADRO N° 26 Población Escolar Total Y Con Discapacidad De 5 A 29 Años Que Asiste A La Escuela Por Tipo De Institución Según Provincias. República De Panamá. Año, 2006.

PROVINCIA	POBLACIÓN TOTAL						POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD***					
	Total		Pública		Privada		Total		Pública		Privada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	902,802	100.0	776,307	86.0	126,293	14.0	47,348	100.0	42,782	90,4	4,566	9,6
Bocas del Toro	28,527	3.2	27,879	3.1	634	0.1	732	1,5	664	1,4	68	0,1
Coclé	62,094	6.9	60,425	6.7	1,669	0.2	4,070	8,6	4,070	8,6	0	0.0
Colón	62,391	6.9	58,664	6.5	3,728	0.4	2,449	5,2	2,449	5,2	0	0.0
Chiriquí	116,768	12.9	106,114	11.8	10,654	1.2	6,787	14,3	6,172	13,0	615	1,3
Darién	13,283	1.5	12,796	1.4	299	0.0	1,007	2,1	965	2,0	42	0,1
Herrera	27,815	3.1	26,808	3.0	1,007	0.1	2,083	4,4	2,083	4,4	0	0.0
Los Santos	20,391	2.3	19,424	2.2	968	0.1	795	1,7	756	1,6	39	0,1
Panamá	458,348	50.8	354,486	39.3	103,862	11.5	22,915	48,5	19,326	40,9	3,589	7,6
Veraguas	66,681	7.4	63,500	7.0	3,181	0.4	4,343	9,2	4,129	8,8	213	0,4
Comarca Kuna Yala	8,094	0.9	8,094	0.9	0	0.0	291	0,6	291	0,6	0	0.0
Comarca Emberá	3,136	0.3	3,100	0.3	36	0.0	103	0,2	103	0,2	0	0.0
Comarca Gnóbe Buglé	35,273	3.9	35,018	3.9	255	0.0	1,774	3,7	1,774	3,7	0	0.0

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero, 2006.

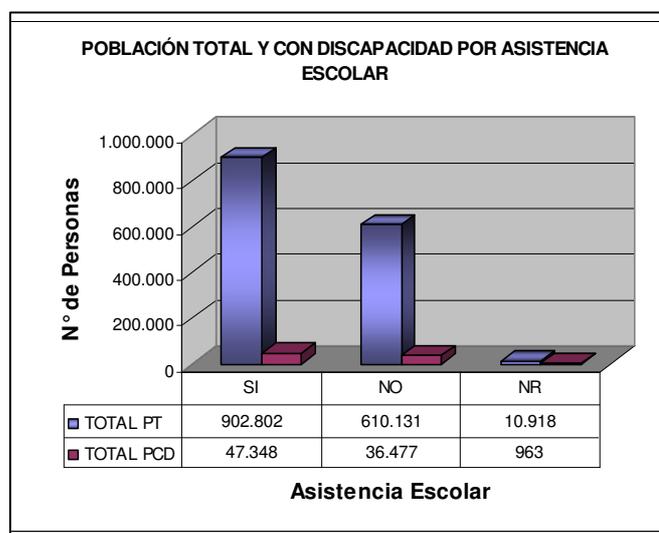
CUADRO N° 27: Población total y con discapacidad de 5 a 29 años por Asistencia Escolar según grupo de edad. República de Panamá. Año, 2006.

GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL								POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD***							
	ASISTENCIA ESCOLAR								ASISTENCIA ESCOLAR							
	TOTAL		SI		NO		NR*		TOTAL		SI		NO		NR*	
TOTAL	1,523,851	100.	902,802	59.2	610,131	40.0	10,918	0.7	84,788	100.0	47,348	56,0	36,477	43,0	963	1,0
5 A 9	358,513	23.5	283,399	18.6	67,439	4.4	7,675	0.5	17,072	20,1	12,976	15,3	3,559	4,2	537	0,5
10 A 14	317,254	20.8	297,359	19.5	19,234	1.3	662	0.0	24,576	29,0	22,518	26,6	2,026	2,4	33	0.0
15 A 19	302,470	19.8	201,140	13.2	100,570	6.6	761	0.0	12,272	14,5	7,980	9,4	4,173	4,9	118	0,2
20 A 24	271,551	17.8	87,612	5.7	183,157	12.0	782	0.1	14,911	17,6	2,939	3,5	11,801	13,9	170	0,2
25 A 29	274,062	18.0	33,292	2.2	239,731	15.7	1,039	0.1	15,958	18,8	935	1,1	14,918	17,6	105	0,1

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero, 2006.

NR*: No respuesta

Grafica N° 21



CUADRO N° 28: Población Escolar De 5 A 29 Años Por Asistencia Escolar Según Tipo De Población. República De Panamá. Año, 2006.

TIPO DE POBLACIÓN	TOTAL		ASISTENCIA ESCOLAR			
			SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
*POBLACIÓN TOTAL	1,523,851	100	902,802	59,2	610,131	40,0
**POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	84,788	100	47384	56,0	36,472	43,0

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero. 2006.

* Hay un porcentaje mínimo de "No respuesta" en cada tipo de población.

** SEGÚN LA TASA DE PREVALENCIA

De acuerdo con la asistencia escolar según provincias, de un total de 1, 523,851 personas el porcentaje de asistencia es del 59,2% en comparación con un 40% de no asistencia (se registró un 0,8% de no respuestas). La mayor población escolar total se concentran en las Provincias de Panamá (48,9%); Chiriquí (12,3%), Colón (7,3%); Coclé (7,1%) y Veraguas (7,0%), manteniendo los porcentajes de mayor asistencia e inasistencia en estas misma provincias mencionadas, (ver cuadro N° 29).

Analizando por otro lado la población con discapacidad, el comportamiento es muy parecido en relación a la concentración mayor de población escolar por provincia; siendo Panamá la de mayor población (43,5%) y manteniendo la relación en la población general. Seguido está Chiriquí con un 13,9%; Veraguas (9,0%); Coclé y Colón con un 8,6% y 6,4% respectivamente. Aparentemente asiste más población con discapacidad en las Provincias de Panamá, Chiriquí y Coclé que en el resto de la república. Las áreas comarcales han quedado con los porcentajes más bajos de asistencia escolar como lo son: la Comarca Emberá (0,1%) y la Comarca Kuna Yala (0,3%), (ver cuadro N° 29).

Son evidentes las tomas de decisiones que en materia de acceso a la educación se requieren en el país. Aunado a mejorar las infraestructuras y los accesos a las instalaciones educativas en los lugares más alejados pero con igual derecho a la educación.

CUADRO Nº 29: Población Total Y Con Discapacidad De 5 A 29 Años Por Asistencia Escolar Según Provincias. República De Panamá. Año, 2006.

GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL								POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD***							
	ASISTENCIA ESCOLAR								ASISTENCIA ESCOLAR							
	TOTAL		SI		NO		NR*		TOTAL		SI		NO		NR*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	1,523,851	100.0	902,802	59.2	610,131	40.0	10,918	0.8	84,788	100.0	47,348	56.0	36,477	43.0	963	1.0
Bocas del Toro	58,257	3.8	28,527	1.9	29,487	1.9	243	0.0	1,587	1.9	732	0.9	842	1.0	13	0.0
Coclé	108,602	7.1	62,094	4.1	45,389	3.0	1,119	0.1	7,266	8.6	4,070	4.8	2,984	3.5	212	0.3
Colón	111,900	7.3	62,391	4.1	48,768	3.2	740	0.0	5,477	6.4	2,449	2.8	3,028	3.6	0	0.0
Chiriquí	187,774	12.3	116,768	7.7	70,549	4.6	457	0.0	11,813	13.9	6,787	8.0	5,026	5.9	0	0.0
Darién	24,018	1.6	13,283	0.9	9,759	0.6	976	0.1	2,772	3.2	1,007	1.2	1,510	1.8	255	0.2
Herrera	46,672	3.1	27,815	1.8	18,007	1.2	851	0.1	3,546	4.2	2,083	2.5	1,426	1.7	37	0.0
Los Santos	34,807	2.3	20,391	1.3	14,120	0.9	296	0.0	1,607	1.9	795	0.9	812	1.0	0	0.0
Panamá	744,619	48.9	458,348	30.1	282,774	18.6	3,497	0.2	36,923	43.5	22,915	27.1	13,839	16.3	168	0.1
Veraguas	106,231	7.0	66,681	4.4	38,022	2.5	1,528	0.1	7,622	9.0	4,343	5.2	3,171	3.7	109	0.1
Comarca Kuna Yala	18,534	1.2	8,094	0.5	10,354	0.7	86	0.0	881	1.0	291	0.3	590	0.7	0	0.0
Comarca Emberá	5,242	0.3	3,136	0.2	1,742	0.1	363	0.0	200	0.2	103	0.1	97	0.1	0	0.0
Comarca Gnöbe Buglé	77,194	5.1	35,273	2.3	41,159	2.7	763	0.1	5,095	6.0	1,774	2.1	3,151	3.7	170	0.2

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero. 2006.

NR*: No respuesta

*** SEGÚN TASA DE PREVALENCIA

En cuanto a las causas de inasistencia escolar en la población general se identifican tres que son estadísticamente significativas: el hecho de tener que trabajar (32%); la falta de dinero (26%), el desinterés (17%), (ver cuadro Nº 30).

Cuadro Nº 30. Población Total De 5 A 29 Años Según Causas De Inasistencia Escolar. República De Panamá. Año, 2006.

POBLACIÓN TOTAL		
CAUSAS DE INASISTENCIA	Nº	%
TOTAL	610,131	100
1. El estudiante debe trabajar	190,782	32
2. Por falta de dinero	157,202	26
3. Desinterés	104,277	17
4. Ya culminó sus estudios	52,302	8
5. No ofrecen el grado o año escolar	36,235	6
6. Otras causas	69,333	11

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero, 2006.

Al analizar las causas de inasistencia en la población con discapacidad, ocupa el primer lugar (26%), su condición de discapacidad que no le permite ir al colegio, condición ésta que puede ser agravada con episodios de enfermedad en general. Podemos inferir que las barreras arquitectónicas y otras condiciones de los mismos centros educativos podrían ser las causas que justifican en alguna medida, la no asistencia a la escuela por la discapacidad.

De igual forma uno de cada cuatro personas con discapacidad que no asiste a la escuela (25%) afirma que es por no contar en su hogar con los recursos económicos suficientes para ir a la escuela; también existe un porcentaje importante (18%) de personas con discapacidad en edad escolar que necesitan ir a trabajar para aportar económicamente a sus familias y un 15% que ya muestra un desinterés hacia la educación, (ver cuadro N° 31).

CUADRO N° 31: Población Con Discapacidad De 5 A 29 Años Según Causas De Inasistencia Escolar. República De Panamá. Año, 2006.

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD***		
CAUSAS DE INASISTENCIA	N°	%
TOTAL	36,477	100
Por su situación de discapacidad o enfermedad	9,638	26
Por falta de dinero	9,163	25
Debe trabajar	6,454	18
Desinterés	5,423	15
Ya terminó sus estudios	1,710	5
Otras causas	4,089	11

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad Enero, 2006.

*** SEGÚN TASA DE PREVALENCIA

CUADRO N° 32: Población Total Y Con Discapacidad De 5 A 29 Años Según Las Tres Primeras Causas De Inasistencia Escolar En Las Provincias De Mayor Frecuencia. República De Panamá. Año, 2006.

CAUSAS DE INASISTENCIA	TOTAL		PROVINCIAS***									
	N°	%	COCLÉ		COLÓN		CHIRIQUÍ		PANAMÁ		GNOBE BUGLE	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
POBLACIÓN TOTAL	488,639	100.0	45,389	9,3	48,768	9,9	70,549	14,4	282,774	58	41,159	8,4
1. Debe trabajar	168,580	34	10,505	2,1	12,578	2,5	14,669	3,0	128,726	26,0	2,102	0,4
2. Falta de dinero	115,530	23	20,502	4,2	8,081	1,7	22,046	4,5	43,685	8,9	21,666	4,4
3. Desinterés	79,799	16	5,304	1,1	9,396	1,9	13,836	2,8	44,659	9,1	6,604	1,4
4. Otras causas*	124,730	25	9,078	1,9	18,713	3,8	19,998	4,1	65,707	13,4	10,787	2,2
POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	28,028	100.0	2984	10,6	3,028	10,8	5,026	18,0	13,839	49,4	3,151	11,2
1. Falta de dinero	7,417	27	920	3,3	653	2,3	2032	7,2	2443	8,7	1369	4,9
2. Debe trabajar	5,704	20	446	1,6	945	3,4	389	1,4	3861	13,8	63**	0,2
3. Desinterés	4,056	15	357	1,3	304	1,1	509	1,8	2476	8,8	410	1,5
4. Otras causas*	10,851	38	1,261	4,5	1,126	4,0	2,096	7,5	5,059	18,0	1,309	4,7

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero, 2006.

*** LAS PROVINCIAS SELECCIONADAS REPRESENTAN EL 80% Y 77% DE LAS POBLACIÓN GENERAL Y CON DISCAPACIDAD RESPECTIVAMENTE, DONDE SE REGISTRARON LA MAYOR FRECUENCIA DE INASISTENCIA.

** La Provincia de Veraguas reportó 159 estudiantes más que la Comarca sólo para esta causa.

* Se agruparon alrededor de nueve causas restante cuya frecuencia individual es inferior a las presentadas en la tabla.

Por otro lado, estas causas se acentúan mayormente en las personas con discapacidad en las provincias de: Coclé, Colón, Panamá y la Comarca Gnöbe Buglé.

La población escolar total que “estudia y trabaja” de acuerdo al género y al grupo de edad, podemos decir que de un total de 14,258 que está en esta condición casi no existe diferencia en relación al género, no así en la población con discapacidad, que de un total de 388 estudiantes el 96,6% son varones y un 3% son mujeres, (ver cuadro N° 33).

CUADRO N° 33. Población Escolar De 5 A 29 Años Que Estudia Y Trabaja Por Sexo Según Grupo De Edad. República De Panamá. Año, 2006.

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN ESCOLAR QUE ESTUDIA Y TRABAJA POR SEXO											
	POBLACIÓN TOTAL						POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD**					
	TOTAL		HOMBRES		MUJERES		TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	14,258	100.0	7,113	49,9	7,145	50,1	388	100.0	375	96,6	13	3,4
5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	955	6,7	417	2,9	539	3,8	0	0	0	0	0	0
15-19	4,473	31,4	2,504	17,6	1,969	13,8	241	62	241	62,0	0	0
20-24	7,507	52,7	3,465	24,3	4,042	28,3	147	38	134	34,6	13	3,4
25-29	1,323	9,3	728	5,1	596	4,2	0	0	0	0	0	0

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero. 2006.

**SEGÚN TASA DE PREVALENCIA

En cuanto al grupo de edad donde más se concentra esta condición de “estudiar y trabajar” para la población total es el de 20 a 24 años (52,7%) siendo más en mujeres que en hombres (28,3% a 24,3% respectivamente). Seguido está el grupo de 15 a 19 años en un 31,4% siendo más en hombres que en mujeres, (ver cuadro N° 33).

Es interesante resaltar que aunque representa un grupo minoritario, (6,7%), los escolares de 10 a 14 años trabajan siendo más en las mujeres. También es importante recalcar que de 5 a 9 años no se reportaron casos de estudiantes que trabajen en ninguna de las poblaciones, (ver cuadro N° 33).

Al analizar la población con discapacidad y su condición de “estudio y trabajo”, se observa el mismo fenómeno descrito en la población general siendo el porcentaje mayoritario el grupo de 15 a 19 años en un 62%, (de éstos el 100% se da en los varones); un 38% en el grupo de 20 a 24 años siendo 34,6% en los varones. El único grupo femenino que estudia trabaja en la población con discapacidad está dado por 20 a 24 años en un porcentaje muy bajo (apenas el 3,4%), (ver cuadro N° 33).

Para la población con discapacidad, los estudiantes salen a más cortas edades en búsqueda de trabajo a partir de los 15 años fenómeno que ocurre en la población general más a partir de los 20 años. Esta situación es la que, en ocasiones, desencadena en una deserción o abandono de las aulas escolares ya que decide por el trabajo como fuente de ingreso individual y familiar, (ver cuadro N° 33).

Cuadro N° 34 Condiciones De Bienestar De Las Población Escolar De 5 A 29 Años Total Y Con Discapacidad Según Provincia. República De Panamá. Año 2006. ***

PROVINCIA	POBLACIÓN TOTAL						POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD					
	No tiene servicio		No tiene agua potable		No tiene luz eléctrica		No tiene servicio		No tiene agua potable		No tiene luz eléctrica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	80,809	100.0	231,628	100.0	296,187	100.0	5,681	100.0	12,985	100.0	16,755	100.0
Bocas del Toro	5,179	6.4	26,196	11.3	28,914	9.8	234	4.1	1,002	7.7	530	3.1
Coclé	1,973	2.4	19,488	8.4	41,851	14.1	311	5.5	1,594	12.3	2,556	15.2
Colón	1,222	1.5	11,595	5.0	10,813	3.7	94	1.7	603	4.6	627	3.7
Chiriquí	3,140	3.9	22,048	9.5	22,736	7.7	517	9.1	1,877	14.4	1,868	11.1
Darién	6,345	7.9	11,516	5.0	13,339	4.5	514	9.0	1,046	8.0	1,526	9.1
Herrera	862	1.1	5,693	2.5	6,134	2.1	125	2.2	305	2.3	509	3.0
Los Santos	293	0.4	1,152	0.5	2,602	0.9	5	0.0	57	0.4	123	0.7
Panamá	10,464	12.9	34,637	15.0	36,883	12.5	547	9.6	1,385	10.7	1,127	6.7
Veraguas	4,423	5.5	30,402	13.1	40,089	13.5	420	7.3	1,627	12.5	2,373	14.1
Comarca Kuna Yala	239	0.3	14,700	6.3	15,620	5.3	38	0.7	547	4.2	737	4.4
Comarca Emberá	2,040	2.5	3,953	1.7	3,757	1.3	79	1.4	162	1.2	158	0.9
Comarca Gnöbe Buglé	44,630	55.2	50,248	21.7	73,448	24.8	2,797	49.2	2,780	21.4	4,621	27.6

Fuente: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

*** SEGÚN PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD.

Para el análisis de las condiciones de bienestar en la población escolar por provincias, hemos incluido tres variables básicas: servicio sanitario, agua potable y luz eléctrica considerándolas condiciones mínimas y elementales para un buen rendimiento escolar.

Al referirnos a la situación de la población general, las provincias que están más desprovistas de estas condiciones son: en servicios higiénicos o letrínación la Comarca Gnöbe Buglé tiene un 55,2% de los estudiantes que sus hogares no cuentan con esta condición de bienestar; seguido está la Provincia de Panamá con un 12,9%; Darién y Bocas del Toro (7,9% y 6,4% respectivamente).

En relación al acceso de agua potable en los hogares de la población escolar tenemos que las provincias que marcan mayor porcentaje de no contar con este servicio son: Comarca Gnöbe Buglé (21,7%); Panamá un 15%; Veraguas un 13,1% y Bocas del Toro un 11,3%.

No cuentan con luz eléctrica la Comarca Gnöbe Buglé en un 24,8%; Coclé en un 14,1%; Veraguas en un 13,5% y Panamá en un 12,5%, (ver cuadro N° 34).

En la población con discapacidad en relación con servicio sanitario la situación en los hogares de estos escolares es más deficiente. Así, la Comarca Gnöbe Buglé es la que tiene las condiciones más precarias en materia de sistema de letración ya que casi la mitad (49,2%) no cuentan con este servicio; En agua potable para esta población, los porcentajes son mayores en la Comarca Gnöbe Buglé (21,4%); Chiriquí (14,4%); Veraguas en 12,5 y Coclé en un 12.3%; en luz eléctrica la Comarca Gnöbe Buglé en un 27,6% sin luz eléctrica; Coclé en un 15,2% y Veraguas en un 14.1%, (ver cuadro N° 34).

Se observa una gran deficiencia en términos de medidas sanitarias y de condiciones de bienestar para la población escolar lo que limita, a su vez, las facilidades dentro de su hogar que benefician el rendimiento escolar siendo más notable en la Comarca Gnöbe Buglé y las Provincias de Coclé y Veraguas.

Al referirnos a la población que tiene o no su nivel de primaria completo, población que ha sido seleccionada a partir de 13 años y más donde se espera que la persona haya terminado este nivel básico de la educación, se encontró que el 80% de las personas con discapacidad han completado sus estudios básicos y de éstos más en mujeres (43,6%) que en varones (36,4%), Hay un porcentaje significativo de población con discapacidad y con primaria incompleta (1 de cada cinco 20%) siendo más alta en mujeres que en hombres, (ver cuadro N° 35).

CUADRO N° 35 Población Con Discapacidad De 13 Y Más Años De Edad Por Sexo Según Primaria Completa E Incompleta. República De Panamá. Año, 2006.

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD**	TOTAL		SEXO			
			MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	328,709	100.0	148,675	45.2	180,034	54.8
PRIMARIA COMPLETA	262,788	79.9	119,495	36.4	143,293	43.6
PRIMARIA INCOMPLETA	65,921	20.1	29,180	8.9	36,741	11.2
FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero, 2006.						
**SEGÚN TASA DE PREVALENCIA						

En la secundaria, según si completa o no estos estudios, tomando como referencia la población con discapacidad a partir de los 19 años, de un total de 307,595 personas el 39,2% ha completado sus estudios de secundaria y el 60,6% tiene una secundaria incompleta; de estos últimos el 32,1% (más de la mitad son mujeres), (ver cuadro N° 36).

CUADRO N.º 36: Población Con Discapacidad De 19 Años Y Más De Edad Por Sexo Según Secundaria Completa E Incompleta. República De Panamá. Año, 2006.

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	TOTAL		SEXO			
			MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	307,595	100	137,148	44,6	170,446	55,4
SECUNDARIA COMPLETA	120,740	39,2	48,991	15,9	71,749	23,3
SECUNDARIA INCOMPLETA	186,855	60,6	88,157	28,7	98,697	32,1

FUENTE: Primera Encuesta de Discapacidad. Enero, 2006.

De igual forma al analizar la población con discapacidad en el completar o no sus estudios universitarios se observa un incumplimiento mucho más marcado que en los dos niveles anteriores siendo el porcentaje de universidad incompleta en un 79,2% y apenas uno de cada cinco personas con discapacidad logra completar estudios universitarios (20,8%) siendo el porcentaje más alto de universidad completa en mujeres (23,3%) que en hombres (15,9%). No así en el porcentaje de no terminación de estudios universitarios cuyo porcentaje más acentuado está en la mujer en un 32,1% en comparación con el hombre en un 28,7%, (ver cuadro N.º 37).

CUADRO N.º 37 Población Con Discapacidad De 25 Años Y Más De Edad Por Sexo Según Universidad Completa E Incompleta. República De Panamá. Año, 2006.

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	TOTAL		SEXO			
			MASCULINO		FEMENINO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	227,186	100	104,709	46,1	122,477	54,0
UNIVERSIDAD COMPLETA	47,309	20,8	20,522	9,0	26,787	11,8
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	179,877	79,2	84,187	37,1	95,690	42,2

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero. 2006.

Aspectos SALUD OCUPACIONAL



5.4: ASPECTOS DE SALUD OCUPACIONAL

En el presente informe técnico están los aspectos más relevantes obtenidos en La Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, (PENDIS), en el tema de salud ocupacional a través de una revisión exhaustiva de los procesos de accidentabilidad y enfermedad laboral que se presentan en la población con discapacidad, la condición económica de la misma y seguridad social.

Entre los aspectos más importantes que se utilizaron para el análisis crítico de los datos están los factores relacionados a la distribución geográfica por provincia, la condición de protección o no del sistema de seguridad social, las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades de los sistemas públicos de servicio con especial atención a los sistemas de salud, provisión de servicio, oferta de servicio, accesibilidad, equidad, eficiencia, eficacia y solidaridad.

En la condición económica se analizara la situación actual de la población con discapacidad económicamente activa y no económicamente activa.

En la población económicamente activa se analizara y revisaran la distribución de la población ocupada y desocupada atendiendo a diferencias de género, área de residencia y grupos por edades.

Se presto especial atención a las diferencias de estas variables entre la población que vive en las comarcas indígenas y en el resto de las provincias.

De igual manera; se observó con detenimiento las condiciones reportadas en los grupos de alta vulnerabilidad social como son las mujeres; las mujeres indígenas; la población adolescente que trabaja y cuyo tiempo de exposición a las fuentes de emisiones industriales y condiciones laborales inseguras se dan desde temprana edad y los grupos de edad de 3 y 4 años de edad por su dependencia económica y baja autonomía.

Esperamos que dichos resultados; puedan motivar la revisión posterior de más temas relacionados a la salud ocupacional en la población con discapacidad encuestada de 10 años en adelante.

Para el análisis de la información obtenida en PENDIS, se reviso la base de datos suministrada por la coordinación técnica nacional y se procedió a diseñar cuadros sobre la distribución porcentual de las variables señaladas. Se diseñaron graficas con el programa Excel y se calculó los siguientes indicadores estadísticos: **x²**; **O.R** .**I.C** y **valor p** con la ayuda del programa epiinfo.

El análisis se desarrolló con un proceso deductivo del marco general suministrado a nivel nacional y por provincias ha destacar las realidades encontradas en áreas geográficas más pequeñas.

Las variables fueron: la condición económica activa o inactiva; la ocupación y la desocupación; la seguridad social, el área de residencia urbana y rural; la distribución de la accidentabilidad y enfermedad laboral por área urbana y rural; grupos por edades desde los 10 años; grupo por edad de 10 a 19 años; 20 a 59 años y de 60 años y más.

Se analizó las diferencias estadísticas entre la condición económica de la población con discapacidad por género entre las áreas comarcales y el resto de las provincias, con mayor accidentabilidad y enfermedad laboral.

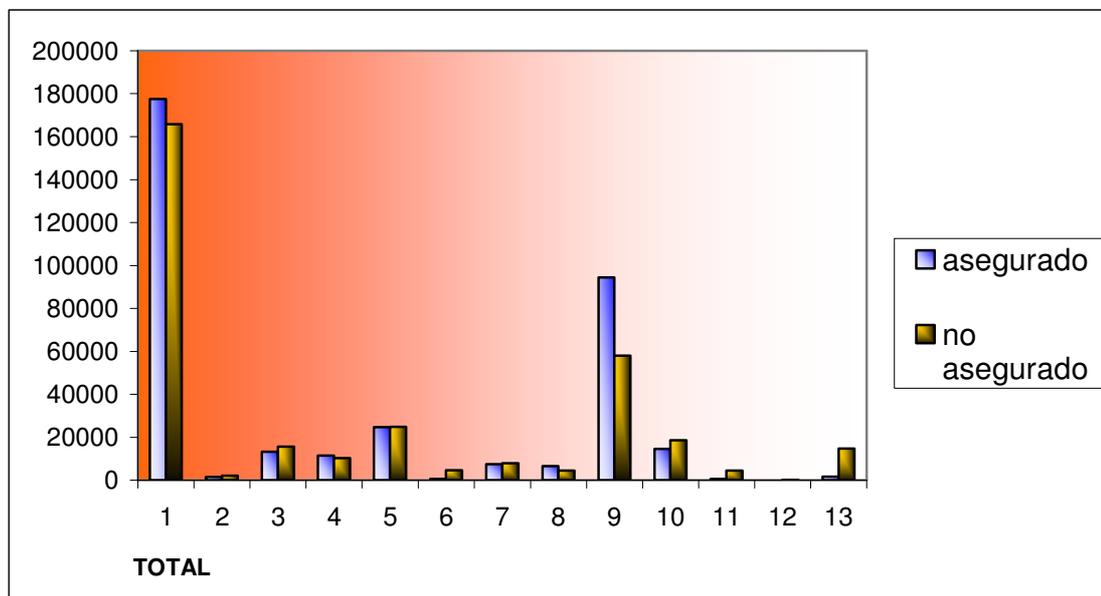
CUADRO N° 38: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Mayor De 10 Años. Según Provincia Y Por Condicion De Seguridad Social Panama. 2006.

PROVINCIA	TOTAL		SEGURO SOCIAL			
	Nº	%	SI		NO	
			Nº	%	Nº	%
TOTAL	343571	100.0	177647	100.0	165924	100.0
BOCAS DEL TORO	3706	1.1	1582	9	2124	1.3
COCLE	28928	8.4	13297	7.5	15631	9.4
COLON	21824	6.4	11624	6.5	10199	6.1
CHIRIQUI	49649	14.5	24744	13.9	24905	15
DARIEN	5339	1.6	697	0.4	4642	2.8
HERRERA	15482	4.5	7571	4.3	7912	4.8
LOS SANTOS	11035	3.2	6587	3.7	4448	2.7
PANAMA	152467	44.4	94451	53.2	58016	35
VERAGUAS	33299	9.7	14675	8.3	18624	11.2
KUNA YALA	5187	1.5	728	0.4	4459	2.7
EMBERA	180	0.1	21	0	159	0.1
GNÖBE-BUGLE	16475	4.8	1670	0.9	14805	8.9

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al analizar el cuadro anterior se encontró en las provincias encuestadas la mayor parte de la población con discapacidad residentes en las grandes urbes capitalinas como: Panamá con un 44.4% y Chiriquí con un 14.5%. De la misma manera la población con discapacidad tanto asegurada como no asegurada tiende a concentrarse en forma mayoritaria en dichas provincias, (con un 53.2% en Panamá y 13.9% en Chiriquí), los no asegurados. En el resto del país, la población con discapacidad no asegurada de las provincias de Coclé, Veraguas y comarca Gnöbe Buglé constituyó un 30%, (ver cuadro N° 38).

GRAFICA Nº 22 Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Mayor De 10 Años. Por Condicion De Seguridad Social Y Según Provincia Panama.2006.



- 2=Bocas del toro 3= Coclé 4= Colon 5=Chiriquí 6=Darién 7=Herrera 8=Los Santos
 - 9= Panamá 10= Veraguas 11= comarca Kuna Yala 12=Emberá 13= comarca Gnöbe Bugle.
- FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

CUADRO Nº 39 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON DISCAPACIDAD MAYOR DE 10 AÑOS POR CONDICION DE SEGURIDAD SOCIAL Y SEGÚN AREA DE RESIDENCIA. PANAMA. 2006.

AREA DE RESIDENCIA	TOTAL		SEGURO SOCIAL			
	Nº	%	SI		NO	
			Nº	%	Nº	%
TOTAL	343571	100.0	177647	100.0	165924	100.0
URBANA	196024	57.05	126610	71.27	69415	41.84
RURAL	125705	36.59	48618	27.37	77087	46.46
INDIGENA	21842	6.36	2419	1.91	19423	11.71

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

La mayor parte de la población con discapacidad encuestada reside en área urbana con casi el 60% de la población; sólo un 36.59% reside en área rural y una minoría reside en área indígena con un 6.36%. Pero al examinar la condición de seguridad social en dicha población se encontró que la mayoría de los personas con discapacidad encuestadas que no tienen seguro social residen en área rural e indígena con un 58%. Sólo un 1.91% de la población con discapacidad que reside en área indígena tiene seguro social, (ver cuadro Nº 39).

CUADRO N° 40: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Y Por Presencia O No De Enfermedad Laboral Y Condicion De Seguridad En Los Grupos De 10 Años Y Más Según Provincia. Panama. 2006.

PROVINCIA	TOTAL		SIN ENFERMEDAD LABORAL						CON ENFERMEDAD LABORAL					
	Nº	%	TOTAL		CONSEGURO		SIN SEGURO		TOTAL		CONSEGURO		SIN SEGURO	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	343571	100.0	316052	100.0	16140	100.0	155042	100.0	12035	100.0	6943	100.0	5091	100.0
BOCAS DEL TORO	3706	1.1	3103	1	1327	.8	1775	1.14	414	3.4	234	3.4	179	3.5
COCLE	28928	8.4	25248	8	11550	7.2	13698	8.83	1741	14.5	969	14	772	15.2
COLON	21824	6.4	21198	6.7	1170	6.9	10028	6.46	49	4	19	3	30	6
CHIRIQUI	49649	14.5	44520	14.1	21399	13.3	23101	14.8	2842	23.6	1697	24	1145	22.5
DARIEN	5339	1.6	4784	1.5	677	0.4	4107	2.64	96	0.8	0	0	96	1.9
HERRERA	15482	4.5	13980	4.4	6823	4.2	7157	4.61	564	4.7	385	4.4	259	5.1
LOSSANTOS	11035	3.2	10476	3.3	6294	3.9	4183	2.69	288	2.4	141	2.0	147	2.9
PANAMA	152467	44.4	142790	45.2	86387	53.7	56403	36.38	4544	33.6	2924	4.2	1117	21.9
VERAGUAS	33299	9.7	30312	9.6	13448	8.4	16864	10.87	1217	10.1	466	6.7	751	17.8
KUNAYALA	5187	1.5	4299	1.4	527	0.3	3772	2.43	0	0	0	0	0	0
EMBERA	180	0.1	178	0.1	21	0	157	.10	2	0	0	0	2	0
GNOBE-BUGLE	16475	4.8	15183	4.8	1386	0.9	13797	8.89	779	6.5	185	2.7	593	11.7

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al comparar los resultados de la presencia de enfermedad laboral en la población con discapacidad por provincias, se encontraron diferencias importantes tales como provincias con mayor reporte de enfermedad laboral fueron: Panamá con un 33.6%, Chiriquí 23.6%, Coclé 14.5% y Veraguas con un 6.7%. Dicho resultado; puede ser indicador del impacto que tienen los procesos de trabajo en el sector de la construcción, sector agrícola, industria cañera y minas, en la génesis de daño a la salud del trabajador y de la presencia en estas áreas de instalaciones de salud específicamente por parte de la Caja del Seguro Social y agencias que establecen el registro de las mismas.

Los reportes discretos obtenidos en Darién con menos del 2% se relacionan a la debilidad del sistema de vigilancia epidemiológica y diagnóstico oportuno pero en Bocas del Toro que reporto un 3.5% si existen programas de salud ocupacional por parte de la Caja del Seguro Social que monitorean los efectos a la salud por parte de los procesos de trabajo de las compañías Bananeras. En las comarcas indígenas, específicamente en la Gnöbe Buglé se observó que la población con discapacidad no asegurada es mayor que la no asegurada relacionada a enfermedad laboral con un 11.7% y 8.89% respectivamente. En las comarcas Kuna Yala y Emberá no hubo reportes de enfermedad laboral señalando debilidad del sistema de vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo y riesgo laborales asociados a la red de servicios de salud, (ver cuadro N° 40).

CUADRO 41: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Por Presencia O No De Accidente Laboral Y Condicion De Seguridad Social En Los Grupos De 10 Años Y Mas Según Provincia. Panama.2006.

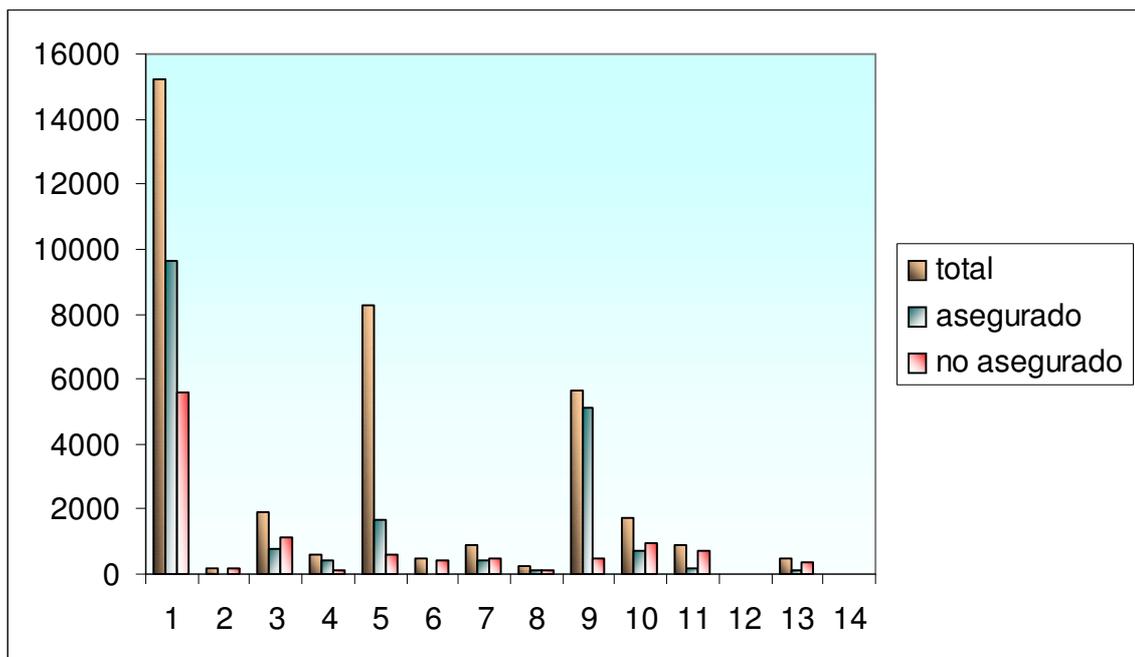
PROVINCIA	TOTAL		SIN ACCIDENTE LABORAL						CON ACCIDENTE LABORAL					
	Nº	%	TOTAL		CON SEGURO		SIN SEGURO		TOTAL		CON SEGURO		SIN SEGURO	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	343571	100.0	316052	100.0	16140	100.0	155042	100.0	15206	100.0	9641	100.0	5566	100.0
BOCAS DEL TORO	3706	1.1	3103	1	1327	8	1775	1.14	178	1.2	20	2	158	2.8
COCLE	28928	8.4	25248	8	11550	72	13698	8.83	1888	12.4	778	8.1	1110	19.9
COLON	21824	6.4	21198	6.7	1170	6.9	10028	6.46	577	3.8	436	4.5	141	2.5
CHIRIQUI	49649	14.5	44520	14.1	21399	13.3	23101	14.8	8252	14.8	1637	17	617	11.1
DARIEN	5339	1.6	4784	1.5	677	0.4	4107	2.64	460	3	19	2	440	7.9
HERRERA	15482	4.5	13980	4.4	6823	4.2	7157	4.61	912	6	431	4.5	481	8.6
LOSSANTOS	11035	3.2	10476	3.3	6294	3.9	4183	2.69	263	1.7	144	1.5	119	2.1
PANAMA	152467	44.4	142790	45.2	86387	53.7	56403	36.38	5633	3.7	5137	53.3	497	8.9
VERAGUAS	33299	9.7	30312	9.6	13448	8.4	16864	10.87	1696	11.2	740	7.7	955	17.2
KUNAYALA	5187	1.5	4299	1.4	527	0.3	3772	2.43	887	5.8	201	2.1	687	12.3
EMBERA	180	0.1	178	0.1	21	0	157	.10	0	0	0	0	0	0
GNOBE-BUGLE	16475	4.8	15183	4.8	1386	0.9	13797	8.89	459	3	98	1	361	6.5

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar la accidentabilidad laboral en la población con discapacidad encuestada económicamente activa se encontraron diferencias importantes que incluyen un mayor registro en las provincia de Chiriquí con 14.8%, Coclé con 12.4% y Veraguas con 11.2%. Por el contrario en la provincia de Panamá sólo se reportó un 3.7% pero más del 50% de estos; fue en población asegurada, que tiene la disponibilidad de instalaciones de salud especialmente de la Caja del Seguro Social lo cual coincide con un sub-registro reconocido por esta institución y que esta relacionado a múltiples factores entre los que se han mencionado la renuencia a la notificación por parte; del propio trabajador que sufre los accidentes leves o moderados para evitar los trámites burocráticos que establece la ley y que lleva a reportar sólo aquellos accidentes graves o mortales. De la misma manera podemos mencionar los resultados obtenidos en la provincia de Bocas del Toro donde existen compañías Bananeras relacionadas a factores de riesgo laboral por los agroquímicos utilizados y en donde existen programas de salud ocupacional. En las comarcas indígenas se encontró accidentes laborales: en las comarcas Kuna Yala con un 5.8% y Gnöbe Buglé con un 3%. Los accidentes laborales registrados en Coclé, Veraguas y Kuna Yala son de personas que no tenían

seguro social en su gran mayoría. En la comarca Gnöbe Bugle se encontró tres personas no aseguradas con discapacidad asociados a accidentes laborales. Por cada persona asegurada con discapacidad (producto del accidente laboral), esta relacionado a la debilidad del sistema de vigilancia epidemiológica para el control de los factores de riesgo y riesgos laborales en el sector salud, específicamente por la ausencia o inaccesibilidad a las instalaciones de salud en dichas áreas inaccesibles que lo convierten en grupos de alta vulnerabilidad social por la condición de pobreza y pobreza extrema; desempleo o empleo informal y por otra parte a la debilidad de la oferta de servicios específicamente en el sector salud que garanticen acceso oportuno a los mismos y que procuren promoción de ambientes laborales seguros, prevención y control de los factores de riesgos laborales así como un diagnóstico oportuno del daño a la salud del trabajador, (ver cuadro N° 41).

GRAFICA N° 23
Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Y Por Presencia O No De Accidente Laboral Y Condicion De Seguridad Social En Los Grupos De 10 Años Y Más Y Según Provincia. Panama.2006.



FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.
 ○ 2=Bocas del toro 3= Coclé 4= Colon 5=Chiriquí 6=Darién 7=Herrera 8=Los Santos
 ○ 9= Panamá 10= Veraguas 11= comarca Kuna Yala 12=Emberá 13= comarca Gnöbe Bugle.

CUADRO N° 42: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Y Por Presencia O No De Accidente Y Enfermedad Laboral Y Condicion De Seguridad Social En Los Grupos De 10 Años Y Más. Según Provincia. Panama. 2006.

PROVINCIA	TOTAL		SIN ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL						CON ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL					
	Nº	%	TOTAL		CON SEGURO		SIN SEGURO		TOTAL		CON SEGURO		SIN SEGURO	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	343571	100	316052	100	16140	100	155042	100	278	100	52	100	226	100
BOCAS DEL TORO	3706	1.1	3103	1	1327	.8	1775	1.14	12	4.2	0	0	12	5.2
COCLE	28928	8.4	25248	8	11550	7.2	13698	8.83	51	18.3	0	0	51	22.5
COLON	21824	6.4	21198	6.7	1170	6.9	10028	6.46	0	0	0	0	0	0
CHIRIQUI	49649	14.5	44520	14.1	21399	13.3	23101	14.8	52	18.8	11	21.1	41	18.3
DARIEN	5339	1.6	4784	1.5	677	0.4	4107	2.64	0	0	0	0	0	0
HERRERA	15482	4.5	13980	4.4	6823	4.2	7157	4.61	27	9.8	12	23.4	15	6.6
LOS SANTOS	11035	3.2	10476	3.3	6294	3.9	4183	2.69	8	2.9	8	15.3	0	0
PANAMA	152467	44.4	142790	45.2	86387	537	56403	36.38	0	0	0	0	0	0
VERAGUAS	33299	9.7	30312	9.6	13448	8.4	16864	10.87	74	26.7	21	40.2	53	23.6
KUNA YALA	5187	1.5	4299	1.4	527	0.3	3772	2.43	0	0	0	0	0	0
EMBERA	180	0.1	178	0.1	21	0	157	.10	0	0	0	0	0	0
GNÖBE-BUGLE	16475	4.8	15183	4.8	1386	0.9	13797	8.89	54	19.3	0	0	54	23.8

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar los resultados de la población con discapacidad encuestada que había sufrido accidentes más enfermedad laboral; encontramos que no hubo registro en Colón, Darién, Panamá, comarcas de Kuna Yala y Emberá. Relacionado a sub registros por la falta de un sistema eficiente de vigilancia epidemiológica de los factores de riesgos y riesgo laboral asociados a los daños a la salud.

Se registraron predominantemente en la provincia de Coclé, Chiriquí, Veraguas y comarca Gnöbe Buglé que sumaron más del 80% y donde se desarrollan actividades predominantemente agrícolas que generan daño a la salud asociado al uso de sustancias agroquímicas. Un 88.2% de la población con discapacidad encuestada no tiene seguro social en dichas áreas y esta asociado a inaccesibilidad a las instalaciones de salud por lejanía geográfica; a falta de un empleo formal que le permita ser cotizante activo y al sistema de salud segmentado y fragmentado de salud que no logra ser eficiente y equitativo en la promoción de ambientes laborales saludables; en el desarrollo de procesos de vigilancia epidemiológica en salud ocupacional integral, oportuna y equitativa en las áreas más pobres y de condición social de alta vulnerabilidad.

CUADRO No.43: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Por Presencia O No De Accidente Y Enfermedad Laboral Y Condicion De Seguridad Social En Los Grupos De 10 Años Y Mas. Y Según Area De Residencia. Panama. 2006.

AREA DE RESIDENCIA	TOTAL		SIN ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL ASEGURADO				ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL ASEGURADO					
	Nº	%	SI		NO		TOTAL		SI		NO	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	316652	100.0	161010	100.0	155042	100.0	278	100.0	52	100.0	226	100.0
URBANA	182785	57.8	115567	57.8	67217	43.35	69	24.8	16	30.4	53	23.6
RURAL	113606	35.9	43508	35.9	70098	45.21	155	55.8	36	69.6	119	52.6
INDIGENA	19661	6.2	1935	6.2	17726	11.43	54	19.3	0	0.0	54	23.8

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar la distribución de la población encuestada con discapacidad que había sufrido accidentes y enfermedades laborales, según área de residencia se encontró que la mayoría de los mismos no tienen seguro social y residen en áreas rurales con un 52.6%. Del total de la población encuestada con discapacidad se observó que un 23.8% residen en área indígena donde las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud son deficientes y por lo tanto es débil la gestión de diagnóstico oportuno del daño a los trabajadores. Esta población tiene que hacer uso de los servicios que ofrece el Ministerio de Salud en el primer nivel de atención a través de los puestos de salud y subcentros de salud. Esta es una condición de alta vulnerabilidad por la complejidad de los factores de riesgos y riesgos laborales que inciden en la presencia de accidentes y enfermedad laborales que al no ser oportunamente controlados facilitan la evolución de la discapacidad de leve a moderada y severa, tornándose más difícil la rehabilitación y la inclusión de la persona, (ver cuadro N° 43).

CUADRO N° 44: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Y Por Presencia O No De Accidente Laboral Y Condicion De Seguridad Social En Los Grupos De 10 Años Y Más. Según Area De Residencia. Panama. 2006.

AREA DE RESIDENCIA	TOTAL		SIN ACCIDENTE LABORAL ASEGURADO				ACCIDENTE LABORAL ASEGURADO					
	Nº	%	SI		NO		TOTAL		SI		NO	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	316652	100.0	161010	100.0	155042	100.0	15206	100.0	9641	100.0	5566	100.0
URBANA	182785	57.8	115567	71.37	67217	43.35	7388	48.59	6591	68.36	797	14.32
RURAL	113606	35.9	43508	27.02	70098	45.21	6473	42.57	2751	28.53	3721	66.85
INDIGENA	19661	6.2	1935	1.20	17726	11.43	1346	8.85	299	3.10	1047	18.81

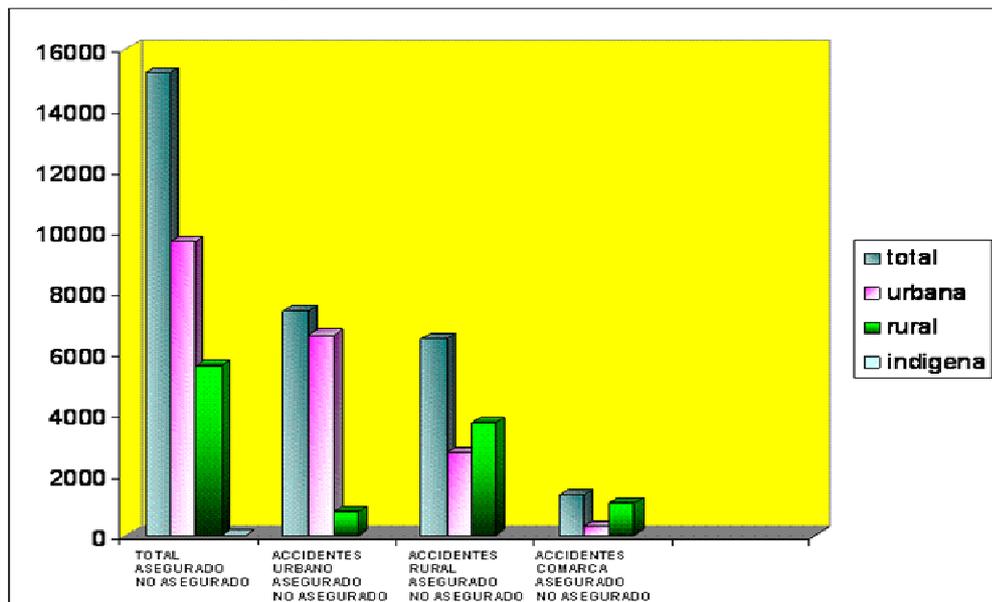
FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar la distribución de la población con discapacidad encuestada relacionada a accidente laboral según área de residencia se encontró que la

mayoría de las mismas se encontraron en el área rural con un 66.85%. La mayoría de la población asegurada que no tuvo accidentes laborales reside en área urbana con un 71.3%. En el área indígena se encontró que por cada persona con discapacidad con un accidente laboral asegurada había 4 con discapacidad sin seguro social. Dichos resultados están relacionados con las diferencias que se presentan en la cantidad y calidad de la oferta de servicios del sector salud en las urbes capitalinas de las provincias donde hay mayor posibilidad de ser intervenido y diagnosticado oportunamente al contrario de las áreas rurales sobre todo en las poblaciones localizadas en las cordilleras montañosas y comarcas indígenas donde por la débil capacidad instalada de la red de servicio, aunado a la condición de pobreza y pobreza extrema los convierte en un grupo de alta vulnerabilidad social, limitados en sus actividades y con graves restricciones en la participación, (ver cuadro N° 44).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados de todos los accidentes laborales registrados entre la población con discapacidad no asegurada que reside en área rural vs. área urbana con un O.R de 5.33, $x^2 = 1754$, I.C= 4.90-5.80 y valor $p=0.0000000$ sobre la asegurada. En el área indígena se encontró que la población con discapacidad no asegurada presento mayor riesgo de accidentabilidad laboral que el área urbana con un O.R de 7.21, $x^2 = 1488$, I.C= 6.46-8.05 y valor $p=0.0000000$.

GRAFICA N° 24: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Por Presencia O No De Accidente Laboral Y Condicion De Seguridad Social En Los Grupos De 10 Años Y Mas. Segun Area De Residencia. Panama. 2006.



FUENTE: Primera Encuestas Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

CUADRO No 45: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Por Presencia O No De Enfermedad Laboral Y Condicion De Seguridad Social En Los Grupos De 10 Años Y Más Y Según Area De Residencia. Panama 2006.

AREA DE RESIDENCIA	TOTAL		SIN ENFERMEDAD LABORAL ASEGURADO				ENFERMEDAD LABORAL ASEGURADO					
	Nº	%	SI		NO		TOTAL		SI		NO	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	316652	100.0	161010	100.0	155042	100.0	12035	100.0	6943	100.0	5091	100.0
URBANA	182785	57.8	115167	57.7	6721	43.75	5783	48.1	4435	63.9	1348	26.5
RURAL	113606	35.9	113606	35.9	70098	45.0	5471	45.5	2323	33.5	3148	61.8
INDIGENA	19661	6.2	19661	6.2	1776	11.43	781	6.5	185	2.7	596	11.7

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar la distribución de la población con discapacidad encuestada relacionada a enfermedad laboral según área de residencia se encontró que la mayoría de las mismas se encontraron en el área rural con un 61.8%, (ver cuadro N° 45).

La mayoría de la población asegurada que no tuvo accidentes laborales reside en área urbana con un 57.7%. En el área indígena se encontró que por cada persona con discapacidad con una enfermedad laboral asegurada había 3 con discapacidad sin seguro social. Dichos resultados están relacionados con las diferencias que se presentan en la cantidad y calidad de la oferta de servicios del sector salud en las urbes capitalinas de las provincias donde hay mayor posibilidad de ser intervenido y diagnosticado oportunamente; además de llevar programas de vigilancia en salud ocupacional en las diferentes empresas, al contrario de las áreas rurales, sobre todo en las poblaciones localizadas en las cordillera montañosas y comarcas indígenas, donde por la débil capacidad instalada de la red de servicio aunado a la condición de pobreza y pobreza extrema los convierte en un grupo de alta vulnerabilidad social, limitados en sus actividades y con graves restricciones en la participación.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados de todas las enfermedades laborales registradas entre la población con discapacidad no asegurada que reside en área rural vs. área urbana con un O.R de 594, $x^2 = 2.47$, I.C= 2.89-3.71 y valor $p=0.0000000$ sobre la asegurada. En el área indígena se encontró que la población con discapacidad no asegurada presentó mayor riesgo de enfermedad laboral que la población del área urbana con un O.R de 3.27, $x^2 = 389$, I.C=2.89-3.71 y valor $p=0.0000000$.

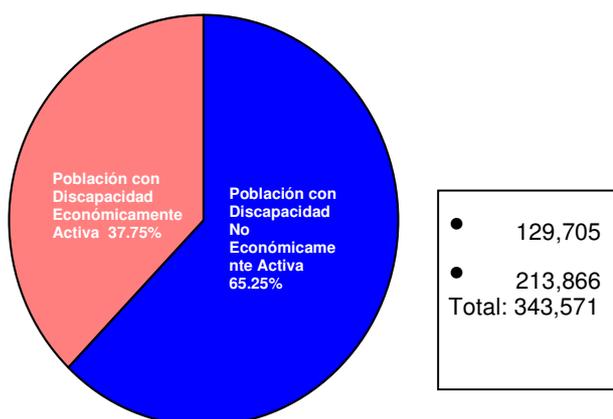
CUADRO N° 46 Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Según Condicion Economica. Panama 2006.

CONDICION ECONOMICA	TOTAL	
	Nº	%
TOTAL	343571	100.0
POBLACION CON DISCAPACIDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA	129705	37.75
POBLACION CON DISCAPACIDAD NO ECONOMICAMENTE ACTIVA	213866	62.25

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar los resultados de la condición económica distribución de la población encuestada con discapacidad económica se encontró mayor población con discapacidad no económicamente activa con un 62.25%. Por cada persona con discapacidad encuestada económicamente activa existen 2 personas con discapacidad encuestada no económicamente activa. Los mismos sugieren un predominio de la población con discapacidad que es dependiente económicamente, con débil autonomía, con serias limitaciones para realizar sus actividades y por participar en la vida social, comunitaria o familiar. Condiciones que facilitan la pobreza y pobreza extrema.

Grafica N°.25 8. Distribución de la Población Encuestada con Discapacidad según Condición Económica



Fuente: PENDIS Septiembre 2006

CUADRO Nº 47: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Según Sexo Y Por Condicion Economica. Panama 2006.

SEXO	TOTAL		POBLACION CON DISCAPACIDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA						POBLACION CON DISCAPACIDAD NO ECONOMICAMENTE ACTIVA	
			TOTAL		OCUPADOS		DESOCUPADOS		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
TOTAL	343571	100.0	129705	100.0	114228	100.0	15477	100.0	213866	100.0
MASCULINO	155384	45.2	85103	65.6	77252	67.6	7851	50.7	70281	32.9
FEMENINO	188187	54.8	44602	34.4	36977	32.4	7626	49.3	143585	67.1

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar los resultados de la distribución de la población encuestada con discapacidad según sexo y por condición económica se encontraron que a nivel general se encuestó más mujeres con un 54.8%. Pero hay más hombres que mujeres que pertenecen a la población económicamente activa y que están ocupados con un 65.6% y 67.6% respectivamente. Se encontró por cada hombre con discapacidad desocupado una mujer con discapacidad en la misma condición. En la población con discapacidad no económicamente activa; predomina el sexo femenino con un 67.1% y por cada mujer con discapacidad encuestada que se reportó ocupada; se encontraron 4 mujeres con discapacidad que están en la población no económicamente activa y por lo tanto no tienen autonomía; son dependientes económicas y son un grupo de vulnerabilidad social con factores de riesgo psicosociales que agravan su condición de discapacidad al no poder acceder a los servicios de salud, educación y rehabilitación y estar restringidas en su participación, (ver cuadro Nº 47).

CUADRO Nº 48: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad, Area Comarcal O Provincial De Residencia Y Por Tipo De Condicion Economica Activa Y Según Sexo. Panama 2006.

SEXO	TOTAL DE POBLACION CON DISCAPACIDAD ENCUESTADA		POBLACION CON DISCAPACIDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA					
			TOTAL		OCUPADOS		DESOCUPADOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AREA DE LAS COMARCAS								
TOTAL	21843	100.0	8515	100.0	7760	100.0	755	100.0
MASCULINO	10277	47.05	6547	76.89	5883	75.81	665	88.1
FEMENINO	11566	52.95	1968	23.11	1878	24.20	90	11.9
AREAS PROVINCIAL								
TOTAL	321729	100.0	121189	100.0	106468	100.0	14722	100.0
MASCULINO	145108	45.10	78555	64.82	71369	67.03	7186	48.81
FEMENINO	176621	54.90	27636	35.18	37343	35.07	7536	51.19

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al comparar la distribución de la población encuestada con discapacidad según sexo, área de residencia y condición económica se encontraron similitudes y diferencias importantes. Entre las que se pueden señalar que; tanto en la población encuestada en área indígena; como la que reside en el resto de las provincias, hubo predominio del sexo femenino sobre el sexo masculino. En la condición de población económicamente activa se encontró tanto en el área comarcal como en el resto de las provincias predominio del sexo masculino, pero la brecha o diferencia entre género se acentúa en el área indígena. La población ocupada fue mayoritariamente masculina en ambos estratos pero mucho mayor con un 75.81% en el área comarcal que en el resto de las provincias con un 67.03%. La población desocupada presentó diferencias notables ya que mientras que en el área comarcal hubo predominio del sexo masculino con un 88.1% en el resto de las provincias se encontró a la población con discapacidad femenina desocupada ligeramente mayor que el sexo masculino con un 51.19%. Estos resultados encontrados confirman la condición de la mujer con discapacidad y mujer con discapacidad indígena como grupos de profunda vulnerabilidad social; ya que la ausencia de adecuada formación laboral o baja escolaridad hacen de este grupo una mano de obra barata para desarrollar oficios de poca complejidad que la exponen a la explotación laboral. Sin embargo la mujer con discapacidad que reside en las provincias está sometida a mayores exigencias de desempeño en tareas más complejas que requieren un entrenamiento escolar o formación profesional que por su condición de pobre autonomía, dependencia económica, limitación severa en las actividades no puede desarrollar.

Al examinar el riesgo estadístico de la población con discapacidad encuestada se encontró que las personas con discapacidad del sexo femenino que residen en áreas comarcales tienen un mayor riesgo a la desocupación que el sexo masculino de las provincias con un O.R de 7.63, $x^2 = 434$, I.C= 8.9-9.60 y valor $p=0.0000000$.

Por el contrario se encontró un menor riesgo estadístico a la desocupación, de la población con discapacidad del sexo femenino que reside en el resto de las provincias con un O.R de 1.63, $x^2 = 3.26$, I.C= 1.05-1.72 y valor $p=0.0000000$. Estos resultados están asociados al nivel o presencia de equiparación de oportunidades o barreras para el ingreso o exclusión del mercado laboral.

La falta de oportunidades en la población con discapacidad de ambos sexos se profundiza en el sexo femenino porque además están los efectos de los roles y patrones machistas de nuestra América Latina.

**CUADRO N° 49: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad, Por Condicion No Economicamente Activa Según Sexo.
Area Comarcal O Provincial De Residencia. Panamá. 2006.**

SEXO	TOTAL DE POBLACION CON DISCAPACIDAD ENCUESTADA		POBLACION CON DISCAPACIDAD NO ECONOMICAMENTE ACTIVA	
			TOTAL	
AREA DE LAS COMARCAS	Nº	%	Nº	%
TOTAL	21843	100.0	13307	100.0
MASCULINO	10277	47.05	3730	28.03
FEMENINO	11566	52.95	9598	72.12
AREAS PROVINCIALES				
TOTAL	321729	100.0	200539	100.0
MASCULINO	145108	45.10	66551	33.19
FEMENINO	176621	54.90	133986	66.81

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar los resultados de la distribución de la población encuestada con discapacidad según sexo, área de residencia y condición no económica activa se encontró que; tanto en la población encuestada como la que reside en el resto de las provincias, prevalece el sexo femenino sobre el sexo masculino. De igual manera; hubo predominio del sexo femenino en la población no económicamente activa tanto en el área comarcal como en el resto de la provincia con mayor énfasis en el área indígena con un 72.12% relacionado a los valores, creencias, roles y patrones culturales que rigen estas comunidades sometiendo a la mujer a un papel de progenitora, cuidadora pasiva, receptiva y dependiente en relación a su compañero. Se encontró que la población masculina con discapacidad no económicamente activa es ligeramente mayor en el resto de las provincias que en las áreas indígenas lo cual sugiere que las restricciones en la participación y limitaciones en las actividades de la vida diaria son mayores en las áreas urbanas, (ver cuadro N° 49).

Estos resultados encontrados confirman la situación de alta vulnerabilidad social en la que se encuentran la población con discapacidad encuestada mayor de 10 años que por su condición de pobre autonomía, dependencia económica, limitación severa en las actividades no puede desarrollarse.

CUADRO N° 50: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad De Residencia Por Tipo De Condicion Economica Activa. Según Comarca Y Provincia. Panama. 2006.

PROVINCIAS Y COMARCAS	TOTAL DE POBLACION CON DISCAPACIDAD ENCUESTADA		POBLACION CON DISCAPACIDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA					
			TOTAL		OCUPADOS		DESOCUPADOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	343572	100.0	129704	100.0	114228	100.0	15477	100.0
BOCAS DEL TORO	3706	1.08	947	0.730	896	0.78	51	0.33
COCLE	28928	8.42	9451	7.29	8805	7.71	646	4.17
COLON	21824	6.35	7909	6.09	7879	6.90	30	0.19
CHIRIQUI	49649	14.45	15443	11.91	13348	11.69	2095	13.54
DARIEN	5339	1.55	2578	1.99	2578	2.26	0	0
HERRERA	15482	4.51	4868	3.75	4462	3.91	406	2.62
LOS SANTOS	11035	3.21	3352	2.58	3139	2.75	214	1.38
PANAMA	152467	44.38	63950	49.30	53292	46.65	10658	68.86
VERAGUAS	33299	9.69	12691	9.78	12069	10.57	622	4.02
KUNA YALA	5187	1.51	3163	2.44	3163	2.77	0	0
EMBERA	180	0.05	35	0.03	35	0.03	0	0
GNÖBE BUGLE	16475	4.80	5317	4.09	4562	3.99	755	4.88

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar la distribución de la población encuestada con discapacidad por provincias y la condición económica activa de la misma se encontró que las provincias con mayores porcentajes fueron: Panamá, Chiriquí, Veraguas y Coclé con un 44.38%; 14.45%; 9.69% y 8.42% respectivamente. El área indígena más encuestada fue la comarca Gnöbe Buglé con un 4.80%. Las menos encuestadas fueron: comarca Emberá con un 0.05% y Bocas del Toro con un 1.08%. Se encontró que la población con discapacidad económicamente activa ocupada se localiza en las grandes urbes capitalinas y tuvo predominio sobre la población desocupada, relacionada a las posibilidades de oferta de trabajo que están más limitadas en el área rural de las provincias. Los porcentajes de desocupación en la comarca Gnöbe Buglé fueron ligeramente más altos que los de ocupación en relación al resto de las provincias. En Darién, las comarcas Kuna Yala y Emberá no se registró población desocupada, (ver cuadro N° 50).

CUADRO No.51: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad Y Por Condicion No Economicamente Activa. Según Comarca Y Provincia. Panama. 2006.

SEXO	TOTAL DE POBLACION CON DISCAPACIDAD ENCUESTADA		POBLACION CON DISCAPACIDAD NO ECONOMICAMENTE ACTIVA	
	TOTAL		TOTAL	
AREAS DE LAS COMARCAS	Nº	%	Nº	%
TOTAL	343572	100.0	213846	100.0
BOCAS DEL TORO	3706	1.08	2759	1.29
COCLE	28928	8.42	19476	9.11
COLON	21824	6.35	13914	6.51
CHIRIQUI	49649	14.45	34206	15.99
DARIEN	5339	1.55	2762	1.29
HERRERA	15482	4.51	10614	4.96
LOS SANTOS	11035	3.21	7683	3.59
PANAMA	152467	44.38	88517	41.39
VERAGUAS	33299	9.69	20608	9.63
KUNA YALA	5187	1.51	2024	0.95
EMBERA	180	0.05	145	0.06
GNOBE BUGLE	16475	4.80	11158	5.22

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de discapacidad. Enero 2006.

Al examinar la distribución de la población encuestada con discapacidad no económicamente activa por provincias y la condición de la misma arrojó que las provincias con mayores porcentajes fueron: Panamá, Chiriquí, Veraguas y Coclé con un 44.38%; 14.45%; 9.69% y 8.42% respectivamente. El área indígena más encuestada fue la comarca Gnöbe Bugle con un 4.80%. Las menos encuestadas fueron: comarca Emberá con un 0.05% y Bocas del Toro con un 1.08%. Se encontró que la población con discapacidad no económicamente activa se localiza en las grandes urbes capitalinas relacionada a la corriente migratoria de esta población que busca servicios de rehabilitación y mejores condiciones de vida. Los porcentajes en la comarca Gnöbe Bugle fueron ligeramente más altos al compararlos con la económicamente activa relacionado a los patrones culturales sobre el rol de la mujer y el hombre en el entorno familiar. En Darién, Bocas del Toro, las comarcas Kuna Yala y Emberá se registró los menores porcentajes de población no económicamente activa, (ver cuadro N° 51).

CUADRO N° 52: Distribucion De La Poblacion Encuestada Con Discapacidad Según Grupos De Edad Y Por Condicion Economica. Panama, 2006.

PROVINCIA Y GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	POBLACION CON DISCAPACIDAD TOTAL		POBLACION CON DISCAPACIDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA						POBLACION CON DISCAPACIDAD NO ECONOMICAMENTE ACTIVA	
			TOTAL		OCUPADOS		DESOCUPADOS			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%		
TOTAL	343571	100.0	129705	100.0	114228	100.0	15477	100.0	213866	100.0
10-19	36848	10.73	2303	1.78	1849	1.62	456	2.95	34544	16.15
20-59	201313	58.59	107951	83.22	93855	82.16	14096	91.08	93361	43.65
60 Y +	105410	30.68	19451	14.99	18525	16.22	925	5.98	85960	40.19

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar los resultados de la distribución de la población encuestada con discapacidad según grupos de edad y por condición económica, se encontró que se encuestó mayoritariamente al grupo de 20-59 años con un 58.59%. Este mismo grupo presenta la mayor población con discapacidad económicamente activa con un 83.22% seguido del grupo de 60 años y más con un 14.99%. De igual manera estos mismos grupos presentan los porcentajes más altos de ocupación con un 82.16% y 16.22%. Sin embargo; encontramos también un alto porcentaje de desocupados en la población de 20-59 años lo cual señala la urgente necesidad de crear las oportunidades de inserción laboral a través de la formación y capacitación profesional.

Existe un porcentaje menor del 2% de la población de 10-19 años con discapacidad que están ocupados. La población de 60 años y más presenta un 40.19% de condición no económicamente activa. En dichos grupos prevalecen un alto grado de vulnerabilidad social relacionado a la dependencia económica y falta de autonomía y vida independiente a la que se someten y que lo exponen al maltrato y violencia intrafamiliar, (ver cuadro N° 52).

CUADRO N° 53: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad En Las Provincias Y Comarca De Mayor Accidentabilidad Laboral Sin Seguro Social Por Condicion Economica. Según Grupo De Edad. Panama. 2006.

PROVINCIA Y GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	POBLACION CON DISCAPACIDAD TOTAL		POBLACION CON DISCAPACIDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA						POBLACION CON DISCAPACIDAD NO ECONOMICAMENTE ACTIVA	
			TOTAL		OCUPADOS		DESOCUPADOS			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	89225	100.0	33199	100.0	31175	100.0	2023	100.0	56022	100.0
10-19	10662	11.94	1039	3.12	891	2.85	148	7.31	9621	17.17
20-59	48319	54.15	23085	69.53	21470	68.86	1614	79.78	25233	45.04
60 Y MAS	30244	33.87	9075	27.33	8814	28.27	261	12.90	21168	37.78
VERAGUAS										
10-19	3725	4.17	239	0.72	217	0.69	22	1.09	3486	6.22
20-59	17491	19.60	8753	26.37	8242	26.43	512	25.31	8740	15.60
60 Y MAS	12082	13.54	3700	11.14	3612	11.58	88	4.35	8382	14.96
COCLE										
10-19	3381	3.78	170	0.51	68	0.22	102	5.04	3211	5.73
20-59	14423	16.16	7114	21.42	6622	1.99	491	24.27	7308	13.04
60 Y MAS	11124	12.46	2168	6.53	2114	6.78	54	2.67	8956	15.99
DARIEN										
10-19	1139	1.27	262	0.79	262	0.84	0	0	876	1.56
20-59	3162	3.54	1759	5.29	1759	5.64	0	0	1401	2.50
60 Y MÁS	1039	1.16	556	1.67	556	1.78	0	0	483	0.86
KUNA YALA										
10-19	491	0.55	194	0.58	194	0.62	0	0	296	0.53
20-59	2277	2.55	1495	4.5	1495	4.79	0	0	781	0.13
60 Y MÁS	2417	2.70	1472	4.43	1472	4.72	0	0	944	1.68
GNOBE BUGLE										
10-19	1926	2.16	174	0.52	150	0.48	24	1.87	1752	3.13
20-59	10966	12.29	3964	11.94	3352	10.75	611	30.20	7003	12.50
60 Y MÁS	3582	4.01	1179	3.55	1060	3.40	119	5.88	2403	4.29

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, Enero 2006

Al examinar y comparar los resultados de la distribución de la población con discapacidad en las provincias con mayor accidentabilidad laboral se encontró que el grupo de 20 a 59 años fue el más encuestado, siendo mayor en la provincia de Veraguas con un 19.60%; y la comarca Gnöbe Bugle con un 12.29%. El grupo de 10 - 19 años se encuestó más en Veraguas con un 4.77% y menos en comarca Kuna Yala con un 0.55%. En todas las áreas se encontraron porcentajes menores al 1% de población ocupada en este grupo de edad. Este resultado pudiera señalar que el ingreso al mercado laboral en la población adolescente con discapacidad es difícil, pero que constituye un factor protector contra los riesgos laborales. Coclé fue la provincia con el menor

porcentaje de población de 20 a 59 años con discapacidad ocupada con un 1.99% siendo superado por la comarca Gnöbe Bugle con un 10.75%. De igual manera en la misma; se encontró el porcentaje más alto de desocupación con un 30.20%. La población no económicamente activa más alta fue en la provincia de Coclé con un 16% y la más baja se encontró en Darién con menos del 1%, (ver cuadro N° 53).

CUADRO N° 54: Distribucion De La Poblacion Con Discapacidad En Las Provincias Y Comarca De Mayor Enfermedad Laboral Sin Seguro Social, Por Condicion Economica Y Según Grupo De Edad. Panama. 2006.

PROVINCIA Y GRUPOS DE EDAD EN AÑOS	POBLACION CON DISCAPACIDAD TOTAL		POBLACION CON DISCAPACIDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA						POBLACION CON DISCAPACIDAD NO ECONOMICAMENTE ACTIVA	
			TOTAL		OCUPADOS		DESOCUPADOS			
			Nº	%	Nº	%	Nº	%		
TOTAL	280816	100.0	106956	100.0	92079	100.0	14747	100.0	173963	100.0
10-19	29791	10.60	1318	1.23	872	0.94	445	3.02	28473	16.36
20-59	167581	59.68	91456	85.50	77980	84.69	13477	91.38	76128	43.76
60 Y MAS	83444	29.71	14082	13.17	13227	14.36	854	5.79	69362	39.87
VERAGUAS										
10-19	3725	1.32	239	0.22	217	0.23	22	0.15	3486	2.0
20-59	17491	6.23	8753	8.18	8242	8.95	512	3.47	8740	5.02
60 Y MAS	12082	4.30	3700	3.46	3612	3.92	88	0.59	8382	4.82
COCLE										
10-19	3381	1.20	170	0.16	68	0.07	102	0.69	3211	1.85
20-59	14423	5.14	7114	6.65	6622	7.19	491	3.33	7308	4.20
60 Y MAS	11124	3.96	2168	2.02	2114	2.29	54	0.37	8956	5.15
CHIRIQUI										
10-19	4737	1.67	263	0.24	149	0.16	114	0.77	4474	2.57
20-59	26171	9.31	11287	10.55	9863	10.71	1425	9.66	14885	8.56
60 Y MAS	18741	6.67	3894	3.64	3338	3.62	556	3.77	14847	8.53
PANAMA										
10-19	16022	5.70	472	0.44	288	0.31	183	1.24	15550	8.93
20-59	98530	35.08	60338	5.64	49901	54.19	10438	70.78	38192	21.95
60 Y MAS	37915	13.50	3141	2.94	3103	3.37	37	0.25	34774	19.98
NOBE BUGLE										
10-19	1926	0.68	174	0.16	150	0.16	24	0.16	1752	1.0
20-59	10966	3.90	3964	3.71	3352	3.64	611	4.14	7003	4.02
60 Y MAS	3582	1.28	1179	1.10	1060	1.15	119	0.81	2403	1.38

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad. Enero 2006.

Al examinar y comparar los resultados de la distribución de la población con discapacidad en las provincias con mayor enfermedad laboral se encontró que el grupo de 20 a 59 años fue el más encuestado, siendo mayor en la provincia de Panamá con un 35.08%; y Chiriquí con un 9.31%. El grupo de 10-19 años se encuestó más en Panamá con un 5.70% y menos en comarca Gnöbe Bugle con un 0.68%. En todas las áreas se encontraron porcentajes menores al 1% de

población ocupada en este grupo de edad. Este resultado pudiera señalar que el ingreso al mercado laboral en la población adolescente con discapacidad es difícil, pero que constituye un factor protector contra los riesgos laborales. Panamá es la provincia con el mayor porcentaje de ocupación y desocupación de la población con discapacidad encuestada y se relaciona al flujo migratorio interno desde el resto de las provincias y mayor competencia y exigencia para acceder al mercado laboral. Se encontró por cada persona con discapacidad ocupada en la provincia de Panamá, 4 personas con discapacidad desocupada. La población no económicamente activa de 60 años y más se encontró mayoritariamente en la provincia de Panamá, (ver cuadro N° 54).

Aspectos SOCIOLÓGICOS



5.5 ASPECTOS SOCIOLOGICOS

5.5.1 Grado de Satisfacción de los Servicios Recibidos Versus Tipo de Discapacidad.

El cuadro estadístico que nos ocupa, en este capítulo, responde a la pregunta: ¿Cuál es el grado de satisfacción que siente respecto a los servicios de carácter social, educativo y de salud que recibe?, (ver anexos cuadro N° 55).

Las alternativas u opciones que tiene el encuestado para responder son: muy satisfecho, satisfecho, insatisfecho.

De acuerdo a tales respuestas hemos dividido los tipos de discapacidad en tres grupos: los que presentan grado de insatisfacción significativa, (18 al 22%), los que presentan bajos porcentajes en los extremos y otorgan a la respuesta del centro, (satisfecho), un porcentaje superior al 70%, y un tercer grupo que otorga a la respuesta muy satisfecho, un porcentaje significativo (18 al 22%).

En el primer grupo se ubica las personas con movilidad reducida con casi un 22% de insatisfacción, siguen las personas con discapacidades múltiples, con casi un 20% de insatisfacción y las personas con pérdidas visuales con casi un 19%.

En relación a las personas con movilidad reducida y con discapacidades múltiples, debemos señalar que es completamente comprensible la sensación de insatisfacción que expresan estos grupos, puesto que el cúmulo de vicisitudes que tienen que enfrentar estas personas, ya sea por razón de carencias económicas, por falta de ayudas técnicas, o por falta de acceso al entorno físico y de transporte, generan naturalmente disconformidades justificadas, toda vez que el sistema mismo general de la sociedad y de las instituciones que ofertan servicios, les es hostil, ya que están pensados y diseñados para las personas que no presentan discapacidades, particularmente físicas, de modo que los obstáculos, limitaciones y barreras al momento de utilizar los servicios son parte de la rutina diaria a la que deben enfrentarse diariamente estas personas. Lo sorprendente en este caso, es que los niveles de insatisfacción pudieron ser aún mayores considerando lo señalado anteriormente.

Con respecto a las personas con discapacidad visual, es interesante observar que los dos extremos (insatisfecho y muy satisfecho), expresan un porcentaje significativo, 19% de insatisfacción y 17% de muy satisfecho. A nuestro criterio, este comportamiento obedece al hecho que entre las personas ciegas, en comparación con otras discapacidades, se generan altas expectativas, que habrán grupos, que efectivamente, alcanzarán realizar tales expectativas y otros que les resultará más difícil lograrlas.

Por otra parte, igual que sucede con otras discapacidades, los servicios que le permiten a la población con discapacidad visual su desarrollo, ofrecido por algunas instituciones, se concentran fundamentalmente en la ciudad capital. La única institución que tiene presencia en el resto del país, son las extensiones del IPHE, y éstas, están dirigidas a la población infantil y púber (hasta 18 años), con distintas discapacidades.

En el segundo lugar están ubicadas las discapacidades auditivas, las personas con problemas psíquicos y las personas con discapacidad intelectual. Como se observa estos grupos coinciden al ubicar los extremos de insatisfechos o muy satisfechos con porcentajes relativamente bajos, que no superan el 26% entre ambos extremos.

El concepto de satisfechos aquí expresado es sinónimo de regular o aceptable, esta respuesta, sin embargo, nos deja con grandes dudas e interrogantes, puesto que la gran mayoría de estas encuestas fueron llenadas o respondidas por un tercero, ya sea por problemas de comunicación como las personas con discapacidad auditiva, o por problemas de comprensión por las personas con discapacidades psíquicas e intelectuales, de modo que no tenemos la certeza que éstas habrían sido las respuestas de estos grupos de personas con discapacidad, si ellos hubiesen respondido directamente a la encuesta. Estas dificultades, sin embargo, son generalizadas entre los países que enfrentan investigaciones de esta naturaleza, lo que sí está claro es que las respuestas del centro, como regular, aceptable o satisfactorio, dicen poco y muchas veces ocultan temores, desconocimiento, o sencillamente una forma de no expresar el verdadero sentimiento de las personas.

Hay un tercer grupo de personas con discapacidad que presentan problemas orgánicos, categorizados como aparatos y sistemas, quienes expresan casi un 30% de muy satisfecho, lo que dobla el grupo de los insatisfechos, con un 13%, lo que es altamente significativo. Desde muestra perspectiva lo que valoran estas personas son los servicios de atención médica y de salud, pues de ello depende su funcionalidad, su desarrollo y sobre todo, su vida. Es meritorio por tanto, para el sistema de salud panameño, que pese a las grandes dificultades que puedan presentar estas personas, ellas califiquen como muy positivo todos los procesos que a nivel institucional supone la oferta de servicios que brinda el sistema de salud.

5.5.2 Grado de Satisfacción de los Servicios Recibidos Versus Nivel de Instrucción de la Población con Discapacidad.

Según se advierte los grupos que presentan mayores niveles de instrucción, sea a nivel universitario o secundario, expresan mayores niveles de insatisfacción por los servicios recibidos (24 al 28%), en tanto que los grupos de educación primaria y vocacional otorgan mayor frecuencia a la respuesta del centro

(satisfechos), expresando un grado de satisfacción regular, mientras que los grupos no alfabetizados y de enseñanza especial, muestran respuestas significativas en los extremos, sea de mucha satisfacción o mucha insatisfacción.

En el caso de los grupos que presentan estudios superiores formulamos la hipótesis que: “a mayor nivel de instrucción, mayores son los niveles de expectativas”, y en la medida que tales expectativas no se cumplan, similares serán los grados de insatisfacción.

En relación al no cumplimiento de las expectativas, debemos señalar que en efecto un grupo importante de las personas con discapacidad han accedido a niveles superiores de estudio; sin embargo, al momento de insertarse al mercado laboral, presentan grandes dificultades para ser contratados. En otros casos, pese a su calificación se les asigna tareas no relacionadas con su formación profesional, con salarios inferiores por considerar en el fondo, que no están en condiciones de asumir mayores responsabilidades.

Los grupos de educación primaria y vocacional prefieren no comprometer sus respuestas con posiciones extremas, lo que supone una verdadera incógnita, lo que sí llena de asombro es la respuesta ofrecida por los grupos no alfabetizados o con ningún grado de escolaridad, podría esperarse que dado su falta de acceso a los servicios educativos expresasen altos niveles de insatisfacción y bajos niveles de mucha satisfacción, no obstante, ambos extremos son significativos.

En relación al grupo no alfabetizados, que expresan mucha satisfacción, inferimos que tales grupos, no relacionan su falta de acceso a la educación con el grado de satisfacción por los servicios que reciben. Por otro lado, a falta de conocimientos e informaciones sobre sus derechos, este grupo presenta muy bajos niveles de expectativas, por lo que tienden regularmente a la conformidad.

El grupo de enseñanza especial, son aquellas personas cuyo marco de referencia institucional es el IPHE, ya que toda su vida estudiantil se desarrolló bajo el amparo y guía de esta institución, refiriéndose fundamentalmente, a poblaciones que presentan discapacidad intelectual moderada, severa o profunda, al igual que el grupo de autistas y parálisis cerebral severa. Algo característico entre estas personas es su alto grado de vulnerabilidad, con bajas posibilidades de desarrollo y un pronóstico reservado. El grado de satisfacción de los padres y parientes, que respondieron esta encuesta, es el fruto de la relación entre sus expectativas acerca del desarrollo que alcanzaría su pariente con discapacidad y los logros alcanzados por éste en la vida práctica. En este sentido, existe algún grado de similitud entre esta población y las personas no alfabetizadas, pues ambas presentan bajos niveles de expectativas, acceso muy limitado a la información y un predominio de una situación de dependencia, ya sea por la falta de habilidad en la lecto-escritura,

en el caso de los no alfabetizados, o por una necesidad de apoyo para la realización de actividades funcionales para el caso de las poblaciones con discapacidades severas, (ver anexos, cuadro N° 56).

5.5.3 Grado de Rechazo o No Aceptación según Tipo de Discapacidad.

Los resultados estadísticos responden a la pregunta: ¿Ha sentido alguna acción o actitud ofensiva o humillante por parte de alguna persona por razón de su discapacidad?

Las opciones para responder son: en nada, poco, mucho o no se aplica.

Para fines de nuestro análisis sumaremos tanto los que respondieron poco y mucho, puesto que ambos perciben algún grado de discriminación o rechazo por parte de la comunidad.

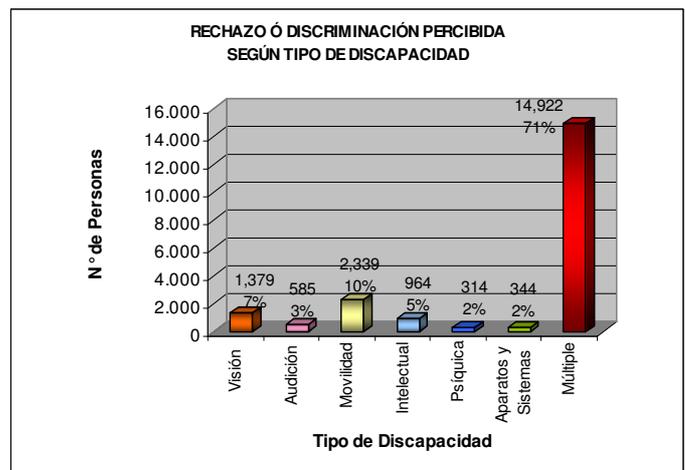
De acuerdo a estas cifras se identifican dos grupos, según tipo de discapacidad: los que perciben mayor grado de rechazo y los que perciben menor grado de rechazo o aceptación.

En primer lugar se ubica a las personas con discapacidad intelectual, con un 28%, percepción de rechazo, y las personas con discapacidades múltiples con un 20%. Lo expresado por estas cifras, confirma que en efecto, los padres de hijos con discapacidad intelectual y los padres de hijos con parálisis cerebral severa, sienten gran aflicción por el grado de discriminación al que se ven sometidos sus hijos por parte de la comunidad. Una comunidad que a veces, de manera solapada, y otras, de forma más abierta, se muestra hostil, distante o al menos, poco amistosa, con sus hijos de quienes espera un poco de cariño. La pregunta que emerge aquí es: ¿Si se trata solo de una percepción de los padres, o se trata de una actitud real de discriminación por parte de la comunidad hacia las personas que presentan estas discapacidades?, (ver cuadro N° 57 de anexos).

A nuestro juicio, la percepción de los padres de hijos que presentan estas discapacidades, no hace más que evidenciar el problema que se genera entre la comunidad cuando una situación o fenómeno, distinto al considerado normal, choca con el imaginario social que prevalece en esto.

Según Cornelius Castoriadis toda sociedad, con el afán de compartir significados, valoraciones y expectativas

Grafica N° 26



sociales, construye lo que él denomina “ Imaginario Social”, esta construcción ideal se forja a partir de los significados que subyacen en la psiquis de la comunidad o de la conciencia colectiva de las personas, ya sea por tradición, por costumbre o por convención; de este modo, por ejemplo, cada personaje o figura que históricamente ha tenido un desempeño social, se le asigna un conjunto de roles, valoraciones y comportamientos configurados a partir del imaginario social, De igual modo, cuando una familia espera la llegada de un nuevo miembro, y de manera sorpresiva, aparece un/a niño/a con alguna deficiencia, rompe con las expectativas no sólo de la comunidad, sino de la propia familia, ruptura que entonces se expresa, con distintas formas de discriminación de rechazo, o no aceptación tanto de la comunidad como del mismo entorno familiar.

Los niveles, en este caso menor, de rechazo o no aceptación que perciben los sordos, los ciegos, los que presentan deficiencias físicas orgánicas o psíquicas, revelan un grado de tolerancia mayor por parte de la sociedad hacia estos tipos de discapacidades, lo que supone posibilidades más amplias de inserción educativa, laboral y de autorrealización personal.

De lo expuesto, queda evidenciada la necesidad de emprender estrategias publicitarias, campañas o programas de sensibilización dirigidos a promover los niveles de aceptación hacia las personas con discapacidad intelectual y discapacidades múltiples, de suerte que se vaya gestando un verdadero proceso de inclusión social, (ver anexos, cuadro N° 57).

5.5.4 Nivel de Rechazo o no Aceptación Versus. Grado de Instrucción Educativa.

Al intenta relacionar el grado de rechazo o no aceptación percibido versus niveles de instrucción educativa de la población con discapacidad, se pueden extraer dos hallazgos interesantes.

1. A medida que la población aumenta sus niveles de instrucción disminuye, aunque de manera tenue o sutil, los porcentajes de rechazo percibidos por esta población. Nótese por ejemplo que, la población no alfabetizada expresa un 17% de percepción de rechazo o no aceptación, en tanto que la población universitaria expresa un 8.7% de percepción de rechazo. ¿A qué se debe este comportamiento por parte de la comunidad?

Tomando como marco de referencia el concepto del imaginario social, se podría asumir que la comunidad se muestra más afín, exalta y otorga reconocimiento a aquellos individuos que pese a sus grandes limitaciones, obtienen logros y alcanzan metas valoradas socialmente por la sociedad.

2. El otro aspecto digno de destacar, es la enorme percepción de rechazo, expresado por el grupo de personas que se desarrollaron dentro de la enseñanza especial (65.2%). Somos de opinión que este altísimo porcentaje de percepción de rechazo, viene a confirmar de manera contundente lo que a este respecto se expresó en el cuadro anterior. Como ya se ha advertido, las personas de enseñanza especial, son altamente vulnerables por lo severo de su discapacidad, ya sea de carácter intelectual o por la combinación de varias discapacidades. Esa actitud distante de la comunidad por lo que considera, situación anormal de las personas, no revela otra cosa que temor a lo desconocido, a lo extraño, a lo atípico, como quiera que no sabe qué actitud adoptar y cómo relacionarse con estas personas, prefiere no acercarse o sencillamente ignorar su presencia, situación que supone, para los familiares, las demás personas con discapacidad, instituciones gubernamentales y organismos no gubernamentales, la gran tarea de propiciar cambios de actitud de conciencia y de pensamiento, (ver anexos cuadro N° 58).

5.5.5 Lugares o Grupos donde se perciben Niveles de Rechazo, según Sexo y Tipo de Discapacidad.

La respuesta a la pregunta ¿Existe algún lugar o grupo de personas, donde usted percibe algún tipo de rechazo?

Según se advierte, el orden de los más votados, ubica la categoría “vecinos”, en primer lugar; la categoría “amigos de la familia”, en segundo lugar, la categoría “familia”, en tercer lugar, y las categorías “compañeros de trabajo o estudio” y “otros” en cuarto lugar; “docentes” en quinto lugar, y “feligreses”, en último lugar.

Nótese que la categoría “vecinos”, no sólo ocupa el primer lugar, sino que se ubica en un lugar muy distante del segundo, doblándolo sobradamente y se desproporciona al relacionarlo con el resto de las categorías, (ver anexos cuadro N° 59).

La desproporción de este indicador, nos lleva a formular la primera hipótesis, “El alto grado de rechazo que se percibe por parte de los “vecinos”, hacia las personas con discapacidad, se da no sólo por razón de la discapacidad, sino a otros factores que influyen decididamente en las relaciones intervecinales”.

Conocido es el hecho que en nuestro país, las disputas entre los vecinos es muy común, por razones muy diversas. Lo que ha ocurrido en alguna medida, es que esas relaciones poco amistosas con los vecinos, se tienden a confundir y a mezclar con las actitudes de rechazo que efectivamente, pudieran darse por razón de la discapacidad. Pero lo señalado sólo explica en parte lo desproporcionado de este indicador, pues otro supuesto que se puede formular en este sentido es el siguiente: “Los vecinos de familias que tienen algún

miembro con discapacidad, sobre todo, si es una discapacidad intelectual severa o múltiple, encarnan todos los temores, prejuicios, expectativas y valoraciones, que subyacen en el imaginario social de la comunidad, en torno a las personas con discapacidad”.

Para ellos, estas personas son incontrolables, peligrosas, incomunicables, poco agradables, no me entienden, ni los entiendo. La gente le teme y les da pena que las visitas y amigos, se den cuenta que tengo un vecino en esta situación. Suele pasar entonces, que los vecinos tiendan a distanciarse o a tratar de mantener el menor contacto posible con la familia cuyo miembro presenta alguna discapacidad severa.

Respecto a los amigos de la familia, es realmente llamativo que este grupo se ubique en un segundo lugar de percepción de rechazo, es de esperarse que si una persona es amiga de la familia, ha de mostrarse amistoso con todos los miembros de la familia, no obstante aquí aparece con una alta incidencia de percepción de rechazo.

A nuestro juicio aquí pueden ocurrir dos situaciones: suele pasar que muchas personas que visitan frecuentemente a una familia, consideran que son amigos de uno de los miembros de la familia, por tanto su atención se debe, casi exclusivamente, a ese miembro de la familia, sobre todo si se trata de jóvenes o adolescentes. La otra situación, es que en efecto, hay personas que visitan a la familia como amigos de los miembros adultos de ésta, el padre, la madre, entre otros. Sin embargo, al momento de relacionarse con el resto de los miembros, excluye en distintas formas y grados, al miembro que presenta una discapacidad, tal vez no lo saluda, o si lo hace, no entabla conversación con él/ella, cuando quiere saber algo de esta persona, aborda a algún otro miembro de la familia. Para estos amigos esta es una situación dolorosa, que le causa pena y alguna incomodidad; en un primer momento se impresiona y se impacta, pero luego se acostumbra y lo ignora.

En torno a la familia, un hecho que sí es preocupante y hasta alarmante, es que el propio seno familiar se constituya en el tercer escenario donde se perciben niveles de rechazo o no aceptación de la persona con discapacidad. Para un niño, joven, adulto o adulto mayor, que presenta alguna deficiencia, es tolerable el que los extraños, los vecinos, o los amigos de la familia no los acogen con simpatía y se muestren distantes, pero que en el propio entorno familiar, sientan falta de afecto, hostilidad y hasta maltrato, eso si que llega y se queda en lo más profundo de su inconsciente.

El ser humano por su complejidad es la especie que adopta comportamientos tan distintos e incomprensibles, desde los actos más enternecedores, encomiables, determinados por el amor, el afán de justicia y la lucha por ideales superiores, hasta los más repudiables, condenables y despreciables, determinados por la falta de amor, la vergüenza, el rencor y hasta el odio.

Un ambiente familiar hostil, por muy severa que sea la discapacidad, es en primer lugar percibido por la persona, en consecuencia, es sufrido e internalizado, luego se instala con todo su significado y valoración en el inconsciente personal, donde se procesa y emerge convertido en temores, complejos y en sentimientos de culpa, pues asume que ella/el es la causa de tanta vergüenza para la familia. A esto se añade el hecho que si no logra una inclusión educativa y laboral exitosa, está destinado a convertirse en una carga para la familia, quien seguramente recrimina, de muchas formas y manera el tiempo de recursos que supone el estar pendiente de su cuidado y manutención. No pocas serán las veces, en que su madre reprocha al resto de sus hermanos y demás familiares, el poco apoyo que recibe de ellos, recriminaciones que seguramente, afianzan el sentimiento de culpa en el inconsciente del que presenta la discapacidad. Los hermanos y demás familiares, por su parte, se desentienden o hacen lo mínimo sólo por complacer a la madre.

Para muchos de estos familiares la persona con discapacidad existe, pero no está en su agenda, inconscientemente asume que está es una responsabilidad de la madre, prueba de ello es que, muchas veces los hermanos nunca hablan a sus amistades, compañeros de estudio o trabajo, que tienen un hermano/a con discapacidad, pues le produce vergüenza al pensar que lo van a relacionar con todos los elementos negativos que el imaginario social de la comunidad tiene sobre las personas con discapacidad, y sobre todo si es una discapacidad severa.

La categoría compañeros de estudio y trabajo y la categoría otros, alude actitudes discriminatorias, o al menos distantes, en distintos escenarios de la comunidad, actitudes de marginación y de exclusión que se concretan en actividades laborales, de estudios, actividades de carácter social o festivas, que implican procesos de interacción, esto es intercambio de vivencias, de experiencias, de conocimientos, de pensamientos, de valoraciones, que se traduce en la construcción de lazos de afectos, lazos tan necesarios para fortalecer las relaciones interpersonales, las empatías y las simpatías. Son estos procesos de interacción los que otorgan al individuo el denominado sentido de pertenencia, tan necesario para sentirse parte de, en aquellos espacios comunitarios fuera del seno familiar. Suele ocurrir entonces que los grupos de estudios o de trabajo, de manera automática y espontánea marginan al que es diferente, negando al excluido todos aquellos procesos de interacción que permiten el disfrute y goce de sentirse parte de, de modo que si consideramos la naturaleza gregaria del individuo, dicha marginación se convierte en una especie de sanción, pues la necesidad de interactuar y convivir con sus semejantes, es inherente al ser humano.

El nivel de no aceptación que se percibe entre los docentes, aunque es un tanto bajo, es indicativo de la importancia de continuar con actividades de sensibilización, orientación y capacitación en estrategias metodológicas. A este

respecto, un docente verdaderamente comprometido con los principios de inclusión social y educativa, se constituye en un promotor clave para que la sociedad se apropie y haga suyo, los principios de equiparación, dignificación, respeto a las diferencias y participación de las personas con discapacidad.

En el caso de los feligreses, aunque el grado de rechazo se ubica en el último lugar, nos queda la duda sobre la posibilidad que la cifra un tanto baja que aquí se expresa, no haga más que reflejar la poca asistencia a los templos de la población con discapacidad, de suerte que en tal caso, dichas cifras no harían más que mostrar un alto grado de rechazo entre los asistentes a los servicios religiosos. Lo que advertimos en este sentido, es que la opción de percepción de rechazo entre los feligreses, sólo la marcarían aquellas personas que asistan frecuentemente a los templos y que hayan percibido algún grado de rechazo, de modo que si la asistencia es baja, la cantidad de veces que se marca esta opción también es baja, pero posiblemente alta en relación con los que frecuentan los templos, circunstancia que hablaría muy mal de la práctica de los preceptos cristianos que tanto se pregonan y que constituyen todo el Consejo de Dios.

Veamos ahora la relación entre los tipos de discapacidades y el grado de rechazo mostrado por estos grupos de personas.

De acuerdo a estos datos, las personas con movilidad reducida, y con discapacidades múltiples, perciben un nivel de rechazo muy alto entre sus propios familiares, especialmente el grupo de personas con discapacidades múltiples, ubicando en un segundo lugar a la familia, como el escenario donde se percibe mayor rechazo. En adición a lo que hemos señalado anteriormente sobre este tema, debemos suponer que las cifras reales en este sentido, son superiores a las registradas. Considérese que no es fácil reconocer ante extraños que existen problemas a lo interno de la familia, de modo que habrá muchos que aunque existen tales problemas, no los reconocieron. Por otra parte, y particularmente, en el caso de las discapacidades múltiples, seguramente fueron los propios familiares, quienes aceptan que entre sus miembros, hay quienes se muestran hostiles hacia el que presenta la discapacidad.

Al examinar la causa de la hostilidad en el seno familiar hacia muchas personas con discapacidad, especialmente las que presentan discapacidades múltiples o movilidad reducida, debe considerarse en primera instancia, que la familia como parte de la psiquis colectiva de la comunidad, comparte el imaginario social que esta tiene sobre las personas con discapacidad, de suerte que, cuando en el seno familiar, nace un/a niño/a con alguna deficiencia se pone en función todos los temores, preocupaciones y ansiedades que se generan a partir de la concepción que tiene la familia acerca del fenómeno de la discapacidad. Aparecen entonces, las recriminaciones entre los cónyuges culpándose mutuamente; posteriormente aparece el sentimiento de vergüenza a causa del

rechazo que hacia su hijo percibe por parte de la comunidad, sentimiento que se traduce en acciones como: ocultamiento del/a niño/a con discapacidad, maltrato, e incluso de abandono. No pocas son las veces en que luego de nacido un/a niño/a con discapacidad severa o múltiple, el padre opta por romper el vínculo conyugal y desentenderse de toda responsabilidad, por lo que es común ver a muchas madres enfrentar solas la manutención y crianza de sus hijos y tener que recurrir a las autoridades para ser beneficiadas con la pensión alimenticia.

Otro factor asociado a la hostilidad dentro el entorno familiar, tienen que ver con el hecho que la condición de discapacidad múltiple y en algunos casos, movilidad reducida, supone para los miembros de la familia, un mayor grado de esfuerzo por los cuidados relacionados con el aseo personal, complicaciones al momento de ser trasladados, de modo que tales tareas, muchas veces, derivan en conflictos, hostilidades y deterioro en las relaciones intrafamiliares, (ver cuadro N° 59).

Breves comentarios sobre el resto de las categorías:

Nótese que entre las discapacidades sensoriales (visual y auditiva) la percepción de rechazo entre vecinos y amigos de la familia, son los más altos, por tanto, consideramos que la explicación dada anteriormente sobre este tema, es igualmente aplicable y pertinente para estos casos.

Un dato realmente sorprendente es que el grupo de movilidad exprese una alta percepción de rechazo, por parte de los docentes, particularmente las mujeres; decimos sorprendente, pues para el caso de este tipo de discapacidad, las únicas adecuaciones que demandan en el ámbito educativo, se refieren a las instalaciones físicas, a la eliminación de barreras arquitectónicas, que en lo concreto es un problema de carácter administrativo, más no del docente. Nótese que las querellantes son absolutamente todas mujeres (1,040 mujeres), y como se sabe, la gran mayoría de docentes son mujeres, lo aconsejable en este caso, es emprender una investigación específicamente sobre este tema que corrobore o rechace este hallazgo y profundice en sus causas y factores asociados.

Otro hallazgo interesante es que las personas con discapacidad intelectual perciben el más alto grado de rechazo entre sus compañeros de estudio y de trabajo (1911). Es el único grupo donde la categoría vecinos, quedó relegada a un cuarto lugar.

Tanto la escuela como los lugares de trabajo son escenarios que se encuentran fuera del alcance de la protección familiar, de modo que ante la ausencia de alguien que le sea afín, muchos compañeros y personas extrañas, conscientes de su vulnerabilidad, aprovechan para hacer de la persona con déficit intelectual su objeto de burla y mofa, y en otras ocasiones para agredirlo verbal y físicamente, actos completamente repudiables que hablan muy mal de nuestra condición humana.

Finalmente, las personas con problemas orgánicos y problemas psíquicos expresan en términos generales un bajo nivel de percepción de rechazo. En el caso de las personas con problemas psíquicos está claro que esto obedece a que en la encuesta hubo un registro muy bajo de esta población y en lo referentes a las personas con problemas orgánicos suele ocurrir que para la familia y la comunidad, estos problemas son de salud, se trata de enfermedades que eventualmente le pueden ocurrir a cualquiera, de manera que la comunidad no los relaciona como personas diferentes o distintas al resto de las personas, como sí suele ocurrir con las demás que presentan limitaciones.

Al relacionar los niveles de percepción de rechazo versus las áreas urbanas, rurales e indígenas, no se observan mayores diferencias entre las tres áreas proporcionalmente hablando, no obstante, llama la atención que entre la población indígena, la categoría “vecinos”, presente una frecuencia tan elevada, lo que nos lleva a asumir que en el imaginario social de las comunidades indígenas, además de lo que ya hemos identificado, existen otros elementos de carácter mágicos o míticos, asociados al fenómeno de la discapacidad, para comprender sus causas, cuya interpretación tiene cabida en el ámbito de su cosmovisión.

5.5.6 Grado de Instrucción Educativa versus Lugares o Grupos donde se perciben Niveles de Rechazo.

Al relacionar estas dos variables es para conocer si las actitudes discriminatorias de la comunidad y de la familia, cambian hacia las personas con discapacidad, de acuerdo al nivel educativo que ésta presente, (ver cuadro N° 60, ver anexos).

En este sentido salvo pequeñas diferencias la respuesta es negativa, pues tanto universitarios como no alfabetizados, se sienten igualmente discriminados. Los únicos casos donde los universitarios no perciben niveles de rechazos son entre los docentes y entre los feligreses.

El hecho que la percepción de rechazo se de sin importar el nivel educativo de la persona con discapacidad significa que para la comunidad y la familia, la condición de discapacidad pesa más que los logros educativos que la persona pueda alcanzar. Ciertamente para la comunidad antes que la preparación académica que pueda presentar una persona, lo visible, lo determinante, lo característico, es su condición de discapacidad, su diferencia en relación a los demás, sus limitaciones para realizar ciertas actividades, su atipicidad. Igual circunstancia ocurre al relacionar los niveles de percepción de rechazo entre los grupos antes descritos con la variable edad, pues salvo pequeñas diferencias, la percepción de discriminación, oscila entre el 4 y el 9% entre los distintos rangos de edad, dándose una disminución sustancial como es de esperarse, entre los grupos de compañeros de estudios, de trabajo y docentes, en el caso de los adultos mayores, pues obviamente ellos no frecuentan estos escenarios.

5.5.7 Estado Anímico de la Población con Discapacidad, según Tipo de Discapacidad.

Los resultados obtenidos de los estados anímicos que se describen, está claro que los estados anímicos que mayormente afectan a la población con discapacidad, en un sentido negativo, son la depresión y el aburrimiento, (ver anexo cuadro N° 61).

En términos generales, la depresión obedece a diversas razones, no obstante en el caso de la población con discapacidad, a nuestro parecer, está asociada con algunos de los siguientes factores:

1. Un sentimiento de impotencia al saber que poco puede hacer para cambiar la situación que le agobia, anhela sentirse útil y productivo, pues sabe que eso le significará respeto, valoración y dignificación.
2. Consciencia de la condición de dependencia, pues sabe que el auxilio o ayuda que recibe del asistente, depende exclusivamente de la buena disposición de éste, en cuyo caso lo agradece mucho, pero que humillante es cuando no tiene más alternativa que buscar la ayuda de aquel o aquella de quien sabe no muestra la mejor disposición para ofrecer apoyo, pues esto supone para el ayudante la entrega de su tiempo, su energía, incluso sus recursos.
La dependencia, según sea el grado y tipo de discapacidad, se puede hacer más fuerte, determinante y agobiante.
3. La interiorización y apropiación mediante la socialización del imaginario social, que la comunidad tiene de él o ella, según sea el tipo de discapacidad de que se trate, él o ella, sabe que el común de las personas, le teme, les produce vergüenza, los subestima, los segrega, los margina y los discrimina, porque son diferentes. En tal sentido, la baja autoestima y la poca confianza que se advierte en muchos de ellos, no son otra cosa que el reflejo de lo que la familia y la comunidad, les ha inculcado desde pequeños.
4. La desesperanza, en aquellos casos donde la persona con discapacidad sabe que está en capacidad de producir, trabajar, de recibir ingresos, y subsiguientemente formar una familia y otras realizaciones de carácter personal, y advierte que ha pasado un largo tiempo de espera y no se concretan sus anhelos, tiende a deprimirse cada vez más frecuentemente y de forma más intensa, pues siente que sus expectativas de llevar una vida como el resto de las personas, cada vez son menos alcanzables.

Acerca del aburrimiento, la recreación siempre ha constituido una de las mayores motivaciones en las actividades del ser humano; sin embargo, el goce o disfrute de la gran mayoría de estas actividades, dependen exclusivamente de nuestros sentidos. Es ese contacto entre el estímulo de la actividad recreadora, con nuestros sentidos, los que nos producen placer, emoción y hasta exaltación.

Cuando algunos de estos sentidos se pierde, la persona queda ausente de los estímulos que envía la actividad recreadora, de este modo, un sordo de nacimiento queda imposibilitado para disfrutar de la armonía del sonido, de la voz de su pequeño/a hijo/a, o los sonidos que emiten los elementos de la naturaleza. Igual situación ocurre con el ciego, de poder disfrutar de tantos estímulos visuales, artificiales o naturales. Pero la recreación no sólo es sensorial, sino también física, el juego, el deporte y tantas otras que demandan de las destrezas de nuestros miembros superiores o inferiores, quedan al margen de las personas con movilidad reducida, o con incapacidades múltiples. Pero la recreación también supone interacción, convivencia, relaciones interpersonales, donde recibimos y damos afecto, procesos estos que muchas veces la familia y la comunidad niegan a las personas con discapacidades psíquicas e intelectuales.

De este modo, en el caso de las personas con discapacidad, el aburrimiento no es un problema de qué hacer, sino de cómo sentir, cómo percibir, cómo participar, cómo interactuar, cómo compartir sin menoscabo de lo dicho anteriormente. Somos del criterio que siempre que nos lo proponamos existen muchas formas en que las personas con discapacidad puedan recrearse, aprovechando cualquier sentido o canal que sirva de ventana para conectarse no sólo con el mundo tangible, sino con el intangible, con el mundo de los pensamientos, de los sentimientos y todas aquellas construcciones humanas de la literatura, y el arte en sus distintas manifestaciones, es importante enseñar y aprender a recrearse en la contemplación y la meditación, como lo hicieron los antiguos griegos, actividad esta que sólo depende que tengamos conciencia para deleitarnos en nuestro mundo interior.

Breves comentarios sobre algunos hallazgos:

Según se advierte en el cuadro, (ver anexo cuadro N° 61), ciertamente la depresión es la opción mayormente seleccionada, es fundamental destacar, que en la mayoría de las discapacidades, excepto en el caso de movilidad reducida, está claro que las mujeres muestran una tendencia, porcentualmente mayor que los hombres, a estar depresivas. ¿A qué se debe dicho fenómeno? Ya se sabe que entre la población común, dicha tendencia es similar, sin embargo, este cuadro nos muestra, algunas discapacidades donde tales diferencias son abismales, véase el caso de las discapacidades psíquicas, donde las mujeres expresan en un 76.77% sentirse con frecuencia tristes, una diferencia del 12.8%, en este mismo sentido expresan los varones, como ya hemos advertido estas diferencias se hacen notoria en la mayoría del resto de las discapacidades. Lo que nos lleva a suponer que estos datos constituyen una evidencia del grado de espontaneidad de las mujeres, ellas no sólo son más expresivas, sino que revelan con mayor espontaneidad, lo que existe en su mundo interior, sin mayores complejos ni temores, el varón, por el contrario, siente que el ser expresivo y espontáneo es un signo de debilidad, de falta de control sobre sí, por ello la reserva es preferible para que nadie entre en su mundo interior y

descubra que también lo embarga el dolor, el temor, las ansiedades y la necesidad de afecto.

Otros conceptos que podemos detectar sobre este aspecto, es que en razón de la valoraciones y expectativas sociales, la mujer se ve sometida a una fuerte presión por parte de esa sociedad masculina para que ella satisfaga sus expectativas, sean estas relativas a la belleza, la sexualidad, a lo estético de su presencia y al rol funcional dentro de las actividades domésticas del hogar, esta presión se vuelve tan intensa pero a la vez tan normal y sutil, que ella misma es promotora y forma parte principal de ese proceso de alienación, proceso que muchas veces supone la pérdida de su yo original para adoptar comportamientos estandarizados, para aspirar a convertirse en modelos apetecibles en un producto de consumo, ¿qué sucede entonces cuando la mujer no cumple con tales demandas? cuando ello ocurre, entonces se le subestima y se le margina, ocasionando en ella, actitudes de complejo, reacciones depresivas y hasta sentimientos de culpa.

En este contexto la discapacidad juega en contra la mujer, cualquier limitación física, sensorial o intelectual es sinónimo de problema, de fealdad e inutilidad, lo que la descalifica como una opción, para conformar un hogar con cónyuge cualquiera, prueba de ello es que las parejas entre mujeres con discapacidad, y cónyuges sin discapacidad son muy escasas. En resumen, la mayor espontaneidad de la mujer y su conciencia que es marginada, por no satisfacer las expectativas y valoraciones sociales, son los factores más determinantes que llevan a expresar porcentualmente una mayor tendencia de las mujeres hacia la depresión y la tristeza.

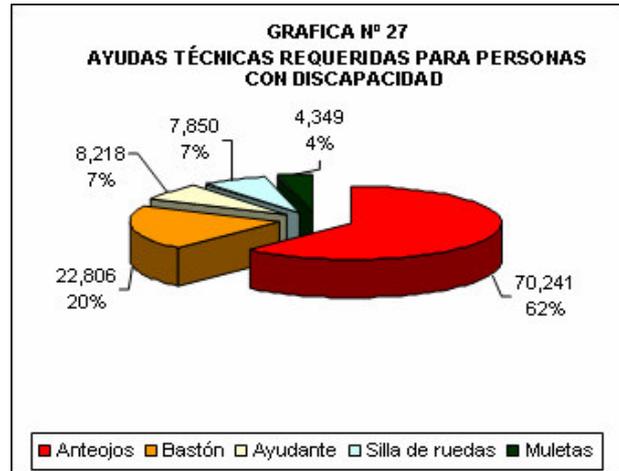
De acuerdo a estos hallazgos, las mujeres con problemas psíquicos (76.77%), las mujeres con discapacidades múltiples (53.61%), las mujeres con problemas orgánicos, con un 40.7%, las mujeres ciegas con un 35%, las mujeres que presentan discapacidad intelectual con un 28% y las mujeres sordas con un 21%, siempre se ubican porcentualmente, por encima de los sentimientos de depresión expresado por los varones, (ver anexo, cuadro N° 61).

5.5.8 Tipo de Demanda de Ayudas Técnicas de acuerdo al Tipo de Discapacidad.

Según los datos que nos presenta este gráfico los auxiliares técnicos que más son requeridos por la población con discapacidad son en su orden: los lentes con 70,242, bastones 22,806, ayudantes o asistentes 8,218 y sillas de ruedas 7,850. Como quiera que ya hemos analizado la importancia de los auxiliares técnicos como elementos vitales e indispensables para lograr la tan anhelada autonomía e independencia, y con ello el respeto y la dignidad de las personas con discapacidad, no ahondaremos mayormente en esta temática. Sin embargo, hay un hallazgo que no debemos pasar por alto, entre las demandas de ayudas

técnicas más solicitadas, está en tercer lugar lo que aquí se denomina ayudantes o asistentes, aunque un asistente no es una ayuda técnica ni mucho menos, consideramos pertinente incluirla como una de las opciones para expresar la demanda de las personas con discapacidad. La frecuencia con que fue seleccionada esta alternativa, nos indica que se estaba en lo correcto.

El ayudante adopta distintos perfiles, dependiendo del tipo de tareas y discapacidades de que se trata, para el ciego un ayudante es un guía, un lector o una persona que le ayuda en distintas actividades, para las personas con movilidad reducida, es aquella persona que le ayuda para su traslado y le ayuda a enfrentar las barreras arquitectónicas, para el cuadrapléjico o personas con discapacidades múltiples, es el cuidador o asistente de vida. Este



personaje desempeña, a nuestro parecer, un papel clave y trascendental en el desarrollo funcional e integral de las personas con discapacidad, por lo que consideramos indispensable que las asociaciones de personas con discapacidad e instituciones que brindan servicio a esta población, organicen cuerpos de voluntarios para ofrecer distintos tipos de apoyos y servicios; agencias privadas para ofrecer un servicio individualizado y personalizado y el Estado al considerar al asistente como un derecho de las personas con discapacidad, debe planificar para que en un futuro muy cercano existan oficinas con personal destinado a estas tareas, (ver cuadro N° 62 de anexos).

5.5.9 Tipo de Instituciones que Ofrecen Servicios a la Población con Discapacidad versus Lugares donde se Reciben.

Esta respuesta alude a los últimos 12 meses, y no a los servicios que se pudieron recibir en tiempos anteriores, pues de lo que se trata es de contar con una información de lo que sucede en estos momentos. Como se advierte en la cuadro, (ver cuadro N° 62-A de Anexo), la Caja de Seguro Social, obtiene la mayor votación, situación que nos sorprende sobremanera, pues tanto en la capital, pero sobre todo en el interior del país, las dependencias hospitalarias del Ministerio de Salud, tienen una mayor cobertura de la población. Como era de esperarse, tanto las organizaciones de personas con discapacidad, como las fundaciones, muestran una muy baja frecuencia de selección, a causa, naturalmente, de sus bajos niveles de cobertura, según se observa, en algunas provincias y las comarcas indígenas.

Los datos relativos al IPHE revelan con mayor precisión, a nuestro parecer, la oferta de servicios que brinda esta entidad a la población y eso obedece, según nuestro criterio, a que la opción IPHE, igual que ocurre con la opción Caja de Seguro Social, no da lugar a confusiones, como sí pudo ocurrir, con la opción institución pública, fundaciones y asociaciones.

Al observar la relación entre lugares y tipo de institución que ofrece el servicio, es evidente la acción casi nula que se advierte en las poblaciones indígenas por parte del IPHE, las organizaciones de personas con discapacidad, las fundaciones y la Caja de Seguro Social, situación que debe llevar a estas instituciones a repensar sus estrategias, programas y acciones que llevan a cabo hacia la comunidad, pues es contundente y irrefutable la situación de exclusión que prevalece entre estas poblaciones. Es sabido que por razones por restricciones de recursos y optimización de la oferta de servicios, tradicionalmente las instituciones públicas han optado por la concentración de servicios y por el criterio que el enfermo busque al doctor, es hora entonces de reformular muchas de las estrategias para romper con la dicotomía institución-comunidad, de modo que la institución sea parte de la comunidad. Según advertimos, no sólo se requiere la descentralización de muchos de los servicios, sino el trabajo itinerante de mucho personal de salud y de educación en las propias regiones rurales e indígenas, de modo que las familias ubicadas en estas regiones, reciban a domicilio periódicamente la visita del médico, del fisioterapeuta, del rehabilitador, entre otros.

Tales acciones serán entre otras cosas el fundamento para un desarrollo más horizontal y equitativo, (ver cuadro N° 62-B de Anexo).

5.5.10 Población con Discapacidad, según Tipo de Discapacidad y Tipo de Personal que Presta Apoyo o Cuidado Personal.

Estos resultados tienen un gran valor para reconocer la condición de dependencia e independencia, según tipo de discapacidad.

Si nos guiamos por la opción “no necesita”, podría establecerse que la población con pérdidas auditivas, es la menos dependiente, ubicando dicho grado de dependencia en un 29.3%. En el caso de las personas con discapacidad visual, expresan necesidad de apoyo en un 41.8%. La población con discapacidad intelectual expresa un grado de dependencia del 54.7%, en tanto que dicha condición de dependencia, para las personas con movilidad reducida es del 63.1%. Las personas con discapacidad que expresan mayor grado de dependencia o condición de vulnerabilidad son los que presentan discapacidades múltiples con un 72.1%, los que presentan problemas orgánicos, con un 73.1%, y los que presentan problemas psíquicos, con un 78.6%, (ver cuadro N° 62- C de anexos).

En relación a este último dato, debemos señalar que muy posiblemente aquí se haya recogido una información sesgada, si consideramos el siguiente detalle: tanto las personas con problemas orgánicos, como las personas con discapacidades múltiples, requieren un cuidado por parte de su familia, de un 61 y 58%, respectivamente, lo que evidencia una necesidad real de apoyo, en tanto que las personas con problemas psíquicos reciben cuidado por parte de su familia en un 29%. A menos, que estemos ante una situación alarmante de descuido hacia esta población, toda vez que este grupo señaló recibir apoyo de nadie en un 32%. Nótese que en el resto de los grupos, dicha falta de apoyo fue sustancialmente más bajo.

La respuesta “nadie”, tiene un doble significado para el grupo investigador, por un lado alude la capacidad de autonomía e independencia de la persona, en cuyo caso habría que añadirlos a la opción “no necesita”, y por otro este dato, describe una terrible y grave situación de descuido y abandono por parte de las familias hacia esta población. Dadas todas las implicaciones que pudiera tener esta situación, consideramos urgente el desarrollo de una investigación a este respecto, para establecer qué situación está ocurriendo realmente con estas personas. Obsérvese que para las personas con discapacidades múltiples y problemas orgánicos, dicha falta de apoyo se expresa en un 11% aproximadamente, y en las personas con discapacidad intelectual en un 16.7%, que traducido a términos numéricos, se trata de miles de casos que pudiesen estar viviendo una situación de abandono, o de descuido por parte de la familia, lo que sería muy grave y demandaría de la intervención urgente por parte del Estado, (ver cuadro N° 62- C de anexos).

Aspectos EPIDEMIOLÓGICOS



5.6 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Las variables epidemiológicas buscan medir el comportamiento de la discapacidad en la República de Panamá, haciéndose análisis puntuales por provincia – comarca, área geográfica, edades, entre otras. Para ello, se elaboró el Módulo C en el cuestionario que mide la discapacidad. El mismo, contiene de manera relevante preguntas del instrumento WHO-DAS II,⁶ desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar las limitaciones de Actividad y restricciones de participación de una persona, independientemente del diagnóstico médico. También se consideró los componentes que la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), promulgado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS / OPS, 2001) el cual propone para la evaluar la condición de salud, el funcionamiento, la participación y los factores contextuales, es decir del medio ambiente en el que se desenvuelve la persona.

Los datos del aspecto epidemiológico están basados en las respuestas de la sección D del cuestionario en los cuales hay un 2% de omisión de los datos; ya que hay personas con discapacidad, señaladas en la sección C del cuestionario, (preguntas filtro) que no contestaron la sección D caracterización de la discapacidad.

5.6.1 DISCAPACIDAD POR GRUPOS ETAREOS

La distribución de las personas con deficiencias (prevalencia) según grupos etareos, permite apreciar que el 11.1% de la población estudiada presentó alguna deficiencia, es decir 1 de cada 9 panameños presenta alguna discapacidad, (ver cuadro N° 63). La distribución de la discapacidad por grupos de edades demostró que las edades de 40 años en adelante es donde más prevalecen las deficiencias, estas superan la prevalencia global, 15% y más; resaltando que a mayor edad mayor probabilidad de adquirir una discapacidad. Este resultado se explica debido al ciclo de envejecimiento orgánico y mental que sufre la persona, trayendo como consecuencia el desarrollo de enfermedades degenerativas discapacitantes. En la gráfica N° 31 se puede apreciar claramente éste fenómeno: a menor edad menor riesgo de adquirir una discapacidad y a mayor edad mayor riesgo de adquirirla.

El tipo de discapacidad que más prevalece en la población es la múltiple (4.7%), es decir, personas con más de una discapacidad. En su orden le sigue la discapacidad visual, (ver cuadro N° 63).

⁶ WHO-DAS significa World Health Organization-Disability Assessment Survey es decir Encuesta para Evaluar la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud y operacionaliza a nivel de Cuestionario, parte del marco conceptual y operativo de la Nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF.

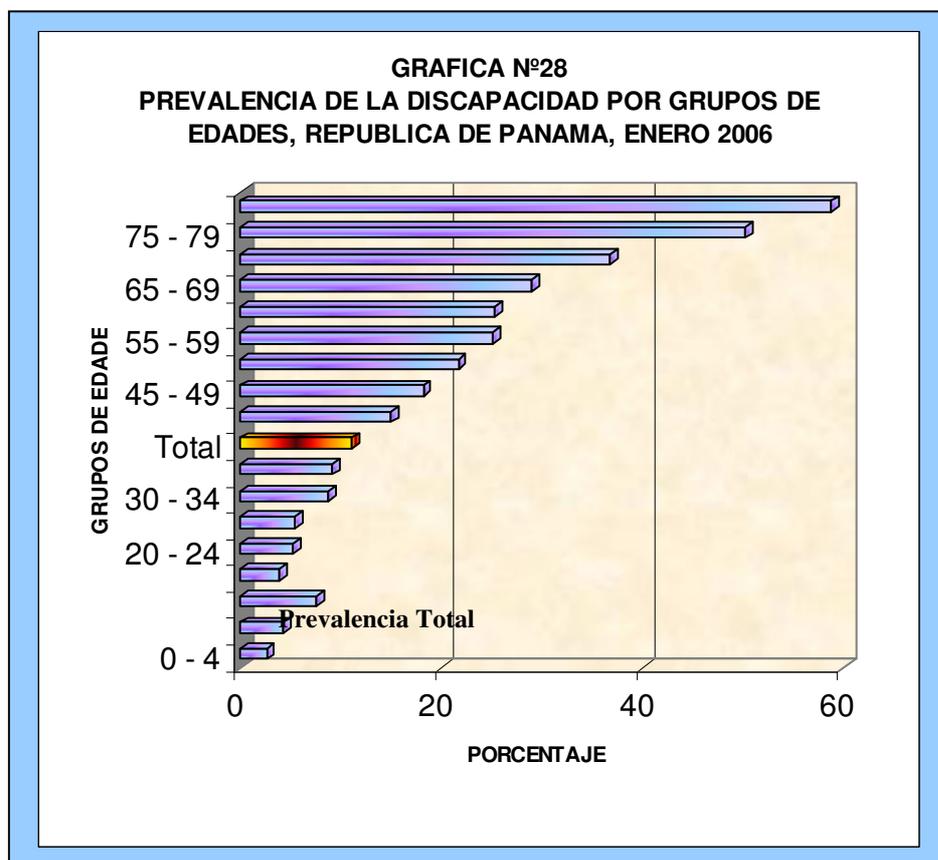
CUADRO N° 63 Prevalencia De La Discapacidad Por Tipo De Discapacidad Segun Grupo De Edad: Republica De Panama, Enero 2006.

Grupos de edad	Población Total	Tipo de Discapacidad															
		Total		Visual		Auditiva		Física		Intelectual		Psiquiátrica		Órganos y Sistemas		Múltiple	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	3,260,645	360,329	11.1	83,757	2.6	20,711	0.6	63,013	1.9	15,201	0.5	4,976	0.2	19,882	0.6	152,782	4.7
0 - 4	310,397	7,953	2.6	471	0.2	880	0.3	518	0.2	195	0.1	8	0.0	3,884	1.3	1,996	0.6
5 - 9	358,513	15,568	4.3	707	0.2	1,949	0.5	2,411	0.7	2,878	0.8	35	0.0	1,031	0.3	6,554	1.8
10 - 14	317,254	23,681	7.5	4,599	1.4	1,222	0.4	1,680	0.5	4,340	1.4	311	0.1	4,474	1.4	7,050	2.2
15 - 19	302,470	11,530	3.8	2,406	0.8	879	0.3	1,209	0.4	2,194	0.7	337	0.1	820	0.3	3,683	1.2
20 - 24	271,551	14,081	5.2	2,937	1.1	1,362	0.5	2,186	0.8	794	0.3	135	0.0	1,498	0.6	5,165	1.9
25 - 29	274,062	14,761	5.4	3,781	1.4	1,755	0.6	3,487	1.3	586	0.2	297	0.1	470	0.2	4,382	1.6
30 - 34	249,397	21,758	8.7	6,671	2.7	2,609	1.0	4,500	1.8	299	0.1	476	0.2	1,706	0.7	5,491	2.2
35 - 39	230,428	21,001	9.1	5,497	2.4	1,270	0.6	6,393	2.8	1,052	0.5	92	0.0	536	0.2	6,154	2.7
40 - 44	233,611	34,974	15.0	12,296	5.3	1,600	0.7	5,023	2.2	657	0.3	65	0.0	1,113	0.5	14,211	6.1
45 - 49	171,856	31,256	18.2	10,241	6.0	542	0.3	4,292	2.5	52	0.0	1,076	0.6	613	0.4	14,431	8.4
50 - 54	141,549	30,715	21.7	7,477	5.3	968	0.7	6,482	4.6	1,338	0.9	145	0.1	962	0.7	13,329	9.4
55 - 59	113,683	28,509	25.1	7,553	6.6	1,798	1.6	6,658	5.9	26	0.0	1,831	1.6	632	0.6	9,997	8.8
60 - 64	87,179	22,096	25.3	5,968	6.8	649	0.7	3,375	3.9	355	0.4	125	0.1	474	0.5	11,138	12.8
65 - 69	68,585	19,893	29.0	4,106	6.0	572	0.8	4,444	6.5	100	0.1	17	0.0	977	1.4	9,662	14.1
70 - 74	48,852	17,982	36.8	3,893	8.0	182	0.4	2,940	6.0	186	0.4	13	0.0	351	0.7	10,402	21.3
75 - 79	36,662	18,448	50.3	3,697	10.1	1,815	4.9	3,176	8.7	47	0.1	8	0.0	143	0.4	9,538	26.0
80 y más	44,595	26,276	58.9	1,459	3.3	658	1.5	4,239	9.5	102	0.2	6	0.0	198	0.4	19,599	43.9

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, enero 2006.

**CUADRO N° 64 Prevalencia De La Discapacidad Por Tipo De Discapacidad Segun Grupo De Edad.
Republica De Panama: Enero 2006.**

Grupos de edad	Población Total	Población con Discapacidad											
		Visual		Audición		Física		Intelectual		Psiquiátrica		Órganos y Sistemas	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	3,260,645	174,209	5.3	78,559	2.4	174,706	5.4	88,979	2.7	38,784	1.2	64,464	2.0
0 - 4	310,397	886	0.3	1,971	0.6	1,952	0.6	1,807	0.6	382	0.1	4,529	1.5
5 - 9	358,513	2,255	0.6	5,431	1.5	5,698	1.6	7,952	2.2	2,022	0.6	2,516	0.7
10 - 14	317,254	6,000	1.9	3,704	1.2	2,650	0.8	10,354	3.3	4,732	1.5	5,979	1.9
15 - 19	302,470	3,379	1.1	2,683	0.9	2,540	0.8	5,006	1.7	1,657	0.5	1,678	0.6
20 - 24	271,551	4,549	1.7	3,519	1.3	4,096	1.5	4,156	1.5	2,927	1.1	2,551	0.9
25 - 29	274,062	5,029	1.8	3,023	1.1	5,562	2.0	3,471	1.3	2,678	1.0	1,782	0.7
30 - 34	249,397	9,326	3.7	4,602	1.8	8,304	3.3	2,259	0.9	2,143	0.9	3,091	1.2
35 - 39	230,428	8,415	3.7	4,356	1.9	10,931	4.7	3,860	1.7	1,286	0.6	2,146	0.9
40 - 44	233,611	21,370	9.1	5,080	2.2	15,799	6.8	6,339	2.7	2,791	1.2	7,239	3.1
45 - 49	171,856	20,197	11.8	4,869	2.8	16,454	9.6	4,652	2.7	3,491	2.0	5,695	3.3
50 - 54	141,549	17,742	12.5	4,745	3.4	17,512	12.4	5,352	3.8	1,909	1.3	4,648	3.3
55 - 59	113,683	15,075	13.3	5,441	4.8	14,653	12.9	3,891	3.4	3,247	2.9	2,502	2.2
60 - 64	87,179	13,035	15.0	4,288	4.9	12,131	13.9	5,289	6.1	1,040	1.2	4,715	5.4
65 - 69	68,585	10,395	15.2	4,209	6.1	11,800	17.2	4,509	6.6	1,075	1.6	3,605	5.3
70 - 74	48,852	10,685	21.9	4,387	9.0	11,704	24.0	3,837	7.9	1,610	3.3	3,241	6.6
75 - 79	36,662	10,711	29.2	6,100	16.6	11,681	31.9	4,811	13.1	1,652	4.5	3,224	8.8
80 y más	44,595	15,161	34.0	10,154	22.8	21,239	47.6	11,434	25.6	4,139	9.3	5,324	11.9

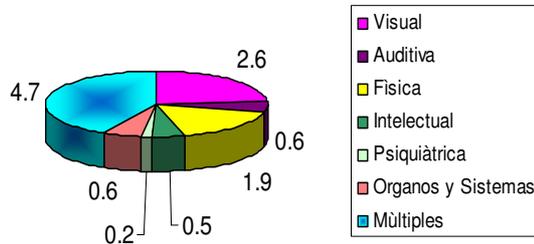


(2.6%) y la física (1.9%). La discapacidad psiquiátrica e intelectual son las menos prevalentes (0.2% y 0.5% respectivamente), según la población. El resultado se explica por el hecho de que aún existe el estigma de que estas discapacidades discriminan a la persona que la padece y a su familia, ocultándose las mismas, (ver cuadro N° 63 y gráfica N° 29).

Consideramos importante desgregar las discapacidades múltiples, (ver cuadro N° 64) porque son las de la prevalencia más alta, y además para conocer la cifra real de personas según los tipos de discapacidad. Al hacer este ejercicio se aprecia que la discapacidad física pasó a ser la de más alta prevalencia (5.4%), seguido de la visual (5.3% y la intelectual (2.7%). Ver cuadro N° 64 y gráfica N° 33. Este resultado se puede asociar al hecho de que los grupos de edades con mayor prevalencia de discapacidad son los de 60 años y más, donde los problemas degenerativos son frecuentes (ciclo vital). También se puede asociar a las consecuencias del trabajo, factores ambientales y estilos de vidas no saludables lo que aumenta el riesgo de padecer de enfermedades discapacitantes.

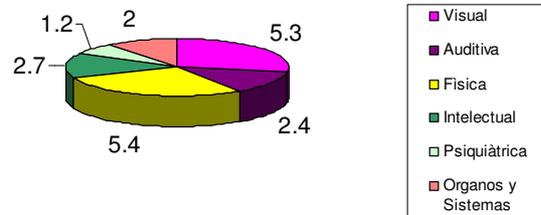
Gràfica 29

PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD POR TIPOS



Gràfica No. 30

PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD POR TIPOS



5.6.2 DISCAPACIDAD POR SEXO

El cuadro N° 65 señala la prevalencia por sexo y tipo de discapacidad, en el cual se aprecia que las mujeres tienen una mayor prevalencia de discapacidad en relación a los hombres (12% a 10.1%, es decir, por cada 10 varones con discapacidad existen 12 mujeres con discapacidad).

Sin embargo la razón por sexo señala que la mujer tiene más riesgo de tener una discapacidad. 1 de cada 10 hombres presenta discapacidad y 1 cada 8 mujeres presenta discapacidad.

En ambos sexos la discapacidad que más se da es la múltiple, es decir, más de una (5.2% para las mujeres y 4.2% para los hombres), seguido de la física (2.4% y 1.4% respectivamente).

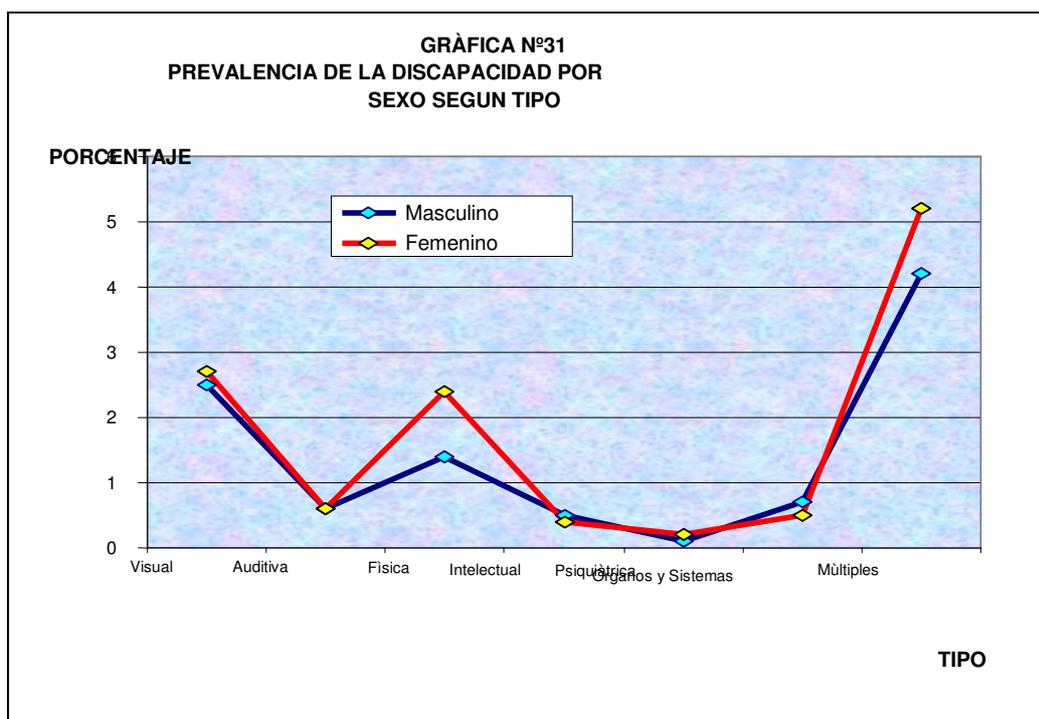
Cabe resaltar que la discapacidad intelectual y de órganos y sistemas es mayor, en los hombres, como se puede visualizar claramente en la gráfica N° 4.

Estos resultados se pueden explicar por el hecho de que las mujeres buscan más atención de salud que los hombres, situación que les lleva a conocer su condición de salud y reconocer sus deficiencias y limitaciones. Además de que las mujeres hoy día son sometidas a mayores responsabilidades desde el punto de vista socioeconómico, emocional y espiritual, llevándolas a tener mayor riesgo de sufrir de trastornos que la lleven a padecer de alguna deficiencia.

CUADRO N° 65 Prevalencia De La Discapacidad Por Sexo Segun Tipo De Discapacidad: Republica De Panama, Enero 2006.

Tipo de Discapacidad	Total de Personas con discapacidad		Sexo			
			Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	360329	11.1	165670	10.1	194665	12.0
Visual	83757	2.6	40689	2.5	43068	2.7
Auditiva	20711	0.6	10234	0.6	10476	0.6
Física	63013	1.9	23730	1.4	39283	2.4
Intelectual	15201	0.5	8497	0.5	6704	0.4
Psiquiátrica	4976	0.2	1794	0.1	3182	0.2
Órganos y Sistemas	19882	0.6	11377	0.7	8504	0.5
Múltiples	152782	4.7	152782	4.2	83440	5.2

Población Total: 3,260,645; masculino: 1,644,832; Femenino: 1,615,813
 FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, enero 2006.



5.6.3 DISCAPACIDAD POR AREA

En las zonas rurales se concentra el 43.1% de la población estudiada. Las zonas rurales presentan limitados servicios básicos de salud, educación, laborales, vivienda entre otros; por lo que se hace interesante medir la discapacidad con la variable área.

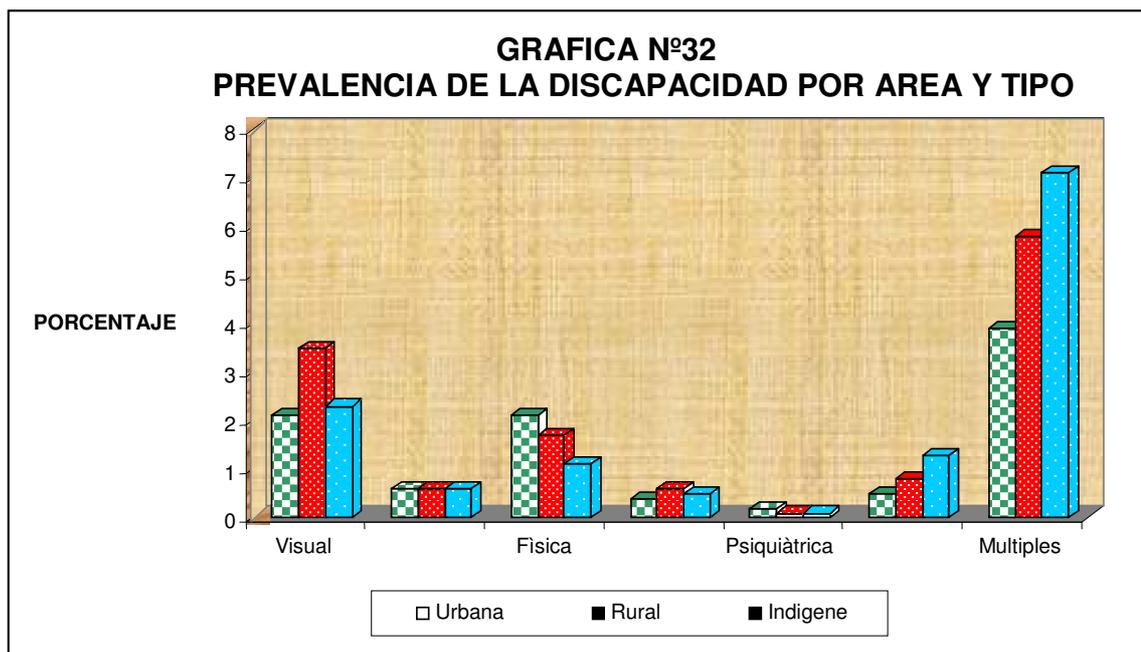
**Cuadro N° 66 Prevalencia De La Discapacidad Por Area Según Tipo.
Republica De Panama, Enero 2006.**

Tipo de Discapacidad	TOTAL		Área					
			Urbana		Rural		Indígena	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	360329	11.1	205211	9.9	131635	13.1	23495	13.0
Visual	83757	2.6	44595	2.1	35041	3.5	4122	2.3
Auditiva	20711	0.6	13430	0.6	6114	0.6	1167	0.6
Física	63013	1.9	44122	2.1	16841	1.7	2050	1.1
Intelectual	15201	0.5	8211	0.4	6148	0.6	842	0.5
Psiquiátrica	4976	0.2	3727	0.2	1154	0.1	95	0.1
Órganos y Sistemas	19882	0.6	9542	0.5	7982	0.8	2347	1.3
Múltiples	152782	4.7	81579	3.9	58348	5.8	12855	7.1

FUENTE: Primera encuesta Nacional de Discapacidad, enero 2006

Al realizar una comparación entre la población con discapacidad que habitan en las áreas urbanas, rurales e indígenas, se obtiene que pese a la concentración demográfica de las zonas urbanas, la población con discapacidad, mayormente se localiza en las áreas rurales del país (13.1%), superando la prevalencia global (11.1%). Este hecho se explica por la calidad de vida de las personas que viven en estas áreas, inaccesibilidad a los servicios de salud y las carencias a las que se ven sometidas, (ver cuadro N° 66).

En las tres áreas la discapacidad que mayormente se presenta es la múltiple. En el área urbana es la visual y la física (2.1% cada una), en la rural prevalece más la visual (3.5%) seguida de la física (1.7%) y en la indígena la visual (2.3%), órganos y sistemas (1.3%) y la física (1.1%).



5.6.4 DISCAPACIDAD POR EDAD DE INICIO Y PROVINCIA - COMARCA

La edad de inicio de la discapacidad es un indicador importante en la planificación del recurso en salud, dando las bases para establecer programas dirigidos a fortalecer los grupos de edad de más riesgo encaminados a prevenir los riesgos de adquirir una discapacidad. Por ello se presenta el cuadro N° 67 donde se señala la edad de inicio de la discapacidad por provincia y comarca.

El grupo de edad funcional donde mayormente se adquiere la discapacidad es en la de 20 – 59 años; edad donde las personas comienzan su etapa de productividad laboral y el riesgo de tener accidentes, lesiones, enfermedades es mayor. Además es el grupo donde adquieren la mayoría de edad, y se sienten libres para las actividades sociales, muchas de ellas de muy alta probabilidad de accidentes. Todos estos riesgos les pueden dejar como consecuencia una discapacidad. El 61.8% de las personas con discapacidad de la comarca Gnöbe Buglè y de Bocas del Toro adquirieron su discapacidad entre las edades de 20 – 59 años de edad, lo que esta asociado a las condiciones laborales en éstas regiones.

De las personas con discapacidad que adquirieron la misma durante las edades de 60 años y más es de 22.4%. La provincia de Los Santos es donde más se ve afectada por esta edad de inicio de la discapacidad, debido a el fenómeno de la migración de los jóvenes. Esta provincia tiene un comportamiento poblacional de persona adulta y adulta mayor.

Aunque son cifras más bajas en comparación a los otros grupos de edades, tienen una real importancia el grupo de personas que tiene una discapacidad porque nació así 8.3% (14,685 personas). Este grupo al analizarlo por provincia se encuentra que en la comarca Emberá el 54.9% de las personas con discapacidad se debe a que “nació así”; lo que se explica por la inaccesibilidad geográfica y cultural de este grupo hacia los servicios de salud, específicamente la falta de control prenatal y la ausencia de las pruebas de tamizaje. Las provincias de Bocas del Toro y Darién ocupan el segundo lugar donde las personas con discapacidad su causa se debe a un 15.3% porque “nacieron así”. Estas cifras tienen estrecha relación con los resultados de la Encuesta de Niveles de Vida del 2003, donde las comarcas, Bocas del Toro y Darién tienen porcentajes superiores al 70% de pobreza; dato que explica la carencia de los cuidados prenatales en esta población.

El 11.5% de las personas con una o más discapacidad adquirieron la misma durante la niñez, de 0 – 9 años, edad considerada la base de la formación de la personalidad del ser humano. La comarca Emberá (34.8%), Darién (15.7%) son las que presentan más personas con discapacidad que les inicio en la niñez. Este se explica por las mismas razones del grupo anterior: pobreza, cultura, inaccesibilidad geográfica, entre otros.

CUADRO Nº 67 Población Con Discapacidad Por Edad De Inicio Segun Provincia – Comarca. Republica De Panama, Enero 2006.

Provincia, Comarca	Población Total		Edad de inicio (años)									
			Nació así		0 - 9		10 -19		20 - 59		60 y +	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	176,770	100.0	14,682	8.3	20337	11.5	10813	6.1	91374	51.7	39568	22.4
Bocas del Toro	2,330	100.0	356	15.3	267	11.4	10	0.4	1440	61.8	257	11.0
Coclé	17,322	100.0	1,332	2.6	2218	12.8	930	5.4	7891	45.5	4950	28.5
Colón	10,088	100.0	629	6.2	1668	16.5	536	5.3	4670	46.3	2584	25.6
Chiriquí	26,855	100.0	2,687	10.0	2904	10.8	1609	6.0	12656	47.1	7000	26.1
Darién	2,141	100.0	327	15.3	337	15.7	434	20.3	790	36.8	254	11.9
Herrera	8,536	100.0	899	10.5	757	8.9	515	6.0	3706	43.4	2660	31.2
Los Santos	5,290	100.0	755	14.3	308	5.8	228	4.3	2241	48.4	1758	33.2
Panamá	74,114	100.0	5,077	6.8	8152	11.0	4943	6.7	42143	56.9	13798	18.6
Veraguas	16,523	100.0	1,248	7.6	2412	14.6	637	3.8	7990	48.4	4237	25.6
Comarca Kuna Yala	3,129	100.0	326	10.4	159	5.1	188	6.0	1485	47.4	971	31.0
Comarca Emberá	182	100.0	100	54.9	63	34.8	0	0.0	20	11.0	0	0.0
Comarca Gnöbe Buglé	10,259	100.0	946	9.2	1092	10.6	785	7.6	6340	61.8	1097	10.7

FUENTE: Primera Encuesta Nacional de Discapacidad, enero 2006.

5.6.5 DISCAPACIDAD POR TIPO Y CAUSA

La discapacidad se puede originar por diversas causas, las cuales son importantes conocer, porque es un dato importante que es indispensable para la elaboración de políticas sociales orientadas a la reducción de aquellas discapacidades que son susceptibles de prevenir o intervenir de manera temprana. A continuación se presenta el cuadro Nº 68 donde se señala la relación tipo de discapacidad y causas que la originaron.

Las enfermedades del envejecimiento son las que obtuvieron con mayor frecuencia, presentándose en el 35.2% como causa de las discapacidades visuales y el 26.6% en las físicas; ambas discapacidades que tienen su explicación científica en los cambios metabólicos que degeneran los tejidos y células del organismo adulto.

Otras causas que resultaron importante son los problemas del parto, “nació así” y enfermedades de la madre durante el embarazo, como causas relevantes para las discapacidad auditiva (21, 22 y 23% respectivamente). Cabe resaltar que las discapacidades que más produjeron los desastres naturales fueron estas.

Las enfermedades laborales (47.9%), los accidentes de tránsito (42.1%), y otros accidentes (45.5%) fueron los que más discapacidad física produjeron, lo que tiene congruencia, ya que los accidentes casi siempre producen lesiones a nivel físico (herida, lesión de un vaso sanguíneo, fracturas, traumas craneoencefálicos, entre otras) y por ende las secuelas que deja también van a ser físicas.

Las discapacidades intelectuales tienen como causa principal que “nació así” (30.2%), problemas del parto (25,8%) y los actos de violencia (25.7%). Las dos primeras causas tienen relación con los controles prenatales y el manejo del parto, es decir, sería interesante analizar las historias clínicas peri natales de las embarazadas y púerperas en estudios posteriores, y verificar la magnitud de estos factores causales de discapacidad.

En las discapacidades psiquiátricas, la causa principal de éstas fueron los actos de violencia (16.8%), y las drogas (16.3). Ambos factores causales están relacionados, puesto que la droga (consumo y venta) puede desencadenar violencia.

Los desastres naturales (41.9%) y las drogas (37.2%) son factores causales que desencadenaron discapacidad de órganos y sistemas.

CUADRO N° 68 Personas Con Discapacidad Por Tipo Según Causas República de Panamá, Enero 2006

Causas de la Discapacidad	Total		Tipo de Discapacidad											
			Visual		Auditiva		Física		Intelectual		Psiquiátrica		Órganos y Sistemas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Problemas del parto	5936	100.0	566	9.5	1293	21.8	1124	18.9	1529	25.8	594	10.0	830	14.0
Nació Axial	43603	100.0	6716	15.4	10075	23.1	4781	11.0	13151	30.2	5437	12.5	3446	7.9
Enf. de madre en embarazo	3704	100.0	704	19.0	825	22.1	596	16.1	462	12.3	337	9.1	780	21.0
Enf. Laboral	13915	100.0	3450	24.8	1293	9.2	6665	47.9	897	6.4	156	1.1	1454	10.4
Enf. Infecciosa	14797	100.0	2311	15.6	2160	14.6	3422	23.1	2050	13.8	787	5.3	4067	27.5
Enf. Del envejecimiento	148095	100.0	52218	35.2	19949	13.5	39347	26.6	23037	15.5	5436	1.0	8108	5.5
Otras enfermedades	73348	100.0	11899	16.2	9272	12.6	28386	38.7	9579	13.1	4569	6.2	9643	13.1
Accidente de tránsito	9083	100.0	2128	23.4	261	2.9	3825	42.1	2003	22.1	445	4.9	421	4.6
Accidente laboral	17628	100.0	5224	29.6	891	5.1	10221	36.6	316	1.8	92	0.5	884	5.0
Otros accidentes	27950	100.0	6860	24.5	1715	6.1	12716	45.5	2893	10.4	1852	6.6	1914	6.8
Actos de violencia	5099	100.0	450	8.8	978	19.2	1382	27.1	1309	25.7	855	16.8	125	2.4
Desastres naturales	382	100.0	0	0.0	218	57.1	0	0.0	4	1.0	0	0.0	160	41.9
Drogas	1451	100.0	117	8.1	131	9.0	212	14.6	215	14.8	236	16.3	540	37.2

5.6.6 ANALISIS DE RIESGO EPIDEMIOLOGICO DE ALGUNAS VARIABLES

Como un valor agregado al estudio y ofrecer más herramientas a las autoridades con capacidad administrativa para la toma de decisiones, diseño e implementación de programas y estrategias encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población con discapacidad y prevenir que más personas se sumen a este grupo de personas, hemos hecho un análisis epidemiológico de riesgos y/o factores causales para adquirir alguna discapacidad. Los aspectos teóricos y metodológicos de la *Teoría de Riesgo* se explican en detalle en los anexos, de tal manera de aclarar y sustentar lo importante de esta herramienta para la toma de decisiones técnicas en relación al tema.

En el siguiente cuadro se mide la asociación que puede existir del sexo como factor causal para adquirir un determinado tipo de discapacidad. Los resultados fueron los siguientes:

CUADRO N° 69 Resumen Estadístico De La Relación Tipo De Discapacidad Según Sexo.

Sexo	Tipo de Discapacidad		OR	IC	χ^2	ρ
	Visual	Otras				
Hombres	38366	40127	1.09	1.07-1.11	86.58	0.0000
Mujeres	49640	51071	0.91	0.90-0.93	86.58	0.0000
	Auditiva	Otras				
Hombres	24288	54205	1.08	1.06-1.11	57.92	0.0000
Mujeres	28008	67703	0.92	0.90-0.94	57.92	0.0000
	Fisica	Otras				
Hombres	55035	23458	0.87	0.85-0.89	170.88	0.0000
Mujeres	69822	25889	1.15	1.13-1.17	170.88	0.0000
	Intelectual	Otras				
Hombres	35446	43047	1.50	1.40-1.53	1681.36	0.0000
Mujeres	33969	61742	0.67	0.66-0.68	1681.36	0.0000
	Psiquiátrica	Otras				
Hombres	17103	61390	1.37	1.34-1.41	677.38	0.0000
Mujeres	16141	79570	0.73	0.71-0.75	677.38	0.0000
	Órganos y Sistemas	Otras				
Hombres	19746	58747	1.32	1.29-1.35	584.11	0.0000
Mujeres	19427	76284	0.76	0.74-0.77	584.11	0.0000

Los resultados sombreados en amarillo demuestran que existe asociación entre el sexo y el desarrollo de un tipo de discapacidad. En todos se demostró que la

muestra es adecuada y que los resultados tienen significancia estadística, es decir que los resultados no son producto del azar. El valor p observado indica que no existe error o es mínimo, los resultados son confiables. En todos los tipos de discapacidad, excepto la física, se demostró que el sexo masculino es un factor de riesgo para desarrollar las discapacidades señaladas en el cuadro. El hecho de que el ser mujer es un factor de riesgo para la discapacidad física se puede deber a que la composición genética, el desgaste físico producto de los embarazos, la carga hormonal la predispone a tener mayores probabilidades de sufrir de problemas físicos discapacitantes.

El cuadro que sigue a continuación presenta la asociación existente entre el tipo de discapacidad y el área donde viven, es decir, se pretende medir si el hecho de vivir en un área indígena, rural o urbana predispone a adquirir de una discapacidad determinada.

CUADRO Nº 70 Resumen Estadístico de la Relación Tipo De Discapacidad Según Área.

Área	Tipo de Discapacidad		OR	IC	χ^2	p
	Visual	Otras				
Indígena	8921	4464	2.41	2.32-2.51	2058.13	0.0000
Rural	33022	39833	0.95	0.93-0.96	30.49	0.0000
Urbana	41083	46881	0.44	0.42-0.46	1848.86	0.0000
	Auditiva	Otras				
Indígena	4607	8778	1.38	1.33-1.44	266.15	0.0000
Rural	20027	52828	0.83	0.81-0.84	299.28	0.0000
Urbana	27662	60302	0.87	0.84-0.91	47.29	0.0000
	Física	Otras				
Indígena	12124	1261	2.50	2.35-2.66	930.55	0.0000
Rural	57807	15048	0.56	0.54-0.57	2181.97	0.0000
Urbana	104775	15208	0.12	0.69-0.76	117.81	0.0000
	Intelectual	Otras				
Indígena	4560	8825	1.05	1.01-1.10	6.92	0.0085
Rural	23972	48883	0.56	0.55-0.51	3051.33	0.0000
Urbana	40884	47080	1.68	1.62-1.75	723.38	0.0000
	Psiquiátrica	Otras				
Indígena	1382	12003	0.82	0.77-0.87	42.27	0.0000
Rural	8970	63885	0.40	0.39-0.41	4716.23	0.0000
Urbana	22892	65072	3.06	2.88-3.24	1571.98	0.0000
	Órganos y Sistemas	Otras	OR	IC	χ^2	p
Indígena	6008	7377				
Rural	15288	57567	1.04	1.02-1.07	10.60	0.0011
Urbana	17878	70086	0.31	0.30-0.33	3890.69	0.0000

Todos los resultados (verdes) indican que existe asociación entre el área de residencia y la discapacidad, es decir, demuestran significancia estadística con un nivel de confiabilidad de casi el 100%. Los resultados estadísticos indican que en todos los tipos de discapacidad con excepción de la psiquiátrica el hecho de vivir en las áreas indígenas es un factor de riesgo para adquirir estas discapacidades. Como se ha explicado en otros análisis, las áreas indígenas están dentro de las áreas de pobreza extrema según la Encuesta de Niveles de Vida del 2003, por lo que las condiciones ambientales, geográficas, económicas les predispone a una deficiente calidad de vida.

Sin embargo, el vivir en las áreas indígenas es un factor protector para no desarrollar discapacidad psiquiátrica. Este resultado se explica en que en estas áreas se vive con menos estrés, la tranquilidad, la naturaleza, la cultura (poca influencia de otros grupos) les ayuda a ver la vida de modo diferente.

El vivir en área urbana es un factor de riesgo para padecer de discapacidad psiquiátrica (OR=3.06) e intelectual (OR=1.68). Los niveles de estrés que se manejan en las urbes es alto, debido a la inseguridad, actos de violencia, alto costo de la canasta básica que lleva a muchos a doble jornada de trabajo, el congestionamiento vehicular, la tecnología de punta, entre otros son elementos que contribuyen a alterar el estado emocional de las personas, llevándoles muchas veces a desarrollar trastornos emocionales y mentales discapacitantes.

CUADRO N° 71 Resumen Estadístico de la Relación Grado De Severidad De La Discapacidad Según Área Y Sexo.

Área	Grado de severidad		OR	IC	χ^2	ρ
	Severa	Otras				
Indígena	4139	9431	1.41	1.35-1.47	274.78	0.0000
Rural	15540	49920	1.34	1.30-1.37	565.38	0.0000
Urbana	19094	81946	0.53	0.51-0.55	996.65	0.0000
Sexo						
Hombres	18373	64646	0.99	0.97-10.1	0.26	0.6085
Mujeres	20399	71352	1.01	0.98-1.03	0.26	0.6085
Área	Moderada	Otros				
Indígena	3204	10366	1.15	1.10-1.20	38.71	0.0000
Rural	13168	48992	1.11	1.01-1.17	70.38	0.0000
Urbana	19672	81368	0.78	0.75-0.82	128.43	0.0000
Sexo						
Hombres	17727	67292	1.06	1.03-1.08	21.38	0.0000
Mujeres	18317	73434	0.95	0.93-0.97	21.38	0.0000

Los resultados indican que existe significancia estadística entre el grado de severidad y el área de localización de la vivienda, demostrándose que el vivir en áreas indígenas y rurales se constituyen en factores de riesgo para desarrollar una discapacidad moderada y severa; mientras que el área urbana es un factor protector, debido a que se reúnen con mejores condiciones de infraestructuras, accesibilidad a los servicios de salud reduciendo el grado de la discapacidad de la persona situación que no ocurre en las áreas de riesgo.

Con relación al sexo sólo se demostró significancia estadística en la discapacidad moderada, siendo el sexo masculino el que se constituye en factor de riesgo como lo demuestran los resultados en el cuadro.

CUADRO Nº 72 RESUMEN ESTADISTICO DE LA RELACION EDAD DE INICIO DE LA DISCAPACIDAD SEGUN PROVINCIA - COMARCA.

Provincia - Comarca	EDAD DE INICIO		OR	IC	χ^2	p
	Nació así	Otras				
Bocas del Toro	356	1974	1.98	1.78-2.21	149.30	0.0000
Coclé	1,332	16090	1.23	1.12-1.34	19.20	0.00001
Colón	629	9459	0.62	0.57-0.68	127.60	0.0000
Chiriquí	2,687	24168	0.65	0.59-0.72	60.41	0.0000
Darién	327	1827	1.44	1.28-1.62	36.62	0.0000
Herrera	899	7637	0.74	0.67-0.81	43.38	0.0000
Los Santos	755	4535	2.08	1.94-2.24	399.67	0.0000
Panamá	5,077	69037	0.91	0.86-0.96	9.96	0.0016
Veraguas	1,248	15275	0.72	0.64-0.81	29.58	0.0000
Comarca Kuna Yala	326	2803	0.25	0.22-0.30	200.92	0.0000
Comarca Emberá	100	82	5.96	5.15-6.89	414.74	0.0000
Comarca.Gnöbe Buglé	946	9313	0.60	0.54-.68	75.14	0.0000
	0 - 9 años	Otras				
Bocas del Toro	267	2063	0.90	0.79-1.01	3.32	0.0685
Coclé	2218	15104	0.77	0.73-0.72	73.31	0.0000
Colón	1668	8420	1.53	1.45-1.62	221.32	0.0000
Chiriquí	2904	23951	0.69	0.62-0.76	48.48	0.0000
Darién	337	1804	1.77	1.57-2.00	87.57	0.0000
Herrera	757	7779	1.53	1.35-1.74	43.68	0.0000
Los Santos	308	4982	1.53	0.47-0.59	139.02	0.0000
Panamá	8152	65962	0.75	0.72-0.79	169.92	0.0000
Veraguas	2412	14111	2.87	2.46-3.36	209.52	0.0000
Comarca Kuna Yala	159	2970	0.15	0.11-0.19	238.30	0.0000
Comarca Emberá	63	120	3.23	2.63-3.08	103.30	0.0000
Comarca.Gnöbe Buglé	1092	9167	0.93	0.82-1.05	1.31	0.2525

CUADRO Nº 72-A RESUMEN ESTADISTICO DE LA RELACION EDAD DE INICIO DE LA DISCAPACIDAD SEGUN PROVINCIA - COMARCA.

Provincia - Comarca	EDAD DE INICIO		OR	IC	χ^2	p
	10 - 19	Otras				
Bocas del Toro	10	2320	0.08	0.04-0.15	110.03	0.0000
Coclé	930	16392	1.01	0.91-1.12	0.04	0.8434
Colón	536	9552	0.89	0.81-0.98	6.17	0.0130
Chiriquí	1609	25246	0.30	0.27-0.33	617.35	0.0000
Darién	434	1707	0.57	2.29-2.89	254.22	0.0000
Herrera	515	8021	1.41	1.21-1.64	19.93	0.0000
Los Santos	228	5062	0.65	0.87-0.74	45.15	0.0000
Panamá	4943	69171	1.73	1.60-1.88	185.21	0.0000
Veraguas	637	15886	0.64	0.55-0.75	30.32	0.0000
Comarca Kuna Yala	188	2941	11.11	1.57-78.84	9.71	0.0018
Comarca Emberá	0	182	0.07	0.01-0.50	13.12	0.0002
Comarca Gnöbe Buglé	785	9474	17.83	9.59-33.21	167.42	0.0000
	20 - 59	Otras				
Bocas del Toro	1440	890	1.36	1.31-1.41	217.42	0.0000
Coclé	7891	9431	0.98	0.96-1.01	1.40	0.2370
Colón	4670	5418	0.98	0.96-1.01	2.05	0.1521
Chiriquí	12656	14199	1.28	1.21-1.35	83.42	0.0000
Darién	790	1351	0.85	0.90-0.90	29.83	0.0000
Herrera	3706	4830	1.02	0.98-1.07	1.48	0.2241
Los Santos	2241	3049	0.75	0.72-0.77	421.07	0.0000
Panamá	42143	31971	1.18	1.16-1.20	395.44	0.0000
Veraguas	7990	8533	1.02	0.98-1.06	0.85	0.3568
Comarca Kuna Yala	1485	1644	4.32	2.85-6.54	92.27	0.0000
Comarca Emberá	20	162	0.18	0.12-0.27	193.91	0.0000
Comarca Gnöbe Buglé	6340	3919	1.00	0.97-1.04	0.00	0.9977

CUADRO Nº 72-B RESUMEN ESTADISTICO DE LA RELACION EDAD DE INICIO DE LA DISCAPACIDAD SEGUN PROVINCIA - COMARCA.

Provincia - Comarca	EDAD DE INICIO		OR	IC	χ^2	ρ
	60 y +	Otras				
Bocas del Toro	257	2073	0.39	0.31-0.43	324.66	0.0000
Coclé	4950	12372	1.12	1.07-1.16	28.06	0.0000
Colón	2584	7504	0.98	0.95-1.02	0.78	0.3779
Chiriquí	7000	19855	2.20	1.95-2.47	213.22	0.0000
Darién	254	1887	0.38	0.34-0.48	321.25	0.0000
Herrera	2660	5876	0.93	0.88-0.97	8.95	0.0027
Los Santos	1758	3532	1.79	1.71-1.86	669.52	0.0000
Panamá	13798	60316	0.73	0.70-0.75	418.43	0.0000
Veraguas	4237	12286	0.83	0.78-0.88	39.23	0.0000
Comarca Kuna Yala	971	2158	57.12	8.08-103.6	77.97	0.0000
Comarca Emberá	0	182	1.05	0.01-0.3	19.81	0.0000
Comarca Gnöbe Buglé	1097	9162	0.92	0.81-1.04	1.79	0.1806

Los cuadros Nº 72, 72-A, 72-B miden la asociación entre las provincias – comarcas y la edad de inicio de la discapacidad.

El cuadro Nº 72 observándose que las provincias que se constituyen en factor de riesgo asociado al nacer así son: Bocas del Toro, Coclé, Darién, Los Santos y la Comarca Emberá. La mayoría de estas regiones tienen áreas inaccesibles geográficas y económicamente a los servicios de salud, por lo que hacemos hincapié en que es necesario fortalecer las acciones de control prenatal y atención a la mujer para disminuir los riesgos de “nacer así”.

Las provincias de Colón, Darién, Herrera, Veraguas y la Comarca Emberá presentaron ser factor de riesgo asociado a adquirir una discapacidad entre las edades de 0 – 9 años, por lo que se debe fomentar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgo de discapacidad en los grupos de preescolares y escolares.

El cuadro Nº 72-A se aprecia que las provincias de Darién, Herrera, Panamá y las Comarcas Kuna Yala y Gnöbe Bugle son factores de riesgo para adquirir la discapacidad entre las edades de 10 – 19 años, es decir en la adolescencia, edad ésta de mucha incertidumbre, crisis de identidad, manejo inadecuado de emociones y sentimientos que los puede llevar a practicar estilos de vida no

saludables, como lo el consumo y tráfico de drogas, delincuencia, sexualidad temprana y desenfrenada. Se deben establecer programas para los jóvenes de crecimiento y superación personal, en especial en estas áreas de mayor riesgo.

Las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Panamá y la Comarca Kuna Yala son factores de riesgos para presentar una discapacidad entre los 20 – 59 años de edad; resultado este que tiene relación por el tipo de trabajo que más se desempeña en estas áreas; por ejemplo Bocas del Toro área altamente bananera, Chiriquí agricultura y ganadería, Panamá muy industrial, Kuna Yala la pesca, caza y agricultura.

El cuadro 72-B presentó significancia estadística en las provincias de Coclé, Chiriquí, Los Santos y la Comarca Kuna Yala para adquirir la discapacidad en la tercera edad (60 años y más).

CONCLUSIONES



6. CONCLUSIONES.

1. La Tasa de Prevalencia de la Discapacidad es de 11.3%.
2. Una de cada tres viviendas tiene una persona con discapacidad sin discriminar grado de severidad o tipo siendo la mayor proporción en las áreas rurales e indígenas.
3. El promedio de año de las Personas con Discapacidad es de 44 los hombres y 47 las mujeres.
4. El mayor porcentaje de Personas con Discapacidad se encuentra entre los adultos medios (40 – 64 años) y en las mujeres.
5. Las Provincias y Comarcas con mayor Prevalencia resulta ser la de Veraguas con (15.6), Kuna Yala con 15.3 y Herrera con 15.1
6. Las viviendas son de tipo individual en las áreas urbanas y rurales, en las indígenas predominan los ranchos o choza.
7. La mayoría de las viviendas del país son propias.
8. El 68% de la población indígena no cuenta con agua potable.
9. En 8 de cada 10 viviendas a nivel nacional cuenta con agua potable.
10. En 5 de cada 10 viviendas indígenas no tienen ningún tipo de eliminación de excretas.
11. El 85% de las viviendas en el país disponen de luz eléctrica, sin embargo en el caso de las áreas indígenas sólo un 6.5% dispone de este servicio.
12. No se dan grandes diferencias en las características de los hogares sin discapacidad y con discapacidad.
13. En el 33.6% de los hogares en el país vive por lo menos una persona con discapacidad. En el área indígena este porcentaje sube a 50% de los hogares.
14. El promedio de personas por hogar es de 4 miembros.
15. Los hogares indígenas son muy numerosos, 6.8 miembros por hogar.
16. El promedio de personas con alguna discapacidad por hogar en el país es de 0.5 miembros.
17. Una quinta parte de los hogares en el país presenta hacinamiento.
18. A nivel nacional el 19.9% de los jefes de hogar presenta alguna discapacidad.
19. En los hogares que presentan alguna discapacidad la proporción de jefes mujer es mayor que la proporción de jefes hombres.
20. Se utilizó el Indicador de Capacidad Económica de los Hogares (CAPECO), en atención a que en la encuesta no se investigó ingresos y se necesitaba un indicador que se aproximara al nivel de ingreso de los hogares.
21. El indicador CAPECO fue desarrollado para establecer una estratificación de los hogares y las personas de acuerdo al nivel de insuficiencia de datos de ingreso mediante una aproximación indirecta.

22. CAPECO se construye a partir de la relación entre la cantidad de años de educación formal aprobados de los perceptores de ingreso y la cantidad total de miembros en el hogar.
23. Cerca de la mitad de los hogares investigados cuentan con muy poca capacidad económica.
24. Tres de cada diez hogares tiene al menos una persona con alguna persona con discapacidad.
25. En los hogares con menos capacidad económica se encuentra más personas con alguna discapacidad.
26. Se aprecian serias carencias habitacionales seguido de hogares con hacinamiento.
27. La falta de educación representa una limitación para escapar de la pobreza.
28. Cerca del 12% de los niños/as del nivel muy bajo y bajo no asiste a la escuela.
29. Dos de cada diez personas del nivel muy bajo no tiene ningún grado de educación aprobado.
30. Los jefes de hogar con alguna discapacidad tienen menos años de estudio que las que no tienen discapacidad.
31. El nivel de Instrucción en las mujeres es mayor que en los varones y esta diferencia es más marcada en la población con discapacidad (Tasa de Prevalencia) que en la población general.
32. La población analfabeta con discapacidad está representada por el 36,4% del total de analfabetas encuestadas y en la población con discapacidad esta situación es más marcada en mujeres que en hombres.
33. A medida que aumenta el nivel de instrucción disminuye el porcentaje de personas con discapacidad que alcanzan dicha educación.
34. Casi uno de cada cuatro personas con discapacidad mayor de 25 años alcanza la primaria (23,4%); casi el 15% (14%) el nivel medio y la universidad apenas un 7,2%.
35. Las diferencias en las oportunidades y la inclusión de las personas con discapacidad al ámbito educativo es apremiante ya que su porcentaje, en todos los niveles se mantienen por debajo del 25% comparado con el resto de la población con esta misma edad.
36. La inasistencia escolar es mayor en un 3% en la población con discapacidad que en el resto de la población.
37. Los resultados de la población de 10 años y más encuestada presentó diferencias de género, área de residencia y condición económica.
38. Una ligera mayoría de los encuestados con discapacidad; fueron del sexo femenino, residen en área rural, están desocupadas o pertenecen a la población económicamente no activa siendo vulnerables por su condición dependiente.
39. La mayoría de los encuestados con discapacidad que pertenecen a la población económicamente activa y están ocupados son del sexo masculino. Existen diferencias importantes entre la realidad del área comarcal y resto de las provincias.

40. Las diferencias encontradas entre la población encuestada con discapacidad de 20 a 59 años con el grupo de 10 a 19 años y 60 años y más se relacionan al mayor o menor tiempo de exposición a los factores de riesgos y riesgos laborales; al impacto de los diagnósticos y tratamientos tardíos de los daños a la salud por inaccesibilidad a los sistema de salud y al sub – registro de la enfermedad y accidentes laborales que existe relacionada a múltiples factores entre ellos: la deficiente accesibilidad de la mayoría de la población encuestada con algún tipo de discapacidad a los sistemas sanitarios de vigilancia epidemiológica de salud ocupacional y una débil gestión del sector salud en el seguimiento y monitoreo de los factores de riesgo y riesgo laborales.
41. La mayoría de los encuestados con algún tipo de discapacidad que reportaron enfermedad laboral, accidentes laborales o ambas no tienen seguro social, residen en área rural, son mujeres y pertenecen a la población económicamente no activa lo cual los hace un grupo socioeconómico altamente vulnerable.
42. La población indígena encuestada con algún tipo de discapacidad es predominantemente del sexo femenino; labora en las actividades agrícolas relacionadas al uso de sustancias agroquímicas en las provincias de Chiriquí, Veraguas, Coclé y Herrera donde se obtuvieron los porcentajes más altos de accidentabilidad y enfermedad laboral y no tienen seguro social.
43. La mayoría de los asegurados con discapacidad encuestados residen en las grandes urbes capitalinas de las provincias de Panamá y Chiriquí.
44. El resto de la población no asegurada esta distribuida en áreas geográficas inaccesibles donde la oferta de servicios de salud es casi inexistente, segmentada (Caja del Seguro Social o MINSA) y fragmentada (débil coordinación interinstitucional e intersectorial).
45. Directamente relacionada a las características de la oferta de servicios de salud con débiles sistemas de vigilancia de los factores de riesgos y riesgo laborales en los ambientes de trabajo están los sub-registros y falta de registros que se encontraron en algunas provincias sobre la accidentabilidad y enfermedad laboral que agrava o dificulta el abordaje oportuno de las causas de la discapacidad en esta población.
46. La desocupación encontrada en la población con discapacidad, específicamente en las mujeres que residen en área rural e indígena se relaciona con ausencia de procesos de formación profesional sumado a una deficiente vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo y riesgo laborales que condicionan la evolución de las discapacidades leves a severas cuya rehabilitación integral es inaccesible y costosa para el individuo, familia y estado.
47. Se encontró que la población con discapacidad que reside en área indígena tiene 7 veces más riesgos estadísticamente significativo de accidentabilidad y 5 veces de enfermedad laboral que la que reside en área urbana.

48. Se encontró que la población con discapacidad económicamente activa del sexo femenino que reside en las comarcas indígenas tiene 7 veces más riesgos estadísticos de desocupación que el sexo masculino versus el área urbana. El riesgo de desocupación en las mujeres con discapacidad es menor en las provincias.
49. Las ocupaciones más importantes de la población con discapacidad en las comarcas fueron las relacionadas al sector primario de la economía. En las provincias predominaron las del sector secundario de servicio y comercio.
50. Una tasa alta de desocupación en los empleados de oficina con discapacidad en las provincias y de artesanos, así como afines en las comarcas reflejan la necesidad urgente de la implementación de estrategias de inclusión laboral en la población con discapacidad.
51. La autonomía y la independencia es una condición altamente valorada por la población con discapacidad, pues ello le significa respeto, dignidad y un sentido de utilidad. Esto queda evidenciado con la gran demanda de ayudas técnicas y accesos al entorno físico.
52. Tanto las instituciones públicas como privadas, fundaciones y organizaciones de personas con discapacidad, muestran un altísimo nivel de ausentismo en las comarcas indígenas, de modo que estas instancias deben considerar a estas regiones como áreas de atención prioritaria, a objeto de que estas poblaciones puedan tener acceso a los mismos servicios y apoyos que se brindan a las poblaciones urbanas.
53. En lo relativo a los niveles de satisfacción de los servicios ofrecidos, la población con discapacidad califica en su mayoría como de aceptable o regular la oferta de servicios que brindan las instituciones públicas. Las personas con discapacidades múltiples y con movilidad reducida muestran un porcentaje significativo (20%) de insatisfacción y las personas con problemas orgánicos muestran un porcentaje significativo de mucha satisfacción (29%).
54. Los niveles de participación de rechazo o no aceptación de la discapacidad por parte de la comunidad es más fuerte y marcada hacia las poblaciones con discapacidad múltiples e intelectuales, la cual demanda la ejecución de estrategias efectivas dirigidas a propiciar cambios de actitudes en este sentido.
55. Los niveles de percepción de rechazo hacia la discapacidad no presenta variaciones significadas al relacionarlas con variables como sexo, edad, lugar de procedencia y niveles de instrucción.
56. El grado de percepción de rechazo hacia la discapacidad se hace muy notorio entre los vecinos, los amigos de la familia, el propio seno familiar.
57. La depresión y el aburrimiento son estados anímicos frecuentes entre la persona con discapacidad, aunque la alegría y la felicidad se expresan en un alto porcentaje, consideramos que los primeros están asociados a factores como: la frustración causada por el sentimiento de inutilidad e improductividad. Por falta de satisfacción, de expectativa y el poco aprovechamiento en el empleo del tiempo libre en actividades que

- signifiquen recreación, distracción, creación y desarrollo de la personalidad.
58. En la gran mayoría de las discapacidades son las mujeres las que muestran un porcentaje más elevado de depresión, ello lo atribuimos al mayor grado de espontaneidad del sexo femenino y la fuerte presión a la que se ven sometidas para cumplir con la demanda o expectativas sociales relativo a su imagen y de carácter funcional en las actividades domésticas del hogar.
 59. Las discapacidades que en términos porcentuales presentan mayores condiciones de dependencia, lo son las discapacidades múltiples y personas con problemas orgánicos. Regularmente la familia es quien asume la responsabilidad en el cuadro de las personas en condición de dependencia. El número de personas contratadas para estos fines es muy pequeño y la opción donde se establece que nadie está al cuidado de las personas con discapacidad es significativa.
 60. La distribución de la discapacidad por grupos de edades demostró que las edades de 40 años en adelante es donde más prevalecen las deficiencias, estas superan la prevalencia global, 15% y más; resaltando que a mayor edad mayor probabilidad de adquirir una discapacidad.
 61. La prevalencia de las personas con discapacidad múltiples es del 4.7% (152,782), cifra importante por el hecho de que poseer una discapacidad es un factor predisponente que limita en muchas ocasiones la participación en la vida diaria, más aún con dos o más discapacidades.
 62. Al tomar en cuenta el tipo específico de discapacidad (se disgregó la múltiple) se obtuvo que la discapacidad física tiene la prevalencia más alta (5.4%) de todas las discapacidades, seguido de la visual (5.3%) y la intelectual (2.7%). Este resultado se puede asociar al hecho de que los grupos de edades con mayor prevalencia de discapacidad son los de 60 años y más, donde los problemas degenerativos son frecuentes (ciclo vital). También se puede asociar a las consecuencias del trabajo, factores ambientales y estilos de vidas no saludables lo que aumenta el riesgo de padecer de enfermedades discapacitantes.
 63. La población con discapacidad, mayormente se localizan en las áreas rurales e indígenas del país (prevalencia de 13.1%), superando la prevalencia global (11.1%).
 64. En las tres áreas, urbanas, rural e indígena la discapacidad que mayormente se presenta es la múltiple. En el área urbana es la visual y la física (2.1% cada una), en la rural prevalece más la visual (3.5%) seguida de la física (1.7%) y en la indígena la visual (2.3%), órganos y sistemas (1.3%) y la física (1.1%).
 65. El 61.8% de las personas con discapacidad de la Comarca Gnöbe Buglé y de Bocas del Toro adquirieron su discapacidad entre las edades de 20 – 59 años de edad, lo que esta asociado a las condiciones laborales de vida en estas regiones.

66. El 11.5% de las personas con una o más discapacidad adquirieron la misma durante la niñez, de 0 – 9 años de edad, edad considerada la base de la formación de la personalidad del ser humano.
67. Las enfermedades del envejecimiento son las que se presentan con mayor frecuencia, el 35.2% son causa de las discapacidades visuales y el 26.6% de las físicas; ambas discapacidades que tienen su explicación científica en los cambios metabólicos que degeneran los tejidos y células del organismo adulto.
68. Las enfermedades laborales (47.9%), los accidentes de tránsito (42.1%), y otros accidentes (45.5%) fueron los que más discapacidad física produjeron.
69. El grado de severidad moderado y severa lo posee el 43.3% de la población con discapacidad. A mayor grado de severidad de la discapacidad mayor necesidad de apoyos para la satisfacción de las necesidades de la vida diaria, por lo que esta cifra cobra real importancia en la planificación de acciones en salud y en el estado.
70. El análisis de riesgo demostró significancia estadística importante en las asociaciones de variables que a continuación se enuncian, demostrándose que son factores de riesgo para adquirir una discapacidad:
- El sexo masculino para la discapacidad visual, auditiva, intelectual, psiquiátrica y de órganos y sistemas.
 - El sexo femenino para la discapacidad física.
 - El vivir en área indígena para la discapacidad visual, auditiva, física, intelectual, y de órganos y sistemas
 - El vivir en área urbana para la discapacidad psiquiátrica e intelectual.
 - El vivir en área indígena y rural para la tener discapacidad moderada y severa.
 - El ser hombre para la discapacidad moderada.
 - Las provincias de Bocas del Toro, Coclé, Darién, Los Santos y la Comarca Emberá para tener discapacidad desde el nacimiento.
 - Las provincias de Colón, Darién, Herrera, Veraguas y la Comarca Emberá para desarrollar la discapacidad entre las edades de 0 – 9 años de edad.
 - Las provincias de Darién, Herrera, Panamá, Comarcas Kuna Yala y Gnöbe Buglé para desarrollar la discapacidad entre las edades de 10 – 19 años de edad.
 - Las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Panamá, y la Comarca Kuna Yala para desarrollar la discapacidad entre las edades de 20 – 59 años de edad.
 - Las provincias de Coclé, Darién, Los Santos y las Comarcas Kuna Yala y Gnöbe Buglé para desarrollar la discapacidad entre las edades de 60 y más años de edad.

RECOMENDACIONES



7. RECOMENDACIONES

1. Sensibilizar a la población en general sobre la importancia del autocuidado y de los estilos de vida saludables, como una herramienta que disminuye el riesgo de padecer de enfermedades discapacitantes.
2. Establecer servicios de atención de salud, educación y de recreación que puedan ser utilizados por las personas con discapacidad en las áreas rurales e indígenas y así favorecer la calidad de vida de estos.
3. Centralizar recursos físicos, materiales y humanos que brinden los servicios de salud, rehabilitación que las personas con discapacidad necesitan, a nivel de cada distrito, haciéndolos más accesibles.
4. Diseñar proyectos de atención de salud, de seguridad laboral, de capacitación y de sensibilización a la población de 20 – 59 años de edad, de la Comarca Gnöbe Bugle y la provincia de Bocas del Toro, debido a que fueron las regiones que presentaron el mayor porcentaje de discapacidad en estos grupos de edad.
5. Fortalecer el Programa de Salud de la Mujer, específicamente el control prenatal, el programa de Salud de la Niñez y el Programa Escolar con estrategias motivacionales que promuevan el cumplimiento de los controles de salud, puesto que en estos se identifican problemas, enfermedades y/o situaciones que pueden desencadenar una discapacidad.
6. Buscar mecanismos administrativos que hagan cumplir la utilización de las medidas de seguridad por parte de los empresarios y de los empleados con el propósito de disminuir los accidentes y las enfermedades laborales que desencadenan una discapacidad.
7. Realizar investigaciones analíticas puntuales a nivel local, regional y/o central que miden factores causales de la discapacidad según tipo, de utilización real de los recursos de apoyo con que cuenta, salud mental de las personas con discapacidad, efecto de las intervenciones de salud (atención, rehabilitación, fisioterapia, etc.) en el desarrollo de capacidades, inclusión laboral, educativa, social y familiar, entre otras.
8. Se hace necesario contener y fortalecer programas que posibiliten el acceso a las ayudas técnicas con énfasis en la provisión de lentes, bastones, ayudantes o asistentes de vida, y sillas de ruedas.
9. Desarrollar investigaciones para establecer la cantidad de personas que necesitan cuidado y cuáles de éstas están en situación de abandono.
10. Revisar a nivel de salud, las estrategias actuales concernientes a la cobertura y oferta de servicios, de modo que las comarcas indígenas y las regiones rurales de difícil acceso sean consideradas como áreas de atención prioritarias. En tal sentido es aconsejable la creación de partidas para designar fisioterapeutas y médicos itinerantes que visitan de manera periódica los domicilios en las áreas rurales. De modo que basados en criterios de equidad social se desarrollen en estas regiones procesos de salud que impliquen prevención, atención, tratamiento y rehabilitación con base en la comunidad, bajo el enfoque de salud comunitaria.

11. El empleo del tiempo libre entre las personas con discapacidad debe ser tema obligatorio en los programas de orientación familiar, con la finalidad que de manera conjunta se puedan elaborar estrategias para el desarrollo de actividades de ocio derivadas de los criterios de libertad, satisfacción, e interés del individuo, de manera que cualquiera que sea la condición de éste, se construyan escenarios ambientes y momentos para producir experiencias y vivencias de felicidad y auto-realización individual o colectiva.
12. Desarrollar un agresivo programa de orientación familiar a nivel de todas las provincias dirigido a sensibilizar, orientar y capacitar la familia de acuerdo al caso y tipo de discapacidad con la finalidad que:
13. La familia se constituya en el ambiente más acogedor y amigable para las personas con discapacidad, donde éstas se sientan incluidas, valoradas, aceptadas y queridas. Que la familia se convierta en un activo promotor de los procesos inclusivistas en la comunidad, promoviendo y propiciando la integración de las personas con discapacidad en todos aquellos ambientes y escenarios de carácter interactivo, donde sea la propia experiencia y el contacto interpersonal los que generen un cambio de actitud positiva en la comunidad.
14. Fomentar a corto plazo programas de voluntarios a nivel de organismos no gubernamentales, iglesias y grupos organizados, para ofrecer apoyo a aquellas familias de escasos recursos que cuentan con algún miembro que presenta discapacidad severa o profunda, de suerte que éstas sean asistidas con regularidad. Para tal fin el Estado y las O.N.G.S. deben instituir programas de incentivos que estimulen a las personas a involucrarse en la noble tarea de los cuerpos de voluntarios.
15. A mediano o largo plazo debe considerarse la posibilidad que el Estado asuma parte del costo de un servicio de asistente de vida para personas con limitaciones de carácter funcional, como se practica en algunos países desarrollados.
16. Empezar un programa de subsidios, específicamente para personas con discapacidad en condición de dependencia, abandono y extrema pobreza. Para ello es necesario investigar acerca de aquellas poblaciones que de acuerdo a sus respuestas dadas a esta investigación, nadie les ofrece apoyo, incluso su propia familia.
17. Continuar con los programas de sensibilización, orientación y capacitación sobre los derechos de las personas con discapacidad, procurando alcanzar a aquella población no organizada que constituye la mayoría de ésta, a objeto de que se apropie y haga suyos sus derechos y se convierta en activos agentes de cambio.
18. Para mitigar en algún grado la falta de acceso al transporte público entre las personas con movilidad reducida, es conveniente la creación de una instancia de naturaleza mixta que cuente con una flota de vehículos adaptados para que estas personas puedan solicitar servicio de transporte. La instancia en mención, puede crearse mediante un acuerdo

entre el Estado y un organismo no gubernamental, donde, a manera de ejemplo, el Estado cubra los costos de personal la O.N.G. asuma las responsabilidades administrativas y el cliente cubra los costos de combustibles y el mantenimiento de los vehículos, de modo que se pueda ofrecer un servicio especial de transporte para estas personas a bajo costo.

19. Para propiciar la autonomía de las personas con movilidad reducida, proponemos la realización de un proyecto de acceso básico al entorno físico a nivel de todas las ciudades del país el cual consiste en el diseño de adecuaciones físicas en siete lugares claves de las distintas ciudades del país para que las autoridades municipales con fondos Estatales, puedan ejecutar dicho proyecto. Entre los lugares que podrían ser objeto de tales adecuaciones están: Terminal de buses, hospitales, al menos un Banco Nacional, la iglesia mejor ubicada, un centro comercial, escuelas de los distintos niveles de instrucción y centros universitarios. Cabe aclarar que este proyecto solo sería la primera etapa de un proceso más amplio de acceso al entorno físico, se trata en todo caso de emprender acciones concretas que involucren a las distintas ciudades del país y que impulsen el cumplimiento de las disposiciones legales en materia de accesibilidad.
20. Fomentar la diversificación en la oferta de ayudas técnicas adecuando dicha oferta a las posibilidades económicas de la población con discapacidad, haciendo uso de las exoneraciones de impuestos de importación dispuestas en la ley para ofertar auxiliares a bajo costos o creando bancos de ayudas técnicas para entregar en calidad de préstamo o donación estos auxiliares a personas con discapacidad de escasos recursos.
21. Se deben emprender estrategias de distinta naturaleza para trabajar en el problema de la baja autoestima que presentan muchas mujeres con discapacidad, que implique tanto la interiorización del concepto del valor de la persona por razón de su condición de ser humano, al igual que el descubrimiento de sus aptitudes, habilidades y destrezas que se traduzcan en una transformación de sus actitudes sobre la manera de concebirse a sí mismas y el mundo que les rodea.
22. Impulsar la realización de diversos programas permanentes de recreación dirigidos particularmente a las poblaciones con retos múltiples, parálisis cerebral y discapacidad intelectual, fomentando su patrocinio y auspicio, al igual que el compromiso y participación por parte de la familia y la comunidad.
23. Desarrollar investigaciones de carácter cualitativas que focalicen temas tales como: Situación personal y familiar de las mujeres sordas, mujeres con discapacidad intelectual, mujeres con movilidad reducida, con retos múltiples y los varones con discapacidades psíquicas; con la finalidad de emprender estrategias de intervención que respondan a la necesidad de cada situación en particular.

24. Utilizar los resultados de la investigación en el diseño de planes nacionales y regionales que se ejecuten con eficiencia y efectividad por la gestión gubernamental y sociedad civil en la mitigación del daño a la salud en las ambientes laborales; prevención de los factores de riesgos y riesgos laborales así como de la promoción de ambientes laborales saludables de todos los trabajadores y las personas con discapacidad.
25. Dar prioridad en la gestión presupuestal en la implementación de dichos planes nacionales y regionales a las regiones así como distritos de alta prevalencia de la discapacidad; distritos y corregimientos de pobreza extrema y pobreza; conglomerados urbano –marginal así como los procesos de trabajo donde participan grupos de alta vulnerabilidad social como las mujeres, mujeres indígenas, población infantil y adolescentes y personas de 3 y 4 edad.
26. Fortalecer a todas las unidades locales de los diferentes Ministerios del país en la implementación de sistemas de información y vigilancia epidemiológica en salud ocupacional de toda la población incluyendo la población con discapacidad suministrándoles herramientas técnicas tales como la activación de los comités de bioseguridad; comités de seguridad industrial; diseño de planes de seguridad en el trabajo; mapa de riesgo que permitan establecer la magnitud, tiempo y gravedad de la exposición así como el número de afectados que encuentran alrededor de talleres e industrias emisoras de contaminantes; capacitación a los funcionarios del estado en la Clasificación Internacional de la Funcionalidad, Discapacidad y la Salud y sistemas registros actualizados de la información.
27. Incluir los resultados de esta investigación en el plan regional de salud y ambiente para que los mismos sirven como criterio de análisis de nuevas propuestas en materia de urbanización y delimitación perimetral a fuentes de emisión y contaminantes atmosféricos a nivel nacional.
28. Proponer a las Direcciones Regionales de la Autoridad Nacional de Ambiente la incorporación de personal técnico del Ministerio de Salud regional en las evaluaciones de los estudios de impacto ambiental que permitan fortalecer la cultura de la prevención sobre la mitigación del impacto negativo en aquellas comunidades densamente pobladas donde operaran empresas con alto nivel tecnológico en la explotación de recursos naturales. de las regiones.
29. Fortalecer la participación del equipo de salud de las regiones en el proceso de educación y capacitación a los trabajadores en general y a los que laboran en las áreas de mayor riesgo, en particular, de las empresas de alto riesgo en el uso adecuado de equipo de seguridad industrial y examen pre-ocupacional y periódico.
30. Fortalecer la gestión de las comisiones interinstitucionales compuestas por el Ministerio de Salud; Caja del Seguro Social; Autoridad Nacional del Ambiente, Ministerio de Trabajo y otras a fin de hacer cumplir las disposiciones jurídicas vigentes en torno a los mecanismos de vigilancia; monitoreo, seguimiento, fiscalización y control de los llamados factores de

riesgos y riesgos de la accidentabilidad y enfermedad laboral a la que se exponen los trabajadores en todo el país.

31. Establecer la coordinación intersectorial pertinente para diseñar, organizar, dirigir y evaluar la red nacional de contrarreferencia-referencia en la vigilancia epidemiológica en salud ocupacional de todas las regiones del país y en especial de aquellas con mayor tasa de prevalencia de la discapacidad.
32. Implementar planes nacionales de inclusión laboral en la población con discapacidad que tomen en cuenta los procesos de formación profesional; la valoración del puesto de trabajo para la reeducación y readaptación laboral en coordinación con los sectores económicos del país.
33. Relacionar CAPECO a nivel de distrito por niveles de pobreza por distrito, con el fin de hacer comparaciones que validen los indicadores utilizados.

Glosario de TÉRMINOS



8. GLOSARIO DE TERMINOS

1. **Accidente de trabajo:** Es toda lesión corporal o perturbación funcional que el trabajador sufra, sea en la ejecución, con ocasión o por consecuencia del trabajo y que dicha perturbación sea producida por la acción repentina o violenta de una causa exterior o del esfuerzo realizado.
También se considerara accidente de trabajo el que sobrevenga al trabajador en la ejecución de órdenes del patrono o en la prestación de un servicio bajo la autoridad de este, aun fuera del lugar y horas del trabajo. También en el curso de interrupciones del trabajo; así como antes y después del mismo, si el trabajador se hallare, por razón de sus obligaciones laborales en el lugar de trabajo o en locales de la empresa, establecimiento o explotación; también por acción de terceras personas o por acción intencional del patrono o de un compañero durante la ejecución del trabajo.
2. **Accidente de tránsito:** Se refiere a los acaecidos durante el trayecto. Ejemplo: volcamiento en un carro, choque, caída de un caballo, etc.
3. **Accidente de trayecto:** Es el accidente de trabajo que ocurra al trabajador al trasladarse de su domicilio al lugar en que desempeñe su trabajo o viceversa.
4. **Accidente laboral:** Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido en ocasión del trabajo. Se excluyen aquí los accidentes de tránsito ocurridos de ida y vuelta al trabajo.
5. **Actitudes y acciones:** En este caso se refiere a la percepción de la persona con discapacidad en relación a las actitudes y acciones que considere ofensivas, (tales como rechazo, discriminación, aislamiento, u otras) de las otras personas con respecto a ella o él que tiene una discapacidad.
6. **Actividades de la Vida Diaria-AVD:** Aquellas que son comunes a todos los ciudadanos. Entre las múltiples descripciones se ha tomado la propuesta por la Asociación Médica Americana en 1994 de dividir las en: Actividades básicas de Autocuidado (vestirse, comer, aseo personal, etc.) y otras AVD como el estudiar, trabajar, realizar tareas del hogar, comunicarse, realizar actividad física y de ocio, entre otras funciones vitales de la vida diaria.
7. **Actividades de Ocio:** Es toda acción o inacción humana que se realiza en el tiempo considerado como libre del individuo. Algunos de los elementos fundamentales que caracterizan a las actividades de ocio, son, por su naturaleza, muy expresivos, a saber: deben producir satisfacción, debe ser la expresión libre del individuo y no deben implicar interés lucrativo.
8. **Actividad Familiar:** Se refiere a todas aquellas tareas de carácter domésticas que se desarrollan dentro del hogar, lavado, planchado, limpieza, cuidado de niños pequeños, entre otras.
9. **Actividades Recreativas:** Se refiere a todas las actividades que puede hacer una persona para divertirse. Ej. jugar, bailar, cantar, pasear, entre otras.

10. **Actividades Sociales:** Se refiere a las actividades que realiza una persona en compañía de otras. Ej. ir a la iglesia, asistir a grupos (religiosos, deportivos, asociaciones, fundaciones, organizaciones).
11. **Actos de violencia** (maltrato, guerra): Sucesos asociados a conflictos bélicos o sociales violentos, manifestaciones, terrorismo, represión, guerras, asaltos, etc.
12. **Afectación de la dificultad:** Se refiere al impacto general en su calidad de vida, su percepción de daño o limitación general que la dificultad para ver le ha provocado (en nada, leve, mucho, no puede hacer nada) para realizar las actividades de la vida diaria (recreación, actividades sociales, cuidado personal, trabajo doméstico, estudios y trabajo remunerado).
13. **Alineación:** Es el proceso mediante el cual el individuo pierde el sentido de su realidad y su identidad personal, desarraigando parte de él e incorporando elementos distintos a su personalidad, para transformarse en una entidad distinta a su esencia o sustancia natural u original.
14. **Asegurado:** persona potencialmente beneficiaria de las prestaciones que otorga el régimen del seguro social (cotizantes o dependientes de este) que adquiere derecho a recibir estas prestaciones en la medida que llena los requisitos correspondientes.
15. **Asistencia Escolar:** Entiéndase como todo estudiante entre 5 a 29 años que en el momento de la encuesta asistía a la escuela independientemente del tipo de institución.
16. **Ayuda Técnica:** La Ley N° 19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad, en su artículo 5, señala, "se consideran ayudas técnicas todos aquellos elementos necesarios para el tratamiento de la deficiencia o discapacidad, con el objeto de lograr su recuperación o rehabilitación, o para impedir su progresión o derivación en otra discapacidad. Asimismo se consideran ayudas técnicas los que permiten compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o cognitivas de la persona con discapacidad, con el propósito de permitirle salvar las barreras de comunicación y movilidad y de posibilitar su plena integración en condiciones de normalidad". En este sentido se considera ayudas técnicas las prótesis, órtesis, elementos de apoyo a la marcha, de apoyo a la audición y visión.
17. **Barreras físicas:** Se refiere a las barreras u obstáculos físicos, del entorno que dificultan el desplazamiento y la accesibilidad a lugares de uso público como edificios, servicios, etc., o acceso a medios de transporte.
18. **Barreras u obstáculos:** Son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona, que, por ausencia o presencia, limitan el funcionamiento y crean discapacidad. Estos incluyen aspectos como un ambiente físico inaccesible, falta de tecnología asistencial apropiada, actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, servicios, sistemas y políticas que no existen o que específicamente dificultan la participación de todas las personas con una condición de salud que conlleve una discapacidad.

19. **Capacidad para trabajar:** Se refiere a la capacidad, conocimientos o preparación que tenga la persona con discapacidad para realizar actividades de las cuales pueda recibir un pago.
20. **CAPECO:** Capacidad económica de los hogares. Este indicador, desarrollado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina, es una aproximación indirecta de la insuficiencia de ingresos del hogar. Permite estratificar los hogares basados en condición del receptor, años de escolaridad aprobado en el sistema de enseñanza formal y miembros del hogar.
21. **Causa Ignorada:** Cuando la persona entrevistada o discapacitada no conoce la causa de su discapacidad.
22. **Causas de inasistencia Escolar:** Se refiere al motivo específico que presenta el estudiante o familiar del por qué no se acude a la escuela.
23. **Condiciones de bienestar:** Se refiere específicamente al acceso a agua potable, sistema de eliminación de excretas y luz eléctrica en cada una de las viviendas de la población escolar como elementos básicos para facilitar sus estudios.
24. **Coordinación Interinstitucional de la atención médica:** Artículo 143 de la Ley Nº 51 “La Caja del Seguro Social y el Ministerio de Salud ejecutaran la planificación y coordinación funcional de los servicios de salud que actualmente brindan, orientadas a la consecución de un sistema público de salud, con el fin de cumplir con el mandato constitucional, sin menoscabo de la autonomía de la Caja del Seguro Social, estipulada en el artículo 2 de la Caja de la presente ley.
25. **Cotización:** Contribución en dinero que aporta el trabajador, el patrono y el Estado en el porcentaje legalmente establecido y sobre la base del salario del trabajador, para el financiamiento del Seguro Social.
26. **Cuidado Personal:** Se refiere a la capacidad que tiene una persona para satisfacer las necesidades personales, como lo son bañarse, vestirse, calzarse, cepillarse, comer.
27. **Dependientes:** Persona que depende económicamente del trabajador cotizante que requiere el derecho a los beneficios del Seguro Social, en la cuantía y término establecido por la ley.
28. **Desastre natural:** (Inundaciones, terremotos): Cambios geográficos y atmosféricos que alteran gravemente el ambiente físico de una persona.
29. **Diagnóstico Médico:** Se refiere al dato por un médico general o especialista solamente, independientemente de cuando se hizo el mismo, es decir, si se le diagnosticó hace 1, 5 ó 10 años se debe anotar.
30. **Dificultad para moverse:** Se refiere a las personas que presentan alguna limitación para moverse de un lado a otro. Ejemplo: mucho dolor para levantarse, no puede estar de pie más de 30 minutos, dificultades para caminar, personas con parálisis (hemiplejia, cuadriplejia), personas encamadas ya sea por la edad o por una enfermedad,
31. **Dificultad en los aparatos y sistemas:** Son las personas que presentan alguna limitación física producto de un problema de salud, tales como dificultad para respirar, orinar, digerir alimentos, entre otros.

32. **Dificultad Intelectual:** Se refiere a todas las personas con deficiencias en las funciones de la memoria, concentración, aprendizaje, comprensión y comunicación.
33. **Dificultad Mental:** Se refiere a personas con deficiencias de las funciones mentales generales y específicas que tienen su origen en trastornos mentales orgánicos, autismo, esquizofrenia, psicosis, trastornos de la personalidad, síndrome de Down, etc. y a personas con todo tipo de demencia; deficiencia esta que les impide desarrollar las actividades de la vida diaria, relacionarse con otras personas, etc.
34. **Dificultad para hablar:** Se refiere a personas que tienen dificultades graves o importantes para pronunciar palabras, o para generar y emitir mensajes con la voz. Por ejemplo: personas con secuelas graves del lenguaje producidas por lesiones cerebrales, accidente cerebro vascular, traumatismo craneo encefálico, trastornos del lenguaje asociados a demencias, retraso mental, labio leporino, tartamudez, confunde las palabras, entre otros.
35. **Dificultad para oír:** Se refiere a personas que tienen dificultades graves o importantes para oír sirenas, alarmas, dispositivos de advertencias, etc. Ejemplo por baja audición. También se refiere a personas que debido a una pérdida o reducción de la capacidad auditiva son incapaces de entender una conversación en tono normal. Las personas con sordera total de un oído que no tenga en el otro dificultad alguna de audición (es decir escucha bien sólo por un oído), deberán incluirse en esta discapacidad.
36. **Dificultades para ver de lejos o de cerca:** Se refiere a personas con dificultades graves e importantes de visión, ya sea de lejos o de cerca. A diferencia de todos los demás casos de discapacidades, dentro de los que son subsanados por medio de ayudas técnicas, este grupo sólo recoge aquellas limitaciones importantes que no han sido superadas mediante el uso de anteojos o lentes, sea cual fuera la causa.
37. **Drogas** (alcohol, marihuana): Son sustancias que causan lesiones en la persona que se originan al ingerirse. Pueden ser sustancias legales (alcohol, cigarrillo) y no legales (marihuana, cocaína, piedra, éxtasis, etc.).
38. **Enfermedad de la madre durante el embarazo:** Se refiere a las enfermedades que sufre la madre durante el embarazo y que tienen consecuencias en el feto causándole una deficiencia. Ejemplo. Diabetes, anemia, hipertensión, desnutrición, etc.
39. **Enfermedad laboral:** Se considera enfermedad laboral las originadas producto de las actividades que desarrolla en el trabajo. Ejemplo: cáncer de pulmón.
40. **Enfermedad profesional:** Todo estado patológico que se manifieste de manera súbita o por evolución lenta a consecuencia del proceso de trabajo, o debido a las condiciones específicas en que este se ejecute.
41. **Enfermedades del envejecimiento** (degenerativas): Son las enfermedades que se dan por cambios metabólicos, hormonales, degenerativos propios de la persona envejeciente. Ejemplo: demencia, Alzheimer, Parkinson, sordera, etc.

42. **Enfermedades infecciosas** (pelusa, meningitis): Son las causadas por un virus, una bacteria, hongos, etc. que pueden dejar como secuela una discapacidad.
43. **Enseñanza Especial:** Se refiere a todo la población de 25 años y más que recibió educación a través de instituciones de enseñanza especializada.
44. **Estudios:** Son todas las actividades relacionadas al estudio. Ej. leer, escribir, memorizar, explicar, entre otras.
45. **Financiación:** Depende de las fuentes públicas a partir de presupuestos, de cuotas obligatorias a empresarios y trabajadores en los casos de esquemas de seguro obligatorio de enfermedad, de seguros voluntarios de enfermedad, de las organizaciones caritativas, del pago directo de los usuarios y en algunos países de la ayuda venida de fuera por diversos medios.
46. **Funcionamiento:** Incluye los aspectos de planificación, administración, reglamentación y legislación, atribución de responsabilidades según profesiones, forma de participación de profesionales y de la colectividad, así como el papel que juegan en dicho funcionamiento las medidas preventivas, promotoras y curativas.
47. **Impacto Emocional:** Indica el impacto emocional que esta dificultad para la participación social ha provocado en la persona. Este puede ser tristeza, alegría, depresión, melancolía, rabia, entre otros.
48. **Lenguaje de Señas:** Consiste en una serie de signos gestuales articulados con las manos y acompañados de expresiones faciales, mirada intencional y movimientos corporales, dotados de función comunicativa. Sólo se debe preguntar a personas sordas y con problemas de comunicación.
49. **Medicamento:** Aquellas sustancias que producen efectos curativos y que se administran con fines terapéuticos: pastillas, jarabes, gotas, inyecciones, colirios, pomadas, lociones, supositorios, tratamientos naturistas y homeopáticos. Se excluyen vendas, alimentos, cosméticos.
50. **Medidas de prevención de riesgos profesionales:** Artículo 70 Ley N° 51” La Caja esta facultada para disponer que en un establecimiento o empresa, se adopten determinadas medidas de prevención de riesgos profesionales para lo cual podrá solicitar, si fuere necesario, la colaboración de otras autoridades, o mismo que para asegurar la aplicación de las medidas consignadas en los Reglamentos de Seguridad e Higiene del Trabajo. La Caja esta también facultada para disponer, mediante normas de carácter general que el conjunto de empresas de una misma actividad se sometan a determinadas medidas de prevención de riesgos profesionales.
51. **Nació así:** Son aquellas causas en las que el encuestado indica que la discapacidad es desde el nacimiento aunque no responda a un origen claramente definido e incluye a los problemas de tipo genético tales como el síndrome de Down, hidrocefalia, enanismo, etc.
52. **Necesidades reales:** Las necesidades reconocidas como resultado de información profesional o técnica.
53. **Necesidades sentidas:** Las necesidades reconocidas por una comunidad.

54. **Nivel de Instrucción:** Se refiere específicamente a la población mayor de 25 años y al grado o año escolar más alto alcanzado por él o ella. Para ello hemos dividido esta variable en cinco categorías importantes a describir. Las tres primeras serán por su condición de completa e incompleta y, las dos últimas, por su condición de formación.
55. **Oferta de salud:** Por oferta de servicios de salud, se ha pretendido caracterizar básicamente la red instalada (hospitales, ambulatorios y camas) y la producción de servicios sanitarios (consultas e ingresos). Los datos que permiten esa evaluación proceden de Encuestas de Asistencias Médico-Sanitaria.
56. **Organización:** De estructura pública dependiente del gobierno en sus diferentes niveles, organizaciones benéficas, voluntarias, del mundo empresarial y de libre mercado.
57. **Órtesis:** Dispositivos mecánicos aplicados sobre segmentos corporales para ofrecerles apoyo o estabilidad, prevenir, corregir deformaciones y permitir o facilitar su función, contribuyendo a la mejor calidad de vida de las personas con discapacidad.
58. **Otros accidentes** (en la casa, deporte, otros): e refiere a los acaecidos dentro de la vivienda e en las partes externas patio, garaje, jardín, etc.) o durante la competencia o prácticas deportivas.
59. **Participación comunitaria según el ámbito conceptual y sanitario:** Sectorial y global .la participación sectorial se dan en diferentes aspectos sanitarios sin marco global previo, como el programa del niño sano, hipertensión, diabetes, obesidad, educación para la salud en la escuela, educación sanitaria de adultos, actuaciones gerontológicas, voluntariado, prevención de embarazo precoz, etc. La participación global parte de la interpretación integral de la situación de salud, de la identificación de causas dentro del perfil epidemiológico y de la evaluación de los recursos y potencialidades sociales existentes, llevadas a cabo mediante el diagnóstico de salud.
60. **Participación comunitaria según la condición de los participantes:** Colaboración de los enfermos y familiares, y miembros de la colectividad interesados en la enfermedad; en tareas concretas (alimentación, diagnóstico de salud, ejercicio educación para la salud etc.),de grupos de riesgos (niño sano, educación sanitaria, etc.), de personas representativas de grupos organizados, de profesionales del equipo de atención primaria, de representantes de la administración sanitaria o de la administración política.
61. **Participación comunitaria según la estructura de la participación:** Cualquier aportación (opinión); formada por representantes de organizaciones sociales de la zona (de consulta y decisión), con predominio de profesionales del equipo de atención primaria y representantes de organizaciones.
62. **Participación comunitaria:** Desde el enfoque de atención primaria de salud se distinguen según la naturaleza de la acción sanitaria: curación, prevención, promoción, reinserción o rehabilitación.

63. **Participación Social:** Es la disposición o actitud de las personas en intervenir o formar parte de la interacción social que se generan en su entorno social mas inmediato a nivel familiar o comunitario.
64. **Participación:** Se refiere al grado de dificultad que ha enfrentado para participar o hacerse parte de alguna organización o actividades sociales, religiosas, sindicales, etc.).
65. **Percepción de Aceptación en el ambiente escolar:** Es la opinión emitida, sentida y percibida por la población escolar con discapacidad en relación a si se siente aceptado o no por sus compañeros y docentes dentro del colegio.
66. **Población económicamente activa desocupada:** Este grupo a toda persona de 10 años y más años de edad que durante la semana de referencia no tiene ocupación o trabajo y esta buscando empleo y busco trabajo antes y espera noticias, es decir la persona ha adoptado medidas para buscar un empleo remunerado o un trabajo independiente.
67. **Población económicamente activa ocupada:** Abarca a las personas de 10 y más años de edad que durante la semana de la encuesta tienen una ocupación o trabajo remunerado en dinero o especie; tienen un negocio propio o trabajan por su cuenta; trabajan en forma regular en un negocio o empresa o finca de un miembro de su familia aun cuando no reciben sueldo o salario (trabajador(a) familiar). En este caso el trabajador familiar debe tener como mínimo 15 horas trabajadas para ser considerado como; las personas ausentes temporalmente de su trabajo.
68. **Población económicamente activa:** Comprende a la población de 10 y más años de edad que suministra la mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios económicos en el país, durante la semana de aplicación de la encuesta.
69. **Población no económicamente activa:** Comprende a la población de 10 años y más de edad que se declara como jubilado(a) o pensionado(a); estudia solamente, ama de casa o trabajador del hogar, discapacitado(a) permanente para trabajar, edad avanzada, otro que incluye no busco, no busca ni piensa buscar trabajo..
70. **Población protegida:** Total de personas que tienen acceso a los beneficios del Seguro Social, siempre y cuando se cumplan los requisitos legales establecidos a tal fin. Comprende los trabajadores cotizantes, los pensionados y los dependientes de ambos grupos.
71. **Políticas:** Representan las reglas, los reglamentos, las convenciones y las normas establecidas por los gobiernos u otras autoridades reconocidas de ámbito local, regional, nacional e internacional. Estas políticas rigen o regulan los sistemas que organizan, controlan y supervisan los servicios, los programas estructurados y el funcionamiento en varios sectores de la sociedad.
72. **Prestación de servicios:** Se lleva a cabo por los niveles primarios (prevención y curación) secundario y terciario (especializados) o puede estar dirigidos a colectivos específicos por razón de enfermedad, riesgo, edad, discapacidad, etc.).

73. **Prevención de los riesgos profesionales y seguridad e higiene en el trabajo:** Artículo 69 Ley N° 51 "la Caja del Seguro Social regulará la materia de prevención de los riesgos profesionales y de la seguridad e higiene del trabajo, para lo cual dictará la reglamentación necesaria que será de obligatorio cumplimiento para todos los empleadores, y en el mismo reglamento fijará el monto de las multas que corresponda por el incumplimiento de dichas normas. Las empresas establecerán comités de salud e higiene de carácter consultivo entre los empleadores y trabajadores, los cuales evaluarán y aportarán acciones orientadas a la promoción, prevención y solución de los problemas de seguridad y salud en el trabajo".
74. **Primaria Completa e Incompleta:** Se refiere a la población de 13 años y más que ha alcanzado o no los seis grados de estudio en primaria.
75. **Problema de salud:** Se refiere a síntomas que no necesariamente han sido diagnosticados como una enfermedad, por ejemplo: dolor, sangrado, tos, hinchazón, entre otros.
76. **Problemas del parto:** Traumatismos o problemas ocurridos al niño/a en el momento del parto debido a inadecuada utilización de fórceps, falta de oxígeno, parto prolongado, infecciones, etc. Ejemplo: una persona que tiene parálisis cerebral a causa de lesiones producidas la falta de oxígeno que sufrió durante el parto.
77. **Prótesis:** Aparatos cuya función es reemplazar una parte anatómica ausente. El término prótesis puede usarse para cualquier artilugio que sustituya una parte de la anatomía.
78. **Recursos:** Son la diferente proporción y volumen de los componentes humanos (personal), la infraestructura (hospitales, centros de salud, policlínicas, etc.) y el material (medicamentos, aparatos e instrumental, etc.) así como el grado y nivel de conocimientos.
79. **Riesgos profesionales:** Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales a que están expuestos los trabajadores y que ponen en peligro su salud, integridad física, su vida y la percepción normal de sus ingresos económicos.
80. **Salud en general:** Se refiere a la percepción del propio estado de salud o enfermedad que tenga o señale la o las personas consultadas o sobre quien se consulta. Interesa conocer la apreciación de conjunto que tienen las personas sobre sí mismos. (percepción subjetiva de bienestar).
81. **Secundaria Completa e Incompleta:** Se refiere a la población de 19 años y más que ha alcanzado o no los seis años de estudios secundarios.
82. **Seguro Social:** Es el organismo que tiene por objeto cubrir al hombre que trabaja a su familia, de los riesgos naturales y sociales que constantemente amenazan su salud, su integridad física, su vida y como consecuencia su capacidad de ganancia.
83. **Sentimientos experimentados:** Se refiere a los sentimientos que la persona con discapacidad ha sentido en los últimos días producto de la discapacidad. Estos sentimientos pueden ser angustia, tristeza, desesperación, rabia, aburrimiento, alegría, coraje, conformismo, vergüenza, entre otros.
84. **Servicio, sistemas y política de educación y formación:** Servicios, sistemas y políticas para la adquisición, conservación y perfeccionamiento

- del conocimiento, la experiencia y las habilidades vocacionales y artísticas, (clasificación internacional estándar de educación. UNESCO.1997).
85. **Servicios, sistemas y políticas sanitarias:** Servicios, sistemas y políticas para prevenir y tratar problemas de salud, proporcionando rehabilitación médica y promoviendo un estilo de vida saludable.
 86. **Sistema de salud:** El conjunto de instituciones que cuida la salud de los ciudadanos, reviste una importancia creciente en los sistemas económicos. Este hecho se expresa en el creciente porcentaje del gasto público y privado en salud en relación al Producto Interior Bruto (PIB). En otras palabras, el ritmo de crecimiento del gasto en salud es superior al ritmo de crecimiento del PIB. Por un lado, el gasto en salud se puede considerar como una inversión en capital humano, en la medida que contribuye al crecimiento económico y a garantizar un nivel adecuado de calidad de vida, pero por otra parte aparecen dudas legítimas sobre la sostenibilidad de ese crecimiento a largo plazo. Todos los gobiernos, todos los países, están en un proceso de reformulación de los sistemas de salud que responde a la necesidad de mejorar aspectos de eficiencia, calidad, cobertura y equidad.
 87. **Sistema de vigilancia de la salud laboral:** Es la observación de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores, mediante la recogida y el análisis de datos sobre los factores de riesgo y la salud, la cual se debe realizar de manera sistemática y continua, cuyo objetivo es la planificación y evaluación de los programas de prevención de riesgos laborales.
 88. **Sistema de vigilancia epidemiológica:** Sistema dinámico que se utiliza para observar de cerca y de forma permanente, todos los aspectos de la conducta de la infección y la enfermedad y todos los factores que condicionan el fenómeno salud – enfermedad, mediante la identificación de los hechos, la recolección, análisis e interpretación sistemática de los datos y la distribución de los resultados y de las recomendaciones necesarias (OPS,1975).
 89. **Sistemas de priorización:** La definición de la oferta básica de servicios sanitarios de alta prioridad que sea posible garantizar para todos los ciudadanos. La provisión de servicios (y la utilización de instrumentos) de mayor ratio resultado/costo, tales como los sistemas de vacunación e información. Priorizar el servicio a los individuos que no están capacitados para financiarlos por sí mismos, sacrificando la equidad en aras de la eficacia. Priorizar a los jóvenes sobre los viejos (las enfermedades de los jóvenes sobre las de los viejos) ya que el resultado de la acción sanitaria tendrá un efecto más prolongado.
 90. **Sistemas:** Representan el control administrativo y los mecanismos organizativos y están establecidos por los gobiernos u otras autoridades reconocidas de ámbito local, regional, nacional e internacional. Estos sistemas están diseñados para organizar, controlar y supervisar los servicios que proporcionan beneficios, los programas estructurados y el funcionamiento en varios sectores de la sociedad.
 91. **Tipo de institución:** Sólo se presentan de dos tipos las públicas o estatales y las privadas o particulares.

92. **Trabajo Doméstico:** Se refiere al trabajo que se realiza en casa. Ej. limpiar, cocinar, fregar, lavar, limpiar el jardín, entre otras.
93. **Trabajo:** Se refiere a las actividades que realiza en un puesto (albañil, agricultor, maestro/a, entre otras) que puede recibir o no un salario.
94. **Transporte:** Se refiere al tipo de transporte que la persona con discapacidad utiliza para trasladarse a la institución de salud para recibir el servicio que necesita, y el transporte que ésta persona realmente necesita para trasladarse lo más cómoda posible.
95. **Universidad Completa e Incompleta:** Se refiere a la población de 25 años y más que han alcanzado o no un título académico en una universidad.
96. **Validación de Pares Externos:** Es un proceso utilizado en diversas áreas del saber científico. Se utiliza en la validación de diversos procesos como: investigaciones, instrumentos, acreditación, entre otros. Se basa en la experiencia y la subespecialización de profesionales especializados en la materia a validar.
97. **Vocacional:** Referido a la población de 25 años y más que tiene una certificación de formación técnica en algún oficio.

9. BIBLIOGRAFIA

1. **Alpírez, M. 2000.** IMPACTO DEL POLVO INDUSTRIAL DE LA CANTERA EL COCO EN LA PREVALENCIA DE BRONQUITIS CRONICA EN SUS TRABAJADORES Y RESIDENTES DE LOS CORREGIMIENTOS DE EL COCO Y GUADALUPE. CHORRERA. Inédita Tesis de grado para optar por el título de Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional. Facultad de Medicina Universidad de Panamá.
2. **Álvarez, G. 2002,** “CAPACIDAD ECONÓMICA DE LOS HOGARES. UNA APROXIMACIÓN A LA INSUFICIENCIA DE INGRESOS” en Notas de población, N^o.74, Santiago de Chile.
3. **Álvarez G. y otros 2005,** “MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA POBREZA CON LA RONDA DE LOS CENSOS DEL 2000 EN AMÉRICA LATINA: VIEJOS PROBLEMAS Y NUEVAS PROPUESTAS”, XXV Conferencia Internacional de Población –IUSSP- Tours, Francia, julio.
4. **Alvarez, A. R et al. 1991.** SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA. Editorial Manual Moderno. México D.F.
5. **Alvarez, A.R ET AL, 1991.** SALUD PUBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA 1^a Edición, Editorial el Manual Moderno.
6. **Amaya S, Mariano.** SOCIOLOGÍA GENERAL. México: McGraw-Hill, 1980.
7. **Aranda, J. 1971.** EPIDEMIOLOGÍA GENERAL. Editorial Universidad de Mérida. Venezuela.
8. **Araúz -Rovira, J.N. 1994.** METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. Guía para desarrollar investigaciones científicas y trabajos de grado. Imprenta Universitaria. Panamá.
9. **Babbie, E.R. 1994.** METODOS DE INVESTIGACION POR ENCUESTA. 1^o Impresión Biblioteca de la Salud, México.
10. **Beltrán, J. 1998** INDICADORES DE GESTIÓN: herramientas para lograr la competitividad. Editores 3R. Colombia.
11. **Benavides G. F. et. Al. 1999.** SALUD LABORAL. CONCEPTOS Y TECNICAS PARA LA PREVENCION DE RIESGOS LABORALES. 1^a

Edición, Masson S.A. Barcelona, España.

12. **Bonita, R. et al. 1986.** EPIDEMIOLOGIA BASICA. 1ª Edición. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. E.U.A.
13. **Buck, C. et al 1994.** EL DESAFÍO DE LA EPIDEMIOLOGÍA. Problemas y Lecturas Seleccionadas. 2da. Reimpresión. Editado por OPS/OMS. Publicación Científica No 505. Washington. DC. EUA.
14. CAJA DEL SEGURO SOCIAL. PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL. ESTADISTICA E INDICADORES DE SALUD LABORAL POR ACTIVIDAD ECONOMICA C.S.S. Rep. de Panamá, 1990-1996.
15. **Canales, F.et al. 1989.** METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. MANUAL PARA EL DESARROLLO DE PERSONAL DE SALUD. 1º DE Serie PALTEX. O.P.S /O.M.S. México.
16. **Cartin, M. 1993.** EPIDEMIOLOGÍA Y DEMOGRAFÍA. IVAP. Costa Rica.
17. **CEASPA.1997.** FORTALECIENDO LAS PERSPECTIVAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE EN CENTROAMERICA, PANAMA. EVALUACION DE LA SOSTENIBILIDAD NACIONAL. Paismo.
18. **CONADIS 2005.** PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS, 2005 – 2009. PANAMÁ.
19. **Contraloría General de la Republica. (2000).** ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ, POR PROVINCIA, COMARCAS INDÍGENAS Y DISTRITO, SEGÚN SEXO Y EDAD: años 2000 – 2015 y 2020. Dirección de Estadística y Censo.
20. **Contraloría General de la República. 2005.** PANAMA EN CIFRAS. 1999-2004. Dirección de Estadística y Censo. Panamá.
21. **Cuadernos de la Representación OPS 7 OMS E.U.A.,** 101 Pág.
22. **Daniels, WU. 1993.** BIOESTADISTICA. BASES PARA EL ANALISIS DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD. 10ª Reimpresión. Uthea. Noriega, Editores, México 667 Pág.

23. **Desjarlais, R. y Otros 1997.** SALUD MENTAL EN EL MUNDO: PROBLEMAS Y PRIORIDADES EN POBLACIONES DE BAJOS INGRESOS. OPS, Washington.
24. **Dever, A. 1991** EPIDEMIOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. OPS/OMS. Washington.
25. **Díaz Mérida- Lamoth B 1998.** CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES Y AMBIENTALES DE LOS PLAGUICIDAS EN PANAMÁ. Proyecto Plagsalud.
26. Dirección Nacional de Prestaciones Económicas del Departamento de Estadísticas .1994-1998.Boletín Estadístico. CAJA DEL SEGURO SOCIAL
27. **Espinosa, J. y Otros 1999** SALUD COMUNITARIA: CONCEPTOS, MÉTODOS Y HERRAMIENTAS. Editorial Acción Medica Cristiana, Nicaragua.
28. **FENAPAPEDI.2005.** PRIMER CONGRESO INTERAMERICANO Y TERCER SEMINARIO NACIONAL SOBRE DISCAPACIDAD Y DERECHOS HUMANOS: Desafíos para el Desarrollo Social Inclusivo”. ATLAPA, Panamá.
29. **Feres, Juan Carlos y Xavier Marcero 2001,** “EL MÉTODO DE LAS NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) Y SUS APLICACIONES EN AMÉRICA LATINA” Revista de la CEPAL No.7, Santiago de Chile, febrero.
30. **Flores de Bishop, C. 2002.** ESTADÍSTICAS EN SALUD. Folleto editado por Vicerrectoría de Extensión. Universidad de Panamá.
31. **FONADIS (2006).** ABRIENDO OPORTUNIDADES Gestión 2000 – 2006. Fondo Nacional de la Discapacidad, Gobierno de Chile.
32. **FONADIS 2006.** DISCAPACIDAD EN CHILE. Pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano. Gestión 2000 – 2006. Fondo Nacional de la Discapacidad, Gobierno de Chile.
33. **Fox, J el al. 1981.** EPIDEMIOLOGÍA DEL HOMBRE Y LA ENFERMEDAD. Ediciones Científicas La Prensa Medica, S.A. México D. F.
34. **Fundación Caminemos Juntos. 2005.** PRIMER CONGRESO INTERAMERICANO Y TERCER SEMINARIO SOBRE DISCAPACIDAD Y

- DERECHOS HUMANOS "DESAFIOS PARA EL DESARROLLO SOCIAL INCLUSIVO" ATLAPA. Panamá.
35. **FUNDACION DE WALL.2003** FORMACION DE MEDIADORES. PRENATAL. PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD.
 36. **FUNDACION MAPFRE. 1995.** MANUAL DE HIGIENE INDUSTRIAL. 2ª Edición. Editorial Mapfree. S.A. España.
 37. **FUNDACIÓN W. K. KELLOG.** Serie HS P. Uni /Manuales Operativos Paltex. Volumen IV, Nº 12.
 38. **Guerrero, R et al. 1986.** EPIDEMIOLOGÍA. Editorial Wesley Iberoamericana, S.A. México D.F.
 39. **Hernández Sampieri, R et. al. 2000** METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN. 1ª edición. Editorial Mcgraw- Hill Interamericana. México, D.F.
 40. **Hunter, D. 1985** ENFERMEDADES LABORALES, 6ª Edición. Editorial Lims, España.
 41. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2004) PRIMER ESTUDIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD EN CHILE. ENDISC-CIF. Gobierno Nacional, Chile.
 42. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá Centro Latinoamericano de Ecología Humana y Salud y Universidad Estatal a Distancia 2000.DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE INTOXICACIONES AGUDAS CAUSADAS POR PLAGUICIDAS. CURSO A DISTANCIA.
 43. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA .2003** ENCUESTA NICARAGUENSE PARA PERSONAS CON SIACAPACIDAD.. ENDIS. Gobierno Nacional, Nicaragua.
 44. **Ladou 1995.**MEDICINA LABORAL. MANUAL MODERNO. México D. F.
 45. **Letayf J. et. al. 1994.** SEGURIDAD, HIGIENE Y CONTROL AMBIENTAL 1ra. Edición. McGraw- Hill Interamericana de México.
 46. LEY Nº 51 ORGANICA DE LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL.27 DE DICIEMBRE DE 2005.

47. **Lillienfeld, A y Lillienfeld, D. 1982.** FUNDAMENTOS DE EPIDEMIOLOGÍA. Fondo Educativo Interamericano Inc. EUA.
48. **Magallón, G. y Galán R. 2002.** LA SALUD PÚBLICA: SITUACIÓN ACTUAL, PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES. Editorial Médica Panamericana, Bogotá, Colombia.
49. **Magallón, F. 2005.** DISCAPACIDAD: POLÍTICAS PARA EL SIGLO XXI. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España.
50. **Mario, Silvia y otros. 2004,** “APLICACIÓN DEL INDICADOR DE CAPACIDAD ECONÓMICA DE LOS HOGARES (CAPECO) en el marco del Proyecto del Censo Común del MERCOSUR + 2 (Bolivia y Chile)”, Brasil, septiembre.
51. **Martínez, N. et al. 1998.** SALUD PÚBLICA. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Madrid España.
52. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (2004), “JERARQUIZACIÓN DE CORREGIMIENTOS, SEGÚN NIVELES DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS DE VIVIENDA, SALUD Y EDUCACIÓN”, Dirección de Políticas Sociales, Panamá, diciembre.
53. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. 2005, “PANAMÁ: MAPAS DE POBREZA Y DESIGUALDAD A NIVEL DE DISTRITO Y CORREGIMIENTO”, Dirección de Políticas Sociales, Panamá, junio.
54. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. 2005. PANAMÁ: MAPAS DE POBREZA Y DESIGUALDAD A NIVEL DE DISTRITO Y CORREGIMIENTO. MEF, Panamá.
55. MINISTERIO DE SALUD. 2002 NUEVOS MODELOS E INSTRUMENTOS DE GESTION PARA LA PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD UTILIZADOS EN PANAMA .OPS-OMS.
56. MINISTERIO DE SALUD. Región de Panamá Oeste. 1998. PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL.
57. **Morton, R. y Otros 1985.** BIOESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA. Nueva Editorial Interamericana. México.

58. **NACIONES UNIDAS. 1994** NORMAS UNIFORMES SOBRE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Nueva York.
59. **Olamno, M. y Andrade, T. 2000.** ELEMENTOS DE EPIDEMIOLOGÍA. JICA San Salvador.
60. **OPS / OMS 2004.** LA DISCAPACIDAD EN COSTA RICA: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS. CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL Y MINISTERIO DE SALUD. Costa Rica. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington.
61. **OPS / OMS. 2000.** OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO.
62. **OPS / OMS. 2005.** CARTA DE BANGKOK. "LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UN MUNDO GLOBALIZADO.
63. **OPS/OMS IMSERSO.** junio del 2001 CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF).
64. **OPS/OMS 1990** MANUAL PARA LA INVESTIGACION SOBRE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES. SALUD Y SOCIEDAD. Serie Paltex E.U.A.
65. **OPS/OMS 1990.** ENFERMEDADES OCUPACIONALES. GUIA UN DIAGNOSTICO Washington. E.U.A.
66. **OPS/OMS. 1996.** MANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. Fundación W.K. Kellog. Serie HSP Uni/Manuales Operativos de Paltex. Volumen IV, No. 12.
67. **OPS/OMS. 1999.** MANUAL DE RIESGO MATERNO INFANTIL. Washington D.C. EUA
68. **OPS/OMS.** LOS DESAFIOS DE LA SALUD AMBIENTAL. VOL. 3 N° 3.
69. **PNUD. 2002.** INFORME NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO, Panamá 2002.
70. **Polit, D y Hungler, B. 1991.** INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS EN CIENCIAS DE LA SALUD. 4ta. Edición. Editorial McGraw- Hill Interamericana. México D. F.

71. **Rose, G. 1995.** LA ESTRATEGIA DE LA MEDICINA PREVENTIVA. Talleres Gráficos Duplex, S.A. Barcelona España.
72. **Recasens S, L. 1956** TRATADO GENERAL DE SOCIOLOGÍA. Editorial Porrura México,.
73. **San Martín, H. 1988.** SALUD Y ENFERMEDAD. 4ta edición. La Prensa Médica Mexicana.
74. **SENADI, OPS, MINSA.2005** LA DISCAPACIDAD EN PANAMA. SITUACION ACTUAL Y PERPECTIVA. Editora Sibauste. Panamá.
75. **SENADIS. 2006** DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN PANAMÁ. SENADIS, JICA. Panamá.
76. **Solana, F. 1999.** "EDUCACIÓN EN EL SIGLO XXI" Fondo Mexicano para la Educación y Desarrollo. México.
77. **Sorokim, Pitirim A. 1969** SOCIEDAD, CULTURA Y PERSONALIDAD. 3a. ed.Madrid Aguilar,
78. **Suárez, L. 2000.** POSIBILIDADES Y DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, Cuba.
79. **Szpieman L. 1989** MEDICINA OCUPACIONAL EN ISRAEL. 1ª Centro de Estudios Corporativos y Laborales. Israel.
80. **Tobón, S. 2006.** FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS. Segunda edición. ECOE Ediciones. Madrid, España.
81. **Ulin. R, Robinsón y Tolley. 2005.** INVESTIGACIÓN APLICADA EN SALUD PUBLICA. MÉTODOS CUALITATIVOS Washington, D. C. OPS 2006. Publicación Científica y Técnica N° 614.
82. **UTEHA. 1985.** DICCIONARIO ENCICLOPEDICO Uteha. Editorial.

OTROS

83. CLASIFICACION DE INDUSTRIAS SEGÚN SANIDAD AMBIENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD.
84. CODIGO SANITARIO, 1947. MINISTERIO DE SALUD.
85. CONSTITUCION NACIONAL 1985 República de Panamá.
86. MINISTERIO DE COMERCIO EN INDUSTRIAS. Dirección General De

Recursos Minerales. INFORME N° 055-98 DEL 20 DE FEBRERO DE 1998. República de Panamá. SITUACION ACTUAL DE LAS CANTERAS EN PANAMA.

87. MINISTERIO DE VIVIENDA. NORMA INDUSTRIAL RESOLUCIÓN N° 15 150 DEL 83 DEL 28 DE OCTUBRE DE 1983.
88. ACGIH. 1995. TLV. TWA. Industrial Higiene Estándar. USA

10. EQUIPO DE TRABAJO

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
SECRETARIA DEL FONDO DE PREINVERSION
Licenciado Leonel Berrocal T. - Director Ejecutivo
Licenciada Isabel V. Rodríguez - Área Técnica
Licenciado Roger Watson - Área Técnica

CONSULTORES Y COLABORADORES DEL PROYECTO

Magistra Vilma Médica - Consultora/ Especialista en Demografía
Magistra Lourdes Graell de Alguero - Consultora/ Especialista en Educación y Salud Pública y Coordinadora Regional Panamá Oeste.
Magistra Carmen Flores de Bishop - Consultora/ Especialista en Epidemiología/ Salud Mental
Doctor Martín Alpírez Guardao - Colaborador/ Médico-Especialista en Salud Ocupacional MINSAs- ONSIPD y Coordinador Regional de Coclé
Licenciada Mercedes Beatriz Díaz – Consultora/Sociología - Coordinadora Regional de Veraguas - Trabajo de Campo - Enlace de GEMAS-SENADIS
Licenciado Fausto Pérez – Consultor/Sociólogo - Aspectos Sociológicos y Discapacidad
Ingeniero Roberto González - Colaborador/ Ingeniero en Sistema
Licenciada Graciela de Puy - Consultora/ Psicóloga
Doctor Francisco Díaz Barranco - Consultor/ Medicina Laboral
Magister Raúl Martínez - Consultor/ Geógrafo – Elaboración del Atlas
Licenciada Eudemia Pérez - Colaboradora/ Coordinadora Regional de Los Santos
Ingeniera Julieta Aguilar M. - Consultora/ Ingeniería en Sistemas
Magister Alexander Morales - Consultor/ Administración de Proyectos
Licenciada Rosa Elena de De la Cruz - Consultora de Aspectos Socioeconómicos - Coordinadora Regional Panamá Metro/ Kuna Yala y Archipiélago de Las Perlas
Licenciada Ritella Moreno - Colaboradora/ Coordinadora Regional Herrera
Doctora Indira Santos G. - Médica/ SENADIS – Colaboradora en Revisión Técnica del Documento Final

COORDINADORES REGIONALES Y COLABORADORES/AS EN TRABAJO DE CAMPO

Licenciada Anabel Castillo - Coordinadora Regional /Chiriquí
Licenciado Ceferino Smith - Colaborador de Kuna Yala
Licenciada Deyanaira González - Capacitación a Encuestadores/Revisión crítica de Encuesta a nivel Nacional
Magister Felipe Navarro - Capacitación a Encuestadores
Doctor Guillermo Cárcamo - Coordinador Regional Darién, Chepo y Comarca Emberá y Madugandí

Licenciada Hermelinda Bonilla - Coordinadora Regional Bocas del Toro y parte de la Comarca Ngöbe Buglé
Licenciada Iris Batista - Colaboradora de la Coordinación / Área de Chepo
Señor Ismael Caballero - Coordinador Regional Colón
Señor Severiano Jiménez - Coordinador de la Comarca Ngöbe Buglé
Señora Griselda Collantes C. - Secretaria de PENDIS/ SENADIS

INSTITUCIONES COLABORADORAS

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Magister Dimas Quiel - Director Nacional de Estadística y Censos
Magister Roberto Castillo - Jefe de la Sección de Muestreo
Licenciado Claudio Bonilla - Jefe de la Sección de Cartografía
Licenciado Luis Carlos Ayala - Cartografía
Licenciado Dani Cedeño H. - Jefe del Departamento de Estadística y Censos
Licenciada Deyanira Avilés - Estadística y Censos
Licenciada Yadira Adames - Estadística y Censos

BANCO NACIONAL
CAJA DEL SEGURO SOCIAL
FONDO DE INVERSION SOCIAL
GOBERNACIONES A NIVEL NACIONAL
INSTITUTO PARA LA FORMACIÓN Y APROVECHAMIENTO DE RECURSOS HUMANOS (IFARHU)
INSTITUTO NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO (INADEH)
INSTITUTO PANAMEÑO AUTÓNOMO COOPERATIVO
INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACIÓN ESPECIAL (IPHE)
MINISTERIO DE DESARROLLO AGROPECUARIO
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
FONDO DE PREINVERSIÓN/ DIRECCION ADMINISTRATIVA/ DIRECCION DE POLITICAS SOCIALES
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
MINISTERIO DE GOBIERNO Y JUSTICIA
DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS INDIGENISTAS
MINISTERIO DE SALUD
OFICINA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD
REGIONES DE SALUD
POLICIA NACIONAL
SECRETARIA NACIONAL DE CIENCIA Y TÉCNOLOGÍA
SERVICIO MARÍTIMO NACIONAL
SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL
TRIBUNAL ELECTORAL/SALA DE ACUERDO DE LOS MAGISTRADOS
UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST GRADO/ FACULTAD DE ENFERMERÍA/

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS/ IMPRENTA

PARES EXTERNOS NACIONALES

Doctora Adela Abad - Ciencias Naturales y Exactas /Universidad de Panamá

Licenciado Cándido Mesúa - Asesor Técnico, Dirección Nacional de Políticas Indigenistas,

Ministerio de Economía y Finanzas

Magister Elvia Castrellón Universidad de las Américas

Doctora Eneida Ferrer Secretaria Nacional Para la Integración Social de las Personas con Discapacidad

Magister Ileana Golcher - Secretaria Nacional Para la Integración Social de las Personas con Discapacidad

Doctora Lydia Gordón de Isaacs - Instituto de la Mujer - Universidad de Panamá

Doctora Marta Roa - Caja del Seguro Social

Señora Rosario Natters de Cordova - Federación Nacional de Asociaciones de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad.

PARES EXTERNOS INTERNACIONALES

Magister Mauricio Zepeda - Sub Director de Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS) Chile

Magister Eladio Recabarren - Funcionario de Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS) Chile

Licenciado Francisco González - Funcionario Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS) Chile

Doctora Maria Angeles Berberian - *Funcionaria* Instituto Nacional de Estadística (INE) Nicaragua

11. ANEXOS DE LOS ASPECTOS SOCIOLOGICOS

Tabla No. 55
Grado de satisfacción de los servicios recibidos por tipo de discapacidad y sexo, según provincia, enero 2006

Provincia y grado de satisfacción	Grado de satisfacción de los servicios recibidos por tipo de discapacidad y sexo, según provincia, enero 2006																							
	Total			Visión			Audición			Movilidad			Discapacitados Intelectual			Psíquica			Aparatos y Sistemas					
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total		
Total	169,397	78,315	106,874	28,869	14,021	15,048	5,133	1,967	3,145	43,155	15,925	27,469	3,213	1,297	1,915	3,062	632	2,42	9,77	5,204	4,504	80,665		
Muy satisfecho(a)	38,825	15,307	15,450	5,827	1,961	3,044	464	156	272	7,09	4,025	3,065	431	173	256	285	121	182	2,928	1,667	1,272	16,596		
Satisfecho(a)	114,192	48,792	65,401	18,521	9,226	9,295	4,058	1,623	2,435	26,59	9,591	16,179	2,35	963	1,397	2,547	359	3,187	5,404	2,742	2,694	56,751		
Insatisfecho(a)	34,832	14,902	19,93	5,495	2,785	2,701	591	159	432	9,467	3,264	6,223	431	171	260	238	151	90	1,334	928	590	17,299		
Total NR	259	151	99	30	29	7	28	25	0	30	26	0	0	0	0	8	0	0	103	38	82	43		

Tabla No. 56
Grado de satisfacción de los servicios recibidos por nivel educativo, según grupos de edad: enero 2006

Grupos de edad y grados de satisfacción de los servicios recibidos	Nivel Educativo									
	Total	Ningún grado	Primaria	Secundaria	Vocacional	Universitaria	No Universitaria	Enseñanza Especial	NR	
Total	176,09	17,545	77,223	55,47	2,259	18,43	214	4,688	260	
Muy satisfecho(a)	30,33	3,133	13,472	8,864	18	3,741	0	1,003	99	
Satisfecho(a)	111,4	11,286	52,617	33,213	2,123	9,451	19	2,554	141	
Insatisfecho(a)	34,154	3,095	11,065	13,295	118	5,237	194	1,13	21	
Total NR	200	32	70	99	0	0	0	0	0	

Tabla No. 57
Nivel de aceptación o rechazo por tipo de discapacidad y sexo, según provincia: enero 2006

Provincia y nivel de aceptación o rechazo	Nivel de aceptación o rechazo por tipo de discapacidad y sexo, según provincia: enero 2006																							
	Total			Tipo de Discapacidad																				
	Total	Hombre	Mujer	Visión			Audición			Movilidad			Intelectual			Psíquica			Aparatos y Sistemas			Múltiple		
Total	360,322	165,664	194,658	83,757	40,689	43,068	20,711	10,234	10,476	63,013	23,73	39,283	15,201	8,497	6,704	4,976	1,794	3,182	19,882	11,377	8,504	152,782	69,342	83,44
En nada	301,552	137,733	163,819	76,147	37,284	38,862	17,905	9,27	8,635	55,623	21,202	34,421	11	5,819	5,182	4,58	1,666	2,914	17,25	10,049	7,201	119,047	52,443	66,604
Poco	33,004	15,712	17,292	6,18	2,719	3,46	1,864	504	1,36	4,433	1,836	2,597	3,204	2,38	824	83	59	24	1,057	355	702	16,183	7,858	8,325
Mucho	20,847	9,651	11,195	1,379	656	723	585	185	400	2,338	602	1,737	964	299	665	314	69	245	344	216	128	14,922	7,625	7,297
no se aplica	4,92	2,567	2,352	52	29	23	356	275	81	619	90	528	33	0	33	0	0	0	1,231	756	474	2,63	1,416	1,213
Total NR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla No. 58

Nivel de aceptación o rechazo por nivel educativo, según grupos de edad: enero 2006										
Grupos de edad y nivel de aceptación o rechazo	Nivel Educativo									
	Total	Ningún grado	Primaria	Secundaria	Vocacional	Universitaria	No Universitaria	Enseñanza Especial	NR	
Total	352,371	47,868	157,348	103,767	5,054	29,685	236	7,656	756	
En nada Poco	296,029	38,993	135,052	87,421	3,98	27,048	191	2,658	687	
	32,728	4,859	14,566	8,551	815	1,056	35	2,798	48	
Mucho no se aplica	20,766	3,619	6,605	6,481	258	1,581	11	2,2	10	
Total NR	2,848	397	1,125	1,315	0	0	0	0	11	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Tabla No. 59

Lugares o grupos donde se perciben niveles de rechazo o no aceptación por tipo de discapacidad y sexo, según provincia y área: enero 2006																														
Provincia, área y lugares o grupos donde se perciben niveles de rechazo o no de aceptación	Total						Visión						Audición						Movilidad						Tipo de discapacidad					
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer						
Total	10,976	3,371	7,605	797	398	400	660	227	422	1,031	284	747	362	87	266	86	28	68	188	73	96	7,891	2,264	5,627						
En la familia	27,639	13,030	14,610	3,190	1,084	2,106	1,303	447	866	2,596	869	1,727	786	286	491	208	47	161	938	413	526	18,618	9,876	8,742						
Entre los vecinos	12,776	6,871	5,905	1,019	615	1,304	1,003	369	634	674	360	326	796	234	672	216	48	167	308	87	220	7,861	5,178	2,683						
Entre los amigos	7,339	3,620	3,719	380	182	198	248	13	236	893	367	526	1,911	1,471	440	26	12	14	61	36	16	3,830	1,649	2,181						
Entre los compañeros (de estudio y trabajo)	2,179	619	1,660	128	23	104	0	0	1,040	118	64	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	893	432	461						
Entre los docentes	1,225	488	741	62	26	37	184	0	184	39	0	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	940	469	471						
Entre los feligreses	7,267	4,891	2,366	1,454	1,399	146	409	62	366	1,266	1,021	234	802	802	0	28	28	0	82	31	61	3,226	1,647	1,578						
Otros																														

Tabla No. 3.2.6

Lugares o grupos donde se perciben niveles de rechazo o no aceptación por nivel de escolaridad, según grupos de edad: enero 2006										
Grupos de edad y lugares o grupos donde se perciben niveles de rechazo o no aceptación	Nivel Educativo									
	Total	Ningún grado	Primaria	Secundaria	Vocacional	Universitaria	No Universitaria	Enseñanza Especial	NR	
Total	10,863	1,958	4,637	2,864	3	1,289	35	30	48	
En la familia	27,334	6,069	10,069	6,627	1,019	1,093	0	2,446	10	
Entre los vecinos	12,752	2,140	5,698	2,454	502	185	0	1,773	0	
Entre los amigos	7,330	142	1,855	3,070	256	141	11	1,845	10	
Entre los compañeros (de estudio y trabajo)	2,170	77	781	1,255	0	0	0	58	0	
Entre los docentes	1,225	78	516	75	214	0	0	342	0	
Entre los feligreses	7,219	864	2,863	2,112	292	116	0	971	0	
Otros										

Tabla No. 61

Estado anímico de las personas con discapacidad por tipo de discapacidad y sexo, según provincia y área: enero 2006																										
Provincia, área y estado anímico	Total						Tipo de Discapacidad																			
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Visión			Audición			Movilidad			Intelectual			Psíquica			Aparatos y Sistemas			Múltiple	
Total	70,541	28,400	42,141	10,455	4,690	5,765	490	104	386	12,445	4,611	7,834	1,646	115	1,530	1,898	152	1,746	2,113	1,056	1,056	41,494	17,672	23,822		
Angustia	134,573	52,728	81,846	25,421	10,101	15,320	3,535	1,295	2,240	20,391	8,313	12,078	3,382	1,459	1,923	2,522	219	2,303	6,212	2,743	3,469	73,111	28,598	44,513		
Tristeza	63,807	28,589	35,218	12,831	6,492	6,339	2,655	1,415	1,240	8,502	3,864	4,638	1,374	662	711	2,001	293	1,708	1,902	808	1,094	34,543	15,056	19,487		
Desesperación	54,580	24,438	30,142	11,100	6,488	4,612	1,657	1,137	520	6,018	2,830	3,188	2,133	1,021	1,112	324	88	236	1,646	710	936	31,700	12,164	19,537		
Rabia	89,108	37,983	51,125	17,076	8,495	8,581	3,242	745	2,497	15,071	4,161	10,910	4,637	2,570	2,067	2,397	379	2,018	2,116	1,157	959	44,570	20,477	24,093		
Aburrimiento	138,451	61,890	76,560	36,261	17,088	19,173	6,618	4,174	2,443	25,425	8,511	16,914	8,364	4,340	4,024	2,130	206	1,924	6,109	3,029	3,080	53,544	24,542	29,002		
Alegria	87,659	47,104	40,555	24,557	13,010	11,547	7,607	3,286	4,322	10,986	4,412	6,574	4,351	3,038	1,312	925	749	176	8,350	5,508	2,842	30,883	17,101	13,782		
Ninguno																										

Tabla No.62A

Población con discapacidad por tipo de discapacidad, según tipos de ayudas técnicas requeridas y provincia: enero 2006.

Provincia y ayudas técnicas requeridas	Total	Visión	Audición	Movilidad	Intelectual	Psíquica	Aparatos y Sistemas	Múltiple
Muletas	4,35	26	0	3,476	0	0	0	843
Bastón	22,806	851	20	7,816	8	8	51	14,052
Bastón guiador	1,109	37	0	259	4	0	9	800
Audífono	1,512	47	753	146	0	0	0	566
Silla de ruedas	7,85	50	0	824	0	0	0	6,976
Andador	3,492	0	0	1,712	0	0	0	1,78
Software adaptado	14	0	0	0	0	0	0	14
Pizarra Braille	1,241	19	0	35	0	0	0	1,187
Anteojos	70,242	22,959	1,545	9,601	558	2,058	1,078	32,442
Coche ortopédico	1,237	19	0	600	0	0	0	606
Ayudante	8,218	93	0	2,12	3	3	0	5,999
Otros	3,673	113	0	1,606	0	12	180	1,763

Tabla No. 62B

Lugares más frecuentes donde se reciben los servicios por tipo de discapacidad, según provincia y nivel escolar: enero 2006

Provincia y lugar donde reciben los servicios	Total	Visión	Audición	Movilidad	Intelectual	Psíquica	Aparatos y Sistemas	Múltiple
Total	76,212	11,399	2,840	12,986	1,479	886	5,661	40,962
Institución pública	32,187	8,696	466	8,936	220	130	998	12,741
Institución privada	95,157	12,747	2,289	26,596	1,557	2,108	4,459	45,401
Seguro Social	683	19	0	252	8	0	15	388
Fundación	495	54	0	42	0	0	0	400
Organización de discapacitados	4,549	174	19	90	487	0	28	3,751
IPHE	2,153	57	31	203	131	0	9	1,722
En el domicilio	4,015	1,596	75	520	34	0	513	1,277

Tabla No. 62C

Población con deficiencia por tipo de discapacidad, según lugar de procedencia y persona que presta apoyo o cuidados personales: enero 2006

Provincia, área y persona que presta apoyo o cuidados personales	Tipo de discapacidad															
	Población Total		Visión		Audición		Movilidad		Intelectual		Psíquica		Aparatos y Sistemas		Múltiple	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Total	360,322	100.0%	83,757	100.0%	20,711	100.0%	63,013	100.0%	15,201	100.0%	4,976	100.0%	19,882	100.0%	152,782	100.0%
No necesita	142,524	39.6%	48,761	58.2%	14,639	70.7%	23,259	36.9%	6,882	45.2%	1,067	21.4%	5,358	26.9%	42,558	27.9%
Radie	41,025	11.4%	12,167	14.5%	1,136	5.5%	4,524	7.2%	2,559	16.7%	1,631	32.8%	2,282	11.5%	16,747	11.0%
Persona contratada	1,891	.5%	111	.1%	9	.0%	400	.6%	7	.0%	8	.2%	29	.1%	1,328	.9%
Amigos o vecinos	3,806	1.1%	461	.6%	25	.1%	1,19	1.9%	102	.7%	165	3.3%	73	.4%	1,79	1.2%
La familia	167,853	46.6%	21,26	25.4%	4,789	23.1%	33,459	53.1%	5,498	36.2%	1,438	28.9%	12,129	61.0%	89,28	58.4%
NR	3,223	.9%	996	1.2%	113	.5%	182	.3%	173	1.1%	668	13.4%	12	.1%	1,079	.7%

12 ANEXO EPIDEMIOLÓGICOS

TEORÍA DE RIESGO

Antes de pasar a ver los cuadros resúmenes, pasamos a describir brevemente en que consiste este análisis y los estadísticos que se utilizan para hacer estas mediciones. Algunas definiciones básicas son:

Riesgo: Es la probabilidad de que ocurra un evento.

Factores de Riesgo: Algunas definiciones de factores de riesgo son las siguientes:

- Es el fenómeno biológico, social, físico y químico cuya presencia o ausencia condiciona la probabilidad de presencia o ausencia de una enfermedad o puede ser la causa de ella.
- Es el atributo de una persona, o de un grupo de individuos, cuya presencia aumenta la probabilidad de experimentar un daño a la salud en comparación con aquellos que no la presentan.

Los factores de riesgos se pueden clasificar en: biológicos, ambientales, de comportamientos, relacionados con la salud, socioculturales y Económicos. Cada una de estas clasificaciones tienen una estrecha relación con las variables epidemiológicas de persona, tiempo y lugar.

Los riesgos pueden presentarse en el individuo, en la familia, en el grupo, en la comunidad y en el medio ambiente donde se hace la investigación.

Una característica del uso del enfoque de riesgo es la consideración de **todas las causas** sin tomar en cuenta si son médicas, intersectoriales, emocionales, políticas y económicas, es decir, que cuando se analiza un problema a investigar se deben tomar en cuenta si son médicas, intersectoriales, emocionales, políticas y económicas.

Causas son factores de riesgo que están directamente relacionados con los procesos patogénicos, aún cuando no se comprenden completamente los mecanismos específicos que desaten el efecto.

Existe relación entre los factores de riesgo y el daño a la salud. Dependiendo de la hipótesis que se planteé, un factor de riesgo es un daño para otros, es decir, ya existe el daño en el grupo estudiado, pero también sigue siendo factor de riesgo para los que no presentan el daño. Una característica o variable puede ser un factor de riesgo como también puede ser un daño a la salud.

El enfoque de riesgo parte de la información, la intervención o implementación de estrategias que ayudan a mejorar la situación o disminuir el factor de riesgo. El enfoque de riesgo puede ser utilizado de dos formas:

1. Dentro del Sistema formal de atención a la salud: ayuda a:

- ✓ Aumenta la cobertura de atención en los diferentes programas de salud.
 - ✓ Mejorar los patrones de referencia.
 - ✓ Modificar los factores de riesgo
 - ✓ Reorganizar el sistema de salud
 - ✓ Adiestrar al personal de salud.
2. Fuera del sistema formal de atención en salud: ayuda a:
- ✓ Mejorar el autocuidado y la atención a la familia.
 - ✓ Mejorar la atención comunitaria
 - ✓ Plantear o reformular políticas intersectoriales

Cómo se mide el riesgo:

El riesgo se mide a través de las medidas de asociación, que se explicarán más adelante. Antes es necesario explicar el instrumento básico para su cálculo: la tabla tetracórica.

- a. **Tabla Tetracórica:** Para el cálculo de las medidas de asociación, los datos se presentan en forma de Tabla de 2 x 2 o tabla tetracórica. Esta tabla divide la población estudiada de acuerdo con la presencia o ausencia de la variable independiente, que generalmente es la exposición a un factor, y a la presencia o ausencia de la variable dependiente, generalmente es la enfermedad. A continuación se presenta y se describe dicha tabla.

Tabla Tetracórica, Tabla 2 x 2 o de 4 casillas

Variable Independiente (causa o factor de riesgo)	Variable Dependiente (enfermedad, daño o evento)		Total
	Con	Sin	
Exposición a un factor	a	b	a + b
No exposición al factor	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

a = número de personas expuestas que tienen la enfermedad, daño o evento

b = número de personas expuestas que no tienen la enfermedad, daño o evento

c = número de personas no expuestas que tienen la enfermedad, daño o evento

d = número de personas no expuestas que no tienen la enfermedad, daño o evento

a + b = número total de no expuestos

c + d = número total de no expuestos

a + c = número total de personas con la enfermedad, o evento

b + d = número total de personas sin la enfermedad o evento

a + b + c + d = número total de participantes o la muestra

Cálculo de los Riesgos: Los riesgos se miden a través de las medidas de asociación, que son:

- ✓ Riesgo Relativo
- ✓ Riesgo Atribuible
- ✓ Riesgo Absoluto

El riesgo relativo (RR) estima la magnitud de una asociación e indica la probabilidad de que una enfermedad se desarrolle en el grupo expuesto en relación a la del grupo no expuesto. En otras palabras, es la razón entre la incidencia en el grupo expuesto (Ie) y la del grupo no expuesto (Io).

$RR = \frac{\text{Índice de frecuencia entre los expuestos (Ie)}}{\text{Índice de frecuencia entre los no expuestos (Io)}}$
$RR = \frac{(Ie)}{(Io)} = \frac{a / (a+b)}{c / (c+d)}$

El RR no indica la frecuencia de la enfermedad, pero dice al clínico en que medida está aumentando la enfermedad o el daño. El RR indica el beneficio que se podrá obtener para el paciente si se eliminare el factor, esto es, mide la disminución del riesgo que cabe calcular para un sacrificio que entraña modificación de la conducta (dejar de fumar).

El RR mide la potencia de una relación entre un factor y determinado desenlace; de esta manera, el RR señala hacia la causa y es útil para buscar la etiología de un padecimiento. Es el mejor indicador de la fuerza de asociación de que ocurra una enfermedad en la población expuesta.

El RR se **interpreta** de la siguiente manera:

- RR = 1 Indica que NO existe relación entre el factor de estudio y la enfermedad.
- RR ↑ 1 Indica que existe una asociación positiva o sea es un factor de riesgo
- RR ↓ 1 Indica una asociación negativa o sea es un factor protector.

El RR mide la probabilidad de que alguien con el factor presente la enfermedad. Ej. Si el RR relacionado con la presencia de un factor es de 10, significa que la probabilidad de presentar el padecimiento es de 10 veces mayor para los expuestos en relación a los no expuestos.

En estudios de prevalencia se utiliza el indicador indirecto para medir riesgo que es la razón de productos cruzados u old ratio (OR), es la razón entre la probabilidad de que un suceso ocurra y la probabilidad de que no ocurra. Refleja la probabilidad de que casos estén expuestos al factor de estudio comparado con la probabilidad de que lo están los controles.

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

El OR se interpreta de la siguiente manera:

- OR = 1 Indica que NO existe relación entre el factor de estudio y la enfermedad.
- OR ↑ 1 Indica que existe una asociación positiva o sea es un factor de riesgo
- OR ↓ 1 Indica una asociación negativa o sea es un factor protector.

Además de medir el riesgo se mide la significancia estadística de que los resultados son productos del azar a través de la prueba de Yi o Chi Cuadrado (X^2). Esta prueba permite Rechazar o Aceptar la Hipótesis Nula (H_0); es decir establecer la falta de asociación entre los factores de riesgo y los daños que se estudian.

La prueba indica la probabilidad de que los resultados sean al AZAR, es decir, el grado de confianza con que se puede rechazar o aceptar la hipótesis nula (H_0). El grado de confianza para el estudio es de 95% de certeza, un valor p de 0.05 y un X^2 de 1 grado de libertad de 3.84.

Intervalo de Confianza: o límite de confianza (IC) o (LC) es un método de evaluación de la importancia estadística del riesgo alrededor del riesgo observado.

- Resume que tan cercano se encuentra el cálculo del riesgo observado (en el muestreo) al riesgo verdadero (en la población objetivo)
- Permite determinar si el valor observado del riesgo es marcadamente diferente de la unidad 1.
- Indican los límites probables dentro de los que se encuentra el valor verdadero del riesgo (RR o OR) de la población objetivo.

Si el límite inferior del intervalo de confianza incluye el valor 1 o sea la hipótesis nula (H_0), se interpreta que el riesgo encontrado NO es estadísticamente

significativo distinto al RR o OR de 1, y por lo tanto no existe exceso de riesgo debido al factor expuesto.

Cálculo del IC o LC:

$$\text{LC o IC} = \text{RR o OR}^{(1 \pm z/x)}$$

El valor p expresa la probabilidad de que una diferencia tan grande como la que se ha observado ocurra exclusivamente al azar. El valor p universalmente usado como límite de la significancia estadística es 0.05.

Esta prueba se utiliza para determinar la probabilidad de que una diferencia en los datos observados sea completamente atribuible a un error de muestreo, es decir al azar y no a diferencias poblacionales reales.

Para calcular el valor p se utiliza la siguiente fórmula estadística:

$$Z = \sqrt{X^2}$$

El resultado obtenido se busca en la tabla de Áreas de Curva Normal

Interpretación:

p menor o igual que el valor establecido	Se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la hipótesis de trabajo.
p mayor o igual que el valor establecido	Se acepta la Hipótesis Nula (Ho) y se rechaza la de trabajo)

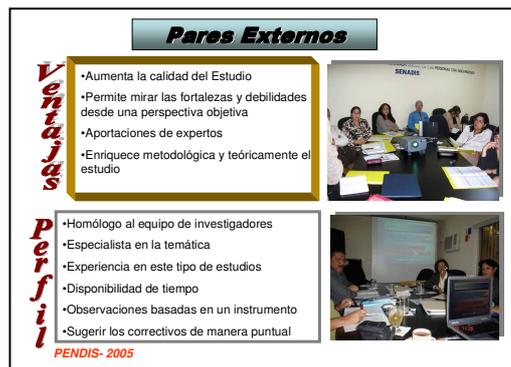
Después de esta explicación necesaria para la comprensión de la información que se presenta, se pasa a detallar los resultados obtenidos del análisis de riesgo.

13 ANEXO VALIDACIÓN POR PARES EXTERNOS

Para mayor confiabilidad de los datos que se obtengan del instrumento a utilizar en una investigación se hace necesario implementar procesos de validación como herramientas metodológicas que garanticen la calidad del dato y permitan análisis científicos que apoyen la toma de decisiones políticas y administrativas cónsonas con una realidad social.

Para esta investigación se hizo uso de dos procesos de validación: *La Validación de Expertos Nacionales e Internacionales (Pares Externos)* y *la Prueba Piloto en el Campo*. A continuación pasaremos a describir las etapas utilizadas en cada uno de éstos procesos.

La validación por pares externos es un proceso que cada vez es más utilizado en diversas áreas del saber científico. Este se basa en la experiencia y la sub especialización de los profesionales, específicamente en sus vivencias científicas; fundamentales por las aportaciones que hacen a estos procesos de validación.



Reunión de consulta con grupos de pares externos

En este trabajo se utilizaron tanto expertos nacionales como internacionales, estos últimos apoyados por la OPS, donde las modificaciones sustanciales al instrumento fueron al Modulo C (Detección de Deficiencias) ajustándolo al Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF) y Whodas II.

➤ Internacionales

Para el trabajo con los expertos internacionales se inicio una consultoría con el Representante de la OPS Dr. Armando Vásquez, experto en asesorías de investigaciones relacionadas con la temática de discapacidad, específicamente en los países de Argentina, Nicaragua y Chile, quienes cuentan con experiencias de estudios recientes que miden la prevalencia de la discapacidad.

Como recomendación de este experto en la materia se realizan tres consultorías adicionales con los países anteriormente señalados representados por las siguientes personalidades:

Por Nicaragua: Dra. Ángeles Berberian

Coordinadora Nacional de ENDÍS

Por Chile: Magister Eladio Recabarren

Técnico de ENDÍS

A continuación se presenta el resumen de las recomendaciones dadas por cada uno de estos expertos internacionales.

CUADRO RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE EXPERTOS INTERNACIONALES.

Pares Externos Internacionales	Recomendaciones
<p>OPS. Dr. Armando Vásquez</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Que se defina que es una deficiencia y que es una discapacidad. • Que las preguntas deben ser revisadas y reestructurarlas, porque de lo contrario el resultado no va a dar más del 4.5% de prevalencia de discapacidad ya que se pueden dejar por fuera “falsos negativos”, indicando también que la sensibilidad del cuestionario para detectar discapacidad va a ser muy baja si no se toman en cuenta, algunas discapacidades transitorias y las leves. • Esta de acuerdo en que se pregunten las deficiencias, actividad y participación. Hay que investigar deficiencias y limitaciones lo demás se puede complementar. • Incorporar en la encuesta, aspectos de salud, como lo es el tratamiento específico de rehabilitación; considera que los problemas de atención a la discapacidad pueden ser resueltos en la comunidad. • Cuestionó el hecho de que cómo tomaríamos el dato de atención de salud. Recomendó que se incluya este aspecto, ya que el dato de Atención de Salud es importante. • Que el mismo grupo de investigadores, que elaboró las preguntas del cuestionario sea quien revise el mismo después de la prueba piloto, la decisión última siempre será del grupo investigador. • Considera que el concepto minusvalía se ha englobado, revisar como

	<p>contextualizamos algunas preguntas ambientales. Se debe evaluar afuera que es lo que te impide funcionar. Piensa que es allí en este punto donde está la verdadera información; no se deben conformar con deficiencia solamente, se debe pregunta sobre FUNCIONAMIENTO Y PARTICIPACION.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencionó que la deficiencia debe presentarse más de un (1) año para ser considerada una discapacidad, señaló además que el diagnóstico de psicosis, por ejemplo, no se obtiene en niños de 5 años, sin embargo otros diagnósticos si, como por ejemplo, el de movilidad motora..
<p>Nicaragua: Dra. Angeles Berverían</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Para las variables educativas se recomienda formular las preguntas de manera positiva.. • Utilizar lo menos posible variables educativas que sean sólo aplicadas a una parte de la población. • Para la detección de la discapacidad recomienda seguir la Clasiificación Internacional de Funcionalidad y el Whodas II, lo que permite la homologación de la información entre países.
<p>Chile: Magister Eladio Recabarren</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Las observaciones se centran especialmente en el módulos de detección de personas con discapacidad, adaptando las variables con consistencia en el CIF y WhodasII. • Revisión a profundidad del modulo de caracterización de la discapacidad. • Reducción del número de preguntas en algunas en las variables de educación y trabajo. • Se debe definir las variables que medirán pobreza o condiciones socioeconómicas, calidad de la vivienda, saneamiento básico y otras variables sensibles para el país. • Se sugiere ajustar la graduación de los grados de deficiencia a valores que van desde 0 (sin dificultad), 1 (leve), 2 (mucho), 3 (extrema).

➤ **Nacionales**

Para la selección de los pares externos nacionales se consideró aquellos profesionales que dentro del país, cuentan con formación y experiencia en el campo de la investigación científica, además de especialización en discapacidad. También fueron consideradas personas de instituciones gubernamentales y no gubernamentales cuya filosofía, visión y misión guardan relación con la temática de discapacidad.



Reunión de pares externos

A continuación se presenta un cuadro resumen que describe las recomendaciones y sugerencias hechas por este grupo de expertos a la encuesta.

CUADRO RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE EXPERTOS NACIONALES

Pares Externos Nacionales	Cargo	Instituciones	Recomendaciones
Dra. Lidia Gordón de Isaacs	Directora	Instituto de la Mujer, Universidad de Panamá	Considerar en los diferentes módulos del cuestionario el enfoque de género, que en algunas partes esta incluido y en otras no.
Dra. Eneida Ferrer	Asesora Técnica	SENADIS	– Considerar incorporar al cuestionario la medición de deficiencias múltiples, como tipo de deficiencia específico y no una medida indirecta.

			<ul style="list-style-type: none"> - En la P-11 se puede agregar entre una de las razones por la no asistencia escolar "porque no le reciben en el colegio" - En la P-41 aclarar que esta se responde si existe deficiencia en cualquiera de las tres (comprender, comunicarse y mental)
Mgter Elvia Castrejon Arango	Investigadora Social y Educativa	Universidad Especializada de las Américas UDELAS	<ul style="list-style-type: none"> - Sugiere ampliar las ayudas técnicas de la P-51 - Completar la P-52 con los obstáculos principales que no le permiten obtener las ayudas técnicas - La P-62, P-68 se escriben en negativo, sugiere plantearla en positivo. - Considera que la P-65 es muy subjetiva y muy difícil de medir (sentimientos). Sugiere eliminarla.
Lic. Cándido Mesua	Asesor Técnico	Asuntos Indigenista- Ministerio Gobierno y Justicia	Asistió a la reunión de pares externos nacionales y quedó pendiente el envío de sus recomendaciones.
Sra. Rosario de Córdova	Presidenta	Federación de Padres y Familiares de Personas con Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> - Sugiere capacitar muy bien a los encuestadores sobre algunos términos como ayudas técnicas y otras. - Sugiere eliminar la palabra <i>grave</i> en la P-42 - Hace observaciones estructurales en las preguntas 11, 27, 37, 39, 40, 41,

Mgter Ileana Golcher	Investigadora	SENADIS	<ul style="list-style-type: none"> - Sugiere poner el nombre completo de la abreviatura GEMAS - Hace observaciones estructurales y ortográficas
Mgter Fani Wong	Presidenta	Federación de las Personas con Discapacidad	Participó de la reunión de pares externos, más quedó pendiente el envío de las observaciones.
Dra. Adela Abad	Docente Especialista en Estadística y Educación	Universidad de Panamá	Hizo observaciones en las preguntas 3,4,7,11,67 de estructura solamente.
Dra. Martha Roa	Médica especialista en Rehabilitación	CSS	<ul style="list-style-type: none"> - Sugiere que en la sección A de vivienda sea agregada la existencia de barreras arquitectónicas del hogar. - Agregar a las preguntas 23-33 en el concepto de actividades de la vida diaria las tres actividades, baño, vestido y alimentación. (estas están en la sección C6 del cuestionario) - Agregar en la P-48 amigos o vecinos. - En la P-50 en el término prótesis poner (piernas o brazos falsos) y en órtesis (férulas o aparatos para brazos y manos o piernas y pies) - Agregar en la sección C o D lo relacionado a la marcha, la categoría moverse fuera de casa. -

			- P-51 agregar dentro de las ayudas técnicas "agarrado por una persona"
--	--	--	---