

Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado
Facultad de Administración Pública
Maestría en Políticas, Promoción e Intervención Familiar -

Interculturalidad y Participación de las Familias del Asentamiento Informal La Gran
Bendición en el Acceso a los Programas de Atención Primaria de Salud del MINSA CAPSI
de Burunga. Año, 2022-2024.

Por:
Licda. Reinelda Marisol Ávila Barría
Cédula: 6-63-286

Trabajo de graduación como requisito para optar por el grado de Maestría en
Políticas, Promoción e Intervención Familiar.

Panamá, República de Panamá
2025.

Contenido

Índice de Tablas.....	v
Índice de Figuras	vii
Dedicatoria.....	x
Agradecimiento.....	xi
Resumen	xii
Abstrac.....	xiii
Introducción.....	15
CAPÍTULO I. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.1. Antecedentes del Problema:	18
1.2. Planteamiento del Problema:	20
1.3 Justificación:	24
1.4. Objetivos:	27
1.4.1 Objetivo General:	27
1.4.2 Objetivos Específicos:	27
1.5. Cobertura:	28
1.6. Hipótesis:	29
1.7. Diseño Metodológico:	29
1.7.1. Enfoque de Investigación:	29
1.7.2. Tipo de diseño de la investigación:.....	31
1.7.4. Población y Muestra:	32
1.7.5. Proceso de Recolección y Análisis de Datos:	34
1.7.5.1. Instrumento de Recolección de Datos:	34
1.7.5.2. Tabulación:	35
1.7.5.3. Presentación de Datos:	35
1.7.5.4. Análisis Estadístico:	35
Capítulo II. Marco Teórico:	37
2.1. Antecedentes:	37
2.1.1. Antecedentes Internacionales:	37
2.1.2. Antecedentes Nacionales:	48
2.2. Bases Teóricas;	52
2.2.1. Perspectiva Histórica de la Interculturalidad:	52

2.2.2.	Definiciones sobre Interculturalidad y Participación Social en Salud:	56
2.2.3.	Tipos de Interculturalidad:	60
2.2.3.1.	Interculturalidad en salud:	60
2.2.3.2.	Interculturalidad en Educación:	61
2.2.4	Participación en Salud:	62
2.2.5.	Asentamiento informal:	62
2.2.6.	Familia y Participación en el Acceso a la Salud:	63
2.3.	Marco Conceptual:	64
2.3.1.	Cultura.	64
2.3.2.	Salud:	64
2.3.3.	Salud Intercultural:	66
2.3.4.	Determinantes sociales:	66
2.3.5.	Acceso a la salud:	66
2.3.6.	Provisión de Servicio de salud:	67
2.3.7.	Características de los servicios de salud:	71
2.3.8.	Ejemplo de Aplicación de la Salud Intercultural:	72
2.3.9.	Género:	72
2.3.10.	Familia:	73
2.3.11.	Interculturalidad:	74
2.3.12.	Multiculturalidad:	74
2.3.13.	Barreras Culturales:	75
2.3.14.	Pueblos Indígenas:	75
2.3.15.	Cosmovisión:	76
2.3.16.	Medicina tradicional:	76
2.3.17.	Herbolaria:	78
2.3.18.	Dialogo horizontal.	79
2.3.19.	Participación Ciudadana:	79
2.3.20.	Migración:	79
2.3.21.	Asentamiento:	80
2.3.22.	Herramientas de evaluación familiar.	80
2.4.	Identificación y caracterización de la comunidad en estudio:	84
2.4.1.	Asentamiento Informal La Gran Bendición:	84

2.4.1.1.	Origen del Asentamiento La Gran Bendición:	84
2.4.1.2.	Límite y Posición Geográfica:	85
2.4.1.3.	Infraestructura Social con que cuenta:	86
2.4.1.4.	Demografía:	87
2.4.2.	Principales pobladores de este asentamiento:	87
2.4.2.1.	Interioranos:	87
2.4.2.2.	Extranjeros:	87
2.4.2.3.	Etnia Guna o Kuna:	87
2.4.2.4.	Etnia Ngäbe-Etnia Buglé:	88
2.4.2.5.	Etnia Emberá – Wounaan:	88
2.4.2.6.	Otros grupos indígenas minoritarios:	89
2.5.	Leyes y Decretos de Salud:	89
2.5.1.	Artículo 105.....	89
2.5.2.	Artículo 106.....	89
2.5.3.	Ley 17 de 27 de junio de 2016:.....	90
2.5.4.	Ley 423 de 20 de febrero de 2024:	90
2.5.5.	Ley 346 de 23 de noviembre de 2022:	90
2.5.6.	Decreto Ejecutivo No 129 de 9 de marzo de 2021:.....	91
2.5.7.	Decreto Ejecutivo No 546 del 21 de noviembre de 2005:.....	91
Capítulo III. Análisis e Interpretación de los Datos:		92
3.1.	Análisis Cuantitativo	92
3.2.	Análisis cualitativo del resultado del Grupo Focal	180
3.3.	Resultados de aplicación de la metodología Investigación Acción Participación (IAP). 182	
Capítulo IV. Trabajo Social con Familia de Grupos Originarios en la comunidad La Gran Bendición en el Contexto de Acceso a la Salud.		186
1.	El Trabajo Social en Contextos de Vulnerabilidad y Desigualdad Social:	186
2.	Estrategias de Trabajo Social con Familias:	186
3.	Estrategias de Trabajo Social Comunitario:	187
4.	El Papel del Trabajador Social en la Intervención Intercultural:	187
Capítulo V. Propuesta Integral de Intervención para Mejorar el Acceso a la Salud en La Gran Bendición:		189

Objetivo General:	189
Estrategias Ampliadas de Intervención en Salud:.....	190
1. Organización Comunitaria y Formación de Promotores de Salud;	190
2. Acceso y Mejora de los Servicios de Salud Primaria:	191
5. Integración de Prácticas Interculturales en la Atención Médica:	192
4. Educación en Salud y Participación Comunitaria:	193
5. Revisión y Mejora Continua de los Servicios de Salud:	194
Conclusiones	197

Bibliografía

Anexos

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Sexo del encuestado</i>	93
Tabla 2 <i>Edad del encuestado</i>	94
Tabla 3 <i>Estado civil del encuestado</i>	95
Tabla 4 <i>Grupo étnico al que pertenece</i>	97
Tabla 5 <i>Asistió a la escuela</i>	98
Tabla 6 <i>Escolaridad del encuestado</i>	100
Tabla 7 <i>Terminaría sus estudios</i>	102
Tabla 8 <i>¿Por qué terminaría sus estudios?</i>	103
Tabla 9 <i>Práctica religiosa</i>	104
Tabla 10 <i>Tipo de familia</i>	105
Tabla 11 <i>¿Cómo es la relación familiar?</i>	107
Tabla 12 <i>Relación con la comunidad</i>	108
Tabla 13 <i>¿Cuál es la condición laboral?</i>	109
Tabla 14 <i>¿Quién aporta el ingreso familiar?</i>	110
Tabla 15 <i>Detalle del ingreso mensual</i>	112
Tabla 16 <i>Total de ingreso familiar mensual en dólares</i>	114
Tabla 17 <i>Distribución de los egresos mensuales de la familia</i>	116
Tabla 18 <i>Total del egreso familiar mensual en dólares</i>	118
Tabla 19 <i>¿Cuándo empezó a residir en la Gran Bendición?</i>	120
Tabla 20 <i>¿Quién le habló de este lugar?</i>	122
Tabla 21 <i>¿Tiene derecho posesorio?</i>	124
Tabla 22 <i>Tipo de vivienda</i>	125
Tabla 23 <i>Tipos de paredes de la vivienda</i>	126

Tabla 24 <i>Tipo de techo de la vivienda</i>	128
Tabla 25 <i>Tipo de piso de la vivienda</i>	129
Tabla 26 <i>Distribución de la vivienda</i>	130
Tabla 27 <i>Número de dormitorios de la vivienda</i>	132
Tabla 28 <i>Higiene de la vivienda</i>	133
Tabla 29 <i>Si no tiene sanitario, ¿donde hace sus necesidades?</i>	135
Tabla 30 <i>¿Cuáles son las creencias tradicionales de las familias de los grupos originarios sobre el origen de las enfermedades?</i>	136
Tabla 31 <i>¿Utiliza la herbolaria o remedios tradicionales para tratar las enfermedades?</i>	138
Tabla 32 <i>Cuando algún miembro de su familia se enferma, ¿a dónde acuden a recibir atención de salud?</i>	139
Tabla 33 <i>¿Por qué eligió la opción anterior?</i>	141
Tabla 34 <i>¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en su comunidad? (anticoncepción)</i>	142
Tabla 35 <i>¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en su comunidad? (cuidado durante el embarazo)</i>	144
Tabla 36 <i>¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (durante el parto)</i>	146
Tabla 37 <i>Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad (Puerperio)</i>	147
Tabla 38 <i>¿Los miembros de su familia realizan controles de salud?</i>	149
Tabla 39 <i>Si no realiza controles, ¿por qué no realiza los controles de salud?</i>	151
Tabla 40 <i>Si tienes personas con discapacidad, ¿Qué tipo de discapacidad es?</i>	152
Tabla 41 <i>¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud?</i>	154
Tabla 42 <i>Si su respuesta es Sí, a la pregunta: ¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud? De qué tipo:</i>	155
Tabla 43 <i>Las veces que usted o algún miembro de su familia ha acudido al MINSA CAPSI de Burunga siente que lo han tratado mal o le han discriminado?</i>	158
Tabla 44 <i>Si le han faltado el respeto o discriminado, considera que esto se debe a:</i>	159
Tabla 45 <i>¿Participa usted o algún, miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga?</i>	160
Tabla 46 <i>Si su respuesta es Sí a la pregunta (Participa usted o algún, miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga:), mencione en cuáles ha participado:</i>	161
Tabla 47 <i>¿Su familia y la comunidad realiza actividades para prevenir y controlar enfermedades?</i>	163
Tabla 48 <i>¿Cuál es la actividad que realiza su familia y la comunidad para prevenir y controlar las enfermedades?</i>	164
Tabla 49 <i>¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?</i>	166

Tabla 50 Si la respuesta a la pregunta (¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?) es Sí, mencione si participa en alguna de las siguientes:	168
Tabla 51 ¿El MINSA CAPSI de Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?	169
Tabla 52 Si la respuesta a la pregunta (¿El MINSA CAPSI de Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?) es Sí, ¿en cuál ha participado?	171
Tabla 53 Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud:	172
Tabla 54 Si la respuesta a la pregunta (¿Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud?) es Sí, quien ha visitado su vivienda?	173
Tabla 55 Numeración de las casas encuestadas	175
Tabla 56 Distribución de las familias por edad en la población total encuestada	177
Tabla 57 Población total por familia	178

Índice de Figuras

Figura 1 Sexo del encuestado	93
Figura 2 Edad del encuestado	94
Figura 3 Estado civil del encuestado	96
Figura 4 Grupo étnico al que pertenece	97
Figura 5 Encuestado asistió a la escuela	99
Figura 6 Último año escolar aprobado por el encuestado	100
Figura 7 Terminaría el encuestado sus estudios	102
Figura 8 ¿Porqué terminaría sus estudios?	103
Figura 9 Práctica religiosa de la familia encuestada	104
Figura 10 Tipo de familia encuestada	106
Figura 11 ¿Cómo es la relación familiar?	107
Figura 12 ¿Cómo es la relación de las familias con los miembros de la comunidad?	108
Figura 13	109
Figura 14 ¿Quién aporta el ingreso familiar?	111
Figura 15 Detalle del ingreso mensual familiar	113
Figura 16 Ingreso familiar mensual en dólares	115
Figura 17 Distribución de los egresos mensuales de la familia	117
Figura 18 Total del egreso familiar mensual en balboa	119
Figura 19 ¿Cuándo empezó a residir en La Gran Bendición?	121
Figura 20 ¿Quién le habló de este lugar?	122
Figura 21 ¿La familia tiene derecho posesorio?	124
Figura 22 Tipo de vivienda	125
Figura 23 Tipos de paredes de la vivienda	127
Figura 24 Tipo de techo de la vivienda	128
Figura 25 Tipo de piso de la vivienda	129
Figura 26 Distribución de la vivienda	131

Figura 27 <i>Número de dormitorios de la vivienda</i>	132
Figura 28 <i>Higiene de la vivienda</i>	134
Figura 29 <i>¿Si no tiene sanitario, ¿dónde hace sus necesidades?</i>	135
Figura 30 <i>¿Cuáles son las creencias tradicionales de las familias de los grupos originarios sobre el origen de las enfermedades?</i>	137
Figura 31 <i>¿Utiliza la herbolaria o remedios tradicionales para tratar las enfermedades?</i>	138
Figura 32 <i>¿Cuándo algún miembro de su familia se enferma, a dónde acude a recibir atención de la salud?</i>	140
Figura 33 <i>¿Por qué eligió la opción de a dónde acudir a recibir atención de salud?</i>	142
Figura 34 <i>¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (anticoncepción)</i>	143
Figura 35 <i>¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en su comunidad? (cuidado durante el embarazo)</i>	145
Figura 36 <i>¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (durante el parto)</i>	146
Figura 37 <i>¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (Puerperio)</i>	148
Figura 38 <i>¿Los miembros de su familia realizan controles de salud?</i>	150
Figura 39 <i>¿ Si no realiza controles, ¿por qué no lo hace?</i>	152
Figura 40 <i>Si tienes personas con discapacidad, ¿Qué tipo de discapacidad es?</i>	153
Figura 41 <i>¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud?</i>	154
Figura 42 <i>Si su respuesta es Sí, a la pregunta: ¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud? ¿De qué tipo?</i>	156
Figura 43 <i>Las veces que usted o algún miembro de su familia ha acudido al MINSA CAPSI de Burunga siente que lo han tratado mal o le han discriminado?</i>	158
Figura 44 <i>Si le han faltado el respeto o discriminado, considera que esto se debe a?</i>	159
Figura 45 <i>¿Participa usted o algún miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga?</i>	160
Figura 46 <i>Si su respuesta es Si a la pregunta (Participa usted o algún, miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga:), mencione en cuales ha participado:</i>	162
Figura 47 <i>¿Su familia y la comunidad realiza actividades para prevenir y controlar enfermedades?</i>	164
Figura 48 <i>¿Cuál es la actividad que realiza su familia y la comunidad para prevenir y controlar las enfermedades?</i>	165
Figura 49 <i>¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?</i>	167
Figura 50 <i>Si la respuesta a la pregunta (¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?) es Sí, mencione si participa en alguna de las siguientes:</i>	169

Figura 51 <i>¿El MINSA CAPSI de Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?</i>	170
Figura 52 <i>Si la respuesta a la pregunta (¿El MINSA CAPSI De Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?) es Sí, ¿en cuál ha participado?</i>	171
Figura 53 <i>¿Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud?</i>	172
Figura 54 <i>Si la respuesta a la pregunta (¿Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud?) es SI, quien ha visitado su vivienda?</i>	174
Figura 55	175
Figura 56 <i>Distribución de las familias por edad en la población total encuestada</i>	178
Figura 57 <i>Distribución de las familias por edad en la población total encuestada</i>	179

Dedicatoria

A las familias de La Gran Bendición, cuya resiliencia y esperanza en un mejor futuro inspiran cada parte de este proyecto. Este trabajo está dedicado a sus voces, sus historias y sus sueños de acceder a una salud digna y respetuosa de su cultura.

A mis hijos Nelson Montilla Ávila, Nelson Javier Montilla Ávila; a mi esposo Nelson Montilla H.; a mi padre Cirilo Ávila; a mi madre Sabina Barría de Ávila por su apoyo incondicional.

A todos aquellos que creen en la importancia de una atención en salud inclusiva y equitativa, donde cada persona, sin importar su origen o circunstancias, pueda encontrar cuidado y respeto.

Agradecimiento

Expreso mi sincera gratitud a mis profesores y tutor, cuyas orientaciones y consejos enriquecieron este trabajo y me guiaron en cada etapa del proceso. Agradezco, especialmente, a la Magíster Xenia Ureña, Profesora Asesora por su paciencia, dedicación y compromiso con la mejora continua de este proyecto de investigación.

A mi familia y amigos, gracias por su apoyo incondicional y por acompañarme en este camino, dándome fuerzas para seguir adelante, incluso en los momentos de mayor desafío. Su aliento y confianza han sido mi motivación constante.

Finalmente, agradezco a todas las personas e instituciones que, de manera directa o indirecta, contribuyeron a este estudio. Su apoyo ha sido fundamental para llevar a cabo una investigación que aspira a mejorar el acceso a la salud y el bienestar en comunidades vulnerables, promoviendo un enfoque intercultural que valore y respete la diversidad.

Reinelda Ávila

Resumen

La investigación titulada " Interculturalidad y Participación de las Familias del Asentamiento Informal La Gran Bendición en el Acceso a los Programas de Atención Primaria de Salud del MINSA CAPSI de Burunga", realizada por Reinelda Marisol Ávila Barría, explora la participación de las familias del Asentamiento La Gran Bendición en los programas de salud primaria del MINSA CAPSI de Burunga. Este estudio aborda los desafíos que enfrentan estas comunidades, integradas en su mayoría por grupos indígenas, ante barreras culturales, problemas económicos, el uso de prácticas de medicina tradicional y las limitaciones en el acceso a servicios de salud.

La metodología mixta de la investigación combina un enfoque cualitativo de Investigación-Acción-Participativa (IAP), Grupo Focal, observación, y un enfoque cuantitativo con la aplicación de un cuestionario estructurado, lo cual permitió recolectar, tanto datos cualitativos como cuantitativos. A través de un análisis estadístico de los datos obtenidos, se identificaron patrones y tendencias clave que reflejan las necesidades y percepciones de la comunidad respecto al sistema de salud. Los resultados sugieren que la incorporación de un enfoque intercultural en los servicios de salud podría reducir las barreras actuales y fomentar un acceso más equitativo y adecuado para esta población.

Entre los hallazgos destacados, se identificó que la falta de adaptación cultural en los servicios de salud y la limitada capacitación intercultural del personal agravan las desigualdades de acceso. El estudio propone que una mayor inclusión de prácticas culturales y de medicina tradicional, junto con una formación intercultural para el personal, facilitaría la integración de estas familias en los programas de atención y contribuiría a mejorar su calidad de vida. Además, recomienda la implementación de políticas de salud inclusivas que consideren las costumbres y lenguas indígenas, para reducir las brechas en el acceso a la atención médica. Estas políticas no solo fortalecerían el servicio en el MINSA CAPSI de Burunga, sino que podrían servir como modelo para otras instituciones en áreas con una significativa presencia de comunidades indígenas. La investigación enfatiza la importancia de desarrollar alianzas entre los sistemas de salud formal e informal, promoviendo el respeto

y la colaboración como elementos esenciales para una atención de salud más inclusiva y participativa.

Palabras Clave: Interculturalidad, Acceso a la Salud, Participación Comunitaria, Investigación Acción - Participación, Medicina Tradicional, Comunidades Indígenas.

Abstrac

The research entitled " Interculturality and Participation of Families from the Informal Settlement La Gran Bendición in Access to Primary Health Care Programs of the MINSA CAPSI of Burunga, Arraijan", conducted by Reinelda Marisol Avila Barria, explores the participation of families from the La Gran Bendicion settlement in the primary health programs of the MINSA CAPSI of Burunga. This study addresses the challenges faced by these communities, mostly made up of indigenous groups, in the face of cultural barriers, economic problems, the use of traditional medicine practices and limitations in access to health services.

The research's mixed-method approach combines a qualitative Participatory Action Research (PAR) approach, focus group, observation, and a quantitative approach using a structured questionnaire, allowing for the collection of both qualitative and quantitative data. Through statistical analysis of the data, key patterns and trends were identified that reflect the community's needs and perceptions of the health system. The results suggest that incorporating an intercultural approach into health services could reduce current barriers and promote more equitable and appropriate access for this population.

Among the highlighted findings, it was identified that the lack of cultural adaptation in health services and the limited intercultural training of staff aggravate inequalities in access. The study proposes that greater inclusion of cultural and traditional medicine practices, together with intercultural training for staff, would facilitate the integration of these families in care programs and contribute to improving their quality of life. In addition, it recommends the implementation of inclusive health policies that consider indigenous customs and languages,

to reduce gaps in access to health care. These policies would not only strengthen the service at the MINSA CAPSI in Burunga but could serve as a model for other institutions in areas with a significant presence of indigenous communities. The research emphasizes the importance of developing alliances between formal and informal health systems, promoting respect and collaboration as essential elements for more inclusive and participatory health care.

Keywords: Interculturality, Access to Health, Community Participation, Participation Action Research, Traditional Medicine, Indigenous Communities.

Introducción

La inclusión de los derechos de los pueblos indígenas es uno de los mayores desafíos en la búsqueda de la igualdad. Las nuevas circunstancias creadas por la economía global, los movimientos de población causados por el deterioro ambiental, la presión demográfica sobre la tierra y los recursos, los cambios tecnológicos y otros factores han producido un enorme desplazamiento hacia las ciudades en búsqueda de trabajo, seguridad y estabilidad (Stavenhagen, 2010).

Las brechas entre los pueblos originarios se hacen palpables a través de los indicadores de salud, educación, acceso a agua potable, luz eléctrica, seguridad alimentaria, falta de empleo, deficientes condiciones de vivienda y otras problemáticas que afectan al grupo familiar. También se resaltan las manifestaciones de desigualdades de género y la discriminación étnica como factores estructurales que intervienen de manera conjunta en la falta de acceso a los servicios, especialmente los de salud y educación.

Los pueblos indígenas tienen cosmovisiones y modos de entender la realidad y lenguajes particulares que son necesarios considerar desde un enfoque intercultural. En este sentido, lo intercultural es la capacidad de negociar significados culturales, que se traducen en que no sólo se deben alcanzar ciertos objetivos educacionales y de salud, sino la adecuación de las instituciones, programas y servicios a las tradiciones indígenas, su cosmovisión y necesidades particulares de cada grupo (Oyarce y otros, 2005).

En el año 2000, con el cierre de las bases militares del gobierno de los Estados Unidos y al pasar a manos de Panamá, han surgido asentamientos informales, como lo es La Gran Bendición de Burunga, Arraiján, conformado en su mayoría por miembros de las diferentes etnias de nuestro país. Estos grupos mantienen sus tradiciones, prácticas, lengua natal, costumbres y valores, como la medicina tradicional y el uso de la herbolaria para curar sus distintas dolencias.

Durante la atención clínica de Trabajo Social y en las visitas domiciliarias que se han realizado con el Equipo de Salud del MINSA CAPSI de Burunga, se han detectado en la población de La Gran Bendición, una serie de problemas sociales y de salud, tales como: los

controles tardíos de embarazos o ausencia de éstos, niños y niñas con características de desnutrición, sin controles de crecimiento y desarrollo, vacunas atrasadas, problemas dermatológicos, malos hábitos higiénicos, adultos sin controles de salud, entre otros.

Todos estos problemas plantean desafíos al equipo de salud para poder implementar acciones que integren a la familia en la atención de sus problemas, enfocados prioritariamente en el tema de la salud desde un enfoque o perspectiva intercultural.

Para Trabajo Social, el campo de la interculturalidad está relacionado con el respeto a la diversidad cultural lo que permite visualizar las necesidades realmente sentidas por las comunidades indígenas, donde podría situarse su rol, lo que conlleva consigo la participación social de comunidades indígenas, potenciando la generación de prácticas sociales que contribuyan a mejorar el acceso a los servicios de salud.

Por todo lo anterior, es de vital importancia trabajar con esta población y abordar los problemas relacionados con la salud. Propongo el desarrollo del proyecto: Interculturalidad y Participación de las Familias del Asentamiento Informal La Gran Bendición en el Acceso a los Programas de Atención Primaria de Salud del MINSA CAPSI de Burunga, Arraiján 2022-2024.

El enfoque de esta investigación es mixto donde se combina el tipo de estudio cualitativo centrado en el enfoque o metodología Investigación Acción Participación (IAP) y de tipo cuantitativo aplicando cuestionarios, (Hernández, S., 2014). Adicional, se aplica la técnica Grupo Focal que ayudará a corroborar la información obtenida a través del cuestionario.

En cuanto a las limitaciones podemos resaltar el hecho de que en este Asentamiento no se han desarrollado estudios similares o relacionados anteriormente.

Por último, este trabajo se presenta a través de diferentes capítulos: En el Capítulo I se plantean los aspectos metodológicos de la Investigación (planteamiento del problema, justificación, objetivos, cobertura, diseño metodológico), en el Capítulo II se presenta el marco teórico que incluye antecedentes internacionales y nacionales, las bases teóricas, el marco conceptual y la identificación y caracterización de la comunidad en estudio, el Capítulo III, muestra los resultados de la investigación, el Capítulo IV, expone el trabajo

social con familia y comunidad, el Capítulo V, desarrolla la propuesta de la investigadora y por último, se presentan las conclusiones con base en los objetivos y resultados obtenidos.

CAPÍTULO I. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. Antecedentes del Problema:

La inclusión de los derechos de los pueblos indígenas es una de las prioridades de las políticas sociales en América Latina, en su búsqueda por alcanzar la igualdad y la justicia social en la región. Las Naciones Unidas han sido pioneras en el tratamiento de estos derechos. Desde la creación del Grupo de Trabajo sobre Pueblos Indígenas en 1982, se ha desarrollado una amplia gama de actividades y políticas como parte de su agenda. A esto deben sumarse los acuerdos internacionales alcanzados desde los años noventa, que han contribuido significativamente a visibilizar la situación de desigualdad y exclusión en que viven los pueblos originarios.

En este marco, diversos organismos de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas han emitido observaciones sobre la crítica situación de salud de los pueblos indígenas en la región. Se han señalado indicadores alarmantes de morbi-mortalidad, especialmente en áreas como la mortalidad materna e infantil, embarazos no deseados, abusos sexuales derivados de la violencia estructural, enfermedades crónicas asociadas a la contaminación ambiental y a las industrias extractivas, y problemas de salud mental que afectan especialmente a los jóvenes. También se ha evidenciado la falta de acceso y adecuación cultural de los servicios de salud (CEPAL, 2014).

Desde la cosmovisión indígena, la salud se concibe como la coexistencia armoniosa entre los seres humanos, la naturaleza y los demás seres espirituales, con una visión holística que integra lo físico, mental, espiritual y emocional. Esta perspectiva se vincula profundamente con las experiencias históricas, los saberes ancestrales y las normas comunitarias de cada pueblo originario.

En ese sentido, el reconocimiento, respeto y valoración de la salud desde la perspectiva intercultural debe constituir el marco de actuación para cualquier intervención. La verdadera comunicación intercultural comienza con el reconocimiento de la diversidad cultural, lo que posibilita el diálogo horizontal, fomenta la confianza, promueve el empoderamiento comunitario y permite avanzar hacia una relación equitativa y sinérgica en el abordaje de la salud.

La salud intercultural implica la capacidad de moverse equilibradamente entre distintos sistemas de conocimientos, creencias y prácticas culturales sobre la vida, la salud y la enfermedad, que muchas veces pueden parecer incluso opuestos entre sí (Carlos Arias y otros, 2015). Este enfoque exige transformar no solo las prácticas profesionales, sino también las estructuras institucionales que aún reproducen modelos coloniales de atención en salud.

En el contexto panameño, en septiembre de 2015 se adoptó formalmente la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) mediante Decreto Ejecutivo, lo que permitió incorporar estos compromisos a la agenda nacional. El país ha demostrado liderazgo en su implementación, incluyendo la presentación de su primer Reporte Voluntario ante la ONU en 2016. El Plan Estratégico Nacional, alineado con los ODS, ha priorizado la participación de diversos sectores sociales en su cumplimiento, con énfasis en el trabajo colaborativo con las comunidades.

No obstante, a pesar de estos avances institucionales, los pueblos indígenas en Panamá continúan enfrentando serias desigualdades en el acceso a servicios básicos como la salud. Las barreras económicas, geográficas, lingüísticas y culturales limitan significativamente su acceso a una atención médica adecuada, lo que se traduce en elevados índices de morbilidad y mortalidad. Esta situación se ve agravada por la falta de infraestructura sanitaria, recursos médicos y personal capacitado en enfoques interculturales, lo que pone en evidencia que las políticas implementadas hasta la fecha no han sido suficientes ni adecuadamente adaptadas a las realidades de estos grupos vulnerables (Defensoría del Pueblo de Panamá, 2024).

El compromiso de Panamá con los ODS establece un marco legal y político propicio para mejorar el acceso a la salud de los pueblos indígenas. Sin embargo, se requiere una voluntad política efectiva, acciones concretas y sostenidas que aseguren que estas comunidades no queden rezagadas en el cumplimiento de la Agenda 2030. La implementación del ODS 3 (Salud y Bienestar) y del ODS 10 (Reducción de las Desigualdades) es clave para avanzar hacia un desarrollo verdaderamente inclusivo y sostenible.

En este sentido, esta investigación se propone abordar las brechas existentes en el acceso a la salud de los grupos originarios que habitan en el asentamiento informal La Gran Bendición,

contribuyendo con propuestas concretas a los esfuerzos nacionales por alcanzar la equidad social y el bienestar integral.

Como Trabajadores Sociales, tenemos un rol clave en la promoción de procesos transformadores que permitan potenciar el desarrollo humano de esta población. Por ello, se plantea una propuesta de modelo de intervención desde el acceso a la salud con perspectiva intercultural, que reconozca las creencias, valores, prácticas y formas organizativas de las familias indígenas, articulando los saberes comunitarios con las acciones del sistema formal de salud.

Finalmente, es importante reconocer que, aunque se han realizado múltiples esfuerzos por establecer sistemas de salud con enfoque intercultural, persisten limitaciones significativas para evaluar su impacto real. Entre ellas se encuentra la falta de datos estadísticos con desagregación étnica y la escasa sistematización de las buenas prácticas desarrolladas. Esta carencia representa un desafío metodológico y político para quienes investigan o diseñan políticas públicas más inclusivas y culturalmente pertinentes.

1.2. Planteamiento del Problema:

Uno de los mayores desafíos que enfrenta la región en su búsqueda de la igualdad es la inclusión de los derechos de los pueblos indígenas, entre las prioridades de agendas públicas en consonancia con los estándares de los derechos internacionales.

Junto con lo anterior, los conocimientos ancestrales y las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica, entre otras, ofrecen una valiosa oportunidad para aprender de todo este conocimiento cuya riqueza tiende a perderse gradualmente.

Por otra parte, los pueblos indígenas se ven enfrentados a nuevas circunstancias creadas por la economía global. Si bien todavía una gran mayoría vive en áreas rurales, no es menos cierto que en algunos países los movimientos de población causados por el deterioro ambiental, la presión demográfica sobre la tierra y los recursos, los cambios tecnológicos y otros factores han producido un enorme desplazamiento hacia las ciudades en búsqueda de trabajo, seguridad y estabilidad (Stavenhagen,1996).

La población de las áreas indígenas tradicionalmente han sido los grupos postergados del resto del país. Los pueblos originarios en Panamá habitan cinco comarcas, que cobijan ocho etnias indígenas: Guna, Ngäbe, Buglé, Emberá, Wounaan, Teribe/Naso, Bri-Bri y Bokota los cuales presentan como denominador común condiciones de exclusión y marginalidad.

Las brechas entre los pueblos originarios se hacen palpables a través de los indicadores de salud, educación, acceso a agua potable, luz eléctrica, seguridad alimentaria, falta de empleo, deficientes condiciones de vivienda y otras problemáticas que afectan al grupo familiar. También se resaltan las manifestaciones de desigualdades de género y la discriminación étnica como factores estructurales que intervienen de manera conjunta a la falta de acceso a los servicios, especialmente los de salud y educación.

En este último aspecto, hay que considerar que los pueblos indígenas tienen cosmovisiones y modos de entender la realidad y lenguajes particulares que son necesarios considerar desde un enfoque intercultural. En este sentido, entendemos lo intercultural como la capacidad de negociar significados culturales, que se traduce en que no sólo se deben alcanzar ciertos objetivos educacionales y de salud, sino la adecuación de las instituciones, programas y servicios a las tradiciones indígenas, su cosmovisión y necesidades particulares de cada grupo (Oyarce y Pedrero, 2005), lo que en un contexto de asimetría estructural necesariamente presupone el reconocimiento de los derechos económicos, socioculturales y políticos de los pueblos al interior de los Estados y naciones de América Latina (Del Pololo & Oyarce, América Latina, población indígena: Perfil sociodemográfico en el marco de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo y de las metas del milenio., 2005).

La población indígena en Panamá enfrenta barreras significativas para acceder a servicios de salud, debido a factores como los costos elevados, la lejanía de los centros de atención, la falta de transporte y la ausencia de un enfoque culturalmente adecuado. Solo el 20% de la población indígena tiene acceso a seguros de salud, en comparación con más del 50% de la población no indígena. La combinación de estas barreras ha llevado a una baja demanda de servicios de salud, exacerbada por factores culturales y lingüísticos que dificultan los procesos educativos y de prevención en salud. (PNUD, 2012).

A partir del año 2000, con el cierre de las bases militares del gobierno de los Estados Unidos y al pasar a manos de Panamá, han surgido asentamientos informales, con población en su

mayoría de los diferentes grupos originarios, alrededor de las áreas protegidas del canal en la provincia de Panamá y el distrito de Arraiján.

Estos grupos mantienen muchas veces sus tradiciones, prácticas, costumbres y valores, como la medicina tradicional y el uso de la herbolaria para curar sus dolencias. También utilizan su lengua natal para comunicarse entre sí, particularmente la población de mayor edad.

Durante las visitas de campo realizadas por el equipo de salud y en los servicios de atención clínica del MINSA CAPSI de Burunga, se han identificado múltiples problemáticas que afectan a las familias del asentamiento informal La Gran Bendición. Entre las más frecuentes destacan los controles prenatales tardíos o inexistentes, la presencia de niños con bajo peso y/o signos de desnutrición, sin controles de crecimiento y desarrollo, esquemas de inmunización incompleto, así como problemas dermatológicos relacionados con el inadecuado manejo de desechos y las deficientes condiciones higiénicas en los hogares.

Asimismo, se observan situaciones de multiparidad, embarazos de alto riesgo por edad materna, personas con discapacidad sin control de salud, adultos con enfermedades crónicas sin tratamiento, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y drogas, casos de abuso sexual, un aumento de casos de tuberculosis y VIH.

A estas condiciones se suma un factor crítico: la dificultad en la comunicación entre el personal de salud y muchas familias indígenas, debido al desconocimiento de sus lenguas o dialectos. Esta barrera lingüística genera malentendidos, desconfianza y limita significativamente el acceso a una atención integral, oportuna y culturalmente pertinente. En este contexto, los equipos de salud no solo enfrentan retos clínicos, sino también profundos desafíos socioculturales, muchas veces sin la formación ni los recursos necesarios para intervenir con eficacia y seguridad.

Todos estos elementos constituyen una realidad compleja que obstaculiza la implementación de acciones efectivas para integrar a las familias en el abordaje de sus propios problemas de salud, desde un enfoque intercultural. Por tanto, esta situación debe ser reconocida con urgencia por quienes tienen poder de decisión, a fin de promover estrategias integrales

orientadas tanto a la prevención de los problemas sanitarios como a la protección del personal profesional que labora en contextos de alta vulnerabilidad y diversidad cultural.

Es importante reconocer que muchos residentes conservan costumbres y modos de vida profundamente arraigados en su entorno de origen, los cuales reproducen en los nuevos espacios donde habitan. Aunque en el entorno anterior el impacto ambiental era menor y el ecosistema permanecía más equilibrado, en este nuevo asentamiento se carece de elementos esenciales como infraestructura básica y servicios públicos, lo cual plantea desafíos significativos para la adaptación sin comprometer su identidad cultural.

Al respecto, (Salaverry, Interculturalidad en salud., 2010) plantea que la identificación de los pueblos indígenas adquiere así una complejidad insospechada, tiene implicancias políticas, sociales y de derechos, pero también urgencias como en el caso específico de la salud, en cuyo sector, de no identificarse la línea desde la cual se parte, poco será lo que se pueda modificar del estado de salud de esta población, de allí la importancia de este estudio.

Mediante el diálogo horizontal, la interculturalidad busca reconocer y valorar los conocimientos y prácticas locales de salud, promoviendo su integración dentro de los sistemas de salud convencionales. Este enfoque aspira a que cada cultura aporte sus saberes de manera equitativa, fomentando un sistema de salud que responda a la diversidad y particularidades de las comunidades.

En cuanto a la intervención del Trabajador Social, en la obra de (Krmpotic, 2012), “Cultura, interculturalidad y empoderamiento de la agenda del Trabajador Social en Argentina: “no se trata de considerar la interculturalidad, la ética de la diversidad, los derechos humanos etc., como temas, ni de incorporarlos en actos mecánicos al glosario de conceptos clave del diagnóstico social y la elaboración de proyectos de intervención, sino más bien de poner en evidencia su existencia, su transversalidad en todo cuanto nos proponemos, para modificar la plataforma en la que nos paramos y anclar desde allí nuestro ejercicio profesional.”

Para los Trabajadores Sociales, el campo de la interculturalidad está relacionado con el respeto a la diversidad cultural lo que permite visualizar las necesidades realmente sentidas por las comunidades indígenas, donde podría situarse su rol, lo que conlleva consigo la participación social de comunidades indígenas, potenciando la generación de prácticas sociales que contribuyan a mejorar el acceso a los servicios de salud.

El asentamiento informal La Gran Bendición, se estableció hace doce años como resultado de invasiones por diferentes grupos originarios, principalmente los Guna, seguidos por los Ngäbe, Emberá, Wounaan, y migrantes de otras provincias. Las observaciones en sitio indican que la mayoría de las viviendas son de una sola pieza, construidas con materiales precarios como zinc reciclado, madera y piso de tierra; muchas familias carecen de instalaciones adecuadas para la disposición de excretas, con el uso de letrinas comunes. Ante esta situación, surgen interrogantes importantes para abordar sus necesidades:

- ¿Cuáles son las características generales de los grupos familiares que residen en La Gran Bendición?
- ¿Qué relación existe entre la percepción y las prácticas cotidianas de las familias para la atención de la salud?
- ¿Cuáles son las prácticas y creencias tradicionales de estas familias para la atención de las enfermedades?
- ¿Qué saberes en el área de la salud han modificado las familias en los últimos años?
- ¿Cuáles son las barreras de accesibilidad de esta población a los servicios de salud?
- ¿Qué aspectos interculturales se deben incluir en una propuesta de modelo de intervención destinada a las familias?

1.3 Justificación:

El interés en desarrollar el Proyecto Interculturalidad y Participación de las Familias del Asentamiento Informal La Gran Bendición en el Acceso a los Programas de Atención Primaria de Salud del MINSA CAPSI de Burunga de Arraiján, año 2022-2024, surge por los problemas detectados a través de la observación durante las visitas de campo realizadas por Trabajo Social y en las referencias a Trabajo Social por el equipo de salud, durante la atención clínica.

Promover un enfoque intercultural en salud es fundamental para reducir las barreras que enfrentan las comunidades indígenas y mejorar su acceso a servicios de calidad. Las

particularidades culturales y necesidades específicas de estas comunidades requieren adaptar tanto el modelo de atención como la infraestructura sanitaria. Las principales barreras incluyen altos costos, falta de transporte adecuado, distancia a los centros de salud, maltrato y diferencias culturales, que limitan la efectividad de la atención.

Iniciativas como la creación de espacios para partos tradicionales y casas maternas cercanas a hospitales son pasos esenciales para facilitar la integración de estas comunidades y asegurarle un acceso equitativo y respetuoso a la atención de salud.

Esta investigación busca resaltar la necesidad de un modelo inclusivo que impulse la participación de los pueblos indígenas en sus propios procesos de salud, promoviendo una atención que responda de manera efectiva a sus particularidades culturales y lingüísticas. (PNUD, 2012).

Por otra parte, esta investigación tratará aspectos en las familias del asentamiento informal La Gran Bendición como: los hábitos de salud en el hogar, la asistencia a los controles de salud y, por ende, mejorar su participación social en los programas de atención primaria de salud del MINSA CAPSI de Burunga, a través de la interculturalidad.

Estas familias en estudio serán beneficiadas con orientación, capacitaciones y buena atención que les permitirán mantener los controles de salud para la realización diaria de sus compromisos laborales y, por consiguiente, mejorar así su situación económica. Por tanto, estas familias lograrán una mejor calidad de vida, lo que impactará en el asentamiento informal La Gran Bendición y en el Distrito de Arraiján.

Es importante mencionar que la Constitución Política de la República de Panamá en su Capítulo 6° - Sobre Salud, Seguridad Social y Asistencia Social, en su artículo 109 indica que es función del Estado velar por la salud de la población de la República y en el artículo 110 dice que, en materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades:

1. Desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados.
2. Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.
3. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.
4. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectiva o individualmente, a toda la población.
5. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se preste servicio de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. (Constitución Política de la República de Panamá., 1972).

También existe la Ley 17 del 27 de junio de 2016, aprobada el 12 de febrero de 2019, que establece la protección de los conocimientos de la medicina tradicional indígena. (Gaceta Oficial de Panamá, 2019).

Por otro lado, es importante señalar que la experiencia de la Comarca Ngäbe-Buglé demuestra que el reconocimiento y la inclusión de la medicina tradicional en el sistema de salud pueden mejorar el acceso y la adaptabilidad de los servicios. Para las comunidades indígenas, enfrentar las barreras de acceso implica no solo infraestructura y recursos, sino también un enfoque culturalmente inclusivo que respete sus prácticas curativas tradicionales. (Subinas, 2017). Esta investigación se justifica en la necesidad de integrar ambas formas de medicina en el Asentamiento La Gran Bendición, brindando un modelo de salud más inclusivo y accesible.

Esta tesis servirá como referencia y es un aporte para otras investigaciones que se realicen sobre este tema o temas relacionados.

Como parte de la metodología, este estudio tendrá un diseño cuantitativo con técnicas del diseño cualitativo y aplicará el método Investigación – Acción – Participación, el cual requiere la realización de conversatorios, talleres y entrevistas con la muestra de la población en estudio.

Finalmente, podemos señalar que en la medida que los procesos de integración y globalización mundial presentan desafíos cada vez más grandes para los pueblos indígenas, se está reconociendo cada vez más que este patrimonio natural, cultural y social presenta no sólo la clave para recuperar y mejorar los estándares de vida de los pueblos indígenas sino también como una oportunidad para enriquecer e impulsar procesos interculturales dirigidos a lograr el desarrollo humano sostenible de éstos.

1.4. Objetivos:

1.4.1 Objetivo General:

Promover la intervención intercultural y participación social de las familias del Asentamiento Informal La Gran Bendición en el Acceso a los Programas de Atención Primaria de Salud del MINSA CAPSI de Burunga.

1.4.2 Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio económicas de las familias que residen en el Asentamiento Informal La Gran Bendición de Burunga.
2. Establecer la relación que existe entre las percepciones y las prácticas cotidianas de las familias para la atención de la salud.
3. Identificar las prácticas y creencias, tradicionales que mantienen estas familias para la atención de las enfermedades.
4. Identificar saberes en el área de salud que han modificado las familias en los últimos años.
5. Describir las barreras de accesibilidad de esta población a los servicios de salud.
6. Determinar qué aspectos interculturales se deben incluir en una propuesta de modelo de intervención destinada a las familias.

1.5.Cobertura:

Área de Análisis	Variables	Indicadores
Características socio- económicas del Asentamiento Informal La Gran Bendición de Burunga.	Edad Sexo Estado Civil Estudio Lugar de procedencia Religión Característica de las viviendas	Años cumplidos Condición biológica Condición marital Año que cursa Lugar donde nació Religión que profesa Tipo de vivienda
Relación que existe entre las percepciones y las prácticas cotidianas de las familias para la atención de la salud.	Medicina alternativa para la atención de las enfermedades. Parteras. Herbolaria. Conocimientos ancestrales.	Según respuesta del sujeto.
Prácticas y creencias tradicionales, que mantienen estas familias para la atención de las enfermedades.	Costumbres Medicina tradicional Creencias Tipos de enfermedades Clasificación	Practican sus costumbres Practican la medicina tradicional Cantidad Enfermedades comunes
Saberes en el área de salud que han modificado las familias en los últimos años.	Área Formas de atención de las enfermedades Uso de las medicinas Controles médicos	Número de áreas Medicina científica o tradicional Siguen las indicaciones o no. Siguen los controles o no.
Barreras de accesibilidad de esta población a los servicios de salud.	Ingreso familiar Tipo de lenguaje o idioma Escases de información Religión Analfabetismo Identificación	Ingreso mensual Definición de lenguaje Según respuesta del sujeto.
Aspectos interculturales que se debe incluir en una propuesta de intervención a las familias.	Medicina tradicional Cultura Capacitaciones Atención personalizada Técnica de abordaje	Se practica la medicina tradicional. Número de capacitaciones recibidas. Número de técnicas.

	Principios que debe considerar la propuesta Enfoque para la atención intercultural	Número de principios
--	---	----------------------

1.6. Hipótesis:

La promoción de la interculturalidad en los Programas de Atención Primaria de Salud (APS) en el MINSA CAPSI de Burunga incrementará la asistencia y participación social de las familias del asentamiento informal La Gran Bendición.

1.7. Diseño Metodológico:

Planteado el problema de investigación y los objetivos que alcanzar, ahora establecemos los procedimientos en orden metodológico utilizados para el desarrollo de esta investigación. Esto implica seleccionar el tipo y diseño de la investigación y su aplicación al contexto específico de estudio.

1.7.1. Enfoque de Investigación:

El enfoque de esta investigación es mixto, combina el tipo de estudio cualitativo centrado en el enfoque o metodología Investigación Acción Participación (IAP), grupo focal y de tipo cuantitativo aplicando cuestionarios (Sampieri Hernández y otros, 2014). Es común la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos en muchos estudios, lo que permite obtener una perspectiva más completa y enriquecedora de los fenómenos investigados (Barreto Ascona & Lezcano Mencia, 2023).

En esta investigación primero se explora un fenómeno con métodos cualitativos (entrevistas, observaciones, grupos focales), luego esos hallazgos se usaron para diseñar las encuestas o cuestionarios. En este sentido el diseño es exploratorio secuencial ya que se realizaron entrevistas a familias o líderes comunitarios para entender sus percepciones y prácticas sobre salud y luego se diseña y aplica la encuesta a 114 familias del asentamiento informal La Gran Bendición.

La Investigación – Acción – Participación, se trata de una metodología que mezcla los enfoques dialécticos y sistémicos que, a su vez, privilegia el uso de los métodos de estudio tipo cualitativos sobre los cuantitativos.

Este tipo de estudio consta de tres elementos constitutivos: Investigación – Acción – Participativa:

El elemento investigación indica que se trata de un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por objetivo estudiar algún aspecto de la realidad, con una expresa finalidad práctica; la relación investigadora es la de sujeto-sujeto: de objeto de estudio, la gente pasa a ser sujeto protagonista de todo un proceso; facilita a la población involucrada los conocimientos necesarios para actuar con el propósito de resolver algunos de sus problemas o satisfacer algunas necesidades; la investigación es aplicada y orientada a cambiar una situación – problema, como son todos los métodos de intervención social.

La acción muestra que la forma de realizar el estudio es ya un modo de intervención y que el propósito de la investigación está orientado a la acción, siendo ella a su vez fuente de conocimiento. El modo de hacer estudio es acción de organización, movilización, sensibilización y concientización, permitiendo a un grupo o sector de la población que tenga un conocimiento más sistemático y profundo de su situación particular, de forma que pueda actuar más eficazmente en la transformación de ella. Se pretende que la gente involucrada conozca el porqué de sus problemas y necesidades, descubra sus intereses reales y teniendo en cuenta cuáles son sus recursos y posibilidades, emprenda acciones para transformar su realidad.

Por su parte, la participación es una actividad en cuyo proceso están involucrados tanto los investigadores (equipo técnico o agentes externos), como las mismas personas destinatarias del proyecto, quienes ya no son consideradas como simples objetos de investigación, sino como sujetos activos que contribuyen a conocer y transformar la realidad en la que están implicados (Ander-Egg, 2003). La participación ayuda a sistematizar las experiencias populares y devolverlas a la misma gente, aportando nuevos conocimientos a sectores populares y suscita nuevas perspectivas para lograr una lectura más crítica de su realidad.

Las vivencias y experiencias que expresan la sabiduría popular no solo aportan el conocimiento de la realidad que es motivo de estudio, también ayudan a los investigadores para la comprensión de los problemas estudiados, visto desde la perspectiva que la gente del pueblo tiene de ellos. Esta metodología solo puede aplicarse efectivamente a escala micro social (barrio, comunidad rural, organización, otro); de lo contrario, la participación de la gente dentro del proceso investigativo se hace muy difícil y con frecuencia imposible.

Para investigaciones que necesitan establecer tendencias se acomodan mejor a un diseño cuantitativo y los que requieren ser explorados para obtener un entendimiento profundo empatan más con el diseño cualitativo. Así mismo, cuando el problema o fenómeno es complejo los métodos mixtos pueden ser la respuesta. (Hernández Sampieri y otros, 2014)

Con este enfoque mixto buscamos tener respuesta de la población a preguntas específicas, que nos ayuden a tomar decisiones efectivas al momento de establecer los resultados de esta investigación, combinando los resultados cualitativos y cuantitativos.

1.7.2. Tipo de diseño de la investigación:

El diseño de esta investigación es de enfoque mixto, integrando metodologías cualitativas y cuantitativas. Aunque el marco principal es cualitativo, siguiendo la Investigación-Acción-Participativa (IAP) para comprender de manera profunda las experiencias y perspectivas de la comunidad, también se han aplicado encuestas para recopilar datos cuantitativos. Estos datos proporcionan una dimensión adicional, permitiendo una validación numérica que complementa los hallazgos cualitativos.

El enfoque mixto permite, entonces, abordar las complejidades de la salud en la comunidad desde múltiples perspectivas, combinando la riqueza de los datos cualitativos con el respaldo estadístico de los cuantitativos, proporcionando una base más sólida para la formulación de propuestas efectivas.

Esta investigación, de enfoque mixto, se enmarca en un estudio transversal y descriptivo, ya que se recolectaron datos cualitativos y cuantitativos en un único periodo de tiempo con el propósito de describir la realidad social del asentamiento informal La Gran Bendición. En

particular, se abordaron las condiciones socioeconómicas de las familias, sus prácticas en materia de salud y las barreras que enfrentan para acceder a los servicios de atención primaria.

1.7.3. Línea de Investigación:

La línea de investigación en la que se enmarca esta tesis se centra en la Modernización de la Gestión Pública (Línea 15). A través de este estudio, buscamos contribuir al desarrollo de modelos de atención sanitaria culturalmente sensibles, que reconozcan y respeten las particularidades de comunidades indígenas y rurales en situación de vulnerabilidad. Este enfoque busca promover políticas inclusivas, mejorar el acceso a los servicios de salud y fortalecer la participación comunitaria, generando un impacto positivo en la calidad de vida y en el ejercicio del derecho a la salud en contextos con desafíos estructurales y culturales significativos.

1.7.4. Población y Muestra:

Según MIVIOT, 2023, en el primer censo realizado en 2013 por la Dirección de Asentamientos Informales, la población del Asentamiento Informal La Gran Bendición está compuesta de 554 viviendas registradas. El 22 de mayo de 2023 se realizó la entrega de 237 certificados de asignaciones provisionales por el ministro de MIVIOT, Rogelio Paredes, cabe resaltar que anteriormente se había hecho entrega de 188 certificados de asignaciones provisionales, haciendo un total de 425 familias que están en proceso de legalización de sus tierras con el MIVIOT y el Banco Hipotecario Nacional.

En noviembre de 2023, en consultas hechas por la investigadora al señor Eyser Barroso, presidente de la Directiva de La Gran Bendición, señaló que en la comunidad La Gran Bendición hay 496 lotes habitados, lo que indica que hay 71 familias pendientes de trámites del derecho posesorio por falta de recursos económicos y hay 58 lotes sin habitar desde la pandemia de COVID-19.

Con base en la encuesta realizada, el promedio de miembros por familia en La Gran Bendición es de 6 personas (esto es, $\sum(\text{miembros por familia} \times \text{número de familias}) = 639$, de allí que $639/114 = 5.605$, lo que indica que son 6 personas promedios por familias), tomando en cuenta que son 496 familias, esto indica que la población aproximada es de 2976

habitantes (6*496) y el 81.58% de la población corresponden a grupos originarios, conformado por niños, adolescentes, jóvenes adultos y adultos mayores. La población masculina realiza trabajos eventuales de ayudante de construcción, guardias de seguridad, manipuladores de alimentos y otros trabajos informales en la comunidad. Con relación a las mujeres, la mayor parte son amas de casa, algunas trabajan eventualmente en almacenes, restaurantes, como cuidadoras, de limpieza en casa de familias, emprendimientos y otros. También es importante señalar que hay una significativa población de jóvenes que no estudian y no trabajan. Con relación a la vivienda de esta población muchas están construidas con pedazos de zinc, madera, son de una sola pieza y de forma no planificada. Además, cabe desatacar que la población cuenta con luz eléctrica y agua potable de forma ilegal, no hay recolección de la basura en el área.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula para poblaciones finitas en un muestreo probabilístico aleatorio simple, según lo propuesto por Hernández, Fernández & Baptista (2014).

El tipo de muestra se eligió de forma probabilística o aleatoria simple, tomando en cuenta que la población total es de 496 familias.

$$n = \frac{Z^2(p)(q)(N)}{e^2(N-1) + Z^2(p)(q)} = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 496}{0.81^2 * 495 + 3.8416 * 0.25} = \frac{476.659}{4.20} \approx 114 \text{ familias}$$

donde,

N= población en estudio (496 familias).

n= muestra,

Z= Nivel de confianza a 95% es 1.96

e= Error muestral deseado 8.1%.

p= proporción de familias que poseen en la población las características de estudio, esto es 0.5.

q=proporción de familias que no poseen en la población la característica de estudio, esto es 0.5.

Remplazando los valores en la fórmula anterior se obtiene que la muestra debe ser de 114 familias.

Importante: Por razones de tiempo, recursos económicos, de lluvia, de logística y de que en algunas familias no había un adulto mayor que atendiera al encuestador, solo se pudo aplicar el instrumento a una población muestra de 114 familias (esta muestra representa el 23% del total de la población). Esta muestra sigue siendo representativa ya que en ella se refleja las situaciones socioeconómicas y de acceso a los servicios de la salud. Para demostrar el nuevo error muestral se detallan los siguientes cálculos:

Fórmula para el error muestral:

$$e = Z \times \sqrt{\frac{p \times q}{n} \times \frac{N - n}{N - 1}}$$

donde:

- e es el error muestral,
- Z es el valor de la distribución normal para el nivel de confianza deseado (1.96 para el 95%),
- p es la proporción de familias con la característica (0.5 en este caso),
- q es la proporción complementaria ($1 - p = 0.5$),
- n es el tamaño de la muestra (114 familias),
- N es el tamaño de la población (496 familias).

Cálculo del nuevo error muestral, si $Z=1.96$, $p=0.5$, $q=0.5$, $n=114$ y $N=496$ y sustituyendo en la fórmula anterior nos da como resultado: **8.1%**, lo que se considera aceptable con respecto a un error del 6% normal.

1.7.5. Proceso de Recolección y Análisis de Datos:

1.7.5.1. Instrumento de Recolección de Datos:

Parte de la información se recolectará a través de la técnica de grupos focales, para tal fin se elaborará una guía de preguntas que sirvan como generadoras de datos que los y las participantes narren en diferentes grupos. Para garantizar el aporte de las y los participantes

se les pedirá consentimiento para grabar dichas sesiones. Además, se diseñará una entrevista semiestructurada, con preguntas de tipo cerradas y abiertas, que permitan el mejor análisis de los datos. El instrumento se aprobará mediante una prueba piloto a 10 pacientes que acuden al servicio de Trabajo Social de MINSA CAPSI de Burunga, luego se harán las adecuaciones de ser necesario.

1.7.5.2. Tabulación:

Parte de los resultados de las encuestas, los datos cuantitativos, serán tabulados en Excel para graficarlos y hacer su análisis. Por otro lado, para los grupos focales y los talleres de investigación acción participativa, se harán relatos en Word, sobre las respuestas de los participantes.

1.7.5.3. Presentación de Datos:

La información tabulada será organizada y presentada en tablas y graficas de manera que se pueda visualizar y entender con mayor claridad. También se harán escritos sobre los resultados de aquellos talleres y conversatorios que permitirán obtener conclusiones sobre la población en estudio.

1.7.5.4. Análisis Estadístico:

Los datos de esta investigación nos llevan a desarrollar un análisis estadístico y narrativo que nos permite comprobar los objetivos y hacer las respectivas conclusiones.

En esta sección de análisis estadístico se interpretan los datos obtenidos mediante un enfoque mixto que combina la Investigación-Acción-Participativa (IAP) con un cuestionario estructurado que genera tanto datos cuantitativos como cualitativos. También se recogió información a través de la técnica grupo focal que es parte del enfoque IAP. Esta combinación metodológica permite profundizar en el contexto socio-económico y cultural de la comunidad de La Gran Bendición, aportando una visión completa de las dinámicas y percepciones que influyen en el acceso a los servicios de salud en el MINSA CAPSI de Burunga.

Aunque la IAP está orientada principalmente a la participación y reflexión colectiva, los datos cuantitativos obtenidos a través del cuestionario añaden una dimensión estadística que refuerza la objetividad y representatividad de los hallazgos. Con un margen de error del 8.16% derivado del muestreo aleatorio simple, los datos cuantitativos ofrecen una base para identificar patrones y tendencias claves en la comunidad. Estos se combinan con los insights cualitativos, es decir, comprensiones profundas sobre las percepciones, necesidades y experiencias de la población, obtenidos a través de la IAP. Esto permite un análisis integral que facilita la formulación de propuestas específicas y culturalmente adaptadas para mejorar el acceso a la salud.

En conjunto, el enfoque mixto no solo permite una comprensión profunda de las prácticas, barreras y necesidades de la población, sino que también aporta una base empírica para tomar decisiones fundamentadas en datos tanto descriptivos como interpretativos.

Capítulo II. Marco Teórico:

El marco teórico de esta investigación establece los fundamentos conceptuales y contextuales necesarios para comprender y analizar los factores que influyen en el acceso a los servicios de salud en el asentamiento informal La Gran Bendición de Burunga.

Este apartado presenta y desarrolla las teorías, enfoques y conceptos esenciales que sustentan el estudio, tales como: el acceso a la salud en contextos de vulnerabilidad, la interculturalidad en los servicios de salud y el enfoque de Investigación-Acción-Participativa (IAP) como metodología para promover la participación comunitaria en la búsqueda de soluciones.

La revisión de estos conceptos no solo orienta el análisis de los datos obtenidos, sino que también facilita la integración de las dimensiones cultural, social y económica que afectan la realidad de esta población. La inclusión de la perspectiva intercultural permite, además, considerar las prácticas y creencias tradicionales de salud en esta comunidad, en su mayoría conformada por grupos indígenas. De esta manera, el marco teórico proporciona una estructura sólida para interpretar las percepciones, prácticas y barreras en la atención sanitaria desde un enfoque integral que combina la teoría con los hallazgos de campo.

Este marco teórico servirá como una guía para el análisis, permitiendo que los resultados y conclusiones estén fundamentados en conocimientos previos y enfoques relevantes que apoyan una comprensión profunda y contextualizada del fenómeno en estudio.

2.1. Antecedentes:

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

A nivel internacional hay estudios relacionados con el tema de la salud intercultural como:

- 2.1.1.1. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? (Lasso Toro, 2012).

Resumen:

Objetivo: El artículo recoge los hallazgos de la primera fase de una investigación llevada a cabo en el Municipio de Candelaria (Valle del Cauca-Colombia), en convenio con la práctica

profesional de la carrera de Psicología de la Universidad de San Buenaventura - Cali y la Fundación el Amparo I.P.S. Este estudio buscó identificar las relaciones que existen entre las formas de cuidado en gestación que recomienda el Sistema de Salud oficial y las que practican las gestantes que acuden al Programa de Control Prenatal de la Fundación, a partir de sus creencias culturales.

Método. En esta primera fase se llevó a cabo un estudio cualitativo, realizando cinco **grupos focales**: dos con el personal de salud y tres con 36 gestantes participantes en el programa de control prenatal.

Resultados. Se encontraron barreras culturales para la adherencia al programa de control prenatal, relacionadas con las creencias, hábitos alimenticios y asistencia a interconsultas con algunos especialistas.

Conclusión. Se insiste en la generación de procesos educativos al interior del Sistema de Salud acerca del lugar de la interculturalidad y su consideración en los procesos de evaluación, intervención y acompañamiento, en este caso, de los programas de atención materno – infantil.

2.1.1.2. (Cardona Arias y otros, 2015). Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo Emberá-Chami de Colombia.

Resumen

Introducción: La biomedicina y la etnomedicina tienen limitaciones y ventajas, por tal razón, en la actualidad se busca fomentar la interculturalidad en salud.

Objetivo: Determinar las concepciones y prácticas del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en salud en un pueblo indígena.

Métodos: Estudio cualitativo y etnográfico realizado entre 2011-2012 en 20 indígenas adultos con diferentes funciones y pertenecientes a un pueblo Emberá-Chami de Colombia.

La **muestra** se seleccionó por muestreo teórico. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas, diarios de campo y observación participante. Se recopiló material discursivo generado de

manera espontánea seguido de análisis hermenéutico con focalización de la atención en la producción simbólica del lenguaje, según criterios de credibilidad, auditabilidad, transferibilidad, saturación de categorías y triangulación metodológica. Con la información disponible se creó un sistema categorial. Se observaron los principios éticos correspondientes.

Resultados: Las categorías y subcategorías del sistema contenían las acciones que mostraban la articulación entre la etno-medicina y la biomedicina, expresión de la interculturalidad. La categoría contexto de la interculturalidad incluyó fundamentalmente las subcategorías: proceso salud-enfermedad, diálogo de saberes, comités de vigilancia epidemiológica, formación de personal indígena en el modelo occidental y escuela de médicos tradicionales. La categoría acciones y prácticas de la interculturalidad incluyó la atención de las gestantes y el parto y el abordaje de enfermedades relacionadas con el dominio físico-biológico.

Conclusiones: Los aspectos del universo simbólico indígena recogidos en el sistema categorial potencian la interculturalidad en salud y posibilitan un mayor éxito de los programas de prevención de enfermedad y promoción de salud.

2.1.1.3. Diálogo y Respeto: Bases para la Construcción de un Sistema de Salud Intercultural para las Comunidades Indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. (Patiño Suaza & Sandín Vásquez, 2014).

Resumen.

El **objetivo** de este trabajo es presentar conceptos, iniciativas y propuestas de las comunidades indígenas de Puerto Nariño en torno al sistema sanitario, para que sean tenidas en cuenta en la elaboración de futuros programas de salud y aporten una base para la construcción e implementación de un modelo de salud intercultural eficiente.

Este artículo presenta las concepciones sobre salud-enfermedad y las propuestas en torno al sistema sanitario planteadas por las comunidades indígenas pertenecientes a las etnias Tikuna, Cocama y Yagua del municipio de Puerto Nariño en el Departamento del Amazonas, Colombia. El estudio se realizó entre los años 2010 y 2013.

Metodología: El estudio se fundamentó en el método etnográfico, que permitió la integración en la región, la comunicación y percepción de las emociones, además de la comprensión de fenómenos y factores étnicos culturales. Se desarrollaron las tres fases propuestas por Amezcua: preparatoria, trabajo de campo, analítica e informativa.

Instrumento: Las herramientas utilizadas para obtener los datos fueron la observación participante, la entrevista y los grupos de discusión. La investigación evidenció falta de información y entendimiento muy profundos por parte de los organismos estatales de salud. Como demanda principal, las comunidades indígenas piden ser escuchadas cuando se tomen decisiones que afectan a su salud o a su manera de entenderla. Se espera que los resultados obtenidos sean tenidos en cuenta en la elaboración de futuros programas de salud y aporten una base para la construcción de un sistema de salud intercultural adecuado para el Municipio de Puerto Nariño.

- 2.1.1.4. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria de la salud. (OPS, 2009)

Resumen.

Objetivos: Conocer las mejores prácticas en la atención de la salud de los pueblos indígenas a partir de experiencias seleccionadas; Analizar las características de las prácticas, los servicios y los proveedores en referencia a los estándares de calidad técnica y percibida en zonas con población indígena, incluyendo la incorporación de la medicina tradicional indígena y los terapeutas indígenas; Identificar indicadores de evaluación referentes, por ejemplo, a la satisfacción de los usuarios, mejoramiento del acceso, incorporación de las perspectivas, terapias y medicinas indígenas en los protocolos de atención, etc.; Recomendar estrategias y pasos a seguir en el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de la prestación de servicios salud con enfoque intercultural y de acuerdo a los principios de la atención primaria.

Población: Participantes de los Programas Regional de Salud de los Pueblos indígenas de las Américas (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela).

Resultados: Socialización y sistematización de las experiencias en la prestación de servicios de calidad en zonas con población indígena; Formulación de una propuesta de contenidos del sistema de licenciamiento y acreditación de la prestación de servicios de salud con enfoque intercultural y de acuerdo a los principios de la atención primaria; Identificación de indicadores que permitan la evaluación de la calidad técnica y desde la perspectiva del usuario considerando las especificidades de la población indígena; Identificación de estrategias para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de la prestación de servicios con enfoque intercultural basados en los principios de la atención primaria.

2.1.1.5. Una Propuesta de Potenciación de los Programas de Salud Intercultural, desde la Perspectiva de la Enfermería Transcultural. (Cárcamo Ortíz, Una propuesta de potenciación de los programas de salud intercultural desde la perspectiva de la enfermería transcultural., 2009)

Resumen:

La presente investigación tiene como **objetivo principal** realizar una evaluación de la necesidad de crear una política de salud con pertinencia sociocultural en el ámbito de la salud mental de un sector mapuche huilliche de la Provincia de Osorno, que permita la comprensión de las prácticas de salud en la población de estudio, mediante el análisis hermenéutico y de las formas culturales de los actores. Este trabajo forma parte de un proyecto de mayor envergadura, que se realiza en conjunto con una estudiante de la carrera de antropología.

Para llevarla a cabo, se utilizó un plan de investigación **cualitativa etnográfica**, apoyada de herramientas metodológicas como la entrevista semiestructurada y el Grupo Focal. La selección de la muestra a estudiar se realizó al azar y estratificada, ya que de la lista de personas que pertenecen al programa de salud mental de un consultorio de Rahue, se escogieron de manera aleatoria, teniendo la consideración de que fueran de distintos grupos etarios y que pertenezcan al área de depresión. Una vez que se obtuvieron los discursos, se

analizaron los datos de acuerdo con el tipo de investigación cualitativa etnográfica, según la metodología de Spradley. Los resultados obtenidos fueron comparados con distintos estudios relacionados con el tema intercultural y con teoría de enfermería relacionada, en este caso la de Madeleine Leininger.

De acuerdo con los **resultados**, luego de observar todas las características de la cultura de los participantes, es posible inferir que el mapuche urbano mantiene ya muy pocas costumbres de su cultura de origen, pese a que se autodefinen como mapuche, creándose una nueva construcción del proceso de salud y enfermedad, específicamente en el ámbito de la salud mental, la que ya no es atribuida a fenómenos mágicos o agentes sobrenaturales, sino que a causas correspondientes a una visión occidental claramente definidas por los sujetos.

Además, se han adaptado a las políticas de atención en el área de la depresión sin problema, señalando estar conformes con la ayuda recibida por parte de los profesionales, recurriendo en primera instancia al médico si se presenta un problema de salud. Sin embargo, pese a que señalan que la depresión sólo puede ser curada por la medicina occidental, aún permanece como parte de su patrimonio cultural las creencias de enfermedades que los médicos no pueden entender y, por tanto, sanar.

Si bien en el ámbito de la salud mental, no sería estrictamente necesario incorporar una política de salud intercultural, en relación con otros problemas de salud sí lo sería, por lo que se debería considerar, si se quiere entregar una atención integral al consultante, la opción de elegir qué tipo de atención requiere de acuerdo con las enfermedades que padezca. De esta forma, permitiremos también que las características culturales de este grupo étnico se mantengan, y no se pierdan en la urbanización de las comunidades.

- 2.1.1.6. Informe Final del Proyecto: Salud Indígena, Inequidades Sociales e Interculturalidad: Investigación y Evaluación Crítica de Intervenciones Implementadas en el Perú. (Yon y otros, 2017)

Resumen: “Salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú” es un proyecto que se propone realizar una evaluación crítica de políticas y programas relacionados con la salud intercultural y los pueblos indígenas en Perú, con un especial énfasis en los desencuentros culturales en salud, los determinantes sociales de la salud y las relaciones entre el estado y la sociedad en la formulación e implementación de políticas y programas de salud. En segundo lugar, esta iniciativa tiene como objetivo difundir y promover la implementación de buenas prácticas y lecciones aprendidas de las intervenciones en salud intercultural, así como sobre las condiciones sociales que las favorecen.

Para poner en práctica estos objetivos, el proyecto ha investigado en profundidad tres intervenciones (estudios de casos) destinadas a mejorar la salud de los pueblos indígenas. Estos casos corresponden a iniciativas llevadas a cabo por la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana-AIDSESP (formación de enfermeros técnicos indígenas en salud intercultural), el Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ (soberanía y seguridad alimentaria para disminuir la desnutrición infantil) y la Red de Salud de Churcampa (atención del parto con adecuación intercultural). Las dos primeras son organizaciones indígenas de la sociedad civil y la última, es una institución estatal de salud.

Luego de finalizados los estudios, el IEP ha elaborado recomendaciones de política basadas en la evidencia de estas investigaciones, así como ha apoyado el diseño e implementación de pequeños proyectos de mejora para fortalecer las intervenciones investigadas. De ese modo, el proyecto busca contribuir a reducir las inequidades en salud de los pueblos indígenas del Perú a través de influir en determinantes intermedios como: programas de salud más adecuados y culturalmente apropiados para los pueblos indígenas; el reconocimiento de los conocimientos médicos indígenas y sus contribuciones a las iniciativas de salud intercultural y el sistema de salud peruano; la igualdad de oportunidades para participar en el diseño y evaluación de programas de salud intercultural; y las oportunidades de obtener apoyo técnico y financiero para la implementación de buenas prácticas en materia de salud indígena.

En el presente informe se detallan los resultados de los tres estudios de caso, los que ya han sido presentados y discutidos con actores clave de instituciones del Estado y la sociedad civil

tanto en ámbitos locales, como regionales y nacionales. Nuestros estudios evidencian esfuerzos heterogéneos en cuanto a posibilidades reales de reconocimiento de la medicina indígena y de establecer relaciones sociales más equitativas con usuarias de pueblos indígenas u originarios, a quienes se han dirigido principalmente las intervenciones de salud con estas poblaciones que buscan ser interculturales.

El caso de la Red de Salud de Churcampa, considerado emblemático, ejemplifica muy bien los esfuerzos estatales en materia de salud indígena y salud intercultural: estos han estado concentrados en la atención del parto para la disminución de la muerte materna y han sido inevitablemente mediados por las desiguales relaciones entre Estado y ciudadanas indígenas y pobres, así como por las jerarquías entre proveedores de salud de la medicina oficial y terapeutas de los pueblos originarios. Estas asimetrías han limitado cambios significativos en relaciones sociales e intercambios culturales, y han dado lugar a una interculturalidad funcional a metas de actividades puntuales, como el incremento del parto institucional, en las que han primado cambios de infraestructura, la incorporación de algunas prácticas de atención y la tendencia a excluir a las parteras.

Son las organizaciones indígenas como AIDSESEP y CHIRAPAQ o las ONG que impulsaron inicialmente la experiencia del parto vertical, las que han introducido formas más críticas de interculturalidad que retan estas desigualdades y jerarquías. Nuestros estudios muestran que para favorecer estos últimos procesos se requiere seguir bogando por un marco institucional y valorativo favorable tanto en la formación superior (p.ej. en criterios de acreditación) como en el desempeño laboral de los profesionales de salud (p.ej. en criterios de evaluación e incentivos al desempeño) y de los servicios brindados por los establecimientos de salud estatales (p.ej. incorporación en indicadores del presupuesto por resultados), para que la interculturalidad en salud se entienda realmente como parte de la salud pública y de los derechos de la población.

La interculturalidad en salud es solo uno de los requisitos para que los servicios sanitarios puedan atender mejor las necesidades de salud de los pueblos indígenas y otras poblaciones. Estos esperan que los servicios estén mejor provistos de recursos humanos, medicinas y

equipamiento para que cumplan mínimamente con resolver problemas de salud que sus recursos terapéuticos no logran, lo que en el marco de la actual crisis del sector salud no viene sucediendo y genera mayores desconfianzas.

En la segunda fase del proyecto, se realizaron tres pequeños proyectos, llamados proyectos de mejora (PM), con base en los estudios de caso y en convenio con tres instituciones aliadas (CHIRAPAQ, AIDSESEP y Salud sin Límites-Perú). En el marco de estos PM se han desarrollado siete iniciativas que podemos destacar. Dos de ellas son el Encuentro y la Asociación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural, que se realizaron en el proyecto de mejora de AIDSESEP. Se trata de innovaciones de carácter organizacional que facilitan el intercambio y fortalecimiento de personal de salud formado en salud intercultural, así como su interacción con autoridades regionales y nacionales.

Otras dos, son la Ordenanza regional que favorece la contratación de personal con formación en salud intercultural y que hable la lengua materna de la población (PM de AIDSESEP) y la Política para la atención del parto y del recién nacido con enfoque intercultural en la red de salud de Churcampa (PM Churcampa). En este caso, son instrumentos de política que favorecen la institucionalización de la salud intercultural en ámbitos regionales y locales.

Finalmente, se llevaron a cabo tres iniciativas de carácter informativo y formativo: el Módulo de Educación Alimentaria Intercultural para mejorar la nutrición de niños, niñas y mujeres en zonas andinas (PM de CHIRAPAQ), así como la cartilla y los spots radiales sobre el derecho a la salud de las gestantes desde un enfoque intercultural (PM de Churcampa). Se trata de innovaciones para promover procesos de información y educación desde una perspectiva intercultural y de derechos que buscan generar, regional y localmente, procesos reflexivos y de ciudadanía acorde con los marcos normativos nacionales existentes. Estos últimos, si bien son favorables a la interculturalidad (p. ej. Normas Técnicas para la atención del parto desde una perspectiva intercultural y Política Sectorial de Salud Intercultural), no han logrado concreción desde una perspectiva de derechos en los ámbitos estudiados. El material ofrecido ha buscado responder a contextos culturales específicos y ofrece una

perspectiva que busca fortalecer metodologías y enfoque que reconozcan la diversidad cultural y los derechos en salud de los pueblos indígenas y originarios.

2.1.1.7. Indígenas urbanos en América Latina: algunos resultados censales y su relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (Del Popolo y otros, 2009).

Resumen: El proceso de urbanización ha alcanzado también a los pueblos indígenas de América Latina dado que en la actualidad alrededor de un 40% reside en ciudades. Desde una perspectiva de derechos, y como insumo para las políticas públicas, en el presente artículo se examinan algunos aspectos de las condiciones de vida de los indígenas urbanos, se pone énfasis en el tema de las desigualdades étnicas y territoriales considerando los objetivos de desarrollo del milenio a partir de la base de datos censales.

En el documento se brinda un panorama regional de la distribución territorial de los pueblos indígenas para contextualizar el análisis. Los resultados demuestran que las personas indígenas que residen en zonas urbanas estén en mejor situación en materia de educación, de supervivencia en la niñez y de acceso a saneamiento básico que las que permanecen en el campo, independientemente del nivel de vida del país. En general, la situación mejora en las principales ciudades de concentración indígena respecto del promedio urbano, aunque también hay excepciones a estos comportamientos.

Además, se pone en evidencia que las brechas de acceso a los servicios del estado en desmedro de los pueblos indígenas se mantienen tanto en el ámbito urbano como rural, aunque en el primer caso el grado de inequidad es menor. Por último, el estudio muestra a escala de países una asociación entre inequidad estructural y exclusión social en las ciudades. A la luz de estos hallazgos, es evidente que para lograr los objetivos de desarrollo del milenio con equidad se requiere un esfuerzo sustentado en la interculturalidad, con una estrategia intersectorial. De manera complementaria, los datos reafirman la necesidad de considerar la multidimensionalidad de los objetivos, como se aprecia en la relación

encontrada entre saneamiento básico y mortalidad en la niñez y la urgencia de aplicar enfoques territoriales en virtud de la heterogeneidad de situaciones y contextos.

2.1.1.8. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. (Vargas J & Molina M, 2009)

Resumen:

Objetivo: comprender las características del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), desde la perspectiva de los médicos, enfermeras, administradores y usuarios.

Metodología: Bajo la teoría fundada se presenta un estudio realizado en seis ciudades de Colombia: Barranquilla, Bucaramanga, Bogotá, Leticia, Medellín y Pasto, para la cual se realizaron entrevistas en profundidad a profesionales de la salud vinculados en la prestación de servicios y grupos focales con usuarios de los servicios.

Resultados: Los hallazgos señalan que el aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo y estar afiliado al SGSSS no garantiza el acceso efectivo a los servicios. El predominio del mercado, la rentabilidad financiera de las aseguradoras impone mecanismos de contención de costos por encima del derecho a la salud. Hay limitaciones desde las normas, los planes de beneficios que generan barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones. Adicionalmente, se visualizan carencias éticas individuales e institucionales, el clientelismo y la corrupción en el manejo de los recursos que, sumados a la pobreza y dispersión geográfica de algunas comunidades, hacen que se limite aún más el acceso a los servicios de salud.

2.1.1.9. Acceso a la atención en salud en Colombia. (Vargas Lorenzo y otros, Acceso a la atención en salud en Colombia, 2010)

Resumen:

Objetivo: Contribuir al conocimiento sobre el acceso a los servicios en Colombia tras la reforma del sistema de salud, exponiendo los principales resultados y vacíos en las investigaciones.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y análisis de artículos originales publicados entre 1994 y 2009. Se incluyeron 27 investigaciones cuantitativas y cualitativas que cumplieran los criterios de selección. El análisis se **enmarcó** en los modelos teóricos de Aday y Andersen y Gold, que diferencian entre acceso potencial y realizado, consideran las características de la población, proveedores y aseguradoras que influyen en la utilización.

Resultados: Los análisis explicativos de la utilización de los servicios de salud a partir de modelos de determinantes resultan escasos y parciales (limitados a áreas geográficas, patologías o colectivos específicos). Pocos estudios profundizan en factores de contexto políticas y características de proveedores y aseguradoras- o en la perspectiva de los actores sobre los factores que influyen en el acceso. Los estudios no parecen indicar un aumento del acceso realizado salvo en el régimen subsidiado- y, en cambio, señalan la existencia de importantes barreras relacionadas con factores poblacionales (aseguramiento, renta y educación) y características de los servicios (accesibilidad geográfica, organizativas y calidad).

Conclusiones: La revisión muestra limitaciones importantes en el análisis del acceso en Colombia que indican la necesidad de reorientar la evaluación hacia el acceso realizado, e incorporar variables de contexto y la perspectiva de los actores para comprender mejor el impacto de la reforma en el uso de servicios.

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Sobre el Asentamiento Espontáneo La Gran Bendición no se han hecho estudios similares; sin embargo, en Panamá se han desarrollado diferentes estudios relacionados como lo son:

- 2.1.2.1. Diagnóstico situacional y plan de salud para los pueblos indígenas de Panamá (OPS/OMS, 2010).

Resumen:

Objetivo: Contribuir en la definición de políticas y estrategias para el fomento de la salud y el abordaje integral e intercultural de los problemas de salud de los pueblos indígenas.

Método: Discusión y consenso con participación de los actores involucrados, de borrador de políticas de salud para pueblos indígenas presentado por el MINSA, sensibilizar a las autoridades y trabajadores de salud sobre el tema, participación de la comunidad en la identificación y análisis de los problemas y la definición de acciones y/o programas para su abordaje, establecer política local de no rechazo de pacientes.

Instrumento: Sistema de monitoreo y evaluación basados en las actividades definidas en el plan y según los indicadores establecidos. Los logros alcanzados han de definir los correctivos a establecer de ser necesario.

Resultado: Presentación de políticas de salud para pueblos indígenas, MINSA fortalecido para la rectoría en salud de las poblaciones indígenas, fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud y la prevención de enfermedades en las poblaciones indígenas, comunidades indígenas organizadas para el cuidado y la autogestión en salud, disminución de las tasas de mortalidad en menores y embarazadas, mejorar la salud integral de las poblaciones indígena.

2.1.2.2. Evaluación Sociocultural (ESC) para el Proyecto Apoyo para la Implementación del Plan de Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas de Panamá (Ministerio de Gobierno, 2018).

Resumen:

Objetivo: Fortalecer la capacidad de las Autoridades Indígenas y del Prestatario para planificar conjuntamente proyectos y programas de desarrollo y entregar servicios públicos selectos en los territorios indígenas de acuerdo a la visión y prioridades delineadas en el Plan de Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas de Panamá (PDIPIP).

Método: Revisión de bibliografías sobre tema y recopilación de información secundaria, mapeo de actores clave, diseño y elaboración de instrumentos para la recolección de la información (cuestionarios, encuestas), contacto con los actores claves para la recolección de la información, entrevistas a organizaciones, actores y autoridades locales, diálogo con actores grupo de mujeres y jóvenes en los talleres realizados y por último, se realizó la sistematización, integración y análisis de la información para la elaboración de documento.

Muestra: Proceso participativo exhaustivo en cada uno de los 12 territorios indígenas y la recopilación de datos secundarios, con el fin de analizar las condiciones y contextos demográficos, políticos/administrativos, económicos y socioculturales de las poblaciones viviendo en los 12 territorios indígenas de Panamá y sus situaciones con relación a los cuatro sectores incluidos en el proyecto. Dicho análisis sirvió para identificar los potenciales riesgos e impactos sociales que puedan ser relacionados con la implementación del proyecto, y unas medidas para evitar y mitigar los riesgos, tanto como oportunidades para potenciar beneficios.

Resultados: Salud: De acuerdo con el Diagnóstico Situacional y Plan de Salud para los Pueblos Indígenas de Panamá elaborado por el MINSA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existe la necesidad de promover la interculturalidad en los servicios de salud, adecuando el modelo de atención y las infraestructuras existentes para que respondan a las necesidades y visión de los pueblos indígenas mediante la provisión, entre otras cosas, de espacios para parto vertical tradicional en las salas de parto; casas maternas próximas a un hospital, en donde las mujeres de alto riesgo obstétrico puedan estar bajo control durante las dos o tres semanas previas al parto; y albergues comunitarios en donde la partera o los miembros de la familia que acompañen a una paciente puedan alojarse por unos días, puesto que carecen de vivienda en la vecindad.

Se puede afirmar que existe un déficit en cuanto a la infraestructura de instalaciones médicas en las comarcas indígenas en relación a su peso demográfico. La falta de medicamentos y la ausencia de personal bilingüe limitan el ejercicio del derecho a la salud en igualdad de condiciones por parte de la población indígena. Además, es preciso el reconocimiento de la

medicina tradicional que permita a los pueblos indígenas mantener sus prácticas de salud, incluyendo la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital, tal y como está dispuesto en la Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas.

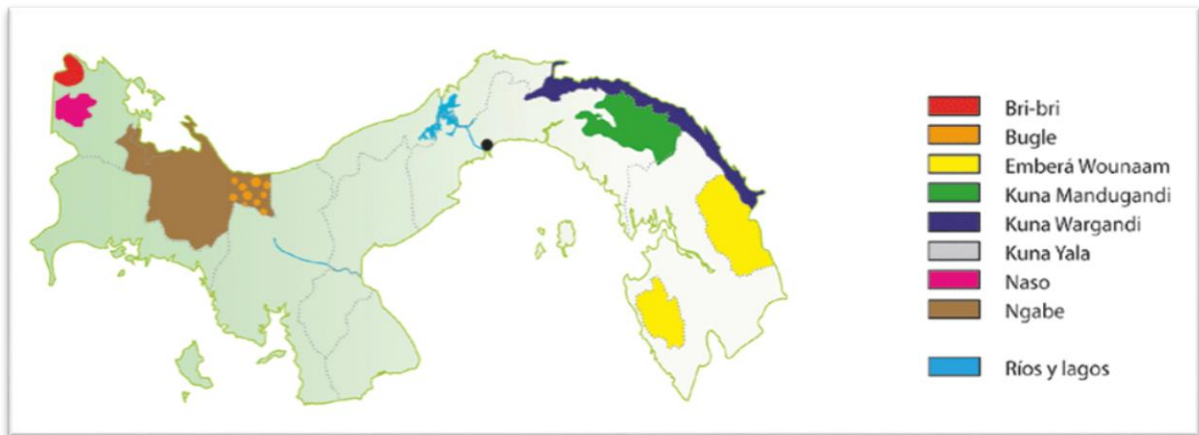
Así se determina y se corrobora a través de las encuestas realizadas a la dirigencia, jóvenes, mujeres, sabios y sabias que esta situación no ha cambiado mucho en estos territorios, al mismo tiempo que hay la necesidad de fortalecer la medicina tradicional como un complemento a la medicina occidental. Además, entendiendo que la atención a problemas de salud se inicia en la casa y está fundamentalmente a cargo de las mujeres. Las prácticas para el cuidado de la salud incluyen una serie de actividades fundamentadas en la relación entre la salud con la espiritualidad y también con las prácticas socioculturales.

En general, en las poblaciones indígenas se registran también problemas de desnutrición, anemia, enfermedades intestinales, diarreas, infecciones respiratorias, tuberculosis y cáncer cervicouterino, que llegan a constituirse en primeras causas de muerte de acuerdo a datos de la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (PNUD, 2016).

La población con mayor vulnerabilidad la constituye, las mujeres indígenas de estos territorios, sobre todo, en el aspecto de la atención a la salud, basado en la triple discriminación que sufren: por condición étnica, de género y de clase, anécdotas que son narradas por ellas en las entrevistas realizadas y contempladas en los muchos estudios que se han llevado a cabo en esta materia.

Educación: Al igual, los resultados sectoriales de los 4 sectores en que se plantea basar los proyectos, los resultados de los talleres participativos indican que las necesidades más urgentes están enfocadas en el tema de educación.

Una de las necesidades más urgentes es el mejoramiento de la educación en todos los aspectos, tanto sus infraestructuras como en la dotación de recursos materiales y humanos; al mismo tiempo, una de las demandas que siempre está presente es “la construcción de currículos adaptados a las necesidades de aprendizaje de cada pueblo indígena, que debe contar con la participación de las autoridades tradicionales y de la misma población”.



Fuente: Joe Brown Aventure. Grupos Indígenas de Panamá.

2.2. Bases Teóricas:

Las bases teóricas de esta investigación se apoyan en conceptos y teorías fundamentales que permiten comprender la relación entre la salud comunitaria y los factores socioeconómicos y culturales que afectan a las comunidades indígenas en asentamientos informales.

Estas teorías ofrecen un marco para analizar cómo las barreras económicas, culturales y de acceso impactan el bienestar de la población y el acceso a servicios de salud. Al explorar estudios previos y modelos de salud intercultural, se establece el sustento teórico necesario para proponer un modelo de intervención que responda a las particularidades culturales y necesidades específicas de la comunidad de La Gran Bendición.

2.2.1. Perspectiva Histórica de la Interculturalidad:

La evidencia de la diversidad cultural no es un tema contemporáneo, es tan antigua como la humanidad, desde los albores de la antigüedad los viajeros han dejado evidencia de su sorpresa al comparar las lenguas, religiones, costumbres y las muy diversas formas de apropiarse y explicar la realidad que desarrollan distintos pueblos. Esta constatación, sin embargo, no trascendía el dato, la referencia y su asombro; si alguna explicación se

brindaba a esta diversidad era de carácter mítico, vinculándolo más con la propia historia que con la ajena (Salaverry, Interculturalidad en salud., 2010).

En occidente, esta forma de relacionarse con el otro, con lo extraño y ajeno, se mantiene hasta la edad media, los libros de viajeros se referían a lejanos imperios como el de Catay y, al describir sus costumbres, el estilo no se diferencia, en su carácter descriptivo, a los de la época clásica.

Algo más tenían en común ambos grupos de relatos: se referían mutuamente a sujetos lejanos que podían exacerbar su asombro, pero con los que no mantenían una relación de compartir espacios, eran en su sentido más profundo el extraño, el otro. Corresponde al periodo de difusión imperial de la cultura europea los primeros intentos de explicación de esta diversidad, de la busca de una interpretación ya no para un conocimiento lejano sino para interacciones directas y complejas. Son un ejemplo las discusiones, en el siglo XVI, sobre los pobladores americanos, las que pretendían entender la naturaleza de los indios (nombre equivocado que persistió) como diferente a la naturaleza de los europeos y, por tanto, una justificación para su esclavización.

Dada la evidencia de las complejas culturas encontradas se cuestionó esta primigenia intención y la conocida disputa entre el Padre De las Casas y Juan Ginés de Sepúlveda es el episodio culminante.

La auto identificación de los europeos como cultura superior y su derecho de esclavizar a los indígenas se basaba en la posesión de la razón, que a su vez se expresaba en la capacidad de recibir la doctrina cristiana. No se podía alegar como fundamento que los indígenas americanos no conocían la doctrina cristiana, pues evidentemente, eso era consecuencia de una acción humana, la evangelización no había llegado a ellos aún, pero la discusión se centraba en la capacidad que tuvieran para aceptarla y comprenderla.

Los alegatos, en uno u otro sentido, sientan las bases de lo que será en los sucesivos siglos la enfrentada relación entre unos conquistadores pertenecientes a una cultura a su vez mestiza como la castellana de la época y la diversidad cultural aglutinada arbitrariamente como única y homogénea ante la mirada del conquistador. Aunque doctrinariamente la posición de De Las Casas no fue la ganadora, su exposición de los abusos cometidos

contra los indígenas dio lugar a que la corona española emitiera las llamadas “Leyes Nuevas” que prohibían la esclavitud de los indios y consideraba a los naturales como individuos, susceptibles de recibir la doctrina cristiana y, por tanto, posibles de ser súbditos, pero al mismo tiempo como seres disminuidos, infantilizados y, por tanto, necesariamente sujetos a un tutelaje por los conquistadores civilizados, este último era el argumento central de la tesis de Sepúlveda; por lo que la polémica en realidad no quedó resuelta.

El caso del imperio español en América no sólo fue una primera evidencia de la diversidad cultural y de las complejas relaciones entre culturas, sino también de una primera relación intercultural en salud. Los conquistadores y luego los emigrantes españoles establecieron en la práctica dos sistemas sociales coexistentes en los territorios de ultramar, a los que se referían como una República de españoles” y una “República de naturales”, cada una de ellas sometida a sus propias exigencias y regulaciones, dentro del marco de la obediencia al soberano metropolitano.

En el campo de la salud, el afán proteccionista a los pobladores indígenas, que atraviesa toda la legislación indiana, no se correlacionaba en lo absoluto con lo que ocurría en la realidad. Incapaces de percibir que en las sociedades americanas, en la andina por ejemplo, el sistema sanitario estaba estrechamente vinculado con los aspectos religiosos y mágicos, (aunque el sistema sanitario español tenía igual naturaleza), por inspiración de las órdenes religiosas que se afincaron en las nuevas tierras se desarrolla durante la segunda mitad del siglo XVI la llamada extirpación de idolatrías” que, conducida por sacerdotes que no supieron distinguir en los sanadores nativos el componente curativo de sus prácticas de los aspectos mágicos y religiosos que estas conllevaban, llevaron a la destrucción el sistema sanitario andino prohibiendo el ejercicio de sus curaciones y castigando a quienes las enseñaran o practicasen.

En el transcurso de dos o tres generaciones se perdieron siglos de conocimientos acumulados. Sobrevivieron prácticas y conocimientos aislados los cuales incorporados en los conocimientos colectivos pasaron a ser componentes de un sistema de medicina popular o, como luego se llamaría, medicina folklórica. Aun así, y dadas las limitaciones de la medicina occidental, esa medicina popular es el antecedente y la base de las

diferentes medicinas tradicionales que se desarrollaron en el mundo andino y mesoamericano, paralelamente a la hegemonía de la medicina occidental con sus limitaciones y avances.

La referencia anterior no sería sino la constatación de una más de las tantas pérdidas culturales propias de todo proceso de conquista, sino fuera también la base para que se implantara un sistema sanitario diferenciado por castas que dio inicio a la marginación del poblador indígena. La desaparición del sistema sanitario indígena se reemplazó, en el ámbito urbano, con la caridad cristiana que creó “Hospitales de naturales. Estos establecimientos brindaban atención a los indios, pero se entendía esta atención como dar asilo al moribundo o al que padece una enfermedad grave mientras se expresaba la voluntad divina que lo sanaría o lo llevaría a la muerte, en cuyo caso, al haber accedido, dentro del hospital, a la atención religiosa se tendría un “buen morir”.

El choque cultural entre las concepciones nativas del proceso de enfermedad y curación y las propias de la medicina española del siglo XVI condujeron a un resultado inevitable: la firme convicción de los pobladores nativos de que los establecimientos de salud eran sólo un lugar para morir y en los cuales, por cierto, no entendían en absoluto las causas de enfermedad, según ellos la percibían desde su cosmovisión.

La progresiva desvalorización y estigmatización del indígena también alcanzó la medicina; a la inicial admiración de los conquistadores por las habilidades terapéuticas y quirúrgicas de los nativos le sucedió un progresivo menosprecio oficial a sus prácticas, ya no por razones religiosas que la vinculaban con actos demoníacos, sino porque paralelamente a la destrucción de los conocimientos indígenas, se fue construyendo una imagen del indio como un ser ya no sólo infantil, como fue su primera interpretación, sino como un ser degenerado en lo físico, en lo moral y en lo intelectual. Siendo esa la percepción generalizada, como podría esperarse de ellos una medicina que fuera comparable con la occidental.

Encontramos así, una mirada oficial que protegía la salud de estos súbditos disminuidos, como se consideraba a los indígenas, pero una desvalorización y estigmatización social que llevó a que el término indígena fuera considerado peyorativo y, por tanto, rechazado

por los pobladores andinos, quienes hasta la fecha continúan identificándose como miembros de una etnia, pero rechazan el término indio y se auto refieren como campesinos.

A comienzos del siglo XIX, se forman las repúblicas americanas, pero no como resultado de una reivindicación de los derrotados históricos, es decir, las etnias indígenas subyugadas, sino como una revolución criolla, urbana y bajo el influjo de la revolución francesa y norteamericana. Su énfasis en los derechos políticos y ciudadanos no aportó nada a las grandes masas campesinas que participaron en el proceso sólo como enrolados a la fuerza en los ejércitos organizados por ambos bandos en disputa. Implantada la república, la situación de los indígenas no mejoró y al contrario en algunos casos empeoró.

El antiguo “tributo indígena” herencia de su condición de conquistados, se mantuvo durante la república, cambiando el nombre por “contribución indígena. En particular, en el aspecto hospitalario, como los preceptos de la revolución emancipadora suponían crear una república de ciudadanos con idénticos derechos, se suprimieron los hospitales por castas, y otras medidas protectoras propias del régimen disminuido en que los había mantenido el virreinato. Ese paso formal de indios a ciudadanos, sin ningún avance real, fue el marco en el cual las repúblicas mantuvieron la invisibilidad del indio.

2.2.2. Definiciones sobre Interculturalidad y Participación Social en Salud:

Hasen (2012), nos dice que: Se entiende la interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales.

Walsh (2005) define la interculturalidad como concepto y práctica, la interculturalidad significa “entre culturas”, pero no simplemente un contacto entre culturas, sino un

intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de igualdad (Walsh, Catherine;, 2006).

Además de ser una meta por alcanzar, la interculturalidad debería ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales.

En sí, la interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad (Walsh, Interculturalidad crítica y educación intercultural, 2010).

La interculturalidad no es una descripción de una realidad dada o lograda, ni un atributo casi “natural” de las sociedades y culturas (Guerrero Arias, 1999), sino un proceso y actividad continua; debiera, pues, ser pensada menos como sustantivo y más como verbo de acción, tarea de toda la sociedad (Walsh & Chávez, 2005) y no solamente de sectores campesinos/indígenas.

En sí, la interculturalidad tiene el rol crítico, central y prospectivo - no sólo en la educación, sino en todas las instituciones de la sociedad de reconstruir, paso a paso, sociedades, sistemas y procesos educativos, sociales, políticos y jurídicos; y de accionar entre todos los peruanos indígenas, blancos, mestizos, cholos, negros, mulatos, asiáticos, árabes, etc. - relaciones, actitudes, valores, prácticas, saberes y conocimientos fundamentados en el respeto e igualdad, el reconocimiento de las diferencias y la convivencia democrática.

Según Walsh (2009), A manera de síntesis, podemos explicar el uso y sentido contemporáneo y coyuntural de la interculturalidad desde tres perspectivas distintas. La primera perspectiva es la que referimos como relacional, la que hace referencia de forma más básica y general al contacto e intercambio entre culturas, es decir, entre personas,

prácticas, saberes, valores y tradiciones culturales distintas, los que podrían darse en condiciones de igualdad o desigualdad.

De esta manera, se asume que la interculturalidad es algo que siempre ha existido en América Latina, porque siempre ha existido el contacto y la relación entre los pueblos indígenas y afrodescendientes, por ejemplo, y la sociedad blanco-mestiza criolla, evidencia que se puede observar en el mismo mestizaje, los sincretismos y las transculturaciones que forman parte central de la historia y “naturaleza” latinoamericana caribeña.

No obstante, el problema con esta perspectiva es que, típicamente, oculta o minimiza la conflictividad y los contextos de poder, dominación y colonialidad continua en que se lleva a cabo la relación. De la misma forma, limita la interculturalidad al contacto y a la relación - muchas veces a nivel individual-, encubriendo o dejando de lado las estructuras de la sociedad - sociales, políticas, económicas y también epistémicas- que posicionan la diferencia cultural en términos de superioridad e inferioridad. Por eso mismo, es necesario problematizar y ampliar la perspectiva relacional, considerando dos perspectivas adicionales que dan contexto y sentido al uso de la palabra y concepto de interculturalidad en la coyuntura actual, evidenciando a la vez sus significados, usos, intencionalidades e implicaciones sociales y políticas.

A nuestra segunda perspectiva de interculturalidad la podemos denominar funcional, siguiendo los planteamientos del filósofo peruano Fidel Tubino (2005). Aquí, la perspectiva de interculturalidad se enraíza en el reconocimiento de la diversidad y diferencia culturales, con metas a la inclusión de esta al interior de la estructura social establecida. Desde esta perspectiva -que busca promover el diálogo, la convivencia y la tolerancia-, la interculturalidad es “funcional” al sistema existente, no toca las causas de la asimetría y desigualdad sociales y culturales, tampoco “cuestiona las reglas del juego”, por eso “es perfectamente compatible con la lógica del modelo neoliberal existente” (Tubino, 2005).

Esto forma parte de lo que varios autores han definido como “la nueva lógica multicultural del capitalismo global”, una lógica que reconoce la diferencia, sustentando

su producción y administración dentro del orden nacional, neutralizándola y vaciándola de su significado efectivo, volviéndola funcional a este orden y, a la vez, a los dictámenes del sistema-mundo y la expansión del neoliberalismo (Muyolema, 1998).

En este sentido, el reconocimiento y el respeto a la diversidad cultural se convierten en una nueva estrategia de dominación, que apunta no a la creación de sociedades más equitativas e igualitarias, sino al control del conflicto étnico y la conservación de la estabilidad social, con el fin de impulsar los imperativos económicos del modelo (neoliberalizado) de acumulación capitalista, ahora “incluyendo” a los grupos históricamente excluidos en su interior. Sin duda, como discutiremos más adelante, la ola de reformas educativas y constitucionales de los 90 -las cuales reconocen el carácter multiétnico y plurilingüístico de los países e introducen políticas específicas para los indígenas y afrodescendientes- son parte de esta lógica multiculturalista y funcional.

La tercera perspectiva -la que asumimos aquí- es la de la interculturalidad crítica. Con esta perspectiva, no partimos del problema de la diversidad o diferencia en sí, sino del problema estructural-colonial-racial. Es decir, de un reconocimiento de que la diferencia se construye dentro de una estructura y matriz colonial de poder racializado y jerarquizado, con los blancos y “blanqueados” en la cima y los pueblos indígenas y afrodescendientes en los peldaños inferiores.

Desde esta posición, la interculturalidad se entiende como una herramienta, como un proceso y proyecto que se construye desde la gente -y como demanda de la subalternidad-, en contraste a la funcional, que se ejerce desde arriba. Apuntala y requiere la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas.

Por otro lado, León Díaz (2007) nos dice que “Situación la competencia intercultural en la intervención permite trascender la idea de la acción profesional como conjunto de acciones dispersas sobre un(os) sujeto(s) que se considera(n) culturalmente diferente(s) y en términos sociales desiguales hacia la idea de un accionar reflexivo sobre la necesidad de comprensión cultural de la diferencia como diversidad y no como desventaja. Es reconocer que en la intervención no se produce simplemente conocimiento cultural

unidireccional que parte del profesional, sino que es una relación en la que se presenta un intercambio cultural dinámico e interactivo (León Díaz, 2007).

Por lo tanto, las competencias de los y las profesionales en Trabajo Social con respecto a la intervención intercultural parte de tomar conciencia de la diversidad cultural y de la dinámica de cambio que genera cualquier comunicación, sin olvidar que el simple hecho de poner en contacto a personas diferentes en un mismo espacio no presupone garantía de éxito en el intercambio, así como tampoco supone que el otro es el único portador de la cultura y de la diferencia”.

2.2.3. Tipos de Interculturalidad:

2.2.3.1. Interculturalidad en salud:

Según Alarcón, Vidal y Neira (2003), en las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud (Alarcón V y otros, 2003).

El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.

El respeto a esta diversidad tiene larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural; situación que ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación médico-paciente.

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado tanto en Chile como en otros países latinoamericanos por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

Por su parte, Salaverry (2010), dice que: la interculturalidad es un concepto derivado de las ciencias sociales, en particular la antropología que se ha ido permeando a diversas disciplinas. La Interculturalidad en salud corresponde, en ese sentido, al desarrollo de lo que Kleinman ha denominado las competencias culturales que deben desarrollar los médicos y, por extensión los profesionales de la salud (Salaverry, 2010).

En el caso de los países latinoamericanos, la interculturalidad en salud se incorpora en los países con población indígena en los últimos años, no como una expresión del desarrollo natural de la medicina sino como respuesta a las presiones sobre el sistema de salud para que atienda a las demandas sobre el derecho de los pueblos indígenas a recibir una atención médica acorde con sus patrones culturales.

La interculturalidad en salud es un concepto en construcción, que causa confusión en los profesionales de la salud por las limitaciones en la formación básica en antropología o interculturalidad en las escuelas de medicina. La interculturalidad en salud implica un cambio de paradigma del ejercicio médico, que es posible insertarlo en la recuperación de la tradición clásica de la medicina, que fue dejada de lado por el enfoque exclusivamente biomédico en el siglo XIX.

2.2.3.2. Interculturalidad en Educación:

Vélez (2006) afirma que: La interculturalidad en el ámbito educativo, no atañe solo a los contenidos que se imparten/aprenden; fundamentalmente tiene directa relación con una forma de concebir los procesos de aprendizaje-enseñanza, una postura política y crítica frente al hecho educativo, que prioriza el aprendizaje del educando, sobre la enseñanza impartida por el educador; en este sentido, adquiere suma relevancia la realidad sociocultural en la que la educación se desarrolla, no como un dato agregado, sino como el punto de referencia de la práctica y los contenidos educativos (Vélez, 2006).

Dado que la educación es un espacio político que no puede abordarse separadamente del contexto socio-económico en el que se desarrolla; que las escuelas, como se ha manifestado antes, están involucradas en la construcción y control de significados, subjetividades y discursos; y que las prácticas educativas son constructos sociales

articulados desde presupuestos políticos específicos, conviene establecer una distinción entre lo que se considera una educación intercultural y aquella que más bien se inscribe en el ámbito del multiculturalismo. El multiculturalismo, a diferencia de la interculturalidad, aborda la diferencia y la diversidad de una manera descriptiva y asimétrica.

2.2.4 Participación en Salud:

La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.

Según Coreil y Dennis, 1990, Menéndez 1994, junto con la auto atención, el papel de la mujer, la medicina tradicional y el saber popular, la Participación Social (PS), sigue siendo reconocida hasta la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar o, por lo menos, limitar los principales problemas que afectan la salud colectiva, y en particular la de los grupos subalternos (Menéndez, 1994).

La PS es reconocida como un proceso que empodera a las comunidades, permitiendo que asuman un papel activo en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Este enfoque no solo fomenta la responsabilidad individual y colectiva, sino que también refuerza la importancia de integrar conocimientos locales y tradicionales en las estrategias de atención sanitaria. En este sentido, la participación social se convierte en un mecanismo esencial para mejorar el acceso a servicios de salud y promover el bienestar en contextos vulnerables.

2.2.5. Asentamiento informal:

Los asentamientos informales son áreas donde grupos de personas, a menudo desplazadas, se establecen sin la autorización o planificación adecuada de las autoridades locales. Estos asentamientos suelen ubicarse en terrenos no destinados a la vivienda, como márgenes de carreteras o terrenos baldíos, y a menudo carecen de servicios básicos e infraestructura

adecuada. La ocupación de estos espacios se realiza generalmente sin derechos legales, lo que puede generar inseguridad y precariedad para sus residentes. A pesar de estas desventajas, los asentamientos espontáneos pueden ser dinámicos, ya que los residentes desarrollan estrategias para mejorar sus condiciones de vida y organizarse comunitariamente.

La gestión de los asentamientos espontáneos presenta desafíos significativos, incluyendo la necesidad de reubicación a terrenos más adecuados y la provisión de servicios básicos. La falta de planificación adecuada puede resultar en condiciones de vida insalubres y peligrosas, especialmente, en áreas propensas a desastres naturales. Sin embargo, también se reconoce que estas comunidades pueden ser espacios de resiliencia y adaptación, donde los residentes utilizan su conocimiento local para enfrentar problemas cotidianos y mejorar su situación.

El reconocimiento de la existencia de asentamientos espontáneos es crucial para abordar los problemas urbanos contemporáneos. Las políticas que integran estos asentamientos en el marco urbano formal pueden facilitar el acceso a servicios y mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Por lo tanto, es fundamental adoptar un enfoque inclusivo que considere las necesidades y capacidades de estas comunidades.

2.2.6. Familia y Participación en el Acceso a la Salud:

La familia se considera un agente fundamental en la salud de sus miembros, actuando como un puente entre el individuo y la sociedad. Es en el contexto familiar donde se desarrollan los hábitos de salud y se satisfacen las necesidades básicas, incluyendo el acceso a la atención médica. Las funciones de la familia son universales y estables, independientemente del tipo de sociedad, y su estructura y dinámica influyen directamente en el bienestar físico y mental de sus integrantes. La familia no solo proporciona apoyo emocional y económico, sino que también transmite valores y prácticas relacionadas con la salud, lo que la convierte en un componente esencial en la promoción de un estilo de vida saludable¹ (Cid Rodríguez & Montes de Oca Ramos, 2014).

La participación en el acceso a la salud es un proceso crítico que permite a los individuos y comunidades asumir un papel activo en la toma de decisiones sobre su bienestar. Desde la

Conferencia de Alma Ata en 1978, se ha reconocido que la participación social es clave para garantizar que las necesidades de salud sean atendidas de manera efectiva. Este enfoque implica que los ciudadanos no solo tienen el derecho, sino también el deber de involucrarse en la planificación y ejecución de servicios de salud. La participación social fomenta un sentido de comunidad y empoderamiento, permitiendo a las personas influir en las políticas que afectan su salud y bienestar, lo cual es especialmente importante en contextos vulnerables (Sopransi, 2016).

2.3. Marco Conceptual:

2.3.1. Cultura.

(OPS, 1997), La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos - cosmovisión - e instituciones (familia, instituciones religiosas, económicas y políticas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado (Cross y otros, 1989) y (Pinderthughes, 1989). La etnia, la raza y el nivel socioeconómico en varias combinaciones constituyen los diferentes contextos culturales (Pinderthughes, 1989), a lo que hay que añadir el ámbito geográfico.

Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales. Estas respuestas, por supuesto, no sólo obedecen a las dinámicas internas sino en gran medida a los condicionamientos externos.

En cuanto al problema específico de la enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc., muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social - y económica - y el ámbito geográfico - naturaleza - en el que se asienta cada cultura (González Nãñez, 2005). Por ello, estas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas.

2.3.2. Salud:

Hasen, expresa, por su parte, el concepto de salud se ha definido de formas diversas de acuerdo a cada contexto cultural, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia

intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Esto dificulta el llegar a una definición exhaustiva de la salud desde una perspectiva transcultural. Sin embargo, se ha podido establecer que el concepto es mucho más amplio que la mera ausencia de trastorno o afección, conjugándose factores biológicos, psicológicos y sociales (Hasen Narváez, 2012).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los pueblos indígenas tienen una perspectiva integral del mundo, en consecuencia, definen la salud en términos de un bienestar integral que incorpora la dimensión espiritual y la consideración a los determinantes de la salud (OPS/OMS, 2008). Por ejemplo, en 1995, diferentes representantes indígenas del Ecuador, en un taller de salud, indicaron que la salud/bienestar es “la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir, el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social.”

Al preguntarles qué es salud a los líderes indígenas del Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS, 2000), señalaron textualmente lo siguiente: “Los indígenas nos consideramos indivisibles en cuerpo y espíritu, estamos en equilibrio con nuestro ambiente familiar/laboral a través de nuestro pensamiento ancestral, este mismo nos ayuda a vivir en armonía con nuestros elementos vivos del universo: las plantas, los animales, la tierra, el fuego, el aire y el agua. Para nosotros esto es salud y bienestar”.

En otras palabras, la salud, al incorporar varios paradigmas de la perspectiva indígena, se expresa en las relaciones dinámicas y equilibrio entre los ejes de trabajos inseparables de lo que es individual (físico, mental, emocional y espiritual) y lo que es colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, una vez más, espiritual). Este concepto de la salud integral abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de un individuo y de la sociedad-comunidad en condiciones de equidad y promueve la autodeterminación de los pueblos (Cevallos & Amores, 2009).

2.3.3. Salud Intercultural:

La pertinencia cultural durante la atención en salud implica abarcar las áreas biológica, cultural y social de la persona, como un factor primordial en el proceso de salud y enfermedad (Alarcón y otros, 2003). En Latinoamérica, se están desarrollando distintas estrategias, a fin de que el entorno cultural de los usuarios no sea un obstáculo para brindar la atención en salud (Cárcamo Ortiz, 2009).

2.3.4. Determinantes sociales:

La Organización Mundial de la Salud, define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (OPS/OMS, 2023).

Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en tal caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en tal caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (OPS, 2009).

2.3.5. Acceso a la salud:

Villalobos, Saigí (2016), nos ilustran sobre el Sistema de Salud en Panamá.

Breve Historia de la evolución del Sistema de Salud en Panamá: Podemos establecer el nacimiento del sistema de atención en Panamá en el año 1941, con la fundación de la Caja de Seguro Social (CSS). Desde este año hasta 1969, se va consolidando y extendiendo la cobertura y atención de la CSS (Villalobos Hidalgo & Saigi, 2016).

En 1969 se crea el Ministerio de Salud como Autoridad Sanitaria Nacional y dos años después se aprueba la Ley Orgánica de la CSS.

Durante los años 1998 y 1999, se avanza en la creación de estructuras de atención, tanto del MINSA como del CSS, así como del Hospital Integrado S. Miguel Arcángel, que atiende a beneficiarios tanto del MINSA como de CSS.

2.3.6. Provisión de Servicio de salud:

El MINSA y la CSS cuentan cada uno con su propia red de proveedores de servicios de salud, con muy poca coordinación entre ambas redes, solo con la excepción del Hospital Integrado San Miguel Arcángel, que provee servicios de salud tanto al MINSA como a la CSS. La CSS es la entidad encargada de proveer servicios de salud a los trabajadores de la economía formal y a sus familiares, en su propia red de clínicas y hospitales.

Los ciudadanos asegurados en compañías privadas son atendidos en las redes propias de estas compañías y eventualmente en las clínicas y hospitales del MINSA y la CSS mediante convenios suscritos con estas compañías.

Análisis DAFO:

Debilidades: Bajo porcentaje del PIB dedicado a la atención de la salud, alto gasto público, falta de profesionales sanitarios: médicos y enfermeras, concentración de estructuras físicas y de recursos humanos en las ciudades, no definición de la cartera de servicios.

Amenazas: Aumento de la demanda de servicios de salud tanto en cantidad como en calidad, aumento de la edad de la población, cambios en los patrones epidemiológicos, falta de integración del aseguramiento y la provisión de los servicios.

Fortalezas: Aceleración de la economía, mejora de los índices de salud de la población, mejora de otros sectores que influyen sobre la salud de los ciudadanos, priorización de la atención a la salud por parte de los ciudadanos, visión de la salud como sector económico generador de riqueza.

Oportunidades: Utilización de la tecnología para mejorar la eficiencia de la provisión de los servicios de salud, voluntad política de consenso, integración con otros países en el entorno latinoamericano.

Visión futura: Los objetivos estratégicos del Gobierno panameño con relación a la atención de la salud de sus ciudadanos se orientan a la integración del aseguramiento público para mejorar la equidad y accesibilidad de la atención a la salud de sus ciudadanos, así como a la definición de una cartera de servicios que permita la sostenibilidad del sistema.

La OMS (2012) nos indica que: Las desigualdades en la salud tienen su raíz en las desigualdades de la sociedad. Para acabar con las diferencias sanitarias que hay entre las personas con desventajas sociales y educativas y las personas con más ventajas, se necesita una política que mejore el acceso a bienes y servicios que mejoren la salud, y hay que crear entornos de apoyo. Una política de este tipo les asignaría una alta prioridad a los grupos sin privilegios y vulnerables. Además, una política pública saludable reconoce la cultura única de personas indígenas, minorías étnicas e inmigrantes. El acceso igual a los servicios sanitarios, sobre todo, a la atención sanitaria de la comunidad, es un aspecto vital de la igualdad en la salud. Como consecuencia de los rápidos cambios culturales causados por las tecnologías emergentes pueden surgir nuevas desigualdades en la salud (OMS, 2012).

El primer objetivo de la región europea de la Organización Mundial de la Salud para avanzar hacia Health for All es que: “En el año 2000, las diferencias reales referentes a la situación de la salud entre los países y los grupos dentro de los países debería reducirse al menos un 25%, mejorando el nivel de salud de las naciones y grupos desfavorecidos». Teniendo en cuenta las grandes diferencias sanitarias que existen entre los países, las cuales se han examinado en esta conferencia. Los países desarrollados tienen la obligación de garantizar el hecho de que sus propias políticas tengan un impacto sanitario positivo en las naciones en desarrollo. La conferencia recomienda que todos los países desarrollen políticas públicas saludables que se ocupen explícitamente de esta cuestión.

Vargas & Vásquez (2010) indican que: Los factores que predisponen a la utilización de la atención, según el marco de Aday y Andersen, están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios. Los factores predisponentes que se incorporan con mayor frecuencia en los estudios de determinantes analizados son los sociodemográficos. La mayoría muestra que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con la escolaridad, la edad de niños y adultos y el sexo femenino (Vargas Lorenzo y otros, Acceso a la atención en salud en Colombia, 2010).

Son escasos los estudios que analizan la influencia de factores como las creencias y actitudes, el conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades en salud. Sólo uno de los estudios analizados consideró el conocimiento de los usuarios sobre los horarios de los proveedores y los requisitos para acceder a los servicios, relacionándose positivamente con el uso de servicios preventivos. No obstante, el limitado conocimiento de la población desplazada sobre los servicios de salud emerge como una importante barrera en el acceso en dos de los estudios cualitativos analizados, asociada no sólo a las características específicas de una población vulnerable (desconocimiento del medio receptor, pobreza), sino también a deficiencias en la información proporcionada por las instituciones.

La necesidad de atención a la salud, medida como estado de salud percibido, se incluyó en algunos de los estudios de determinantes de la utilización de servicios analizados apareciendo en la mayoría como no significativa estadísticamente.

Factores que capacitan. Otro tipo de factores poblacionales que influyen en la utilización de los servicios son los capacitantes, de carácter personal/familiar como el ingreso económico, la situación laboral o la cobertura sanitaria; o de tipo social, como la existencia de redes sociales. En los estudios analizados, los factores capacitantes que se consideran con más frecuencia son la afiliación y la renta.

Aseguramiento: Diversos tipos de estudios muestran el impacto del aseguramiento en la utilización de servicios de salud, así como en el tipo de servicios que utilizan. Los estudios

sobre determinantes señalan diferencias significativas estadísticamente en la probabilidad de utilizar los servicios, principalmente entre población asegurada y no asegurada. En cambio, las diferencias entre regímenes de afiliación son menores o no significativas, según la mayoría de estos modelos.

Los estudios de desigualdades en la utilización también muestran diferencias en la probabilidad de que una persona enferma reciba atención médica, principalmente entre los asegurados y los que no lo están. La utilización por tipo de servicio también varía según el tipo de aseguramiento: la probabilidad de hospitalización es más baja para los no asegurados que para los afiliados subsidiado y para éstos, menor que para los del contributivo; el porcentaje de pacientes que no recibe medicamentos es mayor entre los no asegurados que entre los asegurados subsidiados y los contributivos y la utilización de servicios preventivos es menor para la población no asegurada.

Renta: Los distintos tipos de estudios analizados identifican la renta del individuo como un factor que capacita la utilización de servicios. En algunos de los estudios de determinantes analizados, el nivel socioeconómico se relaciona de forma significativa con la probabilidad de utilización. Esta relación también se observa en sentido contrario, es decir, la falta de dinero como factor incapacitante para acudir a los servicios en aquellos hogares situados en los quintiles de renta más bajos. En los estudios cualitativos analizados, los informantes (usuarios y personal de salud) relacionan la falta de dinero con la incapacidad para hacer frente a los copagos, comprar medicamentos y gastos de desplazamiento a otros niveles de atención.

Otras variables: El lugar de residencia, las condiciones laborales y el tamaño del hogar también se considera en algunos de los estudios analizados como variables que capacitan el uso de los servicios. El carácter rural o urbano del área de residencia resulta no significativo en dos de los estudios de determinantes, lo cual contrasta con uno de los estudios de desigualdades analizados que muestra probabilidades de uso significativamente distintas entre áreas rurales y urbanas.

El tamaño del hogar resultó significativo para el uso de los servicios sólo en uno de los estudios, junto con las condiciones de trabajo con signo positivo en el primero y negativo en el segundo.

En los estudios, desde la perspectiva de los actores, emergen otros factores importantes que incapacitan el uso de servicios como la falta de redes de apoyo, especialmente en poblaciones con una carga familiar y laboral, como las mujeres, o vulnerables económicamente y la falta de integración en su entorno social en el caso de la población desplazada.

Por lo tanto, los estudios analizados muestran que el uso de servicios de salud se relaciona positivamente con factores predisponentes como la edad, el nivel educativo, el sexo femenino; y capacitantes, como la afiliación y la renta. No se consideran factores que la literatura considera explicativos del acceso realizado y que emergen como barreras en algunos estudios cualitativos como las actitudes, el conocimiento sobre el uso, la situación laboral o la presencia de redes de apoyo.

2.3.7. Características de los servicios de salud:

Los factores relativos a los proveedores que condicionan la utilización de los servicios se relacionan tanto con la disponibilidad de recursos como con su organización.

Pocos son los estudios analizados que incorporan o evalúan este tipo de factores. La mayoría se basan en el análisis de las causas del no uso de servicios de las encuestas poblacionales nacionales que incorporan entre las respuestas algunas relacionadas con la oferta, como la distancia geográfica y la mala calidad de los servicios. Ambas aparecen como causa de no utilización en ambos esquemas de aseguramiento.

Entre los estudios multivariantes sobre los determinantes de la utilización son también pocos los que incluyen variables relacionadas con la oferta, referidos en su mayoría a la utilización de servicios preventivos vacunación infantil y citología de cuello uterino. La variable que aparece como determinante del uso es la disponibilidad de un servicio o profesional de la salud al que acudir regularmente, mientras que variables como la distancia o el tiempo de espera no son estadísticamente significativas.

A pesar de que los estudios cuantitativos apenas tienen en cuenta los factores relacionados con la prestación, en las investigaciones desde la perspectiva de los actores analizadas emergen diversas barreras al acceso relacionadas con elementos estructurales -disminución de la oferta por cierre de servicios y las barreras geográficas- con la organización de los servicios -trámites administrativos y espera para solicitar citas o ser atendidos y con la mala calidad de la atención.

2.3.8. Ejemplo de Aplicación de la Salud Intercultural:

Rosero & Borja, 2012, nos muestran un ejemplo de aplicación de la Salud Intercultural: En la provincia amazónica de Sucumbíos, el Programa de Desarrollo y Diversidad Cultural (PDC) adecuó salas de parto en las unidades de salud de los cantones Cáscales, Shushufindi, Puerto el Carmen, Limoncocha y Lumbaqui, en los que se asientan indígenas de las nacionalidades Siona, Secoya, Cofán, Kichwa, Shuara y Waorani. Estas salas de partos están acondicionadas de manera que las mujeres puedan escoger la forma de dar a luz, de acuerdo con sus propias costumbres. Para estos servicios se reconoce la labor de las parteras y el uso de las medicinas tradicionales y las formas de alimentación ancestrales (Rosero G & Borja T, 2012).

Como parte de un trabajo integral, se han desarrollado actividades de sensibilización y capacitación en salud intercultural al personal local, parteras y promotores/as y la difusión de los servicios mediante estrategias de comunicación, en las que se resalta la de "Parto en casa".

2.3.9. Género:

OPS (2008) indica que género: Es un concepto social y las definiciones y percepciones varían según las culturas. El género define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de las mujeres y los hombres. Las diferencias biológicas innatas entre mujeres y hombres forman la base de las normas sociales que definen los comportamientos apropiados para cada género (OPS, 2008).

Las funciones propias de cada uno se aprenden, difieren según los diversos entornos y pueden cambiar con el transcurso del tiempo.

Género es un concepto que permite entender que la forma en que cada persona construye su identidad personal como mujer o varón y la manera de relacionarse con sus pares o con las personas del sexo opuesto están orientadas e influidas profundamente por los modelos de mujer y varón que su sociedad y cultura consideran adecuados.

De esta manera, la forma en la que cada uno se constituye en hombre y mujer implica asumir ciertos roles, atributos y representaciones sociales. Todo ello pasa por un proceso de socialización a través de la familia, la escuela, la comunidad, la pertenencia a un pueblo específico, el grupo de pares y otras instituciones que norman y pautan comportamientos, expectativas y autoimagen. Desde que se nace, e incluso desde el vientre materno, los seres humanos están expuestos a esa influencia social y cultural en la cual el lenguaje es un importante instrumento ya que expresa y reproduce modelos que condicionan la manera de ver el mundo. Estos condicionamientos permean toda la estructura social y las instituciones: familia, escuela, mercado e iglesia —entre otras— y también el cuerpo normativo que rige el comportamiento colectivo de una sociedad, gobierno y administración estatal.

En este aprendizaje es importante reconocer que la interiorización de normas y pautas exige también un trabajo psicológico significativo. En algunas ocasiones se piensa en el género sólo como una construcción social, dejando de lado el aspecto psicológico, subjetivo e individual, a través del cual cada persona lee e interpreta esos mensajes y produce, a la vez, una narración de sí mismo(a).

2.3.10. Familia:

Según la OPS (2008), la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado (artículo 16-3. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217^a (III) del 10 de diciembre de 1948.

La familia es el primer sistema social donde se inicia la transmisión de valores, roles, creencias, mitos, conocimientos y prácticas. Desde las primeras etapas del ciclo de vida, niños y niñas en su proceso de socialización son preparados para desenvolverse en sociedad. En este proceso, la familia representa el grupo más poderoso para su desarrollo social y emocional.

Diversos estudios señalan que la interacción entre el niño y sus cuidadores durante los primeros años de vida tiene un impacto decisivo en su desarrollo como ser humano, en su capacidad de aprender, regular y controlar sus emociones y comportamientos y en cómo evitar los riesgos de contraer enfermedades. La familia tiene la responsabilidad fundamental de criar y proteger a los niños, así como de introducirlo a la cultura, valores y normas sociales.

2.3.11. Interculturalidad:

En los paradigmas interculturales el concepto de la interculturalidad se comprende como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto para las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, lingüísticas de género y generacionales existentes en una y entre varias culturas, en un espacio dado, imprescindible para establecer una sociedad justa (OPS, 2009).

Para ejercer el principio de la participación social, apoyado por la reforma del sector de la salud, la aplicación del enfoque intercultural de la salud debe basarse en los principios de diálogo, respeto por la diversidad cultural, la democracia cultural y la participación con interacción, consulta, consenso y colaboración de objetivos (OPS, 1998^a). La meta de este proceso es contribuir al acceso equitativo a la atención de salud de calidad en función del suministro de la atención oportuna, eficaz y segura (calidad técnica), en condiciones físicas y éticas adecuadas con calidez que determinen la aceptabilidad del usuario y el trato digno en la prestación de la atención de la salud (calidad percibida) (OPS, 2009).

2.3.12. Multiculturalidad:

Pocos son los estudios que no describen a la población de las Américas como una población multicultural, es decir, conformada por varias culturas. Sin embargo, este concepto

descriptivo, aunque muy válido e importante, no ubica a las diferentes culturas como actores sociales en los procesos presentes en la Región. La multiculturalidad es una realidad y la interculturalidad una acción interactiva de esas diferentes culturas (Lopez Hurtado Quiroz, 2009).

2.3.13. Barreras Culturales:

Las barreras culturales están dadas por la falta de comprensión de estos contextos culturales que en no pocos casos otorgan prestigio a diferentes culturas en detrimento de otras, determinando el lugar que cada una de las culturas tiene en las sociedades nacionales. Los servicios públicos no toman en cuenta las diferencias entre las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo, determinando barreras organizacionales al interior de los servicios de salud, es decir, problemas asociados con el desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud. Cada una de estas manifestaciones representa la incongruencia entre la organización y provisión de los servicios de salud y la dinámica de las poblaciones multiculturales (Ceballos y otros, 2009).

2.3.14. Pueblos Indígenas:

Según la Organización de Naciones Unidas (2004), “las poblaciones indígenas están compuestas por los descendientes de los pueblos que habitaron el territorio actual de un país en la época en que personas de una cultura u origen étnico diferente llegaron procedentes de otra parte del mundo y los superaron por conquista, colonización u otros medios y los redujeron a una situación de dominancia o colonial; que hoy viven más de conformidad con sus [propias] costumbres y tradiciones sociales, económicas o culturales, más que con las de los países de los que ahora forman parte, a las que han incorporado características nacionales, sociales y culturales de otros segmentos de la población que son predominantes” (ONU, 2004).

La Organización Internacional del Trabajo, por su parte, define a los pueblos indígenas y tribales en la Convención 169 como: “pueblos cuyas condiciones sociales, culturales y económicas los distinguen de otras secciones de la comunidad nacional y cuyo estatus está

regulado por sus propias costumbres o tradiciones o por leyes o reglamentos especiales, los que son vistos como indígenas en función de su descendencia de las poblaciones que habitaban el país (o la región geográfica a la que el país pertenece) en el tiempo de la conquista o colonización o durante el establecimiento de las presentes fronteras estatales y que, independientemente de su estatus legal, retienen alguna o todas sus instituciones sociales, económicas, culturales y políticas.”

Y agrega que “la auto identificación como indígena o tribal será considerada como un criterio fundamental para determinar los grupos a los cuales se aplican las provisiones de la presente Convención.”

La definición del Consejo Mundial de los Pueblos Indígenas, por su parte, indica que se trata de grupos poblacionales que, desde tiempos antiguos han habitado las tierras donde viven y que son conscientes de tener un carácter propio con tradiciones sociales como el criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican sus provisiones (OPS, 2009).

2.3.15. Cosmovisión:

Cevallos & Amores (2009), expresan que: La cosmovisión constituye un “eje conceptual” por sí misma. Supone un conjunto de elementos que determinan la forma que las diferentes culturas tienden de concebir el mundo y su lugar en él. Para el caso de los pueblos indígenas, define las relaciones del individuo con los otros individuos, del individuo con la sociedad, con la naturaleza, con los seres espirituales y se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad.

Varias de las barreras presentes en la interacción de las culturas, en este caso en el ámbito de los servicios de salud, se debe a la falta de conocimiento de estos elementos del contexto social y cultural de la población que está siendo atendida. (Cevallos & Amores, 2009).

2.3.16. Medicina tradicional:

OPS (2010), Para los indígenas, la salud es entendida como el producto de la relación armónica existente entre la naturaleza, los seres humanos y el mundo espiritual. Al romperse algunos de estos tres nexos, el cuerpo se enferma y afecta tanto al individuo como a la familia.

En este sentido, la enfermedad es entendida en un sentido social y no individual como en la cultura occidental. Para contrarrestarla es necesario restaurar la armonía perdida, buscando el favor de los espíritus de la naturaleza y recurriendo a las propiedades medicinales de las plantas.

Según la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) define la medicina tradicional indígena como “el sistema de salud que comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a la enfermedades físicas y mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado”. Este conjunto de conocimientos explica la etiología, la nosología y los procedimientos diagnósticos, pronósticos, curación y prevención de las enfermedades. (OPS/OMS, 2010).

Los pueblos indígenas de la Región han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo “eje conceptual” o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad. A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos de la Región, generalmente agrupados en la denominada Medicina Tradicional, los llamaremos Sistemas de Salud Tradicionales/ Sistemas de Salud Indígenas.

La Medicina Tradicional comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explica la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades (OMS, 1997). Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos. Lo que quiere decir que esta medicina es circunscrita, local, colectiva, anónima y lleva en lo profundo un mensaje universal (Valdivia,1986). De acuerdo al concepto aceptado, los sistemas locales de salud

son el complejo conjunto de procesos, que constituyen la totalidad de las acciones sociales en salud en el nivel local, incluyendo, pero no restringiéndose a la prestación de servicios de salud (OPS/ OMS, 1993). De esta manera, los sistemas de salud tradicionales son un tipo de sistemas de salud locales donde la integralidad y lo holístico son conceptos que han estado siempre presentes entre los pueblos indígenas (OPS, 2009).

Desde la perspectiva intercultural, el enfoque en salud busca integrar y valorar los saberes tradicionales, como el parto vertical o el uso de parteras, dentro de los sistemas de salud convencionales. Esto se traduce en adaptaciones estructurales y metodológicas en la atención, como la creación de albergues comunitarios y espacios adecuados para las prácticas tradicionales, propuestos por el MINSA y la OPS en su plan de salud para pueblos indígenas. Este marco de salud inclusivo permitiría no solo mejorar la accesibilidad, sino también fomentar un sistema de salud que responda a la diversidad cultural de Panamá (PNUD, 2012).

La interculturalidad en salud, entendida como el reconocimiento y la integración de prácticas tradicionales con la medicina moderna, es esencial para abordar las necesidades de comunidades indígenas. El concepto de pluralismo médico en la Comarca Ngäbe-Buglé, donde se legitiman entidades de medicina tradicional como Asastran e Ichi Druribo, ofrece un modelo de integración que respeta los saberes ancestrales y complementa la atención biomédica. (Subinas, 2017). Este enfoque podría aplicarse en el Asentamiento La Gran Bendición, donde las prácticas tradicionales también juegan un rol crucial.

2.3.17. Herbolaria:

Almaguer (2014), definen la herbolaria como la utilización de plantas medicinales con fines terapéuticos. Existen diversos sistemas médicos que utilizan la herbolaria: la medicina tradicional indígena mexicana y americana, la medicina tradicional China, el ayurveda de la India, la medicina unani y la medicina convencional occidental, entre muchas otras. Cada una de ellas se ha desarrollado desde visiones de la realidad diferentes. En el caso de la herbolaria utilizada desde el marco conceptual de la medicina convencional, esta es conocida como fitoterapia y las plantas se estudian y utilizan por sus propiedades químico-farmacobiológicas (Almaguer González y otros, 2014).

2.3.18. Dialogo horizontal.

El diálogo horizontal es la interculturalidad. No se trata de la imposición de ciertas concepciones y prácticas enmascaradas en la naturalización de una forma de ver, estar y saberse en el mundo. La interculturalidad se debe dar en una relación equivalente y horizontal, empezando por reconocer la condición cultural de igualdad de oportunidades frente a los otros, buscando la comprensión y el respeto de las diferencias en un proceso de mutuas construcciones en un espacio diferencial, reorganizado y caracterizado por tensiones, conflictos y acuerdos dialógicos en el tiempo y en el espacio (Comboni Salinas & Juárez Núñez, 2014).

Este diálogo así pensado, de acuerdo a (Moya, 2009), no podría llevarse a cabo en una sociedad construida en situación de desigualdad e inequidad y, por lo tanto, asimétrica; pero, así mismo, es preciso hacer notar que la interculturalidad va más allá de las relaciones entre culturas, supone el reconocimiento del otro y la afirmación de sí mismo y un pueblo para ser, debe apelar a los elementos cohesionadores que vienen de la historia común, de las relaciones con el entorno, la cosmovisión, los valores, el idioma, entre otros, los cuales deben ser revalorados y desarrollados para romper con la opresión, con los problemas derivados de la explotación, de la exclusión, la marginación económica y social entre otras. La ruptura de estas condiciones desventajosas da lugar a un nuevo enfoque de la gobernabilidad, la democracia y la participación social (Arteaga & Japón Gualán, 2022).

2.3.19. Participación Ciudadana:

La OEA define que la participación ciudadana es el derecho de los/las ciudadanos/as a intervenir individual y colectivamente, de forma protagónica en los asuntos de interés público, en la toma de decisiones, en la planificación, ejecución y evaluación de planes, programas, proyectos, así como el control social y la exigibilidad de la rendición de cuentas, fortaleciendo el poder ciudadano (OEA, 2012).

2.3.20. Migración:

Existen diferentes conceptos de lo que significa la migración, en términos más generales se puede definir a esta como un cambio de residencia de la persona que están migrando desde su país de origen a otro en busca de nuevas oportunidades. La migración también se puede definir como el traslado, tanto de un individuo, como de un grupo de personas o poblaciones que dejan su lugar de residencia para llegar a otro país o región, con distintos motivos o razones. Jorge Tizón en 1993 define la migración como desplazamientos o cambios de residencia de cierta distancia y permanencia, sin embargo, en 2003 Carlos Giménez lo define como un desplazamiento, pero con intención de satisfacer necesidad (Pinto y otros, 2019).

2.3.21. Asentamiento:

Es el proceso desde que llega hasta resolver sus problemas mínimos de subsistencia en el país receptor, también en el cual se conoce y acepta las costumbres culturales y locales, de manera que debe haber una adaptación (compatibilidad o enfrentamiento) en el lugar de estancia, sin embargo, si el individuo no se adapta al país, puede haber una descompensación o crisis. (Pinto y otros, 2019).

2.3.22. Herramientas de evaluación familiar.

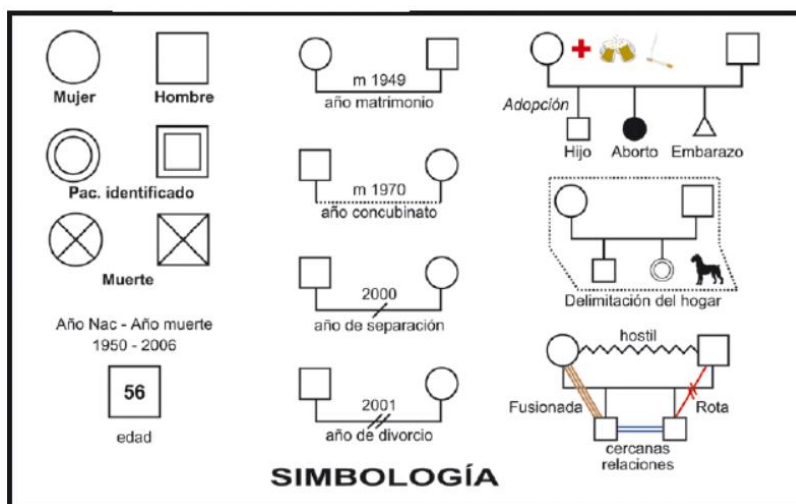
En el abordaje integral de las familias, especialmente en contextos vulnerables o con dinámicas complejas, es fundamental contar con herramientas que permitan comprender tanto la estructura como el funcionamiento de la unidad familiar. Las herramientas de evaluación familiar ofrecen un marco sistemático para identificar patrones relacionales, fortalezas, debilidades y posibles áreas de intervención. Entre las más utilizadas se encuentran el genograma, que permite representar gráficamente la estructura y relaciones familiares a lo largo de varias generaciones, el APGAR familiar, que evalúa la percepción del funcionamiento familiar desde la perspectiva de sus miembros y el ecomapa que representa gráficamente las relaciones entre una familia y su entorno. Estas herramientas no solo enriquecen el diagnóstico social o comunitario, sino que también facilitan la planificación de intervenciones más contextualizadas y culturalmente pertinentes.

2.3.22.1. Genograma.

Es la representación gráfica a través de un instrumento que registra información sobre ESTRUCTURA y/o composición de una familia (genograma estructural) y las RELACIONES y/o FUNCIONALIDAD entre sus miembros (genograma relacional), de por lo menos tres generaciones.

Se le ha definido también como la representación gráfica del desarrollo familiar a lo largo del tiempo o como la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas (Suarez Cuba, El Genograma:

Herramienta para el estudio y abordaje de la familia., 2010).



Fuente: Miguel Ángel Suarez Cuba.

2.3.22.2. Apgar familiar.

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil (Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, 2014).

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto

administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo con la siguiente calificación:

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Cuestionario (APGAR) para la evaluación de la funcionalidad en la familia. Fuente: Miguel Ángel Suarez Cuba.

0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3. Casi siempre, 4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

También existe el APGAR familiar para niños. Austin y Huberty en 1989 realizaron dos estudios en los cuales hicieron adaptaciones a las preguntas del APGAR y

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					

Apgar familiar para niños. Fuente: Miguel Ángel Suarez Cuba.

demonstraron la validez y confiabilidad del APGAR familiar para su uso en niños de 8 años.

Cada pregunta se puntúa sobre un valor de 0 a 2, obteniéndose al final un índice de 0 y10.

Interpretación:

- Funcionalidad normal de 7-10 puntos
- Disfunción moderada de 4-6 puntos.
- Disfunción grave de 0 a 3 puntos.

2.3.22.3. Ecomapa.

El ECOMAPA es una herramienta sencilla, que facilita al médico familiar, y al equipo de salud, a reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares en una persona o familia. Podemos definirlo como una herramienta que:



Ecomapa. Fuente: Suarez Cuba, Miguel Ángel.

- Permite al médico familiar llevar a cabo una revisión sistemática de los recursos extrafamiliares con los que cuenta la persona y la familia.
- Permite identificar las interrelaciones de la persona, la familia, con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve.
- Recolecta información que muestra la situación actual de la persona y la familia mediante simbología diseñada previamente.
- Permite sensibilizar al médico familiar y el equipo de salud en la percepción y búsqueda de recursos de apoyo social extrafamiliares.
- Permite y facilita la participación en el diseño no solo del paciente índice sino de su familia.

2.4. Identificación y caracterización de la comunidad en estudio:

2.4.1. Asentamiento Informal La Gran Bendición:

El Asentamiento Espontáneo La Gran Bendición, es un asentamiento que surgió como invasión de un área privada en Burunga, provincia de Panamá Oeste y que está compuesto por 554 familias integradas, en su mayoría por indígenas, además hay extranjeros e interioranos, entre otros. La población, en general, se caracteriza por ser de extrema pobreza con problemas de controles de salud, niños bajo peso y desnutrición, adolescentes embarazadas, problemas de hábitos de higiene, de consumo de alcohol, consumo de droga, problemas de vivienda, problema de acceso a los servicios básicos y problemas de seguridad, entre otros.

2.4.1.1. Origen del Asentamiento La Gran Bendición:

En el Informe Final: Estudio de crecimiento urbano (BID, 2016), el trabajo de digitalización de la huella actual revela que en torno al 38 % de la superficie residencial proviene de asentamiento informal/precario. La invasión de tierras es una de las formas de crecimiento en Panamá. Se presentan vastas áreas de viviendas realizadas por autoconstrucción, legalizadas o en vías de serlo, que se van imbricando en la huella con las viviendas en serie producidas por el sector oficial o privado. La figura de la derecha es ilustrativa de la ocupación informal. Fuente: Álvaro Uribe. Como se puede observar en la imagen, estas barriadas ocupan extensos territorios de forma “organizada”, ya

Ilustración 140 Imagen ilustrativa de ocupación informal.



Fuente: Álvaro Uribe.

que en algunos casos se lee un viario más ordenado de lo que cabría esperar. Los lotes de procedencia irregular son a menudo de mayores dimensiones que los destinados a vivienda social. El crecimiento informal suele presentarse en las áreas más distantes, en la frontera de la ciudad, donde el mercado urbano no ha hecho aún su aparición, o donde la tierra sea de propiedad pública, lo que facilita la ocupación, ya que no hay un propietario visible que acuda a reclamar el respeto de sus derechos. Preocupan, especialmente, los asentamientos

informales en zonas con fuerte pendientes, donde a los problemas clásicos de las periferias desprovistas de infraestructura y servicios básicos, se une la inestabilidad del suelo.

La gran concentración de empleos en el centro de Panamá, unido al crecimiento residencial suburbano en baja densidad implica un funcionamiento centro-periferia. La mayoría de los residentes de suburbios residenciales trabajan, socializan y se divierten en otras partes de la ciudad y solo vuelven ahí para dormir.

Según el informe del MIVIOT, 2023, La Gran Bendición está asentada sobre una superficie de 33 hectáreas más 6 mil 750 metros cuadrados que, según el primer censo realizado en 2013 por la Dirección de Asentamientos Informales, se encuentran 554 viviendas registradas. A partir de esa fecha, el MIVIOT inició los trámites de gestión administrativa de negociación con los propietarios por motivo de interés social urgente y fue entonces que el 25 de noviembre de 2021 se ordena la expropiación a través del Decreto Ejecutivo No. 165 a favor del Banco Hipotecario Nacional (MIVIOT, 2023).

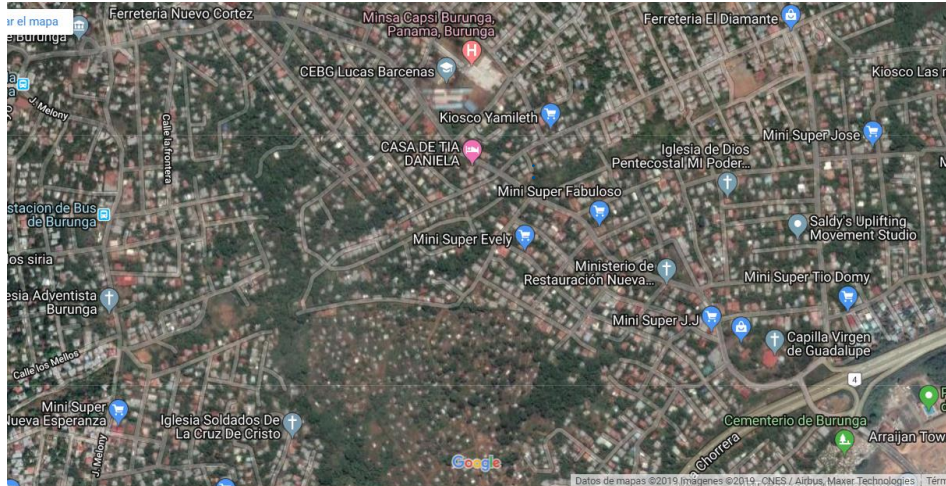
Fue en 2021 que inicia el proceso de mensura y legalización para realizar la primera entrega de asignaciones provisionales a esta comunidad, donde se les buscaba la seguridad de un lote para desarrollar la construcción de una vivienda segura y sin riesgo de ser desalojados.

El 22 de mayo de 2023, un total de 237 familias que vivían desde hace más de 10 años en La Gran Bendición, ubicada en el Corregimiento de Burunga, Distrito de Arraiján, provincia de Panamá Oeste fueron beneficiados con la entrega de certificados de asignación provisionales otorgados por el ministro de MIVIOT, Rogelio Paredes. Anteriormente, se había realizado la entrega de 188 certificados provisionales, haciendo un total de 425 familias que están en proceso de legalizar sus tierras y 71 en trámite de certificados.

Actualmente, recorriendo la comunidad y en contacto con miembros del MIVI de Arraiján y algunos miembros de la directiva de La Gran Bendición, se pudo corroborar que aproximadamente hay 496 viviendas habitadas y 58 lotes desocupados.

2.4.1.2. Límite y Posición Geográfica:

El Asentamiento espontáneo La Gran Bendición de Burunga está ubicado en el Corregimiento de Burunga, Distrito de Arraiján, provincia de Panamá Oeste y tiene la siguiente posición geográfica, según datos obtenidos de Google Map: 8°57'37.4"N 79°39'56.5"W



Fuente: Google MAP.

2.4.1.3. Infraestructura Social con que cuenta:

La infraestructura social de La Gran Bendición enfrenta serios desafíos que afectan la calidad de vida de sus habitantes. La comunidad carece de servicios básicos como escuelas y centros de salud, lo que obliga a los residentes a desplazarse entre uno y dos kilómetros para acceder a estos recursos esenciales. Además, las calles son de piedra y tierra, lo que dificulta el tránsito y puede complicar el acceso a servicios y emergencias. La falta de un sistema de transporte público adecuado agrava esta situación, ya que muchos dependen de taxis o vehículos propios, limitando el acceso para aquellos que no cuentan con estos medios.

Los problemas económicos también son un factor crítico en La Gran Bendición. Muchos residentes enfrentan dificultades financieras que limitan su capacidad para acceder a servicios básicos y mejorar sus condiciones de vida. Además, los servicios de agua y electricidad son ilegales, lo que implica una falta de regulación y seguridad en el suministro. La ausencia de un sistema formal de recolección de basura contribuye a problemas sanitarios y ambientales, afectando la salud pública y la calidad del entorno. En conjunto, estas condiciones reflejan la necesidad urgente de políticas que aborden las carencias en infraestructura y servicios, promoviendo un desarrollo sostenible y equitativo en la comunidad.

2.4.1.4. Demografía:

La demografía de La Gran Bendición se caracteriza por una población aproximada de 2,976 habitantes, lo que refleja una comunidad pequeña pero activa. Esta cifra sugiere una estructura social que puede estar compuesta por diversas familias y grupos, cada uno enfrentando sus propios desafíos y oportunidades. La densidad poblacional, aunque no es extremadamente alta, puede generar presiones sobre los recursos disponibles, especialmente en un contexto donde la infraestructura y los servicios básicos son limitados.

A pesar de su tamaño, la población de La Gran Bendición enfrenta dificultades significativas en términos de acceso a educación y atención médica. Las escuelas cercanas no cuentan con suficientes cupos para atender a todos los niños, lo que limita las oportunidades educativas. Además, la falta de un centro de salud en la comunidad obliga a los residentes a desplazarse entre uno y dos kilómetros para recibir atención médica. Estas condiciones demográficas resaltan la necesidad de intervenciones que mejoren la infraestructura social y los servicios disponibles, asegurando que todos los habitantes tengan acceso equitativo a los recursos necesarios para su desarrollo y bienestar.

2.4.2. Principales pobladores de este asentamiento:

2.4.2.1. Interioranos:

Se refiere a todas aquellas personas originarias del interior del país o que no son de la capital (Panamá).

2.4.2.2. Extranjeros:

Son todas las personas que han emigrado de otro país o tienen una nacionalidad diferente a la panameña.

2.4.2.3. Etnia Guna o Kuna:

La etnia Guna se ubica, en su mayoría, al noreste de la República de Panamá en la comarca Guna Yala, también conocida como Comarca de San Blas, la cual está conformada por un archipiélago de aproximadamente 365 islas en la costa atlántica caribeña, de las cuales sólo 49 están habitadas.

Muchos Gunas viven en la provincia de Panamá, especialmente en el Llano y Cañitas de Chepo, donde en 1996 se creó la Comarca Guna de Madugandí. También, hay una importante población kuna en la Región de Panamá Oeste (Veracruz, Arraiján).

La comarca Guna Yala cuenta con los distritos de Ailigandí, Narganá, Puerto Obaldía y Tubualá, con un total de 37,031 habitantes: 17,307 hombres y 19,724 mujeres.

2.4.2.4. Etnia Ngäbe-Etnia Buglé:

Los Ngäbe-Buglé viven en la Comarca Ngäbe-Buglé, en la cordillera central de la provincia de Chiriquí, en las sabanas de Veraguas y a lo largo de los ríos Cricamola y Changuinola hasta la Laguna de Chiriquí en Bocas del Toro. Su hábitat es predominantemente montañoso, con serias restricciones para la producción agrícola. Su patrón de asentamiento es disperso por lo cual se dificulta la provisión de servicios de salud, educación y saneamiento ambiental.

De acuerdo con la población estimada al 1 de julio de 2007, la Comarca Ngäbe-Buglé cuenta con 139,509 habitantes, de los cuales 68,249 son del sexo masculino y 71,260 del sexo femenino, representando al 64.5% de la población indígena del país. Además, posee siete distritos: Besiko (20929 habitantes), Mironó (12718 habitantes), Muná (35553 habitantes), NoleDuima (11947 habitantes), Nurum (13332), Kanquintu (26632 habitantes) y Kusapín (18398 habitantes).

2.4.2.5. Etnia Emberá – Wounaan:

Los grupos Emberá se ubican al este del país en la extensión territorial que comprende la provincia del Darién. De acuerdo con el censo de 1990, la población total Emberá-Wounaan es de 17,264 habitantes, de los cuales 14,659 son Emberá y 2,605 son Wounaan. La comarca, ubicada en Darién, agrupa sólo al 37% de los Emberá y el 25% de los Wounaan; el resto de la población vive en asentamientos fuera de los límites comarcales en las denominadas tierras colectivas que comparten con población no indígena.

La comarca Emberá tiene un total de 9,397 habitantes, de acuerdo con la población estimada al 1 de julio de 2007. Se divide en los distritos de Cémaco y Sambú. El distrito de Cémaco posee un total de 7127 habitantes, distribuidos en los corregimientos Cirilo Guainova

(Cabecera), Lajas Blancas y Manuel Ortega. El distrito de Sambú, con 2270 habitantes, cuenta con los corregimientos de Río Sábalo y Jingurudo.

2.4.2.6. Otros grupos indígenas minoritarios:

Dentro del territorio nacional también existen otros pueblos indígenas, como lo son los Naso o Teribe ubicados en el Distrito de Changuinola y Bocas del Toro, los Bugleres o Bokotas, localizados en las riberas del río Calovébora y en la costa norte de Santa Catalina y los Bribri que están situados en las riberas del río Sixaola, el cual corre a lo largo de la frontera con Costa Rica.

2.5. Leyes y Decretos de Salud:

2.5.1. Artículo 105.

El artículo 105 dice que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. (Constitución Política de La República de Panamá 1972, 2024).

2.5.2. Artículo 106.

En el artículo 106, dice que, en materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación: 1. Desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados. 2. Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental. 3. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia. 4. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectiva o individualmente a toda la población. 5. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se preste servicio de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos servicios de salud y medicamentos serán

proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos. 6. Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral (Constitución Política de La República de Panamá 1972, 2024).

2.5.3. Ley 17 de 27 de junio de 2016:

Esta ley fue aprobada el 12 de febrero de 2019 y establece la protección de los conocimientos de la medicina tradicional indígena y crea la Comisión Consultiva de Medicina Tradicional Indígena, adscrita a la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas del Ministerio de Salud, que se encargará de coordinar, organizar y desarrollar las propuestas de políticas y estrategias en la aplicación de la medicina tradicional, en coordinación con cada una de las entidades públicas y privadas, así como con los Congresos y autoridades indígenas. (Gaceta Oficial Digital, 2019).

2.5.4. Ley 423 de 20 de febrero de 2024:

Esta ley establece la gratuidad del servicio de atención en materia de salud en el sistema público para las personas de la tercera edad que carezcan de recursos económicos. (Gaceta Oficial Digital, 2024).

Artículo 1. Se establece la gratuidad en el servicio de salud, en todos los niveles de atención, para las personas de la tercera edad que carezcan de recursos económicos, en todas las instalaciones de salud del Ministerio de Salud.

Artículo 2. La presente Ley tiene como finalidad que el Estado a través del Ministerio de Salud financie los gastos por medicamentos, hospitalización, insumos, exámenes básicos de laboratorios y complementarios para las personas de la tercera edad que carezcan de recursos económicos en todas las instalaciones de salud del Ministerio de Salud.

2.5.5. Ley 346 de 23 de noviembre de 2022:

Esta Ley establece la gratuidad en los servicios de atención integral de salud para mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. (Gaceta Oficial Digital, 2022).

2.5.6. Decreto Ejecutivo No 129 de 9 de marzo de 2021:

Este decreto establece la gratuidad de los servicios de salud, en todas las instalaciones de sector público de salud administradas por el Ministerio de Salud, para las personas con discapacidad, previamente identificadas en las consultas ambulatorias (Gaceta Oficial Digital, 2021).

2.5.7. Decreto Ejecutivo No 546 del 21 de noviembre de 2005:

Este decreto ordena la gratuidad en la atención de salud a los niños menores de 5 años, en todos los establecimientos de salud, del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial No25432, 2005).

Capítulo III. Análisis e Interpretación de los Datos:

3.1. Análisis Cuantitativo

En este capítulo se presentan los hallazgos derivados de la aplicación del cuestionario de 24 preguntas, a los miembros de las familias del Asentamiento La Gran Bendición de Burunga, Arraiján. A través de este instrumento, administrado de manera presencial por un profesional de Trabajo Social, buscamos obtener una comprensión detallada de las características socioeconómicas de la comunidad, sus costumbres, prácticas en salud y nivel de acceso a los servicios de salud. Esta información es fundamental para entender el contexto de vida en el asentamiento y las dinámicas que influyen en el bienestar de sus habitantes.

El propósito central de este estudio es explorar la relación entre la interculturalidad y la participación de las familias del asentamiento en los programas de atención primaria de salud ofrecidos por el MINSA CAPSI de Burunga. Este análisis permite identificar si existen barreras o limitaciones que dificultan el acceso de la población a estos servicios y evaluar hasta qué punto el equipo de profesionales, incluyendo al Trabajador Social, logra satisfacer las necesidades de salud en este contexto intercultural. La interpretación de los datos se realiza mediante tablas y figuras que ilustran de manera precisa los patrones observados, facilitando un análisis claro y fundamentado para futuras intervenciones que promuevan la inclusión y el acceso equitativo a la atención en salud.

Todas las tablas y figuras fueron elaboradas por la autora de la investigación.

3.1.1. Características socioeconómicas de las familias de los grupos originarios del asentamiento informal La Gran Bendición de Arraiján.

Iniciando esta sección con la presentación de datos y análisis de las características socioeconómicas de las familias de los grupos originarios entrevistadas que comprenden datos generales, académicos, laborales y espirituales.

3.1.1.1. Generales del encuestado:

Tabla 1

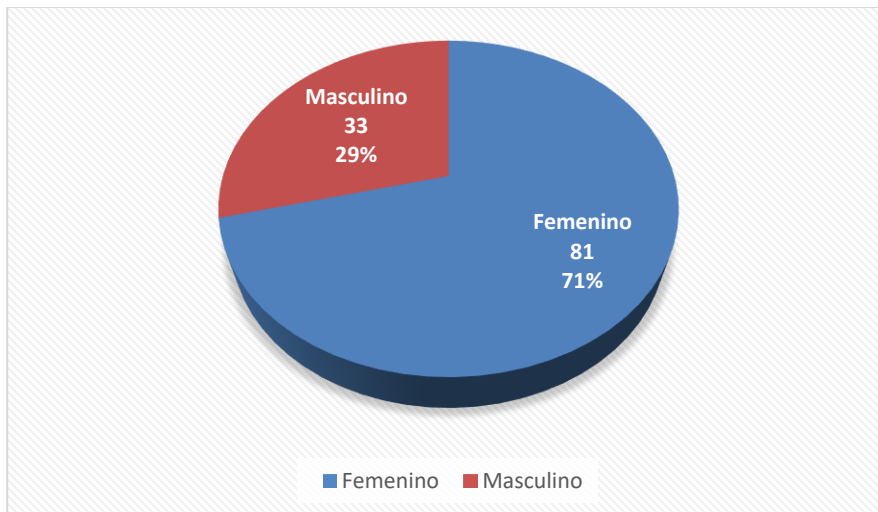
Sexo del encuestado

Sexo del encuestado	Cantidad	%
Mujer	81	71.05
Hombre	33	28.95
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 1

Sexo del encuestado



Según los datos mostrados en la Figura 1, el 71% de los encuestados son mujeres y el 29% son hombres. La mayoría de los encuestados son mujeres, lo que representa una clara predominancia del sexo femenino en la muestra. Este dato es relevante, ya que puede influir en la interpretación de los resultados relacionados con la participación y percepción de los programas de salud.

La alta representación femenina puede sugerir que las mujeres son más propensas a participar en encuestas relacionadas con temas de salud y bienestar familiar. Esto podría estar relacionado con roles tradicionales donde las mujeres suelen ser las responsables del cuidado de la salud en el hogar.

La diferencia notable entre el número de mujeres y hombres también puede reflejar una realidad social en el asentamiento, donde las mujeres podrían tener un mayor acceso o interés en participar en programas comunitarios.

Tabla 2

Edad del encuestado

Edad del encuestado	Cantidad	%
18-25	15	13.16
26-35	39	34.21
36-50	45	39.47
51-65	10	8.77
66 o +	5	4.39
Total	114	100

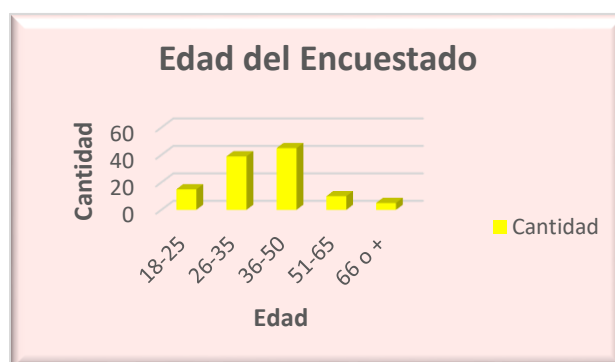
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

El análisis de la Tabla 2 sobre la edad de los encuestados en el asentamiento La Gran Bendición proporciona una visión clara de la distribución etaria de la población encuestada.

La alta representación del grupo de edad entre 36 y 50 años sugiere que en los hogares del asentamiento, generalmente, hay adultos responsables, posiblemente padres o cuidadores, que son fundamentales en la toma de decisiones relacionadas con la salud familiar.

Figura 2

Edad del encuestado



En la figura 2 se muestra que el 40% de los encuestados son personas de 36 a 50 años, el 34% son de 26 a 35 años, el 13% son de 18 a 25 años, el 9% de 51 a 65 años y el 4% de más de 66 años. Esto refleja que en el hogar siempre hay una persona adulta responsable y en su mayoría en edad de 36 a 50 años.

Dado que la mayoría de los encuestados son adultos jóvenes y adultos medios, los programas de salud deben centrarse en las necesidades específicas de estos grupos, incluyendo educación sobre salud reproductiva, prevención de enfermedades crónicas y promoción del bienestar familiar.

La baja representación del grupo mayor indica una posible falta de participación o interés en las encuestas, lo cual podría ser explorado en futuras investigaciones para entender mejor sus necesidades y cómo involucrarlos más activamente en programas comunitarios.

La predominancia del grupo etario entre 36 y 50 años sugiere que estos individuos son cruciales para el bienestar general del hogar, lo cual debe ser considerado al diseñar intervenciones comunitarias.

Tabla 3

Estado civil del encuestado

Estado civil del encuestado	Cantidad	%
Soltera(o)	19	16.67
Unida(o)	75	65.79
Casada(o)	18	15.79
Viuda(o)	2	1.75
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 3

Estado civil del encuestado



En la Figura 3, se puede observar que el 66% de los encuestados presentan un estado civil unido, el 16% están casado, otro 16 % están solteros y el 2% son viudos.

Dada la alta cantidad de uniones libres, es fundamental que los programas sociales y de salud consideren esta realidad al diseñar intervenciones, asegurando que sean relevantes para las diversas formas de convivencia.

La predominancia del estado civil "unido" puede indicar una mayor estabilidad familiar, lo cual es positivo para el desarrollo infantil y el bienestar general del hogar. Las uniones libres o convivencias consensuales suelen estar basadas en relaciones afectivas sólidas y un compromiso mutuo entre parejas. Esto puede resultar en una mayor estabilidad emocional y social en comparación con situaciones de soltería o relaciones inestables.

La estabilidad en las relaciones de los padres es crucial para el desarrollo emocional y psicológico, así como también, pueden ofrecer mejores recursos económicos a sus hijos. La cooperación entre padres facilita la atención a las necesidades de los niños, incluyendo la educación, salud y bienestar emocional.

La convivencia en pareja puede ser beneficiosa para enfrentar desafíos económicos y sociales, sobre todo en contextos vulnerables como La Gran Bendición. También puede reducir el estrés familiar y permite compartir responsabilidades, mejorando la calidad de vida para la familia.

Sería útil investigar más a fondo las características demográficas y socioeconómicas de las personas en unión libre frente a las casadas o solteras, para entender mejor cómo estas dinámicas afectan la participación en programas comunitarios y servicios sociales

3.1.1.2. Grupo Étnico al que pertenece

Tabla 4

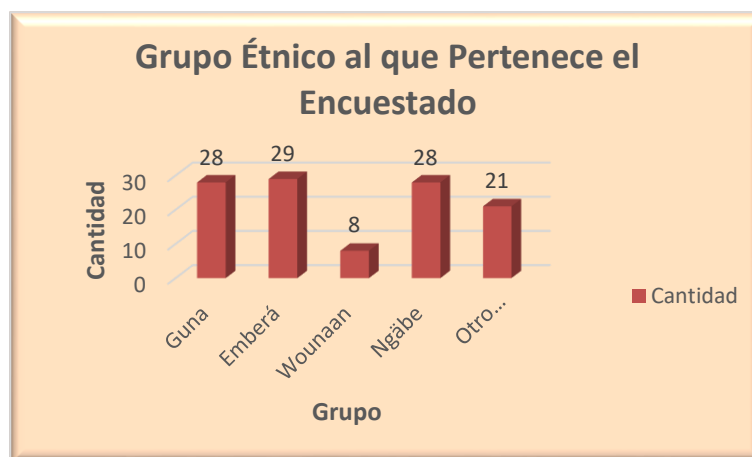
Grupo étnico al que pertenece el encuestado

Grupo étnico	Cantidad	%
Guna	28	24.56
Emberá	29	25.44
Wounaan	8	7.02
Ngäbe	28	24.56
Otro (latinos, extranjeros)	21	18.42
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 4

Grupo étnico al que pertenece



En la Figura 4 se puede observar que el 25% de los encuestados son familias Guna, el 25% son Ngäbe, el 25% son Emberá, el 18% son latinos y el 7% son Wounaan. Siendo los grupos dominantes en este asentamiento los Gunas, Ngäbe y Emberá, respectivamente.

La diversidad étnica en La Gran Bendición puede tener implicaciones significativas para el desarrollo de políticas y programas comunitarios, ya que es crucial considerar las tradiciones y necesidades específicas de cada grupo.

En cuanto a la necesidad de inclusión, es fundamental que las intervenciones sociales y de salud reconozcan y respeten esta diversidad étnica para ser efectivas y relevantes para toda la comunidad.

En esta Figura 4 se representa una visión clara sobre la composición étnica del asentamiento La Gran Bendición y sugiere áreas clave para el desarrollo e implementación efectiva de políticas y programas comunitarios que respeten y valoren esta diversidad.

3.1.1.3.Escolaridad

Tabla 5

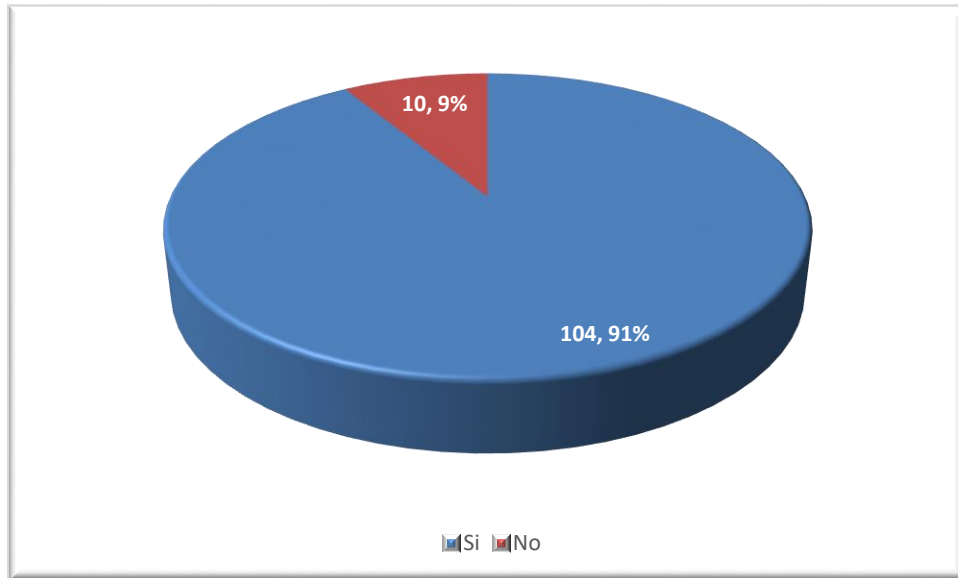
Encuestado asistió a la escuela

Asistió a la escuela	Cantidad	%
Si	104	91.00
No	10	9.00
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 5

Encuestado asistió a la escuela



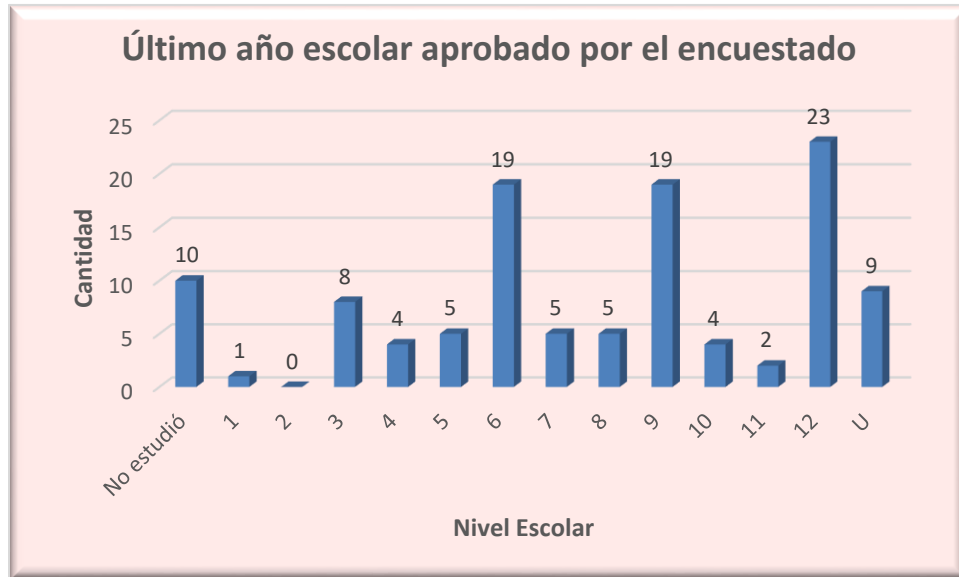
Según los datos presentados en la Figura 5, el 91% de los encuestados ha asistido a la escuela, lo que refleja un acceso relativamente alto a la educación en el Asentamiento La Gran Bendición. Tener algún grado de educación es fundamental para estos moradores, ya que contribuye a mejorar sus oportunidades laborales y su capacidad para participar en la comunidad. Sin embargo, un 9% no ha recibido educación formal, lo cual puede estar relacionado con limitaciones económicas o problemas familiares. Aunque muchos han accedido a la educación, algunos abandonan los estudios en grados bajos, lo que indica posibles barreras para completar la formación académica. Este contexto resalta la necesidad de programas educativos que no solo promuevan el acceso, sino también la permanencia y culminación de los estudios, con un enfoque en apoyo familiar y comunitario para reducir el abandono escolar y fomentar el desarrollo personal y social en la comunidad.

Tabla 6*Escolaridad del encuestado*

Escolaridad	Cantidad	%
No estudió	10	8.77
1	1	0.88
2	0	0.00
3	8	7.02
4	4	3.51
5	5	4.39
6	19	16.67
7	5	4.39
8	5	4.39
9	19	16.67
10	4	3.51
11	2	1.75
12	23	20.18
U	9	7.89
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 6*Último año escolar aprobado por el encuestado*



En los datos presentados en la Figura 6, se puede observar que el 20.18% de los encuestados ha completado la educación secundaria, lo que sugiere que una parte importante de la comunidad tiene una base educativa que puede favorecer mejores oportunidades laborales. Los niveles iniciales de educación tienen una baja representación, mientras que un 7.89% ha alcanzado estudios universitarios, lo cual contribuye a la diversidad de habilidades en la comunidad.

Sin embargo, se observa abandono escolar en niveles medios, lo cual puede limitar el desarrollo personal y profesional de algunos individuos. En la Figura 6 se resalta la predominancia de la educación secundaria y la necesidad de fomentar tanto la finalización de estudios secundarios como la continuidad hacia la educación superior.

Se sugiere que los programas educativos se enfoquen en apoyar a los estudiantes en riesgo y en fortalecer el apoyo familiar y comunitario para mejorar las tasas de finalización, promoviendo una cultura de aprendizaje constante en el asentamiento La Gran Bendición.

Tabla 7

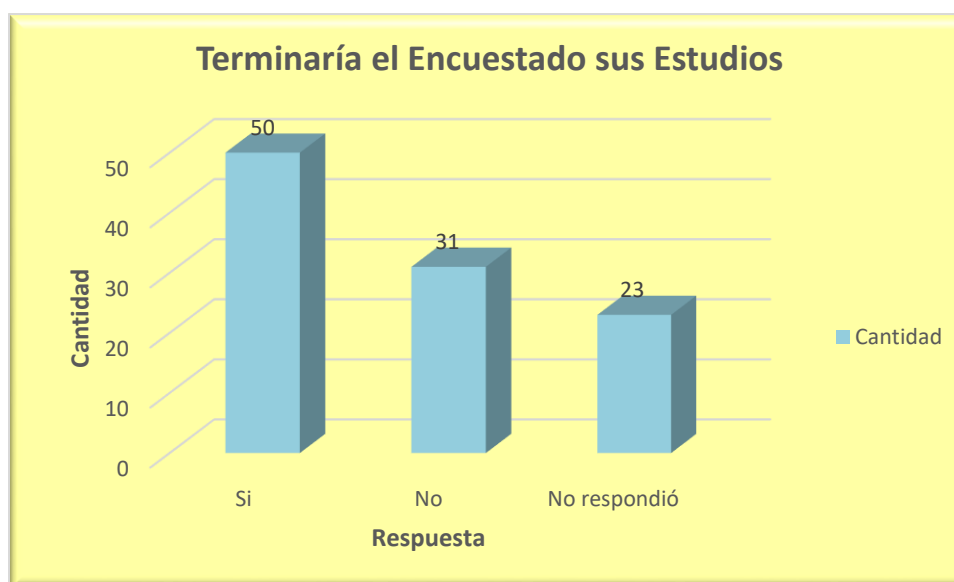
Terminaría el encuestado sus estudios

Terminaría sus estudios	Cantidad	%
Si	50	48
No	31	30
No respondió	23	22
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 7

Terminaría el encuestado sus estudios



En la Figura 7, se observa que casi la mitad de los encuestados (48%) expresó su disposición a terminar sus estudios si se le presenta la oportunidad, lo que refleja un interés significativo en la educación para mejorar su desarrollo personal y profesional. Sin embargo, un 30 % indicó que no podría concluir sus estudios debido a necesidades laborales, lo cual resalta las barreras económicas típicas en comunidades vulnerables. Un 22 % no respondió a la pregunta, posiblemente por desinterés o incertidumbre sobre sus aspiraciones educativas. Estos resultados sugieren la necesidad de programas educativos flexibles, como modalidades nocturnas o en línea, además de apoyo financiero para quienes deben trabajar. También sería

valioso investigar más sobre el grupo no respondiente para entender sus barreras. Este análisis muestra un panorama de las aspiraciones educativas en La Gran Bendición y destaca áreas clave para implementar políticas que fomenten tanto el acceso como la culminación de estudios.

Tabla 8

¿Por qué terminaría sus estudios?

Porqué terminaría sus estudios	Cantidad	%
Para trabajar	19	51.35
Para aprender	3	8.11
Es una meta	1	2.7
Graduarse de la U	2	5.41
Mejorar en su trabajo	1	2.7
Ayudar a sus hijos	6	16.22
Leer y escribir	2	5.41
Tener profesión	2	5.41
Salir adelante	1	2.7
Total	37	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 8

¿Porqué terminaría sus estudios?



La mayoría de las personas encuestadas (67.54%) no respondió a la pregunta sobre por qué terminarían sus estudios, principalmente por enfrentar dificultades económicas, de salud, edad avanzada o por priorizar el bienestar de su familia. Esta alta proporción de no respuesta no refleja desinterés, sino condiciones estructurales que limitan su acceso a oportunidades educativas.

Entre quienes sí respondieron, las principales motivaciones fueron laborales (16.67%), el deseo de ayudar a sus hijos (5.26%) y el interés por aprender o tener una profesión. Estas razones evidencian que la educación es vista como una herramienta para mejorar la calidad de vida y apoyar a la familia, destacando el valor práctico y social que se le atribuye al estudio dentro de la comunidad.

3.1.1.4. Religión:

Tabla 9

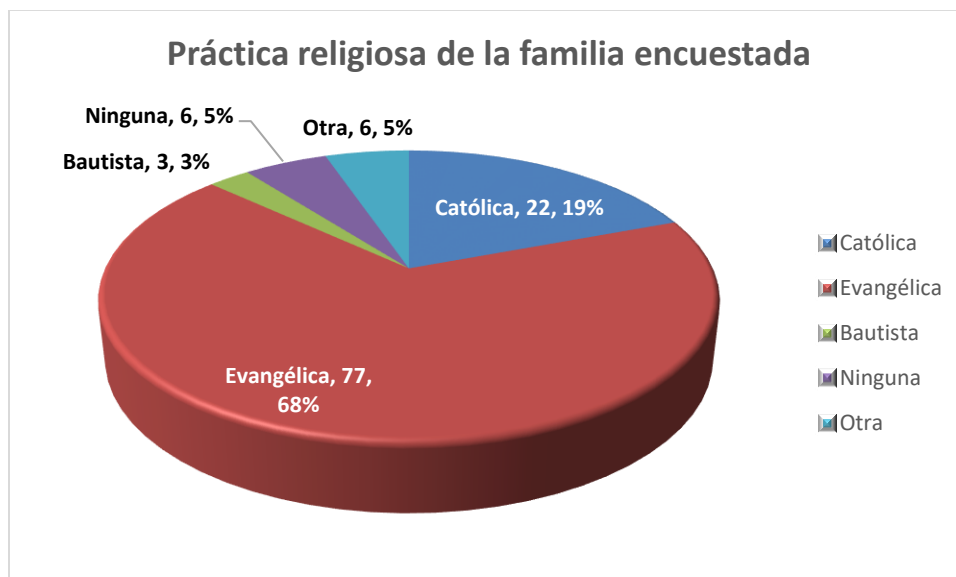
Práctica religiosa de la familia encuestada

Práctica religiosa	Cantidad	%
Católica	22	19.30
Evangélica	77	67.54
Bautista	3	2.63
Ninguna	6	5.26
Otra	6	5.26
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 9

Práctica religiosa de la familia encuestada



Como se observa en la Figura 9, la mayoría de los encuestados (67.54%) se identifica como evangélicos, lo que indica una fuerte presencia de esta religión en el asentamiento La Gran Bendición, probablemente influyendo en su cultura y dinámica social. La práctica católica representa un 19.30%, mientras que otras religiones, como la Bautista y "Otra", junto con los no religiosos (5.26%), tienen una representación menor. Esta predominancia del evangelismo sugiere oportunidades para colaborar con iglesias evangélicas en programas sociales y educativos. Sin embargo, es importante considerar la diversidad religiosa en el diseño de intervenciones comunitarias para asegurar su inclusividad. Este análisis subraya el papel de la religión en la cohesión social y en el desarrollo de programas comunitarios que valoren la diversidad espiritual del asentamiento.

3.1.2. Tipo de familia

Tabla 10

Tipo de familia

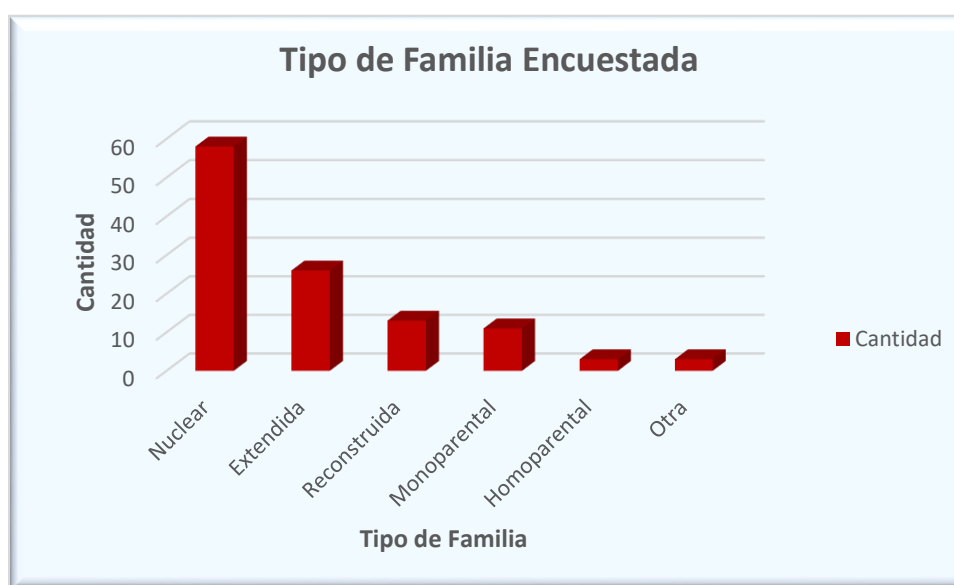
Tipo de familia	Cantidad	%
Nuclear	58	50.88
Extendida	26	22.81
Reconstruida	13	11.40

Monoparental	11	9.65
Homoparental	3	2.63
Otra	3	2.63
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 10

Tipo de familia encuestada



Según los datos de la Figura 10, en el Asentamiento La Gran Bendición, la familia nuclear es la configuración más común, representando el 50.88% de los hogares, lo que refleja una estructura tradicional que puede facilitar la estabilidad familiar. Las familias extendidas, que incluyen a otros parientes, representan el 22.81%; mientras que las familias reconstruidas constituyen el 11.40%, indicando la importancia del apoyo intergeneracional en contextos vulnerables. Las familias monoparentales (9.65%) y homoparentales (2.63%) tienen una presencia menor, sugiriendo diversidad familiar, aunque en menor proporción. Este análisis destaca la necesidad de desarrollar programas de apoyo que fortalezcan los lazos familiares y sean inclusivos para todas las configuraciones familiares, promoviendo el bienestar de los hogares en la comunidad.

Tabla 11

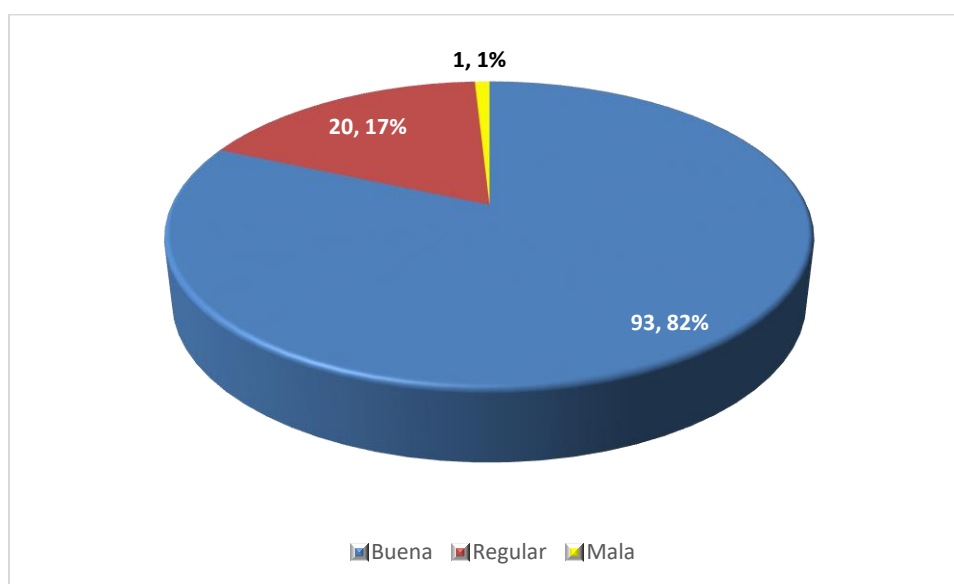
¿Cómo es la relación familiar en el asentamiento informal La Gran Bendición?

Cómo es la relación familiar	Cantidad	%
Buena	93	81.58
Regular	20	17.54
Mala	1	0.88
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 11

¿Cómo es la relación familiar?



En los datos que se observan en la Figura 11, en el Asentamiento informal La Gran Bendición, el 81.58% de los encuestados reporta tener relaciones familiares buenas, lo que indica un entorno positivo y de apoyo, fundamental para el bienestar emocional y social. Un 17.54% describe sus relaciones familiares como regulares, lo que sugiere la existencia de algunas tensiones manejables, mientras que solo un 0.88% reporta relaciones malas, lo que demuestra baja incidencia de disfuncionalidad familiar severa. Estos datos subrayan la importancia de fortalecer las dinámicas familiares saludables mediante programas comunitarios de apoyo y comunicación efectiva, mientras que se proponen intervenciones específicas para mejorar las relaciones en familias que experimentan algunas dificultades.

Tabla 12

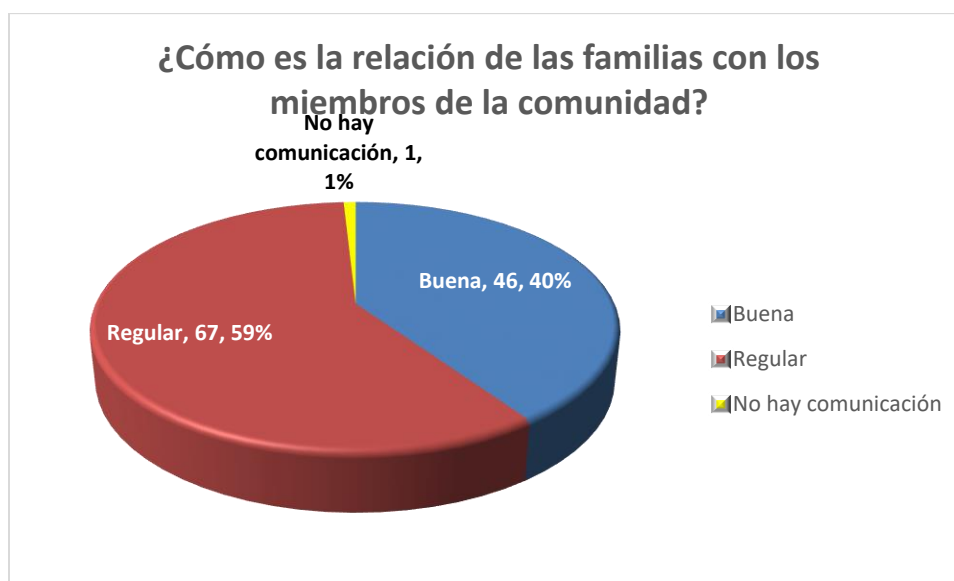
Relación de las familias con los miembros de la comunidad

Relación con la comunidad	Cantidad	%
Buena	46	40.35
Regular	67	58.77
No hay comunicación	1	0.88
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 12

¿Cómo es la relación de las familias con los miembros de la comunidad?



En la Figura 13, refleja que en el Asentamiento La Gran Bendición, el 58.77% de los encuestados califica su relación con la comunidad como regular, lo que sugiere la existencia de conexiones básicas, pero áreas de mejora en términos de cohesión social. Un 40.35% reporta una buena relación comunitaria, lo que es positivo y resalta la importancia de la conexión y apoyo mutuo para el bienestar social. Solo un 0.88% menciona la ausencia de comunicación, indicando que, en general, existe algún nivel de interacción en el

asentamiento. Estos datos sugieren la necesidad de fortalecer el tejido social mediante programas que fomenten la participación, mejoren la comunicación y permitan un ambiente comunitario más cohesivo y de apoyo.

3.1.3. Condición laboral:

Tabla 13

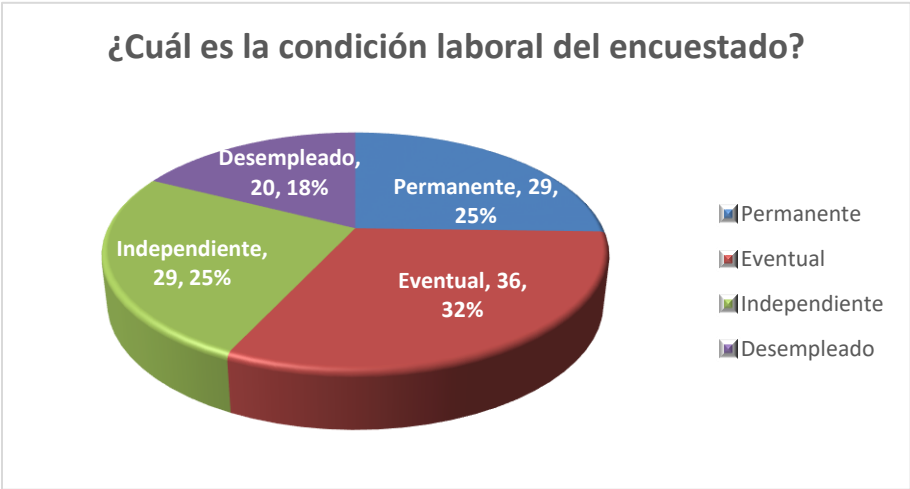
¿Cuál es la condición laboral del encuestado?

Condición Laboral	Cantidad	%
Permanente	29	25.44
Eventual	36	31.58
Independiente	29	25.44
Desempleado	20	17.54
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 13

¿Cuál es la condición laboral del encuestado?



Según los datos mostrados en la Figura 13, sobre la condición laboral de los encuestados en el Asentamiento La Gran Bendición revela información importante sobre la situación económica de la comunidad. El 31.58% de los encuestados trabaja en empleos eventuales, lo que indica una falta de estabilidad laboral y seguridad económica. Esta situación puede estar asociada con condiciones laborales menos favorables, afectando el acceso a beneficios sociales. Por otro lado, tanto los empleos permanentes como los independientes representan un 25.44% cada uno, sugiriendo que hay un número considerable de personas con relaciones laborales estables o que trabajan por cuenta propia.

El 17.54% de los encuestados se encuentra desempleado, lo que es una señal preocupante sobre el acceso al empleo en la comunidad. Esta cifra sugiere que un grupo significativo enfrenta dificultades para encontrar trabajo, lo que puede tener implicaciones negativas para el bienestar económico y social de las familias, limitando sus oportunidades de desarrollo personal y familiar. La combinación de una alta proporción de trabajadores eventuales y desempleados puede reflejar desafíos económicos más amplios en el asentamiento. Por lo antes expuesto, es fundamental implementar programas que fomenten la creación de empleos permanentes y estables, así como estrategias específicas para apoyar a aquellos que están desempleados.

3.1.4. Situación socioeconómica.

Tabla 14

¿Quién aporta el ingreso familiar?

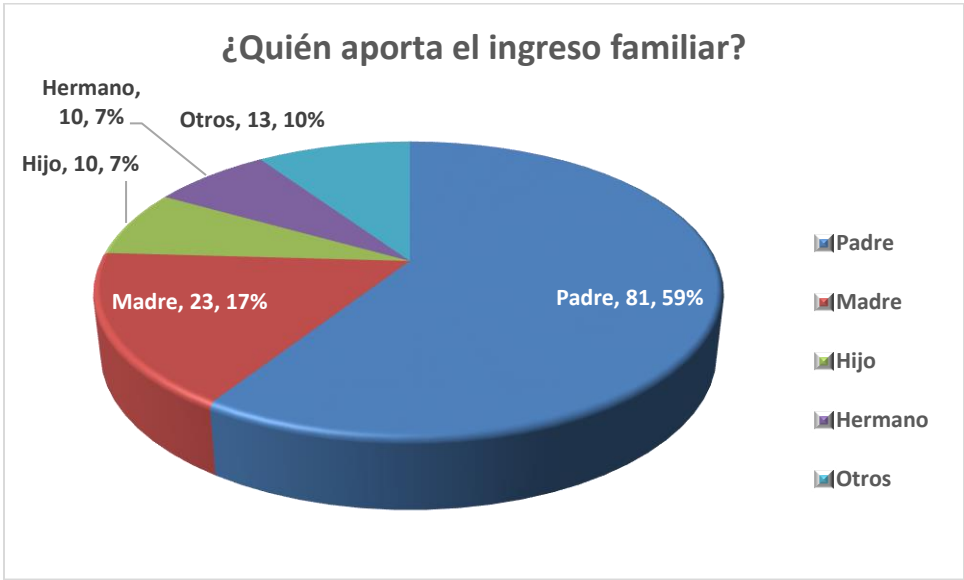
Quién aporta el ingreso familiar	Cantidad	%
Padre	81	71.05
Madre	23	20.18
Hijo	10	8.77
Hermano	10	8.77
Otros	13	11.40
Total	114	-----

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó quien o quienes aportan el ingreso familiar, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que muchas familias reciben ingresos desde varias fuentes simultáneamente (por ejemplo, padre y madre).

Figura 14
¿Quién aporta el ingreso familiar?



Según el análisis de los datos de la Figura 14, sobre quién aporta el ingreso familiar en el Asentamiento La Gran Bendición revela información importante sobre la estructura económica y las dinámicas familiares en la comunidad. De los 114 encuestados, indican que de los ingresos reportados, el 71.05% proviene del padre, lo que sugiere que en muchas familias el hombre asume el rol principal como proveedor económico. Esta tendencia puede reflejar patrones tradicionales de género, donde los hombres son vistos como los principales responsables de la manutención familiar.

La madre contribuye con un 20.18% de los ingresos, lo que indica que, aunque su aporte es significativo, es considerablemente menor en comparación con el del padre. Además, tanto los hijos como los hermanos aportan un 8.77% cada uno, lo que sugiere que en algunas familias hay una economía colaborativa. donde los miembros más jóvenes también contribuyen al sustento familiar. Por otro lado, un 11.40% de los ingresos proviene de "otros" miembros de la familia, lo que podría incluir abuelos, tíos u otros parientes que ayudan económicamente.

Este panorama sugiere una dependencia económica significativa del padre como principal proveedor, lo que podría tener implicaciones en la dinámica familiar y en las decisiones relacionadas con el trabajo y la educación. La menor participación económica de las madres y otros miembros de la familia puede señalar la necesidad de fomentar una mayor equidad en las responsabilidades económicas dentro del hogar.

Tabla 15

Detalle del ingreso mensual familiar

Detalle del ingreso mensual (Respuestas múltiples)	Cantidad	% sobre N=114
Salario	109	95.60
Pensión	9	7.90
Beca (hijos)	83	72.80
Programa 120/65	8	7.00
Red de oportunidades	9	7.90
Otros	23	20.20
Total de encuestados	114	----

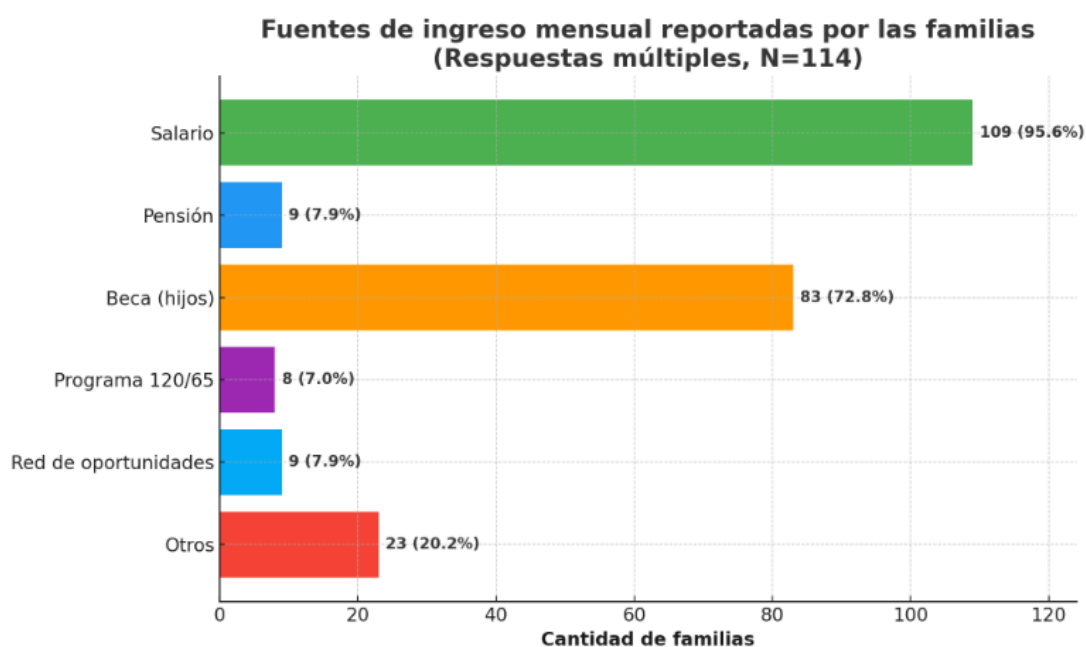
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó cada fuente de ingreso, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que muchas familias reciben ingresos desde varias fuentes simultáneamente (por ejemplo, salario y beca).

Figura 15

Detalle del ingreso mensual familiar



Según los datos mostrados en la Figura 15, el ingreso mensual por familia es producto en un 95.6% del salario, que en su mayoría es salario mínimo, el 72.8% corresponde a las becas de los hijos, el 20.2% corresponde a otros ingresos (), el 7.9% corresponde al programa red de oportunidades, el 7.9% corresponde a las pensiones alimenticias y el 7% corresponde al programa 120/65.

El análisis de la Figura 15 sobre el detalle del ingreso mensual en el Asentamiento La Gran Bendición revela información significativa sobre las fuentes de ingresos de las familias. Un 95.60% de los encuestados reporta que su ingreso proviene de salarios, lo que indica que la mayoría de la población está empleada y depende de ingresos laborales regulares. Sin

embargo, es importante destacar que, entre estos salarios, un 49% corresponde a ingresos de 1 a 500 dólares, y un 44% se sitúa en el rango de 501 a 1000 dólares. Esta distribución sugiere que una parte considerable de la población enfrenta limitaciones económicas, ya que los salarios más bajos pueden no ser suficientes para cubrir adecuadamente los costos de vida.

Además, un 72.80% menciona recibir becas para sus hijos, lo que resalta la importancia de este apoyo educativo en la economía familiar. Las becas son cruciales para aliviar la carga financiera relacionada con la educación, permitiendo que más niños accedan a oportunidades de aprendizaje. Sin embargo, esta dependencia significativa de las becas también puede indicar que los salarios por sí solos no son suficientes para cubrir todos los gastos familiares, lo que podría llevar a las familias a buscar apoyo adicional.

Otras fuentes de ingreso como pensiones (7.90%), programas sociales como el Programa 120/65 (7.00%) y la Red de Oportunidades (7.90%) representan porcentajes menores pero relevantes en el contexto del bienestar familiar. La presencia de ingresos "otros" (20.20%) sugiere que hay diversas formas en las que las familias pueden complementar sus ingresos. En general, estos resultados reflejan una economía familiar que depende en gran medida del trabajo remunerado y del apoyo gubernamental o educativo, lo que resalta la necesidad de políticas que fortalezcan estas áreas y promuevan una mayor estabilidad económica y social en la comunidad.

Tabla 16

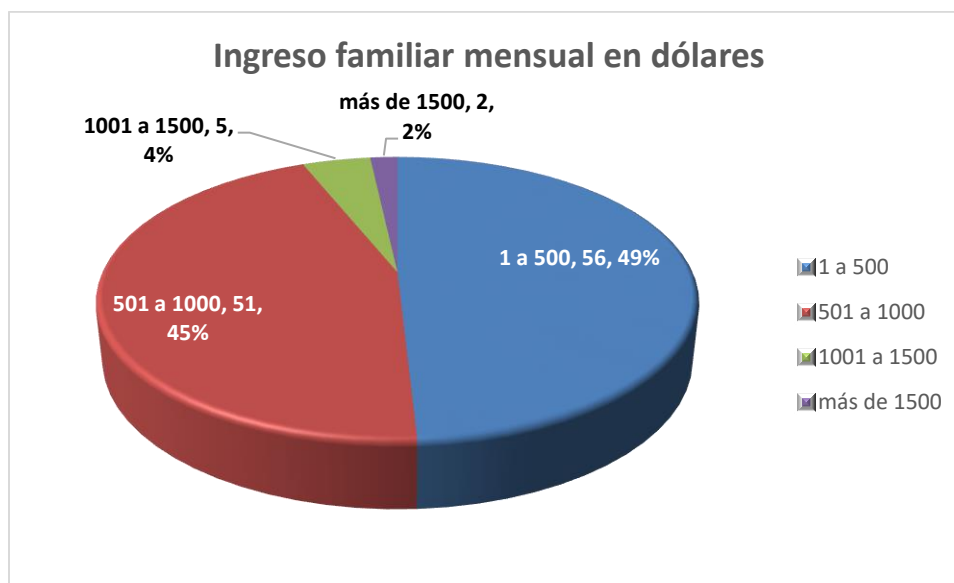
Total del ingreso familiar mensual en dólares

Total del ingreso familiar mensual en B/.	Cantidad	%
1 a 500	56	49.12
501 a 1000	51	44.74
1001 a 1500	5	4.39
Más de 1500	2	1.75
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 16

Ingreso familiar mensual en dólares



En la Figura 16, los datos indican que el 49% de los ingresos familiares mensuales van en el rango de 1 a 1500 dólares, el 45% están en el rango de 501 a 1000 dólares, el 4% de 1001 a 1500 y el 2% es más de 1500. Cabe resaltar que la mayoría de los ingresos mensuales de las familias de La Gran Bendición de Arraiján, corresponden a salario mínimo o menos de esto.

En la Figura 16, sobre el total de ingreso familiar mensual en dólares en el Asentamiento La Gran Bendición, proporciona una visión clara de la situación económica de las familias. Según los datos, el **49.12%** de los encuestados reporta ingresos mensuales de **1 a 500 dólares**, lo que indica que casi la mitad de las familias se encuentran en un rango de ingresos relativamente bajo. Este nivel de ingreso puede limitar el acceso a servicios básicos, educación y salud, afectando así el bienestar general de los hogares. Por otro lado, el **44.74%** de las familias tiene ingresos entre **501 y 1000 dólares**, lo que sugiere que una parte significativa de la población puede tener un poco más de flexibilidad económica, aunque aún puede enfrentar desafíos para cubrir todas sus necesidades. Sin embargo, solo un **4.39%** reporta ingresos entre **1001 y 1500 dólares**, y un escaso **1.75%** tiene ingresos superiores a **1500 dólares**. Esto resalta que hay una baja representación de familias con ingresos altos, lo que podría señalar una falta de oportunidades laborales bien remuneradas en la comunidad. La concentración de ingresos en los rangos más bajos también puede

implicar una dependencia significativa de trabajos informales o eventuales, lo que puede generar inestabilidad financiera. Además, esta situación puede ser un factor limitante para el desarrollo social y económico del asentamiento. Por lo tanto, es fundamental que se implementen políticas y programas que fomenten el acceso a empleos estables y bien remunerados, así como iniciativas que ofrezcan capacitación y educación para mejorar las habilidades laborales de los residentes. Esto no solo beneficiaría a las familias individualmente, sino que también podría contribuir al desarrollo económico general de la comunidad.

Tabla 17

Distribución de los egresos mensual de la familia

Distribución del egreso mensual de la familia	Cantidad	%
Vivienda	3	2.60
Luz	2	1.80
Agua	2	1.80
Teléfono	100	87.70
Alimentación	112	98.20
Pensión alimenticia	3	2.60
Préstamo	7	6.10
Transporte	108	94.70
Educación	84	73.70
Otros	54	47.40
Total de encuestados	114	-----

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

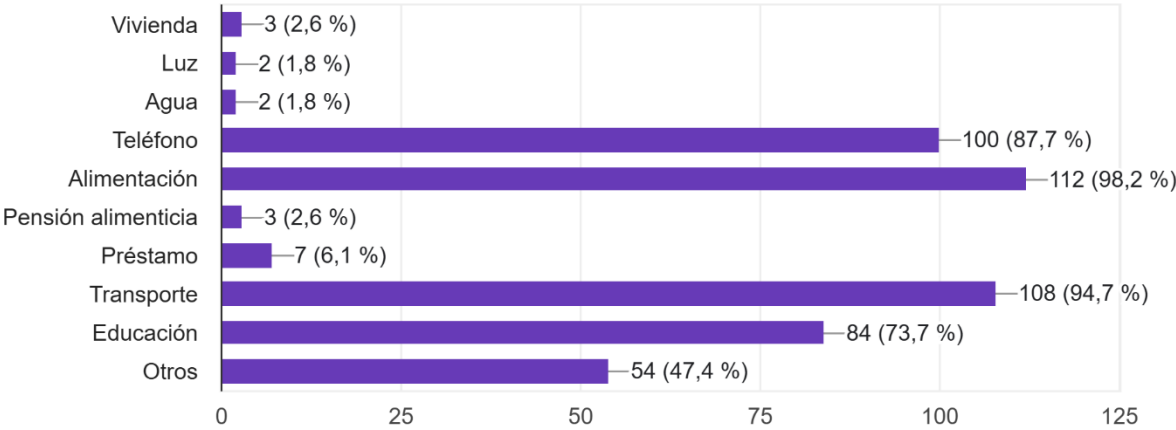
Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó cada fuente de egreso, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto

refleja que muchas familias tienen diferentes egresos simultáneamente (por ejemplo, alimentación, transporte, educación).

Figura 17

Distribución de los egresos mensuales de la familia



Según los datos de la Figura 17, sobre la distribución de los egresos mensuales, revela patrones significativos en cómo las familias del Asentamiento La Gran Bendición gestionan sus gastos. La categoría más destacada es alimentación, con un 98.20% de los encuestados, indicando que este es un gasto prioritario. Esto refleja la necesidad básica de acceso a alimentos, lo que puede ser crítico en un contexto donde las condiciones económicas son limitadas.

El gasto en transporte también es considerable, con un 94.70% reportando este egreso. Esto sugiere que el transporte es fundamental para la movilidad y el acceso a oportunidades laborales, educativas y servicios de salud, lo cual es esencial para el desarrollo personal y familiar. Sin embargo, el hecho de que los gastos en vivienda, luz, y agua sean tan bajos (2.60% y 1.80%, respectivamente) es preocupante, especialmente considerando que las conexiones eléctricas y de agua son ilegales en el asentamiento. Esto puede indicar que muchas familias no tienen acceso formal a estos servicios básicos, lo que podría ponerlas en situaciones vulnerables y aumentar su dependencia de soluciones informales o riesgosas.

La ausencia de recolección de basura también plantea desafíos adicionales para la salud pública y el bienestar general de las familias. Aunque hay un 6.10% destinado a préstamos y un 73.70% a educación, lo que indica una inversión en el futuro, la falta de servicios básicos como agua potable y electricidad puede limitar gravemente la calidad de vida. Además, el gasto en teléfono (87.70%) sugiere que las familias priorizan la comunicación, posiblemente para mantenerse conectadas con redes de apoyo o buscar oportunidades laborales. En general, estos datos reflejan una gestión financiera centrada en necesidades inmediatas; mientras que la falta de acceso a servicios básicos legales resalta la necesidad urgente de políticas que aborden estas carencias y promuevan condiciones más seguras y saludables para los residentes del asentamiento.

Tabla 18

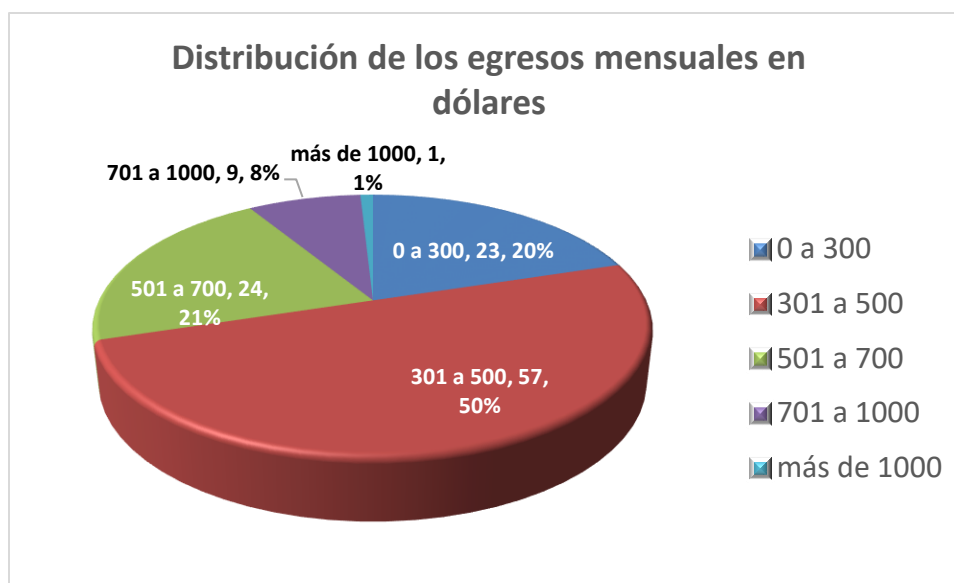
Total del egreso familiar mensual en dólares

Total del egreso familiar mensual en B/.	Cantidad	%
0 a 300	23	20.17
301 a 500	57	50.00
501 a 700	24	21.05
701 a 1000	9	7.89
Más de 1000	1	0.88
Total	114	100

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 18

Total del egreso familiar mensual en balboa



Según los datos de la Figura 18, sobre el total de egreso familiar mensual en balboas en el Asentamiento La Gran Bendición proporciona una visión clara de la situación económica de las familias. De los 114 encuestados, el 50.00% reporta egresos entre 301 y 500 balboas, lo que indica que la mayoría de las familias opera con un presupuesto ajustado, pero relativamente manejable. Esto sugiere que muchas familias están en un rango donde pueden cubrir sus necesidades básicas, aunque probablemente con poco margen para imprevistos o gastos adicionales.

Sin embargo, un 20.17% de las familias tiene egresos de 0 a 300 balboas, lo que señala que una parte significativa de la población enfrenta limitaciones económicas más severas. Este nivel de gasto puede dificultar el acceso a servicios básicos y generar vulnerabilidad ante situaciones inesperadas. Por otro lado, los egresos en los rangos superiores son bajos: solo un 21.05% reporta gastos entre 501 y 700 balboas, y apenas un 7.89% gasta entre 701 y 1000 balboas. Esto resalta que hay una escasa representación de familias con mayores capacidades de gasto, lo cual puede reflejar una falta de oportunidades laborales bien remuneradas en la comunidad.

Además, es importante considerar que las conexiones ilegales del tendido eléctrico y las tuberías de agua potable, así como la falta de recolección de basura pueden influir en los

egresos mensuales. Estas condiciones pueden obligar a las familias a destinar recursos adicionales para cubrir necesidades básicas no satisfechas a través de servicios formales. En general, estos datos reflejan una economía familiar que depende en gran medida de un presupuesto limitado, lo que subraya la necesidad urgente de políticas que aborden estas carencias y promuevan un entorno económico más estable y saludable para los residentes de La Gran Bendición.

3.1.5. Cuando comenzó a residir en La Gran Bendición

Tabla 19

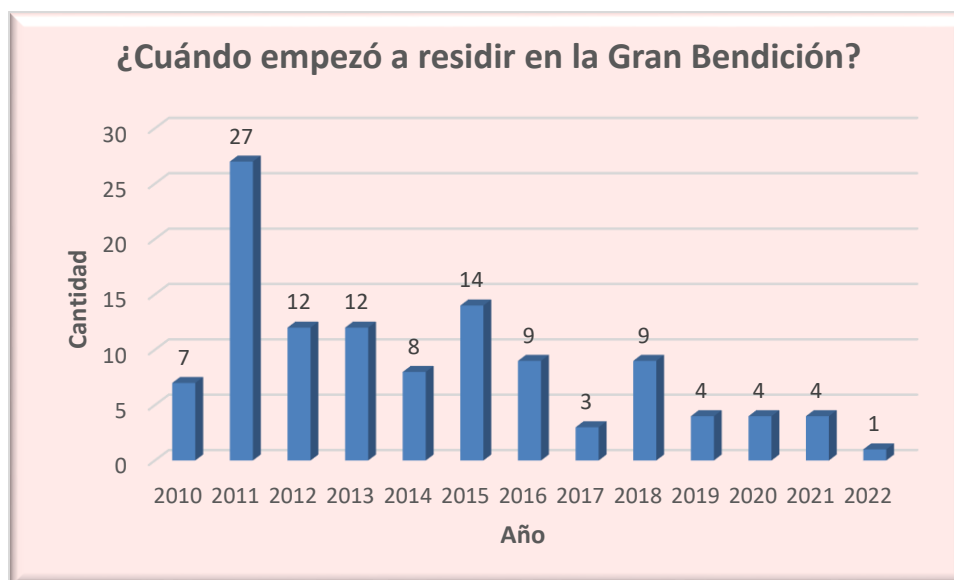
¿Cuándo empezó a residir en la Gran Bendición?

Cuando empezó a residir en la Gran Bendición (año)	Cantidad	%
2010	7	6.14
2011	27	23.68
2012	12	10.53
2013	12	10.53
2014	8	7.02
2015	14	12.28
2016	9	7.89
2017	3	2.63
2018	9	7.89
2019	4	3.51
2020	4	3.51
2021	4	3.51
2022	1	0.88
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 19

¿Cuándo empezó a residir en La Gran Bendición?



El análisis de los datos de la Figura 19 sobre cuándo empezaron a residir los encuestados en La Gran Bendición revela importantes patrones demográficos y socioeconómicos en la comunidad. De los 114 encuestados, el 23.68% comenzó a residir en el asentamiento en 2011, lo que indica un período de crecimiento significativo en ese año. Este aumento podría estar relacionado con la búsqueda de vivienda asequible y oportunidades laborales, especialmente considerando que muchos residentes deben desplazarse a la Ciudad de Panamá o a otros distritos para trabajar, lo que puede influir en su decisión de establecerse en La Gran Bendición.

La distribución de los años de residencia muestra que, aunque hay un número considerable de personas que se mudaron entre 2010 y 2015, después de este período se observa una disminución notable en la llegada de nuevos residentes. Por ejemplo, solo un 2.63% se mudó en 2017 y un 0.88% en 2022. Esta tendencia puede indicar que el asentamiento ha alcanzado un punto de saturación o que las condiciones socioeconómicas han cambiado, afectando la migración hacia esta área. Además, el hecho de que muchos residentes dependen del transporte hacia la ciudad para trabajar puede ser una desventaja significativa, ya que implica gastos adicionales y tiempo perdido en desplazamientos.

La necesidad de salir a trabajar fuera del asentamiento también puede estar relacionada con la falta de empleo formal y bien remunerado entre los residentes de La Gran Bendición. Esto puede llevar a una situación donde los residentes enfrentan desafíos económicos significativos, ya que deben equilibrar los costos del transporte con sus ingresos limitados. En conjunto, estos datos sugieren que, para mejorar las condiciones de vida en La Gran Bendición, es fundamental abordar no solo la infraestructura y los servicios básicos, sino también fomentar oportunidades laborales y mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

Tabla 20

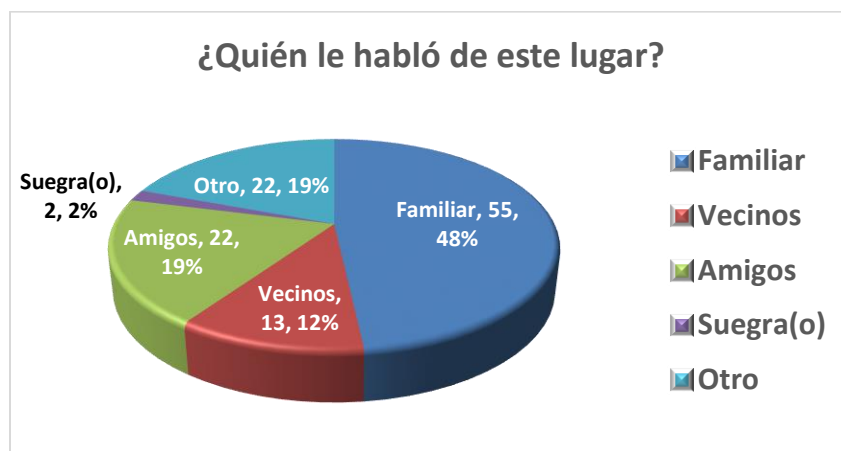
¿Quién le habló de este lugar?

¿Quién le habló de este lugar (LGB)?	Cantidad	%
Familiar	55	48.25
Vecinos	13	11.40
Amigos	22	19.30
Suegra(o)	2	1.75
Otro	22	19.30
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 20

¿Quién le habló de este lugar?



Según los datos de la Figura 20, sobre quién le habló del Asentamiento La Gran Bendición revela importantes dinámicas sociales y de comunicación dentro de la comunidad. Según los datos, un 48.25% de los encuestados menciona que fueron familiares quienes les informaron sobre este lugar, lo que indica que las redes familiares juegan un papel crucial en la difusión de información sobre oportunidades de vivienda. Este alto porcentaje sugiere que las decisiones de migración o reubicación en el asentamiento están fuertemente influenciadas por la confianza y el apoyo familiar, lo cual es común en contextos donde las comunidades se forman a partir de lazos cercanos.

Los amigos también son una fuente significativa de información, representando el 19.30% de los encuestados. Esto puede reflejar una red social más amplia donde las recomendaciones y experiencias compartidas entre amigos ayudan a atraer nuevos residentes al asentamiento. En contraste, los vecinos solo representan un 11.40%, lo que sugiere que la comunicación y el intercambio de información dentro del vecindario son menos influyentes en comparación con las conexiones familiares y amistosas.

Un 1.75% menciona a su suegra(o) como fuente de información, mientras que un 19.30% indica "otros", lo que puede incluir diversas fuentes como organizaciones comunitarias o medios informales. La baja proporción de información proveniente de vecinos puede ser indicativa de una falta de cohesión social o comunicación efectiva dentro del asentamiento, lo cual podría ser un área de mejora para fomentar un sentido más fuerte de comunidad. Fortalecer estas conexiones, entre vecinos, podría ser beneficioso para el desarrollo social y económico del área.

3.1.6. Características de la vivienda

Tabla 21

¿Tiene derecho posesorio?

¿Tiene derecho posesorio?	Cantidad	%
SI	101	88.60
NO	13	11.40
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 21

¿La familia tiene derecho posesorio?



Según los datos de la Figura 21, sobre el derecho posesorio en el Asentamiento La Gran Bendición muestra que un 88.60% de los encuestados afirma tener derecho posesorio sobre sus tierras; mientras que solo un 11.40% indica que no lo tiene, pero están en trámite. Este alto porcentaje de personas que afirman tener este derecho sugiere una consolidación de la ocupación y el uso de la tierra, lo que podría ser indicativo de un sentido de pertenencia y estabilidad dentro de la comunidad.

El derecho posesorio en Panamá permite a los residentes validar su ocupación y, eventualmente, formalizarla en un título de propiedad si cumplen con ciertos requisitos, como

haber disfrutado de la posesión pública y pacífica durante un período mínimo de cinco años. Este contexto es relevante para entender por qué una gran mayoría se siente segura en su derecho a la tierra, ya que muchos han vivido en el asentamiento durante años y han realizado mejoras en sus terrenos y viviendas.

Tabla 22

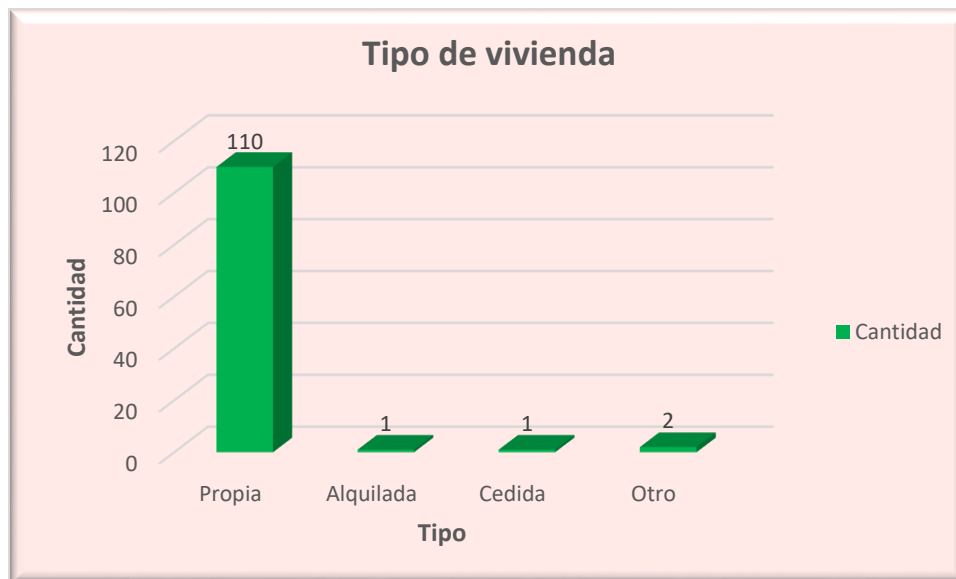
Tipo de vivienda

Tipo de vivienda	Cantidad	%
Propia	110	96.00
Alquilada	1	1.00
Cedida	1	1.00
Otro	2	2.00
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 22

Tipo de vivienda



Según la Figura 22, el 96% tienen vivienda propia, 2% otra, 1% cedida y 1% alquilada. Considerando que el Asentamiento La Gran Bendición fue originalmente una invasión, el alto porcentaje de viviendas propias (96%) es notable. Esto sugiere que, a pesar de los

desafíos iniciales, la mayoría de las familias han logrado regularizar su situación y obtener la propiedad de sus viviendas. Este proceso de regularización ha sido facilitado por políticas gubernamentales o esfuerzos comunitarios que apoyaron a los residentes en la formalización de sus propiedades. La estabilidad residencial resultante es un indicador positivo de seguridad y arraigo en la comunidad.

Tabla 23

Tipos de paredes de la vivienda

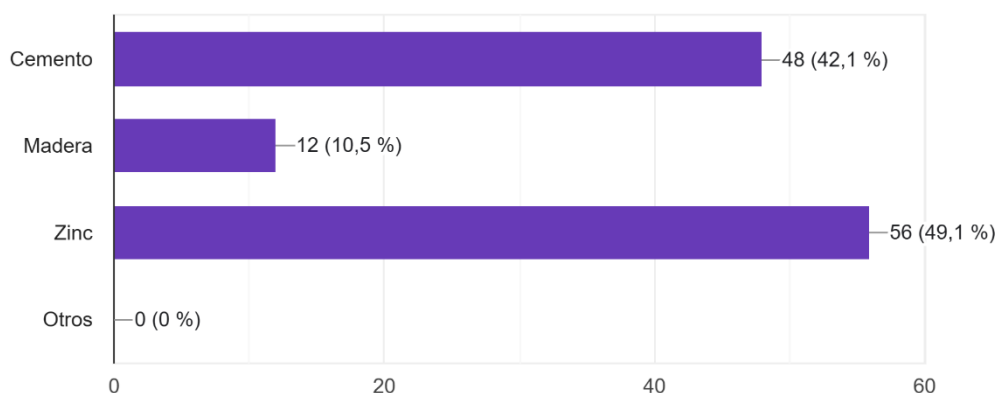
Tipos de paredes de la vivienda	Cantidad	%
Cemento	48	42.1
Madera	12	10.5
Zinc	56	49.1
Otro	0	0.00
Total de encuestados	114	-----

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó cada tipo de paredes de la vivienda, ya que se permitió seleccionar más de una opción por vivienda (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114). Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que muchas familias tienen viviendas con paredes de diferentes materiales (por ejemplo, zinc y cemento).

Figura 23

Tipos de paredes de la vivienda



Según los datos mostrados en la Figura 23, la mayoría de las viviendas en el Asentamiento La Gran Bendición tienen paredes de zinc (normalmente de segunda), representando el 49.1% de los encuestados. Este material es común en áreas con recursos limitados debido a su bajo costo y facilidad de instalación, aunque puede no ofrecer el mismo nivel de durabilidad y aislamiento que otros materiales.

Las paredes de cemento o bloque, que constituyen el 42.1% de las viviendas, indican un esfuerzo significativo por parte de los residentes para mejorar la calidad y la durabilidad de sus hogares, lo que puede estar relacionado con el deseo de mejora de las condiciones de vida en el asentamiento.

Por otro lado, solo el 10.5% de las viviendas tienen paredes de madera, y no se reportaron viviendas con otros tipos de paredes. La utilización de paredes de zinc y madera en su mayoría de segunda se debe normalmente a la falta de recursos y las condiciones económicas de las familias de La Gran Bendición. Este análisis resalta la importancia de continuar apoyando mejoras en la infraestructura de vivienda para asegurar condiciones de vida más seguras y confortables para todos los residentes.

Tabla 24

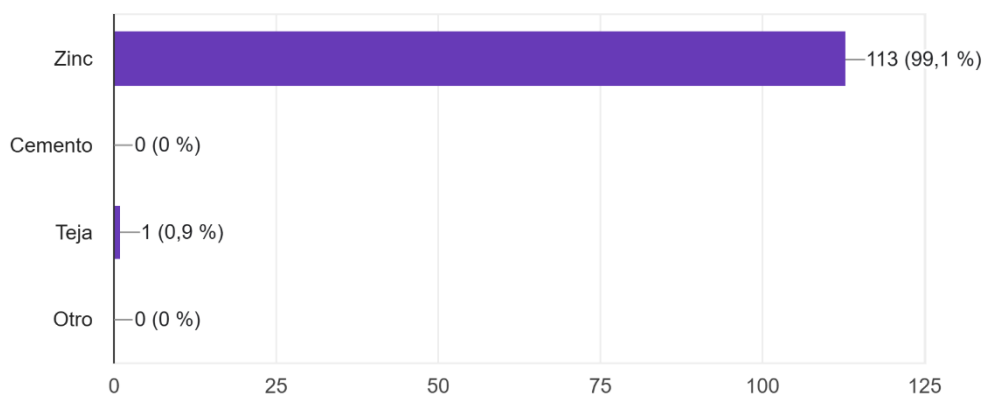
Tipo de techo de la vivienda

Tipos de techo	Cantidad	%
Zinc	113	99.12
Cemento	0	0.00
Teja	1	0.88
Otro	0	0.00
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 24

Tipo de techo de la vivienda



En la Figura 24, los datos muestran que el 99.10% de las viviendas tienen techos de zinc; mientras que solo el 1% utiliza teja. El uso de techos de zinc es popular y tradicional debido a su facilidad de instalación y la seguridad que proporciona, en comparación con otras variedades de techos. Además, es importante destacar que existen diferentes calibres y precios de techos de zinc. Los miembros de La Gran Bendición suelen optar por zinc de segunda o si son nuevos eligen los calibres más económicos, lo que refleja las limitaciones económicas de la comunidad y la necesidad de soluciones accesibles y prácticas para la construcción de viviendas.

Tabla 25

Tipo de piso de la vivienda

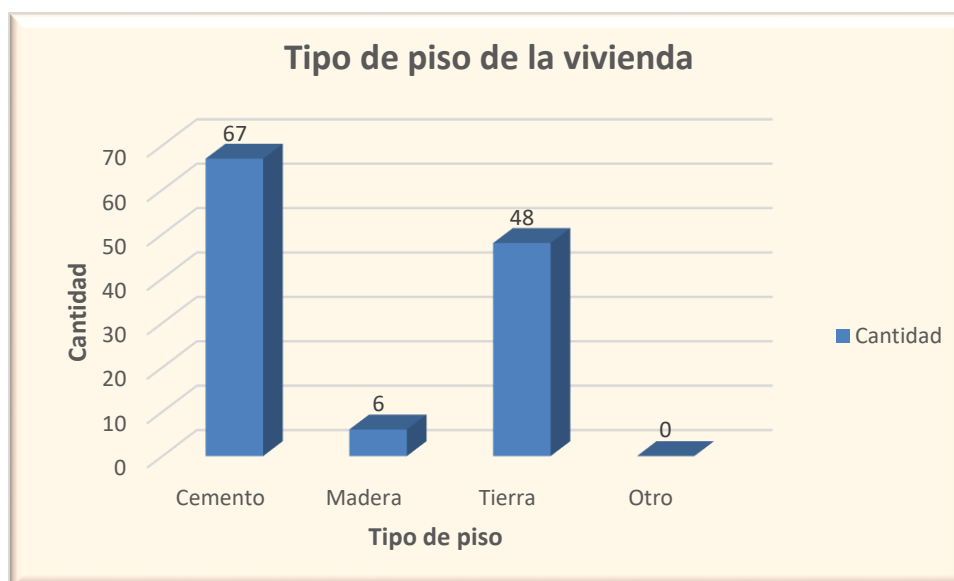
Tipo de piso de la vivienda	Cantidad	%
Cemento	67	58.77
Madera	6	5.26
Tierra	48	42.10
Otro	0	0.00
Total de encuestados	114	---

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó cada tipo de piso de la vivienda, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114). Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que muchas familias tienen pisos variados o mixtos (por ejemplo, cemento y tierra).

Figura 25

Tipo de piso de la vivienda



Según los datos de la Figura No 25, la mayoría de las viviendas en el Asentamiento La Gran Bendición tienen pisos de cemento, representando el 59% de los encuestados. Este tipo de piso es positivo para la salud, ya que proporciona un entorno más limpio y seguro, reduciendo la exposición al polvo y a condiciones insalubres. Sin embargo, un 42% de las viviendas tienen pisos de tierra, lo cual puede tener un impacto negativo en la salud de los residentes. Los pisos de tierra pueden aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias y otras condiciones relacionadas con la higiene debido a la mayor exposición al polvo y a la humedad. Es importante indicar que en invierno muchas viviendas se mojan internamente debido al mal estado del zinc de los techos.

Un pequeño porcentaje de viviendas (5%) tiene pisos de madera, que pueden ser adecuados siempre y cuando se mantengan en buenas condiciones. La ausencia de otros tipos de pisos sugiere una homogeneidad en los materiales utilizados, posiblemente influenciada por la disponibilidad de recursos y las condiciones económicas de la comunidad. Mejorar las condiciones de los pisos, especialmente en las viviendas con pisos de tierra, podría tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de los residentes.

Tabla 26

Distribución de la vivienda

Distribución de la vivienda	Cantidad	%
Sala	53	46.49
Comedor	23	20.18
Cocina	17	14.91
Baño	23	20.18
Dormitorios	38	33.33
Una sola pieza	54	47.37
Otros	3	2.63
Total de encuestados	114	-----

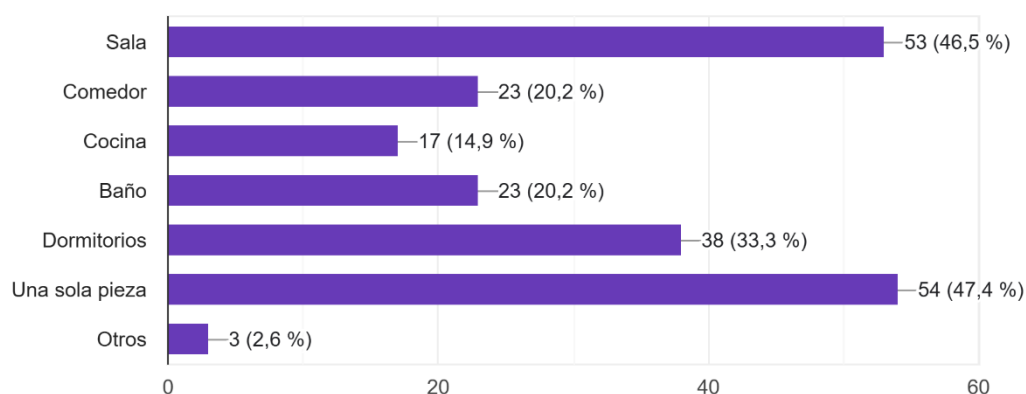
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó cada parte que conformaba la vivienda, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia

(respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que algunas familias tienen vivienda con una distribución adecuada (por ejemplo, la vivienda cuenta con, sala, comedor, cocina, dormitorios y baño).

Figura 26
Distribución de la vivienda



Según los datos presentados en la Figura 26, la distribución de las viviendas en el Asentamiento La Gran Bendición muestra una variedad de configuraciones. Un 47.37% de las viviendas consisten en una sola pieza, lo que sugiere condiciones de hacinamiento que pueden afectar la calidad de vida y la privacidad de los residentes. Las salas están presentes en el 46.49% de las viviendas; lo que indica que casi la mitad de las viviendas tienen un espacio dedicado para la convivencia familiar. Los dormitorios, presentes en el 33.33% de las viviendas, son esenciales para la privacidad y el descanso adecuado de los miembros de la familia.

Además, el 20.18% de las viviendas tienen un comedor y un baño, lo que refleja la importancia de estos espacios para la funcionalidad y la higiene del hogar. Sin embargo, solo el 14.91% de las viviendas cuentan con una cocina, lo que podría indicar que muchas familias preparan sus alimentos en espacios no dedicados específicamente para ello, lo cual puede tener implicaciones para la salud y la seguridad alimentaria. La presencia de otros tipos de

distribución es mínima (2.63%), lo que sugiere una homogeneidad en la estructura de las viviendas. Mejorar la distribución y el espacio de las viviendas podría tener un impacto positivo en la calidad de vida de los residentes.

Tabla 27

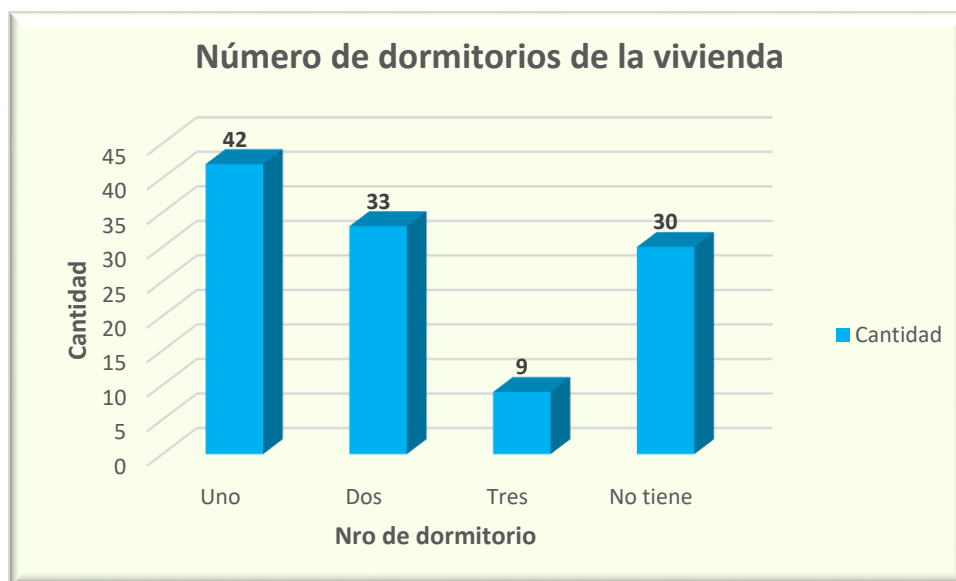
Número de dormitorios de la vivienda

Número de dormitorios de la vivienda	Cantidad	%
Uno	42	36.84
Dos	33	28.95
Tres	9	7.89
	30	26.32
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 27

Número de dormitorios de la vivienda



Los datos que muestra la Figura 27, sobre la distribución del número de dormitorios en las viviendas del asentamiento La Gran Bendición revela condiciones habitacionales precarias que afectan la calidad de vida de sus habitantes. Un 36.84% de las viviendas cuenta con un solo dormitorio, lo que sugiere posibles situaciones de hacinamiento, especialmente si estas viviendas albergan familias numerosas. Además, el 26.32% de las viviendas no dispone de dormitorios, lo que indica que sus habitantes probablemente duermen en espacios comunes, como la sala o la cocina, sin la privacidad mínima necesaria para el descanso y el desarrollo personal.

Por otro lado, solo el 7.89% de las viviendas cuenta con tres dormitorios, lo cual representa una minoría con mejores condiciones de habitabilidad. Estos datos reflejan una necesidad urgente de intervención en materia de vivienda, tanto en la mejora de la infraestructura existente como en la planificación de soluciones habitacionales que garanticen el derecho a una vivienda digna. Esta situación también puede tener implicaciones en la salud, la seguridad y el rendimiento escolar de niños y jóvenes, así como en la estabilidad emocional y familiar de los adultos.

Tabla 28

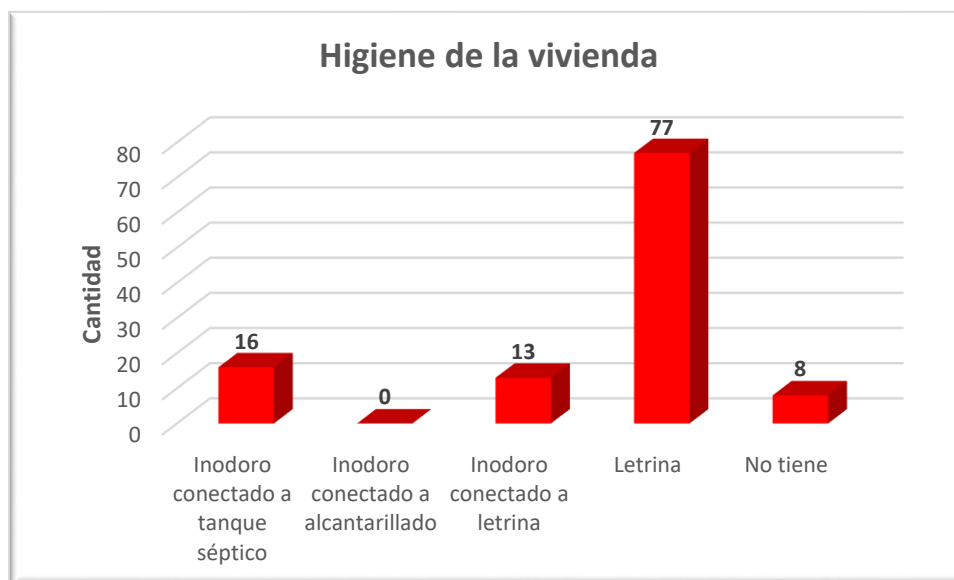
Higiene de la vivienda

Higiene de la vivienda	Cantidad	%
Inodoro conectado a tanque séptico	16	14.04
Inodoro conectado a alcantarillado	0	0.00
Inodoro conectado a letrina	13	11.40
Letrina	77	67.54
No tiene	8	7.02
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 28

Higiene de la vivienda



Los datos de la Figura 28 muestran que la mayoría de las viviendas en el Asentamiento La Gran Bendición utilizan letrinas, con un 67.54% de los encuestados indicando esta opción. Esto refleja una infraestructura sanitaria limitada, lo cual puede tener implicaciones significativas para la salud pública, incluyendo un mayor riesgo de enfermedades transmitidas por el agua y problemas de higiene. Solo el 14.04% de las viviendas tienen inodoros conectados a tanques sépticos, lo que proporciona una mejor solución sanitaria en comparación con las letrinas. Un 11.40% de las viviendas tienen inodoros conectados a letrinas, y ninguna vivienda está conectada a un sistema de alcantarillado, lo que indica una falta de acceso a infraestructuras sanitarias más avanzadas.

Además, un 7.02% de las viviendas no tienen ningún tipo de instalación sanitaria, lo que agrava los riesgos para la salud de los residentes. La falta de instalaciones sanitarias adecuadas puede contribuir a la propagación de enfermedades y afectar negativamente la calidad de vida. Mejorar las condiciones sanitarias en el asentamiento, mediante la instalación de más inodoros conectados a tanques sépticos o sistemas de alcantarillado, podría tener un impacto positivo significativo en la salud y el bienestar de la comunidad.

Tabla 29

¿Si no tiene sanitario, ¿dónde hace sus necesidades?

¿Si no tiene sanitario, ¿dónde hace sus necesidades?	Cantidad	%
Patio	0	0.00
Vecino	5	45.50
Familiar	5	45.50
Otro	1	9.10
Total	11	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 29

¿Si no tiene sanitario, ¿dónde hace sus necesidades?



Los datos representados en la Figura 29 muestran que entre las familias del Asentamiento La Gran Bendición que no tienen sanitario, el 46% hace sus necesidades en la casa de un vecino y otro 45.50% en la casa de un familiar. Esto indica una fuerte dependencia de la comunidad para satisfacer necesidades básicas de saneamiento. Solo un 9.10% utiliza otros lugares, y nadie reportó usar el patio. Esta situación refleja la falta de instalaciones sanitarias adecuadas

y puede tener implicaciones significativas para la salud pública, aumentando el riesgo de enfermedades y afectando la dignidad y calidad de vida de los residentes.

3.1.7. Creencias y prácticas de las familias de los grupos originarios para atender las enfermedades:

3.1.7.1. Creencias sobre el origen de las enfermedades

Tabla 30

¿Cuáles son las creencias tradicionales de las familias de los grupos originarios sobre el origen de las enfermedades?

¿Cuáles son las creencias tradicionales de las familias de los grupos originarios sobre el origen de las enfermedades?	Cantidad	%
Falta de higiene	13	11.40
Falta de Centro de salud	22	19.30
Descuido	13	11.40
Mal cuidado de la piel	3	2.63
Maldad-Envidia	7	6.14
Mala alimentación	29	25.44
Mal estilo de vida	34	29.82
No sabe	9	7.89
Otro	23	20.18
Total de encuestados	114	-----

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

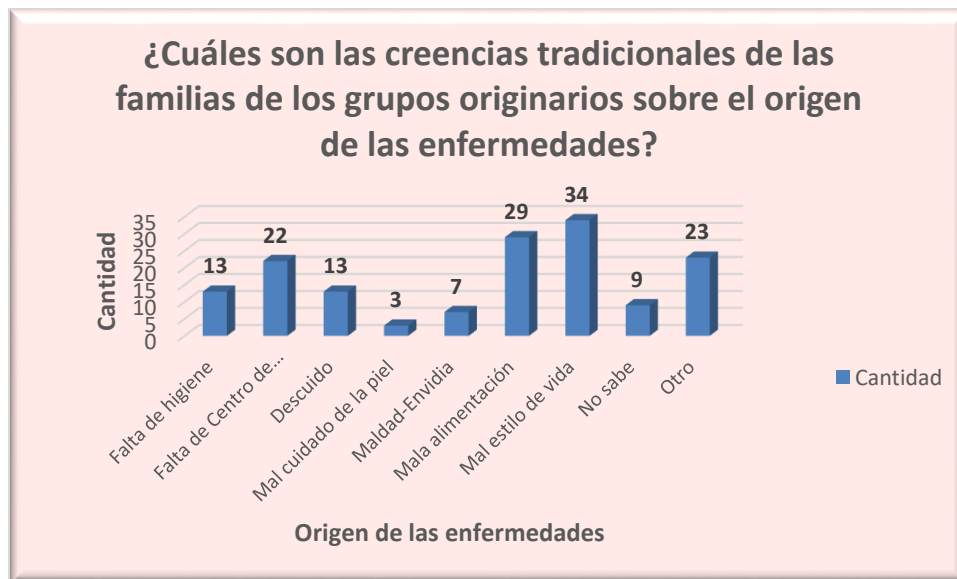
Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó cada el tipo de creencia sobre el origen de las enfermedades, ya que se permitió seleccionar más de

una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que muchas familias perciben que el origen de las enfermedades se puede deber a múltiples factores (por ejemplo, mala alimentación, mal estilo de vida, otro).

Figura 30

¿Cuáles son las creencias tradicionales de las familias de los grupos originarios sobre el origen de las enfermedades?



En la Figura 30, según los datos analizados, las principales creencias tradicionales sobre el origen de las enfermedades entre las familias de los grupos originarios se relacionan con factores como el mal estilo de vida (29.82%), la mala alimentación (25.44%) y la ausencia de centros de salud (19.30%). También se mencionan causas como la falta de higiene y el descuido (ambas con 11.40%), así como creencias culturales como la maldad o envidia (6.14%). Un 7.89% expresó no saber la causa, y un 20.18% señaló otras razones, lo que refleja una diversidad de percepciones que combinan factores socioculturales, ambientales y espirituales.

3.1.7.2. Uso o no de la herbolaria:

Tabla 31

¿Utiliza la herbolaria o remedios tradicionales para tratar las enfermedades?

¿Utiliza la herbolaria o remedios tradicionales para tratar las enfermedades?	Cantidad	%
Sí	78	68.42
No	36	31.58
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 31

¿Utiliza la herbolaria o remedios tradicionales para tratar las enfermedades?



En los datos de la Figura 31, se muestra que una mayoría significativa de las familias en el Asentamiento La Gran Bendición, un 68.42%, utiliza la herbolaria o remedios tradicionales para tratar las enfermedades. Esto refleja una fuerte dependencia y confianza en las prácticas tradicionales de salud, posiblemente debido a la accesibilidad y el conocimiento cultural transmitido de generación en generación. Por otro lado, un 31.58% de los encuestados no

utiliza estos remedios, lo que podría indicar una preferencia por la medicina moderna o una falta de acceso a recursos herbolarios.

El uso predominante de la herbolaria sugiere que cualquier programa de salud en la comunidad debería considerar la integración de prácticas tradicionales con la medicina moderna para ser más efectivo y culturalmente aceptable. Además, promover la educación sobre el uso seguro y eficaz de los remedios tradicionales podría mejorar los resultados de salud en la comunidad.

3.1.8. Atención de la salud:

Tabla 32

Cuando algún miembro de su familia se enferma, a dónde acude a recibir atención de la salud?

¿Cuándo algún miembro de su familia se enferma, a dónde acuden a recibir atención de la salud?	Cantidad	%
Curandero	39	34.5
Sanador	0	0.00
Chamán	1	0.90
MINSA CAPSI de Burunga	104	92.00
Otras	34	30.10
Total de encuestados	114	-----

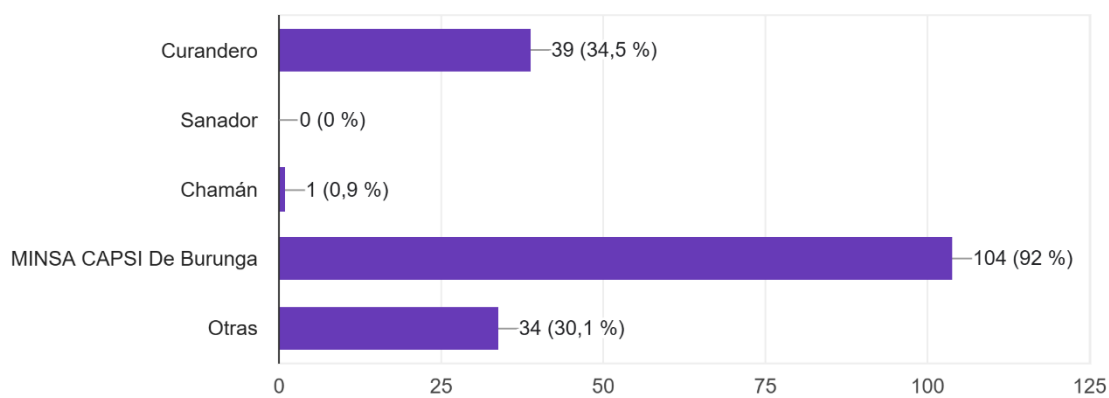
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó el lugar a donde acuden los miembros de la familia a recibir atención de salud, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que los miembros de familias pueden recibir atención de salud de diferentes fuentes (por ejemplo, MINSA CAPSI, curanderos y otros).

Figura 32

¿Cuándo algún miembro de su familia se enferma, a dónde acude a recibir atención de la salud?



Los datos de la Figura 32, muestra que la mayoría de las familias del Asentamiento La Gran Bendición acuden al MINSA CAPSI de Burunga para recibir atención de salud, con un 92% de los encuestados, indicando esta opción. Esto refleja una fuerte dependencia de los servicios de salud formales proporcionados por el Ministerio de Salud, lo cual es positivo en términos de acceso a atención médica profesional. Sin embargo, un 34.5% de las familias también recurren a curanderos, lo que indica la persistencia de prácticas tradicionales de salud en la comunidad. Es importante destacar que algunos enfermos recurren a curanderos en sus pueblos de origen, lo que subraya la importancia de las raíces culturales y la confianza en los métodos tradicionales de sanación.

Además, un 30.10% de los encuestados mencionó otras opciones, y un pequeño porcentaje (0.90%) acude a un chamán. La ausencia de sanadores en las respuestas sugiere que esta figura no es común en la comunidad. La combinación de métodos tradicionales y modernos de atención de salud subraya la importancia de integrar ambos enfoques para mejorar la aceptación y efectividad de los servicios de salud en la comunidad. Esta integración puede ayudar a asegurar que las prácticas culturales sean respetadas mientras se proporciona atención médica adecuada y profesional.

Tabla 33

¿Por qué eligió la opción de a dónde acudir a recibir atención de salud?

¿Por qué eligió la opción de a dónde acudir a recibir atención de salud?	Cantidad	%
Más económico	43	38.10
Más rápido	36	31.90
Más efectivo	53	46.90
Menos cuidado	0	0.00
Se nos enseñó	46	40.00
Otro	11	9.7
Total de encuestados	114	-----

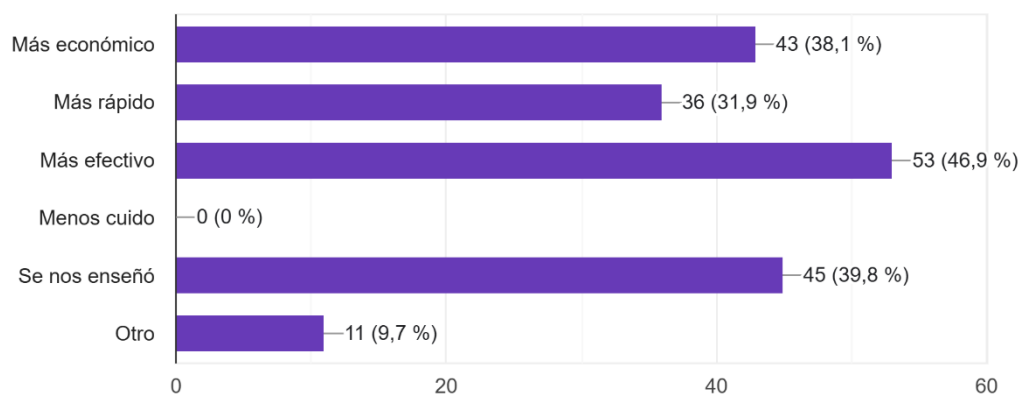
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó cada alternativa, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que muchas familias eligen donde acudir a recibir atención de salud dependiendo de diferentes factores (por ejemplo, más económico, más efectiva, se les enseñó, otros).

Figura 33

¿Por qué eligió la opción de a dónde acudir a recibir atención de salud?



Como se puede observar en la Figura No33, los datos revelan que las principales razones por las que las familias del Asentamiento La Gran Bendición eligen sus opciones de atención de salud son la efectividad y la enseñanza tradicional. Un 46.90% de los encuestados considera que su elección es más efectiva, lo que refleja una confianza en los resultados de los tratamientos seleccionados, ya sean modernos o tradicionales. Además, un 39.80% menciona que “se nos enseñó”, lo que subraya la influencia de las prácticas y creencias culturales transmitidas de generación en generación.

El costo también es un factor importante, con un 38.10% de los encuestados eligiendo opciones más económicas, lo que indica la relevancia de la accesibilidad financiera en la toma de decisiones de salud. La rapidez es otra consideración significativa, con un 31.90% de los encuestados prefiriendo opciones que proporcionan atención más rápida. La combinación de estos factores muestra cómo las decisiones de salud están influenciadas tanto por la eficacia percibida y las tradiciones culturales como por la economía y la conveniencia.

Tabla 34

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (anticoncepción)

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (anticoncepción)	Cantidad	%
Método de planificación	42	37.80
Dañar sangre	4	3.60
Se cuida 7 días después de la regla	9	8.10
No se cuida	38	34.20
Bebidas hierbas naturales	6	5.40
Otras	20	18.00
Total	114	-----

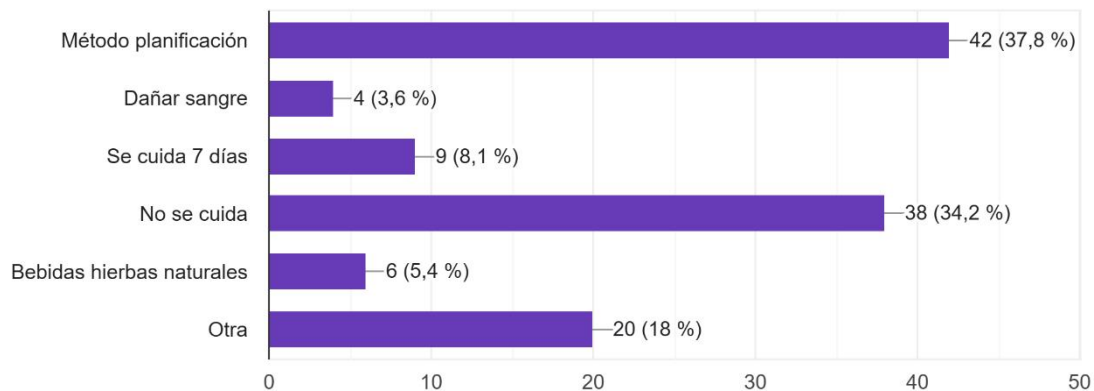
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó cada opción o método para la anticoncepción de las mujeres (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que muchas mujeres pueden practicar diferentes métodos (por ejemplo, planificación, uso de bebidas de hierbas naturales, otras).

Figura 34

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (anticoncepción)



La Figura 34 muestra una variedad de prácticas y costumbres relacionadas con la anticoncepción en la comunidad del Asentamiento La Gran Bendición. El método de planificación es la práctica más común, utilizada por el 37.80% de los encuestados, lo que indica una aceptación significativa de métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, un 34.20% de los encuestados no utiliza ningún método de anticoncepción, lo que podría reflejar una falta de acceso a recursos, educación sobre salud reproductiva, o preferencias personales y culturales.

Otras prácticas incluyen cuidarse 7 días después de la regla (8.10%) y el uso de bebidas de hierbas naturales (5.40%), lo que sugiere la presencia de métodos tradicionales y naturales en la comunidad. Un pequeño porcentaje (3.60%) menciona “dañar sangre” como una práctica, y un 18% indica otras prácticas no especificadas. Estas respuestas reflejan una mezcla de métodos modernos y tradicionales, subrayando la importancia de programas de educación y acceso a servicios de salud reproductiva que respeten y se integren con las creencias y costumbres de estos grupos originarios.

Tabla 35

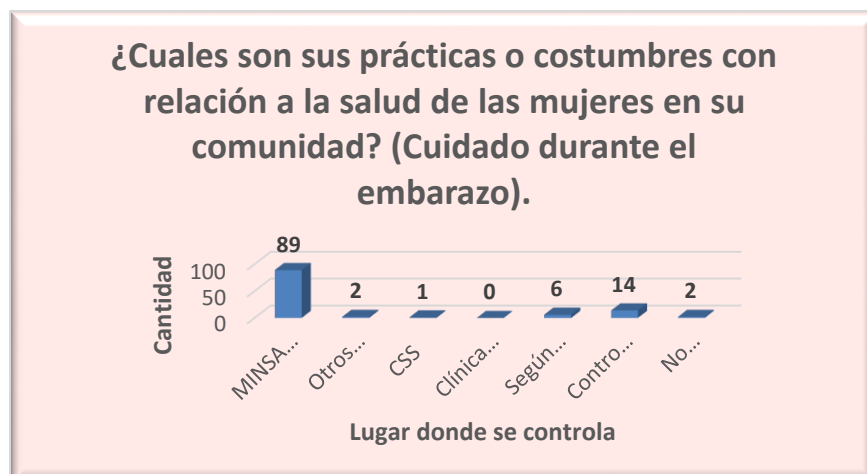
Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (cuidado durante el embarazo)

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (cuidado durante el embarazo):	Cantidad	%
Control MINSA CAPSI Burunga	89	79.46
Control en otros Centros de Salud	2	1.79
Control CSS	1	0.89
Control Clínica privada	0	0.00
Control según costumbre	6	5.35
No se controla hasta el final del embarazo	14	12.50
Total	112	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 35

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en su comunidad? (cuidado durante el embarazo)



La Figura 35 muestra que un 78% de las mujeres embarazadas en el Asentamiento La Gran Bendición acuden al MINSA CAPSI Burunga para control prenatal, señalando la importancia de este centro como fuente principal de atención. La asistencia a otros centros de salud es mínima (1.80% en otros centros y 0.90% en la CSS), y no se registra uso de clínicas privadas, indicando un acceso limitado a opciones especializadas. Además, un 12.28% no recibe

control hasta el final del embarazo, lo que representa un riesgo significativo, y un 5.26% sigue prácticas tradicionales, reflejando la necesidad de educación en salud y una integración de prácticas culturales en el cuidado prenatal. En general, se resalta la dependencia del sistema público y áreas para mejorar el acceso y educación en salud materna.

Tabla 36

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (durante el parto)

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (durante el parto):	Cantidad	%
HST	25	21.93
HNAS	72	63.16
MINSA CAPSI De Burunga	1	0.88
CSS	1	0.88
Casa	7	6.14
Otro	4	3.51
No respondió	4	3.51
Total de encuestados	110	100.00

Fuente: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 36

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (durante el parto)



En la Figura 36, se revela que un 63.16% de las mujeres en La Gran Bendición acuden a dar a luz al Hospital Nicolas A Solano (HNAS), un 21.93% utilizan el Hospitales Santo Tomás (HST), mostrando una confianza significativa en el sistema de salud pública lo cual sugiere una menor aceptación de prácticas tradicionales en el parto.

Por otra parte, el 6.14% da a luz en casa, lo que puede estar motivado por costumbres o preferencias personales, aunque representa riesgos si no hay asistencia adecuada. El MINSA CAPSI de Burunga y la CSS son opciones marginales (0.88%), mientras que un 3.51% opta por "Otros" lugares no especificados y otro 3.51% no respondió. Estos datos destacan la necesidad de fortalecer la educación sobre parto seguro y de integrar prácticas culturales con enfoques médicos modernos para mejorar la salud materna e infantil en la comunidad.

Tabla 37

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (Puerperio)

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (Puerperio)	Cantidad	%
MINSA CAPSI de Burunga	80	70.18

Hospital	0	0.00
CSS	2	1.75
Ctrl casa Bebidas y Limpieza	25	21.93
Ninguna	8	7.02
Otro	9	7.89
Total de encuestados	114	-----

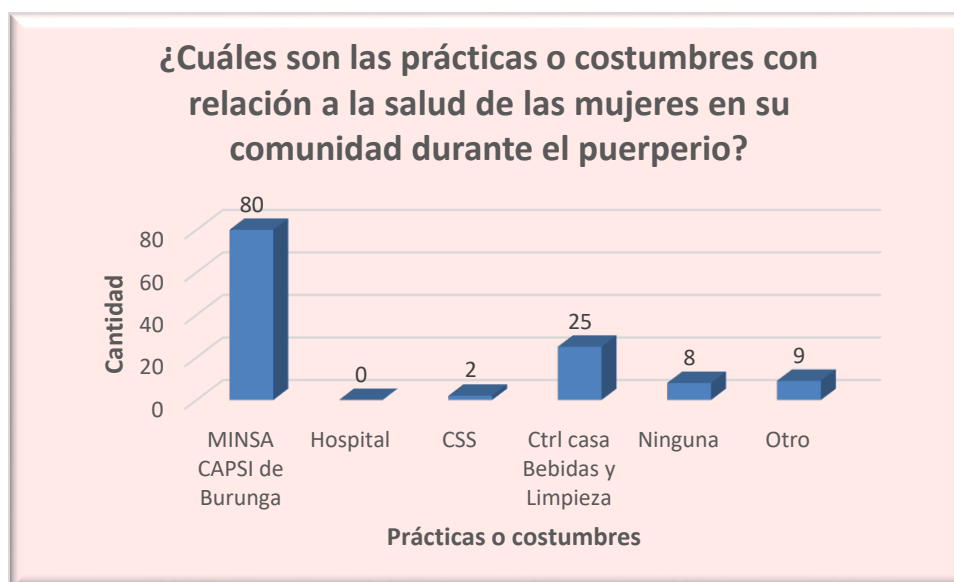
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó cada práctica o costumbre de las mujeres durante el puerperio, ya que se permitió seleccionar más de una opción por encuestado (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados (N = 114).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que muchas mujeres tienen diferentes prácticas o costumbres (por ejemplo, acuden al MINSA CAPSI, uso de bebidas, otros).

Figura 37

¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad? (Puerperio)



La Figura 37 muestra que el 70.18% de las mujeres en La Gran Bendición acuden al MINSA CAPSI de Burunga para atención postparto, reflejando una preferencia clara por los servicios de salud pública en esta etapa. Sin embargo, solo un 1.75% usa la Caja de Seguro Social (CSS), y no hay reportes de uso de hospitales, lo cual podría señalar limitaciones de acceso o desconocimiento de otras opciones. Además, un 21.93% utiliza prácticas caseras como “bebidas y limpieza”, lo que indica la presencia de costumbres tradicionales en el cuidado postparto, aunque estas podrían no siempre estar basadas en evidencia científica.

Es preocupante que un 7.02% de las mujeres no reciba ningún control durante el puerperio, lo que representa un riesgo para su salud física y emocional. También, un 7.89% menciona “otros” métodos, sugiriendo la existencia de prácticas informales no especificadas. Estos datos resaltan la necesidad de promover la educación sobre el cuidado postparto (puerperio) y de integrar prácticas culturales en el sistema de salud, con el objetivo de ofrecer una atención más segura y completa para la mujer y su recién nacido.

3.1.9. Sobre los controles de salud:

Tabla 38

¿Los miembros de su familia realizan controles de salud?

¿Los miembros de su familia realizan controles de salud?	Cantidad	Sí	No	% respecto a 114
Menores de 1 año	26	26	0	22.80
De 1 a 5 años	66	66	1	57.89
De 6 a 9 años	53	53	3	46.49
De 10 a 19 años	67	67	4	58.77
De 20 a 59 años	97	97	10	85.08
De 60 o más años	12	12	1	10.52
Embarazada	52	52	2	45.61
Puérperas	46	46	1	40.35

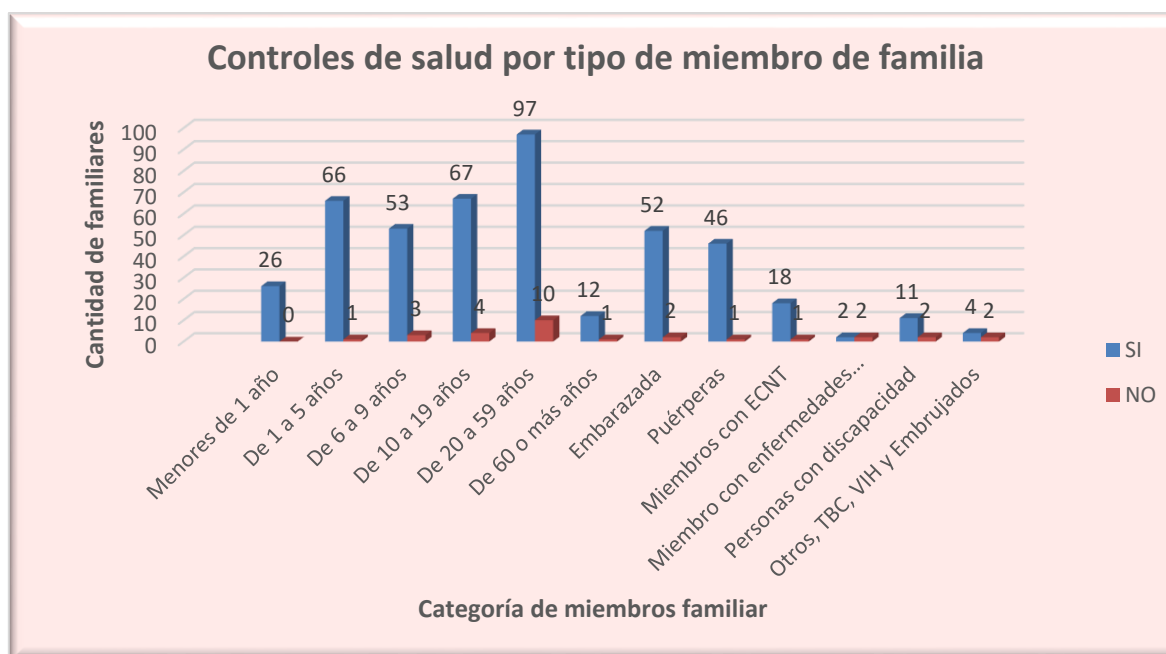
Miembros con ECNT	18	18	1	15.79
Miembro con enfermedades mentales	2	2	2	1.75
Personas con discapacidad	11	11	2	9.65
Otros, TBC, VIH y Embrujados	4	4	2	3.51
Total de encuestados	114	----	----	-----

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: Algunas categorías superan el 100% al sumarlas, lo cual no es un error, sino que refleja que muchas familias tienen más de una condición representada, por ejemplo: una familia puede tener un niño de 1 año, una madre embarazada y un adulto con una enfermedad crónica. En este caso esta familia contaría en tres categorías distintas, pero sigue siendo una sola familia de las 114.

Figura 38

¿Los miembros de su familia realizan controles de salud?



La Figura 38 revela que un porcentaje considerable de miembros de las familias en La Gran Bendición realiza controles de salud, mostrando cierta conciencia sobre la atención

preventiva. Sin embargo, hay variaciones significativas entre los grupos etarios: el 22.80% de los menores de un año recibe controles, lo que es bajo en comparación con otros grupos, mientras que el 57.89% de los niños de 1 a 5 años y el 58.77% de los adolescentes de 10 a 19 años realizan controles regularmente, indicando una mayor atención en estas etapas críticas. En el grupo de 20 a 59 años, el 85.08% acude a controles, reflejando buenas prácticas de atención preventiva, aunque solo un 10.52% de los mayores de 60 años recibe controles, lo cual es preocupante dado su riesgo de enfermedades crónicas.

Entre los grupos con necesidades específicas, el 45.61% de las embarazadas y el 40.35% de las puérperas realizan controles, pero existe margen para mejorar el seguimiento en estas etapas críticas. Los controles para personas con enfermedades crónicas (15.79%), mentales (1.75%) y discapacidades (9.65%) son escasos, evidenciando una falta de seguimiento en estos grupos vulnerables. Aunque se observan buenos niveles de atención en varios grupos, se requiere una mayor educación sobre salud y mejoras en el acceso a servicios médicos, especialmente para los menores de un año, personas mayores y aquellos con condiciones crónicas o mentales, a fin de optimizar los resultados en salud en La Gran Bendición.

Tabla 39

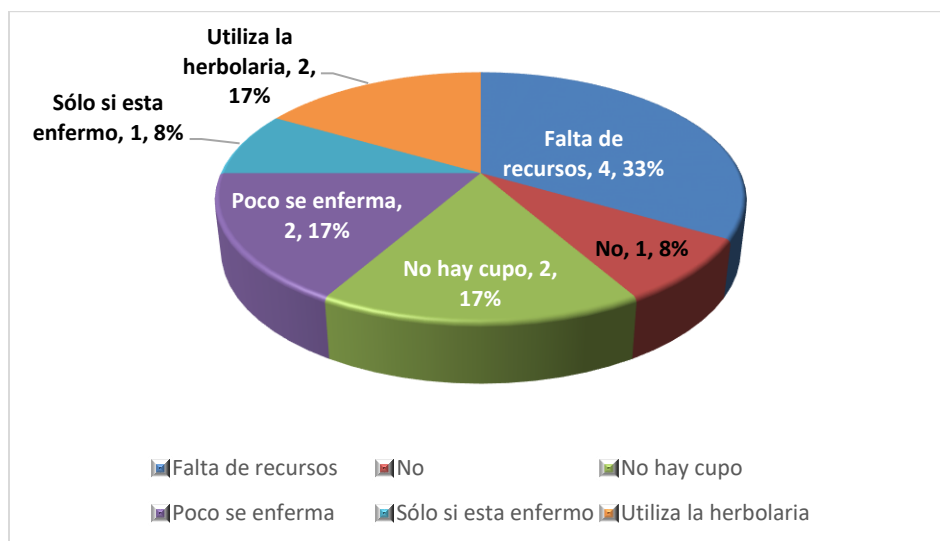
Si no realiza controles, ¿por qué no realiza los controles de salud?

¿Si no realiza controles, ¿por qué no realiza los controles de salud?	Cantidad	%
Falta de recursos	4	33.33
No	1	8.33
No hay cupo	2	16.67
Poco se enferma	2	16.67
Sólo si está enfermo	1	8.33
Utiliza la herbolaria	2	16.67
Total	12	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 39

¿ Si no realiza controles, ¿por qué no lo hace?



La figura 39 muestra que la razón principal por la cual las familias del Asentamiento La Gran Bendición en Arraiján no realizan controles de salud es la falta de recursos, representando un 33.33% de las respuestas. Esto sugiere que las limitaciones económicas son un obstáculo significativo para acceder a los controles de salud. Además, un 16.67% de las familias mencionan que no hay cupo disponible para citas médicas y otro 16.67% prefiere utilizar la herbolaria, lo que indica que tanto la falta de disponibilidad de citas como la preferencia por métodos tradicionales de salud son factores importantes.

Por otro lado, un 16.67% de las familias considera que se enferman poco y, por lo tanto, no ven la necesidad de controles regulares. Las razones menos comunes son “Sólo si está enfermo” y “No”, cada una con un 8.33%, lo que indica que una minoría solo busca atención médica cuando es absolutamente necesario o no la busca en absoluto. Este análisis puede ayudar a identificar áreas donde se podrían implementar mejoras, como aumentar la disponibilidad de recursos y citas, y educar sobre la importancia de los controles de salud regulares.

Tabla 40

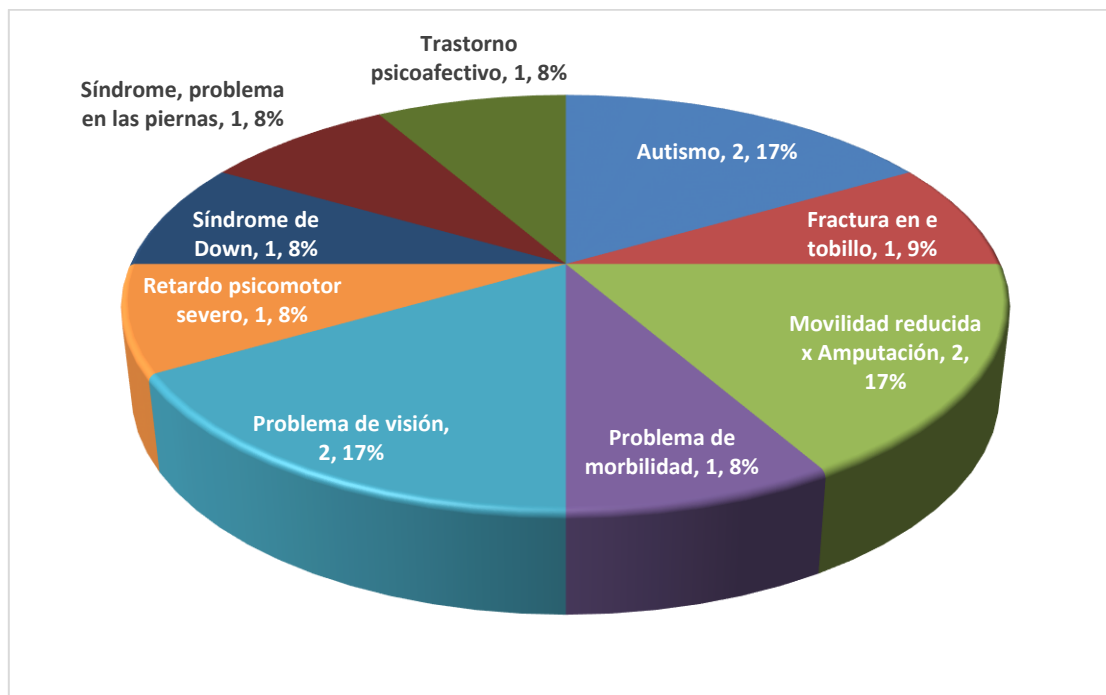
Si tiene personas con discapacidad. ¿Qué tipo de discapacidad es?

Si tiene personas con discapacidad. ¿Qué tipo de discapacidad es?	Cantidad	%
Autismo	2	16.67
Fractura en el tobillo	1	8.33
Movilidad reducida x Amputación	2	16.67
Problema de morbilidad	1	8.33
Problema de visión	2	16.67
Retardo psicomotor severo	1	8.33
Síndrome de Down	1	8.33
Síndrome, problema en las piernas	1	8.33
Trastorno psicoafectivo	1	8.33
Total	12	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 40

Si tienes personas con discapacidad, ¿Qué tipo de discapacidad es?



La Tabla 40 presenta los tipos de discapacidad reportados por las familias del Asentamiento La Gran Bendición en Arraiján. Los datos muestran una distribución variada de

discapacidades, con Autismo, Movilidad reducida por amputación, Problema de morbilidad y Problema de visión siendo las más comunes, cada una representando un 16.67% de las respuestas. Esto indica que estas son las discapacidades más prevalentes en la comunidad.

Otras discapacidades reportadas incluyen Fractura en el tobillo, Retardo psicomotor severo, Síndrome de Down, Síndrome con problema en las piernas y Trastorno psicoafectivo, cada una con un 8.33%. Esta diversidad en los tipos de discapacidad sugiere la necesidad de una amplia gama de servicios y apoyos para atender adecuadamente a las personas con discapacidad en esta comunidad.

3.1.10. Accesibilidad a los servicios de salud:

Limitaciones para acudir a los servicios de salud:

Tabla 41

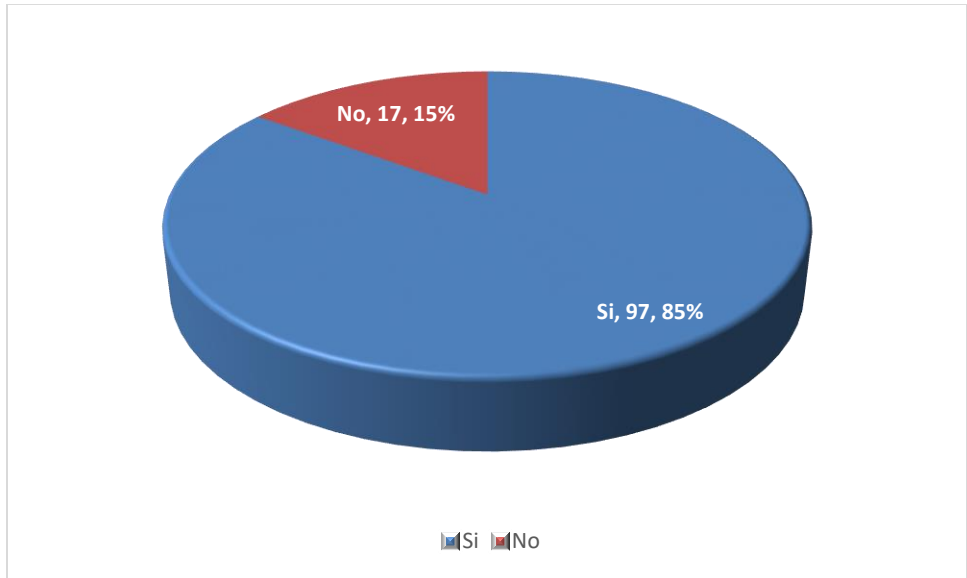
¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud?

¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud?	Cantidad	%
Sí	97	85.08
No	17	14.91
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 41

¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud?



La Figura 41 muestra que una gran mayoría de las familias del Asentamiento La Gran Bendición en Arraiján considera que existen limitaciones para acceder a los servicios de salud. Específicamente, el 85.08% de las familias (97 respuestas) indicaron que sí enfrentan limitaciones, mientras que solo el 14.91% (17 respuestas) no perciben tales barreras.

Este alto porcentaje de familias que reportan limitaciones sugiere que hay obstáculos significativos que impiden el acceso adecuado a los servicios de salud. Estos obstáculos pueden incluir factores económicos, falta de disponibilidad de cupos, deben madrugar y viven en área de riesgo, entre otros. Identificar y abordar estas limitaciones es crucial para mejorar el acceso a la atención médica en esta comunidad.

Tabla 42

Si su respuesta es Sí, a la pregunta: ¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud? ¿De qué tipo?

Si su respuesta es Sí, a la pregunta: ¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud? ¿De qué tipo?	Cantidad	%

Falta de recursos económicos	47	41.22
No hay cupos	86	75.43
Desconoce los requisitos para obtener cupo	9	7.89
Peligro área roja	40	35.08
Debe madrugar	44	38.60
No entiende o habla el idioma	4	3.5
Carece de cédula	0	0.00
Incompatibilidad creencias religiosas	0	0.00
Medicina tradicional más efectiva	4	3.5
No sabe leer ni escribir	34	29.82
Total	114	----

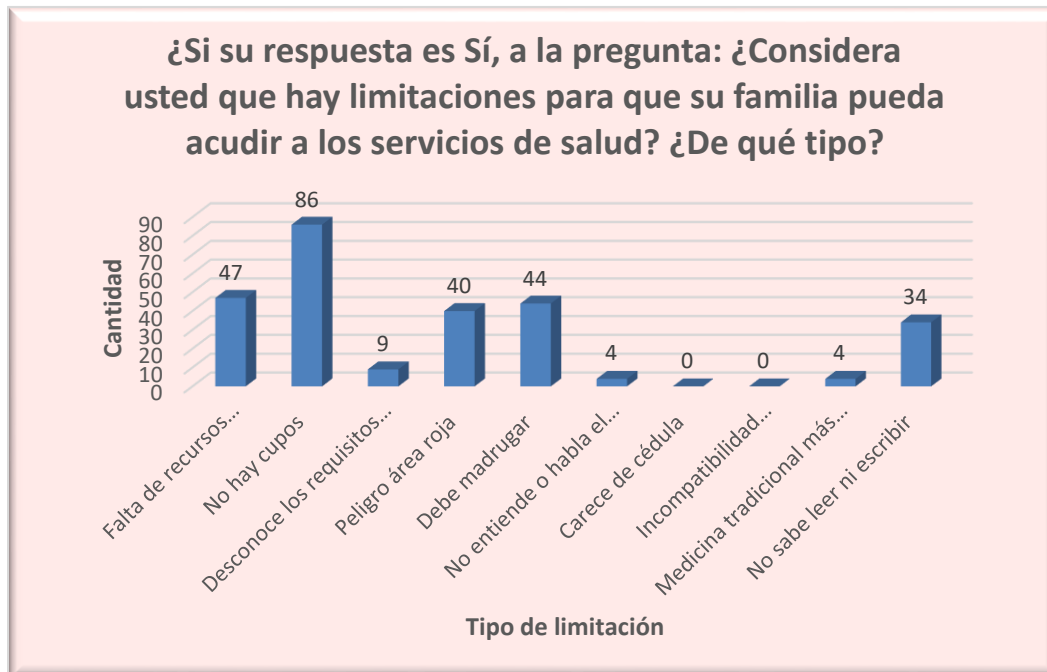
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: La tabla presenta las limitaciones percibidas por las familias que respondieron afirmativamente a la pregunta: "¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud?" Es importante destacar que los totales de la columna "Cantidad" no deben sumarse como si fueran excluyentes, ya que una misma familia puede haber seleccionado múltiples tipos de limitaciones.

Por tanto, aunque el total de encuestados sea 114, la suma de las frecuencias (por ejemplo, 47 con falta de recursos, 86 sin cupos, etc.) puede superar ampliamente este número. Esto se debe a que la pregunta permite respuestas múltiples por familia, reflejando la complejidad y coexistencia de barreras para acceder a los servicios de salud. Así, los porcentajes representan la proporción de familias que mencionaron cada tipo específico de limitación, no subconjuntos exclusivos entre sí.

Figura 42

Si su respuesta es Sí, a la pregunta: ¿Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud? ¿De qué tipo?



La Figura 42 detalla los tipos de limitaciones que enfrentan las familias del Asentamiento La Gran Bendición en Arraiján para acceder a los servicios de salud. La limitación más común es la falta de cupos, reportada por el 75.43% de las familias. Esto sugiere que la disponibilidad de citas médicas es un problema crítico en la comunidad. La falta de recursos económicos es la segunda limitación más mencionada, con un 41.22 %, indicando que las dificultades financieras también juegan un papel importante en el acceso a la atención médica.

Otras limitaciones significativas incluyen la necesidad de madrugar para obtener atención (38.59 %) y el peligro de vivir en áreas rojas (35.08 %). Además, un 29.82 % de las familias reporta que no saben leer ni escribir, lo que puede dificultar la accesibilidad al sistema de salud. Menos comunes, pero aún relevantes, son las barreras lingüísticas (3.50%) y la preferencia por la medicina tradicional (3.50%). No se reportaron limitaciones relacionadas con la falta de cédula o incompatibilidad con creencias religiosas. Este análisis subraya la necesidad de abordar múltiples factores para mejorar el acceso a los servicios de salud en esta comunidad.

3.1.11. Percepción de ser discriminado:

Tabla 43

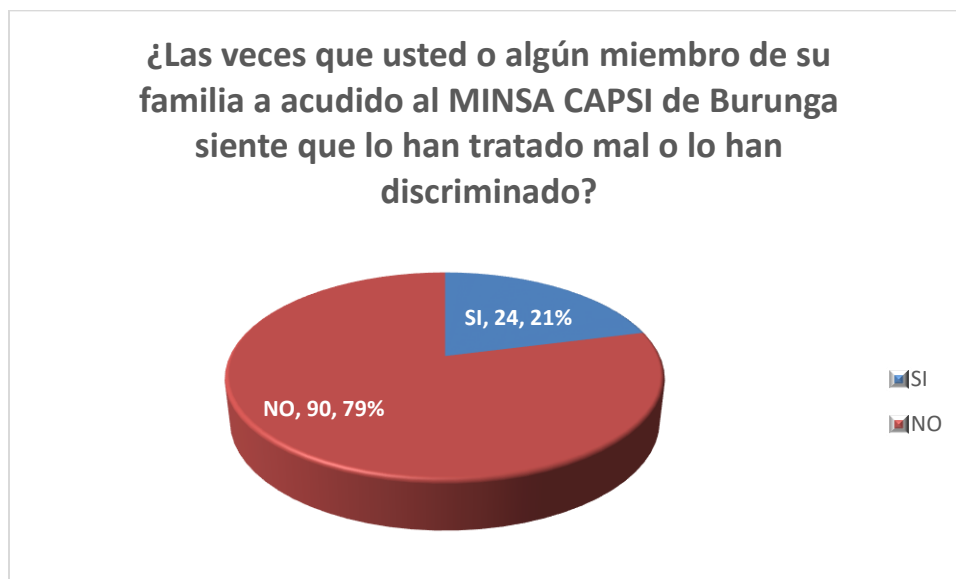
Las veces que usted o algún miembro de su familia ha acudido al MINSA CAPSI de Burunga siente que lo han tratado mal o le han discriminado?

¿Las veces que usted o algún miembro de su familia ha acudido al MINSA CAPSI de Burunga siente que lo han tratado mal o le han discriminado?	Cantidad	%
Sí	24	21.10
No	90	78.90
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 43

Las veces que usted o algún miembro de su familia ha acudido al MINSA CAPSI de Burunga siente que lo han tratado mal o le han discriminado?



La Figura 43 muestra las percepciones de las familias del Asentamiento La Gran Bendición en Arraiján sobre el trato recibido en el MINSA CAPSI de Burunga. De las 114 respuestas, el 21.10% (24 personas) siente que han sido tratados mal o discriminados, mientras que el 78.90% (90 personas) no ha tenido esa percepción.

Este resultado indica que, aunque la mayoría de las familias no ha experimentado maltrato o discriminación, una proporción significativa aún reporta experiencias negativas. Esto sugiere la necesidad de mejorar la atención y el trato en el MINSA CAPSI de Burunga para asegurar que todos los pacientes se sientan respetados y bien atendidos.

Tabla 44

Si le han faltado el respeto o discriminado, considera que esto se debe a:

Si le han faltado el respeto o discriminado, considera que esto se debe a:	Cantidad	%
Por pertenecer a un grupo étnico originario	2	8.33
Por prejuicio de los funcionarios(as)	8	33.33
Otras	14	58.33
Total	24	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 44

Si le han faltado el respeto o discriminado, considera que esto se debe a?



La Figura 44 analiza las percepciones de las familias del asentamiento La Gran Bendición en Arraiján sobre las razones detrás del maltrato o discriminación que han experimentado en el MINSA CAPSI de Burunga. De las 24 respuestas, el 33.33% (8 personas) considera que el maltrato se debe a prejuicios de los funcionarios(as). Un 8.33% (2 personas) cree que la discriminación se debe a pertenecer a un grupo étnico originario.

La categoría “Otras” representa el 58.33% (14 personas), lo que sugiere que hay diversas razones adicionales no especificadas en el cuestionario que contribuyen a estas experiencias negativas. Este alto porcentaje en la categoría “Otras” indica la necesidad de una investigación más detallada para comprender mejor las causas subyacentes del maltrato y discriminación percibidos, y así poder abordar estos problemas de manera efectiva.

3.1.12. Participación de las familias de los grupos originarios en las actividades de promoción y prevención del MINSA CAPSI de Burunga.

Tabla 45

¿Participa usted o algún, miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga?

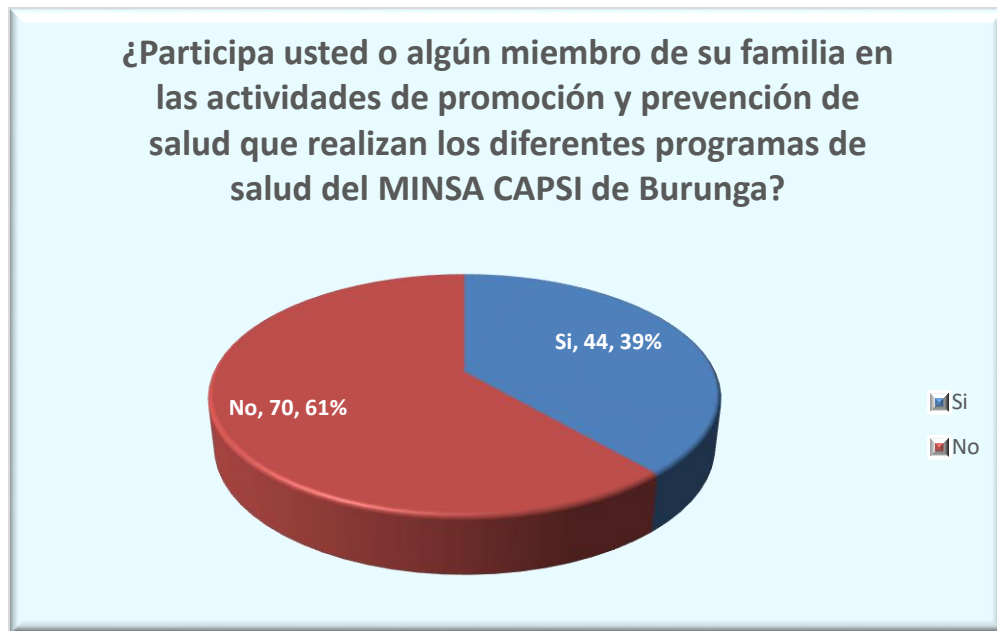
¿Participa usted o algún, miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga?	Cantidad	%
Sí	44	38.60
No	70	61.40
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 45

¿Participa usted o algún miembro de su familia en las actividades de promoción y

prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga?



La Figura 45 muestra la participación de las familias del asentamiento La Gran Bendición en las actividades de promoción y prevención de la salud organizadas por el MINSA CAPSI de Burunga. De las 114 respuestas, el 38.60% (44 personas) indica que sí participan en estas actividades, mientras que el 61.40% (70 personas) no lo hace.

Este resultado sugiere que una mayoría significativa de las familias no está involucrada en las actividades de promoción y prevención de la salud. Esto podría deberse a varios factores, como la falta de tiempo, desconocimiento de las actividades, o falta de interés. Aumentar la participación en estas actividades podría mejorar la salud general de la comunidad: por lo que sería útil investigar las barreras específicas que impiden una mayor participación y trabajar en estrategias para superarlas.

Tabla 46

Si su respuesta es Si a la pregunta (Participa usted o algún, miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga:), mencione en cuáles ha participado.

Si su respuesta es Sí a la pregunta (Participa usted o algún, miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga:), mencione en cuales ha participado:	Cantidad	%
Feria de salud	17	38.60
Promoción y educación para la salud	21	47.70
Jornada de vacunación	17	38.60
Campaña de fumigación	0	0.00
Jornada de limpieza en la comunidad	3	6.80
Otra	10	22.70
Total	44	-----

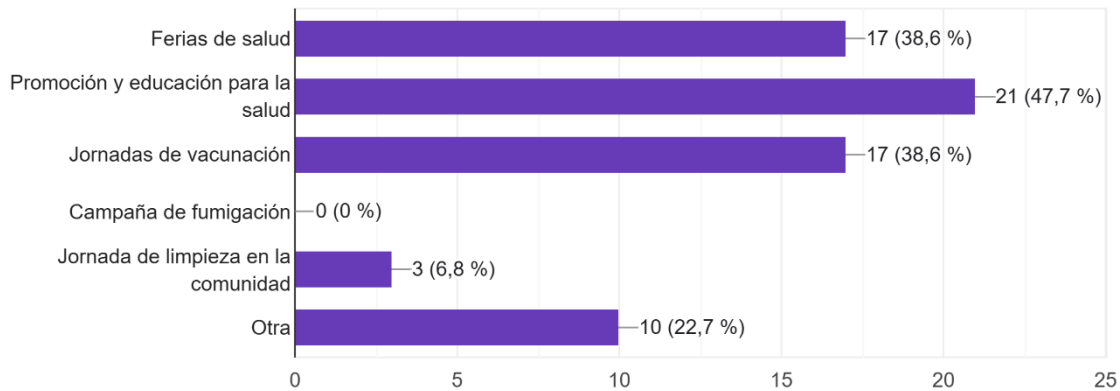
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó que se participó en alguna de las diferentes actividades, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados que participaron en alguna actividad (N = 44).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de participantes en actividades, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que en muchas familias hay miembros que han participado en varias actividades de promoción y prevención de la salud de los programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga (por ejemplo, vacunación y promoción y educación para la salud).

Figura 46

Si su respuesta es Si a la pregunta (Participa usted o algún, miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSA CAPSI de Burunga:), mencione en cuales ha participado:



La Figura 46 detalla las actividades de promoción y prevención de la salud en las que han participado las familias del asentamiento La Gran Bendición en Arraiján. De las 44 familias que indicaron participación, el 47.70% (21 familias) ha participado en actividades de promoción y educación para la salud. Las ferias de salud y las jornadas de vacunación son igualmente populares, cada una con un 38.60% (17 familias).

Menos comunes son las jornadas de limpieza en la comunidad, con un 6.80% (3 familias), y no se reportó participación en campañas de fumigación. La categoría “Otra” incluye un 22.70% (10 familias), lo que sugiere que hay otras actividades no especificadas en la encuesta que también atraen la participación de la comunidad.

Este análisis muestra que, aunque hay una participación significativa en ciertas actividades, hay áreas como las campañas de fumigación y las jornadas de limpieza que podrían beneficiarse de una mayor promoción y apoyo para aumentar la participación.

3.1.13. Participación comunitaria:

Tabla 47

¿Su familia y la comunidad realiza actividades para prevenir y controlar enfermedades?

¿Su familia y la comunidad realiza actividades para prevenir y controlar enfermedades?	Cantidad	%
Sí	104	91.00
No	10	9.00
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 47

¿Su familia y la comunidad realiza actividades para prevenir y controlar enfermedades?



La Tabla 47 muestra que una abrumadora mayoría de las familias del asentamiento La Gran Bendición en Arraiján participa en actividades para prevenir y controlar enfermedades. Específicamente, el 91.00% (104 familias) indicó que sí realizan estas actividades, mientras que solo el 9.00% (10 familias) no lo hacen.

Este alto nivel de participación sugiere una fuerte conciencia y compromiso comunitario hacia la prevención y el control de enfermedades. Fomentar y apoyar estas actividades puede ser clave para mejorar la salud pública en la comunidad, asegurando que las familias continúen involucrándose y beneficiándose de estas prácticas preventivas.

Tabla 48

¿Cuál es la actividad que realiza su familia y la comunidad para prevenir y controlar las enfermedades?

¿Cuál es la actividad que realiza su familia y la comunidad para prevenir y controlar las enfermedades?	Cantidad	%
Limpieza en casa	70	66.70
Limpieza en la comunidad	14	13.30
Eliminar criaderos	11	10.50
Recoger basura	36	34.30
Quemar basura	16	15.20
Tapar agua recogida	8	7.60
Vacunación	3	2.90
Otro	14	13.30
Total	105	----

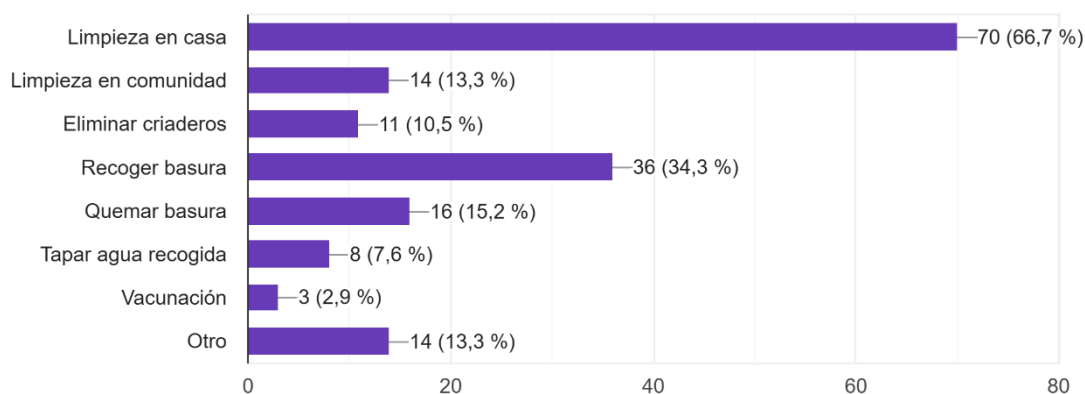
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó que actividad realiza la familia y la comunidad para prevenir las enfermedades, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados que realizaron alguna actividad (N = 105).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados que participaron en actividades, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que en muchas familias hay miembros que han participado en varias actividades para prevenir y controlar las enfermedades (por ejemplo, limpieza de la casa, eliminar criaderos, otros).

Figura 48

¿Cuál es la actividad que realiza su familia y la comunidad para prevenir y controlar las enfermedades?



La Figura 48 detalla las actividades que las familias (105) y la comunidad del asentamiento La Gran Bendición en Arraiján realizan para prevenir y controlar enfermedades. La actividad más común es la limpieza en casa, con un 66.70% (70 respuestas), lo que indica un fuerte enfoque en mantener el entorno doméstico limpio para prevenir enfermedades.

Otras actividades significativas incluyen recoger basura (34.30%), quemar basura (15.20%) y limpieza en la comunidad (13.30%). Estas actividades reflejan un esfuerzo colectivo para mantener la comunidad limpia y libre de desechos que podrían contribuir a la propagación de enfermedades.

Menos comunes, pero aún importantes, son actividades como eliminar criaderos (10.50%), tapar agua recogida (7.60%) y vacunación (2.90%). La categoría “Otro” también representa un 13.30%, sugiriendo que hay otras prácticas no especificadas en esta encuesta que las familias utilizan para prevenir enfermedades.

Lo anterior indica que hay un compromiso significativo tanto a nivel individual como comunitario para mantener un entorno saludable y prevenir enfermedades. Sin embargo, podría ser beneficioso aumentar la participación en actividades como la vacunación y la eliminación de criaderos para mejorar aún más la salud pública en la comunidad.

Tabla 49

¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?

¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?	Cantidad	%
Sí	63	55.30
No	51	44.70
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 49

¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?



La Figura 49 muestra la participación de las familias del asentamiento La Gran Bendición en grupos organizados de la comunidad. De las 114 respuestas, el 55.30% (63 familias) indica que sí participan en algún grupo organizado, mientras que el 44.70% (51 familias) no lo hacen.

Este resultado sugiere que más de la mitad de las familias están involucradas en actividades comunitarias organizadas, lo cual es positivo para la cohesión social y el apoyo mutuo dentro de la comunidad. Sin embargo, casi la mitad de las familias no participan, lo que podría

indicar barreras o falta de interés en la participación comunitaria. Identificar y abordar estas barreras podría ayudar a aumentar la participación y fortalecer la comunidad.

Tabla 50

Si la respuesta a la pregunta (¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?) es Sí, mencione si participa en alguna de las siguientes:

Si la respuesta a la pregunta (¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?) es Sí, mencione si participa en alguna de las siguientes:	Cantidad	%
Directiva de la comunidad	14	27.50
Grupo de mujeres	2	3.90
Grupo deportivo	9	17.60
Grupo religioso	37	72.50
Grupo de baile o culturales	6	11.80
Otro	6	11.80
Total	51	-----

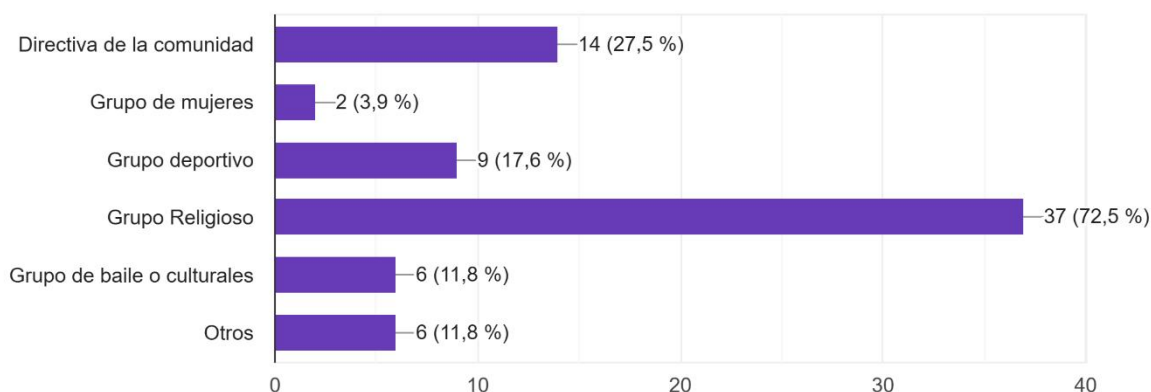
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó que si se participa en algún grupo organizado de la comunidad, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados que realizaron alguna actividad (N = 51).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados que participaron en grupos organizados, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que en muchas familias hay miembros que han participado en varios grupos organizados (por ejemplo, deportivos, religiosos).

Figura 50

Si la respuesta a la pregunta (¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado de la comunidad?) es Sí, mencione si participa en alguna de las siguientes:



La Figura 50 detalla los tipos de grupos organizados en los que participan las familias del asentamiento La Gran Bendición en Arraiján. De las 51 familias que indicaron participación, la mayoría (72.50%) está involucrada en grupos religiosos. Esto sugiere que las actividades religiosas son una parte importante de la vida comunitaria.

Otros tipos de participación incluyen la directiva de la comunidad (27.50%), grupos deportivos (17.60%), y grupos de baile o culturales (11.80%). La participación en grupos de mujeres es menor, con un 3.90%, al igual que la categoría “Otro”, que también representa un 11.80%.

Este análisis muestra una diversidad en los tipos de grupos organizados en los que las familias participan, con una fuerte inclinación hacia las actividades religiosas. Fomentar la participación en otros tipos de grupos podría ayudar a diversificar las oportunidades de interacción y apoyo comunitario.

Tabla 51

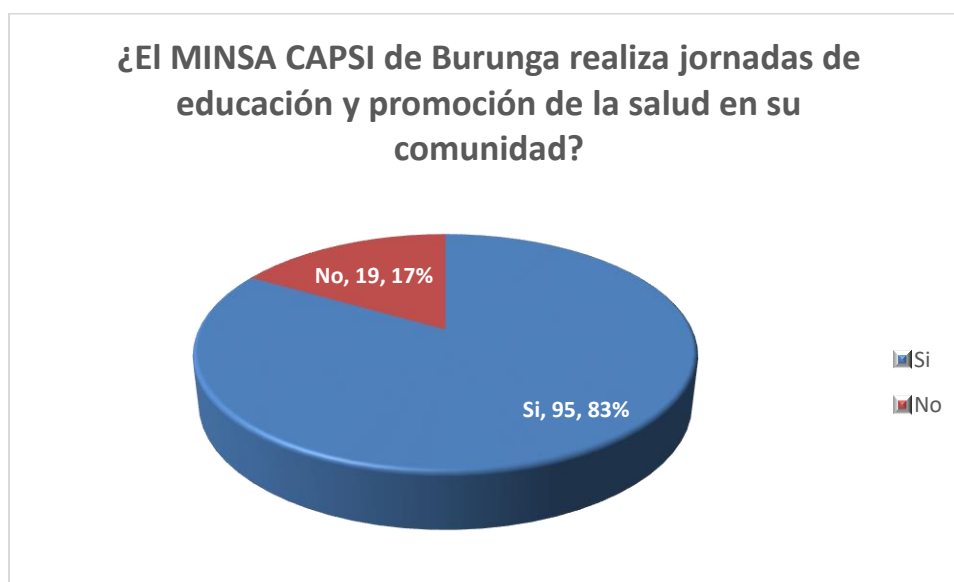
¿El MINSA CAPSI de Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?

¿El MINSA CAPSI de Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?	Cantidad	%
Sí	95	83.30
No	19	16.70
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 51

¿El MINSA CAPSI de Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?



La Tabla 51 muestra que una gran mayoría de las familias del asentamiento La Gran Bendición en Arraiján reconoce que el MINSA CAPSI de Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad. Específicamente, el 83.30% (95 familias) respondió afirmativamente, mientras que el 16.70% (19 familias) indicó que no.

Este alto porcentaje de respuestas afirmativas sugiere que el MINSA CAPSI de Burunga está activo en la comunidad y que sus esfuerzos en educación y promoción de la salud son visibles para la mayoría de las familias. Sin embargo, el 16.70% que no percibe estas actividades indica que podría haber áreas de mejora en la comunicación o en la accesibilidad de estas jornadas para asegurar que todas las familias estén al tanto y puedan beneficiarse de ellas.

Tabla 52

Si la respuesta a la pregunta (¿El MINSA CAPSI de Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?) es Sí, ¿en cuál ha participado?

Si la respuesta a la pregunta (¿El MINSA CAPSI De Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?) es Sí, ¿en cuál ha participado?	Cantidad	%
Vacunación	85	90.40
Recolección de basura	0	0.00
Prevención de dengue	18	19.10
Otras	13	13.80
Total	94	-----

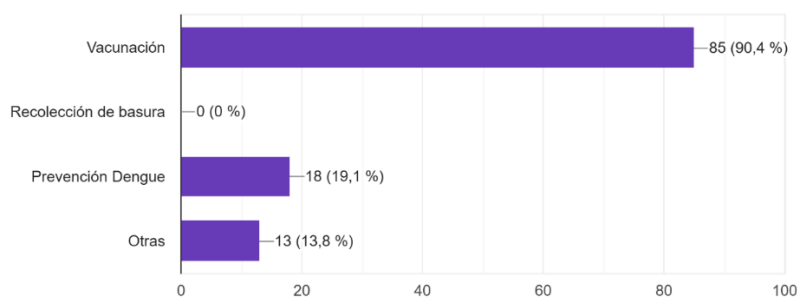
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó las jornadas de educación y promoción de la salud ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados que participaron en alguna jornada de educación y promoción (N = 94).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados que participaron en jornadas de educación y promoción de la salud, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que en muchas familias hay miembros que han participado en varias jornadas de educación y promoción de la salud (por ejemplo, recolección de basura, prevención de dengue).

Figura 52

Si la respuesta a la pregunta (¿El MINSA CAPSI De Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad?) es Sí, ¿en cuál ha participado?



La Figura 52 detalla la participación de las familias del asentamiento La Gran Bendición en las jornadas de educación y promoción de la salud organizadas por el MINSA CAPSI de Burunga. De las 94 familias que respondieron afirmativamente, la mayoría (90.40%) ha participado en jornadas de vacunación. Esto indica una alta aceptación y participación en las campañas de vacunación, lo cual es positivo para la salud pública.

La prevención del dengue es otra actividad en la que ha participado el 19.10% de las familias, lo que refleja una preocupación por las enfermedades transmitidas por mosquitos. La categoría “Otras” incluye un 13.80% de participación, sugiriendo que hay otras actividades de promoción de la salud que también atraen a la comunidad.

Es notable que no hubo participación en recolección de basura, lo que podría indicar una oportunidad para mejorar la concienciación y la participación en actividades de limpieza comunitaria. Este análisis subraya la importancia de continuar y expandir las jornadas de vacunación y prevención de enfermedades, al mismo tiempo que se busca aumentar la participación en otras áreas de promoción de la salud.

Tabla 53

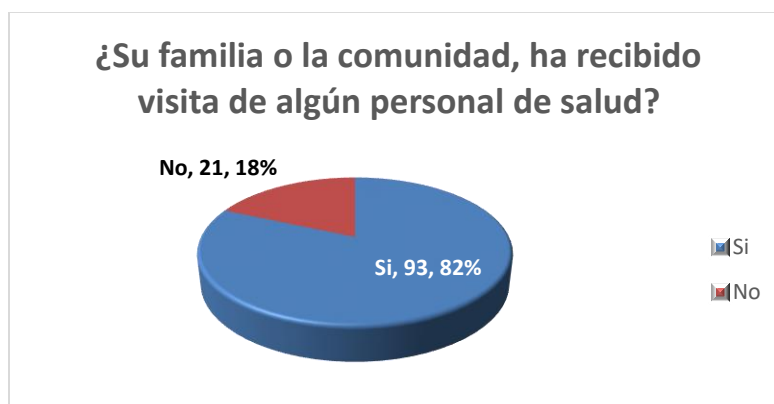
¿Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud?

Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud:	Cantidad	%
Si	93	81.60
No	21	18.40
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 53

¿Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud?



La Figura 53 muestra que una gran mayoría de las familias del asentamiento La Gran Bendición en Arraiján ha recibido visitas de personal de salud. Específicamente, el 81.60% (93 familias) indicó que sí han recibido visitas, mientras que el 18.40% (21 familias) no ha tenido esta experiencia.

Este alto porcentaje de visitas sugiere que hay un esfuerzo significativo por parte del personal de salud para llegar a la comunidad y proporcionar atención o seguimiento. Sin embargo, el 18.40% que no ha recibido visitas indica que aún hay una parte de la comunidad que podría estar desatendida. Mejorar la cobertura de estas visitas podría asegurar que todas las familias reciban la atención y el apoyo necesarios.

Tabla 54

Si la respuesta a la pregunta (¿Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud?) es Sí, ¿quién ha visitado su vivienda?

Si la respuesta a la pregunta (¿Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud?) es Sí, ¿quién ha visitado su vivienda?	Cantidad	%
Personal de vectores	29	31.20
Personal de saneamiento ambiental	8	8.60
Personal de promoción de la salud	22	23.70
Enfermeras y Técnicos	76	81.70
Trabajo social	50	53.80
Otros	0	0.00
Total	93	-----

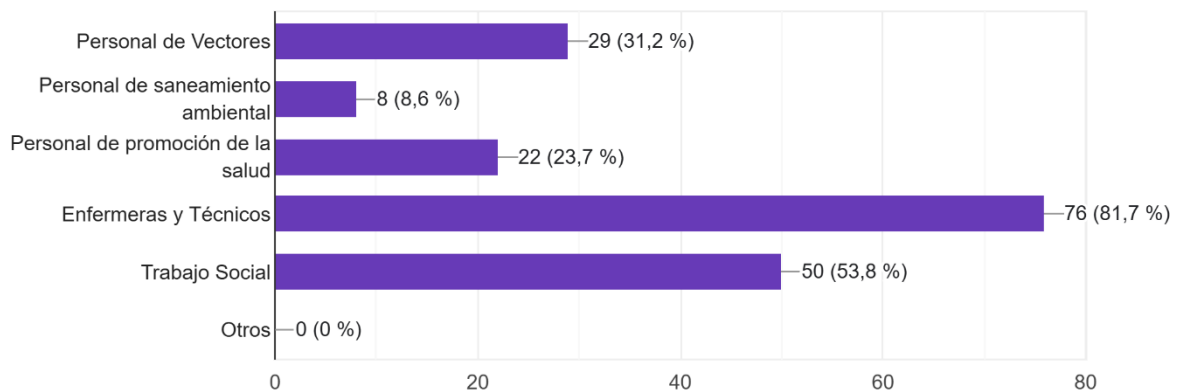
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: El total de la columna “Cantidad” representa el número de veces que se mencionó que se ha recibido visita de algún personal de salud, ya que se permitió seleccionar más de una opción por familia (respuestas múltiples). Por esta razón, la suma de las cantidades excede el total de encuestados que recibieron visita de algún personal de salud (N = 93).

Asimismo, los porcentajes se calcularon tomando como base el total de encuestados que recibieron visita de algún personal de salud, no como proporciones exclusivas, lo que también hace que la suma de los porcentajes supere el 100%. Esto refleja que en muchas familias hay miembros que han recibido visitas de diferente personal de salud (por ejemplo, vectores, enfermeras, trabajo social).

Figura 54

Si la respuesta a la pregunta (¿Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud?) es SI, quien ha visitado su vivienda?



La Figura 54 muestra los tipos de personal de salud que han visitado las viviendas de las familias del asentamiento La Gran Bendición en Arraiján. De las 93 familias que han recibido visitas, la mayoría (81.70%) ha sido visitada por enfermeras y técnicos. Esto sugiere que estos profesionales son los más activos en el contacto directo con las familias.

El trabajo social también es significativo, con un 53.80% de las visitas, lo que indica un esfuerzo considerable en brindar apoyo social y comunitario. El personal de vectores ha visitado el 31.20% de las viviendas, reflejando la importancia de controlar enfermedades transmitidas por vectores en la comunidad.

El personal de promoción de la salud ha visitado el 23.70% de las viviendas, y el personal de saneamiento ambiental ha visitado el 8.60%. No se reportaron visitas en la categoría “Otros”. Este análisis muestra una amplia gama de profesionales de salud involucrados en la atención comunitaria, con un enfoque particular en la atención médica directa y el apoyo social. Aumentar la presencia de personal de saneamiento ambiental y promoción de la salud podría mejorar aún más la salud pública en la comunidad.

Tabla 55

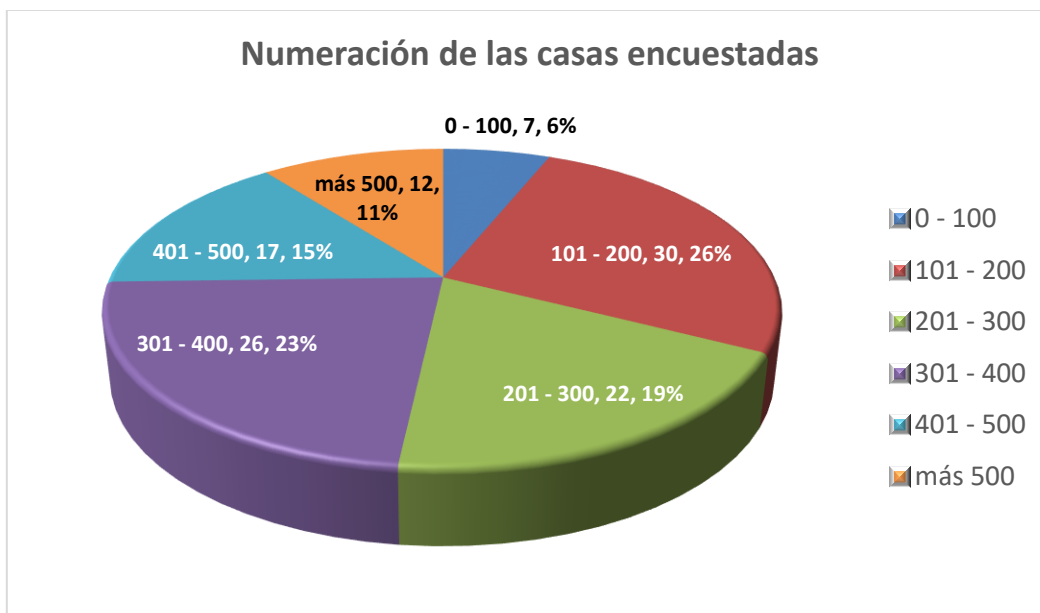
Numeración de las casas encuestadas

Numeración de las casas encuestadas	Cantidad	%
0 – 100	7	6.10
101 – 200	30	26.30
201 – 300	22	19.30
301 – 400	26	22.80
401 – 500	17	14.90
+ 500	12	10.50
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 55

Numeración de las casas encuestadas



La Figura 55 muestra los datos de la encuesta aplicada a 114 familias donde la mayor parte de las casas encuestadas se encuentra en el rango de 101 a 200 (26.30%), seguido por el rango de 301 a 400 (22.80%). Esto sugiere que estas áreas tienen una mayor densidad de viviendas o una mayor disposición a participar en la encuesta. Los rangos 201 a 300 y 401 a 500 también tienen una representación significativa, con 19.30% y 14.90% respectivamente.

Las casas con numeración 0 a 100 y más de 500 tienen la menor representación, con 6.10% y 10.50% respectivamente. Esto podría indicar que estas áreas son menos densamente pobladas o menos accesibles para la encuesta.

Es importante tener en cuenta que en muchas casas visitadas no había nadie o el adulto responsable no estaba disponible. Además, los sectores y casas fueron seleccionados al azar, lo que puede haber influido en la distribución de las respuestas. Este método de muestreo aleatorio asegura una representación más amplia de la comunidad, aunque también puede resultar en algunas áreas con menor participación debido a la disponibilidad de los encuestados.

Este análisis proporciona una visión general de cómo se distribuyen las viviendas encuestadas en la comunidad, lo cual puede ser útil para planificar futuras encuestas o intervenciones comunitarias.

Tabla 56***Distribución de las familias por edad en la población total encuestada***

Distribución de las familias por edad en la población total encuestada	Cantidad	%
0 a 1	25	21.90
2 a 5	57	50.00
6 a 9	56	49.10
10 a 14	63	55.30
15 a 19	41	36.00
20 a 59	98	86.00
60 y más	12	10.50
Total	114	-----

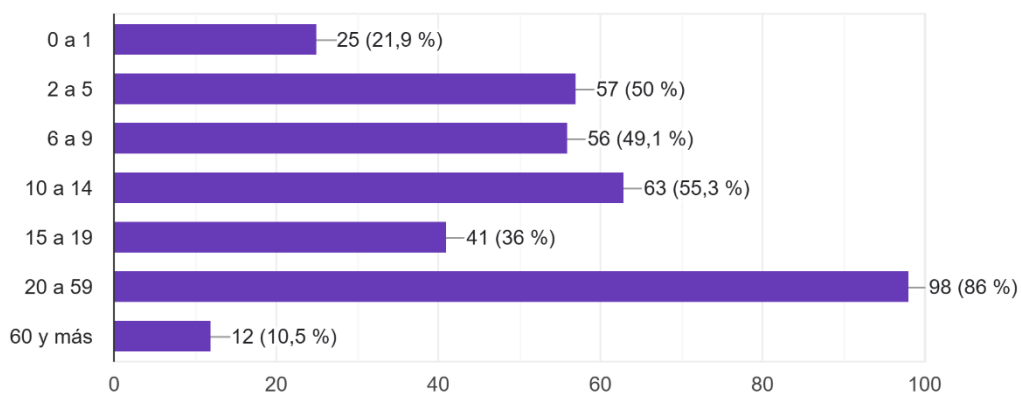
Nota: Cuestionario aplicado a las familias del Asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Nota aclaratoria: Es importante señalar que los totales en la columna “Cantidad” no suman 114 ni los porcentajes suman 100% debido a que la población encuestada puede haber sido clasificada en más de una categoría de edad. En este caso, se permitieron múltiples menciones por individuo, ya que se basó en una clasificación por rangos etarios para distintos miembros del hogar. Esto significa que algunos hogares pueden haber reportado más de un miembro dentro de diferentes rangos de edad, lo que da como resultado cifras mayores a 114 en algunas categorías y porcentajes superiores al 100%.

Este enfoque se utilizó para reflejar la distribución completa de la población por edad dentro de las familias encuestadas, considerando la posibilidad de que las familias tuvieran más de un miembro en diferentes rangos etarios. Así, los datos reflejan con mayor precisión la diversidad de edades dentro del contexto familiar.

Figura 56

Distribución de las familias por edad en la población total encuestada



En la Figura 56, se muestra que la mayor parte de la población encuestada se encuentra en el rango de 20 a 59 años, representando el 86.00% del total. Esto sugiere que la mayoría de las familias tienen adultos en edad productiva, lo cual es típico en muchas comunidades.

Los grupos de edad 10 a 14 años (55.30%), 2 a 5 años (50.00%) y 6 a 9 años (49.10%) también tienen una representación significativa, indicando una población joven considerable. Esto puede implicar una necesidad de servicios de salud, especialmente del programa Infantil y programa adolescente con las actividades de servicios amigables para adolescente.

El grupo de 0 a 1 año representa el 21.90%, lo que muestra una presencia notable de infantes en la comunidad. Por otro lado, el grupo de 60 años y más es el menos representado con un 10.50%, lo que podría indicar una menor proporción de personas mayores en la comunidad.

Esta distribución etaria sugiere que las políticas y programas comunitarios deben enfocarse en proporcionar servicios adecuados para una población predominantemente joven y en edad productiva, mientras también se asegura el cuidado y apoyo necesario para los infantes y las personas mayores.

Tabla 57

Población total por familia

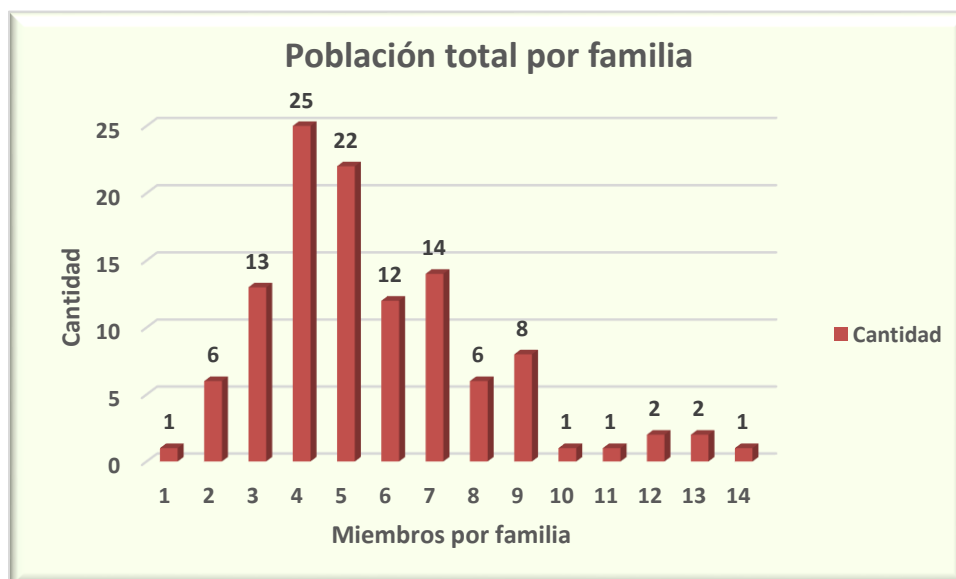
Población total por familia	Cantidad	%
------------------------------------	-----------------	----------

1	1	0.88
2	6	5.26
3	13	11.40
4	25	21.93
5	22	19.30
6	12	10.53
7	14	12.30
8	6	5.26
9	8	7.02
10	1	0.88
11	1	0.88
12	2	1.75
13	2	1.75
16	1	0.88
Total	114	100.00

Nota: Cuestionario aplicado a las familias del asentamiento La Gran Bendición, Arraiján.

Figura 57

Distribución de las familias por edad en la población total encuestada



La Figura 57, que detalla el tamaño de las familias en La Gran Bendición, muestra una prevalencia de familias de tamaño mediano a grande, con un 21.90% de familias de 4 miembros y un 19.30% de 5 miembros, lo que representa un 41.2% del total. También existen familias numerosas, con un 12.30% de 7 miembros y hasta un caso de 16 personas. Esta diversidad en el tamaño familiar tiene implicaciones para el acceso a servicios de salud, pues los hogares más grandes tienden a incluir miembros vulnerables, como niños, embarazadas, personas con discapacidad y adultos mayores, quienes requieren control de salud y seguimientos

El MINSA CAPSI de Burunga juega un papel fundamental en la Atención Primaria de Salud para esta comunidad, y todo el corregimiento Burunga. Sin embargo, mejorar el acceso a estos servicios es crucial, especialmente para las familias grandes que podrían enfrentar dificultades logísticas y económicas para llegar al centro de salud. Estrategias como el aumento de cupos, agendas de citas médicas y especialidades, horarios de extensión podrían facilitar una atención más inclusiva y constante. Además, integrar prácticas tradicionales con la atención formal del MINSA CAPSI podría mejorar la adherencia a los controles de salud, fortaleciendo el bienestar general de las familias en La Gran Bendición.

3.2. Análisis cualitativo del resultado del Grupo Focal

Como parte del enfoque cualitativo e intercultural del estudio, se realizó un grupo focal con miembros de la comunidad indígena residente en el asentamiento informal La Gran Bendición, ubicado en el corregimiento de Burunga, distrito de Arraiján. Esta técnica permitió recoger las percepciones, vivencias y propuestas de las familias respecto al acceso a los



Grupo focal desarrollado con líderes y miembros del asentamiento informal La Gran Bendición.

servicios de salud, la integración de sus saberes tradicionales y las condiciones de vida que inciden en su bienestar.

Este análisis se ha organizado por temas y destacando los hallazgos más relevantes. Este análisis servirá para integrar los datos cualitativos con los cuantitativos (sustentación mixta) y profundizar en la comprensión de la realidad del asentamiento informal La Gran Bendición.

3.2.1. Condiciones de vida y barreras de acceso

Los participantes coincidieron en describir una serie de dificultades estructurales que impactan directamente su acceso a la salud. La mala condición de las calles (oscuridad, baches) y la ausencia de transporte en horas tempranas hacen que llegar al MINSA CAPSI sea peligroso (Erick, Albertina). A esto se suma la falta de medicamentos en la farmacia del centro y el costo elevado en las farmacias privadas, lo cual fuerza a muchos a recurrir a remedios tradicionales o a viajar largas distancias (Sandra). En términos de percepción, estas barreras generan desconfianza en el sistema; por ejemplo, Albertina relata haber probado varias veces la medicina moderna sin resultados definitivos, lo que la llevó a buscar al curandero en Darién.

3.2.2. Practicas tradicionales vs. medicina moderna

El grupo mostró una clara convivencia de ambos sistemas de salud: la medicina tradicional es valorada por su rapidez, bajo costo y la confianza cultural que brinda (Berta), mientras que la atención médica moderna se reconoce necesaria para diagnósticos específicos (laboratorios, placas) y para enfermedades graves (Sandra). Sin embargo, existe temor cuando la medicina “con químicos” provoca efectos secundarios, lo que refuerza la preferencia por las hierbas. Este hallazgo sugiere la necesidad de estrategias interculturales que validen y regulen conjuntamente ambas prácticas.

3.2.3. Promoción, educación y participación comunitaria

Todos coinciden en que la educación en salud debe salir del centro y llegar a las casas: visitas domiciliarias regulares, talleres en la comunidad sobre la importancia de las vacunas, controles de los niños, atención odontológica, controles de embarazo, laboratorios, control

de adultos con presión alta y diabetes, charlas a los adolescentes para prevenir el uso de (drogas, alcohol) y promoción del saneamiento ambiental (Erick, Sandra). La propuesta de formar “promotores de salud” locales, que hablen las lenguas indígenas y comprendan las costumbres, aparece como una solución clave para reforzar la prevención (Sandra). Además, las acciones de “limpieza de cunetas”, tapa de tanques y eliminación de basura no solo se perciben como medidas técnicas, sino también como un mecanismo de cohesión comunitaria.

3.2.4. Interculturalidad y expectativas de mejora

El grupo exige un sistema de salud que respete sus tradiciones y creencias (Sandra) y que incorpore personal capacitado en idiomas y costumbres locales. Se percibe que, al integrar comunitarios como agentes de salud, se reducirían las barreras culturales y lingüísticas, aumentando la confianza y la adherencia a las indicaciones médicas. Finalmente, la expectativa general es una mayor presencia institucional (personal, especialistas, pediatras, ginecólogos) y acciones continuas de saneamiento y fumigación casa por casa (Yaritzta, Berta).

Integración con el enfoque mixto: Estos resultados cualitativos profundizan las cifras cuantitativas sobre uso de prácticas preventivas y acceso a servicios (por ejemplo, la alta frecuencia de limpieza del hogar y eliminación de criaderos). Mientras los números nos dicen “qué” hacen las familias, el grupo focal explica el “por qué” y el “cómo”: las decisiones están mediadas por la infraestructura, la confianza cultural y la percepción de eficacia de cada práctica. Juntos, ambos enfoques ofrecen una visión más completa para diseñar intervenciones interculturales, basadas en evidencias sólidas y sensibles al contexto del asentamiento informal La Gran Bendición.

3.3. Resultados de aplicación de la metodología Investigación Acción Participación (IAP).

Ampliando sobre los resultados cualitativos y para profundizar en la comprensión de los cambios logrados y validar la pertinencia de las intervenciones, se diseñó y ejecutó un proceso de Investigación-Acción-Participativa (IAP) con líderes comunitarios, moradores de La Gran Bendición, personal de salud y la investigadora. A través de un conversatorio estructurado en tres grupos de trabajo, los participantes identificaron de manera colaborativa los principales desafíos de saneamiento ambiental, tanto dentro de los hogares, fuera de los hogares y en la comunidad y, a



Los miembros del asentamiento participando de IAP. Saneamiento ambiental en la vivienda.

partir de los objetivos del proyecto, cocrearon un plan de acción que involucró a las familias, a la comunidad y al personal de salud del MINSA CAPSI de Burunga. Este enfoque permitió no solo diagnosticar las barreras y necesidades reales, sino también definir compromisos concretos de cada actor para mejorar la limpieza del entorno, focalizar las visitas institucionales y fortalecer los canales de comunicación intersectoriales. A continuación, se presentan los resultados obtenidos y las evidencias de cambio derivadas de este proceso participativo.

3.3.1. Proceso Participativo y Diagnóstico Colectivo

Mediante la convocatoria de líderes comunitarios y moradores del asentamiento informal La Gran Bendición, se implementó un conversatorio estructurado en tres grupos de trabajo, en los que los participantes identificaron colectivamente los principales retos de saneamiento ambiental dentro y fuera de sus hogares. Este diagnóstico compartido permitió visibilizar barreras físicas (criaderos de mosquitos, calles inundadas y en mal estado, acumulación de basura), organizativas (falta de planificación de limpieza) y comunicacionales (desconexión entre la comunidad y el MINSA CAPSI de Burunga). La metodología IAP facilitó que cada voz, desde la de los delegados comunales hasta la de los jefes de familia, aportara al entendimiento global del problema y al diseño de soluciones realistas.

3.3.2. Concreción de Soluciones y Compromisos Compartidos

Cada grupo formuló propuestas a tres niveles:

Familias: organizar jornadas de limpieza interna, tapar tanques de agua, y correcta disposición de desechos orgánicos e inorgánicos.

Comunidad: establecer brigadas rotativas para limpieza de cunetas, vías principales, y coordinar con el MINSA CAPSI de Burunga.

Personal de Salud (MINSA CAPSI): coordinar visitas regulares de los departamentos de saneamiento ambiental, vectores y promoción de la salud, así como capacitaciones in situ sobre identificación de criaderos de mosquitos y uso de letrinas mejoradas.

3.3.3. Resultados Concretos y Evidencias de Cambio

Visitas Institucionales: A los pocos días del conversatorio, el MINSA CAPSI programó y ejecutó jornadas de inspección y capacitación en la comunidad, aplicando fumigación focalizada y entregando materiales informativos.

Mejora del Entorno: Las brigadas de limpieza comunitarias redujeron notablemente la acumulación de basura en puntos críticos. Se organizó conjuntamente con la Junta Comunal de Burunga una Jornada de Limpieza y recolección de chatarras en la comunidad, minimizando criaderos de mosquitos.

Fortalecimiento de Vínculos: El contacto directo entre vecinos y personal de salud generó canales de comunicación más fluidos, de modo que incidencias sanitarias (brotes de dengue) puedan ahora notificarse de inmediato al MINSA CAPSI de Burunga.

Reflexión sobre la Metodología y Sostenibilidad

La aplicación de la Investigación-Acción-Participativa demostró ser eficaz para empoderar a la comunidad y asegurar que las soluciones respondan a sus necesidades reales. El ciclo de diálogo–acción–reflexión facilitó la apropiación de las estrategias por parte de las familias, mientras que el compromiso institucional amplió la capacidad de respuesta del sistema de salud. Para garantizar la sostenibilidad, se recomienda institucionalizar las brigadas comunitarias y mantener las visitas periódicas del MINSA CAPSI, así como documentar las lecciones aprendidas para replicar este modelo en otras zonas rurales o informales del distrito.

Capítulo IV. Trabajo Social con Familia de Grupos Originarios en la comunidad La Gran Bendición en el Contexto de Acceso a la Salud.

Este capítulo aborda el papel fundamental del trabajo social en la mejora del acceso a la salud en la comunidad de La Gran Bendición. Utilizando los datos obtenidos, se analiza cómo la intervención social puede contribuir al fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias, fomentando la cohesión social y promoviendo estrategias efectivas para superar las barreras culturales, económicas y sociales que limitan el bienestar de los habitantes.

Los resultados obtenidos en las encuestas muestran que el 75.44% de las familias enfrenta limitaciones significativas para acceder a servicios de salud, destacándose factores como la falta de cupos y la necesidad de madrugar para obtener atención (Figura 42). Esta situación resalta la importancia de un enfoque integral y participativo que integre a los residentes en la construcción de soluciones sostenibles.

1. El Trabajo Social en Contextos de Vulnerabilidad y Desigualdad Social:

En comunidades con altos niveles de vulnerabilidad, como La Gran Bendición, el Trabajador Social desempeña un rol crucial para enfrentar desafíos derivados de la desigualdad en el acceso a servicios básicos. Según la Figura 41, la mayoría de las familias perciben barreras significativas que dificultan su acceso a los servicios de salud. Estas barreras incluyen limitaciones económicas (85.08%) y la falta de alfabetización funcional (34.70%), lo que refuerza la necesidad de intervenciones adaptadas a las condiciones socioeconómicas locales.

2. Estrategias de Trabajo Social con Familias:

2.1 Empoderamiento Familiar:

Los Trabajadores Sociales fortalecen la autonomía de las familias proporcionándoles información clave sobre el acceso a servicios de salud y educación, integrando herramientas tecnológicas como encuestas digitales para facilitar la recopilación de datos relevantes.

2.2 Asesoría en Salud Familiar:

La alta dependencia de las mujeres como responsables del cuidado de la salud familiar (Figura 1, 71.05% femenino) sugiere que la asesoría debe enfocarse en capacitarlas en salud preventiva y manejo de enfermedades crónicas. Esto se puede complementar con programas educativos diseñados específicamente para los grupos etarios predominantes, como los adultos de 36 a 50 años (Figura 2, 39.47%).

2.3 Promoción de Prácticas Culturales Sensibles:

El 68.14% de las familias utiliza herbolaria o remedios tradicionales (Figura 31), lo que resalta la necesidad de integrar estas prácticas en los servicios de salud formales, respetando y promoviendo un enfoque intercultural.

3. Estrategias de Trabajo Social Comunitario:

3.1 Organización Comunitaria

El Trabajador Social puede liderar la creación de comités comunitarios para fortalecer la cohesión social y fomentar un ambiente participativo, considerando que el 58.77% de las familias califica su relación con la comunidad como regular (Figura 12).

3.2 Capacitación y Educación Comunitaria:

Programas educativos pueden enfocarse en mejorar prácticas de salud como la atención prenatal, ya que un 12.80% de las mujeres no recibe control hasta el final del embarazo (Figura 35).

3.3 Fomento de Redes de Apoyo

El 47.37% de las familias residen en viviendas de una sola pieza (Figura 26), la creación de redes comunitarias puede mejorar las condiciones de vida mediante un enfoque colaborativo.

4. El Papel del Trabajador Social en la Intervención Intercultural:

El 34.5% de las familias recurre a curanderos en casos de enfermedad (Figura 32), lo que subraya la importancia del Trabajador Social como mediador entre las prácticas tradicionales y los servicios formales de salud.

Los datos revelan un panorama complejo en La Gran Bendición, caracterizado por limitaciones en el acceso a servicios básicos y la prevalencia de prácticas culturales tradicionales. El trabajo social, mediante estrategias participativas e inclusivas, puede ser un puente para transformar estas realidades, asegurando que las intervenciones sean culturalmente sensibles y adaptadas a las necesidades de la comunidad.

Capítulo V. Propuesta Integral de Intervención para Mejorar el Acceso a la Salud en La Gran Bendición:

La comunidad de La Gran Bendición enfrenta múltiples desafíos en su acceso a servicios de salud, derivados de barreras económicas, sociales y culturales que limitan la calidad de vida de sus habitantes. Estas problemáticas se reflejan en situaciones críticas como la falta de controles prenatales, vacunación incompleta y una alta dependencia de prácticas de medicina tradicional no integradas al sistema de salud formal. En este contexto, surge la necesidad de implementar una propuesta integral que aborde tanto la mejora de los servicios de salud primaria como la promoción de una organización comunitaria participativa y culturalmente pertinente.

Esta propuesta busca establecer un modelo de intervención que combine estrategias de acceso a la salud, educación sanitaria y respeto por las prácticas culturales de la comunidad. Con un enfoque en la colaboración entre el sistema de salud y la población, se pretende superar las limitaciones actuales mediante la implementación de actividades educativas basadas en la educación popular, la capacitación de promotoras de salud y la mejora de los servicios de salud primaria y preventivos.

A través de un enfoque intercultural, esta iniciativa busca no solo garantizar el acceso equitativo a servicios de salud, sino también empoderar a la comunidad para que participe activamente en la gestión y mejora de su bienestar. Así, se contribuye al desarrollo de un modelo de salud inclusivo que atienda las necesidades específicas de las familias de La Gran Bendición y fomente la sostenibilidad de los avances logrados.

Objetivo General:

Diseñar e implementar un modelo integral e inclusivo que promueva la mejora de la calidad de vida y el acceso equitativo a servicios de salud en La Gran Bendición, integrando estrategias de educación sanitaria, prácticas interculturales y fortalecimiento comunitario

para superar las barreras económicas, sociales y culturales que limitan la participación activa y el bienestar de sus habitantes.

Estrategias Ampliadas de Intervención en Salud:

1. Organización Comunitaria y Formación de Promotores de Salud;

Justificación:

El fortalecimiento de la organización comunitaria es esencial para facilitar el acceso a información de salud confiable y oportuna. Actualmente, la comunidad enfrenta serias limitaciones, como un 12.80% de mujeres sin control prenatal y niños con esquema de vacunas incompleto. Estas problemáticas requieren un enfoque basado en la educación popular para empoderar a la comunidad y garantizar un enlace efectivo con el sistema de salud.

Acciones Propuestas:

1. **Coordinación con Líderes Comunitarios:** Organizar reuniones periódicas con líderes comunitarios para planificar actividades educativas que aborden temas clave como el cuidado prenatal, pediátrico y vacunación. Diseñar estrategias conjuntas para identificar y registrar casos críticos en la comunidad.
2. **Actividades Educativas Basadas en Educación Popular:** Implementar talleres participativos dirigidos a la comunidad, enfocados en la importancia de los controles de salud, prevención de enfermedades y vacunación. Asegurar que los materiales educativos sean accesibles y estén disponibles en español y lenguas nativas (apoyarse en estudiantes indígenas universitarios).
3. **Formación de Grupos de Mujeres Promotoras de Salud:** Capacitar a mujeres de la comunidad para que actúen como promotoras de salud, encargadas de identificar casos urgentes y de alto riesgo, y establecer un enlace directo con el MINSA CAPSI

de Burunga. Crear redes de apoyo comunitario lideradas por estas promotoras, quienes serán responsables de monitorear la salud materno-infantil y coordinar las visitas médicas.

Rol del Trabajador Social: Coordinar con el equipo de salud la planificación de actividades educativas con los líderes comunitarios y a la vez la capacitación de las promotoras de salud, asegurando que cuenten con las herramientas necesarias para llevar a cabo su labor. Actuar como mediador entre la comunidad y el sistema de salud, garantizando una comunicación efectiva y la retroalimentación continua.

2. Acceso y Mejora de los Servicios de Salud Primaria:

Justificación:

Los datos reflejan que un 75.43% de las familias enfrenta limitaciones significativas para acceder a los servicios de salud, como falta de cupos y barreras económicas, y un 21.93% utiliza prácticas caseras en el cuidado postparto. Esto sugiere una necesidad urgente de aumentar el acceso a la atención médica y de integrar prácticas tradicionales en los servicios de salud.

Acciones Propuestas:

1. Incrementar los horarios de atención y la disponibilidad de citas médicas para que más familias puedan acceder a los servicios sin la necesidad de madrugar o depender de citas limitadas. Este cambio permitirá reducir una de las principales barreras señaladas por la comunidad.
2. Incluir a la comunidad de La Gran Bendición en los programas itinerantes de salud. Estos programas son estrategias de atención primaria que buscan dar respuesta a las necesidades de salud de la población. Este equipo de salud bajo un calendario mensual, podrán brindar atención preventiva y de promoción de la

salud, control de enfermedades crónicas y salud materno-infantil, adaptándose a las necesidades de aquellos con movilidad limitada o con barreras para desplazarse al centro de salud.

Rol del Trabajador Social: Trabajar estrechamente con el equipo de promoción de la salud en la divulgación de la cartera de servicios que ofrece el MINSA CAPSI de Burunga en la comunidad de La Gran Bendición.

5. Integración de Prácticas Interculturales en la Atención Médica:

Justificación:

El 68.42% de las familias utiliza herbolaria o remedios tradicionales, y un 34.5% recurre a curanderos. La confianza en la medicina tradicional sugiere la necesidad de una colaboración efectiva entre el sistema de salud y los curanderos locales.

Acciones Propuestas:

1. Programa de Colaboración con Curanderos Locales: Establecer acuerdos de colaboración con curanderos de confianza en la comunidad. Estos especialistas pueden trabajar en conjunto con el personal de salud en ciertos casos, respetando las prácticas culturales y brindando una atención integral que incluya tanto medicina moderna como tradicional.
2. Capacitación en Competencia Intercultural para el Personal de Salud: Desarrollar programas de capacitación para el personal del MINSA CAPSI de Burunga en competencia intercultural, ayudando a los profesionales a comprender las creencias y prácticas culturales. Esto permitirá mejorar la empatía y el trato, dado que el 21.10% de las familias reporta haber sentido maltrato o discriminación en su atención.
3. Guía de Atención Intercultural: Crear una guía adaptada a la comunidad que integre conocimientos sobre la herbolaria y otros tratamientos tradicionales, permitiendo que

el personal de salud respete y colabore con los curanderos, incrementando la confianza y adherencia a los tratamientos médicos.

Rol del Trabajador Social:

Facilitar la comunicación entre el equipo de salud y los curanderos, promover el respeto mutuo mediante reuniones periódicas y actividades de integración que fortalezcan la confianza y la cooperación entre ambas partes.

4. Educación en Salud y Participación Comunitaria:

Justificación:

El análisis de la encuesta realizada en La Gran Bendición muestra que el 91% de las familias participa en actividades de prevención de enfermedades, pero existe una falta de acceso a programas educativos regulares que refuercen prácticas preventivas, especialmente en temas de salud materno-infantil y control de enfermedades crónicas.

Acciones Propuestas:

1. Talleres Comunitarios de Salud Integral

Organizar talleres prácticos dirigidos a promover la salud integral, con énfasis en la prevención de enfermedades crónicas, estilo de vida saludable, la importancia de controles regulares, atención odontológica, prevención de la violencia doméstica y la higiene personal y comunitaria. Además, se organizará un grupo de adolescentes para trabajar el Programa de Servicios Amigables. Estos talleres se adaptarán cultural y lingüísticamente, utilizando tanto español como las lenguas nativas para garantizar una comprensión amplia y efectiva.

2. Programa Integral de Salud Materno-Infantil:

Diseñar e implementar un programa educativo enfocado en la atención prenatal y postnatal, adaptado a las prácticas culturales de la comunidad. Este programa incluirá talleres sobre alimentación durante el embarazo, señales de riesgo, lactancia materna, cuidado del recién nacido, controles de crecimiento y desarrollo, vacunación y planificación familiar. Se

fomentará la participación de las mujeres y sus familias para asegurar la adopción de estas prácticas.

3. Campañas de Sensibilización y Educación en Salud:

Coordinar con el equipo de Promoción de la Salud del MINSA CAPSI de Burunga para realizar campañas regulares que destaquen la importancia de la promoción y prevención de las enfermedades en todas las edades. Estas campañas incluirán jornadas informativas en puntos clave de la comunidad, difusión de mensajes a través de medios accesibles y actividades interactivas para fomentar una mayor participación de los residentes.

Rol del Trabajador Social: Participar en la planificación e implementación de los talleres juntamente con el equipo de promoción de la salud, en colaboración con líderes comunitarios y utilizando metodologías participativas que promuevan la autogestión en salud y el aprendizaje práctico.

5. Revisión y Mejora Continua de los Servicios de Salud:

Justificación:

Según la encuesta realizada en La Gran Bendición, el 85.43% de las familias perciben limitaciones para acceder a los servicios de salud. Es crucial implementar un sistema de seguimiento que permita mejorar los servicios de forma continua en función de las necesidades y retroalimentación de la comunidad.

Además, se contempla la integración de herramientas de análisis de datos y la utilización de sets de datos abiertos y oficiales del MINSA (regionales y nacionales, especialmente del área de Panamá Oeste), con el fin de contrastar los resultados comunitarios con estadísticas institucionales, identificar brechas y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia. Esta estrategia permitirá una evaluación más rigurosa del impacto de las intervenciones, con un enfoque sistemático y territorial.

Acciones Propuestas:

1. Establecimiento de Indicadores de Impacto y Satisfacción: Crear indicadores específicos de acceso, frecuencia de uso y satisfacción de los servicios de salud, lo cual permitirá evaluar y ajustar la efectividad de las intervenciones. Estos indicadores pueden incluir el aumento en la participación en controles de salud, la reducción de enfermedades infecciosas y el acceso equitativo a los recursos.
2. Encuestas y Grupos Focales de Discusión para la Retroalimentación de la Comunidad: Implementar encuestas y grupos focales de discusión periódicos con los residentes para recoger opiniones sobre el sistema de salud, la calidad de la atención y la integración de prácticas tradicionales. Estos datos ayudarán a ajustar las políticas de intervención.
3. Reuniones Periódicas con Líderes Comunitarios y Curanderos: Organizar reuniones regulares entre el equipo de salud, líderes comunitarios y curanderos para revisar avances, identificar áreas de mejora y adaptar la intervención a las necesidades emergentes de la comunidad.
4. Aplicación de herramientas de evaluación familiar y comunitaria: Implementar instrumentos como el APGAR familiar, el ECOMAPA y el GENOGRAMA en las visitas domiciliarias y en las entrevistas con las familias, para evaluar la funcionalidad familiar, identificar redes de apoyo, relaciones interpersonales y posibles factores de riesgo psicosocial. Esta información permitirá una acción inmediata ante problemáticas detectadas y servirá de base para diseñar intervenciones integrales más efectivas, contextualizadas a la realidad de las familias de La Gran Bendición.
5. Análisis integrado de datos comunitarios y oficiales: Realizar un análisis sistemático de los datos recolectados en la comunidad (encuestas, APGAR, ECOMAPA, GENOGRAMA), integrándolos con información pública del MINSA Panamá Oeste, tales como tasas de vacunación, morbilidad, mortalidad infantil, acceso a programas de atención primaria, entre otros.

Utilizar herramientas digitales de análisis de datos (como Excel avanzado, Power BI, Tableau o softwares estadísticos como SPSS, R o Python) para visualizar tendencias, evaluar el impacto de la intervención y generar reportes periódicos. Esta acción permitirá construir una base de evidencia sólida para futuras decisiones institucionales y académicas, asegurando una retroalimentación efectiva entre la comunidad y el sistema de salud.

Rol del Trabajador Social: El trabajador social desempeñará un papel clave en el proceso de seguimiento y mejora continua de los servicios de salud. Será responsable de coordinar la aplicación de herramientas diagnósticas como el APGAR, Ecomapa y Genograma para identificar factores psicosociales que afectan la salud de las familias. Además, participará activamente en la recolección y análisis de datos sobre la satisfacción comunitaria, facilitando espacios de diálogo como encuestas, entrevistas y grupos focales. Actuará como puente entre la comunidad, el equipo de salud y los líderes locales, promoviendo la adaptación de los servicios a las necesidades reales del territorio y garantizando que las voces de las familias sean tomadas en cuenta en el proceso de toma de decisiones.

Además de sus funciones en la recolección de datos y contacto comunitario, el trabajador social podrá participar en el análisis de información relevante mediante la sistematización de los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos, y en la articulación con equipos técnicos del MINSA para el acceso e interpretación de bases de datos regionales. Su rol será clave en traducir la evidencia en acciones concretas, sostenibles y culturalmente pertinentes.

Las acciones propuestas fundamentadas en los resultados de las encuestas y la participación de la comunidad buscan construir un sistema de salud accesible, respetuoso y adaptado a las prácticas culturales de La Gran Bendición. La integración de prácticas interculturales y el fortalecimiento del sistema de salud contribuirán a mejorar la calidad de vida y el bienestar de toda la comunidad.

Conclusiones

El trabajo social, como parte esencial del equipo de salud, desempeña un rol fundamental en comunidades vulnerables como La Gran Bendición, abordando de manera integral las barreras sociales, económicas y culturales que limitan el acceso a servicios de salud y la participación en programas de atención primaria. Con un enfoque centrado en la familia y la comunidad, esta disciplina no solo atiende problemáticas individuales, sino que facilita procesos de transformación colectiva que integran a la comunidad en la solución de sus desafíos, promoviendo su bienestar y participación activa.

Su capacidad para mediar entre la población y el sistema de salud formal, así como para promover prácticas interculturales, contribuye al empoderamiento de las familias y al fortalecimiento de redes comunitarias. Este trabajo humaniza y enriquece la atención sanitaria al construir un modelo inclusivo que respeta los saberes tradicionales y responde a las necesidades reales de las familias. En este contexto, el trabajo social es un pilar esencial para alcanzar el objetivo de fomentar la interculturalidad y la inclusión equitativa en los servicios de salud.

Según los resultados de la investigación, las familias del Asentamiento La Gran Bendición, enfrentan múltiples retos socioeconómicos que limitan su acceso a servicios básicos y afectan su bienestar general. La mayoría de los encuestados 71.93% presentan un bajo nivel educativo, predominando la primaria incompleta o la secundaria básica, lo cual reduce sus oportunidades de empleo formal y, en consecuencia, sus ingresos. Además, las condiciones de vivienda son precarias, con carencias de servicios esenciales como agua potable permanente, electricidad con instalación segura y sin disposición final de la basura, lo que impacta directamente en su salud y calidad de vida. Este contexto socioeconómico evidencia la necesidad urgente de implementar estrategias que respondan a la marginalidad y vulnerabilidad de esta comunidad.

Las percepciones de las familias respecto al sistema de salud tienen un impacto directo en sus prácticas cotidianas de atención a la salud. Mientras algunas familias valoran las visitas

ocasionales a la atención médica, muchas otras enfrentan barreras significativas como la falta de transporte, costos asociados a la atención médica y una percepción de que el sistema no responde adecuadamente a sus necesidades. Estas barreras generan desconfianza hacia el sistema de salud formal y refuerzan una dependencia hacia la medicina tradicional, destacándose prácticas como el uso de curanderos y remedios caseros. La falta de visitas regulares y las dificultades de acceso al MINSA CAPSI de Burunga, a pesar de su cercanía, son factores clave que empujan a las familias a adaptar sus rutinas hacia alternativas accesibles como la medicina tradicional. Este contexto evidencia que las percepciones de ineficacia y exclusión en el sistema de salud condicionan sus elecciones y prácticas, lo que subraya la necesidad de un enfoque que integre respetuosamente la medicina tradicional dentro del sistema de salud, promoviendo un modelo accesible, culturalmente adaptado y confiable.

En este contexto, la herbolaria y las prácticas curativas tradicionales, como el uso de plantas medicinales y el recurso a curanderos, siguen siendo fundamentales, especialmente cuando el sistema de salud público resulta inaccesible o no cumple con sus expectativas. Sin embargo, las familias también muestran apertura al diálogo entre la medicina moderna y la tradicional, lo cual sugiere una oportunidad para integrar ambas formas de atención, fomentando una colaboración respetuosa que enriquezca la atención de salud en la comunidad.

Aunque las prácticas tradicionales siguen siendo prevalentes, en los últimos años las familias han incorporado algunos conocimientos de la medicina moderna, especialmente en temas de higiene, vacunación, salud materno-infantil y planificación familiar. Este cambio ha sido impulsado por campañas de educación y promoción realizadas por el personal de salud, que han promovido prácticas preventivas y cuidados básicos. Sin embargo, estos avances no han desplazado las creencias tradicionales, ni han logrado mejorar completamente el acceso a una atención de calidad. La intervención educativa en salud debe intensificarse y adaptarse para integrar estas prácticas modernas sin sustituir las costumbres tradicionales que son valiosas para la comunidad.

Las principales barreras de accesibilidad que enfrenta esta población incluyen la dificultad para llegar en horas de la madrugada al centro de salud para conseguir un cupo para la atención médica, falta de transporte en la comunidad, problemas económicos, falta de luminarias en el área, los caminos en mal estado especialmente en temporada lluviosa. Además, las barreras lingüísticas complican la comunicación entre los pacientes y el personal médico, afectando principalmente a las familias indígenas que no dominan bien el español. Estas limitaciones no solo retrasan la atención oportuna y de calidad, sino que también impulsan a las familias a optar por la autogestión de la salud y a depender de la medicina tradicional como alternativa accesible.

En base a los resultados, para una propuesta de modelo de intervención en salud destinada a las familias del asentamiento informal La Gran Bendición, es fundamental incluir aspectos interculturales que respeten y valoren sus prácticas tradicionales. Las familias demandan un enfoque de salud que integre sus saberes, como el uso de plantas medicinales y la participación de curanderos, considerándolos recursos complementarios a la medicina moderna. Asimismo, mejorar la comunicación a través de traductores indígenas y capacitar al personal de salud en competencias interculturales, fortaleciendo la relación entre el sistema de salud y la comunidad. La colaboración formal con curanderos y líderes comunitarios podría, además, incrementar la confianza de las familias en los servicios médicos y asegurar un acceso más equitativo y respetuoso a la atención de salud. Cabe destacar que esta propuesta surge de un proceso de Investigación Acción Participativa (IAP), donde los grupos focales iniciales permitieron identificar las barreras y necesidades prioritarias desde la voz de la comunidad, lo cual fundamentó el diseño posterior de encuestas aplicadas para validar y ampliar los hallazgos. Este enfoque metodológico refuerza la legitimidad de las recomendaciones y favorece la construcción de un modelo de atención verdaderamente inclusivo y contextualizado.

Bibliografía

- Alarcón V, A. M., Vidal H, A., & Neira Rozas, J. (Septiembre de 2003). *Salud: Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext
- Almaguer González, J. A., Vargas Vite, V., & García Ramírez, H. J. (Octubre de 2014). *Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Obtenido de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>
- Ander-Egg, E. (2003). *Técnicas de investigación social*. Obtenido de <https://www.casadellibro.com/libro-tecnicas-de-investigacion-social/9789507248151/89422>
- Arteaga, M. T., & Japón Gualán, Á. (2022). *Raymikuna en los Andes*. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/96166995/RAYMIKUNA_EN_LOS_ANDES_dic-libre.pdf?1671646464=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRaymikuna_en_los_Andes.pdf&Expires=1745790691&Signature=KliiOZKyIP2WRoeRiV6ZccSbSy0sBqh4Ilkro8OgBiuGTkfrqY0nC
- Barreto Ascona, J. I., & Lezcano Mencia, A. (2023). *Análisis y fundamentación de los diseños de investigación: explorando los enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos basados en Creswell & Creswell (2018)*. Obtenido de <https://revistacientifica.unida.edu.py/publicaciones/index.php/cientifica/article/view/179/142>
- Cárcamo Ortiz, M. P. (2009). *Una propuesta de potenciación de los programas de salud intercultural, desde la perspectiva de la enfermería transcultural*. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmc265p/doc/fmc265p.pdf>
- Cardona Arias, J. A., Rivera Palomino, Y., & Carmona Fonseca, J. (2015). *Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2015.v41n1/o8/es>
- Cardona Arias, J. A., Rivera Palomino, Y., & Carmona Fonseca, J. (Marzo de 2015). *Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/214/21438819008.pdf>
- Ceballos, R., Amores, Á., & Rojas, R. (2009). *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*. Obtenido de <https://repositorio.dged.salud.gob.ec/handle/39000/152>

- CEPAL. (Noviembre de 2014). *Los pueblos indígenas en América Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/e26953bb-66a8-488b-a0ee-4fea61f64686>
- Cevallos, R., & Amores, A. (Julio de 2009). *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*. Obtenido de <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-01/servicios-salud-zonas-indigenas.pdf>
- Cid Rodríguez, M., & Montes de Oca Ramos, R. (2014). *La familia en el cuidado de la salud*. Obtenido de https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000400008&script=sci_abstract
- Comboni Salinas, S., & Juárez Núñez, J. (2014). *La interculturalidad, un dialogo crítico en la diversidad. Una mirada desde la educación*. Obtenido de <https://biblat.unam.mx/hevila/CienciadesdeelOccidente/2014/vol1/no1/2.pdf>
- Constitución Política de La República de Panamá 1972. (2024). *Capítulo 6o - Salud, Seguridad Social y Asistencia Social -Artículo 105*. Obtenido de <https://panama.justia.com/federales/constitucion-politica-de-la-republica-de-panama/titulo-iii/capitulo-6o/>
- Constitución Política de la República de Panamá. (1972). *Constitución Política de la República de Panamá - sobre prestar servicios de salud y medicamentos a toda la población*. . Obtenido de <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Panama/vigente.pdf>
- Cross, T., Bazron, B., & Isaacs, D. (Marzo de 1989). *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Obtenido de https://gucchd.georgetown.edu/products/Cross-et-al%281989%20monograph%29Toward-a-Cult-Comp-SOC.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Defensoría del Pueblo de Panamá. (4 de Diciembre de 2024). *Defensoría presenta informe 2024 de la situación de los derechos humanos en Panamá*. Obtenido de <https://www.defensoria.gob.pa/defensoria-presenta-informe-2024-de-la-situacion-de-los-derechos-humanos-en-panama/>
- Del Pololo , F., & Oyarce, A. M. (2005). *América Latina, población indígena: Perfil sociodemográfico en el marco de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo y de las metas del milenio*. Obtenido de https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/popolo_oyarce.pdf
- Del Pololo, F., Oyarce, A. M., & Ribotta, B. (2009). *Indígenas urbanos en América Latina: algunos resultados censales y su relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e6aae4d9-0a49-4fa7-bd3c-7b0434ade5da/content>

- Gaceta Oficial de Panamá. (12 de Febrero de 2019). *Decreto Ejecutivo No 39. Ley 17 - protección de los conocimientos de la medicina tradicional indígena*. Obtenido de <https://faolex.fao.org/docs/pdf/pan189832.pdf>
- Gaceta Oficial Digital. (9 de Marzo de 2021). *Decreto Ejecutivo No 129 - Que establece la gratuidad de los servicios de salud para las personas con discapacidad, previamente identificadas en las consultas ambulatorias*. Obtenido de https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29279_A/GacetaNo_29279a_20210506.pdf
- Gaceta Oficial Digital. (23 de Noviembre de 2022). *Ley 346 sobre la gratuidad en los servicios de atención integral de salud para mujeres durante el embarazo, parto y puerperio*. Obtenido de https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/normatividad/ley_346_de_23_de_noviembre_de_2022_-_gratuidad_servicios_de_salud_para_embarazadas_parto_y_puerperio_normativa.pdf
- Gaceta Oficial Digital. (20 de Febrero de 2024). *Ley 423 sobre la gratuidad en el servicio de atención en materia de salud para personas de tercera edad*. Obtenido de <https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29972/103033.pdf>
- Gaceta Oficial No25432. (11 de Noviembre de 2005). *Decreto Ejecutivo 546 de 2005 sobre la gratuidad en la atención de salud a los niños menores de 5 años*. Obtenido de <https://panama.justia.com/federales/decretos-ejecutivos/546-de-2005-nov-24-2005/gdoc/>
- González Ñáñez, O. (12 de Enero de 2005). *Representaciones míticas del cuerpo y la enfermedad*. Obtenido de <https://www.voltairenet.org/article123222.html>
- González, C. (2010). *VI Informe Clara González (2011-2013)*.
- Guerrero Arias, P. (1999). *La interculturalidad solo será posible desde la insurgencia de la ternura*. Obtenido de https://bibliodrogas.gob.cl/wp-content/uploads/2021/05/Libro-Interculturalidad-web-con-datos.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Hasen Narváez, F. N. (2012). *Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena*. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9421990&utm_source=chatgpt.com
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGrawHill Education.
- Krmpotic, C. S. (2012). *Cultura, interculturalidad y empoderamiento en la agenda del Trabajo Social en Argentina*. Obtenido de https://www.academia.edu/66444122/Cultura_interculturalidad_y_empoderamiento_en_la_agenda_del_Trabajo_Social_en_Argentina

- Lasso Toro, P. (28 de Mayo de 2012). *Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?* Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200011
- León Díaz, R. E. (1 de Agosto de 2007). *Trabajo social intercultural: Algunas reflexiones a propósito de la intervención con una comunidad indígena del trapezio Amazónico Colombiano.* Obtenido de <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/palobra/article/view/231>
- Lopez Hurtado Quiroz, L. E. (2009). *Multiculturalismo e Interculturalidad en las Américas.* Obtenido de https://www.academia.edu/40115208/MULTICULTURALISMO_E_INTERCULTURALIDAD_EN_LAS_AM%C3%89RICAS
- Menéndez, E. L. (1994). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado.* Obtenido de <https://web.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/17/2023/03/n73a333.pdf>
- Ministerio de Gobierno. (17 de Enero de 2018). *Evaluación Sociocultural (ESC) para el Proyecto Apoyo para la Implementación del Plan de Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas de Panamá.* Obtenido de <https://www.mingob.gob.pa/wp-content/uploads/2018/01/Evaluacion-Sociocultural-P157575.pdf>
- MIVIOT. (23 de Mayo de 2023). *Ya son 425 familias de La Gran Bendición que inician procesos de legalización de tierras.* Obtenido de <https://www.miviot.gob.pa/ya-son-425-familias-de-la-gran-bendicion-que-inician-proceso-de-legalizacion-de-tierras/>
- Moya, R. (2009). *La interculturalidad para todos en América Latina.* Obtenido de <https://uchile.cl/dam/jcr%3A325722ca-7ada-4119-a4d8-041c3a0f6013/interculturalidad-educacion-y-ciudadania-perspectivas-latinoamericanas.pdf>
- OEA. (2012). *Políticas Públicas de participación, control social, rendición de cuentas y transparencia y lucha contra la corrupción.* Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_ppub.pdf
- OMS. (Agosto de 1997). *Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales.* Obtenido de <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10-Esp%20IND6.pdf>
- OMS. (2012). *La salud en las Américas: Panorama regional y perfil de país.* Obtenido de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Health_in_the_Americas_2012.pdf
- ONU. (2004). *Quiénes son los pueblos indígenas?* Obtenido de https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf
- ONU. (2024). *Acerca de nuestro trabajo para los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Panamá.* Obtenido de <https://panama.un.org/es/sdgs>

- ONU, & Gobierno de Panamá. (2014). Objetivo de Desarrollo del Milenio - Cuarto Informe de Panamá 2014. Panamá, Panamá. Obtenido de https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/undp_pa_iv_informe_odm.pdf
- OPS. (1997). *La educación médica en la diversidad cultural: el desafío de la competencia cultural en la formación de recursos humanos de salud en las Américas*. Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud?utm_source=chatgpt.com
- OPS. (2008). *Género y salud: Conceptos y definiciones*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Gender_and_health_concepts_definitions_2008.pdf
- OPS. (29 de Septiembre de 2009). *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/documentos/prestacion-servicios-salud-zonas-con-pueblos-indigenas-0>
- OPS. (2009). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Obtenido de <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>
- OPS/OMS. (2008). *Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema Nacional de Salud en Ecuador*. Obtenido de <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/49-esp%20ind24.pdf>
- OPS/OMS. (2023). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Oyarce, A. M., & Pedrero, M. M. (Abril de 2005). *Diagnóstico epidemiológico con enfoque sociocultural: guía básica para equipos de salud*. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3aa42ba0-c591-445a-9fb4-8bdc5e332177/content>
- Oyarce, A. M., Pedrero, M. M., & Pérez, G. (Junio de 2005). *Criterios étnicos y culturales de ocho pueblos indígenas de Chile*. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12770>
- Patiño Suaza, A. E., & Sandín Vásquez, M. (Diciembre de 2014). *Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2014.v10n3/379-396/es>
- Pinderthughes, E. (1989). *Understanding race, ethnicity, and power : the key to efficacy in clinical practice*. Obtenido de https://gucchd.georgetown.edu/products/Cross-et-al%281989%20monograph%29Toward-a-Cult-Comp-SOC.pdf?utm_source=chatgpt.com

- Pinto, B., Pozo, R., Ríos, V., Rojas, C., & Romos, M. (2019). *Migración, multiculturalidad e interculturalidad: concepto, contexto y construcción*. Obtenido de https://www.academia.edu/39036760/Migraci%C3%B3n?email_work_card=view-paper
- PNUD. (15 de 03 de 2012). Plan de Desarrollo Integral de Pueblos Indígenas de Panamá. Panamá, Panamá. Recuperado el 11 de 11 de 2024, de <https://www.mingob.gob.pa/wp-content/uploads/2020/07/plan-de-desarrollo.pdf>
- PNUD. (2012). *Plan de desarrollo integral de pueblos indígenas*. Obtenido de <https://www.mingob.gob.pa/wp-content/uploads/2020/07/plan-de-desarrollo.pdf>
- PNUD. (14 de Diciembre de 2016). *Diagnóstico Situacional de las mujeres indígenas de Panamá*. Obtenido de https://www.undp.org/es/panama/publicaciones/diagnostico-situacion-de-las-mujeres-indigenas-de-panama?utm_source=chatgpt.com
- Rosero G, F., & Borja T, S. (16 de Abril de 2012). *Programa desarrollo y diversidad cultural para la reducción de la pobreza y la inclusión social*. Obtenido de https://mptf.undp.org/sites/default/files/documents/15000/mdgf_ecu_programa_cultura_y_desarrollo_informe_de_evaluacion_final.pdf
- Salaverry, O. (Marzo de 2010). *Interculturalidad en salud*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100013&script=sci_arttext
- Sampieri Hernández, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill Education.
- Sopransi, M. B. (2016). *La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares*. Obtenido de <https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/chapter/capitulo-3-la-participacion-social-en-salud-desde-la-perspectiva-de-las-organizaciones-populares/>
- Stavenhagen, R. (Septiembre de 2010). *Los pueblos Originarios: el debate necesario*. Obtenido de <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20101117084419/Stavenhagen.pdf>
- Suarez Cuba, M. Á. (2010). *El Genograma: Herramienta para el estudio y abordaje de la familia*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000100010
- Suarez Cuba, M. Á., & Alcalá Espinoza, M. (2014). *APGAR FAMILIAR: Una herramienta para detectar disfunción familiar*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Subinas, J. (2017). Interculturalidad en salud y desigualdad el caso de las entidades de médicos tradicionales en la comarca Ngabe Bugle. 331. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=152739>

- Tubino, F. (2005). *Del Interculturalismo Funcional al Interculturalismo Crítico*. Obtenido de https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/del-interculturalismo-funcional-al-interculturalismo-cr%C3%ADtico?utm_source=chatgpt.com
- Vargas J, J., & Molina M, G. (Agosto de 2009). *Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12011791003.pdf>
- Vargas Lorenzo, I., Vásquez Navarrete, M. L., & Mogollón Pérez, A. (26 de Diciembre de 2010). *Acceso a la atención en salud en Colombia*. Obtenido de <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2010.v12n5/701-712/es>
- Vargas Lorenzo, I., Vásquez Navarrete, M. L., & Mogollón Pérez, A. S. (26 de Diciembre de 2010). *Acceso a la atención en salud en Colombia*. Obtenido de <https://www.scielo.org/pdf/rsap/2010.v12n5/701-712/es>
- Vélez, C. (2006). *La interculturalidad en la educación básica reformas curriculares de Ecuador, Perú y Bolivia*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/383027700/SM69-Velez-La-interculturalidad-en-la-educacion-basica-pdf>
- Villalobos Hidalgo, J., & Saigi, F. (Marzo de 2016). *Sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe*. Obtenido de https://www.editorialuoc.com/sistemas-de-salud-de-latinoamerica-y-el-caribe?utm_source=chatgpt.com
- Walsh, C. (2010). *Interculturalidad crítica y educación intercultural*. Obtenido de https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=xp-dzzEAAAAJ&citation_for_view=xp-dzzEAAAAJ:vRqMK49ujn8C&tzom=300
- Walsh, C., & Chávez González, O. (2005). *La Interculturalidad en la Educación*. Obtenido de https://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/familia_contemporanea/modulo1/unidad2/lecturas/peru_educacion_interculturalidad.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Walsh, Catherine;. (2006). *Interculturalidad y colonialidad del poder: Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial*. Obtenido de https://www.humanas.unal.edu.co/repositoriocatedraunesco/files/5515/0086/2492/RAE_No_97.pdf
- Yon, C. J., Salas, R., & Portugal, T. (20 de Octubre de 2017). *Informe final del proyecto: salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú*. Obtenido de <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/server/api/core/bitstreams/108a879c-3906-455a-836b-b62ac38fcfd9/content>

Anexos

Anexo 1. Instrumento (Encuesta).

Universidad de Panamá
Vicerrectoría de Investigación y Post Grado
Maestría en Políticas, Promoción e Intervención Familiar
Encuesta

Fecha: _____

Respetado (a) representante de la familia, esta encuesta tiene como propósito obtener información que se manejará de manera confidencial acerca de su: Familia, Costumbres, Tradiciones, Creencias, Enfermedades, Controles, Accesibilidad, Percepción del ser discriminado, participación en la comunidad y en los programas que se llevan en el MINSA CAPSI de Burunga.

Sus aportes serán de gran valor, ya que contribuirán a la elaboración de una propuesta frente a la situación que presenta su comunidad en cuanto a la participación y acceso a la salud, por lo que solicito toda la honestidad y sinceridad en la información que suministre.

Antes de responder la encuesta lea detenidamente cada una de las preguntas a las que se han establecido varias opciones para elegir la que se ajuste a su realidad.

Marque con una (X) o un gancho (✓) la opción escogida.

1. Características socioeconómicas de las familias de los grupos originarios del Asentamiento Espontáneo La Gran Bendición:

1.1. Jefe de familia o encuestado:

Sexo: Hombre _____, Mujer _____. Edad: _____ años

1.2. Estado civil:

Soltera(o) _____,

Unida(o) _____,

Casada(o) _____,

Viuda(o) _____.

1.3. Grupo étnico al que pertenece:

Guna _____. Emberá _____. Wounaan _____.

Ngäbe _____ Otros _____.

1.4. Escolaridad:

Último año escolar aprobado: _____ .

No asistió a la escuela _____.

Razones por las que no asistió: _____.

Le gustaría culminar sus estudios: Sí: ____ No ____ ¿Por qué?

_____.

1.5. Religión que profesa:

Católica _____, Evangélica _____,

Otra: _____.

1.6. Tipo de familia:

Nuclear _____, Extendida _____, Reconstruida _____,

Monoparental _____, Homoparental _____, Otros

_____.

1.7. ¿Cómo es la relación familiar?

Buena _____, Regular _____, Mala _____.

¿Cómo es la relación con la comunidad?

Buena _____, Regular _____, Mala _____.

1.8. Condición laboral

Permanente _____, Eventual _____, Independiente _____ Desempleado

1.9. Situación económica familiar:

¿Quiénes aportan el ingreso familiar? Padre _____, Madre _____, Hermano _____,

Otros _____.

Ingreso Mensual

Salario _____

Pensión _____

Beca (hijos) _____

Egresos Mensual

Vivienda _____

Luz _____

Agua _____

Prog. 120/65 _____
Red de Oport. _____
Otros _____
Total _____

Teléfono _____
Alimentación _____
Pensión Ali. _____
Préstamo _____
Transporte _____
Educación _____
Otros _____
Total _____

1.10. ¿Cuándo comenzó a residir en La Gran Bendición?

Año: _____, ¿Quién le habló de este lugar (La Gran Bendición)?
_____.

Tiene derecho posesorio: Sí _____ No _____.

1.11. Características de la vivienda:

Propia _____, alquilada _____, cedida _____, Otro _____.
Pared: Cemento _____, Madera _____, Zinc _____, Otro _____.
Techo: Zinc _____, Cemento _____, Tejas _____, Otro _____.
Piso: Cemento _____, Madera _____, Tierra _____, Otro _____.
Habitación: Sala _____, Comedor _____, Baños _____, Otro _____.
No de dormitorios _____,

Higiene de la Vivienda (Sanitario):

Inodoro conectado a tanque séptico _____, Inodoro conectado a alcantarillado
_____, Inodoro conectado a Letrina _____ Letrina _____ No tiene _____.

¿Si no tiene sanitario, dando hace sus necesidades?
_____.

2. Creencias y prácticas de las familias de los grupos originarios para atender las enfermedades:

2.1. ¿Cuáles son las creencias tradicionales de las familias de los grupos originarios sobre el origen de las enfermedades? _____

2.2. ¿Utiliza la herbolaria o remedios tradicionales para tratar las enfermedades?
Sí_____, No_____.

2.3. Cuando algún miembro de su familia se enferma, ¿a dónde acuden a recibir atención de la salud?

Curandero: _____, Sanador: _____.

Chamán: _____, Instalación de salud (MINSA-CAPSI):
_____.

Otras: _____.

Por qué eligió esa opción:

- Más económico _____.
- Más rápido _____.
- Más efectivo _____.
- Menos cuidado _____.
- Se nos enseñó _____.
- Otro: _____.

2.4. ¿Cuáles son sus prácticas o costumbres con relación a la salud de las mujeres en tu comunidad?

Anticoncepción:

_____.

Embarazo:

_____.

Parto:

_____.

Puerperio:

_____.

Otras:

_____.

2.5. ¿Los miembros de su familia realizan controles de salud?

¿Menores de 1 año: Sí___No___, de ser No, ¿por qué? _____.

De 1 a 5 años: Sí___ No___, de ser No, ¿por qué? _____.

De 6 a 9 años: Sí___ No___, de ser No, ¿por qué? _____.

De 10 a 19 años: Sí___No___, de ser No, ¿por qué? _____.

De 20 a 59 años: Sí___No___, de ser No, ¿por qué? _____.

De 60 y más: Sí___No___, de ser No, ¿por qué? _____.

Embarazadas: Sí___No___, de ser No, ¿por qué? _____.

Puérperas: Sí___No___, de ser No, ¿por qué? _____.

Miembros con ECNT : Sí___No___, de ser No, ¿por qué? _____.

Miembros con enfermedades mentales: Sí___No___, de ser No, ¿por qué?
_____.

Personas con discapacidad: Sí___No___, Si su respuesta es Sí, indicar el tipo de discapacidad:
_____, de ser No, ¿por qué no realiza control de salud?
_____.

Otros (TBC, VIH, embrujados...) _____ . ¿Dónde lo lleva?
_____.

3. Accesibilidad a los servicios de salud:

3.1. Considera usted que hay limitaciones para que su familia pueda acudir a los servicios de salud: Sí _____ No_____. De contestar si, de que tipo:

a. Falta de recursos económicos _____.

b. No entiende o habla bien el idioma español: _____.

- c. Desconoce los requisitos para obtener un cupo o cita: _____.
- d. Carece de documentos de identidad personal: _____.
- e. Debido a diferencias o incompatibilidad con sus creencias religiosas: _____.
- f. Considera que la medicina tradicional es más efectiva: _____.
- g. No sabe leer ni escribir: _____.
- h. Cuando llega no hay cupo: _____.
- i. Otros: (Especifique)_____.

3.2. Percepción del ser discriminado:

Siente que las veces que usted o algún miembro de su familia han ido al MINSACAPSI de Burunga han sido discriminado: Sí _____ No _____. De contestar Sí, considera usted que esto se debe a:

- a) Por pertenecer a un grupo étnico originario: _____.
- b) Por prejuicio de los funcionarios(as): _____.
- c) Otras razones: _____ (especifique)

3.3. Participación de la familia de los grupos originarios en las actividades de promoción y prevención del MINSACAPSI De Burunga:

Participa usted o algún miembro de su familia en las actividades de promoción y prevención de la salud que realizan los diferentes programas de salud del MINSACAPSI De Burunga: Sí_____. No_____.

Si su respuesta es Sí mencione en cuales ha participado:
 _____,
 _____,
 _____.

3.4. Participación comunitaria

3.4.1. Su familia y la comunidad realiza actividades para prevenir y controlar enfermedades: Sí _____, No _____.

3.4.2. ¿Cuál es la actividad que realiza su familia y la comunidad para prevenir y controlar las enfermedades? _____, _____.

3.4.3. ¿Participa usted o algún miembro de su familia en algún grupo organizado en la comunidad? (No leer la respuesta). Sí_____. No _____.

1. Directiva de la comunidad. _____

2. Grupo de mujeres. _____

3. Grupos deportivos. _____

4. Grupos religiosos. _____

5. Grupos culturales de baile. _____

6. Otro (especifique).

_____.

3.4.4. El MINSA CAPSI de Burunga realiza jornadas de educación y promoción de la salud en su comunidad: Sí _____, No _____. Si su respuesta es Sí, mencionar en cuales ha participado: _____.

3.4.5. Su familia o la comunidad, ha recibido visita de algún personal de salud: Sí _____, No _____. Si la respuesta es SI, quien ha visitado su vivienda:

▪ Personal de vectores: _____.

▪ Personal de saneamiento ambiental: _____.

▪ Personal de promoción de la salud: _____.

▪ Enfermeras y técnicos: _____.

▪ Trabajo social: _____.

▪ Otros: _____.

Población por Edad Familiar.

casa _____, Etnia: _____

Edad en años	Cantidad Total	Femenino	Masculino
0 a 1			
2 a 5			
6 a 9			
10 a 14			
15 a 19			
20 a 59			
60 y más			
Total			

Gracias por la información brindada

Anexo 2. Consentimiento Informado.

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN POLÍTICAS, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN
FAMILIAR

Consentimiento Informado para Investigaciones Sociales.

Yo, _____, con cédula de identidad personal No. _____ certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto a los procedimientos e intervención social a la cual la licenciada Reinelda Marisol Ávila Barría, me ha invitado a participar. Estoy plenamente consciente que la información que he proporcionado puede ser empleada única y exclusivamente para la elaboración de una investigación académica, para la tramitación de respuestas sociales que ayuden a la solución de la problemática que se presenta en las entidades públicas, privadas y familiares, y la misma es con fines sociales de investigación.

Autorizo el uso de la información para los fines aquí señalados, respetando la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada.

Firma

Anexo3. Resultado del Grupo Focal

Consentimiento Informado para el Grupo Focal

Universidad de Panamá

Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Proyecto: Interculturalidad y Participación de las Familias del Asentamiento Informal La Gran Bendición en el Acceso a los Programas de la Atención Primaria de Salud del MINSA CAPSI de Burunga, Arraiján 2023.

Introducción

Estimado/a participante:

Usted ha sido invitado/a participar en un grupo focal como parte de una investigación sobre el acceso a la salud y las condiciones de vida en la comunidad de La Gran Bendición. El objetivo es comprender mejor las necesidades y percepciones de la comunidad para diseñar propuestas efectivas que mejoren su calidad de vida.

Propósito del Grupo Focal:

El grupo focal es una actividad de discusión en la que se recogen ideas y opiniones sobre temas relacionados con la salud, las prácticas tradicionales, las barreras de acceso y las oportunidades de mejora en los servicios.

Procedimiento:

La actividad tendrá una duración de aproximadamente 1.5 a 2 horas.

Se abordarán preguntas relacionadas con las experiencias, creencias y expectativas de la comunidad.

La sesión será grabada y se tomarán notas para garantizar que no se pierda información importante.

Confidencialidad:

Toda la información proporcionada será tratada de manera confidencial.

Los datos serán utilizados únicamente para fines de esta investigación.

Los nombres y otros datos personales no aparecerán en ningún informe ni serán compartidos con terceros.

Voluntariedad:

Su participación es completamente voluntaria.

Puede retirarse del grupo focal en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones ni que esto afecte en forma alguna su relación con los organizadores del estudio.

Beneficios y Riesgos

Este grupo focal no implica riesgos para los participantes.

Los resultados de esta investigación podrían beneficiar a la comunidad al influir en políticas y programas diseñados para mejorar la calidad de vida y el acceso a la salud.

Integrantes de un Grupo Focal:

Un grupo focal típico incluye entre 6 y 12 participantes. Este número es lo suficientemente pequeño para que todos puedan participar activamente, pero lo suficientemente grande para obtener una variedad de perspectivas.

Preguntas Hechas al Grupo Focal:

Preguntas aplicadas para el contexto del proyecto de La Gran Bendición y para lograr los objetivos del grupo focal:

1. Características Socioeconómicas y Condiciones de Vida:

¿Cuáles son las principales dificultades que enfrentan en su vida diaria como comunidad indígena en La Gran Bendición?

Erick: Las calles están dañadas y oscuras; no hay lámparas en los pocos postes y en la madrugada no hay ni taxi, hay que ir caminando hasta el MINSA CAPSI.

Sandra: Sería bueno que el MINSA CAPSI extendiera su horario para poder acudir más tarde. Muchas veces no hay plata para compra de medicamentos, son caros, en el MINSA CAPSI de Burunga.

A veces consiguen cupo, pero no encuentran los medicamentos que los médicos recetan en la farmacia y afuera no los podemos comprar porque están más caro. Esto pasa a muchos paisanos y recurren a hierbas.

Albertina: Una vez iba hacia el MINSA CAPSI, en la madrugada, había dos muchachos en el camino y ella le dio mucho susto y por eso va muy poco al MINSA CAPSI. Ella toma hierbas para curarse. Mamá estaba muy enferma y se quejaba de dolor en el estómago, la llevamos al centro de allá afuera de Arraiján. (Policlínica). Y le mandaron pastillas y el dolor seguía. Otro día madrugué para el MINSA CAPSI y otra vez le mandaron pastillas, se le quitaba el dolor un rato y otra vez el dolor. ¿Que hice? Aproveche los días libres de las fiestas patrias y me fui con mi mama a Darién, la llevé al curandero y allí está tranquila, ya no le duele. Por eso sigo tomando mis tomas de hierbas.

¿Qué cambios creen que son necesarios para mejorar las condiciones de vida en su comunidad?

Cecilia: Que arreglen las calles, que siempre haya agua. Que arreglen el suministro de agua. Que se hagan contrato con la luz eléctrica. Qué los funcionarios del MINSA CAPSI visiten más la comunidad para que los orienten porque hay muchos adolescentes que andan haciendo cosas que no deben. Muchas jóvenes teniendo relaciones sexuales y no se cuidan.

Ruth: Muchas mujeres y hombres consumiendo alcohol y no atienden a los niños, deben venir a hacer visitas a las casas para que cojan miedo.

2. Prácticas Tradicionales y Creencias en Salud

¿Qué importancia tienen las prácticas tradicionales de salud, como el uso de hierbas o curanderos, en su comunidad?

Berta: Es la medicina más rápida y barata. Es más confiable para nosotros, señalan que la medicina le ponen químicos y eso provoca otros problemas de salud.

¿Cómo combinan las prácticas tradicionales con la atención médica moderna?

Sandra: Hay enfermedades que se deben de buscar a los médicos y otras que los curan los curanderos. Conoce a algunos paisanos que han estado enfermo y se han ido para la comarca y se han muerto, es mejor primero ir a los médicos porque te hacen exámenes de laboratorios, placas y te curan rápido.

3. Acceso a los Servicios de Salud

¿Cuáles son las mayores barreras que enfrentan para acceder a los servicios del MINSA CAPSI en Burunga?

Ruth: Llegar temprano y conseguir cupo. Los médicos deben ser más tratables. Nunca hay medicina en la farmacia.

¿Qué servicios o mejoras adicionales les gustaría que se implementaran para facilitar el acceso a la atención médica?

Berta: En el MINSA CAPSI se necesita más días de atención del pediatra porque hay muchos niños, es difícil el cupo en laboratorio, porque hay poquita gente trabajando allí. Traer más doctores porque en Burunga hay mucha gente.

Sandra: Deben de tener un ginecólogo que atienda todos los días, hay muchas embarazadas en el lugar y por eso no atienden los embarazos a tiempo. Berta: hay algunos paisanos de que sus mujeres van a la comarca a tener a sus niños porque le dan unas bebidas para que no le duela mucho al parir.

4. Educación y Promoción de la Salud:

¿Qué temas consideran más relevantes para talleres educativos sobre salud en su comunidad?

Erick: los funcionarios del MINSA CAPSI deben de visitar con más frecuencia a la comunidad para que oriente a la población sobre los riesgos de embarazo en los adolescentes, los riesgos de la droga y del alcohol, que le hable sobre la prevención de la violencia. La importancia de controlar los embarazos y la atención de los niños. Además, señaló: necesitamos que se visite a los pacientes que están en cama o se les dificulta ir al MINSA CAPSI de Burunga.

¿Cómo podría la comunidad participar más activamente en actividades de promoción de la salud?

Sandra señaló la importancia que la comunidad coopere con todas las actividades que el MINSA CAPSI organiza en la comunidad. Que se apoye en la limpieza de las cunetas para que no se estanque el agua y se reproduzca el mosquito del dengue. Que la comunidad tape los tanques donde guardan el agua para que no formen criaderos de mosquitos.

Recoger la basura, enterrarla y evitar quemar la basura porque ocasiona problemas a los niños y ancianos. Cortar constantemente la hierba del patio y en la comunidad, para evitar las culebras, ratas, alacranes, otros...

5. Interculturalidad y Barreras Lingüísticas:

¿Cómo creen que el sistema de salud podría respetar mejor sus creencias y costumbres?

Sandra: Respetar el uso de la medicina tradicional de las etnias. Además, sería bueno que el MINSA CAPSI tuviera un personal que entienda el idioma para que le pueda explicar. Que se debe capacitar a algunas personas de la comunidad para que sean promotores de salud.

6. Expectativas:

¿Qué esperan de los programas de salud y bienestar que se implementen en su comunidad?

Yaritzta: Mayor presencia del personal del MINSA CAPSI en la comunidad. Saneamiento ambiental debe visitar casa por casa para orientar en cuanto a las letrinas, canalización del agua. Que se fumigue constantemente en la comunidad, hay muchos mosquitos.

Consentimiento Escrito:

Declaro que he leído y entendido la información proporcionada en este documento, y acepto participar voluntariamente en el grupo focal.

Nombre completo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Anexo4. Evidencias Generales de la Investigación

Directiva de La Gran Bendición



Eyser Barroso – Presidente. Dirigente Sector A.

Erika Ruiz – Vicepresidente.

Yuli Arcia – Tesorera.

Eric Tarrillo – Fiscal.

Sandra Quintero – Vocal.

Yuli Arcia – Vocal.

Vanessa De Tarrillo – Vocal.

Marcelo Martelo – Vocal.

Albertina Zarco – Vocal.

Arturo Chami – Vocal.

Alicia Zapata – Vocal.

Erick Mendoza – Frente Seguridad. Dirigente Sector B.

Fidel Montezuma – Apoyo. Dirigente del Sector D.

Audilio García y Cecilia Casama – Dirigentes de Sector A

Edison Tascon – Dirigente de Sector C

Reunión con Líderes Comunitarios – La Gran Bendición
Aplicando Investigación-Acción-Participación (IAP).



Reunidos con Trabajo Social



Talleres Participativos en el asentamiento informal La Gran Bendición y miembros del equipo de salud del MINSA CAPSI de Burunga.

15 de septiembre de 2023

Presentación de los Talleres



Taller participativo con familiares de los diferentes grupos originarios en temas de Prevención de Enfermedades y Saneamiento ambiental en la comunidad La Gran Bendición.

Presentación de los Talleres



Miembros de la comunidad explicando sobre la importancia de la limpieza del hogar

Grupo Focal



Fecha: sábado, 14 de octubre de 2023.

Características Geográficas de La Gran Bendición



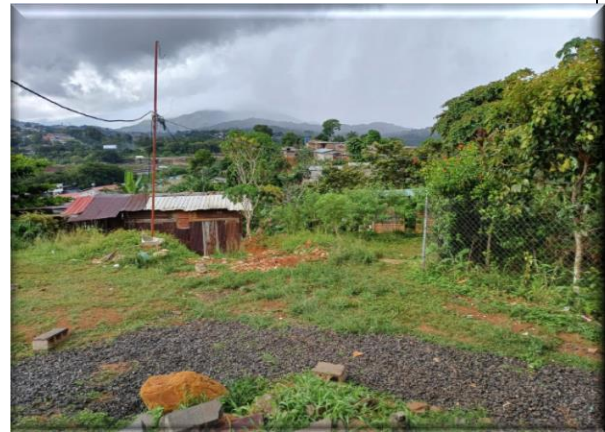
Tuberías de Agua Potable improvisadas



Algunos tipos de vivienda de La Gran Bendición



Iglesia Evangélica de La Gran Bendición



Viviendas de La Gran Bendición con tendidos eléctricos improvisados

MINSA CAPSI DE BURUNGA
Intervención de Trabajo Social



Fumigación en La Gran Bendición (Intervención de Trabajo Social)



Autogestión de bolsas de comida para casos de TBC (2 de La Gran Bendición)

MINSA CAPSI DE BURUNGA
Intervención de Trabajo Social



Jornada de Vacunación en La Gran Bendición

Actividad Intercultural en La Gran Bendición



Feria familiar intercultural en la Semana de la Familia

Trabajo Social organizó actividad educativa, brindis, canastas de comida para regalar, juegos (competencias carrera en saco) y bailes culturales de grupos étnicos.

Grupos de la Comunidad en Actos Culturales



Danza en Actividad Religiosa de la Comunidad



Baile Emberá

Taller Participativo
Capacitación a Adolescentes en Prevención de Conductas de Riesgos y Factores
Protectores

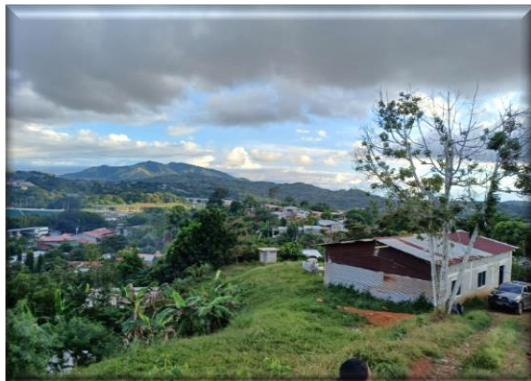


Tipos de Vivienda en La Gran Bendición



Hay muchas viviendas de zinc y otras ya están mejoradas con madera o bloques.

La Comunidad La Gran Bendición



Manejo de la Basura en La Gran Bendición



En la mayoría de los lotes hay mucha vegetación. Normalmente la basura se acumula en algún lugar del patio, para que se deteriore o se quemé.



No existe un sistema de recolección de la basura, por lo que los miembros de la comunidad la acumulan en sus patios ya sea suelta o en bolsas, en otros casos la queman, lo que genera problemas respiratorios y ambientales.

Sistema de Distribución de Agua Potable



Como se puede observar, cada vivienda tiene una tubería de agua de media para llevar el agua hasta su casa, la presión por lo general es baja o simplemente no llega, los que viven en áreas altas deben utilizar bombas eléctricas para lograr llevar el agua hasta su casa. Es importante resaltar que no siempre hay agua, por lo que deben recoger agua en tanques. En algunos casos esto provoca la proliferación del Dengue.

Sistema de Electricidad en La Gran Bendición



En la mayoría de los casos, se observa el tendido eléctrico atado a troncos de árboles vivos o a postes de madera en estado de deterioro y de riesgo.

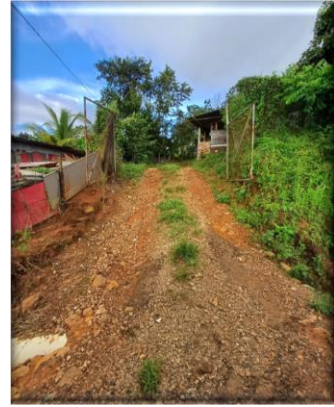


Se puede observar las telas arañas en los postes de luz.

Evidencia de Aplicación de la Encuesta a Población Muestra



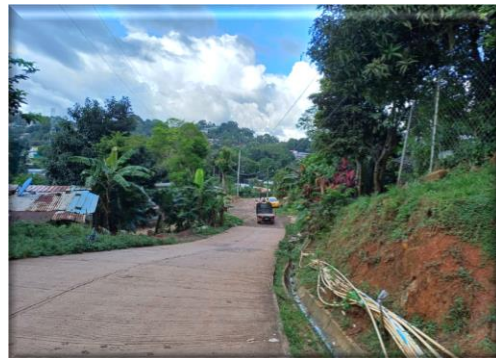
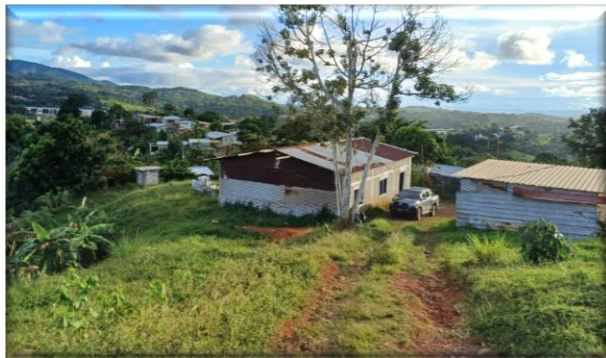
Calles, Caminos y Veredas Internos de La Gran Bendición



Calles, Caminos y Veredas Internas de La Gran Bendición



Parte de la vía principal con cemento, piedra y tierra.

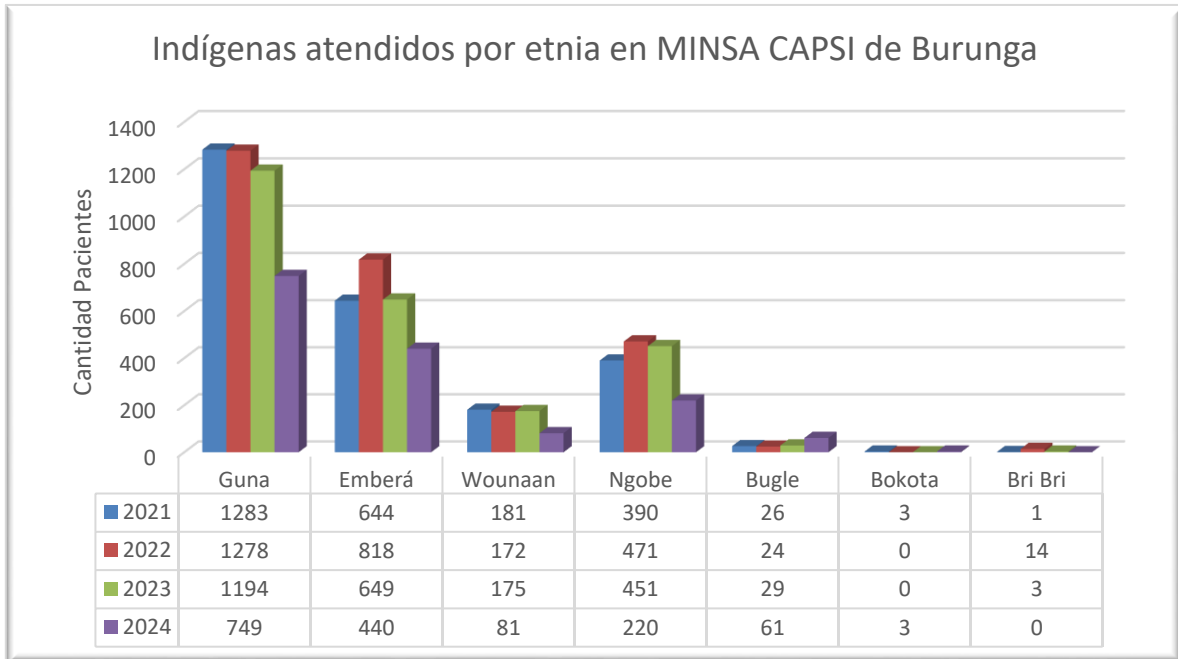


El sistema de transporte son los taxis, pero no siempre están en el área.

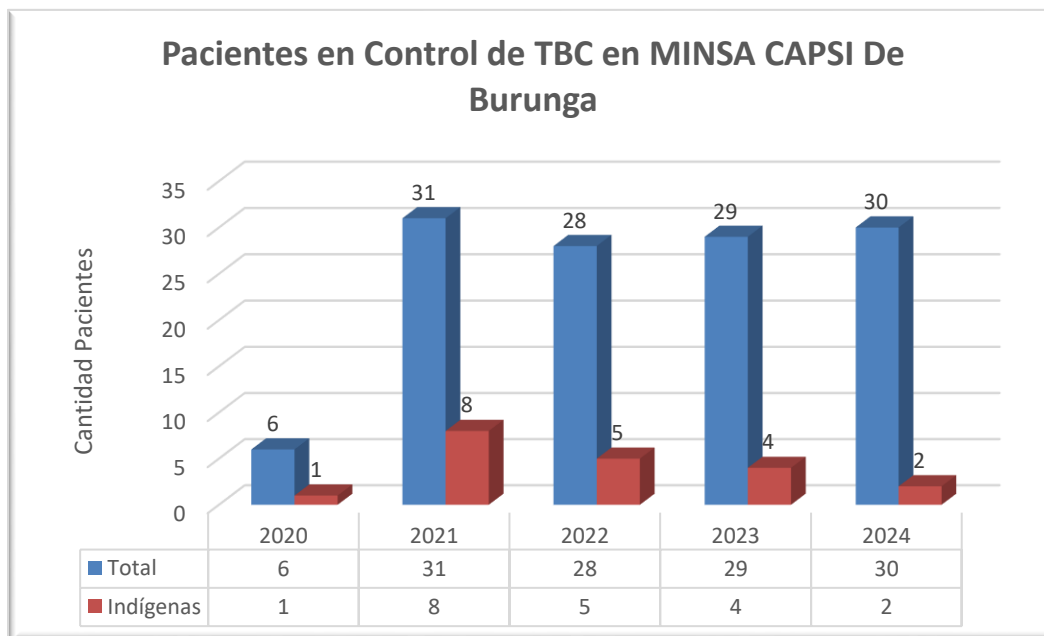
**Entrega de Certificados de Asignaciones Provisionales – MIVIOT 22 de mayo de
2023**



Entregados por el ministro de MIVIOT - Rogelio Paredes.




Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud P. Oeste.



Fuente: Región de Salud Panamá Oeste. Departamento de Epidemiología.

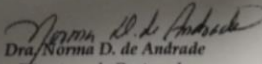
Como se observa en la gráfica en el MINSA CAPSI De Burunga, parte de la población atendida por TBC corresponde a personas originarias. Reflejando un promedio anual aproximado (2020 a 2023) de 16% de las personas con control de TBC pertenecen a grupos originarios. Esto resalta la importancia de que estos programas de control lleguen a los diferentes sectores del corregimiento de Burunga.

Número de Registro de La Investigación


UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Pág.2. VIP-DP-648-21

Reinelda M. Ávila 6-63-286	Intervención intercultural en el acceso a la salud con familias del asentamiento espontáneo La Gran Bendición, Corregimiento de Burunga, Distrito de Arraiján, 2019.	CE-PT-327-05-01-13-10
-------------------------------	--	-----------------------

Atentamente,

Dra. Norma D. de Andrade
Directora de Postgrado

c.c. Dr. Jansel Villalaz, Director de Investigación, VIP

Curso de Inglés



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE HUMANIDADES
CENTRO DE LENGUAS

EL SUSCRITO, COORDINADOR DEL CENTRO DE LENGUAS DE LA
FACULTAD DE HUMANIDADES

Que **REINELDA AVILA C.A.P.** 6-63-286, estudiante de la **MAESTRÍA EN POLÍTICAS, PROMOCION E INTERVENCION FAMILIAR**, aprobó el curso de suficiencia en el conocimiento de la lengua inglesa aplicado por esta unidad académica, cumpliendo así con el requisito referente al conocimiento de la lengua extranjera exigido por el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Panamá.

Total de horas: 40

Dado en la Ciudad Universitaria "Octavio Méndez Pereira" a los 25 días del mes de julio de dos mil diecinueve.

Profesor **MODESTO DE LEÓN**
Coordinador del Centro de Lengua



...validación N° 1168-2019

2019 Año del V Centenario de la fundación de la Ciudad de Panamá.
Ciudad Universitaria "Octavio Méndez Pereira"
Estafeta Universitaria 0824, Panamá, República de Panamá
Ofona: 523-6672 (tel./fax) / 523-6673, 523-6674 / fax-rosetta: 523-6676
centro.lenguas@up.edu.pa