



Facultad de Medicina

PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS DE GRADO

Título del Trabajo de Graduación: "Evaluación de la Participación

de las Comunidades de Torti y Higuera en la construcción
del Acueducto Rural"

Nombre del Estudiante: DR. JORGE PROSPERI

Cédula: 8-188-840

Miembro del Jurado

Calificación que otorga

a) DR. JORGE MONTALVAN
Presidente

98

b) DR. MANUEL ESCALA

93

c) DR. Guillermo Campos

96

Nota Final Promedio

95

Observaciones Generales del Jurado:

Firma de los Miembros del Jurado

a) [Signature]

c) [Signature]

[Signature]

Director de la Escuela

b) [Signature]

Miembro de la Vicerrectoría de Investigación y Post-Grado

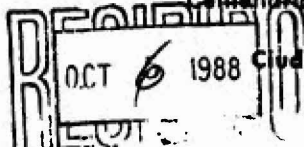


27-9-1988

Fecha
UNIVERSIDAD DE PANAMA

"Año 1987,

Centenario del Natalicio del Dr. Octavio Méndez Pereira"



Ciudad Universitaria Octavio Méndez Pereira

ESTAFETA UNIVERSITARIA
PANAMA, R. DE P.

DESPACHO SECCION GENERAL

[Handwritten signature]
6/10/88



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

EVALUACION DE LA PARTICIPACION DE LAS COMUNIDADES
DE TORTI E HIGUERONAL EN LA CONSTRUCCION DEL
ACUEDUCTO RURAL.

POR:
JORGE LUIS PROSPERI R.

TRABAJO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO
EN SALUD PUBLICA CON ENFASIS EN ADMINISTRACION, ORGANIZA-
CION Y PLANIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD.

T.M

[]

NOV 29 1988

Obs. del autor

232566

PAGINA DE APROBACION

APROBADO POR: _____

DIRECTOR DE TESIS: *[Signature]*

MIEMBRO DEL JURADO: ~~*[Signature]*~~

MIEMBRO DEL JURADO *[Signature]*

REPRESENTANTE DE LA VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST-GRADO: *[Signature]*

FECHA: 27 - 9 - 1988

DEDICATORIA

A mi esposa e hijos, objetivos primeros de mi razón de ser, personal y profesional, y a todos aquellos humildes moradores de nuestros campos, con quienes tenemos el impostergable compromiso que adquirimos al nacer poseyendo aquello que a éstos les fue privado.

A G R A D E C I M I E N T O

Mi agradecimiento formal al doctor Jorge Montalván,
por su valiosa asesoría en la ejecución de este
trabajo.

Agradezco además, a todos mis compañeros de trabajo,
los cuales constituyeron una fuente de apoyo y estímulo
permanentes, así como mis compañeros de estudio, los
cuales aportaron valioso material para la finalización
de esta labor.

CONTENIDO

EVALUACION DE LA PARTICIPACION DE LAS COMUNIDADES DE DE TORTI E HIGUERONAL EN LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO RURAL.

	Página
INTRODUCCION	
I- CAPITULO	
JUSTIFICACION Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.	
A- JUSTIFICACION	1
B- OBJETIVOS	3
II- CAPITULO	
MARCO CONCEPTUAL	
A- PARTICIPACION COMUNITARIA	4
1- Definición	4
2- Características nacionales	13
3- Ejemplos internacionales	15
B- EL PROCESO DE EVALUACION	25
1- Definición	25
2- Métodos de recolección de la información	26
III- CAPITULO	
DESCRIPCION DE LA REGION DE SALUD DE PANAMA ESTE.	
A- CARACTERISTICAS GENERALES	29
1- Delimitación del área geográfica	29
2- División política	30
3- Vías de acceso	30
4- Estructura del gobierno local	31
5- Facilidades de comunicación	31
6- Población	32
B- PRODUCCION DE SERVICIOS	32
1- Infraestructura de salud	33
2- Recursos humanos	34
3- Indicadores de servicio	34

C-	DESCRIPCION DE LAS POBLACIONES DE TORTI E HIGUERONAL	38
1-	Población	38
2-	Servicios públicos	38
3-	Servicios sociales	39
4-	Economía	39
5-	Escolaridad	40
6-	Organizaciones comunitarias	40
IV-	CAPITULO	
	METODOLOGIA UTILIZADA	
A-	UNIVERSO	43
B-	MUESTRA	43
C-	TIPO DE INVESTIGACION	44
D-	TECNICA DE OBTENCION DE DATOS	45
E-	DIFICULTADES ENCONTRADAS EN LA INVESTIGACION	45
V-	CAPITULO	
	RESUMEN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.	
A-	RESUMEN DE LOS RESULTADOS	47
B-	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	49
VI-	CAPITULO	
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES	52
	ANEXOS	57
	BIBLIOGRAFIA	95

INDICE DE ANEXOS

	Página
CUESTIONARIO	58
RESULTADOS	67
Cuadro N°1 RELACION ENTRE LA EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA Y EL CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD POR LA MISMA.	75
Cuadro N°2 RELACION ENTRE LA EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA Y EL CONOCIMIENTO DE QUE EL AGUA NO POTABLE Y CONTAMINADA ES CAPAZ DE TRANSMITIR ENFERMEDADES.	76
Cuadro N°3 RELACION ENTRE LA EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU PARTICIPACION POPULAR EXPRESADA A TRAVES DE LA PERTENENCIA A ALGUN GRUPO O ASOCIACION LOCAL.	77
Cuadro N°4 RELACION ENTRE EL NUMERO DE HIJOS DE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU DISPOSICION A PARTICIPAR EN LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	78
Cuadro N°5 RELACION ENTRE EL NUMERO DE HIJOS DE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU DISPOSICION A PARTICIPAR EN LA SOLUCION DE CUALQUIER PROBLEMA DE LA COMUNIDAD.	79
Cuadro N°6 RELACION ENTRE LA EDAD DE LOS HIJOS DE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU DISPOSICION A PARTICIPAR EN LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	80
Cuadro N°7 RELACION ENTRE LA EDAD DE LOS HIJOS DE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU DISPOSICION A PARTICIPAR EN LA SOLUCION DE CUALQUIER PROBLEMA DE LA COMUNIDAD.	81

Cuadro N°8	RELACION ENTRE EL INGRESO FAMILIAR MENSUAL DE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU CONTRIBUCION ECONOMICA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	82
Cuadro N°9	RELACION ENTRE EL INGRESO FAMILIAR MENSUAL DE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU APOORTE DE MANO DE OBRA GRATUITA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	83
Cuadro N°10	RELACION ENTRE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE PRESTA EL ASISTENTE DE SALUD, ENTRE LA POBLACION ENCUESTADA Y LA CONTRIBUCION DE ESTA CON DINERO PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	84
Cuadro N°11	RELACION ENTRE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE PRESTA EL ASISTENTE DE SALUD (A.S.), QUE TIENE LA POBLACION ENCUESTADA Y LA CONTRIBUCION DE ESTA CON MANO DE OBRA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	85
Cuadro N°12	RELACION ENTRE LA OPINION QUE POSEE LA POBLACION ENCUESTADA DEL AGUA QUE TOMA, Y SU CONTRIBUCION ECONOMICA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	86
Cuadro N°13	RELACION ENTRE LA OPINION QUE POSEE LA POBLACION ENCUESTADA DEL AGUA QUE TOMA, Y SU APOORTE DE MANO DE OBRA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	87
Cuadro N°14	RELACION ENTRE EL TIEMPO DE VIVIR EN LA COMUNIDAD QUE POSEE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU DISPOSICION A PARTICIPAR EN LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	88

Cuadro Nº15	RELACION ENTRE LA PARTICIPACION POPULAR DE LA POBLACION ENCUESTADA EXPRESADA A TRAVES DE SU PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES; Y EL NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS.	89
Cuadro Nº16	RELACION ENTRE LA PARTICIPACION POPULAR DE LA POBLACION ENCUESTADA, EXPRESADA A TRAVES DE SU PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES: Y EL APORTE DE ESTA CON DINERO PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	90
Cuadro Nº17	RELACION ENTRE LA PARTICIPACION POPULAR DE LA POBLACION ENCUESTADA, EXPRESADA A TRAVES DE SU PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES: Y EL APORTE DE ESTA CON MANO DE OBRA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.	91
Cuadro Nº18	RELACION ENTRE LA PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES EN GENERAL, Y LA PERTENENCIA AL CLUB DE PADRES DE FAMILIA EN PARTICULAR, ENTRE AQUELLOS ENCUESTADOS QUE PERTENECEN A ALGUN GRUPO O ASOCIACION LOCAL.	
Cuadro Nº19	RELACION ENTRE LA PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES EN GENERAL, Y LA PERTENENCIA A LA JUNTA LOCAL EN PARTICULAR, ENTRE AQUELLOS ENCUESTADOS QUE PERTENECEN A ALGUN GRUPO O ASOCIACION LOCAL.	93
MAPA DEL AREA ESTUDIADA		94

INTRODUCCION

La estructura económica de la mayoría de los países de América Latina y del Caribe se ha caracterizado por una distribución desigual de recursos, con el resultado de que el sector más numeroso y pobre de la población tiene poco o ningún acceso a servicios de salud adecuadamente estructurados.

Esta situación económica a nivel nacional se caracteriza por una política de recesión y de reducción del gasto público, ocasionada entre otras cosas, por la creciente deuda externa, la cual impone restricciones para la extensión del crédito exterior, todo lo cual trae como consecuencia un crecimiento económico negativo, con una asignación porcentual del Producto Interno Bruto (P.I.B.), cada vez menor al Sector Público de Salud.

De este perfil económico, regional y local, se derivan varias características que inciden de diversas maneras sobre las condiciones de salud. En primer lugar, ha provocado "la pauperización absoluta de las clases trabajadoras latinoamericanas"⁽¹⁾ e incipiente y progresiva de su equivalente local, la cual se traduce en un elevado nivel de desempleo y subempleo (desempleo disfrazado) y en una depresión del salario real que percibe el obrero.

En segundo lugar, ya se vislumbran transformaciones profundas en los procesos de trabajo, como lo son el resultado de la reestructuración de la industria con la quiebra de pequeños y medianos

establecimientos y la aceleración de la inversión extranjera. En tercer lugar, tal como lo señalamos al inicio de estos párrafos, la aplicación de políticas económicas de corte monetarista, restringe y asfixia el gasto social con un empeoramiento progresivo de la calidad de la vida, el cual se expresa, en los casos más desafortunados, en términos de un deterioro inclemente de los indicadores directos e indirectos del nivel de salud, como lo son elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, baja cobertura de servicios básicos como acceso a agua potable y disposición adecuada de excretas, y alta incidencia de enfermedades prevenibles y de alta vulnerabilidad.

Dentro de este marco general de escasez de recursos y exceso de necesidades, urge hoy más que nunca, una política de salud tendiente a extender la cobertura de los servicios de salud a toda la población.

En este sentido a nivel regional, en 1977 los Ministros de Salud de las Américas declararon que la atención primaria constituía la principal estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2,000. Además se recomendó en aquel entonces, La Participación de la Comunidad como uno de los métodos más importantes para extender la cobertura de los servicios de salud a la población.

CAPITULO I
JUSTIFICACION Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

A- JUSTIFICACION:

El 10 de noviembre de 1980, las Naciones Unidas inauguraron el Decenio Internacional del Abastecimiento de Agua Potable y el Saneamiento, con la meta de lograr que para 1990 existan y se utilicen en todo el mundo sistemas públicos de abastecimiento de agua y saneamiento, de fácil acceso, seguros, confiables y adecuados. Tal decisión fue adoptada por la Organización, debido a la enorme deficiencia en la satisfacción de estas necesidades humanas básicas en los países del tercer mundo, donde alrededor de 1,500 millones de personas carecen de un acceso razonable al agua potable.⁽²⁾

El agua es por supuesto, una necesidad primordial para la vida. Sin embargo, también puede ser portadora de sufrimientos y muerte. Por otro lado, la disponibilidad inmediata de agua hace posible crear un medio ambiente higiénico que evita o limita la propagación de muchas enfermedades del hombre y los animales.

Es harto conocida en nuestro días, la relación directa que existe entre una inadecuada dotación de agua potable y una elevada incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias.⁽³⁾

En nuestro país, la situación no es muy diferente a la descrita para el tercer mundo, ya que el 19.3 por ciento de las viviendas de la república carecen de dotación de agua potable, situación esta que acentúa en provincias como Darién, donde el 59.4 por ciento de las viviendas no poseen un suministro adecuado del vital líquido.⁽⁴⁾

Esta realidad tiene sus repercusiones reales y evidentes dado que en los últimos cinco años las "Infecciones intestinales mal definidas" ocuparon el segundo lugar entre las enfermedades transmisibles registradas en la república, con el consiguiente impacto negativo para la ya deteriorada economía familiar y nacional.

Frente a este devenir nacional se hace imperiosa la necesidad de implementar un programa destinado a proveer de un adecuado acceso de agua potable a toda la población. Tal programa representaría erogaciones ilimitadas al presupuesto de la nación, y no sería posible de cristalizar sin el concurso oportuno y eficiente de la comunidad organizada.

B- OBJETIVOS

Este trabajo pretende contribuir a la definición y precisión de los conceptos, y proveer la información necesaria sobre la participación de la comunidad en los programas de salud, específicamente en aquellos destinados a la dotación de agua potable, mediante el análisis del estudio de familias, proporcionar conocimientos en tres áreas básicas:

- 1- La índole y la magnitud de la participación de la comunidad en el campo de la salud.
- 2- La razón por la cual existe o falta la participación de la comunidad.
- 3- El modo en que la participación de la comunidad ha ayudado a mejorar los servicios, la cobertura y las condiciones de salud.

Por otro lado pretendemos en el presente estudio, señalar dos diferentes grados de participación por parte de nuestras gentes, a saber:

- 1- La utilización de los servicios e instalaciones de salud, como requisito previo, casi indispensable para que se dé una verdadera participación.
- 2- La cooperación con las iniciativas planificadas por un organismo externo, lo cual incluye el aporte de trabajo, fondos y materiales, junto a la ayuda para llevar a cabo proyectos y actividades.

CAPITULO II
MARCO CONCEPTUAL

A- PARTICIPACION COMUNITARIA.

1- Definición: Las palabras comunidad y participación de la comunidad, pueden tener una connotación muy amplia. En este trabajo se entiende por Comunidad un grupo de personas que viven en la misma zona geográfica y que tienen ciertos intereses comunes.

De acuerdo a la filosofía política imperante en el momento histórico de un país, así habremos de definir Participación de la Comunidad.

La participación del pueblo hace referencia, o debe hacer referencia al ejercicio de poder por parte del mismo, y no solamente a una asignación o delegación de funciones por parte de los grupos hegemónicos que representan el poder.

Podríamos también definir Participación Popular en Salud, como el "proceso mediante el cual se logra la intervención integral del pueblo organizado en la planeación (toma de decisión), ejecución y evaluación de todas las actividades relativas a salud".⁽⁵⁾

Existen también definiciones menos precisas y hasta cierto punto tendientes a mantener el desequilibrio social, como por ejemplo.

"Participación activa, consciente y organizada de las comunidades para que prevengan riesgos de enfermar, usen racionalmente los servicios de salud, y hagan aporte de recursos y acciones personales, que favorezcan el logro de metas y objetivos de los programas de salud",

Definición ésta correspondiente al Programa Rural de Acción Comunitaria en Salud de Nicaragua Somocista, la cual es a todas luces denigrante e inhumana por cuanto que plantea una clase gobernante hegemónica, la cual indica al pueblo qué hacer, e impide de inmediato el ejercicio de poder por parte de éste último.

Por otro lado el verdadero ejercicio del poder en salud tendría como características obligatorias, las siguientes:⁽⁶⁾

- a- El control, disponibilidad y manejo del conocimiento y la información de salud, a modo de alimentar el proceso de toma de decisiones y la discusión colectiva en órganos de dirección colegiada.
- b- El control y discusión sobre el manejo y políticas de asignación de los recursos disponibles para el sector.
- c- Capacidad para organizar gente en torno a prácticas de salud, bajo una concepción de mundo y de una forma de entender la causalidad del proceso salud - enfermedad, al igual que las determinaciones de la organización de la práctica médica.
- d- Capacidad para controlar las instituciones de salud y su funcionamiento.

Es conveniente referirnos en este punto de nuestro trabajo a la definición de "Participación de la Comunidad" que fue formalizada en Alma-Ata, URSS, en 1978, durante la conferencia internacional sobre

Atención Primaria en Salud, la cual reza así:⁽⁷⁾

"El proceso en virtud del cual, los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario, llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes.

Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. Para ello han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades, y calcular cual puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad ha de estar dispuesta a aprender, el Sistema de Salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y sus costos relativos".

Finalmente nos referimos ahora al documento "Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales, preparado por la OMS, OPS, 1982, el cual señala en cuanto a participación y organización de la comunidad, que la comunidad es el protagonista y factor dinámico de cambio esencial para el logro de la meta SPT/2000 y no solo un recurso potencial utilizable; y por lo tanto recomienda el desarrollo de su participación activa en el proceso de promover actitudes positivas

referentes a la salud. En ese sentido tal documento hace referencia específica a las siguientes áreas de acción:⁽⁸⁾

Áreas de Acción:

- 1- Fomento y desarrollo de políticas nacionales adecuadas para la participación de la comunidad en las actividades de salud y de desarrollo.
 - a) Análisis de las políticas nacionales de salud con el objeto de definir formas viables de participación de la comunidad en el estudio de sus propias necesidades y en la distribución de recursos y servicios.
 - b) Formulación de pautas para promover la participación de la comunidad en la planificación, la ejecución y la evaluación de actividades de salud y desarrollo.
 - c) Diseño de estrategias específicas que mejoren la participación de la comunidad en la planificación intersectorial a nivel local.
 - d) Diseño y ejecución de estudios operativos que faciliten pautas para el desarrollo de políticas.
- 2- Desarrollo de la participación efectiva de la comunidad.
 - a) Desarrollo y prueba de nuevos enfoques y mecanismos de coordinación y de proyectos específicos, para integrar la planificación y la ejecución de actividades entre la comunidad y

el sector de salud.

- b) Revisión y redefinición de las funciones del personal del sistema de salud y de los agentes de salud comunitarios habida cuenta de las necesidades, las prioridades y los recursos de la comunidad.
- c) Diseño, estímulo y realización de investigaciones operativas para definir tipos y procedimientos afectivos de participación.
- d) Desarrollo y difusión de información sobre mecanismos y actividades efectivas para conseguir la participación de la comunidad.
- e) Estudios de sistemas tradicionales o "informales" de salud de la comunidad, e identificación de medios eficaces para su interacción con los sistemas "formales" de salud.
- f) Desarrollo de modelos de participación de la comunidad en la vigilancia epidemiológica y en la identificación de los problemas de salud de la comunidad.
- g) Estudio y desarrollo de mecanismos eficaces para conseguir apoyo material y financiero de la comunidad en la atención de sus propias necesidades de salud.

- 3- Programas de desarrollo integrado de la comunidad.
 - a) Establecimientos de proyectos integrados de desarrollo que se orienten hacia la atención de las necesidades de salud y participación activa de grupos específicos de población vulnerable.
 - b) Mejora de los conocimientos técnicos para ejecución y evaluación de esos proyectos.

- 4- Educación de la comunidad para la salud.
 - a) Diseño y aplicación de nuevos enfoques para el establecimiento de planes nacionales de educación de la comunidad en materia de salud, con la participación de los líderes de la comunidad, basada en el concepto de educación integral continua y especialmente orientada a las edades tempranas.
 - b) Promoción y desarrollo de actividades de educación de la comunidad en áreas programáticas específicas.
 - c) Establecimiento de directrices para incluir las actividades de educación en salud en los sistemas "formales" e "informales" de educación.
 - d) Desarrollo de técnicas específicas e innovadoras de educación para la salud aplicables a los grupos expuestos a riesgo.
 - f) Establecimientos de una red de información y comunicación que permita compartir criterios, materiales y experiencias innovadoras en materia de educación.

5- Desarrollo de recursos humanos.

- a) Incorporación en los programas de adiestramiento del personal de salud, de esquemas útiles para el análisis de necesidades de salud y para el establecimiento de perfiles de bienestar; técnicas para promover la participación de la comunidad y métodos de educación sobre salud.
- b) Diseño de módulos educativos y preparación de materiales didácticos para formar personal de salud y de la comunidad en las siguientes materias: técnicas didácticas, comunicación interpersonal, capacidad directiva y dinámica de grupo, técnicas de información pública e investigación operativa.
- c) Identificación y apoyo a instituciones docentes que puedan establecer y desarrollar programas adecuados de adiestramiento en esas materias, y creación de una red de instituciones básicas.
- d) Preparación de programas de adiestramiento de personal docente para integrar las enseñanzas sobre salud y las prácticas de bienestar de la familia en el sistema escolar.
- e) Preparación y ejecución de proyectos específicos para capacitar a los líderes de la comunidad en la identificación de necesidades y problemas de salud y en métodos sencillos de administración.

- f) Preparación de modelos didácticos para formar personal de salud auxiliar e intermedio en técnicas que le permitan influir más eficazmente en la comunidad y promover la participación de ésta.

La realidad actual de América Latina luego de varios años de ardua labor en el campo de la medicina comunitaria y social, enmarca la participación comunitaria en la intervención de los habitantes de una comunidad en los proyectos de desarrollo.⁽⁹⁾ Dado que las condiciones sociales, económicas, de instrucción y políticas, difieren entre las distintas comunidades, así mismo varía la forma y el grado de intervención de la población en las actividades del desarrollo.

En general, figuran entre esas actividades las siguientes:

- a) Evaluación de la situación local.
- b) Definición de los problemas.
- c) Establecimiento del orden de prioridades.
- d) Adopción de decisiones.
- e) Planificación de los programas de acción encaminados a resolver los problemas.
- f) Corresponsabilidad en la ejecución de los proyectos.
- g) Evaluación y modificación del proyecto.

Así pues, todo proyecto que exija que los habitantes de una comunidad asuman la responsabilidad de una ó más de las actividades mencionadas, puede ser considerado como participatorio. Pero la experiencia ha señalado que la participación en una o dos actividades no

basta para conseguir resultados satisfactorios. Es menester la participación de la comunidad en los siguientes aspectos:

- a) Planificación de los proyectos.
- b) Responsabilidad en la ejecución, funcionamiento y mantenimiento de los proyectos.
- c) Compartir los beneficios de los proyectos.
- d) Participación en la evaluación y la modificación de los proyectos.

A fin de cuentas, la participación de las comunidades en la planificación, la ejecución y la evaluación de los proyectos requiere que se establezca una nueva relación, más estrecha, entre las autoridades sanitarias del gobierno y la población.

Es necesario que todo el personal, desde el agente de salud a nivel rural, hasta las autoridades nacionales, comprenda la necesidad de este tipo de asociación y refleje este concepto en el momento de establecer nuevos proyectos comunitarios.

Es necesario disponer de personal sobre el terreno, nuevo o re-
diestrado, capaz de informar a la población sobre el criterio de participación de la comunidad y de organizar las comunidades de modo que puedan participar con eficacia a nivel operativo central, habrá que modificar la estructura de los departamentos de planificación de tal suerte que la nueva filosofía comulgue con el espíritu de la participación popular.

Es evidente que habrá que contar con una firme voluntad política en el nivel supremo, el cual deberá desempeñar una función de suma importancia en la selección de objetivos y prioridades de modo que se coordinen armoniosamente las necesidades y metas de la comunidad con los objetivos políticos nacionales.

2- Características nacionales de la participación comunitaria:

La política de salud de Panamá, ha sido pionera en las Américas en este aspecto, y en tal sentido citaremos algunos antecedentes o bases para la participación comunitaria en nuestro medio:

La creación de los Comités de Salud de las comunidades, como un medio eficaz de defensa de los derechos que en materia de salud tienen las mismas, tal creación se hace efectiva mediante decreto de gabinete Nº 401 del 29 de diciembre de 1970.⁽¹⁰⁾

Discurso del doctor José Renán Esquivel, Ministro de Salud en aquél entonces, con motivo del XIV Congreso Médico Centroamericano, el 1º de diciembre de 1971, en el cual plantea como hecho básico y fundamental de la política de salud del país, lo siguiente: "Participación efectiva de las comunidades en la solución de sus problemas de salud, previo un proceso educativo intenso que permita su organización."⁽¹¹⁾

Documento del Ministerio de Salud titulado "La Participación de la Comunidad en los Programas de Salud", Ministerio de Salud, Panamá 1972, en el cual se dice lo siguiente: "Esta época es de cambio: La

participación de la comunidad en los programas de salud trasciende las acciones que pueda planificar y ejecutar el gobierno u otras instituciones del Estado. La organización de los recursos de nivel de cada individuo, grupo ó comunidad responde a una necesidad objetiva que descansa sobre las relaciones sociales que unen a los hombres. La coordinación de todas las fuerzas sociales en función de la producción de salud es el propósito fundamental de un programa de salud comunitario".⁽¹²⁾

Finalmente el documento del Ministerio de Salud de 1973, titulado "Programa de Salud Integral para las Comunidades,"⁽¹³⁾ señala que el propósito de este programa es elevar el nivel de salud de las comunidades, mediante la participación activa y organizada de sus miembros a través de:

- a) La organización de las comunidades en Comités de Salud.
- b) La coordinación de las acciones de las comunidades y las de los equipos de salud.
- c) La modernización de las técnicas y procedimientos tradicionales relacionados con la producción diversificada de alimentos.
- d) El desarrollo en la comunidad de los programas básicos del Ministerio de Salud.

Sólo hemos señalado algunos antecedentes importantes en la participación comunitaria como herramienta eficaz en la liberación de los pueblos, ya que tal política se ha mantenido vigente a lo largo de los diecisiete años transcurridos desde la creación de los Comités de

Salud hasta la actualidad, y en mayor o menor grado cada una de las gestiones administrativas que ha pasado por el Ministerio de Salud de la República de Panamá, ha expresado con mayor o menor vehemencia la importancia de tal filosofía - la participación comunitaria como mecanismo indispensable para extender la cobertura y asegurar la meta de salud para todos en el año 2000.

3- Ejemplos internacionales:

Se presentan tres países con diferente sistema socio-económico y político de vida.⁽¹⁴⁾

BRASIL: Comunidad Rural (Simbiúva).

a) **Características del Sistema de Salud:**

Simbiúva está en una zona del Estado de São Paulo donde se está llevando a cabo el Programa PIASS: la región Valle Ribeira, que abarca 16 municipios.

La finalidad del programa de interiorización de acciones de salud y saneamiento (PIASS.), es extender la cobertura de atención primaria a las zonas rurales, o sea las personas que carecen de cobertura de previsión social. El programa se caracteriza por el empleo de agentes de salud locales; un énfasis en los servicios preventivos y curativos básicos; una estructura piramidal compuesta de minipuestos que tienen un agente de salud en el nivel básico y un sistema de envío de casos a niveles de servicio más complejos; la coordinación intersectorial con el sistema de educación; el uso de instituciones múltiples, con el fin de integrar los diversos organismos asistenciales en un sistema nacional de

Salud, y la participación de la comunidad.

b) Características de la Comunidad:

Simbiúva es una zona rural aislada, con caminos y medios de transporte deficientes. La economía de la zona ha pasado de la agricultura de subsistencia fija al trabajo agrícola asalariado. Ahora existe una población numerosa de trabajadores migratorios sin tierras, que provienen principalmente de otros lugares de Brasil y que llegaron a la zona en busca de trabajo. La pauta de trabajo migratorio significa que no existe seguridad en el empleo ni una relación estable entre los trabajadores o entre éstos y los empleadores, y por lo tanto, hay muy pocas bases para que produzcan una identificación con la comunidad.

Los trabajadores son contratados esporádicamente por los propietarios de haciendas pequeñas o medianas que producen té y otros cultivos. Los terratenientes tienden a ser sumamente individualistas. También existen barreras étnicas, debido al número relativamente alto de terratenientes de ascendencia japonesa, que generalmente mantienen poco contacto con los vecinos que no tienen el mismo origen. Los pequeños terratenientes no controlan los precios de sus productos. Por esa razón, y debido a los problemas económicos, se han visto atrapados entre las leyes de la economía y las del trabajo. La política de precios incoherente y la incertidumbre en cuanto a la obtención de crédito, dificultan el pago de las prestaciones sociales a los trabajadores. Debido a esta situación, los trabajadores se encuentran en una posición muy precaria: tienen muy poco o ningún control sobre el valor generado por su trabajo; con frecuencia sus ingresos no son suficientes para

alimentar a sus familias, que generalmente son numerosas, y no poseen tierra para producir sus propios alimentos. En consecuencia, la malnutrición y el hambre son problemas de cierta magnitud.

El sistema económico y productivo causa enfrentamiento entre terratenientes y trabajadores, opacando los intereses comunes que de lo contrario serían compartidos, y oponiéndose a la amplia participación de la comunidad. Esas mismas relaciones económicas menoscaban el efecto de las medidas sanitarias propuestas. Si el problema básico es el hambre causada por una pauta de relaciones económicas, solamente cambiando esa pauta se podrá resolver realmente el problema. Sin embargo, el problema de salud tiene la posibilidad de servir como fuerza unificadora, dado que los terratenientes y los trabajadores están a favor del establecimiento del puesto de salud, ya que sus servicios alivian la carga económica de los empleadores y benefician a los empleados.

c) Dimensiones de la PC en el campo de la salud

Hasta la fecha, la participación de la comunidad en el programa de salud se ha limitado a la colaboración de algunos dirigentes, principalmente terratenientes, quienes han reconocido el valor de la atención de salud gratuita para los trabajadores. No existe ningún mecanismo de grupos estructurados, semejantes a los comités de salud, que representen a toda la comunidad, y los colaboradores actuales no usan los servicios del puesto de salud.

La principal modalidad de colaboración ha sido la recaudación de fondos, esencialmente realizada por un grupo de terratenientes y sus

esposas, para la construcción del puesto de salud y que usaron para pagar el material y la mano de obra (el programa PIASS requiere que la comunidad proporcione el local). Los residentes de la comunidad también escogieron a los candidatos para agentes de salud, aunque no se puntualiza quién participó en la selección ni como se llevó a cabo. Al parecer no se prevé la continuidad de la función de la comunidad en la planificación y la evaluación. Las necesidades se determinan por medio de estudios sobre el terreno, y el sistema de salud establece las prioridades y los servicios. La participación de la comunidad en la ejecución parece limitarse principalmente a la recaudación de fondos. Algunos miembros de la comunidad (entre ellos, la esposa de un dirigente local y el maestro) también colaboran en la difusión de información.

La utilización de los servicios ha ido en aumento, pero estos son utilizados en gran medida por los familiares a cargo (mujeres y niños de los trabajadores migratorios pobres). Los trabajadores varones raramente usan los servicios preventivos, y tienden a buscar atención médica solamente cuando están muy enfermos, acudiendo directamente al hospital.

COLOMBIA Comunidad Rural (Cogua).

a) Características del Sistema de Salud

Colombia tiene un plan nacional integral de desarrollo social. En su política de salud incluye la participación de la comunidad como un componente importante de las metas siguientes: 1) Hacer de la salud un instrumento de progreso social; 2) Extender la cobertura de

atención primaria de salud mediante la participación de la comunidad; 3) Organizar a la comunidad para que participe en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud, y 4) Integrar las políticas de los demás sectores en las políticas de salud con el fin de contribuir al desarrollo económico y social. Para ejecutar esa política, en 1974 se estableció una Dirección de Participación de la Comunidad en el Ministerio de Salud, y el año siguiente se reorganizaron los servicios regionales y locales de salud, incorporando la participación de la comunidad como parte de la estructura del sistema. Sin embargo, los cambios en los programas de adiestramiento profesional han sido lentos, y en la enseñanza de la medicina todavía se hace hincapié en la atención curativa.

Se ha ideado una metodología para incorporar la participación de la comunidad en los programas de salud, la cual incluye la información y el adiestramiento del personal en ese campo, el adiestramiento de los dirigentes de la comunidad y la organización de asambleas para motivar y movilizar a los residentes de la comunidad y fomentar la creación de los Comités de Salud. Este sistema ha dado algunos resultados, pero todavía falta mucho para lograr que se aplique por completo en todo el país. Según una evaluación del período 1976 - 1979, solo en el 6.2% de los servicios seccionales de salud se había logrado una participación significativa de la comunidad; las principales razones aducidas fueron la falta de personal adiestrado y la falta de aplicación del componente de participación de la comunidad.

En Cogua existe un centro de salud desde hace 20 años. El personal está integrado actualmente por un médico, un odontólogo con dedicación parcial, cuatro auxiliares, un promotor de salud y ocho promotoras de atención primaria de salud. Además, hay nueve parteras tradicionales en la zona que han sido adiestradas por el sistema de salud y colaboran con él.

b) Características de la Comunidad:

Cogua es una comunidad agrícola tradicional, que se encuentra aproximadamente a 50Kms. de Bogotá, y en donde existe también cierta actividad industrial y minera. El Municipio de Cogua está constituido por 15 veredas (aldeas) con una población de alrededor de 16,000 habitantes, en su mayoría campesinos de bajos ingresos, que en su mayoría arriendan tierras. Por otra parte, también hay un pequeño número de grandes terratenientes. En esta comunidad prevalecen la pobreza y la malnutrición.

C) Dimensiones de la PC en el campo de la salud:

Existe una estructura de comités de salud organizada de acuerdo con las pautas del sistema de salud. Los comités de salud de cada vereda se reúnen mensualmente, fueron escogidos en asambleas de la comunidad a partir de 1976, y se supone que representan a la comunidad. Ocurre con frecuencia una alta tasa de abandono de los miembros del comité, a veces debido a factores personales, por ejemplo, cambio de domicilio, matrimonio o falta de tiempo; pero a menudo la deserción se debe a la frustración causada por la falta de recursos, la

politización de algunas actividades y la apatía de la comunidad. En consecuencia, la participación de la comunidad tiende a limitarse a un pequeño grupo de miembros del comité, que generalmente actúan como dirigentes de la comunidad. Se afirma que participan personas de ambos sexos, pero la participación de las mujeres es mínima por falta de tiempo debido a sus múltiples responsabilidades. La utilización de los servicios de salud es amplia, y está limitada solamente por la disponibilidad de suministros y de personal, y en cierta medida por el costo de los servicios.

Al parecer, la comunidad participa muy poco en la planificación. Las promotoras y los demás miembros del personal toman la mayoría de las iniciativas, aunque los comités ayudan a preparar los programas de actividades de salud y desempeñan algunas funciones en la indicación de las necesidades y/o ayudan a informar a la comunidad sobre las necesidades señaladas por el sistema. En cuanto a la ejecución del programa, los miembros del comité de salud prestan ciertos servicios y también proporcionan información a la comunidad. Esta última aporta fondos y mano de obra cuando es necesario. No se menciona la participación de la comunidad en la evaluación, excepto mediante la expresión no estructurada de las opiniones.

CUBA: Comunidad Rural (Cabañas).

a) Características del Sistema de Salud:

El sistema de salud del gobierno cubano es uniforme en todo el país. Tiene tres niveles jerárquicos de administración y servicios: las

oficinas centrales del Ministerio de Salud Pública establecen la política y las normas, llevan a cabo investigaciones y copian y difunden información; el nivel provincial proporciona servicios de envío de casos y de apoyo (hospitales, locales de adiestramiento, bancos de sangre, bibliotecas y otros); y el nivel local presta servicios de atención primaria de salud en los puestos rurales de salud, en los hospitales y en los policlínicos urbanos, y también administra casas de maternidad. El sistema se caracteriza por la centralización normativa y la descentralización ejecutiva, a fin de garantizar el acceso para todos. Además todos los elementos del sistema están integrados y se relacionan entre sí.

La política de salud acentúa la participación de la comunidad en la solución de los problemas en este campo. Para ello, define la participación activa de la comunidad como la colaboración con el personal de salud en la adopción de decisiones y en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud. Uno de los objetivos del sistema es modificar el modelo tecnocrático de atención, ampliándolo a fin de incluir los factores socio-económicos, psicológicos, culturales, higiénicos y epidemiológicos que afectan la salud, así como prestar especial atención a la persona en su totalidad, viendo al individuo como una unidad biosocial.

Entre los elementos y estrategias básicas del sistema se encuentran los siguientes: la filosofía de "medicina de la comunidad" es decir la prestación de servicios por especialistas en salud básica (medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, y odontología)

que trabajan en la comunidad; la integración de las investigaciones, el adiestramiento y los servicios en los dispensarios, que conduce a un aprendizaje por la práctica; la incorporación de psicólogos, sanitarios y asistentes sociales en el equipo básico de salud, junto con médicos y enfermeras; la incorporación de responsables de salud (trabajadores de la comunidad escogidos por las principales organizaciones de masas de la comunidad) que colaboran con el equipo de salud en la planificación y ejecución de actividades y en la supervisión de los dispensarios por medio de los Consejos de Salud locales; el diagnóstico periódico de la salud de cada comunidad, efectuado por el equipo y los responsables de salud; y la educación de la comunidad en las Escuelas Populares de Salud, organizadas por el sistema de cada sector geográfico en donde se enseñan los principios de salud básicos y se fomentan la discusión y la participación. Estas escuelas también permiten la identificación de los dirigentes naturales para que reciban adiestramiento como responsables de salud.

En cabañas hay un policlínico con siete médicos, nueve enfermeras graduadas, 17 auxiliares y personal de apoyo, (76 en total), que proporcionan atención en todas las especialidades básicas.

b) Características de la Comunidad:

Cabañas, fundada en 1812, es una comunidad agrícola situada en el Municipio de Mariel, en la Provincia de La Habana. Su población actual es de 12,000 habitantes y su principal actividad económica es la agricultura (caña de azúcar), además de la pesca y la construcción

naval. Ha suficientes medios de comunicación y transporte. La mayoría de las viviendas tienen electricidad; casi el 50% tienen agua potable, y el resto, cañería para el agua o pozos. Se emplean tanques sépticos para las aguas residuales y hay un sistema de recolección de basuras. La comunidad cuenta con establecimientos de enseñanza primaria, secundaria y de adultos.

c) Dimensiones de la PC en la salud:

La participación se produce por medio de las organizaciones de masas. Sin embargo, existe muy poca información sobre el grado o el tipo de participación de la comunidad, y se hace un mayor hincapié en los servicios médicos y la utilización individual de éstos. Los responsables y el personal de salud se reúnen periódicamente para examinar las condiciones de salud prevalentes en la comunidad y asignar tareas a los responsables, especialmente con el fin de disminuir la mortalidad infantil y mejorar la higiene y las condiciones sanitarias. Al parecer, otros miembros de la comunidad también aportan su tiempo y su trabajo en forma voluntaria para las campañas de salud. Las actividades más comunes de los responsables están relacionadas con la difusión de información y la colaboración en la educación en salud y en las campañas de salud. Además, desempeñan ciertas funciones en el control de las condiciones de salud de la población en general y en la salud materno-infantil, así como en la notificación de casos. Al parecer, su cometido se limita a cooperar con el personal de salud en la ejecución de las actividades.

B- EL PROCESO DE EVALUACION.

I- Definición: Podemos definir como evaluación, "el proceso de medir el valor o cuantía del éxito en alcanzar una meta predeterminada. Esto incluye la comparación de dos situaciones: La situación real de lo que ocurrió, y la situación ideal definida como deseable o normativa."⁽¹⁵⁾

Consiste en medir los resultados alcanzados en relación con aquello que se planeó, y en base a esto volver a planear el trabajo, a fin de hacer las observaciones y correcciones necesarias.

En la evaluación del proceso que nos ocupa, debemos considerar la intervención de grupos humanos técnicos, populares, políticos, los cuales asumirán de acuerdo a sus intereses posiciones antagónicas ó a favor de la evaluación.

Los parámetros utilizados en el proceso de evaluación, deben reunir los siguientes requisitos:

- Validez:

Que exista un tipo de correlación positiva entre el indicador y la variable que se intenta medir.

- Confiabilidad:

El que sea estable y poco sensible a las imperfecciones; que varíe en relación con el fenómeno y no al azar.

- **Factibilidad:**

Que se cuente con el registro de datos necesarios para confeccionarlos, y que éstos sean fáciles de transformar en un indicador.

- **Calidad:**

Que se pueda confiar en la veracidad de los datos básicos.

- **Utilidad:**

Que tenga uso práctico.

- **Comprensibilidad:**

Que sean simples y fáciles de entender.

- **Normalización:**

Que pueden utilizarse como regla o medida.

2- Métodos de recolección de la información:

a) **Fuentes principales de recolección:**

Cuando la información no está registrada habrá que recogerla directamente de su fuente de origen. Para tal efecto, existen dos procedimientos:

1- **Observación:** Método clásico de la investigación científica, que resulta más objetivo que cualquier otro, cuando es aplicable; sin embargo, no permite el estudio de las manifestaciones subjetivas de los individuos, su comportamiento o sus actividades futuras.⁽¹⁶⁾

2- **Interrogatorio:** Constituyó la fuente de información utilizada para este trabajo. Posee la desventaja de apelar a la memoria y a la buena fé de los interrogados y dar diferentes resultados según el tipo de preguntas y la manera como son formuladas. En encuestas sociales es posible que la personalidad, clase social, la inflexión de la voz y la manera de preguntar del entrevistado, hagan variar las posibles respuestas.

Puede ser directo por medio de entrevistas, en cuyo caso se complementa con la observación directa adicional, o bien indirecto realizándose mediante cuestionarios postales lo cual es más barato y rápido, pero solo es posible para preguntas sencillas y no es aplicable a poblaciones con alto porcentaje de analfabetismo.

CAPITULO III

DESCRIPCION DE LA REGION DE SALUD DE PANAMA ESTE.

A- CARACTERISTICAS GENERALES.

Las comunidades de Higueral y Tortí, se encuentran asentadas a ambos lados de la carretera Panamericana, en el Corregimiento de "El Llano", Distrito de Chepo, Provincia de Panamá. Pertenecen dentro de la regionalización sanitaria, a la Región Panamá Este del Ministerio de Salud.

Creemos prudente y conveniente que el lector conozca los pormenores del área en general, los cuales representan en su mayoría las características de las comunidades estudiadas, y en este sentido haremos la siguiente descripción.

1- Delimitación del área geográfica.

El área de responsabilidad de la Región Este de Panamá, posee una extensión territorial de 7,330 Kms², y presenta los siguientes límites:

Norte Limita con la Provincia de Colón y con la Comarca de San Blas.

Sur : Limita con la Bahía de Panamá y con la Provincia del Darién.

Este Limita con la Provincia del Darién.

Oeste Limita con los Corregimientos de Chilibre y Tocúmen.

2- División Política:

La región comprende:

- El Distrito de Chepo, con los corregimientos de Chepo cabecera, Las Margaritas, El Llano, Chinina, Chepillo y Cañita.
- El Distrito de Chimán, con los corregimientos de Chimán cabecera, Gonzalo Vásquez, Brujas y Majé.
- El Distrito de Balboa, con los corregimientos de San Miguel, Pedro González, La Esmeralda, La Ensenada, Saboga y La Guinea.
- Parte del Distrito de Panamá, con los corregimientos de Pacora y San Martín.

3- Vías de Acceso:

La mayor parte de la región se encuentra atravesada por la carretera Panamericana, de modo que el acceso a la mayoría de las poblaciones es por medio de esta vía, y luego a pie ó a caballo a través de caminos de tierra o cascajo de acuerdo al avance de la civilización.

Otra parte importante de la región solo es accesible por vía pluvial a través del Río Bayano, a partir del Puerto Coquirá, ubicado en el Corregimiento de Chepo cabecera.

Finalmente un porcentaje importante de la región es accesible por vía marítima a través del Océano Pacífico, partiendo de la Bahía de Panamá ó del Puerto Coquirá.

4- Estructura del Gobierno Local:

El gobierno local está representado por los Alcaldes y Representantes correspondientes, así como Corregidores y Regidores de cada lugar poblado.

Existen en el área además, representaciones del Ministerio de Gobierno y Justicia, como lo son Personería y Fuerzas de Defensa (Destacamentos).

También existen a nivel regional los correspondientes estamentos del gobierno central y entidades gubernamentales como lo son MIDA, IDIAP, MOP, IRHE, INTEL, IDAAN, COORPORACION BAYANO, INRENARE, BDA, BANCO NACIONAL, C.S.S., MINSA.

5- Facilidades de Comunicación:

A nivel de corregimiento existen las siguientes facilidades de comunicación:

Chepo cabecera: Teléfono, correos nacionales, telégrafo.

Las Margaritas y Cañitas: Correos nacionales.

El Llano, Chepillo y Chinina: Ninguna.

A nivel de los distritos de Chimán y Balboa, existe un teléfono público ubicado en los respectivos corregimientos cabecera.

Los corregimientos de Pacora y San Martín poseen servicios telefónicos y de telégrafos independientes y más desarrollados por su pertenencia y cercanía al distrito capital.

6- Población:

La población de la región asciende a 48,275 habitantes, la cual en su totalidad es rural, con solo siete centros poblados con más de 500 habitantes y con más de cien lugares poblados con menos de 500 habitantes, todo lo cual se traduce en una gran dispersión e inaccesibilidad de los grupos humanos.

La población está conformada por cuatro grupos humanos, claramente definidos y no integrados entre sí, a saber:

Los Colonos o Interioranos: Grupo constituido por inmigrantes provenientes de otras provincias del país, principalmente Los Santos y Herrera.

Los Bayaneros o Chepanos: Nacidos en el área del Bayano o en Chepo propiamente dicho.

Los Indígenas: Representados por el grupo Kuna y el grupo Chocó.

Los inmigrantes Colombianos: Provenientes en su mayoría del departamento del Chocó.

B- PRODUCCION DE SERVICIOS.

Para 1985, el sistema estadístico registró 1,452 nacimientos y 147 defunciones en la región. Las tasas brutas de natalidad y mortalidad fueron 29.1 nacimientos por mil habitantes y 3.2 muertes por mil habitantes. El 89.7% de los nacimientos contó con atención profesional en el parto, en tanto que fueron certificados por médico el 81.6% de las defunciones.

Las tasas de mortalidad infantil y materna presentan valores reducidos en los últimos cinco años, registrándose 22.8 muertes en menores de un año por cada mil nacimientos y ninguna muerte materna.⁽¹⁷⁾

1- Infraestructura de Salud:

La región de Panamá Este cuenta con la siguiente infraestructura de salud, la cual funciona bajo el principio de la regionalización, la articulación intersectorial y un sistema de referencias que se inicia en la comunidad, a saber:

- Un hospital general, ubicado en el corregimiento de Chepo cabecera.
- Cuatro centros de salud, ubicados en los corregimientos de Pacora, Cañita, San Miguel de Balboa y San Martín.
- Un subcentro de salud en Cerro Azul.
- Treinta y dos (32) puestos de salud ubicados en las siguientes comunidades:

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1- Hígueronal | 7- Piriati |
| 2- Tortí | 8- Río Congo |
| 3- Ipetí Kuna | 9- Buenos Aires |
| 4- Ipetí Chocó | 10- Loma del Naranjo |
| 5- Agua Fría de Ipetí | 11- Tres Quebradas |
| 6- Cañazas | 12- Jesús María |

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 13- La Limonada | 22- Pedro González |
| 14- Calobre | 23- Chimán |
| 15- Juan Bañón | 24- Majé |
| 16- El Tigre | 25- Platanares |
| 17- Martinambo | 26- La Mesa |
| 18- Chinina | 27- Río Indio |
| 19- Chepillo | 28- La Chapa |
| 20- Brujas | 29- Altos de Pacora |
| 21- La Guinea | 30- Altos de Mamoni |
| | 31- Chararé |
| | 32- Unión Santeña |

2- Recursos Humanos:

La región cuenta con el siguiente recurso humano.⁽¹⁸⁾

48 médicos

11 odontólogos

71 auxiliares de enfermería

38 enfermeras

32 asistentes de salud

6 inspectores de Saneamiento Ambiental

17 asistentes clínicas

153 personal administrativo

3- Indicadores de Servicio:

A continuación se presentan los principales indicadores de salud de la región Panamá Este.^{(19) - (20)}

a) Defunciones:

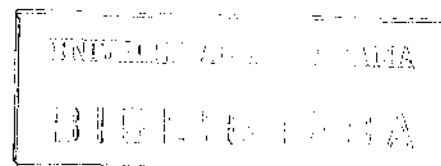
1985	Número	Porcentaje
Con certificación	113	76.8
Sin certificación	34	23.2
	Número	Tasa
TOTAL	147	3.2
Menores de un año	30	22.8
Madres	0	0
Adultos	117	4.5

b) Recursos Físicos:

	<u>1986</u>	<u>1981</u>	<u>1977</u>
Hospitales	1	1	-
Centros de Salud	4	4	4
Subcentro de Salud	1	1	-
Puesto de Salud	32	23	-
Clínicas Privadas	3	-	-

c) Recursos financieros:

TOTAL	B/.3,767,119.00	100%
MINSA	379,032.00	11.2%
C.S.S.	3,388,087.00	88.8%



Distribución de acuerdo al gasto

Recursos humanos	65.1%
Gastos de operación	27.2%
Otros gastos	7.7%

d) Producción de los Servicios:

<u>Consultas:</u>	<u>1986</u>	<u>1981</u>	<u>1977</u>
Médicas	87,195	77,564	81,420
Odontológica	17,763	19,424	15,171
Enfermería	4,930	6,620	3,122
Visitas domiciliarias	5,633	2,916	492

Hospitalización:

Egresos	2,043	2,304	--
Días estancia	6.9	6.1	--
% de ocupación	55.0	54.2	--
Giro de la cama	33.8	32.6	--

Vacunas aplicadas:

	<u>1986</u>	<u>1982</u>
Polio	10,590	8,501
D.P.T.	21,765	5,051
B.C.G.	6,356	2,991
Sarampión	7,050	2,705
T.Tetánico	5,476	2,738
Otras	5,505	6,353

<u>Salud Ambiental:</u>	<u>1986</u>	<u>1982</u>
Acueductos	10	6
Pozos	15	11
Letrinas	473	205
Inspecciones	6,328	5,143

C- DESCRIPCION DE LAS COMUNIDADES DE TORTI E HIGUERONAL

Las comunidades de Tortí e Higueronal, se encuentran asentadas a orillas de la carretera Panamericana dentro del corregimiento de El Llano. Son comunidades netamente rurales, conformadas por inmigrantes provenientes en su mayoría de la región de Azuero, distantes a unos 120 kilómetros del distrito de Chepo, ubicadas una junto a la otra sin límites definidos que la separen. Constituyen según algunos el centro comercial más importante del corregimiento, ya que fueron las primeras en formarse cuando se inició el intenso movimiento migratorio desde la región de Azuero hacia las "montañas del Bayano".

Véamos algunas de sus características.

1- Población Alrededor de 3,000 habitantes, según encuesta realizada por funcionarios del Ministerio de Salud.

2- Servicios Públicos: Existen dos escuelas primarias con cinco aulas y cinco maestros cada una; una en cada comunidad, donde asisten a clases unos 400 niños.

Hay además dos puestos de salud, adyacentes a las respectivas escuelas; atendidos uno por dos asistentes de salud (el de Tortí), y el otro por un asistente de salud (el de Higueronal).

La mayoría de las viviendas son de madera con piso de tierra y techo de paja o zinc, existiendo algunas de concreto, con piso y paredes de cemento y techo de zinc.

No existe servicio de dotación de agua potable, y el agua que toma la población proviene en su mayoría de los ríos Tortí o Cañazas, o de pozos particulares.

La disposición de excretas es en su mayoría por medio de letrinas sanitarias, existiendo un pequeño porcentaje de la población que practica el fecalismo al aire libre.

No existe luz eléctrica para la población. No existen alcantarillados, aceras, calles pavimentadas ni asfaltadas, las casas se comunican unas con otras a través de caminos y veredas.

3- Servicios Sociales: No existe iglesia católica ni de otra religión. Existen en el pueblo cuatro restaurantes, cuatro jardines de baile, una pensión, un billar y unas diez bodegas.

4- Economía: Existe una carencia importante de infraestructura económica, lo cual se traduce en grandes dificultades para el desarrollo de las diferentes actividades de la producción, estando ésta estrechamente vinculada con el bajo nivel de aprovechamiento de los recursos existentes.

El uso de la tierra se presenta en tres modalidades.

La agricultura migratoria: Realizada con muy baja productividad, reflejo de los sistemas rudimentarios para cultivar la tierra, lo cual aunado a las escasas oportunidades de mercadeo competitivo, origina que el nivel de vida de la mayoría de los agricultores de la región sea tan solo levemente superior al nivel de subsistencia.

Los cultivos anuales más frecuentes realizados son arroz, maíz, yuca, ñame y frijol de palo.

Tal actividad agrícola migratoria produce por el extendido e indiscriminado uso del suelo, la eliminación sistemática de los bosques con la consiguiente deforestación del área.

La actividad ganadera: Se ha incrementado en los últimos años, representa una actividad con grandes perspectivas si se adoptasen sistemas racionales de explotación.

La actividad extractiva del bosque: Esta última se refiere a la extracción de madera, la cual ha sido indiscriminada en los últimos años, favoreciendo solo a un minúsculo grupo poseedor de las concesiones para tal actividad, el cual por añadidura en su mayoría no pertenece a la población, no vive en ella, ni deja beneficios económicos en la misma.

5- Escolaridad. La mayoría de la población adulta es analfabeta o semi-analfabeta por cuanto que no llegaron a completar la escuela primaria.

6- Organizaciones Comunitarias: Existen en las dos comunidades, tres organismos más o menos funcionales, los cuales son: La Junta Local, El Club de Padres de Familia y el Comité de Salud.

Cabe señalar finalmente que de acuerdo al estudio de la Red de Servicios de Salud, realizado en 1985, el sector sanitario al cual corresponden estas dos comunidades, presentó el intervalo de postergación

más alto y coincidentalmente el intervalo de cobertura mas bajo al primer nivel de atención.⁽²¹⁾

CAPITULO IV
METODOLOGIA UTILIZADA.

A- UNIVERSO.

El universo de nuestro trabajo, lo constituyeron las viviendas asentadas en las comunidades de Tortí e Higueronal, a ambos lados de la carretera Panamericana que conduce a la Provincia del Darién.

Para conocer la totalidad del universo se realizó un censo, casa por casa, el cual arrojó un total de 497 viviendas, de las cuales 286 estaban ubicadas en la población de Tortí, y 211 en la población de Higueronal.

Todas las viviendas fueron enumeradas desde el número uno (1) hasta el número 497, iniciando con la primera vivienda del poblado de Tortí, viniendo de la ciudad hacia la Provincia del Darién, y de acuerdo a la información suministrada por los moradores de la región, ya que los límites entre las diferentes comunidades del área no están formales y oficialmente definidos.

B- MUESTRA.

Con la finalidad de obtener una muestra representativa del universo, se utilizó el método del "muestreo aleatorio simple", el cual es un método de selección de "n" unidades en un conjunto de "N", de tal modo que cada una de las N(n muestras distintas tengan la misma oportunidad de ser elegidas.⁽²²⁾

Para tal procedimiento, se escogió mediante un proceso aleatorio simple un número entre el 1 y el 497, el cual resultó ser el número 25, a partir de esa vivienda se tomaron como partes de la muestra, una de

cada cinco viviendas, y se decidió que aquella vivienda donde no se pudiese realizar la encuesta de primera intención sería visitada posteriormente en una "segunda vuelta" y finalmente descartada si en esta oportunidad persistía la dificultad.

Dicho procedimiento permitió encuestar el 19.7% del universo, lo cual constituyó a nuestro juicio una muestra estadísticamente representativa (98 viviendas de 497).

C- TIPO DE INVESTIGACION.

Se realizó un estudio descriptivo, el cual nos permitió evaluar el grado de participación de la población encuestada en la solución de un problema específico.

La investigación contempló el estudio de una serie de variables con la finalidad de observar si las mismas poseían algún grado de influencia sobre la participación popular, tales variables fueron: edad, sexo, número de hijos, escolaridad, ingreso económico, distancia desde la residencia al puesto de salud, asistencia al puesto de salud, pertenencia a grupos organizados, conocimientos generales sobre salud, opinión sobre la calidad de atención que se presta en el puesto de salud.

Tal tipo de estudio es el más indicado para describir un problema y determinar su frecuencia en diversos grupos. Además permite la formulación de hipótesis y la emisión de recomendaciones.

D- TÉCNICA DE OBTENCION DE DATOS.

Se realizó una encuesta sobre el terreno para recopilar la información necesaria, para tal efecto, fue diseñado un formulario provisto de 61 preguntas, el cual fue probado previamente en un pequeño grupo de habitantes de la población de Chararé, en el Corregimiento de Las Margaritas, la cual posee similares características étnicas y socio-económicas que la población objeto del estudio.

La encuesta fue aplicada por personal entrenado para tal efecto, el cual labora ordinariamente en el Sistema Integrado de Salud del Bayano; lográndose encuestar 98 viviendas.

E- DIFICULTADES ENCONTRADAS EN LA INVESTIGACION.

La única dificultad encontrada fue la falta de experiencia de los encuestadores, lo cual requirió de una semana de ardua labor de entrenamiento.

CAPITULO V
RESUMEN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

A- RESUMEN DE LOS RESULTADOS.

Fueron encuestadas 98 viviendas de las comunidades de Tortí e Higueronal. aplicándoseles el cuestionario a los respectivos jefes de familia, obteniéndose los siguientes resultados.

El 92.8% de los jefes de familia resultó ser del sexo masculino y la mayoría oscilaban entre 36 y 50 años (51.0%), de ellos el 73.4% no completó siquiera la escuela primaria y solo un 3% llegó a secundaria incompleta. El ingreso familiar mensual resultó ser menor de 300 balboas en el 94.8% de los casos, y de estos más de la mitad no llegaron a 100 balboas mensuales.

La mayoría de los encuestados habitan a menos de 30 minutos a pie de su respectivo puesto de salud, y no pertenecen a partido político alguno.

El 85.7% de los entrevistados reconoce los problemas derivados del saneamiento ambiental precario como la principal causa de enfermedad en el medio y cree que es responsabilidad de las autoridades políticas, el mejoramiento de las condiciones ambientales, pensando sólo un 10.2% que tal acción debe recaer en la comunidad organizada.

El 79.5% de los encuestados acude al puesto de salud en busca de atención al estar enfermos, a pesar de que 36.7% de los mismos opinan que el asistente "no atiende bien las enfermedades de la gente", y que 92.8% refieren que el puesto de salud no posee suficientes medicamentos.

El 58.1% de los entrevistados refiere no haber sido invitado a participar en reuniones por el asistente de salud, y 71.4% de los mismos no pertenecen a ningún grupo o asociación local, alegando en su mayoría no haber sido invitados o no desear participar, aunque alrededor del 50% reconoce que el Comité de Salud es el grupo que más se preocupa por los problemas de salud de la comunidad.

En lo referente a la medición del conocimiento por parte de la población, un 75% de los entrevistados admite que las aguas de ríos y aguas estancadas suelen transmitir enfermedades, las cuales en su mayoría (74.4%) son de origen gastrointestinal. Sin embargo, el 54% de los mismos utiliza agua proveniente de ríos o quebradas para beber y para consumo doméstico.

El 62.2% de los encuestados ha participado en reuniones relacionadas con la construcción del acueducto, contribuyendo con trabajo el 67.3% de los mismos, y con dinero el 54.0% de los entrevistados.

B- ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

La muestra encuestada resultó estar constituida en su mayoría por familias numerosas en las cuales el jefe de la misma es el padre, quien suele poseer una precaria escolaridad y un ingreso económico insuficiente, lo cual a nuestro juicio se corresponde con el tipo de familia "promedio" o "típica" del campesinado de la república de Panamá y de los grupos humanos postergados que conforman los cinturones de miseria que rodean nuestras principales ciudades.

Como quiera que la mayoría de los encuestados poseía las características antes mencionadas, estas no pudieron ser objeto de confrontación con el "grado de participación popular" y las otras variables interesantes que se estudiaron. Sin embargo, y a pesar de que el 51% de los encuestados poseían entre 36 y 50 años de edad, se pudo observar que este grupo reconoce los problemas de saneamiento ambiental como los más importantes, con mayor frecuencia que los otros grupos de edad (Cuadro Nº1), asimismo reconoce que el agua "no potable" es transmisora de enfermedades y mostró mayor frecuencia en la participación popular expresada a través de la pertenencia a asociaciones locales (Cuadro Nº2 y Nº3).

En lo tocante al análisis de la "participación popular" en general y a la participación para construir un acueducto en particular se pudo observar lo siguiente:

Entre gente que participó en reuniones para discutir lo concerniente a la construcción del acueducto, la misma se incrementó

a medida que la familia tenía más hijos (Cuadro N°4), ocurriendo lo mismo cuando se trató de participación popular en general (Cuadro N°5). También se observó una mayor participación para la construcción del acueducto entre aquellos cuyos hijos tenían menos de 12 años en su mayoría (Cuadro N°6), relación ésta que no se presentó para la participación popular en general, (Cuadro N°7).

El análisis del ingreso familiar mensual mostró que entre la población encuestada, la contribución económica y el apoyo con mano de obra para la construcción del acueducto, se dá con mayor frecuencia entre el grupo con menores ingresos económicos, es decir que a medida que aumentó el ingreso económico, decreció el aporte monetario y de trabajo para la construcción del acueducto (Cuadros N°8 y N°9).

La opinión que la población encuestada tiene del asistente de salud resultó ser una variable motivadora de la participación para la construcción del acueducto, ya que la mayor contribución económica y de mano de obra se dió entre los encuestados que tienen una buena opinión del asistente, disminuyendo tal participación notablemente entre aquellos que poseen una desfavorable opinión del asistente de salud (Cuadros N°10 y N°11). La misma situación se presentó en relación al conocimiento que tiene la gente de los potenciales efectos negativos para la salud que posee el agua no potable; ya que entre el grupo de encuestados que afirmaron saber que el agua que consumían podía hacerles algún daño, se dió la mayor contribución económica y de mano de obra para la construcción del acueducto (Cuadros N°12 y N°13).

Los encuestados que tenían más de tres años de vivir en la comunidad mostraron más interés en participar en reuniones para la construcción del acueducto, que aquellos que tenían menos tiempo lo cual induce a pensar que el tiempo de estar sometido a la carencia de agua motiva el interés en resolver el problema (Cuadro N°14).

El análisis de la participación popular a través de la pertenencia a grupos organizados por parte de los encuestados, permitió determinar que ésta en términos generales es escasa, puesto que solo 28 de 98 encuestados afirmaron pertenecer a algún grupo, destacando el Comité de Salud como aquel con más adeptos. Esta escasa participación se dió con mayor frecuencia entre la población con más hijos (Cuadro N°15). Además hubo mayor contribución económica y de mano de obra para la construcción del acueducto entre el grupo que pertenece a alguna asociación local (Cuadros N°16 y N°17), siendo ésta absoluta y total entre aquellos que pertenecen al Comité de Salud; parcial entre los que pertenecen al Club de Padres de Familia y casi nula entre los que forman parte de la Junta Local (Cuadro N°16 y N°17). Se pudo observar además que la mayoría de los que pertenecen al Comité de Salud, pertenecen también al Club de Padres de Familia y viceversa, relación ésta que no se presentó entre los pertenecientes a la Junta Local, puesto que estos últimos solamente pertenecen a ésta asociación (Cuadros N°18 y N°19).

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.

El análisis de los resultados obtenidos nos permiten emitir una serie de conclusiones y recomendaciones finales, las cuales son aplicables a la población del corregimiento de El Llano, en el Distrito de Chepo, y constituyen además una buena base para elaborar un programa de participación popular en poblaciones con características socio-culturales y económicas similares a la población objeto de este trabajo.

Tales conclusiones y recomendaciones son las siguientes:

- 1- Existe una muy escasa participación popular en la comunidad objeto de este trabajo; y aquella solo se dá al integrarse grupos de trabajo para resolver un problema específico; estando ésta casi exclusivamente enmarcada en la ejecución del programa, ya que la comunidad poco participa en la planificación y en la evaluación del mismo.

Es recomendable que el Estado busque los mecanismos que hagan viable la participación del pueblo en la planificación y evaluación de los programas, sin embargo tal situación es difícil de llevar a la práctica aún en aquellos países que se jactan de poseer los mejores programas de medicina comunitaria. Habría que incrementar notablemente el nivel educativo de la población en general de tal forma que esta tuviese la capacidad cultural de planificar y evaluar un programa de producción de salud.

Creemos que es más factible como meta inmediata y a corto plazo, lograr la participación o intervención de la comunidad en la ejecución efectiva de los programas de salud y en el monitoreo

permanente del buen funcionamiento de éstos.

- 2- Existe un antagonismo evidente entre grupos locales, principalmente entre el Comité de Salud y la Junta Local, este antagonismo se presenta por la competencia política existente entre los líderes de una y otra asociación, y tiene sus raíces históricas en los inicios de la década de 1970 cuando los Comités de Salud que poseían el poder político en las comunidades, fueron casi eliminados al crear el gobierno las Juntas Locales como base del poder político real.

Este antagonismo dificulta cualquier trabajo de grupo y produce una duplicación de refuerzos y recursos que no laboran armónicamente en la mayoría de los casos.

Creemos que esta pugna por el poder político, lejos de pretender eliminarla o soslayarla debe ser explotada por los que dirigen los programas de salud a nivel regional, de tal suerte que el incentivo de "reconocimiento popular" sea uno más para aquellos que se fajan a diario en la difícil tarea de organizar grupos y producir un trabajo armónico y creativo.

- 3- La edad de la población parece ser un factor importante como determinante en el conocimiento de la verdad en torno a salud y enfermedad, así mismo en lo tocante a participar con la comunidad para producir salud.

El grupo de 36 a 50 años, que es el grupo que podríamos denominar de "hombres maduros" con pleno desarrollo de su personalidad y suficiente estabilidad emocional, resultó ser el grupo más participador y mejor enterado, de modo que la formación de líderes y de contingentes de apoyo a nivel comunitario debe ir dirigida a ese grupo, el cual además posee dentro de la comunidad, mayor respeto y aceptación que los jóvenes o los ancianos.

- 4- La evaluación del asistente de salud por parte de la comunidad resultó ser un factor estimulante de varios modos de participación (aporte de dinero, aporte de mano de obra, participación en reuniones etc..). Esta evaluación será mejor, cuanto mejor preparados estén los mismos y cuanto mayor sea su capacidad de respuesta en el puesto de salud, ya que es en ese sitio donde se da el primer contacto con el equipo de salud.

Conviene pues evaluar periódicamente a nuestros asistentes y someterlos a un riguroso programa de educación continuada, además de incrementar de manera efectiva la frecuencia de supervisiones al nivel local por parte del nivel regional. Tal meta requiere obviamente de una mejor utilización de nuestros recursos humanos y financieros, y de una mayor asignación presupuestaria por parte del nivel central a la ejecución de tales programas.

Habrá también que dotar de suficientes y adecuados equipos y medicamentos a los puestos de salud, para así atraer aún más la atención de nuestra gente y facilitar el contacto efectivo y la

aceptación de la misma.

- 5- Urge la revitalización de nuestros programas de educación comunitaria y para la salud. El estudio mostró un mayor grado de participación entre aquellos que poseían conocimientos en torno a los potenciales efectos negativos de las aguas no potables y contaminadas, así como un porcentaje importante de población ignorante de este aspecto, la cual se mostró poco estimulada a participar.

Es evidente pues, que al incrementar el nivel de conocimiento por parte de la población incrementaremos su participación, así como la capacidad de la misma para ejercer presión de manera organizada, para lo cual habremos de estar dispuestos y preparados en forma permanente.

La creación de "escuelas de salud" a nivel comunitario, así como la inclusión de estas enseñanzas dentro de los programas regulares de educación nacional, produciría dividendos a largo plazo y sentaría las bases para un programa de participación popular poseedor de viabilidad política y técnica.

Así mismo habrá que ir a nuestras escuelas de medicina y fortalecer la formación del médico en aquellos aspectos que tengan que ver con la medicina comunitaria, de tal suerte que aquel que será llamado a integrar y dirigir los equipos de salud, posea realmente una sólida creencia en los programas de salud que va a desarrollar.

A N E X O S

"PARTICIPACION DE LAS COMUNIDADES DE TORTI E
HIGUERONAL EN LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO RURAL".

CUESTIONARIO PREPARADO POR LA ESCUELA DE SALUD
PUBLICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE PANAMA.

<u>Preguntas</u>	<u>Código</u>
1. Nombre de la localidad _____ _____	
2. Número de la casa _____	
3. De cuántos miembros se compone la familia? _____	
4. Quién es el Jefe de la familia? _____ _____	
5. Qué edad tiene usted? _____	_____
6. Sexo: Masculino _____ Femenino _____	_____
7. Cuántos hijos tiene usted? _____	_____
8. Qué edad tienen los hijos? Menos de 6 años _____ de 6 a 12 años _____ de 12 a 18 años _____ más de 18 años _____	_____
9. Hasta que grado de escuela llegó usted? Primaria incompleta _____ Primaria _____ Secundaria incompleta _____ Secundaria _____	_____

10. Más o menos, qué cantidad de dinero entra mensualmente a la casa? _____
- menos de 100 balboas _____
- entre 100 y 300 balboas _____
- más de 300 balboas _____
11. Cuánto tiempo le toma ir de su casa al Puesto de Salud? (minutos - hora) _____
- _____
12. Cómo hace usted para ir al Puesto de Salud? _____
- _____
13. Pertenece usted o su señora (señor), a algún partido político? _____
- Sí _____
- No _____
14. Cuáles según usted, son los principales problemas de salud de esta comunidad? (mencione tres). _____
- _____
- _____
15. Quién cree usted que es el principal responsable de solucionar esos problemas que usted menciona? _____
- _____
16. En el último año, usted o alguien de la casa, ha sido atendido por el Asistente de Salud cuando ha estado enfermo? _____

Sí _____

No _____

No recuerda _____

17. En el último año, usted o alguien de la casa, ha recibido otra atención en el Puesto de Salud? _____

Sí _____

No _____

No recuerda _____

18. Considera usted, que el Asistente de Salud atiende bien las enfermedades de la gente? (explique).

19. Considera usted, que hay medicamentos suficientes en el Puesto de Salud? _____

Sí _____

No _____

No sabe _____

20. Qué otras actividades, además de atender enfermos, se llevan a cabo en su Puesto de Salud?

21. En el último año, usted o alguien miembro de la casa, ha sido invitado a participar en reuniones por el Asistente de Salud? _____

Sí _____

No _____

No recuerda _____

22. (Si contestó Sí) a cuantas? _____

23.Cuál es el grupo o persona, que usted cree que más se preocupa por los problemas de salud de la comunidad?

24. Qué otro grupo o persona, que se preocupe por los problemas de salud, hay en la comunidad?

25. De dónde proviene el agua que usted toma?

26. Cree usted que esa agua puede hacerle algún daño?

Sí _____

No _____

No sabe _____

27. (Si contestó Sí) diga porqué? _____

28. Cree usted, que hay aguas que puedan transmitir enfermedades?

Sí _____

No _____

No sabe _____

29. (Si contestó Sí a la pregunta 28), qué clase de aguas transmiten enfermedades? _____

30. (Si contestó Sí a la pregunta 28), mencione tres enfermedades que usted crea que se transmiten por el agua. _____

31. Desde cuando vive aquí? _____
 menos de 3 años _____
 entre 3 y 5 años _____
 más de 5 años _____
32. En el último año, usted ha participado en alguna reunión, relacionada con la construcción del acueducto.? _____
 Sí _____
 No _____
 No recuerda _____
33. (Si contestó Sí) a cuántas ha ido usted? _____
 a todas _____
 a casi todas _____
 a veces _____
 casi nunca _____

34. (Si contestó No), por qué no? _____

35. Quién lo invitó a participar en las reuniones? _____

36. A parte de esas reuniones relacionadas con el
acueducto, participó usted alguna vez en otra
reunión para resolver problemas de su comu-
nidad? _____
- Sí _____
- No _____
- No recuerda _____
37. Ha contribuido con dinero para la construcción
del acueducto? _____
- Sí _____
- No _____
38. (Si contestó No), por qué no? _____

39. Quién ha manejado los fondos? _____

40. Usted, o alguien de la casa, ha contribuido
con trabajo personal a la construcción del
acueducto? _____
- Sí _____
- No _____
41. (Si contestó No), por qué no? _____

42. (Si contestó Sí) cuántas veces? _____
 casi siempre _____
 algunas veces _____
 casi nunca _____
43. Pertenece usted actualmente a algún grupo o asociación local?
 Sí _____
 No _____
44. (Si contestó Sí) a cuál (es)? _____

45. (Si contestó No) por qué no? _____

46. Que usted sepa, cuantas veces en el último año se reunió el Comité de Salud? _____

47. Que usted sepa, en el último año, el Comité de Salud ha efectuado reuniones para discutir la construcción del acueducto? _____
 Sí _____
 No _____
 No sabe _____
48. Que usted sepa, hay un Club de Padres de Familia en su comunidad? _____
 Sí _____
 No _____
 No sabe _____

49. Pertenece usted al Club de Padres de Familia de su comunidad?
 Sí _____
 No _____
50. (Si contestó No), por qué no? _____

51. Que usted sepa, cuantas veces en el último año se reunió el Club de Padres de Familia? _____

52. Que usted sepa, en el último año, el Club de ha efectuado alguna reunión para discutir la construcción del acueducto?
 Sí _____
 No _____
 No sabe _____
53. Pertenece usted a la Junta Local de su comunidad? _____
 Sí _____
 No _____
54. (Si contestó No), por qué no? _____

55. Que usted sepa, en el último año, la Junta Local ha efectuado alguna reunión para discutir la construcción del acueducto? _____
 Sí _____
 No _____
 No sabe _____

56. Que usted sepa, en el último año, la Junta Local se ha reunido con el Comité de Salud? _____
- Sí _____
- No _____
- No sabe _____
57. (Si contestó No), por qué no? _____
- _____
58. Que usted sepa, en el último año, la Junta Local se ha reunido con el Club de Padres de Familia? _____
- _____
- Sí _____
- No _____
- No sabe _____
59. (Si contestó No), por qué no? _____
- _____
60. Que usted sepa, en el último año, el Comité de Salud se ha reunido con el Club de Padres de Familia? _____
- Sí _____
- No _____
- No sabe _____
61. (Si contestó No), por qué no? _____
- _____

RESULTADOS

PREGUNTA	CODIGO	LEYENDA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
(5)	(1)	20-35 años	23	23.4
	(2)	36-50 años	50	51.0
	(3)	51 y más años	25	25.5
		Total	98	100
(6)	(1)	Masculino	91	92.8
	(2)	Femenino	7	7.1
		Total	98	100
(8)	(1)	La mayoría 12 años	43	43.8
	(2)	La mayoría 12 años	52	53.0
		No especificados	3	3.0
		Total	98	100
(9)	(1)	Primaria incompleta	72	73.4
	(2)	Primaria	23	23.4
	(3)	Secundaria incompleta	3	3.0
	(4)	Secundaria	0	0
	Total	98	100	
(10)	(1)	Menos de 100 balboas	52	53.0
	(2)	Entre 100 y 300 balboas	41	41.8
	(3)	Más de 300 balboas	5	5.1
		Total	98	100
(11)	(1)	5-30 minutos	79	80.6
	(1)	31 min. - 1 hora	15	15.3
	(3)	1 hora - 2 horas	3	3.0
		No especificados	1	1.0
		Total	98	100
(12)	(1)	A pie	90	91.8
	(2)	A caballo	6	6.1
	(3)	Transporte a motor	1	1.0
		No especificados	1	1.0
		Total	98	100
(13)	(1)	Sí	46	46.9
	(2)	No	52	53.0
		Total	98	100
(14)	(1)	Saneamiento ambiental	84	85.7
	(2)	Estructura de salud (Puesto - Centro)	7	7.1
	(3)	Enfermedades	3	3.0
		No especificadas	4	4.0
		Total	98	100

PREGUNTA	CODIGO	LEYENDA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
(15)	(1)	Autoridad política	58	59.1
	(2)	Autoridad de gobierno	16	16.3
	(3)	Organización comunitaria	10	10.2
	(4)	No sabe	10	10.2
		No especificados	4	4.0
		Total	98	100
(16)	(1)	Sí	78	79.5
	(2)	No	19	19.3
	(3)	No recuerda	1	1.0
		Total	98	100
(17)	(1)	Sí	53	54.0
	(2)	No	44	44.8
	(3)	No recuerda	1	1.0
		Total	98	100
(18)	(1)	Sí	54	55.1
	(2)	No	36	36.7
	(3)	No sabe	8	8.1
		Total	98	100
(19)	(1)	Sí	4	4.0
	(2)	No	91	92.8
	(3)	No sabe	3	3.0
		Total	98	100
(20)	(1)	Medicina preventiva	59	60.2
	(2)	Reuniones comunitarias	10	10.2
	(3)	No sabe	29	29.5
	(4)	Ninguna	0	0
		Total	98	100
(21)	(1)	Sí	39	39.7
	(2)	No	57	58.1
	(3)	No recuerda	2	2.0
		Total	98	100
(22)	(1)	No recuerda	2	2.0
	(2)	1 ó más	20	20.4
		No especificados	76	77.5
		Total	98	100

PREGUNTA	CODIGO	LEYENDA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
(23)	(1)	Comité de Salud	48	48.9
	(2)	Autoridad política	15	15.3
	(3)	Autoridad gubernamental	2	2.0
	(4)	Ninguno	32	32.6
		No especificados	1	10.2
	Total		98	100
(24)	(1)	Comité de Salud	6	6.1
	(2)	Autoridad política	6	6.1
	(3)	Autoridad gubernamental	2	2.0
	(4)	Ninguno	44	44.8
		No especificado	40	40.8
	Total		98	100
(25)	(1)	Aguas en movimiento (ríos).	53	54.0
	(2)	Acueducto viejo	41	41.8
	(3)	Pozo	2	2.0
		No especificado	2	2.0
		Total		98
(26)	(1)	Sí	29	29.5
	(2)	No	58	59.1
	(3)	No sabe	10	10.2
		No especificado	1	1.0
		Total		98
(27)	(1)	Está contaminada	22	22.4
	(2)	Transmite enfermedades	6	6.1
		No especificados	70	71.4
		Total		98
(28)	(1)	Sí	75	76.5
	(2)	No	0	0
	(3)	No sabe	23	23.4
		No especificado	0	0
		Total		98
(29)	(1)	Aguas estancadas	35	35.7
	(2)	Aguas de ríos o similares	40	
		No especificados	23	23.4
		Total		98
(30)	(1)	Enfermedades gastro- intestinales	73	74.4
	(2)	Enfermedades de la piel	1	1.0
	(3)	Trastornos generales	1	1.0

PREGUNTA	CODIGO	LEYENDA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
		No especificados	23	23.4
		Total	98	100
(31)	(1)	Menos de 3 años	18	18.3
	(2)	3-5 años	28	28.5
	(3)	Más de 5 años	52	53.0
		No especificados	0	0
		Total	98	100
(32)	(1)	Sí	61	62.2
	(2)	No	37	37.7
	(3)	No recuerda	0	0
		Total	98	100
(33)	(1)	A todas	15	15.3
	(2)	A casi todas	33	33.6
	(3)	A veces	14	14.2
	(4)	Casi nunca	1	1.0
		No especificados	35	35.7
		Total	98	100
(34)	(1)	No lo invitaron	30	30.6
	(2)	No sabía	3	2.0
	(3)	No lo desea	3	3.0
		No especificados	62	63.0
		Total	98	100
(35)	(1)	Comité de Salud	54	55.1
	(2)	Autoridad política	5	5.1
	(3)	Autoridad de salud	7	7.1
	(4)	Nadie	26	26.5
		No especificados	6	6.1
		Total	98	100
(36)	(1)	Sí	50	51.0
	(2)	No	47	47.9
	(3)	No recuerda	1	1.0
		No especificados	0	0
		Total	98	100
(37)	(1)	Sí	53	54.0
	(2)	No	45	45.9
		No especificados	0	0
		Total	98	100

PREGUNTA	CODIGO	LEYENDA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
(38)	(1)	No sabía	23	23.4
	(2)	No tiene dinero	20	20.4
	(3)	No lo desea	2	2.0
		No especificados	53	54.0
		Total	98	100
(39)	(1)	Comité de Salud	40	40.8
	(2)	Autoridad política	5	5.1
	(3)	No sabe	22	22.4
		No especificados	31	31.6
		Total	98	100
(40)	(1)	Sí	66	67.3
	(2)	No	32	32.6
	(3)	No recuerda	0	0
		No especificadas	0	0
		Total	98	100
(41)	(1)	No lo invitaron	20	20.4
	(2)	No sabía	2	2.0
	(3)	No lo deseaba	10	10.2
	(4)	No puede	0	0
		No especificados	66	67.3
	Total	98	100	
(42)	(1)	Casi siempre	38	38.7
	(2)	Algunas veces	28	28.5
	(3)	Casi nunca	1	1
		No especificados	31	31.6
		Total	98	100
(43)	(1)	Sí	28	28.5
	(2)	No	70	71.4
		No especificados	0	0
		Total	98	100
	(44)	(1)	Comité de Salud	13
(2)		Club de Padres de Familia.	9	9.1
(3)		Junta Local	6	6.1
		No especificados	70	71.4
		Total	98	100
(45)	(1)	No lo invitaron	39	39.7
	(2)	No lo desea	31	31.6
	(3)	No está capacitado	1	1.0
		No especificados	27	27.5
		Total	98	100

PREGUNTA	CODIGO	LEYENDA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
(46)	(1)	1 - 3	13	13.2
	(2)	3 - 5	26	26.5
	(3)	Más de 5	11	11.2
	(4)	No sabe	42	42.8
		No especificado	6	6.1
		Total	98	100
(47)	(1)	Sí	56	57.1
	(2)	No	0	0
	(3)	No sabe	42	42.8
		No especificados	0	0
		Total	98	100
(48)	(1)	Sí	93	94.8
	(2)	No	2	2.0
	(3)	No sabe	3	3.0
		No especificados	0	0
		Total	98	100
(49)	(1)	Sí	34	34.6
	(2)	No	64	65.3
		No especificados	0	0
		Total	98	100
(50)	(1)	No lo invitaron -	30	30.6
	(2)	No tiene hijos en la escuela.	17	17.3
	(3)	No lo desea	12	12.2
	(4)	No está capacitado	5	5.1
		No especificados	34	34.6
		Total	98	100
(51)	(1)	1 - 2	18	18.3
	(2)	3 - 5	43	43.8
	(3)	Más de 5	7	7.1
	(4)	No sabe	30	30.6
		No especificados	0	0
		Total	98	100
(52)	(1)	Sí	37	37.7
	(2)	No	13	13.2
	(3)	No sabe	48	48.9
		No especificados	0	0
		Total	98	100

PREGUNTA	CODIGO	LEYENDA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
(53)	(1)	Sí	7	7.1
	(2)	No	91	92.8
		No especificados	0	0
		Total	98	100
(54)	(1)	No lo invitaron	37	37.7
	(2)	No hay Junta	28	28.5
	(3)	No lo desea	22	22.4
	(4)	No está capacitado	4	4.0
	(5)	Es nuevo en el lugar	1	1.0
		No especificados	6	6.1
	Total	98	100	
(55)	(1)	Sí	0	0
	(2)	No	27	27.5
	(3)	No sabe	71	72.4
		No especificados	0	0
	Total	98	100	
(56)	(1)	Sí	3	3.0
	(2)	No	22	22.4
	(3)	No sabe	71	72.4
		No especificados	2	2.0
	Total	98	100	
(57)	(1)	No hay Junta Local	20	20.4
	(2)	No hay buenas relaciones.	3	3.0
		No especificados	75	76.5
		Total	98	100
(58)	(1)	Sí	9	9.1
	(2)	No	14	14.2
	(3)	No sabe	75	76.5
		No especificados	0	0
	Total	98	100	
(59)	(1)	No hay Junta Local	13	13.2
	(2)	No hay buenas relaciones.	2	2.0
		No especificados	83	84.6
		Total	98	100

PREGUNTA	CODIGO	LEYENDA	SUBTOTAL	PORCENTAJE
(60)	(1)	Sí	40	40.8
	(2)	No	0	0
	(3)	No sabe	58	59.1
		No especificados	0	0
		Total	98	100
(61)	(1)	No hay buenas relaciones	0	0
		No especificados	98	100
		Total	98	100

CUADRO Nº 1

RELACION ENTRE LA EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA
Y EL CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE
SALUD POR LA MISMA.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

EDAD	PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD			TOTAL
	SANEAMIENTO	FALTA DE ESTRUCT. FISICA	OTROS	
20 - 35	20	1	2	23
36 - 50	46	1	3	50
51 y más	18	5	2	25
TOTAL	84	7	7	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la
Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá.

CUADRO Nº 2

RELACION ENTRE LA EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA
Y EL CONOCIMIENTO DE QUE EL AGUA NO POTABLE Y
CONTAMINADA ES CAPAZ DE TRANSMITIR ENFERMEDADES.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

EDAD	CONOCIMIENTO		TOTAL
	SI	NO	
20 - 35	18	5	23
36 - 50	38	12	50
51 y más	19	6	25
TOTAL	75	23	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 3

RELACION ENTRE LA EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA
Y SU PARTICIPACION POPULAR EXPRESADA A TRAVES DE LA
PERTENENCIA A ALGUN GRUPO O ASOCIACION LOCAL.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

EDAD	PARTICIPACION POPULAR		
	SI	NO	TOTAL
20 - 35	2	21	23
36 - 50	17	33	50
51 y más	9	16	25
TOTAL	28	70	98

Fuente. Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 4

RELACION ENTRE EL NUMERO DE HIJOS DE LA POBLACION
ENCUESTADA Y SU DISPOSICION A PARTICIPAR EN LA
CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

NUMERO DE HIJOS	DISPOSICION		
	SI	NO	TOTAL
0 - 3	19	18	37
4 - 6	29	17	46
7 y más	13	2	15
TOTAL	61	37	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 5

RELACION ENTRE EL NUMERO DE HIJOS DE LA POBLACION
ENCUESTADA Y SU DISPOSICION A PARTICIPAR EN LA
SOLUCION DE CUALQUIER PROBLEMA DE LA COMUNIDAD.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

NUMERO DE HIJOS	DISPOSICION		
	SI	NO	TOTAL
0 - 3	15	22	37
4 - 6	24	22	46
7 y más	11	4	15
TOTAL	50	48	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 6

RELACION ENTRE LA EDAD DE LOS HIJOS DE LA POBLACION
ENCUESTADA Y SU DISPOSICION A PARTICIPAR EN LA
CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

EDAD DE LOS HIJOS	DISPOSICION		
	SI	NO	TOTAL
12 años	28	15	43
12 años	32	20	52
No especificados	1	2	3
TOTAL	61	37	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 7

RELACION ENTRE EDAD DE LOS HIJOS DE LA POBLACION
ENCUESTADA Y SU DISPOSICION A PARTICIPAR EN LA SOLUCION
DE CUALQUIER PROBLEMA DE LA COMUNIDAD.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.			
EDAD DE LOS HIJOS	DISPOSICION		
	SI	NO	TOTAL
12 años	22	21	43
12 años	27	24	52
No especificados	1	2	3
TOTAL	50	47	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 8

RELACION ENTRE EL INGRESO FAMILIAR MENSUAL DE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU CONTRIBUCION ECONOMICA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

INGRESO MENSUAL	CONTRIBUCION		
	SI	NO	TOTAL
B/. 100.00	35	17	52
B/. 100.00 - 300.00	16	25	41
B/. 300.00	2	3	5
TOTAL	53	45	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 9

RELACION ENTRE EL INGRESO FAMILIAR MENSUAL DE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU APORTE DE MANO DE OBRA GRATUITA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

INGRESO MENSUAL	APORTE DE MANO DE OBRA		
	SI	NO	TOTAL
B/. 100.00	39	13	52
B/. 100.00 - 300.00	22	19	41
B/. 300.00	5	0	5
TOTAL	66	32	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO N° 10

RELACION ENTRE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE PRESTA EL ASISTENTE DE SALUD, ENTRE LA POBLACION ENCUESTADA Y LA CONTRIBUCION DE ESTA CON DINERO PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

EVALUACION DEL ASIST. DE SALUD	APORTE DE DINERO		
	SI	NO	TOTAL
Buena	39	15	54
Mala	13	23	36
No sabe	1	7	8
TOTAL	53	45	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 11

RELACION ENTRE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION QUE PRESTA EL ASISTENTE DE SALUD (A.S.), QUE TIENE LA POBLACION ENCUESTADA Y LA CONTRIBUCION DE ESTA CON MANO DE OBRA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

EVALUACION DEL ASIST. DE SALUD	APORTE DE MANO DE OBRA		
	SI	NO	TOTAL
Buena	46	8	54
Mala	14	22	36
No sabe	6	2	8
TOTAL	66	32	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 12

RELACION ENTRE LA OPINION QUE POSEE LA POBLACION ENCUESTADA DEL AGUA QUE TOMA, Y SU CONTRIBUCION ECONOMICA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

OPINION	APORTE DE DINERO		
	SI	NO	TOTAL
Dañina	20	9	29
No dañina	26	32	58
No sabe	7	4	10
TOTAL	53	45	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO N° 13

RELACION ENTRE LA OPINION QUE POSEE LA POBLACION
ENCUESTADA DEL AGUA QUE TOMA, Y SU APORTE DE MANO
DE OBRA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

OPINION	APORTE DE MANO DE OBRA		
	SI	NO	TOTAL
Dañina	23	6	29
No dañina	35	23	58
No sabe	8	3	11
TOTAL	66	32	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 14

RELACION ENTRE EL TIEMPO DE VIVIR EN LA COMUNIDAD
QUE POSEE LA POBLACION ENCUESTADA Y SU DISPOSICION
A PARTICIPAR EN LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

TIEMPO DE VIVIR EN LA COMUNIDAD	DISPOSICION A PARTICIPAR		
	SI	NO	TOTAL
3 años	8	10	18
3 - 5 años	19	9	28
5 años	34	18	52
TOTAL	61	37	98

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la
Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 15

RELACION ENTRE LA PARTICIPACION POPULAR DE LA POBLACION ENCUESTADA EXPRESADA A TRAVES DE SU PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES; Y EL NUMERO DE HIJOS DE LAS FAMILIAS ENCUESTADAS.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

PARTICIPACION POPULAR		NUMERO DE HIJOS			TOTAL
		0 - 3	4 - 6	6 y más	
SI	C. S. 1/	0	6	7	13
	C. P. F. 2/	2	7	0	9
	J. L. 3/	6	0	0	6
	Subtotal	8	13	7	28
NO	Subtotal	29	33	8	70
TOTAL		37	46	15	98

1/ Comité de Salud

2/ Club de Padres de Familia

3/ Junta Local

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 16

RELACION ENTRE LA PARTICIPACION POPULAR DE LA POBLACION ENCUESTADA, EXPRESADA A TRAVES DE SU PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES: Y EL APOORTE DE ESTA CON DINERO PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

PARTICIPACION POPULAR			APOORTE ECONOMICO		
			SI	NO	TOTAL
SI	C. S. 1/	13	0	13	
	C. P. F. 2/	3	6	9	
	J. L. 3/	1	5	6	
	Subtotal	17	11	28	
NO	Subtotal	36	34	70	
	TOTAL	53	45	98	

1/ Comité de Salud

2/ Club de Padres de Familia

3/ Junta Local

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 17

RELACION ENTRE LA PARTICIPACION POPULAR DE LA POBLACION ENCUESTADA, EXPRESADA A TRAVES DE SU PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES: Y EL APOORTE DE ESTA CON MANO DE OBRA PARA LA CONSTRUCCION DEL ACUEDUCTO.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

PARTICIPACION POPULAR			APOORTE DE MANO DE OBRA		
			SI	NO	TOTAL
SI	C. S.	1/	13	0	13
	C. P. F.	2/	4	5	9
	J. L.	3/	5	1	6
	Subtotal		22	6	28
NO	Subtotal		44	26	70
TOTAL			66	32	98

1/ Comité de Salud

2/ Club de Padres de Familia

3/ Junta Local

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 18

RELACION ENTRE LA PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES EN GENERAL, Y LA PERTENENCIA AL CLUB DE PADRES DE FAMILIA EN PARTICULAR, ENTRE AQUELLOS ENCUESTADOS QUE PERTENECEN A ALGUN GRUPO O ASOCIACION LOCAL.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

PARTICIPACION POPULAR	PERTENENCIA AL C. P. F.		
	SI	NO	TOTAL
C. S. 1/	10	3	13
C. P. F. 2/	9	0	9
J. L. 3/	1	5	6
TOTAL	20	8	28

1/ Comité de Salud

2/ Club de Padres de Familia

3/ Junta Local

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

CUADRO Nº 19

RELACION ENTRE LA PERTENENCIA A ASOCIACIONES LOCALES EN GENERAL, Y LA PERTENENCIA A LA JUNTA LOCAL EN PARTICULAR, ENTRE AQUELLOS ENCUESTADOS QUE PERTENECEN A ALGUN GRUPO O ASOCIACION LOCAL.

POBLACION DE TORTI E HIGUERONAL 1987.

PARTICIPACION POPULAR	PERTENENCIA A LA JUNTA LOCAL.		
	SI	NO	TOTAL
C. S. 1/	1	12	13
C. P. F. 2/	0	9	9
J. L. 3/	5	1	6
TOTAL	6	22	28

1/ Comité de Salud

2/ Club de Padres de Familia

3/ Junta Local

Fuente: Encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Panamá.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1- LAURELL, ASA C. y MARQUEZ, M. Crisis y Salud en América Latina. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, número 21, 1982, págs. 21 - 44.
- 2- Mc JUNKIN, F.E. Agua y Salud Humana. Editorial LIMUSA, S.A., Organización Panamericana de la Salud, México, D.F., 1986, pág. 21.
- 3- LILIENTFELD, A. y LILIENTFELD, D. Fundamentos de Epidemiología. Segunda edición, Fondo Interamericano, México, D.F., 1983, pág. 30.
- 4- DIRECCION DE ESTADISTICAS Y CENSOS. Panamá en Cifras. Panamá, 1986, pág. 227.
- 5- EIBENSCHUTZ, C. Participación Popular en Salud. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, número 21, 1982, págs. 121 - 128.
- 6- DE LOS RIOS, R. Notas y Reflexiones sobre la Participación Popular en Salud, (una aproximación al problema). Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, número 21, 1982, págs. 129 - 140.
- 7- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Evaluación de la Estrategia de la Salud para todos en el año 2,000. Volúmen 3, Washington, D.C., O.P.S., 1986.
- 8- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Documento oficial Nº179, Washington, D.C., O.P.S., 1982, págs. 52 - 54.
- 9- WHYTE, A. Guía para Planificar las Actividades de Participación de la Comunidad en Proyectos de Abastecimiento de Agua y Saneamiento. Publicación en OFFSET, número 96, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987, pág. 7.
- 10- MINISTERIO DE SALUD. Decreto de Gabinete Nº 401 (del 29 de diciembre de 1970). Panamá, 1971.
- 11- MINISTERIO DE SALUD. Política y Programa de Medicina Comunitaria en Panamá 1968-1971. Talleres de Impresión del MINSA., Panamá, 1971, pág. 8.
- 12- MINISTERIO DE SALUD. La Participación de la Comunidad en los Programas de Salud. Talleres de Impresión del MINSA., Panamá, 1982.

- 13- MINISTERIO DE SALUD. Programa de Salud Integral para las Comunidades. Talleres de Impresión del MINSA., Panamá 1973.
- 14- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Participación de la Comunidad en la Salud y el Desarrollo en las Américas. Publicación Científica, número 473, Washington, D.C., O.P.S., 1984, págs. 48 - 63.
- 15- BARQUIN, M. Dirección de Hospitales. Cuarta edición, Nueva Editorial Interamericana, México, D.F., 1979, págs. 148 - 149.
- 16- ABURTO, C. Elementos de Bio-Estadística. Fondo Educativo Interamericano, México, D.F., 1979.
- 17- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA. Registros de Nacimientos y Defunciones de la Dirección de Estadísticas Vitales.
- 18- MINISTERIO DE SALUD. Memoria Anual. Talleres de Impresión del MINSA., Panamá, 1987.
- 19- MINISTERIO DE SALUD. Memoria Anual. Talleres de Impresión del MINSA., Panamá, 1983.
- 20- MINISTERIO DE SALUD. Estadística de Salud. Serie A, Talleres de Impresión del MINSA., Panamá, abril de 1986.
- 21- MINISTERIO DE SALUD. Informe Final del Proyecto Red Nacional de Servicios de Salud. MINSA., Panamá, 1985.
- 22- COCHRAN, W. Técnicas de Muestreo. Quinta edición, Compañía Editorial Continental, S.A., México, D.F., 1985, pág. 41.

POBLACIONES DE TORTI E HIGUERONAL UBICADAS EN EL
CORREGIMIENTO DE EL LLANO, REGION DE PANAMA ESTE
AÑO 1988

