



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
MAESTRÍA EN POLÍTICA, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA CON ENFOQUE EN DERECHOS
HUMANOS, EN LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, CORREGIMIENTO DE
LÍDICE, DISTRITO DE CAPIRA, 2011

INÉS MARTÍNEZ NÚÑEZ
C.I.P. 8-206-998

Trabajo de Graduación para optar
al título de Magister en Política,
Promoción e Intervención Familiar

PANAMÁ, REP. DE PANAMÁ

2012

JUN 2013

57

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme lograr todas mis metas y haberme dado fuerzas y perseverancia para lograr mis objetivos.

A la vida por la energía que me ayuda cada día a seguir adelante.

A mis hijos(as): Zeudith, Audrey y Carlos Linares, brotes de vida, amor, alegría, a mis nietos(as) y mis yernos(as) Carlos y Melody, por todo su apoyo y dedicación para la preparación de esta investigación.

A mi madre: aunque no esté, fue partícipe de este trabajo por su preocupación y desvelos.

A mi hermana: Doraida por su cariño y comprensión incondicional.

Obrigado

20434

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por ser mi mejor amigo, mi fortaleza, darme todo lo que tengo y no dejarme caer nunca.

A la ilustre Universidad de Panamá, por su apoyo en este recorrido académico, por su aporte en mi formación profesional.

De igual manera, deseo expresar mi más profundo respeto, aprecio y agradecimiento a la doctora Nivia Campos y a la Mgter. Malvina Díaz de Ceballos por su asesoría para la elaboración de esta tesis que hoy presento a consideración del jurado, a la Licda. Yadicel Bailey, por su apoyo, dedicación y compromiso para el logro de este trabajo, y al magister Domitilo Muñoz, por ayudarme a lo largo de este trabajo de investigación desinteresadamente y brindarme su amistad.

| | |
|--|-----|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| RESUMEN | 1 |
| SUMMARY | 3 |
| INTRODUCCION | 5 |
| | |
| CAPITULO I. FUNDAMENTACION TEÓRICA | 8 |
| | |
| 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SOBRE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, CON ENFOQUE EN DERECHOS HUMANOS | 10 |
| | |
| 1.1. Salud familiar y comunitaria..... | 10 |
| 1.2. Organización de los servicios de salud..... | 18 |
| 1.2.1. Atención primaria en salud..... | 19 |
| 1.2.2. Accesibilidad a los servicios de salud..... | 21 |
| 1.2.3. Integralidad de las acciones en los servicios de salud..... | 22 |
| 1.2.4. Longitudinalidad en el proceso de atención en salud..... | 24 |
| 1.3. Componentes del modelo salud..... | 25 |
| 1.3.1. Componentes de atención y provisión de servicios..... | 25 |
| 1.3.2. Elementos de provisión..... | 27 |
| 1.3.3. Abordaje de la atención en salud a la población..... | 32 |
| 1.4. Modalidades de entrega de los servicios..... | 34 |
| 1.5. Organización para la provisión de servicios..... | 35 |
| 1.6. Organización del sector: roles y estructuras de la gestión en salud..... | 37 |

| | |
|--|-----------|
| 1.7. Participación ciudadana..... | 38 |
| 1.8. Salud comunitaria en el marco de los derechos humanos..... | 40 |
| 1.9. Salud comunitaria en el marco de la constitución política nacional..... | 46 |
| | |
| CAPITULO II. MARCO METODOLÓGICO..... | 52 |
| | |
| 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 53 |
| | |
| 2.1. El problema..... | 53 |
| 2.2. Planteamiento del problema..... | 53 |
| 2.3. Antecedentes..... | 54 |
| 2.4. Justificación..... | 57 |
| 2.5. Objetivos..... | 59 |
| 2.5.1. Objetivos generales..... | 59 |
| 2.5.2. Objetivos específicos..... | 59 |
| 2.6. Hipótesis..... | 60 |
| 2.7. Cobertura..... | 60 |
| 2.7.1. Temporalidad..... | 60 |
| 2.7.2. Geográfica..... | 61 |
| 2.8. Propósito..... | 61 |
| 2.9. El diseño metodológico..... | 61 |
| 2.9.1. Tipo y nivel de investigación..... | 61 |
| 2.10. Escenario..... | 62 |
| 2.11. Población del estudio y criterios de selección..... | 64 |

| | |
|---|-----------|
| 2.12. Definición del conjunto de variables..... | 65 |
| 2.13. Técnicas de recolección de datos..... | 67 |
| 2.14. Procesamiento y presentación de datos..... | 68 |
| 2.15. Limitaciones de la investigación..... | 69 |
| | |
| CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 70 |
| | |
| 3. RESULTADOS DE LA IVESTIGACIÓN..... | 71 |
| | |
| 3.1. Características generales de la familia..... | 71 |
| 3.1.1. Sexo y edad del jefe o jefa de la familia..... | 72 |
| 3.1.2. Estado civil del jefe o jefa de la familia..... | 74 |
| 3.1.3. Ocupación y condición laboral del jefe o jefa de la familia..... | 75 |
| 3.1.4. Salario del o la jefe (a) de la familia..... | 76 |
| 3.1.5. Cantidad de miembros por familia..... | 77 |
| 3.1.6. Nivel de escolaridad de los(as) jefes(as) de la familia..... | 78 |
| 3.1.7. Aumento de los costos en el consumo de los alimentos y la cantidad de comidas que ingiere la familia..... | 79 |
| 3.2. Aspectos relacionados con la vivienda..... | 82 |
| 3.2.1. Problemas de la comunidad..... | 82 |
| 3.2.2. Vivienda..... | 83 |
| 3.2.3. Servicio de alumbrado..... | 84 |
| 3.2.4. Fuente de abastecimiento utilizada y con qué frecuencia llega el agua..... | 85 |

| | |
|---|------------|
| 3.2.5. Disposición de excretas..... | 86 |
| 3.2.6. Tratamiento de aguas servidas..... | 87 |
| 3.3. Aspectos de salud..... | 88 |
| 3.3.1. Disposiciones de las aguas servidas..... | 88 |
| 3.3.2. Atención médica..... | 89 |
| 3.3.3. Condiciones ambientales..... | 90 |
| 3.3.4. Enfermedades más comunes..... | 91 |
| 3.3.5. Vacunación de los niños..... | 92 |
| 3.3.6. Programas para beneficio de la familia..... | 93 |
| 3.3.7. Daños por contaminación ambiental..... | 94 |
| 3.3.8. Recolección de la basura..... | 96 |
| 3.3.9. Limpieza de la comunidad..... | 99 |
| 3.3.10. Sistema de reciclaje..... | 102 |
| 3.3.11. Clasificación de la basura..... | 103 |
| CAPÍTULO IV. PROPUESTA..... | 104 |
| 4. PROPUESTA DE TRABAJO..... | 105 |
| 4.1. Justificación..... | 105 |
| 4.2. Descripción del proyecto..... | 110 |
| 4.2.1. Objetivos del proyecto..... | 110 |
| 4.2.2. Áreas de intervención y resultados esperados (re)..... | 112 |
| 4.2.3. Actividades y cronograma del proyecto..... | 113 |
| 4.2.4. Indicadores y medios de verificación..... | 114 |

| | |
|---|-----|
| 4.2.5. Metodología..... | 114 |
| 4.2.6. Presupuesto..... | 117 |
| 4.2.6.1. Servicios profesionales..... | 117 |
| 4.2.6.2. Promoción de las acciones del proyecto..... | 118 |
| 4.2.6.3. Capacitaciones y actividades de promoción..... | 118 |
| CONCLUSIONES..... | 120 |
| RECOMENDACIONES..... | 127 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 129 |
| ANEXO..... | 138 |

INDICE DE CUADROS

| No. de Cuadros | Título | Página |
|-----------------------|--|---------------|
| Cuadro No. 1 | Porcentaje de la condición biológica y edad del jefe o jefa de familia de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 72 |
| Cuadro No. 2 | Porcentaje de ocupación y condición laboral del/la jefe o jefa de familia de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 75 |
| Cuadro No. 3 | Promedio del salario mensual del jefe/a de familia (en balboas) de la comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 76 |
| Cuadro No. 4 | Cantidad de miembros que integran la familia de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 77 |
| Cuadro No. 5 | Porcentaje de los costos en el consumo de las comidas que ingiere la familia de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 80 |
| Cuadro No. 6 | Fuente de abastecimiento utilizada y con qué frecuencia llega el agua a la familia según porcentaje de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 85 |

INDICE DE GRÁFICA

| No. de Gráfica | Título | Página |
|-----------------------|--|---------------|
| Gráfica No. 1 | Promedio de la condición marital de/la jefe/a de familia de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 74 |
| Gráfica No. 2 | Nivel de escolaridad que tienen los jefes/as de familia de la Comunidad 31 de Octubre, 2011 en porcentaje..... | 78 |
| Gráfica No. 3 | Porcentaje de los problemas que afectan a la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 82 |
| Gráfica No. 4 | Promedio de los materiales de construcción según la vivienda de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 83 |
| Gráfica No. 5 | Porcentaje del servicio de alumbrado que utiliza la familia en la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 84 |
| Gráfica No. 6 | Porcentaje del servicio sanitario que disponen las familias de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 86 |
| Gráfica No. 7 | Tienen alcantarillados adecuados para el tratamiento de las aguas servidas según porcentaje de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 87 |
| Gráfica No. 8 | A dónde se dirigen las aguas servidas según promedio de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 88 |

| | | |
|----------------|---|-----|
| Gráfica No. 9 | A dónde acuden en busca de atención médica según porcentaje de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 89 |
| Gráfica No. 10 | Promedio del ambiente propicio para la propagación de enfermedades de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 90 |
| Gráfica No. 11 | Porcentaje de las enfermedades más comunes de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 91 |
| Gráfica No. 12 | Control de la vacunación de los niños según porcentaje de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 92 |
| Gráfica No. 13 | Porcentaje de los programas de promoción de la salud de la familia que se desarrollan en la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 93 |
| Gráfica No. 14 | Porcentaje de daños que ocasionan los efectos de la contaminación ambiental en la salud familiar y comunitaria en la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 94 |
| Gráfica No. 15 | Proceso de recolección de basura según porcentaje de la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 96 |
| Gráfica No. 16 | Promedio de la organización entre vecinos para la limpieza en la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 99 |
| Gráfica No. 17 | Porcentaje de utilización del sistema de reciclaje en la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 102 |
| Gráfica No. 18 | Promedio de la clasificación de la basura en la Comunidad 31 de Octubre, 2011..... | 103 |

RESUMEN

Este trabajo de investigación es de carácter familiar y comunitario, ya que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias. La propuesta de trabajo nace de la necesidad sentida de la comunidad y del sentimiento de vulnerabilidad de las familias, ya que en las mismas existe una fuerte preocupación por el desempeño de los sistemas de salud, tanto a nivel del Ministerio de Salud (MINSA), como de los servicios que ofrece la Caja de Seguro Social.

El enfoque de este trabajo se basa en un modelo de atención preventivo, que sugiere que los resultados de salud para las personas, familias y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas, y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud.

El enfoque provee una visión más integral de la salud y sus determinantes, que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de su vida y responde a los determinantes sociales. Al adoptar este enfoque, el Proyecto procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura de la Comunidad 31 de Octubre del Lídice del corregimiento de Capira.

Mediante el estudio, se hace un análisis de las necesidades y de acciones que den respuesta integral a la problemática, así como la incorporación e integración a las redes de servicios de salud, que se especializan en Salud Familiar y Comunitaria, se elaborará

la propuesta que busca contribuir a la implementación en la Comunidad 31 de Octubre, la Política Nacional de Salud, facilitando el desarrollo en la población de actitudes y competencias que les permitan integrarse al Sistema Panameño de Salud y responder de forma efectiva a sus necesidades

Las familias de la Comunidad 31 de Octubre, presentan diferentes problemas socioeconómicos que deterioran día a día la salud de todos sus miembros. Para poder restituir de forma digna el derecho a la salud, se necesita trabajar desde la comunidad de manera conjunta y organizada con solidaridad para que se afiancen desde la acción de las personas, las familias, las organizaciones sociales, los actores sectoriales e intersectoriales públicos y privados que faciliten asegurar la salud en la comunidad.

Por este motivo, esta propuesta de trabajo de tesis de maestría se puede constituir en un valioso insumo en el ámbito social y la familia como célula fundamental de la sociedad que es un objetivo de trabajo esencial para salud, al analizar los métodos de intervención de trabajo social a nivel familiar y comunitario, desde la perspectiva de los actores sociales involucrados. Para efectos de esta investigación, interesa analizar la congruencia existente entre los servicios ofrecidos por las instituciones de salud y las necesidades de las familias, partiendo de un enfoque de derechos humanos.

SUMMARY

This research is comprehensive, family and community, and that health care should be a continuous process that focuses on care and family care. This project stems from the perceived need for the community and the state of vulnerability of families, because in them there is concern about the performance of health systems at both the Ministry of Health, and the services offered by the Fund Social Security.

Families with unmet need with limited resources bring together people whose health condition worsens when interacting with the health system, accentuating their impoverishment due to the costs for medicines and treatments should be given for improvement. Giving greater importance to health, family and community, will ensure that the population living in urban poverty, rural and indigenous, low-income and consumption and limited access to health services, educational and cultural counts with the possibility to benefit from these resources should be available to enjoy an acceptable health status.

Through the study, we present the needs and actions that respond to the problem. Furthermore, the incorporation and integration services networks that specialize in Family and Community Health and made a proposal that seeks to contribute to the implementation in the community on October 31 in order to facilitate the development of attitudes in the population and powers enabling them to integrate into the Panamanian Health System and respond effectively and timely to their needs.

The families of the Community October 31 have different socio-economic problems that impair their daily health status. To restore a dignified manner the right to health, is needed from the community work together and organized in solidarity to a build from the action of individuals, families, social organizations, stakeholders and cross-sectoral public and private facilitate secure health in the community.

For this reason this master's thesis can be considered as a valuable input into the social and family to discuss the methods of intervention, from the perspective of social factors involved. For purposes of this investigation, interested in analyzing the congruence between the services offered by health institutions and the needs of families, from a rights approach to validation

INTRODUCCIÓN

La Salud Familiar y Comunitaria se considera como una política prioritaria del Ministerio de Salud. Al mismo tiempo, se han formulado las Normas Integrales de Salud para la población y el ambiente para el primer nivel de atención, las cuales tienen como propósito optimizar los recursos de salud y garantizar la atención integral con enfoque de género, una activa participación ciudadana y un importante énfasis en promoción de la salud.(1)

Como país ha visto la necesidad de introducir cambios radicales en el Sistema de Salud. En su esencia, reconocer el derecho humano de las personas a una atención de salud equitativa, resolutive y respetuosa entendiéndose que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias. El desarrollo integral de cualquier persona necesita de diversos estímulos y factores que le permitan crecer y desarrollarse, ser productivos y establecer lazos de convivencia social adecuados, en pocas palabras lograr un máximo deseado de bienestar y salud integral a pesar de las adversidades y problemas cotidianos. (2)

Es evidente que existe la necesidad de realizar una propuesta de atención que garantice el acceso a los servicios de salud, que sea capaz de reducir las brechas en la situación de salud entre grupos de población de acuerdo a los niveles de pobreza, sexo,

(1) MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (MINSA/OMS). 2002. Informe de Panamá "Logros en promoción de la salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México". Panamá. Pág. 26

(2) Ídem. Pág. 27

edad, etnia y otras características de la comunidad identificada, a fin de eliminar los principales problemas de salud.

La Declaración de Yakarta identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

Promover la responsabilidad social para la salud

Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud

Expandir la colaboración para la promoción de la salud

Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos

Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud. (3)

Tomando en cuenta los aspectos antes señalados, haciendo un mayor énfasis en el aspecto de promoción de la salud a nivel familiar y comunitaria, se procedió a realizar este estudio, cuya finalidad en primera instancia, fue la de realizar una descripción de la situación de la **“Salud familiar y comunitaria con enfoque en derechos humanos, en la Comunidad 31 de Octubre, corregimiento de Lídice, distrito de Capira”**.

En segunda instancia en este trabajo se presenta el diseño de una propuesta, que consideramos es una respuesta a la problemática de salud, y puede ser usada por nuestras comunidades que necesitan mejorar el acceso a los servicios de salud, en comunidades que sufren las consecuencia de la inequidad, los hábitos y estilos de vida, las viviendas y los entornos poco saludables como son el analfabetismo en salud, la inadecuada

(3) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1998. *Promoción de la Salud Glosario*. Ginebra. Suiza. Pág. 11.

utilización de la red prestadora de servicios de salud por parte de los usuarios, consecuencias del desconocimiento de los mecanismos de participación en salud, derechos y deberes.

Por lo anterior, toda esta información desde el inicio y culminación de esta investigación fue organizada, obtenida y consultada mediante documentos oficiales, revisión bibliográfica sobre el tema y algunos documentos de referencias internacionales. Es importante señalar que la organización de los resultados de la investigación se estructuró de la siguiente manera: El primer capítulo contiene la fundamentación teórica sobre salud familiar y comunitaria, con enfoque en derechos humanos. El capítulo segundo, presenta los aspectos metodológicos, es decir, el problema, el planteamiento del problema, antecedentes, justificación, objetivos de la investigación (general y específicos), hipótesis, cobertura, propósito, diseño metodológico, escenario, población de estudio, técnicas de recolección de datos, procesamiento y presentación de datos.

En el tercer capítulo, se presentan los resultados y discusión de algunas características familiares y sociales de los(as) 50 jefes(as) sujetos de investigación con un análisis de los resultados de las respuestas a las encuestas, con gráficas y cuadros estadísticos a modo de ilustración. En el capítulo cuarto, presentamos el diseño de la propuesta de trabajo "Salud familiar y comunitaria con enfoque en derechos humanos, en la Comunidad 31 de Octubre, corregimiento de Lídice, distrito de Capira". Por último, aparecen las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I.
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Nuestra investigación se centra en el conocimiento sobre la salud familiar y comunitaria con enfoque en derechos humanos. Tomando en consideración que la familia es el ámbito social en el cual tienen lugar, de una manera u otra, importantes decisiones de las personas sobre su vida, sobre su trabajo y otras acciones que inciden en su bienestar. Desde la perspectiva del Estado, **la familia** es considerada como una institución mediadora en las iniciativas vinculadas con la promoción de la salud comunitaria con equidad, con la garantía de los derechos humanos básicos, y con la integración de los individuos en redes sociales y comunitarias. (4)

Las familias en Panamá, al igual que en el resto del mundo, han cambiado muy rápidamente en las últimas décadas, fenómeno ampliamente reconocido por los gobiernos de la región. Ese reconocimiento destaca que la institución familiar en los países de América Latina y el Caribe está viviendo un rápido proceso de transformación, y que su evolución presenta tendencias similares. Las principales tendencias son la reducción del tamaño de la unidad familiar; el descenso y retraso de la nupcialidad; los aumentos de la maternidad precoz; de las uniones consensuales; de las rupturas conyugales; de los hogares monoparentales, unipersonales y de las familias reconstituidas. Estos aspectos deben tomarse en cuenta en el momento de tomar decisiones sobre las políticas públicas relacionadas con la salud familiar. (5)

(4) Arraigada, Irma. 1997. **Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo. Naciones Unidas.** Comisión económica para América Latina y el Caribe. Serie políticas sociales No. 21. Santiago de Chile. Pág. 9

(5) Ídem., Pág. 30

1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SOBRE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, CON ENFOQUE EN DERECHOS HUMANOS

1.1. Salud familiar y comunitaria

La constitución de la OMS de 1948 define la **salud** como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.”(6)

“De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. Esto pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud”. (7)

(6) Organización Mundial de la Salud, Op. cit., pág. 10.

(7) Ídem., pág. 11

La OMS, considera que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. (8)

Para tener a la **familia como unidad de intervención** de políticas sociales, es necesario tener en cuenta el desafío de llegar a la familia como grupo humano, no a uno de sus miembros, interviniendo en la dinámica familiar. (9) Para ello es necesario reconocer la complejidad de los problemas de los grupos familiares, incorporar los aspectos psicosociales que están presentes y tener en cuenta la realidad social en la cual ellos están insertos. Ayudan a este proceso:

- a) Tener en cuenta el ciclo vital del grupo familiar
- b) Establecer el puente entre la familia como núcleo y la red de protección social, fortaleciendo su cometido como agente de apoyo psicosocial de las familias.

(8) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2002. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. No. 1, julio de 2002. Pág. 7

(9) NACIONES UNIDAS y CEPAL. 2005. *Reunión de expertos políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*. CEPAL, 28 y 29 de junio 2005. Sala Medina. **Ana Rico de Alonso**. Chile. Santiago de Chile. Pág. 5

La **promoción de la salud** es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

(12)

Mejorar el conocimiento y las prácticas de los padres y de toda la familia con relación al cuidado y atención de los niños y las niñas, podrá lograrse promoviendo la participación comunitaria, asumiendo un conjunto de prácticas familiares claves que contribuirán a mejorar la capacidad de la familia para brindarle a sus niños y niñas la atención más apropiada, para garantizar su supervivencia, crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros años de vida.

La aplicación de estas prácticas clave en el seno de la familia y de la comunidad permitirán además fortalecer el vínculo entre sus integrantes y fortalecer el papel clave que desempeñan en la construcción de comunidades comprometidas con su futuro, que cuiden y protejan la salud de todas las personas.

(12) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op.cit., pág. 12.

todos y en cada uno de los niveles de decisión, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y otros afines, y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones, las cuales se negocian continuamente a medida que van cambiando las condiciones. (15)

De acuerdo a la noción anterior, la participación social incluye, pero no se limita a la **participación comunitaria**, la cual está referida a las acciones individuales y colectivas para promover la salud, prevenir o tratar la enfermedad y participar en los procesos de recuperación y rehabilitación de los enfermos.

La **prevención de la enfermedad** abarca las medidas destinadas para prevenir la aparición de la enfermedad, la reducción de los factores de riesgo, y la detención de su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. (16)

(15) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Op.cit., pág. 23

(16) Ídem., pág. 13

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a las personas y las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. (17)

Por su parte la OPS/OMS, consideran que participación social significa que todos los actores sociales de una comunidad, toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre necesidades y prioridades de cualquier problema que afecta a la comunidad, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes, adopción de medidas y evaluación de resultados sin que ello signifique un abandono de la responsabilidad directa del Estado. (18)

Otro elemento importante a tomar en cuenta para el desarrollo del marco de referencia de esta investigación es el concepto de **Comunidad**, que es definido como un "grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida,

(17) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Op.cit., pág. 14

(18) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). 1999. *Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. Estados Unidos. Pág. 15

comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas". (19)

Para realizar una labor de promoción de la salud con la familia a nivel comunitario es necesario tomar en cuenta la **acción comunitaria para la salud**, que se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud. (20)

La Carta de Ottawa pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. El concepto de **empoderamiento** para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. En

(19) Organización Mundial de la Salud, Op. cit., pág. 15.

(20) Ídem., pág. 17

este concepto, una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, las personas y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud de su comunidad. (21)

1.2. Organización de los Servicios de Salud

El Estado se responsabiliza de las políticas y prácticas que aplican los sectores público y privado, a su vez debe evitar perjudicar la salud de las personas; proteger el medio ambiente y garantizar el uso sostenible de los recursos; restringir la producción y el comercio de productos y sustancias inherentemente perjudiciales y desalentar las prácticas de mercadotecnia nocivas para la salud; proteger a la familia en el mercado y la persona en el lugar de trabajo, como parte integral del desarrollo de las políticas. Es así que el Estado se organiza para brindar la atención en materia de salud, a nivel nacional.

(21) Organización Mundial de la Salud, Op., pág. cit. 18

1.2.1. Atención primaria en salud

Según [MINSA/OMS], la provisión de servicios de salud del país se ofrece por tres grandes subsectores: el público, el de seguridad social y el privado. El sistema público está dividido en regiones sanitarias en donde tienen presencia paralela tanto la red pública del MINSA como de la CSS. A pesar de su autonomía, el MINSA y la CSS intentan armonizar los planes de acción y los modelos de gestión de sus propias instituciones prestadoras de salud, con un cierto grado de desconcentración de funciones en las regiones sanitarias. (22)

La atención de la salud está organizada en por tres niveles de atención. La atención primaria en salud, se refiere al conjunto de cuidados básicos contruidos sobre métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentales y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos, familias, a través de su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y autodeterminación. La APS forma parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco en el desarrollo económico y social global de la comunidad. (23)

(22) MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (MINSA/OMS). 2004. *La comisión sobre determinantes sociales de la salud*. Panamá. Pág. 17

(23) Ídem., pág. 20

La Atención Primaria en Salud (APS), es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive, trabaja y constituye el primer eslabón de un proceso continuo de atención. Este nivel de contacto conlleva una revisión de prácticas y tendencias, para mejorar la salud, la atención primaria se centra en la salud de las personas en los contextos de los otros determinantes; es decir, en el medio físico y social en el que las personas viven, estudian, trabajan y se recrean, más que en enfermedades específicas. (24)

El segundo nivel de atención comprende a las especialidades básicas, está a cargo de médicos especializados y enfermeras, quienes brindan atenciones ambulatorias y a encamados en hospitales generales o de especialidad, contando con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. El tercer nivel de atención realiza las atenciones especializadas de mayor complejidad, así como investigaciones clínicas y básicas, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y otros profesionales. Reciben los pacientes referidos del segundo nivel de atención, aunque también pueden entrar por los servicios de emergencia propios. (25)

(24) MINISTERIO DE SALUD, Op. cit., pág. 21

(25) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS). 2008. *Estrategia de cooperación con el país. Panamá 2007-2011*. Ministerio de Salud de Panamá. Pág. 5.

1.2.2. Accesibilidad a los servicios de salud

El ordenamiento de los servicios de salud se basa en criterios de accesibilidad geográfica, cultural, de género, económica, etc. que garanticen una puerta de entrada para favorecer el primer contacto de los usuarios y las usuarias, incluyendo a las comunidades indígenas y grupos étnicos, a fin de fomentar la confianza y credibilidad de los servicios.

(26)

Según el MINSA, la Atención Integral en Salud concretiza los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad, participación social, equidad y responsabilidad de los ciudadanos. Así mismo asume el principio de accesibilidad de la Política Nacional de Población, aprobada en el año 1997, que reconoce:

- “El respeto a los principios legales, culturales, morales y religiosos de la población”.
- “El papel integrador de la familia con relaciones basadas en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer”.
- “El respeto a la diversidad étnica y el derecho que tiene cada comunidad para preservar y desarrollar su propia identidad cultural”. (27)

(26) MINISTERIO DE SALUD. 2011. Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud. Departamento de Formación y Evaluación de Proyectos. Panamá. Pág. 18

(27) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS), Op. cit., pág. 21.

1.2.3. Integralidad de las acciones en los servicios de salud

En el documento de *Estrategia de Cooperación con el país. Panamá 2007-2011*:
“La integralidad contempla a la persona como un ser bio-sicosocial perteneciente a una familia y a la comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática con respecto a la salud de los miembros de la familia, de su comunidad para la protección y mejora del ambiente que lo rodea.” (28)

También implica la orientación de la atención integral de los problemas de salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, protección, atención y rehabilitación de la salud. Significa asegurar que los distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde las personas o grupos poblacionales lo demanden, según dice la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud del año 2006. (29)

“La integralidad requiere que se identifique de manera adecuada la gama completa de necesidades de salud de los usuarios, las usuarias, y de los factores tanto de riesgo como protectores a la salud, presentes en sus familias, comunidades que dispongan recursos para manejarlas, teniendo en cuenta sus intereses y particularidades culturales.

(28) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS), Op. cit., pág. 29

(29) Ídem., pág. 31

La integralidad en la atención incorpora tanto el principio de integralidad de la Ley General de Salud como los de participación social, eficiencia, calidad, sostenibilidad y responsabilidad ciudadana”. (30)

En la Declaración de ALMA, que la “Salud Integral es un compromiso de todas las personas de mejorar la entrega de servicios, para lograr un mejor impacto sobre su estado de salud, asegurando su oportunidad y continuidad. Reconociendo que la salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial: porque tiene una carga biológica y psicológica que se desarrolla dentro de un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecológicas del entorno familiar de la comunidad.” (31)

A su vez, la familia está en constante interacción entre sus miembros, con el medio natural, cultural y social de su entorno comunitario. Por tanto, una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas que requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad; todo esto transcurre a lo largo de la vida de cada etapa personal y familiar que tiene sus propias necesidades y enfoques.

(30) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS). 1978. **Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.** Pág. 17

(31) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS), *Op.cit.*, pág. 8

1.2.4. Longitudinalidad en el proceso de la atención en salud

Es la relación personal a largo plazo que se establece entre el personal proveedor y las personas usuarias del servicio de salud. Es una característica del modelo de atención que implica que existe un lugar, una persona y un equipo de trabajo que le provee atención a los usuarios y usuarias a lo largo del tiempo, sea para acciones de prevención o de diagnóstico y tratamiento. (32)

La longitudinalidad en la atención implica que el equipo de salud al cuidado de los usuarios se preocupe de su atención integral en los diferentes niveles del sector donde esta característica del modelo de atención es uno de los pilares para asegurar la articulación entre los diferentes niveles de atención para la cohesión de la red de servicios de salud del país. Además incorpora los principios de la Ley General de Salud: participación social, eficiencia, calidad y responsabilidad de los ciudadanos. (33)

(32) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS), Op. Cit., pág. 38

(33) Ídem., pág. 46

1.3. Componentes del modelo de salud

El Reglamento de la Ley General de Salud indica que la Atención Integral en Salud, tiene tres componentes: provisión, gestión y financiamiento. En sus aspectos más visibles, el Modelo de Atención Integral en Salud es el producto de la interacción dinámica de los niveles de atención (provisión), con los niveles de gestión del sector. Esta experiencia permite que los resultado deben generar servicios de salud eficaces, efectivos y eficientes, que mejoren la situación de salud de la población con equidad y generen progresivamente, mayores niveles de satisfacción de los usuarios y las usuarias, procurando su protección financiera frente a los riesgos que trae consigo el costo de los servicios. (34)

1.3.1. Componente de atención y provisión de servicios

Las necesidades de salud previamente identificadas son abordadas a través de los cuidados esenciales, que son el conjunto de acciones que cada persona o familia debe recibir para mantener y proteger su salud, al satisfacer sus necesidades de salud.

(34) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS), Op. Cit., pág. 45.

Los cuidados esenciales son ofrecidos de formas diversas como son:

Autocuidado, los cuidados ofrecidos por la familia y las atenciones de salud, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en los ámbitos intramuros y extramuros. (35)

Esto quiere decir que los cuidados son ofrecidos no sólo por los y las profesionales de la salud, sino que las mismas personas son responsables de su salud. También se utilizan otros escenarios, tales como el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, con la participación de la comunidad. Existen paquetes de Atención Integral de Salud, que consisten en un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (autocuidado), familia, los y las agentes comunitarios, otros actores y otras actrices sociales de la comunidad.(36)

Estos paquetes de atención integral de salud se clasifican por etapas de vida, la familia, comunidad y entornos saludables, de acuerdo a disposiciones de la Organización Mundial de la Salud. En cuanto a la provisión de servicios corresponde al conjunto de acciones concretas, definidas y organizadas que se brindan a la población y su ambiente, a través de una red de servicios articulados. La misma incorpora criterios de asignación de la población a ser atendida y los principios relativos al proceso de

(35) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS), Op. Cit., pág. 48

(36) Ídem., pág. 51

atención, desarrollando una gestión clínica y gerencia del cuidado, con énfasis en la satisfacción de los usuarios y usuarias, según señala. (37)

También contempla la realización de las acciones de promoción de hábitos y estilos de vida saludable, protección de las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de discapacidades temporales o permanentes donde incorpora como premisa central la promoción de la salud que es el proceso mediante el cual las personas y las comunidades se apropian de los medios e instrumentos necesarios para estar en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo, mejorar su estado de salud.

1.3.2. Elementos de la provisión

La provisión de servicios para ser efectiva y eficiente considera al individuo como centro de su atención inmerso en un ambiente familiar, en una comunidad y en un entorno físico y ecológico que le favorezcan o limiten en su salud. Los elementos que constituyen la provisión, a continuación se plantean:

- a) Los grupos de población,** que se definen de acuerdo al ciclo de vida de las personas y su vulnerabilidad.

(37) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS), Op. Cit., pág. 26

b) Escenarios de la atención, que contemplan las acciones de salud dirigidas a las personas, a las familias, a la comunidad, al entorno físico y ecológico. (38)

- Atención centrada a los individuos

La prestación de servicios se centra en el cuidado y autocuidado de las personas y no en la atención a las “enfermedades”, por lo que las acciones se organizan en función al desarrollo sano de las personas. Si se consigue una buena integralidad, sobre todo en lo referente a sus problemas de salud, en el momento de diseñar la variedad de servicios disponibles y su modo de aplicación, estas necesidades especiales deben identificarse y manejarse de forma adecuada. (39)

- Atención centrada en la familia

La familia es la institución social básica, es el punto de arranque decisivo en el proceso de socialización de las nuevas generaciones renovadoras de la sociedad que en el interior la familia existen diferentes roles y funciones, como la transmisión de valores y conductas, el desarrollo de lazos tanto afectivos como emocionales y la interacción con el sistema social. Es en la familia en donde se fomenta la salud o se genera la enfermedad. (40).

(38) MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit., pág. 27

(39) Ídem., pág. 28

(40) Ídem., pág. 29

El enfoque de atención centrada en la familia lleva al prestador a conocer qué factores en los y las integrantes de la familia, están influyendo en sus problemas de salud y también cuáles son los problemas que la familia y sus integrantes están recibiendo de parte del usuario. Se identifican factores de riesgo y daños en el seno de la familia a fin de ayudarles, capacitándoles en el autocuidado de su salud y en el apoyo entre sus integrantes, tratar de resolver los problemas de salud de todos como una unidad orgánica. (41)

- Atención centrada en la comunidad

Los servicios de salud orientados a la comunidad deberán contar con el conocimiento actualizado de las necesidades y prioridades en salud valoradas desde la óptica técnica como de la óptica comunitaria. En ellos, el personal de salud, los proveedores, participan en los asuntos de la comunidad y poseen conocimientos específicos sobre los sistemas sociales y de apoyo solidarios existentes, incluyendo los recreativos, religiosos y políticos. (42)

(41) MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit., pág. 30

(42) Ídem., pág. 31

En este proceso, la comunidad, y las personas participan tanto en los espacios de gestión en las unidades de salud, como en las acciones que fortalecen su propia salud como las jornadas de salud, las iniciativas de entornos saludables (escuelas, mercados, espacios o municipios), las jornadas programadas con la comunidad para la detección temprana de enfermedades que amenacen la salud de sus miembros, ferias de salud, entre otras. (43)

- Atención al medio ambiente físico y ecológico

La provisión de servicios de salud adopta una estrategia de acción ambiental, básicamente preventiva y participativa en el nivel local que reconoce el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y adecuado. Las personas deben ser informadas sobre los riesgos del ambiente en relación con su salud, bienestar y supervivencia. (44)

c) Paquete básico de servicios, son las atenciones preventivas, curativas, que se brindan en el centro de salud a la persona, familia, comunidad, incluyendo diagnósticos, terapias farmacológicas, procedimientos quirúrgicos y autocuidado. (45)

(43) MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit., pág. 32

(44) Ídem., pág. 33

(45) Ídem., pág. 33

d) Organización de redes, una red de servicios de salud organizada, la conforman un conjunto de recursos comunitarios, establecimientos públicos y privados de diversa complejidad y modalidades de atención, que comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para ser capaz de responder a la mayoría de las demandas en salud de una población en un determinado territorio. (46)

Las principales características de las redes de servicios de salud deben ser:

- Centradas en los y las paciente, usuario y usuarias.
- Enfoques de atención primaria de base comunitaria.
- Tendencia hacia la atención a domicilio y la corta estancia hospitalaria.
- Modelo organizativo de menor a mayor complejidad.
- Énfasis en las acciones de promoción y prevención en salud.
- Hospitalización reservada para casos técnicamente justificados.
- Utilización racional y eficiente de los recursos disponibles.
- Definición clara de roles y responsabilidades sectoriales y extra-sectoriales. (47)
- Su propósito es aumentar la accesibilidad a los servicios de salud, reducir las brechas de atención y mejorar la continuidad de la atención y los cuidados de la salud. Las redes de servicios de salud brindan atención bajo dos modalidades a saber: salud comunitaria y atención en el establecimiento de salud. (48)

(46) MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit., pág. 40

(47) Ídem., pág. 41

(48) Ídem., pág. 42

e) **Grupos de población**, la provisión de servicios se centra en la atención integral a las personas, y para efecto de dirigir sus acciones considera la situación diferenciada de los grupos poblacionales según el ciclo de vida, el niño, la niña, adolescente, adulto, adulta, adulto mayor y adulta mayor; tomando en consideración el perfil epidemiológico, el riesgo, las diferencias de género y la vulnerabilidad del grupo poblacional. (49)

Cada persona al entrar en contacto con el sector salud, debe ser abordada desde la perspectiva de la persona, de su inserción en su núcleo familiar y en la comunidad a la que pertenece. Además debe merecer atención en el medio en que se desarrolla. La población vulnerable de esta comunidad la constituyen todas las personas que no disponen de recursos para satisfacer las necesidades básicas para su desarrollo humano, así como grupos especiales de personas de acuerdo a los factores biosicosociales, entre otros el binomio madre-niño, personas de la tercera edad y personas con discapacidad. (50)

1.3.3. Abordaje de la atención en salud a la población

La atención en los centros de salud, nos abre una posibilidad de establecer coordinación con los servicios sociales con consultas diarias, constituye un fantástico observatorio social. Por poco que escuchemos, nos enteramos de las necesidades y del sentir de la población. Sabemos cuál es la situación familiar y social de las personas dependientes, conocemos su contexto. (51)

(49) MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit., pág. 42

(50) Ídem., pág. 42

(51) MINISTERIO DE SALUD. 2007. **Marco conceptual del modelo de salud familiar y comunitario MOSAFC** MINSA: 2 Edición. Managua. Nicaragua. Pág. 21

Nuestro trabajo, va un poco más allá y colabora con los servicios sociales que requiere de coordinación y de oportunidad para plantearnos un abordaje más comunitario, de promoción de la salud. Se trata, por tanto, de salir del centro de salud, de establecer una coordinación con los servicios sociales y de otros servicios presentes en la zona de salud, para hacer propuestas de promoción de la salud. (52)

Se organizan campañas populares y gratuitas para hacer densitometrías en los centros cívicos u otros locales de la comunidad a todos los que se acerquen. También se podrían aumentar los espacios de socialización de carácter público, y los programas adaptados a los grupos de apoyo. Además, se debe pensar en un urbanismo más humano, más adaptado a las necesidades de los mayores. Y qué decir de las condiciones de la vivienda, del apoyo asistencial y afectivo, de la perspectiva de género, de la sexualidad, de la integración a una vida productiva adaptada a la edad. (53)

Para ejecutar con la comunidad un proceso educativo que sitúe la salud como un problema de todos y poner en marcha con la comunidad programas y actividades que aumenten el bienestar físico, psíquico y social, entre otros, de los mayores. Contribuir a que las personas gocen de salud y sigan contribuyendo al bienestar de sus familias y de su comunidad, requiere de una Atención Primaria de Salud sensible a las necesidades,

(52) MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD , Op.cit., pág. 21

(53) Ídem., Pág. 24

que incluya iniciativas comunitarias encaminadas a la promoción de un envejecimiento activo y saludable a lo largo de todo el ciclo vital, así como planes y programas multisectoriales que tengan en cuenta los aspectos de género, se reconozcan y atiendan los derechos y las necesidades de los hombres y mujeres. (54)

1.4. Modalidades de entrega de los servicios

La entrega de servicios de salud a la población en cantidad suficiente y con calidad para la satisfacción de sus necesidades básicas de salud y para el abordaje a los principales daños requieren de características poblacionales como niveles de pobreza, acceso geográfico y cultural a servicios de salud, así como el costo de la entrega del servicio en función de su calidad y cobertura. (55)

- **La efectividad de los servicios de salud**, requiere de combinaciones adecuadas de modalidades de entregas de los mismos, de forma tal que se logre hacer sinergia entre la actuación comunitaria e institucional, de la acción intra y extramural de los proveedores de servicios, de las alianzas entre proveedores públicos y privados, así como de las acciones preventivas y curativas para enfocar los servicios de salud hacia los grupos vulnerables. (56)
- **Un pilar fundamental para la entrega de servicios**, es la Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud. (57)

(54) MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op.cit., pág. 23

(55) MINISTERIO DE SALUD, Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud, Op.cit., pág. 26

(56) Ídem., Pág. 27

(57) MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.(MINSA/OMS), Op.cit., pág. 28

- **La atención institucional a comunidades alejadas**, como la entrega del paquete básico a través de visitas programadas, periódicas debe ser coordinada con los líderes de la comunidad a fin de garantizar la mayor cobertura posible. Esta atención debe estar dirigida a grupos especiales de población para la vigilancia y promoción de su salud, como es el caso de embarazadas y niños de las brigadas móviles de los establecimientos públicos de salud. (58)
- **Los establecimientos de salud de primer nivel de atención**, deben coordinar con los líderes de la comunidad en función de captar a grupos y familias no cubiertos y en la organización del trabajo en las unidades tanto intramuros como en la comunidad para garantizar el máximo de eficiencia. (59)

1.5. Organización para la provisión de servicios

- Los proveedores de servicios de salud son personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras debidamente autorizadas, que tienen por objetivo la provisión de servicios de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de salud que requiere la población. Para la provisión de los servicios de salud se requiere de una serie de recursos básicos que incluye: el personal sanitario y comunitario, las instalaciones sanitarias y los bienes de consumo, que incluyen el medicamento. (60)

(58) MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.(MINSA/OMS), Op.cit., pág. 29

(59) Ídem., pág. 28

(60) MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op.cit., pág. 32

Esta provisión se organiza de acuerdo a niveles de atención, los que se constituyen en un conjunto de intervenciones de salud, tanto para preservarla como para recuperarla, por lo que se utilizan métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. (61)

Según [OPS/OMS (2008)] se definen tres niveles de atención en el primer escalón de la organización del modelo de atención integral, se abordan los problemas más frecuentes de la comunidad, proporcionando servicios preventivos, curativos y de rehabilitación capaces de maximizar la salud y el bienestar de la población. Los servicios de este nivel se prestan en la familia, en la comunidad y en unidades básicas dispuestas para la atención local. (62)

a) Servicios de promoción y protección de la salud de las personas: Comprenden la información, educación y comunicación en salud dirigida a arraigar hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud y a desterrar y modificar favorablemente los estilos de vida lesivos a la salud, las acciones de higiene a la comunidad que comprenden la vigilancia de la correcta eliminación de basuras y aguas. (63)

(61) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS), Op.cit., pág. 33

(62) Ídem., pág. 34

(63) Ídem., pág. 34

b) Servicios de fomento del desarrollo saludable de grupos de población

vulnerable: En estos cuentan los referidos a la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo de los niños, las acciones de control prenatal, la atención oportuna de los partos de bajo riesgo y del período puerperal, los servicios dirigidos al desarrollo sano de los y las adolescentes basados en consejerías dirigidas a sus problemáticas específicas, la protección contra enfermedades inmuno prevenibles, la planificación familiar y los dirigidos a los y las adultos (as) mayores.(64).

c) Servicios de detección temprana y atención oportuna y adecuada de los

principales problemas de salud que padece la población: Entre estos pueden mencionarse las enfermedades prevalentes de la infancia, las enfermedades de transmisión sexual incluida el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión vectorial, la tuberculosis, los cánceres ginecológicos, la atención o referencia a emergencias, las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, asma y otras. (65)

1.6. Organización del Sector: Roles y estructuras de la gestión en salud

“El rol regulador del Ministerio de Salud es una función que se ejerce a través de un conjunto de leyes, decretos, reglamentos, circulares, normas y otros instrumentos que permiten el diseño, evaluación, control y monitoreo de procesos técnicos y

(64) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, (OPS/OMS), Op.cit., pág. 28

(65) Ídem., pág. 29

administrativos del sistema de salud, en los subsistemas público, privado y otros, para garantizar estándares de calidad en la provisión de los servicios de salud, con el fin de lograr el mejoramiento continuo del nivel de salud de la población. Todo ello teniendo como referente permanente la Política del Gobierno en lo general y la Política de Salud en lo particular”, según la Normativa Nacional Vigente que regula la Promoción y Protección de la Salud. (66)

El Ministerio de Salud, “es responsable de la actualización necesaria para asegurar la calidad y de generar en forma participativa los objetivos para asegurar el acceso a la atención, asesorando técnicamente para el mejoramiento permanente de la calidad de la atención para el desarrollo prioritario de las modalidades de atención más necesarias.” (67)

1.7. Participación ciudadana

En las últimas décadas, el tema de la participación ciudadana ha alcanzado particular relevancia en las agendas de los organismos de promoción del desarrollo y ha adquirido una creciente legitimidad política y social. En efecto, la participación en la gestión local es una alternativa creativa frente a las tradicionales formas de implementación de políticas públicas en el mundo contemporáneo y constituye una

(66) MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (MINSA/OMS), Op.cit., pág. 38

(67) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS), Op.cit., pág. 41

estrategia fundamental para la superación de la pobreza y la consolidación de la institucionalidad democrática. (68)

En el caso de Panamá, se adquiere una particular relevancia, porque se inserta en el actual proceso de descentralización del Estado. En este sentido, la identificación y visibilización de las experiencias de gestión democrática y participativa, deben considerarse como un importante referente para afrontar los nuevos retos en la actual coyuntura de la regionalización.

El fin de la participación ciudadana no es tanto ella en sí misma, por cuanto que, la finalidad que persigue es la mejora sostenible de las condiciones de vida de la sociedad. En la Comunidad 31 de Octubre en Lídice se promueve la participación ciudadana en las tres modalidades, pero no todas se cumplen como son definidas, según [GUIDEMAPS, (2004)]:

-Participación privada, es la que se realiza a nivel personal, en cuanto a cumplir algunos deberes y responsabilidades, para participar de la vida económica, entre otras.

-Participación social, es la que se ejecuta ya sea en el ámbito geográfico o funcional inmediato, en procura de mejorar las condiciones de vida para una determinada colectividad. Ejemplo: la participación en juntas de vecinos, sindicatos, grupos ecológicos, sociedad de padres de familia, colegios profesionales, entre otros.

(68) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS), Op.cit., pág. 45

-Participación política, es la que se percibe cuando directamente o a través de representantes, se buscan los canales institucionales del Estado para lograr decisiones gubernamentales.

1.8. Salud comunitaria en el marco de los derechos humanos

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, por decirlo con todas las palabras, no es nuevo. En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". También se afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". (69)

Según la [OMS (1998)] el derecho a la salud es uno de los derechos humanos que se considera obligación social del Estado, se refieren a la protección de la salud colectiva y abarcan, entre otros aspectos, el control de los servicios básicos sanitarios, las medidas que garanticen un ambiente sano y el control de enfermedades infecciosas. En el plano individual, las medidas se refieren, entre otros aspectos, a la atención de enfermedades no transmisibles, a la maternidad, a la protección infantil. (70)

(69) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1998. 51ª Asamblea Mundial de la Salud, se acordó la "Política de Salud para Todos para el siglo XXI". Pág. 1

(70) Ídem., pág. 2

El derecho humano a la salud tiene principios, que permiten concretar aún más las características antes mencionadas y que constituyen las premisas sobre las cuales debe basarse la acción del Estado para promover y proteger la salud, y la acción de la población para exigirla:

. **Igualdad.** Nadie puede ser discriminado en el disfrute de los servicios de salud por razones de raza, sexo, color, religión, edad, condiciones económico-sociales, estado de salud, género o de otro tipo. Todos tenemos derecho a acceder al Sistema de Salud en un plano de igualdad, tanto en los aspectos preventivos y de promoción, como en la asistencia y rehabilitación. El Estado tiene la obligación de garantizar oportunidades similares a toda la población. (71)

. **Accesibilidad.** Las medidas y políticas de salud deben estar al alcance de toda la población sin distinción de ninguna naturaleza. Esto quiere decir que las políticas de promoción, prevención y protección de la salud deben estar diseñadas de forma tal que puedan ser accesibles a toda la población tomando en cuenta las limitaciones que ésta pueda tener. El Estado tiene la obligación de garantizar el acceso de toda la población a

(71) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Op.cit., pág. 10

los bienes, servicios y establecimientos de salud. Por ello, el acceso a los servicios públicos de salud debe **ser gratuito**, dado que existen sectores de la población que carecen de recursos. (72)

. **Equidad.** El pleno desarrollo de la salud de las personas debe plantearse sobre la base de la justicia distributiva. Esto significa que se deben tomar medidas que aseguren que los sectores más desprotegidos de la población tengan las mismas posibilidades de satisfacer su derecho a la salud. Para ello, el Estado debe diseñar y desarrollar políticas que busquen corregir las iniquidades existentes entre los diversos sectores de la población, mejorando la calidad de vida de los grupos más desfavorecidos. Una parte fundamental de las políticas de salud debe ser la lucha efectiva contra la pobreza, pues ésta se encuentra en la raíz de gran parte de los problemas de salud que padecemos. (73)

. **Participación.** Para que el derecho a la salud logre garantizarse plenamente es necesario contar con la participación activa de la comunidad en la planificación, ejecución, seguimiento, administración y evaluación de las medidas y políticas en salud. (74)

(72) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Op.cit., pág. 11

(73) Ídem., pág. 12

(74) Ídem., pág. 12

Es así que la comunidad tiene derecho a participar, entendido como tomar parte en alguna cosa e intervenir en la dirección de los asuntos públicos en condiciones de igualdad, estos dos aspectos fueron rescatados en el artículo 21 de la Declaración de Derechos Humanos de 1948 (75), y en el artículo 25 a) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Posteriormente, se ha ido incorporando progresivamente en los diversos ordenamientos jurídicos de carácter nacional e internacional, fortaleciendo una doble vertiente, social y jurídica, mutuamente complementaria. (76)

La Organización Panamericana de la Salud, en el documento de compromiso sobre la estrategia de la cooperación técnica 2007-2011 entre el Ministerio de Salud de Panamá y la OPS/OMS en Panamá, se plantea que la participación comunitaria como “proceso de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión”. (77)

(75) NACIONES UNIDAS (ONU). 2012. **Declaración universal de derechos humanos. Pág. 56**

(76) NACIONES UNIDAS (ONU)., *Op.cit.*, **pág. 56**

(77) NACIONES UNIDAS (ONU). 1966. **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión. Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Pág. 13**

Con este plan se apunta a la reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad especialmente en poblaciones pobres y marginadas; a la promoción de modos de vida sanos y reducción de los factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, económico, social y conductual; y al desarrollo de sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios, respondan a las demandas legítimas de la población y sean financieramente justos y sostenibles, con una política propicia y un entorno institucional para el sector de la salud que promueva una dimensión sanitaria para la política social, económica, ambiental y de desarrollo. (78)

Y según la Conferencia Internacional de Alma Ata., la participación comunitaria en salud es "El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el 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 ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo". (79)

(78) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS), Op. Cit., pág. 47

(79) Ídem., pág. 48

La Promoción de la Salud, según la Carta de Ottawa, es un “Proceso que proporciona a las personas (comunidades) los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su nivel de salud”. Esta Carta destaca las transformaciones de la salud mundial y los problemas que hay que superar para alcanzar sus objetivos, entre ellos la creciente carga doble de enfermedades transmisibles y crónicas, en particular las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y la diabetes. Es necesario además, abordar y controlar los efectos que tiene la globalización en la salud, como consecuencia del aumento de las desigualdades, la rápida urbanización y el deterioro del medio. (80)

En la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, se acordó la “Política de Salud para Todos para el siglo XXI”, en la que se establece como permanente objetivo principal el “conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud”. (81)

Para su consecución se han formulado: estrategias multisectoriales frente a los determinantes de salud; programas dirigidos al desarrollo de la salud y de la atención sanitaria; atención primaria orientada a la comunidad y a la familia, con un carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y por último, potenciar el

(80) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS). 1978. **Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Pág. 17**

(81) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1986. **Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Reunida en Ottawa (Canadá) el día 21 de noviembre de 1986, culminó con la Declaración mundialmente conocida como Carta de Ottawa. Pág. 7**

desarrollo comunitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud, en el hogar, centros educativos, en el trabajo, así como en el ámbito comunitario y nacional, que promueva tanto la toma de decisiones como la aplicación y la responsabilidad conjunta.(82)

1.9. Salud comunitaria en el marco de la constitución política nacional

Bajo el marco jurídico formalizado en 1946, se planteó la reorganización de los servicios de salud, lo que da inicio a la formación de los patronatos en el país y se orienta a la creación de una red de servicios preventivos y curativos para la población. Para regular asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la policía sanitaria y la medicina preventiva-curativa, se aprueba la Ley 66 del 10 de noviembre de 1947, la cual instituye "El Código Sanitario", vigente hasta el momento. Surgen las regiones de salud y el escalonamiento dentro de las mismas, para adecuar estos servicios a las necesidades de las comunidades en la periferia de la red. (83)

(82) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1998. **Promoción de la Salud Glosario**. Ginebra. Suiza. Pág. 4

(83) MINISTERIO DE SALUD. **Código Sanitario. Ley 66 de 10 de noviembre de 1947. "Por la cual se aprueba el Código Sanitario"**. (G.O. 10467 de 6 de diciembre de 1947). Panamá. Pág. 7

Desde el punto de vista jurídico la Carta Magna de la República de Panamá, se definen tres grandes lineamientos políticos, que hasta el momento no se han logrado, y que se conjugan para regular el quehacer del sector salud, estos son: la Salud Integral, la Participación Comunitaria para garantizar dentro del sector salud, la existencia de una democracia participativa y la reforma Técnico-Administrativa tendiente a una reorganización y redistribución racional y socialmente justa de los recursos a través de una estrategia de regionalización, sectorización e integración orgánica y funcional de todas las instituciones gubernamentales del sector salud. (84)

En la Constitución de la República de Panamá, se legisla lo concerniente al Concepto de Salud y Reconocimiento del Derecho a la Salud (85):

Artículo 56

El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de éstos a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad y previsión sociales. Igualmente tendrán derecho a esta protección los ancianos y enfermos desvalidos.

(84) MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit., pág. 8

(85) Ídem., pág. 9

Artículo 109

Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla. Entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 110

En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación:

1. Desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados.

2. Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.

3. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.

4. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectiva o individualmente, a toda la población.

5. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la

población. Estos servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.

6. Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral. (86)

Artículo 111

El Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país.

En cuanto a la estructura del sistema de salud, la Constitución señala:

Artículo 115.

Los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, intégrense orgánica y funcionalmente.

Artículo 116.

Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

(86) MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit., pág. 10

Por este motivo planteamos las siguientes interrogantes, que sirvieron de guía para realizar nuestro trabajo de investigación:

- ¿Cuáles son los intereses y responsabilidades compartidas por los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, para alcanzar metas comunes para el avance de la salud familiar?
- ¿Cuáles son los tipos de hogares más vulnerables a la pobreza, tomando en cuenta los atributos sociodemográficos y las características de las condiciones sociales que influyen en la salud, en la Comunidad 31 de Octubre?
- ¿Planifica el Ministerio de Salud acciones que permitan dar respuesta integral a las necesidades de salud de la Comunidad 31 de Octubre?
- ¿Cuál es la situación de la práctica de los derechos humanos en el desarrollo de salud de las familias y de la Comunidad 31 de Octubre?

2.3. Antecedentes

El conocimiento actual sobre las enfermedades, su prevención y control, ha permitido en los últimos decenios salvar millones de vidas en todo el mundo y contribuir a la supervivencia infantil. También ha brindado las bases para mejorar los comportamientos y las prácticas de las familias, contribuyendo a la adopción de hábitos

que han aumentado la esperanza de vida de la población y fomentado el crecimiento y el desarrollo saludables durante la niñez, la juventud y la edad adulta. (91)

El desarrollo tecnológico y de las comunicaciones, multiplicó los canales a través de los cuales la información y los conocimientos llegan a las personas; y los descubrimientos y hallazgos científicos pueden hoy ser conocidos en forma casi simultánea en todas las regiones, incluyendo las más apartadas. A pesar de todos estos avances, millones de niños y niñas continúan padeciendo enfermedades y problemas de salud cuya prevención y tratamiento requieren de medidas sencillas y de bajo costo.

En muchos casos, además, estos episodios de enfermedad afectan seriamente su crecimiento y desarrollo, llegando incluso a la muerte de un importante número de ellos. Estas muertes se concentran especialmente entre los grupos de población de menor condición socioeconómica, en los que los niños y las niñas tienen un riesgo de morir muy superior al de sus congéneres de condiciones socioeconómicas más favorecidas. En el continente americano, las muertes de menores de cinco años sumaban a inicios del Siglo XXI alrededor de medio millón, y nueve de cada diez de ellas ocurría en los países en desarrollo. Hacia el interior de estos países, la mortalidad más alta se concentraba a su

(91) HILL, ZELEE. 2005. **Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones.** Washington, D.C Estados Unidos: OPS, 2005. Serie OPS/FCH/CA/O5.05.E. Pág. 22

vez en las áreas geográficas rurales o urbano-marginales, o en los grupos de población más vulnerables, incluyendo los grupos indígenas y otras minorías étnicas. (92)

Alrededor de dos de cada tres de las defunciones de menores de cinco años que ocurren anualmente en las naciones en desarrollo del continente americano se deben a enfermedades y causas que pueden ser evitadas gracias a la aplicación de medidas sencillas, muchas de las cuales pueden ser utilizadas en el seno de la propia familia y en la comunidad. Complementadas con intervenciones básicas a través de los servicios de atención primaria de la salud y a través de los trabajadores de salud comunitarios, son capaces de contribuir no solo a la disminución del riesgo de muerte, sino también a mejorar el crecimiento y el desarrollo durante la infancia.(93)

La lactancia materna, la alimentación adecuada a partir del sexto mes, el acceso a buenas condiciones de higiene y saneamiento, la estimulación temprana de los niños y niñas para mejorar su desarrollo, así como la aplicación de medidas sencillas de prevención de enfermedades, contribuirían a evitar la mayoría de las muertes que aún ocurren durante los primeros años de la vida. Una condición adecuada de salud de las mujeres, así como un cuidado apropiado de su embarazo, también contribuyen a reducir los riesgos de enfermedades y problemas asociados a la gestación, el parto y el puerperio, evitando daños para la salud de la madre y del recién nacido. Un conocimiento apropiado

(92) HILL, ZELEE, Op. cit., pág. 23

(93) HILL, ZELEE, Op. cit., pág. 25

Consideramos que con esta propuesta de trabajo es un instrumento que puede aportar elementos para implementar directamente en las comunidades donde surgen la necesidad de adoptar un modelo de atención que garantice el acceso a los servicios de salud, que sea capaz de reducir las brechas en la situación de salud entre grupos de población de acuerdo a sus niveles de pobreza, sexo, edad, etnia y otras características de los grupos humanos identificados.

Este trabajo de investigación tiene importancia porque es de carácter integral, familiar y comunitario, ya que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado de las familias. Este proyecto nace de la necesidad sentida de la comunidad y del sentimiento de vulnerabilidad de las mismas, en ellas existe una fuerte preocupación por el desempeño insatisfactorio de los sistemas de salud, tanto a nivel del Ministerio de Salud, como de los servicios que ofrece la Caja de Seguro Social.

Las intervenciones seguras, comprobadas y económicas no están llegando a quienes las necesitan. Las familias con necesidades insatisfechas aglutinan personas con pocos recursos y la situación de ellos empeora, al interactuar con el sistema de salud, y son muchas las que pasan por tragedias financieras y empobrecimiento debido a los gastos en salud.

La sectorización puede considerarse un logro permanente de nuestro Sistema de Salud, especialmente en el área urbana. El área rural, sin embargo, continuó su deterioro progresivo, principalmente por la eliminación de servicios locales de salud al abandonarse el concepto de salud familiar y comunitaria con la participación de la comunidad en las acciones de salud. Se tienen que retomar a las comunidades, para

darles la oportunidad nuevamente de participar en el mejoramiento de sus condiciones y su calidad de vida.

2.5. Objetivos

A continuación se presentan los objetivos que sirvieron de guía para la realización de este trabajo de investigación.

2.5.1. Objetivos generales

- Describir la situación de la salud familiar y comunitaria de la Comunidad 31 de Octubre, corregimiento de Lídice, distrito de Capira.
- Diseñar una propuesta de trabajo que permita mejorar las condiciones de salud familiar y comunitaria con un enfoque de derechos humanos en la Comunidad 31 de Octubre, corregimiento de Lídice, distrito de Capira.

2.5.2. Objetivos específicos

- Detectar los intereses y responsabilidades compartidas por los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, para alcanzar metas comunes para el avance de la salud familiar.
- Clasificar los tipos de hogares más vulnerables a la pobreza, tomando en cuenta los atributos sociodemográficos y las características de las condiciones sociales que influyen en la salud, en la Comunidad 31 de Octubre.

- Conocer qué acciones está realizando el Ministerio de Salud para dar respuesta integral a las necesidades de salud de la Comunidad 31 de Octubre.
- Aplicar el enfoque de derechos humanos en la formulación de un proyecto que permita el desarrollo de la salud de las familias y de la Comunidad 31 de Octubre.

2.6. Hipótesis

Al plantear la hipótesis de este trabajo, tomamos en cuenta dos proposiciones que establecen relaciones, entre los hechos y una posible solución al problema. A continuación planteamos nuestra hipótesis:

“La falta del enfoque de derechos humanos en la atención de salud familiar y comunitaria, ha afectado negativamente la Comunidad 31 de Octubre”.

2.7. Cobertura

Esta investigación está bajo la siguiente cobertura:

2.7.1. Temporalidad

El trabajo de investigación comprende el período del 2010 al 2011, bajo la revisión de fuente de información secundaria; reuniones, encuestas y observación como fuentes de información primaria.

2.7.2. Geográfica

A nivel geográfico, tenemos que la investigación se desarrolla en la provincia de Panamá, distrito de Capira, corregimiento Lídice, específicamente en la Comunidad 31 de Octubre.

2.8. Propósito

El propósito de esta investigación está en el marco de los objetivos generales, que en definitiva, nuestra aspiración mayor es la de realizar un aporte con este instrumento para **promover el desarrollo integral a nivel de salud familiar y comunitaria en distrito de Capira, corregimiento Lídice, específicamente en la Comunidad 31 de Octubre.**

2.9. El diseño metodológico

El diseño metodológico nos ayuda a reflexionar sobre el proceso de investigación, nos ha permitido clarificar en etapas prescritas el modo en que abordamos nuestro tema de investigación.

2.9.1. Tipo y nivel de investigación

La metodología utilizada se enmarca dentro de la modalidad de investigación descriptiva de campo, en este tipo de estudio definimos nuestros objetivos que deberíamos lograr. Hemos realizado un análisis sistemático de los problemas de salud familiar y comunitaria de la barriada 31 de Octubre del Lídice de Capira. Nos hemos abocado a la tarea de describirlos, interpretarlos entender su naturaleza y explicar sus causas y efectos. Los datos de interés fueron recogidos en forma directa de la realidad, en

este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios y datos secundarios a nivel de revisión bibliográfica.

El Trabajo Final de Graduación se inscribe en la modalidad tesis, que constituye una actividad académica que se caracteriza por la investigación en torno a un problema definido científica-profesionalmente, para lograr un aprendizaje de teorías y métodos de investigación.

Este estudio de tipo descriptivo y exploratorio ha permitido representar la situación de la salud familiar y comunitaria de la Comunidad 31 de Octubre, corregimiento de Lídice, distrito de Capira y abordar dicha situación a través del diseño de una propuesta de trabajo que permitirá mejorar las condiciones de salud integral, con un enfoque de derechos humanos.

2.10. Escenario

Nuestro escenario de investigación, está circunscrito por los determinantes que repercuten directamente en la salud familiar y comunitaria, los organismos de salud: Factores determinantes de la salud, según el Glosario de la OMS: "Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones." (95)

(95) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op. Cit., pág. 16

El ambiente y el estilo de vida tanto como la situación política, social y económica, son determinantes de la situación sanitaria y la sensación de bienestar de cada persona. (96)

- Biológicos. Son aspectos constitucionales y funcionales internos del individuo:
 - Genética
 - Ciclo de vida (concepción, nacimiento, crecimiento, desarrollo, maduración, envejecimiento y muerte)
 - Ritmos biológicos
- Estilo de vida. Comprende un conjunto de decisiones que el propio individuo toma respecto a su modo de vivir, expresados como hábitos y conductas condicionadas por el entorno y la sociedad:
 - Alimentación
 - Actividad física
 - Manejo del exceso de estrés

(96) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS), Op.cit., pág. 26

- Consumo de tabaco, alcohol y medicamentos
 - Relaciones afectivas y hábitos de interrelación humana
 - Proyecto de vida
 - Otros: Drogas, conducción peligrosa, alternancia del tiempo de trabajo, ocio y sueño, conducta general frente a la vida, etc.
- Ambiental. Este aspecto es retomado en el proyecto, para capacitar a la comunidad sobre la importancia de tener buenas prácticas para controlar los factores externos al propio individuo, que incluye la contaminación del aire, agua, suelo, alimentos y aspectos del medio ambiente psicosocial y sociocultural. Se tomaron en cuenta los aspectos psicosociales y socioculturales (dependencias, violencia, competitividad, etc.)
 - Se presenta la percepción que tiene la población estudiada sobre el Sistema de Asistencia Sanitaria. Que son factores que escapan al control del individuo, su incidencia en la ecuación salud y enfermedad.

2.11. Población del estudio y criterios de selección

La Comunidad de 31 de Octubre del Lídice de Capira, está conformada por un aproximado de unas 100 familias. Por motivos de costos económicos y por razones de tiempo, no nos fue factible observar a todas las unidades y se decide estudiar solo algunas de estas unidades. Por lo tanto se selecciona una muestra representativa del 50 por

ciento de la población, considerándola representativa para el tipo de diseño de investigación descriptiva.

Dado que nuestro interés fue estudiar la distribución de características de las familias de la comunidad en mención, el tipo de muestra que consideramos apropiada fue la probabilística, que permite inferir los resultados obtenidos en la muestra del total de la población. Para esto trabajamos en la elección de las unidades de familias al azar para lograr una representatividad de la diversidad de unidades de la población. Esto nos ha permitido hacer estimaciones para la población.

2.12. Definición del Conjunto de Variables

Una variable es una particularidad que se puede observar en diferentes segmentos de la comunidad ya sea de manera grupal o individual la “variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse”. (97)

Las variables serán los hechos de la realidad que podemos medir; usando la teoría se proponen relaciones o hipótesis entre ellas. Para estar en capacidad de describir con precisión el comportamiento de las variables en estudio, se consideraron las siguientes variables socio demográficas:

(97) HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO. C Y BATISTA, P. 2009. Metodología de la Investigación, Editorial McGraw-Hill. México. Pág. 75

- Sexo:

Definición conceptual: conjunto de factores biológicos, fisiológicos o psíquicos que distinguen la especie macho y hembra.

Definición operativa: Diferencias biológicas y constitucionales del hombre y la mujer. Estos son: ninguno, medio, alto.

- Edad:

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a partir de su nacimiento.

Definición operativa: Años de vida cumplidos al momento del estudio.

- Ingreso económico:

Definición conceptual: Salario que percibe una persona por su trabajo.

Definición operativa: La suma de salarios de las personas que trabajan en la familia.

- Escolaridad:

Definición conceptual: Persona que ha cursado alguno de los niveles educativos de la enseñanza formal o no formal.

Definición operativa: Último año que ha cursado y aprobado una persona.

Estos son: primaria, premedia, ninguna.

- **Ocupación:**

Definición conceptual: Profesión, oficio o tipo de trabajo que efectúa la persona por lo que recibe remuneración o salario.

Definición operativa: Labor en la que se desempeña un individuo o por lo que es contratado y recibe remuneración o no, en el momento del estudio.

- **Salud:**

Definición conceptual. Se abordan aspectos clave para la atención comprensión de la salud familiar y comunitaria y contenidos complementarios aplicables a la Atención Primaria de Salud de los moradores.

Definición operativa. Orientación a las familias para abordar algunos de los problemas típicos que afectan la salud sexual y reproductiva, la violencia de género y la violencia doméstica.

2.13 Técnicas de recolección de datos

A continuación presentamos las diferentes técnicas empleadas en este trabajo:

- **Revisión bibliográfica:** consistió en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que fueron útiles para los propósitos de estudio, de donde se extrajo y recopiló la información relevante y necesaria, que atañe al problema de investigación. Utilizada a lo largo de toda la investigación, en especial, en la realización de esta propuesta para determinar lo investigado en materia de salud familiar y comunitaria. Durante todo el proceso debido a que se deberá consultar la documentación contenida en las organizaciones sobre dicha temática. Esto

permite fortalecer y ofrecer una perspectiva más amplia a los interesados e interesadas en esta investigación.

- **La observación:** método empírico, el cual consiste en apreciar de manera racional las cosas y los hechos, más allá de mera observación común. Esta técnica permitió observar y obtener información relevante, de primera mano, que podría ser determinante en los resultados de esta averiguación.
- **La encuesta:** la misma contenía un conjunto de preguntas abiertas o cerradas, ordenadas y lógicas, respecto a una o más variables a medir que obedecen a diferentes necesidades y problemas de investigación, lo que origina que en cada caso el tipo de preguntas sea diferente y tengan sus ventajas y desventajas.

2.14. Procesamiento y presentación de datos

Análisis de datos: Esta etapa se inició cuando ya teníamos el material recogido y organizado. Empezamos a darle sentido, forma y procedimos a dar la explicación de los resultados obtenidos. Buscamos un significado más amplio a las respuestas mediante su comparación con otros conocimientos disponibles en las teorías. Básicamente, el análisis e interpretación de datos ha sido la culminación de todo este proceso de la investigación, porque las fases precedentes se ordenaron en función de esta tarea.

La presentación de los datos: consistió en la culminación de la investigación. Fue la labor completa de la información con los datos procesados, analizados e interpretados, donde llegamos a la determinación de la validez de las posiciones realizadas y a establecer la eficacia de todo el proceso planificado, donde se han verificamos las hipótesis según el diseño seleccionado.

2.15. Limitaciones de la investigación

Algunas de las limitaciones encontradas durante el desarrollo de la investigación que podemos citar son:

- Escasez de bibliográfica sobre estudios de usuarios aplicados en los archivos, lo que conllevó a extrapolar la información existente sobre el tema.
- Resistencia de los jefes(as) de familias con el tiempo para la aplicación de la encuesta, ya que tuve que asistir a la comunidad en varias ocasiones en vista de que no se encontraban en sus hogares.
- El factor tiempo, ya que solo pude dedicarle aproximadamente 3 horas a la semana o algunos días debido a que esta investigación tuvo que ser reestructurada en su totalidad y debía ser culminada en un intervalo de tiempo muy corto.
- Otra limitante es el factor económico por los altos costos que se están dando en nuestro país debido a la globalización y encarecimiento de los productos que generan gastos para realizar este trabajo de investigación.

CAPÍTULO III.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este tercer capítulo procedemos a presentar el análisis de los datos obtenidos mediante la investigación realizada, nos proponemos compartirlo, difundirlo y utilizarlo en beneficio de sectores y comunidades que presenten situaciones similares a las detectadas.

Los resultados de la encuesta conformada por veintiocho preguntas y aplicada a cincuenta familias de la Comunidad 31 de Octubre, corregimiento de Lídice, en el distrito de Capira, han servido para la presentación de los elementos básicos de la investigación, los cuales reflejan el panorama y la relación entre las variables que incluye su representación en cuadros y gráficas que aparecen a continuación.

3.1. Características generales de la familia

La familia panameña en las últimas décadas del siglo XX e iniciando el siglo XXI, ha estado experimentando profundas transformaciones, que consideramos pueden ser para dar respuesta a las necesidades de la globalización de la economía, hasta en el sistema de valores e ideas socialmente compartidas.

3.1.1. Sexo y edad del jefe o jefa de familia

CUADRO No. 1

PORCENTAJE SEGUN CONDICIÓN BIOLÓGICA Y EDAD DEL JEFE O JEFA DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011

| Edad en años cumplidos del jefe y jefa de familia | Sexo | | | | |
|---|-------|---------|------|---------|------|
| | Total | Hombres | % | Mujeres | % |
| | 50 | 37 | 100% | 13 | 100% |
| 20-30 | 18 | 15 | 41% | 5 | 38% |
| 31-40 | 17 | 10 | 27% | 5 | 38% |
| 41-50 | 15 | 12 | 32% | 3 | 24% |

Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

La distribución de los jefes o jefas de familia según sexo, permite observar un predominio del sexo masculino 37, ante el sexo femenino 13, a pesar que la mujer ha ampliado su presencia en otras responsabilidades como proveedora de ingresos, manutención, educación, toma de decisiones; pero debe enfrentarse a las limitaciones impuestas por su condición de género. Al hombre se le asigna la jefatura como cabeza de familia que le atribuye la sociedad independientemente de su aporte real a la economía del hogar.

El indicador edad fue aplicada a 37 jefes y 13 jefas de familia cuyas edades están comprendidas entre 19 y 51 años. Del total de las 50 familias encuestadas, 18 que representan el 41% tenían entre 20 y 30 años de edad en los hombres; y cinco mujeres. Los jefes(as) se agrupan en las etapas etarias, comprendidas entre (20-30 y 31 a 40 años).

La jefatura de un hogar lleva implícita la necesidad y responsabilidad de la manutención, educación y búsqueda de todos los satisfactorios a las diversas necesidades de la familia. Al reconocerse la jefatura en una mujer, por lo general se está aceptando que la misma es responsable de tomar las decisiones principales, y que para cumplir su rol debe hacer frente a las múltiples complejidades sociales y económicas del contexto donde convive. (98)

Este indicador nos permite tener una idea de la etapa del ciclo de vida en que están en promedio los hogares que conforman la Comunidad 31 de Octubre. En la familia las personas participan de manera activa de relaciones físicas y psíquicas. Los vínculos afectivos, apoyo y lealtad mutua son importantes para los participantes. Las interacciones de sus miembros son responsables del crecimiento personal tanto individual como colectivo. (99)

(98) CATASÚS, S. Y FRANCO, M. 2009. **La jefatura de hogar en Cuba y América Latina. Un acercamiento a las desigualdades regionales y de género.** Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La Habana, Cuba. Pág. 13

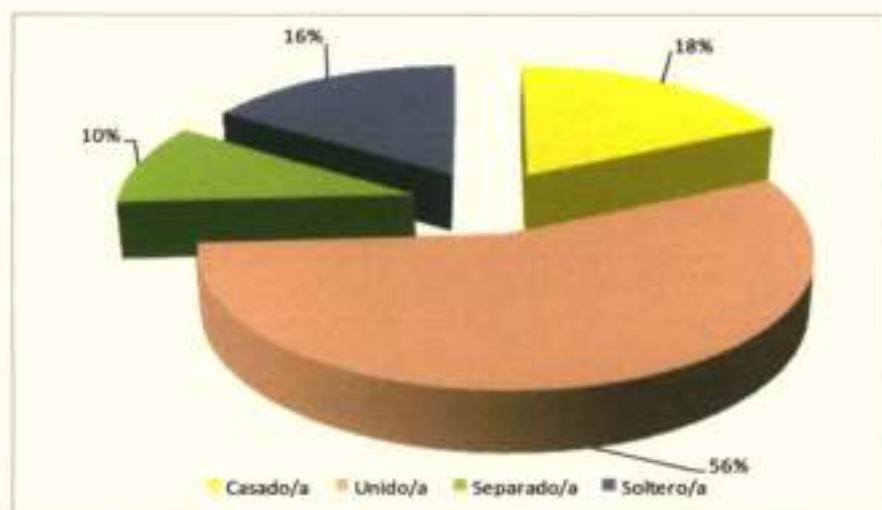
(99) CATASÚS, S. Y FRANCO, M, Op. cit., pág. 18

3.1.2. Estado civil del jefe o jefa de familia

GRÁFICA No. 1

PROMEDIO SEGÚN LA CONDICIÓN MARITAL DE/LA JEFE/A DE FAMILIA

DE LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre en el 2011.

Con relación a la condición marital, 9 personas respondieron que están casados, representando el 18%, veintiocho indicaron estar unidos, los cuales representan el 56%, cinco manifestaron estar separados (10%) y finalmente, ocho que representan el 16% estaban solteros.

3.1.3. Ocupación y condición laboral del jefe o jefa de familia

CUADRO No. 2

PORCENTAJE SEGÚN LA OCUPACIÓN Y CONDICIÓN LABORAL DEL/LA JEFE O JEFA DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011

| Ocupación | Condición laboral | | | | | | |
|-------------------|-------------------|----------|------|------------|------|---------------|------|
| | Total | Eventual | % | Permanente | % | Independiente | % |
| | 50 | 12 | 100% | 6 | 100% | 32 | 100% |
| Trabajador manual | 3 | 3 | 25% | 1 | 17% | 5 | 16% |
| Agricultura | 4 | 1 | 8% | 1 | 17% | 10 | 31% |
| Transportista | 6 | 4 | 34% | 2 | 34% | 10 | 31% |
| Domésticos/as | 8 | 1 | 8% | 1 | 17% | 2 | 6% |
| Construcción | 29 | 3 | 25% | 1 | 17% | 5 | 16% |

Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

En este cuadro se observa que en las 50 encuestas aplicadas 29 de los jefes y las jefas de familia realizan trabajos de construcción, seguido en trabajos domésticos, otro trabaja la agricultura, seis son transportistas y tres realizan labores de trabajador(a) manual. Muchos de ellos debido a sus compromisos laborales, no disponen de tiempo para involucrarse en actividades comunitarias.

En cuanto al estado laboral treinta y dos de los(as) informantes respondieron realizar trabajos independientes y doce se ocupa en trabajos eventuales y 6 manifestó ser permanentes.

3.1.4. Salario del o la jefe(a) de familia

CUADRO No. 3

PROMEDIO DEL SALARIO MENSUAL DEL JEFE/A DE FAMILIA (EN BALBOAS)
DE LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011

| CRITERIO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|--------------|
| MENOS DE 100 | 22 | 44% |
| 101 A 200 | 7 | 14% |
| 201 A 300 | 15 | 30% |
| 301 A 400 | 6 | 12% |
| TOTAL | 50 | 100 % |

Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre en el 2011.

Para conocer el salario mensual del jefe o jefa de la familia se utilizó el criterio de rangos cuyos resultados nos arrojan que el 44 % (22) cuenta con un ingreso menor a B/. 100, el 14% (7) están entre B/. 101.00 a 200.00, el 30% (15) están entre B/. 201 a 300 y el 12% (6) tienen ingresos de B/. 301.00 a 400.00 mensuales. Estos resultados nos revelan que el mayor porcentaje de los/as jefes(as) de familia carecen de ingresos que les permitan sufragar gastos médicos o mejorar algunas limitaciones para su convivencia y con sus recursos mejorar la calidad de vida.

3.1.5. Cantidad de miembros por familia

CUADRO No. 4

CANTIDAD DE MIEMBROS QUE INTEGRAN LA FAMILIA DE LA
COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011 EN PORCENTAJE

| CRITERIO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| 2 A 5 MIEMBROS | 38 | 76 % |
| 6 A 10 MIEMBROS | 12 | 24 % |
| TOTAL | 50 | 100 % |

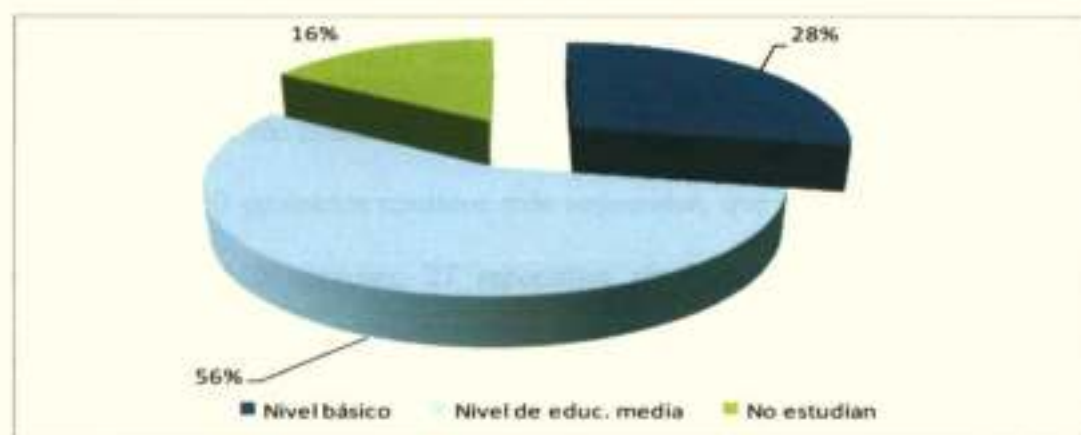
Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

Con relación a cuántos miembros componen la familia 38 respondieron que de 2 a 5 miembros representando un 76%; doce indicaron que de seis a diez miembros representando el 24%. Sabemos que las familias con muchos dependientes estarán en mayores dificultades para salir de la pobreza y lograr su bienestar. Es importante señalar que las familias numerosas, se ubican entre los hogares más pobres, mientras que los hogares de menor tamaño familiar o sin hijos, se concentran en el nivel superior de ingresos.

3.1.6. Nivel de escolaridad de los(as) jefes(as) de familia

GRÁFICA No. 2

NIVEL DE ESCOLARIDAD QUE TIENEN LOS JEFES/AS DE FAMILIA DE LA
COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011 EN PORCENTAJE



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

En cuanto al nivel de escolaridad de los(as) jefes/as de familia el mayor porcentaje 56% (28), ha logrado un nivel de educación media, seguido del 28% (14) que están en el nivel básico; el 16% (8) no estudian. Esta gráfica nos señala que la mayoría no sobrepasa la educación media. Por lo tanto, se necesitan en la comunidad capacitaciones que apoyen las necesidades comunitarias y entre éstas, las relacionadas con el tema de la salud.

CUADRO No. 5

PORCENTAJE DE LOS COSTOS EN EL CONSUMO DE LAS COMIDAS QUE
INGIERE LA FAMILIA DE LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011

| Aumento del costo en el consumo de alimentos | Cuántas comidas ingiere la familia | | | | |
|--|------------------------------------|--------------|------|-------------|------|
| | Total | Tres comidas | % | Dos comidas | % |
| | 50 | 12 | 100% | 38 | 100% |
| Disminución de compras de alimentos | 25 | 4 | 33% | 25 | 50% |
| Disminución de compras de carnes | 10 | 5 | 42% | 20 | 40% |
| Mala calidad de alimentos | 15 | 3 | 25% | 5 | 10% |

Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre en el 2011.

La variable del aumento de los costos en el consumo de los alimentos nos indica que 25 (50%) familias respondieron que han disminuido la compra de alimentos; 10 respondieron que hay disminución en las carnes; y 15 indicaron la mala calidad de los alimentos que consumen.

En cuántas comidas ingieren la familia durante el día 12 encuestados respondieron que tres comidas, mientras que treinta y ocho respondieron que dos comidas eran necesarias. Ningún jefe o jefa de familia señaló que solo comen una vez en su hogar.

"Una adecuada disponibilidad de alimentos en el hogar" puede ser definida como el acceso seguro y permanente a un nivel suficiente y adecuado de alimentos nutritivos e ino cuos que satisfagan las necesidades alimentarias de todos y todas las integrantes de la familia durante todo el año. Una alimentación insuficiente y desequilibrada no es siempre el resultado de una escasez de alimentos o de la falta de dinero para comprarlos; puede también estar relacionada con el desconocimiento de la familia sobre los principios de una buena alimentación y nutrición. (102)

Es importante que las familias estén capacitadas sobre el valor nutricional de las comidas indistintamente de la cantidad de comidas que ingieran diariamente pero, que mantengan los complementos básicos mínimos necesarios, para que no se afecte la salud ya que estarían expuestas a la desnutrición y a enfermedades principalmente los(as) niños(as), los adultos y las adultas mayores, por ser los más vulnerables. Por otra parte, hay que tener presente que la calidad nutricional interfiere en el rendimiento escolar de los más jóvenes y en las enfermedades metabólicas que padecen los mayores.

Es importante conocer el valor nutritivo de los alimentos, su preparación y las combinaciones más adecuadas con otros, además de su manejo higiénico y adecuada distribución entre los y las integrantes de la familia, con especial atención a la alimentación de los niños, niñas y las mujeres embarazadas o que están lactando. (103)

(102) ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN, FAO. 2000. **Mejorando la nutrición a través de huertos y granjas familiares.** Manual de Capacitación para Trabajadores del Campo en América Latina y El Caribe. Roma. Pág. 2

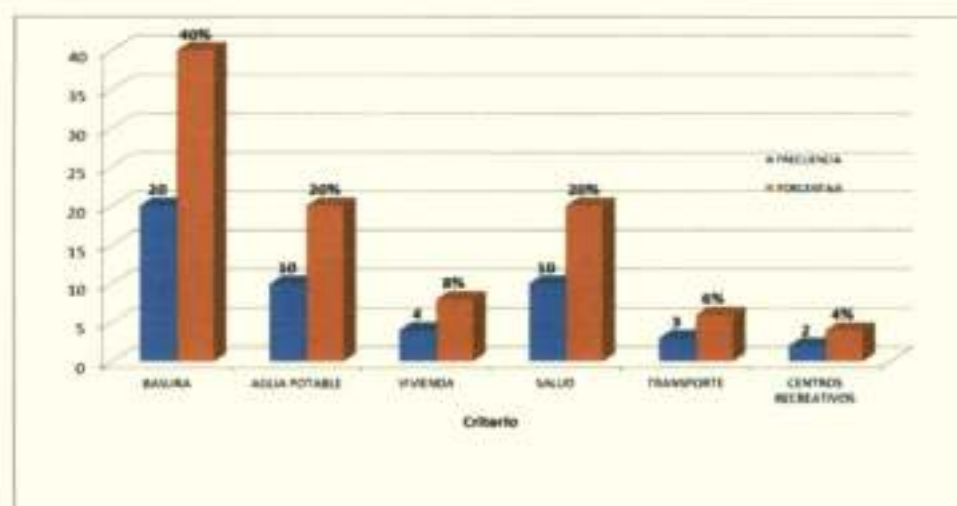
(103) ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN, FAO, Op. cit., pág. 3

3.2 Aspectos relacionados con la Vivienda

3.2.1 Problemas de la comunidad

GRÁFICA No. 3

PORCENTAJE DE LOS PROBLEMAS QUE AFECTAN A LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



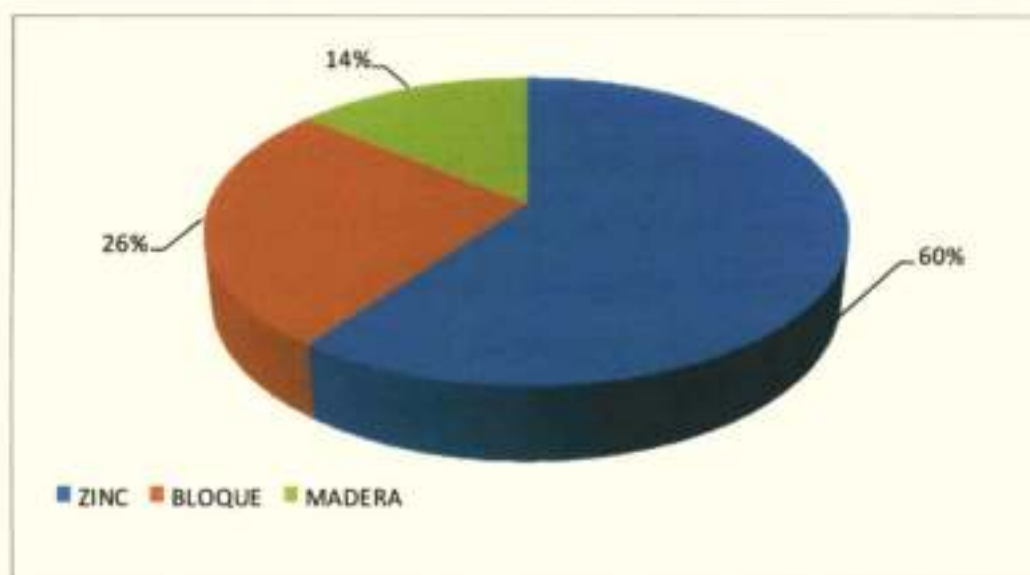
Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre en el 2011.

Al indagar sobre los problemas de la comunidad, el 40% (20) respondió que la dificultad mayor está en la basura, un 20% (10) resaltó el problema del agua potable, un 8% (4) contestó que la vivienda, y un 20% (10) la salud, el 6% (3) se refirió al transporte y el 4% (2) manifestó la necesidad de contar con centros recreativos.

3.2.2. Vivienda

GRÁFICA No. 4

PROMEDIO DE LOS MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN SEGUN LA
VIVIENDA DE LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la comunidad Octubre, en el 2011.

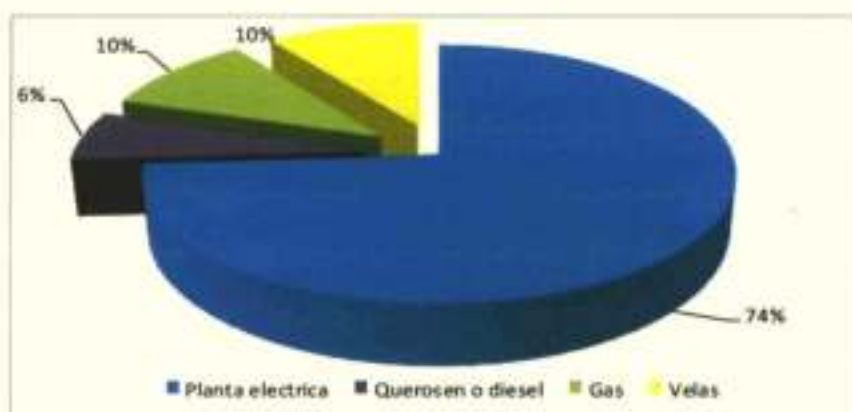
Las viviendas de la comunidad están construidas de diferentes materiales, siendo el zinc el material que predomina, con un 60%, ocupando el segundo lugar el bloque con 26% y la madera 14%. La mayoría de las casas están construidas con hojas de zinc, representando serios riesgos que pueden causarles daños a su estado de salud. Esta realidad amerita considerar una serie de precauciones, tales como la utilización de fuentes de agua seguras, la adecuada disposición de excretas y residuales líquidos, la disposición de materia en descomposición, acumulación de residuos domésticos, malos olores, proliferación de insectos y otros vectores que pueden constituirse en reservorios y transmisores de enfermedades. La vivienda en condiciones insalubres puede estar expuesta a la penetración de los vectores biológicos.

3.2.3. Servicio de alumbrado

GRÁFICA No. 5

PORCENTAJE DEL SERVICIO DE ALUMBRADO QUE UTILIZA LA FAMILIA

EN LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

Se indagó sobre los servicios de alumbrado que utiliza la familia; treinta y siete respondió contar con una planta eléctrica o sea el 74%; tres indicaron que tienen querosén o diesel representando el 6% y cinco con gas y velas representando el 10% cada una. Ante la ausencia de un sistema eléctrico y de otros servicios en la comunidad podemos inferir que se percibe una falta de apoyo de las autoridades gubernamentales hacia el lugar. Se requiere contar con las aportaciones de las entidades y la organización de la misma comunidad para enfrentar y solucionar los problemas que les afectan.

3.2.4. Fuente de abastecimiento utilizada y con qué frecuencia llega el agua

CUADRO No. 6

FUENTE DE ABASTECIMIENTO UTILIZADA Y CON QUE FRECUENCIA LLEGA EL AGUA A LA FAMILIA SEGÚN PORCENTAJE DE LA COMUNIDAD
31 DE OCTUBRE, 2011

| Fuente de agua utilizada por las familias | Con que frecuencia llega el agua | | | | |
|---|----------------------------------|---------|------|---------|------|
| | Total | Siempre | % | A veces | % |
| | 50 | 26 | 100% | 24 | 100% |
| Pozo brocal | 1 | 5 | 19% | 1 | 4% |
| Rio o quebrada | 2 | 10 | 38% | 3 | 13% |
| IDAAN | 43 | 9 | 35% | 15 | 62% |
| Acueducto | 4 | 2 | 8% | 5 | 21% |

Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

El servicio de agua potable llega a través del IDAAN, por lo que se considera bueno el suministro de agua y una buena higiene, podría influir en la reducción de diarreas en la población, siendo ésta una de las enfermedades ocasionadas por la carencia de servicios de agua y saneamiento. Según manifestaciones de los informantes, en la Comunidad 31 de Octubre todavía dos familias se abastecen de agua del río y una del pozo brocal.

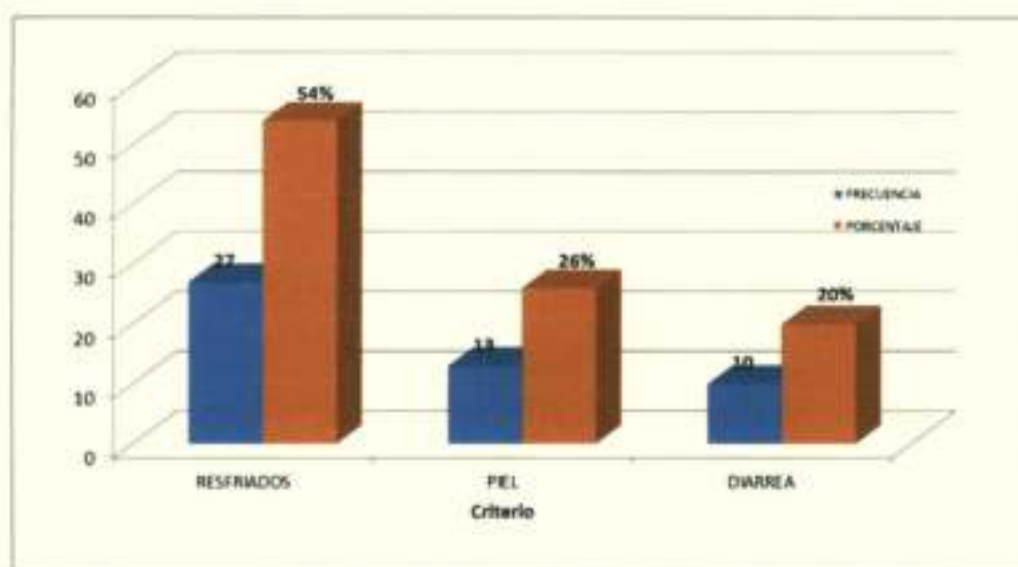
Es importante tener en cuenta que de la calidad del agua disponible que consumen las familias va a depender en gran medida la calidad de vida, pues el agua insalubre es uno de los diez factores de riesgo que producen mayor carga de morbilidad en el mundo.

Sobre la frecuencia del agua 26 familias contestaron que siempre y 24 respondieron que a veces, aun en la comunidad existe ocho familias que reciben el agua por el acueducto comunitario. En ausencia del vital líquido la población rural se abastece de fuentes de aguas subterráneas para su aseo personal y las actividades domésticas y económicas.

3.3.4. Enfermedades más comunes

GRÁFICA No. 11

PORCENTAJE DE LAS ENFERMEDADES MÁS COMUNES DE LA
COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



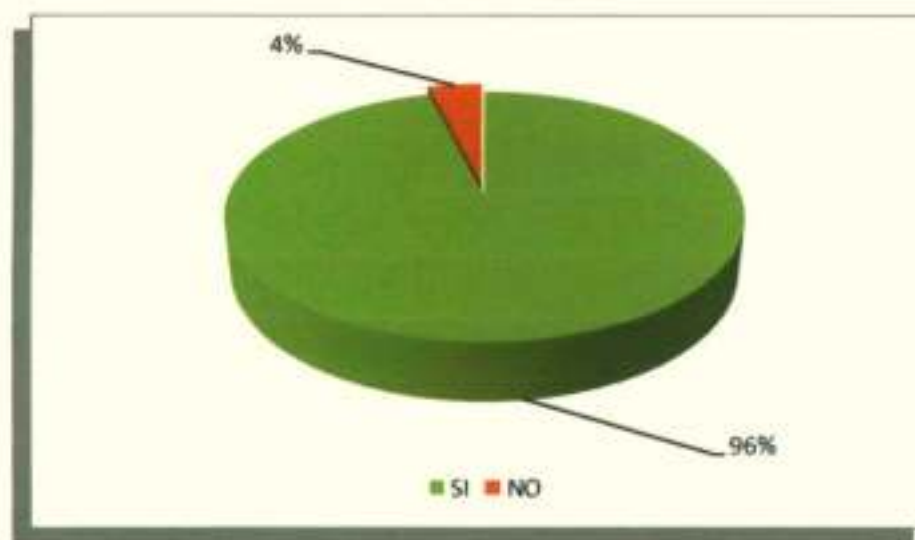
Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

En relación con las enfermedades más comunes en el área, 27 (54%) familias consideran que el resfriado es la que padecen con mayor frecuencia, 13 jefes/as mencionaron que el problema de la piel (26%) y 10 familias señalaron la diarrea, representada en 20%. Muchas de estas situaciones son producto de las condiciones ambientales, como resultado de la no utilización o manejo inadecuado del agua, basura y otros. Por lo tanto, la falta de preparación o conocimiento sobre estos temas nos indican la necesidad de programas preventivos para la conservación de la salud comunitaria.

3.3.5. Vacunación de los niños

GRÁFICA No. 12

CONTROL DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN PORCENTAJE DE LA
COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

Con relación al control de inmunizaciones pudimos detectar que existen cuarenta y ocho niños con el perfil de protección de los menores que corresponde a un 96% y un mínimo de dos que representan al 4% que están en riesgos y no han cumplido con este requisito. Es una estadística favorable, ya que la comunidad en general es responsable en este aspecto y está dispuesta a participar en todo lo que conlleve a mantener o propagar lo que es saludable para todos, utilizando los recursos más accesibles como son los centros de salud.

3.3.6. Programas para beneficio de la familia

GRÁFICA No. 13

PORCENTAJE DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE SE DESARROLLAN EN LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

En esta gráfica, relacionada con los programas de promoción de la salud de la familia que se desarrollan en la comunidad, 28 jefes/as de familia manifestaron que participaron de los siguientes programas de promoción de la salud: Estilos de Vida Saludable y el 44% en Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, los programas de Salud Ambiental y Habilidades para Vivir, no los consideran importantes. Los resultados indican que hace falta realizar un mayor esfuerzo por parte del Centro de Salud, la Caja de Seguro Social y Autoridad Nacional del Ambiente, entre otros; para ampliar la cobertura y beneficios de los programas a la Comunidad 31 de Octubre, en pro de la salud comunitaria.

3.3.7. Daños por contaminación ambiental

GRÁFICA No. 14

PORCENTAJE DE DAÑOS QUE OCASIONAN LOS EFECTOS DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA 31 DE OCTUBRE, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

Sobre los daños que ocasionan los efectos de la contaminación ambiental, 22 jefes/as de familias que representan el 44%, presentan problemas respiratorios; 20 que constituyen el 40% manifestaron que les ha afectado la contaminación del agua, 5 que equivalen el 10%, consideran que es la contaminación del aire y finalmente 3 que es el 6%, indican el agotamiento permanente. Estos datos nos señalan que la comunidad requiere de orientación y capacitaciones para que en sus actuaciones sean más responsables para no afectar la salud de las familias, cuidando del medio ambiente en el que se desenvuelven.

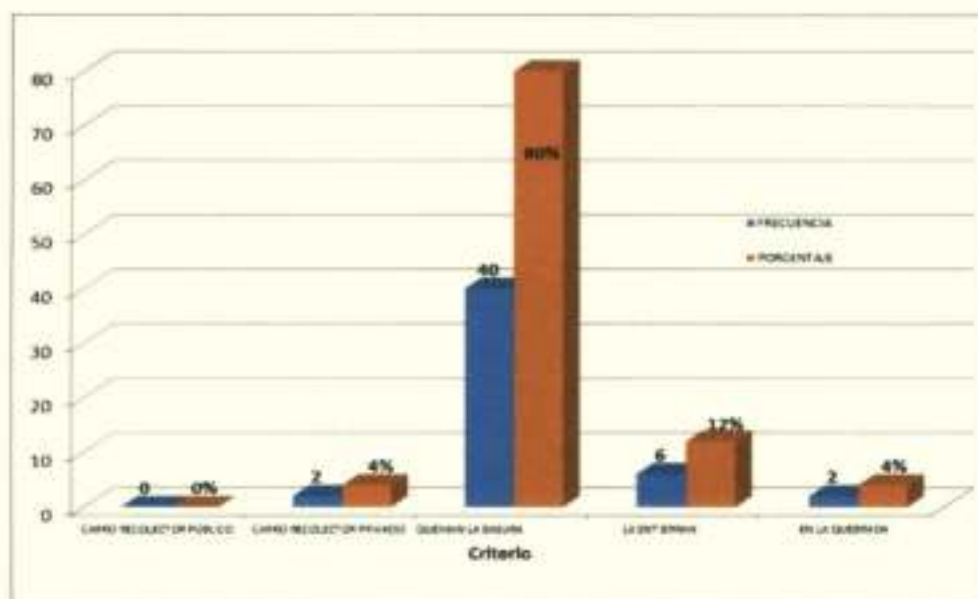
“Como es típico de áreas rurales, en el distrito de Capira se presentan muchas de las enfermedades comunes están asociadas a problemas del ambiente causados por actividades antrópicas, como la contaminación de quebradas y ríos por uso de agroquímicos, desechos fecales o sedimentación. Se presentan problemas gastrointestinales, renales y hepáticos, además, se presentan enfermedades como el resfriado común y fiebres. Una enfermedad que ha cobrado fuerza en los últimos años es la leishmaniasis, causada por un parásito transmitido por una chitra que tiene efectos visibles en la piel, pero también puede causar daños hepáticos, que si no se atienden adecuadamente, puede causar la muerte.” (104)

(104) COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE LA CUENCA HIDROGRÁFICA DEL CANAL DE PANAMÁ. 2005. *Plan de Acción del Río Trinidad*. República de Panamá. Pág. 13

3.3.8. Recolección de la basura

GRÁFICA No. 15

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE BASURA SEGÚN PORCENTAJE DE LA
COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011

En lo que respecta a la recolección de basura en la comunidad, se destaca el grupo que reconoce la práctica de quemada de la basura con un 80%, seguido del grupo de familias que las almacenan para posteriormente enterrar con 12%. Últimamente empezó un carro recolector privado y sólo se logró un 4% de cambio de conducta de los habitantes, ya que al igual siguen utilizando la quebrada para la disposición de los desechos. Esta situación demanda un compromiso de los moradores de utilizar mejor los recursos disponibles para evitar la contaminación en el entorno y prevenir cualquier tipo de enfermedad.

Las comunidades rurales y periurbanas y los asentamientos urbanos marginales, con escasa capacidad de pago de la tasa de aseo y vías de acceso en mal estado, han sido excluidas de los servicios municipales de aseo. Aun cuando no existen cifras exactas sobre la cobertura del servicio de recolección y transporte de los residuos sólidos, distintos estudios la han establecido en alrededor de un 50%. La quema de los residuos se ha convertido en la principal forma de su eliminación. Los gases generados durante la biodegradación pueden incluir gases orgánicos volátiles, tóxicos y potencialmente cancerígenos, como los cloruros; así como subproductos típicos de la biodegradación como metano, sulfuro de hidrógeno y bióxido de carbono. (105)

El humo generado de la quema de basura en botaderos abiertos constituye un importante irritante respiratorio y puede hacer que las poblaciones afectadas tengan mucho más susceptibilidad a las enfermedades respiratorias. Por otra parte, los daños ambientales debido a la eliminación de desechos sólidos pueden incluir la contaminación de la calidad del suelo, de las aguas subterráneas y superficiales, y del aire. Los líquidos lixiviados pueden contener partículas finas y microorganismos que pueden ser filtrados por la matriz del suelo. Este líquido contiene sólidos disueltos, capaces de ser atenuados

(105) RIVAS, F. 2009. La crisis de los residuos sólidos en Panamá. APRONAD - Asociación para la Promoción de Nuevas Alternativas de Desarrollo. Pág. 2

por el suelo mediante mecanismos de precipitación, adsorción, o intercambio de iones. Bajo condiciones hidrológicas favorables, la filtración contaminada de los residuos sólidos puede pasar a través del suelo no saturado que se halla debajo del depósito, y entrar en las aguas subterráneas. (106)

El agua superficial puede ser contaminada al recibir el agua subterránea contaminada, o por el aflujo superficial directamente del depósito de desechos sólidos. Las fuentes de degradación de la calidad del aire incluyen el humo proveniente de la quema abierta, polvo de una inadecuada contención, recolección, y descarga al aire libre; y gases generados por la descomposición de desechos. (107)

(106) RIVAS, F., *Op. cit.*, pág. 4

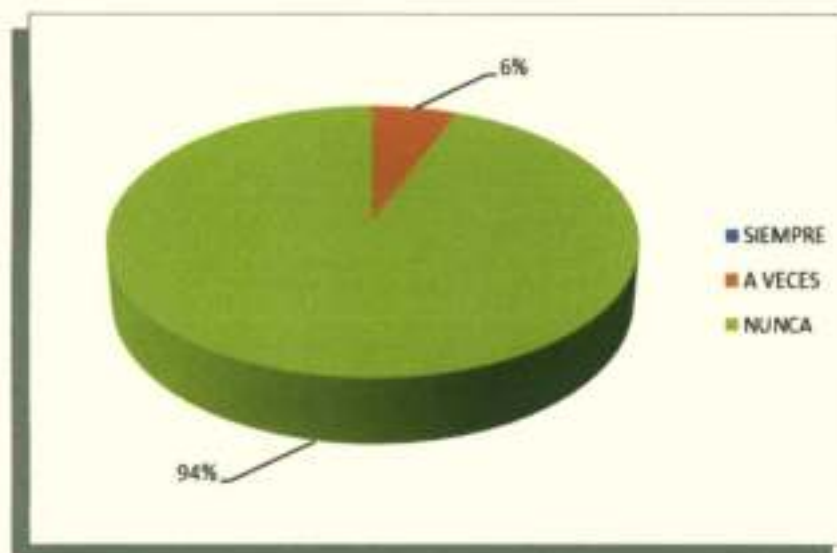
(107) *Ídem.*, pág. 6

3.3.9. Limpieza de la comunidad

GRÁFICA No. 16

PROMEDIO DE LA ORGANIZACIÓN ENTRE VECINOS PARA LA LIMPIEZA

EN LA COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

Se pudo conocer que el 94% de los moradores y las moradoras, que incluye a 47 jefes/as de familias, considera que nunca se organizan entre vecinos para la limpieza de la comunidad y el 6% manifestó que a veces se organizan con ese objetivo. Esta realidad es un indicativo de que la comunidad requiere acciones de promoción social, para organizar un comité que gracias a una previa preparación, vele por la salud comunitaria.

El Gobierno panameño ha identificado las siguientes consecuencias principales para la salud y el ambiente, derivadas del manejo inadecuado de los residuos sólidos:

- La proliferación del mosquito *aedes aegypti*, transmisor del dengue, los roedores transmisores de la fiebre de hanta y otras enfermedades, tales como la peste bubónica.
- Olores desagradables, producto de la descomposición de la materia orgánica de la basura.
- Los plásticos y otros materiales no biodegradables se acumulan en el ambiente y representan una amenaza para la vida silvestre y para la estética de las comunidades.
- Los materiales inflamables originan incendios forestales, que tienen un profundo impacto en la estabilidad ecológica de una determinada zona. Los residuos sólidos amenazan la vida silvestre. (108)

La Agencia para las Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos (ATSDR), ha entregado una lista con siete condiciones de salud a este tipo de contaminación: (109)

(108) RIVAS, F., Op. cit., pág. 5

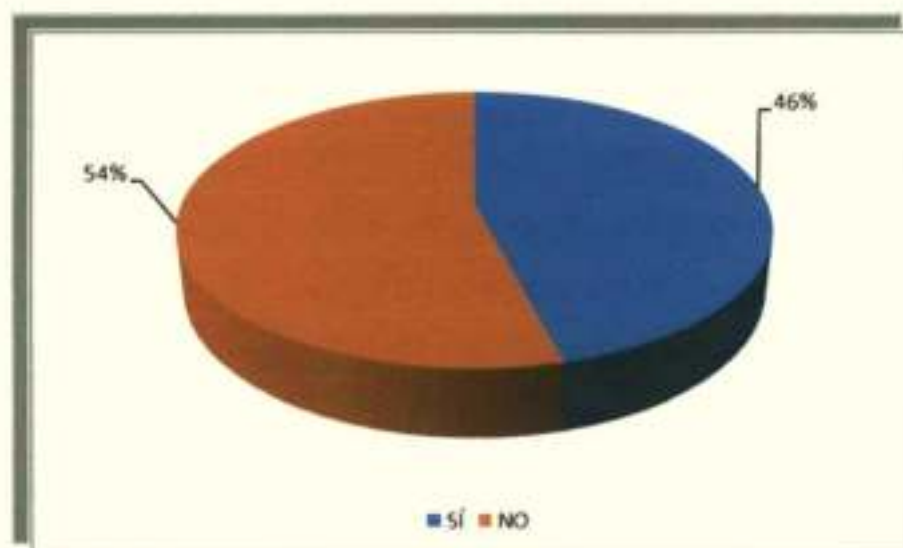
(109) Ídem., pág. 6

- Anomalías inmunológicas
- Cáncer
- Daño reproductivo y defectos del nacimiento
- Enfermedades respiratorias y del pulmón
- Problemas del funcionamiento hepático
- Problemas de funcionamiento neurológico
- Problemas de funcionamiento renal

3.3.10. Sistema de reciclaje

GRÁFICA No. 17

PORCENTAJE DE UTILIZACION DEL SISTEMA DE RECICLAJE EN LA
COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



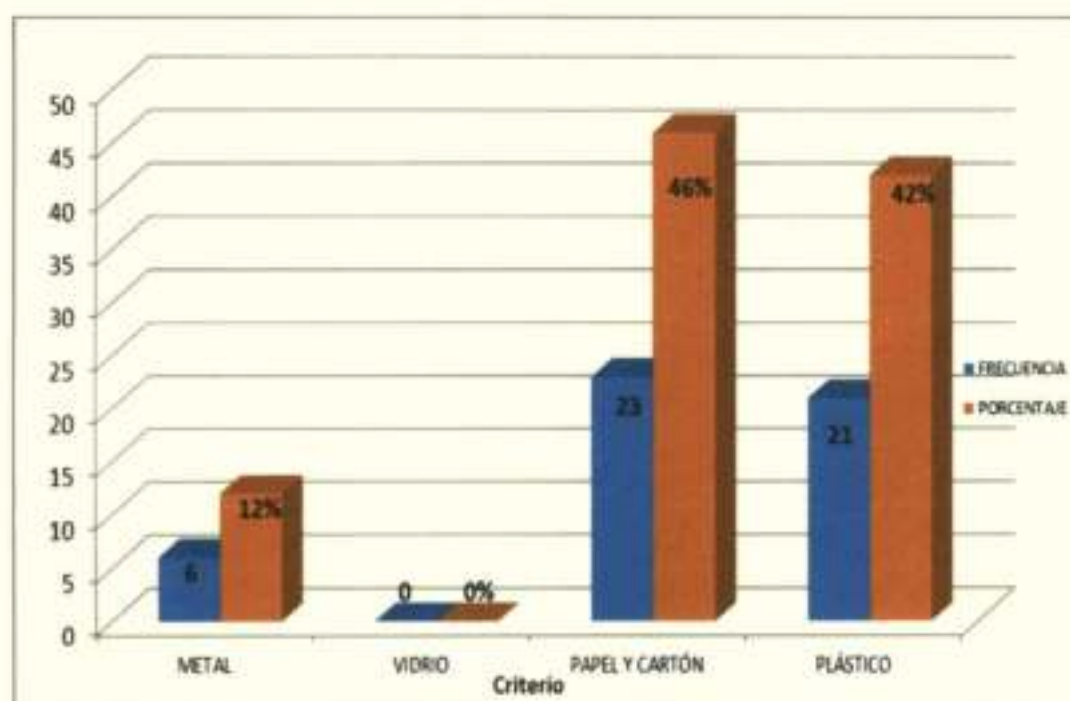
Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

Según la opinión del 46% de los/as jefes/as de familias encuestados utilizan el sistema de reciclajes. Mientras que el 54% manifestó que no consideran necesario el reciclaje. Por consiguiente, la comunidad amerita un entrenamiento sobre la manera de llevar a la práctica esta acción y mejorar la condición de vida de la población.

3.3.11. Clasificación de la basura

GRÁFICA No. 18

PROMEDIO DE CLASIFICACIÓN DE LA BASURA EN LA
COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a los jefes(as) de familias de la Comunidad 31 de Octubre, en el 2011.

En cuanto a la clasificación de la basura en la comunidad, 12% (6) familias respondieron que clasifican el metal; 46% (23) manifestaron que el papel y cartón, 42% (21) contestaron que el plástico. Esta realidad de contaminación ambiental, representa un problema que va en aumento y para el cual no cuentan con un manejo apropiado ni un control de sus impactos. No hay un tratamiento adecuado de los residuos y son escasos los programas efectivos de separación, por lo que la mayor parte de la basura termina enterrada en condiciones deplorables y ocasionando altos niveles de contaminación a la comunidad.

CAPÍTULO IV.

PROPUESTA

4. PROPUESTA DE TRABAJO

NOMBRE DEL PROYECTO: Salud familiar y comunitaria con enfoque en derechos humanos en la Comunidad 31 de Octubre, corregimiento de Lídice, distrito de Capira.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria, a la luz de la Carta de Alma-Ata (1978) y de las más recientes Declaraciones para el desarrollo de la APS, incorpora la Promoción de la Salud como un eje central en su quehacer y como una invitación al trabajo intersectorial. La reorientación de los servicios de salud se torna cada vez más necesaria, asegurando el promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud y el bienestar (elemento ya señalado en la Carta de Ottawa, en 1986). Igualmente, la Salud Familiar acoge en sus principios la necesidad y responsabilidad de trabajar con la comunidad en el ámbito de la Promoción de la Salud.

A continuación presentamos esta propuesta de trabajo, que esperamos sea una alternativa para mejorar la situación de salud familiar y comunitaria.

4.1. Justificación

Esta propuesta de trabajo se justifica en la medida que tomamos en cuenta los aspectos socioeconómicos de la Comunidad 31 de Octubre, del corregimiento de Lídice, que tiene una superficie de 44.4 km² y limita con los siguientes corregimientos: al norte con Caimito; al sur con Campana, al este con Capira cabecera; al oeste con el Cacao. Sus comunidades son Caimitillo, Majara, Felipina el Murciélago, El Coco, Las Tablitas,

El Bongo, San Isidro, San José, Pueblo Nuevo, Pedregal, Barraza Derecho, Simón Bolívar, La Pela Diente, Los Duendes, El Creo, Don Bosco y la **31 de Octubre**. (110)

Panamá, por su diversidad social y cultural, presenta problemas de accesibilidad a los diferentes niveles de atención del sistema de salud, con el agregado de ser una población que acusa diferenciados niveles de pobreza y prácticas socioculturales expresados en los resultados de los indicadores de salud.

Los niveles de pobreza en nuestra población siguen siendo muy altos, especialmente en las zonas rurales. La pobreza en Panamá disminuyó del 33,4%, en el 2009 a un 29,8% en el 2010, reveló un estudio realizado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), con la asistencia técnica de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). De acuerdo a este organismo, en el 2009, el 26,4% de personas en Panamá eran pobres. La proporción es menor a la que estimó el Ministerio de Economía y Finanzas, 33,4%, por el aumento del costo de la canasta básica en las zonas rurales del país. (111)

(110) [http://es.wikipedia.org/wiki/L%C3%ADdice_\(corregimiento_de_Capira\)](http://es.wikipedia.org/wiki/L%C3%ADdice_(corregimiento_de_Capira)) . Pág. 23

(111) COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). 2011. **Propuesta de una nueva línea de pobreza para Panamá**. CEPAL – Colección Documentos de proyectos. Pág. 27

Otro dato importante que nos habla de la situación de salud en nuestro país, es que el “19% de los menores de 5 años tienen desnutrición crónica. Tenemos que considerar que la buena alimentación a temprana edad es fundamental para un buen desarrollo de las capacidades físicas y mentales. La insuficiencia de nutrientes en los primeros años de vida puede causar daños irreversibles.

Un niño desnutrido es altamente vulnerable a enfermedades, incluyendo las respiratorias y diarreicas. La encuesta reflejó que el 4% de los menores de 5 años presentaba bajo peso para su edad (desnutrición global), el 1.3% desnutrición aguda (bajo peso para su talla) y el 19% presentaba retraso en la talla esperada de acuerdo a la edad (desnutrición crónica).” (112)

El distrito de Capira, para el año 2009 tenía una población de 40,533 personas, de las cuales 38,229 es asegurada y 2,304 es no asegurada. En la siguiente tabla, se muestra la distribución de la población capireña, por grupo, demostrándonos que la mayor parte de la población está en la etapa reproductiva.

(112) COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL), Op. cit., pág. 23

TABLA No. 1**Estimación de la Población en el Distrito de Capira: Año 2010**

| GRUPO - EDAD | POBLACIÓN |
|---------------------|------------------|
| Menores de 1 año | 985 |
| De 1 - 4 años | 3,931 |
| De 5 - 14 años | 9,263 |
| De 15 - 19 años | 3,442 |
| De 20 - 39 años | 11,539 |
| De 40 - 49 años | 4,858 |
| De 50 - 59 años | 3,107 |
| De 60 años y más | 4,111 |
| TOTAL | 41,236 |

Fuente Documental: Dirección de Estadística y Censo Institucional: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, MINSA

La estimación de la esperanza de vida al nacer, que representa el promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si los movimientos en la tasa de mortalidad de la región evaluada se mantuvieran constantes, en el distrito de Capira para los años 2009 - 2010 es de 75.50 de uno y otro sexo. Mientras que la esperanza de vida en la provincia de Panamá es de 77.39 años. (112) Este es uno de los indicadores de la calidad de vida, directamente ligados al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades, que nos indica que la población a la cual está dirigida esta propuesta, tiene menos acceso a los recursos que otros distritos de la provincia de Panamá.

Tenemos que los nacimientos vivos en Capira, para el año 2010 fueron 642; de los cuales 541 recibieron asistencia profesional al parto, y 101 nacimientos vivos que no recibieron asistencia profesional. El distrito de Capira tiene el número más alto de nacimientos vivos de la provincia de Panamá, sin asistencia profesional. (113)

En cuanto a los casos reportados de SIDA, por región de salud, entre los años 1984 a 2010, en Panamá Oeste se han acumulado unos 1,247, de los cuales han fallecido unas 753 personas. (114)

En relación a los casos de dengue clásico, según región de salud en la República de Panamá, tenemos que para el año 2010, se presentaron 58 casos. Los casos acumulados durante los años 1993 al 2010 han sido de 9,718. En la Región de Panamá Oeste tenemos la segunda tasa de infestación de dengue clásico más alta del país. (115)

Los casos de víctima de sospecha por violencia intrafamiliar y maltrato al menor, registrado en las instalaciones del Ministerio de Salud, en la Región de Panamá Oeste, durante el año 2008 fueron 220, para el año 2009 se dieron 333, para el 2010 se registraron 371 casos. Otro elemento que se tomó en cuenta para la confección y ejecución de este proyecto es el enfoque de género, ya que las víctimas de sospecha por

(113) MINISTERIO DE SALUD. 2011. **Boletín Estadístico 2010**. Dirección Nacional de Planificación del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. República de Panamá. Pág. 4

(114) MINISTERIO DE SALUD, Op. cit., pág. 5

(115) Ídem., pág. 6

violencia al y la menor, por sexo en esta región teniendo el 20.2 % a nivel nacional. De estos casos 50 eran niños, representando el 13.5%; las niñas víctimas de maltrato fueron unas 321, representando el 86.5%. (116)

La cobertura de atención en adolescentes embarazadas entre los 10 a 19 años de edad, en el distrito de Capira, para el año 2010, fue de 103 casos al embarazarse a tan temprana edad tienen menos probabilidades de terminar la escuela, pues dependen de mecanismos de apoyo social que no necesariamente tienen. Esta situación realmente condena a estas niñas y adolescentes a perpetuar la situación de pobreza en la que se ven sumidas. (117)

4.2. Descripción del proyecto

4.2.1. Objetivos del proyecto

A continuación se presentan los objetivos que servirán de guía para la formulación e implementación del proyecto:

- **Objetivo general**

Desarrollar un proceso de promoción de la salud integral de la Comunidad 31 de Octubre, corregimiento de Lídice, distrito de Capira, con un enfoque de derechos humanos.

(116) MINISTERIO DE SALUD, Op. cit., pág. 7

(117) Ídem., pág. 6

- **Objetivos específicos**

- Estimular acciones de salud en la persona.
- Promover la atención integral y la salud familiar y comunitaria.
- Familiarizar a la comunidad con un medio ambiente saludable con un abordaje participativo.
- Promover el mejoramiento de la gestión y de los aspectos administrativos del centro de salud de la Comunidad 31 de Octubre.

En la siguiente tabla presentamos los ejes de intervención o estrategia y los resultados esperados que se ha diseñado para llevar a cabo los objetivos propuestos.

TABLA No. 2.

4.2.2. Áreas de intervención y resultados esperados (re)

| AREAS DE INTERVENCIÓN | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|--|
| <p>Eje 1. Acciones de salud en la persona</p> <p>Contribuye a impulsar una adecuada atención con enfoque bio-psico-social a la persona en el contexto de su familia y comunidad</p> | <p>Re 1.1. Personal administrativo, docente, centros parvularios, escuelas primarias y secundaria importancia de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud; incrementando su efectividad y eficiencia para contribuir a mejorar la salud de las familias y la comunidad.</p> |
| <p>Eje 2. Atención integral y la salud familiar y comunitaria</p> <p>Se abordan aspectos clave para la atención comprensión de la salud familiar y comunitaria como diagnosticar y brindar orientación a las familias.</p> | <p>Re 1.2. Moradores/as de la Comunidad sensibilizados/as y orientados/as sobre la importancia de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud como por ejemplo la salud sexual y reproductiva, la violencia de género y la violencia doméstica.</p> |
| <p>Eje 3. Medio ambiente saludable con un abordaje participativo</p> <p>Implementar la atención integral de salud en su componente comunitario, apoyando el desarrollo y fortalecimiento de las organizaciones comunales.</p> | <p>Re 1.3. Autoridades del distrito de Capira, comerciantes del área, colegios y moradores/as sensibilizados/as e involucrados/as en actividades de promoción y prevención de la salud comunitaria para el mejoramiento y preservación del ambiente realizando jornadas de reforestación y limpieza comunitaria incluyendo los ríos y quebradas, así como áreas verdes y comunidad en general.</p> |
| <p>Eje 4. Gestión y aspectos administrativos del centro de salud</p> <p>Implementar acciones de sensibilización para mejorar los servicios con enfoque de derechos humanos, para promover la atención integral de salud y la salud familiar y comunitaria tanto en el contexto intra como extra-mural.</p> | <p>Re 1.4. Equipo de trabajo del Centro de Salud Dr. Juan H. Flores, sensibilizado y capacitado, con una base de conocimientos teórico-prácticos sólida, que le permitan contribuir a la consolidación del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario con enfoque en Derechos Humanos.</p> |

Fuente. Elaborado por la autora

4.2.3. Actividades y cronograma del proyecto

| ACTIVIDADES | AÑO 2013 - 2014 /MESES | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 1. Jornada de sensibilización para personal administrativo, docente y de apoyo de los centros parvularios, escuelas primarias y secundarias del corregimiento de Lidice, sobre la importancia de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. (Re 1.1) | | | | | | | | | | | | | |
| 2. (2) Jornadas de sensibilización para jefes/as de familia, de la Comunidad 31 de Octubre, sobre la importancia de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. (Re 1.2) | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Curso para padres, madres y demás moradores/as de la Comunidad 31 de Octubre, sobre los problemas típicos y temas de interés especial que afectan a la familia, como por ejemplo la salud sexual y reproductiva, la violencia de género y la violencia doméstica. (Re 2.1) | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Se realiza 4 jornadas de limpieza anualmente en la Comunidad 31 de Octubre, con las redes sociales del corregimiento de Lidice. (Re 3.1.) | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Se realizan anualmente 2 jornadas de reforestación. (Re 3.1.) | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Curso para el equipo de trabajo del Centro de Salud Dr. Juan H. Flores, sobre la gestión del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario con enfoque en Derechos Humanos. (Re 4.1) | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Reuniones de coordinación, seguimiento, monitoreo y evaluación del proyecto. | | | | | | | | | | | | | |

Fuente. Elaborado por la autora

TABLA No. 3

4.2.4. Indicadores y medios de verificación

| INDICADORES DE VERIFICACION | MEDIOS DE VERIFICACION |
|--|--|
| Jornada de sensibilización para el personal administrativo, representantes de familias docente y de apoyo sobre la importancia de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud | Informes de cada actividad ejecutada, con su respectivo registro de asistencia y fotos |
| Importancia de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud | Memorándums, cartas o circulares. |
| Curso para padres, madres y demás moradores/as de la Comunidad | Actas de las reuniones de seguimiento, monitoreo y evaluación del proyecto |
| Jornadas de limpieza en la Comunidad, con el apoyo de las redes sociales | |
| Jornadas de reforestación | |
| Curso para el equipo de trabajo del Centro de Salud sobre el Modelo de SIFC con enfoque en DH | |
| Reuniones de coordinación, seguimiento, monitoreo de las actividades. Ejecución y evaluación del proyecto | |

Fuente: Elaborado por la autora

4.2.5. Metodología

Para el desarrollo de este proyecto, proponemos la utilización de los métodos y técnicas participativos, que se basan en el incentivo del principio activo del conocimiento y el aprendizaje: el conocimiento crítico se construye, se elabora, por

medio de una serie de procesos intelectuales y motrices que implican realizar asociaciones, relaciones, abstracciones, formular conclusiones, análisis o síntesis, de forma activa y consciente.

Con esta metodología buscamos relacionar la teoría con la práctica, es indispensable estructurar los procesos de formación en función de las situaciones concretas que viven quienes se involucran en estos procesos. Esto sólo es posible si estas personas son efectivamente participantes del proceso y no sólo "asistentes" a las actividades, y por tanto, pueden compartir sus inquietudes, problemas, conocimientos y comportamientos. Conocer de forma participativa, los deseos, temores, expectativas e intenciones de cada persona, es esencial para estructurar un proceso de formación que permita conocer y transformar las realidades concretas en las que se vive. (118)

Esta metodología permiten desarrollar procesos de formación que se enriquecen con los aportes de todas y cada una de las personas que intervienen, contribuyen a construir colectivamente nuevos conocimientos y habilidades, a conformar identidades colectivas a la vez que fortalecen la identidad y autoestima individual; permiten encontrar alternativas y pistas de respuesta comunes y solidarias, posibilitan la objetivación de la propia problemática; permiten el encuentro y articulación entre iniciativas distintas; refuerzan una visión estructural de la realidad, entre otros. (119)

(118) JARA O. 2001. *La Concepción Metodológica Dialéctica, los Métodos y las Técnicas Participativas en la Educación Popular*. CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. San José, Costa Rica. www.alforja.or.cr/centros/cep. Pág. 55

(119) JARA O., Op. Cit., pág. 56

Por último, la puesta en práctica de métodos y técnicas activos y participativos en los procesos de formación, permite ejercitar capacidades para poder participar activamente en otros campos de la vida social: intervenir con posiciones críticas, disposición de aprender y con voluntad de aportar en actividades económicas, sociales, culturales, políticas, etc. (120)

Algunas de las técnicas a utilizar son las siguientes:

- Técnica expositiva, exposición oral de un tema, hecha por expertos ante un grupo. Usada para lograr objetivos relacionados con el aprendizaje de conocimientos teóricos.
- Lluvia de ideas por tarjetas, afiche, papelógrafo, phillips 6-6, entre otras.
- Debates, que consiste en un intercambio informal de ideas e informaciones de varias fuentes a la vez sobre un tema, realizado por un grupo bajo la conducción estimulante y dinámica de una persona que hace de guía e interrogador.
- Dinámicas como el socio drama, es una actuación en la que se utilizan gestos, acciones, palabras o situación de la vida real que después se analizan.
- Juegos de roles o papeles, la pantomima, cuento dramatizado sobre cualquier tema, se prepara un cuento o una historia, se escoge una cantidad de participantes, para que representen en forma de mímica, mientras uno de los participantes va leyendo el texto.

(120) JARA O., Op. cit., pág. 56

4.2.6. Presupuesto

A continuación se presentan los recursos necesarios:

CONSOLIDADO DE GASTOS

| RUBRO | COSTO |
|---|--------------------|
| Servicios profesionales | B/32.400.00 |
| Movilización | 1,000.00 |
| Capacitaciones y actividades de promoción | 12,900.00 |
| TOTAL | B/46,300.00 |

4.2.6.1. Servicios Profesionales

| DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | TIEMPO EN MESES | SALARIO MENSUAL | SALARIO ANUAL |
|----------------------------|----------|-----------------|-----------------|---------------------|
| Coordinador/a | 1 | 12 | 900.00 | 10,800.00 |
| Trabajadora Social | 1 | 12 | 700.00 | 8,400.00 |
| Secretaria | 1 | 12 | 700.00 | 8,400.00 |
| Enfermera (tiempo parcial) | 1 | 12 | 400.00 | 4,800.00 |
| TOTAL | | | | B/ 32,400.00 |

4.2.6.2. Promoción de las acciones del proyecto

| DETALLE | CANTIDAD | P/U | COSTO TOTAL |
|---|----------|-------|--------------------|
| Transporte (movilización a la comunidad) | -- | --- | 600.00 |
| Participación a reuniones y actividades de la Red Social. | 40 | 10.00 | 400.00 |
| TOTAL | | | B/.1,000.00 |

4.2.6.3. Capacitaciones y actividades de promoción

| ACTIVIDADES | RUBROS | COSTO TOTAL |
|--|--|-------------|
| Jornada de sensibilización para personal administrativo, docente y de apoyo de los centros parvularios, escuelas primarias y secundarias del corregimiento de Lídice. (Re 1.1) | - Refrigerio (B/700.00) - Material didáctico (B/300.00) | B/.1,000.00 |
| (2) Jornadas de sensibilización con representantes de familias de la Comunidad 31 de Octubre, sobre la importancia de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. (Re 1.2) | - Refrigerio (B/300.00) - Material didáctico (B/500.00) | B/.800.00 |
| Curso para 50 padres, madres y demás moradores/as de la Comunidad 31 de Octubre, sobre los problemas típicos y temas de interés especial que afectan a la familia. (Re 2.1) | - Refrigerio (B/700.00) - Material didáctico (B/800.00) | B/.1,500.00 |
| (4) Jornadas de limpieza en la Comunidad 31 de Octubre, con el apoyo de las redes sociales del corregimiento de Lídice. (Re 3.1.) | - Equipo de limpieza (5,200.00) - Refrigerio (B/1,500.00) | B/.6,700.00 |

| | | |
|---|--|----------------------|
| (2) Jornadas de reforestación, durante los meses de mayo a junio de 2013. (Re 3.2.) | - Plantones (B/. 800.00) - Insumos (B/.300.00) | B/. 1,100.00 |
| Curso para el equipo de trabajo del Centro de Salud Dr. Juan H. Flores, sobre la gestión del Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario con enfoque en Derechos Humanos. (Re 4.1) | - Refrigerio (B/700.00) - Material didáctico (B/300.00) | B/.1,000.00 |
| Imprevistos | | B/. 3,000.00 |
| SubTotal | | B/. 12,900.00 |

CONCLUSIONES

La realización de esta investigación nos permitió llegar a las siguientes conclusiones ya que se compruebe la hipótesis “La falta del enfoque de derechos humanos en la atención de salud familiar y comunitaria, ha afectado negativamente la Comunidad 31 de Octubre”, porque justifican con porcentajes los resultados estadísticos de la situación socioeconómica de la comunidad y sus condiciones de salud.

- Un elemento importante que se debe tomar en cuenta es conocer el salario mensual del jefe o jefa de la familia, se utilizó el criterio de rangos cuyos resultados nos arrojan que el 44 % (22) cuenta con un ingreso menor a B/. 100.00, el 14% (7) están entre B/. 101.00 a 200.00, como se puede observar en el Cuadro N°1. Estos resultados nos revelan que el mayor porcentaje de los/as jefes(as) de familia carecen de ingresos.
- A la situación de ingresos deficientes se observan en la Cuadro No. 4, la relación a cuántos miembros componen la familia, 38 respondieron que de 2 a 5 miembros representando un 76%; doce indicaron que de seis a diez miembros representando el 24%. Sabemos que las familias con muchos dependientes estarán en mayores dificultades para salir de la pobreza y lograr su bienestar.
- Otro elemento que influye en la situación de pobreza de la Comunidad 31 de Octubre, es el nivel de escolaridad de los(as) jefes/as de familia, el mayor porcentaje 56% (28), ha logrado un nivel de educación media, seguido del 28% (14) que están en el nivel básico; el 16% (8) no estudian. Esta gráfica nos

señala que la mayoría no sobrepasa la educación media. Por lo tanto, se necesitan en la comunidad capacitaciones que apoyen las necesidades comunitarias y entre éstas, las relacionadas con el tema de la salud.

- La variable del aumento de los costos en el consumo de los alimentos nos indica que 25 (50%) familias respondieron que han disminuido la compra de alimentos; 10 respondieron que hay disminución en las carnes; y 15 indicaron la mala calidad de los alimentos que consumen.

En cuántas comidas ingieren la familia durante el día 12 encuestados respondieron que tres comidas, mientras que treinta y ocho respondieron que dos comidas eran necesarias. Ningún jefe o jefa de familia señaló que solo comen una vez en su hogar.

- En relación a las condiciones de los servicios públicos que afectan a la comunidad, está el servicio de agua. Según manifestaciones de los informantes, en la comunidad 31 de Octubre todavía dos de familias se abastecen de agua del río y pozo brocal. Es importante tener en cuenta que de la calidad del agua disponible que consumen las familias de esta comunidad va a depender en gran medida la calidad de vida, pues el agua insalubre es uno de los diez factores de riesgo que producen mayor carga de morbilidad en el mundo, ya que en ausencia del vital líquido la población rural se abastece de fuentes de aguas subterráneas para su aseo personal y las actividades domésticas y económicas.

- Es importante considerar la disposición de las excretas como se observa en la Grafica No. 6, puesto que se registra que un total de cuarenta y ocho utilizan letrinas (96%) y un mínimo de sólo dos utiliza tanque séptico (4%).
- El 90% de las familias acuden en busca de atención médica al Centro de Salud Dr. Juan H. Flores que es el más accesible y más económico. De igual manera se demuestra que 5 familias que representan el 10% de la muestra, se dirigen a las consultas de la Caja de Seguro Social y en caso de alguna urgencia acuden al Hospital Nicolás A. Solano o a la Policlínica Santiago Barraza.
- En cuanto a las condiciones ambientales relacionada con el ambiente se obtuvo, como resultado que el 74% (37) de las familias que éste es propicio para la propagación de enfermedades ya que existe contaminación del agua, el aire, tiran la basura clandestinamente, sin tener en cuenta los problemas que pueden ocasionar, tanto para el ambiente como para la salud de las familias que viven en la comunidad.
- En relación con las enfermedades más comunes en el área, 27 (54%) familias consideran que el resfriado es la que padecen con mayor frecuencia, 13 jefes/as mencionaron que el problema de la piel (26%) y 10 familias señalaron la diarrea, representada en 20%. Muchas de estas situaciones son producto de las

condiciones ambientales, como resultado de la no utilización o manejo inadecuado del agua, basura y otros.

- En cuanto a los programas de promoción de la salud de la familia que se desarrollan en la comunidad, 28 jefes/as de familia manifestaron que participaron de los programas de promoción de la salud: Estilos de Vida Saludable, Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, los programas de Salud Ambiental y Habilidades para Vivir, no los consideran importantes. Los resultados indican que hace falta realizar un mayor esfuerzo por parte del Centro de Salud, la Caja de Seguro Social y Autoridad Nacional del Ambiente, entre otros; para ampliar la cobertura y beneficios de los programas a la Comunidad 31 de Octubre, en pro de la salud comunitaria.
- Sobre los daños que ocasionan los efectos de la contaminación ambiental, 22 jefes/as de familias que representan el 44%, presentan problemas respiratorios; 20 que constituyen el 40% manifestaron que les ha afectado la contaminación del agua, 5 que equivalen el 10%, consideran que es la contaminación del aire y finalmente, 3 que es el 6%, indican el agotamiento permanente.
- Como es típico de áreas rurales, una de las enfermedades que ha cobrado fuerza en los últimos años es la leishmaniasis, que si no se atienden adecuadamente, puede causar la muerte.

- Otra consecuencia para la salud y el ambiente, derivadas del manejo inadecuado de los residuos sólidos como la proliferación del mosquito *Aedes aegypti*, los olores desagradables, producto de la basura, los plásticos que se acumulan en el ambiente y representan una amenaza para la vida silvestre y para la estética de las comunidades.
- La salud integral proporciona una visión integradora de los procesos sociales y psicológicos implicados en la salud del grupo familiar lo cual, favorece la comprensión de la relación familia-salud que es de suma importancia y prioritaria.
- Una propuesta en salud que implemente estrategias de atención primaria, renovada mediante un modelo en intervención en educación ambiental permite importantes avances con la educación de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad, con un objetivo común de mejoramiento de condiciones de vida de los más pobres y vulnerables mediante Atención Primaria, puede dar importantes resultados en consecución de metas de desarrollo social.

- La metodología que proponemos sustentada en la propuesta comunitaria contribuye a capacitar a las familias de la comunidad y a involucrar al individuo en los procesos de participación y cooperación, elementos que representan una herramienta que facilita una mejor orientación para asumir una conciencia crítica y construir proyectos para buscar solución a las dificultades.
- Esta investigación permite comprobar que es necesario incluir la salud del grupo familiar como el centro del quehacer en salud, considerando todos los aspectos del desarrollo humano inserto en la sociedad. Este modelo de salud integral, es humanizado, y considera que la participación social y el desarrollo comunitario, el trabajo intersectorial es un fuerte componente de promoción de la salud en el marco de los determinantes sociales de la salud, y su importancia en la mejoría del nivel de vida de la población, en cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida social.
- En la actualidad existe una infinidad de prácticas ambientales dañinas para la salud física de las personas que integran las familias en la Comunidad 31 de Octubre. Existen muchas prácticas que contaminan el agua: con letrinas ubicadas a poca profundidad; al vaciar basuras, generan la degradación del recurso agua, convirtiéndola en tóxica para las plantas, animales y las personas.

- La quema casera de basura amontonada en barriles o en los terrenos de los patios, es una práctica común en la Comunidad 31 de Octubre, la comunidad no es consciente que el humo proveniente del fuego de estas quemas contiene químicos peligrosos que afectan la salud y el ambiente.
- La familia ha sido una fuente de información importante para expandir nuestros conocimientos en el tema y aprender más sobre los cuidados a tener en cuenta para conservar un óptimo estado físico y mental.
- La Salud Familiar Comunitaria se constituye en la estrategia para mejorar la vida de las personas, las familias y la Comunidad 31 de Octubre, en el marco de las determinantes de la salud, por ello es necesario el fortalecimiento de la red de servicios, redes de personas, para consolidar la interrelación entre el personal prestador de servicios de salud y las personas, familias y comunidades.
- La promulgación de los Derechos Humanos, las leyes nacionales, decretos y resoluciones que amparan legalmente la existencia de las redes de salud, contribuye en la eliminación de la exclusión social sanitaria, promueve el acceso efectivo a los servicios integrales de salud; reivindica, fortalece e impulsa la participación comunitaria efectiva en la toma de decisiones en la gestión participativa y control social y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la familia y comunidad; contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

RECOMENDACIONES

Aproximar y articular de la mejor manera posible la información con los procesos de atención familiar y comunitaria y el análisis de los datos obtenidos, mediante la utilización de instrumentos de recolección de la información, nos motiva a presentar las siguientes recomendaciones:

- Se debe incrementar un mayor número de profesionales idóneos capacitados en el tema de salud familiar y comunitaria, como consejeros y orientadores, ya que en la actualidad esto constituye una de las limitaciones de la investigación.
- Es necesario fortalecer la implementación del modelo de atención de Salud Familiar y Comunitaria, para que se constituya en la forma de articular personas o familias en la comunidad 31 de Octubre con el equipo de salud, a partir de una prestación con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de su cosmovisión, procesos de comunicación fluidos y aceptación de la decisión del usuario (procedimientos, diagnóstico, tratamiento y prevención), por lo que la atención de salud no sólo abarca la enfermedad, sino la persona en su ciclo de vida, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, y su espiritualidad.
- Capacitar a las familias en cuanto a salud familiar y comunitaria con intervención en educación ambiental en la comunidad.

- Se debe implementar en el Centro de Salud el programa de Educación Ambiental con personal idóneo, para fortalecer a las familias y por ende, a la comunidad.
- Monitorear a los individuos en el sistema de salud y familia en la comunidad.
- Organizar las capacitaciones y ejecutarlas con las familias de la comunidad, de tal manera que este sector poblacional se familiarice con nuevos hábitos.
- Se hace necesario la incorporación de capacitaciones de salud familiar y comunitaria con intervención en educación ambiental con personal idóneo y de las disciplinas afines a la salud y de los promotores /ras comunales mediante campañas a nivel comunal que incentive la participación de las familias.
- Implementar la propuesta de salud familiar y comunitaria a nivel normativo que permitan ejecutar las estrategias involucrando a las familias rurales para lograr mejores resultados.
- Mejorar el desempeño en la acción comunitaria y la provisión de servicios con calidad y calidez, por medio de las habilidades de los proveedores en comunicación interpersonal y comunitaria se puede lograr una mayor participación comunitaria en la calidad del servicio de las familias y comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

ABREU, A. 1995. **América Latina, globalización, género y trabajo**. En ISIS-CEM El trabajo de las mujeres en el tiempo global, Santiago, Chile.

ARIAS, O. 1979. **Nuevos rumbos para el desarrollo costarricense**. Editorial Universitaria Centroamericana, San José, Costa Rica.

ALARCÓN, D.; MEJÍA, J. y ZEPEDA, E. 2007. **Los objetivos del milenio (ODM) en América Latina: Más Allá de los Promedios**. BID-INDES.

ARRIAGADA, I. 2002. **Familias Latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo**. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2002.

ATENCIO, E. 2008. **Encuesta de niveles de vida: Cobertura y acceso a salud para menores de 5 años**. Ministerio de Economía y Finanzas. Panamá.

BATISTA, D. 2008. **Folleto de Salud familiar y comunitaria en el contexto del desarrollo sostenible**. Universidad de Panamá. Panamá.

BONILLA, E.; LICHA, I. y MOLINAS J. 2002. **Desafíos de la gerencia sociales el siglo XXI: La construcción de sociedades equitativas**. INDES/ BID/ INTEC. Santo Domingo.

BROWN, D. 2001. **Evaluación de políticas y programas en la región del Caribe: Problemas conceptuales y prácticos**. Chile. Naciones Unidas/ CEPAL.

BUSSO, G. 2002. **Vulnerabilidad socio demográfica en Nicaragua, serie Población y desarrollo**. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), octubre. Publicación de las Naciones Unidas.

CANDANEDO U. 1997. **Un análisis del gasto social en Panamá, perspectivas recientes**. Panamá.

CARRASQUILLA, P. 2002. **Manual para la confección de cuadros y gráficos estadísticos.** Contraloría General. República de Panamá.

CASTRO, M. 2000. **Matrimonios sin papeles en Centroamérica: Persistencia de un sistema dual de nupcialidad, en Población del istmo, familia, migración, violencia y medio ambiente,** Editorial Luis Rosero Bixby, Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, San José.

CATASÚS, S. y FRANCO, M. 2009. **La jefatura de hogar en Cuba y América Latina. Un acercamiento a las desigualdades regionales y de género.** Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La Habana, Cuba.

CHADI, M. 2004. **Redes sociales en el Trabajo Social.** Espacio Editorial. Argentina

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). 2011. **Propuesta de una nueva línea de pobreza para Panamá.** CEPAL – Colección Documentos de proyectos.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). 2004. **Una década de desarrollo social en América Latina.** Santiago de Chile.

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE LA CUENCA HIDROGRÁFICA DEL CANAL DE PANAMÁ. 2005. **Plan de Acción del Río Trinidad.** República de Panamá.

CONSEJO DIRECTIVO. 2006. **58 Sesión del Comité Regional.** Washington, D. C., Estados Unidos.

COSTA, M., y LÓPEZ, E. 1987. **Salud comunitaria.** Barcelona, España. Martínez Roca.

DE VOS, S. "Nuptiality in Latin America: The view of a Sociologist and Family Demographer" [en línea], Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin-Madison <<http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/98-21.pdf>>. 1998.

DUNCAN, P. 1986. **Estilos de vida. En medicina en salud pública.** Argentina.

FERNÁNDEZ, C. y FORNES, J. 1991. **Educación y Salud. Palma de Mallorca.** Universidad de las Islas Baleares, Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.

FERREIRA, R. 2000. **Familia y Política Social.** Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS Y PANAMÁ. 2006. **La niñez y la mujer en la encrucijada.** Segunda Edición (Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF).

GAITÁN, C. 2008. **Los Proyectos sociales en el marco de la calidad total.** Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Impreso en Colombia. Bogotá, Colombia.

GUIDEMAP, S. 2004. **Manual sobre toma de decisiones y participación pública** desarrollado en el marco Proyecto Europeo.

GOLCHER, I. 2000. **Escriba y sustente su tesis. Metodología para la Investigación Social.** 5 a. Edición. Panamá.

HERNÁNDEZ, SAMPIERI, R.; C. y BATISTA, P. 2005. **Metodología de la Investigación.** Edt. Mc Graw-Hill. México.

HILL, Z. 2005. **Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones.** Washington, D.C: OPS, © 2005. Serie OPS/FCH/CA/O5.05.E. 1

JARA O. 2001. **La Concepción Metodológica Dialéctica, los Métodos y las Técnicas Participativas en la Educación Popular.** CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. San José, Costa Rica. www.alforja.or.cr/centros/cep

KLIKSBERG, B. 2002. **Capital social y cultura, claves olvidadas del desarrollo.** BID-INDES.

MARTÍNEZ, C. 2003. **Salud familiar.** Editorial Científico-Técnica. Segunda Edición. La Habana, Cuba.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. 2001. **Perfil y características de los pobres en Panamá. Programa de las Naciones Unidas. Encuesta de niveles de vida.** Último Ambiental. Panamá.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. 2005. **La pobreza en Panamá. Encuesta de niveles de vida.** Panamá.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. 2004. **Jerarquización de corregimientos, según niveles de satisfacción de necesidades básicas de vivienda, salud y educación.** Panamá.

MINISTERIO DEL GOBIERNO VASCO. 1990. **Política de salud para Euskadi 2000.** Vitoria - Gasteiz, Departamento de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones.

MINISTERIO DE SALUD. 2007. **Marco conceptual del modelo de salud familiar y comunitario MOSAFC MINSA:** Managua, Nicaragua. 2 Edición.

MINISTERIO DE SALUD. 2011. **Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud.** Departamento de Formación y Evaluación de Proyectos. Panamá.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTE. 2008. **Norma nacional red municipal de salud familiar comunitaria intercultural.** -Red municipal SAFCIY Red de Servicios. Serie: Documentos Técnico – Normativos. La Paz, Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (MINSA/OMS). 2002. **Informe de Panamá “Logros en promoción de la salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México”.** Panamá.

MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (MINSA/OMS). 2004. **La comisión sobre determinantes sociales de la salud.** Panamá.

MÓDULO DE POLÍTICAS SOCIALES. 2000. **Derechos humanos y familiares. Intervención social con familias. Nuevos escenarios.** Centro Latinoamericano de Trabajo Social. CELATS, Holanda.

NACIONES UNIDAS (ONU). 2012. **Declaración universal de derechos humanos.** <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml>. Sección de Servicios de Internet | Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS (ONU). 2002. **Indicadores de la familia, Asuntos económicos y sociales.** Nueva York. Estados Unidos.

NACIONES UNIDAS (ONU). 2000. **Cumbre mundial de desarrollo social (2000) 5. Ginebra, Suiza.**

NACIONES UNIDAS. 1997. **Políticas sociales, familia y trabajo en la América latina de fin de siglo.** Comisión económica para América Latina y el Caribe. Serie políticas sociales # 21. Santiago de Chile.

NACIONES UNIDAS y CEPAL. 2005. **Reunión de expertos "Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales".** CEPAL, 28 y 29 de junio 2005, Chile.

NACIONES UNIDAS (ONU). 1995. **Cumbre mundial de desarrollo social. Copenhague, Dinamarca.**

NACIONES UNIDAS, OPS y CEPAL. 2011. **Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general.** Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile.

NACIONES UNIDAS (ONU). 1966. **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión.** Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

NACIONES UNIDAS (ONU). 2000. **Sobre nuevas iniciativas en pro del desarrollo social.** Resolución de 1 de julio. Washington, D.C., Estados Unidos.

ORDOÑEZ, D. y BRACAMONTE, P. 2005. **Consideraciones para el diseño y evaluación de programas y proyectos sobre trabajo infantil y de adolescentes.** Washington, D. C., Estados Unidos. Banco Interamericano de Desarrollo.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN, FAO. 2000. **Mejorando la nutrición a través de huertos y granjas familiares.** Manual de Capacitación para Trabajadores del Campo en América Latina y El Caribe. Roma.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1998. **51ª Asamblea Mundial de la Salud, se acordó la “Política de Salud para Todos para el siglo XXI”.** http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1986. **Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.** Reunida en Ottawa (Canadá) el día 21 de noviembre de 1986, culminó con la Declaración mundialmente conocida como Carta de Ottawa. <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1998. **Promoción de la Salud Glosario.** Ginebra, Suiza.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2002. **Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y Derechos Humanos**. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N ° 1, julio de 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). 2003. **Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el periodo 2003-2007**. CD44/5. Washington D.C., Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2004. **Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas (HA)**. Washington D.C., Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1990. **La participación social**. HSD/SILOS-3, OPS, Washington, D.C., Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). 1999. **Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe**. Washington. D.C., Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS). 2006. **La comisión sobre determinantes sociales de la salud**.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS). 1978. **Declaración de ALMA-ATA**. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OPS/OMS). 2008. **Estrategia de Cooperación con el País**. Panamá 2007-2011. Ministerio de Salud de Panamá.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). 2003. **44° Consejo Directivo, 55ª sesión del Comité Regional.**

PÉREZ, A. 1999. **La relación familia, trabajo y empresa como marco para la política familiar.** Panamá.

PÉREZ, E. 2003. **Guía para la elaboración del marco teórico.** Primera Edición. México.

PÉREZ, M. 2005. **Metodología de la investigación científica aplicada a la salud pública.** Editorial Trillas, S.A. México DF. México.

PRENSA LATINA. 2012. URL del artículo:

<http://www.correodelorinoco.gob.ve/multipolaridad/costo-canastabasica-sigue-aumentando-panama/>

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD), 2000. **El Desarrollo Humano en Nicaragua, Managua.**

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). 2002. **Informe nacional de desarrollo humano Panamá el compromiso con el desarrollo humano: un desafío nacional.** Panamá.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD), 2004. **Informe nacional de desarrollo humano, de la invisibilidad al protagonismo: la voz de la juventud, Panamá.**

QUINTERO, C. 2010. **Marco legal del sector salud panameño.** 12 de junio del 2010. Panamá América. Panamá.

QUILODRÁN, J. 2001. **Ponencia presentada en la XXIV Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP),** Salvador de Bahía. 2001.

REPETTO, F. y ACUÑA, C. 2001. **La política social del gobierno nacional: un análisis político-institucional, Informe de Avance de investigación realizada en el marco del Observatorio Social UNESCO-MOST/SIEMPRO**, Buenos Aires, Argentina.

REPETTO, F. 2004. **Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina**. BID-INDES.

REPÚBLICA DE PANAMÁ. 1972. **Constitución Política. Reformada por los actos reformativos de 1978**, por el acto constitucional de 1983 y los actos legislativos 1 de 1983 y 2 de 1994.

REPÚBLICA DE PANAMÁ. 1947. **Código Sanitario**. Ley 66 de 10 de noviembre de 1947. "Por la cual se aprueba el Código Sanitario". (G.O. 10467 de 6 de diciembre de 1947).

RIVAS, F. 2009. **La crisis de los residuos sólidos en Panamá**. APRONAD - Asociación para la Promoción de Nuevas Alternativas de Desarrollo.

RODRÍGUEZ, JORGE. 2001. **Vulnerabilidad demográfica en América Latina: ¿Qué hay de nuevo?**, documento presentado al Seminario Internacional "Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe", Santiago de Chile, 20 y 21 de junio.

SILVA, GÓMEZ, EDELMIRA. 1975. **Influencia del medio ambiente en la organización familiar**. Universidad Santo Tomás de Aquino. Bogotá, Colombia.

STAFF, M. 1997. **Enfoque jurídico de las políticas públicas. Desarrollo sostenible y familia en Panamá**. Panamá.

ANEXO

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
MAESTRÍA EN POLÍTICAS, PROMOCIÓN E INTERVENCIÓN FAMILIAR

INSTRUCCIONES. Es una investigación para recoger y conocer la información del desarrollo del trabajo final de la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria con enfoque en Derechos Humanos, en la Comunidad 31 de Octubre, de Lídice, distrito de Capira.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA FAMILIA

A. Características del jefe/a de familia

1. Condición biológica del jefe o jefa de familia

1.1. Femenino

1.2. Masculino

2. Edad en años cumplidos del/la jefe/a de familia

2.1. Menos de 19

2.2. 20 a 30

2.3. 31 a 40

2.4. 41 a 50

2.5 51 o más

3. Condición marital del/ la jefe/a de familia

3.1. Casado/a

3.2. Divorciado/a

3.3. Unido/a

3.4. Separado/a

3.5. Soltero/a

4. Ocupación del jefe o jefa de familia

4.1. Trabajador manual

4.2. Transportistas

4.3. Construcción

4.4. Domésticos/as

4.5. Cocineros

5. Condición laboral del/la jefe/a de familia

- 5.1. Eventual
- 5.2. Permanente
- 5.3. Independiente

6. Salario mensual del/la jefe/a de familia (en balboas)

- 6.1. Menos de 100
- 6.2. 101 a 200
- 6.3. 201 a 300
- 6.4. 301 a 400

7. Cantidad de miembros que integran la familia

- 7.1 2 a 5
- 7.2 6 a 10

8. Nivel de escolaridad que tienen los jefes o jefas de familia.

- 8.1 Nivel básico
- 8.2 Nivel de educación media
- 8.3 No estudian

9. ¿Cómo afecta el aumento de los costos de los alimentos?

- 9.1. Dis. de la compra de alimentos
- 9.2. Disminución en las carnes
- 9.3. Mala calidad de los alimentos

10. Cuántas comidas ingiere la familia

- 10.1 Tres comidas
- 10.2 Dos comidas
- 10.3 Una comida

II.- ASPECTOS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA

11. Problemas que afectan a la comunidad

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 11.1 Basura | <input type="checkbox"/> |
| 11.2 Agua potable | <input type="checkbox"/> |
| 11.3 Vivienda | <input type="checkbox"/> |
| 11.4 Enfermedades | <input type="checkbox"/> |
| 11.5 Transporte | <input type="checkbox"/> |
| 11.6 Centros recreativos | <input type="checkbox"/> |

12. Materiales de construcción de la vivienda.

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 12.1 Hojas de zinc | <input type="checkbox"/> |
| 12.2 Bloque | <input type="checkbox"/> |
| 12.3 Madera | <input type="checkbox"/> |

13. Servicio de alumbrado que utiliza la familia

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 13.1 Planta eléctrica | <input type="checkbox"/> |
| 13.2 Querosén o diesel | <input type="checkbox"/> |
| 13.3 Gas | <input type="checkbox"/> |
| 13.4 Velas | <input type="checkbox"/> |

14. Fuente de abastecimiento de agua utilizada por la familia

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 14.1 Turbina | <input type="checkbox"/> |
| 14.2 Pozo Brocal | <input type="checkbox"/> |
| 14.3 Río o quebrada | <input type="checkbox"/> |
| 14.4 IDAAN | <input type="checkbox"/> |
| 14.5 Acueducto público | <input type="checkbox"/> |

15. Con qué frecuencia llega el agua

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 15.1 Siempre | <input type="checkbox"/> |
| 15.2 A veces | <input type="checkbox"/> |
| 15.3 Nunca | <input type="checkbox"/> |

16. Servicio sanitario del que disponen las familias

- 16.1 Tanque séptico
- 16.2 Hueco o letrinas
- 16.3 No tiene

III- ASPECTO DE SALUD

17. A dónde acuden en busca de atención médica

- 17.1 Centro de salud
- 17.2 Hospital Santo Tomás
- 17.3 Caja de Seguro Social
- 17.4 Clínicas

18. Tienen alcantarillados adecuados para el tratamiento de las aguas servidas

SÍ NO

19. A dónde se dirigen las aguas servidas

- 19.1 Desagües
- 19.2 Alcantarillas
- 19.3 Zanjas
- 19.4 Ríos

20. Enfermedades más comunes en el área.

- 20.1 Resfriados
- 20.2 Problemas de la piel
- 20.3 Diarrea

21. Ambiente propicio para de propagación de enfermedades

SÍ NO

22. Control de vacunación de los niños

SÍ NO

23. Programas de promoción de la salud de la familia que se desarrollan en la comunidad

- 23.1 Estilos de vida saludable
- 23.2 Salud ambiental
- 23.3 Habilidades para vivir
- 23.4 Salud sexual y reproductiva

24. Daños que ocasionan los efectos de la contaminación ambiental en la salud familiar y comunitaria

- 24.1 Problemas respiratorios
- 24.2 Contaminación del agua
- 24.3 Agotamiento permanente
- 24.4 Contaminación del aire

25. Proceso de recolección de basura en la comunidad

- 25.1 Carro recolector público
- 25.2 Carro recolector privado
- 25.3 Queman la basura
- 25.4 Entierran
- 25.5 En la quebrada

26. Organización entre vecinos para la limpieza de la comunidad

Siempre A veces Nunca

27. Utilización del sistema de reciclaje en la comunidad

SÍ NO

28. Clasificación de la basura en la comunidad

- 28.1 Metal
- 28.2 Papel y cartón
- 28.3 Plástico
- 28.4 Vidrio

FOTOS DE LA COMUNIDAD



Esta es la acera que da inicio a la entrada a las viviendas de la Comunidad
31 de Octubre en Lidice, Capira.



Encontramos un puente improvisado de tablonces para cruzar al área, cuando llueve crece y muchas veces impide el acceso de las familias a sus hogares y en otras ocasiones causa inundaciones por la cercanía del río.

VÍAS DE ACCESO A LAS VIVIENDAS (CARRETERAS)



Carretera de tierra en mal estado, cerca a las viviendas y donde transitan los carros, animales, peatones, etc.



Observamos el área por donde transitan algunos vehículos

VIVIENDAS



Viviendas improvisadas forradas de zinc y tablas.



Las casas están ubicadas en terrenos altos, con servicios de letrinas semiforrados.

ACTIVIDAD COMERCIAL



Observamos el Kiosco Hermanos Gutiérrez, donde los moradores se abastecen de algunos alimentos que son necesarios y útiles.



También se dedican al cultivo de plátanos, coco, mostaza, espinaca y cebollina para la venta y el consumo diario de la familia.

DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DE CAPIRA



COMUNIDAD 31 DE OCTUBRE

Norte
Corosital

Oeste
Quebrada
Magallones

Sur
Cerro Bongo

Este
Calle Hacia
Los Duendes



NOTA: TODOS LOS POSTES DEBE LLEVAR:
- LUMINARIAS DE 100 WATTS CON SOPORTE DE 8 PIES
- CAJAS DE DERIVACION DE 9 SALIDAS

3159303

Yannis de Araya

La Chorrera, 4 de diciembre de 2012

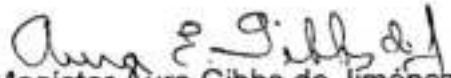
Profesores
Universidad de Panamá

Distinguidos Profesores:

Yo, Aura Gibbs de Jiménez, profesora de español del Centro Regional Universitario de Panamá Oeste, código C – 193, hago constar que he revisado el Trabajo de Grado titulado **Salud familiar y comunitaria con enfoque en derechos humanos, en la Comunidad 31 de octubre, corregimiento de Lidice, distrito de Capira, 2011** de la profesora Inés Martínez Núñez con cédula número 8-206- 998, quien cumplió con las recomendaciones dadas de redacción, ortografía y puntuación.

Agradeceré todas sus atenciones.

Atentamente,


Magíster Aura Gibbs de Jiménez
Número de licencia: 33436
Escuela de Español

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ

LA FACULTAD DE

Humanidades

EN VIRTUD DE LA POTESTAD QUE LE CONFIEREN LA LEY Y EL ESTATUTO UNIVERSITARIO
HACE CONSTAR QUE

Aura Esther Sibbs Pearson

HA TERMINADO ESTUDIOS DE MAESTRÍA Y CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS
QUE LE HAN EN ADECUADO AL TÍTULO DE,

**Magister en Lingüística Aplicada con Especialización
en Redacción y Corrección de Textos**

Y EN CONSECUENCIA SE LE CONCEDE TAL GRADO CON TODOS LOS DERECHOS,
HONORES Y PRIVILEGIOS RESPECTIVOS. EN TESTIMONIO DE LO CUAL SE LE EXPIDE
ESTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE DAVID, A LOS **Treinta y un** DÍAS
DEL MES DE **Agosto** DEL AÑO DOS MIL **cuatro**.

Ramón E. Grijalva
Secretario General
Diploma - 011059 -
Identificación Personal 8-529-2201-

[Signature]
Decano

Juan Ramón Chue
Vicerector
de Investigación y Postgrado

[Signature]
Rector

MEDUC

Ministerio de Educación y Ciencia

Ministerio de Educación y Ciencia

Ministerio de Educación y Ciencia

Ministerio de Educación y Ciencia

Ministerio de Educación y Ciencia

Ministerio de Educación y Ciencia

Ministerio de Educación y Ciencia