

UNIVERSIDAD DE PANAMA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

**ANALISIS DE LA SITUACION
DE SALUD Y PARTICIPACION SOCIAL
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO.**

AÑO: 1995.

POR:

DRA. VIELKA FRAGO DE OVIEDO

Trabajo de Graduación para
optar por el título de
Maestría en Salud Pública

PANAMA, REPUBLICA DE PANAMA.

1996

T.H

29 SEP 1996

ch. del autor

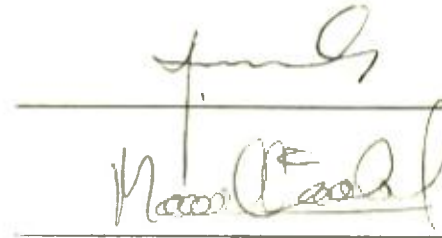
APROBACION

TESIS TITULADA: "ANALISIS DE LA SITUACION DE
SALUD Y PARTICIPACION SOCIAL EN LAS MARGARITAS
DE CHEPO AÑO: 1995".

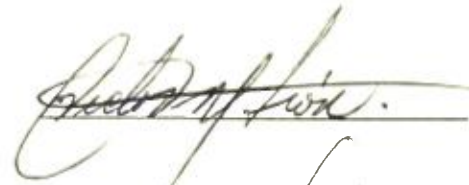
Presentada por la DRA. VIELKA FRAGO DE OVIEDO, para la
obtención del grado de Maestría en Salud Pública.

JURADO CALIFICADOR

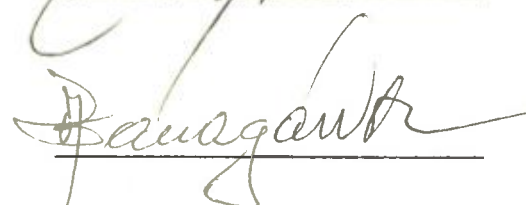
LCDA. IVONNE E. GONZALEZ
Directora de Tesis



DR. MANUEL A. ESCALA L.
Miembro del Jurado



LCDO. VICTOR M. LEON
Miembro del Jurado



PROF. VICTOR BARRAGAN
Representante de la Vice
Rectoría de Investigación
y Post-Grado

FECHA: _____

287813

DEDICATORIA

A mi esposo Gerardo, por ser el esposo, padre, amigo y consejero. Por su incondicional apoyo, por su paciencia y comprensión para animarme cuando más lo necesitaba y poder lograr esta meta de superación profesional.

A mis hijos, Gerardo José, Yazmina del Carmen y Jairo Xavier pues siempre he creído que se educa con el ejemplo, espero poder inculcarles el valor de la perseverancia, ya que ellos han sido testigos de mi esfuerzo por ser esposa, madre y profesional y ustedes han sido una de mis principales motivaciones para continuar adelante.

Con Amor.

AGRADECIMIENTO

Gracias Señor por ser el Amigo que nunca Falla, por estar a mi lado en los momentos difíciles de mi vida profesional.

Gracias a todas esas personas, más de las que puedo recordar, por su ayuda en el desarrollo de este trabajo de investigación y por la aportación de muchas de las ideas que contiene, a todos esos autores que tuve que leer para ampliar mis conocimientos sobre el tema, y todas aquellas personas que en una u otra forma contribuyeron para la culminación de este trabajo.

En forma especial agradezco a mis profesores, el Lic. Victor M. León, al Dr. Manuel Escala y a la Lic. Ivonne E. González que me favorecieron con su sabiduría, experiencia y acertadas orientaciones en la asesoría de esta investigación.

Al Comité de Salud y a los residentes de la Comunidad de Las Margaritas por toda la información que me facilitaron para la realización de este trabajo.

A las Asistentes Clínicas del Hospital Regional de Chepo, (Aida, Carmen, Carmela, Iris, Josefina y Sofía) a mis amigos

Los Pérez, (Armando, Leyla, Angie y Armando hijo) a Gisselle Luciani, a mis hijos y a mi esposo por su desinteresado apoyo en el llenado de las encuestas.

A la Prof. Angelis Acevedo por su oportuno aporte en la confección de las gráficas contenidas en este trabajo y a la Sra. Amarelys Herrera por el diseño y confección del documento final.

A mi hermano Genaro Frago, mi asesor en informática, por su experiencia como técnico en el apasionante mundo de las computadoras.

Gracias a Todos.

"La Participación empieza desde que el grupo
autodiagnostica su realidad y la analiza".

S o t e l o B a r r o s o , J . J e s ú s

INDICE GENERAL

TITULO

APROBACION

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

PENSAMIENTO

INDICE GENERAL

INDICE DE CUADROS Y TABLAS

INDICE DE GRAFICAS

Pág.

RESUMEN..... 1

INTRODUCCION..... 2

CAPITULO I

MARCO TEORICO..... 10

1. CUERPO DE RECONOCIMIENTOS..... 10

1. Conocimiento Existente..... 10

2. El Estado Panameño y la
Participación Social..... 15

3. El Sector Salud frente a la
Participación Social..... 19

4. La Promoción de la Salud..... 26

5. La Salud Pública..... 30

6.	Análisis de la Situación de Salud.....	34
6.1	Antecedentes Históricos de Las Margaritas de Chepo.....	34
6.2	Organización Política.....	40
6.3	Población.....	47
	6.3.1 Distribución de la Población por Grupos de Edad y Sexo.....	47
	6.3.2 Características de las Viviendas y Servicios Básicos.....	52
	6.3.3 Factores Socioeconómicos.....	55
7.	Indicadores de Salud.....	61
7.1	Principales Causas de Mortalidad.....	61
7.2	Principales Causas de Morbilidad.....	66
7.3	Conductas de Riesgos de la Salud.....	68
8.	Criterios Básicos para el Análisis de la Situación de Salud en el Corregimiento de Las Margaritas de Chepo.....	75
8.1	Dimensión Ecológica.....	76
8.2	Dimensión Biopsicosocial....	76
8.3	Dimensión Socioeconómica....	76
8.4	Dimensión de los Servicios Salud.....	77

9.	Distribución de Recursos.....	78
10.	Finanzas.....	83
11.	Cobertura.....	85
12.	Atención Primaria.....	88
II	HIPOTESIS.....	90
III	VARIABLES.....	90
1.	Variables Principales.....	90
2.	Variables Secundarias.....	90
3.	Definición Conceptual de las Variables Principales.....	91
3.1	Situación de Salud.....	91
3.2	Participación Social.....	92
4.	Definición Operativa de las Variables.....	92
4.1	Situación de Salud.....	92
4.1.1	Dimensión Ecológica.....	92
4.1.2	Dimensión Biopsicosocial	93
4.1.3	Dimensión Socioeconómica	94
4.1.4	Dimensión de los Servicios de Salud.....	94
4.2	Participación Social.....	94
4.2.1	Factores que condicionan y determinan la Participación Social.....	95
4.2.2	Actores Sociales.....	96
4.2.3	Escenarios o Espacios de Concertación.....	96

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO	98
1. Descripción del Area de Estudio.....	98
2. Tipo de Estudio.....	99
3. Universo.....	99
4. Método e Instrumento de Recolección.	101
4.1 Instrumento.....	101
5. Procedimiento para Recolección de Datos.....	103
6. Procedimiento de Análisis Estratégico.....	106
7. Tabulación y Análisis de los Resultados.....	106

CAPITULO III

ANALISIS Y RESULTADOS	110
SITUACION DE SALUD	110
1. Dimensión Ecológica.....	110
1.1 Hacinamiento.....	110
1.2 Calidad de la Vivienda.....	112
1.3 Disponibilidad de Agua Potable.....	115
1.4 Disposición de Excretas.....	117
1.5 Energía Eléctrica.....	120
1.6 Sistema de eliminación de Basuras.....	121
2. Dimensión Biopsicosocial.....	123
2.1 Edad.....	123

2.2	Sexo.....	124
2.3	Nivel de Instrucción.....	125
2.4	Morbimortalidad.....	126
2.5	Conductas de Riesgo.....	131
2.6	Hábitos de Higiene.....	135
2.7	Actividad Física.....	135
2.8	Estado Nutricional.....	136
3.	Dimensión Socioeconómica.....	137
3.1	Situación Familiar.....	138
3.2	Situación Laboral.....	139
3.3	Seguridad Social.....	140
3.4	Nivel Económico.....	141
3.5	Tenencia de la Propiedad.....	142
3.6	Participación Social.....	143
4.	Dimensión de Servicios de salud.....	150
4.1	Situación de Vacunación en Menores de cinco años.....	150
4.2	Toma de Papanicolaou.....	152
4.3	Demanda de Servicios de Salud...	153
4.4	Tipo de Demanda.....	157
4.5	Orientación Sanitaria.....	161
	GRAFICAS.....	165
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	180
1.	CONCLUSIONES	181
2.	RECOMENDACIONES.....	186

INDICE DE CUADROS Y TABLAS

CUADROS	Pág.
CUADRO I: Estimación de la Población del Corregimiento de las Margaritas por grupos de Edad y Sexo, al 1º de Julio de 1995.....	48
CUADRO II: Población de las Margaritas en los seis Lugares más Poblados del Corregimiento.....	51
CUADRO III: Algunas Características importantes de las Viviendas Particulares Ocupadas en el Corregimiento de las Margaritas, por lugar poblado. Censo de 1990.....	53
CUADRO IV: Análisis de la Postergación según el Nivel Económico en las Margaritas de Chepo. Año 1993.....	57
CUADRO V: Algunas Características de la Población del Corregimiento de las Margaritas. Censo de 1990.....	60
CUADRO VI: Mortalidad en la República de Panamá en la Región de Salud de Panamá Este. Año 1990.....	62
CUADRO VII: Principales Causas de Muerte en el Corregimiento de las Margaritas, Chepo. Año 1995.....	63

CUADRO VIII:	Principales Causas de Consulta en el Centro de Salud de las Margaritas. Año 1995.....	67
CUADRO IX:	Porcentaje de Desnutrición de la Población Escolar de la Escuela José del C. Echevers, de las Margaritas de chepo. Año 1990 - 1991.....	74
CUADRO X:	Accesibilidad según Distancias en las Margaritas de Chepo. Año 1993.....	79
CUADRO XI:	Informe de Actividades de Atención Infantil en menores de un año en las Margaritas. Año 1995 - I Semestre.....	85
CUADRO XII:	Frecuencia y Porcentaje de Hacinamiento en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	111
CUADRO XIII:	Frecuencia y Porcentaje de la Calidad de las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	112
CUADRO XIV:	Frecuencia y Porcentaje de la Disponibilidad de Agua Potable en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	116

CUADRO XV:	Frecuencia y Porcentaje de la Disposición de Excretas en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	118
CUADRO XVI:	Frecuencia y Porcentaje de Energía Eléctrica en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	120
CUADRO XVII:	Frecuencia y Porcentaje de Recolección de Basura en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	122
CUADRO XVIII:	Grupos Etéreos de Personas Residentes en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	124
CUADRO XIX:	Población Encuestada según Sexo en las Margaritas de Chepo. 1996.....	125
CUADRO XX:	Población Encuestada por Nivel de Instrucción en las Margaritas de Chepo. 1996.....	126
CUADRO XXI:	Principales Causas de Enfermedades Agudas referidas por la población encuestada en las Margaritas de Chepo. 1996.....	127
CUADRO XXII:	Principales Causas de Enfermedades Crónicas referidas por la población encuestada en las Margaritas de Chepo 1996.....	128

CUADRO XXIII:	Principales Causas de Defunciones en miembros de la familia residencial en la población encuestada en las Margaritas de Chepo. 1996.....	130
CUADRO XXIV:	Frecuencia y Porcentaje del Consumo de Grasas en las personas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	131
CUADRO XXV:	Frecuencia y Porcentaje del Consumo Excesivo de Alcohol en las personas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	132
CUADRO XXVI:	Frecuencia y Porcentaje de Tabaquismo en las personas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	132
CUADRO XXVII:	Frecuencia y Porcentaje de Hipertensión Arterial en las personas mayores de treinta años, encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	133
CUADRO XXVIII:	Frecuencia y Porcentaje del Lavado de las manos de las personas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	135
CUADRO XXIX:	Frecuencia y Porcentaje del Tipo de Actividad Física de las personas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	136
CUADRO XXX:	Frecuencia y Porcentaje del Estado Nutricional de las personas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	137

CUADRO XXXI:	Frecuencia y Porcentaje de la Situación Familiar en las viviendas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	138
CUADRO XXXII:	Frecuencia y Porcentaje de la Situación Laboral de las personas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	140
CUADRO XXXIII:	Frecuencia y Porcentaje de Asegurados y No Asegurados en las personas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996...	141
CUADRO XXXIV:	Frecuencia y Porcentaje de Pobreza en las Familias encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	142
CUADRO XXXV:	Frecuencia y Porcentaje de la Tenencia de la Propiedad de las viviendas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	143
CUADRO XXXVI:	Frecuencia y Porcentaje de Participación Social en las familias encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	145
CUADRO XXXVII:	Frecuencia y Porcentaje del Tipo de Participación Social en las Familias encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	148
CUADRO XXXVIII:	Frecuencia y Porcentaje de Participación Social extensa en las familias encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	149

CUADRO XLVI	Frecuencia y Porcentaje de Atención Odontológica en personas encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	160
-------------	--	-----

CUADRO XLVII:	Frecuencia y Porcentaje de Familias Encuestadas que han recibido Orientación Sanitaria en las Margaritas de Chepo. 1996.....	162
---------------	--	-----

TABLAS

TABLA 1:	Vivienda y Hacinamiento.....	113
TABLA 2:	Vivienda y Pobreza.....	114
TABLA 3:	Vivienda y Agua Extradomiciliaria..	117
TABLA 4:	Vivienda y Disposición de Excretas.	119
TABLA 5	Hipertensión y Tabaquismo.....	134
TABLA 6	Pobreza y Participación Social.....	146
TABLA 7	Hacinamiento y Participación Social	147
TABLA 8	Rechazo y Participación Social.....	156
TABLA 9	Sexo y Control de Salud.....	159
TABLA 10	Orientación y Participación Social.	163

INDICE DE GRAFICAS:

GRAFICA		PAG.
GRAFICA 1:	Porcentaje de Hacinamiento en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	166
GRAFICA 2:	Porcentaje de la Calidad de las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	167
GRAFICA 3:	Porcentaje de la Disponibilidad de Agua Potable en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	168
GRAFICA 4:	Porcentaje de la Disposición de Excretas en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	169
GRAFICA 5:	Grupos Etéreos de Personas Residentes en las Viviendas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	170
GRAFICA 6:	Población Encuestada según Sexo en las Margaritas de Chepo. 1996.....	171
GRAFICA 7:	Población Encuestada por Nivel de Instrucción en las Margaritas de Chepo. 1996.....	172
GRAFICA 8:	Porcentaje de la Situación Laboral de las personas Encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	173

GRAFICA 9:	Porcentaje de Pobreza en las Familias encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	174
GRAFICA 10:	Porcentaje de Participación Social en las familias encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	175
GRAFICA 11:	Porcentaje del Tipo de Participación Social en las familias encuestadas en las Margaritas de Chepo. 1996.....	176
GRAFICA 12	Porcentaje de Familias que demandan Servicios según Instalación de Salud en las Margaritas de Chepo. 1996.....	177
GRAFICA 13:	Porcentaje de Familias Rechazadas al solicitar servicios según Instalación de Salud en las Margaritas de Chepo. 1996.....	178
GRAFICA 14:	Porcentaje de Familias Encuestadas que han recibido Orientación Sanitaria en las Margaritas de Chepo. 1996.....	179

RESUMEN

TITULO: Análisis de la Situación de Salud y Participación Social en Las Margaritas de Chepo. Año:1995.

Para conocer la Situación de Salud y Participación Social en Las Margaritas, realizamos un estudio donde aplicamos el modelo (ASIS) considerando sus cuatro dimensiones: Ecológica, Biopsicosocial, Socioeconómica y de Servicios de Salud. Se identificaron algunos factores de riesgo como el grado de pobreza (59.7%), el desempleo (50.1%), hacinamiento (33.6%), viviendas inadecuadas (59%), agua extradomiciliar (58.9%), y las principales causas de consulta relacionadas con factores de riesgo ambientales y estilos de vida no saludables. La Participación Social, variable principal de nuestro estudio, reveló que de 51.5% de familias que "Si" participaban, solo un 21.7% tenían una "Participación Extensa". El enfoque de riesgo mostró que la pobreza, el hacinamiento y la falta de orientación sanitaria exponen al riesgo de No Participar, con significancias estadísticas de $X^2 = 13.67$, 6.87 y 10.11 respectivamente y valores de $p = 0.002$, 0.008 y 0.001 . Este análisis nos sirvió para proponer un Sistema Permanente de Capacitación a la comunidad y al equipo de salud, para que progresivamente se corresponsabilicen de mejorar sus condiciones de vida y logren la Meta Salud para Todos con la Participación de Todos.

SUMMARY

TITLE: Analysis of the Health Situation and Social Participation in the Margaritas of Chepo. Year: 1995.

In order to know the Situation of Health and the Social Participation in the Margaritas, we made an study where we applied the ASIS model, we considered its four statements: Ecology, Biosicosocial, Socioeconomic and the Health Services. We identified some factors of risk in the population as the poor population grade (59.7%), the unemployment (50.1%), the accumulation (33.6%), the inadequate houses (59%), the common housing water (58.9%) and the most important causes of consult are the one relate to the factors of environmental risk and the no healthy style of life. The Social Participation which is the greatest or principal variable of our study showed us that the 51.5% of the family that participated only 21.7% had an "Extensive Participation". The focus of risk demonstrated that the poverty, the accumulation and the poor higienic orientation explain the risk of the no participation with meaningful statistics of $X^2 = 13.67, 6.87$ and 10.11 respectively and the values of $P = 0.002$, 0.008 and 0.001 . This analysis helped us to present a Permanent System Capacitation to the community and health equipment in order of improve the conditions of life and get the Health Goal for All with the Participation of Every Body.

INTRODUCCION

La presente investigación describe el estudio de un corregimiento a través del ASIS, (Análisis de Situación de Salud) y el Análisis del Proceso de Participación Social, como una manera práctica de mejorar la gestión de los servicios de salud en un nivel local.

Aunque se dispone de una orientación escasa sobre como organizar y administrar los servicios de salud en un nivel local, este trabajo parte desde el análisis de situación de salud teniendo en cuenta los elementos de la planificación estratégica, haciendo énfasis en la importancia de la Participación Social encaminada a la solución de problemas y mejorar sus condiciones de salud.

La Participación Social se concentra en grupos organizados que actúan conjuntamente en busca de intereses comunes, ya que se ha logrado interpretar que para tener comunidades sanas, los individuos deben trabajar juntos. El concepto de Comunidad Sana es un elemento clave en el proceso de participación, y una comunidad sana se define como aquella que está continuamente mejorando su ambiente físico y social y desarrollando recursos de la comunidad que permiten a la población llevar a cabo todas las actividades cotidianas para desarrollar su potencial máximo por medio del apoyo mutuo.

Las Margaritas de Chepo es una comunidad rural-urbana con una organización social definida (por los grupos organizados existentes en la comunidad, tales como la tercera edad, los grupos religiosos, grupos de amas de casa, grupos deportivos) donde participan la mayoría de los miembros de la comunidad.

La estructura socioeconómica del corregimiento de las Margaritas de Chepo no permite un acceso adecuado a los beneficios sociales para quienes han sido marginados o excluidos por sus condiciones de pobreza por lo que se requiere de una labor activa de todos los actores sociales en beneficio de su comunidad. Sin embargo, esta participación de todos los actores sociales solo es posible si se tiene claro el verdadero significado de participación.

Esta comunidad cuenta con una estructura socioeconómica definida donde un 83% de la población se encuentra en niveles de pobreza versus un 17% con niveles de satisfacción básica, detectados en el estudio de Accesibilidad Geográfica y el Estado de Pobreza realizado en la comunidad de las Margaritas por los estudiantes de la Escuela de Salud Pública en 1993. De ese 83%, la mayoría se dedican a la agricultura de sustento. Por lo que existe la urgente necesidad de nuevos caminos de penetración para sacar los productos para la venta en los

mercados locales como una de las demandas que pueden contribuir a mejorar el estatus socioeconómico de esta comunidad a través de la inyección de nuevos ingresos.

Observaciones personales nos permitieron determinar un mínimo de pequeñas empresas. Todo esto de alguna manera influye para que el rol de los actores sociales sea homogéneo en cuanto al estatus socioeconómico.

Los principales indicadores de salud de esta comunidad antes de la aplicación del instrumento de ASIS registrados en la Región de Salud de Panamá Este y en el Hospital Regional de Chepo nos revelan que la mayor causa de mortalidad, son las enfermedades crónicas (cardiovasculares y respiratorias) que afectan al grupo de edad mayor de 44 años. En cuanto al indicador de morbilidad los registros de salud revelan altos índices de infecciones del tracto respiratorio, enfermedades diarreicas y desnutrición.

Otro de los factores que inciden en las condiciones de salud de la comunidad de las Margaritas, es el medio ambiente, ya que esta comunidad presenta un 23% de viviendas sin letrín, un 31% sin suministro de agua potable, un 53% de viviendas sin luz eléctrica, y un 33% con piso de tierra,

estas condiciones ambientales exigen una inmediata intervención de las autoridades de la Región para disminuir la magnitud de la morbilidad que incide en la población.

El conocimiento de estos indicadores de salud permiten planificar la asignación de los recursos de acuerdo a las necesidades de atención de salud más apremiantes para los moradores de esta comunidad, por medio de una forma democrática donde se ejerce el poder, el derecho y la responsabilidad del pueblo inherente a la autodeterminación.

En nuestro estudio seleccionamos el espacio población: Corregimiento, por considerarlo un nivel administrativo que nos permite una visión de conjunto más reveladora de la situación de un nivel local.

En el primer capítulo se presenta un Marco Teórico de Referencia el cual pudimos realizar luego de una exhaustiva revisión bibliográfica sobre Análisis de Situación de Salud y sobre Participación Social. En este capítulo, se presentan antecedentes históricos y culturales de la comunidad en estudio, el papel que le compete al Estado Panameño en materia de Participación Social y al Sector Salud, un análisis de la situación de la Participación Social en Panamá, y la posición

del Sector Salud frente al tema. Se describe información detallada y específica sobre la metodología de ASIS utilizada en nuestro estudio y se presenta información relevante sobre el corregimiento en estudio para identificar escenarios posibles de Participación Social.

El Marco Metodológico constituye el segundo capítulo de nuestro trabajo y en él se describe sucintamente las fases de la investigación, cómo se investigó (metodología del ASIS), donde se investigó (corregimiento de las Margaritas de Chepo), qué se investigó (la situación de salud y de la participación social en esta comunidad) y a quiénes investigamos (población del corregimiento según el censo de 1990).

En el tercer capítulo se presentan resultados, conclusiones y recomendaciones en base a la situación de salud que hemos encontrado en nuestra investigación. Al final de este Análisis de Salud y de Participación Social, desarrollamos una propuesta de cambio que permite facilitar el trabajo que se ha venido desarrollando en los niveles locales y que incorpora un nuevo elemento que complementa las experiencias nacionales logradas con este instrumento, donde se aplica el pensamiento estratégico que es perfectamente armonizable con las propuestas de cambio social y de enfoques conceptuales que

nos llevan rumbo a la meta "Salud para todos en el año 2000".

La Propuesta de Cambio Social es un proyecto Docente Asistencial, a través de un "Sistema Permanente de Capacitación", que le hemos llamado "Enseñando al Hacer y Aprendiendo al Enseñar" y que será brindado por el Equipo Regional de Salud, a los funcionarios del Equipo Local de las Margaritas y a la población, para modificar el enfoque de trabajo, relacionando más al equipo local con la comunidad donde trabaja.

Los objetivos de nuestro estudio son:

1.- Analizar la situación de salud actual y potencial del nivel local en materia de Participación Social, a través de los problemas de salud y sus factores de riesgo y de la red de servicios de salud.

2.- Identificar grupos humanos con mayor riesgo de postergación social y las áreas con mayor potencial de cambio en el espacio geográfico poblacional del corregimiento de las Margaritas.

Aunque nuestro trabajo se destina principalmente a los equipos de salud local para la gestión de su corregimiento,

tiene interés para todos los que van en busca de la meta de "Salud para Todos en el año 2000". Igualmente significa un aporte al reciente movimiento en pro de los "Municipios Sanos" y específicamente en Panamá en pro del proyecto "Municipio Siglo XXI", ya que hoy día se considera al proceso de Participación Social como "la base de la Democracia Moderna" y lo que se desea es que todos los actores sociales tengan la posibilidad de participar activamente en la identificación de las necesidades y problemas de salud y la búsqueda de soluciones posibles.

C A P I T U L O I

MARCO TEORICO

I. CUERPO DE RECONOCIMIENTOS

1. Conocimiento Existente:

En mayo de 1994 se realizó en Panamá un Taller para el diseño de una metodología de Análisis de la Situación de Salud (ASIS) a nivel local y sus instrumentos, dicho taller se basó en las experiencias nacionales que hasta la fecha se tenía sobre capacidad de análisis de los equipos de nivel local. Entre los antecedentes más relevantes de experiencias nacionales que sobre ASIS se han desarrollado podemos mencionar a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Panamá, con su metodología de Planificación Estratégica en Sistemas Locales de Salud en desarrollo, las evaluaciones del desempeño promovidas por Recursos Humanos y la aplicación del enfoque de Género del Proyecto Salud, Mujer y Desarrollo.

Con respecto a la experiencia de la Escuela de Salud Pública con ASIS, se ha estado utilizando el proceso metodológico de Planificación Estratégica considerando el concepto de "SILOS en Desarrollo",¹ ensayando instrumentos

1

ESCALA L., M.A. (1994). Informe Preliminar del Taller Nacional para el Diseño de la Metodología ASIS. Pag.6.

que procuran operacionalizar la propuesta en espacios-población concretos, los llamados Distritos o Municipios como división política administrativa con relativa autonomía administrativa en la República de Panamá. Dicha experiencia ha logrado el fortalecimiento interno del sector salud y se han enriquecido con la participación de grupos organizados de la comunidad y con el conjunto de actores sociales de cuya acción depende en gran medida la modificación de los factores condicionantes y determinantes de la situación de salud.

El modelo diseñado para este propósito es muy flexible y permite enriquecer la experiencia de Participación Social Integral en el análisis y en el diseño del cambio para alcanzar la meta SPT/2000 en los espacios-población concretos ya definidos: los municipios. El producto final comprende proyectos de cambio intersectorial, programas de salud integrales en diversos establecimientos, fortalecimiento del liderazgo, experiencia docente y reconocimiento de las limitaciones para la organización de los SILOS.

En cuanto a la experiencia del ASIS en Recursos Humanos se ha estado desarrollando la Evaluación del Desempeño del personal de salud en el que se hace un análisis de la situación de salud aplicando el enfoque de Planificación

Estratégica. Esta práctica se fundamenta en los ejes de Equidad, Eficiencia y Eficacia y al final se concluye con un plan de Educación Permanente.²

Los problemas de salud son analizados dentro de la red de servicios considerando enfermedades trazadoras, priorizándolas mediante criterios epidemiológicos y construyendo la red causal. Se hace un análisis de los actores examinando la viabilidad de las alternativas de solución. Finalmente se elabora un plan de acción para modificar situaciones específicas mejorando la calidad de atención mediante compromisos de intervención.

La experiencia de ASIS en Salud, Mujer y Desarrollo ha estado desarrollando el área de capacitación y servicio y priorizándolo el trabajo a nivel local en varias regiones del país. Se trata de un proceso donde se enriquece el análisis con el enfoque de Género. No compite con las diversas metodologías del análisis, más bien las complementa facilitando la percepción de la situación social.

Pensamos que la Experiencia de ASIS con Participación Social es un aspecto que también puede ser desarrollado con el

² ESCALA L. (Op. Cit), Pág.5.

enfoque de Planificación Estratégica ya que este proceso de planificación contempla diferentes momentos que se sobreponen y retoman en un continuo devenir de movimientos de análisis y síntesis del futuro, pasado y presente y en ellos se intercepta la conducción de la visión, el análisis de la situación social y sanitaria, las propuestas de cambio, la programación operativa y la construcción de viabilidad mediante la negociación participativa.

Si tomamos el nuevo concepto de Salud como Producción Social (de Salud) se debe considerar a los servicios ambientales (ecología), los servicios de salud y el estilo de vida que tienen como producto el bienestar (salud). En esta relación de conjunto de variables entra en juego la Participación Social además de otras como la libertad, la vivienda, el transporte, el vestido, la comunicación, la nutrición, la recreación, condicionadas por el sistema político, el marco legal, el modelo económico, el sistema educativo, el empleo y el ingreso.

Consideramos que si desarrollamos esta propuesta de ASIS con Participación Social, como parte del proceso de cambio social estaremos incorporando un elemento complementario a las experiencias nacionales logradas hasta ahora que facilitarían

el trabajo en el nivel local. Todas estas experiencias de aplicación del pensamiento estratégico en la actual metodología de trabajo son perfectamente armonizables en el proceso de cambio social al lograr una concertación de propuestas y enfoques conceptuales que nos lleven en dirección a la meta SPT/2000.

2. El Estado Panameño y la Participación Social:

La Constitución de la República de Panamá declara que es "función del Estado velar por la salud de la población" (Art. 105). También establece que " las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud" (Art. 112). Lo anterior refleja el derecho de una sociedad a participar individual y colectivamente en la construcción de su propio futuro, reconoce también el derecho de los individuos, como integrantes de la comunidad " a la promoción, conservación, restitución y rehabilitación de su salud.

El Estado es la Institución Social cuya obligación es la protección y realización del Derecho Ciudadano.³ El Ciudadano es el Ser Humano o Sujeto de Derecho. La relación entre el Estado y la Participación Social se basa en una relación de "Distribución del Poder", el Estado es el que establece directrices para el bienestar de la sociedad y debe contribuir a que éstas se cumplan. De ninguna manera es la ubicación de

³ OPS/HSD (1993). La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington, D.C. Serie HSD/SILOS-26. Pág. 9.

responsabilidades en los individuos y comunidades locales, ni debe imponer actividades planeadas y organizadas unilateralmente por el Estado.

La Política Nacional de Salud en Panamá ha tenido como propósito general el obtener para todos los panameños un nivel de bienestar y salud que les permita vivir mejor y desarrollar una vida útil para su familia y para toda la sociedad a través de la Participación Social y la Educación a la Comunidad. El nivel de salud está directamente relacionado con la educación, la vivienda, el empleo, la nutrición, patrones culturales y las oportunidades para satisfacer las necesidades básicas. Dentro de este criterio amplio, hay completa coincidencia entre la lucha por la salud que emprendemos con el lema "Salud para Todos", y lo planteado en Alma-Ata: "Salud para Todos en el año 2000".

El desarrollo de la salud contribuye al desarrollo socio-económico y es a su vez, el resultado de él. Por ello la política sanitaria tiene que formar parte de la política general de desarrollo y reflejar las metas económicas y sociales de los gobiernos y de la población. En este sentido, el concepto de desarrollo de la salud es algo distinto de la prestación de asistencia médica curativa. Los que trabajan en

salud, el gobierno y el sector privado, tienen el deber de facilitar a la población información adecuada, y de crear el contexto social que le permita asumir más responsabilidades en beneficio de su propia salud. Ello implica una distribución más equitativa de los recursos existentes para llevar más a quienes más lo necesitan.

La acción del Estado en el área de salud ha estado tradicionalmente orientada hacia la medicina curativa, por lo que no ha otorgado el peso necesario hacia las acciones preventivas.⁴ Este derecho que la Constitución Nacional le confiere a la población se traduce en el mejor de los casos al derecho a la atención médica. Pero esto no es todo, para reducir las desigualdades se requiere garantizar el acceso universal y la calidad uniforme de los mismos, regionalizado, descentralizado y participativo, basado en la atención primaria y vinculado a los otros componentes del bienestar social.

Estado y Sociedad han sido concebidos como posiciones disociadas, y a veces hasta antagónicas, ya que cuando el Estado asume una posición que asfixia la iniciativa social se

⁴ OPS/HSD. Serie HSD/SILOS-26. (Op. Cit.), Pag. 15.

genera entre los ciudadanos resentimiento y escepticismo sobre las intenciones reales del estado en el desarrollo social.⁵ No es que el estado abandone su función social o su responsabilidad histórica se trata de que se establezca un consenso en que los problemas de desarrollo social deben ser resueltos por el estado más la sociedad. Se trata de convertir la salud en un asunto que compete a todos, al estado y la sociedad civil.

Hacer realidad los contenidos de la política de salud propuesta requiere acciones que trasciendan el ámbito del Ministerio de Salud y del sector público de salud, siendo necesaria una participación del sector privado, de todas las agencias involucradas en el proceso del desarrollo socioeconómico y, de modo preponderante, de la sociedad en su conjunto y de cada individuo en particular.

⁵ JACKSON R., E. (1993). Políticas Nacionales de Desarrollo y la Atención Primaria a la Salud. V Congreso Nacional de Atención Primaria a Salud. Ciudad de México. Pág.124.

3. El Sector Salud frente a la Participación Social:

Los proyectos de investigaciones en esta área deben centrarse en un análisis profundo del proceso de Participación Social y de participación en el desarrollo de la salud, en particular de la interrelación entre actores de diferentes sectores de la sociedad en los entornos donde se toman decisiones importantes que influyen en el desarrollo sanitario. El aspecto principal del proyecto será el de examinar a los actores y a los entornos para identificar características en estos últimos y aptitudes en los primeros que contribuyan a lograr la participación eficaz en el proceso del desarrollo sanitario en todos los niveles sociales y políticos.

Así, antes de empezar un trabajo con la comunidad se debe investigar en la medida de lo posible los motivos del comportamiento de sus habitantes, esto ayudaría a entender y trabajar con ellos y permitiría identificar las barreras de comunicación. Es importante conocer la organización social local, es decir los grupos que pueden apoyar y en algunos casos obstaculizar su convocatoria a la población y su relación con ella. En una comunidad existen diferentes grupos

y tienen diferentes lealtades hacia los mismos.⁶

Es el Sector Salud un invitado tardío a la ideología de la Participación Social? La población siempre ha sido protagonista de su propio futuro, pero el Sector Salud no siempre reconoce este derecho y debe aprender a trabajar con la comunidad legitimando la Participación Social como algo esencial para lograr la equidad social.

En las reuniones internacionales de Harare (1987)⁷ y Rigga (1988)⁸ se señaló que se requiere un compromiso político de los gobiernos hacia la Participación Social, desarrollar en las comunidades habilidades para la administración, así como capacitarlas para que participen en la adopción de decisiones y medidas relativas a la salud y desde luego, deben también mantener una estructura básica de servicios.

Panamá fue el primer país en América Latina en organizar un programa nacional de Participación Comunitaria. Se inicia en los años 50 con la aplicación del concepto de "Animación

⁶ Flores A., A. Interacción Equipos de Salud-Comunidad. Op.Cit. Pág.129.

⁷ OMS (1987). Foro Mundial de la Salud. Vol.8, No.4, Ginebra. Pag.603.

⁸ Rigga, URSS., OMS (1988). Diez Principios de Salud. Recomendaciones de 22 Especialistas.

Rural" o "Desarrollo de la Comunidad"⁹. Para esta época se iniciaron los primeros Comités de Salud del país.

En los años 60 basados en las recomendaciones del informe Falk, se continúa el trabajo con los comités de salud, se organizaron más de 160 comités de salud identificándose "Líderes de Opinión". En 1965 muchos proyectos de desarrollo fueron drásticamente reducidos y la participación comunitaria se desmotivó por la excesiva lentitud en alcanzar los resultados esperados.

En la Dècada de los 70 se afirma la estrategia de Organización y Desarrollo Integral de la Comunidad y se reconoce la necesidad de colaboración entre las instituciones del Estado y la Comunidad. Se define la Política de Salud Comunitaria y se legalizan los Comités de Salud mediante el Decreto Ejecutivo N° 401 del 29 de Diciembre de 1970. Se constituyeron alrededor de 240 comités. También se introdujo en la Constitución de la República, lineamientos sobre el derecho de las comunidades a participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

⁹ PAGANINI, J.M. y CAPOTE M., R., eds. (1990). Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos-Métodos-Experiencia. Washington, D.C. OPS. Publicación Científica 519. Pág.29.

En los años 80 se refleja una disminución en la organización de comités de salud por la crisis económica. Se hace un nuevo intento con el proyecto "Volvamos a la Comunidad", dirigido a comunidades postergadas de la región metropolitana, sus acciones tuvieron poco impacto al no ser consultado con las comunidades beneficiadas. El departamento de Organización y Educación Comunitaria es reforzado en su estructura organizativa y el trabajo comunitario se reorienta. Se diseñan planes de acción utilizando criterios de postergación.

Según Ugalde¹⁰ la situación de la Participación Comunitaria se deteriora porque "no se satisfacían sus demandas y no eran tomados muy en serio por los que deciden las Políticas de Salud". Los Comités de Salud se llegan a limitar a una función de asistencia en la administración de los centros de salud y olvidan su función como instrumentos de participación y ligazón entre los Centros y la Comunidad.

En la historia de los países latinoamericanos, los espacios para la participación democrática, en general, han sido restringidos. En un análisis sobre este tema la Doctora

¹⁰ UGALDE A., (1985). Ideological dimensions of community participation in Latin America health programs. Social Science and Medicine, Vol.21, No.1, Págs.41-53.

Cristina Laurell (1990)¹¹, afirma que la salud no ha formado parte de las reivindicaciones sociales de grupos sindicales, marginados, urbanos o campesinos. Las demandas en general, se dirigen a tierras, créditos agrícolas, trabajo, vivienda y recientemente a derechos humanos, aumentos salariales y medio ambiente. Por otra parte, a la población le resulta difícil entender que se promueva "la participación" en algunas áreas de su vida y se sancione en otras. Por ello la Voluntad Política de los Gobiernos de abrir espacios a la participación debe ser integral y coherente.

No cabe duda que la presente década ofrece una oportunidad de avance decisivo en lo que a Participación Social se refiere ya que ahora surge el desarrollo de un programa: "Municipio Siglo XXI", que no es más que la estrategia de SILOS aplicada en el territorio y el ámbito político administrativo de los Municipios, es el camino hacia el desarrollo de un Municipio Saludable. En este ámbito local las decisiones políticas de descentralización se conjugan en un territorio concreto con los modelos de Desarrollo Social con Equidad, con énfasis en la Promoción de la Salud y la

11

LAUREL A., C., (1990) El desgaste obrero. Desarrollo Teórico y Avances Empíricos. En: Salud y Crisis en México. Edit. Siglo XXI, Págs. 117-156.

calidad de vida con enfoque intersectorial y estratégico y con pleno ejercicio de la Democracia Representativa y Participativa.

Lo anterior debe contribuir a que surjan proyectos de desarrollo social, se formen comisiones de mejoramiento local para obras de beneficio colectivo. Esperamos que el discurso participativo con que fue presentado el Programa Municipio Siglo XXI sea una realidad y se definan las prioridades en forma programada y anticipatoria hacia las necesidades y grupos más importantes, es decir los más pobres, los más marginados, con intervenciones viables, de bajo costo y con alto impacto social.

Sería interesante poder identificar el grado de participación que se puede lograr cuando se proponen programas, expuestos en lenguajes lejanos y ajenos a la población. Se sostiene que la población debe intervenir en la planeación, ejecución y evaluación de programas, así como en la supervisión para disminuir la corrupción y lograr que se adecúen a sus verdaderas necesidades ya que muchas veces se presentan programas verticales y separados de la población sin que lo que se presente tenga relación con la vida cotidiana de la comunidad.

Zakus (1988)¹² , cita a Klein R. (1973) y plantea los grados de participación de la comunidad a partir de la información de un sentido, que va de la autoridad o el gobierno hacia los participantes; la consulta en dos sentidos, ésta se da cuando la autoridad la solicita, los participantes responden y la autoridad decide; la negociación que ocurre modificando las decisiones tomadas por la autoridad; la participación, es la intervención en el proceso de toma de decisiones y el veto es la capacidad de bloquear algunas decisiones con las que hay desacuerdo, esta es la forma más avanzada de participación.

¹² ZAKUS D., (1988). La Participación Comunitaria en los Programas de Atención Primaria a la Salud, en el Tercer Mundo. Salud Pública de México, Vol.30, Marzo-Abril, Pags. 472-475.

4. La Promoción de la Salud:

El enfoque del problema de la salud en relación con el crecimiento económico y con la integración social obliga a un cambio fundamental de actitud, que ya se está realizando en Panamá. En vez de concentrar el esfuerzo en el campo curativo, de atender las enfermedades cuando se presentan, es necesario prestar cada vez más atención al aspecto promocional de opciones saludables en la sociedad, de tal manera que tanto al individuo, pero, más importante aún, a los grupos sin discriminaciones, se les facilite el optar por comportamientos y estilos de vida más saludables. Si esto está claro, será fácil priorizar cuales son los factores que desde un punto de vista epidemiológico revisten el mayor azar para la salud de la población.¹³

Esto no quiere decir que la estrategia de promoción de la salud es fácil de operacionalizar, puesto que el trabajo intersectorial requerido, la concertación de intereses de los actores de diferentes sectores es difícil y, sobre todo, se necesita crear la conciencia social y movilización de fuerzas comunitarias, tarea también compleja. De otro lado, cuando se

¹³ PAGANINI, J.M. y CAPOTE, R.M. (Op. Cit.). Pág.499.

habla de crear opciones saludables para la población, se habla de un proceso político, concertado también entre los macroniveles de políticas locales, nacionales y aún internacionales; por ello, ciertas acciones de promoción de la salud son difíciles de definir dentro de un marco de programación local exclusivamente.

A partir del año 1990 se introduce en Panamá el concepto de Promoción de la Salud y se da información a la comunidad sobre hábitos saludables, tanto a nivel individual como a nivel de la colectividad. Se hace énfasis en que tanto la salud como el medio ambiente son responsabilidad de la comunidad.

Considerando que la salud de cada persona depende en gran medida de su comportamiento se debe hacer hincapié en la promoción de estilos de vida saludables.

Al hacerse hincapié en la promoción de la salud, se enfoca en la educación de las personas, inculcándoles formas de vidas sanas que les permita alcanzar el ansiado nivel óptimo de productividad en armonía con el medio circundante.

En 1986 la OMS, Salud y Bienestar del Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública firmaron la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, en la cual se propugna el concepto moderno de salud y se destaca la importancia de la responsabilidad individual y colectiva y de la transformación del medio. La Carta reconoce como requisitos fundamentales para la salud a la Paz, la Vivienda, la Educación, la Alimentación, el Ingreso, un Ecosistema Estable, la Conservación de los Recursos, la Justicia y la Equidad social.

En 1990, la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó las orientaciones estratégicas de la OPS, donde se subrayó la importancia de la Promoción de la Salud, concebida como "la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva".

Las actividades en el área de promoción de la salud se concentran en las necesidades de los adultos y los ancianos, que son los grupos más directamente afectados por hábitos y estilos de vida nocivos, como el alcoholismo, el tabaquismo, la farmacodependencia, la mala alimentación, la vida sedentaria y el estrés sostenido. Los efectos de estos

factores suelen reflejarse, tarde o temprano, en la aparición de tumores malignos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y renales crónicas, diabetes mellitus, trastornos mentales y neurológicos y accidentes y conductas violentas.

5. La Salud Pública:

Bajo la concepción de Salud Pública como esfuerzo global de una sociedad para realizar (comprender y satisfacer) sus ideales de salud, se concibe la relación entre la Participación Social y el Desarrollo de la Salud.¹⁴

La situación de la salud es una de las maneras de las cuales se expresa los procesos más generales que caracterizan una sociedad. Según la Organización Panamericana de la Salud en su libro "Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud" se contempla la definición siguiente:

La salud, tanto individual como colectiva, es resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos-sociales que se dan en la sociedad, o sea, es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive.¹⁵

El concepto planteado en lo citado, trae consigo la definición de que la salud es un concepto construido colectivo y socialmente.

¹⁴ OPS/HSD. (1993). La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington D.C., Serie HSD/SILOS-26. Pág.15.

¹⁵ OPS. (1992). Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. OMS. Washington, D.C. Pág.6.

El sector salud está integrado por un conjunto de organizaciones que tienen como objetivo principal brindar servicios de salud a la población, bajo la forma de actos, normas y procedimientos.

Es ahí donde toma relevancia lo que se conoce como Salud Pública, que también puede ser parte de un sistema de salud promovido a nivel internacional.

La transformación de los sistemas de salud se desarrolla en un contexto de crisis que afecta las esferas de lo político, lo económico, y lo cultural. Esta crisis tiene como características principales la persistencia y permanencia, es un ciclo más que una ruptura abrupta y de corta duración.

En la mayoría de los países de la región, la crisis ha dado origen a una serie de interrogantes acerca del papel históricamente desempeñado por el estado. Estos cuestionamientos son acompañados por la búsqueda de nuevas o renovadas formas de inserción de los conjuntos y actores en la dinámica social.

En estas circunstancias, el éxito de la transformación depende y está condicionado por el logro en los niveles

nacional, regional y local de la vigencia de la plena ciudadanía para todos los conjuntos sociales; el desarrollo de mecanismos de solidaridad y justicia social; la plena participación política y social; y de condiciones justas de acceso a la producción y al consumo. Concretar esta propuesta requiere, además, que existan procesos de descentralización y de control social de la gestión de Estado.

Para que esas condiciones se cumplan en grado razonable, le cabría al Estado desempeñar las funciones de conducción, regulación, redistribución del excedente socialmente producido, de promover la solidaridad social entre los diversos conjuntos que integran la población y de garantizar los espacios necesarios para que sea posible la participación justa de los diversos actores sociales.

Otros de los aspectos a considerar en ese repensar el Estado, es que dentro del mismo, los responsables por ejecutar las directrices políticas que forman parte del proyecto nacional de salud, son los diversos niveles de la administración pública. De esta manera, se plantea una tensión entre los dos papeles que tienen que ser armonizados al interior del propio aparato del Estado. Uno, el que se deriva del hecho de que los órganos de gobierno tienen la responsabilidad de

ejecutar la política de la mayoría circunstancialmente en el poder, otro, el determinado por el proyecto social de largo plazo que caracteriza y da identidad a una sociedad determinada.

6. Anàlisis de la Situación Inicial de Salud en las Margaritas de Chepo

6.1 Antecedentes Històricos de las Margaritas

Las Margaritas de Chepo es una comunidad situada en la Región de Panamá Este y según su división político administrativa es un corregimiento del Distrito de Chepo.

En entrevista realizada a la Sra. Hilda Loaiza¹⁶ una de las primeras residentes en esta comunidad, nos cuenta la historia de las Margaritas, que lleva este nombre "porque en este lugar había una Sra. de nombre Margarita que nunca tuvo hijos y al morir dejó sus terrenos al municipio de Chepo para que los mismos se les concedieran a la gente pobre ya que en este lugar crecía mucha palma real ("penca"), que se utiliza para cobijar el techo y así podían hacer sus ranchos".

Los primeros pobladores que provenían de áreas de fuerte expulsión de población como es la provincia de Los Santos (Las Tablas y Los Santos) y algunas familias proceden-

¹⁶ LOAIZA, H. (1995). Entrevista a residente del Sector 1 del Corregimiento de las Margarita de Chepo.

tes de Chepo, también llegaron familias procedentes de Chiriquí, de Tolé, en busca de tierras de posible colonización. Nos cuenta la Sra. Loaiza "que venían en el verano y se quedaban bajo los palos, traían caballos, gallinas, puercos y algunas pertenencias y así poco a poco se fue poblando".

La primera maestra del pueblo fue la Sra. Ilsa Loaiza a quien también pudimos entrevistar. La primera escuela fue en una casa particular "por el día se recogían los catres y con ocho bancas, un taburete, un tablero y veinticuatro alumnos se comenzaron a dar las primeras enseñanzas".

Al llegar otras maestras la Sra. Hilda, les construye una escuela de cuatro aulas donde laboraron por dos años, ésta era de madera. Posteriormente el Sr. José del C. Echevers dona unos terrenos y las mujeres de la comunidad se reunían en sus casas y vendían tamales, comida, todo para recolectar fondos y poder construir su propia escuela.

La primera iglesia, era una capillita ubicada un poco más abajo de donde está la actual, cuando la inundación decidieron trasladarla de lugar. La patrona del pueblo era la Virgen de Las Mercedes y su fiesta se celebraba el 24 de Septiembre, hasta que un corregidor que provenía de Los Santos

decidió cambiar esta fiesta y celebrar la fiesta de Sta. Rosa la que se continúa celebrando hasta la actualidad el 30 de Agosto.

La atención de salud la daba una "botánica" la Sra. Isabel Matamoros, que vivía en Chepo, según nos cuenta Hilda, ella atendía a todo el que acudía buscando remedio a sus males. Al morir la Sra. Isabel su hijo donó los terrenos para la escuela que hoy lleva su nombre, la Escuela Sta. Isabel. Cuando se hizo el primer centro de salud en Chepo lo que hoy se conoce como el "centro viejo" los residentes de las Margaritas tenía que desplazarse hasta Chepo para ser atendidos y así continuó por muchos años hasta que pudieron tener su propio Centro de Salud.

Durante muchos años esta comunidad organizada, a través de su comité de salud luchó por tener su Centro de Salud y realizaron gestiones al respecto hasta que vieron cristalizado su deseo en Agosto de 1994.

Desde su apertura han confrontado problemas para equipar el centro con los recursos necesarios tanto humanos como materiales. Pero esto no ha sido obstáculo para que esta comunidad con tradición participativa continúe luchando por

dotar de todo lo necesario para satisfacer sus necesidades de atención de servicios de salud.

El actual Centro se ha quedado chico la gente se sienta en el portal porque dentro de la instalación no hay espacio.

El primer médico del centro fue el Dr. Carlos Gálvez de quien los moradores tienen muy buen recuerdo, en la actualidad labora el Dr. Miguel Del Real.

Aunque ya tienen su propio centro de salud continúan utilizando los servicios del Hospital de Chepo ya que los cupos se agotan, sin embargo tienen un sistema de transporte local deficiente y solo trabajan hasta las 7:00 p.m. después de esta hora tienen que transportarse en taxi si necesitan ir al Hospital.

Antes cuando no existía la carretera la gente se transportaba en bote para ir a la ciudad, usaban la "tulla para llevar la ropa", hecha de merique grande, de esas que se usan para hacer totumas y le ponían su tapadera y estas eran sus maletas.

"Chepo viejo" quedaba ubicado al otro lado del río Mamoní las mujeres iban a lavar al río y acostumbraban usar un traje que solo he oído mencionar en este lugar, me refiero a "la pampanilla". Este era un traje de faena confeccionado con manta sucia o sacos de harina, se blanqueaban y se confeccionaba una chaqueta para la parte superior y una falda que se amarraba con una tira del mismo saco de harina. Para los fines de semana o días de fiesta era que se usaba "la pollera".

La faena de lavar tenía su técnica, usaban dos bateas, la más honda era la lavar y la otra menos honda para torcer además usaban el manduco para golpear la ropa ya enjabonada.

Durante mucho tiempo se utilizó las monedas de oro, cuando venían los colombianos, las guardaban en sus casa en unos saquitos especiales y cuando tenían necesidad la mandaban a cambiar al banco, cada moneda equivalía a cuarenta pesos, aproximadamente unos veinte balboas.

El 4 de Noviembre de 1964 se produjo una inundación muy grande por este sector, Pacora se inundó y en Chepo y las Margaritas también sufrieron las consecuencias, nos narra la Sra. Hilda "que los tabacales sembrados por los chiricanos se perdieron todos, se ahogaron familias enteras, y recordaron

esto recientemente por las inundaciones que se dieron en Octubre de 1995. Esta situación preocupa a los moradores de esta comunidad pues no quieren que se repitan este tipo de experiencia y trabajan para cuidar mejor su ambiente, últimamente se han proliferado las tiendas de orientales y ellos son muy desaseados y todo lo tiran al río".

En el mes de Septiembre de 1995 fue seleccionado el Distrito de Chepo para desarrollar el Programa "Municipio Siglo XXI".

En Septiembre de este año se iniciaron las reuniones con la Junta Técnica Provincial del Programa Municipio Siglo XXI en el distrito de Chepo y sus seis corregimientos, entre ellos las Margaritas.¹⁷

En Octubre, se realizó una sesión del Consejo Municipal en donde el Alcalde, los Honorables Representantes y los Coordinadores de los diferentes comités y miembros de la Junta Técnica, firmaron un Acta de Compromiso por el "Desarrollo

¹⁷ Junta Técnica. (1995). Municipio Siglo XXI. Reuniones de Trabajo con Residentes del Corregimiento de la Margaritas de Chepo.

Humano Sostenible" del Distrito de Chepo.¹⁸

Con los antecedentes presentados podemos ver que esta comunidad avanza hacia una visión de bienestar definido por la propia comunidad. Superando los esfuerzos aislados por el esfuerzo conjunto de todos los actores sociales para organizar sus recursos y actividades y a la población misma en relación a sus necesidades y sus riesgos principales.

6.2. Organización Política

El Distrito de Chepo es una división político-administrativa de la Provincia de Panamá, situado en la Región de Panamá Este, con una extensión territorial de 5,352.7 kilómetros cuadrados. Cuenta con una población de 29,145 habitantes, según el censo de 1990 y una densidad de población de 5,4 habitantes por kilómetro cuadrado.

Está formado por seis corregimientos que son: Chepo (cabecera), Las Margaritas, EL Llano, Chepillo, Chinina y Cañita.

¹⁸ Sesión del Consejo Municipal del Distrito de Chepo. (1995). Firma del Acta de Compromiso del Programa SIGLO XXI.

La Constitución Política de la República de Panamá establece la estructura básica del gobierno panameño a través de una división de poderes.¹⁹ El Estado en busca del logro de sus fines, traslada algunas competencias o funciones administrativas a otras instancias gubernamentales para que la ejecuten bajo su propia gestión y responsabilidad.

El régimen municipal panameño existe para dar cumplimiento y prestación de estas funciones administrativas a nivel distritorial. La legislación actual y la delegación de algunos servicios no es suficientemente clara para definir los grados de competencia administrativa. Sin embargo, existen servicios públicos inherentes al nivel local que son atendidos por los municipios y coinciden con las exigencias de la comunidad.

El municipio es la organización política autónoma de la comunidad establecida en un distrito. La organización municipal será democrática y responderá al carácter esencialmente administrativo del gobierno local.²⁰

¹⁹ MUNICIPIO DE CHEPO. (1994). Propuesta de Manual de Organización, Pág.1.

²⁰ MUNICIPIO DE CHEPO. (1994). (Op. Cit.), Pág.2.

El municipio tiene otros despachos subalternos a la Alcaldía que son las corregidurías, en cada una de estas oficinas pueden existir funciones especiales producto de características propias de la región.

Las Juntas Comunes son organizaciones que representan a los habitantes del corregimiento y sirven como puente de comunicación entre el pueblo y gobierno.²¹ Cada corregimiento tendrá su Junta Comunal y ésta impulsará la organización y la acción de la comunidad para promover su desarrollo social, económico, político y cultural y para velar por la solución de sus problemas. Esta Junta Comunal estará formada por El Representante del Corregimiento, quien la preside, por el corregidor y tres ciudadanos residentes del mismo escogidos en la forma que determine el Consejo Municipal.

Estos organismos descentralizados cuentan con un poder legal otorgado de una personería jurídica, conferida por el Alcalde en el momento en que se constituyen como tal. Las mismas funcionan en coordinación con el Consejo Municipal, el Consejo Provincial y las Gobernaciones Provinciales, con el propósito de llevar a cabo el logro y cumplimiento de las

²¹ Ibid. Pág.3.

normas señaladas. También contarán con la participación del Alcalde del Distrito, el que tendrá como función armonizar la realización de los planes y programas de trabajo de las Juntas Comunales de su jurisdicción. Las Juntas Comunales tienen como responsabilidad vital organizar Juntas Locales, en cada una de las comunidades bajo su jurisdicción.

Las Juntas Locales se definen como medios de comunicación para detectar los problemas que confrontan los diferentes sectores, barrios y calles de la comunidad.²² Estas tienen una directiva y sus miembros son nombrados de acuerdo al reglamento aprobado por el Consejo Municipal sobre la administración de las Juntas Comunales y Locales.

El sistema de Representación Popular por corregimiento es una alternativa a la participación consciente y responsable del pueblo panameño, organizado en su hacer político y, como fórmula adecuada para garantizar su presencia en la toma de decisiones. Se partió del corregimiento, como comunidad política de base, para estructurar todo el andamiaje de la representación en la vida nacional y la garantía de que todas las colectividades tendrían una vocería. El propósito es que

²² Ibid. Pág.41.

el pueblo se sienta participante, activo y militante en el hacer político; que sea esencia del poder. De ahí el nombre de Poder Popular.

El Representante de Corregimiento, trabajará con sus comunidades y organizará el corregimiento que representa. Es un agente de cambio, el líder que interpreta e impulsa el pensamiento del grupo que representa; misión difícil porque la misma relación social exige aptitudes especiales.²³ El debe estar preparado para dar respuesta en forma consuetudinaria y simultánea a la problemática de su comunidad. Debe ser un ente conocedor del sentir de la comunidad en que reside y aunar esfuerzos para conseguir la colaboración eficaz, productiva y organizada de sus integrantes para solucionar los problemas, las aspiraciones de la comunidad y elevar sus niveles de bienestar socio-económico.

Una vez revisado los conceptos anteriores sobre la organización política de los municipios en general, entraremos más en detalle sobre el Municipio de Chepo y el corregimiento de las Margaritas . El Alcalde es la autoridad máxima en el municipio y en este momento ocupa el cargo el Sr. Clamades Bayo.

²³ Ibid. Pág.43.

La Corregiduría de las Margaritas, objeto de nuestro estudio, está ubicada en sus propias oficinas en el mismo corregimiento. La Corregidora es la Sra. Elvia de Cortéz.

El Honorable Representante del corregimiento es el Sr. Malaquías Tamayo quien preside la Junta Comunal de las Margaritas.

La Junta Comunal está conformada por:

Presidente: H.R. Malaquías Tamayo

Secretaria: Srta. Dallys Jiménez

Tesorero: Sr. Pablo Cortéz

Fiscal: Sr. César Rodríguez

Vocal: Sr. Rogelio Cedeño

Vocal: Sra. Elvia de Cortéz (Corregidora)

Con motivo de la selección del Municipio de Chepo para el "Programa Municipio Siglo XXI", por el Desarrollo Humano Sostenible, en el corregimiento de las Margaritas, se conformaron las siguientes comisiones de trabajo:

Comisión de Educación: Sra. Iluminada de González

Comisión de Salud: Sr. Lázaro Otero

Comisión de Juventud

y Deporte: Sr. Cupertino Bultrón

Comisión de Agropecuaria: Sr. Benedicto Martínez

Comisión de la Mujer Rural: Sra. Margarita Denis

Comisión de Ecología: Sr. Virgilio Jiménez

Comisión de Turismo

y Cultura: Sra. Silvia de Moreno

Comisión de Transporte: Sra. Ubalдина Frías

Comisión de Obras Públicas: Sr. Luis A. Gutiérrez

Comisión de Electrificación: Sr. Octavio Trujillo

Comisión de Comunicación: Sra. Roxana De León

Comisión de la Tercera Edad: Sr. Luis Montenegro

Queremos puntualizar que, aún cuando esta comunidad se encuentra bastante organizada social y políticamente, queda mucho por hacer, pues el desarrollo exige que sean satisfechas las necesidades básicas de todos los seres humanos y para la consecución de tales fines, las políticas de desarrollo deben sustentarse cumpliendo con los compromisos adquiridos y de acuerdo a los recursos disponibles es decir la sustentación económica, y asimismo deben ser sustentables socialmente respetando la participación de los actores sociales en la planificación y toma de decisiones .

No basta tener la buena voluntad y la convicción de ser participativos hay que evitar asumir posiciones que violenten los procedimientos participativos, en pocas palabras : "no ser ideológicamente progresista, políticamente democrático, pero psicológicamente autoritario".²⁴

6.3. Población:

6.3.1. Distribución de la Población

por Grupos de Edad y Sexo:

El corregimiento de las Margaritas está ubicado al noroeste del Distrito de Chepo y tiene una extensión territorial de 260.5 kilómetros cuadrados. Según estimación al 10 de Julio de 1995 contaba con una población de 4,056 habitantes. Con una densidad de población de 14.8 habitantes por kilómetro cuadrado, y está constituido por 32 lugares poblados.

²⁴ SOTELO B., J. (1993). La Administración Participativa. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud. Ciudad de México, Pag.124.

CUADRO I

ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CORREGIMIENTO
DE LAS MARGARITAS, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
AL PRIMERO DE JULIO DE 1995.

Grupos Etareos	Total		Sexo	
	Nº	%	Masculino	Femenino
Menos de 1 año	96	2.4	52	44
1 - 4	417	10.3	225	192
5 - 14	948	23.4	509	439
15 - 44	1,880	46.3	1,038	842
45 - 60	462	11.4	256	206
Mas de 60 años	253	6.2	158	95
Total	4,056	100.0	2,238	1,818

Fuente: Dirección Nacional de Planificación de la Salud.
Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
Año 1995.

De la población total, 55 % son hombres y el 45 % son mujeres. En cuanto a los grupos de edad, los menores de un año corresponden al 2.4%, los menores de 15 años constituyen el 33.7 %, de 15 a 60 años el 57.7 % y los mayores de 60 años el 6.2 % (Tabla I).

Comparativamente como se registra en todo el país, la población infantil y juvenil creciente en este corregimiento nos indica la fuerte demanda que habrá en materia de

educación, (maestros y escuelas) y de salud materno-infantil, ya que ese 33.7 % de menores de 15 años es significativo; por otro lado el crecimiento de esta población a mediano y a largo plazo se van a convertir en una población que ingresa a la vida económicamente activa y esto en consecuencia nos debe llevar a planificar socioeconómicamente más ocupaciones o empleos.

La población mayor de 15 años agrupa el porcentaje más alto y ésta es la que llevará la carga de los inactivos (niños y ancianos) en los próximos años, es una población bastante joven que va a demandar de la reactivación de la economía y generación de empleos para contrarrestar el grave problema de desocupación y subempleo que se cierne sobre todo el país.

El fenómeno de envejecimiento (6.2 %) en este corregimiento, no es muy marcado comparativamente con el resto del país (13 %) que presenta una tendencia de aumento en población de edades avanzadas.

La composición de la población, sus características estructurales y su crecimiento, no es suficiente en salud. Es también importante considerar indicadores socio-económicos tales como el de ingresos, nivel educativo, la vivienda, e

incluso aspectos étnicos. Tales indicadores no solo tienen influencia sobre la salud, sino que condicionan la utilización de los servicios y que tipos de servicios serán necesarios. Los indicadores sociales no miden directamente la salud, pero se relacionan con ésta.

Según el censo de 1990 existían en el corregimiento las Margaritas 913 viviendas para un total de 3,852 habitantes lo cual nos da un promedio de 4.2 habitantes por vivienda.

La distribución espacial de la población existente hasta la fecha, según el censo de 1990, indica que el 81 % de los lugares poblados tienen menos de 100 habitantes y contienen sólo el 12 % de la población total, lo cual indica la existencia de dispersión poblacional. Por otro lado, sólo la cabecera del distrito contiene el 69 % de la población y los otros cinco lugares más poblados no pasan de 250 habitantes, de 3 a 5 % de la población (Cuadro II).

El desequilibrio existente en esta distribución espacial nos permite señalar que la falta de concentración de la población, es muy importante para poder proporcionar los servicios básicos y que se logren establecer adecuadas relaciones sociales. Sin embargo la concentración en la

cabecera del distrito no puede tomarse de una forma simplista y concluir que en ella la situación es buena, muchas veces se da que por razones culturales o físicas locales la población viva en forma concentrada y a pesar de ello no disponga de los servicios básicos. La mayor dispersión de la población en los demás lugares poblados de este corregimiento se da por el tipo de actividad agrícola a que se dedican sus moradores la cual generalmente es una agricultura de autoconsumo en la que el productor pasa a residir en la parcela cultivada o muy cerca de ella.

CUADRO II
Población de las Margaritas en los seis lugares más poblados del Corregimiento.

Lugar poblado	Nº/Hab.	%
Las Margaritas Corregimiento	3,852	100
Las Margaritas (cabecera)	2,666	69
Charare	203	5
Mamoní Arriba	187	5
San José	121	3
Corpus Christi arriba	105	3
La Zaína	101	3

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá.
Censos Nacionales de 1990.

6.3.2 Características de las Viviendas y Servicios Básicos:

Las características de las viviendas, en base a cuatro de los indicadores más importantes como son: el piso de tierra, el agua potable, servicio sanitario y electricidad, demuestra que existe un número elevado de viviendas que aún no cuentan con estos servicios básicos.

Estos indicadores son en buena medida reflejo de los niveles de vida de sus habitantes, pues están relacionados muy de cerca con su ingreso familiar, nivel de salud y educación.

Los datos de todo el corregimiento señalan un panorama halagador, sin embargo si se analiza cada lugar poblado veremos notables diferencias existentes entre ellos. (Cuadro III).

Como era de esperarse los mejores indicadores se registran en la cabecera del corregimiento los cuales contrastan con los demás lugares poblados cuyas condiciones son deficientes para mencionar algunos, como Corpus Christi arriba y Corpus Christi abajo, Chararé, El Valle de Madroño, la Zaína, Mamóní arriba, San José, Real

El poder hacer este análisis al nivel del corregimiento y sus diferentes lugares poblados nos permite tener una visión más real de la verdadera situación en esta comunidad en cuanto a las características de las viviendas.

CUADRO III

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE LAS VIVIENDAS PARTICULARES OCUPADAS EN EL CORREGIMIENTO DE LAS MARGARITAS POR LUGAR POBLADO. CENSO DE 1990

Corregimiento y lugar poblado	Viviendas Particulares Ocupadas				
	Algunas características de las viviendas				
	Total	c/piso tierra	s/agua potable	s/serv. sanitario	s/luz eléct.
Corregimiento Las Margaritas	913	300	285	214	486
Bonete	8	2	8	3	8
Cerrillo o Paraguito	3	3	3	2	3
Corpus Christi Abajo	7	6	7	6	7
Corpus Christi Arriba	22	18	21	17	22

Cont... CUADRO III

Charare	41	39	38	37	40
El Cedro	3	2	2	2	3
El Madroño	5	2	5	1	5
El Valle de Madroño	8	5	8	4	7
Escandalosa	1	1	1	1	1
Garrapata	3	1	2	0	2
Gaspar Sabana	5	4	5	5	5
La Bonga	4	3	2	2	4
La Calzada	1	0	1	1	1
La Margarita	616	78	12	26	196
La Palmera	1	0	1	1	1
La Tronosa	1	1	1	0	1
La Zaína	28	25	28	13	28
Las Lomas	3	1	2	2	3
Las Tranquitas	1	1	1	1	1
Los Naranjos	10	8	8	6	10
Los Saltos	1	1	1	1	1
Mamoni Abajo	6	3	6	6	6
Mamoni Arriba	53	40	47	31	52
Nuevo Coclé	5	4	5	2	5
Quebrada Aguacat	5	0	4	1	2
Real del Gato	11	7	11	8	11
Río Bonito	6	6	6	4	6

Cont... CUADRO III

Río Indio	7	6	5	5	7
San José	27	18	25	15	27
San Lázaro	8	3	6	2	8
Unión Santeña	11	11	11	10	11
Vista Alegre	2	1	2	0	2

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá.
Censo Nacionales 1990.

6.3.3 Factores Socioeconómicos:

En cuanto a otros indicadores socio-económicos como el ingreso, podemos observar que el ingreso familiar se ha deteriorado en todo el país, lo que implica un decrecimiento y limitado crecimiento económico en los distritos del país y por ende en el distrito de Chepo y el corregimiento de las Margaritas de Chepo, que nos habla de evidentes condiciones de pobreza.

El ingreso familiar es un indicador muy sensible que nos dice mucho sobre el nivel de vida de una población, y si además analizamos los costos de los elementos indispensables para cubrir las necesidades básicas de la familia, que según

el estudio del "Informe Técnico sobre la Metodología y Costo de la Canasta Básica Familiar de Alimentos para la Ciudad de Panamá: 1989-1992", ha sido estimado en el doble del costo asignado anteriormente, nos lleva forzosamente a pensar que hay áreas de mayor pobreza que estan llegando a la pauperización.

Según el trabajo realizado por estudiantes de la escuela de Salud Pública en 1993, sobre "Accesibilidad Geográfica y el Estado de Pobreza" en la comunidad de las Margaritas (cuadro IV) podemos comentar lo siguiente:

- El 83% de la población está en un nivel de pobreza, contrastando con tan solo un 17% de la población en un nivel económico satisfactorio.
- Los más pobres viven generalmente más lejos de los servicios.
- A muchos de ellos se les dificulta utilizar los servicios por razones culturales, o sus ingresos son tan bajos que tienen grandes problemas para pagar pasajes, hospedaje, consulta, exámenes o medicamentos.
- Como si esto fuera poco, la cobertura de seguro social es baja entre ellos.

CUADRO IV

ANÁLISIS DE POSTERGACIÓN SEGÚN NIVEL ECONÓMICO EN LAS
MARGARITAS DE CHEPO. AÑO: 1993.

Lugar Poblado	Nº de Habitantes	Nivel Económico %	
		Pobreza	Satisfactorio
Bonete	28	100	
Cerillo	13	100	
C. Christi abajo	41	100	
C. Christi arriba	105	100	
Chararé	203	100	
El Cedro	7	100	
El Madroño	15	100	
El Valle del Madroño	36	100	
Escandalosa	2	100	
Garrapata	14	100	
Gaspar Sabana	12	100	
La Bonga	18	100	
La Calzada	4	100	
Las Margaritas	2,666	75	25
La Palmera	2	100	

Cont... CUADRO IV

La Tronoza	5	100	
La Zaína	101	100	
Las Lomas	16	100	
Las Tranquitas	2	100	
Los Naranjos	24	100	
Los Saltos	3	100	
Mamoní abajo	24	100	
Mamoní arriba	187	100	
Río Bonito	33	100	
Río Indio	19	100	
San José	121	100	
San Lázaro	28	100	
Unión Santeña	43	100	
Vista Alegre	2	100	
Nuevo Coclé	9	100	
Quebrada Aguacate	26	100	
Real del Gato	43	100	
Total	3,852	3,180	672
Porcentaje	100	83	17

Fuente: Estudio de Accesibilidad Geográfica y el Estado de Pobreza en las Margaritas de Chepo, por Estudiantes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Panamá.
Año: 1993.

En cuanto a la población económicamente activa, ya anteriormente comentábamos sobre la planificación socio-económica que se requiere para la creación de nuevas fuentes de empleo o de ocupación.

El nivel de educación es otro indicador muy importante para este corregimiento, de una población de 923 niños de 6 a 15 años de edad, asisten a la escuela primaria 597 y asisten a otro nivel de enseñanza 196, se puede señalar que en esta comunidad el beneficio de la escolarización primaria es bastante extendido (64.6 % en escuela primaria). Sin embargo nuevamente se da el fenómeno que esto es válido para la cabecera del distrito porque en los demás lugares poblados no todos asisten a una escuela, es posible que razones culturales influyan en esto y además el grado de concentración en que se asienta la población. (Cuadro V).

CUADRO V

Algunas Características de la Población del
Corregimiento de las Margaritas.
Censo de 1990.

De 18 años y más de edad:	2,150
De 10 años y más de edad:	
Total	2,847
Con menos de 3º de primaria aprobado	384
Ocupados	
Total	1,187
En actividades agrícolas	649
Desocupados	156
De 6 a 15 años de edad:	
Total	923
Asisten a la escuela primaria	597
Asisten a otro nivel de enseñanza	196

Fuente: Contraloría General de la República.
Censos Nacionales de 1990.

7. Indicadores de Salud:

7.1 Principales Causas de Mortalidad:

La mortalidad es la variable demográfica más importante para la salud, porque indica una pérdida total de la misma. Definiremos la mortalidad como la desaparición permanente de toda evidencia de vida en cualquier momento después del nacimiento. Esta definición excluye las muertes fetales.²⁵

Para la medicina, la mortalidad es un indicador de problemas de salud de una comunidad y de hecho los médicos intentan reducir la mortalidad porque la vida y la salud del hombre son un fin mismo.

La mortalidad se mide contando las boletas o certificados de defunción. La mortalidad como ya se ha mencionado es un indicador "negativo" de salud que mide la pérdida de salud; el cual por diferencia nos permite inferir que cuando haya menos pérdida de la misma, habrá mayor salud.

²⁵ SANDOVAL, J. (q.e.p.d.) (1992). Apuntes de Demografía. Escuela de Salud Pública. Universidad de Panamá.

CUADRO VI

MORTALIDAD EN LA REPÚBLICA DE
PANAMÁ EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ ESTE.
AÑO 1990.

Tasas	Panamá Este	República de Panamá
Tasa de Mortalidad General 1/	5.9	4.1
Tasa de Mortalidad Infantil 2/	23.2	18.1
Esperanza de Vida	75.4	72.4

1/ Defunciones por 1000 habitantes.

2/ Defunciones de Menores de un año por cada 1000 nacidos vivos.

Fuente: Depto. de Estadísticas Vitales de la Contraloría y
del Ministerio de Salud. Año:1990.

Según el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la Región de Salud de Panamá Este, para el año 1995 se registraron 33 defunciones de personas residentes en las Margaritas. (Cuadro VII).

CUADRO VII

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL
CORREGIMIENTO DE LAS MARGARITAS, CHEPO.
AÑO: 1995.

1- Enfermedad Cardiovascular	10
2- Enfermedades Infecciosas	7
3- Enfermedades Respiratorias	6
4- Tumores Malignos	4
5- Accidentes, suicidios, homicidios y otras	2
6- Enfermedad Cerebrovascular	2
7- Desnutrición	2
Total	33

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas
de la Región de Salud Panamá Este. Año: 1995.

Se consideran las causas principales con énfasis en aquellas "evitables". La mortalidad está vinculada con las condiciones de vida de una gran parte de la población, en la que predomina el desempleo y los bajos salarios, las viviendas insalubres, los bajos niveles educativos, una nutrición insuficiente, etc.

En Chepo, las principales causas de muerte también las encabezan las enfermedades cardiovasculares, susceptibles de intervención por medio de actividades dirigidas a la educación del paciente, muy relacionado con los estilos de vida de la población, el alcoholismo, el tabaquismo, sedentarismo, obesidad y nutrición no adecuada.

En segundo lugar se registraron enfermedades infecciosas, ligadas a la pobreza, malnutrición y a la precaria higiene ambiental, laboral y personal, las cuales responden a medidas de salud pública como extensión de la cobertura de los servicios de agua potable, saneamiento y vacunación y a una mejor disponibilidad de alimentos, mejoramiento de las viviendas y aumento del nivel de alfabetismo.

Es evidente, que las actividades de fomento y promoción de la salud deben estar encaminadas hacia la educación sobre factores de riesgo de las enfermedades crónicas y hacia medidas de prevención de las enfermedades infecciosas, lo cual debe traer como consecuencia cambios en la tendencia de la morbilidad por estas enfermedades lo importante es, no solo conocer las causas

de muerte clínica o biológica sino las causas sociobiológicas las cuales pueden ser modificadas o controladas.

Podemos tener una idea de los niveles de mortalidad de una población además de conocer sus causas, a través de la tasa de Mortalidad General, la tasa de Mortalidad Infantil, las tasas específicas por sexo y edad, pero también, eludiendo el factor edad, calculando la Esperanza de Vida, que representa el promedio de años que vivirá cada persona de una cohorte de recién nacidos que estuviera sujeta a lo largo de la vida a las tasas anuales de mortalidad por edad de la población, correspondiente al momento actual.²⁶

La población panameña tiene una Esperanza de Vida de 72.4 años (1990). En general se observa una tendencia secular hacia el descenso de la mortalidad y las expectativas futuras prevén que a nivel nacional la Esperanza de Vida seguirá aumentando lentamente. Por otro lado la Mortalidad Infantil que va en descenso muestra las condiciones de vida que tienen los niños al nacer.

²⁶ Dirección Nacional de Estadísticas y Censos de la Contraloría General de la República de Panamá. (1994). Bol. 944, Pág. 13.

Los logros que se dan en materia de mortalidad están supeditados a un mejoramiento del nivel de vida de la población panameña especialmente en aquella que reside en áreas de alto riesgo, tales como barriadas de emergencias, áreas rurales dispersas e indígenas.

7.2 Principales Causas de Morbilidad:

Las principales causas de morbilidad nos dice de qué se enferma la gente, por qué consulta y esto también nos indica algo sobre el nivel de salud de la población.

CUADRO VIII

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA
EN EL CENTRO DE SALUD DE LAS MARGARITAS.
AÑO: 1995.

1.- Infecciones de Vías Respiratorias	922
2.- Enfermedades de la Piel	304
3.- Hipertensión arterial	176
4.- Infección de Vías Urinarias	131
5.- Enfermedad Diarréica	105
6.- Lumbalgia	101
7.- Anemia	95
8.- Parasitosis Intestinal	92
9.- Gastritis	74
10. Dolor Abdominal	62
TOTAL	2,062

Fuente: Región de Salud de Panamá Este, Departamento de
Registros Médicos y Estadísticas. Año: 1995.

7.3 Conductas de Riesgos de la Salud:

La estrategia de Promoción de la Salud con énfasis en los cambios de estilos de vida nos permite crear opciones saludables en la sociedad, de tal manera que tanto al individuo, pero más importante aún, a los grupos sin discriminaciones, se les facilite el optar por comportamientos y estilos de vida más saludables. Si esto está claro será fácil priorizar cuáles son los factores que desde un punto de vista epidemiológico revisten el mayor riesgo para la salud de la población²⁷.

La evidencia científica alcanzada a través de la investigación epidemiológica será la base para esta priorización, la identificación de factores comunes para grupos de enfermedades se logra fácilmente, sobre todo en el grupo de enfermedades crónicas no transmisibles, donde la investigación de las últimas cuatro décadas ha acumulado un gran acervo de conocimientos sobre sus factores de riesgo. El enfoque de ataque a conjuntos de factores para prevenir conjuntos de enfermedades es tan lógico, que el enfoque integrado para la prevención y control de estas enfermedades ya no es discutible.

²⁷ PAGANINI, J.M. y CAPOTE M., R., eds. (1990). (Op. Cit.), pág.499.

En una comunidad se pueden encontrar una gran variedad de situaciones de salud, en las Margaritas de acuerdo con la información disponible, se destacan como causas de morbimortalidad enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas, igualmente se pueden observar causas externas como accidentes, en particular los automovilísticos y otras violencias, por lo que podemos pensar que los principales factores de riesgo comunes que preceden a estas afecciones están constituidos por: Tabaquismo, Dieta inadecuada, Hipertensión arterial, Sedentarismo, Consumo excesivo de Alcohol y sustancias psicoactivas, Estrés, Hábitos inadecuados de conducción de vehículos de motor y otros, los problemas derivados de la creciente violencia e índices de accidentes, están interrelacionados con estilos de vida y conductas sociales de alto riesgo.

Las condiciones epidemiológicas observadas en cuanto a los principales problemas de salud orientan hacia la esfera de los padecimientos crónicos así como también los ocasionados por el alcoholismo, la violencia y los accidentes, incluyendo sus factores de riesgo principales, igualmente observamos un predominio de enfermedades transmisibles, debido a sus condiciones de vida, lo que

nos orienta a tomar medidas de prevención y de lucha contra estos padecimientos, tales como la inmunización, la detección y tratamiento de casos, lucha antivectorial, lucha contra las zoonosis, ordenación del medio ambiente, fomento de la modificación de hábitos sociales y de comportamiento.

La situación expuesta por las principales causas de mortalidad y de morbilidad nos conduce a plantear estrategias de atención de salud acordes con la problemática presentada, no solo para resolver cada uno de los problemas de salud expuestos que afectan a la población, sino para ofrecer acciones preventivas y promocionales lo cual implica un desafío para países como el nuestro que intentan alcanzar la meta de Salud para Todos, que implícitamente demanda equidad en el acceso a la atención de problemas de salud, donde encontramos enfermedades crónicas que requieren de tecnologías costosas y sofisticadas versus enfermedades infecciosas que requieren de medidas de Salud Pública no tan sofisticadas, como saneamiento del medio y vacunación.

Como hemos podido observar, no es tan fácil determinar cuáles son las enfermedades más frecuentes en

la población, ya que nos estamos basando en las que ingresan por las estadísticas registradas, que se suponen son las de más gravedad, y por eso llegan hasta el consultorio y se pueden contabilizar, es probable que detrás de ellas queden muchos padecimientos que son enfrentados y solucionados de diversas formas por los propios afectados.

La estrategia de Promoción de la Salud no es tan fácil de operacionalizar, ya que requiere un trabajo intersectorial y la concertación de intereses de los actores de diferentes sectores. Pero sobre todo se necesita crear la conciencia social y movilizar las fuerzas comunitarias.

Cuando se habla de crear opciones saludables, se habla de un proceso político, concertado también entre los macroniveles de políticas locales, nacionales y aun internacionales por ello no es fácil definir este proceso dentro de un nivel local específicamente.

Para interrumpir la secuencia de eventos que desemboca primero en la aparición de factores de riesgo y que luego lleva a la enfermedad y a la muerte, es

necesario realizar diversas acciones e intervenciones de variada naturaleza, las cuales solo mencionaremos:²⁸

-Prevención Primaria y Promoción de la Salud Pública orientadas a impedir la aparición de factores de riesgo que afecten a la comunidad.

-Prevención Secundaria, que pretende la identificación previa, el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de aquellos individuos que ya están afectados por factores de riesgo o por las mismas enfermedades.

-Mejoramiento de los Servicios de Salud, facilitar el acceso, mejorar la dotación de los recursos y la eficacia en su utilización.

-Participación Intersectorial, se requiere de la activa participación de otros sectores (educativo, legislativo, comunicación, salud, etc.).

-Participación comunitaria, puesto que la comunidad es sujeto y objeto de los cambios de estilos de vida.

-Monitoría, Evaluación, Información, para juzgar el éxito

²⁸ PAGANINI, J.M., y CAPOTE M., R., eds. (1990). (Op. Cit) pag.501.

o fracaso de las intervenciones y recomendar o no su expansión.

El propósito de todas estas acciones e intervenciones es el mejoramiento de la salud de la comunidad a través de un enfoque integrado de manejo de enfermedades y sus factores de riesgo con la activa participación comunitaria.

El nivel de desnutrición de la población, en niños de edad escolar se determinó en los años 1990 y 1991 por el Departamento de Nutrición del Hospital de Chepo, encontrándose un 35 % de desnutrición en un total de 126 niños que representan el 15 % de la población menor de 5 años de la comunidad de las Margaritas que sin lugar a dudas representa sólo una mínima parte del nivel de desnutrición que se puede encontrar en esta comunidad objeto de nuestro estudio (Cuadro IX).

CUADRO IX

Porcentaje de Desnutrición de la Población Escolar
de la Escuela José del C. Echevers, de las
Margaritas de Chepo. Años: 1990-1991.

Total	Año: 1990		Año: 1991	
	No.	%	No.	%
Total	407	100	357	100
Normal	275	68	218	61
Desnutrición Moderada	78	19	97	27
Desnutrición Severa	21	5	29	8
Riesgo de Obesidad	23	5.6	11	3
Obesidad	10	2.4	2	1

Fuente: Departamento de Nutrición del Hospital de Chepo.
Años: 1990 y 1991.

8. Criterios Básicos para el Análisis De la Situación de Salud en el Corregi- miento de las Margaritas de Chepo

El Análisis de la Situación de Salud es la descripción y explicación, en un momento dado, del proceso de producción de salud, referido a un determinado espacio-población. Es una forma de hacer investigación donde se describen y explican los problemas detectados en la comunidad, con la intención de abordarlos y resolverlos.

El ASIS trata de complementar técnicas tradicionales de obtención de información con técnicas participativas comunitarias.

Para nuestro estudio se utilizarán las cuatro dimensiones que expresan condiciones de vida fundamentados en el Modelo del Análisis de Situación de Salud:²⁹

²⁹ ESCALA L., M.A. (1994). Guía Metodológica Conceptual para el estudio de Condiciones de vida y salud de grupos humanos según nivel de Postergación Social. Pag.8.

8.1 La Dimensión Ecológica:

Refuerza la consideración de los condicionantes del ambiente natural el cual ha sido modificado por el hombre. En ella se toman en consideración los recursos naturales, sus efectos benéficos, los riesgos de desastres naturales, la contaminación, preservación y renovación.

8.2 La Dimensión Biopsicosocial:

Considera los aspectos biológicos, demográficos y de los estilos de vida en su concepción integral, rebasando la interpretación individual e incluyendo la cultura que condiciona la conciencia y la conducta.

8.3 La Dimensión Socioeconómica:

Se refiere a las características estructurales de la organización social con relación a las necesidades fundamentales desde el nivel fisiológico hasta la capacidad de creatividad humana con sus aspectos de estructura familiar, participación social, intersectorialidad, economía, política, etnia, cultura, educación, recreación, comunicación y seguridad física y social.

8.4 La Dimensión de Servicios de Salud:

Se refiere al conjunto de servicios públicos, entre ellos los de salud, entendidos como servicios no discriminatorios a la población en general, sean estatales o privados. Aquí se consideran los ejes de equidad (y calidad), eficacia y eficiencia, con los cuales se relaciona la organización de los servicios y modelos de atención, en espacios singulares, particulares y generales, y la oferta de las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Este análisis trata de acercarnos a la realidad y comprensión de los procesos generadores de la situación de salud de una comunidad.

La participación social, se considera en nuestro estudio como una de las variables principales que junto con el análisis de situación de salud nos ayudará a determinar las condiciones y características de salud de esta población, sus diferencias estructurales, sus problemas y necesidades de salud, y como todos los actores sociales intervienen en el análisis y se unen para buscar soluciones a los problemas detectados.

Si se logra diseñar y desarrollar un sistema de información integrado de base comunitaria, estaremos más cerca de la realidad de una comunidad para definir de " Donde se Parte " y " Hacia Donde " orientar las acciones que nos lleven a un futuro deseable definido por la propia comunidad.

9. Distribución de Recursos

La asignación de recursos se hace teniendo en cuenta los principales problemas de salud, y los grupos de población sujetos a un mayor riesgo.

Los datos sobre población que tiene acceso a las instalaciones de salud del área se pueden presentar en forma tabular de acuerdo al estudio sobre Accesibilidad Geográfica y el Estado de Pobreza en la comunidad de las Margaritas realizado en 1993 (Cuadro X).

Esta información nos permite determinar las zonas a las que debe concedérsele prioridad en la dotación de instalaciones de salud nuevas, las comunidades de Corpus Christi, Madroño, Escandalosa, Gaspar Sabana, La Palmera, La Tronoza, La Zaína, Los Naranjos, Los Saltos, Río Bonito, Río Indio, San José, Unión Santeña, Vista Alegre, Nuevo Coclé, Quebrada Aguacate y Real del Gato, suman en total 18 comunidades de los

32 lugares poblados de este corregimiento que están a más de 2 horas de distancia del centro de salud más cercano. Esto también se puede presentar por medio de mapas.

En lo que se refiere al recurso humano actualmente el Centro de salud cuenta con el siguiente personal: un médico general, una enfermera, una secretaria, un trabajador manual, un asistente de farmacia y un auxiliar de registros médicos.

CUADRO X

ACCESIBILIDAD SEGÚN DISTANCIAS EN LAS
MARGARITAS DE CHEPO. AÑO: 1993.

Lugar Poblado	Nº de Hab.	Tiempo de Acceso		
		- de 60 min	1 - 2 h	+ de 2 h
Bonete	28	x		
Cerillo	13		x	
C. Christi abajo	41			x
C. Christi arriba	105			x
Chararé	203	x		
El Cedro	7	x		
El Madroño	15			x
El Valle del Madroño	36			x
Escandalosa	2			x

Cont... CUADRO X

Garrapata	14	x		
Gaspar Sabana	12			x
La Bonga	18		x	
La Calzada	4	x		
Las Margaritas	2,666	x		
La Palmera	2			x
La Tronoza	5			x
La Zaína	101			x
Las Lomas	16		x	
Las Tranquitas	2		x	
Los Marañjos	24			x
Los Saltos	3		x	
Mamoní abajo	24	x		
Mamoní arriba	187		x	
Río Bonito	33			x
Río Indio	19			x
San José	121			x
San Lázaro	28		x	

Cont... CUADRO X

Unión Santeña	43			x
Vista Alegre	2			x
Nuevo Coclé	9			x
Quebrada Aguacate	26	x		
Real del Gato	43		x	

Fuente: Estudio de Accesibilidad Geográfica y el Estado de Pobreza en las Margaritas de Chepo, por Estudiantes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Panamá. Año: 1993.

Según las normas de dotación del recurso (médico/habitantes) calculado para una población con más de 2,500 habitantes, con accesibilidad geográfica menor de una hora, se necesitan dos (2) médicos para atender a la población de este corregimiento. Cálculo que realizamos mediante la siguiente fórmula:

Nº de Habitantes
según postergación
social

Nº de Médicos
necesarios

x

Nº Total de Habitantes

Para poblaciones con accesibilidad geográfica de 1 - 2 horas se considera como norma un médico por cada 2000 habitantes y para poblaciones con accesibilidad geográfica mayor de 2 horas se considera como norma un médico por cada 1,500 habitantes.

La asignación de recursos debe ser realizada de tal manera que la relación costo/beneficio social sea la mejor posible. Esta condición se puede lograr por medio de la aplicación de instrumentos técnicos que requieren habilidad y sentido político ya que sólo de esta forma se pueden resolver los conflictos de intereses de una manera satisfactoria para todos los actores sociales de una comunidad.

10. Finanzas

Es preciso determinar la distribución de las finanzas en el corregimiento y utilizar diferentes procedimientos para la asignación de estos recursos de modo equitativo. Por lo general los datos pueden ser insuficientes.

Los dos grandes tipos de recursos con que cuenta una región son los provenientes de las fuentes del sector público (Ministerio de Salud) comprometido por la formulación de presupuestos anuales y por otro lado toda una amplia gama de recursos algunos de ellos cuantiosos como los de seguridad social, y de instituciones públicas o privadas, incluyendo las organizaciones no gubernamentales y las propias contribuciones de los individuos y familias mediante el pago de servicios o algún tipo de seguros.

Para la elaboración del presupuesto anual es importante la consideración estratégica del proceso de desarrollo del corregimiento, contemplando como una unidad ejecutora al establecimiento de salud que ahí opera no importa cual sea su nivel de complejidad ya que esta es la mejor forma de comprometer al nivel central de descentralizar real y

efectivamente las actividades en salud.³⁰

La formulación de un presupuesto en base a las necesidades de la población objeto de la atención, permite definir funciones y coberturas locales, reorientar los recursos, hacer una selección coordinada de objetos del gasto, del financiamiento compartido y de la liberación de recursos existentes para cubrir las necesidades de la población.

Un instrumento de vital importancia para realizar una buena programación del presupuesto es un sistema de costo, el cual es una herramienta de la gerencia y no un instrumento contable, ya que suministra información valiosa acerca de la operación de las unidades productoras de servicios, tanto para la gestión cotidiana como para la formulación de programas a más largo plazo.

³⁰ TARINO, E. (1991). Por un Distrito Sano. Como Organizar y Administrar Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria. ONS. Ginebra. Pág.14.

11. Cobertura

La cobertura es una medida del grado en que una población se beneficia efectivamente de un determinado servicio al que tiene derecho, como la atención prenatal o la inmunización. El análisis de la cobertura tiene por objeto identificar a los grupos de población o a las zonas geográficas más desfavorecidas, con objeto de aplicar los remedios oportunos.

CUADRO XI
INFORME DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN INFANTIL
EN MENORES DE 1 AÑO EN LAS MARGARITAS.
AÑO 1995. IER. SEMESTRE.

	Nº	%
Universo	96	
Población Meta	96	100
Concentración de Atención	7	
Nº de Actividades Programadas	672	
Consultas Realizadas	100	14.8
Ingreso al Programa	71	73.9
Cobertura de Atención	0	
Nº de Niños según controles recibidos al cumplir un año		
5 o más controles	0	0

Cont... CUADRO XI

4 controles	1	1
3 controles	6	6
2 controles	21	21
1 control	72	72
Vacunas Completas		
B.C.G.	27	28
D.P.T.	19	20
POLIO	20	21
A.S.	20	21

Fuente: Programa Materno Infantil.
Región Panamá Este. Año: 1995, 1º Semestre.

Para una población de menores de un año del corregimiento de las Margaritas de 96 niños, se programó para el año 1995 el 100% de población meta, sin embargo al primer semestre solo habían ingresado al programa el 73.9 % y de éstos ninguno completó el mínimo de por lo menos cinco controles tal como lo establecen las normas del programa.

Igualmente en las coberturas de vacunación observamos coberturas muy por debajo de los niveles esperados, todo esto nos indica que se necesita un trabajo más efectivo de educación a las madres de estos niños para que acudan a su

centro y los controlen (Cuadro XI).

Por otro lado hay una buena proporción de moradores de esta comunidad que aún continúan asistiendo a recibir atención al Hospital de Chepo por lo que es necesario tomar en cuenta las estadísticas de este centro hospitalario para tener un panorama más completo sobre el estado de salud de los menores de un año.

12. Atención Primaria

La Atención Primaria de Salud proporciona un medio práctico y racional para avanzar hacia la meta de Salud para Todos. Los principios en que se inspira son la equidad y la justicia social: el reconocimiento de que la salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos.

La Atención Primaria tal y como fue definida hace 18 años es "mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud, abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada, influye en el funcionamiento del resto del sistema de salud"³¹, es decir la Atención Primaria "busca el mejoramiento de la calidad de vida".

Para alcanzar este ideal de mejoramiento de la calidad de vida es necesario identificar aquellos grupos de población que aún no tienen acceso a una asistencia sanitaria adecuada, es decir los que aún no tienen "salud para todos" y por eso hay que organizar los servicios de salud de tal manera que se puedan atender estas necesidades, por ello nuestro trabajo está orientado hacia el equipo de salud local en la comunidad

³¹ ALMA ATA. (1988). Reafirmada en Rigga. OMS.

de las Margaritas ya que en la práctica no siempre se trabaja en equipo, los planes locales o son mal formulados o son inexistentes, los objetivos no están claramente definidos, y no siempre se tiene en cuenta la Eficiencia, la Eficacia y la Calidad del servicio. Los programas de salud siguen siendo fragmentarios y a veces no se coordinan adecuadamente y los servicios de salud se concentran en determinadas sectores quedando algunos grupos de población sin acceso a la atención.

Por ello se hace necesario, encontrar métodos y medios para resolver estos problemas y mejorar nuestros servicios de salud, la atención primaria viene a ser esa forma de mejorar la salud, donde con una buena coordinación, con una planificación y gestión eficaz, los trabajadores de la salud, los trabajadores de otros sectores y los miembros de la comunidad pueden asumir la responsabilidad colectiva de la "salud para todos" en su comunidad.

II. HIPOTESIS

El grado de Participación Social en las Margaritas de Chepo es alto, porque existe un adecuado concepto sobre Participación entre los actores sociales.

III. VARIABLES

1. Variables Principales:

Las variables principales se han dividido en dos grandes grupos que determinan la realidad del actual trabajo:

- 1.1 Situación de Salud
- 1.2 Participación Social

2. Variables Secundarias:

Las variables secundarias que se refieren a Situación de Salud, estarán de acuerdo a las cuatro dimensiones del modelo de Análisis de Situación de Salud:

- Ecológica
- Biopsicosocial
- Socioeconómica
- Servicios de Salud

Los elementos secundarios que se refieren a Participación Social a su vez se estructuran de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, que indica que para la Participación Social se pueden derivar las siguientes variables:

- Factores condicionantes y determinantes de la Participación Social.
- Actores Sociales.
- Escenarios o espacios de Concertación.

3. Definición Conceptual de las Variables

Principales:

3.1 Situación de Salud:

Es el resultado de las acciones que todos los actores sociales ejecutan con el propósito de proporcionar las mejores opciones, es decir, las más saludables, a todos los ciudadanos para que desarrollen individual y colectivamente, sus potencialidades en aras de alcanzar el máximo bienestar.³²

³² ESCALA L., M. (1994). Op. Cit. Pág.11.

3.2 Participación Social:

Se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, los sectores, todos los actores sociales, a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.³³

4. Definición Operativa de las Variables:

4.1 Situación de Salud:

Para nuestro estudio seleccionamos las variables del modelo de ASIS las cuales incluyen las cuatro dimensiones que expresan condiciones de vida:

4.1.1 Dimensión Ecológica:

Hacinamiento: Número de personas por habitación.

Calidad de la vivienda: Se refiere al tipo de vivienda, techo, paredes y piso.

Disponibilidad de agua potable: Con conexión de agua

³³ OPS/HSD. (1990). La participación Social. Serie HSD/SILCS-3. Washington D.C. Pág.10.

potable o no.

Disposición de excretas: Sistema utilizado para disposición de excretas.

Energía Eléctrica: Con conexión al servicio de Energía Eléctrica o no.

Disposición de basuras: Con servicio de recolección de basura o no.

4.1.2 Dimensión Biopsicosocial:

Edad: Años de vida.

Sexo: Masculino o Femenino.

Nivel de instrucción: Último grado educativo aprobado, primario, secundario, universitario o vocacional.

Antecedentes familiares de morbilidad: Enfermedades presentadas en familiares.

Conducta de Riesgo: Se refieren a hábitos que pueden ser nocivos a la salud.

Hábitos de Higiene: Si se lava las manos o no.

Actividad Física: Si realiza algún tipo de actividad física, como caminar, nadar.

Morbimortalidad: Causas de enfermedad o de muerte más frecuentes en este grupo.

4.1.3 Dimensión Socioeconómica:

Situación Familiar: Se refiere a la composición del hogar, si cuenta o no con una familia.

Situación Laboral: Se refiere a las condiciones laborales, si son satisfactorias o no.

Tipo de Ocupación: Se refiere al oficio, actividad, o profesión a la que se dedica.

Seguridad Social: Si tiene derecho o no a seguro social.

Nivel Económico: En base al ingreso familiar mensual.

Tenencia de la Propiedad: Si son dueños o no de la propiedad o vivienda.

4.1.4 Dimensión de Servicios de Salud:

Demanda: Servicios de salud solicitados, atención médica, odontológica o de especialidades.

Utilización: Si asiste o no a los servicios de salud.

Satisfacción: si está satisfecho o no con los servicios de salud recibidos.

4.2 Participación Social:

La Participación Social es una variable que puede ser estudiada dentro de la Dimensión Social, sin embargo para nuestro estudio hemos seleccionado la Participación Social

como una de las variables principales y estudiaremos sus componentes:

4.2.1 Factores que condicionan y determinan la Participación Social:

Se refiere a si existe o no tradición participativa, si existen grupos, movimientos sociales, líderes o asociaciones, quiénes son las autoridades locales y su posición frente a procesos participativos y cuál es la relación entre los servicios de salud y la comunidad.

También se refieren al tipo de participación:

Escasa: Si asiste a las reuniones, colabora ocasionalmente en algunas actividades, a veces da su opinión.

Moderada: Si participa en las actividades activamente, en la programación y ejecución, opina y da recomendaciones y sus comentarios son tomados en cuenta, se informa antes de dar su opinión y antes de tomar su decisión.

Extensa: Tiene roles y funciones bien definidas dentro del grupo, pertenece a alguna comisión de trabajo o a la junta directiva, opina e introduce cambios en las

actividades programadas, maneja recursos, discuten y deliberan para tomar decisiones y deciden conjuntamente.

4.2.2 Actores Sociales:

Miembros de la sociedad institucionales o no institucionales que tienen intereses, poder y recursos para enfrentar situaciones, problemas que les afectan en común y por consiguiente tienen derecho y posibilidad de participar responsablemente y en pie de igualdad en la solución de los problemas.³⁴

4.2.3 Escenarios o Espacios de Concertación:

Son instancias de convergencia, encuentro y relación entre actores sociales, establecidas y reconocidas con el fin de permitir la resolución de conflictos.

No son necesariamente espacios físicos, son ámbitos de encuentro socialmente asumidos como legítimos en cuanto a la función social que cumplen.³⁵

³⁴ GANEVA, I. y MARIN, J.M. (1993). Capacidad de Negociación en el Sector Salud. OPS/OMS. Serie Documentos Técnicos PCICG-T.2

³⁵ OPS/PASCAP. (1992). Escenarios de Salud en Costa Rica. Publicación Técnica No.25, San José Costa Rica, Pág.16.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

1. Descripción del Area de Estudio:

Las Margaritas de Chepo es una comunidad situada en la Región de Salud de Panamá Este y según su división político-administrativa es un corregimiento del Distrito de Chepo, de la Provincia de Panamá.

El corregimiento de las Margaritas está ubicado al noroeste del distrito de Chepo y tiene una extensión territorial de 260.5 kilómetros cuadrados. Según el censo de 1990 contaba con una población de 3,852 habitantes y una densidad de población de 14.8 habitantes por kilómetro cuadrado. La población estimada al 12 de Julio de 1995, en base al censo de 1990 es de 4,056 habitante y esta será la población que utilizaremos para nuestro estudio.

Está constituido por 32 lugares poblados, pero la mayoría de la población se concentra en la cabecera del distrito, el resto de la población se encuentra dispersa en los demás lugares poblados.

2. Tipo de Estudio:

El diseño de esta investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, ya que se aplicó una encuesta en un momento determinado del tiempo. Este estudio describe las principales características de la demanda de salud, así como de los indicadores de postergación social y económicos de la comunidad de las Margaritas. Se identifican las condiciones de salud y las condiciones de vida dentro del mismo sector geográfico, además de demostrar el rol de los actores sociales en la solución de sus principales problemas de salud, por un corregimiento sano.

3. Universo:

El universo para este estudio es la población del corregimiento de las Margaritas, estimada al 19 de Julio de 1995 en 4,056 habitantes, según el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud, del Ministerio de Salud, en base al censo de 1990 de la Contraloría General de la República.

Unidad de Observación: La encuesta se aplicó tanto a hombres como mujeres, siempre que tuvieran más de 15 años de edad y residieran en el Corregimiento de las Margaritas.

Unidad de Muestreo: Fue la misma que la unidad de observación.

La muestra se calculó en 134 entrevistados de acuerdo a los siguientes parámetros:

Para calcular esta cifra se utilizó el programa EPIINFO, versión 5.0, con el STACALC, para el cual tomamos el tamaño de la población total, y se estimó una prevalencia de las variables principales del estudio de 10 % y como peor valor aceptable, entre 5 % a 15 %, que serían los extremos aceptados para el intervalo de confianza de 95 % . Con este intervalo, tenemos el nivel de confianza de que la proporción verdadera en la población esté dentro del intervalo calculado para la muestra. Se realizaron 134 entrevistas familiares la cual es válida para la unidad de observación de individuos, hombres o mujeres mayores de 15 años y que residan en el corregimiento en estudio. En realidad la muestra abarcó información y medición de aproximadamente 536 individuos lo cual es representativo para esta unidad de análisis.

El programa muestra, entonces, el tamaño muestral para varios intervalos de confianza diferentes, incluyendo el mencionado 95 % que es el que hemos seleccionado.

Estudio Poblacional o Descriptivo usando Muestreo Aleatorio (No Agrupado).

Tamaño de Población:	4,056
Frecuencia Esperada:	10.00 %
Peor Aceptable:	5.00 %

Nivel Confianza:	Tam Muestra
-----	-----
80 %	58
90 %	95
95 %	134
99 %	226
99.9 %	356
99.99 %	480

Fórmula:
$$\text{Tam Muestral} = n / (1 - (n / \text{población}))$$

$$n = Z^2 \cdot P(1-P) / (D^2)$$

Referencia: Kish & Leslie, Survey Sampling,
John Wiley & Sons, NY, 1965

4. Método e Instrumento de Recolección:

4.1. Instrumento:

Para la recolección de la información se realizó una encuesta a cada familia seleccionada, mediante interrogatorio directo al entrevistado e indirecto sobre los otros miembros

de la familia. Se realizaron también exámenes directos para obtener información sobre algunos datos biológicos (medición de peso, talla y de la presión arterial).

Para seleccionar las viviendas, donde se aplicaron las encuestas se utilizó un muestreo sistemático con un intervalo de 4, lo que equivale a seleccionar cada 4ª vivienda a partir de una seleccionada al azar. Este intervalo se calculó dividiendo el número total de viviendas de la cabecera del corregimiento, lugar donde fue aplicada la encuesta, entre el tamaño de la muestra.

La encuesta consta de seis secciones que recogen información sobre aspectos generales de la población, datos de la vivienda, características de las familias y sus miembros, demanda y utilización de los servicios de salud, factores de riesgo biopsicosociales y participación social.

El instrumento se diseñó en forma estructurada conteniendo en su mayoría preguntas cerradas desglosadas en las áreas anteriormente mencionadas. Se realizó un entrenamiento previo a los encuestadores para validar el instrumento y unificar criterios.

Este sistema de encuesta para el ASIS es una modificación del cuestionario diseñado por el Prof. Manuel Escala L. en su Guía Metodológica para el Estudio de Condiciones de Vida y Salud de Grupos Humanos según nivel de Postergación Social, el cual nos fue facilitado por su autor.

5. Procedimiento para Recolección de Datos:

El estudio provee información sobre el núcleo familiar, su vivienda, su situación de salud en el nivel local y regional, permitiendo identificar los diferentes actores sociales dentro de la comunidad y su interrelación con los representantes de las instituciones estatales.

La encuesta fue aplicada en la cabecera del corregimiento de las Margaritas, en un período de 4 días, el equipo que se utilizó para la aplicación de la encuesta estuvo constituido por 8 personas previamente entrenadas.

Para la aplicación de la Encuesta se trabajó los días Sábado 24 de Febrero, 2, 9, y 16 de Marzo de 1996 ya que se trató de entrevistar a una persona adulta en cada vivienda, preferiblemente la madre, y de ser posible a la pareja, indagando información sobre todo el grupo familiar.

Se procedió a reunir el grupo de funcionarios que iban a aplicar la encuesta, este grupo estuvo integrado por cuatro funcionarios de salud (un médico y tres asistentes de salud) y cuatro voluntarios. Se les explicó cada uno de los criterios necesarios para llenar la encuesta, así como la toma de los datos del medio ambiente. Para este adiestramiento se tomó un período de 30 minutos la primera vez y luego cada Sábado siguiente se hacía un refrescamiento sobre la técnica del llenado de la encuesta por si habían dudas.

Se formaron cuatro equipos de trabajo compuestos por dos personas, un funcionario de salud formó parte de cada uno de los equipos de manera que se pudiese tomar las mediciones de presión, talla y peso por personal entrenado.

Cada grupo llevó un esfigmomanómetro, un estetoscopio, una cinta métrica, una pesa de baño y las encuestas respectivas.

Se complementó la encuesta con la medición de tres características biológicas: la Talla, el Peso y la Presión Arterial.

Para la medición de la talla se utilizó una cinta métrica adosada a una pared de la vivienda en posición vertical, y una regla de madera para establecer el límite superior.

El peso fué registrado en una pesa de baño debidamente calibrada con la balanza de contrapeso de la consulta externa del Hospital de Chepo.

La medición de la presión arterial se realizó con un esfigmomanómetro de mercurio con brazalete de adultos y solo se midió a los mayores de 30 años.

Además de la información obtenida por la encuesta, se recolectó información adicional sobre la población en general por la observación de las condiciones ambientales, sus relaciones sociales, y entrevistas a informantes claves, que incluye tanto a actores de la comunidad como a los prestadores de servicios, autoridades locales y regionales.

6. Procedimiento de Anàlisis Estratègic:

La aplicación de esta técnica de Análisis de Situación de Salud permite la caracterización actual del corregimiento de las Margaritas basado en la investigación de campo, lo que facilita la identificación de los problemas prioritarios en la población, la identificación de los factores de riesgo, la situación de la red de oferta de servicios de salud local y la identificación de grupos con mayor riesgo de postergación social. El producto final será la elaboración de proyectos de cambio como componentes de la planificación estratégica en este corregimiento.

7. Tabulación y Anàlisis de Resultados:

Los resultados presentados en esta sección será por medio de cuadros y gráficas como consecuencia de la situación de salud que vive el corregimiento de las Margaritas y el análisis de resultados corresponde a ponderaciones de los resultados previamente presentados que conformarán el entorno de la salud del corregimiento de las Margaritas, que significa una población de panameños con necesidades humanas y sociales, que deben ser resueltas con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de acuerdo al diagnóstico de este trabajo de investigación.

La tabulación de los datos se realizó por medio del sistema de cómputo, (EPINFO 5.0) previa codificación de la encuesta.

En el análisis de la información se consideró a la comunidad de las Margaritas cabecera debido a la dispersión de población y la accesibilidad de los lugares poblados los cuales están a más de 2 horas de distancia de la cabecera del corregimiento.

Las variables de esta investigación corresponden a las escalas nominales y ordinales, y son múltiples, ya que nos interesa estudiar las cuatro dimensiones que caracterizan las condiciones de vida.

Los datos se presentaron por medio de cuadros y gráficas facilitando el cruce de las variables fundamentales y permitiendo la visualización de los hallazgos.

Para el análisis de la distribución de las variables que intervienen en el estudio se utilizaron medidas de tendencia central como son: distribución de frecuencias y porcentajes.

Para el análisis de la población estudiada se aplicó el cálculo de riesgo relativo porque es el que se utiliza en los estudios de ASIS. Al determinar los factores de riesgo condicionantes de la situación de salud socioeconómica o sanitaria consideramos al $rr = 1$ como factor neutro, cuando rr es mayor que 1 lo consideramos factor de riesgo y cuando rr es menor que 1 lo consideramos factor protector.

Para determinar el grado de significancia estadística encontrada en la población se utilizó la Prueba del Chi cuadrado con 12 grado de libertad y 95 % de seguridad (3.84).

C A P I T U L O I I I

ANÁLISIS Y RESULTADOS:

I. Situación de Salud

1. Dimensión Ecológica:

Conservar la salud ambiental y mantener las condiciones ecológicas que promuevan la salud y prevengan las enfermedades es un aspecto muy importante dentro de esta dimensión. Para su estudio se consideró una gran cantidad de variables con sus respectivas categorías e indicadores, tales como: hacinamiento, calidad de la vivienda, disponibilidad de agua potable, disposición de excretas, energía eléctrica y sistema de eliminación de basuras.

1.1 Hacinamiento:

En la encuesta realizada para el análisis de la situación de salud y participación social, utilizamos como indicador para la variable de hacinamiento, el número de personas por recámara (más de 3 personas por recámara: positivo). Se encontró que la población de las Margaritas cabecera, registraba un 33.6% de hacinamiento. Este valor aunque no sobrepasa el 50% de los casos, indica que existe un grado importante de hacinamiento. (Cuadro XII), (Gráfica 1).

CUADRO XII

**FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE HACINAMIENTO EN LAS
VIVIENDAS ENCUESTADAS EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996**

HACINAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
POSITIVO	45	33.6
NEGATIVO	89	66.4

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

El hacinamiento y la falta de saneamiento básico son importantes características que describen las malas condiciones de una vivienda, ya que en ella se realiza la actividad familiar y desarrollo de las condiciones morales, intelectuales y estéticas de los integrantes del grupo familiar. Cuando existe hacinamiento, no es posible cumplir con algunas de estas funciones, no hay intimidad, factor indispensable para el desarrollo de la personalidad humana, y tampoco existen condiciones favorables para el reposo que es otra de las funciones que debe cumplir una vivienda, además de que aumentan las condiciones que favorecen enfermedades transmisibles entre los miembros de la familia que conviven juntos.

1.2 Calidad de la Vivienda:

En la dimensión Ecológica se utilizaron algunas características de las viviendas, las cuales son en buena medida reflejo de los niveles de vida de sus moradores y del ambiente residencial.

Para el análisis de la calidad de las viviendas establecimos tres categorías: Buena, Regular y Mala. De las 134 viviendas, el 43.3% correspondió a la categoría de Regular, que son las viviendas con piso ordinario, en segundo lugar se registró a las viviendas buenas (41.0%), y por último las viviendas Malas (15.7%). (Cuadro XIII), (Gráfica 2).

CUADRO XIII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA CALIDAD DE LAS
VIVIENDAS ENCUESTADAS EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996

VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
BUENA	55	41.0
REGULAR	58	43.3
DEFICIENTE	21	15.7

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

El concepto de vivienda buena no solo se refiere las características recomendables en su estructura, sino que debe proveer un ambiente en que la salud y el bienestar de la familia sean lo más adecuado. Una vivienda mala puede significar un factor de riesgo para la familia que la habita ya que es el entorno natural donde se cumplen varias funciones para el desarrollo humano. Las características de la vivienda están estrechamente relacionadas con otras variables que analizaremos más adelante como el ingreso familiar, el nivel educativo y el grado de salud y bienestar de que gozan las familias.

TABLA 1
VIVIENDA Y HACINAMIENTO

VIVIENDA		HACINAMIENTO	
TOTAL		POSITIVO	NEGATIVO
TOTAL	134	45	89
INADECUADA	79	34	45
ADECUADA	55	11	44

Odds ratio 3.02

Lím de confianza OR de Cornfield 95% $1.27 < OR < 7.33$

Riesg Relativ de (HACINAMINT=+) para (VIVINADECU=+) 2.15

Límit confianza RR Greenland, Robins 95% $1.20 < RR < 3.87$

	Chi-Cuadrad	Valor-P
	-----	-----
No Corregida:	7.72	0.00547398 <---
Mantel-Haenszel:	7.66	0.00565144 <---
Corregida Yates:	6.72	0.00954725 <---

La condición de la Vivienda relacionada con el Hacinamiento, llamó la atención que del total de 79 viviendas inadecuadas, 34 unidades de viviendas tenían hacinamiento positivo, esta condición de vivienda inadecuada predispone a un riesgo relativo de 3.02 de vivir en hacinamiento. La situación de hacinamiento y vivienda inadecuada tiene un valor significativo con un chi cuadrado de 6.72 y un valor de P de 0.009. (Tabla 1).

TABLA 2
VIVIENDA Y POBREZA

VIVIENDA		POBREZA	
TOTAL		POSITIVO	NEGATIVO
TOTAL	134	80	54
INADE- CUADA	79	53	26
ADECUADA	55	27	28

Odds ratio 2.11

Lím de confianza OR de Cornfield 95% 0.98 < OR < 4.60

Riesg Relativ de (POBREZA=+) para (VIVINADECU=+) 1.37

Límit confianza RR Greenland, Robins 95% 1.00 < RR < 1.86

	Chi-Cuadrad	Valor-P	
	-----	-----	
No Corregida:	4.37	0.03667139	<---
Mantel-Haenszel:	4.33	0.03737967	<---
Corregida Yates:	3.65	0.05608322	

La relación de la Vivienda con la Pobreza nos indicó que 53 viviendas además de ser inadecuadas estaban en condiciones de pobreza. Vale destacar la diferencia estadística significativa con el Chi cuadrado de 4.33 y valor de P igual a 0.03, entre Viviendas Inadecuadas con respecto a condiciones de Pobreza. (Tabla 2).

1.3 Disponibilidad de Agua Potable:

La situación de la cobertura del servicio de agua potable aún no alcanza la meta de 100% en este corregimiento ya que a pesar de tener un buen sistema de suministro todavía, existe un 4.5% de viviendas sin agua. En cuanto a la dotación de agua potable dentro de las viviendas sólo el 36.6% cumple con esta característica, por lo que el restante 58.9% tienen agua fuera de la vivienda lo que se puede asociar a algunos hábitos higiénicos como el lavado de manos y su consideración como factor de riesgo en cuanto a enfermedades de origen hídrico y sus consecuencias negativas para la conservación de la salud. (Cuadro XIV), (Gráfica 3).

CUADRO XIV

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA DISPONIBILIDAD
DE AGUA POTABLE EN LAS VIVIENDAS ENQUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

AGUA POTABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
EXTRA DOMICILIARIA	79	58.9
INTRA DOMICILIARIA	49	36.6
SIN AGUA	6	4.5

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

La relación de la Vivienda con Agua Extradomiciliaria, reveló que 56 viviendas inadecuadas tenían agua fuera de la vivienda, lo que representa un riesgo de 3.84 de no instalar agua potable dentro de la vivienda, por lo tanto la relación entre agua extradomiciliaria y vivienda inadecuada es significativa con un Chi cuadrado de 11.56 y un valor de P igual a 0.0006. (Tabla 3).

TABLA 3
VIVIENDA Y AGUA EXTRADOMICILIARIA

VIVIENDA		AGUA EXTRADOMICILIARIA	
TOTAL		POSITIVO	NEGATIVO
TOTAL	128	79	49
INADE- CUADA	75	56	19
ADECUADA	53	23	30

Odds ratio 3.84

Lím de confianza OR de Cornfield 95% $1.69 < OR < 8.85$

Riesg Relativ de (AGUAEXTRAD=+) para (VIVINADECU=+) 1.72

Límit confianza RR Greenland, Robins 95% $1.23 < RR < 2.40$

	Chi-Cuadrad	Valor-P
	-----	-----
NoCorregida:	12.85	0.00033701 <---
Mantel-Haenszel:	12.75	0.00035559 <---
Corregida Yates:	11.56	0.00067271 <---

1.4 Disposición de Excretas:

El 16.4% de las viviendas encuestadas, tenían sistema de servicio sanitario individual o unifamiliar, que es un método más adecuado de disposición de excretas; aunque existe una buena disposición de las excretas en general, el 82.1% son letrinas, es decir se trata de un sistema de disposición extradomiciliar propio de comunidades rurales. (Cuadro XV), (Gráfica 4).

CUADRO XV

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA DISPOSICION
DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996

DISPOSICION DE EXCRETAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
LETRINA	110	82.1
SANITARIO	22	16.4
SIN SERVICIO	2	1.5

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

En las Margaritas existen ciertas limitaciones en cuanto a la forma en que la población dispone de sus excretas, ya que ellos prefieren la construcción de una letrina en lugar de un alcantarillado sanitario que pueden resultar un poco costoso, lo que obliga a adoptar este tipo de solución de acuerdo al nivel socio cultural y económico en la comunidad.

La relación de la Vivienda con Disposición de Excretas, reveló que de 77 viviendas inadecuadas, 71 tenían letrina, por lo tanto la relación entre letrina y vivienda inadecuada es significativa con un Chi cuadrado de 9.0 y un valor de P igual a 0.002. (Tabla 4).

TABLA 4
VIVIENDA Y DISPOSICION DE EXCRETAS

VIVIENDA		DISPOSICION DE EXCRETAS	
TOTAL		LETRINA	SANITARIO
TOTAL	132	110	22
INADE- CUADA	77	71	6
ADECUADA	55	39	16

Odds ratio 4.85

Lím de confianza OR de Cornfield 95% $1.59^* < OR < 15.41^*$

*Puede estar mal

Riesg Relativ de (DISPOSICIO=LETRINA) para VIVINADECU=+)1.30

Límit confianza RR Greenland, Robins 95% $1.08 < RR < 1.56$

	Chi-Cuadrad	Valor-P
	-----	-----
NoCorregida:	10.48	0.00120742 <---
Mantel-Haenszel:	10.40	0.00126044 <---
Corregida Yates:	9.00	0.00269749 <---

Las instalaciones para la eliminación higiénica de excretas humanas a través de letrinas corrientes tienen el riesgo de no estar libres de moscas u otros insectos y además tienen los olores inherentes al sitio, las observaciones cualitativas de la condición higiénica del medio dentro y fuera de la caseta, no fueron las más adecuadas. Consideramos esta variable por ser una de las principales causas de contaminación al medio, ya que existe un gran número

de enfermedades infecciosas que son transmitidas a la población de las Margaritas directa o indirectamente a partir de las excretas.

1.5 Energía Eléctrica:

Se registraron un 87.3% de viviendas en las Margaritas cabecera con servicio de luz eléctrica, lo que significa una cifra muy buena en relación al 12.7% que no tienen este servicio.(Cuadro XVI).

CUADRO XVI

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ENERGIA ELECTRICA
EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS EN LAS
MARGARITAS DE CHEPO. 1996

ENERGIA ELECTRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
CON ENERGIA ELECTRICA	117	87.3
SIN ENERGIA ELECTRICA	17	12.7

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

La luz eléctrica está íntimamente relacionada con el medio ambiente donde las familias de las Margaritas

desarrollan sus actividades, el tener servicio de energía eléctrica también está relacionado con la calidad de la vivienda. La iluminación es indispensable para poder ver y puede ser de tipo natural o artificial, por eso es importante conocer el tipo de iluminación que existe en una vivienda ya que muchas veces esa iluminación natural si es adecuada en el interior del recinto, sólo puede ser utilizada de día.

1.6 Sistema de Eliminación de Basuras:

En la mayoría de las viviendas encuestadas se dispone de un buen sistema de recolección, un 91.8% de las viviendas reportaron que se les recogía la basura por lo menos una vez a la semana, el restante 8.2% la quemaban o enterraban. (Cuadro XVII).

CUADRO XVII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE RECOLECCION DE BASURA
EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS EN LAS
MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

RECOLECCION DE BASURA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
CON RECOLECCION	123	91.8
SIN RECOLECCION	11	8.2

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

Muchas personas piensan que en el manejo de la basura, su única responsabilidad es producirla, colocarla o arrojarla fuera del límite de su vivienda, y que el Estado es el responsable de resolver el destino de estos desechos.

Las basuras o desechos sólidos generados por las familias, son el producto final de los alimentos y bienes de consumo, adquiridos por los mismos, se supone entonces que a mayor poder adquisitivo, mayor producción de basuras, además ellos desearían que esta basura fuera recolectada con más frecuencia.

2. Dimensión Biopsicosocial.

En esta dimensión se consideraron aspectos biológicos, demográficos y de los estilos de vida, las variables estudiadas fueron: edad, sexo, nivel de instrucción, morbilidad, conductas de riesgo, hábitos de higiene, actividad física y estado nutricional.

2.1 Edad:

La edad es una variable muy importante puesto que la incidencia y gravedad de las enfermedades varían según la edad del huésped. Las personas experimentan numerosos episodios durante su vida y por consiguiente la edad los refleja en mayor o menor medida.

La población encuestada de Las Margaritas es una población significativamente joven representada por el 44.6%, de menores de 20 años, comparativamente la población adulta registró el 47.6%, en edades de 20 a 59 años y el 7.9% son mayores de 60 años. (Cuadro XVIII), (Gráfica 5).

CUADRO XVIII

GRUPOS ETAREOS DE PERSONAS RESIDENTES
EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS EN LAS
MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	573	100
0 - 4	76	13.3
5 - 12	91	15.9
13 - 19	88	15.4
20 - 59	273	47.6
60 y más	45	7.9

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

2.2 Sexo:

El análisis la población encuestada, indica una situación de equilibrio entre ambos sexos, ya que hay un 51.8% de población masculina y comparativamente el 48.2% esta constituida por la población femenina. (Cuadro XIX), (Gráfica 6).

CUADRO XIX

POBLACION ENCUESTADA SEGUN SEXO
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	573	100
FEMENINO	276	48.2
MASCULINO	297	51.8

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

2.3 Nivel de Instrucción:

La comparación de la escolaridad con el nivel de instrucción, observamos que existe un significativo porcentaje de personas con escolaridad ya sea primaria o secundaria (46.1% y 43.3% respectivamente). Sin embargo todavía persiste un 7.3% de personas sin ningún grado de escolaridad (analfabetismo) y sólo un 3.2% de personas que han tenido la oportunidad de llegar al nivel universitario. (Cuadro XX), (Gráfica 7).

Estos datos nos indican que la población encuestada no está muy alejada de lo que se encontró en el último censo, sin embargo es necesario trabajar con ese 7.3% de personas que no tienen ningún nivel de escolaridad.

CUADRO XX

POBLACION ENCUESTADA POR NIVEL DE INSTRUCCION
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996

NIVEL DE INSTRUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	436	100
NINGUN GRADO	32	7.3
PRIMARIA	201	46.1
SECUNDARIA	189	43.3
UNIVERSITARIA	14	3.2

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

2.4 Morbimortalidad:

De acuerdo a la información obtenida en la encuesta, las cinco principales causas de enfermedades agudas son: Infecciones de Vías Respiratorias 72%, Diarreas 5.14%, Dermatitis 3.42%, Parasitosis 2.85% y Gastroenteritis 2.28%, además se obtuvo un listado de otras enfermedades referidas pero en menor frecuencia.(Cuadro XXI).

Estas cifras nos hacen ver que las enfermedades respiratorias y las afecciones digestivas son las más declaradas por la comunidad como las principales causas de consulta, el objetivo de conocer la frecuencia como se presentan ciertas enfermedades en una comunidades es de gran importancia puesto que esta información nos orienta hacia la administración y planificación de los servicios de salud y los recursos necesarios para satisfacer esta demanda.

CUADRO XXI

PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES AGUDAS REFERIDAS POR LA POBLACION ENCUESTADA EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	175	100
INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS	126	72.0
DIARREAS	9	5.1
DERMATITIS	6	3.42
PARASITOSIS	5	2.85
GASTROENTERITIS	4	2.28

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

También se preguntó por enfermedades crónicas y el resultado fue el siguiente: Hipertensión 34.6%, Asma Bronquial

23.1%, Diabetes Mellitus 7.7%, Artritis 5.8% y Cardiopatías 3.8%. Otras enfermedades fueron reportadas pero en menor frecuencia.(Cuadro XXII).

Las comunidades de los países en desarrollo como Las Margaritas de Chepo tienen la particularidad de presentar un mosaico epidemiológico donde se mezclan los problemas del subdesarrollo y la patología de la pobreza con los problemas de salud de sociedades modernas.

CUADRO XXII

PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES CRONICAS REFERIDAS POR LA POBLACION ENCUESTADA EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	104	100
HIPERTENSION	36	34.6
ASMA	24	23.1
DIABETES	8	7.7
ARTRITIS	6	5.8
CARDIOPATIAS	4	3.8

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

Encontramos enfermedades infecciosas y a la vez enfermedades crónicas no transmisibles en las Margaritas de Chepo propias de zonas urbanas con niveles de vida un poco más acomodados, y para poder enfrentar estos problemas de salud hay que tomar en cuenta este perfil de enfermedades, ya que con un mejor conocimiento sobre los problemas de salud de una población podremos tomar medidas que reduzcan la frecuencia de estos padecimientos.

Al investigar las principales causas de Defunciones en miembros dentro del núcleo familiar se reportaron: Cardiopatías 56%, Cáncer 20%, Accidentes de Autos 12%, Enfermedad Cerebrovascular 8% y Ahogados por Sumersión 4%. (Cuadro XXIII).

CUADRO XXIII

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES
EN MIEMBROS DE LA FAMILIA RESIDENCIAL
EN LA POBLACION ENCUESTADA EN LAS MARGARITAS
DE CHEPO. 1996

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	25	100
CARDIOPATIAS	14	56
CANCER	5	20
ACCIDENTES	3	12
ACV	2	8
AHOGADOS	1	4

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

Se hace evidente la importancia de la promoción de la salud a través de las actividades de educación, fomento y prevención desde tempranas edades para que la población adquiriera conocimientos sobre los factores de riesgo de éstas enfermedades crónicas.

2.5 Conductas de Riesgo:

Como conductas de riesgos de alteración de la salud se investigó el consumo de grasas en la dieta, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de tabaco, y la hipertensión arterial.

CUADRO XXIV

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CONSUMO
DE GRASAS EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS EN
LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

CONSUMO DE GRASA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	376	100
POSITIVO	123	32.7
NEGATIVO	253	67.3

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

Los resultados fueron los siguientes: un 32.7% tienen un alto consumo de grasas, un 18.1% tienen un consumo excesivo de alcohol, un 8% tienen el hábito de fumar y un 33.6% fueron encontrados hipertensos. (Cuadro XXIV, XXV, XXVI Y XXVII).

CUADRO XXV

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CONSUMO EXCESIVO
DE ALCOHOL EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	376	100
POSITIVO	68	18.1
NEGATIVO	308	81.9

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

CUADRO XXVI

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE TABAQUISMO
EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS EN LAS
MARGARITAS DE CHEPO. 1996

TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	376	100
POSITIVO	30	8
NEGATIVO	346	92

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y
Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

Para evaluar la situación de la hipertensión como otro
factor de riesgo, se le tomó la presión a los mayores de

treinta años que ese encontraban en las viviendas mientras se realizaba la encuesta y el resultado fue: De las 143 personas a quienes se les tomó la presión arterial el 33.6% tenían hipertensión positiva y el 66.4% eran normotensos (Cuadro XXVII).

Muchas residentes de las Margaritas de Chepo pueden tener la presión arterial elevada sin notarse nada anormal, lo que justifica que la toma de presión arterial periódica sea una medida saludable para detectar hipertensión. No olvidemos que la mitad de los hipertensos desconocen que sufren la enfermedad.

CUADRO XXVII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE HIPERTENSION ARTERIAL
EN LAS PERSONAS MAYORES DE TREINTA AÑOS
ENCUESTADAS EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

HIPERTENSION ARTERIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	143	100
POSITIVO	48	33.6
NEGATIVO	95	66.4

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

La relación de Hipertensión con Tabaquismo, reveló que de 48 encuestados con hipertensión positiva, 16 tenían el hábito de fumar, por lo tanto el hábito de fumar predispone a un riesgo de 1.86 de ser hipertenso. La condición de hipertensión y tabaquismo tiene un valor significativo con un Chi cuadrado de 4.25 y un valor de P igual a 0.03 (Tabla 5).

TABLA 5

HIPERTENSION Y TABAQUISMO

HIPERTENSION		TABAQUISMO	
TOTAL		POSITIVO	NEGATIVO
TOTAL	143	33	110
POSITIVA	48	16	32
NEGATIVA	95	17	78

Odds ratio 2.29

Limit de confianza OR de Cornfield 95% $0.95 < OR < 5.53$

Riesg Relativ de (TABAQUISMO=+) para (HIPERTENSI=+) 1.86

Limit confianza RR Greenland, Robins 95% $1.03 < RR < 3.35$

	Chi-Cuadrad	Valor-P
	-----	-----
NoCorregida:	4.28	0.03852622 <---
Mantel-Haenszel:	4.25	0.03921115 <---
Corregida Yates:	3.46	0.06301899

Si actuamos sobre estas conductas de riesgo al mismo tiempo que sobre los problemas de salud encontrados, podremos dar una solución permanente e integral y estaremos interviniendo ante estas situaciones.

2.6 Hábitos de Higiene:

En esta variable se investigó por el lavado de manos antes de comer y los resultados fueron: un 93.6% tenían un eficiente lavado de manos y un 6.4% su lavado de manos era deficiente.(Cuadro XXVIII).

CUADRO XXVIII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL LAVADO
DE LAS MANOS EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996

DEFICIENTE LAVADO DE MANOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	375	100
POSITIVO	24	6.4
NEGATIVO	351	93.6

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

2.7. Actividad Física:

El análisis del tipo de actividad realizada por los residentes de Las Margaritas de Chepo nos permitió clasificarlos en: sedentaria, moderada o activa. Un 66.1% respondieron que tenían una actividad moderada, un 18.1% eran sedentarios y solo un 15.7% se mantenían activos.

CUADRO XXIX

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO DE ACTIVIDAD FISICA
DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS EN LAS
MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	375	100
ACTIVO	59	15.7
MODERADO	248	66.1
SEDENTARIO	68	18.1

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

2.8 Estado Nutricional:

Se ha comprobado que es salúdale tener un peso adecuado a la altura y complexión del individuo, cuando no existe esta correlación entre peso y estatura se puede dar el sobrepeso considerado como un factor de riesgo o por el contrario si existe un bajo peso o valores inferiores estamos hablando de estados de desnutrición, lo cual también es otro factor de riesgo asociado a muchas enfermedades infecciosas y carenciales.

Para diagnosticar el estado nutricional de los residentes de Las Margaritas de Chepo pesamos a las personas que se

encontraban presentes en las viviendas al momento de realizar la encuesta, del total de 382 personas pesadas, un 29.1% se encontraron con bajo peso, un 49.5% tenían un peso normal y un 21.5% estaban en sobrepeso.(Cuadro XXX).

CUADRO XXX

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	382	100
BAJO PESO	111	29.1
NORMAL	189	49.5
SOBREPESO	82	21.5

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

3. Dimensión Socio-Económica

En esta dimensión se estudiaron las siguientes variables: situación familiar, situación laboral, seguridad social, nivel económico, tenencia de la propiedad, y la Participación Social que en nuestro estudio le hemos dado una atención especial por considerarla una variable principal.

3.1 Situación Familiar:

Se investigó por el tipo de familia si era estable o inestable según si había una pareja conviviendo en la vivienda encuestada o si estaban separados. Los resultados evidencian que la unión de las parejas es bastante alto, un 70.9% conviven juntos y un 29.1% no tenían cónyuge en el momento de la encuesta.

CUADRO XXXI

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA SITUACION
FAMILIAR EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS EN
LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996

SITUACION FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
ESTABLE	95	70.9
INESTABLE	39	29.1

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

El análisis de estos datos nos ofrecen algunos elementos importantes con respecto a la situación familiar en esta comunidad, ya que la convivencia en pareja tiene una presencia relativamente más alta que las parejas separadas, podemos

decir que se componen predominantemente de familias nucleares completas.

3.2 Situación Laboral:

En las Margaritas observamos un 37.3% de desempleados, un 12.8% de empleados temporalmente, un 20% de empleados permanentes y un 29.9% de estudiantes. Estos datos nos dicen que un 50.1% de la fuerza de trabajo de esta comunidad está desempleada o subempleada. (Cuadro XXXII), (Gráfica 8).

En Panamá, el modelo de desarrollo ha conllevado a un problema de tipo estructural ya que la fuerza de trabajo cada vez está más subutilizada. La situación ocupacional es que uno de cada tres residentes de Las Margaritas de Chepo tienen problema de empleo (está desempleado o subempleado).

CUADRO XXXII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA SITUACION
LABORAL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS EN
LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996

EMPLEO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	485	100
DESEMPLEADO	181	37.3
ESTUDIANTE	145	29.9
TEMPORAL	62	12.8
PERMANENTE	97	20

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación
de Salud y Participación Social. Corregimiento
de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

3.3 Seguridad Social:

Para el análisis de la Seguridad Social se establecieron dos categorías: los que estan cubiertos por la Caja de Seguro Social, (como activo, beneficiario o pensionado) y los que no estan cubiertos. La situación es equiparable ya que un 50.4% es población asegurada y un 49.6% es no asegurada. (Cuadro XXXIII).

Actualmente estan confrontando problemas de financiamiento en el Centro de Salud porque la población asegurada es la que más utiliza el centro y los no asegurados

o no tienen para pagar por los servicios recibidos o están utilizando otras alternativas para resolver sus problemas de salud.

CUADRO XXXIII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ASEGURADOS Y
NO ASEGURADOS EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

SEGURIDAD SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	571	100
ASEGURADO	288	50.4
NO ASEGURADO	283	49.6

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

3.4 Nivel Económico:

El análisis de esta variable de ingreso familiar mensual per cápita se utilizó como criterio para determinar si existía o no pobreza. (Según la Canasta Básica Familiar: ingreso per cápita mayor de B/ 70.00 es no pobre, ingreso menor de B/ 70.00 es pobre). (Cuadro XXXIV), (Gráfica 9).

En las familias encuestadas, los resultados fueron: Un 59.7% eran pobres y un 40.3% eran no pobres. Las cifras exactas sobre la magnitud de este problema en Las Margaritas de Chepo se desconocen sin embargo las autoridades locales deben desarrollar políticas públicas de desarrollo para generar nuevas fuentes de empleos y modificar el desempeño del propio mercado laboral. Lo que si parece ser cierto es que existe una tendencia creciente de la pobreza a nivel nacional.

CUADRO XXXIV

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE POBREZA EN
LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN LAS
MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

POBREZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
POBRES	80	59.7
NO POBRES	54	40.3

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

3.5 Tenencia de la Propiedad:

El análisis de la tenencia de la propiedad, permitió la clasificación de las viviendas en propias, alquiladas o alojados. El 88.1% de las viviendas son propias, el restante 7.4% eran alquiladas y el 4.5% estaban alojados.

CUADRO XXXV
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA TENENCIA DE
LA PROPIEDAD DE LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS EN
LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

TENENCIA DE LA PROPIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
ALOJADO	6	4.5
ALQUILADA	10	7.4
PROPIA	118	88.1

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

3.6 Participación Social:

La Participación Social es una de las variables principales de nuestro estudio, de ahí que le hemos dado una atención especial.

No es fácil evaluar el tipo, el alcance y la verdadera realidad de una activa participación social en la comunidad. En las Margaritas de Chepo, existen aproximadamente unos veintitrés grupos organizados y en ellos participan una parte de la población, por eso partimos del supuesto de que en esta comunidad hay un buen grado de participación y que tienen un concepto adecuado de lo que significa participar.

Para investigar la participación social, preguntamos si participaban en algún grupo organizado dentro de la comunidad y además les preguntamos cómo era su participación.

Los resultados fueron: Un 51.5% de las familias encuestadas respondieron que "Si" participaban en algún grupo; de ese 51.5% sólo un 21.7% tenía una participación "Extensa" (tenían roles y funciones bien definidos dentro del grupo, pertenecían a alguna comisión de trabajo, o a la junta directiva, opinaban o introducían cambios en las actividades programadas, manejaban recursos, discutían y deliberaban para tomar decisiones y se tomaban decisiones conjuntamente); el 78.3% restante de los que respondieron que "Si" tenían participación era más bien un tipo de participación Escasa o Moderada que para los efectos de nuestro estudio es un tipo no adecuado de participación si tomamos en cuenta el concepto de "intervención activa" y no pasiva, de los individuos, familias y de los grupos organizados de la comunidad. (Cuadro XXXVI, XXXVII y XXXVIII), (Gráfica 10 y Gráfica 11).

CUADRO XXXVI

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PARTICIPACION SOCIAL EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996

PARTICIPACION SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
SI PARTICIPAN	69	51.5
NO PARTICIPAN	65	48.5

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

La relación de la de la Participación Social con la Pobreza en Las Margaritas de Chepo, nos muestra que los que viven en condiciones de pobreza, tienen un riesgo de 1.96 veces mayor de "no participar" que los que no viven en pobreza. Vale destacar la diferencia estadística significativa con el Chi cuadrado de 13.67 y valor de P igual a 0.0002, entre los que no participan y viven en condiciones de Pobreza. (Tabla 6).

TABLA 6

POBREZA Y PARTICIPACION SOCIAL

POBREZA		PARTICIPACION SOCIAL	
TOTAL		NO PARTICIPA	SI PARTICIPA
TOTAL	574	272	302
POSITIVO	370	197	173
NEGATIVO	204	75	129

Odds ratio 1.96
 Limit de confianza OR de Cornfield 95% $1.35 < OR < 2.83$
 Riesg Relativ de (PARTICI=N) para (POBREZA=+) 1.45
 Limit confianza RR Greenland, Robins 95% $1.18 < RR < 1.78$

	Chi-Cuadrad	Valor-P
	-----	-----
NoCorregida:	14.32	0.00015405 <---
Mantel-Haenszel:	14.30	0.00015611 <---
Corregida Yates:	13.67	0.00021806 <---

Igualmente interesante resulta, que ésta misma relación en condiciones de hacinamiento también representa un riesgo de no participación de 1.58 con un Chi cuadrado de 6.87 y valor de P igual a 0.008, entre los que No participan y viven en Hacinamiento. (Tabla 7).

TABLA 7

HACINAMIENTO Y PARTICIPACION SOCIAL

HACINAMIENTO		PARTICIPACION SOCIAL	
TOTAL		NO PARTICIPA	SI PARTICIPA
TOTAL	574	272	302
POSITIVO	251	135	116
NEGATIVO	323	137	186

Odds ratio 1.58

Lim de confianza OR de Cornfield 95% $1.11 < OR < 2.24$

Riesg Relativ de (PARTICI=N) para (HACINAMINT=+) 1.27

Limit confianza RR Greenland, Robins 95% $1.07 < RR < 1.50$

	Chi-Cuadrad	Valor-P
	-----	-----
NoCorregida:	7.32	0.00680495 <---
Mantel-Haenszel:	7.31	0.00685343 <---
Corregida Yates:	6.87	0.00874196 <---

En Las Margaritas existe un porcentaje de pobreza de 59.7%, y un 33.6% de hacinamiento, esta situación nos preocupa puesto que se dice que en la participación social lo que se desea es que "todos los actores sociales tengan la posibilidad de participar activamente" y nos preguntamos entonces, si no deben ser precisamente los pobres o los que viven en condiciones de hacinamiento los que más deben participar para que logren superar estas condiciones.

En cuanto a otras variables como grupos de edad y sexo, relacionados con la participación social, no encontramos valores significativos pero

vale la pena destacar que existe participación desde edades tempranas como los grupos de edad de 13 a 19 años y es que en esta comunidad hay grupos de niños y adolescentes que pertenecen a los cazamosquitos, y a grupos de la iglesia donde se participa activamente. Otro grupo de edad que están bien organizados son los de la tercera edad. En general existe un buen porcentaje de participación tanto en hombres como en mujeres pero a continuación veremos como es esta participación.

CUADRO XXXVII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO DE PARTICIPACION
SOCIAL EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

TIPO DE PARTICIPACION SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	69	100
EXTENSA	15	21.7
MODERADA	26	37.7
ESCASA	28	40.6

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

CUADRO XXXVIII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PARTICIPACION SOCIAL
EXTENSA EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN
LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

PARTICIPACION SOCIAL EXTENSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	69	100
PARTICIPACION EXTENSA	15	21.7
NO PARTICIPACION EXTENSA	54	78.3

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

4. Dimensión de Servicios de Salud.

La dimensión de los servicios de salud se refiere al conjunto de servicios a la población en general ya sean estatales o privados y aquí pueden ser considerados aspectos de la demanda y utilización de estos servicios, con los cuales está relacionada la organización de los servicios, y también con los modelos de atención, y la oferta de acciones de promoción, prevención y curación.

4.1. Situación de Vacunación en

Menores de cinco años:

Uno de los campos más importantes y de costo justificado de la promoción de salud es la prevención de enfermedades infecciosas mediante vacunas. En Panamá, el Programa Ampliado de Inmunización es una estrategia fundamental de la Atención Primaria frente al compromiso que tenemos de ofrecer Salud Para Todos en el Año 2000.

En nuestra encuesta detectamos 77 niños menores de cinco años vacunados contra Polio, DPT y BCG, de éstos el 96.1% tenían completas sus vacunas. De 65 niños vacunados contra el Sarampión, el 95.4% completaron su vacunación, además habían 31 menores vacunados contra Fiebre Amarilla y 15 tenían la vacuna MMR. (Cuadro XXXIX y XL).

CUADRO XXXIX

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VACUNACION CON BOG,
POLIO Y DPT EN LOS MENORES DE CINCO AÑOS
ENCUESTADOS EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

VACUNADOS CON BOG, POLIO Y DPT	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	77	100
COMPLETA	74	96.1
INCOMPLETA	3	3.9

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

CUADRO XL

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VACUNACION CONTRA
EL SARAMPION EN LOS MENORES DE CINCO AÑOS
ENCUESTADOS EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

VACUNADOS CONTRA EL SARAMPION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	65	100
COMPLETA	62	95.4
INCOMPLETA	3	4.6

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

4.2 Toma de Papanicolaou:

Se investigó entre las mujeres con vida sexual activa si se habían tomado su Papanicolaou del cuello uterino en el último año, los resultados fueron: El 60.7% si se habían tomado su papanicolaou, el restante 39.3% no se lo habían tomado, por lo tanto estas mujeres estan en riesgo de tener un carcinoma de cérvix y no saberlo. (Cuadro XLI).

Este método ha sido ampliamente usado para detectar el carcinoma de cérvix, el cual es un cáncer que si se detecta tempranamente puede ser tratado. Se recomienda realizarselo cada semestre o cada año.

CUADRO XLI

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE TOMA DE PAPANICOLAOU
EN MUJERES ENCUESTADAS, CON VIDA SEXUAL ACTIVA.
LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

TOMA DE PAPANICOLAOU	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	163	100
POSITIVO	99	60.7
NEGATIVO	64	39.3

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996.

4.3 Demanda de Servicios de Salud:

En las Margaritas de Chepo la población puede solicitar atención en el Centro de Salud que está funcionando desde 1994 y en el Hospital de Chepo que es donde generalmente los residentes en las Margaritas estaban acostumbrados a asistir.

Al preguntarse por esta demanda, de 134 familias encuestadas, 133 respondieron que "Si" habían solicitado alguna vez atención. De estos 133, el 70.7% acuden al Hospital de Chepo, un 26.3% utilizan el Centro de Salud de las Margaritas y un 3% utilizan los servicios de Clínicas Privadas. (Cuadro XLII), (Gráfica 12).

CUADRO XLII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE FAMILIAS QUE
DEMANDA SERVICIOS SEGUN INSTALACIONES DE
SALUD. LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

INSTALACIONES DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	133	100
CENTRO DE SALUD	35	26.3
CLINICA PRIVADA	4	3
HOSPITAL	94	70.7

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

De los que han solicitado atención, un 28.6% han sido rechazados (Cuadro XLIII), (Gráfica 13).

Cuando se rechaza pacientes en el primer nivel de complejidad, éstos se van hacia la unidad de mayor complejidad, produciendo un exagerado uso de los servicios de consulta externa especializada o de urgencia.

CUADRO XLIII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE FAMILIAS RECHAZADAS
AL SOLICITAR SERVICIO DE SALUD.
LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

RECHAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	133	100
POSITIVO	38	28.6
NEGATIVO	95	71.4

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

De los que han sido rechazados, un 71.1% ha sido en el Hospital y un 28.9% en el Centro de Salud. (Cuadro XLIV).

QUADRO XLIV

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE FAMILIAS RECHAZADAS
AL SOLICITAR SERVICIOS SEGUN INSTALACION DE SALUD.
LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

INSTALACION DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	38	100
CENTRO DE SALUD	11	28.9
HOSPITAL	27	71.1

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

Los motivos de rechazo más comunes fueron:

- Por que se acaban los cupos tempranos.
- Recientemente tienen en el Hospital dos turnos y a veces los cupos de la mañana se acaban temprano y los dejan para el turno de la tarde.
- No hay suficientes médicos generales.
- Los especialistas faltan o están operando.
- Otras veces es por que el médico no vino, o está en seminario, o están en gira y no atienden todos los días.
- También porque están en horas de almuerzo o porque solo atienden hasta las 3:00 p.m., en el Centro de Salud.

La relación entre el rechazo al solicitar atención y la participación social es significativa con un Chi cuadrado de 13.14 y un valor de p de 0.0002. (Tabla 8).

TABLA 8
RECHAZO Y PARTICIPACION SOCIAL

RECHAZO		PARTICIPACION SOCIAL	
TOTAL		NO PARTICIPA	SI PARTICIPA
TOTAL	573	271	302
POSITIVO	156	54	102
NEGATIVO	417	217	200

Odds ratio 0.49

Lim de confianza OR de Cornfield 95% $0.33 < OR < 0.73$

Riesg Relativ de (PARTICI=N) para (RECHAZO=+) 0.67

Limit confianza RR Greenland, Robins 95% $0.53 < RR < 0.84$

	Chi-Cuadrad	Valor-P
	-----	-----
NoCorregida:	13.83	0.00020058 <---
Mantel-Haenszel:	13.80	0.00020318 <---
Corregida Yates:	13.14	0.00028976 <---

Tal parece que al no satisfacer las necesidades de los usuarios por un modelo de prestación de servicios acomodado a la conveniencia de los prestatarios, se propicia un escenario no adecuado para la participación. En un escenario de concertación, se puede lograr calidad de los servicios y

satisfacción de los usuarios, valdría la pena concertar con la comunidad los horarios de atención que a ellos les conviene y explicarles que la atención primaria implica que el personal del centro tiene que salir y realizar más actividades de promoción.

4.4 Tipo de Demanda:

Para esta variable se investigó si los encuestados se habían realizado algún control de salud en el último año y si han sido atendidos en odontología ya sea por control o por morbilidad. Los resultados fueron: De 572 personas encuestadas, el 50.5% se han hecho por lo menos un control de salud en el año. En cuanto a la atención odontológica, un 73.6% no se han hecho ningún control ni tampoco han sido atendidos por morbilidad, del 26.4% restante que han sido atendidos por un odontólogo, un 4.7% ha sido por morbilidad y un 21.7% se han hecho por lo menos un control odontológico. (Cuadro XLV y XLVI).

CUADRO XLV

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE CONTROLES
DE SALUD EN PERSONAS ENCUESTADAS EN LAS
MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

CONTROLES DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	572	100
POSITIVO	289	50.5
NEGATIVO	283	49.5

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

De los 289 encuestados que refirieron haberse hecho por lo menos un control de salud en el año, 166 eran del sexo femenino y 123 del sexo masculino, se observó una significancia estadística con un Chi cuadrado de 19.01 y un valor de p de 0.00001. (Tabla 9).

TABLA 9

SEXO Y CONTROL DE SALUD

SEXO		CONTROL DE SALUD	
TOTAL		SIN CONTROL	CON CONTROL
TOTAL	572	283	289
FEMENINO	276	110	166
MASCULINO	296	173	123

Odds ratio 0.47

Lím de confianza OR de Cornfield 95% $0.33 < OR < 0.67$

Riesg Relativ de (CONTROLDES=N) para (SEXO=F) 0.68

Límit confianza RR Greenland, Robins 95% $0.57 < RR < 0.81$

	Chi-Cuadrad	Valor-P
	-----	-----
NoCorregida:	19.75	0.00000884 <---
Mantel-Haenszel:	19.71	0.00000900 <---
Corregida Yates:	19.01	0.00001300 <---

CUADRO XLVI

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE ATENCION ODONTOLOGICA EN PERSONAS
ENCUESTADAS EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996

ATENCION ODONTOLOGICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	572	100
SIN ATENCION	421	73.6
CONTROL	124	21.7
MORBILIDAD	27	4.7

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

Observamos que la atención a las personas se ofrece a libre demanda, quedando en segundo plano los controles de salud y los controles odontológicos al igual que la práctica de la promoción de la salud y la prevención primordial.

Se debe inculcar la conciencia de higiene oral, la prevención y la modificación del componente de atención de remoción de dientes hacia la restauración y mantenimiento de dientes, bajo el concepto de atención primaria.

Aquí cabe mencionar que en la actualidad no se está brindando el servicio de atención odontológica en el centro de salud porque no hay el recurso odontólogo nombrado, por lo que suponemos que la atención salió baja, porque para poder ser atendidos tienen que ir al hospital y aquí los cupos no cubren toda la demanda de la población.

4.5 Orientación Sanitaria:

Se preguntó si se había recibido orientación sanitaria por parte del equipo de salud, de las 134 familias encuestadas 41.8% respondieron afirmativamente y un 58.2% respondieron que nunca habían recibido ningún tipo de orientación sanitaria. Esto nos llamó poderosamente la atención puesto que recientemente se han estado realizando campañas de orientación sobre enfermedades como el Dengue, Cólera, SIDA y sin embargo las personas respondían que nunca habían escuchado ninguna orientación al respecto. (Cuadro XLVII), (Gráfica 14).

CUADRO XLVII

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE FAMILIAS ENQUESTADAS
QUE HAN RECIBIDO ORIENTACIÓN SANITARIA.
LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996.

ORIENTACION SANITARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TOTAL	134	100
POSITIVO	56	41.8
NEGATIVO	78	58.2

FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas
de Chepo (cabecera). Año: 1996.

Existe una estrecha relación entre educación y organización comunitaria, el conocimiento y las experiencias se nutren recíprocamente, buscamos esta relación en Las Margaritas entre Participación y Orientación Sanitaria, y encontramos que el riesgo relativo entre no participar y no estar orientado es de 1.75, con un significativo Chi cuadrado de 10.11 y un valor de p igual a 0.001. (Tabla 10).

TABLA X

ORIENTACION SANITARIA Y PARTICIPACION SOCIAL

ORIENTACION SANITARIA		PARTICIPACION SOCIAL	
TOTAL		NO PARTICIPA	SI PARTICIPA
TOTAL	574	272	302
NEGATIVA	335	178	157
POSITIVA	239	94	145

Odds ratio 1.75

Lim de confianza OR de Cornfield 95% $1.23 < OR < 2.49$

Riesg Relativ de (PARTICI=N) para (ORIENTACIO=N) 1.35

Limit confianza RR Greenland, Robins 95% $1.12 < RR < 1.63$

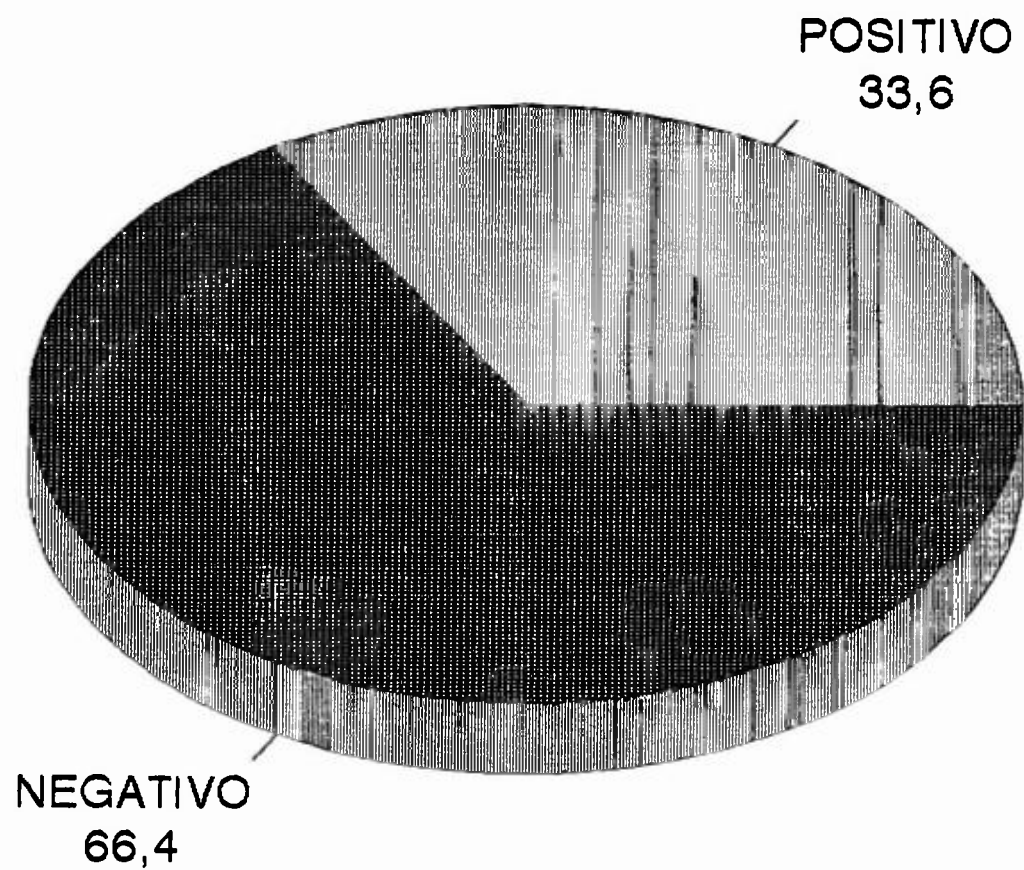
	Chi-Cuadrad	Valor-P
	-----	-----
NoCorregida:	10.66	0.00109451 <---
Mantel-Haenszel:	10.64	0.00110556 <---
Corregida Yates:	10.11	0.00147150 <---

Esta situación nos reta como trabajadores de la Salud a ajustar nuestra visión frente al proceso participativo colaborando con la debida orientación a todos los actores sociales de esta comunidad para que encuentren escenarios que propicien una verdadera participación y se avance progresivamente hacia la construcción de una cultura participativa.

Los actores sociales y los espacios o escenarios de concertación constituyen los dos ejes fundamentales en el proceso de la participación social, ambos son mutuamente dependientes y para su estudio se requiere comprender la relación entre los actores y los ambientes en que van a negociar o concertar, se trata de identificar el grado de desarrollo de estos actores y de los procesos alrededor de los cuales convergen.

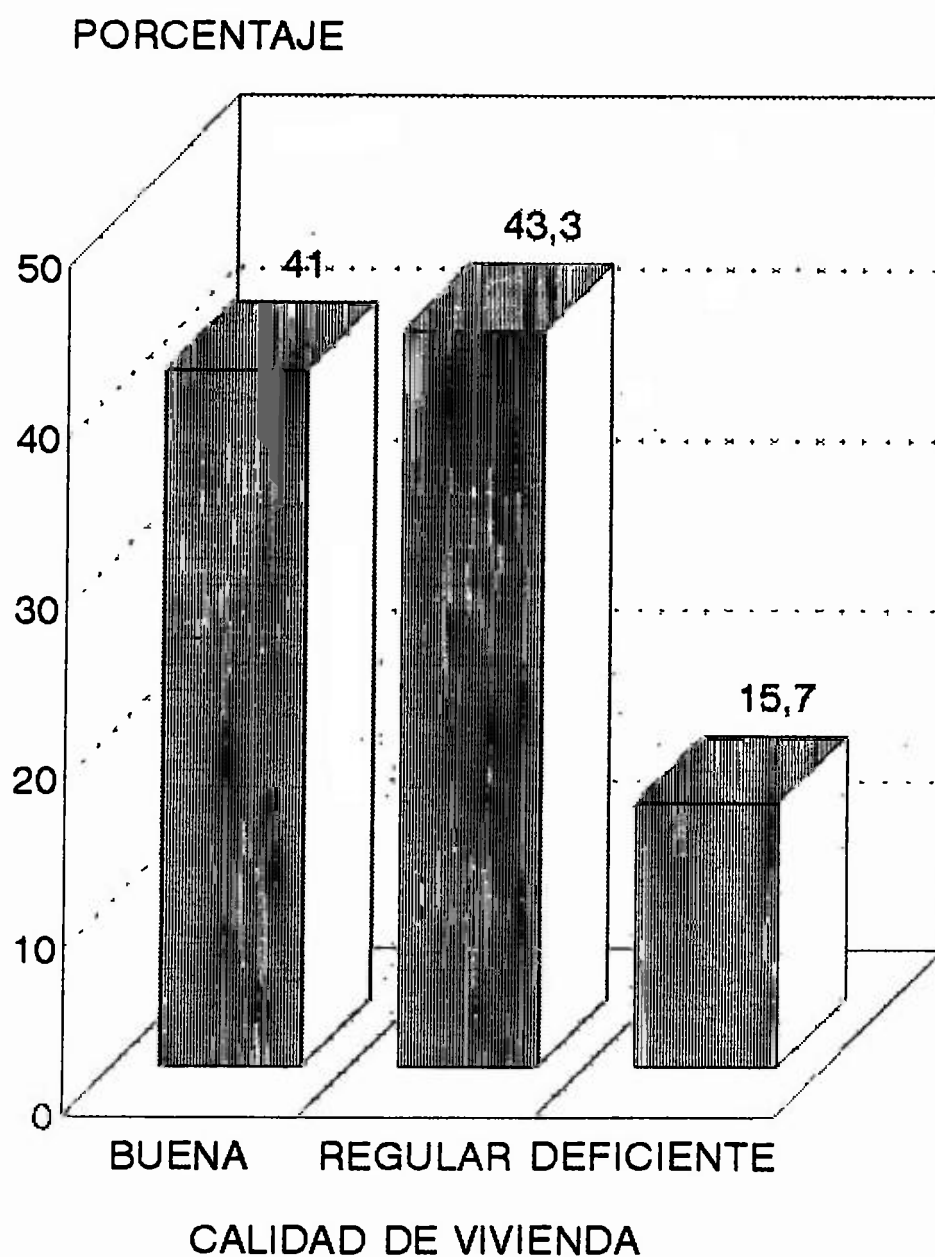
GRAFICAS

GRAFICA Nº 1
PORCENTAJE DE HACINAMIENTO EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



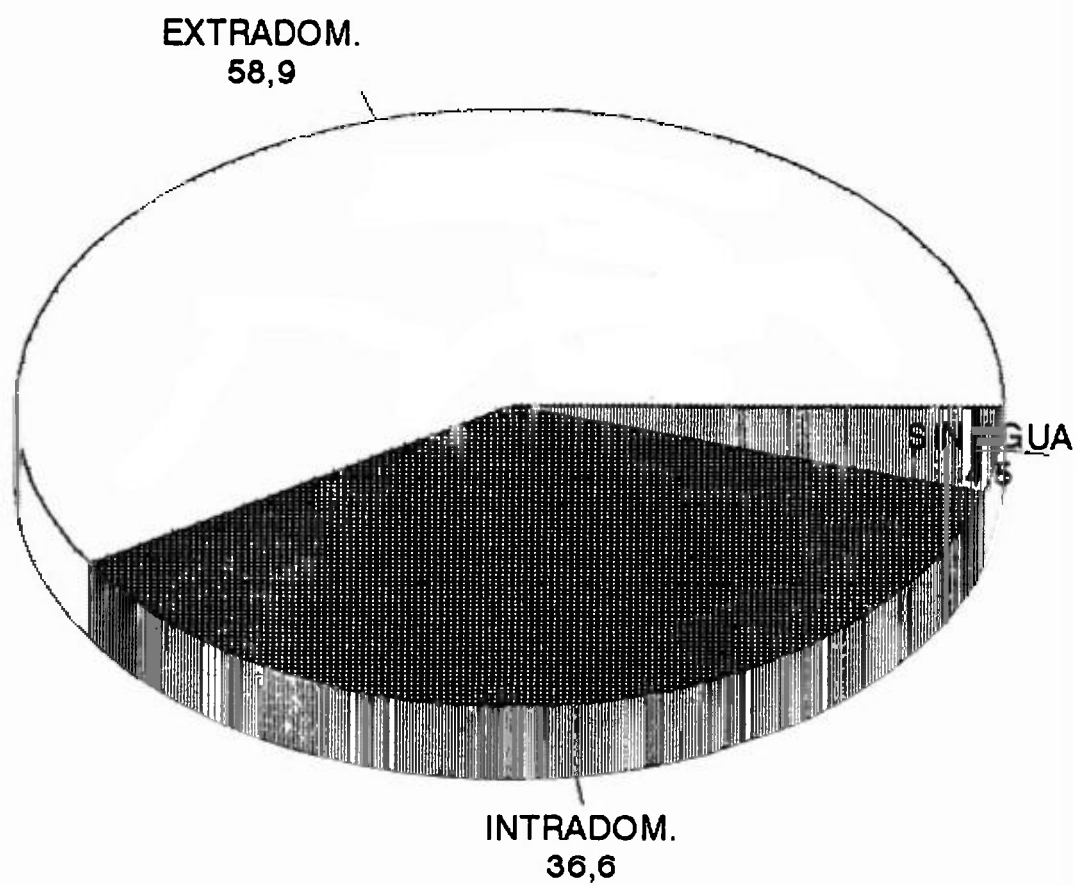
FUENTE Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año 1996

GRAFICA N° 2
PORCENTAJE DE LA CALIDAD DE LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



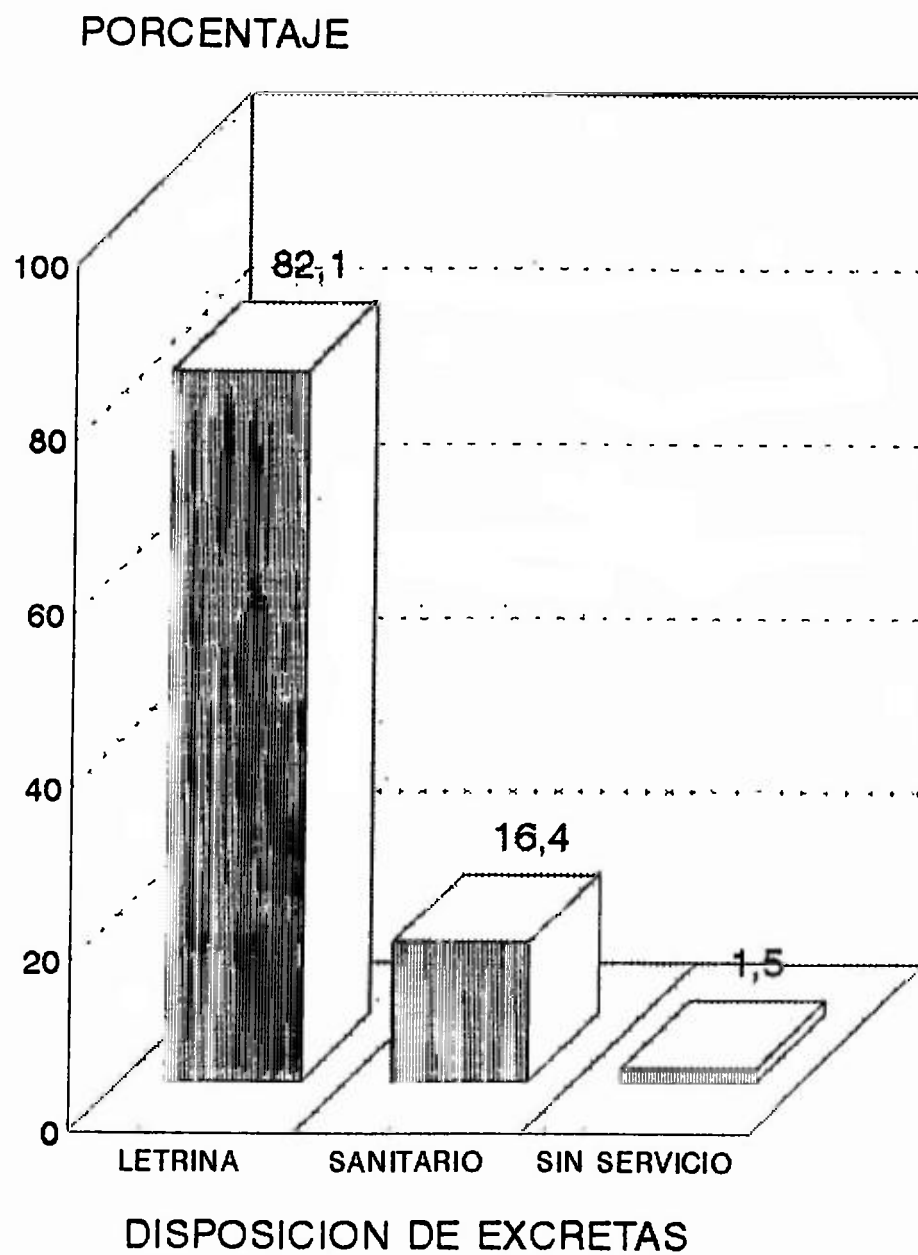
FUENTE Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año 1996

GRAFICA Nº 3
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE AGUA POTABLE EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



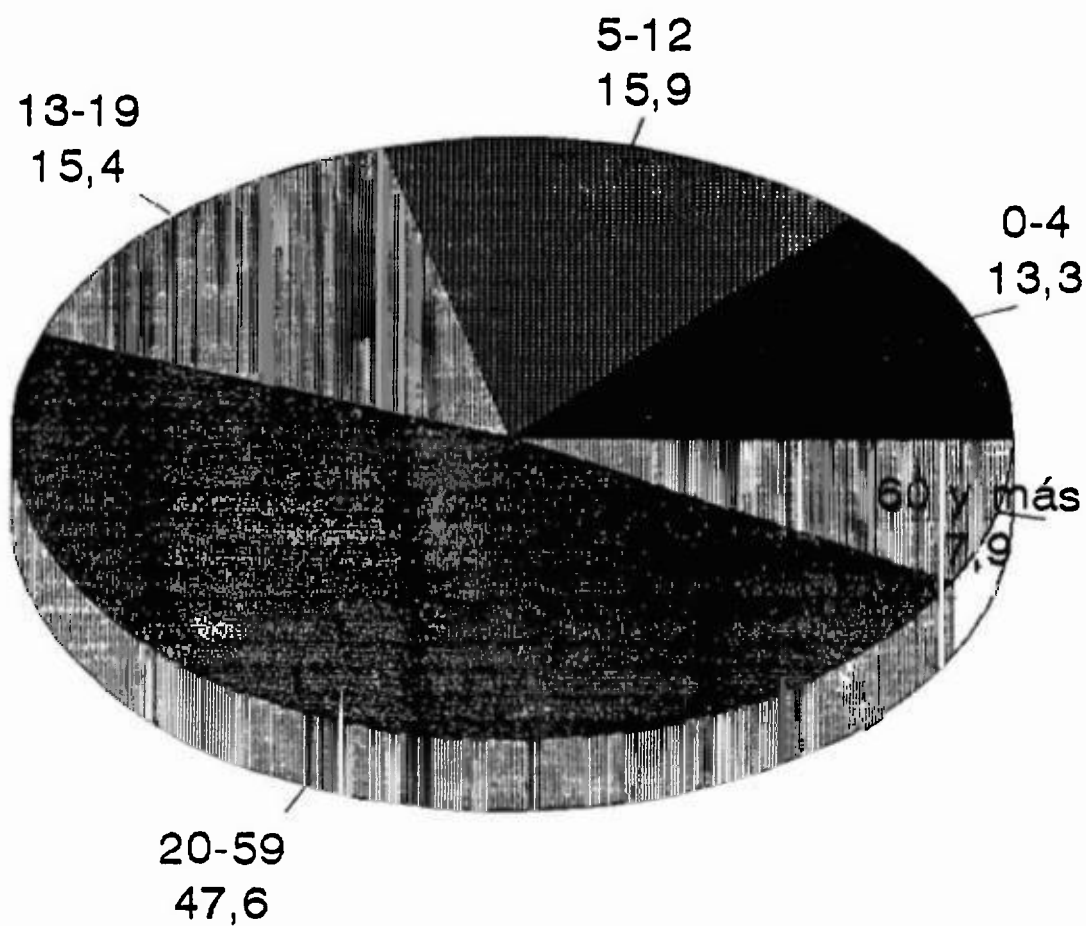
FUENTE. Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año 1996

GRAFICA Nº 4
PORCENTAJE DE DISPOSICION DE EXCRETAS EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO 1996



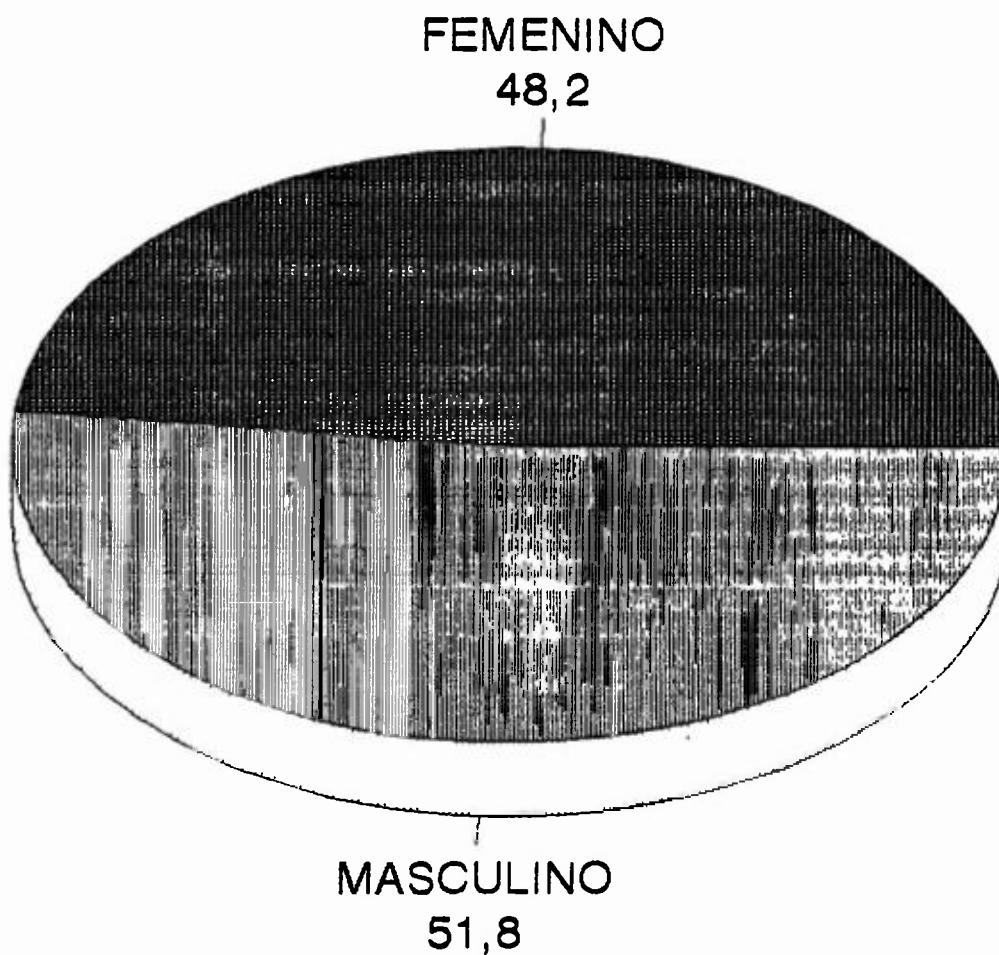
FUENTE. Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año 1996

GRAFICA Nº 5
GRUPOS ETAREOS DE PERSONAS RESIDENTES EN LAS VIVIENDAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO 1996



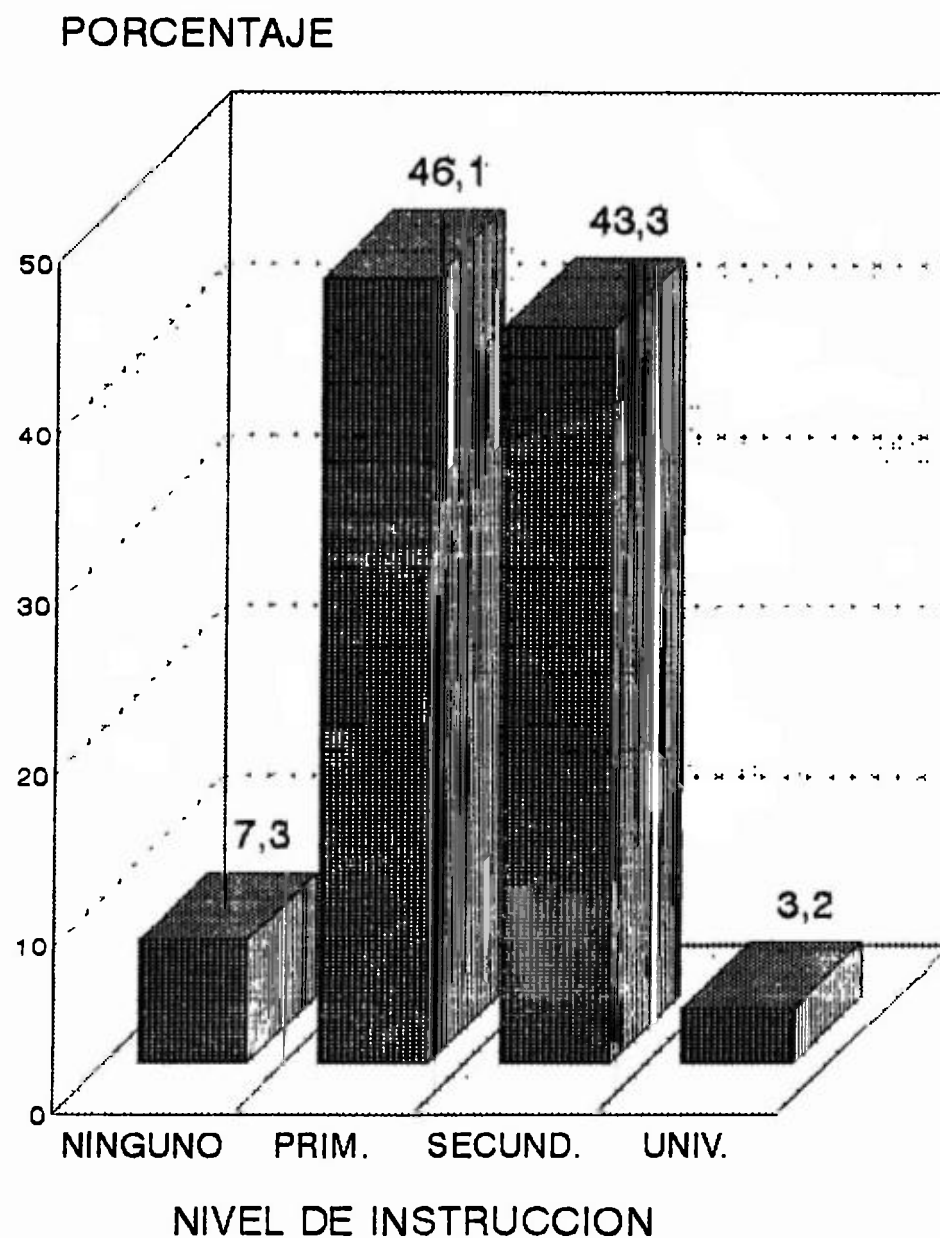
FUENTE Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año 1996

GRAFICA N° 6
POBLACION ENCUESTADA SEGUN SEXO
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



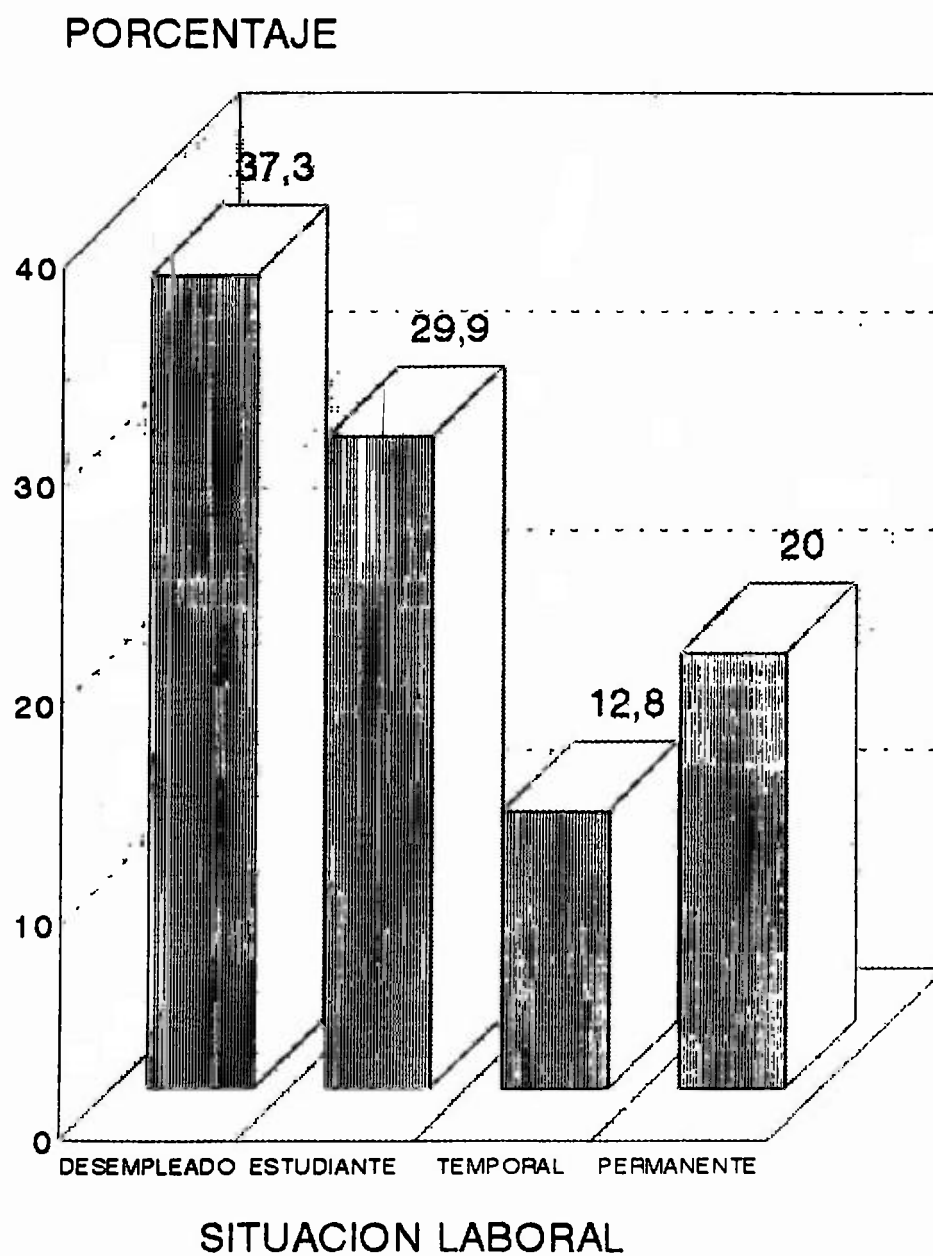
FUENTE Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año: 1996

GRAFICA N° 7
POBLACION ENCUESTADA POR NIVEL DE INSTRUCCION
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



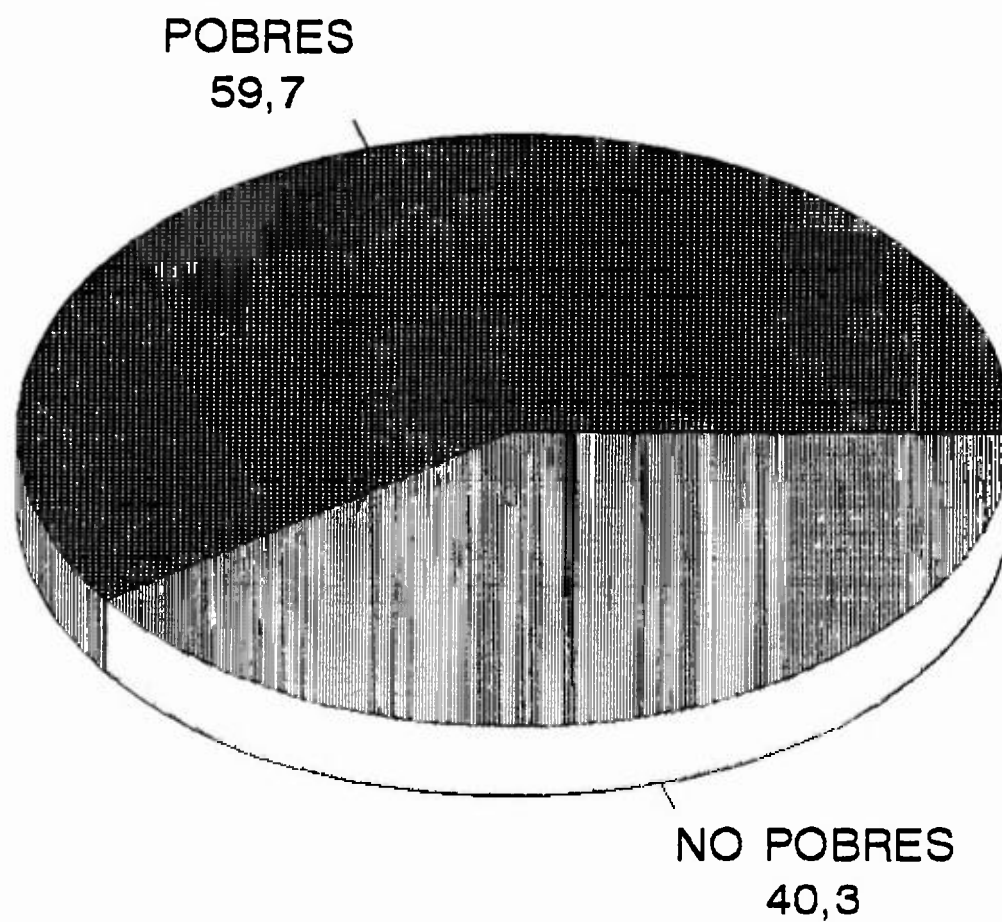
FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año 1996

GRAFICA N° 8
PORCENTAJE DE LA SITUACION LABORAL DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



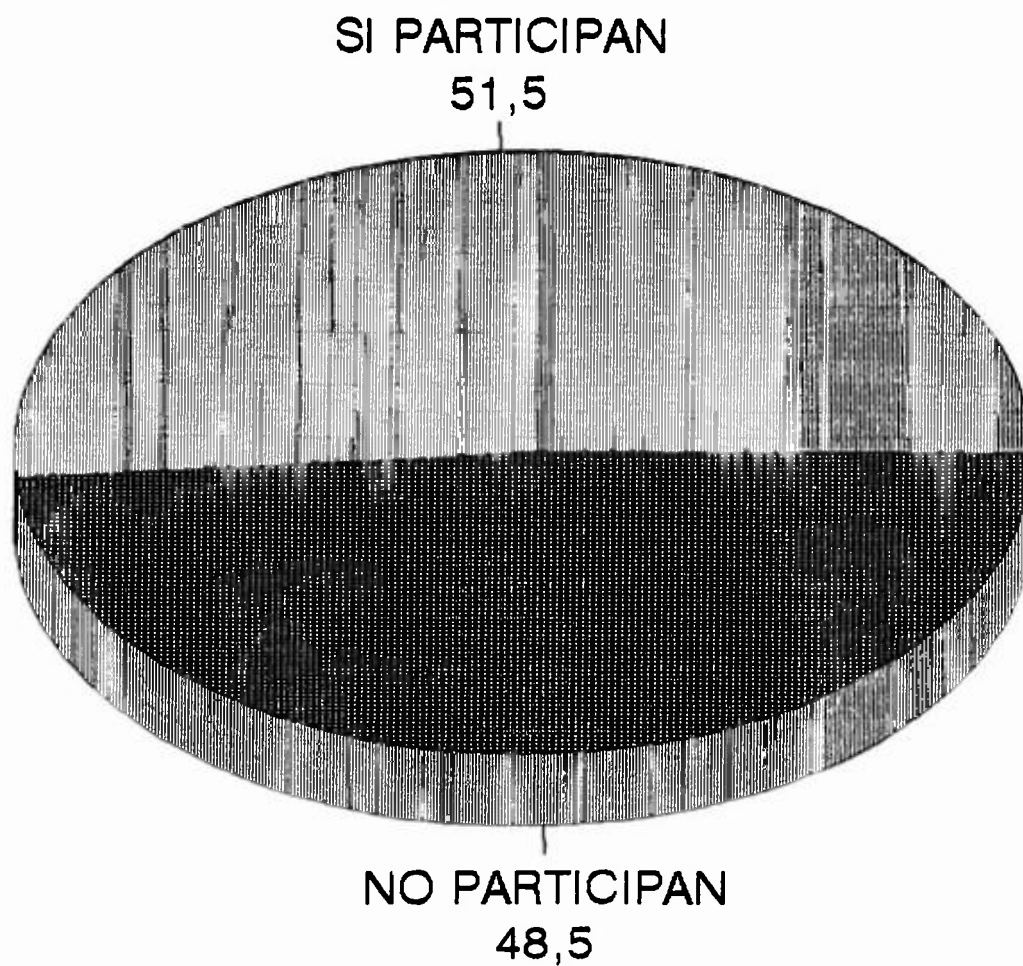
FUENTE. Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año. 1996

GRAFICA Nº 9
PORCENTAJE DE POBREZA EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



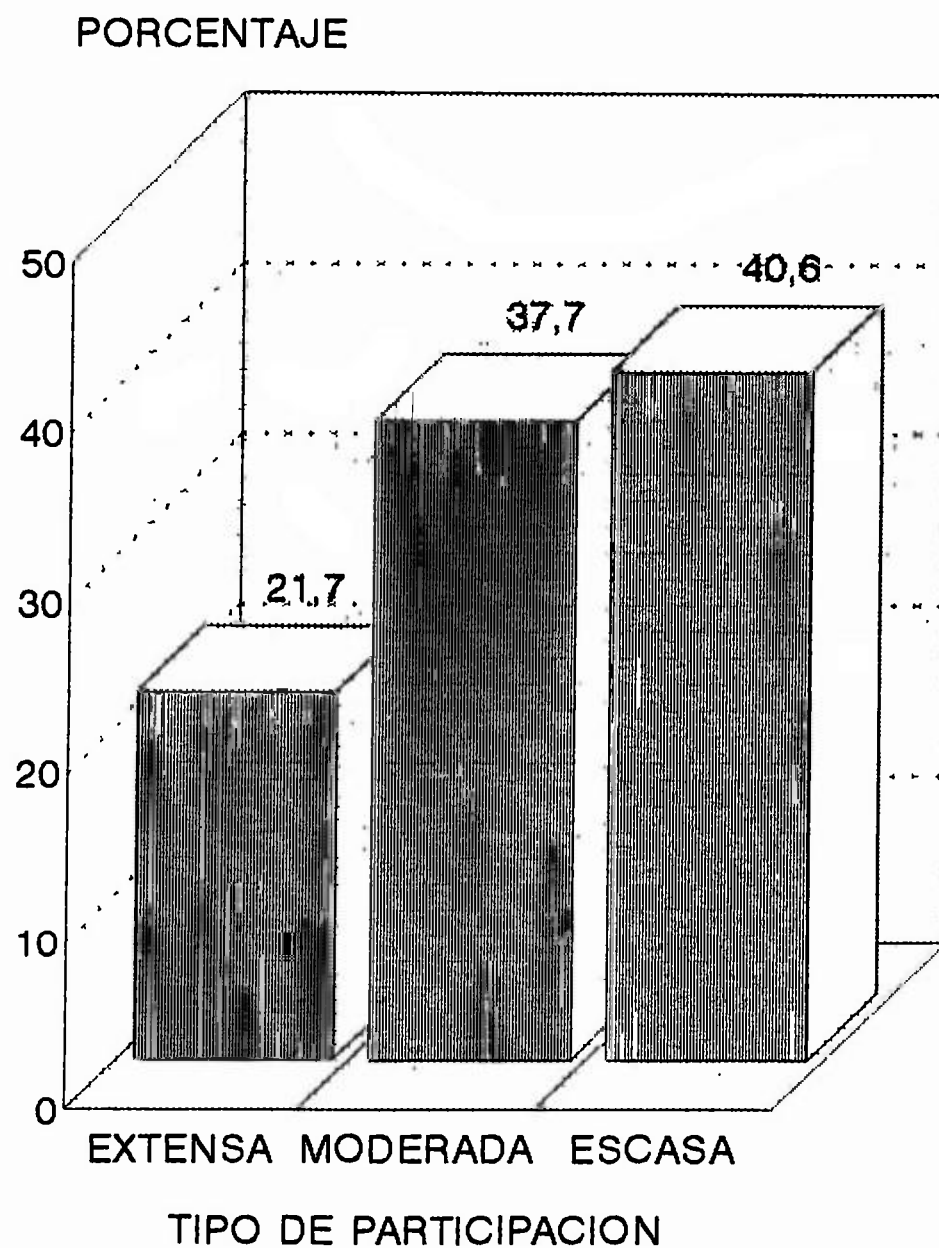
FUENTE Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año 1996

GRAFICA Nº 10
PORCENTAJE DE PARTICIPACION SOCIAL EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS
EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



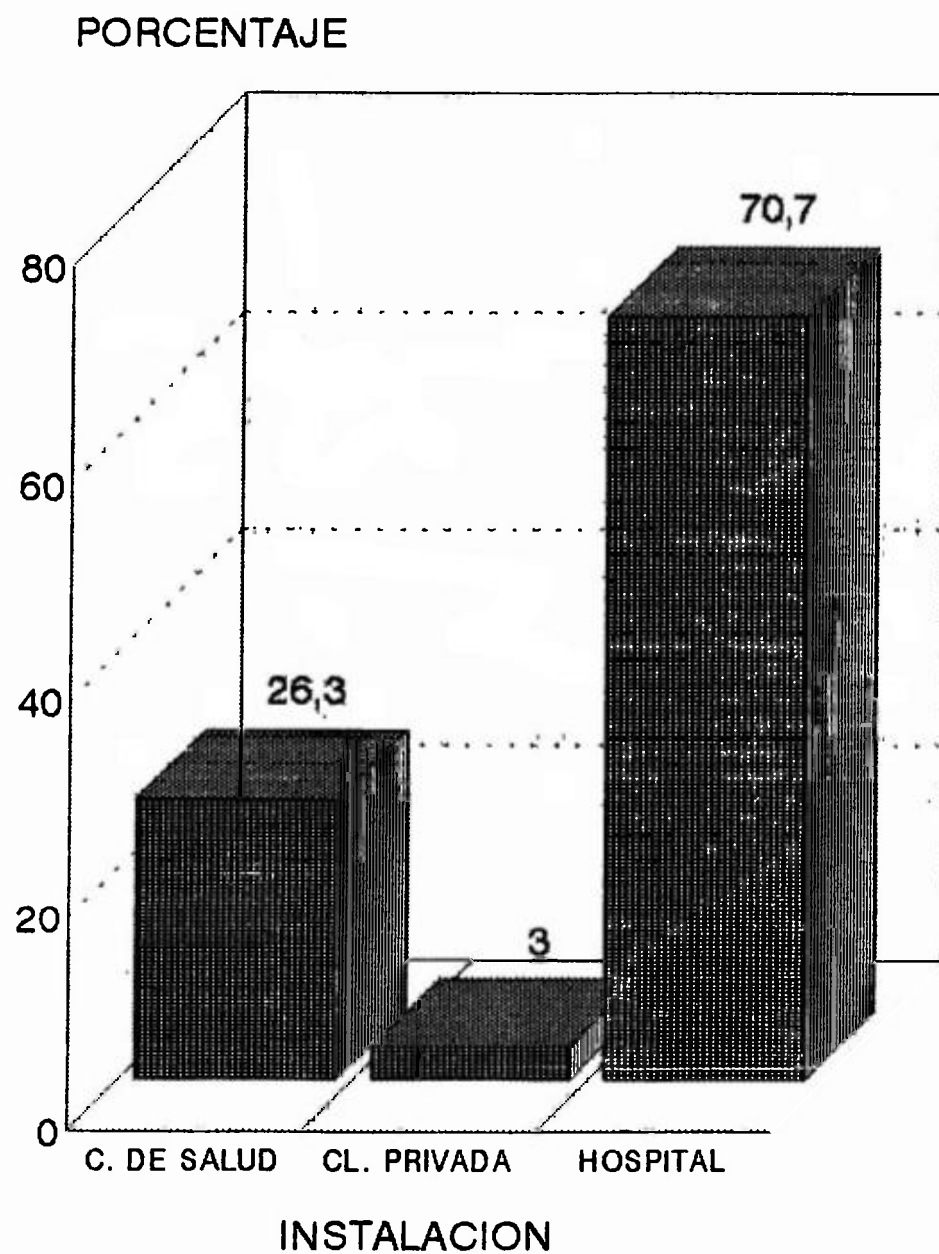
FUENTE. Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año: 1996

GRAFICA N° 11
PORCENTAJE DEL TIPO DE PARTICIPACION SOCIAL
EN LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



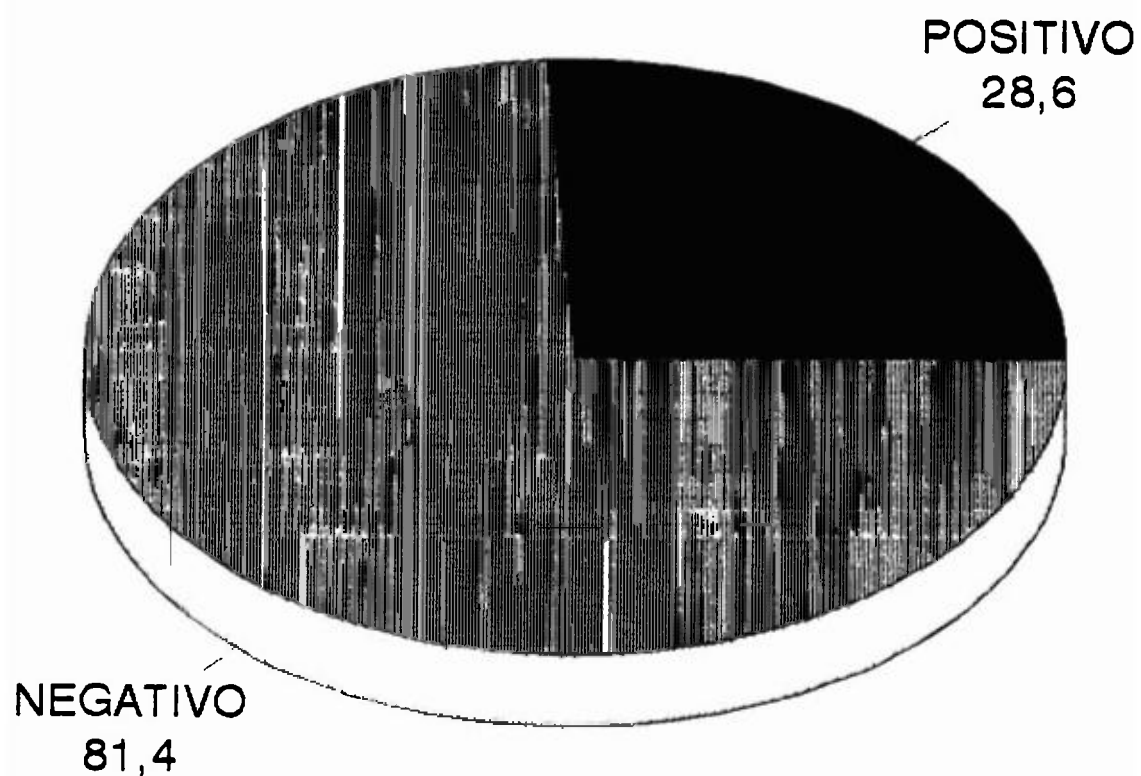
FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año 1996

GRAFICA Nº 12
PORCENTAJE DE INSTALACIONES DE SALUD
DONDE SE DEMANDA SERVICIO. LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



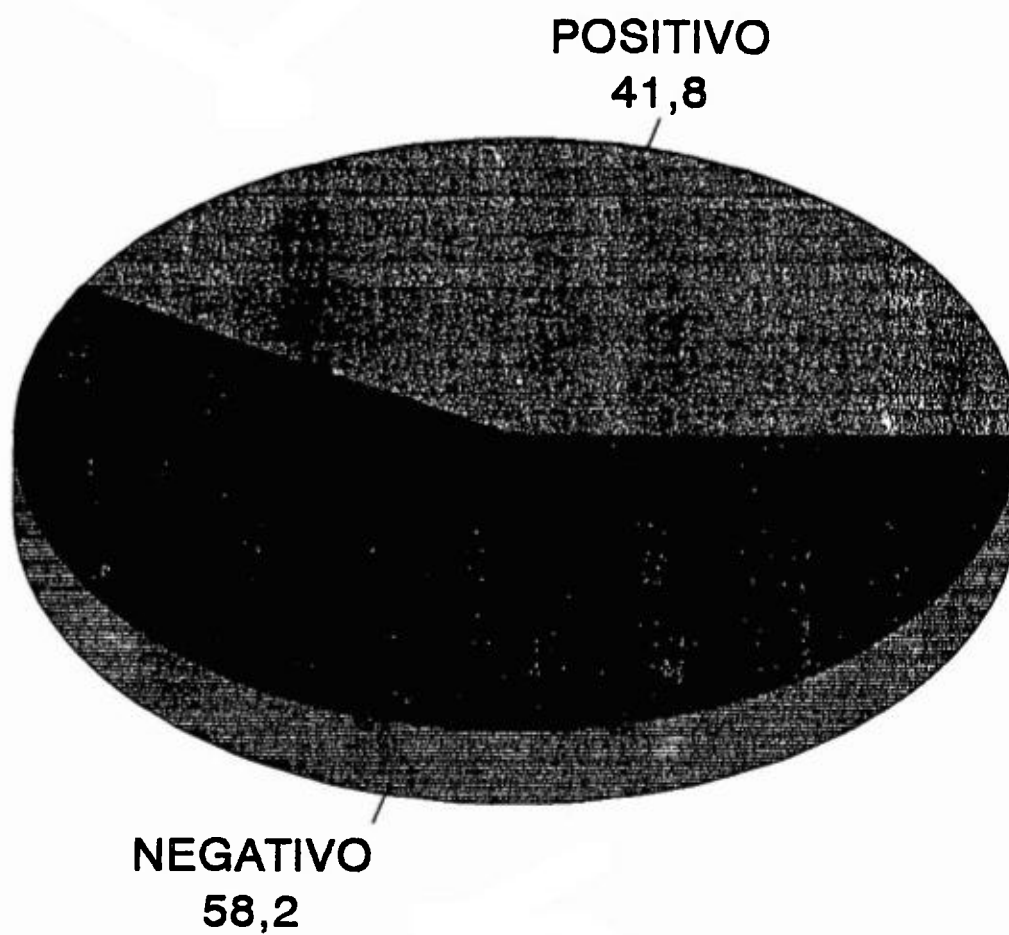
FUENTE. Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996

GRAFICA N° 13
PORCENTAJE DE FAMILIAS RECHAZADAS AL SOLICITAR SERVICIO DE
SALUD. LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



FUENTE Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera) Año 1996

GRAFICA Nº 14
PORCENTAJE DE FAMILIAS ENCUESTADAS QUE HAN RECIBIDO
ORIENTACION SANITARIA. LAS MARGARITAS DE CHEPO. 1996



FUENTE: Encuesta realizada del Análisis de Situación de Salud
y Participación Social. Corregimiento de las Margaritas de Chepo (cabecera). Año: 1996

C O N C L U S I O N E S

Y

R E C O M E N D A C I O N E S

CONCLUSIONES

1. Las condiciones de vida y de vivienda de los residentes encuestados en Las Margaritas de Chepo se caracterizaron por Hacinamiento (33.6%), Viviendas Inadecuadas (59%), Agua Extradomiciliaria (58.9%), Letrinas (82.1%), Viviendas con Energía Eléctrica (87.3%), Viviendas con Recolección de Basuras (91.8%) solo una vez por semana. Dichas condiciones ameritan una intervención de todos los actores sociales de esta comunidad para que contribuyan a mejorar sus condiciones de vida con proyectos comunitarios propuestos por ellos mismos y concertados con las entidades estatales que tengan responsabilidad en la situación sanitaria de mejorar las viviendas, dotar de agua y otros servicios básicos a los residentes en Las Margaritas de Chepo.
2. La Distribución por grupos de edad nos reveló que se trata predominantemente de una población bastante joven, y que en cuanto al sexo, existe un equilibrio entre la población masculina y la población femenina (M: 51.8% y F: 48.2%).

3. El nivel de instrucción reportó un 46.1% y un 43.3% respectivamente, de escolaridad primaria y secundaria en comparación con la población que asiste al nivel universitario de 3.2% y un 7.3% de analfabetismo.
4. La Morbimortalidad referida por los encuestados se caracterizó por enfermedades agudas de tipo infecciosos y enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida no saludables.
5. Los factores de riesgo como el alto consumo de grasa (32.7%), consumo de alcohol (18.1%), tabaquismo (8%), Hipertensión Arterial (33.6%), deficiente lavado de manos (6.4%) y actividad sedentaria (18.1%) y moderada (66.1%), nos orientan a reforzar la modificación de hábitos y comportamientos que disminuyan el riesgo de enfermar.
6. La Situación Familiar en esta comunidad nos revela de un 70.9% de convivencia en parejas o familias estables.
7. La condición de seguridad social es equiparable, un 50.4% es población asegurada y un 49.6% es no asegurada.

8. La Situación Laboral refleja un problema económico-social en esta comunidad, un 50.1% de los encuestados estaban desempleados o subempleados, al no generarse suficientes plazas de trabajo la pobreza se agudiza y esto quedó reflejado en un 59.7% de los encuestados que resultaron vivir en condiciones de pobreza, problema preocupante que está afectando a más de la mitad de las familias panameñas.

Estamos concientes que es una utopía pensar en acabar con este problema sin embargo tenemos el reto de continuar en la búsqueda de modelos de desarrollo que contribuyan a mejorar la desigual distribución del ingreso. Panamá resultó ser uno de los dos peores países del mundo, en distribución del ingreso según el último informe del Banco Mundial, es decir tenemos una sociedad muy injusta en cuanto a la distribución del ingreso.

9. La Participación Social nos reveló una situación igualmente preocupante, ya que partimos del supuesto de que en esta comunidad si había Participación, y efectivamente al preguntar si participaban o no, el 51.5% respondieron afirmativamente, cuando exploramos el tipo

de participación resultó que solo un 21.7% lo hacían en grado extenso, que es la participación activa y verdadera de acuerdo a las definiciones del concepto de participación vertidas en este trabajo.

10. Al investigar un poco sobre los factores condicionantes de este grado de participación, nos encontramos con que existe significancia estadística entre pobreza y participación, hacinamiento y participación y entre orientación sanitaria y participación: $X^2 = 13.67, 6.87$ y 10.11 respectivamente; con valores de $P = 0.0002, 0.008$ y 0.001 ; y con $OR = 1.96, 1.58$ y 1.75 en las tres variables relacionadas.
11. En la Dimensión de los Servicios de Salud encontramos una cobertura aceptable en cuanto a vacunación de menores de cinco años (96.1%), en lo que se refiere a toma de Papanicolaou (60.7%) estaban cubiertas, la demanda de Servicios por los encuestados, es mayor en el Hospital de Chepo (70.7%) a pesar de tener su Centro de Salud, sin embargo se da un rechazo a la población demandante de 28.6%, siendo el hospital la institución donde más se rechaza (71.1%).

12. El Tipo de Demanda por Controles de Salud resultó alto, un 50.5 % de los encuestados refirieron haberse realizado por lo menos un control al año, pero en Atención Odontológica no fue tan bueno ya que se reportaron sin Atención Odontológica (73.6%) esto se debe a que en el Centro de Salud no se cuenta con los servicios de Odontología.
13. La Orientación en Educación Sanitaria reveló un 41.8% que respondieron que si habían recibido algún tipo de orientación por parte del equipo de salud lo que nos indica que todavía queda mucho por hacer en cuanto a educación en la comunidad.

RECOMENDACIONES:

El producto final de un Análisis de Situación de Salud es la elaboración de un Proyecto de Cambio en el espacio geográfico estudiado.

Una vez en conocimiento de la realidad de las Margaritas, nos damos cuenta que si bien es cierto que en esta comunidad ha existido una tradición participativa, la misma es el producto de un proceso que se ha ido logrando a largo plazo, por lo tanto se puede fortalecer dicho proceso, sin olvidar las lecciones del pasado y aproximándonos al modelo ideal de participación, ya que no puede haber "Desarrollo sin Organización, ni Participación Social".

Nuestra propuesta es un proceso Docente Asistencial, donde a través de un Sistema Permanente de Capacitación tanto a los funcionarios de Salud de las Margaritas, como a la población, se les dará educación permanente sobre organización y participación social y algunos elementos que consideramos complementarios de este proceso.

El nombre del Proyecto es: " Enseñando al hacer y Aprendiendo al enseñar".

El Objetivo General es: " Modificar el enfoque de trabajo en las Margaritas, relacionando al equipo de salud con la comunidad, a través de un Sistema Permanente de Capacitación".

El contenido será presentado en bloques, y nos permitirá realizar un proceso de aprendizaje socializado y perdurable, que propicie un alto nivel educativo por la apropiación de conocimientos y experiencias de la realidad de su comunidad en una forma cooperativa:

Bloque: Análisis de Situación de Salud.

- a. Orientar al equipo de salud local y a la población, en la elaboración de un esquema general de análisis de situación (diagnóstico) con un enfoque más integral, relacionado y completo que el tradicional diagnóstico efectuado por un profesional de salud.
- b. Identificar y Analizar los Factores de Riesgo a la salud y los daños en la población.
- c. Seleccionar los recursos disponibles para la prevención y atención de estos factores de riesgo.
- d. Encontrar Estrategias de Intervención: educativa,

enfoque de riesgo, promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación.

e. Atención al Medio, a través del compromiso del individuo, familia y comunidad.

f. Medir los resultados y analizar el impacto de las acciones a través de: eficiencia, eficacia, efectividad y equidad.

f. Definir la Imágen y Situación Objetivo.

g. Utilizar el Análisis DOFA, para la selección de estrategias de mejoramiento.

II Bloque: Participación Social.

a. Integrar al individuo, familia y comunidad como parte importante del Equipo de Salud Local.

b. Desarrollar y fortalecer una cultura participativa tanto en el equipo de salud local como en la comunidad.

c. Analizar la transformación cultural necesaria para lograr una verdadera Participación Social.

d. Definir el concepto y propósito de un proceso participativo, para llegar al Pacto Social.

f. Identificar los elementos facilitadores e inhibidores de la Participación Social.

g. Evaluar el proceso de Participación.

h. Identificar, captar y orientar a los líderes

comunitarios.

i. Crear el Voluntariado de Salud.

III Bloque: Vigilancia Epidemiológica.

a. Desarrollar una actitud epidemiológica en la práctica diaria de la salud.

b. Incorporar a la rutina de trabajo del equipo de salud local la Vigilancia Epidemiológica como un sistema dinámico de información para la acción.

c. Identificar, notificar y manejar oportunamente los problemas de Salud Pública para su adecuado control.

d. Explicar los principales programas de epidemiología: PAI, ETS y SIDA, COLERA-DENGUE y otros.

e. Definir y recomendar sobre bases científicas, acciones a corto, mediano y largo plazo para controlar o prevenir problemas de salud.

IV Bloque: Detección.

a. Identificar grupos de población con alto riesgo de enfermar o morir, identificar comunidades con mayor riesgo (personas sospechosas de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, grupos humanos postergados).

b. Realizar actividades concretas de captación, diagnóstico precoz y prevención de problemas de salud.

c. Detectar la presencia de brotes epidémicos, observar y notificar cuando en un lugar determinado se de un número desusadamente alto de casos.

V Bloque: Capacitación.

a. Modificar los roles de los miembros del equipo de salud local, a través de cursos, seminarios, jornadas, reuniones de concertación, para determinar los "qué" y los "cómo" que nos permitirán definir los nuevos perfiles ocupacionales del personal de salud.

b. Facilitar la incorporación responsable y comprometida de la población para que esta cambie su rol de simple receptora de los servicios por el de una participación más activa en la toma de decisiones y en una intervención más directa en el diseño y selección de sus propias opciones de acción.

c. Capacitación en materia administrativa tanto al equipo de salud local como a la población para que asuman la dirección y control de servicios oportunos y de calidad.

VI Bloque: Sistema de Información.

a. Establecer un Sistema de Información sencillo, veraz y oportuno, que facilite el procesamiento y análisis

local y a la vez responda a los requerimientos administrativos centrales.

b. Diseñar instrumentos para recoger, tabular, analizar, programar y medir el cumplimiento de las acciones de salud.

c. Monitorear constantemente el nuevo diseño del sistema de información para mejorarlo y adaptarlo a las situaciones cambiantes de los servicios.

La Conducta Terminal que se espera al final de este proyecto es un proceso a largo plazo de enseñanza al hacer y de aprender al enseñar, y que a la larga producirá cambios importantes en la organización de los servicios al incorporar como parte importante del equipo de salud local, a la comunidad en su rol protagónico de actora de su propio desarrollo.

Es importante señalar que para evaluar si realmente se producen cambios sociales, hay que partir del análisis de situación existente en un momento dado y comparar la situación deseada con la existente al momento de iniciar las intervenciones, por lo que nuestro trabajo deja al equipo de salud local un aporte y sugerencia de futuras investigaciones al evaluar los resultados de este proyecto.

A N E X O

ANALISIS DE SITUACION DE SALUD Y PARTICIPACION SOCIAL
CORREGIMIENTO DE LAS MARGARITAS DE CHEPO
ENCUESTA SOBRE CONDICIONES DE VIDA Y SALUD

Nº _____ Fecha: _____

I. ASPECTOS GENERALES

1. Localidad: _____

2. Corregimiento: _____

II. DATOS DE LA VIVIENDA

2.1 Nº de recámaras _____ Hacinamiento Sí _____
No _____

2.2 Calidad de la vivienda

a. buena__ b. regular__ c. deficiente__

2.3 Agua Potable

a. Sí, intradom.____ b) Sí, extradom.____ c. No__

2.4 Disposición de excretas

a. Sanitario, Sí____ No____

b. Letrina, Sí____ No____

c. Otro____

2.5 Electricidad Sí____ No____

2.6 Recolección de basuras

a. + de 3 v x sem.____

b. - de 3 v x sem.____

c. No____

2.7 Tenencia de la propiedad a) Propia o
a. Hipotecada____ b. Alquilada____ c. Alojado

III. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA Y SUS MIEMBROS

Características N°	1	2	3	4	5	6	7
Relación ¹							
Edad ²							
Sexo (M / F)							
Peso (Kg)							
Talla (cm)							
Presión Arterial (+ 30 a)							
Escolaridad ³							
Asegurado ⁴ (S/N)							
Empleo ⁵							
Ingreso Mensual							

¹ P: padre M: madre H: hijo A: abuelo T: tío O: otro

² Si es menor de 1 año colocar un 0 delante del mes

³ Ultimo año aprobado. Colocar el nivel P: primario
S: secundario U: universitario, después del año

⁴ Se refiere a la CSS, entidad Estatal. No: no asegurado
A: asegurado activo B: beneficiario P: pensionado
J: jubilado

⁵ P: permanente T: temporal E: estudiante D: desempleado

3.1 Categorización de la familia

a. estable___ b. inestable___

IV. DEMANDA Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

4.1 ¿Algún miembro de la familia se ha enfermado en el último año?

[illegible]

4.2 ¿Algún miembro de la familia padece alguna enfermedad crónica, o discapacidad física y mental?

Nº	Enfermedad Crónica o Discapacidad

4.3 Los menores de 5 años están vacunados?

Nº	Edad	BCG	Polio	DPT	AS	Otras

4.4 ¿Algún miembro de la familia se ha realizado control de salud en el último año?

1 2 3 4 5 6 7

4.5 ¿Algún miembro de la familia ha acudido al odontólogo en el último año?

1 2 3 4 5 6 7

4.6 ¿Dónde busca la familia atención médica usualmente?
Señale en orden de mayor a menor frecuencia

4.7 ¿Alguien de la familia ha sido rechazado en el establecimiento de salud al solicitar atención médica?

a) no___ b) sí___ c) ¿en cuál?_____

d) motivo _____

4.8 Se ha recibido orientación sanitaria por parte del equipo de salud? (folleto, charla, seminario, otros)

a) sí ___ b) no ___

V. FACTORES DE RIESGO BIOPSIICOSOCIALES

5.1 Alguien de la familia fuma?

a) no ___ b) sí ___ c) quién (NO) _____

5.2 Alguien toma bebidas alcohólicas hasta embriagarse?

a) no ___ b) sí ___ c) quién (NO) _____

5.3 Actividad Física (del encuestado NO_____):

a) Activo___ b) Moderado___ c) Sedentario___

5.4 Alimentación (del encuestado NO_____):

a) Rica en grasa _____ b) Baja en grasa _____

5.5 Lavado de manos (Revisar las uñas):

a) sí_____ b) no _____

5.6 Las mujeres con vida sexual activa se han hecho Papanicolau del cuello uterino en el último año?

1 2 3 4 5 6 7

5.7 ¿Ha fallecido algún miembro de la familia en los últimos dos años? a) No _____ b) Sí _____

5.7.1 Causa 1:_____ 5.7.2 causa 2:_____

VI. PARTICIPACION SOCIAL

6.1 ¿Participa en algún grupo organizado de la comunidad?

6.2 ¿Cómo es su participación? (Escasa, moderada, extensa).

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

- AGUDELO, CARLOS A. 1987. Características de la Participación Comunitaria en Programas Urbanos de Atención Primaria. C. Bol. of Sanit Panam 103 (1): Págs. 43-51.
- ANONIMO. 1990. Censos Nacionales. Lugares Poblados de la República. Contraloría General de la República de Panamá. Vol. 1: Págs. 448-449.
- CE-MUJER. 1991. ¿Qué pasa, Qué queremos, Qué podemos? El Diagnóstico Comunitario. Centro de Solidaridad para el Desarrollo de la Mujer. CE-MUJER. Santo Domingo, República Dominicana, 26 págs.
- COLOMBIA. 1990. Municipios Saludables. Reconocimiento y Niveles. Ministerio de Salud, República de Colombia, Organización Panamericana de la salud. Documento Mimeografiado, 11 págs.
- DHILLON, H. S. y PHILIP, LOIS. 1995. Promoción sanitaria y acción de la comunidad en pro de la salud en los países en desarrollo. División de Educación Sanitaria. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 131 págs.
- DURANA, INES Y COL. 1982. Estrategias de Enseñanza-Aprendizaje en la Atención Primaria de Salud. Washington, D.C., OPS, Publicación Científica Nº 433, 150 págs.
- ESCALA L., MANUEL. 1993. Informe Final del Taller Desarrollo del Sistema Local de Salud. Distrito de Chepo. Panamá, República de Panamá. Documento Mimeografiado, 154 págs.
- ESCALA L., MANUEL. 1993. Guía Metodológica - Conceptual para el estudio de Condiciones de Vida y Salud de Grupos Humanos según el nivel de Postergación Social. Panamá, República de Panamá. Documento Mimeografiado, 22 págs.

- ESCALA L., MANUEL. 1994. Informe Preliminar del Taller Nacional para el Diseño de la Metodología ASIS. Organización Panamericana de la salud. Organización Mundial de la Salud. Panamá, República de Panamá. Documento Mimeografiado, 18 págs.
- GARCIA MANZANEDO, HECTOR. 1983. Manual de Investigación aplicada en Servicios Sociales y de Salud. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, D.F., 222 págs.
- GOLCHER, ILEANA. 1992. Metodología para la Investigación Social. CELA, 3ª Edición. Panamá, 125 págs.
- GUATEMALA. 1990. Diseño y Desarrollo de un Sistema de Información de Base Comunitaria para el Sector Salud de Guatemala. Primera Parte: Conceptual y Metodológica. Documento Mimeografiado, 18 págs.
- HERRERA J., LIGIA. 1994. Regiones de Desarrollo Socioeconómico de Panamá 1980-1990. Transformaciones Ocurrecidas en la Década. CELA. Panamá, República de Panamá, 140 págs.
- LAURELL A., CRISTINA. 1990. El Desgaste Obrero. Desarrollo Teórico y Avances Empíricos. En el libro: Salud y Crisis en México. Textos para un Debate. Edit. Siglo XXI, págs. 117-156.
- LOPEZ, LUIS. 1983. Trabajos de Graduación e Informes. Procedimientos y Técnicas para su elaboración. Guía Práctica para la presentación de Investigaciones. Trabajos de Graduación e Informes. 3ª Edición. Panamá, 126 págs.
- MEXICO: 1994. Algunos Factores Sociales Presentes en la Aplicación del Modelo de Atención Integral a la Salud del Programa IMSS-Solidaridad. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Coordinación General del Programa IMSS - Solidaridad. México, D.F., 26 págs.

- MEXICO. 1994. Programa IMSS-Solidaridad. Boletín Informativo. Vol. 12, Nº 1.(Enero-Febrero). México, D.F., 16 págs.
- MEXICO. 1993. V Congreso Nacional de Atención Primaria a la Salud. "La atención primaria a la salud, uno de los pilares del Desarrollo Social". Conferencias Magistrales y Simposia. Ciudad de México, 22 al 24 de Septiembre, 153 págs.
- OPS/HSD. 1992. La Administración Estratégica. Washington, D.C., OPS/HSD, Serie HSD/SILOS-2, 159 págs.
- OPS/HSD. 1990. La Participación Social. Washington, D.C., OPS/HSD, Serie HSD/SILOS-3, 37 págs.
- OPS/HSD. 1990. La Participación Social. Estudios de Casos. Washington, D.C., Serie HSD/SILOS-7, 25 págs.
- OPS/HSD. 1993. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington, D.C., Serie HSD/SILOS-26, 40 págs.
- OPS. 1993. Los Sistemas Locales de Salud en las Américas: Una Estrategia Social en Marcha. Comunicación para la Salud Nº 4. Washington, D.C., 25 págs.
- OMS. 1994. Apoyo Informativo para una Nueva Acción De Salud Pública a nivel de Distrito. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, Nº 845. Ginebra, 33 págs.
- OMS. 1992. La Función de los Centros de Salud en el Desarrollo de los Sistemas Urbanos de Salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS sobre Atención Primaria de Salud en las Zonas Urbanas. Serie de Informes Técnicos, Nº 827. Ginebra, 41 págs.
- OMS. 1987. Foro Mundial de la Salud. Vol. 8, Nº 4. Ginebra, Pág.603.

- PAGANINI, J. M. Y CAPOTE MIR, R. eds. 1990. **Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos-Métodos-Experiencias.** Washington, DC., OPS, Publicación Científica Nº 519, 742 págs.
- PANAMA. 1994. **Tendencias y Desafíos del Desarrollo Social en Panamá.** Comisión Interdiocesana de Justicia y Paz. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Panamá, República de Panamá, 80 págs.
- PANAMA. 1991. **Estrategia Nacional para reducir la pobreza. Versión Preliminar,** Ministerio de Planificación y Política Económica. Dirección de Planificación Económica y Social, Págs. 5 y 6.
- PANAMA. 1993. **Métodos y Técnicas para Análisis de Situación de Salud.** Departamento de Epidemiología. MINSA/CSS. Panamá, República de Panamá, 69 págs.
- PANAMA. 1994. **Propuesta de Manual de Organización.** Municipio de Chepo, Panamá, República de Panamá, 44 págs.
- PANAMA. 1995. **Proyecto Municipio Siglo XXI: " Por un Desarrollo Humano Sostenible".** Metodología Participativa. Presidencia de la República, Despacho de la Primera Dama. Gabinete Social, Coordinación para el Desarrollo Comunitario.
- PANAMA. 1995. **Municipios Siglo XXI. Sistema Nacional de Coordinación para el Desarrollo Comunitario.** Documento mimeografiado.
- QUIROZ, T., MORGAN, M. DE LA L., PRIETO, M., AMALUIZA, C., ARAQUE, N., PEÑAHERRERA, M. E., Y ROJAS, C. 1987. **La Sistematización y el Trabajo Social. Dos Experiencias con Organizaciones Populares Femeninas y una Reflexión Metodológica.** Nuevos Cuadernos CELATS. Vol. 11. Lima, Perú, 192 págs.

RIGGA, URSS. 1988. Diez Principios de Salud. OMS.
Recomendaciones de 22 Especialistas.

TARIMO, E. 1991. Por un Distrito Sano. Cómo Organizar y
Administrar Sistemas de Salud de basados en la Atención
Primaria . Organización Mundial de la Salud, Ginebra,
105 págs.

UGALDE, A. 1985. Ideological Dimensions of Community
Participation in Latin American Health Programs. Social
Science and Medicine. Vol. 21, Nº 1. Great Britain,
págs. 44-45.

VARIOS AUTORES. 1988. Salud en América Latina. Algunos
elementos de conceptualización y Metodología. Nuevos
Cuadernos CELATS. Vol. Nº 14. Lima, Perú, 198 págs.

ZAKUS, D. 1988. La Participación Comunitaria en los
Programas de Atención Primaria a la Salud en el Tercer
Mundo. Salud Pública de México, Vol. 30 (Marzo-Abril):
págs. 472-475.

ENTREVISTAS

LOAIZA, H. 1995. Entrevista con la Sra. Hilda Loaiza.
Residente del Sector 1, del Corregimiento de las
Margaritas de Chepo. Entrevista realizada el 6 de Octubre
de 1995.

ENCUESTA SOBRE CONDICIONES DE VIDA Y SALUD. 1996.
Análisis de Situación de Salud y Participación Social en
Las Margaritas de Chepo. Encuesta realizada a moradores
de Las Margaritas cabecera, Febrero - Marzo, de 1996.

REUNIONES

REUNIONES DE TRABAJO: COMITE DE SALUD. 1995. Análisis de la Situación de Salud. Se realizó un listado de problemas sanitarios en la comunidad y se establecieron criterios de priorización para presentar estos problemas ante la Junta Técnica del Programa Municipio Siglo XXI. Se utilizó la metodología de ASIS con la asesoría de la Dra. Vielka F. de Oviedo. Septiembre - Octubre, de 1995.

JUNTA TECNICA. 1995. Municipio Siglo XXI. Reuniones de Trabajo realizadas en el corregimiento de las Margaritas, con moradores de la comunidad, 26 de Septiembre de 1995.

SESION DEL CONSEJO MUNICIPAL DEL DISTRITO DE CHEPO. 1995. Firma del Acta de Compromiso del Programa Municipio Siglo XXI. En el Distrito de Chepo y sus seis corregimientos, 3 de Octubre de 1995.

JUNTA TECNICA. 1996. Municipio Siglo XXI. Reunión de evaluación del avance de los proyectos propuestos por la Comunidad de las Margaritas de Chepo. Se proponen nuevos proyectos, 14 de Agosto de 1996.