



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PUBLICA

**ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE FACTORES
DE RIESGO PARA LA SALUD DE ADULTOS.
SAN MIGUEL - PEREJIL, MARZO - 1994.**

**POR:
ANA TERESA AROSEMENA DE RUSSO**

**Tesis para optar al grado de
maestría en Salud Pública con
énfasis en Administración.**

1994

T.H

5 D I C 1994

abs. del autor

27 04 72

PÁGINA DE APROBACIÓN

Aprobado por:

Asesor de Tesis:

[Handwritten signature]

Nombre y Título

Miembro del Jurado:

[Handwritten signature]

Nombre y Título

Miembro del Jurado:

[Handwritten signature] Ph.D.

Nombre y Título

Representante de la Vice Rectoría de Investigación y Post-Grado

[Handwritten signature]

Nombre y Título

Comentarios:

Fecha:

24 noviembre de 1994.

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo primeramente al Dios Eterno, quien ha sido mi inspiración y mi todo...

A mi esposo e hijos, quienes con su compañía y amor terminan de llenar mi vida.

Los amo.

AGRADECIMIENTO

A Dios sea la gloria y la honra por siempre.

A mi esposo, hijos, padres, hermanos, sobrinos, cuñados y amigos por la bendición de tenerlos.

Al Doctor Manuel Escala por su interés y dedicación durante la dirección de este trabajo.

A todo aquel que de una u otra manera contribuyó al logro del mismo.

A todos, mil gracias.

Para el mantenimiento de la salud es necesario que el individuo se sustente en las sólidas bases de la salud, del gozo de vivir, del profundo impulso de vivir, del profundo impulso vital que como se puede ver es el "nervio que anima a un cuerpo de cien años a mirar sonriente cuanto le rodea".

Canal, Gonzalo

Llegará el día en que todas las enfermedades serán prevenidas o curadas por la medicina y aún la vejez se prolongará mucho más allá de la actual vida del hombre.

Franklin, Benjamin

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
TITULO	i
APROBACIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICAS Y FIGURAS	x
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL	1
A. Definición del Problema	1
B. Delimitación y Formulación	2
C. Justificación	2
D. Formulación de Objetivos del Estudio	4
1. Objetivo General	4
2. Objetivos Específicos	4
E. Propósito	5
F. Hipótesis	5
G. Variables Principales del Estudio	5
1. Variables Biológicas	5
2. Variables de Ambiente	6
3. Variables de Estilo de Vida	6
4. Variables de los Servicios de Salud	6
H. Definición Operacional de las Variables	6

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO	10
A. Control de Salud	10
B. Programa de Salud de Adultos	13
1. Propósito del Programa	13
2. Objetivos Generales	14

3.	Objetivos Específicos	14
4.	Control General de Salud	15
C.	Aspectos Legales	16
D.	Ecosistema, Antroposistema y Salud	19
E.	Diferencias entre los Sistemas Ecológicos y Humanos	20
F.	Los Factores del Sistema que Afectan la Salud .	21
G.	Factores de Riesgo	23
H.	Los Factores Condicionantes y los Niveles de Bienestar	30
I.	Un Encuadre para el Concepto de Salud	31
J.	El Concepto Campo de la Salud	32
K.	Prevención Primaria	34
L.	Epidemiología de la Salud	38
M.	Etapas de la Vida Humana	39
N.	Edad Adulta y Madurez	41
N.	Algunas Medidas Diagnósticas	48
O.	Situación Sanitaria Mundial en la Actualidad .	51
P.	Promoción de la Salud	53
1.	Programa de Promoción de la Salud de la O.P.S.	54
2.	La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud	55
3.	Fomento de la salud en la Juventud y la Edad Madura	57
4.	Tendencias Futuras del Fomento de la Salud	58

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO	60
A. Tipo de Estudio	60
B. Definición de Población y Muestra	60
C. Población Estudio	61
D. Métodos e Instrumentos de Recolección de	

Datos	61
1. Definición de Procedimientos para la Recolección de Datos	62
2. Tabulación y Análisis Estadístico	62
E. Procedimiento de Análisis Estratégico	63
CAPITULO IV	
LOS RESULTADOS	64
CAPITULO V	
ANÁLISIS ESTRATÉGICO	98
A. Situación Actual	99
B. Análisis de Problemas de Salud (Identificación de Factores de Riesgo)	101
C. Explicación de Problemas	104
D. Elaboración de la Opción Estratégica (Situación y Objetivos)	105
E. Dos Perfiles de Proyectos	106
ESTRATEGIAS DE ACCIÓN RECOMENDADAS	109
LIMITACIONES	111
CONCLUSIONES	112
LITERATURA CONSULTADA	114
ANEXOS	118

ÍNDICE DE CUADROS Y TABLAS

Cuadro		Pág.
1	Número de hijos declarado por los adultos residentes en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	66
2	Condición de las viviendas en donde residen los adultos en estudio. Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	70
3	Clasificación de los lugares de trabajo de los adultos en estudio. Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	79
4	Estado Civil declarado por la muestra encuestada de adultos residentes en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	83
5	Creencia que tienen los adultos en estudio residentes en Perejil y San Miguel con respecto a la importancia del control de salud. Marzo, 1994.	91
6	Frecuencia con que acuden al médico en busca de atención los adultos residentes en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	95
7	Tipo de orientación recibida según lugar donde reciben atención de salud los adultos residentes en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	96
Tabla		
1	Clasificación del nivel de pobreza según ingreso familiar. Perejil y San Miguel. Marzo, 1994	81

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y FIGURAS

Gráfica		Pág.
1	Grupos etéreos de la muestra de adultos residentes en los barrios de Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	65
2	Padecimiento de enfermedades en los últimos 3 meses según su clasificación (Estilo de Vida, Ambiente y Biología Humana) en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	68
3	Padecimiento de alguna enfermedad aguda o crónica del adulto residente en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994	69
4	Dotación de agua potable dentro de la vivienda. Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	71
5	Dotación de servicio sanitario dentro de la vivienda. Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	72
6	Número de personas residentes en las viviendas de los adultos encuestados en los barrios de Perejil y San Miguel. Marzo, 1994	77
7	Nivel de escolaridad de los adultos residentes en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	78
8	Oficios que realizan los adultos residentes en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	80
9	Ingreso familiar según nivel de postergación. Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	82
10	Práctica de actividades realizadas en el tiempo libre del adulto según lugar de residencia. Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	84
11	Respuesta al hábito de fumar de los adultos en estudio residentes en los	

		xi
	barrios de Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	85
12	Consumo de alcohol de los adultos en estudio residentes en los barrios de Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	86
13	Realización de la prueba de Papanicolao en los últimos 12 meses de las mujeres en estudio residentes en los barrios de Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	89
14	Realización del examen prostático en los últimos 12 meses en los adultos masculinos en estudio residentes en los barrios de Perejil y San Miguel. Marzo, 1994	90
15	Realización del control de salud en personas adultas residentes en los barrios de Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	92
16	Realización del control de salud de las personas adultas según sexo residentes en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.	93
17	Servicios de salud utilizados por la población en estudio residente en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994	94
18	Grado de satisfacción de la atención de salud según servicio de salud donde se atienden los adultos residentes en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994	97
Figuras		
1	Tipo de vivienda predominante en Perejil.	73
2	Tipo de vivienda predominante en San Miguel.	74

INTRODUCCIÓN

El presente estudio procura contribuir al fortalecimiento de la medicina preventiva en el país a través de la implementación más atinada del Programa de Salud de Adultos en el Corregimiento de Calidonia al proporcionar información sobre los factores de riesgo socioeconómicos de la biología humana, ambientales, biológicos y del estilo de vida, para que los controles de salud en dicho programa se realicen enfatizando sobre los aspectos promocionales y preventivos de esos factores de riesgo, para minimizar los estragos que causan en la salud de este grupo etéreo, creyendo firmemente que la prevención es más importante que la curación y conociendo que esa es la proyección y el énfasis de hoy y hacia el futuro de la salud pública.

En sentido general la longevidad es una prerrogativa de la sociedad del siglo XXI, por el avance de la medicina y la universalización de la higiene, la disminución de la fuerza mortífera de las enfermedades infecciosas, una vida mejor, una nutrición más saludable, factores que se traducen en mejores estilos de vida que han dado traste con aquellos del siglo pasado y principios de éste y que hacían morir a las personas antes de cumplir los 40 años.

Existen muchas medidas científicas, técnicas sociales y morales para prolongar la vida, lo que hace necesario ampliar el mercado de promoción a la salud, de manera que la gente comience a hacerse más responsable del cuidado de su propia salud.

Es preciso que los administradores planifiquen estratégicamente de acuerdo a los factores de riesgo del ambiente social, biológicos, del estilo de vida y de los servicios de salud, y logren minimizar sus efectos en la salud

de su población objetivo.

Para poder conocer la relación entre los factores de riesgo y el estado de salud y enfermedad, es necesario contar con un amplio marco de referencia o conceptualización de la salud y sus condicionantes y determinantes; bajo esta premisa se realiza el análisis estratégico que motiva esta investigación.

La sociedad tiene la posibilidad de reducir sustancialmente y, en algunos casos, erradicar los mayores factores de lesión y muerte en cada etapa de la vida mediante la acción concertada de todos los elementos en el campo de la salud.

La prevención y el tratamiento son tan necesarios como la promoción de salud. Tales medidas deberán estar dirigidas por sobre todo a la población bajo riesgo.

En este estudio se revelan algunos de los factores de riesgo que afectan a la población adulta de 20 a 59 años de las localidades de San Miguel y Perejil del Corregimiento de Calidonia, según el nivel de postergación (problemas de salud, factores de riesgo y condiciones de vida). Para ello se hace una comparación entre estas comunidades, a la cual se le aplicó una encuesta para la recolección de información que, luego de ser procesado integralmente, se realizó el análisis estratégico de los factores de riesgo para la salud de los adultos de esas comunidades y resultantes de la encuesta, para finalmente proponer estrategias de acción y perfiles de proyectos en pro de mejorar el control de salud en el programa de salud de adultos en ese corregimiento.

Los hallazgos fundamentales nos muestran las condiciones

de vida de la comunidad de San Miguel, caracterizada por el alto grado de pobreza (63.33%) y desempleo (15.83%); hacinamiento por prevalecer las viviendas de una sola pieza (cuartos) habitadas por más de 3 personas (72.5%); agua extradomiciliar (48.33%) y servicio sanitario fuera de la vivienda con significancia estadística con $\chi^2=78.18$ y $p<0.05$; estilos de vida no saludables (sedentarismo 40%, consumo de tabaco 17.5%); condiciones notablemente desventajosas en comparación a las de la comunidad de Perejil.

Esto permitió detectar nudos críticos los cuales perfilaron la situación actual sobre la cual se hizo el análisis estratégico, se proponen estrategias de acción y perfiles de proyectos, previa consulta a nivel del servicio de salud responsable del área.

Se espera que este estudio contribuya a comprender la situación de los adultos postergados y a elaborar estrategias más eficaces para el alcance de la meta salud para todos.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

A. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

Esta investigación surge de la inquietud personal y de otras personas de los servicios de salud dadas las considerables tasas de morbi-mortalidad en los adultos de nuestro país por diferentes causas. Esta población, para el año 1990, asciende a 1,494,522 personas, lo que representa el 64% del total de la población del país.

La población en edad productiva de 20-59 años para 1990 fue de 1,092,439, lo que representa el 46.9% del total de la población del país y el 73.1 del total de adultos.

El ser humano adulto se encuentra expuesto a múltiples factores de riesgo que lo llevan a enfermar y morir, los cuales muchas veces pueden ser evitados, modificados o eliminados mediante el control de salud periódico.

En la Región Metropolitana, donde se ubica aproximadamente el 35% de la población adulta, (517,900 personas), las principales causas de morbilidad en el grupo de edad de 20-59 años en 1992, fueron la infección de vías urinarias, la cervicitis, el síndrome gripal, el resfriado común, la hipertensión arterial, la parasitosis intestinal, la anemia, la gastroenteritis, la moniliasis vaginal y la amigdalitis. Para entonces ocurrieron 2,548 muertes en general de las cuales el 24.5% correspondieron a la población en estudio. En el programa de salud de adultos en la Región Metropolitana, se produjo 76,997 consultas médicas por morbilidad de las cuales 68,293 pertenecieron a las edades entre los 20-59 años, que es la edad que nos ocupa en este estudio; por controles de salud por médico y enfermera se dieron 21,435 consultas.

Sin embargo, estas estadísticas reflejadas en las consultas antes mencionadas no hacen referencia de que si en dichos controles se enfatizaron sobre las acciones promocionales y preventivas de los factores de riesgo para la salud del adulto.

La mortalidad para el año 1989 entre hombres y mujeres en el país registran 9,557 defunciones en total resultando tasas por 1,000 habitantes, según la estimación de total de la población total al primero de julio, de 4.7 y 3.3 respectivamente. El 21.3% de estas muertes ocurrieron en adultos entre 20 y 59 años de edad correspondiendo a 2,037 muertes. En la región metropolitana se reportaron 2,548 muertes, representando el 27% del total de muertes en personas de edad productiva.

Lo anteriormente descrito nos lleva a pensar que el control de salud de los adultos y sus factores de riesgo, ya sean biológicos, ambientales, socioeconómicos o del estilo de vida, están influyendo en el nivel de salud de este grupo de edad situación que nos motiva a desarrollar este trabajo de investigación.

B. DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Existe un control adecuado de la salud del adulto para la prevención de la morbilidad mediante el control de factores de riesgo ambientales, biológicos, del estado socioeconómico y del estilo de vida en la Región Metropolitana?

C. JUSTIFICACIÓN.

Descrita estadísticamente la problemática de la morbi-mortalidad en Panamá y la Región Metropolitana, el presente estudio se justifica basado en las siguientes

premisas:

Las personas acuden en busca de ayuda cuando las consecuencias se agudizan, cuando hay daño severo, o bien cuando hay una amenaza de pérdida de la salud, del trabajo, o de la familia, lo que limita un buen control de la salud.

Dado que la salud es tan importante para el ser humano y para el desarrollo del país, ya que de ésta depende su productividad, se hace imperativo estudiar cómo puede verse influida la salud del adulto por un control adecuado de salud, incluidos los aspectos preventivos de algunos factores de riesgo, que en este estudio hacen referencia a los factores ambientales, biológicos, del estado socioeconómico y estilo de vida que inciden en la salud de la población adulta.

El alcance de la meta social de los pueblos (SPT/2000) requiere una visión holística del concepto de salud, reconociendo la interacción de los factores del ambiente externo y del medio interno del individuo y los grupos humanos.

Si bien es cierto que las acciones sobre el ambiente externo (ecológico-social) constituyen condiciones primarias para garantizar un buen nivel de salud, las acciones sobre los aspectos biológicos y el estilo de vida son indispensable para optimizar el nivel de salud y bienestar¹.

A los riesgos económicos sociales se agregan los riesgos biológicos conductuales, por lo que se debe intentar reconocer

1

MINISTERIO DE SALUD. Caja de Seguro Social. Programa de Salud Dirigidos al Adulto. Normas de Atención. Panamá. 1990. Págs. 44-47.

este sinergismo al formular las acciones de atención a los grupos humanos.

Sin perder la perspectiva de los grupos humanos postergados, se deben considerar las necesidades de los grupos humanos en su condición de género (femenino o masculino), de edad fértil, adolescente, trabajador y anciano, así como de sus necesidades particulares en las áreas de la nutrición la salud mental y la salud bucal².

D. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

1. OBJETIVO GENERAL.

Analizar estratégicamente problemas de salud y factores de riesgo, ambientales, biológicos, del estado socioeconómico y del estilo de vida, relacionados con la morbilidad de adultos según nivel de postergación con la finalidad de hacer recomendaciones a los servicios de salud de adultos en el Corregimiento de Calidonia en 1994.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a. Identificar los factores de riesgo del ambiente físico social, biológicos, del estilo de vida y servicios de salud a que se encuentra expuesto el adulto entre 20 y 59 años de edad de las localidades de Perejil y San Miguel.
- b. Describir esos factores de riesgo que son prevenibles y/o controlables en esas localidades.
- c. Evaluar la creencia que tienen esas comunidades de la importancia del control de salud del adulto

² ESCALA, Manuel. Apuntes. Programación de Acciones de Atención a los Grupos Humanos. Panamá. 1993.

sano.

- d. Realizar el análisis estratégico de los problemas de salud y sus factores de riesgo de acuerdo al nivel de postergación.
- e. Sugerir acciones de promoción y protección de la salud considerando prioritariamente a los grupos humanos menos favorecidos y de mayores riesgos en esas comunidades, para contribuir a elevar el nivel de salud de la población en edad productiva.

E. PROPÓSITO.

De acuerdo al problema planteado este estudio procura contribuir con el programa de Salud de Adultos de Panamá ofreciéndole un análisis de riesgos para la implantación del programa con énfasis en los factores socioeconómicos, de la biología humana y del ambiente, analizados de tal manera que se pueda promover la salud y disminuir los riesgos que generan enfermedad y muerte.

F. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La morbilidad del adulto de Perejil y San Miguel del Corregimiento de Calidonia está asociada a factores de riesgo ambientales, biológicos, socioeconómicos, del estilo de vida y de servicios de salud.

G. VARIABLES PRINCIPALES DEL ESTUDIO O ELEMENTOS QUE SE CONSIDERAN MAS IMPORTANTES PARA EL ESTUDIO DEL PROBLEMA.

1. VARIABLES BIOLÓGICAS.

- Edad
- Sexo
- Número de hijos
- Hábitos alimenticios

- Enfermedades que padece
- Morbi-mortalidad

2. VARIABLES DEL AMBIENTE (FÍSICO, NATURAL Y SOCIAL).

- Lugar de residencia
- Condición de la vivienda
- Lugar de trabajo
- Ingreso familiar
- Escolaridad
- Estado civil
- Composición familiar
- Oficio

3. VARIABLES DEL ESTILO DE VIDA.

- Otros hábitos (fumar, drogas, alcohol)
- Recreación y/o actividades del tiempo libre

4. VARIABLES DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

- Control de salud
- Satisfacción

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

- 1. Edad:** Tiempo en años cumplidos en el momento de la encuesta.
- 2. Sexo:** Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer. Condición orgánica que lo hace diferente al uno del otro.
- 3. Estado civil:** Si es casado, soltero, viudo, separado, unión libre o separado.
- 4. Hábitos alimenticios:** Tipo de alimentación que acostumbra,

en cantidad y contenido.

5. **Número de hijos:** Cantidad de hijos paridos o engendrados, y/o de crianza bajo su tutela.
6. **Oficio:** Se considera la profesión u oficio que la persona desempeña.
7. **Lugar de trabajo:** Se consideran instituciones del gobierno, empresa privada, área del canal, trabajador por cuenta propia y oficio doméstico.
8. **Composición familiar:** Número de personas que componen su familia y que conforman su hogar.
9. **Otros Hábitos:** Implica si la persona toma medicamentos o drogas, si ingiere bebidas alcohólicas o si fuma.
10. **Enfermedades que padece:** Si sufre de alguna enfermedad crónica u otras dolencias que le sean frecuentes.
11. **Control de Salud:** Atención médica que recibe una persona sana en una institución de salud con el objeto de mantener la salud, prevenir o detectar problemas de salud.
12. **Lugar de residencia:** Si pertenece al Corregimiento de Calidonia (Barrio de Perejil y/o San Miguel).
13. **Ingreso Familiar:** Se refiere al ingreso económico total mensual de su hogar.
14. **Estado de la vivienda:** Dicese del tamaño en cuanto a número de habitaciones, existencia y ubicación de

sanitarios, y material de construcción de la vivienda.

15. **Escolaridad:** Nivel de educación escolar, primaria, secundaria, universitaria, completa o incompleta.
16. **Factor de riesgo:** Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido³.

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). Los factores de riesgo pueden ser: biológicos, ambientales, de comportamiento, relacionados con la atención a la salud, sociales, culturales, económicos⁴.

17. **Grupo humano postergado:** Conjunto de individuos con oportunidades y condiciones de vida inferiores a las de otros grupos que también integran una sociedad dada. Se caracteriza habitualmente por la distribución espacial de la pobreza y la insatisfacción de necesidades básicas. Para efecto de este estudio los postergados son los residentes en San Miguel y los no postergados los residentes en el barrio de Perejil⁵.

18. **Morbi-mortalidad:** Estado o condición de enfermedad y

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Washington, E.U.A. 1987. Pág. 9.

⁴ Ibid., pág. 11.

⁵ Ibid., pág. 29.

calidad de mortal.

19. **Recreación:** Práctica de algún juego, deporte o actividad que distraiga, relaje o aumente la actividad física.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

A. EL CONTROL DE SALUD.

Salud para todos en el año 2000 se ha hecho la meta de la Organización Mundial de la Salud y de la mayoría de los países del mundo.

Tal meta global es muy digna de elogio. Pero de alguna manera es peligrosa porque hay el riesgo de intentar alcanzar de modos que se hagan tan uniformes, tan impersonales y tan controladas por las autoridades, que se pierdan muchas de las calidades humanas que son indispensables para la salud y para el cuidado de la misma.

Existen evidencias de que esto está sucediendo. En los últimos 10 a 15 años se han realizado muchísimos intentos de hacer llegar la atención básica de la salud a las comunidades pobres. Se han gastado billones en grandes programas nacionales o regionales planificados por expertos altamente especializados, pero muchas veces los resultados han sido descorazonadores. En la mayoría de los países, sigue creciendo el número de personas que sufren enfermedades que podrían prevenirse o son fácilmente curables⁶.

Desde hace ya varios siglos se acepta en general que una de las cosas más importantes que puede hacer una persona para salvaguardar su salud es someterse a exámenes periódicos por un médico competente. Si estos controles de salud se realizan de manera concienzuda, se pueden descubrir con frecuencia enfermedades o anomalías en época bastante temprana para poder tomar medidas correctivas que eviten la incapacidad ulterior,

⁶ WENNER, David. Aprendiendo a Promover la Salud. California. Fundación Hesperian. 1984. Pág. 1.

o al menos la difieran o reduzcan al mínimo.

Es de lamentar que hay pocas personas que recurran a esta protección importante de su salud. Sabemos que ello depende de muchas variables, entre ellas, las del individuo mismo que piensa que sólo se acude al médico cuando se está enfermo, o es posible que sea renuente a gastar tiempo y dinero en estos exámenes.

Por otro lado, el control de salud puede que no sea de valor o apreciado por el médico que está muy ocupado y preocupado por la medicina curativa y no desee ni disponga de tiempo para efectuar estas exploraciones.

Casi todos los médicos consideran que la frecuencia óptima de hacerse controles de salud periódicos para mantener la salud debe ser de una vez al año y para ello no es necesaria la hospitalización.

Entre las finalidades que se tienen con los controles periódicos de salud podemos mencionar los siguientes:

- Descubrir enfermedades crónicas, en etapa incipiente.
- Apreciar desviaciones de las normas susceptibles de corregirse.
- Identificar hábitos y costumbres nocivos para la salud, y aconsejar la manera adecuada para eliminarlos.
- Establecer un punto de comparación para lo futuro.
- Aumentar la apreciación del valor de la salud.
- Proporcionar tranquilidad en cuanto a enfermedades desconocidas.
- Establecer relaciones adecuadas entre médico y

paciente .

Las medidas preventivas son sugeridas por los mismos pacientes. Esta generación ha visto surgir un público profano perfectamente enterado de las maravillas que la ciencia médica moderna ofrece. Las comunicaciones en masa han estimulado, como nunca antes, la demanda urgente y persistente por parte de los pacientes, de atención médica que les promete curación o mejoría⁸.

El Dr. J. Rey Calero nos señala que en la planificación en salud es muy importante la logística y la estrategia. Considerándose dentro del análisis logístico:

- a. Diversas actividades necesarias en las partes.
- b. Así como la selección entre cada una de las partes.
- c. Los recursos necesarios en cada etapa.
- d. El tiempo necesario con las flechas adecuadas.

La estrategia viene dada por el ajuste de un plan a las reacciones previsibles que pueda desencadenar.

El plan de salud se configura al ser definidos los objetivos perseguidos (bases operativas), la promoción de la salud en la comunidad, introduciendo unas medidas a corto o largo plazo.

La base operativa propone unos objetivos:

- a. Disminuir los riesgos que generan enfermedad o muerte.
- b. Incrementar la salud.

⁷ HILLEBOE, Hernan. *Medicina Preventiva*. 2ª Edición. México. Interamericana. 1966. Pág. 322.

⁸ *Ibid.* Pág. 3.

El plan a largo plazo (diez años) consistirá en remover los obstáculos de la salud, detectando los fallos de la misma (falencia).

B. PROGRAMA DE SALUD DE ADULTOS.

En Panamá tenemos el Programa de Salud de Adultos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social. Este programa responde a la concepción de que el ser humano adulto es una unidad biológica, psicológica y social en interacción permanente con su medio ambiente y dicha atención debe enmarcarse en un sistema integral, ejecutado por el equipo de salud, dando prioridad a la educación, promoción, prevención y conservación, sin descuidar la curación, recuperación y rehabilitación.

La atención integral no puede realizarse por un sólo profesional, si no que requiere de la participación de las diferentes disciplinas, que aportando sus propias técnicas y destrezas en una forma coordinada, darán una respuesta efectiva al fenómeno salud-enfermedad.

El Programa de Salud de Adultos presenta funciones y actividades de los equipos de salud a nivel nacional, regional y local.

La implementación de este programa se lleva a cabo por un equipo multidisciplinario que realiza las diversas normas y estrategias de atención para el logro del propósito y objetivos del programa que a continuación se describe.

1. PROPÓSITO DEL PROGRAMA.

Brindar al equipo de salud los lineamientos para la atención eficiente, eficaz y oportuna del adulto.

2. OBJETIVOS GENERALES.

- a. Elevar el nivel de salud de la población adulta promoviendo su pleno bienestar biológico, psicológico y social, a través de una medicina integral dirigida al individuo, la familia, o la comunidad; contribuyendo al desarrollo socioeconómico de la República de Panamá.
- b. Promover la interrelación entre los distintos niveles de atención de nuestro sistema de salud, con el propósito de mejorar tanto la calidad de la atención, como el grado de satisfacción de la población adulta con los servicios de salud.
- c. Fomentar las acciones de educación, prevención, curación y rehabilitación integral que contribuyan a reducir la morbilidad y mortalidad en la población adulta.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a. Efectuar el diagnóstico y análisis de la comunidad para orientar las acciones de la comunidad de acuerdo a las necesidades prioritarias de salud de la población adulta.
- b. Realizar educación para la salud del adulto a su familia y a la comunidad en todos los niveles de atención.
- c. Ampliar la cobertura de atención de salud al adulto, especialmente en los grupos humanos postergados y marginados.
- d. Detectar los factores de riesgo a que está expuesto

el adulto, familias y comunidad y establecer medidas preventivas en los diferentes niveles de atención.

- e. Reducir las tasas de morbilidad y mortalidad de los adultos mediante la educación, prevención, detección temprana de enfermedades y su tratamiento y rehabilitación oportunos.
- f. Prestar atención en salud a los grupos de alto riesgo.
- g. Reforzar la atención en salud a los adultos sanos mediante los controles de salud.
- h. Promover las medidas de autocuidado a la salud en la población adulta sana con especial atención a los estilos de vida.

Cabe destacar de entre las estrategias de atención el control general de salud debido al interés especial de nuestro estudio.

4. CONTROL GENERAL DE SALUD.

El Control de Salud consiste en una revisión anual de la condición de salud del individuo sano con propósitos de promoción y prevención.

El control comprende historia clínica completa, examen clínico médico-odontológico, exámenes de laboratorio, exámenes complementarios y control nutricional.

Es de importancia mencionar que existe dentro de los programas de salud dirigidos al adulto un Programa de Salud

Ocupacional. Dentro de sus consideraciones generales, contempla el hecho de que en nuestro país se han producido cambios estructurales en la morbi-mortalidad de la población, dado el desarrollo económico y social, y el saneamiento de los indicadores de salud, lo que ha dado paso a una modificación en el tipo de daños a la salud de la población, en particular a los trabajadores. Sin embargo éste es objeto de enfermedades atribuibles al trabajo y a los trastornos ecológicos del medio, razón por la cual el abordaje de estos problemas debe enfocarse desde el punto de vista educativo, preventivo, curativo y de rehabilitación.

Según el enfoque moderno, los trabajadores constituyen un grupo de la comunidad y la salud de los mismos debe concebirse como un todo indivisible⁹.

Este programa tiene como propósito contribuir a la disminución de los daños a la salud de la población que trabaja y obtener un óptimo bienestar biosicosocial de estos grupos, para así llevar el desarrollo económico y social del país¹⁰. Se intenta lograr el mismo con objetivos generales y específicos trazados, además de actividades bien definidas.

C. ASPECTOS LEGALES.

El artículo 105 de la constitución consagra como función esencial del Estado Panameño "Velar por la salud de la población de la República". La excerta legal dice:

"Es función del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo como

⁹ MINISTERIO DE SALUD. Programa de Salud Dirigidos al Adulto. Op. cit., pág. 44-47.

¹⁰ HILLEBOE, Hernan. Medicina Preventiva. Op. cit., pág. 322.

parte de la comunidad tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como completo bienestar físico, mental y social"¹¹.

Es importante destacar que dentro de las políticas de salud de nuestro Sistema de Salud, se reconoce que en todos los niveles se proporcionará atención integral, caracterizada por el equilibrio dinámico entre las acciones de prevención, curación y rehabilitación, de acuerdo a las necesidades del individuo, de la familia, y de la comunidad. Esta atención no sólo se brindará en los establecimientos de salud, sino en los hogares y en los sitios de trabajos y de educación.

En cuanto a la gestión de los programas de salud consagra que "los esfuerzos y recursos de las instituciones del sector deberán estar orientados hacia la prevención, vigilancia y control de aquellos problemas o condiciones que afectan a las grandes mayorías de la nación"¹².

Con respecto a la salud de los trabajadores, se deberá hacer énfasis en el control de los factores de riesgo laboral, protegiendo la salud actual y futura del trabajador. También se deberá poner especial atención en la prevención y control de las enfermedades profesionales¹³.

Debido al incremento de las defunciones por enfermedades crónicas, que ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte, y en razón del elevado costo socioeconómico de su

¹¹ REPÚBLICA DE PANAMÁ. Constitución de la República de Panamá. Acto Reformatorio de 1983. Panamá. 1987. Pág. 23.

¹² MINISTERIO DE SALUD. Políticas de Salud. Panamá, 1990. Pág. 22.

¹³ Ibid., Pág. 23.

curación y rehabilitación, se deberán reforzar los programas de prevención de enfermedades crónicas, con énfasis en la educación masiva de la comunidad.

Igualmente, el avance de las enfermedades sociales (drogadicción, alcoholismo, violencia, etc.), obliga al reforzamiento de los correspondientes programas de prevención y control¹⁴.

En la declaración No. V y VIII de ALMA-ATA también se sustenta la imperiosa necesidad de políticas de salud que contribuyan con el mejoramiento de los niveles de salud de los pueblos y ésta nos dice lo siguiente consecutivamente:

"Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo debe cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que le permita llevar una vida social y económicamente productiva. La APS, se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas), es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria en Salud como parte de un Sistema Nacional de Salud completo en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar

¹⁴ Ibid., pág. 24.

racionalmente los recursos externos disponibles"¹⁵.

D. ECOSISTEMA, ANTROPOSISTEMA Y SALUD.

La ecología, al estudiar las interrelaciones de los seres humanos entre sí, es algo dinámico, en continuo cambio, cumpliéndose unos ciclos en que los seres vivos o factores bióticos necesitan unos soportes abióticos o fisico-químicos. La totalidad de factores que se interrelacionan en un lugar de la biosfera, que constituye el ecosistema, tiene unas características, las cuales son:

- a. El de ser autorregulable. El crecimiento de los seres vivos que disponen de un territorio está limitado por la disponibilidad de alimentos, etc.
- b. Es autosuficiente. Es abierto en cuanto permite entradas y salidas, pero es cerrado desde el punto de vista de los materiales que la integran; subsiste pues, en sistema de "caja cerrada".
- c. Tiene variedad, pues mientras más varía es más estable.
- d. Tiene por lo tanto, estabilidad.
- e. Tiene una funcionalidad que es la jugada por los nichos ecológicos. Cada especie tiene una funcionalidad (nicho), y posee una dinámica poblacional dependiendo de las disponibilidades.

Se han experimentado revoluciones ecológicas, como la

¹⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - UNICEF. ALMA-ATA, Atención Primaria de Salud. Ginebra, 1978. Pág. 5.

introducida por el hombre con la agricultura y la domesticidad de los animales, con la utilización de la energía del viento y vapor, la de la electricidad, la de la era atómica y la cibernética.

Así pues, el hombre con su inteligencia y transmisión de experiencias a las sucesivas generaciones modifica condiciones naturales, y emplea diversas fuentes de energía. El hombre pues, constituye su propio sistema o antroposistema. La teoría general de los sistemas de BERTALANFY y de WIENNER, "CIBERNETICS", establecen modos especiales de cumplir el objetivo del sistema, mediante la entrada de materiales, a través de la transformación de energía, reciclaje y eliminación .

El objetivo fundamental de los antroposistemas es la expansión de la especie humana.

Según Bernnet, las diferencias entre ecosistema y antroposistema se especifican en el cuadro siguiente:

E. DIFERENCIAS ENTRE LOS SISTEMAS ECOLÓGICO Y HUMANO

ECOSISTEMA	ANTROPOSISTEMA
Gran Variedad de especies	Ausencia de Variedad
Riqueza de información genética	Tendencia a la uniformidad genética
Estabilidad temporoespacial	Inestabilidad temporoespacial
Autorregulación y autocontrol	Regulación y control a cargo del hombre
Autosuficiencia material	Necesidad de aportes materiales constantes
Uniformidad de fuente energética solar	Pluralidad de fuentes energéticas
Dinámica de poblaciones en relación con condiciones ambientales	Dinámica de poblaciones sin relación con condiciones ambientales.

ECOSISTEMA	ANTROPOSISTEMA
Completa metabolización sistémica de materia y energía	Incompleta metabolización sistémica de materia y energía.
Escasa información semántica	Riqueza de información semántica en continua acumulación y crecimiento
Biomasa óptimas de especies poco o nada interrelacionadas	Biomasa máximas de especies poco o nada interrelacionadas
Cambios estructurales muy lentos (siglos o milenios)	Cambios estructurales rápidos (en algunos casos, fracciones de segundos)
Retroalimentación sistémica ("feedback") constante	Retroalimentación inconstante, insuficiente y variable
Cadenas energéticas fundamentalmente tróficas	Cadenas energéticas fundamentalmente no tróficas
Energía usada en la cantidad necesaria y suficiente para el mantenimiento de la vida	Derroche energético sin relación con necesidades vitales
Empleo de elementos químicos que sólo se relacionan con moléculas y actividades orgánicas	Empleo de gran número de elementos químicos sin relación con moléculas y actividades orgánicas
Estricta relación con las condiciones de agua, suelo y clima	Escasa relación con condiciones de agua, suelo y clima, que pueden modificarse de acuerdo con las necesidades.
Imposibilidad de crecimiento ilimitado del número de individuos de una especie	Explosión demográfica humana
No puede autodestruirse	Puede autodestruirse
Inexistencia e inutilidad de símbolos abstractos	Existencia, imprescindible de símbolos abstractos
No puede agredir al antroposistema	Agrede, modifica y destruye el ecosistema

F. LOS FACTORES DEL SISTEMA QUE AFECTAN LA SALUD.

Las condiciones que afectan a la calidad de vida del hombre, pueden ser estructurales o funcionales. Con unas entradas ("inputs") y salidas ("outputs") y de retroalimentación ("feedback") o aprovechamiento de la energía a partir de la materia y de su transformación, determinan y condicionan los procesos patológicos.

Por ejemplo, una insuficiente entrada o uso de alimentos, puede ocasionar una malnutrición o una subcarencia alimenticia. Habría que ver si se debe a un déficit o a un mal uso de factores sociales, culturales, etc.

Los individuos en la etapa de maduración de la personalidad son más susceptibles a estímulos de propaganda sobre el sexo, drogas o violencia.

Así pues, se puede lograr una contaminación ambiental física, como la de los desechos nucleares, pero también llegar a una contaminación social, por la propaganda ejercida por los medios de comunicación de masas, alterando la calidad de la vida o de la convivencia, que altera a su vez el cumplimiento de los objetivos del sistema.

El enfoque del sistema permite pues, una comprensión holística de la epidemiología y una mayor integración de los factores involucrados en la problemática de la salud¹⁶.

En el ambiente o medio siempre se identifican componentes en estrecha relación, los cuales son el conjunto de factores biológicos o bióticos y los factores abióticos de naturaleza fisicoquímica unos y otros de tipo social.

Las variaciones en el medio, en sí mismas, son muy amplias, pero además son perturbadas en forma importante y hasta violenta por el control que el hombre ejerce a nivel local sobre las condiciones ambientales, cuando crea microambientes limitados con iluminación, ventilación, temperatura y humedad estables, alterando así las funciones

¹⁶ CALERO, Rey J. *Método Epidemiológico y Salud de la Comunidad*. España. McGraw-Hill Interamericana de España. 1989. Pág. 8-9.

orgánicas que en otra época eran regidas por los ritmos de la naturaleza¹⁷.

G. FACTORES DE RIESGO.

El riesgo en enfermedades no transmisibles también se basa en criterios clínicos, y existe también una seroepidemiología o tests bioquímicos que podemos emplear.

En la valoración tanto de unas como de otras, en la comunidad se detectan grupos de alto riesgo, como grupos de población que sufren con más probabilidad o con más gravedad la enfermedad o proceso a estudiar.

"Factor de riesgo es un fenómeno de naturaleza física, química, orgánica o psicosocial, que actuando fenotípica o genotípicamente influye en la probabilidad del fenómeno epidemiológico estudiado".

El factor de riesgo puede ser determinístico en cuanto al factor causal que conduce al desarrollo de la enfermedad. Pero también se considera como factor de riesgo de tipo predictivo los que sin influir etiológicamente nos sirven como enunciadores de la enfermedad. El factor de riesgo supone, pues, una asociación a las variables, no importa de que tipo, que influyen en el desarrollo de la enfermedad.

Naturaleza. en cuanto a la naturaleza de los componentes del factor de riesgo los podríamos dividir en **exógenos**, como son: microclima de la vivienda (humedad etc.), polución atmosférica, exposición profesional (coniosis, etc), tabaquismo, etc. Los exógenos como el hábito de fumar,

¹⁷ LANGARICA, Raquel Salazar. Gerontología y Geriatria. México. Nueva Editorial Interamericana. 1985. Pág. 6.

características socioculturales bajas, o como la mortalidad infantil son mayores en las familias sin agua corriente en la casa y en las de menos cultura. El hábito de fumar representa 13 veces más probabilidades de morir en fumadores de 15 a 25 cigarrillos y 20 veces más en los de mayor cuantía; lo que supone unos cuatro años de disminución de la esperanza de vida. **Endógenos**, como pueden ser la edad, constitución, factores fisiológicos o genéticos.

Duración. Los factores de riesgo pueden ser instantáneos, como los que ocurren en la mayoría de los accidentes temporales, como ocurre con la presencia de ciertos vectores; continuos, cuando su acción está más extendida, como pueden ser ciertos hábitos alimenticios, consumo de agua de tal calidad, hipercolesterolemia, etc.

A continuación una lista referente al factor de riesgo y su significado:

1. Es el responsable de una determinada enfermedad, bien por la constitución o naturaleza del sujeto o factores internos, en cuyo caso se llaman predictores. Tal es el caso de HLA y cardiopatías, o bien, por factores exógenos o externos, consumo de lípidos, de sodio en el agua y cardiopatías.
2. Como indicador expresa aquellos datos cuya presencia nos pone de manifiesto la existencia de la enfermedad, como la tensión elevada en condiciones normales nos puede indicar hipertensión, pero el hecho de conseguir bajarla por efecto de un medicamento no quiere decir que hayamos curado, como la hiperglucemia puede ser indicador de diabetes, etc.

3. En cuanto a signos, cualquier factor (exógeno o endógeno) ligado de un modo estadísticamente significativo a la enfermedad, en virtud de posibilidades genéticas, endógenas o desconocidas en la exposición, los factores pueden ser únicos, reiterados, independientes, concomitantes, sinérgicos, etc.

Hay casos en que los factores que llevan a la enfermedad son una variable relativa y controlable.

4. Como Marcadores de riesgo hay casos en que los factores de riesgo no son susceptibles de control; en este caso son marcadores de riesgo como la edad, sexo, raza¹⁸.

El individuo vive su vida social exponiéndose a todos los "riesgos" biológicos, sociales y psicológicos que las sociedades humanas, en nombre del desarrollo y del progreso, crean y acumulan morbilidad en progresión permanente, invalideces, accidentes, carencias, excesos, etc. En estas condiciones, toda la vida del Homo Sapiens está sometida a riesgos. El proceso del envejecimiento humano está particularmente afectado por los múltiples factores exógenos que puedan actuar, acelerando el proceso o anticipándolo, o bien retardarlo prolongando el período adulto o extendiendo la senescencia, si predominan, no los

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD. Programa de Salud de Adultos. Normas de Atención. 1990. Pág. 1-17.

riesgos sino los factores favorables a la salud¹⁹.

Hernan San Martín y Vicente Pastor, en su libro "Epidemiología de la Vejez" nos hacen un señalamiento que parece interesante referente a los factores de riesgo y la vejez, y son los siguientes:

- a. El envejecimiento humano es un proceso natural, no patológico, tal como la muerte; ambos fenómenos están condicionados genéticamente y se producen a través del mecanismo biológico de la vida misma en cada especie viva.
- b. El envejecimiento en el hombre se produce, en las sociedades modernas, en forma precoz y acelerada, limitando la edad adulta activa y favoreciendo la muerte prematura.
- c. Esta situación provoca a su vez, una limitación en la longevidad individual; en la especie humana la longevidad individual potencial parece ser de 130 a 150 años y esta edad sólo se alcanza hoy excepcionalmente, en muy pocos individuos, si es que alguien alcanza, en realidad, sólo 0.5% alcanzan 100 años.
- d. El origen de esta situación (a,b,c) está en la causalidad social compleja: "mala calidad de la vida social" en las sociedades humanas, aún en las más desarrolladas, lo que se traduce en "malestar social e individual" para la mayoría de la

¹⁹ SAN MARTÍN, Hernan. Epidemiología de la Vejez. España. McGraw-Hill Interamericana de España. 1990. Pág. 5.

población humana actual, "insatisfacción de las necesidades" reales de la especie humana; acumulación progresiva de "riesgos biológicos, sociales y psicosociales" que introducen el desorden (entropía) en el sistema termodinámico de la vida, lo cual se expresa en la morbilidad, en invalideces, en muertes prematuras.

- e. El hombre podría prolongar su vida media actual y su longevidad individual diseñando sociedades y sistemas de producción que produjeran los "riesgos" que actualmente se producen, es decir, nosotros pensamos que se trata lógicamente de evitar los riesgos, no sólo de recuperar a los individuos de los daños ya producidos.

Vale decir, permitir a la población que viva sana, a través de cada individuo, su longevidad máxima individual.

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Los factores de riesgo pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

La combinación de estos y otros factores de riesgo en los mismos individuos incrementa aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud²⁰.

²⁰

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil. Op. cit. Pág. 13.

RIESGOS Y PROBLEMAS DE DIVERSA NATURALEZA QUE SE PRESENTAN CON MAS FRECUENCIA EN EL AMBIENTE DE VIDA DEL HOMBRE ATENTANDO A SU SALUD, AL ENVEJECIMIENTO Y A LA MUERTE PREMATURA (SÍNTESIS)

RIESGOS Y PELIGROS QUE PUEDEN EXISTIR EN EL AMBIENTE HUMANO

Riesgos climáticos, temperatura, humedad, radiación, altitud, sequía, vientos, etc.

Riesgos geográficos: atmósfera, agua, topografía, sol, etc.

Peligros diversos: sismos, inundaciones, tifones, volcanes, etc.

Peligros debido a la calidad higiénica de la vivienda.

Peligros y riesgos debidos a las condiciones sanitarias del trabajo humano.

Peligros que trae la urbanización excesiva de las poblaciones, aumento de la densidad de la población, promiscuidad, falta de áreas verdes, dificultades y peligros debido al exceso de transportes por motor, etc.

Tipo de alimentación habitual, cantidad, calidad y frecuencia.

Peligro de la existencia en el ambiente de vegetales patógenos para el hombre.

Peligro de animales agresivos y/o patógenos para el hombre.

Peligros del hombre para el hombre: agresividad, violencia, infecciones, guerra, falta de comunicación y de cohesión social, enfermedades y trastornos psicosociales.

Existencia de mutágenos naturales o artificiales.

Existencia de elementos carcinógenos y teratógenos naturales y artificiales.

Acción tóxica de los pesticidas,

MEDIOS GENERALES DE PROTECCIÓN PARA EVITAR ESOS RIESGOS Y PELIGROS

Recuperación de tierras para el cultivo y la forestación.

Mantenimiento de zonas forestales y replantación.

Distribución adecuada de las aguas.

Saneamiento de los ambientes de vida humano, urbanos y rurales.

Lucha fundamentalmente contra los orígenes de la contaminación ambiental.

Saneamiento de la vivienda humana.

Lucha permanente contra los accidentes de todo tipo en la calle, en la casa, en el trabajo, etc.

Lucha permanente contra las causas de la irradiación.

Lucha permanente contra el ruido excesivo en los caminos, autorutas, estacionamientos, etc., y de la proliferación de medios de transporte que alteran la vida urbana y rural, y degradan la naturaleza.

Multiplicación permanente de las áreas verdes de las zonas urbanas.

Higiene y seguridad del ambiente de trabajo, de estudio, doméstico.

Control del trabajo industrial: producción de tóxicos y sustancias patógenas, ruidos, gases desechos sólidos, etc.

Protección y prevención de las catástrofes de la vida social.

raticidas, etc. usados en agricultura y con fines domésticos.

Acción tóxica de los colorantes, detergentes y otras sustancias químicas de uso habitual cosméticos.

Acción tóxica del alcohol, drogas y medicamentos usados sin control.

Polución del ambiente, atmósfera, aguas, suelos, vegetales, alimentos, etc.

Peligros de la energía atómica y de los neutrones: radiación, guerra.

Peligros y riesgos del desarrollo industrial incontrolado.

Peligros del consumo general excesivo de las reservas naturales por parte de la población.

Peligros de la excesiva movilidad geográfica.

Peligros de la presión demográfica y de la velocidad excesiva del ritmo de crecimiento de la población humana.

Peligros del subdesarrollo social y cultural²¹.

Eliminación de las guerras y del uso de armas nocivas.

Transformación de los ejércitos en cuerpos de protección social.

Control del desarrollo económico-social actual en tres direcciones: Ecodesarrollo económico, social y cultural; control del consumo excesivo e innecesario, incluso perjudicial; control de la industrialidad y de sus productos.

²¹ SAN MARTÍN, Hernan. Op. cit., Pág 36

La importancia o valor del factor de riesgo para la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. Este hecho tiene que ser considerado al definir las estrategias de intervención²².

Existen factores de riesgo con un gran poder predictivo, tales como la pobreza. La baja calidad de la vivienda o el bajo nivel educativo (factores de riesgo fácilmente detectables), constituyen indicadores de un grupo de fuerzas interactuantes. Los factores de riesgo constituyen por lo tanto indicadores de que sucede dentro de un sistema biológico y social interactuante; la definición y la comprensión de las causas dentro del sistema es necesariamente limitada²³.

FACTORES DE RIESGO Y LOS DAÑOS ASOCIADOS	
A- POBREZA	Morbilidad
B- ANALFABETISMO	Daños
C- NUTRICIÓN DEFICIENTE	Muerte
D- ENFERMEDADES RECURRENTE	

H. LOS FACTORES CONDICIONANTES Y LOS NIVELES DE BIENESTAR.

Por las características mismas de la meta de salud para todos, esta se encuadra dentro del marco general del bienestar. Por ello será necesario incorporar en la evaluación y monitoría el seguimiento de un conjunto de indicadores a cerca de la evolución de los componentes del

²² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual Sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno-Infantil. Op. cit. Pág. 13. Pág. 15.

²³ Ibid., pág. 16.

nivel de bienestar. Tales componentes por otro lado, son factores que en mayor o menor grado condicionan el estado de salud que se obtendrá.

La organización, al adoptar las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, estableció el uso de ciertos indicadores económico-sociales considerados obligatorios para la evaluación del proceso hacia la meta.

Entre estos indicadores tenemos: población por edad, sexo, distribución geográfica y grupos socioeconómicos; alfabetismo, proporción de población en extrema pobreza, desempleo, proporción de población que vive en condiciones marginadas. Todos estos indicadores y otros más serán necesarios para el seguimiento del estado de los niveles de bienestar. Es importante resaltar que la población es un ingrediente imprescindible para la generación de muchos indicadores de salud y que particularmente deberá hacer un esfuerzo por determinar la población por grupos socioeconómicos, identificando aquellos considerados prioritarios. Dados ciertos rasgos comunes a muchos de los países de la región podría concebirse, con propósito puramente operacionales, el empleo de categorías definidas en términos de la distribución geográfica de la población, como la rural concentrada y la dispersa y la urbana marginada y la no marginada²⁴.

I. UN ENCUADRE PARA EL CONCEPTO DE SALUD.

Para poder analizar la relación entre los factores de riesgo y el estado de salud y enfermedad, es necesario contar

²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan de Acción para la Instrumentación de Estrategias Regionales. Washington, E. U. A. 1982. Págs. 80-81.

con un amplio marco de referencia o conceptualización de la salud y sus determinantes²⁵.

El Modelo Epidemiológico Tradicional de enfermedad tiene tres componentes: **Agente, Huésped y Medio Ambiente**. Por agente se entiende organismos infecciosos, agentes físicos, alérgenos, agentes químicos y excesos y deficiencias en la dieta. Los factores del huésped son elementos intrínsecos que afectan la susceptibilidad del individuo al agente. Los factores ambientales son entes extrínsecos que afectan la exposición del huésped al agente. La interacción de los factores en cada una de estas categorías produce enfermedad²⁶.

J. EL CONCEPTO CAMPO DE LA SALUD.

Este es un modelo que se adapta a una causa múltiple de la enfermedad y, ciertamente, a los conceptos más amplios de riesgo.

Esta conceptualización en cuatro divisiones primarias (estilo de vida, medio ambiente, biología humana, y sistema de organización de la atención de salud) fue inicialmente propuesta como un modelo de enfermedad-causa. Provee un enfoque más equilibrado del desarrollo de la política sanitaria como si lo comparara con las tradicionales divisiones de prevención, diagnóstico, terapia y rehabilitación que resaltan limitativos, o con salud pública, salud mental y medicina clínica²⁷.

²⁵ DEVER, Alan G. E. **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud**. E. U. A. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 1991. Pág. 2.

²⁶ Ibid., Pág. 3.

²⁷ DEVER, Alan G. E. Op. Cit., Pág 30.

LAFRAMBOISE, en su concepto de salud, determina la salud con las cuatro divisiones antes descritas y BLUM propone un modelo de "AMBIENTE DE SALUD" que luego se llamó "CAMPO CAUSAL Y PARADIGMAS DE BIENESTAR EN LA SALUD" en 1976, basándose en el modelo de Laframboise y Lalonde, Dever lo presenta como "MODELO EPIDEMIOLOGICO PARA EL ANÁLISIS DE UNA POLÍTICA SANITARIA".

Blum plantea que la amplitud de los factores determinantes de la salud demuestra la importancia relativa de los mismos. Los cuatro factores se relacionan y se modifican entre sí mediante un artículo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales.

Contrariamente Lalonde y Dever sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que los mismos estén en equilibrio.

El análisis de los factores de riesgo para las categorías de enfermedades dentro del marco del modelo epidemiológico de Dever para el análisis de una política sanitaria arroja resultados similares a aquellos que resultan de la teoría de Blum.

Es necesario ubicar el concepto de salud dentro de un marco general para poder analizar y estudiar la relación existente entre los factores de riesgo y los estados de salud y enfermedad. El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud²⁸.

²⁸ DEVER, Alan G. E. Op. Cit., Pág. 5-6.

En un documento titulado "PREDICTABLE MORTALITY THROUGH THE LIFE STAGES" fechado 1980, se señala claramente que para eliminar las mayores causas de muerte y lesiones en la sociedad es necesario poner mayor énfasis en la prevención. El análisis de los patrones social, psicológico y epidemiológico aplicado a las distintas etapas de la vida demuestra la importancia que tiene la administración de los servicios de salud en el área de la promoción de la salud.

En el artículo antes citado parece que de acuerdo con las actitudes que la gente asume frente a la vida, ciertos hechos (muerte, lesión, enfermedad) sólo le ocurrirían a otro, en cualquier momento de la vida y por casualidad. La realidad es que las probabilidades de que estos hechos ocurran a todos y a cada uno de nosotros son altas y que además, es posible predecir perfectamente en qué etapa de la vida puede ocurrir.

K. PREVENCIÓN PRIMARIA.

En lo que respecta a los servicios de salud y la epidemiología, este es el período de inhibición del desarrollo de la enfermedad antes de que ocurra, es el período considerado prepatogénico. Sus objetivos son mejorar el nivel general de salud y procurar las medidas de protección específicas, y por medidas de prevención específicas se entiende tareas de inmunización, sanidad ambiental, y protección de accidentes y riesgos de trabajo, lo que implica prevención en un sentido convencional.

Las medidas que se refieren a la promoción de la salud incluyen factores biológicos, ambientales y nivel de vida; área esta que contribuye mayormente a reducir en forma enérgica la mortalidad y morbilidad²⁹.

²⁹ DEVER, Alan G. E. Op. Cit. Págs. 8-9.

Específicamente, el nivel de prevención primaria independientemente del elemento del concepto de campo de la salud, debe promover ideas para el mercadeo de la salud y la prevención de la enfermedad. El análisis realizado por etapa de vida, elementos del concepto de campo de la salud y niveles de prevención, tiene un valor ilimitado cuando se lo aplica a diversas categorías de enfermedad. Se debe fomentar la utilización de este enfoque para promover los principios de la epidemiología en la investigación de servicios de salud³⁰.

A continuación se presenta la definición de las variables de este estudio relacionadas con el concepto Campo de Salud:

ESTILO DE VIDA. Más precisamente, son los riesgos autogenerados. Pueden dividirse en tres elementos: riesgos inherentes al ocio, a los modelos de consumo y ocupacionales. Los riesgos inherentes al ocio son algunos modos de autodestrucción y aparecen como resultado de los riesgos de actividades inherentes al ocio. Por ejemplo, la falta de recreación se asocia íntimamente con la hipertensión y con las enfermedades coronarias, causa de obesidad y lleva a una total falta del estado físico.

MODELOS DE CONSUMO. Constituye otro tipo de riesgo autogenerado. Algunos ejemplos son:

- Consumo excesivo de alimentos, causa de obesidad y otras consecuencias.
- Ingestión de colesterol, causa de enfermedades cardíacas.
- Adicción de alcohol, causa de cirrosis hepática.

³⁰ Ibid., Pág. 11.

- Consumo de alcohol, causa de accidentes automovilísticos.
- Consumo de tabaco, causa de cáncer de pulmón y agravante de las enfermedades cardíacas.
- Drogadependencia y consumo de drogas, causa de suicidio, homicidio, desnutrición, accidentes, marginación social y ataques agudos de angustia.
- Abundante consumo de glucosa, causa de caries dentales, obesidad e hiperglucemia con sus problemas concomitantes.

RIESGOS OCUPACIONALES. Los estilos de vida destructivos originados en los riesgos ocupacionales son igualmente significativos, pero mucho más difícil de identificar. Las presiones del trabajo causan estrés, angustias y tensiones que a su vez pueden provocar úlceras pépticas e hipertensión. Otros hábitos (difíciles de categorizar), tales como conducir de manera negligente, son causa de accidentes y otros, tales como la promiscuidad sexual, pueden resultar en el contagio de sífilis, gonorrea o SIDA³¹.

LA DIMENSIÓN FÍSICA. En un ambiente físico, ciertos elementos muestran una estrecha relación con el uso de la energía (petróleo), por parte de una población en crecimiento. El consumo de energía por persona se está incrementando concomitantemente con la población y el estándar de vida. Además, es altamente probable que peligros para la salud tales como la contaminación del aire y agua, y el ruido también, en forma constante. Todo esto provoca

³¹ DEVER, Alan G. E. Op. Cit., Págs. 30-31.

enfermedades o problemas de salud, entre ellos, la pérdida de la audición, enfermedades infecciosas, gastroenteritis, cáncer, enfisema y bronquitis.

En casos limitados, la radiación ultravioleta e ionizante tiene implicaciones de salud que pueden provocar cáncer de la piel o mutaciones genéticas.

LAS DIMENSIONES SOCIALES Y FÍSICAS. Estas divisiones de la salud en términos ambientales involucran factores más importantes que causan modificaciones en la conducta y problemas en la percepción y en las relaciones interpersonales.

El hacinamiento, el aislamiento y los cambios acelerados, así como el intercambio social, pueden resultar causa de homicidios, suicidios, estrés decisional y sobrestimación ambiental.

Tales condiciones ambientales crean riesgos que representan una amenaza mucho mayor para la salud que cualquier falla del sistema de atención médica. Los problemas de salud resultantes se resolverán solamente imponiendo normas y controles a las organizaciones e industrias involucradas.

BIOLOGÍA HUMANA: Este elemento, cuyo objetivo principal es el cuerpo humano, se concentra muy especialmente en la biología básica del ser humano y en su constitución como individuo. Es así como la herencia genética de un individuo puede determinar desórdenes genéticos, malformaciones congénitas y atraso mental. El proceso de maduración y envejecimiento es un factor determinante de la artritis, diabetes, arterosclerosis y cáncer. Los

desórdenes evidentes del sistema óseo, muscular, cardiovascular, endocrino y digestivo, son subcomponentes de los complejos sistemas internos.

Las categorías de enfermedades relacionados con la biología humana deben ser evaluadas de acuerdo con otras divisiones del modelo epidemiológico. El asesoramiento genético de padres cuyos niños pueden contraer enfermedades de este orden es un paso adelante.

Si se pueden controlar los factores o problemas que se originan en la biología humana, se podrán salvar muchas vidas, reducir la miseria y disminuir el costo de los tratamientos³².

L. EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD.

El cambio de enfoque del cuidado de la salud, que coloca el acento en la salud en lugar de ponerlo en la enfermedad, llevó a redefinir la epidemiología de la manera siguiente: "Actualmente la epidemiología se ocupa de la salud y la enfermedad en grupos poblacionales, así como de los factores-incluyendo los servicios de salud que las determinan", y también como "la ciencia que se ocupa de la ocurrencia, distribución y determinantes que afectan a la salud y la enfermedad".

La característica distintiva de la epidemiología es que se ocupa de la salud de grupos y poblaciones mientras que las disciplinas clínicas se dedican a la enfermedad en los individuos. La epidemiología siempre ha constituido una forma de analizar la salud de la comunidad. Por esta razón, se le puede definir como la ciencia "que brinda recursos para la

³² DEVER, Alan G. E. Op. Cit. Págs. 31-32.

cura y prevención mediante la aplicación de técnicas epidemiológicas modernas para evaluar las necesidades de salud de los grupos de poblaciones"³³.

M. ETAPAS DE LA VIDA HUMANA

La doctora Elisa Dulcey en su libro "Jubilación en Colombia", ha clasificado las diversas etapas de la vida según el siguiente cuadro del geriatra colombiano Dr. Guillermo Marroquín Sánchez, que para efectos de este estudio sólo se utilizan las correspondientes a la edad del adulto en estudio.

EVOLUCIÓN HUMANA	EVOLUCIÓN HUMANA
A. Adulto Joven	Creatividad, plenitud
B. Adulto	Tecnificación intelectual
C. Adulto Maduro	Estabilización, realización, económicamente productivo ³⁴

Se clasifica a las edades del adulto en estudio como la "segunda edad" o edad de los padres (21-49). y sus características son las siguientes:

- Fin del crecimiento,
- Disminuye la agudeza auditiva,
- Anabolismo y catabolismo equilibrados,
- Profesionalismo (21-28 años).

- Leves síntomas de arterosclerosis,
- Madurez física y psíquica,
- Aumento catabólico,
- Menos anabolismo,

³³ DEVER, Alan G. E. Op. Cit. Págs. 18-19.

³⁴ CANAL, Gonzalo. Op. Cit., Pág 36.

- Máxima productividad (28-35 años).
- Cambios en el cabello,
- Mejor actividad sexual,
- Trastornos en la digestión,
- Consolidación intelectual. (35-42 años).
- Incidencias de problemas conyugales,
- Lesiones osteo-articulares,
- "Breakdown" menopáusico,
- Aumento de serumen,
- Aumento de peso,
- Flacidez muscular (42-49 años)³⁵.

Los soviéticos han trabajado mucho en el estudio de la vejez, llevando la gerontología a campos de avanzada, y han reestructurado la escala de las edades en una forma nueva, comprendida dentro de los siguientes conceptos, recogidos por el diario vespertino de Bogotá, en su número de diciembre 21 de 1979. Según ellos:

- La juventud dura de los 20 a los 40 años
- la madurez de los 40 a los 60 años
- edad avanzada de los 60 a los 75 años
- y la vejez o cuarta edad de los 75 años en adelante.

La clasificación cambia continuamente con los progresos de la ciencia y las condiciones de salubridad. Se calcula que para el año 2000 la adolescencia durará hasta los 30 años y la juventud de los 30 a los 60 años.

El gerontólogo norteamericano Roy Waldorf, deduce que

³⁵ CANAL, Gonzalo. Op. Cit. Págs. 80-81.

aunque parezca increíble, la edad mediana del hombre será de los 60 a los 100 años y que únicamente después de los 100 años, empezará la edad avanzada.

Roy Waldorf fundamenta su vaticinio en el progreso de la humanidad, en datos de los cambios de la naturaleza y en el papel del desarrollo de los factores socio-ecológicos, también con el cambio de actitud de la gente, en la consideración de la edad avanzada y en el creciente nivel cualitativo de la sanidad.

Demuestra científicamente que así como el niño de hoy crece más de prisa que el de hace treinta años, el hombre maduro envejece más lentamente también. El actual "rejuvenecimiento" de los abuelos ha replantado el concepto de las edades³⁶.

N. EDAD ADULTA Y MADUREZ.

La edad adulta no es un período de estabilidad y permanencia, sino de modificación y fluctuación constante. Los cambios que ocurren durante esta etapa de la vida no muestran un orden secuencial o cronológico absoluto, aunque ciertos acontecimientos son biológica, fisiológica y socialmente determinados o esperados.

El impacto del cambio, que a menudo incluye nuevas relaciones y expectativas, así como autovaloración alterada o modificada, inevitablemente implica al adulto en transiciones y modificación de criterios.

Los acontecimientos de la vida adulta entrañan pérdidas o ganancias. Por ejemplo, el matrimonio, el nacimiento de un

³⁶ CANAL, Gonzalo. Op. cit., Pág. 21.

hijo, la obtención de un trabajo, se incluyen en el capítulo de ganancias, mientras que se considera como pérdida el divorcio, una enfermedad crónica, despido en el trabajo, y el avance hacia la menopausia.

Los principales problemas en la vida adulta incluyen situaciones de tensión o alarma ("estrés"), el proceso de revaloración que no se caracteriza por un enfoque sobre el yo interior, sino en el desarrollo propio y nuevo examen y valoración de la competencia (inventario).

Los estados de tensión más graves son causados por acontecimientos que perturban la secuencia y ritmo de los ciclos vitales, como por ejemplo, cuando ocurre muerte de un progenitor durante la infancia del individuo y no al llegar a una edad mediana; cuando no tiene lugar el matrimonio en el momento apropiado o deseable, cuando un hijo nace demasiado pronto o demasiado tarde; cuando se demora el logro o realización profesional del sujeto, o cuando nacen nietos, sobreviene la jubilación o el retiro, surge la viudez en forma atípica o inesperada.

La fuente primaria de tensión para el hombre adulto es su trabajo, y para la mujer de edad mediana, la responsabilidad laboral de su esposo y la salud e incidentes en la vida de sus hijos.

El periodo de la "semisenectud" crea en algunos individuos la idea de que sus hijos sean capaces de obtener más satisfacción que ellos del sexo, del amor y de la vida en general, y al mismo tiempo consideran que sus padres se encuentran en plena decadencia. Para algunas personas de edad mediana, el hecho de haber quedado "atrapados en dos generaciones" intensifica una sensación de pérdida y de miedo

a envejecer, y reconfirma el sentimiento de que ya no son dueños de su destino, ni de su ambiente.

Uno de los acontecimientos más notables en la edad mediana se refiere a un cambio en la perspectiva del tiempo; en este período el sujeto comienza a pensar en términos del tiempo que le queda por vivir, y no en los años vividos desde el nacimiento. Esta clara conciencia de la mortalidad es al parecer más importante en el hombre que en la mujer. En efecto los hombres son más conscientes de su pérdida de fuerza y vitalidad, se preocupan más por su salud, y sienten más temor ante el paso del tiempo. Las mujeres por el contrario muestran más inquietud por la salud de las personas importantes en su vida, sobre todo el esposo, lo que probablemente quiere decir que la mujer "quizás ensaya para la viudez". Sin embargo, lo mismo que el hombre, tiene también conciencia clara del poco tiempo que le falta. El cambio en la perspectiva del tiempo lleva a una confrontación con la muerte, la cual se convierte ahora en una realidad personal, más que en algo que ocurre a otras personas.

La comprobación de que la vida en la edad mediana no progresa tan suave y dulcemente como se esperaba, puede hacer creer a algunos adultos de esta edad que quizás son anormales, ya que a menudo no se percatan de que otros también desconfían en sí mismos, han visto frustrarse esperanzas en su vida y muestran sentimientos de falta de adecuación³⁷.

En el Brunner-Suddart de 1989 presentan de otra manera las fases de la vida adulta³⁸:

³⁷ BRUNNER, L. S. y SUDDART, D. S. *Enfermería Médico Quirúrgica*. Sexta Edición, México, Interamericana McGraw-Hill. 1989. Págs. 216-217.

³⁸ *Ibid.*, Pág. 135.

FASES DE LA VIDA ADULTA

Transición a la fase inicial de la vida adulta	17-22 años
Entrada en el mundo adulto	22-28 años
Transición de los 30 años	28-33 años
Enraizamiento	33-40 años
Transición a la fase media de la vida adulta	35-45 años
Inicio de la fase media de la vida adulta	45-50 años
Transición a los 50 años	48-55 años
Terminación de la fase media de la vida adulta	55-60 años
Transición a la ancianidad	60-65 años
Ancianidad	65-80 años
Ancianidad tardía	80 años o más

Durante cada una de estas etapas se llevan a cabo los procesos descritos anteriormente de manera general.

Prieto de Nicola presenta diversas teorías en su obra que tratan de explicar el fenómeno biológico que es normal en todos los seres vivientes. Son de fácil interpretación y hacen derivar los fenómenos del envejecimiento de un desgaste de los órganos y de los tejidos por su uso prolongado, como sucede con el motor de una máquina. Esta comparación también es válida para otras teorías, como las que atribuyen el envejecimiento al acúmulo de residuos o de metabolitos en el organismo.

Es más interesante la llamada **Teoría Nerviosa del Envejecimiento**, que dice que las células nerviosas sufren una lenta pero progresiva destrucción durante la existencia, pero contrariamente a las otras células, no se renuevan ni son sustituidas por células de nueva formación. Falta la acción de regulación de la homeostasia que el sistema ejerce a nivel

de todos los órganos, y así se explican también las alteraciones morfológicas y funcionales que caracterizan el envejecimiento. Parecidas consideraciones se pueden hacer sobre el sistema endocrino por la reducción de sus funciones reguladoras durante el envejecimiento.

Más actualidad tienen las teorías basadas sobre las mutaciones somáticas y sobre la formación de uniones cruzadas en el colágeno. Durante el curso del envejecimiento aumentan las alteraciones cromosómicas, probablemente como consecuencia de la acción de algunos agentes, es decir, de los agentes mutágenos, como por ejemplo las radiaciones ionizantes y de otros factores ambientales. De este modo se afectan determinados sectores de la macromolécula del ADN, y se forman grupos de células o de clonas celulares con características distintas a las células originales.

Esta es la Teoría Clonal o Mutacionística del Envejecimiento: las clonas o familias celulares, que se han formado a consecuencia de las mutaciones, pueden tener predominio sobre la células originarias creando condiciones poco favorables para la homeostasia y para la supervivencia del organismo. Así pues, también se puede explicar en sentido estricto la llamada muerte por vejez o por envejecimiento.

La teoría basada en la formación de uniones cruzadas intermoleculares e intramoleculares a nivel del colágeno y del mismo ADN es totalmente válida y actual. Explica la precipitación del colágeno, con acúmulos de calcio y de colessterina, y con formación de membranas que impiden los recambios nutricios y provocan la atrofia senil de los diferentes órganos y tejidos.

Estas y otras teorías sirven para explicar el

envejecimiento del organismo y, en conjunto, pueden justificar las alteraciones morfológicas y funciones que se observan durante el curso del envejecimiento.

Estas alteraciones consisten principalmente en una atrofia de los órganos y de los tejidos, y en la disminución de su actividad funcional. Desde el punto de vista macroscópico, en la atrofia senil se observa la disminución del peso y del volumen de varios órganos y tejidos, y microscópicamente se demuestra la disminución y el retardo de la división, diferenciación y crecimiento celular, un aumento del tejido conectivo y una acumulación de pigmentos, lípidos y calcio. Además hay una disminución de la elasticidad de los tejidos que por ejemplo, determina la típica observación de la piel no elástica de los ancianos. Si simultáneamente a la atrofia hay una pérdida de agua en los tejidos, y así se explica la resecación macroscópica característica de la edad avanzada, en el hombre y también en los animales superiores³⁹.

Este autor nos presenta la edad de los 45-60 años como la edad del medio, edad crítica, edad presenil, edad del primer envejecimiento y esta corresponde a la madurez; y esta etapa llega hasta los 60 años.

Importante es este periodo de la vida del hombre debido a que se presentan los primeros síntomas del envejecimiento tanto en el hombre como en la mujer. Son estos síntomas de fatiga psicofísica (menos rendimiento en el trabajo), disminución de la memoria (nombre de las personas), disminución en la capacidad de concentración, disminución de la vista (presbisia, uso de anteojos para leer), corazón o

³⁹ PIETRO, de Nicola. *Fundamentos de Gerontología y Geriatria*. Barcelona, España. Editorial JIMS. 1979. Págs. 15-18.

pulmón menos potentes (disnea de esfuerzo), ligera hipertrofia prostática (se levanta por la noche), disminución sexual.

Como se puede observar durante el primer envejecimiento se comienza a notar que el organismo ya no funciona perfectamente como en la edad anterior.

Si se hace un estudio más profundo, se demuestra la coexistencia de los llamados signos bihumorales del primer envejecimiento. Se trata especialmente de los constituyentes de la sangre, como el colesterol, el ácido úrico, la leucemia, la coagulabilidad de la sangre, o también las alteraciones, incluso poco acentuadas, de las funciones respiratorias, del electrocardiograma, o de otras funciones orgánicas.

Estas alteraciones que oscilan alrededor del límite entre los resultados normales y los resultados patológicos no confirman ninguna enfermedad, pero son importantes para identificar su posible futura evolución, por ejemplo hacia la arterosclerosis, la diabetes, la gota, la trombosis, la insuficiencia cardíaca o respiratoria, u otras enfermedades.

En la edad crítica el organismo se halla en una situación de tránsito de la edad adulta a la vejez verdadera y típica, y por este motivo es más vulnerable por parte de enfermedades, como un motor que pasa de una marcha a otra marcha inferior, cambiando el número de revoluciones y expuesto a un esfuerzo especial⁴⁰.

⁴⁰ PIETRO, de Nicola. Op. cit., págs. 26-27.

SIGNOS BIHUMORALES	ENFERMEDAD DECLARADA
Hipercolesteronemia	Arteriosclerosis
Hipercoagulabilidad	Trombosis
Hiperglucemia	Diabetes
Hiperuricemia	Gota

TERRENO DISMETABÓLICO GENERAL
EDAD CRÍTICA = EDAD DE CAMBIO
 Edad de adaptación del organismo a la vejez
 (régimen de pocas revoluciones).
FASE DELICADA DE EQUILIBRIO INESTABLE
(CAMBIO DE MARCHA)

N. ALGUNAS MEDIDAS DIAGNOSTICAS.

Como medidas preventivas es importante considerar las medidas diagnósticas, en forma de controles periódicos o chequeos que comprendan varios aparatos, e insistiendo especialmente en la exploración de algunas constantes bihumorales que constituyen los primeros síntomas del envejecimiento. Después de las medidas diagnósticas, son fundamentales las medidas higiénicas, dietéticas y de la actividad física.

El siguiente cuadro ilustra en forma general las medidas preventivas en la edad crítica (45-60 años):

IMPORTANCIA DE LA EDAD CRÍTICA MEDIDAS DIAGNOSTICAS Y PREVENTIVAS CONTROLES PERIÓDICOS (CHEQUES)	
Aparato Cardiovascular:	Pulso, Tensión, E.C.G.
Aparato Respiratorio:	Espirometría, Rayos X de Tórax
Aparato Hepatobiliar:	DSF
Aparato Hemopoyético:	Hemocromo, Sideremia
Aparato Uropoyético:	Orina, Azotemia, Creatinemia, Exploración rectal (próstata).

Cuadro humoral: Glucemia (curva de glucemia), lipemia y fracciones (colesterina, triglicéridos, lipoproteínas), tromboclastrograma, agregación plaquetaria, cuadro proteico, USG, pruebas coloidales.

Medidas Higiénicas: Evitar la vida sedentaria, actividad laboral equilibrada, actividad física proporcional a la edad: ejercicios gimnásticos bajo control, paseos, golf, juego de bochas, natación, bicicleta. Evitar estrés, emociones, fatigas excesivas.

Medidas de Rehabilitación: Fisiocinesiterapia, terapéutica ocupacional (también con fin psicoactivador).

Medidas dietéticas: Dieta equilibrada, reducida, no carencial, no excesiva, fácilmente digerible (no a los empachos periódicos)⁴¹.

La edad en la cual se inicia la disminución de la actividad estrogénica y la suspensión de la menstruación es poco precisa, porque depende de muchos factores, como la herencia, el nivel de vida, la nutrición, el grupo étnico y el

⁴¹ PIETRO, de Nicola. Op. cit., pág. 53.

historial sexual de la persona. Según algunos autores puede ocurrir entre los 35 y 40 años de edad y según otros a los 38 años y algunos más, hasta los 49 años.

Esto trae consigo una serie de fenómenos anatómicos y hormonales difíciles de superar. Constituye la edad crítica denominada climaterio, coincidiendo con la menopausia y esto puede ir acompañado de incomodidades como oleadas de calor o bochorno percibidas en la cabeza, cara, cuello y parte superior del tórax; sudoración posterior a estas oleadas; a veces nerviosismo, irritabilidad y estados de verdadera depresión.

El proceso del envejecimiento es constante y empieza en el momento mismo en que el ser humano es concebido. Sin embargo hay que aceptar que cada individuo envejece a su propio ritmo y que el hacer generalizaciones al respecto es una audacia.

En el humano, los cambios que sufre la materia afecta tanto su constitución interna como la externa. Es obvio que las modificaciones en los tejidos da lugar a cambios orgánicos y que estos, en algún momento, se hacen ostensibles al exterior.

Cambios a nivel de la piel, oído, labios, ojos, nariz, piel facial, pelo, uñas, columna vertebral, extremidades, tórax, sistema muscular, abdomen, región genital, aparato cardiovascular, aparato respiratorio, aparato digestivo, aparato urinario, aparato reproductor, sistema nervioso, aspectos psicológicos, aspectos sociales⁴².

⁴² LANGARICA, Raquel Salazar. Op. cit., pág. 25.

O. SITUACIÓN SANITARIA MUNDIAL EN LA ACTUALIDAD.

En la conferencia de ALMA-ATA, se declara que el estado de salud de centenares de millones de personas en el mundo actual es inaceptable, en particular en los países en desarrollo. Más de la mitad de la población mundial no recibe una asistencia de salud adecuada.

Teniendo en cuenta la magnitud de los problemas sanitarios así como la insuficiencia y la injusta distribución de los recursos de salud entre los países y dentro de ellos, y persuadida de que la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social para el mundo entero, la conferencia pidió que se abordaran los problemas de salud y de la asistencia sanitaria con nuevos criterios para reducir el abismo que media entre los "privilegiados" y los "desposeídos", asegurar una distribución equitativa de los recursos de salud y conseguir que los ciudadanos de todos los países alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva⁴³.

La Conferencia, reconociendo las necesidades especiales de aquellos que por razones geográficas, políticas sociales o financieras, están menos capacitados para buscar asistencia de salud por su propia iniciativa, y sumamente preocupada por los grupos más vulnerables o más expuestos, recomendó que como parte de la cobertura total de las poblaciones mediante la atención primaria de salud, se atribuya alta prioridad a las necesidades especiales de las mujeres, niños, los trabajadores muy expuestos y los sectores desfavorecidos de la sociedad; y que se prosigan las actividades necesarias para identificar sistemáticamente, en el seno de todos los hogares y lugares de

43

trabajo, a las personas más expuestas, a fin de prestarles atención permanente y eliminar los factores que contribuyen al mal estado de salud⁴⁴.

En todo el mundo cunde el desencanto acerca de la asistencia sanitaria, por razones que no son difíciles de discernir. Con los conocimientos técnicos de que hoy se dispone se podría alcanzar un estado de salud mejor que el actual, pero por desgracia, en la mayor parte de los países esos conocimientos no se aplican en beneficio de la mayoría de la población. Los recursos de salud suelen asignarse principalmente a instituciones médicas de alto nivel establecidas en zonas urbanas. Aún dejando de lado la dudosa premisa social en que se basa ese proceder, la concentración de tecnología complicada y costosa en sectores limitados de la población no presenta siquiera la ventaja de mejorar la situación sanitaria. De hecho, se viene confundiendo este mejoramiento con la prestación de asistencia médica a cargo de un número cada vez mayor de especialistas, que emplean tecnología médica muy específicas en beneficio de una minoría privilegiada. Las personas han pasado a ser casos sin personalidad, y se ha perdido el contacto entre quienes prestan asistencia médica y los que la reciben.

Al mismo tiempo, en todo el mundo existen grupos desfavorecidos que no tienen acceso a ninguna forma permanente de atención de salud. Esos grupos localizados principalmente en las zonas rurales y barrios urbanos míseros, representan en conjunto, probablemente, las cuatro quintas partes de la población mundial. En algunos países, aunque existen establecimientos de salud físicamente accesibles para esos grupos, la imposibilidad de pagar o los tabúes culturales los

⁴⁴ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. - UNICEF. ALMA-ATA. Op. cit., pág. 30.

sitúan fuera de su alcance⁴⁵.

P. PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Las clases sociales varían grandemente en sus condiciones de vida y de trabajo, lo mismo que en sus ingresos, educación y otros factores generales relacionados con el estado de salud. En Inglaterra y Gales, la desigualdad en la mortalidad en las clases sociales no solamente no ha desaparecido desde el establecimiento del Servicio Nacional de Salud en 1948, sino que se ha ampliado. La razón estandarizada de mortalidad (REM) de las dos clases sociales más altas (profesionales y gerentes) era de 91 en 1951 y 80 en 1971. Para las dos clases sociales más bajas (trabajadores semicalificados y no calificados) era de 110 en 1951 y 121 en 1971. La diferencia en las REM se ha más que doblado, elevándose de 19 en 1951 a 41 en 1971.

En los Estados Unidos los datos de morbilidad, sin embargo, indican diferencias serias por clases, en la enfermedad y en la incapacidad. En 1989 el grupo del quintil más bajo por ingresos, con menos de 15,000 al año, en comparación con el quintil más alto con un ingreso de 50,000 anual o más, tenía más del doble de personas en actividad limitada por condiciones crónicas, más del doble en días de incapacidad en cama debido a enfermedad, daño o impedimento, y cuatro veces más de personas que informaron quedarse en cama por mala o irregular salud.

Quizás uno de los ejemplos más dramáticos de la importancia de la clase social como un determinante del estado de la salud es el dado en Canadá, un país con sistema de cuidado médico universal y la mayor esperanza de vida en las

⁴⁵ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - UNICEF. ALMA-ATA. Op. cit., pág. 43.

Américas. Al final de los 70, la diferencia en la esperanza de vida entre la población en el más bajo y el más alto quintil fué de 4.4 años. La esperanza de vida libre de incapacidad tuvo una diferencia de 11 años. La población pobre del Canadá tiene un promedio, sólo de 55 años de vida saludable, esto es libre de incapacidad, comparada con los 66 años de vida saludable de los canadienses ricos⁴⁶.

1. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE O.P.S.

En 1991, el programa, hasta ese entonces llamado Salud del Adulto, pasó a ser el Programa Regional de Promoción de la Salud, introduciendo algunos cambios estructurales y funcionales a través del fortalecimiento de componentes de comunicación social y manejo de información.

El mandato del programa abarca la aplicación de la estrategia de promoción de la salud en varios campos técnicos de su competencia, así como la colaboración con otras unidades y programas en la asimilación de los conceptos, principios y mecanismos de operación, que se requieren para implementar las estrategias en los países miembros. A la vez, la promoción de la salud es un eje articulador para el abordaje de problemas diversos de gran prevalencia en la mayor parte de los países de la región. Como son las enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, respiratorias crónicas, los trastornos mentales, farmacodependencias, traumatismos y accidentes; apoyar técnicamente a los programas y políticas de bienestar de grupos especiales como los ancianos y adolescentes y promover el mejoramiento en la calidad de vida y desarrollo humano.

⁴⁶ MILTON, Terris. Folleto. Conceptos Sobre Promoción de la Salud, Dualidades en la Teoría de la Salud Pública. Washington D. C. 1992. Pág. 6.

En general, en los campos técnicos mencionados, los estilos de vida no saludables están muy ligados y por lo tanto, su modificación adquiere gran relevancia en este programa.

Para efectos de cumplir con las nuevas orientaciones del programa, se está ayudando a los países en la puesta en marcha de programas demostrativos de intervenciones poblacionales que pretenden reducir la morbilidad y mortalidad de los problemas arriba mencionados, pero también aquellos que faciliten la formulación de políticas, planes y programas tendientes a mejorar la calidad de vida de la población. Se está dando gran prioridad a la comunicación social y al manejo de información, como instrumentos de promoción y protección de la salud.

Promover la salud, junto con la prevención de enfermedades y la recuperación del bienestar, son los retos que tenemos y para los cuales hay que dar prioridad racionales y organizar los recursos con eficiencia y ⁴⁷.

2. LA CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Las condiciones fundamentales y los recursos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, justicia social y la equidad. El mejoramiento de la salud requiere un fundamento asegurado de estas premisas básicas.

Por otro lado la carta también enfatiza la necesidad de mejorar las oportunidades para que la gente pueda tomar

⁴⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan de Acción para la Instrumentación de Estrategias Regionales. Op. cit. Pág. 8.

decisiones sanas respecto a los factores específicos al suministrar información, educación para la salud y el reforzamiento de las propias capacidades.

La Carta de Ottawa afirma: "La política de la promoción de la salud combina diversos enfoques pero complementarios entre sí, los cuales incluyen legislación, medidas fiscales, impuestos y cambios organizacionales"⁴⁸.

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma; para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, si no como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos y sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. Es objetivo de la acción por la salud el hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

⁴⁸ MILTON, Terris. Op. cit., pág. 7.

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a todo la población desarrollar al máximo su salud potencial.

Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres⁴⁹.

3. FOMENTO DE LA SALUD EN LA JUVENTUD Y LA EDAD MADURA.

El fomento de la salud en adultos jóvenes y maduros ha recibido más atención que ningún otro grupo de edad. Considerados como uno solo, estos grupos están fascinados con la salud y el fomento de ésta. Han respondido de manera positiva y entusiasta a los estudios que muestran la forma en que el estilo de vida afecta la salud. Es muy común que los adultos que desean mejorar su salud recurran a los programas de fomento de la misma en busca de ayuda para el logro de los cambios deseados en su estilo de vida. Son numerosísimos los adultos jóvenes y maduros que responden a programas centrados en temas como el bienestar general, la interrupción del tabaquismo, la práctica constante de ejercicio físico, el acondicionamiento físico, la regulación del peso y el manejo del estrés.

En lo que se refiere a muchos adultos, es demasiado

⁴⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Canadá. 1986.

esperar que dediquen mucho tiempo, después de un día de trabajo, a viajar hasta un sitio distante para practicar ejercicio físico, aprender sobre los riesgos de la salud o participar en un grupo de interrupción del tabaquismo. De tal suerte que los programas de fomento de la salud han servido para satisfacer las necesidades de muchos adultos que, de lo contrario, no aprovecharían las oportunidades para esforzarse en el logro de un modo de vida más saludable.

El fomento de la salud también ha entrado al campo de las oficinas y las industrias. Los patronos están cada vez más preocupados por el caso creciente de atención de enfermedades que dependen del estilo de vida.

También les interesa el ausentismo creciente y la disminución de la productividad. Por eso la institución de programas de fomento de la salud en los sitios de trabajo, que deben incluir evaluación diagnóstica y orientación, acondicionamiento físico, conciencia nutricional, medidas de seguridad laboral y manejo de reducción del estrés⁵⁰.

4. TENDENCIAS FUTURAS DEL FOMENTO DE LA SALUD.

Los programas actuales en el fomento de la salud hacen posible prever tendencias futuras. Cabe esperar que las autoridades gubernamentales y las empresas intensifiquen sus esfuerzos por disminuir los costos de los servicios asistenciales y el bienestar general como una forma de controlar costos.

Es indudable que el fomento de la salud no es la única respuesta a los trastornos que existen, pero sí es una de las respuestas posibles. Sin ella no se solventarán los problemas

⁵⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - UNICEF. ALMA-ATA. Op. cit., pág. 45.

de salud de una nación⁵¹.

⁵¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - UNICEF. ALMA-ATA. Op. cit., pág. 47.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio transversal en poblaciones contrastadas. Se hará un período aproximado de 1 año. El área que se seleccionó para este estudio ha sido el Corregimiento de Calidonia, porque se presenta un contraste en sus barrios tales como Perejil y San Miguel que tienen condiciones de vida diferentes y que son los seleccionados para este estudio; comunidad ésta que le corresponde ser atendida en el Centro de Salud Emiliano Ponce o en la Policlínica Pediátrica de la Caja de Seguro Social ubicada en ese sector.

B. DEFINICIÓN DE POBLACIÓN Y MUESTRA.

El Corregimiento de Calidonia tiene una población total de 23,974 habitantes de los cuales 12,835 se encuentran entre las edades de 20 y 59 años de edad, específicamente según el censo de 1990; de los cuales 6,220 corresponden al sexo masculino y 6,615 al femenino.

El 100% de este corregimiento corresponde al área urbana. Posee una superficie de 1.6 Km² y una densidad de población de 14,983.8 habitantes por kilómetro cuadrado.

Limita al norte con el Corregimiento de Curundú, al sur con la Bahía de Panamá, al este con el Corregimiento de Bella Vista y al oeste con el Corregimiento de Santa Ana.

Popularmente se divide en cinco barrios que son: La Exposición, Calidonia, Marañón, Perejil y San Miguel.

Históricamente ha jugado un papel muy importante en nuestro país ya que allí se hospedaron los diferentes grupos

humanos traídos desde otros continentes, como equipo para la construcción del Canal. Debido a ello, Calidonia presenta características muy particulares que son reflejados entre otros aspectos en su economía. En la actualidad existe una gran cantidad de comercios de todo tipo, siendo éstos la fuente de ingreso de muchas personas. No obstante, no toda la población de la comunidad está ubicada en éstos centros comerciales. Muchos se ocupan de otros menesteres que están distantes del perímetro del corregimiento por el carácter de trabajo que desempeñan y limitaciones encontradas en su hábitat correspondiente.

C. POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Los sujetos que participan de este estudio se encuentran entre las edades de 20 y 59 años de edad, residentes en el Barrio de San Miguel, que cuenta con 1,179 viviendas y 3,597 habitantes; o Perejil, que es un poco más pequeño con 624 viviendas y 1,850 habitantes. Para que las muestras sean más comparables se dividió el sector de San Miguel tomándose el sector este del barrio. Con la ayuda del Departamento de Cartografía de la Contraloría de la República y los inspectores de saneamiento ambiental del Centro de Salud, se identificaron segmentos censales para la localización de las viviendas y realizar un muestreo aleatorio y sistemático.

Se calculó el tamaño de la muestra con un 95% de nivel de confianza lo que dio como resultado 120 encuestas en cada barrio las cuales fueron aplicadas en los adultos de cada 5 viviendas de los barrios seleccionados.

D. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El estudio provee información acerca de los individuos que residen en éstas áreas.

Se proporcionó un formulario para las personas seleccionadas con preguntas relacionadas con su persona y su ambiente, variables ya definidas.

Este instrumento fue previamente probado por el investigador en los barrios de Calidonia y La Exposición, en adultos de 20 viviendas. Se verificó la efectividad del mismo y se hicieron los arreglos pertinentes.

1. DEFINICIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La encuesta fue llenada por el investigador y 4 ayudantes previamente adiestradas. El período para hacer la encuesta fue de dos días no laborables con la finalidad de encontrar la mayor cantidad de las personas residentes en el área en sus residencias. El horario fue de 9:00 de la mañana a 7:00 de la noche.

2. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Una vez recolectados los datos se codificaron las respuestas y se grabaron en la computadora (Proceso Integral de Encuestas).

Los recursos metodológicos que se usaron son: calculadora, computadora, papel, lápiz y otros materiales de secretaría.

Como parte del análisis se hicieron cruces de variables en tablas tetracóricas entre las diferentes variables y de acuerdo a los objetivos del estudio. Además se hicieron gráficas de barras, de pastel y los diferentes cuadros que puedan simplificar la información. Se calculó χ^2 cuadrado para los niveles de significancia. Se hicieron cálculos de Razón de Disparidad (O.R.) como aproximación al Riesgo

Relativo.

E. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS ESTRATÉGICO.

Con los resultados de la investigación se hizo el análisis estratégico de los problemas de salud y sus factores de riesgo aplicando metodología de planificación estratégica.

Dicha metodología comprende una caracterización de la situación actual basada en la investigación de campo lo que incluye la identificación de factores de riesgo, la explicación de los problemas mediante procesos generadores y la selección de nudos críticos. En esta versión, el análisis estratégico incluye la elaboración de perfiles de proyectos como componentes de la opción estratégica.

CAPITULO IV LOS RESULTADOS

El Proceso Integral y la Interpretación de los datos recolectados en las 240 encuestas aplicadas en las comunidades de Perejil y San Miguel, nos permiten describir el contraste entre la población no postergada (Perejil) y la postergada (San Miguel).

En las variables biológicas el muestreo aleatorio y sistemático nos favoreció en cuanto a edad se refiere, ya que hubo semejanzas en la distribución etárea de ambas comunidades, lo que se puede apreciar en la Gráfica N^o 1.

En cuanto a sexo, se encuestaron 98 personas del sexo masculino y 142 del sexo femenino, lo que no afecta el análisis del estudio.

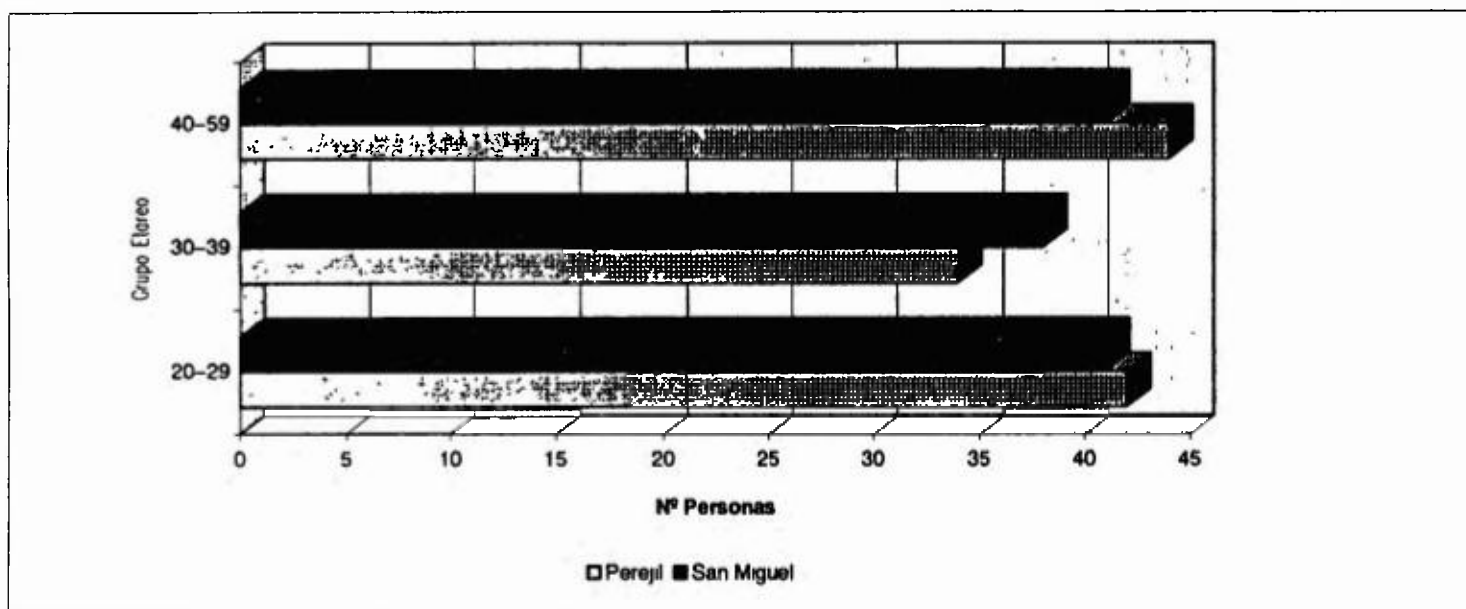
El número de hijos guarda estrecha relación con el nivel socioeconómico y escolaridad . Se apreció mayor números de hijos en San Miguel en relación a Perejil (Cuadro N^o 1).

No hubo diferencias significativas en lo que respecta a la consideración de la dieta diaria de las personas adultas encuestadas, quienes consideraron su alimentación como balanceada, lo que no parece lógico y esto puede deberse a interpretaciones en los conceptos de dieta balanceada que tienen los adultos en estudio. Otros la consideraron rica en grasa y deficiente como opciones adicionales, pero en menor porcentaje.

En la clasificación de enfermedades que padecieron los adultos en los últimos tres meses al momento de la encuesta, se debieron en mayor proporción a los factores ambientales y

GRÁFICA N° 1

**GRUPOS ETÁREOS DE LA MUESTRA DE ADULTOS RESIDENTES
EN LOS BARRIOS DE PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de Recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

CUADRO Nº 1

NUMERO DE HIJOS DECLARADO POR LOS ADULTOS RESIDENTES
EN PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994

NUMERO DE HIJOS	PEREJIL		SAN MIGUEL		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
0-3	112	93.33	97	80.83	209	87.08
4-6	7	5.83	19	15.83	26	10.83
7 y más	1	0.83	4	3.33	5	2.08
TOTAL	120	99.99	120	99.99	240	99.99

Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

del estilo de vida, independientemente del nivel de postergación como lo muestra la Gráfica N° 2. Sin embargo queda claramente establecido que los postergados sufren más enfermedad aguda o crónica dado que hubo un 20% más de adultos enfermos en los residentes de San Miguel, lugar que representa un mayor riesgo, O.R. = 1.74 (0.91 < O.R. < 3.31), en relación a Perejil. Esto puede deberse a los diferentes estilos de vida en toda su magnitud. El Enfoque de Riesgo nos muestra que la pobreza, el analfabetismo, la nutrición deficiente y las enfermedades recurrentes llevan al individuo a la morbilidad, daños y muerte (Gráfica N° 3).

En las variables del ambiente físico, natural y social se puede analizar la variable vivienda primeramente, siendo este uno de los principales problemas de la población postergada de nuestro país (50% de población pobre y de este 50% un 25% en estado de extrema pobreza), y a la colosal dimensión de problemas económico-sociales que vive Panamá. La encuesta reveló en condiciones de la vivienda que las de tipo condenada y alquilada son las más sobresalientes en San Miguel, mientras que en Perejil predominan la alquilada y propia (Cuadro N° 2).

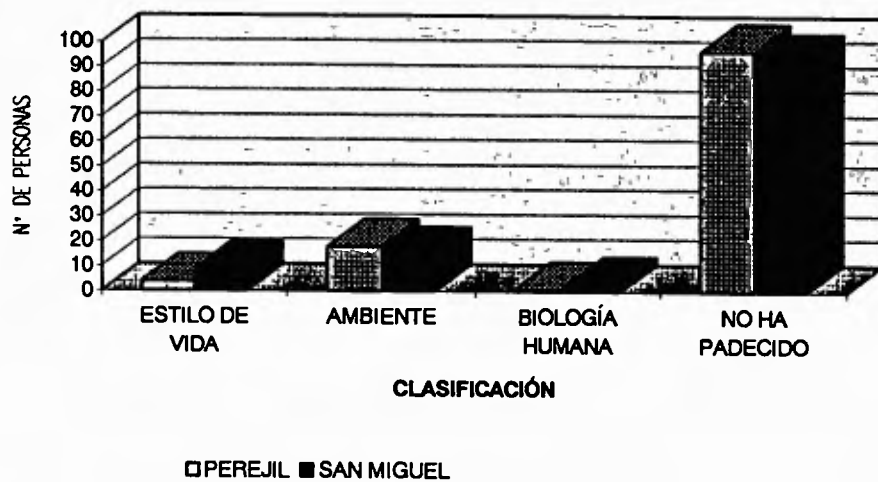
Adicional a lo anterior, hubo significancia estadística con $\chi^2=78.18$ y $p<0.05$ en la existencia de servicio sanitario fuera de la vivienda, y este compartido entre varias familias en San Miguel (Gráfica N° 4).

Además la dotación de agua potable dentro de la vivienda es deficiente debido a que tienen predominantemente agua fuera de la vivienda (Gráfica N° 5), lo que repercute mucho en la higiene, ya que sólo el 2.5% de los adultos allí encuestados reportaron lavado de manos "cada vez que pueda".

Pudo considerarse que existe alto grado de hacinamiento

GRÁFICA N° 2

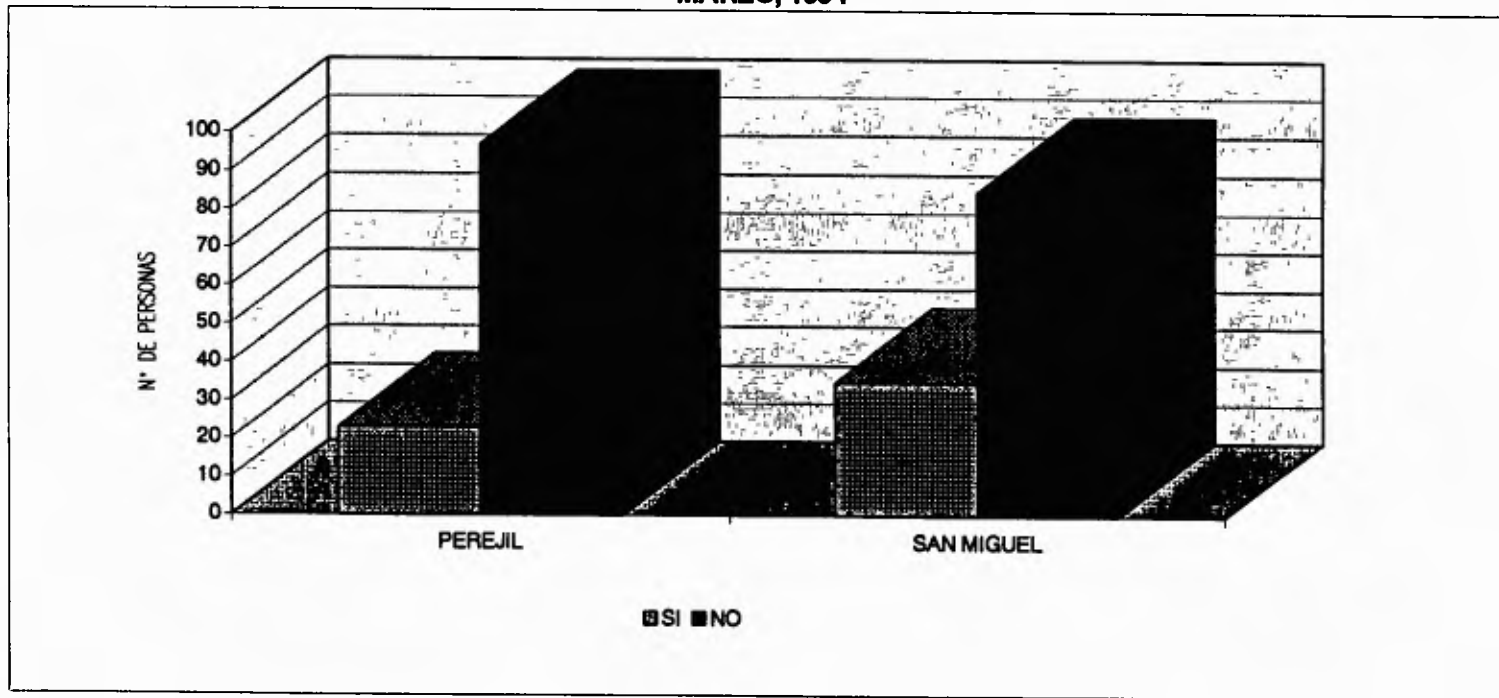
**PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
SEGÚN SU CLASIFICACIÓN (ESTILO DE VIDA, AMBIENTE Y BIOLOGÍA HUMANA)
EN PEREJIL Y SAN MIGUEL. MARZO, 1994.**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA N° 3

**PADECIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA
DEL ADULTO RESIDENTE EN PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado con Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

CUADRO Nº 2

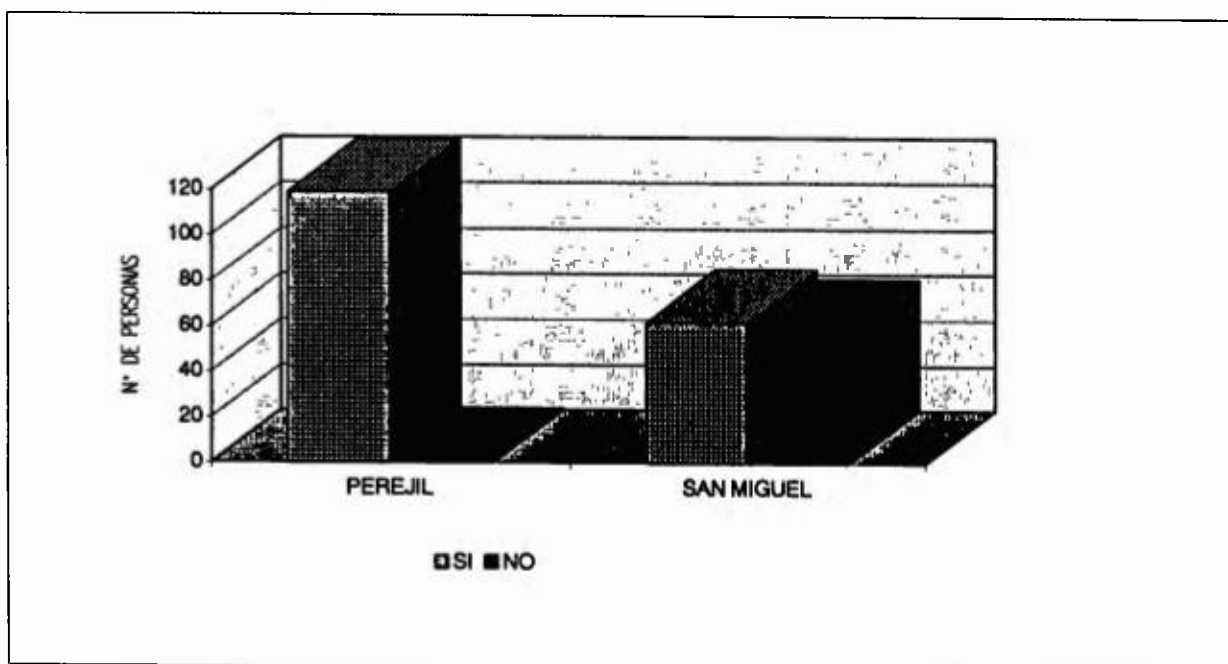
CONDICIÓN DE LA VIVIENDA DONDE RESIDEN LOS ADULTOS EN ESTUDIO
PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994

CONDICIÓN DE LA VIVIENDA	PEREJIL		SAN MIGUEL		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
PROPIA, PRESTADA O CEDIDA	34	28.33	15	12.50	49	20.42
ALQUILADA	86	71.67	76	63.33	162	67.50
CONDENADA	-	-	29	24.17	29	12.08
TOTAL	120	100	120	100	240	100

Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA N° 4

**DOTACIÓN DE AGUA POTABLE DENTRO DE LA VIVIENDA
PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

FIGURA NO 1
TIPO DE VIVIENDAS PREDOMINANTES EN PEREJIL

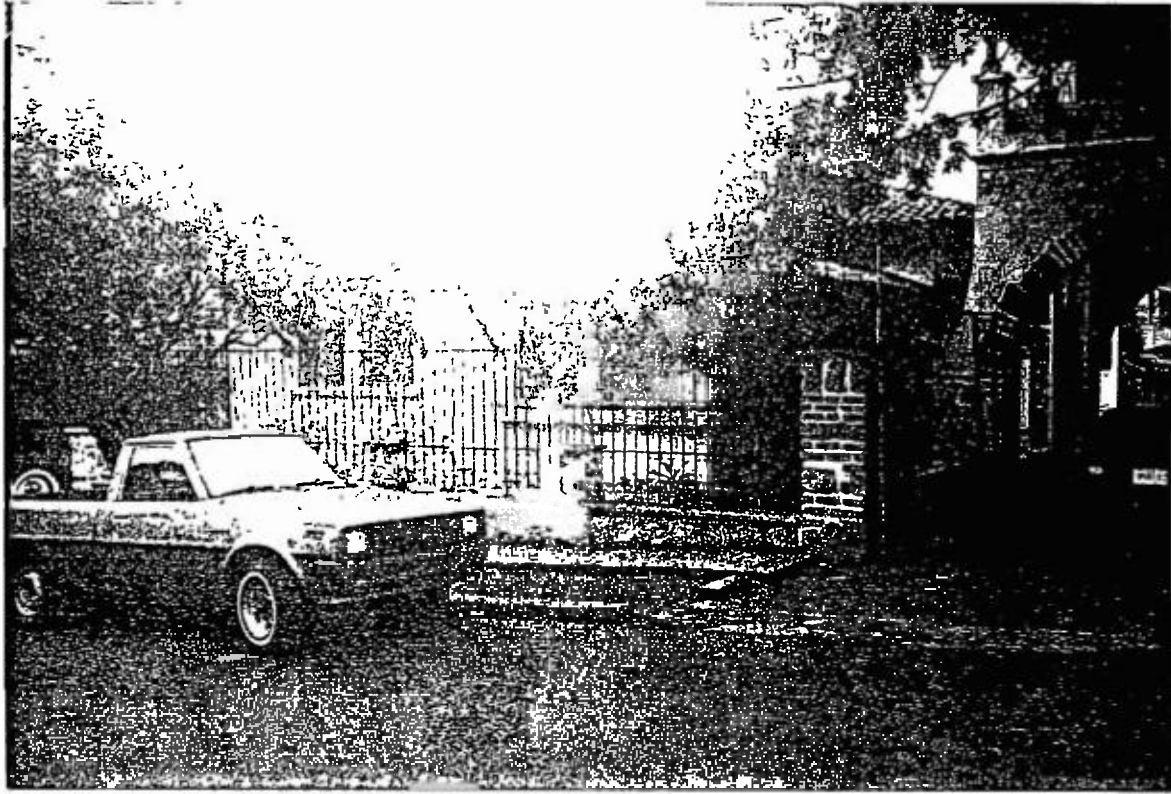


FIGURA Nº 2
TIPO DE VIVIENDAS PREDOMINANTES EN SAN MIGUEL



en las viviendas de San Miguel (Gráfica N° 6) ya que la mayoría de las mismas están conformadas por una sola pieza (cuartos), en donde el compartimiento para dormir es pequeño. A esto se puede agregar que el 24.17% de las viviendas son casas condenadas (Cuadro N° 2).

En lo que se refiere a escolaridad, los resultados expresan una vez más la brecha entre pobres y no pobres teniendo los habitantes de Perejil mayor nivel educativo que los residentes en San Miguel (Gráfica N° 7).

En la variable lugar de trabajo y oficio se puede decir que al ser el lugar de trabajo un área en donde los adultos pasan gran cantidad del tiempo, este puede constituirse o formar parte de los factores de riesgo que afecten su salud. La distribución entre ambos barrios no es significativa considerándose mayoría los empleos en oficina, casa, escuela y universidad (Cuadro N° 3).

En cuanto al oficio, se destaca entre los postergados el desempleo, coincidiendo una vez más con la problemática nacional caracterizada por el alto nivel de desempleo y pobreza. En contraste, los no postergados se destacan con empleos de tipo profesional y técnico (Gráfica N° 8).

El nivel de pobreza se clasificó considerando el ingreso familiar, B/.300.00 o menos como pobre y con ingreso mayor de B/.300.00 como no pobre. Resultó que el nivel de pobreza de San Miguel es considerablemente alto en relación con Perejil (63.33% vs. 16.67%), con O.R.=8.64 y 95% de límites de confianza, $4.49 < O.R. < 16.74$ y valor de p menor de 0.05 (Tabla N° 1, Gráfica N° 9), que resalta una vez más las causas de bajo poder adquisitivo en esta República, siendo el costo de la canasta básica de B/.240.00.

En estado civil, predominan los solteros y casados en ambas comunidades. Llama la atención la diferencia significativa en relación a los de unión libre que sobresalen en San Miguel (Cuadro N^o 4).

En las variables de salud, relacionadas con el estilo de vida, llamó la atención el alto porcentaje de adultos que no responden a tipo de actividad que realizan en el tiempo libre, el porcentaje bajo que realiza actividades deportivas y mayor porcentaje de actividades sin esfuerzo físico practicado por el adulto de San Miguel, lo que se constituye en un fuerte factor de riesgo para su salud. Este se ve más afectado aún por la inexistencia de lugares para hacer deporte dentro de la comunidad, entre una de las asociaciones a esta situación, y a la hipertensión se puede relacionar la primera causa de muerte del Corregimiento que son los infartos de miocardio (27%) (Gráfica N^o 10).

En cuanto al hábito de fumar vale destacar la diferencia estadística significativa con χ^2 Mantel Haenszel 4.46 y $p=0.03$ entre los que fuman residentes en San Miguel, con respecto a los que fuman en Perejil (Gráfica N^o 11).

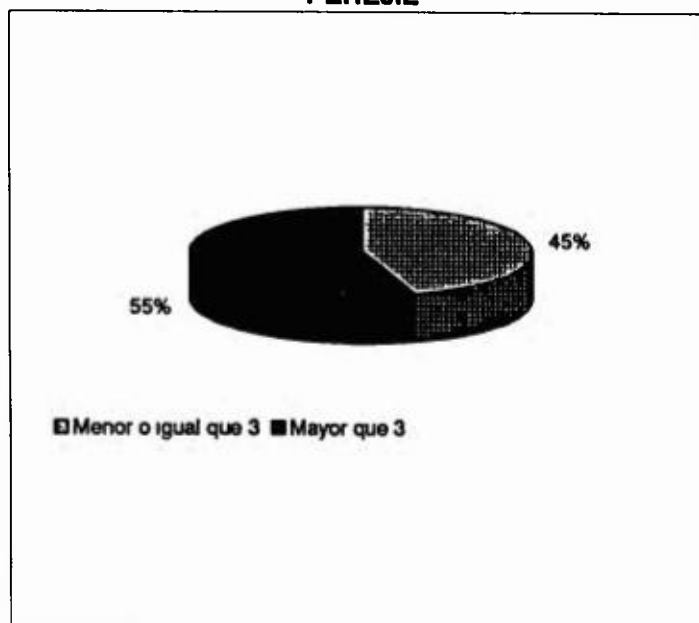
En el consumo de alcohol, no hubo diferencia significativa entre ambas comunidades, sobresaliendo la preferencia por la cerveza, y como frecuencia "de vez en cuando", en eventos sociales y fines de semana, entre los que beben (Gráfica N^o 12).

Las variables concernientes a los servicios de salud no nos muestran grandes diferencias entre las poblaciones en estudio, sin embargo, llama la atención el porcentaje de mujeres que no se han realizado la prueba de papanicolao, convirtiéndose en un factor de riesgo para la detección del

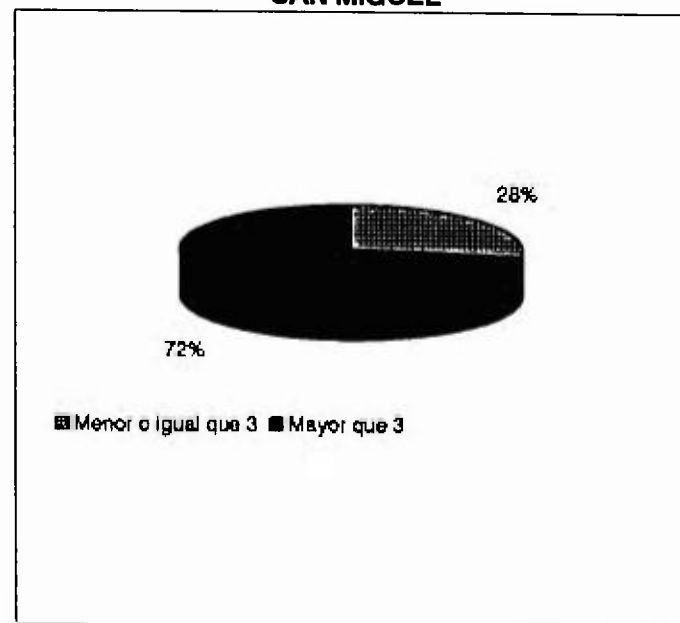
GRÁFICA N° 6

**NÚMERO DE PERSONAS RESIDENTES EN LAS VIVIENDAS
DE LOS ADULTOS ENCUESTADOS EN LOS BARRIOS DE PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO 1994**

PEREJIL



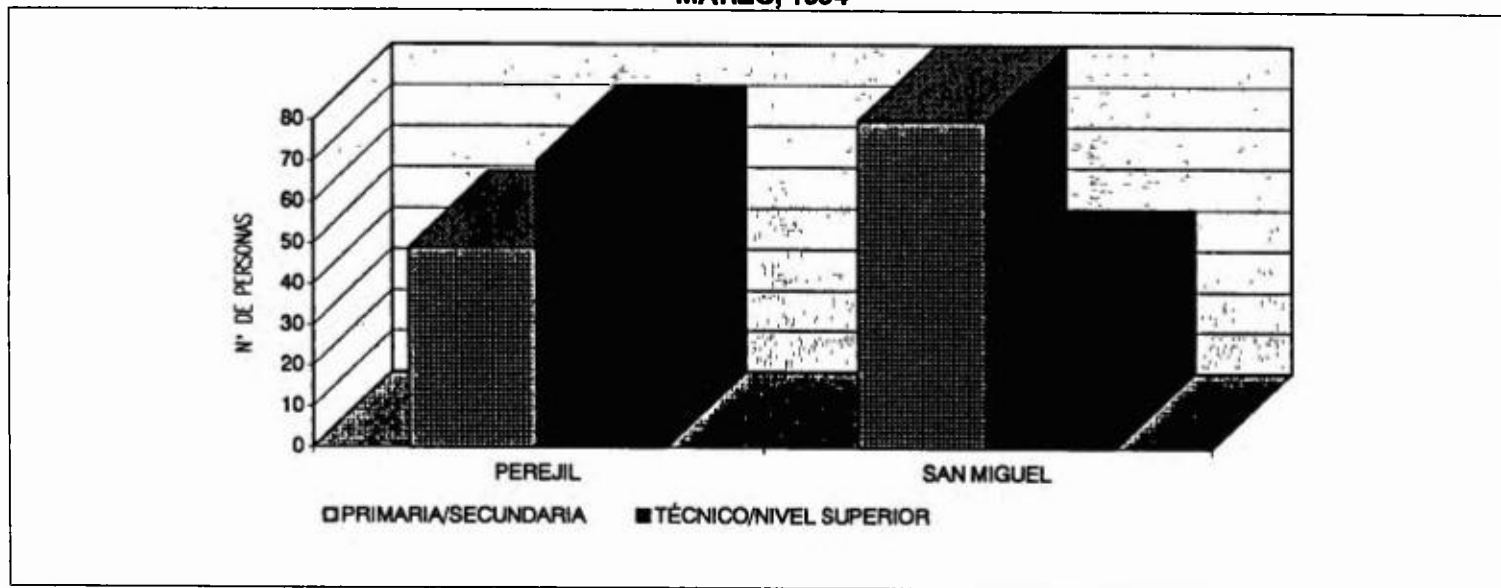
SAN MIGUEL



Fuente. Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA N° 7

**NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS RESIDENTES
EN PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

CUADRO Nº 3

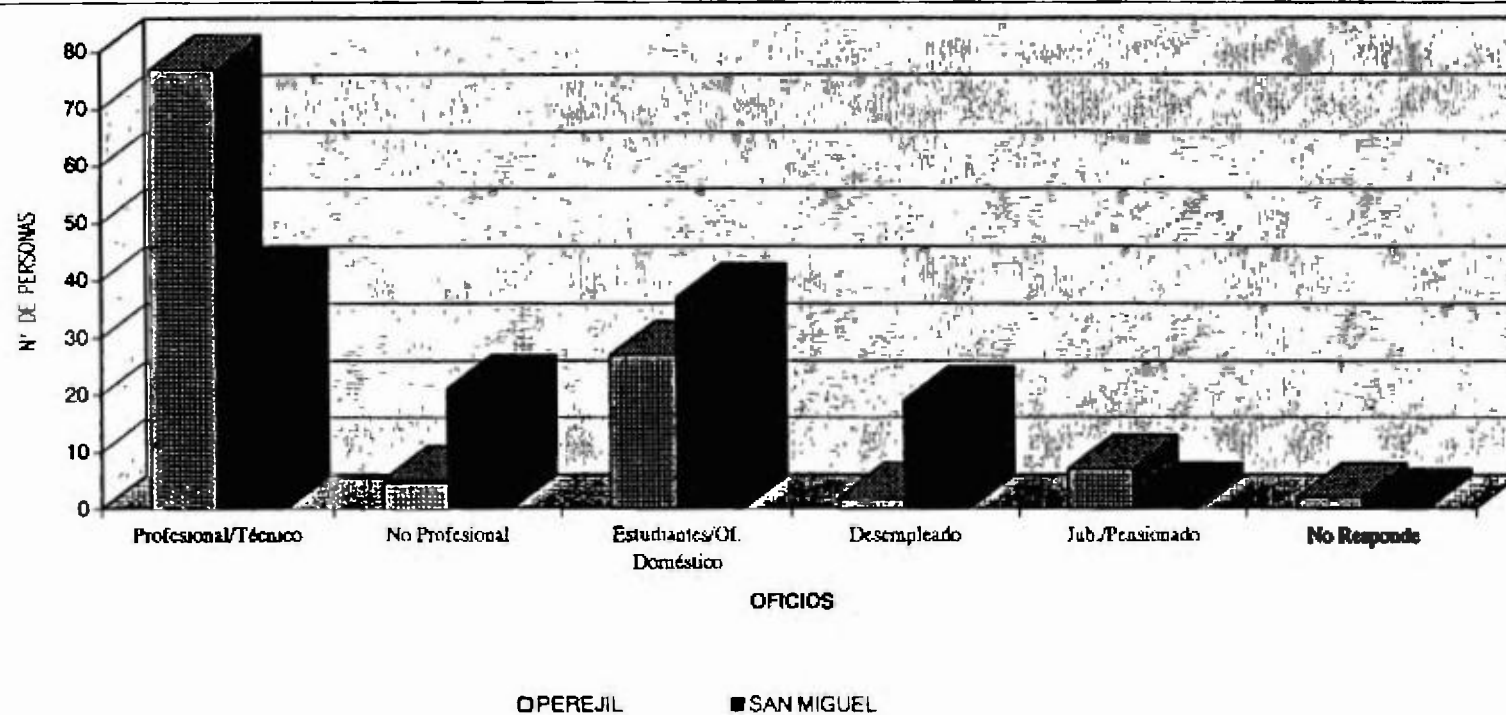
CLASIFICACIÓN DE LOS LUGARES DE TRABAJO DE LOS ADULTOS EN ESTUDIO
 PEREJIL Y SAN MIGUEL
 MARZO, 1994

LUGAR DE TRABAJO	PEREJIL		SAN MIGUEL		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
NO RESPONDE	21	17.5	30	25	51	21.25
OFICINA, CASA, ESCUELA, UNIVERSIDAD	72	60	58	48.33	130	54.17
TALLER DE CONSTRUCCIÓN, FABRICA, LABORATORIOS, DEPÓSITOS, ALMACEN, SUPERMERCADOS, OTRAS ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE	22	18.33	29	24.17	51	21.25
HOSPITAL, CLÍNICA, HOTEL	5	4.17	3	2.5	8	3.33
TOTAL	120	100	120	100	240	100

Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA N° 8

**OFICIOS QUE REALIZAN LOS ADULTOS RESIDENTES EN PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

TABLA NO 1

**CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE POBREZA SEGÚN INGRESO FAMILIAR
PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**

		SAN MIGUEL +	PEREJIL -	
NIVEL DE POBREZA	+	76 (63.33%)	20 (16.67%)	96
	-	44 (36.67%)	100 (83.33%)	144
		120	120	240

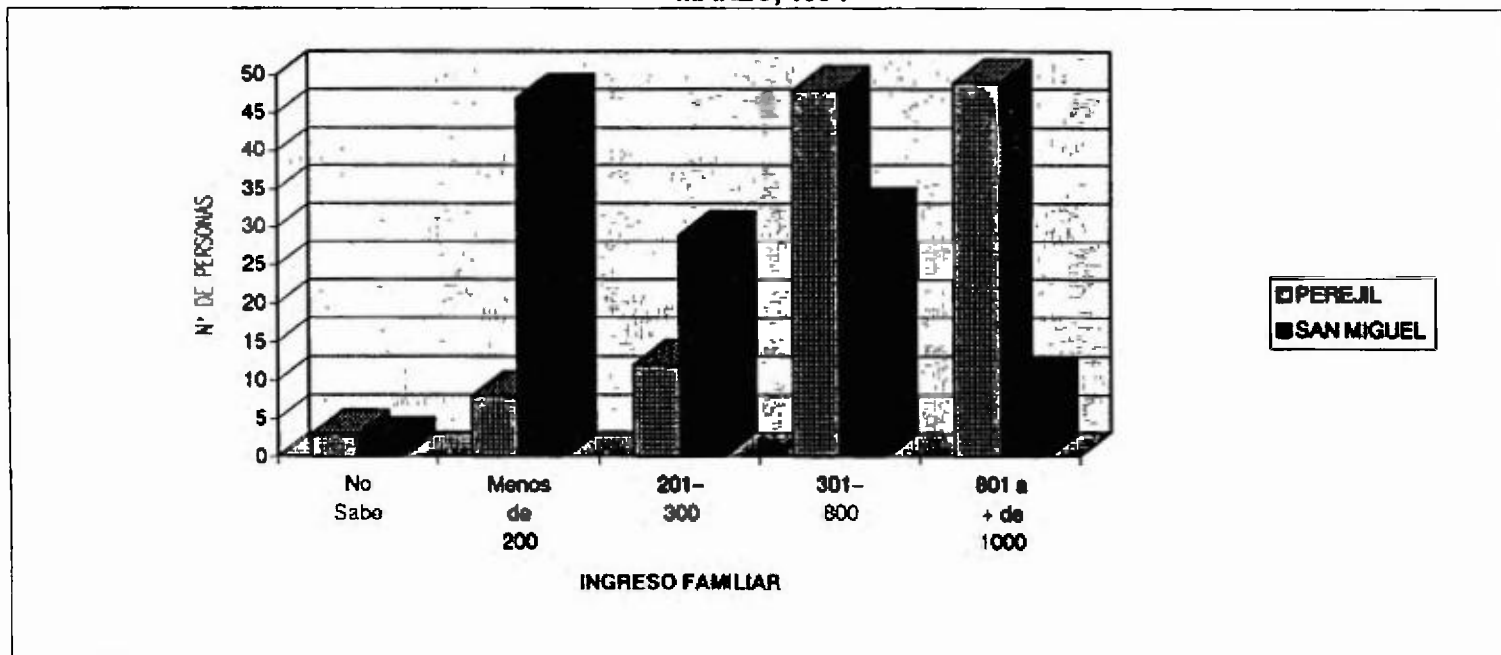
O.R. = 8.64 con 95% de limites de confianza.

4.49 < O.R. < 16.74 p 0.05.

Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA N° 9

INGRESO FAMILIAR SEGÚN NIVEL DE POSTERGACIÓN
PEREJIL-SAN MIGUEL
MARZO, 1994



Fuente. Formulario de recolección de datos aplicados en Perejil y San Miguel. Marzo 1994

CUADRO Nº 4

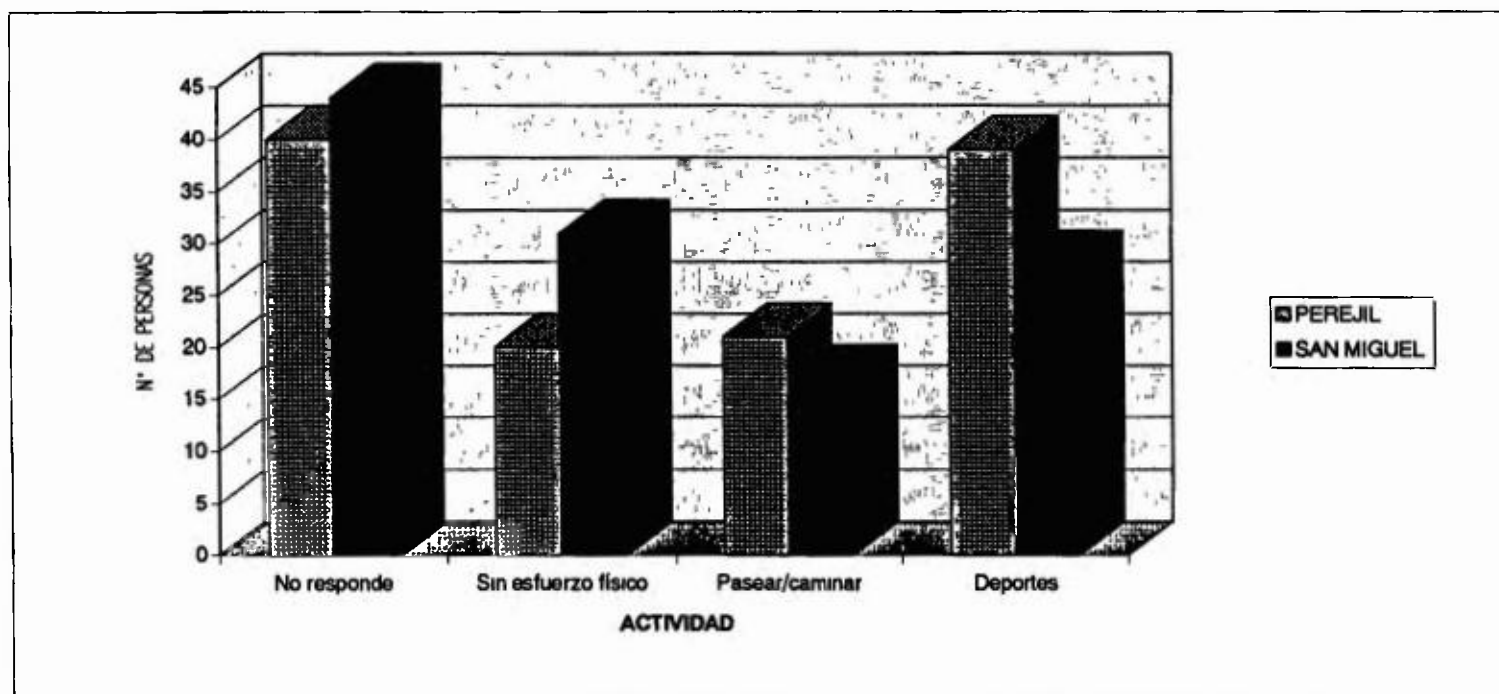
**ESTADO CIVIL DECLARADO POR LA MUESTRA ENCUESTADA DE ADULTOS
RESIDENTES EN PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**

ESTADO CIVIL	PEREJIL		SAN MIGUEL		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%
SOLTEROS	55	45.83	46	38.33	101	42.08
SEPARADO, DIVORCIADO, VIUDO	11	9.17	5	4.17	16	6.67
CASADO	47	39.17	40	33.33	87	36.25
UNIÓN LIBRE	7	5.83	29	24.17	36	15
TOTAL	120	100	120	100	240	100

Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA N° 10

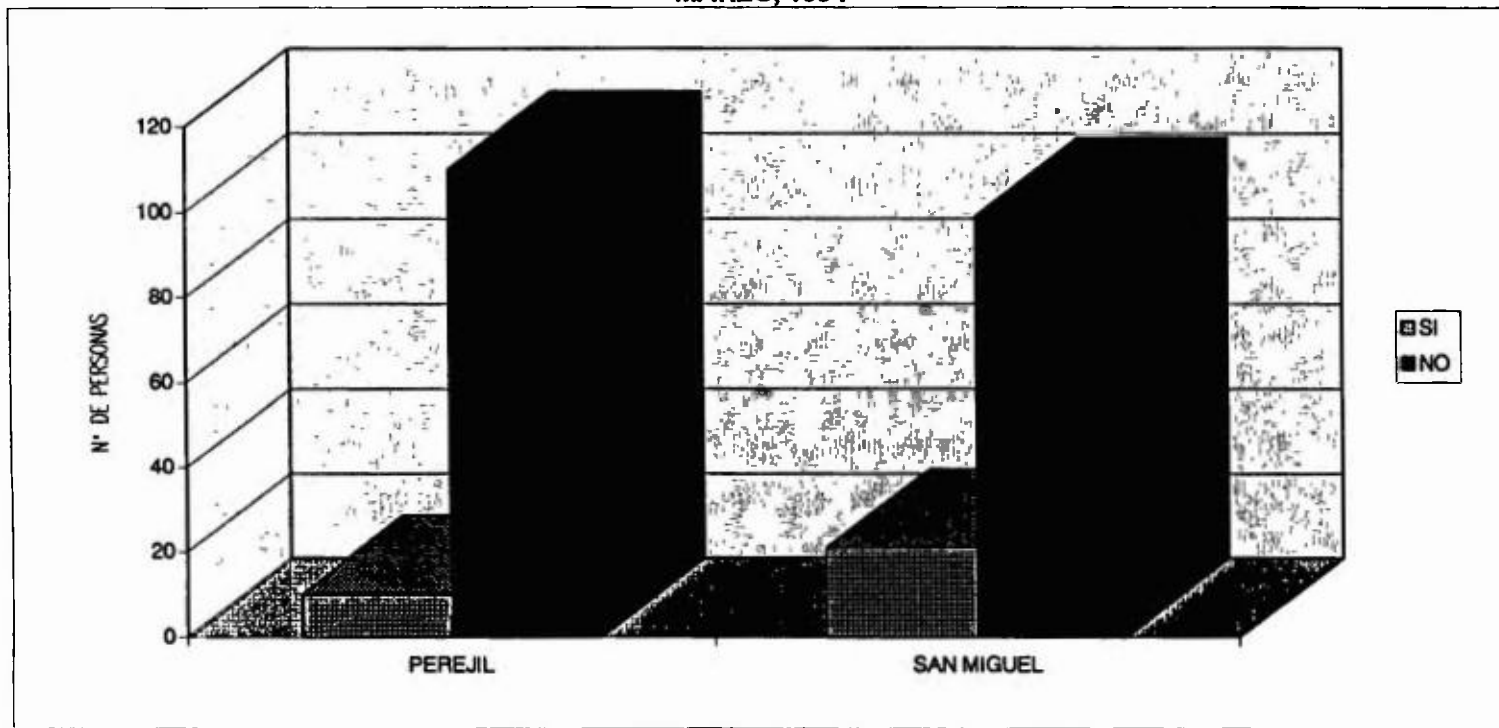
**PRÁCTICA DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL TIEMPO LIBRE DEL ADULTO
SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA
PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA Nº 11

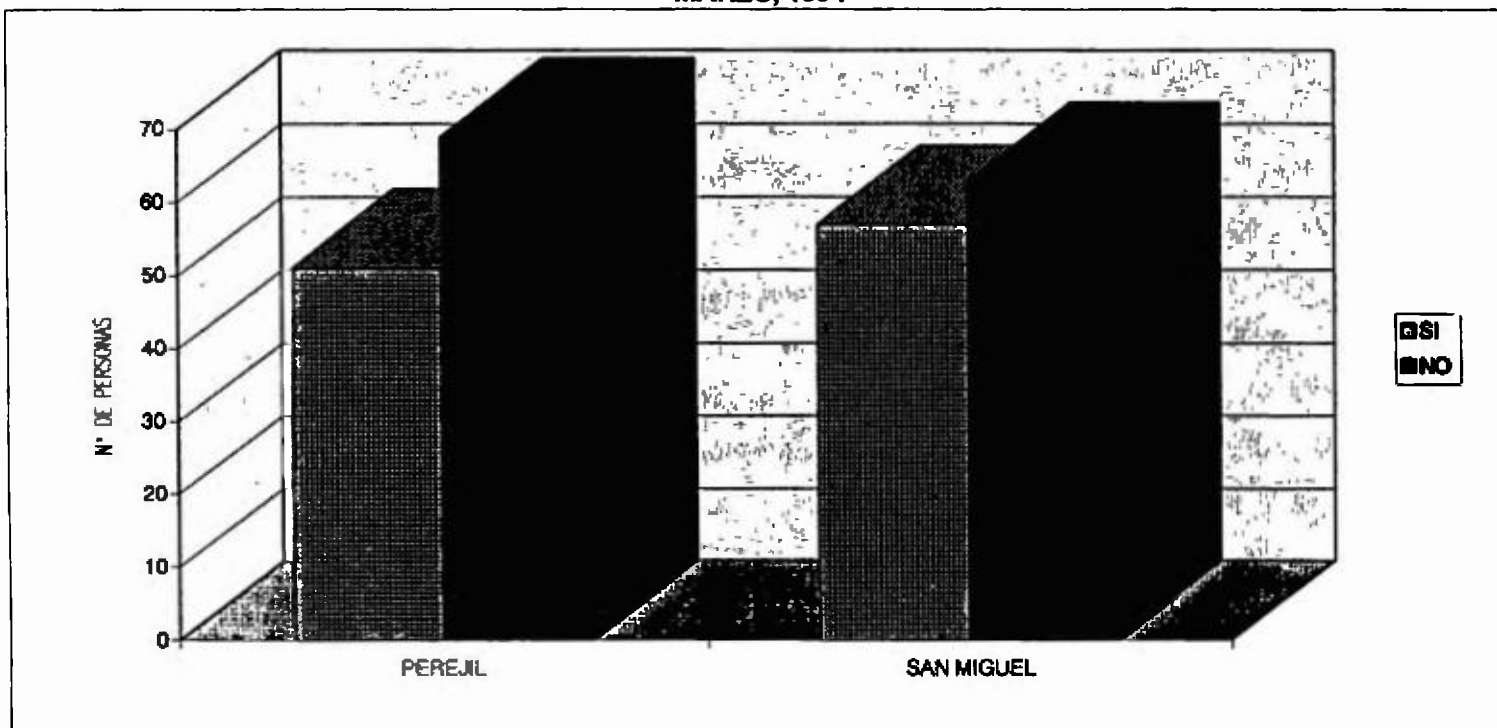
**RESPUESTA AL HÁBITO DE FUMAR DE LOS ADULTOS EN ESTUDIO
RESIDENTES EN LOS BARRIOS DE PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA N° 12

**CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADULTOS EN ESTUDIO RESIDENTES
EN LOS BARRIOS DE PEREJIL Y SAN MIGUEL.
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

cáncer cérvico-uterino (Gráfica N° 13).

Igualmente, no resultó significativa la diferencia entre ambas comunidades y la respuesta negativa de los varones al examen prostático (Gráfica N° 14).

Se puede observar que no hay diferencias significativas entre postergados y no postergados con respecto a la creencia de la importancia del control de salud. El Corregimiento de Calidonia tiene accesibilidad al Centro de Salud Emiliano Ponce del 100%. Las estadísticas del centro refieren 43.7% como cobertura en los controles de salud. En este estudio, resaltó que el 87% de las poblaciones en estudio (postergada y no postergada) creen en la importancia del control de salud (Cuadro N° 5).

Tampoco se encontró diferencias en la realización del control de salud pero si sobresalen las respuestas negativas de 31.66 y 28.33 en Perejil y San Miguel respectivamente (Gráfica N° 15), y el sexo femenino como el que controla más la salud en comparación al sexo masculino (Gráfica N° 16).

El 77.5% de la población de Perejil y el 48.33% de San Miguel poseen Seguro Social; esta diferencia y el nivel de postergación nos explica que el 34.17% y el 33.33% de San Miguel respectivamente empleen los servicios del Centro de Salud y los Hospitales, mientras que en Perejil el 54.17% de los adultos recurren a los servicios privados (Gráfica N° 17).

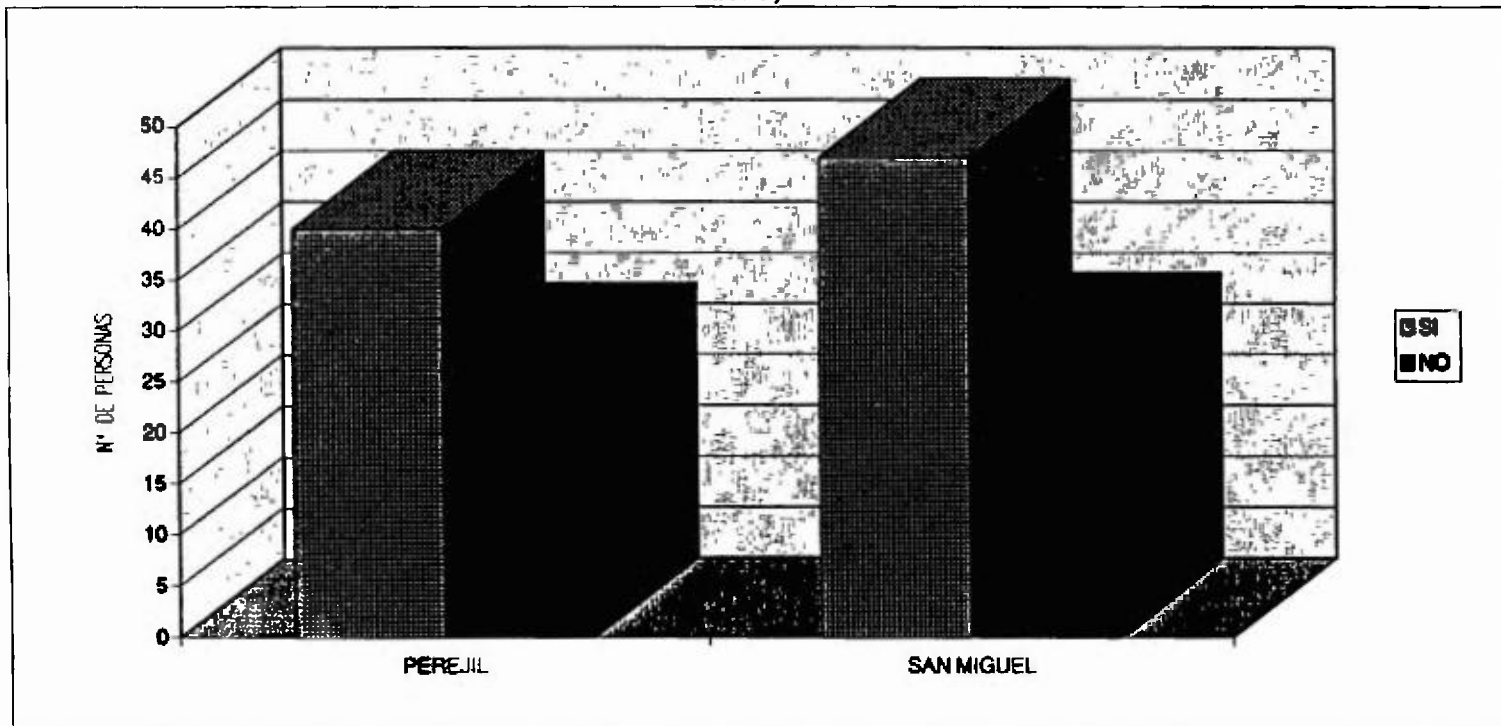
Los adultos en estudio en general acuden de 1 a 4 veces al año a los servicios de salud por ayuda médica y los que lo hacen con más frecuencia son los residentes en San Miguel y por razones de salud quebrantada (Cuadro N° 6).

En cuanto al tipo de orientación que reciben cuando acuden a los servicios de salud, el estudio reflejó que reciben orientación con respecto a su enfermedad y la causa, y muy poco o nada en relación al tratamiento, cómo evitar complicaciones o que se repita la enfermedad (Cuadro N° 7).

A pesar de lo descrito en el párrafo anterior, el estudio indica que existe satisfacción en la atención indistintamente del lugar donde la reciban, pero en menor intensidad en los hospitales (Gráfica N° 18).

GRÁFICA Nº 13

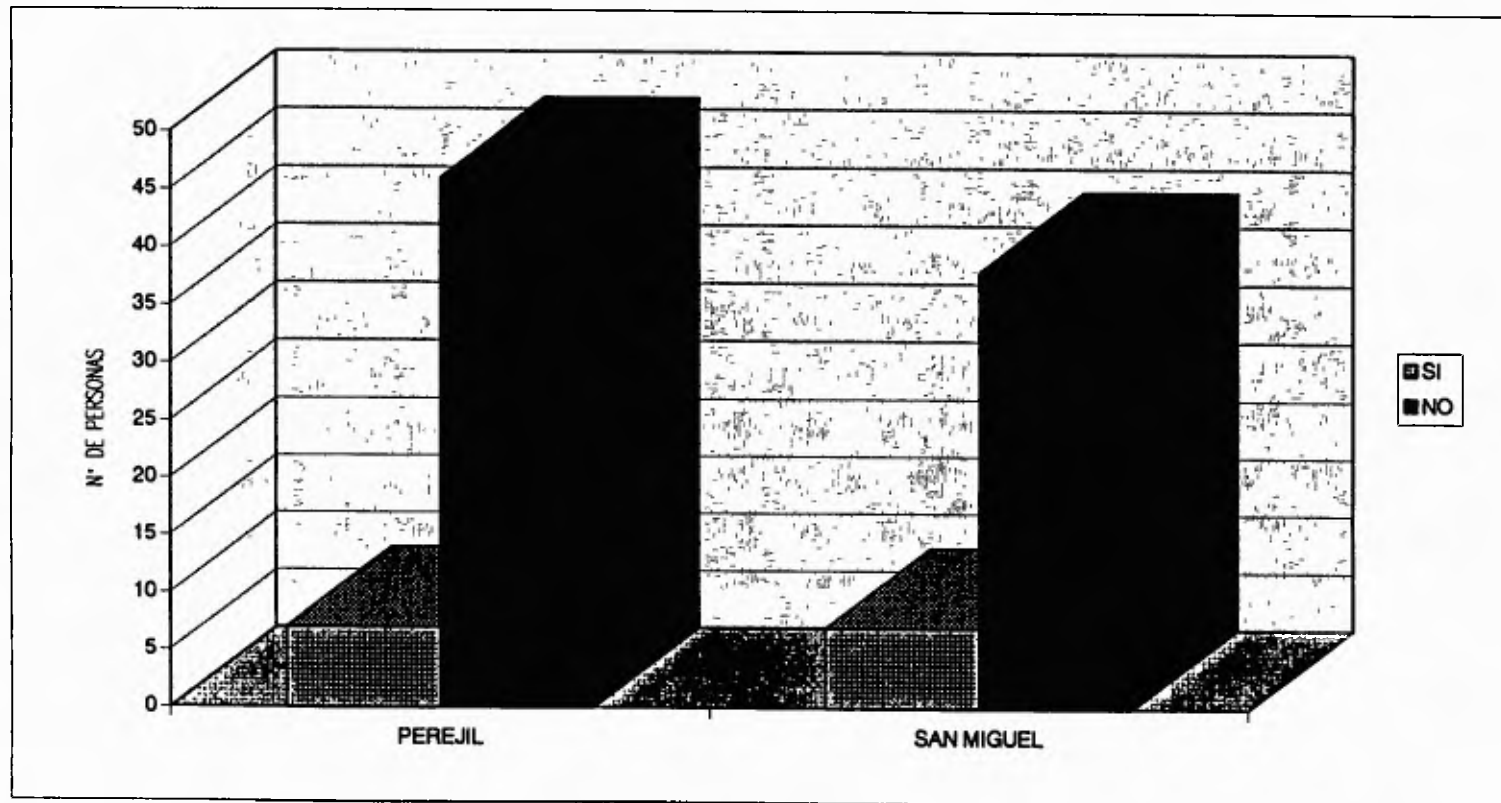
REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
DE LAS MUJERES EN ESTUDIO RESIDENTES EN LOS BARRIOS DE PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA Nº 14

**REALIZACIÓN DEL EXAMEN PROSTÁTICO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
EN LOS ADULTOS MASCULINOS EN ESTUDIO RESIDENTES EN LOS BARRIOS DE PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

CUADRO Nº 5

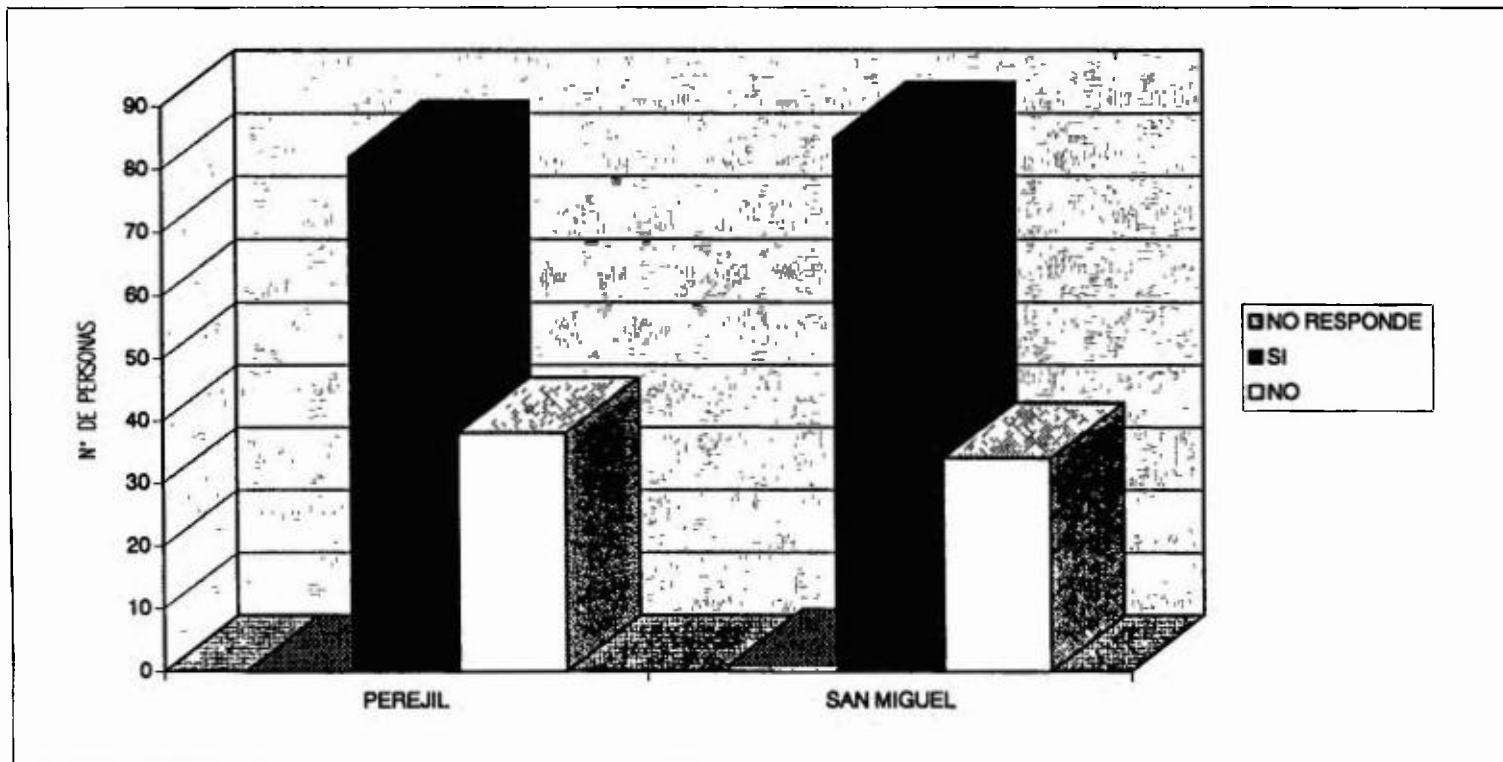
CREENCIA QUE TIENEN LOS ADULTOS EN ESTUDIO RESIDENTES
EN PEREJIL Y SAN MIGUEL CON RESPECTO A LA IMPORTANCIA
DEL CONTROL DE SALUD
MARZO, 1994

CREENCIA DE QUE EL CONTROL DE SALUD ES IMPORTANTE	PEREJIL		SAN MIGUEL		TOTAL	
	NO	%	NO	%	NO	%
NO RESPONDE	1	0.83	-	-	1	0.41
SI	104	86.66	104	86.66	208	86.66
NO	15	12.50	16	13.33	31	12.91
TOTAL	120	100	120	100	240	100

Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA Nº 15

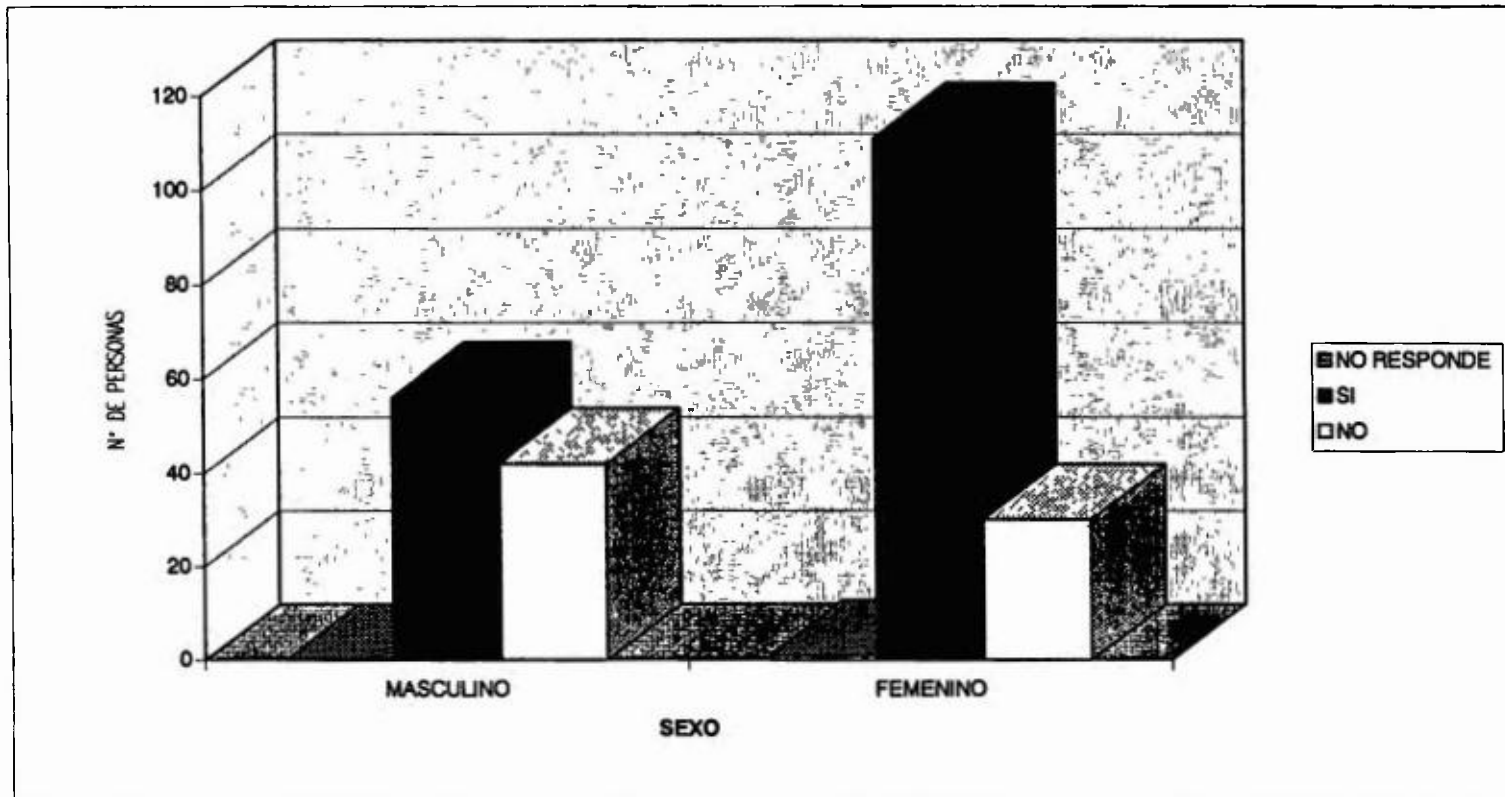
REALIZACIÓN DEL CONTROL DE SALUD EN PERSONAS ADULTAS
RESIDENTES EN LOS BARRIOS DE PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA Nº 16

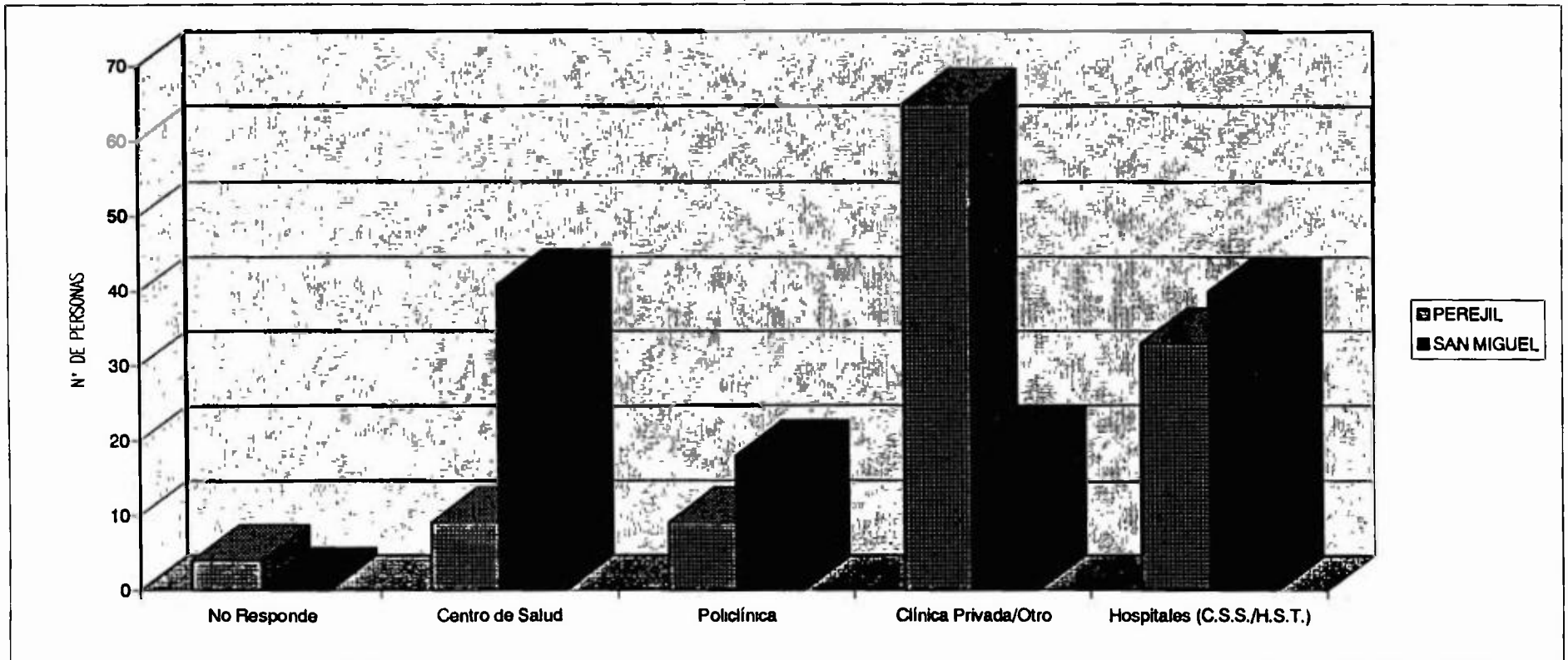
REALIZACIÓN DEL CONTROL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS
SEGÚN SEXO RESIDENTES EN PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA Nº 17

SERVICIOS DE SALUD UTILIZADOS POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
RESIDENTE EN PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

CUADRO Nº 6

FRECUENCIA CON QUE ACUDEN AL MEDICO EN BUSCA DE ATENCIÓN
 LOS ADULTOS RESIDENTES EN PEREJIL Y SAN MIGUEL
 MARZO, 1994

VECES AL AÑO QUE ACUDEN AL MEDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
0	26	10.8
1-2	120	50
3-4	48	20
5-6	24	10
7 y más	22	9.17
TOTAL	240	100

Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

CUADRO N° 7

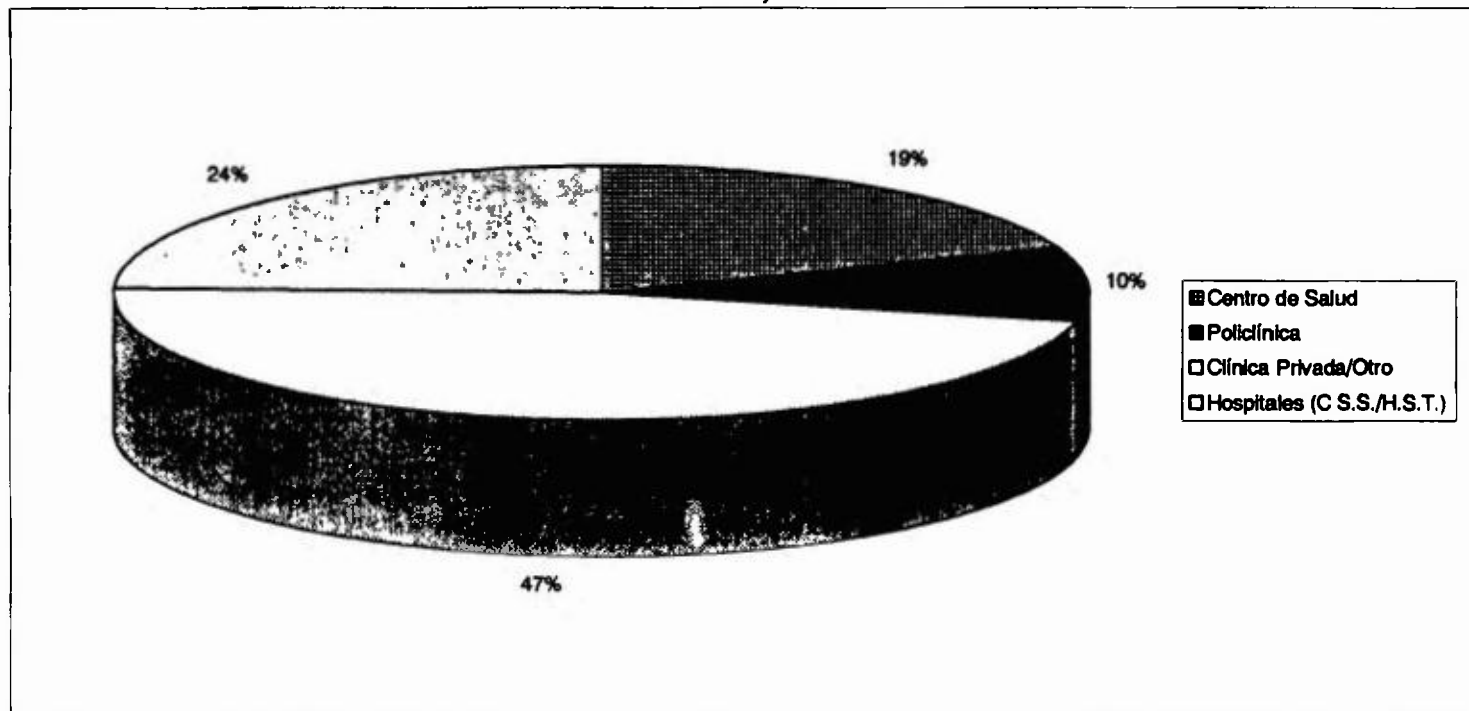
**TIPO DE ORIENTACIÓN RECIBIDA SEGÚN LUGAR DONDE RECIBEN ATENCIÓN DE SALUD
LOS ADULTOS RESIDENTES EN SAN MIGUEL Y PEREJIL
MARZO, 1994**

LUGAR DONDE RECIBEN ATENCIÓN	TIPO DE ORIENTACIÓN RECIBIDA					
	EN REFERENCIA	CASA	TRATAMIENTO	CON EVITAR COMPLICACIONES	CON EVITAR QUE SE REPITA LA ENFERMEDAD	TOTAL
No responde	5	-	-	-	-	5
Centro de Salud	17	29	-	3	1	50
Policlínica	6	19	1	-	1	27
Clínica Privada / Otro	19	65	-	1	-	85
Hospitales (C.S.S./H.S.T.)	24	46	1	1	1	73
TOTAL	71	159	2	5	3	240

Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

GRÁFICA Nº 18

**GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD
SEGÚN SERVICIO DE SALUD DONDE SE ATIENDEN LOS ADULTOS RESIDENTES EN PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**



Fuente: Formulario de recolección de datos aplicado en Perejil y San Miguel. Marzo, 1994.

CAPITULO V
ANÁLISIS ESTRATÉGICO

A. SITUACION ACTUAL. PEREJIL Y SAN MIGUEL. MARZO, 1994.

AMBIENTE FISICO SOCIAL		BIOLOGIA HUMANA	
PEREJIL	SAN MIGUEL	PEREJIL	SAN MIGUEL
<p>I.R.A. 15/120=0.125 Prevalencia=12.5%</p> <p>Escolaridad No superior: 41.10% Técnica Sup.: 58.82%</p> <p>Ambiente Social Mayor número de solteros. Casados. Separados. Divorciados y Viudos.</p> <p>Tipo de Vivienda Propia y Alquilada</p> <p>Oficio Profesional y Técnico</p> <p>Nivel de Postergación No pobre: 83.33% 40.83% con ingreso familiar de más de B/.1,000.00</p> <p>Desempleo 2.8%</p>	<p>I.R.A. 13/120=0.108 Prevalencia=10.8%</p> <p>Escolaridad No superior: 67% Técnica Sup.: 33.33%</p> <p>Ambiente Social Predomina la unión libre</p> <p>Tipo de Vivienda Condenada y Alquilada. Mayor grado de hacinamiento (cuartos).</p> <p>Deficiente dotación de agua potable.</p> <p>Nivel de Postergación 63.33% nivel de pobreza 63.33% con salario menor de B/.200.00-B/.300.00</p> <p>Desempleo 15.83%</p>	<p>Hipertensión 2/120=0.0166 Prevalencia: 1.67%</p> <p>Familias pequeñas (menor número de hijos) 0-3 93.33% 4-6 5.83% 7 y más 0.83%</p>	<p>Hipertensión 11/120=0.0967 Prevalencia: 9.67%</p> <p>Familias numerosas (mayor número de hijos) 0-3 80.33% 4-6 15.83% 7 y más 3.33%</p>

A. SITUACION ACTUAL (CONTINUACION), PEREJIL Y SAN MIGUEL, MARZO, 1994.

ESTILO DE VIDA		ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	
PEREJIL	SAN MIGUEL	PEREJIL	SAN MIGUEL
<p>Infecciones 3/120=0.025 Prevalencia: 2.5%</p> <p>Consideración de la dieta 75.83% balanceada 15.83% rica en grasas</p> <p>Actividad en tiempo libre 32.5% deporte 17.5% pasear y caninar</p> <p>Tabaquismo 8.33%</p> <p>Consumo de alcohol 42.5%</p>	<p>Infecciones 2/120=0.0166 Prevalencia: 1.667%</p> <p>Consideración de la dieta 73.33% consideran balanceada 16.66% rica en grasas</p> <p>Actividad en tiempo libre 23.33% deporte 25.83% actividades que no requieren esfuerzo físico</p> <p>Tabaquismo 17.5%</p> <p>Consumo de alcohol 47.5%</p>	<p>Prevalencia de Enfermedad 19.2%</p> <p>Papanicolaos en los últimos 12 meses NO: 40.29% SI: 59.70%</p> <p>Examen Prostático en los últimos 12 meses NO: 86.79% SI: 13.21%</p> <p>Control de Salud NO: 31.66% SI: 68.33%</p> <p>86.66% creen que el control de salud es importante.</p> <p>Servicios de salud utilizados Centro de Salud: 7.5% Policlínica: 7.5% Hospitales (C.S.S./H.S.T.): 27.5% Clínica Privada: 54.17%</p> <p>Motivo: por enfermedad Con Seguro Social: 77.5%</p>	<p>Prevalencia de Enfermedad 29.2%</p> <p>Papanicolaos en los últimos 12 meses NO: 37.33% SI: 62.66%</p> <p>Examen Prostático en los últimos 12 meses NO: 84.44% SI: 15.56%</p> <p>Control de Salud NO: 28.33% SI: 70.83%</p> <p>86.66% creen que el control de salud es importante.</p> <p>Servicios de salud utilizados Centro de Salud: 34.17% Policlínica: 15% Hospitales (C.S.S./H.S.T.): 33.33% Clínica Privada: 16.67%</p> <p>Motivo: por enfermedad Con Seguro Social: 48.33%</p>

**B. ANALISIS DE PROBLEMAS DE SALUD
IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO
PEREZIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994**

FACTORES DE RIESGO / ENFERMEDAD	BIOLÓGICOS	ESTILO DE VIDA	AMBIENTE SOCIAL	SERVICIOS DE SALUD
<p align="center">I. R. A. Infecciones Respiratorias Agudas</p>	<p align="center">Sexo (Femenino) O.R. = 1.28</p>	<p align="center">Tabaquismo (N.S.)</p>	<p align="center">Hacinamiento O.R. = 1.57 x^2 y p = N.S.</p> <p align="center">Pobreza O.R. = 1.92 x^2 y p = N.S.</p> <p align="center">Nivel Educativo No Superior O.R. = 1.20 p = N.S.</p> <p align="center">Oficio (No Profesional) O.R. = 1.31 x^2 y p = N.S.</p>	

B. ANALISIS DE PROBLEMAS DE SALUD (CONTINUACION)
IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO
PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994

FACTORES DE RIESGO / ENFERMEDAD	ETIOLOGIA	MODELO DE VIDA	MEDIOS SOCIALES	SITUACION DE SALUD
Hipertensión		<p align="center">Sedentarismo O.R. = 1.54 (0.33 < O.R. < 8.14) $\chi^2 = 0.36$ p = 0.05</p> <p align="center">Alcohol O.R. = 1.71 (0.45 < O.R. < 6.68)</p> <p align="center">Productos animales en dieta O.R. = 1.89</p> <p align="center">Pobreza O.R. = 1.29 (0.40 < O.R. < 4.08) χ^2 y p = N.S.</p>	<p align="center">Escolaridad (no superior) O.R. = 1.33 χ^2 y p = N.S.</p> <p align="center">Lugar de Residencia (San Miguel) O.R. = 7.17 Correc. Yates $\chi^2 = N.S.$ p = 0.00766</p>	

B. ANALISIS DE PROBLEMAS DE SALUD (CONTINUACION)
IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO
PEREJIL Y SAN MIGUEL
MARZO, 1994

FACTORES DE RIESGO / ENFERMEDAD	BIOLÓGICOS	ESTILO DE VIDA	SITUACIÓN SOCIAL	SERVICIOS DE SALUD
Infecciones			<p align="center">Pobresa (Ingreso Familiar Bajo) O.R. = 1.51 p = N.S.</p> <p align="center">Agua Extra Domiciliar O.R. = 1.55 (0.19 < O.R. < 10.21) p = N.S.</p> <p align="center">Oficio (no profesional) O.R. = 4.92</p>	

**C. ANÁLISIS DE PROBLEMAS DE SALUD
EXPLICACION DE PROBLEMAS - SAN MIGUEL, MARIÓ, 1994**

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	EFEC QUE RECIENEN	EFEC QUE CONDICIONAN	EFEC QUE DETERMINAN
<p>La situación actual del sector de San Miguel se caracteriza principalmente por:</p> <p>Prevalencia de Enfermedad 29.28</p> <p>I.R.A. 10.838</p> <p>Hipertensión 9.1678</p> <p>Infecciones 1.678</p> <p>en sus condiciones de salud, lo que se asocia a las malas condiciones de vida de la comunidad.</p>	<p>678 poseen nivel educativo no superior.</p> <p>Predominio de la unión conyugal libre.</p> <p>Casas condenadas y de alquiler. Hacinamiento. Agua potable extradomiciliar.</p> <p>Alto nivel de pobreza. Salarios muy bajos en relación a la canasta básica. Familias numerosas.</p> <p>Desempleo.</p> <p>Dieta rica en grasa</p> <p>Sedentarismo.</p> <p>Tabaquismo 8.33-17.5%.</p> <p>Consumo de alcohol.</p> <p>Falta de exámenes de papanicolao y próstata.</p> <p>No se toman los medicamentos regularmente (percepción del servicio).</p>	<p>Hábitos difíciles de modificar.</p> <p>Dificultades en la ejecución de programas de salud de adultos.</p> <p>Metodología educativa para adultos inadecuada.</p> <p>No hay otras ofertas de alternativas de recreación.</p> <p>No hay sitios para practicar deportes o ejercicios.</p>	<p>Inestabilidad (movilización) del personal.</p> <p>Limitación de recursos de apoyo (nutrición, trabajo social).</p> <p>Postergación relativa del programa de salud de adultos.</p> <p>Modelo de viviendas que perpetúan el hacinamiento sin adecuada ventilación.</p>

I. ELABORACION DE LA OPCION ESTRATEGICA, SITUACION Y OBJETIVOS. SAN MIGUEL.

SITUACION INICIAL	FACTORES PROBLEMA	SITUACION OBJETIVO	OBJETIVOS DE CAMBIO
<p>Postergación Social 63.38 en situación de pobreza</p> <p>Problemas de Salud Prevalencia de Enfermedad 29.28</p> <p>Hipertensión 9.178</p> <p>Factores de Riesgo Pobreza 638</p> <p>Hacinamiento 72.58</p> <p>Nivel educativo no superior 678</p> <p>Sedentarismo 408</p> <p>Agua Extradomiciliar 48.338</p> <p>Servicio Sanitario Extradomiciliar 52.28</p> <p>Desempleo 15.838</p> <p>Ruidos Críticos Hábitos difíciles de modificar en la población.</p> <p>Dificultad en la ejecución de programas de salud de adultos</p>	<p>Amenazas y debilidades</p> <p>Inestabilidad y falta de especialización del personal que labora en el Programa de Salud de Adultos.</p> <p>Limitados recursos de apoyo en el Servicio de Salud.</p> <p>Irregularidad en el control de salud del usuario.</p> <p>Malas condiciones de vida asociado a factores de riesgo.</p> <p>Oportunidades y fortalezas</p> <p>Existencia del Programa de Salud de Adultos.</p> <p>Creencia en la importancia del control de salud.</p> <p>Accesibilidad a los servicios.</p>	<p>Familias con ingresos familiares que le ayudan a satisfacer sus necesidades básicas (alimentación y viviendas saludables).</p> <p>Pacientes hipertensos que controlen su salud adecuadamente, lo que repercuta en disminución de muertes por infarto al miocardio y otras complicaciones.</p> <p>Menos I.R.A. e infecciones en la población adulta.</p> <p>Adultos con mejor nivel educacional (técnico o superior), con empleos que contribuyan en su desarrollo personal, comunitario y del país.</p> <p>Adultos que practiquen actividades que requieren del esfuerzo físico dentro del empleo del tiempo libre y que controlen su salud.</p>	<p>a. Reducir la pobreza a niveles mínimos.</p> <p>b. Disminuir las complicaciones por hipertensión e I.R.A.</p> <p>c. Reducir las infecciones.</p> <p>d. Mejorar las condiciones de vivienda.</p> <p>e. Mejorar el nivel educacional.</p> <p>f. Disminuir el desempleo.</p> <p>g. Cambiar el estilo de vida sedentario.</p> <p>h. Incrementar cualitativa y cuantitativamente los controles de salud.</p>

**E. ELABORACION DE LA OPCION ESTRATEGICA
PERFILES DE PROYECTO # 1**

REGION:	Metropolitana	CILON:	San Miguel	NIVEL DE GESTION:	
----------------	---------------	---------------	------------	--------------------------	--

TIPO DE PROYECTO	A. RECURSOS HUMANOS B. EQUIPOS E INSUMOS	C. INVERSIONES D. OTRO	NOMBRE DEL PROYECTO EDUCACION EN SERVICIO PARA LA SALUD DEL ADULTO
-------------------------	---	---------------------------	--

JUSTIFICACION	OBJETIVOS	BENEFICIOS ESPERADOS	OPERACIONES
Los problemas de salud del adulto de la comunidad de San Miguel están asociados a sus desventajosas condiciones de vida que se caracterizan por los siguientes factores de riesgo: Pobreza, hacinamiento, nivel educativo no superior, sedentarismo, agua extradomiciliar y desempleo.	<p>Ejecutar sin dificultades el programa de salud de adultos del Centro Emiliano Ponce.</p> <p>Especialización del personal que labora en el Programa de Salud de Adultos del Centro Emiliano Ponce.</p> <p>Promover la permanencia de este personal en el servicio</p>	<p>Mejor metodología educativa para el adulto.</p> <p>Mejores controles de salud para el adulto sano o enfermo.</p> <p>Aplicación más acertada del programa en la población objetivo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seminarios, talleres post-gradó de especialización en salud del adulto a nivel del centro de salud. 2. Coordinar con la Dirección de Salud de Adultos, Caja de Seguro Social, Ministerio de Salud, Facultades de Medicina y Enfermería. 3. Taller de metodología de Educación del Adulto.

PERIODO DE OPERACIONES Y TIEMPO DE EJECUCION	PERIODO PROGRAMADO DE FINANCIAMIENTO
1 AÑO	ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD UNIVERSIDAD DE PANAMA (FACULTADES DE MEDICINA Y ENFERMERIA) DIRECCION DEL PROGRAMA DE SALUD DE ADULTOS

**E. ELABORACION DE LA OPCION ESTRATEGICA
PERFILES DE PROYECTO # 2**

REGION:	Metropolitana	SILBO:	San Miguel	NIVEL DE GESTION:	
----------------	---------------	---------------	------------	--------------------------	--

TIPO DE PROYECTO	A. RECURSOS HUMANOS B. EQUIPOS E INSUMOS	C. INVERSIONES D. OTRO	NOMBRE DEL PROYECTO MEJORES ESTILOS DE VIDA PARA LA POBLACION DE SAN MIGUEL
-------------------------	---	---------------------------	---

PROBLEMA	OBJETIVOS	INDICADORES	OPERACIONES
Los problemas de salud del adulto de la comunidad de San Miguel están asociados a sus desventajosas condiciones de vida que se caracterizan por los siguientes factores de riesgo: Pobreza, hacinamiento, nivel educativo no superior, sedentarismo, agua extradomiciliar y desempleo.	<p>Modificar los estilos de vida</p> <p>a. Implementar programa con enfoque preventivo de salud en la educación formal a nivel de primaria y secundaria.</p> <p>b. Organizar grupos para la prevención y promoción de la salud.</p> <p>c. Fomentar la modificación de hábitos que afectan la salud del adulto.</p>	<p>Mejores estilos de vida en general.</p> <p>a. Adultos sanos que controlan su salud anualmente.</p> <p>b. Grupos de pacientes que fomentan y promueven la salud.</p> <p>c. Hábitos modificados que benefician la salud del adulto.</p>	<p>Por medio del programa de educación de salud escolar y la educación formal promover hábitos saludables.</p> <p>Organización y activación de los grupos por parte de personal especializado.</p> <p>Campañas institucionales en medios de comunicación social.</p>

FRECUENCIA DE OPERACIONES Y TIEMPO DE EJECUCION	FUENTES PROBABILES DE FINANCIAMIENTO
1 AÑO	<p>MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL (RADIO, PRENSA, TELEVISION)</p> <p>CLUBES CIVICOS</p> <p>MINISTERIO DE SALUD</p> <p>CAJA DE SEGURO SOCIAL</p>

**ESTRATEGIAS DE ACCION RECOMENDADAS
PARA MODIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS**

Las estrategias de acción que se recomiendan en este estudio tienen como finalidad fortalecer el programa de salud de adultos en el Corregimiento de Calidonia para que en su ejecución se modifiquen positivamente los factores de riesgo asociados a la enfermedad de la población adulta en ese corregimiento.

AMBIENTE FISICO SOCIAL.

1. Elevar el nivel educativo.
2. Fomentar el valor del vínculo matrimonial.
3. Mejorar las condiciones de la vivienda y promover la dotación de agua y servicio sanitario intradomiciliario.
4. Fomentar la empleomanía y salarios mínimos acorde con las necesidades básicas.
5. Disminuir los niveles de pobreza a su mínima expresión.

ESTILOS DE VIDA.

1. Promocionar mejores estilos de vida.
2. Mejorar la alimentación (dietas balanceadas, bajas en grasas).
3. Fomentar actividades deportivas (disminuir sedentarismo mediante el intercambio familiar y comunitario).
4. Disminuir el tabaquismo y el consumo de alcohol.
5. Fomentar la higiene y protección del ambiente (evitar el humo del tabaco).

BIOLOGIA HUMANA.

1. Realizar investigaciones o estudios sobre la hipertensión con enfoque preventivo hacia las

comunidades de Perejil y San Miguel.

2. Promover la Planificación Familiar (educando al escolar a nivel primario y secundario, y al adulto).

SERVICIOS DE SALUD.

1. Disminuir al mínimo la falta de control de papanicolao en la mujer y la próstata en varones mayores de 40 años.
2. Fomentar la importancia del control de salud y su implementación anual en el adulto sano (educando al escolar y al adulto). Realizar campañas institucionales empleando los medios de comunicación social con este objetivo.
3. Garantizar la óptima calidad de los servicios y programas de salud de adultos que aseguren el mayor desarrollo bio-psico-social del adulto.
4. Satisfacción de las necesidades sanitarias en el grado que requieran el individuo y la comunidad.
5. Participación social dentro de la comunidad en la promoción de un mejor nivel de salud.

LIMITACIONES

Existen problemas de baja frecuencia como lo son el consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, violencia y otros que son difíciles de reconocer y hasta conflictivos, por lo que se requieren abordajes especiales, unos más complejos que otros, que demandan más tiempo necesitando métodos que rompan las barreras del temor y la desconfianza.

En este estudio fue difícil trabajar mortalidad e inclusive se encontraron dificultades en morbilidad dada la amplia variedad de enfermedades referidas que quizás con una muestra mayor, métodos de diagnóstico clínico y de laboratorio, reformulación del instrumento, nos hubiese revelado información adicional y más detallada, capaz de reflejar mayores diferencias pero a costos más elevados.

CONCLUSIONES

1. El Análisis Estratégico utilizado en este estudio permitió demostrar el grado de postergación de cada una de las localidades según sus condiciones de vida, problemas de salud y factores de riesgo.
2. Las condiciones de vida de los adultos residentes en la comunidad de San Miguel, caracterizada por alto grado de pobreza, desempleo, hacinamiento, servicio sanitario y agua extradomiciliar, estilos de vida no saludables (sedentarismo, consumo de tabaco), son notablemente desventajosas en comparación a las de la comunidad de Perejil.
3. Existe relación entre la morbilidad y las condiciones de vida de los adultos en cuanto a sus características socioeconómicas y del estilo de vida. Sin embargo no se observó asociación entre la morbilidad y los controles de salud en su aspecto cuantitativo.
4. En las atenciones de salud, la orientación a los pacientes no va dirigida a la prevención de la enfermedad y su complicación, sino solamente a la enfermedad y su causa. Pese a ello se refirió satisfacción en la atención.
5. La población de San Miguel hace uso de los servicios del Centro de Salud correspondiente, hospitales (Santo Tomás y C.S.S.), mientras que la de Perejil hace mejor uso de los servicios privados de salud y ambos lo hacen por enfermedad y no para el control del adulto sano.
6. La población adulta de ambas localidades estudiadas consideran importante el control de salud del adulto sano

consideran importante el control de salud del adulto sano
pero no lo practican.

LITERATURA CONSULTADA

- BARAHONA, Nohemy y ALVAREZ A., Lugardo. **Sociedad y Salud. Estudios en América.** Primera Edición. Cali, Colombia. Impresiones Formas Precisas. 1992.
- BRUNNER, L. S. y SUDDART, D. S. **Enfermería Médico Quirúrgica.** Sexta Edición. México. Interamericana McGraw Hill. 1989.
- CALERO, Rey J. **Método Epidemiológico y Salud de la Comunidad.** Madrid. McGraw Hill Interamericana de España. 1989.
- CANALES, F. H. de y ALVARADO y PINEDA. **Metodología de la Investigación.** México. PASCAP Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 1986.
- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA DE PANAMA. **Censos Nacionales de Población y Vivienda. Características Generales de la Población.** Vol. II. 1990.
- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA DE PANAMA. **Censos Nacionales de Población y Vivienda. Resultados Finales Básicos.** Distrito de Panamá. 1991.
- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA DE PANAMA. **Situación Demográfica. Estadísticas Vitales. Defunciones.** Volumen III. Sección 221. Movimiento de la Población. Panamá. 1989.
- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA DE PANAMA. **Situación Demográfica. Estadísticas Vitales.** Volumen II. Sección 221. Movimiento de la Población. Panamá. 1990.
- DEVER, Alan G. E. **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud.** Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. 1991.
- DORMUNT, Alexis. **Cómo alcanzar los 100 años en Plena Forma.**

Barcelona, España. Ediciones Plus. 1992.

ESCALA, Manuel Angel. **"Análisis Estratégico" Módulo II de Planificación Estratégica.** Panamá. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Panamá. 1993.

ESCALA, Manuel Angel. **"Enfoque de Riesgo en la Administración de Servicios de Salud".** IV Curso de Maestría en Salud Pública. Panamá. Universidad de Panamá. 1993.

ESCALA, Manuel Angel. **"Lineamientos para la Acción en Salud".** Documento multigráfico. IV Curso de Maestría en Salud Pública. Panamá. Universidad de Panamá. 1993.

FAYAD, Camel. **Estadística Médica y Salud Pública. Tomo I.** Venezuela. Editora Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes. 1982.

GONZALO, Canal Ramírez. **Envejecer no es deteriorarse.** 12ª edición. Bogotá, Colombia. Ediciones Mundial. 1989.

HILLEBOE, Hernan E. y LARIMORE, Granville W. **Medicina Preventiva.** 2ª Edición. México. Interamericana. 1989.

LANGARICA, Raquel Salazar. **Gerontología y Geriatria.** México. Nueva Editorial Interamericana. 1985.

LOPEZ, Luis. **Trabajo de Graduación e Informes. Procedimientos Técnicos para su Elaboración.** 4ª Edición. Panamá. 1993.

LAZARSFEL, Paul et al. **Planificación de los Problemas Sociales.** Buenos Aires. Editorial Macagno Landa y Cía. 1979.

MILTON, Terris. **Folleto. Conceptos sobre Promoción de la Salud. Dualidades en la Teoría de la Salud Pública.** Washington D.C. 1992.

- MINISTERIO DE SALUD. Caja de Seguro Social. Programas de Salud Dirigidos al Adulto. Normas de Atención. Panamá. 1990.
- MINISTERIO DE SALUD. Políticas de Salud. Panamá, 1990.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Canadá. 1986.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan de Acción para la Instrumentación de Estrategias Regionales. Washington, E.U.A. 1982.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - UNICEF. ALMA-ATA. Atención Primaria de Salud. Ginebra. 1978.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Las políticas de Promoción de la Salud. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Dra. Helena E. Restrepo. Octubre, 1992.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en Atención Materno-Infantil. Washington, E.U.A. 1987.
- PIETRO, de Nicola. Fundamentos de Gerontología y Geriatria. Barcelona, España. Editorial JIMS. 1979.
- PLAUT, Renate. Unidad de Epidemiología, Análisis de Riesgos, Alcance y Limitaciones para la Administración de Salud. Washington D.C.. Oficina Sanitaria Panamericana. 1984.
- POLIT, Denis et al. Investigación Científica en las Ciencias de la Salud. 3ª Edición. México. Editorial Interamericana. 1991.
- REAL ACADEMIA DE LA LENGUA. Diccionario de la Lengua

Española. Tomo I. 20a edición. España. Talleres Gráficos de la Editorial ESPASA, S.A. 1984.

REPUBLICA DE PANAMA. Constitución Política de la República de Panamá. Reformatorio de 1983. Panamá. Editorial Universitaria. 1987.

SAN MARTIN, Hernán y PASTOR, Vicente. Epidemiología de la Vejez. Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España. 1990.

WENNER, David y BOWER, Bill. Aprendiendo a Promover la Salud. Palo Alto, California. Fundación Hesperian. 1984.



ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

INSTRUCTIVO DE ENCUESTA

TITULO: ANÁLISIS ESTRATÉGICO DE FACTORES DE RIESGO DE SALUD DE ADULTOS. SAN MIGUEL, MARZO - 1994.

OBJETIVO: IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO, AMBIENTALES, BIOLÓGICOS DEL ESTADO SOCIOECONÓMICO Y DEL ESTILO DE VIDA, RELACIONADOS CON LA SALUD DEL ADULTO SEGUN NIVEL DE POSTERGACION CON LA FINALIDAD DE HACER RECOMENDACIONES A LOS SERVICIOS DE SALUD DE ADULTOS EN EL CORREGIMIENTO DE CALIDONIA EN 1994.

LA PRESENTE ENCUESTA SERA LLENADA POR UN ENCUESTADOR, LA MISMA DEBERA SER LLENADA A LAPIZ. LAS PREGUNTAS SON EN SU MAYORIA DE TIPO CERRADO Y SE DEBE COLOCAR GANCHO, DIGITO O LETRA CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA DEL ENCUESTADO. EN LAS PREGUNTAS ABIERTAS SE DEBE ESPECIFICAR LA RESPUESTA.

LE AGRADEZCO POR SU COOPERACION.

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES

1. EDAD: _____

2. SEXO: MASCULINO FEMENINO

3. ESCOLARIDAD:

1. SOLTERO

2. CASADO

3. SEPARADO

4. DIVORCIADO

5. UNION LIBRE

6. VIUDO (A)

5. OFICIO QUE DESEMPEÑA:

6. LUGAR DONDE TRABAJA:

7. ¿TIENE SEGURO SOCIAL? SI NO

8. INGRESO FAMILIAR (MENSUAL)

1. NO SABE

2. MENOS DE 200

3. DE 201 A 300

4. DE 301 A 500

5. DE 501 A 800

6. DE 801 A 1,000

7. MAS DE 1,000

9. LUGAR DE RESIDENCIA

PEREJIL

SAN MIGUEL

10. NUMERO DE PERSONAS QUE RESIDEN EN LA VIVIENDA:

11. NUMERO DE HIJOS: _____

12. CONDICION DE LA VIVIENDA

1. PROPIA

2. ALQUILADA

3. PRESTADA

4. CEDIDA

5. CASA CONDENADA

6. OTRO: _____

13. POSEE SERVICIO SANITARIO DENTRO DE LA VIVIENDA

SI

NO

14. POSEE AGUA POTABLE DENTRO DE LA VIVIENDA

SI

NO

15. NUMERO DE HABITACIONES PARA DORMIR EN LA VIVIENDA: _____

25. TIPO DE BEBIDA ALCOHOLICA QUE BEBE:
 1. CERVEZA 5. WHISKEY
 2. SECO 6. VODKA
 3. RON 7. VINO
 4. GINEBRA 8. TODAS
26. FRECUENCIA CON QUE BEBE LICOR:
 1. TODOS LOS DIAS 3. FINES DE SEMANA
 2. DE 2 A 3 VECES POR SEMANA 4. EVENTOS SOCIALES
27. ¿INGIERE USTED ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO O DROGA?
 1. SI 2. NO
 ESPECIFIQUE: _____
28. ¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA EN SU TIEMPO LIBRE?
 1. SI 2. NO
 ESPECIFIQUE: _____
29. ¿CREE USTED QUE SEA NECESARIO ASISTIR AL MEDICO SIN ESTAR ENFERMO?
 1. SI 2. NO
30. ¿SE REALIZO LA PRUEBA DE PAPANICOLAO O PROSTATA EN LOS ULTIMOS 12 MESES?
 1. SI 2. NO
31. ¿CUANTAS VECES AL AÑO ACUDE A UNA INSTITUCION DE SALUD EN BUSCA DE ATENCION?
 ¿POR QUE LO HACE? _____
32. ¿DONDE RECIBE ATENCION DE SALUD?
 1. CENTRO DE SALUD 4. CLINICA PRIVADA
 2. HOSPITAL SANTO TOMAS 5. POLICLINICA
 3. HOSPITAL C.S.S. 6. OTRO _____
33. ¿LE RESOLVIERON SU PROBLEMA DE SALUD?
 1. SI 2. NO
34. LA ATENCION LE PARECIO
 1. SATISFACTORIA 3. INSATISFACTORIA
 2. REGULAR 4. DEFICIENTE
35. RECIBIO ORIENTACION SOBRE:
 1. SU ENFERMEDAD
 2. CAUSA DE SU ENFERMEDAD
 3. EL TRATAMIENTO
 4. COMO EVITAR COMPLICACIONES
 5. COMO EVITAR QUE SE REPITA LA ENFERMEDAD

36. ¿SE REALIZA CONTROLES DE SALUD?
 1. SI 2. NO

37. ¿HA SIDO RECHAZADO DE ALGUNA INSTITUCION DE SALUD?
 1. SI 2. NO

¿CUAL? _____

¿POR QUE? _____