

RESUMEN

Panamá está atravesando una fase avanzada de transición demográfica y de desigualdad epidemiológica, que se traduce en un acelerado envejecimiento de la población y en desigualdad en los procesos salud – enfermedad de la población en los diferentes espacios geográficos poblacionales en los cuales vive. Esto significa, que las causas de morbilidad y mortalidad han cambiado, desde las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas no transmisibles y a patologías sociales de acuerdo a los niveles de desarrollo humano. En las de menor desarrollo humano, aún prevalecen las enfermedades transmisibles. En las áreas urbanas y en el área transitista predominan las enfermedades crónicas y las patologías sociales como homicidio, maltrato.

Para medir la magnitud real de los problemas de salud en una población, las encuestas nacionales de salud son una herramienta fundamental. No existe otro sistema de información que pueda entregar un diagnóstico oportuno de factores protectores y de riesgo, de uso de servicios, estado de salud individual y de gastos de bolsillo, así como de la percepción de bienestar con su vida de la población.

Esta es la Primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007) en Panamá.

El propósito fundamental de este proyecto fue contribuir a ubicar la salud y no la enfermedad al centro de las políticas públicas sanitarias panameñas y fortalecer el proceso estratégico de toma de decisiones en la planificación y gestión de la salud pública nacional.

El principal objetivo:

Conocer la percepción de la población panameña sobre su salud y calidad de vida, caracterizando algunos factores protectores y de riesgo que la condicionan o determinan.

Esta encuesta representa un esfuerzo técnico y organizacional de gran envergadura. La tarea ha sido posible por la coordinación entre los investigadores del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), del Ministerio de Salud (MINSALUD), de la Contraloría General de la República, a través de la Dirección Nacional de Estadística y Censo y del Ministerio de Economía y Finanzas.

La ENSCAVI 2007 fue una encuesta voluntaria, a domicilio y las personas encuestadas corresponden a una muestra representativa de la población mayor de 18 años, urbana, rural e indígena, a nivel de provincia o comarca, distrito (en las Regiones de Salud de la Metropolitana y de San Miguelito la representatividad llegó hasta corregimiento).

La población de 18 años y más entrevistada fue 25,748 personas residentes en 13,175 viviendas particulares ocupadas distribuidas en 1,034 segmentos censales (La muestra estimada fue una población mayor de 18 años de 25,035 personas ubicadas en sus domicilios; 10,061 viviendas particulares ocupadas, distribuidas en 966 segmentos censales).

Los resultados y análisis demuestran la trascendencia de esta información en el diseño y reformulación de políticas e intervenciones sanitarias en beneficio de la población panameña y del ambiente en el cual vive.

I. INTRODUCCIÓN

Panamá es un país con profundas transformaciones demográficas y sanitarias en los últimos cincuenta años del recién pasado siglo. Logramos reducir la mortalidad general, materna e infantil. Hoy tenemos una buena expectativa de vida. Pero también sabemos que hay grandes desigualdades en la expresión de indicadores sanitarios y de calidad de vida en los diferentes espacios geográficos poblacionales que existen en el país. El riesgo de enfermar y morir por enfermedades transmisibles ha disminuido y se han incrementado los riesgos de las enfermedades crónicas no transmisibles. Y de patologías sociales como la violencia, homicidios, suicidios, accidentes Hemos envejecido. Al mejorar la sobrevida se ha hecho cada vez más importante elevar la calidad de la vida.

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

La medicina y los recursos económicos, políticos, sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la esperanza de vida agregando años a la vida. El objetivo de la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.

Estas nuevas condiciones exigen nuevas herramientas para conocer la calidad de vida y la situación de salud y medir su avance; el estudio de la mortalidad se debe complementar con otras fuentes más oportunas, adecuadas y modernas.

En este contexto surgen las Encuestas Nacionales de Salud que miden la calidad de vida y las condiciones de salud en una muestra representativa de la población, así como la presencia de factores determinantes del proceso salud – enfermedad. Aquellos factores que protegen, o por el contrario favorecen la aparición de enfermedades en la población. En los países desarrollados se realizan periódicamente, hace más de 20 años; sin embargo en las Américas es un proceso que se inicia en este siglo con las Encuestas Nacionales de Salud de Chile y de México, Uruguay. Esta es la Primera encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida en el país y en Mesoamérica.

Los resultados de una encuesta de esta naturaleza en Panamá, dan la oportunidad de revisar, actualizar las políticas sanitarias y de desarrollo humano integral de manera de contribuir a mejorar las condiciones de vida que influyen en el desarrollo humano de la gente y a incrementar la conciencia ciudadana sobre la necesidad de cambios en los estilos de vida que favorezcan su salud, bienestar y calidad de vida.

Frente a los indicadores objetivos de salud que proporciona el estudio de la mortalidad, la percepción de la salud, obtenida a través de las impresiones del individuo, del ciudadano, proporciona un elemento indispensable en la medición de la salud. La percepción de cada individuo refleja la contribución de distintos factores, sociales, ambientales y de estilos de vida que van más allá del sistema sanitario. Conocer la percepción de los panameños y las panameñas sobre su vida y salud, incorporando aspectos de calidad de vida y factores condicionantes, para los que no se cuenta con información sistemática se hace relevante, así como también establecer una

línea base para la elaboración de políticas y planes de Promoción de Salud, Atención Sanitaria Integral y evaluar los resultados e impacto de las políticas, planes y programas de salud, realizando ajustes a las iniciativas del sector sanitario en esta materia.

El marco de las estrategias de salud que se desarrollan en nuestro país, cuyo objetivo es mejorar la salud de la población, precisa de este tipo de información subjetiva como otro elemento primordial para la planificación y adopción de medidas de Salud Pública.

La Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007) es una investigación sobre la salud y los factores determinantes de la misma, así como de la calidad de vida desde la perspectiva de los ciudadanos, es decir, ofrece la visión que las personas tienen de su calidad de vida, condición de salud, y de la asistencia de atención primaria y especializada. Proporciona información sobre aspectos como la morbilidad diagnóstica por médicos, los estilos de vida, la calidad de vida, las conductas relacionadas con los factores de riesgo, la utilización de los servicios sanitarios y prácticas preventivas, los gastos de bolsillo en salud. También permite completar el sistema de información sanitaria aportando datos de las personas que no hacen uso de los servicios de salud.

La ENSCAVI es una investigación promovida por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud en coordinación directa con el Ministerio de Salud, la Dirección Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República y el Ministerio de Economía y Finanzas con miras a tener una mejor línea base sobre la calidad de vida y el estado de salud de la población panameña a partir de la percepción ciudadana y con ello facilitar la revisión de políticas y estrategias de intervención sanitaria en el sistema público nacional. La periodicidad de la ENSCAVI será establecida a posterioridad, pero en diferentes países desarrollados y en nuestra América la periodicidad es bienal.

II. MARCO TEÓRICO

La salud es el resultado o indicador de las relaciones que se establecen a lo interno de una sociedad y de esta con su entorno natural; cada sociedad tiene una salud que le es característica y una forma de enfermar y morir que le es propia. La calidad de vida es la percepción ciudadana de su bienestar ideal y cada grupo social o comunitario tiene su propia escala valorativa de calidad de vida.

La formulación de políticas y el proceso de planificación en salud exige el conocimiento de las realidades y necesidades que en materia de salud tiene la sociedad; esta identificación y priorización de necesidades, implica el reconocimiento y participación de los actores sociales que determinan la producción social de la salud.

Este proceso analítico debe articularse con la nueva concepción de la salud – enfermedad, que surge en las últimas décadas del siglo XX y que se basa en replanteamientos de Ortega y Gasset, en relación con la vida de los seres humanos; y que lleva al surgimiento en Estados Unidos y Canadá de una nueva forma de entender la relación salud – enfermedad, la cual se ubica como un proceso inmerso en la dinámica social, en la que influyen cuatro grandes dimensiones: la sociológica, la ecológica, la biológica y la de servicios de salud. (Análisis de la situación en salud en Panamá, Ministerio de Salud. 2005).

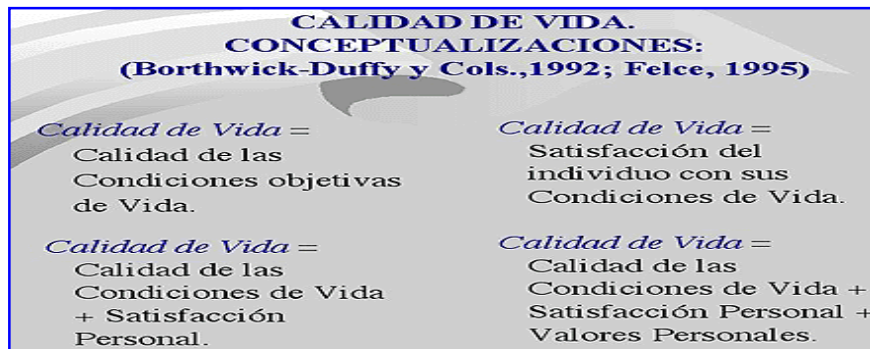
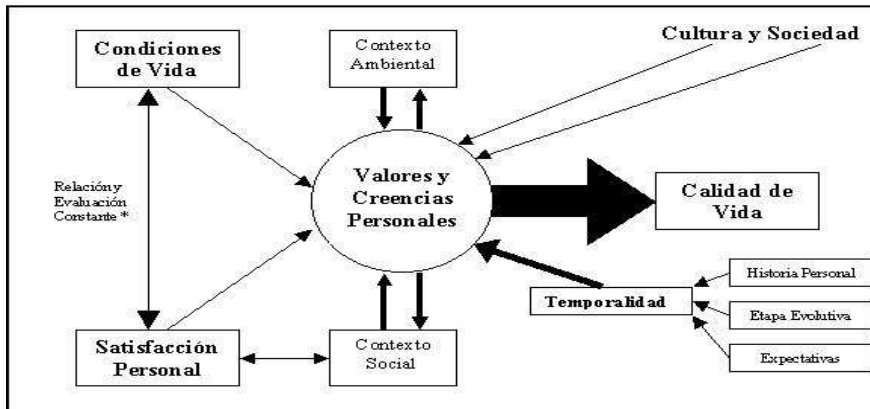
La salud es un producto social determinado, en última instancia, por el desarrollo de las relaciones histórico - sociales establecidas entre el medio humano, el medio social, el medio geofísico y el ecosistema. Esta conceptualización sitúa la salud-enfermedad como producto del desarrollo de la sociedad en su conjunto; plantea que la magnitud y tipo de los problemas de salud depende en buena medida de la calidad del medio ambiente, las condiciones de vida de cada grupo, los modos y relaciones sociales de producción y consumo existentes, así como sus valores y estilos de vida en un tiempo y espacio dado. (Análisis de la situación de salud en Panamá. Ministerio de Salud. 2005).

La calidad de vida de la población incluye la dimensión de la salud y de las concepciones de bienestar, ejercicio de derechos, acceso a un conjunto de bienes y servicios que cada grupo social define. Es un concepto relativo y se refiere a la percepción de bienestar ideal de cada grupo humano. Cada grupo social identifica las tendencias en materia de bienestar, por ello se hace preciso diferenciar los diversos modos de vida, aspiraciones e ideales, éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de comunidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

A lo largo del tiempo, el concepto de calidad de vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. La calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del ser humano, combate el concepto de ser humano unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana.(Dennis y colaboradores.1994).

Los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo y al interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales. La calidad de vida estaría además construida histórica y culturalmente con valores sujetos a las variables de tiempo, espacio e imaginarios, con los particulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad, y su consecuente forma particular de mirar el mundo: Subjetividad. Explicado de otra manera, sería utópico aspirar a la unificación de un único criterio de calidad de vida.



Gómez-Vela refiriéndose a Schalock (1996), señalan que la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de las sociedades, como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. En los últimos 15 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de ciertos tratamientos en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. Las investigaciones sobre calidad de vida se basan en la capacidad humana de autopercepción personal, social y de la interrelación entre ser y conciencia.

La percepción se refiere a como la gente interpreta las impresiones producidas por los estímulos sensoriales. Existe una clara diferencia entre percepción y sensación, un estímulo siempre se sentirá

de la misma forma en diferentes situaciones, sin embargo su percepción cambiará de acuerdo al contexto y las experiencias pasadas del individuo; estas experiencias previas establecen como parte de la actividad nerviosa superior un proceso de conceptualización mediante el cual se generan asociaciones cognitivas que desencadenan procesos de análisis superior y formas de comportamientos de manera consciente o inconsciente. Una de las propiedades principales del proceso de percepción es la selectividad; la que se manifiesta, tanto en la captación de unos objetos entre los muchos alcanzables como de unas propiedades entre la totalidad de las que presenta el objeto, la capacidad de percibir es limitada. La actividad está determinada, tanto por las necesidades, tareas y fines del sujeto en un momento preciso como por la significación de los objetos, fenómenos y componentes. De esta manera la percepción es parte del proceso de cognición, es decir del conocer la realidad, y constituye en conjunto con otros procesos psicológicos importantes, como el lenguaje, la memorización y el pensamiento la actividad nerviosa superior en los seres humanos. (Orozco LF. 2000)

La conciencia es la inteligencia o el arte que es capaz de percibirse a sí misma, y por ese percibirse a sí misma es capaz de solidarizarse con las demás realidades informacionales, así como de crear la realidad social y las capacidades de autorregulación, de comprender y comprenderse al tiempo que transforma tanto la realidad como a sí misma. Conciencia es la facultad para darse cuenta de algo. En los seres humanos esta capacidad es multidimensional. Conciencia es autorreflexión. (Orozco LF. 1998)

Por universo consciente se entiende la realidad de un individuo, que cambia y se reconstruye a cada instante. En éste, pasado, presente y futuro del individuo se encuentran en un momento de realidad. El espacio de la conciencia es a la vez el espacio de la experiencia subjetiva porque en él, el mundo y nosotros mismos nos presentamos ante el sujeto. Es el espacio donde el individuo se enfrenta a sí mismo y con el mundo. La percepción de la calidad de vida de las personas es un proceso cognitivo y de experiencia consciente.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida. Se ha puesto el acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos, como pueden ser padres, maestros o cuidadores. En tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

El siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.

En consecuencia la producción social de la salud, la calidad de vida de la gente está íntimamente vinculada al desarrollo global de la sociedad, convirtiéndose en un medio para el logro del bienestar común y en un fin para el desarrollo humano. La movilización organizada de los recursos de la sociedad mediante la participación multidisciplinaria, inter e intrasectorial y comunitaria permitirá que la salud y la calidad de vida se alcancen progresivamente, mediante aproximaciones sucesivas a un nivel óptimo definido por el conjunto de la sociedad, debajo de cual el deterioro de los factores condicionantes antes mencionados constituyen amenazas a la salud y al bienestar de la población.

En esta perspectiva, además, cabe establecer que riesgo a la salud es todo lo que sea capaz de contribuir, condicionar o determinar daños a la salud.

El desarrollo social y económico del país y los problemas de salud derivados de este, nos ha planteado la necesidad de entender que el bienestar y la preservación de la salud son el resultado de la dinámica social, del grado de conciencia, participación y responsabilidad que asumimos todos en la protección, prevención (factores protectores a la salud y vida) y en el control de los factores de riesgo y de los daños que afectan la salud de la población y del ambiente.

En Panamá la pobreza ha sido identificada como uno de los principales problemas sociales del país; señalando como principal causa la iniquidad en la distribución del ingreso y del consumo, en conjunto con una infraestructura deficiente.

Es claro que la iniquidad en la distribución de la riqueza es una de las características económicas más importantes del país, ello que hace que cerca del 40% de la población panameña sea pobre y, que de ellas la mitad se ubique en pobreza extrema. Esta situación, se refleja en la búsqueda social por una mejor calidad de vida por parte de la mayoría de los grupos que integran la sociedad panameña, cada vez más insatisfechos. Vivimos en un país en el que no se resuelven las necesidades prioritarias para el desarrollo integral, sólo se atienden los aspectos básicos relativos a la sobrevivencia de los grupos humanos con mayor nivel de postergación.

El desarrollo social y económico del país, guarda estrecha relación con la persistencia de algunos daños a la salud y con los factores que condicionan y determinan el nivel de salud y la calidad de vida de la población panameña. Los aspectos ambientales son cada vez más, un factor que influye favorable o desfavorablemente, según sea el caso, en la salud de las personas. La evidencia científica ha demostrado que la vigilancia y control de riesgos inherentes a la contaminación del ambiente físico y social, de los alimentos, del agua y del aire, entre otros redundan en mejor nivel de salud de la población y del propio ambiente.

La sociedad panameña refleja en todos los ordenes los efectos que le produce una crisis de carácter global, la cual encuentra formas de expresión a través de patologías sociales como el aumento de las conductas violentas, problemas de adaptación social, aumento de las formas de expresión del estrés en la salud física y emocional de los individuos y los grupos sociales y el incremento de las muertes violentas.

Como resultado de todo lo anterior, encontramos que el hacinamiento en hogares y comunidades con espacios reducidos, poco ventilados, deficiente estructura sanitaria, y pocas o ninguna oferta cultural (espacios abiertos, parques, teatro, deportes) generan situaciones de agresividad, violencia y poca solidaridad; aislamiento y conductas de desadaptación social, tal es el caso del consumo de

alcohol, tabaco y otras drogas, por ejemplo, desesperanza aprendida y pobre autoestima, que agravan la salud física, social, mental y emocional de la población. Los aspectos antes enunciados, son factores de riesgo que se asocian con las principales causas de muerte que afectan a los panameños y panameñas desde la década del 80 y que, por consiguiente generan deterioro de la salud no sólo individual, sino también familiar y comunitaria.

En Panamá, se han dado múltiples intentos dirigidos a promover la participación de la comunidad y de la sociedad civil en los procesos de producción de la salud y desarrollo comunitario; no obstante, a la fecha no se ha logrado involucrar a la misma de manera sostenible.

III. EL PROBLEMA

Panamá, como otros países en desarrollo, experimenta un proceso denominado transición epidemiológica, caracterizada por el cambio en el perfil de la enfermedades; por un lado las enfermedades transmisibles tienden a disminuir en la mortalidad general y, por otro lado, las crónicas degenerativas aumentan de manera paulatina y sostenida, como ha ocurrido en los países desarrollados, pero además presenta la reaparición de enfermedades ya superadas y/o controladas y la aparición de patologías emergentes. Estas circunstancias dan a la población panameña un perfil de salud que, aunado a la transición demográfica que vive el país, determina y condiciona un perfil de salud que se transforma rápidamente imponiendo retos al actual modelo de atención a la salud.

También puede decirse que, la salud pública panameña ha alcanzado notables avances en cuanto a la efectividad para intervenir, controlar y erradicar algunos de los problemas de salud que han afectado al país como la fiebre amarilla, la poliomielitis, cólera y más recientemente el hanta virus. Sin embargo hoy día, se enfrentan graves retos para la prevención y control de las enfermedades crónico degenerativas y sociales que ponen de manifiesto las debilidades del Sistema Nacional de Salud en cuanto a la efectividad de las acciones que realiza en materia de vigilancia sanitaria, promoción de la salud, suministro de agua para el consumo humano, satisfacción y calidad de la atención, por mencionar algunas y hace más evidentes las fallas del sistema de información de salud, el cual se caracteriza por recoger una multiplicidad de datos, de confiabilidad dudosa, pero que sólo reconoce, con limitantes, las demandas satisfechas por el sistema público de salud.

Es necesario reconocer que en gran medida estas debilidades están condicionadas por la falta de un replanteamiento de los mecanismos de financiamiento de los programas y servicios que garanticen a la población acceso universal y regulado. Así como por la excesiva, cambiante y rápida obsolescencia de la tecnología sanitaria y del conocimiento que no permiten establecer una dinámica paralela de renovación y de cambio.

Por otro lado la producción social de la salud exige la formación de políticas públicas de salud, la definición de roles intersectoriales y el consenso social para lograr mayor impacto en la situación de salud de la población panameña, pero para ello se requiere de la medición y análisis con base a los riesgos biopsicosociales y ambientales que afectan la condición de salud – enfermedad de los diferentes grupos de población; así como de una mejor caracterización de las necesidades de atención de salud de las personas

IV. JUSTIFICACIÓN

La estructura por grupos de edad en Panamá presenta rasgos propios de poblaciones en proceso de envejecimiento, producto de la disminución de la fecundidad y un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer, los cuales inciden en las variaciones del patrón epidemiológico. Las proyecciones demográficas por provincia muestran cambios en el ritmo de crecimiento y estructura por sexo como consecuencia del proceso de transición demográfica.

La sociedad panameña refleja en todos los ordenes, los efectos que le produce una crisis de carácter global, la cual encuentra formas de expresión a través de patologías sociales como el aumento de las conductas violentas, problemas de adaptación social, aumento de las formas de expresión del estrés en la salud física y emocional de los individuos y los grupos sociales y el incremento de las muertes violentas. Estos aspectos son simplemente indicadores de problemas causales más complejos, como es el de la iniquidad en la distribución de la riqueza que produce esa sociedad y una demanda de calidad de vida por parte de la mayoría de los grupos que la integra, cada vez más insatisfecha. En este país uno de cada dos panameños vive condiciones de pobreza o de extrema pobreza (39.5% de la población es pobre), lo cual nos habla de una calidad de vida en la que no se resuelven las necesidades prioritarias para el desarrollo integral y no sólo la sobrevivencia de estos grupos como seres humanos.

Estas condiciones de marginalidad y pobreza, guardan una relación directa con problemas de baja autoestima, solidaridad y desesperanza aprendida; bajo rendimiento escolar, consumo de drogas, desintegración y violencia familiar, por mencionar algunos.

Al mismo tiempo, el análisis de los años de vida perdidos destacan a los accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias, a los tumores malignos y a las neumonías como los problemas de salud pública que más contribuyen con esta pérdida (17.8 años de vida perdida, 7.0 y 3.9, respectivamente)

A pesar de que se reconoce la existencia y la trascendencia de estos problemas de salud, se desconoce la magnitud del fenómeno, pues se carece de sistemas de registro de información rutinarios que permitan un mejor análisis y toma de decisiones en torno al tema.

Estos conceptos definen la necesidad de planificar y controlar programas dirigidos a mejorar la salud humana. Conviene, también, destacar que visualizar los resultados de las interacciones de los miembros de una sociedad con el ambiente es no sólo, facilitar el entendimiento dinámico de la salud-enfermedad sino que, además hace posible aplicar estrategias de intervención para proteger y recuperar el ambiente. Para lo cual es necesario desarrollar instrumentos y sistematizar y analizar información, que hoy día no se encuentra en el sistema, pero que puede ser obtenida con más precisión mediante una Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida.

V. OBJETIVOS

GENERALES

Conocer la percepción de la población panameña sobre su salud y calidad de vida, caracterizando algunos factores protectores y de riesgo que la condicionan o determinan.

ESPECÍFICOS

1. Describir la percepción que tiene la población panameña sobre su calidad de vida
2. Describir la percepción de los principales problemas de cohesión social (acceso a bienes y servicios, seguridad y participación ciudadana, libertad frente al miedo) que tienen los ciudadanos.
3. Identificar los comportamientos o estilos de vida protectores (ejercicio físico, consumo de agua, dieta saludable) o de riesgo (consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, conducta sexual de riesgo) para la salud.
4. Identificar factores del medio ambiente (físico, químico, biológico y social) relacionados a la protección o riesgo a la salud en el medio laboral, familiar, escolar y comunitario.
5. Determinar la percepción y satisfacción que tiene la población panameña sobre su condición de salud.
6. Identificar los principales daños a su salud que expresan los ciudadanos.
7. Determinar la importancia que da la población a los problemas de salud de las personas y del ambiente.
8. Identificar el uso de algunas medidas preventivas ofertadas por el sistema de salud.
9. Identificar algunos factores relacionados con el acceso y la utilización de los servicios de salud.
10. Estimar el gasto de bolsillo en salud.
11. Formular el Índice de Calidad de Vida de la población panameña a nivel nacional, urbano, rural e indígena, provincia, distrito y genérico.

VI. PROPÓSITOS

1. Contribuir a ubicar la salud y no la enfermedad al centro de las políticas públicas sanitarias panameñas.
2. Fortalecer el proceso estratégico de toma de decisiones en la planificación y gestión de la salud pública nacional.
3. Proporcionar información de base sobre la salud y calidad de vida de la población panameña para planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria y facilitar la adecuada atención a los usuarios de los servicios de salud.
4. Facilitar los procesos de negociación orientados a la distribución y focalización de los recursos del sector salud y la adopción de estrategias de intervención en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
5. Contribuir con información para desarrollar otras investigaciones que faciliten la gestión de programas, proyectos y servicios de salud.

VII. METODOLOGIA

A. CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES OBJETO DE ESTUDIO.

DIMENSIONES Y VARIABLES

1. Geográficas, demográficas y sociales
2. Comportamientos y factores protectores y de riesgo
3. Calidad de vida
4. Acceso y Uso de Servicios de Salud
5. Prácticas de Salud

6. Estado Individual de Salud
7. Gasto de Bolsillo en Salud

Anexo 1: Definición conceptual y operacional de las variables de estudio

B. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, transversal, para estudiar prevalencia y a la vez conocer la percepción de la población panameña sobre su salud y calidad de vida, caracterizando algunos factores protectores y de riesgo que la condicionan o determinan a partir de la aplicación de una encuesta nacional a todas las personas mayores de 18 años de edad, presentes al momento de la visita, en todas las viviendas particulares de una muestra de segmentos censales seleccionados aleatoriamente.

El diseño de la muestra conllevó un procedimiento probabilístico y aleatorio. Especialmente, recurrimos a la estratificación atendiendo a la división geográfica del país, el tipo de desarrollo de los segmentos censales (urbano – rural) y de la población (indígena – no indígena), lo cual permite ganar precisión en la estimación y representatividad de la población. Las variables educación e ingreso fueron consideradas como variables de confusión y ajustadas al momento del análisis estadístico mediante la estratificación de la variable aplicando las pruebas de análisis secuencial de distractores.

Se llevó a cabo un estricto control en la selección del personal de trabajo de campo y se estandarizó la metodología e instrumentos para la aplicación de la encuesta, posterior a un proceso de validación técnica y de campo, con el fin de analizar su adecuación y funcionamiento en condiciones reales de aplicación.

C. UNIVERSO DEL ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

1. ÁMBITOS DE LA ENCUESTA

1.1. Ámbito poblacional

El ámbito poblacional de la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida fue el conjunto de personas mayores de 18 años de edad que residían en viviendas particulares ocupadas en el año 2007.

1.2. Ámbito geográfico

La encuesta se realizó en todo el territorio nacional a nivel urbano, rural e indígena.

1.3. Ámbito temporal

La recogida de la información se hizo a lo largo de seis fines de semana, desde 16 de septiembre hasta mediados de octubre de 2007.

1.4. Ámbito de la investigación

La investigación cubre el conjunto de personas 18 años y más residentes en la vivienda particular ocupada. Cuando una misma vivienda esté constituida por dos o más hogares, el estudio se extiende a todos los residentes en la vivienda particular ocupada, sin hacer distinción por hogar.

2. DISEÑO DE MUESTREO

El esquema de muestreo aplicado, fue diseñado por el Magíster Bernardo Irán. González G, colaborador en la oficina de muestreo, en la Dirección Nacional de Estadística y Censo, de la Contraloría General de la República de Panamá y miembro del Equipo Nacional de la ENSCAVI 2007). Anexo 2: Diseño de muestreo.

2.1. MARCO DE MUESTREO

El marco de muestreo, tuvo como referencia la información, así como la cartografía del Censo de Población y Vivienda del 2001, representados mediante un listado de segmentos censales por áreas urbanas, rural e indígenas, definidos como unidades primarias de muestreo. Además, incluye un listado de edificios y manzanas en el área urbana correspondientes a áreas en desarrollo obtenidas de la actualización cartográfica del 2002 al 2005. Anexo 4: Marco de Muestreo.

2.2. FASES DE LA ENCUESTA

Una vez determinados los componentes del concepto de salud a investigar y establecido el criterio de cuáles son las variables que interesan estudiar, se planteó la realización de la encuesta en dos fases:

En la primera fase se identifican los límites del segmento censal seleccionado para realizar las entrevistas con el cuestionario de la ENSCAVI, a personas de 18 años y más, que residen en las viviendas particulares ocupadas que pertenecen al segmento censal.

En la segunda fase se intenta recoger información de todas las personas de 18 años y más residentes en la vivienda particular ocupada, solicitándoles a todos sus miembros información, a través de un conjunto de preguntas referentes a los temas objeto de estudio.

2.3. DOMINIOS DE ESTUDIO

La Encuesta se realiza en todos los distritos del territorio nacional y proporciona estimaciones a nivel de corregimientos para los distritos de Panamá y San Miguelito por tener la mayor concentración poblacional, para el resto de los distritos se obtienen estimaciones independientes a nivel urbano, rural e indígena.

2.4. UNIDADES DE MUESTREO

Las unidades de muestreo son los segmentos censales seleccionados con su tamaño de población de personas de 18 años y más, residentes en sus viviendas particulares ocupadas.

2.5. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo utilizado fue el Muestreo Aleatorio Estratificado monoetápico con unidades de tamaños desigual, para la estimación del total de personas de 18 años y más.

2.6. CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN

La estratificación puede dar lugar a una ganancia en la precisión de las estimaciones de características de la población total, en tal sentido utilizamos al máximo la construcción de estratos.

En primer lugar utilizamos la estratificación implícita geográfica, dominios de estudios indígenas en las comarcas, indígenas en las provincias y no indígenas en los 76 distritos por urbano y rural

En segundo lugar sub estratificamos los segmentos en tres grupos alto, medio y bajo, por su cantidad de personas de 18 y más, dentro de cada distrito por urbano, rural e indígena.

Para cada distrito urbano, rural e indígena se obtiene un tamaño de muestra independiente que lo representa, y para los distritos de Panamá y San Miguelito, por tener la mayor concentración poblacional, se obtienen tamaños de muestra por corregimientos, por ser uno de los objetivos de la encuesta facilitar datos con este nivel de desagregación.

La muestra se distribuye en la sub estratificación entre los estratos alto, mediano y bajo por asignación óptima.

Para cubrir los objetivos de la encuesta de facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y de distrito, con un grado de confianza del 95% y una magnitud del error del estimador del total del 5 al 20 %, la muestra estimada la población mayor de 18 años fue 25,035 personas ubicadas en sus domicilios; 10,061 viviendas particulares ocupadas, distribuidas en 1,034 segmentos censales). La cobertura total de la ENSCAVI fue una población de 18 años y más entrevistada de 25,748 personas residentes en 13,175 viviendas particulares ocupadas distribuidas en 1,034 segmentos censales.

2.7. TAMAÑO DE MUESTRA

Considerando que se requieren estimaciones independientes para cada uno de los dominios de estudios, se optó por obtener una muestra de tamaños independientemente. ANEXO 2: DISEÑO DE LA MUESTRA.

3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas de 18 o más años de edad que residan de forma permanente en las viviendas particulares del segmento censal de la muestra
- Personas que cumpliendo el criterio anterior manifiesten su aceptación de participar de la encuesta.

3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas menores de 18 años de edad en el momento de la aplicación del cuestionario.
- Personas que no deseen llenar la encuesta.
- Personas que no residan de manera habitual en la vivienda o en el periodo de ejecución de la encuesta.
- Personas con discapacidad física o mental severa que les impida contestar de manera directa las preguntas del cuestionario.
- Personas ilocalizables al momento de realizar la entrevista en la vivienda.
- Personas que no manejen el idioma español o la lengua indígena
- Viviendas particulares desocupadas al momento de la visita al segmento censal

4. RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información, a nivel nacional, fue programada para los meses de septiembre y octubre de 2007, formando equipos de trabajo (coordinador, supervisores y encuestadores) por Región de Salud, de conformidad con el organigrama de la ENSCAVI 2007. Cada región contó con un equipo coordinador, un área y plan específico de trabajo donde se plasmó, entre otros aspectos, el recurso humano necesario, el tipo de vías de acceso, los medios de transportes requeridos (aéreo, terrestre, marítimo), de comunicación, y los recursos para la movilización del personal, sobre la base de la referencia cartográfica suministrada por la Contraloría General de la República. A los coordinadores también les correspondió, además de la organización, el seguimiento y control del trabajo de campo. Los supervisores fueron los responsables de la revisión e inspección directa de los encuestadores. En el área indígena se procuró que el equipo de trabajo fuera de la comunidad por el dominio del idioma y la integración cultural en el estudio.

El procedimiento para la recolección de la información fue la entrevista personal de casa en casa. Se entrevistó a aquellas personas mayores de 18 años con residencia permanente o habitual en cada una de las viviendas particulares que conformaron el segmento censal de la muestra. En cada segmento se aplicó el método de barrido total, es decir, se estudió todas las viviendas ubicadas en el segmento.

Se utilizó como instrumento de recolección un cuestionario (Anexo N° 4). Este cuestionario, anónimo, iniciaba con un grupo de preguntas que identifican o ubican los datos geográficos de la vivienda visitada. Continúa una sección de preguntas sobre datos socio demográficos del informante y finalmente se indagaron los aspectos: Factores Protectores y de Riesgo a la Salud, Calidad de Vida, Uso de Servicios de Salud, Prácticas de Salud, Estado Individual de Salud, Gasto de Bolsillo en Salud. El cuestionario fue estructurado con preguntas de tipo dicotómicas, de valoración y selección múltiple.

Previo a la aplicación de la encuesta se realizó un Estudio Piloto para evaluar la metodología, procedimientos, instrumentos y organización del trabajo de campo en dos áreas que no fueron elegidas de manera aleatoria puesto se intentaba que fueran representativas geográfica y socioculturalmente de la muestra nacional.

Este Estudio Piloto fue propicio para ensayar en su contexto real de aplicación las técnicas de capacitación elaboradas; observar en el terreno, el funcionamiento del cuestionario en lo relacionado a su estructura, temas, comprensión del lenguaje y de redacción de las preguntas, categorías, flujos, tiempo de aplicación, detectar dificultades de acceso o aceptación de los participantes a la entrevista o preguntas y la carga de trabajo para el encuestador. Una vez culminada la prueba de campo, el equipo investigador procedió a aplicar las pruebas estadísticas de validez externa y de constructo que permitió efectuar la depuración final del cuestionario eliminando o perfeccionando las preguntas según los resultados obtenidos.

La estandarización del instrumento y de los métodos de aplicación permitió controlar o disminuir el riesgo de sesgo o de error de información. Para este último fin, también, el cuestionario previamente fue validado por un grupo de expertos y se llevó a cabo un estricto control en el reclutamiento y selección de los responsables de coordinar y aplicar la encuesta. Se persiguió que este personal tuviese algún tipo de experiencia en la aplicación de la encuesta. Esta experiencia fue necesaria en el proceso de contacto y de persuasión para conseguir la participación del informante, en el registro de la información y la aclaración de preguntas y dudas. No obstante, los seleccionados fueron debidamente capacitados en forma teórica y práctica en la aplicación del cuestionario.

5. PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS

En el primer contacto con las personas, el encuestador explicó los objetivos de ENSCAVI 2007, se le hizo saber que este estudio era de carácter voluntario, confidencial y anónimo. Se solicitó la participación voluntaria para el llenado de la Encuesta. Se mantuvo la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes dado que el instrumento de recolección de datos no permitía la identificación del entrevistado, pues no se registró ni el nombre, ni el número de cédula. Los participantes tuvieron la libertad de dejar de participar en cualquier momento de la entrevista o dejar de responder algunas preguntas. El estudio no contempló la toma de muestra de material biológico. El protocolo para el desarrollo de la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida fue valorado y aprobado por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación.

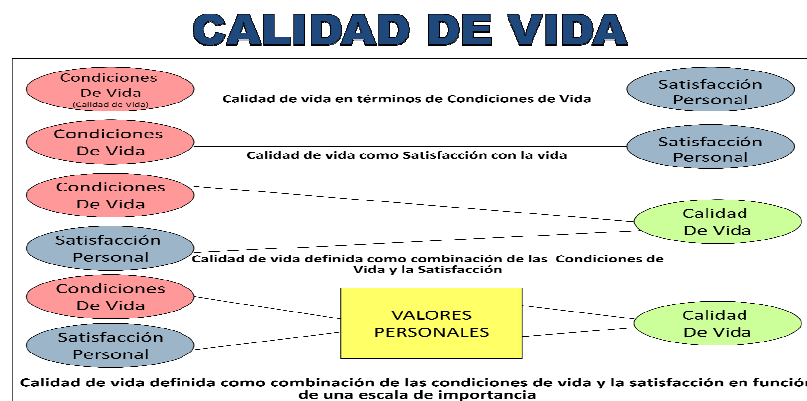
Las características de este estudio fueron semejantes a las contempladas en estudios similares a nivel internacional y en las siguientes experiencias nacionales:

- Censos de Población y Vivienda,
- Encuestas de Hogar,
- Encuestas de Propósitos Múltiples
- Encuestas de Niveles de Vida
- Encuesta Nacional de Discapacidad
- Estudios de Ingreso y Gasto

En este tipo de estudio no se aplicó consentimiento informado directo, pero el equipo investigador a través de capacitaciones a los coordinadores, supervisores y encuestadores garantizó que se respetaran los derechos de los participantes.

D. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

"Calidad de Vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como al ejercicio de sus derechos y al respeto de sus valores".



Con base al concepto expresado sobre la calidad de vida se construyó un Índice de Calidad de Vida, a través de tres indicadores con la finalidad de realizar un análisis integral de la calidad de vida de la población. Los indicadores seleccionados fueron: Condiciones de Vida, Satisfacción Personal con su Vida y Valores y Creencias Personales. Cada uno de estos indicadores tuvo el mismo valor de ponderación en la formulación del Índice de Calidad de Vida.

$$ICV = \frac{(I_a + I_b + I_c)}{3}$$

Para la construcción de cada indicador se definió un conjunto de preguntas interrelacionadas al concepto específico que mide cada uno de los indicadores. Además, para la valoración interna de cada indicador se ponderaron las respuestas a cada pregunta, de acuerdo al mayor o menor riesgo que representa para la salud o si las respuestas dadas favorecen o desfavorecen la calidad de vida, siendo la calificación de uno (1) como el valor óptimo deseable. Los puntajes aplicados al momento de la calificación de cada pregunta fueron los siguientes:

- 1 Protección para la salud
- 0.75 Riesgo bajo para la salud
- 0.5 Riesgo medio para la salud
- 0.25 Riesgo alto para la salud
- 0 Riesgo muy alto para la salud.

El indicador **condiciones de vida** fue valorado a través de 22 ítems distribuidos en el conjunto general de capítulos del instrumento de recolección de datos, siendo los siguientes:

Características Generales		
Escolaridad		
Estado Conyugal		
Factores Protectores y de Riesgo a la Salud		
Prevalencia de Vida en el Consumo de Tabaco	Prevalencia Actual en el consumo de tabaco	Exposición al Humo Tabaco ¹
Prevalencia de Vida en el consumo de alcohol	Prevalencia Actual en el consumo de alcohol	Prevalencia de Vida en el Consumo de Drogas
Prevalencia Actual en el consumo de drogas	Acceso a Medios de Comunicación ²	Sitios o lugares de recreación en la comunidad ³
Exposición a riesgos ambientales ⁴ .	Disponibilidad de servicios básicos ⁵ .	
Calidad de Vida – Satisfacción con la Vida		
Percepción de Seguridad Pública en el ambiente en que vive	Salubridad de los alrededores de su vivienda	Problemas de Seguridad Pública existentes en la comunidad ⁶
Problemas o situaciones sociales de preocupación en su barrio o comunidad ⁷	Satisfacción con servicios públicos ⁸ .	
Estado de salud individual y Accesibilidad a Servicios de Salud		
Accesibilidad económica a servicios de salud ⁹ .	Diagnóstico de enfermedad laboral.	

¹ Exposición al Humo de tabaco, incluye la exposición en la casa, el trabajo y centros de recreación.

² Acceso a medios de comunicación, incluye radio, televisión, periódicos, teléfonos, internet y televisión por cable.

³ Sitios o lugares de recreación, abarca la lista 16 alternativas de respuestas del ítem **sitios o lugares que existen en la comunidad**.

⁴ Exposición a riesgos ambientales, incluye exposición a sustancias tóxicas o peligrosas, contaminación industrial, agroindustrial o minera; exceso de ruidos; partículas de humo, polvo u olores y mosquitos, ratones y otros vectores.

⁵ Servicios Básicos, abarca acceso a agua segura, letrinas o tanques sépticos, alcantarillado y recolección de basura.

⁶ Corresponde al valor promedio obtenido con las 9 posibles alternativas de respuesta a la pregunta **problemas de seguridad pública que le preocupan**.

⁷ Este valor corresponde al valor promedio obtenido de las 14 posibles alternativas de respuesta a la pregunta Lista de **situaciones que le preocupan en su barrio o comunidad**.

⁸ Satisfacción con acceso a servicios públicos, incluye servicios de salud, servicios educativos, facilidad para adquirir vivienda y transporte público.

⁹ Accesibilidad económica a servicios de salud, incluye cobertura de seguro social y seguro privado de salud y, costo del medio de transporte utilizado para acceder a instalaciones de salud.

El indicador **satisfacción personal** fue valorado a través de 15 ítems distribuidos en el conjunto general de capítulos del instrumento de recolección de datos, siendo los siguientes:

Factores Protectores y de Riesgo		
Percepción del Peso Corporal		
Calidad de Vida – Satisfacción con la Vida		
Percepción de respuesta al esfuerzo físico	Satisfacción con su apariencia física	Satisfacción respecto a sus habilidades ¹⁰
Energía y Vitalidad en su vida diaria	Presencia de afectividad positiva ¹¹	Dificultad para dormir
Satisfacción con respecto a situaciones personales ¹²	Satisfacción de la expresión de su sexualidad ¹³	
Uso de Servicios de Salud		
Satisfacción con relación a los servicios de salud ¹⁴		
Estado Individual de Salud		
Estado de Salud individual ¹⁵	Limitaciones Físicas ¹⁶	

El indicador **valores o creencias personales** fue medido a través de 9 ítems distribuidos en el conjunto general de capítulos del instrumento de recolección de datos, siendo los siguientes:

Factores Protectores y de Riesgo		
Protección de la Salud ¹⁷		
Calidad de Vida – Satisfacción con la Vida		
Satisfacción con el apoyo social ¹⁸	Conducta Reactiva ¹⁹	Autocontrol ²⁰
Auto agresión	Valor de la felicidad y de la salud ²¹	Participación social y comunitaria ²²
Discriminación Social ²³		
Uso de Servicios de Salud		
Financiación de la atención de salud ²⁴		

¹⁰ La satisfacción respecto a su habilidad fue medida considerando Satisfacción respecto a su habilidad para aprender, Satisfacción con su habilidad para tomar decisiones, Satisfacción con su habilidad para realizar sus obligaciones en casa, Satisfacción con su habilidad para realizar sus obligaciones en el trabajo.

¹¹ La **afectividad positiva** fue medida considerando los sentimientos de **tristeza o desesperanza; ansiedad, tensión o nerviosismo, alegría y satisfacción y Percepción de su capacidad de autoagresión**. Cada componente fue ponderado a partes iguales.

¹² Situaciones personales, incluye trabajo o estudio, situación económica, tiempo disponible para la recreación y oportunidades de educación.

¹³ La **Satisfacción de la expresión de la sexualidad** se calculó con en las siguientes preguntas: **ha tenido relaciones sexuales, las preferencias sexuales y la satisfacción con el disfrute de su vida sexual**. Cada componente fue ponderado a partes iguales.

¹⁴ La satisfacción hacia los servicios públicos fue medida considerando satisfacción con la atención recibida en las instalaciones de salud y su satisfacción con el tiempo de espera.

¹⁵ El estado de salud individual fue calculado mediante las siguientes preguntas: Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas por médico,

¹⁶ Limitaciones físicas, incluye realizar actividades diarias como: caminar, viajar en bus, vestirse y desvestirse, subir o bajar escaleras, bañarse o ducharse, tomar o manipular objetos pequeños, tomar líquidos y comer, masticar cosas duras, control de los deseos de ir al baño.

¹⁷ **Protección de la Salud** fue valorada a través de las siguientes preguntas: Practica para protegerse del sol, Practica regular de ejercicio o algún deporte, Uso de condón, Evaluaciones Generales de Salud, Planificación familiar.

¹⁸ El **Apoyo Social** fue valorada a través del **apoyo de sus amigos, el apoyo de su familia, el apoyo de su jefe y el apoyo de sus compañeros**.

¹⁹ Conducta Reactiva, incluye el listado de 23 alternativas de respuestas a la pregunta que actividad realiza cuando se encuentra bajo tensión, nervioso o estresado.

²⁰ **Autocontrol** fue valorada a través de las siguientes preguntas: Agresión verbal cuando quiere hacer daño, Agresión física cuando quiere hacer daño, Burla o mofa como manera de hacer daño, Visita al santero o al brujo como manera de hacer daño, Invención de rumores o bochinchas como manera de hacer daño.

²¹ Valor de la felicidad y de la salud, abarca el valor de la felicidad, de la salud física y la salud mental en el disfrute de la vida.

²² Participación social y comunitaria, abarca las 20 alternativas de respuesta a la pregunta si participa en alguna organización.

²³ **Discriminación Social** fue valorada a través de las siguientes preguntas: Discriminación por color, etnia o raza, Discriminación por religión, Discriminación por sexo y Discriminación por preferencia sexual.

Para la ubicación del Índice de Calidad de Vida y de los indicadores de condiciones de vida, satisfacción personal y valores y creencia se consideraron las categorías de muy alto, alto, bajo y muy bajo, para ello se utilizaron los valores esperados que oscilan de 0 a 1.

CATEGORIAS PARA LA CLASIFICACION DEL INDICE NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA Y SUS INDICADORES. REPUBLICA DE PANAMA. AÑO 2007.		
CATEGORIAS	RANGO DEL INDICE	POSICION DEL INDICE
Muy bajo	0.0 - 0.25	0
		0.25
		0.5
		0.75
		0.1
		0.125
		0.15
		0.175
		0.2
		0.225
Bajo	0.25 - 0.5	0.25
		0.275
		0.3
		0.325
		0.35
		0.375
		0.4
		0.425
		0.45
		0.475
Alto	0.5 - 0.75	0.5
		0.525
		0.55
		0.575
		0.6
		0.625
		0.65
		0.675
		0.7
		0.725
Muy Alto	0.75 - 1	0.75
		0.775
		0.8
		0.825
		0.85
		0.875
		0.9
		0.925
		0.95
		0.975
1		

²⁴ Incluye quien debe pagar el costo de la atención de salud, incluye las 4 alternativas de respuestas: totalmente el usuario, la Caja del Seguro Social, el gobierno y el paciente, totalmente el gobierno.

VIII. EQUIPO INVESTIGADOR

Dada la importancia de la realización de la encuesta en función del propósito fundamental dirigido a mejorar la gestión del sistema público sanitario, el equipo investigador estuvo integrado por personas conocedoras de la salud pública que laboran tanto en el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud como en el Ministerio de Salud, por un experto en muestreo de la Contraloría General de la República y por expertas en desarrollo de políticas sociales del Ministerio de Economía y Finanzas.

IX. PRESUPUESTO

El presupuesto fue público (Gobierno Nacional), asignado al presupuesto de inversiones del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud en los años 2007 y 2008, con la recomendación de la Dirección Nacional de Inversiones y la Dirección Nacional de Presupuesto de la Nación del Ministerio de Economía y Finanzas, aprobado por el Consejo de Gabinete y en la Asamblea Legislativa).

X. TIPOS DE PUBLICACIONES

1. PUBLICACIONES ESTÁNDAR.

Proporcionan tablas estadísticas, gráficos, mapas que cubren los apartados investigados en los cuestionarios. Se incluirán tablas, gráficos y mapas provinciales y distritales. Su difusión se realizará en formato electrónico que se incorporará a la Web del ICGES, a la del Ministerio de Salud, Dirección de Estadística y Censo y Ministerio de Economía y Finanzas y una publicación en papel.

2. FICHEROS DE USO PÚBLICO.

Los ficheros finales de microdatos serán la base para atender peticiones de información que exijan explotaciones concretas y detalladas. El contenido de estos ficheros se ajustará a lo establecido en la Ley de la Función Estadística Pública, respecto a la confidencialidad de los datos individuales.