

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD REORGANIZACION DE LA RED DE SERVICIOS

ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

I. INTRODUCCIÓN

La actual gestión de los servicios de salud ha definido un cuerpo de Políticas de Salud, que se constituyen en la guía que direcciona las actuaciones del sector.

Considerando el liderazgo que el Ministerio de Salud debe adelantar, con la finalidad de concretar el desarrollo de la política, estrategias y objetivos relacionadas con la red pública de servicios, que a continuación se citan, se realizó durante el primer semestre del año 2,000; el Análisis Prospectivo de la Red de Servicios de Salud del MINSA.

Política de Salud:

“Modernizar la red pública de servicios de salud para mejorar su capacidad de respuesta, con una relación costo beneficio sostenible”.

Estrategias Y Objetivos:

Adecuar los modelos de atención integral de la salud con base a las necesidades de la población, de su perfil epidemiológico, de la evidencia científica del costo y efectividad de las intervenciones y de la relación costo beneficio.

- Mejorar la oportunidad de la atención quirúrgica implantando cirugías ambulatorias.
- Asegurar el suministro y uso racional de medicamentos en las instalaciones de Salud, de acuerdo a los modelos y niveles de atención y complejidad con criterios de descentralización.
- Implementación de salas de hospitalización abreviada
- Organizar en las regiones de salud los servicios con base a los lineamientos de los modelos de atención.
- Fortalecer la capacidad de los Sistemas Locales para la promoción de la salud y estilos de vida saludables; vigilancia y prevención de factores de riesgos ambientales y de enfermedades.
- Perfeccionar la regionalización y sectorización de salud.
- Mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, para ampliar la cobertura de atención y de programas a poblaciones vulnerables y de extrema pobreza. Reducir las listas de espera y descongestionar la demanda del segundo y tercer nivel de atención.
- Ejecutar el programa de inversiones dirigido a materializar el desarrollo y reorganización de la red de los servicios de salud, así como el desarrollo de

programas de mantenimiento preventivos de carácter permanente, que garanticen su funcionalidad.

Reorganizar la red de servicios según niveles de atención y complejidad, articulados por un sistema de referencia y contrarreferencia.

- Realizar el estudio de la red de servicios de atención en las catorce regiones y presentar las opuestas que de ella se deriven.
- Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia funcional y capaz de atender las necesidades de salud de la población.
- Establecimiento de criterios de prioridad para las interconsultas y mejora de los procedimientos de solicitud.
- Fortalecer la capacidad de la red de servicios para el desarrollo de los programas de salud mental, incorporando nuevas modalidades de atención.

Fortalecer la descentralización y modernización de la gestión de los servicios de salud.

- Revisar y adecuar el modelo de gestión del Hospital San Miguel Arcángel.
- Dar a conocer las experiencias exitosas de la gestión de la red y de los servicios de salud.
- Apoyar los procesos de descentralización y autonomía de gestión en las diferentes regiones de salud y sus unidades ejecutoras.

Mejorar la coordinación interinstitucional entre las instituciones que integran el Sector Salud para el desarrollo de intervenciones para la solución de los problemas de salud.

- Planificar en conjunto, Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, para evitar la duplicidad en la prestación de servicios y asegurar la compensación financiera entre ambas instituciones.

Este documento recoge los antecedentes y aspectos metodológicos definidos por el Nivel Central del MINSA, para el desarrollo del Análisis Prospectivo de la Red de Servicios en cada una de las 14 regiones de salud; así como los resultados que surgen como producto de las reflexiones, discusiones y análisis realizado por los equipos de salud.

De igual forma integra las conclusiones de las 10 fotografías analizadas entre las cuales se destacan aspectos relacionados con:

- El Contexto
- Cuál es la demanda y necesidades de servicios?
- Caracterización de la Oferta
- Satisfacción del Cliente
- Red Social
- Proyección de la Red
- Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones
- Instrumentos de Gestión
- Financiación de los Servicios

- Proyectos de Inversión

Se espera que el presente escrito, sirva de referencia al proceso de reorganización de la red de servicios públicos de salud, integrada por instalaciones del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, por lo cual se tiene la seguridad que su perfeccionamiento se dará a través del tiempo y por los mismos equipos nacional, regionales y locales que participaron del proceso; así como por aquellos funcionarios de salud y miembros de la comunidad en general, que se vayan incorporado a la discusión y análisis que surja a partir del mismo.

II. ANTECEDENTES

Durante los meses de mayo, junio y julio se han llevado a cabo dos actividades dirigidas a recolectar insumos necesarios para la formulación de una propuesta de reorganización de la red de servicios.

Estas actividades han sido:

- el Análisis Prospectivo de La Red de Servicios
- Primer Taller Sobre Modelos de Atención (Hotel Paitilla Inn, el 22 de junio)

Las mencionadas actividades han estado bajo la coordinación de la Comisión de Reorganización de la Red de Servicios.

III. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

Para la realización de esta actividad la Comisión delegó la responsabilidad de coordinar y conducir estos procesos a la Dirección Nacional de Políticas de Salud, la cual a su vez conformó una coordinación técnica con las Direcciones Nacionales de Provisión de Servicios, General de Salud e Infraestructuras Sanitarias.

Los funcionarios del nivel central que participaron en estas actividades fueron:

- **Dirección Nacional de Políticas:**
 - Hernán Luque
 - Alberto Amaris
 - Beatriz Gómez
 - Reina Roa
- **Dirección Nacional de Provisión de Servicios:**
 - Walkiria Wilson
 - Francisco Donadio
 - Luis Singares
 - Melva Cruz
- **Dirección General de Salud**
 - Rodolfo Puello
 - Armando Chan
- **Dirección de Infraestructura Sanitaria**
 - David Araúz

Se contó con el apoyo logístico de transporte del Departamento de Servicios Generales y los conductores Aquilino Villamonte y Gilberto Bernal.

Se elaboró una guía metodológica para realizar el Análisis Prospectivo de la Red en cada una de las regiones del país; la guía tenía el propósito de caracterizar 10 aspectos relacionados al desarrollo y funcionamiento de la red. (Ver adjunto resumen del contenido de la guía). Además, se adecuó un instrumento de catastro de estructuras y equipamiento.

Se efectuaron 2 reuniones preparatorias con los planificadores regionales, que tenían como objetivo orientarlos como conductores de los procesos regionales, se coordinó la programación de cada una de las reuniones regionales y se definieron los participantes mínimos requeridos en cada región para la realización del evento.

Las reuniones regionales tuvieron una duración entre 10 y 12 horas, participaron durante todo un día los directores y subdirectores regionales, el equipo técnico y administrativo regional, los directores de hospitales, de áreas y centros de salud. La metodología desarrollada contó con dos momentos uno exposición que estuvo a cargo del Director o del Planificador Regional, en la cual se desarrollaron algunos contenidos de la guía y un segundo momento en el cual se desarrollo un taller y un plenario.

En la actualidad el catastro se encuentra en fase de aplicación en cada una de las regiones, para lo cual se priorizó la evaluación de los equipos y estructuras físicas que se incorporan a los proyectos de inversión.

IV. Resultados del Análisis Prospectivo de la Red de Servicios

Los resultados obtenidos de cada una de las fotografías reflejan el análisis efectuado por los funcionarios de las diferentes regiones de salud.

REGION DE SALUD DE BOCAS DEL TORO

Fotografía No. 1: EL CONTEXTO

En la proyección del Programa Sanitario de la Región de Salud de Bocas del Toro, se presentan dificultades de planeamiento estratégico y ocultamiento tales como: las incoordinaciones interinstitucionales, las situaciones políticas partidistas, la creación sin consultas técnicas Regionales de la Comarca Ngöbe Buglé y su implementación afectando estructuras presupuestarias y de Recurso

En otro contexto la ejecución de las partidas circuitales dentro de la competencia de salud se realiza sin tomar en cuenta estudios previos de factibilidad que indiquen el área de mayor prioridad para su proyección.

Estos señalamientos afectan la elaboración y ejecución de planes más cónsonos con la problemática socio sanitario de la región.

Los principales problemas políticos sociales de la Región que influyen en la situación de Salud y su desempeño son:

- 1.1 Falta de coordinación interinstitucional, en la ejecución de las actividades y con relación a las proyecciones sanitarias
- 1.2 La orientación de los recursos tales como: Partidas Circuitales, Fondo de Emergencia Social, Despacho de La Primera Dama, ONG, Ministerio de Economía y Finanzas otros, no emigra los diagnósticos de la problemática socio sanitario previamente establecida por el Ministerio de salud a nivel Regional.
- 1.3 El incremento en las tasas de morbi-mortalidad infantil en menores de cinco (5) años, a causa entre otros factores ambientales a la carencia de agua potable.

Entre lo convenido en el pasado entre la empresa Chiriquí Land Company y el IDAAN, se mantuvo el compromiso por parte de la empresa bananera en los siguientes aspectos:

- a). Ceder al IDAAN toda la tubería existente en Changuinola, Guabito y Almirante la que tiene un radio de acción de más de 100 Km de tubería en diferentes diámetros y calibres.
- b). Comprarle al IDAAN, toda el agua que consuma su población trabajadora y sus instalaciones.
- c). Al desconocer este ofrecimiento inicial la empresa bananera está impidiendo la construcción del Acueducto de Changuinola, el que está evaluado en B/.100,000,000 millones de dólares, con una planta de tratamiento de 14,000,000 millones de litros diarios, un tanque de

almacenamiento de 1,000,000 millón de galones y una tubería de conducción de 30 pulgadas hasta el Puerto de Almirante.

d). Los estudios de factibilidad le costaron al gobierno B/. 650,000 mil dólares.

1.4 La falta de fuentes de empleos a hecho que la población emigre hacia las Plantaciones bananeras (70% de la población existente en el distrito de Changuinola). Esto se traduce en la siguiente situación de salud:
La utilización política y socioeconómica de este grupo lo conduce a las siguientes marginalidades:

1.4.1 Pobreza Extrema

1.4.2 Analfabetismo

1.4.3 Desnutrición

1.5 La creación de la Región Comarcal Ngöbe Bugle, no permite mejorar la capacidad Resolutiva del Sistema de Salud en Bocas del Toro.

Los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional se dan a través del apoyo a las actividades sociales dentro de la región en materia de:

- Recursos Humanos
- Insumos
- Transporte
- Recurso Económico

Observación: (Esta respuesta no contesta la interrogante)

La Política de Salud se incorpora a los Programas Sociales Regionales a través de los siguientes programas:

3.1 Giras de Salud

3.2 Construcción de Acueductos Comunitarios

3.3 Campaña de Letrinación

3.4 Formación de Juntas Administradoras de Agua, Comités de Salud y Juntas de Producción de Alimentos.

3.5 Capacitación a Promotores de Salud y Parteras Empíricas

3.6 Campañas de Vacunación

3.7 Convenio Sanitario Panamá – Costa Rica

3.8 Supervisión y Evaluación de Programas de Saneamiento Ambiental, Enfermería

3.9 Salud Rural

Observación: (Esta respuesta no contesta la interrogante)

Las proyecciones y tendencias del contexto político – económico y su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud, enfermedad de la población tanto a nivel regional como por distritos, se dan en el marco del advenimiento de nuevos polos de desarrollo para nuestra provincia como son:

El Ecoturismo y la Apertura de la Carretera Almirante – Chiriquí Grande, aumentarán las demandas de atención y calidad de servicio dentro del enfoque Salud –

Enfermedad por estos grupos definidos. Al no contemplar esta situación no se programaron los presupuestos para dicha demanda.

Las demandas y presiones sindicales y políticas exigen la amplitud de la red de servicios basados en las exigencias de sus reclamos.

No se hace un ejercicio en cuanto a la magnitud de este incremento y su relación con la capacidad instalada.

Los cambios climáticos en el desarrollo económico y social de la población han sido negativo, porque se eliminaron (1,000) mil plazas de trabajo en las zonas bananeras, lo que significa (6,000) personas que dependían indirectamente de la actividad.

Las áreas productivas más afectadas han sido la agricultura y la ganadería.

Las áreas geográfico poblacional en las que han impactado con mayor fuerza son Changuinola (bananeras) y en los acueductos de la región.

Se debe especificar que otras áreas geográficas además de Changuinola.

La legislación existente da los pasos para lograr la participación social en la gestión sanitaria, a través del Decreto Ley 401 que funda los Comités de Salud. De igual forma en los reglamentos que norman los Programas de Salud Rural.

Existiendo los procedimientos jurídicos necesarios, el problema puede presentarse en la aplicación de la ley, a fin de crear la metodología factible para lograr el intercambio Gobierno y Pueblo, que asegure la participación social en las obras.

Fotografía No. 2. CUÁL ES LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS?

SITUACIÓN DE SALUD			
A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	1980	1990	1997
DENSIDAD DE POBLACIÓN	6.1	10.7	14.6
RURAL	67	7.0	
URBANA	33	30	
TASA DE CRECIMIENTO NATURAL	33.9	37.3	29.7
RAZON DE DEPENDENCIA			
TASA BRUTA DE NATALIDAD	38.6	42.1	33.0
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	6.22	4.4	4.07
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD			
TASA DE MORTALIDAD	4.7	4.8	3.3
TASA DE MORTALIDAD EN <DE UN AÑO	37.3	33.9	26.0
TASA DE MORTALIDAD MATERNA	0.4	0.6	0.2
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL>	61.4	66.0	69.3
MUJERES			
HOMBRES			
% DE POBLACION INMIGRANTE		14.8	
% DE POBLACION EMIGRANTE		15.1	
ESTRUCTURA DE POBLACION POR GRUPO DE EDAD (EN AÑOS>			
TOTAL		83926	127968
MENOR DE UN AÑO		2906	4062
1~		11046	15639
5-9		12908	18355
10-14		11769	16741
15-19		9465	14049
20-59		32815	54474
60 Y MÁS		2964	4648
PORCENTAJE DE POBLACION URBANA	33.2	29.8	
PORCENTAJE DE POBLACION RURAL	66.8	70.2	

SITUACION DE SALUD			
B. ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES	1980	1990	1997
POBLACION ECONÓMICAMENTE ACTIVA		23.3	
TASA DE ACTIVIDAD			
Mujeres			
Hombres			
TASA DE DESEMPLEO			
TASA DE EMPLEO INFORMAL			
PORCENTAJE DE POBLACION ASEGURADA			
Asegurados Activos			
Pensionados			
Jubilados			
Beneficiarios			
PORCENTAJE DE ANALFABETISMO	3.8	28.9	
ES			
COLARIDAD DE LA POBLACIÓN			
Primaria Completa			
Secundaria Completa			
Universidad Completa			
Déficit habitacional			3.8
Condiciones del saneamiento básico			

% De La Población Con Disposición De Agua Potable			75.3
Urbano			91.7
Rural			53.8
% De La Población Con Disposición Adecuada De Residuos Sólidos			64.3
Urbano			89.5
Rural			31.3
% De La Población Con Disposición Adecuada De Aguas Residuales Y Servidas			
Urbano			
Rural			
% De Instalaciones Con Disposición Adecuada De Desechos Hospitalarios Peligrosos			
INCIDENCIA DE LA POBREZA POR DISTRITO	% DE POBLACIÓN		
	TOTAL	POBRES EXTREMOS	POBRES NO EXTREMOS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

CULTURA Y ETNIAS	TIPO DE ETNIAS		
% DE POBLACIÓN SEGÚN EDAD			
0 – 18 AÑOS			
20 – 60 AÑOS y MAS			
LENGUAJE Y DIALECTOS			

SITUACION DE SALUD (indicar número y tasas) x 10,000						
C. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	1980		1990		1997	
	No	Tasas	No	Tasas	No.	Tasas
MORTALIDAD GENERAL						
1. Ciertas Enfermedades Infecciosas y parasitarias					93	7.3
2. Enfermedades del Sistema circulatorio					57	4.5
3. Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas					42	3.3
4. Enfermedades del sistema respiratorio					40	3.1
5. Traumatismos envenenamientos y otras causas externas					39	3.0
MORTALIDAD EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO						
1. Neumonía					12	
2. Diarreas y gastroenteritis					10	
3. Causas mal definidas					9	
4. Desnutrición, proteico calórico					8	
5. septicemias					7	
MORTALIDAD MATERNA						
1.						
2.						
3.						

4.						
5.						

% DE SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD GENERAL						
% DE SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD INFANTIL						
% DE DEFUNCIONES POR SINTOMAS Y CAUSAS MAL DEFINIDAS						70%
% DE MUERTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGRUPADAS						
% DE MUERTES POR TUMORES						
% DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS						10.5
% DE MUERTES POR CAUSAS CEREBRO Y				41.6		32.8
CARDIOVASCULARES						
D. PRINCIPALES CAUSA DE EGRESOS HOSPITALARIOS						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
E. TASA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
F. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTE. Y REEMERGENTES QUE AFECTAN A LA POBLACION <enfermedades V situaciones de riesgo>						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Fotografía No. 3: Caracterización de la Oferta

La Vigilancia Sanitaria

En cuanto a la vigilancia sanitaria las acciones ejecutadas son:

- Epidemiología,
- Ambientales,
- Alimentos y
- Sitios de Interés Sanitarios.

Las Acciones de Vigilancia son de tipo reactivo y no proactivo.

Por otro lado se destaca la Vigilancia Fronteriza y Sanidad Marítima.

Como fortalezas del sistema de vigilancia se pueden enunciar:

- Recurso Humano capacitado
- Existe Marco Legal, Sanidad Marítima

Entre las debilidades del mismo, se cuentan:

- No hay un desarrollo de la vigilancia interna (institucional) y por lo tanto debilita la vigilancia externa.
- Predominio del modelo curativo.
- Doble moral institucional.
- No hay vigilancia de enfermedades crónicas ni de violencia intrafamiliar

Accesibilidad Geográfica

El 60% de la población se encuentra en un radio de 2 ½ horas de distancia de su instalación dentro de la red.

La instalación de mayor complejidad, el Hospital de Bocas del Toro Isla, es inaccesible al 90% de la población y no es el de mayor capacidad resolutive porque es el único que tiene camas pero carece de especialidades básicas. La instalación de mayor nivel resolutive está en la Caja de Seguro Social, que es el Hospital de Changuinola.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD	DISTANCIA EXISTENTE ENTRE:		MEDIOS DE TRANSPORTE UTILIZADO	COSTO MOVILIZACION DE LA POBLACION
	LA CABECERA	INSTALACION DE SALUD		
DISTRITO DE CHANGUINOLA				
GUAYACAN	5 DÍAS	4 DIAS	CARRO Y A PIE	17.00
CEIBA	6 DIAS	5 DIAS	CARRO Y A PIE	17.00
AGUA SALUD	4 DIAS	3 DIAS	CARRO, BOTE Y A PIE	15.00
KAPEKECHEN	4 DIAS	3 DIAS	CARRO, BOTE Y A PIE	15.00
EL GUABO DE YORKIN	1 DIA	8 HORAS	CARRO, BOTE Y A PIE	12.50
LAS DELICIAS	4 HORAS	2 HORAS	CARRO Y A PIE	10.00
SIEYIC	5 HORAS	2 HORAS	CARRO, BOTE Y A PIE	10.00
SIEYKING	5 HORAS	2 HORAS	CARRO, BOTE Y A PIE	10.00
LA MONA	3 HORAS	2 HORAS	CABALLO, CARRO Y A PIE	6.00
LA TIGRA	3 HORAS	2 HORAS	CABALLO, CARRO Y A PIE	6.00
CORRIENTE GRANDE	3 ½ HORAS	3 HORAS		8.00
DISTRITO DE CHIRIQUI GRANDE				
TRAICIONERA	2 HORAS	2 HORAS	CARRO Y A PIE	5.00
DISTRITO DE BOCAS DEL TORO				
PUNTA LAUREL	3 HORAS	3 HORAS	BOTE Y A PIE	8.00
TIERRA OSCURA	2 HORAS	2 HORAS	BOTE Y A PIE	8.00
LOMA AZUL	2 HORAS	2 HORAS	BOTE Y A PIE	8.00
LOMA ESTRELLA	3 HORAS	3 HORAS	BOTE Y A PIE	8.00
QUEBRADA PLATANO	3 HORAS	3 HORAS	BOTE Y A PIE	8.00
QUEBRADA PINZON	3 HORAS	3 HORAS	BOTE Y A PIE	8.00
LOS HIGUEROS	3 HORAS	3 HORAS	BOTE Y A PIE	8.00
QUEBRADA PUEBLO	4 HORAS	4 HORAS	BOTE Y A PIE	8.00

Complejidad De La Red

1. Todos los servicios están enmarcados dentro de un primer nivel de atención con excepción Del Hospital de Bocas del Toro, que por ser Hospital se enmarca dentro del segundo nivel de atención pero su capacidad resolutive es propia de un primer nivel de atención. Esta instalación es inaccesible al 90% de la población y su porcentaje de ocupación de camas es muy bajo.

2. Las características de los establecimientos de salud son inadecuados en relación a los Recursos humanos, y a la demanda de la población. Carecen de tecnología apropiada y de condiciones mínimas de bioseguridad.
3. La región está sectorizada por distritos. Los criterios aplicados para la sectorización son:
 - División geo – política
 - Tamaño poblacional
 - Distancia a las instalaciones de salud
 - Sistema de referencia y contra transferencia
 - Nuevas responsabilidades que le competen al Ministerio de Salud, al enmarcarse la Caja de Seguro Social dentro de su rol, al priorizar sus prestaciones médicas a asegurados y derecho habientes.
4. Los equipos básicos de cada establecimiento de salud se integran de acuerdo al recurso Humano disponible y a la priorización en la oferta que se pueda brindar a la población.
5. Estos equipos básicos se conforman con el recurso humano que establece la región:
Ejemplos:
Puesto de Salud: Asistente de Salud
Sub Centro: Auxiliar de Enfermería o Enfermera
Centros de Salud: Médicos, Enfermeras, Auxiliar de Enfermería
6. Aquella que defina el equipo básico de salud de acuerdo a la ubicación geográfica y capacidad de respuesta.
7. Predominantemente curativa y de protección específica:
 - Vacunación
 - Construcción de acueductos y letrinas
 - Fluoración
 - Cloración
 - Alimentación complementaria
 - Control prenatal
 - Crecimiento y desarrollo
 - Salud escolar
 - Otros
8. Por la característica de la región de Bocas del Toro en relación a su nivel de atención, los servicios finales, van de acuerdo a la capacidad de resolución de la instalación. En este sentido toda instalación tiene un servicio final, el cual hay que identificar.
9. Solamente se realizan las facturaciones y costos estimados porque no se tiene los elementos necesarios para determinar los costos reales.
10. Cuadro

11. Cuadro

12. Existen los protocolos de atención, pero son desconocidos y por lo tanto no se aplican.

13. Como red, no existe la articulación Caja de Seguro Social – Ministerio de Salud; solamente en el sistema de referencia y contrareferencia.

14. Con las supervisiones y referencias procedentes de las parteras empíricas.

15. No existe articulación entre la red pública con la privada por parte del Ministerio de Salud.

16. Si se considera la dinámica de las instalaciones sanitarias.

17. Se da por demanda espontánea y por citas en algunas ocasiones.

Se producen referencias y contrareferencias en sentido ascendente y descendente pero no en sentido horizontal.

18. El mecanismo de referencia entre el segundo y tercer nivel de atención no existe.

19. Se toma en cuenta la capacidad resolutoria de los establecimientos y el desarrollo de las especialidades en los establecimientos.

21. El factor principal que incide en el sistema de referencia y contrareferencia es el factor socioeconómico de la población (extrema pobreza).

22. Las necesidades de mejorar a la estructura física de las instalaciones son las siguientes:

- Espacios adecuados para la atención
- Que contemple las normas básicas de bioseguridad
- Mantenimiento básico en las instalaciones sanitarias. (pinturas, áreas verdes, plomería y otros.)

23. Todos los sistemas de referencia son del primer nivel de atención; por lo tanto no se puede hablar de fortalecimiento.

Servicios Administrativos

TIPO DE SERVICIO	DISTRITOS DONDE SE OFRECE	COSTO	
		USUARIO	INSTITUCION
EXPEDICION DE CERTIFICADOS DE SALUD (MANIPULADOR DE ALIMENTOS)	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	B/. 5.75	NO SE HAN DETERMINADO
EXPEDICION DE PERMISOS DE OPERACIÓN A ESTABLECIMIENTOS COMERCIALES Y OTROS	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	5.00 ABARROTERIAS 10.00 RESTAURANTES 25.00 MINI SUPER E INDUSTRIAS	NO SE HAN DETERMINADO
EXPEDICIÓN DE AUTORIZACION DE CONSTRUCCION	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	2.00 (1,000 – 5,000) 10.00 (5,001 – 100,000) 20.00 (100,000 Y MAS)	NO SE HAN DETERMINADO
EXPEDICIÓN DE AUTORIZACION DE ENTIERRO	CHANGUINOLA	-----	NO SE HAN DETERMINADO
RECAUDACION POR CONSULTAS (MEDICOS, ODONTOLOGOS, ETC.)	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	ODONTOLOGIA – 6.99 CONSULTA MEDICA – 7.00	NO SE HAN DETERMINADO
RECAUDACIÓN DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	MEDICAMENTOS – 7.00	NO SE HAN DETERMINADO

Programas Preventivos

PROGRAMAS	DISTRITOS DONDE SE OFRECE	COSTO	
		USUARIO	PACIENTES
MATERNAL	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HA DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
INFANTIL	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HA DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
ESCOLAR	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HA DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
SANEAMIENTO AMBIENTAL	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HA DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
ALIMENTACION Y NUTRICION	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HA DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
PROTECCION DE ALIMENTOS	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HA DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
SALUD BUCAL	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HAN DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HAN DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
EPIDEMIOLOGIA	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HAN DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
MUJER, GENERO, SALUD Y	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HAN DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO
ADOLESCENTE	CHANGUINOLA BOCAS DEL TORO CHIRIQUI GRANDE	NO SE HAN DETERMINADO	NO SE HAN DETERMINADO

Los Recursos Humanos

1. No se han producido cambios significativos en la gestión de Recursos Humanos.
2. Las capacitaciones del Componente Informal (Parteras Empíricas) se realizan con miembros del Equipo Local de Salud. El Departamento de Enfermería de cada localidad.
3. De acuerdo a la programación local de cada área en aspectos de educación continuada, Administración y otros.

En base al análisis de la situación de Salud de cada Distrito y los aspectos Financieros de la región del Distrito. Los costos de la Atención Sanitaria no están

siendo definido por el Equipo de Salud, debido a que carecen de los elementos fundamentales como un Sistema de Control y Registros Contables oportunos de cada instalación para definir los costos.

Serán prácticamente las actividades curativas las que conllevan el mayor peso.

Recursos Humanos Básicas En Red De Atención

Tipo De Recurso	Año				
				1999	2000
No. TOTAL DE MEDICOS GENERALES PEDIATRAS CIRUJANOS GINECOOBSTETRA OTRAS ESPECIALIDADES				18	17
No. DE ENFERMERAS				41	40
No. DE ODONTOLOGOS				8	9
RAZON DE MEDICOS POR 10,000 HABITANTES					1.2
RAZON DE ENFERMERAS (OS) PROFESIONALES POR 10,000 HAB.					2.8 22
No. TOTAL DE TECNICOS DE LABORATORIO					
No. DE FARMACÉUTICOS				1	1
No. ASISTENTE DE FARMACIAS				10	9
No. DE EDUCADORES PARA LA SALUD				3	3
No. DE INSPECTORES DE SANEAMIENTO Y ANTIVECTORIALES				4 51	3 51
No. DE INGENIEROS Y ARQUITECTOS				1	1

Medicamentos Y Laboratorio

La Provincia de Bocas del Toro cuenta con un total de 25 farmacias distribuidas de la siguiente manera:

- Farmacias Privadas 8
- Farmacias C.S.S 4
- Farmacias MINSA 13

No existen farmacias comunitarias en la provincia.

No existe un listado regional de medicamentos, se toma en cuenta para confeccionar el consolidado de medicamentos de cada año el Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales del MINSA de 1993, el Listado Oficial de Medicamentos

de la C.S.S y el Listado entregado por la Unidad Técnica para la Provisión de Suministros Sanitarios.

Como no existe un listado regional, se toman en cuenta todos los renglones de los diferentes listados de medicamentos como referencia, y de acuerdo al nivel de atención se incluyen nuevos renglones al listado entregado por la Unidad Técnica para la Provisión de Suministros Sanitarios.

No existen esquemas de distribución. Las distribuciones van a depender del abastecimiento que existe en el depósito regional y este depende del número de renglones que se entreguen desde el depósito central, se coordina con cada instalación para que estas confeccionen una solicitud de medicamentos y otros insumos mensualmente.

Cabe señalar que existe un manual de suministros de 1993, el cual se toma de referencia para implementar normas de distribución. Igualmente existe un manual de la contraloría, pero carecemos del mismo.

Con excepción de la Tuberculosis, Leishmaniasis y las enfermedades de Transmisión Sexual, no existen protocolos de tratamiento sino protocolos de prescripción o de dispensación.

A nivel privado se cuenta con el Farmacéutico Regente para la apertura de la farmacia como dispone la Ley 24 del 29 de enero de 1963 del Colegio Nacional de Farmacéutico, a nivel de la C.S.S si se cuenta con farmacéuticos a tiempo completo en todas las instalaciones existentes en la provincia, lamentablemente el Ministerio de Salud como ente regulador no cumple con la Ley ya que solamente contamos con un solo farmacéutico para toda la región de Bocas del Toro.

Cada año se reciben en alrededor de 1000 donaciones de sangre.

El Ministerio de Salud cuenta con un Laboratorio en el Hospital de Bocas del Toro que Labora con un Técnico en Laboratorio y con una Técnica en Citología, se carece de un Funcionario idóneo. A nivel privado existen dos laboratorios.

En el Hospital de Bocas del Toro por falta del personal idóneo solamente se realizan pruebas básicas y especiales, al igual que a nivel privado.

El Ministerio de Salud carece de un Laboratorio de referencia, se considera al Laboratorio del Hospital Regional de Changuinola como el laboratorio de referencia.

No existe una uniformidad de costo de los medicamentos en las instalaciones de salud de la región, cada instalación implementa sus propios criterios para aplicar los costos de los usuarios no asegurados.

La priorización de insumos se hace con base a los insumos necesarios para realizar las pruebas básicas que puede realizar el personal técnico con la coordinación del personal idóneo del Hospital de Changuinola.

Evolución Del Gasto En Medicamentos En Los Últimos Años

INDICADOR	1996	1997	1998	1999	2000
GASTO TOTAL EN MEDICAMENTOS POR LA C.S.S HOSPITAL DE ALMIRANTE HOSPITAL CHIRIQI GRANDE HOSPITAL DE CHANGUINOLA POLICLÍNICA DE GUABITO TOTAL	82,000.00	132,000.00	132,000.00	216,600.00 150,000.00 588,000.00	218,000.00 85,000.00 588,000.00
GASTO TOTAL EN MEDICAMENTOS POR MINSA			138,429.23	125,600.00	98,179.00
GASTO PER CAPITA EN MEDICAMENTOS					

Para elevar la capacidad resolutive de la Región de Salud, será necesario realizar el análisis de oferta médico funcional, tiempos, costos para su inclusión dentro del anteproyecto de inversiones del período 2001 – 2002.

Fotografía No. 4: Satisfacción Al Cliente

Lista De Espera

Las cirugías se realizan las cirugías a nivel del Hospital Regional C.S.S. Estadísticamente el Ministerio de Salud no cuenta con el control de moras quirúrgicas.

Los programas de mayor demandas a nivel regional son los programas infantil y maternal.

A nivel de Ministerio de Salud no se tienen registros de rechazo de pacientes. En los hospitales y policlínicas de la C.S.S. si existen rechazos de pacientes, debido al caso que ofrecen otros servicios especializados y hay mayor demanda.

En el distrito de Chiriquí Grande, el Distrito de Bocas del Toro, donde existe el único Laboratorio del Ministerio de Salud, pero no cuenta con un Laboratorista. Bocas del Toro, el distrito.

En la consultas de medicina general por demanda espontánea; en el caso de la atención especializada, se otorgan citas por el mecanismo de las referencias.

Horario De Servicio

Los centros de salud tienen un horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. en las áreas de difícil acceso centros y puesto de salud atienden por demanda. La población está satisfecha con los horarios actuales. Hasta el momento no se tiene una propuesta de modificación de horarios pero deberá ofrecerse un horario extendido en área de mayor concentración de población.

Mecanismo De Medición De La Satisfacción Del Cliente:

A nivel Regional, el ministerio no aplica estudios de satisfacción del usuario.

Control de Calidad:

No se realiza auditoria internas ni externas, se hacen a nivel de C.S.S.

Fotografía No. 5: Red Social

Análisis De La Situación De Gestión De Salud Y Comunitaria

La comunidad se organiza, para apoyar la gestión de los servicios de salud, cuando ésta siente la necesidad y solicita algún tipo de apoyo y proyectos para promover la salud y bienestar de la población; la comunidad ofrece el apoyo y los recursos naturales de sus áreas.

A nivel de la Provincia y Región de Bocas del Toro, los inventarios de las organizaciones comunitarias son los siguientes:

- Juntas Administradoras de Acueductos Rurales	69
- Comités de Salud	43
- Iglesias	2
- ONG´S	3
- Organizaciones Internacionales	6

Estas organizaciones generan apoyo de:

- Proyectos y Obras
- Financiero
- Asesoría Técnica
- Atención en Salud a la Población
- Servicio y Participación Comunitaria
- Administración de Obras
- Mejoramiento Sanitario en las Comunidades

Se ha realizado varios análisis de los actores sociales, donde hemos podido identificar, que éstos, para algunos, no son de importancia, y es de considerado como otros actores de los tantos que existen en los diferentes lugares; y otros muestran poco interés en participar.

Sus intereses son los siguientes:

- Que se tomen en cuenta en todo el proceso de Planificación, Implementación y Ejecución de cualquier acción que se realicen en beneficio de la población.
- Mejorar su situación de vida y una atención humanitaria

El Sector Informal se caracteriza en la atención de salud por Médico Tradicional empíricos y Autóctonos del área.

Existen nueve (9) representantes de éstos curanderos que existen en la región sin descontar aproximadamente unos 400 curanderos que realizan éstas actividades tradicionales, están ubicados en muchas poblaciones de nuestra provincia.

Estos curanderos se dedican a curar personas con las plantas naturales del sector, donde prestan servicios de atención primaria. Estos están ubicados principalmente en Areas Indígenas de las costas del Area Comarcal, y se encuentran en los distritos de Kankintú, Cusapín, Bocas del Toro y Chiriquí Grande.

Estos servicios se realizan principalmente en la Población Indígena se integran en las actividades formales de salud de la siguiente manera:

- Manteniendo totalmente sus culturas y modificando algunas prácticas con mucha orientación a nivel de éstos grupos para mejorar su condición de vida.

Fortalezas

El aumento de capacitación de los Funcionarios de Salud

La experiencia obtenida con dirigentes, líderes y comunidad

La disponibilidad y capacidad para trabajar con éstos grupos en horas fuera de la región

Debilidades

Poco acceso a tener material que vaya acorde con las diferentes Etnias.

La falta de Personal Idóneo para desarrollar las actividades a nivel Comunitario y Administrativo

Poca disponibilidad de recurso financiero para darle seguimiento a las actividades de:

- Atención
- Promoción
- Organización
- Capacitación

Fotografía N° 6: Proyección de la Red

Adecuaciones De La Oferta.

Las nuevas formas de organización de los servicios deben concebirse con un nivel local fortalecido en las actividades de promoción y prevención (que sería su papel preponderante). Esta estrategia debe tomar en cuenta a todas las comunidades, para lo cual, el énfasis no necesariamente es la construcción instalaciones, sino recurrir a la organización y participación comunitaria como: las juntas administradoras de agua, los comités de salud y los promotores voluntarios de salud, deberán jugar un papel crucial para garantizar la permanencia de los servicios de promoción de la salud y prevención de los daños. No significaría con ello que se descuide la parte curativa que habrá que continuar prestando de manera permanente.

En el nivel más básico de la comunidad debe existir servicios de promoción de la Salud y prevención de daño (con un valor preponderante) para lo cual se puede recurrir al promotor voluntario de salud, los Comités de Salud u otras organizaciones comunitarias y las instalaciones (servicio permanente con

Si, es necesario la conformación de equipos básicos. Se puede adecuar la oferta de servicios en términos de los equipos básicos; realizando un análisis de los indicadores sociales, económicos y de salud (con sus indicadores demográficos, de salud ambiental, epidemiológicos, de morbi - mortalidad) para adecuar los servicios a las necesidades sentidas por la comunidad y la encontrada en un diagnóstico de salud realizado.

La alternabilidad de roles debe implementarse en las medidas generales del equipo básico (incluye la participación comunitaria) se debe cambiar la cultura actual, por la de una visión de integralidad en las funciones y las acciones del funcionario de salud.

- Como: capacitación continua, nuevos instrumentos de trabajo, cambios de actitud, motivación didáctica sencilla.

Esta estrategia se debe implementar en los aspectos básicos de la promoción y prevención (y no tendiente al reemplazo de un especialista o funcionario idóneo).

Se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como: cirugías electivas menores (herniorrafías, pterigiión) en el Hospital de Changuinola.

Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública, se ha iniciado una labor de capacitación y cambios tendientes hacia la salud pública (Vigilancia Marítima Internacional, Vigilancia y capacitación en el Cordón Fronterizo con Costa Rica, PLAGSALUD).

Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel, toda vez que en el Hospital de Changuinola se realizan visitas de especialistas periódicamente para hacerle frente a los pacientes que requieren de atención especializada que no existe en la provincia.

En Changuinola se desarrolló en varios Centros de Salud el análisis del desempeño del recurso humano en los que se identificaba los grupos vulnerables según comunidades bajo la responsabilidad del centro. Se seleccionaron enfermedades trazadoras que, periódicamente, son evaluadas para monitorear el impacto de las acciones del equipo de salud. Los centros en donde se desarrolla esta estrategia son los de Finca 30, Finca 6º y Policlínica de Guabito.

- a) Los bolsones de desprotegidos se encuentran ubicados en las área montañosas de Bocas del Toro y la Comarca Ngöbe Buglé.
- b) Riesgos de estos bolsones: desnutrición, I.R.A., diarrea, infecciones dérmicas y tuberculosis Un riesgo específico de la población en general es el uso de los plaguicidas en el distrito de Changuinola
Una problemática que está en aumento es la drogadicción y abuso del alcohol, con las consecuencias de prostitución (promiscuidad) y violencia intrafamiliar.
La malaria es una enfermedad endémica que afecta a la provincia con predominio en el sector fronterizo con Costa rica.
La discriminación hacia la mujer es marcada, principalmente entre los Ngöbe Buglé. En la Caja de Seguro Social se tiene programa para la 3ra. Edad.
- c) Las coberturas de vacunación con DPT, Sarampión y toxoide tetánico en los bolsones son bajas.

La planificación a nivel local se realiza a nivel del equipo de salud (sólo el nivel técnico). Los actores sociales aún no participan activamente, pues la comunidad no percibe como necesaria su participación, y el equipo de salud tampoco (fenómeno de dependencia, por largos años, de una transnacional).

Los espacios poblacionales se han definido en base a los existentes en la división político – administrativo anterior. Actualmente, con la creación de la Comarca Ngöbe Buglé, no se ha cambiado y las actividades y programas continúan con la visión anterior.

Los deberes y derechos de los ciudadanos, familia y comunidad en un nuevo modelo de atención, deberán asumirse a través de:

- Educación para la acción y participación.
- Aumentar, progresivamente, la participación comunitaria, haciendo énfasis en los jóvenes.
- Incentivar los deberes y derechos en las comunidades.

Los equipos de salud tienen la competencia técnica, aunque no es suficiente, para asumir nuevos enfoques en la prestación de los servicios. Hay que fortalecer los aspectos de prevención y promoción en el personal de atención directa a los pacientes; en los aspectos de tratamiento y rehabilitación, se deben actualizar periódicamente. La actualización tecnológica, es importante que sea permanente y oportuna.

Adecuación De La Cartera De Servicios

El grupo considera que debe evaluarse periódicamente la eficacia y calidad de las acciones.

Criterios de Evaluación:	Quién	Como se evalúan
Los indicadores de programa ,	Equipo de Salud Local Distrital y regional	Por programas

Los Centros de Salud están adecuados para responder a la demanda materno infantil, salud ocupacional, tercera edad, programa de alimentación complementaria, programa ampliado de inmunización. Este modelo busca responder a las necesidades más surtidas de la población.

Entre las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido, se identifican:

- ? Aumentar y mejorar la infraestructura
- ? Aumentar los recursos humano: consideran la fusión del recurso humano de la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud.
- ? Cambio en los horarios de atención (consulta vespertina o nocturna y en los fines de semana).
- ? En todo caso es importante que se atiendan las necesidades de la población y que se coordine las áreas de responsabilidad y oferta de servicios a la población por parte de la CSS y el MINSA.

La capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial, debe tomar en cuenta:

- ? Fortalecer una instalación de salud (Santa Catalina) con mayor poder resolutivo y personal idóneo.
- ? Existe una nueva red de comunicación que no está funcionando completamente y debe ampliarse.
- ? Aumentar la organización comunitaria
- ? Ubicar ambulancias marítimas.

Ampliación De Cobertura

La red de servicios debe organizarse la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención, atendiendo a las necesidades de la población, considerando su perfil epidemiológico y accesibilidad. Se toma en cuenta la equidad en la asignación de recursos.

Las giras médicas integrales deben considerar:

- a) Se deben continuar las giras de manera integral
- b) Se debe basar en la necesidad de las comunidades a visitar.
1) Acceso 2) Población 3) Necesidades
- c) De acuerdo a las necesidades se determinarían los participantes.

Los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios son:

- a) Producción de alimentos
- b) Promoción de la Salud
- c) Rehabilitación (comunitaria)

Equipo Básico: Centro de Salud

1. Médico General
2. Enfermera
3. Auxiliar de Nutrición
4. Educador para la Salud
5. Inspector de Saneamiento Ambiental
6. Auxiliar de farmacia (asistente)
7. Auxiliar de Registro médicos y estadísticas

En el nivel regional debe existir un personal de apoyo a los equipos básicos:

- Asesor legal
- Ingeniero
- Arquitecto
- Personal de mantenimiento
- Veterinario
- Nutricionista
- Administrador
- Agrónomos

Referencia y Contrarreferencia

La referencia se realiza de manera escrita de la instalación de menor nivel al siguiente nivel (Puesto de Salud Hospital o Clínica Especializada). La contrarreferencia no siempre se cumple (depende de la instalación) y generalmente es baja.

Caja de Seguro Social – Ministerio de Salud:

- ? Ambas instituciones atienden a toda la población demandante
- ? La Caja de Seguro Social no siempre atiende y satisface la demanda de los no asegurados.
- ? Se desconoce la compensación de Costo 20 por parte de la población no asegurada.

La relación entre el MINSA y la Caja de Seguro Social pudiera mejorar.

Fotografía No. 7: Características del Sistema Regional y Proyecciones

Organización Y Funcionamiento

Los cambios a la organización y funcionamiento del sistema regional que se sugieren son:

- Existe una estructura organizacional
- Adaptar esa estructura organizacional actual a la realidad funcional del área, para que no represente una carga económica al estado
- Crear otros distritos sanitarios, en vez de crear nuevas regiones ejemplos: La Comarca Ngobe Bugle, la cual fue creada en el año 1,998 y aun no tiene una estructura organizacional ni financiera.

En cuanto a la descentralización:

- Se está dando de manera parcial de los niveles regionales a los niveles distritales y de este al nivel operativo y programático no así el nivel financiero
- De forma gradual y completa preparando a los niveles para afrontar las nuevas responsabilidades
- La Capacitación

La estructura organizacional actual no guarda estrecha relación con los procesos Sanitarios:

- Que los procesos y programas surjan de los niveles locales
- Que haya estrecha relación y coordinación entre los programas de salud
- Que los niveles operativos tengan mayor poder decisorio

En la actualidad hay un resquebrajamiento entre C.S.S y MINSA, esta debe darse:

- Sobre la base de negociación y concertación
- aumentando la calidad de servicios para mejorar los niveles de salud

Los mecanismos a aplicar son:

- Que haya mejor comunicación entre las dos instituciones
- Mejor equidad en la utilización de los recursos
- Quienes participan en este proceso (desde los niveles superiores políticos decisorios hasta el nivel local)
- En que momento y para que se establece nexos de coordinación: en todo Momento

Fortaleza del Sistema Regional:

- Que existe una Estructura Organizacional
- Personal Técnico Capacitado
- Que tiene Identidad Propia

Debilidades del Sistema Regional:

- Existe un personal desmotivado
- Escaso Recurso Humano
- Desabastecimiento de Suministro e Insumos

- Infraestructura inadecuada
- Carencia de Estructura Orgánica Funcional
- Falta de apoyo de los niveles Gerenciales

Las acciones son participativas cuando:

- Hay contingencia (Tuberculosis Bovina)
- Con promoción
- DEPA, Saneamiento y Equipo de Salud Competente

No se está realizando ningún tipo de cambio en la gestión. La descentralización no responde a las necesidades regionales (ejemplos descentralización de ciertos rubros tales como: medicamentos, suministros y equipo sanitario)

Las comunicaciones son extemporáneas, un punto crítico es la Centralización vs Desconcentración y Descentralización.

La toma de decisiones no son consensuadas solo en escasa ocasiones, se basan en el criterio político y financiero

No existe mecanismos de supervisión ni para el sector público ni privado

Existe la estructura de análisis ejecución y seguimientos de las políticas de salud, pero no funcionan de una manera eficaz

Fotografía No 8. Instrumentos De Gestión

Planificación Regional y Programación Local

La planificación regional no es participativa ya que en la misma solo participa el planificador regional y al momento de planificar una obra o programa no se toma en cuenta los niveles operativos y son estos niveles los que realmente conocen las necesidades de sus distritos.

No existen procesos de planificación conjunta MINSA - CSS por lo tanto estos procesos no se llevan a cabo.

La única programación local conjunta MINSA - CSS existente que se realiza es el programa de salud ocupacional, en la cual el Ministerio de Salud realiza el programa médico preventivo a los trabajadores de la finca bananera que laboran con embalaje, embolse y herbicidas previa programación realizada por el departamento de salud ocupacional de la CSS.

No se toma en cuenta a la población por lo tanto no participa en ningún momento de este proceso. Curiosamente podemos decir que existen constituidas 59 Juntas de Agua pero que lamentablemente solo están activas 6 de las mismas.

En el proceso de planificación regional no se efectúa ninguna convocatoria ya que como dijéramos anteriormente la población no participa en la planificación en cuanto a la programación local la convocatoria se hace por intermedio de cada distrito de Salud y básicamente se hace la programación de giras de vacunación y de programas de materno infantil y de docencia, debemos destacar el alto grado de paternalismo que ha existido de tiempos anteriores provocando la no-participación de la comunidad en las acciones que van dirigidas hacia ellas.

Los planes no son evaluados, las metas deben ser objetivos alcanzables, se deben conocer las metas de la región para que de esta forma cada distrito de salud pueda enmarcar sus esfuerzos a alcanzar las metas establecidas por la región. No se ven los resultados ya que no se evalúan las metas y no existen tales metas.

Puede decirse además, que se elaboró un Plan Regional hace más o menos 3 años, pero que no se orientan los recursos hacia estas prioridades, por tanto la direccionalidad de las acciones es limitada y estas son más bien reactivas. Se requiere hacer un plan estratégico en el operativo anual. Existen problemas de comunicación cuando estos se daban se realizaban cada año y es evidente el resquebrajamiento total de las relaciones con la Caja de Seguro Social.

No hay recuperación de criterios para la programación local, hay evaluación trimestral de coberturas del PAI y Materno Infantil. El PAI ha dejado de desarrollar desde hace 4 años la programación conjunta.

Se percibe que la mayoría de la población es indígena empleada por la Chiriquí Land Company y que esta transnacional les generó paternalismo, la población piensa que ésta relación se mantiene. Por otro lado, los aspectos culturales y la visión de salud son diferentes a la concepción occidental.

No se observan resultados de las grandes inversiones.

Presupuestación por Objetivos (DPO)

En nuestra región sólo se maneja el presupuesto de funcionamiento ya que el de inversión se maneja en la sede y el departamento de presupuesto desconoce por completo cuales son los montos de inversión y las obras, el de funcionamiento carece o adolece de objetivos específicos ya que no se tiene un plan regional de salud.

Estos registros no se llevan a cabo de suerte tal que no se tiene ningún dato que indique estos porcentajes.

El nivel de responsabilidad de los directivos es directo en la elaboración y seguimiento del presupuesto al igual que en la rendición de cuentas por la ejecución del mismo aunque al final la responsabilidad total recae en la dirección regional. El proceso de rendición de cuentas no se da estableciendo una relación recursos financieros – objetivos y metas alcanzados.

En la región se desconoce el sistema de contrato programa, pero luego de algunas explicaciones creemos que el contrato programa público privado sin fines de lucro sería el más conveniente ya que en el actual público - público todos hemos podido establecer que no funciona, ya que no cumple con los requerimientos y exigencias que la población demanda; sin que ese sistema (público privado) sea el paso para privatizar los servicios de salud. Pareciera que el sistema es bueno, pero se tienen reservas debido a los recortes presupuestarios que tiene el MINSA regularmente. Se requiere preparación previa – de tipo gerencial.

No se están introduciendo compromisos de gestión entre los niveles del sistema.

La descentralización es un proceso necesario para mejorar la gestión, pero para lograr su éxito se requiere fortalecer la capacidad gerencial. Esta debe considerar los aspectos financieros hasta el nivel distrital y de la toma de decisiones hasta Centros de Salud. Autonomía financiera y de toma de decisiones a nivel del Hospital.

Es importante descentralizar el proceso y ejecución de las compra hasta el nivel regional (todos los rubros).

- La cogestión (participación social) ayudaría, lo que habría que analizar es la forma en que la población participa.
- Se deben buscar nuevas formas y modelos.

- Hay conflictos con la figura del Hospital Regional y la expansión de la red vial, que ubica más el uso del Hospital de Changuinola, como hospital regional.
- No hay ingerencia del nivel central en los hospitales del nivel regional o local, se mantienen las líneas de comunicación con base a la estructura jerárquica.
- Los modelos de gestión de los Patronatos Nacionales son aplicables a la gestión de los Hospitales Regionales.

También es necesario descentralizar un conjunto de acciones de Protección de Alimentos, sin embargo la región tiene limitados recursos para asumir estas responsabilidades.

Incentivos

En la actualidad no existe ni se han propuestos incentivos al personal de los establecimientos de salud y se considera que los incentivos económicos no resuelven el problema, pueden ser perversos.

Algunos jefes han dado algún tipo de incentivos no económicos a algún personal pero no se ha introducido como política de la institución dado los pocos recursos con que se cuenta.

No se ha categorizado los incentivos a ningún tipo de personal.

Los pocos incentivos si es que así se pueden llamar, se han dado basándose en la productividad y también por la antigüedad de los mismos.

Si tendrá un impacto positivo ya que al incentivar al personal, traerá beneficios a la Institución, al igual que efectividad en el servicio que se brinda.

Sistema de Información en Salud

Si se dispone de un sistema de información, pero el mismo no es confiable, no es oportuno, ni se divulga el contenido de las mismas. El presupuesto y el área de financiamiento tienen información disponible; pero no se discute y no se analiza. Costo 20 no funciona, no se está llevando.

Como la información no es oportuna, no se puede utilizar para la toma de decisiones regionales ni locales. Se interviene solamente cuando hay situaciones críticas por ejemplo una epidemia de Tosferina.

Desconocemos si se evalúa la calidad de la información y quienes y cuando se evalúa.

El grupo desconoce los mecanismos utilizados para analizar la información que surge como producto del sistema.

No se han definido los usos y contenidos de la información.

No existen mecanismos para definir, los usuarios, sus necesidades de información solo solicitan las mismas de acuerdo a sus necesidades.

Los centros de producción son los generados por el nivel operativo, pero no existe una debida retroalimentación de la misma causando con ello falta de información para las necesidades de estas instalaciones.

- No se evalúa la calidad de la información.
- Antes se realizaban reuniones semanales de coordinación para aportar información, se van a volver a ejecutar.
- No se han definidos los usos y necesidad de información.

Centros de Producción = Salud rural ha definido.

Se genera información = Ni vereg (computariza)
En Local pero la información no revierte.

Esta situación debe ser mejorada

Se requiere apoyo

Equipamiento Y Tecnología

Equipamiento Y Tecnología Ultimo Año Disponible

TIPO DE INSTALACIÓN	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No de Hospitales o instalaciones con camas de hospitalización	4	1	3	1
No de Hospitales o instalaciones con menos de 5 camas de hospitalización	1			1
No de Hospitales o Instalaciones entre 5 y 19 camas de hospitalización	-	-	-	-
No de Hospitales o Instalaciones con 20 y más camas de hospitalización	4	1	3	
No de camas Hospital de Bocas del Toro		32		
No de camas Hospital Reg. de Changuinola			100	
No de camas Hospital de Almirante			37	
No de camas Hospital de Chiriquí Grande			23	
No Total de camas	212	32	177	3
No de laboratorios de imagenología				
Generales	6	1	4	1
De odontología	13	4	5	4
No de Laboratorios Clínicos	7	1	4	2
No de Bancos de Sangre	1		1	
No de Farmacias	25	13	4	8
No de Sillones Dentales				
Completos	27	10	10	7
Incompletos	-	-	-	-

Sistema de Abastecimiento y Suministro

- a- De acuerdo a las necesidades de cada instalación y las determinan el gerente y su equipo.
- b- Si, formado por un central de Kardex, bajo una capacitación del nivel Central.
- c- Por medio del sistema de cotizaciones, limitaciones: fax, pocos proveedores locales.
- d- No se evalúan.
- e- Cuentas contra el Tesoro Contado.
- f- Inventarios
- g- El sistema de abastecimiento actual entre el nivel central y el regional va a estar limitado a las entregas que se hagan al depósito central así mismo del depósito regional a los niveles locales.
La mayor limitante que existe en el sistema de abastecimiento es lo tardío en las entregas por la demora de los procesos de compras.
- h- No existe una coordinación formal, si no en casos de urgencias.

Fotografía No. 9: Financiación De Los Servicios

Compensación De Costos

En la actualidad no se utiliza ningún mecanismo para el análisis de la información de costos. Los costos que están establecidos por el nivel Central se utilizan para la compensación entre el Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social.

En general se aplica la tabla que remite MINSA Central y puede decirse que:

- En los Centros de Salud se cobra actualmente por la atención B/.1.00, pero en la Caja de Seguro Social depende del servicio.
- Los medicamentos se cobran, dependiendo del mecanismo.
- Sólo se utiliza para cobrar, no se analiza. No se relaciona.
- En nuestra Región, generalmente se atiende a áreas indígenas. No se identifica este costo de operación a las recaudaciones.
- Menos de 200 ó 300 metros se encuentra un centro de salud con un Hospital.
- Se debe tener un acuerdo MINSA – CSS
- Como No se analiza, no se toman decisión
- Costo 20 debe le hace la compensación de costo. No existen costos de producción. Sólo para la compensación de costo institucional MINSA –CSS
- No existen estudios de costo de producción por ejemplo.
- No se sabe cuando ¿Cuánto cuesta un giro? ¿Qué medicamentos se necesita en un Centro?, etc.

Los aspectos de la atención sanitaria que determinan sus costos son:

- Complejidad de la Instalación
- La ubicación Geográfica
- Nivel de especialización

La tecnología de punta no influye en gran medida en los costos de atención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes ya que en las instalaciones no hay.

Los médicos se enfocan más al examen físico y la historia clínica para determinar los diagnósticos, teniendo un 90% de acierto. En general, los médicos que trabajan en el MINSA se enfoca hacia los objetivos que se persiguen de acuerdo a las limitaciones reales. Se ha perdido la perspectiva, ya que los diagnósticos poco se apoyan en el laboratorio.

En la región no se cuenta con suficientes médicos especializados, sin embargo la CSS, cuenta con algunos especialista (neurólogo) que sólo se ve y atiende por dos horas (una vez al mes) y no se atiende la cantidad de pacientes que se requiere.

La duplicidad de servicios se ven en algunas áreas afectando el costo de compensación, ya que nuestros costos reales de atención son menores.

Las tarifas establecidas no responden a los costos reales ya que se han estandarizado las bases de estimación para ambas instituciones. Las mismas se deben ajustar al medio geográfico y al tipo de paciente.

- a) MINSA está orientado a personas que no cotizar a la CSS, o establecer unos costos a los servicios a la misma, pero no dan el servicio gratuitamente, o un grado de subvención por parte del Estado.
- b) Incluso, a nivel de los medicamentos, se basa en una tabla establecida o al precio de costo, a veces a menor del costo.
- c) Para ajustarse, se debe a cada área, o al tipo de paciente.
Se deberá hacer que cada unidad ejecutora deberá determinar sus costos reales en base a sus situaciones reales y no en base a una tabla o algo predefinido a nivel Central.
Al respecto, también se puede mencionar respecto a que para trasladar un equipo médico a áreas apartadas cuesta mucho más dinero que en un área urbana. Se debe ajustar a la realidad del medio.

Esto se puede realizar para efectos de compensación, para presupuestos futuros en base a una base científica y no histórica como se hace en la actualidad. Se acuerda, sin embargo, que los costos deben medirse para efecto de lo anterior.

Esta duplicidad eleva los costos de compensación del Ministerio de Salud ya que por lo general las instalaciones de la Caja de Seguro Social son más complejas.

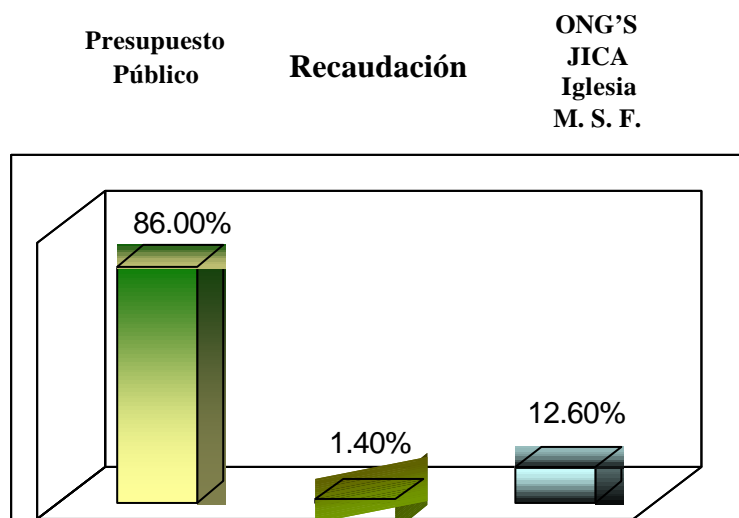
Fuente de Financiamiento

La atención sanitaria se financia a través de diversas fuentes de financiamiento a saber:

Presupuesto Público 86 %

Los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios, se ubican así:

Recaudaciones	1.40 %	}
ONG'S		
JICA		
IGLESIA	12.6 %	
MSF (Médico Sin Frontera)		



El co-pago de las prestaciones de los servicios están preestablecidos, sin embargo algunos pacientes se les cobra según su capacidad de pago.

La evaluación socio económica es a través de la percepción del médico.

Normalmente la recuperación de los costos no se da.

Se le debe concienciar al usuario que los servicios son costosos, por ende algo debe remunerar.

El Presupuesto del Estado debe subsidiar a la población con pobreza, pobreza extrema y áreas postergadas.

El subsidio estatal no es garante de la equidad sanitaria por que aún existen poblaciones sin acceso a los servicios de salud.

Las donaciones constituyen una importante fuente financiera, porque se realizan con un estudio previo.

Los costos actuales si facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema. ▼

Existen los informes de ejecución de Servicios no personales, materiales y suministro que son elaborados por el Departamento de Presupuesto mensualmente

Mecanismo de asignación financiera

Formulación

Instalaciones

Nivel Distrital

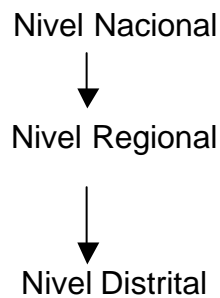


Nivel Regional



Nivel Nacional

Asignación



Si existe autonomía para la modificación de rubros

A manera de síntesis, puede mencionarse, que en áreas rurales, puede que el Estado este financiando el 90% de la atención. En cuanto a lo recaudado en nuestra región, se deposita en una cuenta de FAH y por todos los servicios que se presta (medicamentos, consultas, multas, etc.). Este se deposita y luego se hace una solicitud de reembolso. Este reembolso se hace a una cuenta de la Región .

En cada unidad ejecutora se efectúa el desembolso en base a lo que recaudan. La unidad ejecutora no necesariamente se ve revertida con el monto total recaudado.. El tiempo para la reversión de recursos es variable y se afectado por la disponibilidad de fondo en banco.

Del presupuesto público, se utiliza el 86%, como parte de la cooperación externa la JICA ha venido apoyando con profesiones (enfermeras, nutricionistas, ingenieros), así como en aspectos para mejorar la gestión sanitaria como:

- Acueductos
- Ambulancias acuáticas
- Médicos (ambulancia)
- Doble cabina
- Asentamientos en Proyectos de producción de alimentos.

La elaboración del presupuesto cumple una serie de etapas, que sin ser exhaustivas se detallan a continuación:

Cada Director elabora su presupuesto por rubro y se cuantifica. Los directores de cada centro presenta una elaboración de presupuesto, a base de las necesidades.

De allí entra su consolidación a nivel regional y se envía a nivel Central para su estudio, análisis y aprobación (recorte)

Fotografía No. 10: Proyectos De Inversión

Las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de la red se orientan hacia el sector de atención primaria, la cual comprende la reposición de Centros y Puestos de Salud

Además se le debería dar énfasis a la disponibilidad del recurso humano especializado, lo mismo que al equipamiento de estas Instalaciones de Salud, hacer énfasis en la oferta de los servicios de salud, en términos de calidad y eficiencia.

Los criterios que deben cumplirse para presentar proyectos de inversión consideran:

Los criterios se basan en formularios preestablecidos tanto por el Departamento de planificación como por los criterios de la Dirección Nacional de Políticas del Sector Salud; ambos criterios son del conocimiento de Planificación Regional de Salud.

En la actualidad, los criterios que han sido presentados por el Ministerio de Economía y Finanzas no presentan dificultad alguna en la presentación de los anteproyectos de inversión y su complejidad no representan problema respecto a las limitaciones de recurso en la región.

Definitivamente los proyectos de inversión ya aprobados para el 2000 y 2001 mejorará de manera cualitativamente y cuantitativamente en un 90% la red de servicios primarios; ya que para esto apuntan las inversiones.

Sin embargo, es necesario adecuar o actualizar constantemente estos posibles recursos de modo que se soluciones los problemas más urgentes.

Estos proyectos son por reposición y construcción de estructuras por lo que también se deberá incluir partidas para equipamiento y mano de obra.

Construcción Del Centro De Salud Caby Rodríguez (Finca # 6) Y La Cerca Perimetral

1. Introducción:

El Centro de Salud Finca # 6, inicio sus labores como dispensario en 1980 hasta 1983 y como Centro de Salud en 1984. En 1985 pasa a ser Centro de Salud Caby Rodríguez en honor a una enfermera de mucha abnegación.

El mismo atiende las comunidades de Finca #6, 42, 43, 44 y San Puento. La última remodelación fue la construcción de un anexo en 1995, así como mejoras en toda su estructura física.

2. Problema:

Las estructuras del Centro de Salud están deterioradas para brindarle a la comunidad los servicios básicos de salud con calidad y eficiencia.

En que consiste el deterioro. ¿Cuál es la media de pacientes atendidos? ¿Cuántos metros cuadrados de construcción posee? ¿A que población atiende?

3. Alternativas

- ✓ Optimizar y remodelar la actual instalación
- ✓ Construcción de un nuevo y más amplio edificio para el Centro de Salud
- ✓ No hacer nada

4. Selección De La Mejor Alternativa

- ✓ Construcción de un nuevo y más amplio edificio para el Centro de Salud Caby Rodríguez

5. Justificación

Con la construcción de una nueva instalación, sumado al aumento de la demanda de atención, permitirá mejorar los indicadores de Salud del sector

6. Grupo Meta

Aproximadamente 5,000 personas

7. Estudio Técnico - Localización

La reposición de este Centro se ubicará en la comunidad de Finca # 6

8. Tamaño Del Proyecto

Se cuenta con un área de 1034.88 M2 .

9. Impacto Ambiental

Durante la construcción, la contaminación ambiental y acústica serán la mayor preocupación. Es por ello que los trabajos deberán realizarse con gran rapidez para minimizar los inconvenientes. No hay vegetación, especies ni bosques que requieran removerse.

10. Costo Total De La Etapa A Financiar

B/.. 35,000.00

Construcción De Un Depósito Central De Insumos

1. Introducción

La región de Bocas del Toro actualmente cuenta con un depósito de medicamentos, ubicado en las instalaciones del Hospital de la Caja del Seguro Social de Changuinola, el cual sirve a las necesidades regionales y también a los tres distritos de salud. (Changuinola, Bocas del Toro y Chiriquí Grande)

Existe un Almacén Regional de útiles y Enseres. El mismo cubre las necesidades de os tres distritos.

Se cuenta con el Depósito Regional de Biológicos desde aquí se despachan biológicos (vacunas) a toda la provincia; incluyendo instalaciones de la Caja de Seguro Social

2. Problema

Carencia de un depósito central de insumos y deficiencias en la distribución de insumos en la provincia de Bocas del Toro.

3. Alternativas

- ✓ Construir un depósito central de insumos
- ✓ Optimizar la distribución no duraderos y duraderos
- ✓ Maximizar el espacio físico de la red de servicios

4. Selección De La Mejor Alternativa

- ✓ Construcción de un depósito central de insumos (Distrito de Changuinola)

5. Grupo Beneficiario

140,923 - Población de Bocas del Toro

6. Estudio Técnico - Localización

El edificio para el depósito de insumos se ubicará en los Terrenos del Festival del Banano, El Empalme

7. Tamaño Del Proyecto

El edificio que se pretende construir contará con un área de 215.25 M², que podría ser ampliado de acuerdo a las necesidades.

8. Descripción De La Etapa A Financiar

Realizar el estudio de factibilidad para el diagnostico distrital de insumos de Changuinola y su diseño básico.

9. Justificación De La Etapa A Financiar

Carencia de estudio previos al respecto, que sirvan de base para la ejecución del proyecto.

10. Costo Total De La Etapa A Financiar

Bl. 62,646.00

Construcción De Dos Cubículos Para El Centro De Salud Antonio Preciado

1. Introducción

El Centro de Salud Antonio Preciado de Finca # 62, atiende a las comunidades de Finca 61, 62, 63, 64 y 67. Todas propiedad de la Bocas Fruit Company.

En un principio el mismo fungió como dispensario creado por La antigua Chiriquí Land Company. El mismo era una infraestructura de madera, el actual edificio se construyó en 1991 y en este mismo año inicio la atención al público. Consideramos que la ampliación de este Centro propiciará el mejoramiento de los servicios que se oferta.

2. Problema

La estructura del Centro de Salud no son apropiadas, para brindar el servicio de Salud íntegramente; ya que el mismo adolece de dos cubículos el de odontología y el de farmacia.

3. Alternativas

- ✓ Optimizar la actual instalación
- ✓ Construir dos cubículos nuevos
- ✓ No hacer nada

4. Selección De La Mejor Alternativa

- ✓ Construir dos cubículos nuevos

5. Justificación

Al construir dos cubículos adicionales, se provee a la comunidad y a los funcionarios de un ambiente adecuado para recibir y brindar con calidad y eficiencia los servicios de salud.

6. Grupo Meta O Beneficiario

Se benefician alrededor de 4,500 personas entre las razas negra, latina e indígena

7. Estudio Técnico - Localización

El edificio del Centro de Salud Antonio Preciado, se encuentra en finca 62 , distrito de Changuinola, provincia de Bocas del Toro, república de Panamá.

8. Tamaño Del Proyecto

El Centro de Salud Antonio Preciado cuenta con un área de 1975.28 M² .

9. Impacto Ambiental

En este punto podríamos decir que no se encuentran bosques, vegetación, ni especies en extinción que puedan ser afectadas. Lo que si podría ser afectado a la población serán los efectos acústicos y para controlar esto se llevaran a cabo los trabajos con la mayor rapidez posible.

Construcción De Dos Cubículos Para El Centro De Salud Randolph D' Costa

1. Introducción

Este Centro de Salud, se encuentra ubicado en una zona bananera, propiedad de la Bocas Fruit Company y atiende a las comunidades de de Finca 24, 30, 31 y 32.

Se oferta los servicios de medicina general, odontología, farmacia y otros.

2. Problema

El Centro de Salud de Finca 32 carece de dos cubículos uno para enfermería y otro para farmacia. El espacio con que se cuenta en la actualidad no es el más adecuado para brindar una buena atención al público.

3. Alternativas

- ✓ Optimizar la actual instalación
- ✓ Construir dos cubículos para los servicios de enfermería y farmacia
- ✓ No hacer nada

4. Selección De La Mejor Alternativa

- ✓ Construcción de dos cubículos para los servicios de enfermería y farmacia

5. Objetivo General

Mejorar los indicadores de Salud

6. Justificación

Con esta construcción se amplian los servicios de Salud que la sociedad de estas fincas requieren.

7. Población Meta

Aproximadamente unas 4,000 personas comprendidas entre las razas indígenas, mestizas negra y castiza.

8. Localización

Se localiza en la comunidad de Finca 32, propiedad de la Bocas Fruit Company.

9. Tamaño Del Proyecto

Cuenta con un área aproximada de 1452.93 M².

10. Impacto Ambiental

No existe impacto ambiental alguno

REGION DE SALUD DE COCLE

Fotografía N° 1. Caracterización del Contexto

Comentarios

Expansión hacia el área norte de Penonomé y La Pintada: Expansión Occidental de la Cuenca del Canal de Panamá. No detener las inversiones en el área pues es a largo plazo y no estaba claramente definida la forma de expansión (iii juego de esclusas, canal seco y otras). Impacto social y económico con oportunidades para salud, pues facilitaría la concentración y organización de la población. Fuente generadora de empleo.

A más corto plazo, están las inversiones turísticas en Antón (Río Hato, Farallón, Santa Clara). Aeropuerto de Río Hato permite la llegada de vuelos Charter. Significa reto porque alrededor de la inversión se encuentran áreas marginales y cinturones de pobreza y de mucha pobreza (limitaciones de trabajo, educación, salud y otras)

Carretera de circunvalación para facilitar la movilización y el ecoturismo.

Hacia el Sur los Ingenios azucareros están realizando mejoras a sus mecanismos de producción. Dificultades económicas han surgido como producto de la Mancha Blanca que ha afectado a la cría de camarones. Estas se espera que resurjan en el corto plazo.

No se da un proceso real de coordinación entre diferentes instancias del estado y de la sociedad. Se realizan obras que en ocasiones se constituyen más en problemas que en soluciones. Este tipo de inversiones en gran porcentaje no se enmarcan en un análisis de necesidades sino más bien se aplican con criterios políticos.

No existe una gran coordinación entre el MINSA-CSS, principalmente en el sector sur de la provincia, área donde la población asegurada es 32 alrededor del 65%. La responsabilidad recae básicamente en el MINSA. Hay exceso de centralización en la CSS, lo que merma su capacidad de resolución y prevalecen criterios que emanan del nivel central, en alguna medida no solidario con los problemas del área. El descontento de los asegurados se muestra en el Marcos Robles, sin embargo para la CSS es como sino existiera esta instalación.

Las autoridades políticas conocen parcialmente la realidad y no se refleja un interés en trabajar conjuntamente, generándose dualidad y mala utilización de los recursos.

Fotografía N°3: Caracterización de la Oferta

Vigilancia Sanitaria

Los aspectos que considera la vigilancia sanitaria son:

- Ambiente
- Población
- Factores de Protección
- Alimentos
- Calidad de Agua
- Sanidad Marítima
- Zoonosis
- Desechos Sólidos
- Disposición de Escuelas
- Enfermedades transmisibles
- Enfermedades crónicas
- Intoxicación por plaguicida

Entre los problemas se deben vigilar se cuentan:

- Calidad de Agua y Accesibilidad
- Letrinación
- Desechos Sólidos (Hospitalarios y Centros de Salud)
- Vigilancia alimentaria (Preventivos y uso y anejo de plaguicidas)
- Vigilancia de enfermedades transmisibles
- Vigilancia de vectores – dengue

La vigilancia sanitaria en términos de ambiente: calidad del agua (para correlacionarlo con las morbilidades: parasitosis y diarrea; con los espacios geográficos – acceso; desechos sólidos. 80% del personal hospitalario esta capacitado en el tema de desechos peligrosos; enfermedades transmisibles, crónicas, dengue y hantan. Factores protectores (vacunación)

No es necesario la vigilancia de la totalidad de una condición presentada podemos enfocar.

Fortaleza del Sistema de Vigilancia

- Equipo técnico capacitado (Recursos Humanos)
- Apoyo Administrativo
- Apoyo Regional y distrital

Debilidades del Sistema de Vigilancia

- Escaso Recursos Humanos
- Transporte
- Falta de capacitación de los municipios
- Apoyo intersectorial

- Escasez de Tecnología Informática - Computadora (municipios)
- Equipo técnico de trabajo

Accesibilidad Geográfica

Comunidades menor grado de accesibilidad

Antón:	La Colorada
Penonomé:	Corregimiento Río Indio Corregimiento Tolú Corregimiento Toabré Corregimiento Chiguirí Arriba Comunidad de Cerro Zuela
Nata:	Culebra Campanario Zapillo Honduras Huacas San Antonio Yeguada
Aguadulce:	Loma de González El Pinzón Sicuaro
Ola:	Chimicsa Lamesa Loma Chata Luisa
La Pintada:	Donoso Barreta Bajo Grande Llano Grande

Distancia:

Comunidad	Instalación de Salud a Comunidades	Comunidad a Comunidad
Antón	10 a 15 KMs	10 a 15 Kms
La Pintada	10 a 15 Kms	10 Kms
Nata	15 a 20 Kms	20 Kms
Olá	15 a 20 Kms	20 Kms
Penonmé	10 a 20 Kms	+ de 20 Km
Aguadulce	10 a 15 Kms	5 a 10 Kms

Medio de transporte

Comunidad	Medio de Transporte	Costo	Mínimo	Máximo
Antón	Caballo, Carro, a Pie	3.00	15	1 hrs. 30
Penonomé	Bote, Caballo, Carro, A pie	10.00	1 hra	8 hras
La Pintada	Caballo, Bote, A pie, Carre	5 – 8.00	3 hras	6 hras
Natá	Caballo, Bicicleta, Carro, A pie	8.00	1 ½ hras	8 hras
Olá	Caballo, A pie, Carro	5-8.00	3 hras	6 hras
Aguadulce	A pie, Carro	3.00	15 ‘	1 hra 30

Complejidad de la Red

En base a los niveles de atención se cuenta con instalaciones de 1ª nivel (anexos, centros, puestos).

Instalación	Física	Característica		Observación
		Humano	Tecnológico	
Hospitales	2	Esencial para el 2º nivel de atención	Laboratorio Rx Salones de Operación Patología	1 instalación de Salud en buen estado y la otra en mala. El recurso Humano no es suficiente para satisfacer la demanda
Centros de Salud con camas	4	Funciona con equipo básico de salud	Laboratorio en un Centro (Antón)	2 de los anexos están en malas condiciones solo 1 funciona en su estructura física carece del recurso médico especializado para cubrir los servicios de ginecología y pediátrica.
Centros de Salud	14	Funciona con el equipo básico		En 4 de las estructuras física de estos están en malas condiciones 10 están en buenas condiciones.
Sub- Centros	8	Auxiliares de Enfermerías		Renglón condición funcionando "7"
Puestos de Salud	48	Asistente de Salud		El 7% está en malas condiciones en cuanto a infraestructuras y equipamiento.

Los equipos locales están integrados por un equipo de multidisciplinario y con base a necesidades de programas y necesidades propias de la instalación.

El equipo básico de salud debe estar integrado por médicos, enfermeras, auxiliares, odontólogos, asistente de formación y odontología.

La población de responsabilidad esta contemplada en su área geográfica de responsabilidad, considera la movilidad y la mayor demanda

Cartera de Servicios

Atención de Programa
Promoción
Prevención

Servicios Finales

Primer Nivel

- Consulta x Morbilidad
- Controles
- Urgencias
- Cirugía Ambulatoria

Segundo Nivel

Hospitalización
Cirugía
Consulta Externa
Urgencias

Servicios Intermedios

Farmacia
Rx
Laboratorios

Donde se ofrece
Hospitales
Control de Salud

Servicios Administrativos

Carnet de M de A.

Certificado de operación

Inspección de métodos

Se ofrecen a nivel de cada Centro de Salud, servicios son en nivel de salud

Programas Preventivos

Programas Maternal

Programas Infantil

Programas Adolescente

Programas Escolar

Programas Salud de Adulto

En todas las instalaciones del primer nivel (costo gratuito)

Los protocolos en la actualidad no se están implementando. Están en proceso de elaboración los puntos con los del cuarto de urgencias.

Para la prestación de los servicios de salud no existe ninguna articulación entre CSS y MINSA hasta la fecha.

La red formal e informal se articulan a través de la capacitación con los grupos de atención informal (curadores)

En cuanto a la red pública-privada no existe articulación en la red del primer nivel de atención.

El sistema de referencia y contra referencia no considera la dinámica de funcionamiento ya que las mismas no se están realizando.

Entre los aspectos que pueden incidir en que este están:

- Constante rechazo de pacientes
- Falta de análisis de su funcionamiento.

Bolsones de desprotegidos

1. Olá: El Picacho, Ola, Cobora, La pava, El palmar
2. La Pitada: Piedra Grande, La Pintada Cobocora, El Patrono
3. Antón: Juan Díaz, El Rotivo, El Chivú, Santa Rita Río Hato, El Valle, San Juan De Dios, Cabuya
4. Penonomé: Cañaverál, El Coco, Coclé, Río Grande, Río Indio, Tulú, Toobré, Patonal

Los principales riesgos que los afecta son:

- Condiciones Socio – económico (bajo recursos económicos)
- Situación Geográfica (inaccesibilidad geográfica)
- Poca de transporte eléctrico
- Habito y costumbre (Practica y cultura inapropiada)
- Destrucción
- Nivel educativo de los padres (baja escolaridad)
- Desconocimiento de los honorarios de los servicios
- Hábito de vida (malas condiciones de vivienda y hacinamiento)
- Cambios dermatológicos frecuente.
- Morbi – mortalidad por enfermedades insumos prevenibles.

En cuanto a las cobertura de vacunación puede decirse que:

Olá: en los menores de 1 año anti - sarampión (89%), DPT: 79%, Anti - polio 83.6%.

La Pintada: Anti - sarampión 91.3, DPT 82.1%, Anti - polio 82.6%

Antón: Anti- sarampión 88.3%, DPT 87.7%, Anti - polio 87.5%

Penonomé: Antisarampión 93.3, DPT 87.9%, Antipolio 84.4%

Recursos Humanos

Se destaca que se conocen las realidades de la región pero a la fecha no existe los mecanismos e instrumentos para realizar el adecuado reclutamiento y asignación real de puestos.

Los recursos de la red informal se capacitan a través de programas de capacitación definidos con base a las prioridades regionales (cursos, seminarios, talleres). Lo realizan promotoras de salud, personal de enfermería y son supervisadas tanto a nivel regional, como local.

La competencias técnico administrativas se actualizan a través de seminarios con sus talleres. El personal con funciones administrativas tiene 2 horas de atención y el resto del tiempo lo distribuye en funciones de atención.

Los equipos son participan en la toma de decisiones distribuidos a través de planos operativos, por lo cual tienen la capacidad de aportar opiniones para la toma de prioridades de salud. Estamos descentralizando en ese aspecto.

Medicamentos Y Laboratorios

La Región de salud de Coclé cuenta con una oferta farmacéutica de:

18	Farmacias del Ministros de Salud	en Centros de Salud
2	Farmacias en Hospitales	
3	Farmacias en Policlínicas	
28	Farmacias Privadas	
1	Deposito Regional de Medicamentos	

En la provincia de Coclé no existe la modalidad de farmacia comunitaria.

En la Región de Salud de Coclé no contamos con un listado de medicamentos regional; por instrucciones del nivel nacional se adopta el listado oficial de medicamentos de la Caja de Seguro Social en conjunto con un formulario nacional de medicamentos esenciales (edición 1993).

La Región de Salud de Coclé adquiere 268 renglones diferentes de medicamentos; de los 352 renglones sugeridos por el Ministerio de Salud. La vista oficial de la Caja de Seguro Social y Formulario del Ministerio de Salud es empleado en todos los niveles de atención del Ministerio de Salud (puestos, subcentros, centros de salud, policlínicas y hospitales).

No existen estudios de utilización de medicamentos (epidemiología del medicamento) como lo son la evaluación de uso de productos regulares análisis estadísticos de utilización de medicamentos, que permitan crear esquemas de distribución por grupos poblacionales. C / excepción: tratamiento TBC y leishmaniasis, la cuantificación de necesidades de insumos en el sector público se fundamenta exclusivamente en los consumos históricos, reacción a crisis coyunturales, empleo de criterios subjetivos y principalmente a los recursos financieros.

Tampoco existen protocolos de tratamiento para patologías prevalentes. En ninguna de nuestras instalaciones funcionan los comités de farmacia y terapéuticas. Excepto: tratamiento TBC y Leishmania. Los que en estos momentos existen y se aplican es el protocolo de prescripción y despacho.

La Ley 24 del 29 de enero de 1963 reglamenta lo establecimientos farmacéuticos y establecen que todo establecimiento farmacéutico debe ser representado por farmacéuticos idóneos. Sin embargo, ni en las farmacias privadas, ni las públicas cuentan con el recurso del farmacéutico. En las farmacias privadas se exige la aplicación de esta Ley pero en las farmacias estatales no; solo se aplica en las farmacias de hospitales por el grado de complejidad del servicio.

El promedio anual de donaciones de sangre es el siguiente:

Hospital Aquilino Tejeira – Penonomé 364

Hospital Marcos Robles – Aguadulce 500

Donaciones de sangre realizadas, Hospital Aquilino de Penonomé

Año	Donaciones
1991	360
1992	411
1993	383
1994	337
1995	509
1996	456
1997	403
1998	487
1999	659
2000	256

Donaciones de sangre realizadas, Hospital Marcos Robles - Aguadulce

Año	Donaciones
1991	541
1992	560
1993	567
1994	543
1995	501
1996	602
1997	391
1998	528
1999	661
2000	211

Existen en la Región de Salud de Coclé 4 Laboratorios funcionando así:

Laboratorio – Hospital Aquilino Tejeira – Penonomé
Laboratorio – Hospital Marcos Robles – Aguadulce
Laboratorio – Centro de Salud de Antón
Laboratorio – Centro de Salud de Pocrí

Contamos con 8 Laboratorios inactivos, de Centros de Salud (Coclesito Ola, Río Hato, Reo Grande, La Pintada, Pozo Azul, El Valle).

El perfil básico de pruebas que realizan los laboratorios es el siguiente:

Perfil básico de pruebas de laboratorios Hospitalarios;

- Hematología completa más TP, TPT, Retículositos, Tipaje, LE y Sedimentación.
- Química rutinaria más algunas pruebas especiales por ejemplo: (electrolitos – gases arteriales)
- Urianálisis y parasitología generales
- Banco de Sangre, Flebotomías, Donaciones, Pruebas Inmunoserológicas. Pruebas Especiales (HIV, HbsAG, HCV.)
- Bacteriología General
- Frotis GRAM
- Frotis BAAR

Perfil Básico de pruebas de Laboratorios Centros de Salud

- Hematología completa
- Química Rutinaria
- Urianálisis, Parasitología General
- Bacteriología (Frotis GRAM, Frotis BAAR).

Realmente no existe la estructuración de prioridades en la adquisición de reactivos. Si no que se trabaja según necesidad y a través de los diferentes fondos de la institución.

No existe un listado oficial por parte del Ministerio en cuanto a insumos de Laboratorios si no que seguimos modelo de grupos de insumos de la Caja del Seguro Social.

El costo de cada medicamento varía de acuerdo al proceso de adquisición (sí es compra local el costo es mayor a la compra centralizada); en la región se le aplica un 10% en concepto de manejo, reportado como donación a la institución. El costo de este mismo varia en las giras medicas en donde existen distritos que solicitan un aporte de 0.25 por medicamento.

Se las cuestiona: sobre el uso de los recursos del fondo de administración y que no revierte oportunamente a los niveles locales.

No existe un laboratorio de referencia a nivel regional, solo existe a nivel Nacional (laboratorio Conmemorativo Gorgas).

Evolución Del Gasto En Medicamentos En Los Últimos 5 Años

INDICADORES	1994	1995	1996	1997	1998
Gasto Total de medicamentos por MINSA	1293735.91*	1347552.00	737183.81	834401.71	1005892.05
Gato por personas	6.75	7.03	3.85	4.35	5.25

* Incluye partidas de MINSA manejadas por la CSS

La tendencia del gasto ha ido disminuyendo a través de los años.

Población de Provincia de Coclé: 191,677 habitantes.

Oferta De Recursos Humanos Farmacéutico Por Instalaciones De Salud

INSTALACIÓN	Nº AISTENTES	Nº FARMACÉUTICOS
Hospital Aquilino Tejeira	5	3
Hospital Marcos Robles	9	2
Centro de S. Pocri	1	1
Centro de S. Jaguito	1	-
Centro de S. La Loma	1	-
Centro de S. El Cristo	1	-
Centro de S. Pozo Azul	1	-
Centro de P. Nata		-
Centro de S. Ola	1	-
Centro de S. Río Grande	1	-
Centro de S. Penonomé	1	1
Centro de S. Toabre	1	-
Centro de S. Chiguirí Arriba	1	-
Centro de S. Caimito	1	-
Centro de S. La Pintada	1	-
Centro de S. El Cope	1	-

Comentarios:

Se cuentan con equipos e instrumentales para las áreas definidas por lo general en tiempo de verano. El sistema de referencia y contrarreferencia no funciona.

- Las áreas de responsabilidad en su mayoría se corresponden con los corregimientos.
- No existen programa de garantía de calidad
- No hay canasta básica de Servicios definidas.
- Existen incentivos no económicos en los centros que forman convenios de gestión (capacitaciones, certificados, etc.)

La sectorización se ha efectuado por distritos con criterios político sociales.

El sistema de referencia y contrarreferencia no es dinámico, no se aplica quizás por falta de voluntad y apatía del funcionario, rechazo de pacientes.

A los grupos de población que se ubican en los bolsones de desprotegidos se les ofrece giras de salud integral (ambiente, promoción, prevención y atención de la enfermedad) sobre todo en el verano, toda vez que se carece de insumos de medicamentos, transporte y condiciones del clima. Además se les ofertan micronutrientes y alimentos en términos de atención de los problemas de desnutrición del área.

Además, se menciona que se realiza vigilancia de proyectos de infraestructura mediante equipos multidisciplinarios, actualmente salud revisa primero los planos y remite hacia los municipios. Cuando los proyectos son de gran magnitud se solicita el apoyo del nivel central. Con la CSS se tiene problemas por falta de consultas con el MINSA, esta situación se ha mejorado actualmente toda vez que el MINSA a estado realizando las recomendaciones correspondientes a esta institución.

Fotografía N°4: Satisfacción del Cliente

Listas de Espera

La mora quirúrgica depende de varios aspectos tales como:

- La especialidad
- Recursos Humanos
- Los insumos
- Demanda

Ginecología: 12 – 24 meses

Cirugía consulta: 3 meses

Acto quirúrgico: 6 – 8 meses. Seguida por ortopedia y oftalmología.

La mora no se registra.

El rechazo de pacientes no se registra y el grupo no tiene conocimiento de que se este registrando.

En el Distrito que existe mayor proporción de demanda no satisfecha es el de Penonomé. Ya que existe un hospital y una policlínica además un centro de salud. Al cual acuden con mayor frecuencia Antón, Río Hato, San Carlos.

Las citas se otorgan para:

Medicina General: demanda espontánea y citas de control

Medicina Especializada: referencia y citas de control.

Enfermería, laboratorio: atención con citas.

Especialistas efectúan la visita y luego alrededor de las 9 a.m acuden a ofrecer el servicio.

Horario de Servicio

Los servicios se ofrecen de 7 a.m a– 1 p.m en el caso de la consulta externa en Centro de Salud; en el caso del Hospital Aquilino Tejeira depende de la especialidad. Lo establecido administrativamente es un horario de 7 a.m a 3 p.m

Hoy día no se ha realizado ninguna propuesta para la modificación del horario, pero generalmente se atiende al paciente que llega tarde, cuando este procede de un área de difícil acceso. La población no esta satisfecha con los horarios.

Mecanismos de Medición de la Satisfacción del Cliente

No se aplican mecanismos de medición de la satisfacción de los clientes, aunque se han realizado encuestas de satisfacción en casi todos los distritos, pero no en todas las instalaciones de salud. Se ha considerado a los centros de salud de mayor complejidad a nivel regional, para su aplicación tales como:

- Río Grande
- Penonomé
- Antón – en todo el distrito
- Aguadulce algunos centros
- La Pintada

Control de calidad

En el hospital se han realizado auditorias de expediente, las cuales evidenciaron que:

- No se cierra el expediente por la persona responsable
- No se registra de acuerdo a las normas en algunos programas.
- No se consigna los mismos datos que se registran en el expediente y en la hoja registro diario de consulta.

No se efectúa en la actualidad un programa de control de calidad, pero se realizan acciones específicas para conocer la calidad del servicio.

Comentarios:

Los distritos con mayor proporción de demanda insatisfecha son los de Penonomé, por que en el se concentra la mayor cantidad de población que acude desde otras áreas, aunque se desconocen las causas.

La citas especializadas están presentando problema toda vez que el margen va entre 8 meses o más de un año, y esta situación genera complicaciones a los usuarios. En general las cirugías se hacen de urgencia y se da abandono del interés del paciente por el acto quirúrgico.

Principales quejas y fuente de insatisfacción de los usuarios:

Falta de medicamentos

Tiempo de espera prolongado

Rechazo por falta de cupos

En cuanto a los centros de salud se le ha determinado la población postergada y se ajustaron los servicios dando cupos especiales para situaciones específicas, se dio en 5 centros de salud ADELS. La Pintada, Aguadulce, Penonomé y Antón. Se observaron cambios y se logro sensibilización de los funcionarios.

No hay un programa para reducir los tiempos de espera de la atención especializada en hospitales, sin embargo se tienen preferencias en la atención de las personas que vienen de áreas distantes. Aunque este no es un programa y queda a criterio del médico tratante. La mora quirúrgica básicamente responde a la falta de insumos médico-quirúrgicos y debilitado la capacidad de respuesta. (30-40% de respuesta en Aquilino) en Marcos Robles es peor porque no genera autogestión y atiende a mucha población asegurada.

Fotografía N° 6. Proyecciones de la Red.

Adecuaciones De La Oferta

La promoción de la salud y la prevención de los daños forma parte de la concepción moderna de los modelos de atención. Como debe concebirse en los nuevos forma e organización. La Promoción se considera una estrategia fundamentalmente necesaria; que conlleva un objetivo general específico, utilizado. Se requiere de un análisis retrospectivo y de su operacionalización mediante el uso y mejora de los planes estratégicos y operativos existentes en los que se refuerce el trabajo en equipo y participación comunitaria.

La conformación del equipo básico s necesaria para el proceso de cambio en la atención de la oferta de salud y enfermedad.

La oferta de servicios debe adecuarse con base en el diagnóstico de la comunidad y haciendo énfasis en la prevención y promoción.

La alternatividad de roles debe considerar las necesidades y capacidades del equipo. La cual debe tomar como base el perfil epidemiológico del centro e institución de salud, y debe portar en el desarrollo de acciones de promoción de salud y prevención de los daños.

Se están introduciendo nuevas modalidades de atención, que son evidentes en los cambios introducidos de sensibilización a través de capacitación docencia al grupo. En la definición de trabajos y objetivos mediante la definición de indicadores; en la organización de red la cual tiene debilidades, en el fortalecimiento del trabajo en equipo y en la organización de la red utilizando los planes operativos.

La Promoción es una:

- Estrategia fundamental que hay que normatizar, la implementación del R. H. Capacitar dentro de la Red.
- Fortalecer los equipos en trabajo de equipo además la responsabilidad de todo
- Participación comunitaria que la planificación y ejecución.
- Capacitar a la comunidad
- Niveles de responsabilidad – a nivel local, Distrital, Regional (evaluación)
- Indicadores de impacto.

Si se están adaptando decisiones para modificar la oferta de servicios en el primer nivel.

- Introducción de la Red informativa
- Centros de Promoción
- Modernización y adecuación de procesos
- Administrativos
- Correo de laboratorio
- Construcción del Centro de Salud

En el segundo nivel:

Si se están adaptando, mediante la reposición completa del Hospital Aquilino Tejeira. adquisición de personal especializado en materia de ortopedia, ginecología, etc.

Se están realizando acciones para la identificación o atención de grupos vulnerables definidos por criterios de ingreso riesgo específico, adolescente, general.

Riesgo específico – (Diabetes, enfermedades crónicas), género, cuidados paliativos, grupos de III edad

La red se está organizando con base a sectores que considera la división Política, la instalación existente (Policlínicas) y accesibilidad de la población, como parte de los criterios para su definición.

Adecuación de la Cartera de Servicios

La eficacia y calidad de las acciones deben ser evaluadas periódicamente, con base a los siguientes criterios:

- Auditoria de expediente
- Evaluación del Desempeño
- Encuesta de satisfacción
- Convenios de gestión
- Supervisión
- Cuadro de mando

Este proceso lo realiza el equipo regional y se ha llevado a cabo en la red Distrital, Local del Nivel Primario, quedaría por adecuarlo al nivel secundario.

Las mejoras que deben efectuarse en la Red de servicios, para desarrollar el modelo de médico funcional son:

- Reforzar el sistema de Referencia y contrarreferencia
- Confeccionar e implementar los protocolos de atención
- Recursos

Para mejorar la capacidad del Sistema de urgencia se requiere complementar los turnos extra de toda las especialidades. Además de:

- Aumentar el número de médicos para de los servicios en Cuarto de urgencia.
- Crear un sistema de filtro que determine la patología.
- Mejorar el primer nivel de atención
- Implementar los protocolos de atención en cuarto de urgencias
- Mejorar la comunicación entre CSS y la Región de Salud de Coclé.

La organización de la red por niveles de atención y complejidad, de modo que permita lograr una mayor cobertura de atención, requiere reforzar la red a través del sistema de referencia y contrarreferencia, toda vez que esta permite la desconcentración de la Cooperación Externa especializado traduciéndose en mayor cobertura en el servicio.

La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en términos de mayor número de horas de apertura al día o con mayor número de días semanales para la provisión de servicios. Ello implica la necesidad de un mayor número de horas de apertura al día (aumentar los recursos y la oferta de las instalaciones).

Los servicios básicos que debemos reforzar son los de apoyo, es decir, Rayo X, farmacia y laboratorios. Igualmente, es necesario reforzar las especialidad, Ortopedia, cardiología, Psiquiatría, Pediatría, Ginecología, Cirugía, medicina, etc.
Comentarios:

Promoción como estrategia fundamental requiere del uso y mejoras de planes estratégicos y operativos, así como de la participación de la población.

Hasta la fecha se ha evaluado la calidad por auditorias de expediente, mediante el proceso de Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud, cuadros de mando.

Se requiere de inspectores, ingenieros sanitarios, médicos generales, rayos x, laboratorio y farmacia.

La ampliación de los servicios mediante extensión de horarios debe ir de la mano de un pago justo al personal que labora en estos turnos y dejar de generar expectativas en la población.

Cuál es la diferencia entre el pago de médicos de la CSS y del MINSA, si se dan iguales responsabilidades? Los médicos generales del cuarto de urgencia a nivel hospitalario trabajan 6 horas, los problemas tienen que ver con las deficiencias económicas del sistema. Si no se cuenta con recursos, mal se puede mejorar la red sólo a expensas del recurso humano. Las responsabilidades son mayores para los funcionarios del MINSA y los incentivos son nulos. Deben establecerse incentivos no sólo monetarios sino aquellos que tengan que ver con mejorar las competencias de los profesionales.

Fotografía N°8. Instrumentos de Gestión

Planificación Regional y Programación Local

El proceso de planificación es participativo y multidisciplinario. Actualmente se está trabajando con base a los planes, estratégico y operativos, que surgieron de la priorización de problemas en cada distrito y luego en la región. En algunos distritos participó la comunidad.

Se realizaron planes operativos distritales en los que participaron los equipos distritales y locales.

No existe ningún proceso de planificación conjunta con la CSS, tal vez por que su visión es más de atención, en tanto que la nuestra es más de salud pública y algunas veces la Dirección Institucional no da calidad; tal vez por la concepción de que son auto suficientes o por el equivocado concepto de cuidar sus intereses económicos. Además del mayor grado de centralismo de la CSS y de la centralización de la toma de decisiones en el director institucional quien ha definido atender sólo a los asegurados. Ni siquiera se coordinan las acciones destinadas a atender en Salud Ocupacional.

A nivel local se realizan programaciones pero no con el esquema usado anterior (metas, cobertura, etc). Esta se ha reemplazado por los convenios e gestión, excepción hecha para el programas escolar, cuyo proceso de programación local es participativo.

El proceso de evaluación se debe dar en base al cuadro de mando e indicadores del Convenio de Gestión, pero se ha dificultado por falta de un programa a nivel estadístico, que permita este proceso.

Los indicadores evalúan procesos, costo y otros; pero no se ha evaluado resultados vs. Costos, o impacto.

La evaluación se hace cada 6 meses, a nivel regional y distrital. Por otro lado, la auditoria de expedientes permite conocer los cambios que se dan.

Presupuestación Por Objetivo

Existen presupuestos para los distritos que contienen sumas irrisorias, ejemplos medicamentos, tal vez por la falta de costumbres de formulación de presupuestos basados en objetivos y sustentados en un análisis adecuado.

Las debilidades en el manejo del convenio de gestión, que relaciona por la presupuestación tiene que ver con la maduración del equipo.

La presupuestación no ha tomado en cuenta el perfil epidemiológico, patologías y otras características que son producto de análisis profundos para la información.

Una dificultad es que el presupuesto continua efectuándose históricamente, y no basado en la realidad; situación que limita la sustentación presupuestaria.

A nivel distrital no hay un análisis del presupuesto por sección población y/o ambiente. A nivel regional se hizo el ensayo este para el año presupuestario y se separó ambiente y población; el resultado fue que el presupuesto de ambiente es más alto (Unidad Ejecutora: Región de Salud)

El presupuesto de inversiones en el área de infraestructura se realizó priorizando algunas inversiones grandes y toma como base la población a atender y los costos actuales de alquiler. En cuanto a acueductos y puestos de salud se priorizó en función de las necesidades.

Sin embargo, no se tomó en cuenta el modelo de atención, excepto en el proyecto del Centro de Salud.

La participación del nivel local fue poca en la elaboración del presupuesto de los niveles distritales, se trabajó más a nivel de administración.

No se está haciendo una verdadera rendición de cuentas, que analice los resultados vs. costos, considerando además financiamiento externo.

Consideramos que los contratos programas son una alternativa para la presupuestación por objetivos, siempre y cuando ambas partes cumplan lo acordado.

Ejemplo: Convenio de gestión distrital (exigir resultados sin dar insumos).

Consideramos que los contratos programas públicos privados sin fines de lucro son los más convenientes.

Creemos que los consejos de gestión son más útiles a nivel hospitalario, no son útiles a nivel regional donde las decisiones son más macro; y deben darse los centros de salud donde haya comunidades más organizadas y con una visión más amplia, que el mero financiamiento. La experiencia indica que dependen del desarrollo las organizaciones sociales de cada área, quizás en algunos pudiera ser útil. No puede ser manejados bajo el mismo marco de funcionamiento en Comités de Salud.

Sugerimos que debe existir descentralización de la gestión de recursos humanos y financieros; esta se ha venido llevando a cabo mediante un proceso paulatino, que ha tenido sus avances y retrocesos.

Tienen su ventaja descentralizar hasta el nivel distrital, en el caso de recursos humanos y financiero permite la distribución de éstos recursos según necesidades, tiene desventajas en cuanto a costos toda vez que a menor cantidad mayor costo.

Descentralización

Es importante que se considere la descentralización de algunos procesos técnicos que se dan en:

- DEPA Supervisión de plantas: leche, mariscos y otros. Aspectos relacionados con el turismo, capacitación de recursos humanos en los distintos componentes de la DEPA, así como a las autoridades de área
- Adquisición de medicamentos e insumos
- Supervisión de establecimientos farmacéuticos y permisos de operaciones a las farmacias, recursos de operación de estadía”
- La vigilancia epidemiológica se hace a nivel de las instalaciones, parte de epidemiología a nivel local y se integra en la Región en el Departamento de Epidemiología, pero debe descentralizarse la toma de decisiones producto de la vigilancia epidemiológica.

Existe la dificultad de que las acciones y decisiones en materia de promoción de la salud están centralizadas.

En la región la descentralización llega hasta el nivel de distrito, pero en ocasiones es violentada por la región. Los equipos distritales tienen información limitada, pueden manejar algunos rubros para la adquisición de medicamentos, insumos y personal. Se implementan algunas herramientas de gestión con los convenios de gestión.

La participación social es variada. Se da mayor facilidad en las zonas despobladas y menor intensidad o casi nula en las zonas urbanas. Los comités de salud no manejan los fondos de auto gestión de la CSS.

Las relaciones jerárquicas entre el nivel regional y el distrital o local es variable, en ocasiones hay ingerencias del nivel regional.

Se realizan capacitaciones técnicas y para la gestión por contrato de la UAC, la UDR y en ocasiones forman parte de los incentivos al desempeño. Sin embargo se hace hincapié en la escasez de Recursos Humanos.

Los hospitales de la Región operan bajo el modelo tradicional de gestión.

La vigilancia sanitaria se realiza a nivel de equipo distritales y existe un equipo regional que apoya las acciones de vigilancia.

La autonomía en el manejo de los fondos de administración (auto gestión) es limitada ya que solo puede ejecutarse un 70% de los mismos, mientras que el 30% restante se queda a nivel regional. Se considera que existen muchas restricciones para la utilización de estos fondos y que deberían definirse los rubros a ser descentralizados en su totalidad.

En cuanto a los mecanismos de asignación financiera los equipos distritales elaboran su presupuesto pero la asignación final recae sobre el nivel regional.

Las giras médicas tienen problemas climatológicos y administrativos (falta de recursos y medicamento).

Incentivos

- Están planeados en los Convenios de Gestión pero no se hacen efectivos.
- El año pasado se dieron certificados (puntualidad, responsabilidad).
- Plan de meritocracia está en archivo (administración)
- El incentivo económico es bueno, pero no es el mejor, sería mejor proveer ambientes laborales adecuados o reconocimiento – certificados

Un sistema de incentivos bien llevado debe considerar criterios de resultados – costos – efectividad.

Sistema de Información

Si dispone de un sistema de información, pero no es oportuno, disperso y no es del todo confiable porque va con distorsiones desde la captación y registro del dato. Hay subregistro.

El sistema de información financiero es cerrado, se está levantando un sistema de costos. No se articula la información de distintos departamentos.

Se toma en cuenta la información para la toma de decisiones en cosas muy puntuales, pero no con la regularidad que se debe hacer.

A nivel regional y distrital se usa más la información para la toma de decisiones.

Descnocemos si los hospitales utilizan la información para la toma de decisiones.

La calidad de la información se analiza a nivel regional y durante la supervisiones y auditorias.

El personal muchas veces no conoce la importancia de los datos estadísticos y el registro de la información, debemos profundizar más y darle sostenimiento a los procesos de inducción y los análisis de información a nivel local.

Cuando se hicieron los cuadros de mando se hizo análisis de la información que se necesita a nivel local, regional y la que se pide del nivel nacional, se propusieron indicadores, pero no ha habido un verdadero cambio.

Costo 20 también tiene cierto grado de avance, el cual es más significativo a nivel hospitalario. Se están definiendo los centros de producción. Ha proporcionado información para sustentación de proyectos.

Los cuadros de mando de costo 20 no se han divulgado a los diferentes niveles, los estaban enviando directo a Panamá (nivel central). No se están analizando los

cuadros de mando de costo 20, no hay retroalimentación, sin intercambios entre el equipo de salud, lo maneja la administración.

Sistema de Abastecimiento y Suministro

Las especificaciones de elementos a servicios se definen de acuerdo a las necesidades de las unidades locales según: modelo de referencia de la Caja de Seguro Social, en base a población y Número de dosis recibidas (vacunas). Estos criterios son aplicados por los niveles locales, regional y nacional.

El sistema de Inventario es perpetuo (Kardex), definido por el manual de procedimientos de Contrato. Los estándares definidos son: consumos mínimos y máximo; administrativos y financieros; informe de movimiento de productos de locales y nacional antes de los 6 meses. Estos criterios han sido establecidos por el Nivel Nacional

El proceso de compras se hace con base en solicitudes de precios y las recomendaciones de términos con 3 proveedores mínimos. Tiene como limitantes: la cantidad de distribuidores, las existencias en el país y el costo elevado. Pueden mejorarse a través de mejoras en el sistema de calificación de proveedores, precios establecidos y comparar el precio.

Los proveedores se evalúan en función de:

1. Cumplimiento de Entrega
2. Calidad de los productos entregados y proveedores
3. Tiempo de entrega
4. Calidad de productos

Para la evaluación se utilizan los convenios técnicos aprobados.

Entre los mecanismos que se establecen para controlar las pérdidas se emplea un sistema de alarma y cerradura, verjas / nota informe recepción y despacho. Este sistema puede ser mejorado a través de la implementación de un código de barra, guardia de seguridad, cámaras de video.

Los acuerdos de pago a proveedores son establecidos por el nivel regional.

El sistema de abastecimiento y suministro se articula tomando en cuenta las necesidades del nivel local – regional; para la adquisición en compras, luego del nivel regional al nivel local se efectúan las entregas según se programación.

Actualmente no hay coordinación entre el MINSA – CSS para el abastecimiento de insumos.

Equipamiento Y Tecnología Ultimo Año Disponible

	TOTAL	MINSA	CSS	PRIVADO
Nº Hosp. O Inst. C/Camas	6	6	-----	S/I
Nº Hosp. O Inst. Menos de 5 camas	----	----	-----	S/I
Nº Hosp. O Inst. con 5 – 19 camas	4	4	-----	S/I
Nº Hosp. O Inst. 20 camas y más	2	2	-----	S/I
Total de Camas	258	258	-----	S/I
Nº de Laboratorios General	5	2	3	S/I
De Odontología	15	12	3	S/I
Nº de Laboratorios Clínicos	7	4	3	S/I
Nº de Bancos de Sangre	---	2	----	S/I
Nº de Sillones Dentales Incompleto	6	6	-----	S/I
Nº de Sillones Dentales Completo	23	23	S/I	S/I
Incompatibles				S/I
Nº de Farmacias	51	20	3	28

El personal de mantenimiento tiene formación empírica. El porcentaje del presupuesto de operación para la conservación y mantenimiento Se definen de acuerdo a consumo histórico, perfil y necesidades. Las definen el nivel central, regional y local.

Comentarios:

A nivel hospitalario no es tan efectivo Costo20, su efectividad depende de las compensaciones centrales. No se reponen los gastos de las instituciones a nivel local.

El Aquilino Tejeira ve la descentralización como necesaria porque favorecería la mejor utilización de los recursos y una ubicación más certera de los recursos. El problema quizás guarda relación con el costo de los insumos que sería más alto. El fondo de administración se esta manejando con autonomía, lo que le da aire a la gestión hospitalaria.

Para el caso del Marco Robles la situación es diferente por la autogestión es menor (6,000.00) que para el Aquilino Tejeira (20,000.00 por mes), toda vez que atiende gran proporción de población asegurada. Una medida que podría complementar es que un porcentaje de la compensación a nivel regional sea dirigida a las regiones, con base a la proporción de aporte de cada una de las regiones. El personal no cree en el sistema Costo 20. La facturación es vista como un papeleo adicional que no reviere nada hacia la instalación.

Deben establecerse sistemas de selección de personal y una política de estímulos. Esta gestión está altamente centralizada en la Sede. Deben concatenarse las necesidades con la disponibilidad de recursos del nivel central. Es importante que se tomen en cuenta las opiniones de los gerentes regionales, distritales y locales que realmente representen un avance en la solución de problemas y no que contribuyan en la generación de estos. Privan los criterios políticos y no los criterios técnicos.

La evaluación de los planes plantea problemas toda vez que la información requerida en los cuadros de mando no es recabada en el sistema de información. Se requiere elaborar un programa que permita la sistematización de información. Por otro lado, algunas evaluaciones han sido hechas, pero ha rezagos en los tiempos de evaluación. A nivel regional se está adecuando el plan 1998-2001, a las grandes metas del MINSA. Se está dando seguimiento a los planes operativos. Desde el punto de vista de ambiente se tienen avances.

Sin sistema de incentivos de ninguna naturaleza se menciona en los acuerdos de gestión, actualmente. Se cuenta con un plan de meritocracia que aplicó incentivos por antigüedad y productividad. Debe revisarse retomarse y consensuar el tipo de incentivos.

El incentivo es bueno pero los otros tipos pueden ser mejores y más gratificantes y aumenta la producción y efectividad en el trabajo, deben ir de la mano de los criterios de costo-beneficio y costo de efectividad.

El sistema de información financiera es cerrado. Se está tratando de integrar los diferentes componentes del sub sistema; en articulación de sus productos.

Se toma en cuenta para el proceso de toma de decisiones para aspectos puntuales pero no como un proceso continuo de la gestión. Hoy día hay mayor uso; principalmente en región y distritos.

Fotografía N° 9: Financiación de los Servicios.

Compensación de Costos

Actualmente no se está aplicando ningún mecanismo para el análisis de la información de costos a nivel local. La información de producción de las Unidades Ejecutoras a nivel regional, no se está relacionando con costo. No se analiza en ningún nivel de acuerdo a las tarifas establecidas de costo 20.

Se dio prioridad a los Programas de Salud existía libertad de criterio para el Gerente de establecer costos según el tipo de población que acceda a la instalación y su condición económica. Actualmente se ha establecido una unificación de precios regionales.

La tecnología de punta sólo para la Región elevaría los costos. No se abusa de los medios de diagnósticos para la toma de decisiones. El costo se eleva a nivel de servicios públicos por el grado de complejidad de la institución.

La duplicidad de servicios refleja aumento de costos, puesto que hay especialistas que repiten los exámenes de laboratorio o por que el médico confía más en un laboratorio privado que uno institucional.

La Caja de Seguro Social le cobra directamente al no asegurado el cupo por atención, pero no hay una facturación de la CSS hacia el MINSA. El Seguro si rechaza al no asegurado y limita los insumos, en cambio los Centros no pueden rechazar a los Asegurados ni limitan sus recursos para los no asegurados.

No sabemos si el Seguro cobra sólo un porcentaje al no asegurado y el MINSA paga el saldo. El Seguro audita todo en cambio el MINSA no audita la atención que el Seguro le brinda al no asegurado.

Además, la CSS se reserva el derecho de dar los medicamentos. El no asegurado acude al Seguro siempre y cuando no haya cupo en el Centro de Salud o sea referido a un especialista que no tenga el Ministerio.

Recientemente se unificó una lista de precios regionales. Se basó en que la tarifa no respondía al costo real, pero consideramos que podría estratificarse según poder adquisitivo.

La duplicidad de servicios aumenta los costos a nivel del Estado. No hay equidad para el no-asegurado en la CSS. No sabemos si hay facturación, ni tampoco auditamos lo que se le dio al no asegurado.

Fuentes de Financiación

Con lo que se recauda el porcentaje de la atención sanitaria financiada es de menos del 5%, en tanto que 95% de la atención sanitaria se satisface a través del presupuesto público.

- Presupuesto público	95%
- Recaudación	5%
- Donaciones	0.005%

Los Comités de Salud pagan en ocasiones algunas planillas de empleados. La ONGs participan con donaciones de equipo, mobiliario o insumos. Las partidas circuitales, FIS y PROINLO también es el Fondo del Estado.

En tanto que el Fondo Administrativo es utilizado para la compra de insumos, en función de las necesidades.

El Co – Pago se fija en función de la capacidad del usuario para pagar. Hay dos modalidades uno es exonerar, luego de evaluar el poder adquisitivo del paciente. En caso de no poder pagar se le cobra un abono y queda el resto en cuentas por cobrar, si se ve que esto es incobrable se hace una exoneración parcial. La evaluación socio – económica la hace el Director Médico o el Trabajador Social según el recurso. Esta nos permite saber cuanto está “regalando” el MINSA.

Por otro lado, se ha establecido la modalidad del pago con especies o trabajo, cada día de trabajo es paga a razón de B/. 10.00 más la comida en el Hospital Aquilino Tejeira. En cuanto al pago con especies se consideran los costos de mercado. Este es un mecanismo de reciente implementación. Debe diferenciarse entre quienes realmente no pueden pagar y aquellas que evaden el pago porque el sistema de evaluación no es lo suficientemente efectivo.

El sistema actual permite recuperar el costo del servicio, más que antes. Esta modificación acaba de implementarse, por lo que está pendiente recabar información para evaluarla. Sin embargo, las tarifas aún no son reales, deben ajustarse pero los distritos no son uniformes por lo que deben adecuarse según el poder adquisitivo de la población.

El Estado debe subsidiar al paciente en extrema pobreza, que corresponde al 60% de la provincia de Coclé y se ubican en Ola, La Pintada y área Norte de Penonomé.

El subsidio del Estado no garantiza la equidad en todo su contexto, sólo garantiza la accesibilidad económica, no así la calidad del servicio. También hay que considerar tres aspectos la accesibilidad geográfica y cultural.

Las donaciones no constituyen una fuente de financiamiento, más acarrear problemas que beneficios. Debe normalizarse o establecer estándares mínimos para captar las donaciones. Debemos tener la seguridad de que existan repuestos, técnicos preparados para manejar o reparar el equipo, que no estén descontaminados, vigilar la calidad.

El criterio que debe privar para aceptar o no una donación es que haya una necesidad real y justificada.

Como se han establecido nuevas tarifas, que en algunas instalaciones ha aumentado precio anterior, no hay una sobre – utilización de los servicios.

A nivel del área urbana puede darse sobre- utilización por la accesibilidad a la instalación.

En cuanto al gasto en salud, existe una información confiable, a través del sistema de Kardex en cada unidad ejecutora, respecto a insumos, medicamentos y otros. No es oportuno porque no manejamos la planilla directamente y gastos de depreciación. También tenemos acceso al gasto en servicios públicos básicos. No se tienen información de gastos de mantenimiento.

La asignación financiera se solicita en base a nuestras necesidades y según el consumo obtenido. Pero al regresar al área viene recortado. La asignación va del nivel regional al distrital. En el Centro se solicita según necesidades y el Distrital ejecutado seguirán lo que le enviaron respetando las necesidades de cada Centro.

Tenemos autonomía. Podemos hacer traslado de partidas, transferir los montos, incluso crear nuevos rubros a nivel del presupuesto para los años siguientes.

Comentarios

La información de la producción sale del nivel local y pasa a la región y de allí al nivel central. No se esta realizando análisis por tanto no apoya el proceso de toma de decisiones. Antes se tenía la información a nivel de los distritos, sólo se aplica para la facturación.

Anteriormente había posibilidades de que los gerentes asignarán costos según posibilidades de quienes demandaba. Hoy se han estandarizado.

El paciente no asegurado paga en la CSS sin embargo, se desconocen los procedimientos de costo²⁰, el MINSA no hace auditorias, sin embargo la CSS si audita exhaustivamente. La CSS sólo da los medicamentos a los no asegurados cuando cuentan con los insumos.

La compensación de costos CSS/MINSA se da con base a un convenio el cual establecía que para el 97 la CSS cubriría hasta 3.0 millones. Para el 98, no estaba definido. Para 1999 se presentaron las facturas pero la CSS no ha presentado su facturación, esta situación no ha permitido la compensación efectiva y aún esta pendiente la auditoría. Para los años 2000 al 2002, se esta discutiendo las nuevas normas y criterios para la compensación.

REGION DE SALU DE COLON

Fotografía No. 1 Caracterización del contexto

Los principales problemas políticos - sociales de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño son:

- Centralización administrativa, política y financiera.
- Los equipos de salud no integran adecuadamente a los actores sociales (Participación Social) dentro del proceso de Gestión Sanitaria.
- Mala distribución de las riquezas (P.I.B)
- Sistema de información gerencial (S.I.G) deficiente con énfasis en lo institucional y sectorial.

Todos estos problemas inciden en la falta de equidad hacia la población con eficiencia, eficacia y calidad dentro de la Red de Servicio de Salud.

Los mecanismos de conducción de la Política Social a nivel Regional son:

- Modernizar y reformar la región de Salud de Colón acorde con la estructura del nivel nacional.
- Informar, comunicar y sensibilizar a todos los equipos regionales ((coordinadores y nivel operativo) sobre las políticas social gubernamental.
- Establecer lineamientos estratégicos que definan las prioridades regionales desde los niveles macro/micro hacia la conducción de la político-social real, tomando en consideración lo futuro sin descuidar lo presente.

El grado de coordinación no resulta adecuado, pues cada institución/sector ejecuta su acción.

De acuerdo a su perfil, esto impide medir los impactos en la conducción de la Política Social.

La Política de Salud a los Programas Sociales regionales se incorporan:

- Implementación del Plan Regional y un Nuevo Modeb de Atención con énfasis a la Población y el Ambiente al igual que la Gestión Sanitaria.
- Modificar la estructura orgánica regional acorde con las tendencias de reforma y modernización del Estado Panameño.
- Incorporar dentro de la política de salud los programas sociales definido dentro de la Agenda Social Gubernamental.

Las proyecciones y tendencias del contexto político, económico van hacia:

- Desarrollo de los programas sociales con eficiencia para una mejor calidad de vida.
- Reformulación de las políticas publicas hacia lograr el desarrollo integral de la Nación Panameña.
- Fortalecer las medidas macro y micro económica dirigidas a incentivar inversiones en el crecimiento económico.

- Concertación de esfuerzo entre gobierno y sociedad civil, incrementando la participación social hacia lograr el desarrollo integral.
- Incremento del empleo.
- Descentralización y fortalecimiento de los niveles regionales.
- Mejorar y hacer mas accesible los servicios básicos (salud, educación, vivienda, seguridad social)

En su relación con la gestión sanitaria y los perfiles de salud-enfermedad tanto a nivel Regional como por Distrito lleva a:

- Priorización de los grupos más vulnerables.
- Extensión de la cobertura de los servicios de atención.
- Descentralización administrativa, financiera y política.
- Integración de la Sociedad Civil dentro del proceso de gestión sanitaria.
- Procesos de concertación y negociación intrainstitucional que lleve a modificar actitud del funcionario.

Los cambios climatológicos han impactado dentro del desarrollo económico y social de la población, a pesar de que estudios definieron este comportamiento de riesgos climatológicos. Así tenemos dentro de los impactos:

- Incremento de la enfermedad infecto contagiosa como resultado del comportamiento climatológico.
- Inversión extraordinaria (Partidas Presupuestarias), para responder a la secuela de la morbilidad.
- Aumento de la incapacidad y discapacidad física de la población y del eco sistema.
- Disminución de la Economía familiar y Gubernamental.
- Aparición de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Incremento de los factores de riesgos, desastres naturales (inundaciones), con más frecuencias podemos observar que las áreas productivas han sido :
 - Productores agrícolas a menor y mayor escala.
 - Productores ganaderos
 - Productores de pesca artesanal.
 Dentro de las áreas geográfico poblacional impactados con mayor fuerza son : Costa Arriba y Costa Abajo.

La participación social en la gestión sanitaria se ve favorecida con la legislación existente.

- La Constitución Política de la República de Panamá (1972) Capítulo 6° (Salud, Seguridad Social y asistencia social), en sus artículos 105, 106, 107, 108, 109 y 112.

- Código Sanitario que incorpora las garantías civiles individuales al proceso de gestión sanitaria.
- Otras normas y disposiciones generales que incorporan dentro de sus artículos las garantías constitucionales.

Se requiere como cambio hacia trabajar juntamente la gestión sanitaria (funcionarios sanitarios / actores sociales).

- a. Que los funcionarios sanitarios permitan la participación social desde el momento de la planificación, ejecución y evaluación en la gestión sanitaria.
- b. Que los actores sociales asuman su responsabilidad civil dentro de este punto de integrarse en la gestión sanitaria.

Fotografía No. 2 Cuál es la demanda y necesidades de servicios?

SITUACIÓN DE SALUD			
A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	1980	1990	1997
DENSIDAD DE POBLACION	27.4	34.4	39.5
RURAL			
URBANA			
TASA DE CRECIMIENTO NATURAL	22.3	23.4	24.5
RAZON DE DEPENDENCIA			
TASA BRUTA DE NATALIDAD	27.3	29.4	30.2
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	3.84	3.37	3.59
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD		97.1	113.0
TASA DE MORTALIDAD	6.8	8.4	5.6
TASA DE MORTALIDAD EN < DE UN AÑO	29.2	29.7	26.8
TASA DE MORTALIDAD MATERNA			0.7
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL)	67.3	70.2	73.1
MUJERES	70.6	71.8	75
HOMBRES	66.5	68.5	70
% DE POBLACION INMIGRANTE		20.5	
% DE POBLACION EMIGRANTE		17.1	
ESTRUCTURA DE POBLACION POR GRUPO DE EDAD (EN AÑOS)			
TOTAL			
MENOR DE UN AÑO	133,833	174,792	193,064
1-4		4,936	4,691
5-9	16,980	19,257	19,114
10-14	18,047	21,925	23,368
15-19	16,946	19,476	21,450
20-59	15,078	19,081	19,047
60 Y MÁS	56,076	77,622	91,002
	10,706	12,495	14,392
PORCENTAJE DE POBLACION URBANA	58.%	48.9%	42.9%
PORCENTAJE DE POBLACION RURAL	42%	51.1%	57.1%

Analizados los indicadores demográficos en relación con la salud – enfermedad de la Población, concluimos lo siguiente:

- La Provincia de Colón consta de una superficie de 4,890.1 kilómetro cuadrados (Km²) y una población de 193,064 (al 1 de Julio de 1997), para una densidad de 39.5 habitantes por kilómetro cuadrado. Siendo el Distrito de Colón el de mayor densidad con 108.2 habitantes por kilómetro cuadrado y todo parece indicar que en los próximos años irá en aumento. Le sigue en ese orden los Distritos de Chagres con 23.7, Portobelo con 17.2, Donoso con 6.63 y por último Santa Isabel con 4.4 habitantes por kilómetro cuadrados.
- La tasa de crecimiento natural para la Provincia de Colón desde el año 1980 al año 1997 ha ido en aumento, muy contrario al comportamiento del Nivel Nacional, situación que amerita un mayor análisis.
- La tasa bruta de natalidad se ha mantenido en forma constante, con una ligera tendencia a disminuir, el valor de 28.5 nacimientos por mil habitantes

para 1997 lo sitúan dentro de la categoría moderada, según esquema de variación al respecto.

- En el periodo 80 – 97 la fecundidad global para la Provincia de Colón, presento un descenso de una tasa de 3.7 a 3.1 por mil mujeres, siendo Colón una de las Provincias con rangos más elevados en el País.
- La tasa de mortalidad registrada en los años 80,90,97 fue de 6.8, 8.4, 5.6 muertos por 1,000 habitantes respectivamente, la tasa en el año 1997 según esquema de variación que existe al respecto, la Provincia de Colón presento una baja tasa de mortalidad y esto es debido a múltiples factores entre ellos el aspecto económico, educativo, el autocuidado, ampliación de cobertura medica etc... Aquí vale la pena destacar la reducción de la mortalidad en menores de un año ya que para el año 97 la tasa fue de 26.8 muertos por mil nacidos vivos.
- El descenso en la mortalidad, especialmente en los menores de edad se ha traducido en un incremento de la esperanza de vida al nacer, ya que el mismo en los 80, 90, 97 fue de 68.5, 70.2, 72.5 años para la población colonense, siendo mayor la esperanza de vida en las mujeres con 75 años en el año 97.
- Según datos recopilados del Censo Nacional de Población de 1990, Colón recoge un buen porcentaje de los emigrantes del país después de la Provincia de Panamá. Una de cada cuatro personas (24%) que viven en la Provincia de Colón nació en otra Provincia. El flujo migratorio para Colón fue positivo o sea que recibieron mas población de la que perdieron a pesar de que se registraron en el año 97 una tasa alta de emigración con –7.39 por 1,000 personas.
- Un vistazo a la migración interna en los años 80, 90, 97 observamos que en el año 80 el porcentaje de población residiendo en área urbana era mayor y en los años subsiguientes fue disminuyendo tan drásticamente, lo cual amerita un mayor análisis ya que en el año 97 el 42.9% de la población colonense reside en área urbana, cuando se esperaba que fuera todo lo contrario.
- La población colonense se estimo, hasta el 1 de Julio de 1997 en 193,064 habitantes, donde el 24.42% es menor de 15 años y el 56.9% se encuentra en la edad productiva de 15 – 59 años.

La existencia de flujos migratorios importantes de tipo rural-urbano y urbano-rural, ha contribuido a acentuar el desequilibrio social originado por el acelerado y desordenado proceso de redistribución y concentración especial de la población, trayendo como consecuencia afecciones a la salud.

- Del área rural al urbano (la población se ve afectada):
 - Costumbre y conductas
 - Estilos de vidas
 - Padecimiento de patologías
 - Aumento de la demanda de los servicios de salud.
 - Tipo de población
 - Urbanización
 - Hacinamiento Social

- Del área urbana al rural
 - Estilos de vida
 - Cambio de Conducta
 - Aumento de la demanda de los servicios de salud
 - Disminución de los servicios especializados
 - Tipo de población
 - Extensión.

Los indicadores demográficos cambian según la densidad de la población y cada uno de la población inmigrante y emigrante.

SITUACION DE SALUD			
B. ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES	1980	1990	1997
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	56,076	77,622	91,002
TASA DE ACTIVIDAD		45.69	47.1
Mujeres			
Hombres			
TASA DE DESEMPLEO			20%
TASA DE EMPLEO INFORMAL			
PORCENTAJE DE POBLACIÓN ASEGURADA		68.5	76.4
Asegurados Activos		38.5	34
Pensionados			
Jubilados		6.6	6.6
Beneficiarios			
		61.5	59.4
PORCENTAJE DE ANALFABETISMO	6.3	5.7	5
ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN			
Primaria Completa			
Secundaria Completa			
Universidad Completa			
DÉFICIT HABITACIONAL		40	10
CONDICIONES DEL SANEAMIENTO BASICO			
% De La Población Con disposición de Agua Potable		85.8	92.2
Urbano			
Rural		100%	98.5%
		82.8%	86.3%
% De La Población Con Disposición Adecuada De Aguas Residuos Y Sólidos	78.5	83.6	95.0
Urbano		99	99
Rural		80.3	90.4
% De la Población Con Disposición Adecuada De aguas Residuales Y Servicios			
Urbano			
Rural			
% De Instalaciones Con Disposición Adecuada De Desechos Hospitalarios Peligrosos.			

INCIDENCIA DE LA POBREZA POR DISTRITO	% DE POBLACION		
	TOTAL	POBRES EXTREMOS	POBRES NO EXTREMOS
1. PROVINCIA DE COLON	21.3	6.6	14.8
2.			
3.	0.8		

4.	0.87		
5.	0.62		
6.	0.67		

CULTURA Y ETNIAS	TIPO DE ETNIAS		
% DE POBLACIÓN SÉGUN EDAD			
0 –19 AÑOS			
20 –59 AÑOS			
60 Y MAS			
LENGUAJE Y DIALECTOS			

La Provincia de Colón atraviesa por una situación económica crítica que trastoca todos los aspectos sociales como son: educación, vivienda, ocupación, salud entre otros:

- Educación, según datos del Plan Regional de Salud, la educación en la Provincia va en aumento, las personas cada día se preparan más, sin embargo la oferta de planteles educativos resulta insuficiente para satisfacer la demanda de la población en todos los niveles.
- Vivienda, para el año 97 el déficit habitacional para la Provincia de Colón fue de 10% siendo la tercera Provincia con esa necesidad de vivienda, sin embargo su desarrollo urbanístico está orientado de acuerdo a la clase social. Esto es determinante del tipo y calidad de la vivienda. En el área urbano marginal las viviendas surgen improvisadamente por lo tanto algunos están carentes de servicios básicos y falta de espacio dentro de la misma; estas viviendas impiden la intimidad de la pareja que es el eje principal y trae como consecuencia el hacinamiento y otros problemas, como son la oportunidad de que los niños y jóvenes puedan desarrollar su área motora, cognitiva y social, a pesar de que hay mejoras habitacionales se resuelven un problema y se crean otros ya que mientras las soluciones de viviendas para la clase populares no sean dignas y decorosas la respuesta no es ni será la más adecuada. Según dato del 97 suministrada por el Ministerio de Vivienda, el déficit habitacional se debe en un 24% con problema de hacinamiento, 24% son casos condenados, 37% son vivienda con deterioro parcial y un 15% de viviendas para los nuevos hogares que se están formando.
- Desempleo, la desocupación es galopante, con tendencia a incrementarse porque siendo la empresa privada la que recoge el 36% de la fuerza laboral no estuvo en condiciones de absorber la mano de obra que salieron de otros sectores como productos de ajuste estructurales (Privatización de instituciones) y la devolución de las áreas revertidas que trajeron como consecuencia el cierre de las bases militares de la fenecida Zona del Canal. Otro agravante es la población joven que estudia y que no encuentra posibilidades de incorporarse a la fuerza laboral activa como factor de producción. Es importante señalar que el sector empleado lo hace por cuenta propia, especialmente en el sector de la economía. Esto como sirve como paliativo de una masa de población marginada más no representa

mayor aporte a la economía de la región porque sus posibilidades de inversión son limitadas. Por último otro aspecto que no debemos olvidar es la disminución del poder adquisitivo de la familia, ya que los ingresos familiares son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas con la consecuente afección de la condición de salud a la familia.

- En materia de Saneamiento Básico en 1997 el 92.2% de los hogares de la Provincia de Colón disponía de agua potable, con un 98.5% el área urbana y un 86.3% en el área rural, cifras muy halagadoras, sin embargo entrando en la calidad de la misma según datos de la Región, el agua del área urbana el IDAAN garantiza su potabilidad, pero a la toma domiciliaria y/o comunitaria la misma es mal manipulada; en cuanto al área rural hay un alto porcentaje de los acueductos que no se le viene adicionando el cloro y otros no tienen filtros lentos, es así que es muy cuestionable hablar de agua potable, mas bien deberíamos hablar de agua apta para consumo humano o entubada. En cuanto a la disposición adecuada de Residuos sólidos (Basura la información disponible del primer cuatrimestre del presente año nos dice el área urbana tiene un 96.4% y la rural 39.3% de disposición de basuras, dicho indicador no se ajusta a la realidad, buena disposición de basuras podríamos decir que esto se ajusta a un buen sistema de recolección. En relación con la disposición de excreta, el área urbana está cubierta en un 96.2% y la rural con 93% igualmente como los indicadores anteriores, dichas cifras son muy halagadoras, la misma recoge únicamente el sistema de tipo domiciliario mas no el comunitario, observamos que muchas de nuestras calles del casco urbano se encuentran inundadas de agua negra debido al mal estado que se encuentran las alcantarillas, también observamos que en la actualidad hay una necesidad de un alto porcentaje de viviendas fuera del perímetro urbano que necesitan de limpiar sus pozos sépticos y en la Provincia de Colón no existe empresa alguna que brinden este servicio y por último en el área rural muchas de las letrinas, pozos, etc. van a desembocar en fuentes subterráneas, quebradas, riachuelos y otros, trayendo como consecuencia la contaminación hídrica.

Los principales riesgos a la salud son:

- Práctica y actitud en relación a la Lactancia Materna.
- Baja cobertura en los controles prenatales.
- Poca utilización del suero de rehidratación oral.
- Tabaquismo
- Farmacodependencia
- La violencia.

Hay que priorizar las intervenciones en los distritos de Santa Isabel, Donoso y Chagres, por su Marginalidad y accesibilidad a los servicios de salud.

Los principales productos agrícolas y de alimentos procesados en la región son el arroz en cascara, maíz, café, frijol, caña de azúcar.

Las principales actividades económicas de la región son:

- Comercio (Zona Libre y otros) 45%
- Marítimo (A.C.P. y Puertos) 25%
- Industrial (Refinería, Cemento Panamá) 10%
- Turismo (Hoteles, etc...) 15%
- Agropecuaria 5%

SITUACION DE SALUD (indicar número y tasa)			
C. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	1980	1990	1997
MORTALIDAD GENERAL	5.0	6.0	5.7
1. Accidente, Suicidio, Homicidios y Violencias		66.4	66.3
2. Tumor maligno		66.5	58.8
3. Enfermedad C.V.A		76.2	23.8
4. Infarto		32.6	10.4
5. Isquemia		36	39.9
MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO			
1. Ciertas afecciones en menor de un año		14	4.7
2. Anomalías congénitas		0.1	0.8
3. Infecciones intestinales		1.2	1.7
4. Neumonía		0.8	1.3
5.			
MORTALIDAD MATERNA	1.2	0.6	0.9
1. Muerte por Aborto			0.2
2.			
3.			
4.			
% DE SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD GENERAL.	27.2	24.4	23.2
% DE DEFUNCIONES POR SÍNTOMAS Y CAUSAS MAL DEFINIDAS	42.3	31.2	1.4

% DE MUERTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGRUPADAS	8.6	2.7	5.8
% DE MUERTES POR TUMORES	12.6	11.2	13.4
% DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS	13.0	11.2	10.6
% DE MUERTES POR CAUSAS CEREBRO Y CARDIOVASCULARES	22.2	12.8	5.2
D. PRINCIPALES CAUSA DE EGRESOS HOSPITALARIOS.			
1. Embarazo, parto y puerperio	2982	3880	5161
2. Enfermedades del aparato digestivo	539		1048
3. Enfermedades del aparato respiratorio	296	396	670
4. Trauma, envenenamiento y otras causas ext.	407		452
5. Enfermedades del sistema genito-urinario	591		424
E. TASA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES			
1. Sarampión	107.9	97.5	
2. Rubéola	56.5	29.7	75.2
3. Paperas	41.4	181.0	39.1
4.	30.9	41.2	75.6
5.	0.5	0.3	0.1

F. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES Y REEMERGENTES QUE AFECTAN A LA POBLACION (enfermedades y situaciones de riesgo)
1. Tuberculosis
2. Malaria
3. Dengue
4. Sida

Las principales conductas y hábitos de riesgos de la población que tenemos identificados son:

- Alcoholismo
- Drogadicción
- Ingesta elevada en grasa
- Dieta Hipersódica
- Promiscuidad sexual
- Hacinamiento
- Sedentarismo
- Deserción escolar
- Todo tipo de violencia
- Ambiente insalubre
- Tabaquismo
- Pobreza
- Estrés
- Deficiente estructura sanitaria
- Desintegración familiar.

La proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años es que van a ir en aumento, ejemplo de esto tenemos: La tuberculosis para el año 1998 hubo una tasa de 69 por 1000 habitantes, mientras que el año 1999 aumenta a una tasa de 93.5.

El SIDA para el 98 la tasa fue de 66 y en el 1999 aumento a 99 por 1000 habitantes, al respecto debemos tener presente que en las mismas influyen el comportamiento de las personas al igual que el estilo de vida inadecuado trayendo como consecuencia el aumento de estas enfermedades muchas de las cuales son prevenibles, igual ocurren con las enfermedades de Transmisión Sexual.

La situación de la salud ocupacional a nivel de la Región esta encaminada a la prevención en las áreas de responsabilidad (Centro de Salud) se lleva a cabo la Prevención y Tratamiento en apoyo a la Caja del Seguro Social. A nivel de los Centro de Salud del equipo de salud visitan las instalaciones de trabajo realizando acciones de Promoción y Prevención, además si el caso fuese necesario acciones de atención.

En cuanto al comportamiento de los accidentes y las enfermedades ocupacionales esta última afecta mas a la población masculina, sin descartar que la población femenina esta sometida a mayores riesgos tipo laboral. Las enfermedades profesional, Colón marco en el periodo 93 al 97 un porcentaje bajo de 1%. Con relación a los casos de accidente laboral en el año 98 la mayor ocurrencia de accidente en Colón fue en el área del Comercio con 27.52% y en la construcción con un 16%.

La población esta bastante ilustrada sobre las enfermedades que los afectan e igualmente los riesgos. Dichos conocimientos se adquieren de generación en generación, además por las acciones de promoción y educación en salud que brindan las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Fotografía N° 3 Caracterización de la Oferta.

LA VIGILANCIA SANITARIA

Los de interés epidemiológicos como las enfermedades prevenibles por vacuna, además de las parálisis flácidas, las de erradicación como sarampión y el tétano neonatal, las intoxicaciones por plaguicidas y las de tipo alimentario.

La vigilancia de los febriles para monitorear las enfermedades reemergentes como dengue y fiebre amarilla y las emergentes como el SIDA. Se vigila también las infecciones de Transmisión Sexual. La vigilancia de la calidad sanitaria del agua y del ambiente.

Los problemas que se deben vigilar son los siguientes:

- a. La aparición de enfermedades emergentes y reemergentes.
- b. El deterioro del medio ambiente y ecosistema.
- c. Las enfermedades crónicas que ocupan los primeros lugares de mortalidades.
- d. Los accidentes, suicidios, homicidios.
- e. La violencia intrafamiliar.
- f. Las enfermedades endémicas de otros países.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
1. Actitud positiva del equipo Regional (abierto al cambio).	1. Falta de apoyo logístico insumos necesarios para la vigilancia.
2. Equipo capacitado.	2. Los núcleos locales no envían de forma oportuna la información para la toma de decisiones y la debida notificación al nivel Nacional.
3. Conocimiento del manejo de la información.	3. Existe información incompleta en algunos formularios enviados por los niveles locales.
	4. No se cuenta con la tecnología de punta necesaria para la red de vigilancia.
	5. Falta de transporte terrestre y acuático para la vigilancia sanitaria oportuna.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA

Se estima que la distancia promedio existente entre estas comunidades y las instalaciones de salud de mayor complejidad (centro de salud) oscila entre las de mayor complejidad, y entre las comunidades y la cabecera es de 6 a 8 horas.

Los medios de transporte más utilizados por los miembros de las comunidades son en orden ascendente, a pie (caminando), a caballo, lancha o motor fuera de borda y el transporte colectivo.

La población geográficamente más postergada para tener acceso a la instalación de salud más cercana como promedio le toma entre 6– 10 horas.

El costo promedio de movilización para la población. Se desglosara por tipo de transporte.

Ejemplo: Alquiler de Caballo: 5.00 Balboas

Transporte acuático: de 15 – 20 Balboas.
Transporte terrestre: 4– 10 Balboas (Ida y vuelta).

COMPLEJIDAD DE LA RED

La complejidad de las instalaciones de salud de la red pública regional se caracteriza en su mayoría por ser instalaciones de primer nivel de complejidad (centros de salud y subcentros), además existen un centro de salud con anexo Materno infantil y 2 Policlínicas con atención hospitalaria de corta estancia y en el Hospital de la C.S.S. el único del segundo nivel de complejidad.

Las características con relación al recurso físico, humano y tecnológico, en su gran mayoría las instalaciones cuentan con poco recurso humano, limitaciones en cuanto al recurso físico y muy poco recurso tecnológico, lo cual se traduce en la poca capacidad resolutive.

La red de servicios esta sectorizada según el espacio-poblacional geográfico. Los criterios aplicados para la sectorización fueron: accesibilidad geográfica basada en los criterios de atención primaria en salud.

Los equipos básicos de cada establecimiento de salud se integran por programas de atención y de acuerdo a los recursos con que se cuentan.

Los profesionales que integran los equipos básicos son: El médico, la Enfermera, Auxiliar de Enfermería y el Promotor.

La responsabilidad del equipo básico del sector es la atención integral de la población asignada al Centro de Salud.

La cartera de servicios básicos que se brinda a la población va de acuerdo a los recursos con que se cuentan en cada una de las instalaciones además de que se ofertan todos los programas normados por el MINSA.

CUADRO No. 1. SERVICIOS FINALES POR INSTALACION SEGUN COSTOS DE SERVICIO Y PARA EL USUARIO

INSTALACION	COSTO		SERVICIOS FINALES.							
	PARA USUARIO	PARA SERVICIO	MED. GRAL.	MED. ESP.	ODONT	URG	CIR.	PART O	HOSP	OP T
JUAN A. NÚÑEZ		86.65	X	X	X					
P. DUNCAN		62.23	X	X	X					
ESCOBAL		105.90	X	X	X	X				
BUENA VISTA		88.20	X	X	X					
SARDINILLA		21.05	X		X					
ICACAL		14.06	X							
PORTOBELO		84.71	X		X	X				
N. DE DIOS		207.56	X	X	X	X		X	X	
PALMAS BELLA		229.25	X	X	X	X		X	X	
C.H.M.A.G		648.79		X	X	X	X	X	X	
HUGO SPADAFORA		389.95	X	X	X	X				X
SABANITAS		553.65	X	X	X	X	X	X	X	
NVO. SAN JUAN		205.54	X	X	X	X	X	X	X	
ULAPS PORTOBELO		52.03	X	X	X					
ADOLESCENTE		37.73	X	X	X					

CUADRO No. 2 SERVICIOS INTERMEDIOS POR INSTALACION SEGUN COSTOS DEL SERVICIO Y PARA EL USUARIO.

INSTALACION	COSTOS		SERVICIOS INTERMEDIOS.			
	USUARIOS	SERVICIO	DIETETICA	ESTERILIZACION	LAVANDE RIA Y COSTURA	BANCO DE SANGRE
JUAN A. NÚÑEZ						
P. DUNCAN				X		
ESCOBAL				X		
BUENA VISTA				X		
SARDINILLA						
ICACAL						
PORTOBELO						
N. DE DIOS					X	
PALMAS BELLAS			X		X	
C.H.M.A.G		3.64	X	X	X	3.64
HUGO SPADAFORA				X		
SABANISTAS			X	X	X	
NVO. SAN JUAN			X	X	X	
ULAPS						
ADOLESCENTE						

CUADRO No. 3. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS POR INSTALACION SEGUN COSTOS DEL SERVICIO Y PARA EL USUARIO.

INSTALACION	COSTOS		SERVICIOS ADMINISTRATIVOS					
	USUARIO	SERVICIO	DIREC. MEDICA	ADMON.	ENFER.	PREST. MEDICA	ASEO Y MANTE.	OTROS ADMON.
J. A. NUÑEZ			X		X	X	X	X
P. DUNCAN			X		X	X	X	X
ESCOBAL			X		X	X		X
BUENA VISTA			X		X	X	X	X
SARDINILLA			X		X	X	X	X
ICACAL			X		X			X
PORTOBELLO			X		X	X	X	X
N. DE DIOS			X	X	X	X	X	X
PALMAS BELLAS			X		X	X	X	X
C.H.M.A.G.			X	X	X	X	X	X
HUGO SPADAFORA			X	X	X	X	X	X
SABANITAS			X	X	X	X	X	X
NUEVO SAN JUAN			X	X	X	X	X	X
ULAPS			X	X	X	X	X	X
ADOLESCENTES			X		X	X	X	X
A.H.M.A.G				X	X		X	

— Existe un Administrador para área Urbana y uno para el área Rural.

CUADRO No. 4. PROGRAMA PREVENTIVO Y DE PROMOCION POR INSTALACIÓN Y SEGUN LOS COSTOS POR SERVICIOS Y PARA EL USUARIO.

INSTALACION	COSTOS		PROGRAMAS PREVENTIVOS									
	USUARIO	SERVICIO	VAC.	ENF.	ADO.	CyD.	PAP	ESC	ADUL.	MENT.	III EDAD	MATER
J. A. NUÑEZ			X	X		X	X	X	X		X	X
P. DUNCAN			X	X		X	X	X	X	X	X	X
ESCOBAL			X	X	X	X	X	X	X		X	X
BUENA VISTA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
SARDINILLA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ICACAL			X	X	X	X	X	X	X		X	X
PORTOBELLO			X	X	X	X	X	X	X		X	
N. DE DIOS			X	X	X	X	X	X	X		X	X
PALMAS BELLAS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
C.H.M.A.G.			X	X			X			X		
HUGO SPADAFORA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
NUEVO SAN JUAN.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ULAPS			X	X	X	X				X	X	
ADOLESCENTES			X	X	X	X	X					X

Existen algunos protocolos, los cuales se aplican más bien para la atención de problemas específicos como por ejemplo la atención de pacientes con TBC y algunos otros que se utilizan a nivel hospitalario.

La red de servicios del MINSA-C.S.S., se mantiene articulada, ya que históricamente hemos funcionado como un sistema integrado de salud, lo cual se mantiene hasta la fecha en cuanto al aspecto de servicios se refiere. Además se utiliza el sistema de compensación de costo 20 para manejar los costos.

La red formal con la informal tiene buena articulación, por ejemplo: Las O.N.G, las parteras empíricas, medicina tradicional, promotores voluntarios, todos estos grupos son capacitados para dar respuestas en las áreas de difícil acceso.

La red de servicios públicos y privados se articula en cuanto a la atención de la demanda y de algunos servicios específicos como laboratorio, vacunación, formación entre otras.

Consideramos que el sistema de referencia y contrareferencia si considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias.

El flujo de pacientes a lo interno de cada instalación sanitaria se da de acuerdo al flujograma de atención diseñado por cada una de las instalaciones y entre una y otra instalación la red de articulación según el nivel de menor a mayor complejidad y capacidad resolutive.

Los mecanismos con que funciona el sistema de referencia-contrareferencia entre el segundo y tercer nivel de atención: el paciente es atendido en forma expedita en el nivel de atención requerido siempre y cuando sea referido por el funcionario correspondiente, además de ser transferido por el funcionario de acuerdo con la gravedad de la patología.

Los aspectos tomados en cuenta por el sistema de referencia y contrareferencia son los siguientes:

- La capacidad resolutive de los establecimientos
- El nivel de atención y el desarrollo de las especialidades de cada uno de los establecimientos.
- El mecanismo de transferencia de los pacientes

Las principales dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del sistema de referencia- contrareferencia:

- La falta de un transporte adecuado y oportuno (escasez de ambulancias) en el nivel hospitalario.
- En los niveles locales las referencias hacia algunas especialidades ya que el tiempo de espera es muy prolongado.

La necesidades a la estructura física son el de brindar las condiciones mínima necesarias para satisfacer tanto el cliente externo como interno.

El sistema de referencia y contrareferencia vigente se mantiene entre los niveles de atención, ya que ha sido funcional hasta el momento.

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

Actualmente y luego de los esfuerzos realizados en las tres jornadas de vacunación reciente pasadas hemos logrado disminuir los bolsones de desprotegidos por instalación, sin embargo, persisten niveles de deserción y orden descendentes: Buena Vista, Icacal, Nvo. San Juan, Palmas Bellas, Hugo Spadafora (Cativá y Cristóbal), Juan A. Nuñez (Barrio Sur-Colón).

Los principales riesgos que los afectan son los riesgo de enfermar y morir por enfermedades inmunoprevenibles.

**CUADRO No. 5. COBERTURAS ALCANZADAS EN GRUPOS ESPECIFICOS
ENERO A MAYO 2000**

DISTRITOS	MENOR DE 1 AÑO COBERTURA DPT	1 A 4 AÑOS COBERTURA DE MMR	MUJERES EN EDAD FERTIL TD ADULTO
TOTAL	100%	39%	7.8%
COLON	100%	44%	7.6%
CHAGRES	100%	47.5%	8.7%
DONOSO	88%	32.9%	6.1%
PORTOBELO	100%	41.6%	10.8%
SANTA ISABEL	87%	48%	8.7%

LOS RECURSOS HUMANOS

El cambio introducido ha sido la legislación de la carrera administrativa que permitió al personal empírico no idóneo capacitarse para entrar en la misma. En cuanto al proceso de reclutamiento, asignación de puesto de trabajo etc. el departamento de recurso humano no participa en estas las mismas son realizadas por la asignación del Director de Salud, Administrador y en ocasiones del Nivel Nacional.

Los recursos humanos en la red informal son capacitados por diversas vías a saber:

- Coordinación de Programas de Salud,
- Materno Infantil
- Epidemiología
- Proyecto Salud Rural
- PROMID, enfermería

Las actividades son ejecutadas por los coordinadores y es monitoreada y supervisada por el equipo del nivel local.

La competencia se actualizan a nivel de la Unidad Docente Regional y por cada Coordinador de Programa, enfermería lo hace a través del departamento de docencia.

En las unidades locales de salud se realiza la distribución en coordinación con el equipo de salud y los directores médicos.

El equipo de salud a nivel local no determina costo sanitario, esta actividad está centralizada a través del sistema de compensación Costo-20. Las actividades con mayor peso en la definición de estos costos son las siguientes: para el servicio, los programas preventivos, la vacunación, medicamentos, laboratorios clínicos, odontología y el recurso humano.

El equipo de salud participa en la decisión de prioridades de salud a través de:

- Los resultados de los diagnósticos de salud
- La evaluación de los ejes de equidad eficiencia y eficacia
- El análisis de desempeño
- El árbol de problemas
- Análisis FODA

TIPO DE RECURSO	AÑO 1999	OBSERVACIÓN
No. Total de Médicos		9 Médicos Interno
Generales	25	
Pediatras	7	
Cirujanos	3	
Gineco Obstetras	6	
Otras especialidades	12	
Total de Enfermeras	82	
Odontólogos	13	6 Internos
Razón de médicos Por 10,000 habitantes	3/10,000	
Razón de enfermeras Profesionales Por 10,000 habitantes	4/10,000	
Técnicos de laboratorio	8	2 asistentes
Farmacéuticos	8	2 asistentes
Educadores para la salud	6	
Inspectores de Saneamiento	18	
Ingenieros y Arquitectos	4	Por contrato
Inspectores Anti-vectoriales	68	

CUADRO No. 6. RECURSO HUMANO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
ULTIMOS AÑOS DISPONIBLES

INSTITUCION	TIPO DE RECURSO					
	MEDICO	ENFERMERA	AUX. ENFER.	OTROS	PERS. ADMON.	SERVICIO GENERAL
MINSA	62	82	97	90	42	29
C.S.S						
PRIVADO						
TOTAL						

LOS MEDICAMENTOS Y LABORATORIOS

Las farmacias funcionando en la Región de Colón son:

MINSA = 9
C.S.S. = 5
PRIVADAS = 17

No hay farmacias comunitarias.

Las farmacias comunitarias se manejan como farmacias privadas, pero son estatales. Tienen libertad administrativa y contable, se rigen bajo patronatos con directiva o a través de un }comité de salud, esta últimas no administran pero si vigilan. Estas farmacias por el gran auge económico que tienen son administradas por medio de un administrador como tal. Estas farmacias trabajan con un horario de atención extendido, realizan inventarios, los precios de los medicamentos son más económicos al público.

Si existe un listado regional, y este considera los tres niveles de atención primaria en Salud. Es elaborado en base a las necesidades de la población, a la cifra presupuestada asignada a la Región, al consumo por instalación, como también se toma en cuenta la demanda no satisfecha, consumo por programa.

Para el año 2000 se incluyeron 192 renglones de medicamentos. Lo utilizan a nivel de Centro de Salud, Sub-Centros y Puestos de Salud, en las patologías más frecuentes y se originan de las morbilidades que se registran en la población que se atienden en nuestras instalaciones.

El esquemas de distribución y/o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos por grupos poblacionales o por patologías, se trabaja así:

DEPÓSITO CENTRAL ----- DEPOSITO REGIONAL ----- NIVEL LOCAL

Por subvención: Presupuesto aprobado por 244 (compras centrales), y por autogestión: a través del fondo de administración (nivel regional). Los niveles locales no compran medicamentos, las compras se generan a nivel del Depósito regional.

Si existen protocolos de tratamiento tales como en:

- TBC
- Leishmaniasis
- Picadura de alacrán
- Mordedura de ofidios
- IRA
- Diarrea
- Vacunas

Los establecimientos farmacéuticos al servicio del público debe tener al frente del mismo un farmacéutico registrado que puede ser el regente, este deberá servir su cargo por lo menos ocho horas diarias y será responsable en toda la extensión legal de un servicio eficiente al público del establecimiento a su cuidado.

El MINSA cinco farmacias tienen Farmacéutico y cuatro farmacias no cuentan con este personal.

El número anual de Donaciones de Sangre es de 2,269 (en 1999)

Los laboratorios que están funcionando son:

MINSA :	4 Laboratorios con personal fijo 3 con Asistente muestreador
C.S.S :	4 Laboratorios con personal fijo 1 ULAPS con Asistente muestreador

Perfil Básico de pruebas que realizan los Laboratorios:

Por MINSA : Centros de Salud:

- HEMATOLOGIA (BH Completo)
- SEROLOGIA (VDRL)
- URINALISIS (Orina General)
- PARASITOLOGIA (Heces por parásitos)
- QUIMICA (Gl. N. de Urea, Creatinina, A. Urico, Colesterol, Triglicéridos, HDL).

LABORATORIO REGIONAL:

- Los anteriormente descritos
- Electrolitos (Cl. – Na. – K)
- Perfil Hepático (Transaminasa Oxálica, Pirúvica, Bilirrubina Directa-Total, Deshidrogenasa Láctica, Fosfatasa Alcalina).
- Pruebas de Coagulación (Protombina Tromboplastina, Fibrinógeno)
- Pruebas Especiales (HIV, Hepatitis B)

POLICLINICA DR. HUGO SPADAFORA FRANCO: (Considerada en un Nivel 3 de atención, además por disponibilidad de servicios otras pruebas)

- HEMATOLOGIA (BH completo)
- SEROLOGIA (VDRL)
- URIANALISIS (Orina General)

- PARASITOLOGIA (Heces X Parásitos)
- QUIMICA (Glucosa, N. Urea, Creatinina, A. Urico, Perfil Lipidico)

POLICLINICA HOSPITAL DE SABANITAS: (Considerada como un Nivel 2, pero realiza otras pruebas por disponibilidad de los servicios).

- Los anteriores descrito
- Electroforesis de BH
- Otras pruebas por disponibilidad de los servicios.

POLICLINICA HOSPITAL DE NUEVO SAN JUAN: (Considerada en un Nivel 2)

HEMATOLOGIA (BH completo)
 SEROLOGIA (VDRL)
 URINANALISIS (Orina General)
 PARASITOLOGIA (Heces por parásitos)
 QUIMICA (Glucosa, N. Urea, Creatinina, A. Urico, Perfil Lipídico)
 OTRAS PRUEBAS POR DISPONIBILIDAD DE LOS

SERVICIOS.

COMPLEJO HOSPITALARIO MANUEL A. GUERRERO:
 (Considerado Nivel 4)

Pruebas anteriores

BACTERIOLOGIA (Cultivos y Antibiogramas, estudios de fluidos, Espudo por BARR, Test. De elicobacter Pílori)

BANCO DE SANGRE (Pruebas cruzadas, Combs directo – indirecto, Concentrado de Plaquetas, Plasma congelado, Globulo rojos, HIV).

QUIMICA ESPECIAL (Electroforesis de HB y HB. Glicosadada).

QUIMICA GENERAL (Todas las pruebas químicas, Troponina, T. concentrado de Plaquetas, Plasma congelado, Glóbulo rojos, HIV).

Si existen laboratorios de referencia definido tanto en el MINSa como en la C.S.S.

Los criterios de selección: LABORATORIO REGIONAL DEL MINSa:

La selección de Equipos más sofisticados que permite la realización de variedad de pruebas.

COMPLEJO HOSPITALARIO MANUEL A. GUERRERO (C.S.S.)

Su ubicación

Mayor cantidad de servicios médicos
Funciona las 24 horas
Mayor cantidad y modernos equipos
Mayor complejidad de pruebas
Laboratorio Nivel 4.

Los costos de los Laboratorios son uniformes para los usuarios, tanto en el MINSA, como la C.S.S y no existe margen de ganancia para las instalaciones de salud. Los medicamentos para el usuario son en base a listado de precios elaborados por el Kardex, de acuerdo a los montos registrados en las facturas de los medicamentos y posteriormente al ajuste realizado a cada región. (costo promedio unitario).

NO existe margen de ganancia para el MINSA, ya que se cobran los medicamentos al precio de costo.

EVOLUCION DEL GASTO EN MEDICAMENTOS. EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

INDICADOR	97	98	99
Gasto total en medicamentos por la C.S.S			
Gasto total en medicamentos por MINSA	205,675.00	275,795.31	294,115.01
Gasto Per cápita en medicamentos	1.67	1.67	1.67

ANEXO DE LA FOTOGRAFIA NO. 3

CARACTERIZACION DE OFERTA LA VIGILANCIA SANITARIA

Concepto: Daños A La Salud Y El Ambiente.

Aspectos:

- Vigilancia De Enfermedades Transmisibles
- Saneamiento Ambiental
- Inventario Nutricional
- Costo De Servicios
- Indicadores Demográficos

Problemas Que Debemos Vigilar

- Vigilancia De Calidad Del Ambiente
 - Ruidos
 - Aire
 - Ecología (Playas, Manglares)
 - Rellenos Sanitarios
 - Efectos De Urbanismo
- Vigilar Y Mejorar La Vigilancia De Enfermedades Emergente Y Re-Emergentes.
- Mejorar la Vigilancia de Traumatismos Y Violencias.
- Satisfacción Del Usuario Y Personal.

LISTADO DE COMUNIDADES MAS INACCESIBLE POR DISTRITOS

DISTRITOS	COMUNIDADES
DONOSO: Es el de mayor grado de inaccesibilidad y postergación	TODAS
CHAGRES	LA ENCANTADA, ALTOS DE LA GLORIA SEVILLA, LA TAGUA, EL GUABO
SANTA ISABEL	PLAYA CHIQUITA, PALMIRA, SANTA ISABEL.
COLON	ISLA DE MANGANESO, FRIJOLITO, EL CONGO, LAS CRUCES, LOS PLAYONES, SANTO DOMINGO, SAN JUAN DE PEQUENI.
PORTOBELO	MANGA DE INDIO

- Sistema De Vigilancia De Calidad De Atencion De Los Servicios. Vigilancia Externas.

Fortalezas

- * Capacidad Del Equipo Básico

Debilidades

- * Actitud
- * Centralización Administrativa.
- * Sistema De Información Deficiente
- * Falta De Apoyo Insumos y Logística

Accesibilidad Geográfica

¿Como Se Mejora El Problema De Oferta?

- Aumentar Red De Servicio (P.S. ----- S.C.S)
- Complejizar La Red
- Giras Integrales Mejor Planificadas – Dx. Salud
- Sectorizacion (Redefinir La Sectorizacio)

CARTERA DE SERVICIOS SEGUN LA RED DE SERVICIOS

SERVICIOS	PUESTOS	SUBCENTRO	ULAPS CENTRO	CENTRO CON CAMA	POLICLI	POLICLI. CON CAMA.	HOSPOITAL REGIONAL
PROMOCION	X	X	X	X	x	X	x
PREVENCION	X	X	X	X	X	X	X
TTO. BASICO		X	X	x			
TTO. ESPECIALIZ.					X	X	X
REHABILIT.					X		X
EQUIPO BASICO	Ayudantes De Salud Promotore s	Auxiliares De Enfermería	Médicos Generales . Especiali. Básicas. Pediatria Gineco. Enfermero s Auxiliares Inspector Educ. Para la Salud. Antivecto- Riales.	Igual A Centro	Médicos General y Especlidades Enfermeras Auxi. Enfer. Auxi. Técnicos. Aux. Diagnostico. Inspectores Antivectoria- Les.	Igual	Especialistas Enfermeras Aux. De Enfermería Aux. Técnicos. Servicios Intermedios. Auxiliares de Dx. Téc. Biomédica.

Se debe crear una política de incentivos para aumentar la cobertura, para:

Pago por Jefaturas de Departamento e Instalaciones.
Viático (de acuerdo a las normas).

Equipamiento Y Tecnología

	TOTAL	MINSA	CSS	PRIVADO
No. de hospitales o instalaciones con camas de hospitalización	5	-	3	2
No. de hospitales o instalaciones con menos de 5 camas de hospitalización.	-	-	-	-
No. de hospitales o instalaciones entre 5 y 19 camas de hospitalización.	3	1	2	-
No. de hospitales o instalaciones con 20 y más camas de hospitalización	440	10	359	71
No. total de camas	5 6	-	3 4	2 2
No. de laboratorios de imagenología generales de odontología.	20	4	5	11
No. de Laboratorio clínicos	1	-	1	-
No. de farmacias	32	10	5	17
No. de sillones dentales	67	18	19	30
Completos	64	15	19	30
Incompletos	3	3	-	-

El porcentaje de presupuesto de operación destinado a conservación y mantenimiento es de alrededor del 10.50% para 1,999 y de 11.50 para el 2,000.

El porcentaje de personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica es del 80%.

No esta determinado por la administración los montos utilizados para la adquisición de nuevos insumos, depende de la necesidad local, o de la urgencia en que se presente la adquisición:

◆ Equipo de oficina	B/. 8,832.60
◆ Mobiliario de oficina	5,289.01
◆ Equipos varios	18,552.20

La adquisición de equipos y de nuevas tecnologías se prioriza en base a los siguientes criterios: La necesidad del Nivel Local, Al deterioro de los equipos existente, La productividad, Costo y Calidad.

Fotografía No. 4: Satisfacción del Cliente.

A. LISTA DE ESPERA:

La mora quirúrgica depende de que el paciente termine todos los exámenes que se le ordenan y también de que el salón de operaciones esté en condiciones, se programa más o menos de uno a dos meses.

El mecanismo de registro y control a nivel hospitalario se lleva a través de un libro récord por departamento, hasta el momento si ha sido efectivo ya que se tiene la oportunidad de incluir un paciente si alguno por situaciones que se presenten de momento no se pueda operar (resfriado etc.).

En el servicio que más concentran el mayor número de clientes en espera por atención demandada es en cirugía en el programa de hernias, seguido de cirugía de mamas y luego colesistotís.

No se registra el rechazo de pacientes en ningún documento escrito por lo que se desconoce el porcentaje de pacientes rechazados por día. Los pacientes que rechazan después de ser evaluados son reprogramados en nueva fecha.

La mayor proporción de demanda no satisfecha se concentra en el Distrito de Colón, ya que el 80% de la población reside en este distrito.

En el Ministerio de Salud los mecanismos utilizados para otorgar citas de medicina general pueden ser por referencia de enfermería, trabajo social, psicología si existe en la instalación; y en cuanto a las referencias para medicina especializada puede ser por referencias del médico general, Odontólogo y algunos del nivel técnico como por ejemplo fonoaudióloga óptica

En el Hospital las citas de medicina general equivalen a las citas de urgencia de adultos, pediatría y gineco-obstetricia; en cuanto a la especializada por libro de citas ortopedia y otro riesgo obstétrico y pediátrico etc.

B. HORARIO DE SERVICIOS:

Los horarios de Salud se atienden de la siguiente forma:

- A) Policlínica 7:00 a.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes,
Los días sábado de: 7:00 a.m. a 12 m.d.

En los hospitales de la Caja de Seguro Social se atienden las 24 horas. La única que no tiene horario extendido es la ULAPS de Portobelo.

- B) Las Consultas externas en los centro de Salud se da a partir de las 8:00 a.m. a 4: 00 p.m. y otros de 7:00 a.m. a 3:00 P.m.

- Para los habitantes que no trabajan los horarios les agradaran, tiene mayor acceso.

- Para los habitantes que trabajan estos horarios les representan que tiene que faltar a sus labores cuando están enfermos, incapacidades, etc.
- Nuestros servicios públicos tienen una cobertura baja.
- Accesos difíciles a los Centros de Salud (Es una población considerable, no tiene acceso).
- El costo para habitantes de zonas rurales y urbanas que se encuentran desempleados o tienen muy bajos ingresos pueden representar un gran obstáculo. Porqué tiene que pensar en lo que viven alejados de los Centros de Salud de Hospitales, que llegar a esos lugares le representan a ellos una cantidad considerable. No existe una planificación Urbanística. No hay leyes que eviten o detengan las grandes migraciones a las ciudades formando los grandes cordones de pobrezas (afectando el equilibrio hombre- naturaleza) Perdiéndose también los valores y principios (deterioro de la convivencia social).
- Los servicios no satisfacen las necesidades de los usuarios.
- Duplicación Administrativa MINSA- C.S.S.
- Los indicadores de Salud, no reflejan una calidad de vida satisfactoria a la población y el ambiente.
- Pero la participación comunitaria (social) solo se limita al apoyo logístico cuando es solicitado por las unidades locales.
- El predominio del enfoque NEOLIBERAL de los políticos Gubernamentales a dado una nueva orientación a la inversión en las llamadas actividades NO PRODUCTIVAS tales como: SALUD Y EDUCACIÓN.

Dichas medidas han tenido como consecuencia el estacionamiento o reducción de los recursos para asegurar el desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud y para reemplazar, mantener y conservar el equipamiento de estos servicios. Esto se ha reflejado en los problemas de la RED DE SERVICIOS DE ATENCION, en el mantenimiento de la infraestructura, en la oferta de los servicios en cuanto a la demanda del usuario interno y externo.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA REGION:

1. Incremento de casos infectados por HIV y de muertes por SIDA.
2. La Atención a la población predominante curativa.
3. Inadecuado sistema de captación y seguimiento de la población con problemas de nutrición.
4. Altos porcentajes de deserción en vacunación en los menores de 1 año.
5. Alto s porcentajes de embarazadas en adolescentes.
6. Bajas coberturas en la atención de puérperas.
7. Alto porcentaje de abortos como causa de morbilidad materna.
8. Incremento de la toxicomanía, violación intrafamiliar.
9. Incremento de los casos de tuberculosis, tratamientos drogo resistentes.
10. Incremento de los casos de trauma y muerte por accidentes, suicidios y otras violencias.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD AMBIENTAL.

1. Red de distribución de aguas potables en las áreas urbanas.

2. Aproximadamente el 505 de las áreas rurales no cuentan con agua sanitariamente segura. Incluso en el área urbana no se está tomando agua de alta calidad como se producía antes sé esta deteriorando la calidad del agua.
3. Inadecuada disposición sanitaria de las excretas en el área rural.
4. Inadecuada disposición sanitaria de la basura (orgánica e Inorgánica) no hay en muchos lugares un vertedero sanitario.
5. Ausencia de monitoreo de los ambientes laborales.
6. Obsoleto sistema de alcantarillado para el crecimiento urbanístico y comercial que genera estancamiento de aguas negras, residuales y servidas.
7. Contaminación de la bahía y de las playas de al región, producto de una ausencia en el tratamiento previo de las aguas negras, residuales y servidas; ya las costumbres de verter en el mar muchos productos contaminados.
8. Inadecuada recolección, transporte y disposición final de los desechos sólidos.
9. Riesgo por enfermedades zoonóticas y vectores.
10. Uso inadecuado de plaguicidas y agroquímicos en general.
11. Contaminación por vertidos, emisiones y residuos industriales (hornos crematorios, Cemento Panamá).
12. Deterioro del ecosistema producto de estilos de vida inadecuados (Emisión de hornos)

Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, tanto en instalaciones del MINSA como en la C.S.S. En la C.S.S. todos tienen horarios extendidos, en el MINSA no.

C. MECANISMO DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE.

No se aplican en ningún establecimiento de la Provincia de Colón, ni en el MINSA ni en la C.S.S., estudio o encuesta de satisfacción del usuario en forma PERIÓDICA.

Sí se han aplicado encuestas muy esporádicas y en algunas instalaciones aisladas. Y todos sabemos los resultados de esas encuestas y el costo que representa llevarlas a cabo.

D. CONTROL DE CALIDAD:

El programa Materno Infantil de la región, realizaba auditorias de expedientes en los diferentes centros de Atención, en forma General, por Médico coordinador encargado o el resto del equipo, en forma retrospectiva realizando al final un informe con los resultados arrojados a los diferentes autoridades de la región. (Director regional, Directores de Centros de Salud, Enfermería, Administración).

Actualmente en el Centro de Atención de la C.S.S. (Complejo Hospitalario Manuel Amador Guerrero), se ha conformado la comisión de auditoría médica compuesta por 3 Médicos especiales. Llevando hasta la fecha los casos de problemas de tipo legal.

El equipo que realiza las auditorías están en vías de desarrollo.

En las instalaciones de la C.S.S. el Programa Materno Infantil y de Neumonía, se aplican los programa de calidad.

En el Centro de Salud Dr. Juan Antonio Nuñez, se tomó como plan piloto con los programas de calidad de atención, y rendimiento de personal, según horas, fue con una duración de 2 años, se implementará según política.

Observación:

En reunión efectuada el viernes 7 de julio del presente año, en la Policlínica Hugo Spadafora Franco, donde se analizaron las diferentes fotografías que nos habían planteado el día 28 de julio, el departamento de Planificación de la Región. En dicha reunión se le entrega al Nivel Central los resultados de las diferentes discusiones y planteamientos que se efectuaron en las diversas mesas en que se debatían todos los temas de las diferentes fotografías, y donde participaban los Niveles Locales, Regionales y centrales.

Fotografía No.5. Red Social

En la Provincia de Colón existe una gran cantidad significativa de ONGS, que dentro de sus labores realizan actividades relacionadas con la salud de la población y el ambiente. Estas ONGS se han establecido según sus intereses y necesidades.

Las ONGS existentes en nuestra comunidad están conformadas por Asociaciones de Profesionales y afines, Clubes Cívicos, Grupos Religiosos y la Sociedad Civil y Grupo de Voluntariado.

El equipo de salud coordina con todas las fuerzas vivas de la comunidad, para promover la salud y mejorar las condiciones de vida en el nivel local.

También se ha fortalecido la participación social, promoviendo Comités de Salud, Junta Administradora, Grupos Educativos y Terapéuticos. Se ha contado con la participación de los Líderes Comunitarios, que promueven la organización y participación comunitaria en la gestión de los servicios de salud.

La participación se ha fortalecido en nuestra región con la formación de Promotores de Salud, que son personas residentes en la comunidad y la conformación de la primera federación distrital del Comité de Salud en Portobelo.

El inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud (Comités de Salud, Juntas de Agua, Iglesias, ONG'S, Clubes Cívicos, Otros) que se registra según datos estadísticos del Ministerio de Salud son:

- Comité de salud 114 de los cuales 103 son activos y 11 inactivos,
- Juntas Administradoras de Agua 28 de los cuales 26 son activas y 2 inactivas.

Existe un total de 39 agrupaciones de salud organizadas por el equipo (III edad, diabética, etc.) con fines educativos, terapéuticos, promocionales.

La comunidad tiene grupos producto de sus propias organizaciones como las Juntas Comunales y locales un total de 40, clubes de amas de casa, Juntas Católicas, Grupos Religiosos y otros.

El inventario realizado por la Asociación Panameña de Pequeños Empresarios, registra un total de 66 asociaciones, que desarrollan diversas actividades y que en su mayoría apoyan acciones de salud, dirigidas a los diferentes grupos etáreos de la población.

El sector religioso de nuestra comunidad constituye un valioso aporte a la salud de la comunidad destacándose la Iglesia Católica, Iglesia de Dios.

Entre las principales acciones de salud que apoyan estas organizaciones se destacan:

1. Iglesia Católica: Brinda servicio de atención médica, ayuda y asistencia a menores discapacitados, adultos mayores, pacientes con diagnóstico de HIV, Centros de Rehabilitación para adictos entre otros. Los servicios se ofrecen a la comunidad a través de:
 - Pastoral Social
 - REMEMI
 - Asilo Santa Luisa
 - Asilo Corazón de Jesús
 - Albergue de María: niños y mujeres con SIDA
 - El buen Samaritano (para niños discapacitados)
 - RENASA (Red Nacional de Salud Alternativa)
 - GHAP (Grupo Hispalense de Ayuda a Panamá, promueven giras medicas).

2. Iglesia de Dios: A través de la Fundación para el Desarrollo de la Familia y la Juventud Colonense, desarrolla actividades para la incorporación de niños, jóvenes y familia en actividad de promoción social.

A través del medio de comunicación Radio Visión, que lleva el programa Hablemos de Salud, orientación, ayuda espiritual, a la población promoviendo estilo de vida saludable.

Estas dos instituciones establecen estrecha coordinación con el sector salud.

La Región de Colón no cuenta con un análisis específico sobre los Actores Sociales, sin embargo, en el análisis del desempeño se identifica que no existe claridad sobre el proceso de la participación social en salud, se percibe esta estrategia como organización de grupos específicos según programas o actividades puntuales.

Los intereses de los actores sociales están de acuerdo con (la solución) a sus necesidades sentidas.

La experiencia con la participación de la comunidad es favorable; sin embargo, cuando la población está organizada socialmente desunidas, individualizadas o sin líderes tradicionales y los equipos de salud no promueven los espacios para la deliberación y concertación de los problemas es de menor relevancia la participación de los actores sociales.

Podemos decir además que es importante enfatizar y fortalecer los siguientes aspectos en la participación de los actores sociales para apoyar la gestión de salud.

- Se requiere de estrategias flexibles que canalicen la expresión de los grupos formales e informales.
- Es importante reconocer la validez del punto de vista de la gente, de su percepción e interpretación de los problemas de salud.
- Hay que visualizar la deliberación entre los actores organizados sobre los problemas de salud.

- Se deben promover los escenarios para que los actores sociales participen en la concertación y mejorar la atención de salud.

El sector informal de atención en salud se caracteriza por prestadores de servicio no calificados por el sector salud como: curanderos, parteras empíricas, sobadores o hueseros, sanadores, espiritistas, hierberos. Al momento no contamos con el número exacto, sin embargo, sabemos que hay una buena cantidad en la provincia. Se dedican generalmente a lo siguiente:

1. Los curanderos son personas reconocidas por la propia comunidad en que vive como competente para prestar atención en la salud mediante el empleo de productos vegetales, animales y minerales y la aplicación de otros métodos de origen social, cultural y religioso.
2. Los parteros empíricos son personas de ambos sexos que se dedican a realizar un control prenatal, atención del parto y cuidado del puerperio en comunidades de difícil acceso y que no cuentan con servicios de salud. La mayoría tiene escasos estudios e inician con sus familiares.
3. Los sobadores o hueseros son curanderos que adquieren una notoria capacidad para resolver luxaciones, arreglar facturas o aliviar dolores de la ciática.
4. Los sanadores curan todo tipo de problemas de salud con el uso de plantas, animales y secretos.
5. Los espiritistas se dedican a curar y proteger por medio de limpiar con plantas, oraciones, arreglos y secretos.
6. Los hierberos son los que cultivan las plantas, las venden o regalan y al mismo tiempo orientan detalladamente a las personas que las solicitan para que las usen adecuadamente. Están ubicados generalmente en las comunidades de difícil acceso y que no contaban con instalaciones de salud. Se concentran en los Distritos de Chagres, Donoso y Santa Isabel; la población que demanda sus servicios es la de bajos recursos y poca escolaridad, no así los que están en el Distrito de Colón y Portobelo donde la población es mezclada, agregada a parteras empíricas. Algunas utilizan plantas, secretos, brebajes y sobijos para que los embarazos lleguen a feliz término. Al momento al autoridades de salud de Colón han brindado a la mayoría de estas parteras capacitación e insumos para que realicen una mejor labor.

El conocimiento e identificación de los diversos grupos étnicos y sus prácticas es fundamental al momento de definir nuestras acciones con la comunidad porque nos ofrecen la oportunidad del contacto directo, la aceptación y el respeto mutuo, para la solución y toma de decisión en el diario bregar con sus culturas. Nos facilitaría establecer nuestras proyecciones bajo el entendimiento y la colaboración de los actores con una forma distinta de entender y tratar los asuntos de salud.

Estas culturas se integran en las actividades formales de salud en las siguientes experiencias:

- Mediante el programa tramil que desarrolla investigación y validación de la medicina alternativa de uso popular.
- Capacitación de la población del Distrito de Donoso y Santa Isabel para contribuir a la conservación del conocimiento tradicional, en el uso y

manejo adecuado de las plantas medicinales, así como la integración en la atención primaria de salud.

- Canalización y capacitación a las parteras empíricas de la región, para la atención de las embarazadas.
- Fortalecimiento de formas de preparación y conservación de alimentos.
- Propagación de formas adecuadas de utilizar los alimentos de una comunidad a otra.
- Reforzamiento en el manejo adecuado de los desechos domésticos y naturales (incineración-enterramiento).
- Alternativas en métodos de aislar los insectos; mosquitos, chitras (quemando hojas secas, conchas, etc).

DEBILIDADES:

- Persistencia del enfoque curativo en el desarrollo de las acciones del equipo de salud.
- Insuficiente desarrollo de un sistema de información y vigilancia de la salud de las personas y el ambiente.
- Poca proyección comunitaria por el equipo de salud en actividades de promoción y prevención.
- Deficiente relación interpersonal entre el equipo de salud
- Fragmentación de las acciones del equipo de salud.
- Movilización continúa del equipo local de salud.
- Gerencia en niveles locales que no proyectan liderazgo para conducir el trabajo en equipo.
- Duplicidad de esfuerzos entre MINSA y ONGS.
- Las ONGS efectúan sus programaciones anuales sin consultar, ni coordinar con MINSA.

FORTALEZAS:

- Existencia de gran número de ONGS, dedicadas al servicio de salud de la población y al ambiente.
- Equipo de salud dispone de normas legales, decretos, resoluciones y acuerdos entre MINSA y ONGS que regulan la participación de éstas en las acciones de salud.
- Funcionarios locales y regionales capacitados, adiestrados para organizar, desarrollar y ejecutar actividades para el fortalecimiento de las redes sociales.
- Educación permanente al equipo regional y local de salud, son aspectos de promoción de la salud y participación social u otros.
- Disponibilidad del equipo para el trabajo de prevención y promoción.
- Credibilidad y aceptación de la comunidad hacia el equipo de salud.
- Accesibilidad a equipo de salud, en todo el ámbito de la provincia (promotor, ayudante para la salud, etc).

Fotografía No 6. Proyección de la Red

Adecuación de la Oferta.

Las nuevas tendencias del sector salud enfatiza trabajar con la gente y no sobre ella, responsabilizando a la comunidad sobre su salud. Es por ello, que la promoción de la Salud constituye una estrategia que vincula la gente con sus entornos con miras a crear un futuro más saludable, cambiando la lección personal con la responsabilidad social, abarcando a toda la población en el contexto de su vida cotidiana; para ello es fundamental que se de una participación social efectiva.

La participación social e individual, sumada a los cambios de actividades en los estilos de vida, se complementa con las acciones preventivas de salud siendo esta modificada con las estrategias para reducir los factores de enfermedad específica o bien reforzar factores personales que disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad, formando parte de la concepción moderna de los modelos de atención.

La complejidad de los sistemas de salud está dada por la interacción de los factores biofísico sociales del individuo que conlleva a la integración de estrategias e intervención de otros sectores. De esta forma la promoción y prevención desempeña un papel fundamental en la ejecución de la atención en salud a lo largo de la red de servicios en los sistemas locales de salud y se le suma la coordinación intersectorial como apoyo para evitar la duplicidad de funciones.

La nueva visión de la salud en Panamá, promueve la utilización de las normas de atención integral, respondiendo así a las necesidades de los diferentes grupos poblaciones con flexibilidad para que puedan operacionalizarse cada región del país, es función de los recursos disponibles y las prioridades en salud.

En la revisión bibliográfica experiencias de otros países en relación a la organización de los servicios y los modelos de atención, se ha observado el éxito y la viabilidad en la ejecución e implementación de los mismos, cuando se aplica la conformación de equipos básicos como procesos de cambio en la atención de la salud – Enfermedad.

La oferta de los servicios de salud se adecua en términos de equipos básicos y recurso humano de apoyo en la áreas rurales y suburbanas, debido a la incapacidad de proveer recurso humano idóneo o capacitado para la conformación de los mismos y distribución en todo el territorio geografía colonense; distribución se da de acuerdo a una segmentación geopolítica de responsabilidad.

En las estrategias de promoción y prevención debe darse la intervención de todos los miembros del equipo en las diferentes actividades propuestas en cada nivel local permitiendo así la internalización del grupo con los problemas y logro de metas establecidas.

Con la introducción de nuevas modalidades de atención de salud se reducen los costos de atención y el mejoramiento y efectividad del tratamiento. Esto se

comprende con la aplicación de la ley de economía de escala, cualquier incremento en la cantidad o calidad de los componentes estructurales (insumos, recursos y otros), en cualquier institución de salud, produciría un efecto o resultado de la atención con las alternativas siguientes:

- Un incremento en los productos o cada unidad de nuevo insumo.
- Un producto igual.
- Un menos producto.
- Un producto nulo o negativo.

La Salud Pública es una disciplina en cambio constante y como consecuencia de ella amplía sus contenido de áreas de acción. Esto lo observamos como el surgimiento del concepto de promoción de la salud, por la integración de conocimiento y actitudes procedentes de otras áreas; en este caso fundamentalmente la educación, la planificación estratégica y la administración

La implementación de actividades que permitan accionar la estrategia de promoción de la salud es una decisión que se ha adoptado en todos los niveles de los servicios en la atención de la salud pública.

La atención de salud se lleva a cabo a través de establecimientos proveedores en red con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. Sin embargo el segundo nivel de atención incluye a las policlínicas, policentro, centros de salud con cama de corta estancia.

En nuestra provincia contamos únicamente con un hospital Regional (C.H.M.A.G), y una policlínica especializada, donde se ha requerido de realizar modificaciones según la oferta de servicios en relación al hospital regional se separo la atención ginecobstétrica del resto de las otras actividades de urgencia.

Se piensa ampliar el área física del mismo, además de la creación de una cuarto de urgencia pediátrico y extensión de horario en la Policlínica Hugo Spadafora igualmente en el Centro de Salud Juan A. Nuñez.

En la Provincia de Colón, se están desarrollando los siguientes programas.

1. En realidad a la marginación:
 - Estrategia de análisis de desempeño para la identificación de grupos humanos postergados.
2. En cuanto riesgo específico:
 - Programa de ETS y SIDA
 - Vigilancia activa y pasiva de enfermedades de notificación obligatoria (Dengue, Cólera)
 - Tuberculosis.
 - VIF (Programa Mujer, Salud y Desarrollo)

- Salud Mental (Dependencia a las drogas y otros)
- Programa Infantil (Maltrato Infantil)
- Salud Mental (Dependencia a las drogas y otros)
- Programa ampliado de inmunizaciones.

3. Criterios de Ingreso:

- Proyecto Salud Rural (agua potable, letrificación granja de desarrollo sostenible).

4. Por edad

- Programa Infantil
- Programa escolar
- Programa Maternal
- Programa de Adulto
- Programa de la III edad
- Saneamiento Básico
- Salud Mental
- Salud Bucal

5. Genero

- Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

Existen programas en cada una de las edades del ciclo vital

Programa

Edad

Infantil	0 a 5 años
Salud Escolar	5 a 9 años
Salud Integral del Adolescente	10 a 19 años
Maternal	15 a 49 años
Salud de Adulto	20 a 59 años
III Edad	60 + años
Salud Ocupacional	Población productiva
Vigilancia Epidemiológica	Todas las edades
Mujer Salud y Desarrollo	15 a 49 años
Salud Bucal	Todas las edades
Programa amplio de inmunizaciones	
Saneamiento de Medio	

La Planificación de servicio del nivel local, se inicia con la preparación del Diagnostico de salud del área de responsabilidad, seguida de una presentación sistemática de los equipos locales y los miembros de la U.D.R., donde se explica el Diagnostico de salud, priorización de problemas, plan de acción, metas y proyecciones.

Se da poca participación social de los procesos de programación y planificación de la acciones de salud.

La organización sanitaria de la Provincia de Colón, se ha definido de acuerdo a las características geográficas y políticas desde inicio de la integración de los servicios de salud. Sin embargo en los últimos 5 años se ha agregado el criterio de accesibilidad geográfica redefiniendo algunas áreas como el Corregimiento de Nuevo San Juan y Achiotte en el Distrito de Chagres.

El concepto de integridad en le nuevo modelo de atención lo definimos (MINSA), desde el análisis de todos los factores que inciden en el fenómeno, sus nudos críticos, definiendo estrategias de intervención institucional y comunitario, priorizando la coordinación programática, interinstitucional e intersectorial.

Es así que el modelo desarrollado desde 1973 (S.I.S), presento como principio la participación social para el mejoramiento de la salud de sus comunidades y pobladores.

En la nueva propuesta “Modelo de Atención Integral con participación social”.

Se presenta como uno de seis principios: “Fomentar (mantener), la participación social en todo el proceso de gestión, promoción, prevención y evaluación e incluir dentro del proceso a todos los actores de la sociedad colonense.

Los equipos de salud tiene la competencia técnica suficiente para asumir nuevos enfoques en la presentación de los servicios de prevención, promoción y rehabilitación.

Agregamos a lo antes mencionados que esto es relación al área técnica y las actividades de promoción y prevención. En el área administrativa se requiere capacitar en temas específicos.

Si bien en cierto el 100% del equipo humano en salud se puede capacitar en todos los temáticos relacionados con los servicios antes mencionados, siempre se identifica algún miembro del equipo que por esfuerzo propio y apoyo del sector salud y/o por financiamiento de la institución tienen algún tipo de formación de los diferentes temas y sirviendo en su nivel local como agente multiplicadores.

Fotografía No. 7: Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

El ordenamiento político administrativo en la región de Colón se caracteriza por la siguiente estructura:

a. Area

1. Urbana
2. Rural

b. Sectores:

Existen 10 sectores de salud bajo la responsabilidad de 10 Centros de Salud del Ministerio de Salud. Esta misma estructura ha mantenido la Caja del Seguro Social al ofrecer servicios generales por medio de 3 Policlínicas responsables de 3 sectores geográficos.

Analizando el sector salud en la Provincia esta formada por 13 micro regiones. Hay una diferencia en el sector de Portobelo en donde se ubican una ULAPS (C.S.S) y un Centro de Salud (MINSA) que comparten el desarrollo de las acciones de salud, mediante acuerdo verbal.

Este ordenamiento político administrativo se ha fundamentado en la necesidad de facilitar el acceso a los grupos de población al sistema de servicios, programación de actividades y ejecución de acciones que funcionen localmente en íntimo contacto con la comunidad y grupos específicos. A pesar de no existir una evaluación objetiva se considera que este ordenamiento ha funcionado positivamente, sin embargo en el área del distrito de Donoso se requiere una reestructuración de asignación del área geográfica en el Centro de Salud de Belén, lugar cuya demanda predominante es de la provincia de Veraguas. Otro factor que hay que considerar es la reubicación de comunidades como producto de la extensión de la Cuenca del Canal que incluye los Distritos de Chagres y Donoso.

Avances del Proceso de Descentralización:

Los niveles locales se apropian de responsabilidades técnicas propias de la prevención, promoción, recuperación, rehabilitación de la salud, sin embargo es limitada en los aspectos administrativos manejo presupuestario, laboratorio, suministro de materiales, finanzas, transporte (parcialmente), mantenimiento, medicamento? y en algunas situaciones relacionadas con los recursos humanos.

El proceso de descentralización debe extenderse hacia otros elementos como el presupuesto que conduzca a la redistribución económica – de acuerdo a criterios población – sector geográfico – necesidades, aunado a esto se requiere la sensibilización y motivación a los niveles decisorios para el cambio, también es necesario fortalecer la capacidad gerencial para la toma de decisiones técnico – administrativas en los diferentes sectores de salud, incluyen definición de funciones,

recursos, responsabilidades y atribuciones, incentivos, liderazgo, administración según la misión.

Estructura de la región:

Existe una propuesta elaborada que se requiere horizontalizada e iniciar la fase operativa. Ver anexo.

Existencia de Manuales de Procedimientos Administrativos. Los departamento o servicios que presentaron manuales de procedimiento administrativos son:

Contabilidad:

Corresponde al año 1995 informar que todos los departamentos conocen este manual.

Presupuesto:

Manual de Clasificación Presupuestaria del Gasto Público.

Corresponde al período 1980 mencionar que este utiliza de manera continua para los trámites correspondientes.

Tesorería:

Presenta el manual respectivo en algunas ocasiones se consulta a Control Fiscal.

Compras de Materiales y Suministros:

Poseen utilizan el manual de procedimientos.

Almacén:

Presenta el manual de procedimiento, es utilizado por la secretaria y jefe de departamento.

Servicios Generales:

No presenta manual, sólo se establece comunicación y coordinación con el departamento o sección que solicita al servicio, acción que se realiza en conjunto con la administración regional.

Transporte:

No existe información sobre manuales, se rigen priorizando las solicitudes de los diferentes departamento. Existe un formato de registro de entradas y salidas con la asignación de los respectivos conductores.

Mantenimiento:

No existe información sobre manuales de procedimiento, sólo presentan formatos con instructivos para la solicitud del servicio que requieren los diferentes servicios.

Los departamentos que poseen manual de procedimientos informaron que los utilizan durante todo el proceso de trabajo o de consulta cuando la situación lo amerite.

Coordinación con la C.S.S:

En la actualidad se mantiene una comunicación y coordinación, informal para el desarrollo de los servicios y otra información relacionada con coberturas.

Generalmente participan coordinaciones regionales y funcionarios del nivel local. Se requiere establecer una articulación que permita un apoyo mutuo que faciliten la entrega de servicios, como también el desarrollo programáticos que combinen las actividades de promoción, rehabilitación, prevención y curación, también debe contemplarse el sistema de información. Este mecanismo de interrelación permitiría establecer acuerdos entre las instituciones, mediante reuniones conjuntas, para análisis de situación de salud; indicadores de cumplimiento, cobertura, accesibilidad, impacto, calidad y satisfacción. En este proceso deben participar los recursos humanos ubicados en todos los niveles de atención.

Fortalezas Y Debilidades De La Organización Y Funcionamiento Regional.

FORTALEZAS

1. Gerente Regional con visión de trabajo en equipo.
2. Aplicación de medidas descentralizadoras (funciones, poder de decisión, recursos, responsabilidades, otros).
3. Se mantiene una estructura regional que debe conducir los procesos de trabajo en Salud (U.D.R.)
4. Esfuerzos permanentes para mejorar la prestación de los servicios (recursos humanos, insumos, capacitación, coordinación con otros sectores).
5. Desarrollo de una propuesta del Sistema Regional de Salud en Colón, según la tendencia, lineamientos y políticas del reforma del Sistema Nacional de Salud.
6. La red de servicios amplia cobertura geográfica a nivel provincial (puestos de salud, sub centros y centros).
7. Coordinación C.S.S. – MINSA a nivel de la red (Centros de Salud y Policlínicas C.S.S.)

8. Se realizan esfuerzos de monitoreo y seguimiento que garantice el mantenimiento de la direccionalidad técnica y política del trabajo en salud.
9. Estimulación para formación gerencial del personal, especialmente a los Directores (as) a nivel local.

DEBILIDADES

1. Adquisición de insumos demorada.
2. Transporte.
3. No hay incentivos.
4. Poco motivación de los R.R.H.H.
5. La priorización del trabajo algunas veces no va acorde con la realidad regional.
6. Mantenimiento e infraestructura.
7. Liderazgo gerencial (nivel local)
8. Déficit de Recursos Humanos, rotación de personal no es fluida.
9. Resistencia al cambio de algunos funcionarios regionales y locales.
10. Prestación de los servicios de salud orientados hacia la curación.
11. Insuficiente recursos materiales destinados para Promoción de la Salud.
12. Débil Coordinación MINSA – C.S.S.
13. Participación Social, limitada al apoyo logístico solicitado por el equipo local.
14. Los indicadores de Salud no reflejan una calidad de vida satisfactoria de la población y el ambiente.
15. Poca participación o integración de otras entidades públicas, privadas y ONG's al trabajo en Salud.
16. Comunidades geográficamente distantes con limitado acceso a los servicios de Salud.
17. Escaso monitoreo y evaluación a la provisión de los servicios de Salud con mayor énfasis en las áreas de difícil acceso.
18. Dificultad en lograr la coincidencia de voluntades y objetivos que permita establecer un sistema regional realmente unificado y operativo.

Las funciones de conducción sanitarias se realiza mediante la vigilancia del cumplimiento de la disposiciones y normas legales dictadas conforme a las distintas áreas de Programas y Servicios de Salud.

- Se realizan mediante supervisiones, evaluaciones de manera permanente.

Se hace la salvedad de que la vigilancia no es extensiva a determinadas áreas que ofrecen servicios de salud Ej. Clínicas, farmacias (esporádicamente), hospitales privados.

Aún cuando las normas y disposiciones son de obligatorio cumplimiento, las mismas se aplican parcialmente, debido en algunas ocasiones a la flexibilidad del funcionario y el poco interés de los involucrados en cumplir con las medidas sanitarias.

Introducción de cambios en el modelo de gestión:

Se han realizado eventos que permitan la participación horizontal de los trabajadores de salud en aspectos como la elaboración de presupuesto anual, evaluación sobre el desarrollo programático y servicios de salud, abordaje de la situación de salud, y normas integrales y programación local, sin abandonar la actividad de carácter curativo.

En el área de la gerencia se promueve que la gestión considere que los cambios deben basarse en las necesidades de los usuarios y no en la conveniencia de los prestadores de servicios, pero teniendo presente que los recursos humanos juegan un rol protagónico en los procesos de trabajo en salud y que requieren ser parte de un proceso de educación permanente que garantice su desempeño acorde con la realidad de la población y de los servicios. También el esfuerzo pretende sensibilizar a los gerentes sobre liderazgo, responsabilidad compartida, evaluación y mejoramiento permanente de las acciones de salud.

En la actualidad se trabaja para fortalecer el liderazgo de los gerentes a nivel local, con el propósito de promover formas de orientación y direccionalidad en los procesos de trabajo, para ofrecer solución a los problemas de salud percibidos y sentidos por los funcionarios y por la población o grupo determinado. La dinámica implica la integración de equipos multidisciplinarios regional y local, reuniones programadas de análisis y discusión sobre la realización del trabajo con relación a los resultados y factores condicionantes.

Los esfuerzos para el cambio en el modelo de gestión, hacen énfasis en:

1. Reorientación en la Programación Local.
2. Normas Integrales de Salud.
3. Promoción de la Salud, énfasis en Participación Social.
4. Educación Permanente (basado en tres dimensiones: La Educación, el trabajo y la Salud).
5. Descentralización administrativa y presupuestaria con el fin de simplificar trámites burocráticos y de facilitar el manejo de los recursos en la región.

Consideramos que la respuesta es parcial debido a que al momento de definir las políticas surgen de una visión macro o nacional, situación que algunas veces no discrimina la prioridad o necesidades específicas de la región. Las políticas que dicta el nivel nacional de incorporan a la actividad que desarrollan los niveles regionales y locales, mediante las capacitaciones, supervisiones y evaluación (parcialmente) lo cual fortalece la misión institucional para promover el logro de los objetivos y metas para una mejor prestación de bienes y servicios en la comunidad.

Incidencia del Nivel Central en el desempeño del nivel regional.

Puntos críticos de la burocracia administrativa. Formas para la transformación de los nudos críticos.

En la región se experimentan acciones desde el nivel nacional que inciden de manera positiva y negativa en el desarrollo de las funciones a nivel regional.

Los aspectos positivos se resumen de la siguiente manera:

- Orientadores de la política de salud del Ministerio como sector de salud.
- Definición de las metas nacionales.
- Normalización de los planes, programadas y proyectos.
- Asesoría
- Prioridades.

En los aspectos negativos, entre otros se anotan los siguientes:

- En algunas ocasiones las tomas de decisiones se dictan de manera vertical, como en algunos aspectos relacionados al presupuesto, a los ingresos generados por ciertos servicios que ofrece la región.
- Eventos de capacitación, informes y otros.

Una de las formas que se puede experimentar para la transformación de los nudos críticos es la descentralización, (que en ciertos aspectos ya ha ocurrido este proceso) y la desconcentración, como elemento que fortalecen la armonía de la gestión, ya que no excluye a la centralización y concentración, sino que se completan, lo cual representaría un modelo de gestión vinculados con la eficacia. La aplicación adecuada de esta estrategia de manera oportuna y adecuada permitirá la solución de problemas concretos de organización de los servicios de salud, mediante el fortalecimiento del sistema de salud y la capacidad resolutoria de los niveles locales.

Toma de decisiones y criterios de Priorización:

En este asunto se viene realizando el ejercicio de análisis e interpretación del diagnóstico local, el perfil epidemiológico y los datos estadísticos, como parte del desarrollo de una programación local, la secuencia en este proceso entre otras actividades, comprende la identificación y priorización de problemas por el equipo local de salud, de donde surgen las tomas de decisiones en conjunto.

Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de Salud al sector público y privado.

No hay definido un sistema que garantice este proceso de manera integral a nivel institucional, se mantienen las supervisiones por departamento, secciones o disciplina. Para el sector privado el departamento de Epidemiología coordina lo relacionado con el Programa Amplio de Inmunización y enfermedades notificables.

Existencia de alguna instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de la políticas salud, planificación y coordinación en la región.

El Departamento de Planificación realiza las funciones arriba describa por la interrogante.

Ninguno de los Centros de Salud que disponen de Tecnología Informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa.

Fotografía No. 8: Instrumentos de Gestión.

Planificación Regional Y Programación Local.

La planificación Regional no es participativa, solo se realiza con la participación del administrador y el equipo del departamento de planificación, con intervenciones de la Dirección Regional.

El proceso es vertical y solo se consulta en las ocasiones de urgencia o para elaborar presupuesto con una débil comunicación con los niveles locales.

No existen procesos de planificación conjunta entre C.S.S. y MINSA, solo se presenta una débil comunicación salvo casos excepcionales como la Unidad de Hemodiálisis donde se necesita la colaboración de las dos instituciones para darle sostenibilidad al proyecto. Por otro lado también podemos citar los acuerdos verbales entre la ULAPS de Portobelo y el centro de salud donde se definieron niveles de responsabilidad y áreas de trabajo para ambos EQUIPOS LOCALES (C.S.S. – MINSA).

No se efectúa programación local conjunta entre C.S.S. – MINSA, la programación que se realiza solo se efectúa en algunos SILOS del MINSA donde hay gerencia compartida y actitud positiva para efectuar la planificación estratégica sobre la base de las necesidades locales, mientras que en otras áreas este proceso ha desaparecido y solo se realizan actividades de atención.

Solo en algunos sectores como la carretera y la costa Arriba, la población participa en el proceso de planificación sanitaria donde el primer momento de la planeación para ejecutar planes de acción que ayuden a combatir los problemas encontrados, lo cual no es igual en la Ciudad de Colón donde la población no se involucra en estas actividades.

La convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de programación se da en los niveles locales y es realizado por los equipos de salud que involucra a los comités de salud, ONG, IGLESIAS, CLUBES CIVICOS, JUNTAS COMUNALES Y REPRESENTANTES DE CORREGIMIENTOS. A nivel Regional no se hace convocatoria a la sociedad para realizar la planificación Regional.

Las metas establecidas se evalúan a través del monitoreo y supervisión periódica de los niveles locales y de la evaluación anual de los Diagnósticos de Salud locales donde se realiza el análisis situacional de la región valoran coberturas, logros e impactos en las diferentes comunidades de la provincia.

La Región de Salud de Colón tiene sus propios instructivos (Formularios, encuestas, análisis,) para evaluar las actividades de los programas y de los servicios los cuales fueron confeccionados por el Departamento de Planificación y Educación para la Salud, que nos presenta los principales problemas de salud y sus posibles soluciones.

Presupuestación Por Objetivos (Dpo)

La asignación del presupuesto NO se realiza sobre la base de objetivos definidos, esta se hace en referencia a los gastos presentados en los años anteriores en tres grandes renglones que son:

- | | |
|---|-----|
| a) Dirección y Coordinación: | 73% |
| b) Hospital (C.S.S. que atiende población NO ASEGURADA) | 8% |
| c) Centros de Salud: | 19% |

La asignación la efectúa el Departamento de Administración y Finanzas Regional.

Porcentaje de presupuesto asignado a:

- | | |
|--------------------------------|-----|
| a) Atención a la población: | 70% |
| b) Funciones de Salud Pública: | 15% |
| c) Al Ambiente: | 5% |

Los directivos de las instalaciones (Gerentes) son los responsables en coordinación con los administradores de área (Urbana y Rural) de darle seguimiento a lo presupuestado, pero el responsable de ejecutar y darle paso expedito a lo solicitado de en el presupuesto es el administrador, aunque la responsabilidad por los resultados de los servicios sea de los directores médicos.

Los contratos programada son efectivos para presupuestar por objetivos por que favorece la ejecución de lo programado, pero es peligroso porque encarece los costos a los usuarios del sistema y nos lleva a la privatización de los servicios.

Recientemente con la nueva administración regional si se esta introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles de atención entre los que podemos mencionar:

- a) Fortalecimiento del liderazgo de los Gerentes locales.
- b) La integración de los equipos multidisciplinarios regionales y locales.
- c) Reuniones locales del proceso de trabajo.

Los cambios introducidos en la gestión se enfatizan en las siguientes áreas:

- 1) Reorientación de la programación local.
- 2) Normas Integrales de Salud.
- 3) La Promoción de la Salud con énfasis en participación Social.
- 4) Educación Permanente.
- 5) Descentralización administrativa y Presupuestaria.

Incentivos

Actualmente no se han propuestos incentivos. No se han introducido ninguno.

El sistema de incentivos si impacta sobre la relación costo beneficio y costo efectividad porque se estimula al funcionario de salud a producir un trabajo de calidad debido a que se valora su productividad y se reconocen sus méritos reflejándose en una mayor efectividad de sus acciones en una mayor efectividad de sus acciones en los servicios de salud.

Sistema de Abastecimiento Y Suministro

Las especificaciones de los elementos y los servicios son determinados por los técnicos locales (personal más capacitado) que solicitan los insumos sobre la base de sus necesidades, pero la determinación final de la calidad de lo que se compra, ambos como y donde en algunas áreas es asumida por la administración.

En la Provincia si existe un sistema de inventario que debe ser actualizado periódicamente.

En los niveles locales los gerentes reciben el insumo o equipo con sus respectivos activo que vienen del Almacén Regional donde se realiza una lista de los equipos existentes en cada área o sección constituyéndose así un inventario.

La unidad ejecutora confecciona una R/C la envía a la administración para su visto bueno después se envía al Departamento de Compra. El Departamento de inmediato le saca 3 copias y se le entrega al cotizar para que el cotizador haga su función de cotizar lo mas pronto posible, cuando el cotizador entre las cotizaciones se pasa los precio en un documento del Departamento de Compra que se llama solicitud de compra cuando se adjudica la compra se envía a recoger su respectiva firmas en el documento.

Cuando esta completo el documento se envía al departamento de Presupuesto para que se presupueste, se envía al Departamento de Compra para que el Departamento haga la Orden de Compra .

Cuando la orden de compra esta lista el jefe de compra firma y la envía a recoger sus firmas (presupuesto, Administración, Dirección Médica y Control Fiscal) Cuando sube al Departamento de compra con todas sus firmas se coordina con los proveedores las entrega de la mercancía en fecha oportuna y de acuerdo a lo establecido en las ordenes de compras. Y se le envía una copia al Departamento de Almacén Central para que ellos también coordinen las entrega mercancía.

Cuando el proveedor ya a entregado la mercancía en el almacén se le entrega un informe de recepción ese informe se lleva con la orden de compra y se anexa 0.10 centavos de estampillas por cada balboa cuando el documento esta listo se entrega al Departamento de tesorería para su respectivo pago. Todo esto es el procedimiento al crédito e inmediato.

El Estado a través de la administración pública, busca satisfacer las necesidades colectivas, mediante la presentación de servicios públicos a la comunidad. Se elige a la persona que brindará los servicios, buscando lograr una adecuada

administración de los recursos a través de diferentes procedimientos pre – contractuales: contratos menores, solicitudes de precios, concursos, licitaciones públicas, contrataciones directas y requisiciones, selecciona la propuesta más ventajosa, para esta materia rige la Ley No. 56 del 27 de diciembre del 1,995, la cual prepara y ejecuta la voluntad contractual establecida en los procedimientos en términos de la competencia: Garantiza la mayor participación de mayor número de proponentes, dando una mayor competencia, igual publicidad de acto y transparencia administrativa garantizando el control y rendimiento de los fondos públicos permitiéndose a la administración elegir y adjudicar a la propuesta más ventajosa.

En cuanto a las limitaciones que se presentan podemos mencionar:

- ◆ Falta de recurso humano calificado y preparado.
- ◆ Remuneración económica efectiva
- ◆ política de centralización que diluye la gestión.
- ◆ Existencia de una burocracia que dilate la adquisición de un bien o insumo.

Se puede mejorar:

- ◆ Descentralizando y disminuyendo los pasos.

Los proveedores se evalúan tomando en cuenta, la calidad de la prestación, mayor eficiencia, capacidad técnica y financiera de los proponentes, para el rechazo de los proveedores, que no cumplan con lo establecido por la entidad contratante:

- ◆ Si se presenta el proveedor después de la hora señalada, será rechazado.
- ◆ Si no entrega su propuesta en sobre cerrado, con la leyenda escrita como lo indica en el Pliego.
- ◆ Si no presenta su certificado de postor y la fianza de propuesta, conforme a lo establecido cuando así lo solicite la entidad contratante.
- ◆ No se aceptará la participación de un proponente inhabilitado.

Una vez escogida la mejor propuesta se procede a elaborar una orden de compra, la cual será firmada por el jefe de compra o funcionarios autorizados y refrendado por el funcionario designado de la Contraloría General de la República en la Institución. Este documento establece un compromiso con el proponente donde establece el tiempo de entrega ya sea inmediata, pago al contado y entrega 5 días o más, pago a crédito ya sea por los diferentes fondos: de Trabajo , Administración, decreto 452 o sanidad marítima, ya que la compra está sustentada de manera previa en una partida presupuestaria disponible y una disponibilidad financiera.

El proponente después de retirar su orden de compra, procede a entregar la mercancía, esta es recibida conforme generándose un informe de recepción el cual va acompañado por una presentación de cuentas con sus respectivas estampillas que son diez centésimos (0.10) de cada balboas pagado, sea a 30 días o al contado según sea lo estipulado.

Para controlar las pérdidas y fraudes o no cumplimientos, la entidad que desea efectuar una compra, establece las pautas y requisitos que conllevará a la adquisición de un bien, asegurando con ello óptima calidad. En el pliego de cargo establece que lo que se va a comprar debe llevar lo siguiente requisitos:

- ◆ Debe que ser nuevo, no reconstruido.
- ◆ Que tenga garantía.
- ◆ Que haya piezas en el mercado.

Además se solicita referencia de lo propuesto, tanto así, que se le exige fianza a los controles establecidos ya que las empresas que no cumplen se les inhabilita y se recurre a la fianza para cubrir la falta.

El Ministerio de Hacienda y Tesoro y la Contraloría General de la República han creado mecanismos que norman todo lo referente a la contratación pública, como la selección previa de proponentes de consultorías, prestaciones de servicios técnicos y servicios personales de especialistas que sirven de plataforma para la adquisición de bienes e insumos, referencias nacionales e internacionales que las califican sean en lo profesional y capacidad financiera.

El sistema de abastecimiento y suministro del ministerio de salud, ha sufrido cambios según los nuevos directores, ellos han tratado de mejorar la calidad del servicio:

1. Centralizando las compras
2. Buscando el abaratamiento de los insumos, pero han creado una burocracia que imposibilita la pronta adquisición del bien.

Otro descentralizado buscando que las áreas programen y planifiquen su propia gestión de bienes y servicios a fin de agilizar las compras, pero creando un almacén central que abastezca y si los pedidos están agotados, entonces solo los niveles locales realizan compras directas. Se ha creado un listado de agotado del nivel central que reciben los niveles locales.

- ◆ Las limitaciones son muy notorias ya que las necesidades que hay en el nivel central (Hospitales de primera línea en la capital) difieren de necesidades de los niveles locales nunca han sido halagadoras, no han permitido cumplir las expectativas locales.

El MINSA realiza su abastecimiento y suministro y solo se le pide en ocasiones muy notorias el apoyo a la C.S.S. por ejemplo, medicamentos a través de nota de traspaso.

Los problemas que se destacan son la falta de comunicación por la poca comunicación entre los gerentes de ambas Instituciones, establecimiento de normas estrictas de parte de la C.S.S., supervisión y control previo de auditoría interna de la C.S.S. para suministrar insumos a otras unidades ejecutoras que no están en su organigrama.

Los mejores acuerdos pueden establecerse a través de una coordinación efectiva en el nivel nacional donde el ministro de salud y el Director de la C.S.S. Presente un plan nacional de funcionamiento de todas las regionales de salud del país con un esquema de trabajo en donde se complementen las necesidades que presente cada una de las instalaciones del complejo MINSA – C.S.S.

En la mayoría de los casos la priorización de la compra si considera el perfil de morbi – mortalidad y su factores de riesgos.

Ejemplo:

Medicamentos, material médico quirúrgico e insumos de laboratorio.

En otras instancias se prioriza con base a la urgencia que se presente en la unidad ejecutora.

Sistema De Información En Salud

No se dispone de un sistema estructural, lo que existe es un mecanismo de información con una base de datos estadísticos que nos permite en algunos momentos el aseguramiento de servicios confiables y oportunos.

No se cuenta con una red informática que permita obtener oficialmente una información rápida y eficazmente.

La información que dispone la región se utiliza para la toma de decisiones en los procesos de trabajo en salud, ya que en base a los datos obtenidos se prioriza las acciones y se da respuesta a las necesidades de los niveles regionales y locales.

La calidad de la información es evaluada por los usuarios al momento de utilizar el banco de datos y que se requieren para realizar una investigación, actividad o análisis de los procesos de trabajo (informe mensual, costo 20, informe estadístico).

Los usuarios son:

- Equipos Locales de Salud
- Equipos regionales

Los usuarios al realizar el análisis de la información se dan cuenta de las debilidades y amenazas que sirve de retroalimentación a los proveedores de la información (nivel local) para mejorar la fuente de datos.

El análisis de la información se realiza a través de discusiones, reuniones mensuales, e informes que se originan en los niveles locales y regionales y que al final del año son evaluados a través de una jornada anual de varios días donde se discuten y presentan las actividades de salud, los problemas y sus posibles soluciones, así como el aporte que produce en la población las acciones de los equipos de salud.

Los usos y contenidos de la información son definidos por los usuarios de tres niveles.

- a) Nivel local por el equipo de salud y su gerente para priorizar los problemas y encontrar soluciones.
- b) Nivel de las coordinaciones regionales para detectar debilidades del equipo local y fortalecerlos a través de capacitaciones y asesorías.
- c) Nivel del departamento de planificación regional para elaborar proyectos que den respuestas a las necesidades de la provincia.

Los usuarios establecen sus necesidades de información a través de los mecanismos establecidos por la región como lo son los formatos de informes gerenciales, los instrumentos del diagnóstico de situación de salud, las encuestas de utilización del servicio, los instrumentos de planificación regional y los instrumentos elaborados por el nivel nacional.

El sistema de información gerencial se realiza en nuestra región mensualmente con un instrumento diseñado en el nivel nacional, donde sí se contemplan los centros de producción pero que no responden a las necesidades locales ya que no fueron consultadas con los equipos locales de salud para determinar sus necesidades de información.

ANEXO

La Fotografía No. 8 fue trabajada nuevamente y discutida el día de la plenaria y sus conclusiones la anexamos al presente documento.

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL.

Pregunta No. 1 : * No es participativa

- Los niveles locales proponen de acuerdo a su realidad sin tener en cuenta el nivel Regional.
- No hay reuniones en el equipo local.
- Falta de Recursos Humanos y Financieros.
- Se planifica presupuesto en coordinación solamente.
- Se adapta el equipo local a las necesidades de la Región.
- Todo el equipo debe participar en la planificación.
- No hay integralidad en la programación.

Conclusiones: * No.

- La directriz es vertical.
- No hay integralidad en la programación.
- Solo participa el equipo regional en los insumos del Diagnóstico de Salud local.
- Se efectúa para realizar presupuesto y el análisis actual de la Situación de Salud Local.

Preguntas No. 2 y 3:

No existe planificación ni programación conjunta Caja del Seguro Social y Ministerio de Salud. Solo hay una comunicación débil que se articula en momentos específicos como lo son la sostenibilidad de la unidad de Hemodiálisis y la coordinación entre ULAPS y Centro de Salud de Portobelo.

En Portobelo la coordinación C.S.S y MINSA se logro un acuerdo donde la población tiene dos opciones de atención, el nivel local decide como trabajar para mejorar su modelo de atención.

Pregunta No. 4:

El equipo de salud no promueve el espacio para que la comunidad participe, por lo que la participación de la población en la planificación sanitaria es débil y solo en su gran mayoría es para ejecutar lo planificado.

Pregunta No. 5

La convocatoria para la Planificación Regional no se da, pero en el nivel local si se convoca a la sociedad para la programación local.

Pregunta No. 6

Las metas establecidas se evalúan a través del análisis situacional anual de los servicios y programas. Si se dispone de indicadores de insumo, proceso, resultado y costo que fueron diseñados por farmacias y laboratorio (Kardex).

PRESUPUESTACION POR OBJETIVO (DPO).

Pregunta No. 1:

No se hace en base a objetivos, solo se hace en base a un proceso histórico.

Pregunta No. 2:

No se asigna a través de áreas de atención a la población, salud pública y ambiente, se trabaja con la Dirección y Coordinación, Centros de Salud y Hospital.

Pregunta No. 3:

Los directivos de instalaciones no son responsables, solo le dan seguimiento, el responsable es el administrador Regional, por lo que la ejecución de lo presupuestado está centralizado.

Pregunta No. 4:

Consideramos que sí, ya que facilitaría el cumplimiento de lo planeado y un mejor control en la gestión. El más efectivo podría ser el público-privado porque hay más control.

Pregunta No. 5:

Si se han introducido compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud.

INCENTIVOS

Pregunta No. 1:

Si se han propuesto incentivos al desempeño del personal sanitario (Meritocracia)

Pregunta No. 2:

Ninguno ha sido introducido.

Pregunta No. 3

Para ninguna categoría de personal.

Pregunta No. 4:

No para productividad, sí para antigüedad.

Pregunta No. 5:

Si al valorar el esfuerzo del personal, se estimula el recurso y la producción es mayor.

DESCENTRALIZACION

Pregunta No. 8:

Debe ser integral pero poco a poco en lo referente a lo financiero, gerencial y de recursos humanos, ya que no se cuenta con la capacidad técnica para poder manejar el proceso. La Descentralización podría ser por servicios en base a las necesidades regionales y locales Ejemplo: Laboratorios : reactivos - Farmacia : medicamentos - Personal : nombramiento.

Pregunta No. 9: ¿Alcance de la Participación Social?

Existe un alcance aceptable a través de los comités de salud, depende de los comités de salud y depende de la gerencia de los niveles locales, pero permitiendo un enlace entre la participación ciudadana y los equipos locales.

Mecanismo de cogestión puede ser a través de Consejos de Salud.

Pregunta No. 10:

Debe existir un sistema de referencia y contrareferencia en todos los niveles de la red. El nivel de jerarquía existe en la práctica, no se respeta el nivel de jerarquía para evitar conflictos. Los jefes regionales deben coordinar con los hospitales y luego bajar al nivel local.

Pregunta No. 11:

Si es válida cuando es registrada por el MINSA, no es válida cuando lo registra la C.S.S

Pregunta No. 12:

Los niveles de descentralización de responsabilidades están claramente definidos aunque vengan del nivel central.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

Pregunta No. 1:

Si se dispone de un sistema de información el cual es deficiente, carente de tecnología la cual no es oportuno para las necesidades del usuario. El sistema recoge situaciones de salud, pero hay datos que no se analizan periódicamente para darle insumos a los usuarios.

Pregunta No. 2:

A nivel local la información que se genera para la toma de decisiones y generan un Plan de Acción. A nivel regional pesa el aspecto político partidista para la realizaciones de acciones por lo que no influye los informes en la Región.

Pregunta No. 3:

La calidad para la toma de decisiones, la información se evalúa a través de formularios.

Pregunta No. 4:

- Sesiones de discusión
- Análisis Situacional
- Reuniones de equipo y coordinación comunitaria

- Coordinaciones con los equipos regionales

Procesos Transformadores:

- Cambio de actitud
- Búsqueda de nuevos elementos
- Reunión con la Participación Social

Pregunta No. 5:

El que lo define es el usuario interno o externo de acuerdo a sus necesidades.

Pregunta No. 6:

Los mecanismos se establecen de acuerdo a las necesidades de los diferentes niveles (Nacional, Regional y Local).

Pregunta No. 7:

Hay que fortalecer el nivel gerencial para poder ejecutar el sistema de información gerencial que debe ser documentado por los gerentes en base a sus necesidades para establecer los centros de producción.

Fotografía No. 9: Financiamiento de los Servicios

Compensación De Costo:

El mecanismo aplicado para el análisis de información de costo se tomó, la integridad de sus componentes de producción y gasto correspondiente a Determinado período fiscal dado; se captaron de manera diferenciada principalmente al estado de disponibilidad de los datos y los informes estadístico y financieros por centro de producción y distribuidas, según la demanda del servicio.

Se relacionan los costos con la producción. El rendimiento y los recursos de manera estrecha, porque contribuyen al desarrollo de consolidad en un momento dado a la toma decisiones relacionada con la asignación y autorización con la asignación y autorización de las toma decisional relacionada con la asignación, autorización de las fuentes y usos de fondos. Las decisiones que deben tomar después de este análisis deben siempre ser enfocadas a la calidad de brindar un servicio sanitario de condiciones optimas que rehunden en beneficio al público, tomar medidas necesarias de supervisión en todas las áreas de región para que la información obtenida sea veraz y confiable, evitando la duplicidad de servicio.

Para determinar los costos de la atención sanitaria tenemos que tomar en cuenta los siguientes elementos:

- 1- Recursos humanos que interviene en la atención sanitaria.
- 2- Salario del personal
- 3- Horas trabajadas
- 4- Infraestructura
- 5- Universo del centro de producción
- 6- Insumos.
- 8- Gastos Básicos: Agua, luz, teléfono

La tecnología de punta influye positivamente minimizando el tiempo de atención, contribuye al diagnostico certero y orienta al profesional con la exactitud en el manejo del paciente, aumenta la complejidad de los servicios y disminuye. La duplicidad de las mismas los cuales encarecen los gastos del estado y por ende del gobierno aumentando los presupuestos.

Las tarifas establecidas no responde a los costos reales de la región sin embargo las tarifas establecidas.

Responden a costos reales de los servicios brindados en la región de sede, utilizadas

Como plan piloto a nivel nacional, basándose en tres etapas donde las cuales se han establecido 29 paralelas y son las siguientes.

- a) las facturaciones basadas en las estadísticas por centro de producción de todas las Áreas de salud del ministerio de Salud. , aplicando costo unitario promedio preestablecido.
- b) la facturación individual diseñada para el usuario, implementada en todas las áreas de salud.
- c) Capacitación e instalación del sistema costo en todas las áreas de salud del país. Deben ajustarse. Analizar algunos servicios y gastos relevantes que se dan en las áreas, mayor interés de parte de implementación del sistema computarizado.

La duplicidad de servicio afecta la compensación de costos en los procedimientos administrativos, financieros y presupuestos para definir claramente la responsabilidad capacidad de control. Como recomendación, el no asegurado al recibir atención en los centros de la CSS no debe pagar por la misma y ser pasada su cuenta a la facturación de compensación.

Fuentes De Financiación

El porcentaje de la atención sanitaria que se financia a través del presupuesto público se desglosa así:

- Administración y Coordinación 73%
- Hospitales 8%
- C. Salud 19%

Se tomo como referencia el presupuesto de funcionamiento del año 1999

* No hay un sistema de priorización para la utilización del presupuesto.

Actualmente se trabaja en la reforma del sector salud para hacerlo más equitativo, eficiente, eficaz y sensible a la participación social..

El Co pago de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios especialmente aquellos que provienen de áreas postergadas donde ay poca accesibilidad a los servicios de salud. Se fija arbitrariamente y no hay un sistema que permita su establecimiento.

El sistema de evaluación socio- Económico no funciona correctamente, no todas las instalaciones cuentan con el personal de trabajo social, se deben aplicar las leyes existentes.

Funciona mediante la intervención del trabajador social quien mediante una entrevista al paciente hace una evaluación social y determina si la persona paciente de acuerdo a sus recursos y situación social es exonerada del pago total de su deuda, es exonerada parcialmente de sus deuda o si dependiendo de la situación

económica actual solo amertita se le conceda un crédito por un tiempo determinado. Dicha evaluación deberá ser evaluada por el Administrador.

Fuentes de Financiamiento:

La buena salud es el resultado de los compromisos para proteger y promover acciones emprendidas por toda sociedad, dirigidas y localizado por los gobierno.

La salud de las personas es según muchos la meta del desarrollo y un requisito fundamental para lograrlo. Las personas sanas son más productivas, y la buena salud

Evita el gasto de los recursos sociales en la lucha contra las dolencias, enfermedades y patologías social.

La principal prueba que enfrenta el sector Salud consiste en superar las desigualdades que se manifiesta en las diferencias de acceso a los servicios de salud y la cobertura asistencial y en las condiciones sanitarias que a sus ves reflejan las desigualdades sociales y económicos que en general no permite la recuperación de los costos ya que no contamos con un sistema de cobros que garantice el pago en los casos de créditos.

Entre las modificaciones que recomendamos están:

- Establecer en la caja un sistema de tarjetario con los datos de los pacientes con créditos pendientes.
- Notificaciones de crédito en las cuadrículas de los morosos.
- Nombrar una persona que se encargue del cobro de las cuentas(Créditos)

El presupuesto del estado debe subsistir a la población menos favorecidas, postergada ó excluida, como una responsabilidad estatal para cumplir con un derecho constitucional y justicia social.

El subsidio estatal es garante de una equidad sanitaria si logra satisfacer las necesidades de Salud de la población que la requiere.

Estamos de acuerdo en que las donaciones son una importante fuente financiera sin embargo, a veces o en ocasiones generan dificultades porque en muchos casos como por ejemplo. Equipos- los mismos no traen las especificaciones, no se cuentan en Panamá con las refacciones, etc. y esto nos traen dificultades en la organización del sistema.

Sería conveniente establecer regularizar dichas donaciones:

Que tenga vinculación con el paciente que revise y envíe al paciente a pagar su deuda.

* nombrar una persona que se encargue del cobro de los créditos.

Los costos actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud limitando la eficiencia del sistema en la atención a los clientes que realmente lo ameritan.

Fotografía N°10 Proyectos de inversión

Para el desarrollo de la red de servicios, se hace necesario invertir en todas las arenas y ha nivel de toda la provincia; por las condiciones en que se encuentra la red y por formar parte del área social.

Sector salud:

Este sector comprende la utilización de recursos destinados a estudios básicos y proyectos tendientes a fomentar, proteger y recuperar el nivel de salud y crear, mantener o mejorar la cobertura o calidad de agua potable y/o del alcantarillado de la población. Pertenece al área social y los subsectores que comprende son los siguientes:

Intersubsectorial

Este subsector considera la asignación de recursos que afectan a más de un subsector del sector salud, como por ejemplo:

- Difusión del modelo de atención de salud.
- Asignación de funciones a la ULAPS y centro de Salud de Portobelo.
- Asignación de funciones del centro de salud de Sardinilla, Buena Vista y Policlínica de Nuevo San Juan.

Fortalecimiento Institucional.

- Remodelación de la sede regional del MINSA en Colón.
- Capacitación en evaluación de proyectos a los funcionarios del MINSA.
- Ampliación de la flota de vehículos.

Bajas Complejidad.

- Construcción de Centro de Salud.
 - . Cocle del Norte
- Mejoras a Centros de Salud.
 - . Nombre de Dios.
 - . Palmas Bellas.
 - . Portobelo
 - . Sardinilla
- Construcción de puestos de Salud.
 - . Playa Chiquita
 - . La guayra
 - . San Antonio
 - . Santa Fé
 - . Río Diego
 - . Boca del Congal

- Mejoras de puestos de Salud.
- Construcción de Sub Centros de Salud.
 - . Cativa
 - . Río Indio
- Equipamiento médico y no medico de centros y puestos de Salud.
- Construcción de dormitorios de Médicos de Río Indio.
 - . Nombre de Dios
 - . Icacal
- Diagnóstico de la infraestructura de salud para la atención primaria.
- Construcción de 20 personas huertos comunitarios en los Distritos de Chagres y donoso.
- Programa de alimentación complementaria en los cinco(5) distritos.
- Escuela de Manipuladores de alimentos.
- Construcción del deposito biológico de Colón

Media complejidad.

- Construcción y equipamiento médico y no médico del hospital de Miguel de la Borda.

Alta Complejidad.

- Ampliación de la sala de hemodiálisis
- Equipamiento médico y no médico de la sala de Hemodiálisis.
- Agua potable y Saneamiento.
- Construcción ó mejoras a 150 acueductos rurales.
- Investigación sobre nuevas fuentes de abastecimiento de agua.
- Instalación de 200 dosificadores de cloro.
- Instalación de 10 bombas manuales.
- Compra de insumos para realizar analizáis de agua de 200 acueductos.

- Construcción de 237 letrinas ecológicas y 632 sencillas.
- Construcción de 36 servicios sanitarios comunales.
- Construcción de cinco (5) Rellenos sanitarios manuales en la cabeceras de distritos.

Los criterios que deben cumplirse para presentarse proyectos de inversión, se clasifican según la solicitud del recurso, en el caso de proyectos, y nuevo y de arrastre según estudio Básico.

Para la tipología proyecto, ante el Ministerio de Economía y Finanzas, las instituciones deberán presentarse oficialmente los antecedentes que se señala en cada caso, para ser analizados por el Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP)

Para un proyecto que solicita recurso para iniciar el desarrollo de su estudio de preinversión:

- a) Documento de proyecto, según la etapa del estudio a financiar, estudio de perfil perfectibilidad, estudio de prefactibilidad para factibilidad y estudio de factibilidad para diseño. El estudio de respaldo deberá estar debidamente evaluado y aprobado por el Ministerio de Economía y Finanzas;
- b) Los formularios del SINIP, donde se realice la identificación del proyecto o estudio básico, en conformidad al documento denominando: “ Normas e instrucciones del Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP), para la presentación de proyectos”;
- c) Términos de referencia del estudio a financiar,
- d)) Presupuesto detallado del estudio,
- e) Cronograma mensual de ejecución del estudio de preinversión;
- f) Acreditar mediante certificación expedida por la Autoridad Nacional del Ambiente, Artículos 23 y 24 de la Ley N°41, de fecha 1 de julio de 1998.

Para un proyecto que solicita recursos para continuar con el desarrollo de su estudio de preinversión:

- a) Antecedentes complementarios del estudio de preinversión, en la eventualidad que se produzca un aumento en el costo total real de estudio, por sobre el 10% aprobado originalmente por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde se justifique claramente dicho.
- b) Presupuesto detallado de lo que falta por invertir en el estudio de preinversión, con sus costos actualizados. Se debe entregar copia del informe de ejecución presupuestaria de dicho estudio al 31 de diciembre del año anterior,
- c) Cronograma de actividades donde se deberá informar las fases ejecutadas del estudio y compararlas contra lo programado, explicando detalladamente las posibles causales que motivaron los atrasos existentes hasta la fecha, en la eventualidad que los hubiera,
- d) Acompañar los respectivos formularios del SINIP.

Para Proyecto que solicita recurso para iniciar la etapa de ejecución:

- a) El documento de proyecto, a nivel de estudio de perfil, prefactibilidad, factibilidad o de diseño con sus respectivos planos;
- b) Los formularios del SINP donde se realice la identificación del proyecto, en conformidad al documento: " Normas e Instrucciones del Sistema Nacional de Inversiones Públicas(SINP)"
- c) Cronogramas mensual de las actividades al diseño aprobado, indicado las actividades a ejecutar en cada año, costo unitario, cantidades costo total de la obra;
- d) Acreditar la propiedad del terreno legalizado en el Registro Público (construcciones, Ampliados);
- e) Presupuesto detallado de conformidad al diseño aprobado, indicando las actividades a ejecutar en cada año. Costos unitarios, cantidades y costo total de la obra;
- f) Mapa del sector donde se localizará el proyecto y señalar su área de influencia,
- g) Acreditar mediante certificación de la Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM), el cumplimiento de lo establecido en la ley general de ambiente, artículo 23 y 24 de la ley n° 41, de fecha 1 de julio de 1998.

Para un Proyecto que solicita recursos para continuar con la etapa de Ejecución.

- a). Documento de proyecto original, donde se incluye su Plan Operativo anual el cual al menos deberá contener información sobre los objetivos, las metas y el cronograma con sus respectivos costos;
- b)Antecedentes complementarios del mismo proyecto, en la eventualidad que se produzca un aumento por sobre el 10% en el costo total del proyecto aprobado en su oportunidad por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde se Justifique claramente dicho aumento,
- c) Presupuesto detallado de lo que falta por invertir en el proyecto, con sus costos actualizados. Se deberá entregar además, una copia del informe de ejecución presupuestaria del proyecto al 31 de diciembre del año anterior;
- d) Cronograma de actividades donde se deberá señalar por actividad, el avance físico real comparándolo contra lo programado,
- e) Acompañar los respectivos Formularios del SINIP.

Los antecedentes que deberá acompañar la presentación oficial, ante el Ministerio Economía y finanzas, de un Estudio básico, cuando solicite financiamiento para la etapa de ejecución, según su situación presupuestaria, será los siguientes:

1.1. Para UN Estudio Básico Nuevo:

- a) Términos de Referencia del estudio básico;
- b) Los formularios del SINIP donde se realice la identificación del estudio básico, de acuerdo al documento: “ Normas e Instrucciones del Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP), Para la presentación de Proyectos”;
- c) Presupuesto detallado del estudio básico;
- d) Cronograma mensual de ejecución del estudio básico;
- e) Justificación del estudio básico, indicando su cobertura, las variables utilizadas, localización, duración , resultados esperados y contra parte técnica del estudio básico.

1.2. Para un estudio Básico de arrastre:

- a) Antecedentes complementarios del Estudio Básico, en la eventualidad que se produzca un aumento por sobre el 10% en el costo total real del estudio, aprobado en su oportunidad por el Ministerio de Economía y Finanzas, donde se justifique claramente dicho aumento.
- b) Presupuesto detallado de lo que falta por invertir en el desarrollo del estudio básico, con sus costos actualizados. Se debe entregar una copia del informe de ejecución presupuestaria del estudio básico al 31 de diciembre del año anterior;
- c) Cronograma de actividades donde se deberá señalar el avance real del estudio, comparándolo contra lo programado;
- d) Acompañar los respectivos formularios del SINP.

De los criterios establecidos por el MEF, no existen dificultades debido a su complejidad, pero sí en cuanto a las limitaciones de recursos humanos, vehículos y equipos.

De los proyectos de inversión del año 2,000 y los proyectos para el 2001; ambos apuntan hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios

Los porcentajes por Subsectores:

Inventorial. 80%

Fortalecimiento Institucional. 30%

Baja Complejidad:

Infraestructura y equipamiento. 12%

Huertos comunitarios. 60%

Programa alimentación complementaria. 40%

Media Complejidad.

Alta Complejidad:

Agua Potable: 40%
Saneamiento: 60%

