

REGION DE SALUD DE VERAGUAS

FOTOGRAFIA N° 1 Caracterización del Contexto

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

- a) Accesibilidad social que incluye aceptabilidad y disponibilidad económica.
- b) Inequidad en la asignación de recursos en el sector salud.
- c) Políticas de centralización y burocratización.
- d) Duplicidad de servicios.

Los mecanismos de conducción de la política social son llevados por:

- a) Dirección Regional
- b) Políticas de salud,
- c) Salud Pública
- d) Provisión de Servicios de Salud
- e) Y demás entes de apoyo dentro del MINSA y que también se tiene una gran coordinación intersectorial a través de la Junta Técnica Provincial.

La política de salud se incorpora a los programas sociales a través de sus programas de Salud Pública, DEPA, Epidemiología, Dirección de Control de Vectores Y Zoonosis, Medicina Preventiva, Medicina curativa, Promoción para la Salud, etc. Juega un papel importante en todo estos mecanismos Políticos y Planificación de la Región.

Como proyecciones y tendencias del contexto político-económico se identifican:

Lograr una mayor coordinación del nivel político- económico con el sector salud en búsqueda de solucionar la problemática de salud en la población.

El impacto de los cambios climáticos en el desarrollo económico y social de la población, ha sido negativo a nivel del sector agrícola, afectando con mayor fuerza los distritos de Atalaya, Calobre, Las Palmas y Soná

ESTRUCTURA DE POBLACION POR GRUPO DE EDAD (EN AÑOS)			
TOTAL	173,245	211,576	221,169
MENOR DE UN AÑO			5,475
1 - 4	25,962	29,051	22,678
5 - 9	26,353	28,130	27,458
10 - 14	23,759	26,492	24,314
15 - 19	18,333	22,346	21,451
20 - 59	68,051	89,923	101,116
60 Y Más	10,787	15,634	18,677
PORCENTAJE DE POBLACION URBANA		3.45	
PORCENTAJE DE POBLACION RURAL		14.89	

Incluir la pirámide poblacional por Distrito, según edad y sexo para el año 2000 por cada uno de los distritos. (Pendiente)

SITUACION DE SALUD			
B. ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES	1980	1990	1997
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	50,900	68,880	
TASA DE ACTIVIDAD	43.4	46.00	
Mujeres	48,864		
Hombres	41,347		
TASA DE DESEMPLEO			
TASA DE EMPLEO INFORMAL			
PORCENTAJE DE POBLACION ASEGURADA			
Asegurados Activos			
Pensionados			
Jubilados			
Beneficiarios			
PORCENTAJE DE ANALFABETISMO	28.5	21.9	
ESCOLARIDAD DE LA POBLACION			
Primaria Completa	52.6		
Secundaria Completa	71.8		
Universidad Completa	87.9	-	
DEFICIT HABITACIONAL		93	84
CONDICIONES DE SANEAMIENTO BASICO			
% De la población con disposición de agua potable	15,369		
Urbano		4.7	
Rural		4.3	

INCIDENCIA DE LA POBREZA POR DISTRITO	% DE POBLACION		
	TOTAL	POBRES EXTREMOS	POBRES NO EXTREMOS
1. Cañazas	18,620		
2. Las Palmas	21,667		
3. Santa Fé	10,762		
4. San Francisco	8,068		
5. Calobre	10,725		
6. La Mesa	10,230		
7. Soná	22,867		

CULTURA Y ETNIAS	TIPO DE ETNIAS		
	1980	1990	
% DE POBLACION SEGÚN EDAD		8,555	
0 – 19 AÑOS		9,780	
20 – 59 AÑOS		2,775	
60 Y Más			
LENGUAJE Y DIALECTOS			

SITUACION DE SALUD (indicar número y tasas)				
C. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	1980	1990	1997	
MORTALIDAD GENERAL		381.5	416.9	
1. Accidentes, homicidios, suicidios		47.5	55.6	
2. Tumores malignos		31.5	48.4	
3. Enfermedad Cerebro Vascular		32.4	39.8	
4. Afecciones originales < 1		21.5	-	
MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO				
1. Anomalía congénita			4.3	
2. Infección intestinal mal definida			8.5	
3. Neumonía			11.0	
4. Otras desnutriciones proteínocalóricas			7.2	
MORTALIDAD MATERNA	(9) 1.6	(6) 1.0	(2) 0.4	
1.	64.1	66.0	68.5	
2.				
3.				
4.				
5.				
% DE SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD GENERAL				
% DE SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD INFANTIL				
% DE DEFUNCIONES POR SINTOMAS Y CAUSA MAL DEFINIDAS				
% DE MUERTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGRUPADAS				
% DE MUERTES POR TUMORES				

% DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS			
% DE MUERTES POR CAUSAS CEREBRO Y CARDIOVASCULARES x 100,000			
D. PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS			
1. Bronconeumonía	-	244	427
2. Diarrea		209	822

E. TASA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES			
1. Sarampión		0.7	
2. T. B. C.		8.0	
3.			
4.			
5.			
F. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES Y REEMERGENTES QUE AFECTAN A LA POBLACION (enfermedades y situaciones de riesgo)			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

La encuesta agrícola revela que en los años agrícolas 1996 / 97, la provincia de Veraguas participó en la República con 12.9 % en la cosecha de arroz en cáscara, 10.4 % en quintales de grano seco, frijol de bejuco con 14.2 %, 4.6 % de café pilado y 26.5 % en toneladas cortas de caña de azúcar.

El censo agropecuario de 1991, referido a 1990, reflejo que de las 213 895 explotaciones agropecuarias en la república, 16.2 % pertenecen a la Provincia de Veraguas (34,682 explotaciones); de las explotaciones ocupadas 23,185 sin título de propiedad. Según el V censo agropecuario de 1991, el total de tierra aprovechada en la Provincia era de 578,900 hectáreas, que corresponden a 51.56% de la superficie de la provincia.

En cuanto a la existencia de ganado vacuno 19.1 %, ganado porcino 13.0 %, producción avícola (gallinas, gallos, pollos y pollas) 11.2% fue la participación porcentual de la provincia en la República.

No se cuenta con información sobre proyectos de reforestación con respaldo privado o del gobierno.

Las principales actividades económicas de la región son:

Industria manufacturera (160 establecimientos) con una participación porcentual en la república de 5.3 %, Comercio al por mayor (60) con 2.7 %, Comercio al por menor (1423) con 8.1%, Hoteles y Restaurantes (285) con 7.4 %, Transporte, almacenamiento y comunicación (16) con 2.2 %, Intermediación financiera (121) con 1.6 %, otras actividades (924) con 2.3 %.

Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta:

Vigilancia Sanitaria:

Lo que estamos haciendo

- Saneamiento Ambiental Básico disposición de excretas, desechos de aguas servidas, calidad de agua
- Control de enfermedades prevenibles por vacunación
- Calidad de los alimentos
- Vigilancia de Enfermedades transmisibles
- Nivel nutricional

Aspectos se deben incluir:

- Desechos sólidos
- Enfermedades crónicas
- Problemas sociales: alcoholismo y violencia
- Condiciones de la infraestructura de los servicios de salud en relación a las zonas de riesgos
- Condiciones de trabajo (ergonomía laboral) para la salud ocupacional de nuestros funcionarios

Debilidad

Actitud negativa de funcionarios

Organización actual de los servicios y de los equipos. Falta de Sectorización con capacidad resolutoria acorde a cada área y niveles de complejidad.

Accesibilidad geográfica

Escasez de recursos humanos, económicos y de equipo

Distribución inadecuada de los recursos

Fortalezas

Disposición y actitudes de las personas para realizar un trabajo

Accesibilidad Geográfica

Distancia de 1 1/2 horas a 4 días. Los medios de transporte más utilizados son: bote, carro, a pie, caballo. Los costos aproximados oscilan entre 0.05 – 60.00 balboas. Algunos no se pueden cuantificar.

Complejidad De La Red

La complejidad de las instalaciones de salud de la red pública regional de salud es la siguiente:

Los puestos, centros, policlínicas y hospitales de área (Cañazas) conforman el primer nivel, en tanto que los hospitales de Soná y Chicho Fábrega integran el segundo nivel

En términos generales las características de los establecimientos de salud son:

Centros de Salud

Recursos Físicos: regular
 Humanos: regular
 Tecnológicos: malas

Hospitales

regular
 regular
 regular

La red de servicios esta sectorizada arbitrariamente. Algunos por accesibilidad geográfica

No hay uniformidad de que población es de responsabilidad de cada sector, porque no existe una definición de **sectorización**

Se ofertan servicios en función de imposición de programas más que en el análisis que haga cada nivel local.

Se ofrecen los siguientes servicios:

Servicios Finales

1. Atención a Paciente
 - Morbilidad
 - Promoción
 - Prevención
2. Visita domiciliaria
3. Giras Médicas

Dónde se ofrecen

Centro y Puestos

 Comunidad
 Comunidad

Costos para el usuario

No se cuantifica

Intermedios

Farmacia
 Laboratorio
 Rayos X

Donde se ofrecen

Centro de Salud
 Un Centro de Salud y Hospital y Policlínicas
 Hospital y Policlínica

El desarrollo de estos servicios administrativos depende de la complejidad de la instalación de salud.

Hay algunos protocolos de atención pero no se usan (Protocolos de diarreas)

Existen mecanismos de comunicación entre la red de servicios del MINSA con la de la CSS, sin embargo no hay evidencia de articulación.

La red formal de servicios de salud se articula con la informal a través de la capacitación y seguimiento de las Parteras Empíricas ().

No hay articulación con red privada

No hay articulación entre el sistema de referencia – contrarreferencia y que el flujo de los pacientes no se articula entre las diferentes instalaciones de salud de la red. El fallo fundamental se identifica en el sistema de contra-referencia, lo que limita el seguimiento y evaluación del paciente. Referencia normado. La articulación entre MINSA y CSS es abierta y se da buen apoyo. Falla la contra – referencia. Existen problemas de infraestructura y equipamiento en la red. Además, se tiene poca disponibilidad de recursos humano y ello incide desfavorablemente en la capacidad

resolutiva. Hoy día el sistema esta siendo fortalecido en función del criterio base: la capacidad resolutiva. Los paquetes básicos requieren ser rígidos y flexibles. Estos pueden ser rechazados en función de que la población está acostumbrada a recibir un tipo de servicio.

Los equipos básicos dependen de la complejidad y nivel de atención de la instalación, en el caso de la Región de Veraguas existen varios miembros del equipo de salud que lo conforman:

Santa Fé Palmas	Atalaya	Las
Médico	Médico	Médico
Enfermera	Enfermera	Enfermera
Aux. de Enfermería	S. Ambiental	Aux. de
Enfermería		
S. Ambiental	Región de Salud	Odontólogo
CAVV	Odontólogo	S.
Ambiental		
SNEM		Promoción de
Salud		
Téc. Agrónomo		Asistente de
Salud		
Nutricionista		Farmacia
Aux. de Farmacia		
Nutricionista		
Odontólogo		
Asistente de Salud		

Puesto	Centro de Salud	Subcentro de Salud
Asistente de Salud		Aux. de Enf. o Enfermera Partera
Promotor a 3		Un médico que asiste 2 veces por semana a
atender		
Bolsones De Desprotegidos		

Los bolsones de desprotegidos se concentran

1. Indígenas, campesinos
2. Áreas de difícil acceso (islas, costas)

Los principales riesgos que los afectan son:

- Desnutrición y carenciales
- Infecciones
- Mordeduras de ofidio
- Accidentes en general.

Las coberturas de DPT, anti-Sarampión y Tétano en madre son bajas

Sectorización de la atención:

Centro de Referencia de algunas instalaciones – atención materno infantil:

Canto del Llano: el de mayor complejidad

San Francisco

Atalaya: No es uno de los Distritos de Pobreza, la demanda no es tan alta

Altos de Los Ruices – materno infantil

Ello implica incremento de la oferta o bien mejoras en la misma.

Hay deficiencia en la sectorización

Los Recursos Humanos

Recursos Humanos Básicos En Red De Atención

TIPO DE RECURSO	AÑO				
No. Total De Médicos					
Generales					
Pediatras					
Cirujanos					
GinecoObstetras					
Otras especialidades					
No. Total De Enfermeras					
No. De Odontólogos					
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.					
Razón De Enfermeras(Os) Profesionales Por 10,000 Habs					
No. Total De Técnicos De Laboratorio					
Nº de Farmacéuticos					
Nº de Asistentes de Farmacia					
No. De Educadores para la Salud					
No. De Inspectores de Saneamiento y antivectoriales					
No. De Ingenieros y arquitectos					

Los internos de odontología tienen un uso inadecuado y se concentran en las instalaciones de la CSS, no asisten a los áreas alejadas. carencia de nombramientos.

Las parteras capacitadas son supervisadas por enfermería. Los curadores en general no han sido capacitados.

Actualización de competencias clínicas y administrativas: Odontología distribuye horas, a partir de enero justificación de horas. Debe ser en equipo, si existe mecanismo de planteamiento de los problemas, más no como resolverlo

Los Medicamentos Y Laboratorios

Se cuenta con 17 centros con farmacia y asistente de farmacia. 9 farmacéuticos, 5 en el H Regional, uno en H. Cañazas, 3 en el depósito. Cuadro básico nacional de medicamentos, no existe un cuadro regional de medicamentos, ni se cuenta con farmacias comunitarias. Los puestos de salud cuentan con medicamentos esenciales que son entregados a los usuarios del sistema. No existe un esquema de entrega de las subvenciones y no se aplican protocolos de atención para personas afectadas por patologías prevalentes. En todas las farmacias, esta dispuesto en la ley, que deben contar con farmacéuticos, sin embargo las primeras en no cumplir con esta disposición son las del MINSA.

Hoy día están funcionando 7 laboratorios, siendo el de referencia el del Hospital Regional de Santiago. Los costos de los laboratorios no son uniformes y en la adquisición de insumos y reactivos para uso del laboratorio no se establece un mecanismo de priorización.

La falta de disponibilidad de algunos medicamentos en el primer nivel de atención hace que el sistema de referencia contrareferencia se vea afectado y disminuya la capacidad de respuesta de este tipo de instalaciones, con el consiguiente incremento del uso de los hospitales. Se aduce que es por la existencia de un cuadro básico.

El Director Regional explica algunas proyecciones de la red.

Fotografía N° 4. Satisfacción del cliente:

Listas De Espera

La mora quirúrgica hasta el mes de marzo del 2000, era de 9,000 cirugías electivas, excluidas de éstas las salpingectomías. Hace más de 4 años no se hacían cirugías electivas por falta de insumos; tanto pacientes del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social,.

No se tiene conocimiento de la mora del Hospital de Soná. El Hospital de Cañazas no tiene cirugías.

Para disminuir la mora la Caja de Seguro Social alquilará el Servicio de Cirugía en el Hospital Jesús Nazareno para pacientes asegurado.

Hasta hace unas dos semanas, no había programa de registro de la mora quirúrgica en el H. Regional. Hoy día está centralizado el otorgamiento de citas para cirugías ambulatorias y electivas en el Dpto. de Evaluación Socio Económica. El salón de operaciones no ha realizado programa hasta hace 2 semanas. Se carecía de una organización, no hay coordinación para programas o especialidades.

Las funciones administrativas las lleva un Enfermero a pesar que el Jefe del Servicio es un médico.

Los servicios, programas o actividades donde se concentra el mayor número de clientes en espera por la atención demandada son:

- Farmacia
- Servicios médicos de atención
- Laboratorio
- Atención especializada

El Hospital de Santiago no tiene normas; la mayor concentración de las listas de espera, a nivel hospitalarios esta en la consulta especializada, que es hasta de 3 meses y cardiología, concentra el mayor número de pacientes en espera. En los centros de salud la consulta especializada demora más o menos 15 días. Ya al momento de la atención, el tiempo de espera es de menos de una hora y para las cirugías electivas alrededor de un mes.

Tiempo promedio de atención: se espera aproximadamente una hora. Se atiende hasta las 11:00 a.m.; los pacientes de áreas lejanas y los que residen a más de dos horas de la cabecera y áreas aledañas, son atendidos en el momento que llegan.

Algunos Centros de Salud atienden sin cupo; embarazadas, y PAP primer control púerperas y recién nacidos.

No hay una norma general, depende del Director Médico del Centro de Salud. En relación al tiempo de espera, los gerentes deciden formas y estrategias para

disminuirlo. Salud con Calidad incluyó definir programas específicos para controlar este problema.

No se registra el rechazo de pacientes en la consulta externa o Centros de Salud; aunque si existe el rechazo de pacientes, no se lleva el control, por tanto no se analiza este problema.

A nivel de Centros de Salud los servicios más demandados y menos satisfechos son el de medicamentos (Centros de Salud desabastecidos de piperazina por ejemplo), el de laboratorios, que no está disponibles en todas la áreas. Hace dos semanas servicios gratuitos para escolares y adolescente. Los costos son un problema

Mecanismos se utilizan para otorgar citas de medicina general y especializada:

Medicina General sin citas, atención por demanda. Medicina Especializada por referencias y luego se otorgan citas. En el hospital es por cita.

Causas del rechazo de los cupos:

- Horario médico
- Incapacidad o ausencia del médico
- Demanda de pacientes, etc.

La enfermera atiende todos los cupos, no rechazan pacientes.

Horario de Servicio

7:00 a.m. a 3:00 p.m.

6:30 a.m. a 4:00 p.m. Canto Del Llano

La población no está satisfecha con el horario después de las 3:00 p.m. todos los Centros de Salud están cerrados, trabajan de lunes a viernes.

Propuesta

1. Abrir el Centro Materno Infantil de Alto de Los Ruices 24 horas los siete (7) días a la semana.
2. El Centro de Salud de La Mesa por partida presupuestaria legislativa trabajará 24 horas.
3. Policlínica: corta estancia 24 horas, cirugías y urgencias

Mecanismos De Medición De La Satisfacción Del Cliente

Salud con Calidad: indicadores técnicos de evaluación de calidad del servicio. Todos los Centros de Salud aplican encuesta de indicadores de calidad cada seis (6) meses.

Control De Calidad

Se realiza control de calidad, la auditoría de expediente se ha efectuado en tres (3) Centros de Salud en los que se ha llegado a acuerdos de gestión. Estos son los de San Francisco de Atalaya, Canto Del Llano; referencia contra referencias, historia clínica, resultado por las mismas causas.

El programa se ha establecido a través del Proyecto de salud con calidad. Este proyecto han tenido un impacto positivo actualmente hay cuatro (4) Centros de Salud que tienen acuerdos: San Francisco, Atalaya, Canto Del Llano y el Hospital de Soná de la Caja de Seguro Social. Cada Centro de Salud tiene establecido su equipo local de salud con calidad. Se han proporcionado estímulos al cliente interno a través de las certificaciones, seminarios, en beneficio al cliente externo. Sin embargo, hay interés por medir resultado e impacto de este proyecto en la atención de salud. Importa qué piensan los clientes internos y externos de la prestación del servicio.

Medición de indicadores técnicos: Qué estas haciendo, cómo y qué medidas aplicas.
Historia CX. Completa
Sistema de Referencia – Contrareferencia y Otros

Viabilización de planes para proyección de la red:

Recursos Financieros y RRHH son indispensables, Requiere apoyo Nivel Central (nombramiento de personal)
Turnos médicos, enfermería, farmacia y otros para Soná: B/. 21,000
Organización de la prestación de servicios posterior a la definición de la extensión de horarios, incremento de recursos médicos y de enfermería.

Incentivos fin de semana con medio turnos.

El proyecto de salud con calidad, mediante la evaluación de la historia clínica completa tuvo pocos avances, no se término de evaluar el proyecto, no todos los indicadores fueron evaluados. Los indicadores específicos fueron definidos por la región. Este se ha evaluado cada 6 meses en los 2 últimos años y superó las expectativas. Las metas locales se miden semestralmente y se han logrado los resultados esperados. Los avances no son uniformes para todas las instalaciones locales. En qué magnitud?

Qué proporción de diagnósticos médicos caen en la categoría de síntomas y signos mal definidos? No se sabe, pues este indicador no se esta llevando. Equidad en la oportunidad de diagnóstico.

Sistema de Referencia y contra referencia: No se ha logrado que exista la contra - referencia.

Existen acercamientos con la coordinación institucional de la CSS, inicialmente la cooperación estaba centrada sobre el H. Regional. Hoy día la CSS pretende alquilar salas de una clínica privada para resolver sus problemas quirúrgicos. Para el

hospital regional provee algunos insumos . En la periferia, planteaban creación de ULAPS, el MINSA solicitó no incorporar estos proyectos debido a duplicidad de servicios. Se coordinó entonces RRHH e insumos y medicamentos. La CSS no ha cumplido con estos acuerdos. Inició el funcionamiento de una ULAPS en los alrededores de la Policía Nacional. El centro de salud de Zapotillo hacia La Palma, solicitan que gratuitamente o por alquiler simbólico se les otorgará para ellos ponerlo a funcionar. Hay un preacuerdo que esta pendiente de aprobación por los niveles nacionales de ambas instituciones.

FOTOGRAFIA N° 5 Red Social

La población para apoyar la gestión y oferta de servicios de salud se organiza a través de la organización de las fuerzas vivas representadas por comités de salud, JAAR, Organizaciones de ONG, cooperativas, federaciones, confederaciones.

Apoyan en el diagnóstico de las necesidades, pero la mayoría no cuenta con suficiente capacidad para responder en la solución de las mismas.

El análisis que se ha hecho es que no existe una coordinación real entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a pesar de que se vienen trabajando en esta coordinación.

Deben ser sociales, económicos y políticos.

Lo que los hace de mayor relevancia es que respondan a las necesidades de la comunidad y cuenten con los medios económicos para desarrollarlos y de menor relevancia de efectuar acciones inconsultas sin sustentación técnica.

No contamos con diagnóstico que permita caracterizar el sector informal.

Las practicas y culturas de la población en las actividades formales de salud se integran a través de la capacitación: como es el ejemplo de parteras empíricas, promotores de salud, comités de salud, juntas administradoras de agua.

Las fortalezas y debilidades del equipo de salud de su región para potenciar la red social de salud son:

FORTALEZAS:

Creación de nuevos centros de atención medica, MINSA y CSS. Apoyo y coordinación entre centros y puestos de salud con el nivel regional. Estructuración Orgánica de los tres niveles de atención. Existencia de normas de atención a la población y al ambiente. Se han efectuado estudio de las necesidades de infraestructura de la población y ambiente e indicadores de salud.

DEBILIDADES:

Se dirigen los esfuerzos de atención hacia los niveles secundarios y terciarios. Ausencia de mecanismos que promuevan la Productividad. Inequidad y escasez de recursos.

Débil capacidad gerencial. Ausencia de un plan de mantenimiento y monitoreo.

Fotografía N° 6. Proyecciones de la Red

Adecuaciones De La Oferta

Se toman en cuenta los aspectos de promoción y prevención pero deben concebirse de manera integral, interdisciplinaria y con base en prioridades (en síntesis, en la política de salud la promoción y prevención están en el contexto, pero en la práctica no se cumple.

Educar a la población y coordinar con los grupos organizados.

La conformación de equipos básicos es necesario, pero se debe adecuar dependiendo de las necesidades del área, debe darse dependiendo de la situación y trabajar en forma integral y tomar en cuenta la promoción y prevención en la atención primaria.

Como nuevas modalidades de atención Se realiza cirugía ambulatoria en la CSS y MINSA

Se están desarrollando nuevas instalaciones pero no se discute su actuación.

Las decisiones asumidas para modificar la oferta de servicios hospitalarios se esta haciendo, aunque lentamente (sugerencia, mayor divulgación) ejemplo, instalaciones del hospital nuevo, que funciona con los mismos servicios, pero que ha incorporado nuevos servicios que no se divulgan.

La planificación de los servicios debe realizarse conjuntamente con la CSS. Ahora bien a lo interno del MINSA se debe hacer efectiva la delimitación del área Gnohe Buglé, Proyecto de Salud Rural, PAC, Control de embarazo, pobreza rural, programas de odontología y tercera edad, entre otros.

Por otro lado, en materia de infraestructura, agua potable no se planifica a nivel local.

A nivel de los servicios médicos y técnicos los actores sociales no plantean sus necesidades a nivel local, lo hacen directamente en los niveles regionales, a través de los Comités de Salud, Consejo Municipal, ONG, Iglesia, Organismos Internacionales y otros..

Se han logrado definir espacios de población con base a criterios de accesibilidad geográficos. Se sugiere que se evalúan otras alternativas como accesibilidad cultural y económica.

La participación activa y organizada de la comunidad en general, es indispensable para lograr la incorporación de los principios de deber y derecho en el proceso de producción social de la salud.

Los equipos de salud tienen la competencia técnica para enfrentar las nuevas concepciones de atención en salud, sin embargo deben fortalecerse la educación continuada, la creación de incentivo, la retroalimentación. De igual forma los

mecanismos de coordinación interdisciplinaria, el trabajo en equipo y la delegación de funciones.

Adecuación De La Cartera De Servicios

Evaluación periódica en base a productividad, eficiencia, eficacia, impacto quienes ofertan y demandan cobertura. Se cuenta con modelo médico-funcional en los nuevos puestos con modelo típico, el hospital regional, la Policlínica Horacio Díaz.

Es necesario levantar un diagnóstico de situación en el área y elaborar procedimiento de trabajo.

La ampliación de horarios para la ampliación de coberturas: Debe optimizarse los horarios semanales y la ampliación con base a criterios controlados de la demanda. Las giras médicas integrales deben especificar sus objetivos.

Para una buena sectorización, es necesario definir el equipo básicos: médico general, enfermera, educador para la salud, inspector de saneamiento ambiental, ayudante de salud y odontólogos. Así como el área de influencia con base a accesibilidad, vía de comunicación, dispersión y otros.

El área de influencia debe considerar la accesibilidad (geográfica), el grado de dispersión, vías de comunicación (caballos)

Funcionamiento del sistema de referencia – contrarreferencia y los nexos de coordinación e integración con la CSS.

- No se da porque el paciente viene sin referencia
- }Paciente atendido no lleva la referencia al centro de atención que lo refirió
- Integración con la Caja de Seguro Social
- Fortalecer la integración Caja de Seguro Social/Ministerio de Salud

En el caso de apoyos de algún legislador para el funcionamiento de instalaciones de salud, esta en espera de la puesta en funcionamiento de las partidas circuitales.

En cuanto a la atención de pacientes ancianos o con enfermedades crónicas, se ha estado considerando el reforzamiento de programas debido al incremento de la expectativa de vida y de la proporción de pacientes de tercera edad. Dotación de equipos e instrumental diagnóstico a las instalaciones específicas que así lo requieran con la finalidad de incrementar su capacidad de respuesta. (HTA, Diabetes y otros) El Centro de Río de Jesús sería uno que se incorpora en esta categoría.

Las enfermedades del Trabajo son básicamente responsabilidad de la CSS. Sin embargo el proyecto PLAGSALUD se desarrolla en Montijo y Soná. La principal patología es el alcoholismo, para ello el área de La Peña forma parte de un proyecto municipal para abordar este problema, esto en función del Sistema de Junta, donde el trabajo es pagado con bebidas. El cambio ha de darse en cada individuo. También el trabajo con escuelas primarias y secundarias en términos de promoción de la salud. Se orientan programas de promoción sobre aspectos de terapia de ocio.

Es fundamental educar a la población, mejorar la atención primaria, coordinar con los grupos organizados (Centros de Salud, Cruz Roja, ONG' paramédicos, los bomberos).

Ampliación De Cobertura

El equipo básico de salud se esta reforzando en Canto del Llano con una visión de giras de promoción más que de atención clínica para que el equipo conozca los riesgos.

La economía informal es cada vez más relevante y por tanto el MINSA tendrá que acoger a esta población, por lo que es importante la promoción. En cuanto a la organización de los centros de salud debe enfatizarse no sólo en el diagnóstico, sino también en el tratamiento.

La experiencia dice que entre las principales causales de demanda de atención de productores agrícolas informales es la mordedura de ofidio. Además de la anemia, parasitosis y enfermedades pulmonares. La mayoría de estos problemas se relacionan con el incumplimiento de las medidas de prevención en el campo laboral.

Es importante considerar la densidad de población, la ubicación estratégica, el perfil epidemiológico, los grupos étnicos y la jerarquización a fin de lograr mejores niveles de cobertura de atención a la población más vulnerable. La optimización de los horarios y su ampliación de los horarios los fines de semana con horarios controlados según la demanda.

FOTOGRAFIA N°7. Caracterización Del Sistema Regional

Organización Y Funcionamiento.

El ordenamiento político administrativo actual esta centralizado y burocratizado, lo que repercute en el desarrollo del proceso administrativo en forma negativa ya que dificulta la ejecución fluida del proceso a nivel regional y local.

El grado de avance en el proceso de descentralización es escaso ya que el nivel regional no puede descentralizar si el mismo se encuentra centralizado.

Este proceso debe darse paulatinamente y directamente proporcional al grado de efectividad del primer nivel y el segundo nivel en desarrollar su rol. Para ello debe existir capacidad administrativa en el nivel regional y local tanto en recursos suficientes como en el aspecto académico.

Consideramos que la estructura organizativa debe ser sencilla con la menor cantidad de niveles jerárquicos para evitar el exceso de burocratización. Aumentando los canales

Si existen manuales de procedimiento administrativo. Se aplican de acuerdo a lo que ellos establecen. Y son utilizados en los diferentes departamentos de administración y finanzas básicamente para la ejecución presupuestaria.

La coordinación con la CSS se da al nivel de ambas direcciones, regional e institucional. Sobre la base de que el presupuesto de la nación asignado al sector salud en la provincia de Veraguas, esta dado en función de su población total, que la infraestructura salud esta ampliamente distribuida, no así la infraestructura CSS. La CSS social cuenta con más del 50% de la población beneficiaria, por lo que debe asumir su responsabilidad en las áreas donde su infraestructura no esta presente. Ya que en la Provincia se lleva más del 50 % del presupuesto del sector. Los nexos de coordinación se deben establecer permanentemente y bidireccional.

La fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional son:

FORTALEZAS: Voluntad política, existen las políticas de salud encaminadas a la descentralización y desburocratización de los servicios de salud percibida también por el equipo de salud y la población, existencia de recurso humano capacitado, con deseos de superación personal. La existencia de normas de atención a la población y al ambiente.

DEBILIDADES: retraso en el abastecimiento de insumos, carencia de asignación presupuestaria regional para la sostenibilidad. Escasa asignación de recurso humano y equipo. Ausencia de un plan de mantenimiento y monitoreo. Esfuerzos dirigidos hacia la atención secundaria y terciaria.

El sistema regional de salud MINSA efectúa las funciones de conducción sanitaria, es el ente normativo en las acciones de salud que se efectúan en la provincia. Desde el momento que establece las políticas de salud en el ámbito nacional.

Participan Salud Publica, Promoción para la salud. Cuando se efectúan acciones que involucren las actividades sanitarias

Actualmente sé esta trabajando con el mismo modelo de gestión

Las políticas de salud si responden a las necesidades regionales, el problema esta en la implementación de las mismas en el nivel local, por la falta de recursos.

En el aspecto gerencial incide de manera negativa por el exceso de centralización y burocratización que dificulta la ejecución de las acciones en el nivel regional.

Para ello debe existir capacidad administrativa en el nivel regional y local tanto en recursos suficientes como en el aspecto académico.

En cuanto al nombramiento y distribución del recurso humano la toma de decisiones esta centralizada en el director regional.

Y en cuanto a las necesidades de la provincia a nivel técnico se toma en cuenta a la subdirección y al departamento de políticas de salud además del departamento de administración y finanzas.

Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud al sector público y privado, las ejercen los jefes de departamento a nivel regional.

La instancia responsable de análisis ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región, es el departamento de políticas de salud de la región de Veraguas.

Cuadro No. 1. Presupuesto Asignado Al Sector Salud.
Provincia De Veraguas. Años1994-1998

AÑO	PRESUPUESTO ASIGNADO		PRESUPUESTO EJECUTADO		COOPERACION EXTERNA
	MINSAs	CSS	MINSAs	CSS	
1994	6,607,474.00	8,452,572.00	Información	7,403,843.00	
1995	6,018,962.00	9,341,722.00	No disponible	8,843,351.00	
1996	8,803,318.00	11,254,040.00	En la región	10,093,228.00	
1997	9,033,112.00	11,537,325.00	De salud de	10,684,477.00	
1998	9,066,814.00	13,268,740.00	Veraguas	11,190,014.00	
1999	9,048,807.00			16,900,084.00	
2000	8,986,401.00				

Fuente: Departamento de Presupuesto. Ministerio de Salud de Veraguas. Departamento de Planificación. Coordinación Caja de Seguro Social de Veraguas. Agosto de 1999.

C. CONTEXTO SOCIAL:

Se observa que el mayor porcentaje de población se encuentra en el área rural, aunado a ello el hecho de que los primeros 26 distritos más pobres de la República diez pertenecen a la Provincia de Veraguas.

Mientras que la tasa de desocupación se calculó en 7.6 %, inferior al 11.7 experimentado en el ámbito nacional según el censo de 1990.

Las diferentes etnias se distribuyen así: en su gran mayoría la población es Mestiza, pero existen grupos étnicos como Indígenas (Ngobe-Buglé y Bokotas) ubicados en el Nor-occidente 1990, Negros Afro-coloniales ubicados en el Sur de Montijo y Soná, Chinos e Hindúes ubicados en Santiago.

El porcentaje de población analfabeta de acuerdo al Censo de 1990 fue de 21.86%.

Según el censo de 1990 16.4 % de la población con menos de III grado de primaria aprobado. 5.8 % de la población de 6 a 15 años de edad asiste a la escuela primaria. 17.5 % de la población asiste a otro nivel de enseñanza.

De acuerdo a la Encuesta de Niveles de Vida 1997 y el Censo Nacional de población y Vivienda de 1990, los siguientes son los porcentajes de pobreza en la provincia de Veraguas, según distrito:

Cañazas	98 %	Calobre	85 %	Montijo	78 %
Las Palmas	93 %	La Mesa	84 %		
Santa Fe	91 %	Soná	82%		
San Francisco	86 %	Río de Jesús	81%		

Los Centros Urbanos de la Provincia son:

Santiago con 31,913 hab.

Soná 6, 972 hab.

Atalaya 2,193 hab.

Cañazas 2,108 hab.

No contamos con cifras anteriores para poder evaluar tendencias.

La tasa de desempleo para el año 1990 fue de 7.6 %.

No contamos con información sobre el empleo informal.

Cuadro No. 2. Distribución De Población Por Area Urbana Y Rural.
Provincia De Veraguas. Año 1998

AREA	POBLACION	%
URBANA	54,126	23.78
RURAL	173,514	76.22
TOTAL	227,640	100

Fuente: Departamento de Saneamiento Ambiental. Región de Salud de Veraguas. Agosto de 1999.

Cuadro N°.3. Situación Porcentual De Pobreza
Republica De Panamá. Año 1997

TOTAL	POBREZA TOTAL (a)	POBREZA EXTREMA
RURAL	63.4	42.7
INDIGENA	94.5	87.7
DIFICIL ACCESO	92.0	78.1
TOTAL	37.1	21.6

a/ : la pobreza total incluye la pobreza extrema

Fuente: Encuesta nacional de Niveles de Vida. Ministerio de Planificación Y Política, Económica, Dirección de políticas social. Año 1997.

Cuadro No.4. Situación De Empleo
Provincia De Veraguas. Años1994-1998

AÑOS	TASA DE DESEMPLEO
1990	7.6

Fuente: Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Compendio Estadístico Provincia de Veraguas. Años 1992-1996. Panamá, 1997.

D. CONTEXTO DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

Al observar las tendencias de las Tasas de Mortalidad, se puede decir que existe un decrecimiento de las Tasas de Mortalidad Infantil y la Tasa Bruta de Natalidad

Para el año de 1996 la esperanza de vida al nacer fue de 69.8 años. La tendencia ha sido de aumentar la esperanza de vida.

La tasa de crecimiento geométrico para el año de 1996 fue de 0.48 por cada 100 hab.

La población de la provincia para el año de 1998 se estimó:

En 222,228 habitantes, de los cuales el 53.4% corresponde al sexo masculino y 46.6 % al grupo femenino.

Menores de 15 años en 36.54 %, mayores de 18 años 57.39 %, de 15 a 64 años 57.91 %, mayores de 65 años 5.56 %

La edad mediana para el año de 1996 fue de 21.99 años

Las enfermedades crónicas podemos observar que las tasas más elevadas se encuentran en el distrito de Río de Jesús con 92.3 x 1000 habitantes, seguidos por los distritos de Montijo y Atalaya con 84.3 y 83.4 x 1000 hab. Las tasas mas elevadas de Diabetes Mellitus se presentaron el distrito de Montijo con 17.4 x 1000 hab. Las tasas más elevadas de Hipertensión Arterial se reportaron el distrito de Atalaya con 57.5 x 1000 hab.

En lo que respecta a las enfermedades transmisibles se reportaron aumentos de la tasa de TBC en casi todos los distritos en el año de 1997, con respecto a los años 94, 95 y 96.

Las 5 principales causas de mortalidad infantil en la provincia de Veraguas en menores de 0 a 4 años de edad para el año de 1995 son:

Ciertas afecciones originadas en menores de 1 año 711.1 x 100,000 hab

Anomalías congénitas 225.5 x 100,000 hab.

Accidentes, homicidios y otra violencia 69.4 x 100,000 hab

Infección intestinal mal definida 34.5 x 100,000 hab

Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma 17.3 x 100,000 hab.

De acuerdo a la información del departamento de epidemiología desde hace 5 año no se han presentado casos confirmados de sarampión

En Veraguas la farmacodependencia es uno de los problemas importantes en salud principalmente para los grupos comprendidos entre los 13 y 17 años de edad, de igual manera constituye una de las principales causas de, y condicionantes de comportamiento violentos y delictivos.

Existe subregistro que se asocia a: - La baja demanda de atención médica, por implicaciones legales del problema. - Atención en instalaciones privadas. - Se registran más los casos de uso y abuso de drogas. - Muchas instalaciones no cuentan con laboratorios para hacer diagnostico clínico.

Cuadro No. 5. Variables Demográficas
Provincia De Veraguas. Años 1994-1998

(Tasa por 1000 habitantes)	AÑOS				
	1994	1995	1996	1997	1998
Tasa bruta de mortalidad		3.8			3.6
Tasa de mortalidad materna	0.83	0.8	1.2	0.4	1.8
Tasa de mortalidad infantil		15.5		6.9	7.8
Tasa bruta de natalidad	24.9	22.9			17
Tasa global de fecundidad		3.7			3.8

Fuente: Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo.
Compendio estadístico. Provincia de Veraguas. Años 1992-1996.

Cuadro No. 6. Variables Epidemiológicas
Provincia De Veraguas. Año 1998

Porcentaje de subregistro de la mortalidad general	
Porcentaje de subregistro de la mortalidad infantil	20.5
Porcentaje de defunciones por síntomas y causas mal definidas	55.6
Porcentaje de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas (TB, Hepatitis, Sepsis, Bronquitis, Meningitis)	
Porcentaje de muertes por Tumores	12.4
Porcentajes de muertes por Causas externas	
Porcentaje de muertes por causas cerebro y cardiovasculares	8.96

Fuente: Contraloría General de la República. Dirección de Estadística Y Censo. Compendio Estadística Provincia de Veraguas. 1992-1996.

E. CONTEXTO AMBIENTAL:

Los porcentajes de población con disposición adecuada de residuos sólido y disposición adecuada de aguas residuales y servidas en la Provincia de Veraguas es menor del 30 %, situación que pone en riesgo a la población a contaminaciones y propagación de enfermedades infecciosas prevenibles.

La tasa de intoxicación por plaguicidas en la provincia de Veraguas es de 8.06 por 100,000 hab.

Cuadro No. 6a . Variables Del Sistema Ambiental
Provincia De Veraguas. Año 1999

VARIABLES AMBIENTALES	PORCENTAJE
Porcentaje de la Población con Disposición Adecuada de Residuos Sólidos	29.0
Porcentaje de la Población con Disposición Adecuada de Aguas Residuales y Servidas	19.14
Porcentaje de Hospitales con Disposición Adecuada de Desechos Hospitalarios Peligrosos	0.0

Fuente: Departamento de Saneamiento ambiental. Región de Salud de Veraguas. Julio de 1999.

Sistemas De Servicios De Salud

A. Marco

El Sistema de Salud de la provincia de Veraguas. Esta compuesto por 2 niveles de Atención, pobremente integrados: el nivel primario que cuenta con -- Puestos de salud, --Sub-centros de salud,--Centros de salud, --Policlínicas de la Caja de Seguro Social, -- Clínicas Privadas. Este nivel se ocupa del diagnostico y tratamiento de padecimientos sencillo, del seguimiento de los casos referidos del 2° nivel u otros niveles, de la promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente y su acción esta en preservar y conservar la salud de la población a través de actividades de promoción, protección especifica, Diagnostico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos que se presentan con cierta frecuencia y cuya resolución es factible

mediante recursos simples. Es el ámbito de los Médicos Generales, Personal de Enfermería, Asistentes de Salud y los Promotores de Salud.

Y el Nivel Secundario cuenta con un Hospital regional que presta servicio con algunas especialidades del 3° nivel, un Hospital de la Caja de Seguro social y un Hospital privado con una oferta de camas de 372 con un indicador de 1.7 camas por 1000 habitantes para el año de 1997. Les corresponde las actividades que tienen que ver con la restauración de la salud, atención a daños menos frecuentes y de mediana complejidad, servicios a pacientes referidos del 1° nivel y que acuden espontáneamente al servicio de urgencias. En cuanto a las actividades del tercer nivel se realizan actividades de restauración y rehabilitación.

Se ejerce un control sanitario de la contaminación ambiental con apoyo de laboratorio.

La relación que existe entre el subsector privado y el sector público se dan en el sistema de referencia y contrareferencia de pacientes.

Existen clínicas privadas de atención primaria y un Hospital con camas.

Las instituciones se relacionan entre sí y con las instituciones del subsector público, a través del sistema de referencia y contrareferencia de pacientes.

B. Recursos Del Sistema

En el cuadro de recursos humanos se observa que para el año de 1998 se aumento el recurso medico en la provincia. En cuanto al personal de enfermería este se disminuyó en el año 1998, mientras que el único personal que se mantuvo constante y en aumento fue el personal de odontología.

Recursos Humanos

No se han introducido cambios en la planificación y la gestión de los recursos humanos , los nombramientos se hacen de acuerdo a designaciones del nivel central y/o de la dirección regional.

La cobertura de funcionarios en Carrera Administrativa:

Son 116 funcionarios que corresponden al 23%. De 350 expedientes, 84 expedientes están pendientes de audito por carrera administrativa, 144 expedientes no cumplen con los requisitos ya sea porque no cuentan con los documentos completos en el expediente o porque no esta definido el cargo en el manual general de cargos.

No se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud.

Cuadro No. 7. Recursos Humanos En El Sector Salud
Provincia De Veraguas. Años 1994-1998

TIPO DE RECURSO	AÑO				
	1994	1995	1996	1997	1998
No. Total de médicos			113	114	127
No. Total de enfermeras		125	156	159	105
No. de odontólogos	19	21	35	24	33
No. de especialistas en Salud Pública	1	1	1	1	1
Razón de médicos por 10,000 hab.			5.1	5.1	5.7
Razón de enfermeras(os) profesionales por 10,000 hab			4.45	4.83	4.68
No. Total de técnicos de laboratorio					

Fuente: Departamento de Estadísticas y Enfermería Región de Salud de Veraguas.
Agosto 1999.

Cuadro No. 8. Recursos Humanos En Las Instituciones De Salud
Provincia De Veraguas. Año 1999

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos *	Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Otros trabajadores	Personal administrativo	Servicios Generales
MINSA	80	104	81	441	404	*1
CSS	80	63	26	238	286	*1
PRIVADO	2	4	0	0	20	0
Total						

*Incluye Médicos Generales, Médicos Especialistas y Médicos Internos.

*1 Incluido en el personal administrativo.

Fuente: Departamento de Estadísticas y Enfermería Región de Salud de Veraguas.
Agosto 1999.

En cuanto a la distribución del personal medico y de enfermería por 10,000 habitantes podemos decir que este indicador en la realidad se comporta de diferente manera ya que los médicos y las enfermeras se encuentran concentrados en los centros y policlínicas en la cabecera y en el caso del personal de enfermería se encuentran en su mayoría en los Hospitales. Como ejemplo de ello el distrito de Santa Fe que cuenta con 13,223 hab. cuenta con 2 enfermeras quedando con un índice de 1.5 por 10,000 hab.

Medicamentos Y Laboratorios

Observando el gasto total en medicamentos desde 1995 hasta 1998, existe incremento por año. El incremento de 1995 a 1996 fue mas del 100% y del 96 al 97 fue de 50 %.

Se trabaja con el cuadro básico de la caja de seguro social desde hace dos años cuando se centralizó la partida de medicamentos, anteriormente existía el formulario nacional de medicamentos, cuando se compra por la región se utiliza el formulario nacional. El número de medicamentos incluidos es de 342 renglones. Estos son de uso obligatorio para toda la Región ya que incluye medicamentos o insumos para el área hospitalaria y para atención en centros de salud

Existen esquemas de distribución y / o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos por grupos poblacionales se distribuyen de acuerdo a los programas. También se usa por patologías es el caso de TBC, dengue, nutrición y recientemente el caso de influenza.

Los protocolos no se aplican en el ámbito de las instalaciones del primer nivel, no se utiliza hojas de protocolos estandarizados para las patologías prevalentes en la institución. El uso de medicamentos en el área Hospitalaria se da en el nivel correspondiente según el cuadro básico.

En la única patología donde se ha tratado de seguir un protocolo y no estandarizado sino ajustado a nuestra realidad y a nuestra práctica o experiencia diaria es en las Mordidas de ofidios.

Si se exige la presencia del Farmacéutico tanto en Hospitales como en farmacias privadas.

El número de pintas de sangre extraídas de acuerdo al informe estadístico de servicios intermedios hospitalarios fue de 1201 para el año de 1998.

Cuadro No. 9. Evolución Del Gasto En Medicamentos
Provincia De Veraguas. Años 1994-1998

INDICADOR	1994	1995	1996	1997	1998
Gasto total en medicamentos por la CSS	---	---	---	---	2,158,331.41
Gasto total en medicamentos por MINSA	---	290,424.74	627,405.02	986,699.74	991,535.42
Gasto Percapita en medicamentos	---	---	---	---	14.17

Fuente: Deposito Provincial de Medicamentos. Ministerio de Salud de Veraguas. Julio 1999

Equipamiento Y Tecnología

El presupuesto asignado para el año de 1998 fue de 8,333,911.49, el presupuesto asignado a los objetos de gasto 181 y 182 fue de 15860.6, lo que representa 0.19 %.

Actualmente el departamento de mantenimiento cuenta con 22 funcionarios y 1 secretaria de los cuales 6 son empíricos lo que representa 27.3 %

Cuadro No. 10. Equipamiento Y Tecnología. Ultimo Año Disponible

	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. de Hospitales o instalaciones con camas de hospitalización	5	3	1	1
No. de Hospitales o instalaciones con menos de 5 camas de hospitalización	4	4	0	0
No. de Hospitales o instalaciones entre 5 y 19 camas de hospitalización	0	0	0	0

No. de Hospitales o instalaciones con 20 y más camas de hospitalización	2	1	0	1
No. Total de camas	383	248	75	60
No. de laboratorios de imagenología	7	2	3	2
No. de Laboratorios Clínicos	12	3	3	6
No. de Bancos de Sangre	4	1	2	1
No. de Farmacias	41	19	3	19
No. de Sillones Dentales	63	29	13	21*

*corresponde al número de clínicas del sector privado y no al número de sillones.

Fuente: Ministerio de Salud de Veraguas. Agosto de 1999.

C. Funciones Del Sistema De Salud

Función De Rectoría

Las supervisiones, evaluaciones y control de la provisión de los servicios del sector público y privado son llevados a cabo por el Departamento de salud Pública Regional que esta compuesto por CAVV, Salud Ambiental, Salud de Adultos, Epidemiología, Control de Vectores, Zoonosis.

Se dispone de información confiable en todos estos departamentos para la toma de decisiones, pero muchas veces esta información no es oportuna especialmente de las áreas apartadas.

El departamento de Políticas, Planificación y Tendencias que tenemos en la Región coordina además recurso humanos en el momento que se necesite.

La información proporcionada por los sistemas de información para la gestión de establecimientos y servicios, es generalmente considerada oportuna, siempre es fiable. Siempre se utiliza para la toma de decisiones administrativas.

Financiamiento Y Gasto

Existe información confiable y oportuna sobre gasto en salud. Se recibe lo asignado por el gobierno central, donaciones nacionales e internacionales, ayudas internacionales a través de agencias, lo que se genera a través de la recaudación (cuenta 210), de las cuales existe información confiable y oportuna que permiten toma de decisiones. Toda la información sobre finanzas y gastos la provee el Departamento de Administración y Finanzas todo las veces que se le solicitan.

Servicios De Salud Poblacional

Se desarrollan programas y / o acciones de promoción de la salud y de protección frente a riesgos. Producción de Salud, Estilos de Vida Saludable, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Calidad, Integralidad de los Servicios de Salud, Ambiente Sano. Con una cobertura de 40 % de los grupos organizados y comunidades seleccionada. Los resultados se evaluaron en forma parcial en las organizaciones y comunidades seleccionadas en forma aleatoria, en la cual tenemos como resultado a una población participando activa y organizada en la producción social de Salud.

De acuerdo al Departamento de salud Pública y Poblacional los programas de detección precoz en patologías crónicas, como hipertensión, Diabetes, cáncer de cuello uterino, etc. Se llevan en los centros de salud teniendo como cobertura la población de cada distrito. Los resultados obtenidos actualmente van dedicados a cuantificar las patologías ya que no se asignan recursos para los estudios e incentivos a los programas.

De acuerdo al censo de 1997 59.6 % es la población cubierta por la Caja de Seguro Social.

Para el año de 1998 el control prenatal fue de 50 % y el parto atendido por personal entrenado fue de 83 %.

Nivel Primario De Atención

Solamente un centro de Salud en la provincia dispone de sistema de información computarizada al menos para la gestión administrativa, lo que representa el 5.8.

Cuadro No. 11. Producción De Servicios Primer Nivel
Provincia De Veraguas. Año 1998

	MINSA	CSS	TOTAL
Consultas y controles por médico	23,007	252,928	275,935
Consultas y controles por enfermeras	51,296	15,238	66,534
Consultas y controles por odontólogos	61,375	50,246	111,621
Consultas de urgencias	49,952	23,841	73,793
Exámenes de laboratorio	45,027	493,403	538,430
No. de donaciones de sangre	0	0	0
Medicamentos despachados	293,018	1,114,513	1,407,531

Fuente: Departamento de Estadísticas Región de salud de Veraguas. Coordinación de la Caja de Seguro Social de Veraguas. Agosto 1999.

Nivel Secundario De Atención

El Hospital Regional de Veraguas cuenta con un sistema computarizado de información para la gestión administrativa. Y a nivel privado también se cuenta con un sistema computarizado de información para la gestión administrativa.

Para la gestión clínica por ejemplo: el departamento de estadísticas del hospital cuenta con una computadora, para el programa de costo 20 también se cuenta con una computadora y para el programa de presupuesto.

Cuadro No. 12. Producción De Servicios - Segundo Nivel
 Último Año Disponible. (Identifique El Hospital)

INDICADOR	Hospital Ezequiel Abadía (Soná)	Hospital Regional de Veraguas	Hospital San Francisco Javier (Cañazas)	TOTAL
No. Total de egresos	5203	18,206	1280	24,689
Porcentaje de Ocupación	51	86.1	54.7	
Promedio de días de estancia	3.1	3.6	4.7	
Giro de Camas		90	44	
Camas por Médicos	4.47	5.26		
Camas por Enfermera				
Costo / egreso		3.58		
Porcentaje de cesáreas sobre el total de partos	0.5	15.7		
Indice de infecciones hospitalarias	-	-	-	-

Fuente: Departamentos de Estadísticas. Región de Salud de Veraguas y Hospital Ezequiel Abadía de la Caja de Seguro Social. Agosto 1999.

Ambiente

Se desarrollan programas y/o acciones de promoción de la salud y de protección frente a riesgos ambientales. Producción de Salud, Estilos de Vida Saludable, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Calidad, Integralidad de los Servicios de Salud, Ambiente Sano. Con una cobertura de 40 % de los grupos organizados y comunidades seleccionada; Los resultados se evaluaron en forma parcial en las organizaciones y comunidades seleccionadas en forma aleatoria, en la cual tenemos como resultado a una población participando activa y organizada en la producción social de Salud.

Los programas de detección precoz de contaminación del aire, agua o suelos se han desarrollado. Inspecciones y evaluaciones a sistemas de drenajes de aguas negras y servidas, para evitar la contaminación de suelos y corrientes de agua para abastecimiento humano.

- Inspecciones a talleres que producen polvos y gases (ebanistería, Chapistería, soldadura, etc.) reencauche y manipulación del asbesto.
- Implementación del estudio de riesgo a la salud y el ambiente.
- Supervisión a la disposición higiénica de la basura.

La cobertura en área urbana es de 30%.

Los resultados obtenidos hasta el momento son el mejoramiento de algunos talleres en la forma y aptitud de trabajo.

La construcción de mejores sistemas de disposición de aguas negras y servidas.

Las dificultades enfrentadas son: falta de apoyo por parte de las autoridades administrativas (alcaldes, Corregidores, etc.)

Falta de equipo adecuados para mediciones (sonómetros, termómetros- de decibelímetros y otros) para detectar anomalías.

Falta de personal adiestrado en higiene Industrial

Falta de recursos.

El porcentaje de población cubierto por servicios de agua clorados para el año de 1999 es de 12.9%.

El número de población sin disposición adecuada de excretas es de 59,224.

Los asentamientos humanos que cuentan con servicio de agua 1205 y con letrínación 2125.

Los estudios que se llevan a cabo en la población son a gran escala a detectar morbilidad laboral. Actualmente se realiza supervisión a industria, talleres llenando un formulario indicando los factores de riesgo que afectan a los trabajadores y así tratar de evitar las enfermedades.

Se realizan programas de control de insectos y otros vectores. Por ley el departamento se conoce como SNEN. Aprobado por la Dirección Nacional de carrera Administrativa y por Ministerio de Economía y Finanzas se le da el nombre de División del control de Vectores y Zoonosis, DCVZ.

Se controlan los vectores correspondientes a malaria y a dengue también se esta trabajando en la erradicación de la malaria, no se esta controlando actualmente ningún insecto. Actualmente no se ha impartido capacitación a este personal sobre la Zoonosis.

Sobre La Calidad

Calidad Técnica

En todos los establecimientos se esta implementando el Proyecto Salud con Calidad.

Se ha implementado los estándares de calidad técnico - gerencial lo cual nos permite medir el funcionamiento de todo el sistema obteniendo información primaria (encuestas), e información secundaria (Registros Médicos, etc.)

El porcentaje de Cesáreas sobre el total de Partos fue de 15.1 % para el año de 1998, en el Hospital Regional de Veraguas

De acuerdo a la información recabada solamente el Hospital Regional de Veraguas cuenta con un comité de infecciones nosocomiales.

De acuerdo a la información ofrecida por el Director Medico del Hospital no se realizan autopsias en el Hospital.

El número de muertes infantiles auditadas para el año de 1998 fue de 36. No se cuenta con la información del número total de muertes infantiles.

El número de muertes maternas auditadas para el año de 1998 fue de 7. No se cuenta con la información del número total de muertes maternas.

Calidad Percibida

Se ha notado una gran mejoría y satisfacción del usuario así como de los funcionarios. Se espera mejorar aun más al cumplirse los estándares y las metas de calidad. Las encuestas que se practican periódicamente desde la perspectiva del usuario nos indican como se avanza y hay una gran satisfacción y buena acogida por la mayoría de los funcionarios y usuarios aunque aun hay médicos renuentes a cambiar de actitud.

Oferta De Servicios

No se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, ingreso a domicilio.

Se está fortaleciendo los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los niveles de atención, mediante el proyecto de Salud con Calidad, existe un indicador que se midió en una oportunidad, y dio como resultando que los pacientes no están siendo contrareferidos. Se creo un estándar que está próximo a medirse.

Sé esta exigiendo que las referencias sean contestadas, se eviten las reconsultas innecesarias (Carrusel de Pacientes) dadas por los especialistas. Se vigila que los pacientes obtengan todos los medicamentos, no se permiten prescripciones con nombres comerciales. Se lleva a un control de los pacientes que en menos de una semana consulta por la misma causa. Se lleva un registro de los exámenes repetidos en 24 horas.

En el renglón oferta de servicios se están implementando estrategias para acortar el tiempo de espera para obtener una cita con especialistas, acortar el tiempo de espera desde el momento que recibe el cupo con él medico hasta ser atendido, en los centros de salud se atiende primero a los que no viven en el poblado.

Además la región implementara programas de control de diabéticos, manipuladores de alimentos, hipertensión, programas materno infantil, nutrición, etc.

Se toma en cuenta priorizado si es niños, embarazadas, etc.

Sobre Modelo De Gestión

El modelo de gestión que se ha ido implementando se caracteriza por ir involucrando a la comunidad en la cogestión de los servicios de salud a través de los comités de salud, juntas administradoras de agua, ONG, gobierno locales. Para descentralizar en el futuro los municipios de la región de salud gerencialmente y financieramente. Es necesario adjudicarles el suficiente presupuesto además de reintegrar a tiempo la cuenta 210.

Se ha implementado convenios y contratos con grupos comunitarios especialmente en los módulos de producción de alimentos así como con los comités de salud.

Hemos implementados grupos pilotos en los centros de salud con los cuales se han firmado acuerdos para implementar estrategias y mejorar la calidad de atención en dichos centros. Esos grupos pilotos están siendo subvencionados por la Comunidad Europea, patrocinadora del Proyecto SALUD CON CALIDAD.

Equidad

1. Sobre los porcentajes de la población cubierta de forma regular por un conjunto básico de prestaciones BCG, VPO3, Control Prenatal y Atención Profesional al Parto. Sobre las coberturas del control prenatal y atención al personal entrenado. Sobre el porcentaje de defunciones, sin ningún tipo de atención médica, Sobre el porcentaje de población rural a más de una hora del sitio de atención urbana, a más de 30 minutos de un sitio de atención. Sobre el porcentaje de establecimientos de salud que han reducido las barreras funcionales de acceso (por ejemplo, de horario)
Aun por nuestra dificultad de acceso (geográfico, lingüístico, cultural) pobreza, pobreza extrema, limitante educacional, tenemos un alto porcentaje de inequidad.
2. ¿Existe alguna evidencia de que los recursos asignados a la región ha influido sobre la reducción de brechas en alguno o todos de los siguientes indicadores por distrito? Mortalidad infantil, Mortalidad materna, Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, Mortalidad por cáncer cervico uterino, Incidencia de: HIV /AIDS, Enfermedades inmunoprevenibles, Mortalidad por complicaciones agudas de Diabetes Mellitus II (en mayores de 25 Años), Mortalidad en niños menores de 5 años x 1000 nacidos vivos, Porcentaje de mortalidad por neumonías en menores de 5 años por EDA.

Fotografía N° 8: Instrumentos de Gestión

Planificación Regional y Programación Local

La programación local se realiza por unidad ejecutora, es decir por instalación de salud y toma en cuenta la percepción que sobre los problemas de salud, tiene el equipo local, ya sea por solicitudes expresadas por la comunidad o bien mediante el ASIS. La participación de la población no se da de manera directa, en algunas instancias se le invita a participar, sin embargo y quizás por falta de compromiso esta participación no se logra. La instalación local invita a participar a los Comités de Salud, en el marco de la participación. En el caso del programa escolar se da mejor coordinación en el proceso de planificación con maestros y directores de escuelas, igual situación se da en las acciones de salud ambiental, especialmente en agua, letrínación y saneamiento básico.

En el proceso de planificación regional hay escasa participación de las unidades locales, quienes participan son los equipos regionales y la gran ausente es la población. No se integra suficientemente a los niveles locales, debe existir mayor coordinación, aunque se hacen llamados de participación ésta no es suficiente ni efectiva.

La Coordinación con la CSS no existe desde hace más o menos 6 años. Sería ideal que se de en función de que se provee atención a población asegurada y no asegurada. No hay reposición de recursos CSS-MINSA. La autogestión es mínima. No existen políticas de integración para la atención, existen dos mundos. No se ven los productos de costo 20. Hay duplicidad de servicios y falta de coordinación.

El Ministerio de Salud atiende pacientes asegurados y no asegurados en áreas muy apartados de Veraguas.

No observamos que sea funcional la acción de Costo 20.

La participación de la población es indirecta.

Con el Proyecto Salud con Calidad se lograron establecer indicadores y estándares para poder evaluar algunos servicios como Farmacia y Enfermería. Se obtuvo que el servicio era bueno pero no existían recursos locales suficientes para sustentar el servicio, esta pendiente completar la fase de implementación.

Los equipos locales son supervisados a nivel regional; pero la población no participa. No se toman en cuenta los costos de los Proyectos dirigidos a la Atención Ambiental.

A nivel local se realizan evaluaciones trimestrales de la producción de cada departamento (hospitales) y de los centros de salud cada 6 meses. Estas surgen como producto de eventos de supervisión capacitantes que realiza el nivel regional y considera los programas de salud. Presenta limitantes en cuanto a recursos para el cumplimiento de las metas, en algunos centros de salud la evaluación se realiza por iniciativa local. No considera costos. La población no participa en este proceso de

evaluación. No se realiza la programación y evaluación local con la participación de los equipos de salud de la microred local.

Se realiza una evaluación por programas.

Presupuestación por objetivos:

La presupuestación para el 2,001, se efectuó con base a objetivos definidos con base a las necesidades de la población y el ASIS. Fue un proceso productivo aunque con fallas técnicas por la poca experiencia, en algunos casos las columnas de metas y objetivos no fueron llenadas. Se dieron dificultades en la comunicación.

A partir del presupuesto 2,001 se desagregaron los recursos para la salud pública, el ambiente y población. Esto permitirá una mejor calidad de la atención integral y organización de los recursos.

Este presupuesto fue levantado en cada instalación local y unidad ejecutora regional con la participación de los coordinadores y/o directores.

A nivel local; los departamentos envían sus necesidades y el Director de Centros elabora en conjunto con el equipo de salud su presupuesto. Los Centros de Salud envían sus necesidades a la administración de Centros de Salud y esta realiza las compras y resuelve a nivel regional.

En la ejecución de cada objeto de gasto el seguimiento es realizado por el nivel regional, pues por razones de optimización de recursos la ejecución presupuestaria es centralizada en las regiones, por un lado y por el otro en el nivel central (medicamentos e insumos médico-quirúrgico). El fondo de autogestión también se maneja a niveles regional. Algunas instalaciones cuentan con una caja menuda para las compras de urgencia (hospitales, región y Canto del Llano). No se da un proceso de rendimiento de cuentas.

El fondo de administración y fondo de trabajo amortiguan y apoyan la compra que se realiza por recaudación.

La ejecución de compras es centralizada a Nivel Regional; en algunos Centros de Salud existen Cajas Menudas para compras menores: Hospital de Cañazas, Hospital de Santiago y Centro de Salud Canto Del Llano.

Evaluación por objetivos no se hace.

Los Centro de Salud Canto Del Llano, San Francisco y Atalaya ellos están iniciando sus primeros pasos en el tipo de contrato programa. En este caso es público - público. Ahora bien, esto va a depender del grado de complejidad de la instalación; debido a los cuales las instalaciones pequeñas pueden funcionar público - público y para las más complejas público - privado.

El mejor modelo de contrato programa guarda relación con la complejidad de la instalación, sin embargo pareciera que el público-privado sin fines de lucro podría ser una opción.

En que consisten estos tres acuerdos de gestión? Avances? Finalidad? Planes de expansión?

Centros de Salud de Canto del Llano, Atalaya y San Francisco. Acuerdo de Co - administración del Proyecto Salud con Calidad CSS-MINSA

Los acuerdos son una consecuencia de la ejecución del proyecto Salud con Calidad. Se establecen estándares técnicos y política de best marketing. Implica la medición de los estándares. Proveedor Centros de Salud – Financiador: Región de Salud. Se propone la cartera de servicios y sus formas de medición y se establecen negociaciones, en cuanto a recursos y otros aspectos para poder cumplir los acuerdos. El fin mejorar calidad. Se controla la actividad de los funcionarios de manera solapada. Se pretende que todas las instalaciones deben aplicarlos. Cada instalación estableció sus metas en términos de recursos. Hay representantes de la comunidad en el círculo de calidad de Canto del Llano, y el representante envía a otros miembros a aplicar mecanismos de control de calidad. Permite mejorar situaciones concretas y tener herramientas de negociación con las instancias regionales.

Incentivos: es un problema de gerencia regional y local. Administrativamente se han tratado de establecer algunos mecanismos. Como logro se destaca el mayor compromiso de los usuarios internos en el proceso de atención. Es un acuerdo suscrito entre la región y el centro de salud, pero no es un documento legal.

Qué pasa si alguna de las metas no se cumplen y qué pasa si se superan?

Hay tres meses de su vigencia. Esta pendiente la primera evaluación en tres meses. Los cambios deben perdurar con o sin proyecto, hoy día es un proceso. Si falla la dirección regional debe tomar las medidas administrativas correspondientes, si existen conflictos hay un arbitraje por la región interamericana.

Se considera que es un instrumento para la toma de decisiones. Qué hará la región si se supera. El que cumple 15 parámetros se les dará un incentivo (con el proyecto). Al terminar el proyecto se deben generar otros mecanismos, como por ejemplo: LA AUTONOMIA FINANCIERA.

El contrato incluye aspectos sanitarios que debe cumplir la instalación? En el segundo semestre se debe presentar la opinión de los usuarios internos. Se han tomado medidas para satisfacer algunas necesidades de los usuarios y de control sanitario (eliminación de kioscos). En junio deben revisarse los aspectos acordados con los usuarios.

Descentralización

Si va enfocado a facilitar la realización de las acciones programadas si es positiva; sin embargo, se debe manejar de una forma gerencial efectiva. La propuesta de

Farmacia fue de que se centralizaran el 80% de los fondos y que se deje el 20% para compras imprevistas.

De acuerdo a la complejidad del servicio a algunas instalaciones se les puede descentralizar y a otras no.

- El recurso humano debe ser descentralizado.
- Se necesita mucha coordinación e infraestructura.

Los psicofármacos sólo se deben distribuir en donde existan profesionales idóneos; ya que se necesita un vale de narcóticos firmados por un profesional porque se haga responsable (por permiso de narcóticos y drogas).

Si existen técnicos de Saneamiento Ambiental en las regiones que exista personal idóneo en las regiones para realizar las inspecciones sin esperar que vengan los técnicos del Nivel Central.

Los Comités de Salud apoyan en la gestión de administración de las acciones de salud que desarrolla el Equipo de Salud.

Puede ser congestionada la acción de los servicios de salud por parte de asociaciones cívicas como: Patronatos, Comités de Salud, JAAR, etc.

Puede decirse que en el modelo actual de gestión existen ingerencias en todas las direcciones, que los puntos de conflicto se relacionan con la Autonomía – Autoría, que es indispensable la participación del Gestor/Gerente General y que las actuaciones relacionadas con la gestión de Recurso Humano, son uno de los puntos básicos de conflicto. Los modelos de gestión de los Hospitales Nacionales puede emplearse en el manejo de los Hospitales Regionales. Se considera que es necesario profundizar el conocimiento del Modelos Público – Privado sin fines de lucro, el cual sería para la gestión del Hospital Regional de Veraguas. Debe analizarse un poco más y estudiar el sistema público – privado.

Incentivos

- Se propusieron incentivos a aquellos funcionarios que tienen cierta cantidad de año en sus trabajos
- Incentivo el día de cumpleaños del funcionario
- El incentivo no puede ser pagado.

Sistema De Abastecimiento Y Suministro

Existe un cuadro básico, por el cual hay que regirse por falta de información en cuanto a quien da el criterio técnico.

Existe un inventario, bienes patrimoniales, el inventario de donaciones también se hace. En cuanto a medicamentos se reciben donaciones y no se hace el inventario, no se lleva al departamento regional.

La articulación se da mediante mecanismos definidos de coordinación en cuanto a Farmacia y Odontología. A nivel local se hace mensual el uso de los insumos.

Hay una disposición donde el seguro trae el medicamento que el asegurado necesita en el Hospital.

No hay coordinación CSS-MINSA. Al hacerse la compra se toman en cuenta los riesgos de la población.

Sistema De Información En Salud

En cuanto al Sistema de Información se hizo un documento a través de los diferentes Centros de Salud. El sistema actual es bastante lento. Se tiene que mejorar la información. La información se discute a nivel local, no se hace análisis de costo. La información local es confiable, es buena, está dando resultados. La calidad de la información se analiza y se confía en la calidad del dato.

Para el análisis de la información se efectúan reuniones de todos los departamentos, igual mecanismos se emplea para evaluar. La información se usa con base a las necesidades, a partir de allí se solicita información, sin embargo, hay mucha información que no se utiliza.

Por otro lado, la información general está solo en el Hospital. Se lleva el Costo 20 para el precio standard.

Equipamiento Y Tecnología

	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. de Hospitales o instalaciones con camas de hospitalización				
No. de Hospitales o instalaciones con menos de 5 camas de hospitalización				
No. de Hospitales o instalaciones entre 5 y 19 camas de hospitalización				
No. de Hospitales o instalaciones con 20 y más camas de hospitalización				
No. Total de camas				
No. de laboratorios de imagenología Generales De odontología				
No. De Laboratorios Clínicos				
No. De Bancos de Sangre				
No. De Farmacias				
No. de Sillones Dentales Completo Incompleto				

Hay que llevar un control de inventario. Existe una nota donde dice que no deben recibir medicamentos vencidos, sin embargo debe mejorarse el sistema de inventario y mejora todos estos problemas. Todos los años se hace descarte de medicamentos vencidos.

Por otro lado, se están comprando en base a la calidad del producto, oferta y demanda – respuesta del precio.

Como principales limitantes se cuentan el desconocimiento de como hacer una buena requisición. La compra no viene completa , sino que se efectúan entregas parciales. Esta situación podría mejorarse, entre otras cosas aplicando lo siguiente:

- Comprar el artículo que esté en existencia en el depósito a comprar.
- Incrementando el presupuesto asignado no alcanza para lo necesario.
- Definiendo compromiso de pago que se cumplan, debido a que hay proveedores que se retiran por atraso en el pago

Los robos se controlan mediante el registro de entrada y salida por el kardex, la fiscalización de la terminación de la obra.

Fotografía N°9: Financiación de los Servicios

Compensación De Costos

Se necesita un sistema de información que ordene recolecte y procese la información para tomar decisiones. Mecanismos existentes:

COSTO 20: información de rendimiento atención asegurados/ no asegurados.

WINSIG: Ayuda a la toma de decisiones (está implementado en el hospital Luis Fábrega y por implementarse en el centro de salud de Canto del Llano).

Actualmente no se puede visualizar un análisis ya que no se hace una relación con costo, producción, rendimiento y recursos a nivel local, sólo a nivel Regional y Nacional. La información debería bajar a nivel local. Las decisiones se toman al nivel nacional.

Sólo el hospital Luis Fábrega utiliza el Winsig para la toma de decisiones.

Entre los aspectos de la atención sanitaria que determinan sus costos están: los servicios generales (agua, luz, etc), los insumos, la infraestructura, el inventario (depreciación) y los recursos humanos.

El problema de costos en cuanto a la tecnología y la duplicidad depende del área de atención.

La tecnología de punta en un primer nivel de atención va a encarecer los servicios, en cambio en un segundo nivel (hospitalario) va a abaratar costos, porque mejora el diagnóstico.

La complejidad de los servicios de salud y la duplicidad de servicios incide en los costos porque afecta directamente la calidad de atención, ya que se utilizan los recursos (Policlínica, Canto del Llano, Hospital) para la atención de un mismo usuario en el área urbana de Santiago.

Las tarifas establecidas no responden a los costos reales y se estiman sobre una base tomada a nivel regional en años anteriores. Estos deben ajustarse a nivel local, para que cada centro de salud estime sus costos de acuerdo a la realidad

Esta afecta en la compensación, toda vez que el paciente no asegurado que se atiende en la Seguridad Social tiene que pagar los servicios prestados y firmar las facturas del Costo 20.

Los pacientes utilizan indiscriminadamente ambas instituciones de salud (C.S.S. – MINSA). Esto incrementa los costos y el paciente abusa de los servicios y afecta directamente la calidad de servicios y resta oportunidad al que lo merece.

Afecta la calidad Costo y Acceso de atención.

Fuentes De Financiacion

Presupuesto Público y financiación de los servicios de salud:

Presupuesto anual asignado: B/. 8,986,401.00

Servicios personales, Cuota C.S.S.: B/. 7,491,609.00

Materiales y Suministros – Servicios No Personales: B/. 1,494,792.00, de los cuales se paga B/. 1,108,444.00 en sobretiempo, servicio básico, alquileres, etc.

La Diferencia de B/. 386,648.00 se asignan a las compras centralizadas.

Se estima un 90% de financiación.

Los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios se dan para:

Compra de medicamentos.

Médico quirúrgico.

Mobiliario y equipo.

Recurso humano pagados por O.N.G y Comités de Salud.

El Co – Pago de la atención de salud no se fija en función de la capacidad de pago a los usuarios. La evaluación la hace el director del centro. En el hospital se hace la evaluación socioeconómica por el departamento de evaluación económica y trabajo social. Actualmente no permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios. Los costos de salud no son recuperados por el pago de los usuarios. Las modificaciones deben realizarse considerando la implementación del modelo de atención primaria.

La población que debe subsidiar el Presupuesto del Estado:

A grupos humanos postergados.

Por ley debemos implementarla a través del modelo de atención, pero no está implementado en la región.

Las donaciones constituyen una importante fuente financiera siempre y cuando sea específica y concreta y la solicite la unidad de salud. Algunas veces no es beneficiosa, porque no se toman en cuenta las necesidades reales del área sanitaria. La coordinación de los organismos que realizan dichas donaciones, legisladores, etc. con el nivel local y regional, deben formar parte de los aspectos de la regulación en materia de donaciones.

Los costos actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema, ya que el usuario abusa de los recursos del estado y limitan la eficiencia del sistema. Ejemplo: no terminan tratamientos, duplicidad de consultas, no retiran laboratorios, etc.

Si existe información confiable y oportuna sobre gasto en salud La información que surge como producto de los registros del almacén central, los de servicios básicos (agua, luz y teléfono) y algunos de los centros de salud que llevan Kardex. Esta información es elaborada por las unidades ejecutoras a través de Kardex y Registros Médicos, la cual es procesada en el departamento de contabilidad y es enviada al Nivel Central.

En este campo es válido mencionar, que en el marco de la asignación financiera, el presupuesto nacional llega a la región y este a su vez informa a las unidades ejecutoras (hospitales, administración de centros de salud, Canto del Llano y regional). Las asignaciones llegan mensualmente para su utilización y deben ejecutarse antes del 20 de diciembre del año. En cuanto al fondo de administración, existen normas para su utilización, por lo que las unidades ejecutoras pueden usar el 10% de lo recaudado en el año y solicitar un crédito adicional de la diferencia obtenida. El fondo de administración se planifica y se ejecuta de acuerdo a las necesidades programadas.

Existe autonomía para la modificación de rubros presupuestables en los servicios de salud, se mejoran los costos a través de las compras nacionales, pero trae como consecuencia que los insumos no lleguen de manera oportuna, exista escasez de uno y exceso de otros, no se cubren las necesidades urgentes de la región.

Se propone para abaratar los costos que las compras se mantengan a nivel nacional, pero que las casas proveedoras entreguen en forma directa a la región o a las unidades locales.

Preguntas:

Cuántas unidades llevan costo 20? Todos los niveles locales.

Qué proporción de la compensación producto del sistema de costo 20 llega a las instalaciones locales? Nada

En relación a la disponibilidad de insumos, la distribución de los insumos no es un problema, el problema real es la demora en su adquisición. Se planifica con la administración para la búsqueda de los insumos y un camión retira los insumos.

Existe autonomía para la modificación de los rubros presupuestarios? Si el mecanismo es que la región plantea la solicitud y el nivel central los aprueba o desapueba. La experiencia es que se aprueban por el nivel central.

Hay problemas con la flota vehicular, el camión debe forrarse.

FOTOGRAFIA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN

Remodelación de 6 Centros de Salud por un monto de B/ 231, 664.00

Son: Mariato

Ponuga,

Montijo,

Guarumal,

Santa Fé,

Alto de los Ruices.

Acueductos por un monto de B/169,492.00

Son:

La Mesa: San Bartolo, santa Catalina, Subí, La quebradita.

Santa Fé: La montañuela y Bermejo (Pantano)

Calobre: tolondango, La piña El Recodo.

Las Palmas: La Grama y el Piro.

Cañazas: San Juan.

Río de Jesús: El Piñar y Chorenta

Granjas por el PSR:

Son 15.

V. SINTESIS

A manera de síntesis, el equipo de facilitadores nacionales que participó en el Análisis Prospectivo de la Red de Servicios, considera que los aspectos más relevantes que han surgido del análisis de los equipos regionales y locales en cada una de las fotografías son los siguientes:

El análisis de la fotografía N°1, que tiene como finalidad la **Caracterización del Contexto** demostró una serie de elementos que a continuación se detallan:

Debilidades:

- Falta de coordinación
 - A lo interno del sector (con la CSS que limita las acciones para la provisión de servicios de salud)
 - Con instancias de inversión (FIS)
 - Con instancias de participación social (con las instancias que facilitan y desarrollan la participación social y la participación en salud en los espacios de discusión para mejorar la toma de decisiones)
 - Con otras organizaciones públicas a lo interno de la Región
- Incremento de la morbi - mortalidad de las patologías relacionadas con daños al ambiente, lo que refleja la poca capacidad de intervención sobre estos aspectos.
- Conflictos de competencia con la recién creada región de salud Gnobé Buglé
- Enfoque hacia lo interno del MINSA, no hay visión de la articulación de la red, la visión del sistema es segmentada y no considera el contexto interno
- Diferencias culturales entre los proveedores de servicios y los clientes externos
- Conflictos de competencia entre MIDA y ANAM
- Diferencias político partidistas que afectan el funcionamiento de los sistemas regionales de salud
- Poca capacidad de respuesta del sistema sanitario en relación al desarrollo económico y social
- Surgimiento de nuevas enfermedades, entre ellas las relacionadas con el ambiente social.
- Red con deficiencias en sus infraestructuras
- Dificultades para el acceso social a los servicios
- Iniquidad
- Duplicidad de funciones CSS - MINSA
- Dificultades para obtener información para la toma de decisiones
- En el contexto legal no se dan recomendaciones sólidas que contribuyan a su desarrollo en los campos de la regulación
- Migración intensa no planificada hacia algunos distritos y corregimientos, con el surgimiento de asentamientos espontáneos y sin la consiguiente planificación y desarrollo de los servicios de salud.
- Necesidad de saneamiento de áreas de alto riesgo (polígonos de tiros) y problemas de reforestación en el área Canalera
- Baja ejecución presupuestaria debido a poca planificación
- Dificultades del equipo de salud en su relación con la comunidad y la participación social.
- No se destaca la acción de la vigilancia portuario en términos de las capacidades de desarrollo requeridas para ejercer esta función, a pesar de los avances que se dan socialmente
- Falta de claridad en las competencias centrales y regionales en algunos aspectos de Salud Ambiental, entre ellos la vigilancia portuaria.
- Carencia de normas de vigilancia portuaria

- Centralización de las decisiones político administrativas que llevan a los recortes presupuestarios
- Desempleo y pobreza
- Falta de desarrollo en la gestión sanitaria
- Ausencia de plan de desarrollo de la Comarca Gnobé Buglé por parte del Congreso, lo cual es un elemento crítico para una Comarca de reciente creación. De hecho existen diferentes concepciones por parte de los Caciques de cada una de las áreas comarcales, situación que genera dificultad para conceptualizar la red del MINSA.
- Contaminación y deterioro del medio ambiente debido a procesos de industrialización
- Coexistencia de patologías crónicas, degenerativas y sociales con infectocontagiosas
- Los cambios climáticos han afectado la producción agropecuaria y la acuicultura; así como las condiciones sociales de la población (perdidas de bienes y vidas humanas por inundaciones y otros desastres naturales)

Fortalezas:

- Desarrollo económico en algunas áreas de la economía
- Destino turístico de algunas regiones de salud
- Mecanismos efectivos de conducción política – Chiriquí y Panamá Este
- Proyecto de Desarrollo Sostenible del Darién (co visión integral de la provincia)
- Identificación de riesgos de salud por zonas (San Miguelito) – Mapas de Riesgo
- Prioridad en la promoción de la salud y salud ambiental
- Marco legal favorece la participación social en la gestión sanitaria

En Síntesis:

- Existen la fortaleza institucional que otorga la presencia del MINSA en todo el país que posibilita el liderazgo y conducción de políticas sociales, se presentan problemas coincidentes en todas las regiones entre los que desatacan la ausencia de planes y visión de desarrollo económico y social de las provincias.
- Las inversiones que se adelantan son en general de carácter privado y no se acompañan de una visión de desarrollo integral. Esta situación hace necesario que se logre una coordinación efectiva con instituciones del sector social, a fin de que se estructure y sistematice una plan.
- El reto para el MINSA es desarrollar la capacidad de liderazgo que permita contribuir al desarrollo social de la provincia.
- Centralización de lo administrativo, autonomía en lo político y descentralización en lo técnico.
- En algunas áreas (Kuna Yala y Darién) existen problemas de orden público que afectan el funcionamiento del sistema y la seguridad de los clientes internos y externos.
- Desconocimiento de las responsabilidades regionales y problemas de comprensión de la Salud Pública, la cual requiere ser desarrollada.
- Se maneja el paradigma de que la salud se produce en y desde los servicios de salud y no desde el desarrollo social y económico de la población.
- El MINSA debe llegar al punto de normar sin ejecutar lo cual permitiría un mejor desempeño de su papel como ente regulador.

En el caso de la fotografía N°2, que **Caracteriza la Demanda y Necesidades de Servicio**, se observan situaciones similares entre las diferentes regiones sanitarias y algunas diferencias, que pueden abreviarse así:

Para las Areas Indígenas;

- Altas tasas de desempleo y analfabetismo
- La región Gnobé Bugle cuenta con la dificultad de carecer de información relacionada con la demanda, es necesario mejorar la coordinación entre esta región y las regiones de Veraguas, Chiriquí y Bocas del Toro.
- El análisis de las particularidades de la demanda pasan por la comprensión de sus aspectos culturales y étnicos.
- En las áreas indígenas los problemas de salud están centrados en la morbi-mortalidad infantil, la materna e infecciones respiratorias; así en el deterioro de las condiciones de saneamiento ambiental.
- El modelo de participación social Kuna es uno de los más participativos sin embargo los equipos de salud no han podido integrarse a estos, pues el abordaje que plantean sigue siendo occidentalizado.

Bocas del Toro;

- Las necesidades actuales y futuras no están claramente definidas, no se relaciona la demanda con la capacidad instalada.

Coclé;

- Ola es el distrito que registra mayor número de casos de infecciones intestinales mal definidas
- Reducción de la cobertura escolar (matrícula y graduados)
- El equipo plantea que es necesario desarrollar mayores acciones de promoción de la salud
- Se dispone de mapas de riesgo y se identifican los principales riesgos de salud de la población
- Población carece de una percepción real de sus condiciones de salud

Darién;

- La pirámide de población no evidencia mayores cambios, sin embargo, se dio una disminución de la población con dispersión y pobreza generalizada. Se dan pobres condiciones de saneamiento básico y disponibilidad de agua apta para el consumo humano.

Los Santos;

- Los indicadores de fecundidad y natalidad reflejan una tendencia hacia el descenso. Están en transición demográfica.
- La población asegurada es mayor que la no asegurada y esta es una información que no se utiliza para la toma de decisiones.

Herrera:

- La tasa de natalidad y fecundidad global está bajando.
- La mortalidad infantil y materna está descendiendo.
- Se encuentran en una franca transición demográfica.
- La tasa de desempleo ha bajado y por tanto aumentó la cantidad de asegurados.
- Afirman que casi el 100% de los hogares tienen acceso al agua potable.
- Buena disposición de residuos sólidos.
- Urbana 86%
- Rural 1.4%
- Buena disposición de aguas residuales.
- Urbana 96%
- Rural 84%
- Buen acceso geográfico a los servicios de salud.

Panamá Este;

- Predomina la población femenina menor de 30 años. La población se concentra en la cabeceras de la Región (Chepo)
- La gerencia regional categoriza todas las comunidades de su área de responsabilidad como áreas rurales
- Se confrontan dificultades para la agregación de las patologías prevalentes por grupos de diagnóstico
- En cuanto a Panamá Oeste puede decirse que desatacan;
- Coberturas bajas en población de desprotegidos por carencia de recursos humanos
- Alta densidad de población
- Enfermedades reemergentes y emergentes TBC, SIDA
- Se desconoce la ubicación de la población pobre y en extrema pobreza y se carece de datos sobre población asegurada y no asegurada
- Los principales riesgos que afectan a la población se concentran en el área de Arraiján

San Miguelito;

- Se identifican como prioridades aspectos relacionados con la salud ambiental y poblacional.
- Se presenta una coexistencia de problemas transmisibles y enfermedades crónicas y degenerativas.
- Se identifica la presencia de hábitos y estilos de vida que inciden sobre los problemas de salud de la población.
- Se destaca la importancia de efectuar diagnósticos y detención temprana de riesgos.

Región Metropolitana de Salud;

- Las tasas de crecimiento natural presentan una tendencia al descenso, al igual que la natalidad, fecundidad y mortalidad. La población se encuentra en transición demográfica.
- Cambios en el perfil de salud-enfermedad, se identifican patrones de enfermedades de países desarrollados, así como factores de riesgo relacionados con las enfermedades crónicas y degenerativas
- Las enfermedades emergentes y reemergentes (SIDA, Dengue) registran prevalencias elevadas.
- Se carece de información segmentada para el análisis
- Se destaca el comercio al por menor como principal actividad económica

En Síntesis este análisis refleja:

- Desconocimiento del sistema de información que maneja la región y otras instalaciones de salud
- Dificultad para la obtención de indicadores demográficos, de salud y saneamiento ambiental desagregados
- Carencia generalizada de información con inconsistencia de la información
- Subregistros de mortalidad general e infantil
- Carencia de datos sobre ambiente en algunos casos y en otros se observa deterioro de los indicadores
- Diferencias en la calidad, contenidos y confiabilidad de la información urbano – rural – indígena
- Es necesario reflexionar sobre una política de abordaje en salud para la población indígena los cuales pasan por incluir elementos sociológicos y antropológicos.

- Es difícil con la información recabada efectuar una caracterización integral de la demanda para apoyar el proceso de reorganización de la red de servicios
- Existen debilidades para el análisis de la información, por lo cual es necesario fortalecer la capacidad de análisis de los equipos regionales.
- Desconocimiento de la percepción de la población sobre sus problemas de salud, lo que limita la incorporación de la visión de la población en los procesos de priorización y toma de decisión

La fotografía N° 3, permite una aproximación hacia la **Caracterización de la Oferta**, la cual refleja particularidades en cada una de las regiones sanitarias a saber:

Comarca Gnobé Bugle

- Esta región pasa por la necesidad de conceptualizar las prioridades de atención de salud, las características culturales de la población, la concepción de salud de la población Gnobé Buglé vs el equipo técnico de salud, el fortalecimiento de los aspectos de promoción de salud y la prevención de las enfermedades.
- El abordaje de atención de la salud debe considerar otros enfoques entre los cuales se integren, conceptual y operativamente, los paradigmas de la medicina tradicional y la occidental.
- No hay un abordaje integral de desarrollo social y económico para las poblaciones indígenas, por tanto las acciones de salud en general no se corresponden con la visión cultural – social de la región.

Herrera

- Concentran sus observaciones en la vigilancia ambiental
- No hay sectorización, ni incentivos por áreas postergadas
- Se ofrecen servicios curativos (65%)
- Los servicios de regulación son incluidos como servicios administrativos
- Farmacias carecen de farmacéutico
- Listado de medicamentos no considera el perfil de enfermedad
- No hay tarifas uniformes de servicios y estas no se calculan por costo real
- Disminución del gasto en medicamentos y el gasto per cápita.
- Afirman que sus servicios básicos e infraestructura son buenos (90%), salvo en Chitré que se encuentra en muy malas condiciones.
- Se manejan por división en distritos sanitarios, no hay una sectorización en los Centros de Salud.
- No existen incentivos para el trabajo en áreas postergadas.
- No hay articulación o coordinación formal con las autoridades de la CSS.
- No se aplican protocolos de atención, salvo en las EDAs y las IRAs.
- No funciona un sistema de referencias y contrareferencias.
- Hay tres distritos con poblaciones desprotegidas y en pobreza extrema. (Ocú, Los Pozos, Las Minas).
- Los principales riesgos son las bajas coberturas de vacunación y el manejo inadecuado de plaguicidas.
- Ninguna comunidad está situada a más de 15 kms. de una instalación de salud.
- El costo del transporte esta entre B/1.00 y B/3.00.

Los Santos

- Limitaciones de recursos humanos, especialmente en las áreas de farmacia y laboratorio.
- La caracterización no considera las instalaciones de la Caja de Seguro Social
- Esta región concentra varias instalaciones de primer y segundo nivel en el área cabecera, no así en áreas de más difícil acceso (Tonosí – Pedasí)

Panamá Este

- Priorizan la vigilancia en salud ambiental
- Escasez de recursos humanos para la vigilancia y transporte
- Existencia de áreas inaccesibles
- Conocen sus comunidades inaccesibles y las ubican en los Distritos de Chimán, Balboa y Chepo
- El concepto de equipo básico se confunde con el personal que requiere un centro de salud para funcionar
- No hay sectorización establecida
- Identifican su cartera de servicios en los aspectos de promoción y prevención
- Los protocolos son limitados a algunas patologías específicas
- No hay consenso en la eficiencia de la red de servicios y su articulación MINSA-CSS
- La articulación con la red informal es débil y con la red privada se circunscriben a la dotación de vacunas e intercambio de información estadística
- La contrarreferencia no es funcional
- El flujo de pacientes responde a la capacidad resolutive de la instalación y la inaccesibilidad geográfica y económica
- El 80% de las infraestructuras deben ser renovadas
- Los bolsones de desprotegidos se encuentran en áreas de difícil acceso
- No hay farmacias comunitarias
- El listado oficial de medicamentos es el de MINSA-CSS y los protocolos estandarizados son limitados a algunas transmisibles
- Los laboratorios carecen de recursos y hay uno de referencia cuyo criterio aplicado a la selección fue el perfil de pruebas.

La Metropolitana de Salud;

- No cuenta con farmacias comunitarias
- Aplica protocolos estandarizados para el abordaje de algunas patologías específicas

OJO BUSCAR CON BEATRIZ MAS INFORMACIÓN

En cuanto a la **Satisfacción del Cliente** la fotografía N° 4, permite observar lo siguiente:

Colón

- Se desconoce algunos elementos de la fotografía, tales como la mora quirúrgica, la lista y tiempos de espera. La demanda no satisfecha la estiman en función de la población de responsabilidad y no de la demanda real que no ha sido satisfecha. Esto sugiere la necesidad de fortalecer la gestión de salud.
- Sobre los horarios de atención no se plantea el incumplimiento de los médicos de estos horarios
- Encuestas de satisfacción son aplicadas sólo en la CSS
- No se da un proceso sistemático de auditoría de expediente, más allá delo que realizan algunos programas desde el nivel central.
- No hay programas de calidad de servicios.

Panamá Oeste

- Se cuantifica la mora quirúrgica a pesar de no existir una fuente formal y bien establecida, toda vez que cada cirujano es el que lleva el control de las acciones quirúrgicas. No hay sistematización de la mora quirúrgica.
- La tardanza en la atención de la demanda se concentra en las especialidades básicas y en algunas subespecialidades como cardiología

- No hay sistematización del rechazo de paciente, pero se plantea que el mismo no se da
- Las áreas de asentamientos espontáneos que han surgido sin planificación concentran el mayor nivel de demanda no satisfecha
- La atención de la demanda de medicina general es espontánea
- Los horarios de servicio no se cumplen principalmente en lo referido a la consulta externa especializada principalmente; esta situación influye en la insatisfacción del usuario, aunque se habla de un costumbrismo
- La CSS tiene horario extendido y la Región tiene proyecciones de hacerlo una vez se resuelva problemas relacionados con mejoras en la estructura física
- Se carece de mecanismos sistemáticos de medición de la satisfacción del cliente
- No hay programa de satisfacción de la calidad

Darién

- Mora quirúrgica por deficiencias en la estructura física y carencias de recursos humanos especializados (anestesiólogos); por lo cual solicitan una legislación especial que proteja al médico general cuando la aplique
- Atención de medicina general por demanda espontánea, los especialistas por cita
- Carencia de recursos humanos impide el reemplazo de trabajadores que están de permiso o en días libres
- No se lleva el registro de traslado de pacientes hacia la ciudad, solo se registran aquellos traslados que ocurren debido a urgencias
- Control de calidad en Sambú y Metetí

Kuna Yala

- No se realizan cirugías electivas por problemas de recursos físicos y carencias de recursos humanos especializados (anestesiólogos)
- Insatisfacción del usuario por los traslados pacientes
- No hay mecanismos para la medición de la satisfacción del cliente
- Se realizan auditorias de algunos programas que se efectúan

Coclé

- Servicios quirúrgico con mora entre 6 y 8 meses lo que al final lleva a que priven las cirugías de urgencia por falta de insumos, aunque la espera en consulta externa de cirugía es de tres meses
- La mayoría de los rechazos de pacientes se dan en el distrito de Penonomé y Antón, por concentración de la población
- La población no esta satisfecha con los horarios, no hay programas de calidad
- La insatisfacción de la población se da por el tiempo de espera y rechazo
- Se han efectuado algunas auditorias de expediente y el ADELS ha logrado mejorar la forma de entrega del servicio

Bocas del Toro

- No se maneja la mora quirúrgica porque no hay hospitales
- No hay sistema de registro de rechazo de pacientes en el MINSA, si en la CSS
- Horario de atención es el definido, pero en las áreas de difícil acceso se atiende a cualquier hora
- Sin control de calidad, ni auditorias

Chiriquí

- Mora quirúrgica debido a un paro médico en el JDO, no hay registro del Hospital de la CSS
- No hay registro de rechazo de pacientes
- La mayoría de la demanda no satisfecha se ubica en el Oriente Chiricano (Remedios, San Félix y otros)
- Se tienen algunos horarios extendidos en centros de la Ciudad de David, y se han establecido acuerdos con la comunidad para lo que se otorgan cupos para atención en horarios extendidos
- No hay programas de calidad, en el MINSa, pero son necesarios
- Algunas experiencias aisladas de auditorias de programas específicos y en algunos distritos. Epidemiología tiene 10 años de experiencias en auditorias sistematizadas
- Encuesta de satisfacción del usuario aplicada por relaciones públicas

Herrera

- Mora quirúrgica alta no cuantificada, debido a suspensión de procedimientos por remodelación del hospital
- No hay sistema formal de registro de la mora quirúrgica.
- No se registra el rechazo
- Mayor demanda insatisfecha en Ocu y Los Pozos
- Control de calidad se hace mediante auditorias aisladas, sin contar con programas específicos. No hay un proceso regular de auditoria de calidad
- Poca dotación de medicamentos
- El horario de atención de consulta externa es de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., el de urgencias hospitalarias de 24 horas.
- No hay un programa estructurado de medición de la satisfacción de los usuarios, ni de control de la calidad. Existen algunos buzones de sugerencias.
- Las quejas principales son la falta de cupos después de las 11:00 a.m. y la falta de medicamentos.

Los Santos

- Mora entre 6 y 8 meses, por falta de normas que regulen la duración de un examen, recursos de laboratorio y otros.
- No se ha sistematizado el registro de mora
- No se registra el rechazo
- Demanda insatisfecha Pocrí y Tonosí
- Citas para especialidades y control de salud
- Funcionamiento real de la instalación de 8:30 – 1 p.m
- Sin propuesta de modificación de horarios, de medición de satisfacción del cliente, se proyecta efectuar encuestas
- Control de calidad se ha dado a partir de auditorias realizadas durante ADELS
- No hay sistema de control de calidad
- Se considera el orden de atención en función de la distancia en donde residen los clientes y la disponibilidad de medios de movilización o bien se alojan en la instalación hasta el día siguiente cuando no hay otra opción

San Miguelito

- Tiempos de espera oscila entre 120 y 180 minutos después de haberse entregado la cita
- HISMA el tiempo de espera oscila entre uno y cinco días. No hay rechazo de pacientes si responde al perfil
- No hay registro de rechazos (primer nivel)
- Extensión de horario en 5 de los 8 centros de salud, sábados y domingos

- HISMA auditorias médicas y encuestas de satisfacción
- Región encuestas de satisfacción
- Análisis del sistema de referencia – contrarreferencia entre HISMA y el primer nivel

Panamá Este

- No se conoce la mora quirúrgica por que depende de la CSS
- El servicio que concentra la mayor demanda en espera es la consulta externa
- No hay registro de rechazo de pacientes
- La mayor proporción de la demanda insatisfecha se da en áreas de difícil acceso
- Se atiende en horario regular y en el caso de las áreas de difícil acceso a cualquier hora en que el servicio se solicitado. El hospital tiene consulta externa hasta las 7 p.m
- Hay propuestas para la extensión de horarios que deben ser mejor estudiadas a fin de que se contemplen el análisis de la demanda y necesidad, aspectos de seguridad, disponibilidad de transporte, necesidades de personal para su funcionamiento y priorización de las áreas para la extensión en función de la demanda
- No se aplican mecanismos de satisfacción del usuario, aunque son requeridos
- Las auditorias de expediente se hacen en epidemiología, manipuladores de alimento y enfermería
- Sin control de calidad sistematizado, acciones aisladas se dan en farmacia y en enfermería
- Las encuestas de satisfacción del usuario son una meta y debe incorporar aspectos de satisfacción del cliente externo e interno y criterios de calidad
- El usuario esta insatisfecho por el incumplimiento de horarios del personal

Panamá Metro:

- A través de las encuestas de satisfacción del usuario, se monitorea la calidad aparente, extrínseca o percibida de los servicios ofrecidos en los centros de salud y se aplican desde 1998. En ellas se ha logrado identificar las áreas críticas que producen insatisfacción a los usuarios, destacándose el tiempo de espera, la comodidad y l tramitación excesiva.
- Se aplican instrumentos de mejoría de la calidad
- La extensión de horarios se realiza de lunes a viernes en algunos centros de salud.
- Para el control de calidad se han realizado auditorias de expedientes por programas (se analiza el cumplimiento de la norma), se ha adecuado el flujograma de atención y el sistema de citas, se han incorporado los buzones de sugerencias y la DPO.
- A través de los años se ha observado una mejoría e incremento de la calidad de atención de los servicios al usuario.

En Síntesis:

- Una de las dificultades es la capacidad gerencial y de gestión de los salones de operaciones, debe darse un proceso unificado de otorgamiento de citas para las cirugías que permita ser más oportuno el sistema. Hay un problema de control y normalización de los procesos según acto quirúrgico.
- La falta de disponibilidad de insumos, es un elemento sustantivo para resolver el problema.
- Es importante que la extensión de coberturas de la atención quirúrgica mediante la implementación de programas de cirugías ambulatorias, pase por una reflexión y análisis integral de este problema, que permita identificar soluciones reales y en las que se consideren los diferentes aspectos que inciden en el mismo.

- En cuanto a la extensión de horarios se requiere estudiar en profundidad, en cada una de las regiones, las opciones considerando las necesidades de la población, las necesidades de recursos para su adecuado funcionamiento, las condiciones de seguridad de las áreas y los mecanismos de incentivos que se otorguen al personal.
- Es coincidente la necesidad de establecer programas sistemáticos de control de calidad de los servicios, así como el establecimiento de mecanismos para la medición de la satisfacción de los clientes internos y externos, toda vez que las acciones que sobre este tema se han realizado hasta la fecha son asistemáticas y de carácter aislado o bien responden a objetivos específicos de algunos programas o disciplinas.
- El tema de las auditorías médicas guarda relación con la investigación de problemas específicos, tal es el caso de las auditorías relacionadas con las enfermedades objeto de vigilancia epidemiológica y con las muertes maternas, por mencionar algunas.
- Por otro lado, es importante tener claro que la calidad de la atención de salud no puede ser planteada en función de las posibilidades de financiar esa calidad.

La fotografía N° 5, permite identificar algunos aspectos relevantes relacionados con la **Red Social**.

En términos generales se han identificado coincidencias entre las regiones de salud, entre ellas:

- La comunidad se organiza a través de los comités de salud, Organizaciones no Gubernamentales, cooperativas, federaciones y confederaciones. El análisis efectuado revela que, en general hay poca coordinación real entre las instituciones Gubernamentales, y las organizaciones no Gubernamentales.
- Las O.N.G. y las Organizaciones Comunitarias ayudan en el diagnóstico de las necesidades, pero no cuentan con los recursos para la solución de las mismas.
- En algunas regiones de salud, se han realizado análisis de Actores Sociales, donde se han identificado la importancia de algunas de estas organizaciones, en otros casos se ha constatado, que estas no son funcionales.
- Las fortalezas en la Red Social son: Recursos humanos con un grado de capacitación para el trabajo comunitario. La experiencia obtenida con dirigentes, líderes y la comunidad. La disponibilidad de algunos equipos de salud para trabajar con grupos de la Comunidad en horas fuera del horario de trabajo, marco legal que soporta la medicina tradicional en salud y la participación comunitaria (Comités de Salud).
- Las debilidades de los equipos de salud son: persistencia del enfoque curativo, poco acceso a obtener material acorde con las diferentes etnias, poca proyección comunitaria, fragmentación de las acciones del equipo de salud, gerencia de los niveles locales no proyectan liderazgo, poca disponibilidad de recursos financieros y inadecuada distribución de los recursos humanos para darle seguimiento a las actividades de Atención Integral.
- No se cuenta con una caracterización detallada de la red informal y no se integra las prácticas y cultura de la población en las actividades de salud dirigidas a los diversos grupos étnicos – culturales.
- Los tramites legales para obtener personería jurídica para los Comités de Salud y los cambios de firma demoran entre 2 y 6 meses.

Algunos aspectos que se diferencian en las Regiones de Salud se detallan a continuación:

La Región **Colón** resalta la conformación de la Primera Federación Distrital del Comité de Salud de Portobelo y la formación de Promotores de Salud. La experiencia con la participación de la comunidad es favorable, sin embargo cuando se analizan problemas el proceso de deliberación y concertación no logra una participación relevante de los actores sociales.

Las culturas de la población se han integrado a las acciones de salud a través de diversos programas y proyectos (Tramil, Capacitación de Parteras Empíricas y Manejo de Desechos Domésticos y Naturales, entre otros).

En el caso de la Región de Salud de **Chiriquí**, no se han realizado estudios de red informal, sin embargo se conoce que sus actividades incluyen la prescripción de medicamentos y de productos naturales; terapias que combinan ritos esotéricos con medicación. Y en las farmacias se atienden las recetas generadas por esta actividad. Estos se concentran en los distritos de Barú, Boquerón y David. La demanda por sus servicios proviene de todos los estratos culturales y económicos.

Las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud se integran de diversas maneras a través de la Medicina Tradicional, actividades de la lactancia materna como práctica de la población. Se recurre también a la utilización de los eventos culturales y tradicionales (ferias, encuentros, cantaderas etc.) para la promoción de programas y servicios de salud.

Se han identificado como debilidades regionales la falta de lineamientos específicos para operatividad de la participación comunitaria en los diferentes niveles y la sobrecarga que le genera la Región Sanitaria Gnohe Buglé, entre otras

En **Kuna Yala** se destacan formas de participación diferentes y guardan relación con las costumbres y el marco cultural de cada comunidad y se esta tratando de establecer inter relaciones entre la medicina tradicional y la formal

En el caso de la **Región Metropolitana de Salud**, ha logrado la conformación de equipos de salud en los niveles locales, pero identifica como debilidades las siguientes:

- Déficit de recursos humanos
- Prevalencia de modelos curativos
- Sistemas de información inadecuados
- Baja motivación e incentivos al personal
- Ineficiente distribución del recurso técnico y financiero
- Conceptualización del enfoque de Atención primaria

En **Panamá Este**, el sector informal de atención se concentra en el Chepo, en la Comarca Kuna Madugandí, en el Corregimiento de Tortí y sus servicios son demandados por la población debido a accesibilidad económica y geográfica.

San Miguelito por su parte ha desarrollado investigaciones que le han permitido caracterizar el sector informal de atención de salud como heterogéneo, de igual forma ha realizado un inventario sobre la oferta actual y potencial de los servicios privados de salud. Como fortalezas del equipo de salud se destacan: La disposición de algunos miembros con sensibilidad social, existencia de un modelo de atención familiar, comunitario y ambiental que establece los mecanismos para potenciar la participación social, la sectorización y asignación de equipos sanitarios básicos por zonas sanitarias.

En el caos de foto N° 6, la cual hace referencia a las **proyecciones de la red**, se logran identificar aspectos comunes a todas las regiones entre ellos:

- 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 de instalaciones, sino recurrir a la Organización y Participación Comunitaria.
- La conformación de equipos básicos es necesaria, pero se debe adecuar dependiendo de las necesidades del área y deben definirse las funciones del mismo. Se debe trabajar en forma Integral y hacer énfasis en la Promoción de la Salud y en los aspectos de Prevención de Enfermedades, en el contexto de la Atención Primaria.
- La Planificación de los servicios debe realizarse conjuntamente con la Caja de Seguro Social.
- En cuanto a atención de pacientes ancianos y/o con enfermedades crónicas, se ha estado considerando el reforzamiento de estos programas; ya que la demanda de estos servicios se ha incrementado debido al aumento de la expectativa de vida, y de la proporción de pacientes de la tercera Edad.
- Las enfermedades del Trabajo son básicamente responsabilidad de la Caja de Seguro Social.
- Es fundamental Educar a la población, mejorar la Atención Primaria, coordinar con los grupos Organizados.
- La ampliación de horarios, para la ampliación de cobertura, debe optimizarse, y su ampliación los fines de semana, con horarios controlados, según la demanda y previo estudio de factibilidad.
- El sistema de referencia y contrarreferencia y los nexos de coordinación e integración con la Caja de Seguro Social, no se dan. Se debe fortalecer la integración Caja de Seguro Social /Ministerio de Salud.
- En la CSS se está incorporando la participación social en la gestión de los servicios médicos.
- Las regiones han establecido algunas propuestas de adecuación de la red de servicios con la finalidad de incrementar su capacidad de respuesta.
- Las giras de salud deben efectuarse cumpliendo las normas y deben ser programadas a los distritos con lugares con poca accesibilidad a las instalaciones de salud, son vista con un mecanismos de ampliación de coberturas que se limitados por las irregularidades con que pueden realizarse debido a problemas logísticos y de disponibilidad de insumos.
- La alternabilidad de roles debe implementarse en las medidas generales que aplica el equipo básico y fundamentalmente en lo relacionado con la Promoción de la Salud . Se debe cambiar la cultura actual, por la de una visión de integridad en las funciones del funcionario de Salud, tal como lo establecen las normas de atención integral a la población.
- En base al modelo tradicional de atención, los sectores se definieron con criterios de accesibilidad geográfica, división política, perfil epidemiológico e indicadores de salud.
- La capacidad técnica es limitada, es necesario revisar el perfil laboral del funcionario, mejorar y reevaluar su remuneración salarial, reforzar programas de meritocracia, evaluación del desempeño en el cargo, redistribuir al personal, ofrecer programas de educación permanente.
- Es necesario mejorar la capacidad de respuestas de los cuartos de urgencias y capacitar a la población sobre el uso que se le da a los mismos.

Algunos aspectos que se diferencian en las Regiones de Salud se detallan a continuación:

En el caso particular de la **Región Metropolitana**, se resalta que:

- Es necesario conformar equipos básicos multidisciplinarios con participación de la comunidad, con funciones ya definidas
- Se debe delegar funciones al equipo del sector y a la comunidad
- Es indispensable implementar un programa de educación permanente al personal de salud y la comunidad
- Los policentros ofertan servicios más especializados (Parque Lefevre), Se deben establecer protocolos de atención para definir mejor la función de los policentros
- Es necesario implementar una base de datos de toda la población que recibe atención de salud en la Región Metropolitana
- No se cuenta con modelos médico – funcionales
- En general puede decirse, que los equipos regionales y locales no visualizan los elementos de la salud ambiental, como aspectos fundamentales para las proyecciones y adecuaciones de la red de servicios de salud.

Para las regiones de **Veraguas, Chiriquí y Bocas del Toro** es fundamental que se haga efectiva la delimitación del “área Gnobe Bugle”, lo que pasa por la necesidad de definir el patrimonio de la Región Hnóbé Bugle. En el caso particular de Veraguas se están desarrollando nuevas modalidades de atención, se efectúa cirugía ambulatoria en la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud. El Hospital Nuevo ha incorporado nuevos servicios pero estos no se han divulgado.

En el caso particular de **Chiriquí**, se están adoptando decisiones de modificaciones para el primer y segundo nivel de atención, entre ellas la cirugía ambulatorias. Se propone considerar el pago según condiciones y acceso económico por ,tanto consideran que se debe exonerar del cobro a poblaciones en áreas de pobreza, para así evitar que la población deje de demandar los servicios por falta de recursos. También se propone disminuir los costos de atención de las actividades de captación temprana de embarazadas, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, captación nutricional y otras.

Los servicios que deben incorporarse para ampliar la cobertura son: laboratorio a los centros de salud en general, servicios de rehabilitación comunitaria y las farmacias comunitarias

La Región de Salud de **Herrera** considera que existe una división política de las áreas de salud que no responde a las necesidades sanitarias.

En el caso de **Bocas del Toro**, se ha iniciado una labor de capacitación y cambios tendientes hacia la Salud Pública, enfatizando los aspectos relacionados con la Vigilancia Marítima Internacional, Vigilancia y Capacitación en el Cordón Fronterizo con Costa Rica, Plagsalud.

La Región de Salud de Coclé, está introduciendo nuevas modalidades de atención, que son evidentes en los cambios introducidos de sensibilización a través de capacitación docente 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 oferta de servicios en el primer nivel está siendo modificada a través de la introducción de la red informativa, de centros de promoción, modernización y adecuación de procesos administrativos, correo de laboratorio y construcción de centros de salud, por mencionar algunos. En cuanto al segundo nivel, se ha dado mediante la reposición completa del Hospital Aquilino Tejeira, la adquisición de personal especializado en materia de ortopedia, ginecología, etc.

La eficacia y calidad de las acciones son evaluadas periódicamente por el equipo regional, utilizando como instrumentos la auditoria de expediente, la evaluación del desempeño, las encuestas de satisfacción, los convenios de gestión, la supervisión y los cuadros de mando.

La discusión en la plenaria planteó la siguiente interrogante:

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.

Por su parte la región de Kuna Yala destaca que debido a la características culturales de la población Kuna, cada comunidad tienen sus particularidades y estas guardan relación con la visión de sus líderes, que las prioridades de atención toman en cuenta el ciclo vital (los infantes y escolares han sido priorizados) y que las mejoras de la red implican el incremento de la capacidad resolutive de las instalaciones de salud, con énfasis con la atención de las urgencias. No se han establecido programas ni un plan comarcal para intervenir las prioridades.

Panamá Oeste está introduciendo nuevas modalidades e iniciativas de adecuación de la oferta de servicios, como el centro día de salud mental, el centro regional de atención al adolescente y el centro de promoción. Además están desarrollando programas de salud dirigidos a identificar los grupos vulnerables en base a criterios establecidos y plantean la necesidad de un nuevo modelo de atención, en donde el hospital regional no tenga consulta externa general, pero cuente con consulta pre y postoperatoria. La consulta externa especializadas se debería ofertar en los policentros. Es necesario incrementar participación de los promotores de salud dentro del equipo.

En el caso de **Darién** la red de servicios se esta adecuando mediante la reorientación de la oferta en el marco del Proyecto de Desarrollo Sostenible del Darién. Plantea que su red es básicamente de primer nivel de atención, pero que la misma debe estructurarse con base a tres niveles de complejidad articulados por el sistema de referencia – contra referencia. Las mejoras de la capacidad resolutive pasan por mejorar la capacidad de la red de urgencias.

San Miguelito ha venido adelantando un proceso de cambio del modelo de atención y de gestión, en cuyo contexto ha realizado una clasificación socioeconómica de la población, se da una participación de la población de carácter coyuntural, los espacios de población se han definido considerado además de la división geográfica los segmentos de población, la identificación de riesgos y postergación y la clasificación socioeconómica. En el segundo nivel de atención se ha implementado un

modelo de gestión utilizando una modalidad de Patronato diferente a los patronatos tradicionales.

Por otro lado, se han realizado adecuaciones a la cartera de servicios y se han modificado los horarios de atención con limitaciones de recursos humanos para su mejor desempeño.

El informe de la región de San Miguelito, cuenta con un anexo que recoge el desarrollo de las fotografía por el HISMA.

La fotografía N° 7, recoge información que permite la **Caracterización del Sistema Regional**

- El ordenamiento administrativo está centralizado y burocratizado, lo que repercute en la administración en forma negativa, ya que dificulta la ejecución fluida de los procesos a nivel de la región y local.
- El avance en el proceso de Descentralización es escaso, ya que el nivel regional no puede descentralizar si el mismo se encuentra centralizado.
- Las Políticas de Salud si responden a las necesidades regionales, el problema está en la implementación de las mismas en el nivel local por falta de recursos.
- Las regiones se organizan jerárquicamente mediante la conformación de áreas o bien de distritos, corregimientos y sectores.
- Se dispone de información para la gestión, pero muchas veces esta información no es oportuna especialmente la de las áreas apartadas. Pocas instalaciones del nivel local disponen de información automatizada para la gestión administrativa. En el caso de los hospitales de segundo nivel la disponibilidad de equipos computacionales es mayor.
- En la actualidad hay un resquebrajamiento de las relaciones formales entre la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud. Se logra comunicación entre funcionarios de ambas instituciones que responden más bien a relaciones personales. Esto se debe resolver sobre la base de negociación y concertación, además aumentando la calidad de los servicios. Debe haber una mejor equidad en la utilización de los servicios.
- La conducción sanitaria se relaciona con la implementación de las políticas de salud, de la vigilancia y control de las normas y disposiciones legales, de los riesgos, de la promoción y atención integral de la salud.
- Debe dársele mayor autonomía a las regiones para que elaboren sus modelos de organización de acuerdo a sus recursos humanos.
- Los manuales de procedimiento existen e la mayoría de las regiones de salud, se aplican según las normas y las funciones correspondientes; aunque no están disponibles en todas las instalaciones de salud.
- La coordinación con la CSS debe mejorarse para evitar la duplicidad de acciones y aplicar los principios de equidad y solidaridad

Bocas del Toro

- Consideramos prudente cambiar la estructura actual. Se deben crear otros distritos Sanitarios en vez de crear nuevas regiones, como ejemplo la Comarca Gnobe Bugle, la cual fue creada en el año 1998 y aun no tiene estructura organizacional ni Financiera.
- La toma de decisiones no son consensuadas, solo en escasa ocasiones se les consulta a los técnicos. No existe mecanismo de supervisión ni para el sector Público ni Privado.

Panamá Oeste

- La descentralización ha avanzado de la región hacia el hospital regional, en el aspecto administrativo y económico. No ha sido de esta forma en el primer nivel de atención y en el nivel local. Como proceso es muy limitado ya que la región carece de autonomía económica.
- No se cuenta con manuales de procedimientos administrativos que permita una uniformidad de criterios al aplicar los mismos.

Panamá Este

- El distrito de Chimán debe ser considerado como un área de salud especial
- No supervisa al sector privado, pero es una de las proyecciones regionales

San Miguelito

- La coordinación con la CSS se da para la obtención de información estadística (epidemiológica, de provisión de servicios) y mediante el sistema de referencia – contra referencia. Los servicios de Alcalde Díaz y del HISMA, se basan en la integración. Esta coordinación deberá darse sobre la base de una planificación coordinada y una compensación financiera.
- Los cambios en la gestión se han logrado mediante la desconcentración, atención por áreas de responsabilidad (zonas sanitarias), conformación de los equipos básicos, firma de acuerdos de gestión. En el caso del HISMA se han diferenciado las funciones de ente normativo, contratador, evaluador, financiador y proveedor.
- La toma de decisiones se basa en la administración por objetivos y se prioriza según diagnóstico y necesidades.
- Toda la red de primer nivel de atención cuenta con equipo informático y programas aislados para desarrollar sus funciones en el marco del sistema de información.
- Los datos producto del sistema de información gerencial son utilizados para dar seguimiento al contrato programa del HISMA y de los centros de salud.

Veraguas

- Se ha desarrollado en la región un programa de control de Calidad. Se ha notado una gran mejoría y satisfacción del usuario, así como de los funcionarios. Se espera mejorar aun más al cumplirse los estándares y las metas de Calidad. Las encuestas que se practican periódicamente desde la perspectiva del usuario nos indican como se avanza, y hay una gran satisfacción y buena acogida por la mayoría de los funcionarios y usuarios, aunque aun hay médicos renuentes a cambiar de actitud. Mediante el proyecto de Salud con calidad, existe un indicador que se midió en una oportunidad, y dio como resultado que los pacientes no están siendo contrareferidos.
- El modelo de gestión que se ha ido implementando, se caracteriza por ir involucrando a la comunidad en la cogestión de los servicios de Salud, a través de los comités de Salud, Juntas administradoras de agua, O.N.G., gobiernos locales.
- Para descentralizar en un futuro los Municipios de la región de Salud gerencialmente y financieramente, es necesario asignarles el suficiente presupuesto además de reintegrar a tiempo la cuenta 210.

Colón:

- Para la toma de decisiones se están utilizando como criterios de priorización tales como el análisis e interpretación del ASIS, la programación local, incluida en esta última la priorización de problemas.

Chiriquí:

Consideran que es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente. Redimensionar nuevamente lo del área sanitaria del Oriente, no crear nuevas regiones, sino modificar las ya existentes, en función no sólo de la división política, sino también tomando en cuenta las vías de comunicación (accesibilidad).

La estructura orgánica actual debe ser cambiada, reestructurada a fin de que sea funcional de acuerdo a programas de atención de la población tanto en los niveles locales como regionales.

En cuanto a los **instrumentos de gestión**, revisados al analizar la foto N° 8, las regiones presentan características similares en aspectos tales como:

- En el proceso de Planificación regional hay escasa participación de las unidades locales, quienes participan son los equipos regionales y la gran ausente es la población.
- No existen procesos de planificación conjunta Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. La única programación local conjunta Ministerio de Salud Caja de Seguro Social que se realiza es en el programa de Salud Ocupacional y en ocasiones las acciones de vacunación.
- Los directores distritales y locales, así como algunos miembros del equipo regional, plantean que no se analiza ni discute la información estadística para la toma de decisiones, atribuyéndolo a fallas en la comunicación con la región. Estos análisis se ven limitados por la falta de recursos humanos, sienten que las responsabilidades exceden la capacidad existente.
- No se da un proceso sistemático de evaluación.
- El presupuesto de inversión no responde a una planificación de la red de servicios. Se ve afectado por los factores políticos.
- El presupuesto de funcionamiento no obedece a objetivos planificados, sino históricos.
- Se desconoce la distribución presupuestaria entre los componentes Salud Pública, Atención a la Población y Atención al Ambiente.
- No existe un trabajo de equipo en la presupuestación, ni a nivel distrital, ni a nivel regional.
- La ejecución se inicia 3 o 4 meses tarde, retrasando las actividades programadas. No hay descentralización de la región hacia los hospitales o los distritos
- No están priorizando según objetivos.
- No hay rendición de cuentas relacionada al presupuesto asignado.
- Piensan que los acuerdos de gestión son útiles y en general coinciden en que las figuras de contratos programas sin fines de lucro son una opción que se debe evaluar y consensuar. (Patronatos, Consejos de Gestión).
- No se están efectuando acuerdos de gestión, excepción hecha a la regiones de San Miguelito, Metropolitana y Veraguas, donde en la red del primer nivel de atención se han realizado contrato programas o DPO, de carácter público – público.
- Es necesario que se descentralice la gestión de recursos humanos, contratación y administración de personal, compras por instalación y presupuesto.
- Recomiendan la desconcentración de funciones y descentralización de poder y autoridad del nivel central al regional y de este a los niveles locales.
- También consideran necesario descentralizar algunos programas: Inspección de Plantas, DEPA y Saneamiento Ambiental, Medicamentos e insumos y Farmacia y Drogas, entre otros.
- Deben desarrollarse las competencias de los equipos para la gestión descentralizada.

- El nivel central debe evitar dar instrucciones directas al hospital regional, ya que esto genera conflictos de responsabilidades e información en el nivel regional.
- No se cuenta con un sistema estructurado de referencia y contrarreferencia, esto es especialmente cierto con relación a las contrarreferencias desde los hospitales nacionales.
- No existe un sistema de incentivos, aunque en algunas regiones se han aplicado de manera aislada algunos incentivos, para lo cual se han aplicado el criterio de antigüedad. Solo se destaca lo negativo y es igual si las cosas se hacen bien o no. La falta de estabilidad y cambios de personal producen apatía en el recurso humano. Los equipos de salud de las diferentes regiones consideran que un sistema de incentivos mejoraría la motivación, productividad y calidad del servicio.
- El sistema de información es de tipo tradicional, lento, obsoleto, no confiable, manual y no oportuno. El presupuesto y el área de financiamiento tienen información disponible, pero no se discute ni se analiza.
- El sistema de costo 20 no aporta información de valor para la toma de decisiones gerenciales, ni se apoya en las estadísticas vitales.
- Tampoco se evalúa la calidad de la información. Se carece de indicadores de costos y financieros que aporten elementos en el proceso de toma de decisiones
- Las compras de insumos medico-quirúrgicos y medicamentos son centralizadas pero con base a las necesidades definidas por la región, el suministro de farmacia y laboratorio entre el MINSA central y regional y local, es deficiente, con un abastecimiento largo, entrega de pedidos lento y escasos. Hay que mejorar la coordinación y debe separarse los niveles regionales de los hospitales en este rubro.
- No hay mecanismos para el control de pérdidas y fraudes
- El MINSA y la CSS no coordinan la compra y suministros de medicamentos
- Para la priorización de las adquisiciones de equipos y nuevas tecnologías se aplican criterios tales como: enfermedades prevalentes, criterio técnico, precio y servicio.

Algunas particularidades de cada una de las regiones se destacan a continuación:

Para la región de **Coclé**, 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. A nivel local se aplican los convenios de gestión, excepto para la programación del programa 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.

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)

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

Los incentivos están planeados en los Convenios de Gestión pero no se hacen efectivos; aunque el año pasado se dieron certificados (puntualidad, responsabilidad). El plan de meritocracia está en archivo (administración). Por otro lado, el equipo considera que el incentivo económico es bueno, pero no es el mejor, sería mejor proveer ambientes laborales adecuados o reconocimiento – certificados.

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.

En el caso de **Veraguas**, la programación local se realiza por unidad ejecutora, es decir por instalación de Salud y toma en cuenta la percepción que sobre los problemas de Salud tiene el equipo local, ya sea por solicitudes expresadas por la comunidad o por el ASIS. La participación de la población no se da manera directa, en algunas instancias se le invita a participar, y quizás por falta de compromiso está participación no se logra.

Los Centros de Salud Canto del Llano, San Francisco y Atalaya están iniciando sus primeros pasos en el tipo de contrato programa. En este caso es público –público. El mejor modelo de contrato programa guarda relación con la complejidad de la instalación. Los acuerdos son una consecuencia del programa Salud con Calidad. Se establecen estándares técnicos y políticas de benchmarking. Implica la medición de los estándares. Proveedor Centros de Salud – Financiado por Región de Salud. Se propone la cartera de servicios y su forma de medición y se establecen negociaciones, en cuanto a recursos y otros aspectos para poder cumplir los acuerdos.

En **Herrera**, afirman contar con un diagnóstico de salud regional, pero no con un Plan Estratégico u Operativo. No existe planificación conjunta MINSA-CSS, aunque se considera que debe basarse en las necesidades detectadas y con la participación de todos los actores. No se realiza programación local formal, solo de giras. No se evalúan las actividades, pero se considera que ayudaría a la gestión.

En cuanto a **Bocas del Toro**, la Planificación regional no es participativa, ya que en la misma solo participa el Planificador Regional, al momento de planificar una obra o programa no se toma en cuenta a los niveles operativos; y son estos niveles los que conocen las necesidades de sus Distritos.

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.

La Región sólo maneja el presupuesto de funcionamiento, ya que el de inversión se maneja en la sede. El departamento de presupuesto desconoce por completo 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.

Colón plantea que en algunos SILOS se efectúa programación local MINSA-CSS, donde hay gerencia compartida y actitud positiva para efectuar planificación estratégica. La población participa del proceso de planificación en algunos sectores (La Carretera y Costa Arriba).

Se han establecido mecanismos de supervisión para el seguimiento periódico de las metas establecidas, con evaluaciones anuales que valoran coberturas, logros e impacto. La región cuenta con instrumentos propios para desarrollar este proceso.

La información se evalúa por los usuarios al omento en que va a ser utilizado el banco de datos para realizar una investigación, actividad específica o análisis de proceso de trabajo y es analizada a través de discusiones, reuniones mensuales e informes. Los contenidos de la información son definidos por los usuarios del nivel local, de las coordinaciones regionales o del departamento de planificación.

Para la Región de Salud de **Los Santos**, los Niveles distritales programan la atención a los grupos de riesgo según los recursos disponibles. Los representantes de corregimiento apoyan la gestión de salud, pero los equipos técnicos de alto nivel no apoyan la participación social. Los aspectos políticos y la falta de remuneración afectan la participación social

Los incentivos no se aplican sistemáticamente, no son económicos y cuando se dan toman en cuenta criterios de productividad, asistencia, cooperación y otros.

El equipo de salud de **Panamá Oeste**, manifestó que en cada instalación local hay un ASIS que sirvió de base para definir los problemas por sectores distritalmente. La principal debilidad del equipo regional es que dedica la mayor parte del tiempo a las acciones operativas, limitando su capacidad de conducción, supervisión y seguimiento de los procesos de planificación. No hay programación local minsa-css, solo en intervenciones de emergencia o en eventos culturales, por consiguiente no se interviene en forma conjunta.

Una debilidad regional esta en la construcción de los indicadores de gestión. Los centros de producción están bien definidos pero no se sabe si responden a las necesidades y complejidad de las instalaciones.

En la **Región Metropolitana** la planificación regional participativa, se integro a los niveles locales pero no a la comunidad; aunque en años anteriores se había incluido a la población. Las evaluaciones se efectúan cada tres años, aunque se ha considerado la revisión bianual a nivel regional y anual a nivel local. Se han excluido problemas importantes de ambiente en el proceso de planificación. Además, se mencionó que:

- No se cuenta con indicadores de costos
- La programación local no incluye el aspecto presupuestario
- El papel de los directivos es nulo en el proceso de programación y presupuestación.
- Los contrato programas son una alternativa para algunas áreas (mantenimiento)
- Se están dando algunos compromisos de gestión entre la región y la CSS
- Las DPO se ven como un incentivo para el Centro de Salud pero no para el personal

Para el equipo de **Kuna Yala**:

- Planificación regional participativa en relación a los equipos de salud, pero la población no participa directamente.
- No hay instalaciones de la CSS en el área, sin embargo debería efectuarse una planificación conjunta por que el MINSA atiende población asegurada.
- Se efectúan evaluaciones anuales y semestrales sólo en los programas materno infantil. Para el resto de las acciones se esta trabajando en los indicadores.
- Anteproyecto del 2001 se realizo con base a los objetivos contenidos en el plan estratégico regional
- A la fecha no se han realizado procesos de rendición de cuentas que relacione la producción y costos.
- Los contrato programas son una alternativa para la administración por objetivos el más conveniente es el público-privado sin fines de lucro
- Se carece de un sistema de incentivos, se práctica la meritocracia por antigüedad
- El sistema de información recoge datos que permiten realizar el ASIS y otros datos de gestión. El subsistema de información en salud es obsoleto, desactualizado, no oportuno ni confiable.
- Los recursos humanos son poco calificados, se carece de técnicos locales que oriente el proceso y calidad del sistema de información. El costo 20 se ha incorporado en el Hospital de Ailigandí.
- Es necesaria la descentralización gradual central-regional-areas. (presupuestos, compras, contabilidad y recursos humanos; así como el sistema d información en salud; promoción de la salud, protección de alimentos.
- Es necesario mejorar el desarrollo gerencial y la capacidad de respuesta regional.

Darién indicó que:

- Se cuenta con un plan estratégico regional que define metas en materia de atención de la población y del ambiente., sin embargo no se cuenta con los ASIS locales.
- Hasta hace dos años se realizaban evaluaciones semestrales y anuales de las metas
- El sistema de información requiere ser readecuado con base a las necesidades que definan sus usuarios. Esta readecuación pasa por la definición de indicadores de proceso, de insumos, de resultados y de impacto.
- La carencia de recursos humanos dificulta cualquier proceso de descentralización exitoso.

San Miguelito

- La planificación regional es participativa y culmina con la elaboración del plan estratégico regional y el plan quinquenal cooperativo. La población participa del proceso identificando sus problemas y lo hace a través de organizaciones comunitarias.
- Desde 1998 existe una Unidad de Planificación Integrada MINSA-CSS. Entre sus logros se cuentan la planificación de acciones de gestión conjunta, el nuevo modelo de atención.
- El 40% de l población de la región no es asegurada, sin embargo no se efectúa programación local conjunta.
- La región evalúa semestral y anualmente las acciones de salud con el nivel local y la comunidad. Se esta trabajando con indicadores de insumos, de proceso y de resultados. Se aplican mecanismos participativos e interactivos

Chiriquí

- Formulan planes operativos anuales, que inicialmente contaron con la participación de la comunidad.. Estos planes se basan en las políticas y los problemas de salud, basados en el análisis de situación de salud ya elaborado. Se aplica la técnica de FODA y del consenso.
- A nivel local la programación es participativa entre los gestores y jefes de departamentos sin embargo la población debería tomarse en cuenta para mejorarla gestión.
- El proceso de evaluación presenta serias dificultades toda vez que no hay coincidencia entre los indicadores establecidos en la programación y los datos e indicadores obtenibles a partir del sistema de información; para tal efecto se están levantando indicadores con la finalidad de determinar integralmente los cambios requeridos en el sistema de información,
- La formulación presupuestaria considera las políticas, los objetivos y las metas a partir del año 1990, toma en cuenta los objetivos marco definidos por el Nivel Central y los objetivos distritales y regionales contenidos en el POAS.
- Es necesario modificar la ley que crea el Patronato del Hospital José Domingo De Obaldía.
- Se han aplicado algunos incentivos que toman en cuenta criterios de antigüedad, pero esto se ha realizado de manera aislada y no sistematizada. Se elaboró e inicio la aplicación de un Plan de Meritocracia, al que no se le ha dado seguimiento. El grupo concluye que lo incentivos económicos generan conflictos y que se convierten en incentivos perversos.
- La calidad del dato se esta monitoreando recientemente, este proceso lo coordina estadísticas.
- Los centros de producción tienen dificultades para su definición, no están claramente establecidos para que respondan a las necesidades y complejidad de la instalación.
- La aplicación de instrumentos de gestión contribuye al mejor funcionamiento del sistema sanitario, pero ello implica efectuar cambios en las diversas esferas de la gestión sanitaria y de la gestión clínica.

La fotografía n° 9, que hace referencia a aspectos relacionados con la **financiación de los servicios**, permitió identificar las situaciones descritas a continuación:

- Se necesita un sistema de información que ordene recolecte y procese la información para tomar decisiones. Sistemas existentes: Costo 20, el cual ha desarrollado fundamentalmente el proceso de facturación y en algunas áreas ofrece información de rendimientos de la atención asegurados / no asegurados. Además se dispone del sistema de información gerencial – WINSIG el cual contribuye a la toma de decisiones, pues aporta mayores elementos de análisis. Sin embargo, actualmente no se puede realizar un análisis, ya que no se hace una relación con Costo, producción, rendimiento y recursos, la información se utiliza solo a nivel regional y Nacional. No hay análisis, ni retroalimentación a nivel local.
- Las tarifas establecidas no responden a los costos reales, y se estiman sobre una base tomada por nivel regional en años anteriores o bien las define el nivel central. Estas deben ajustarse en los centros de Salud, para que cada centro estime sus costos de acuerdo a la realidad.
- El presupuesto público financia alrededor del 90 - 97% de la atención Sanitaria. El co-pago de la atención en Salud no se fija de acuerdo a la capacidad de pago del usuario, este co-pago debe ser modificado. Hoy día, la evaluación la hace el director u otro personal del Centro, que la mayoría de las veces no dispone de las herramientas y conocimientos técnico – sociales para ello. Los hospitales cuentan

con el departamento de evaluación económica y Trabajo Social. Esta modalidad no permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos del usuario.

- El subsidio estatal no es garante de la equidad sanitaria y debe aplicarse a la población más vulnerable y con mayores riesgos que en general carecen de recursos para atender sus necesidades de salud.
- Las regiones cuentan con registros de información confiable y oportuna sobre los gastos de salud
- No se dispone de tecnología de punta, especialmente al acceso de los médicos generales, aun tratándose de pruebas básicas, lo que incrementa los costos del sistema y para el paciente; así como la necesidad de referir al paciente hacia otras instancias sin que en ocasiones ello se amerite.
- Se da duplicidad de oferta de servicios entre el MINSA y la CSS.
- Deben establecerse normas sobre las donaciones en especie, sobre todo de medicamentos pues las mismas generan problemas de logística y no responden a las necesidades de los servicios y de la población.
- Los pacientes asegurados abusan del uso de los servicios por el hecho de que no pagan por los mismos directamente, lo cual crea una demanda, muchas veces innecesaria.

Algunas consideraciones particulares de las regiones de salud se enuncian a continuación:

Herrera:

- Existe duplicidad de servicios que aunque se realicen inicialmente en el nivel local para el diagnóstico de la patología y su referencia al segundo nivel de complejidad, son desechados y repetidos al llegar al hospital.
- La compensación de costos está siendo afectada por las malas prácticas de los funcionarios del sistema (recetas de complacencia, recetas con carnets ajenos, tratamientos no registrados adecuadamente, etc.) que al ser comprobados por audits, no son pagados al MINSA.

Bocas Del Toro

- El 86% de la atención se financian con los fondos del presupuesto Público. Las recaudaciones contribuyen con 1.40% y los organismos no gubernamentales con el 12.6% . El estado financia en las áreas rurales el 90% de la atención.

Kuna Yala

- El presupuesto del estado debe subsidiar al 65% de la población no asegurada aunque el mismo no es garante de la equidad sanitaria ya que influyen las diferencias culturales de la población y la distribución de las instalaciones no es equitativa
- Las decisiones para el desarrollo de la red de servicios no ha sido equitativa, una de las áreas con mayores deficiencias e iniquidades es el área de Cartí

Chiriquí

El proceso de recuperación de costos mediante el co-pago requiere que se efectúen algunas modificaciones entre las que se sugieren:

- Establecer controles para acceso de servicios a usuarios
- Clasificar usuarios en Centros y Puestos de Salud.
- Exonerar servicios de acuerdo a la clasificación de la población (extrema pobreza, áreas marginadas y rurales).
- Atención exonerada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas, enfermedades determinantes, severas, etc. (Previa evaluación).

Panamá Este

- Hay dificultad para establecer como se define a la población que puede aportar y la que no puede hacer
- Las tarifas para los servicios de salud pública deben ser revisadas.

Coclé

- 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.

Colón

- Los costos de la atención sanitaria toman en cuenta los recursos humanos, salario del personal, horas trabajadas, infraestructura, universo del centro de producción, insumos, gastos básicos.

San Miguelito

- La Región ha logrado definir los costos por tipo de consulta (general o especializada) para la compensación con la CSS. Se estima que para 1999 esta alcanza alrededor de 1.2 millones de dólares.
- Los fondos de autogestión permiten financiar un número importante de actividades que efectúa el nivel local, aunque el grueso de las tareas se ejecutan con fondos del Estado.
- El sistema de co-pago basado en la capacidad de pago del usuario, se ha implementado en el HISMA únicamente. Las instalaciones del primer nivel están pendientes de hincar este proceso. Se plantea la necesidad de establecer mecanismos que hagan efectivo este co-pago.

Algunas observaciones adicionales:

En el marco del fortalecimiento de la regulación sanitaria y del desarrollo de la infraestructura sanitaria y del castro, la Dirección Nacional de Infraestructura propone que se deben considerar los siguientes aspectos:

- En El Componente De Vigilancia Y Regulación De La Salud Poblacional Y Ambiental
 - Revisión y aprobación de estudios de impacto ambiental y riesgos a la salud del ambiente
 - Aprobación de planos para el desarrollo de urbanizaciones y construcciones particulares de viviendas, industrias y comercio, entre otros
 - Inspección de Plomería de nuevas construcciones particulares
 - Inspección de plomería de nuevas construcciones particulares
 - Vigilancia de puertos, aeropuertos y fronteras
- Servicios De Atención A La Población Y Al Ambiente
 - Servicios de ingeniería y arquitectura para la planificación y desarrollo de proyectos
 - Inspección de los proyectos de inversión de las respectivas regiones
 - Mantenimiento de infraestructuras, equipamientos y servicios esenciales
 - Procesos de adquisición y baja de equipos y tecnologías
- Actualización Del Catastro De Infraestructuras

- Fuentes de Información:
 - Catastro Nacional de Infraestructuras 1995
 - Seminarios Interregionales para la formulación de la Cartera de Proyectos del Plan Maestro de Inversiones de Salud
 - Reuniones de trabajo con el equipo del nivel nacional responsable del Análisis Prospectivo de a Red de Servicios.

La precaria situación de las infraestructuras, equipamientos y servicios esenciales diagnosticada en 1995, no ha mejorado por razones tales como:

- Los presupuestos de inversión en los últimos tres años de la década del 90 fueron dirigidos a la construcción de grandes proyectos para el reemplazo de los hospitales regionales que presentaban altos niveles de deterioro.
- Atendiendo a la política de descentralización, de la pasada administración del MINSA, la DIS, traslado sus recursos humanos a las diferentes regiones de salud, a fin de que las mismas asumieran un papel más proactivo en el desarrollo, vigilancia y mantenimiento de los proyectos de inversión.
- Los recursos humanos a nivel nacional y en los niveles locales, destinados a proveer servicios de ingeniería, arquitectura, mantenimiento e inspección, fue necesario utilizarlos a tiempo completo para ejecutar la inspección de la construcción de tres hospitales (Santiago, La Chorrera y Las Tablas)I y la supervisión de la inspección privada de dos hospitales (Penonomé y Chitré) y cuatro centros de Promoción de la Salud.
- Las regiones de salud, no han tenido la capacidad de crear las posiciones dentro de sus presupuestos, para el nombramiento de sus recursos humanos técnicos requeridos en este campo, para subsanar el déficit de los servicios de ingeniería, arquitectura, mantenimiento e inspecciones.
- Un alto porcentaje de los recursos humanos técnicos en las áreas de ingeniería, arquitectura y mantenimiento son nombrados bajo la figura de contingencia, lo que crea mucha inestabilidad y movilidad del personal.
- La extensión de horarios y días de atención, demandará aumentar y mejorar los recursos para el mantenimiento de las instalaciones y equipos.

En la mayoría de las presentaciones se resaltaron los aspectos de atención de los procesos de salud y enfermedad de la gente, los problemas de suministros de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, la falta de recursos humanos de diversa naturaleza, la situación de la relación MINSA-CSS, la escasez de transporte y otras deficiencias que afectan el adecuado funcionamiento de la red de servicios. Sin embargo, no se presentaron los problemas en las áreas de vigilancia y regulación tales como:

- No se dispone de ingenieros sanitarios con responsabilidades exclusivas de revisión y aprobación de planos, estudios de riesgo a la salud y al ambiente, estudios de impacto ambiental y las inspecciones de plomería, en tres provincias (Los Santos, Chiriquí y Colón) se utilizan parcialmente los servicios de funcionarios de otros programas y/o proyectos, afectando indudablemente el desarrollo de los mismos. En algunos casos los estudios o planos son enviados a Panamá para su aprobación, lo que ha causado conflictos.
- En ninguna región se tuvo participación del asesor legal, por lo que no se sabe si este recurso tan importante en los aspectos de regulación existen dentro de los respectivos equipos regionales.
- Las regiones que tienen puertos aéreos, terrestres y marítimos, que permiten la entrada de personas, animales, carga del exterior y desechos, no hicieron

mención de estos aspectos, salvo cuando se pregunto se dio alguna información, caso Bocas del Toro y Colón.

- Las coberturas y/o problemas de la Cadena de Frío del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), en su componente rural, de suministro de las vacunas a niños de áreas remotas e inaccesibles, no se consideraron en las diversas ponencias.

Actualización del Catastro de Instalaciones

Considerando que un componente de suma importancia en el “Análisis Prospectivo de la Red de Servicios”, lo es el conocer el estado de las instalaciones y su equipamiento, se solicito a los equipos regionales la actualización del Catastro o Diagnóstico de las instalaciones y equipos de las respectivas regiones.

A la fecha (8 de agosto del 2,000) se ha recibido la siguiente información:

- Formularios aplicados de 5 (28.57%) regiones de salud
- 76 (11.0%) formularios aplicados de un total de 695
- Los análisis de las fichas aplicadas, aún se reflejan las mismas deficiencias que se detectaron en el diagnóstico anterior (1995), tales como: deterioro estructural (techos, pisos, paredes, ventanas y otros); deficiencia de los sistemas de agua potable, agua residual, electricidad; mal manejo de los residuos sólidos peligrosos; ausencia de personal y programas de mantenimiento; fincas sin titular; crecimiento de las instalaciones sin un Plan Médico Funcional Idóneo.

Región	Total de Instalaciones	Cantidad de Fichas Entregadas	Porcentaje
Total	695	76	11
Bocas del Toro	31	3	10
Coclé	80	15	19
Colón	64	8	13
Chiriquí	96	32	33
Darién	56	0	0
Herrera	41	0	0
Los Santos	31	0	0
Panamá Este	48	0	0
Panamá Metro	27	18	67
Panamá Oeste	49	0	0
San Miguelito	12	0	0
Kuna Yala	20	0	0
Ngoble Bugle	62	0	0
Veraguas	77	0	0
Sede Central	1	0	0

VI. ANEXO N° 1:

Análisis Prospectivo De La Red De Servicios: Cuestionario Para Describir Las Fotografías

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

Fotografía N° 1. El Contexto

1. Tendencias
2. Proyecciones del Desarrollo Económico
3. Impacto de los cambios climatológicos

Fotografía N° 2. Cuál es la demanda y necesidades de servicios

1. Aspectos demográficos
2. Aspectos Epidemiológicos
3. Morbilidad
4. Mortalidad

Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta

1. Vigilancia Sanitaria.
2. Accesibilidad Geográfica
3. Complejidad de la red
4. Bolsones de desprotegidos
5. Recursos Humanos
6. Medicamentos y laboratorio

Fotografía N° 4: Satisfacción del Cliente

1. Lista de Espera
2. Horario de Servicios
3. Mecanismos para la medición de la satisfacción del cliente
4. Control de Calidad

Fotografía N° 5: Red Social

Comités, ONG'S, Clubes Cívicos, Iglesias, Otros

Fotografía N° 6: Proyección de la Red

1. Adecuaciones a la oferta en términos de equipos básicos
2. Adecuación de la cartera de servicios
3. Ampliación de Cobertura a poblaciones desprotegidas y de difícil acceso
 - ampliación de horarios
 - giras de salud

Fotografía N° 7: Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones

1. Organización y Funcionamiento

Fotografía N° 8: Instrumentos de Gestión

1. Planificación Regional y Programación Local
2. Presupuestación por Objetivos (DPO)
3. Incentivos
4. Sistema de Abastecimiento y Suministro
5. Sistema de Información en Salud
6. Catastro
7. Equipamiento y tecnología

Fotografía N° 9: Financiación de los Servicios

1. Compensación de Costos
2. Fuentes de Financiación
 - Autogestión
 - Co-Pago

- Presupuesto del Estado
- Donaciones
- Seguro Solidario

Fotografía N° 10: Proyectos de Inversión

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS**

Fotografía n° 1. Caracterización del contexto

1. ¿Cuáles son los 3 ó 4 principales problemas político-sociales de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño? (Considerar inclusive como los conflictos de competencia entre instituciones publicas afecta el desempeño de Salud)
2. ¿Cuales son los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional? Y cual el grado de coordinación entre instituciones para garantizar la ejecución de esa política?
3. Cómo se incorpora la política de salud a los programas sociales regionales?
4. Cuáles son 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 distrito?
5. Cuál ha sido el impacto de los cambios climáticos en el desarrollo económico y social de la población? Qué áreas productivas han sido las más afectadas? En qué áreas geográfico-poblacionales han impactado con mayor fuerza?
6. La legislación existente favorece la participación social en la gestión sanitaria? Qué cambios son necesarios?

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS**

Fotografía n° 2. Cuál es la demanda y necesidades de servicios?

SITUACION DE SALUD			
A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	1980	1990	1997
DENSIDAD DE POBLACION			
RURAL			
URBANA			
TASA DE CRECIMIENTO NATURAL			
RAZON DE DEPENDENCIA			
TASA BRUTA DE NATALIDAD			
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD			
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD			
TASA DE MORTALIDAD			
TASA DE MORTALIDAD EN < DE UN AÑO			
TASA DE MORTALIDAD MATERNA			
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL)			
MUJERES			
HOMBRES			
% DE POBLACION INMIGRANTE			
% DE POBLACION EMIGRANTE			
ESTRUCTURA DE POBLACION POR GRUPO DE EDAD (EN AÑOS)			
TOTAL			
MENOR DE UN AÑO			
1-4			
5-9			
10-14			
15-19			
20-59			
60 Y MÁS			
PORCENTAJE DE POBLACION URBANA			
PORCENTAJE DE POBLACION RURAL			

Incluir la pirámide poblacional por Distrito, según edad y sexo para el año 2000 por cada un de los distritos.

1. Qué conclusiones pueden surgir como producto del análisis de los indicadores demográficos en relación con la salud-enfermedad de la población de su área de influencia?
2. Cómo afecta la transición demográfica las condiciones de salud de la población?

SITUACION DE SALUD			
B. ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES	1980	1990	1997
POBLACION ECONÓMICAMENTE ACTIVA			
TASA DE ACTIVIDAD			
Mujeres			
Hombres			
TASA DE DESEMPLEO			
TASA DE EMPLEO INFORMAL			
PORCENTAJE DE POBLACION ASEGURADA			
Asegurados Activos			
Pensionados			
Jubilados			
Beneficiarios			
PORCENTAJE DE ANALFABETISMO			
ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN			
Primaria Completa			
Secundaria Completa			
Universidad Completa			
DÉFICIT HABITACIONAL			
CONDICIONES DEL SANEAMIENTO BASICO			
% De La Población Con Disposición De Agua Potable			
Urbano			
Rural			
% De La Población Con Disposición Adecuada De Residuos Sólidos			
Urbano			
Rural			
% 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 POBLACION		
	TOTAL	POBRES EXTREMOS	POBRES NO EXTREMOS
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

CULTURA Y ETNIAS	TIPO DE ETNIAS		
% DE POBLACIÓN SEGÚN EDAD			
0-19 AÑOS			
20-59 AÑOS			
60 Y MÁS			
LENGUAJE Y DIALECTOS			

1. Cuáles son las tendencias esperadas en los próximos años, en los indicadores de educación, vivienda, saneamiento y desempleo?
2. Cuáles son los principales riesgos a la salud y los distritos en los que se deben priorizar las intervenciones?
3. ¿Cuáles son los Principales productos agrícolas y de alimentos procesados en la región?
4. ¿Cuál es el Porcentaje de tierras dedicadas a la agricultura y ganadería extensiva intensiva?
5. ¿Cuántos Proyectos de reforestación con respaldo privado o del gobierno se desarrollan?
6. ¿Cuál es el Porcentaje de comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales (inundación etc.)?
7. ¿Cuáles son las principales actividades económicas de la región y que proporción de las poblaciones dedica a ellas?

SITUACION DE SALUD (indicar número y tasas)			
C. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	1980	1990	1997
MORTALIDAD GENERAL			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
MORTALIDAD MATERNA			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
% DE SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD GENERAL			
% DE SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD INFANTIL			
% DE DEFUNCIONES POR SÍNTOMAS Y CAUSAS MAL DEFINIDAS			
% DE MUERTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGRUPADAS			
% DE MUERTES POR TUMORES			
% DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS			
% DE MUERTES POR CAUSAS CEREBRO Y 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 EMERGENTES Y REEMERGENTES QUE AFECTAN A LA POBLACION (enfermedades y situaciones de riesgo)			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

1. A partir de los principales problemas de salud identificados describa la situación de principales conductas y hábitos de riesgos de la población (tabaquismo, sedentarismo, hábitos de alimentación y nutrición, conductas y prácticas sexuales, consumo de alcohol y drogas, violencias y delitos, otros).
2. Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad.
3. Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?
4. Cuál es la situación de la Salud Ocupacional en las áreas de responsabilidad de la región ? Cómo han venido comportándose los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales?
5. Se conoce cuál es la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afectan? Cómo lograron adquirir ese conocimiento?

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

Fotografía N° 3 Caracterización de la Oferta

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?
2. Qué problemas se deben vigilar?
3. Cuáles son las fortalezas y debilidades para la vigilancia sanitaria a nivel regional?

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA

1. Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica por cada Distrito?
2. Cuáles son las distancias existentes entre las instalaciones de salud y estas comunidades y entre estas comunidades y la cabecera?
3. Cuáles son los medios de transporte utilizados?
4. Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana?
5. Cuál es el costo de movilización para la población?

COMPLEJIDAD DE LA RED

1. Con base a los niveles de atención (primero y segundo) Cómo caracteriza la complejidad de las instalaciones de salud de la red pública regional de salud?
2. Cuáles son las características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos?
3. Cómo esta sectorizada la red de servicios? Cuáles son los criterios aplicados para la sectorización?
4. Cómo se integran los equipos básicos de cada establecimiento de salud?
5. Qué profesionales conforma el equipo básico?
6. Cuál es la población de responsabilidad de los equipos básicos de sector?
7. Cómo caracteriza la cartera de servicios y programas que se ofertan a la población?
8. Hacer un cuadro con los servicios finales que se ofrecen? Dónde se ofrecen? A qué costos se ofrecen tanto para el usuario como para los servicios?
9. Hacer un cuadro con los servicios intermedios que se ofrecen? Dónde se ofrecen? A qué costos se ofrecen tanto para el usuario como para los servicios?
10. Hacer un cuadro con los servicios administrativos que se ofrecen? Dónde se ofrecen? A qué costos se ofrecen tanto para el usuario como para los servicios?
11. Hacer un cuadro con los programas preventivos y de promoción que se ofrecen? Dónde se ofrecen? A qué costos se ofrecen tanto para el usuario como para los servicios?
12. Existen y se aplican protocolos de atención? Cuáles y en que servicio o tipo de instalación se aplican?
13. Cómo se articula la red de servicios del MINSA con la de la CSS? Existe consenso?
14. Cómo se articula la red formal de servicios de salud con la informal?
15. Cómo se articulan la red formal pública y la privada?
16. El sistema de referencia – contrarreferencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias?
17. Cómo se da el flujo de pacientes a lo interno de cada instalación sanitaria y entre una y otra instalación de la red regional de salud?
18. Cuáles son los mecanismos con qué funciona el sistema de referencia contrarreferencia entre el segundo y tercer nivel de atención? Es eficiente y efectivo el sistema?
19. Cuáles de los siguientes aspectos son tomados en cuenta por el sistema de referencia contrarreferencia: identificación del área de influencia de cada establecimiento, mecanismos de transferencia de pacientes, la capacidad resolutoria de los establecimientos, el nivel de atención y el desarrollo de las especialidades de cada uno de los establecimientos que le integran?
20. Cuáles son las principales dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del sistema de referencia - contrarreferencia?
21. Cuáles son las necesidades de mejoras a la estructura física?

22. ¿Cómo se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así ¿Cómo? A qué modelo de atención responden?

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

1. En qué espacios de geográfico-poblaciones se ubican los bolsones de desprotegidos?
2. Cuáles son los principales riesgos que los afectan?
3. Cómo están las coberturas de vacunación contra el DPT en los menores de un año, contra el Sarampión en los niños de 1-4 años y contra el Tétanos en las mujeres en edad fértil en esos bolsones desprotegidos?

LOS RECURSOS HUMANOS

1. ¿Cuáles han sido los principales cambios introducidos en la planificación y la gestión de los recursos humanos (por ejemplo en el reclutamiento, la asignación a puestos de trabajo, el número de trabajadores, los mecanismos de redistribución, el despido u otros)?
2. ¿Cómo se capacitan los recursos que sirven en la red informal de salud (parteras, curadores y otros)? ¿Quién ejecuta esta actividad y quien la supervisa?
3. ¿Cómo se actualizan las competencias técnico-administrativas y clínicas del personal de salud, sus horas semanales asignadas en las actividades clínico-asistenciales, administrativas, urgencias, de promoción y prevención, visitas comunitarias, giras de salud y otras?
4. ¿Cómo participa el equipo de salud en la decisión de prioridades de salud?
5. ¿Cómo determina el equipo de salud los costos de la atención sanitaria? ¿Cuáles son las actividades con mayor peso en la definición de estos costos?

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

TIPO DE RECURSO	AÑO				
No. Total De Médicos					
Generales					
Pediatras					
Cirujanos					
GinecoObstetras					
Otras especialidades					
No. Total De Enfermeras					
No. De Odontólogos					
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.					
Razón De Enfermeras(Os) Profesionales Por 10,000 Habs					
No. Total De Técnicos De Laboratorio					
Nº de Farmacéuticos					
Nº de Asistentes de Farmacia					
No. de Educadores para la Salud					
No. de Inspectores de Saneamiento y antivectoriales					
No. de Ingenieros y arquitectos					

**RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
ULTIMO AÑO DISPONIBLE**

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares Enfermería	Otros trabajadores	Personal Administrativo	Servicios Generales
MINSA						
CSS						
PRIVADO						
Total						

LOS MEDICAMENTOS Y LABORATORIOS

1. ¿Cuál es el número de farmacias funcionando? ¿Cuántas son farmacias comunitarias? ¿Quién y Cómo se administran estas últimas?
2. ¿Existe un listado regional de medicamentos que considera los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios y el perfil de salud-enfermedad de la población?
3. ¿Cuál es el número de medicamentos incluidos?
4. ¿Quiénes lo utilizan?
5. ¿Existen esquemas de distribución y / o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos por grupos poblacionales o por patologías?
6. ¿Existen y se aplican protocolos de tratamiento estandarizado para las patologías prevalentes en las instituciones?
7. ¿Se exige la presencia del farmacéutico en las farmacias privadas y en las instalaciones de la red pública. ¿En cuáles?
8. ¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?
9. ¿Cuántos laboratorios están funcionando?
10. ¿Cuál es el perfil básico de pruebas que realizan los laboratorios?
11. ¿Existe un laboratorio de referencia definido. Cuáles criterios se aplicaron para su selección?
12. ¿Son uniformes los costos de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? ¿Existe margen de ganancia para las instalaciones de salud? ¿Cuál es?
13. ¿Cómo se prioriza la adquisición de insumos de laboratorio?

**EVOLUCIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS
EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS**

INDICADOR					
Gasto total en medicamentos por la CSS					
Gasto total en medicamentos por MINSA					
Gasto Per cápita en medicamentos					

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

Fotografía N° 4: Satisfacción del Cliente

LISTAS DE ESPERA

1. Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones?
A nivel hospitalario se han establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica?
Han sido efectivos?
2. En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de clientes es espera por la atención demandada?
3. Se registra el rechazo de pacientes? Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día?
4. En qué distritos se existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención?
5. Qué mecanismos se utilizan para otorgar citas de medicina general y especializada?

HORARIO DE SERVICIOS

1. En qué horario se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud)
2. La población esta satisfecha con los horarios actuales?
3. Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, ya sea para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones?

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE

1. ¿Cuál es el porcentaje de establecimientos con aplicación periódica de estudios o encuestas de satisfacción del usuario?

CONTROL DE CALIDAD

1. ¿Han realizado auditorías de expedientes. Comentar aspectos de estos estudios y auditorías.
2. ¿Qué programas de calidad se han establecido? ¿Qué impacto han tenido en el funcionamiento regional?

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS**

Fotografía N°5. Red Social

1. Cómo se organiza la población para apoyar la gestión y oferta de servicios de salud?
2. ¿Cuál es el inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud (Comités de Salud, Juntas de Agua, Iglesias, ONG'S, Clubes Cívicos, Otros?)
3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?
4. Se ha realizado algún análisis de actores sociales? Cuáles son sus intereses? Qué los hace de mayor o menor relevancia?
5. Cómo se caracteriza el sector informal de atención en salud? Qué número de curanderos existe y a qué actividad se dedican? Dónde están ubicados? En qué distritos se concentran? Qué población es la que demanda mayormente sus servicios?
6. Cómo se integran las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud?
7. Cuáles son las fortalezas y debilidades del equipo de salud de su región para potenciar la red social de salud?

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

Fotografía N° 6: Proyección de la Red

ADECUACIONES DE LA OFERTA

1. La promoción de la salud y la prevención de los daños forman parte de la concepción moderna de los modelos de atención. Cómo deben concebirse en las nuevas formas de organización de los servicios?
2. Es necesario la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud-enfermedad? Cómo se debe adecuar la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud? Cómo debe darse la alternabilidad de roles? En qué aspectos puede ser considerada esta estrategia?
3. Se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria e ingreso a domicilio, entre otras?
4. Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública?
5. Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel?
6. Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y / o atención de grupos vulnerables definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, edad, género, etnia o marginación? Si es así, cuáles?
7. ¿Se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del ciclo vital: niñez, adolescencia, edad adulta, vejez?
8. Cómo se da la planificación de servicios en el nivel local? Qué participación tienen los diferentes actores sociales?
9. La organización con base a sectores implica la definición de espacios poblacionales específicos. Se han definido y caracterizado estos espacios en la región? Qué criterios utilizaron en la definición?
10. Cómo deberán asumirse los derechos y deberes de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud, en un nuevo modelo de atención?
11. Tienen los equipos de salud la competencia técnica suficiente para asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación? Qué aspectos sería necesario fortalecer? Qué mecanismo sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los recursos humanos del Sistema?

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

1. La eficacia y calidad de las acciones deben ser evaluadas periódicamente? Con base a qué criterios? Quién y Cómo se evalúan?
2. Qué tipo de instalaciones cuenta con programa médico funcional?.Cuál es este modelo?
3. Cuáles considera usted que son las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido?
4. Cómo debe mejorarse la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial?

AMPLIACION DE COBERTURA

6. Cómo debe organizarse la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención?
7. La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en término de mayor número de horas de apertura al día o con relación a un mayor número de días semanales para la provisión de servicios?
8. Bajo que normas deben realizarse las giras medicas integrales? Quiénes deben participar?
9. Cuáles son los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios? Cómo se incluyen en la cartera de servicios? Y Cuáles son los servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en apoyo a este proceso?
10. La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? Cómo y Cuándo se aplican? Quién las aplica?

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

Fotografía N° 7: Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

1. **En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria, es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente? Es decir, crear nuevas regiones o modificar las existentes? Por que?**
2. **Cuál es el grado de avance en el proceso de descentralización de las regiones hacia los niveles locales, hospitalarios y del primer nivel de atención? Cómo debe darse este proceso? Qué aspectos deben ser tomados en consideración?**
3. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios. Cuál considera el equipo regional qué debe ser la estructura de la región de salud?
4. Existen manuales de procedimiento administrativo? Cómo se aplican? Quién y cuándo se aplican?
5. Cómo se da la coordinación con la CSS? Sobre qué bases debería darse? Qué mecanismos han sido o pueden ser efectivos? Quiénes participan de este proceso? En qué momentos y para qué se establecen nexos de coordinación?
6. Cuáles son las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional?
7. El Sistema Regional de Salud (MINSA) efectúa las funciones de conducción sanitaria? Cómo lo hace? Quiénes participan? Cuándo se efectúan estas funciones?
8. ¿Se están introduciendo cambios en el modelo de gestión y en las relaciones entre los actores? ¿Cuáles y cómo?
9. Responden las políticas de salud a las necesidades regionales? Cómo se aplican?
10. Cómo incide el nivel central en el desempeño del nivel regional? Cuáles son los puntos críticos de la burocracia administrativa? Cómo pueden transformarse los nudos críticos?
11. Cómo se da la toma de decisiones? Sobre qué criterios se prioriza?
12. ¿Quién(es) y como ejerce(n) las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud al sector público y privado?
13. ¿Existe alguna instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región?
14. ¿Cuál es el porcentaje de centros de salud que disponen de Tecnología Informática de soporte al sistema de información, al menos para la gestión administrativa y de personal?
15. ¿Cuáles son los hospitales con más de 30 camas que dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa? ¿Y para la gestión clínica (por ejemplo, para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos, etc.)?
16. ¿Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica, (por ejemplo para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar el tipo de servicio a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitalización)

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

Fotografía N°8: Instrumentos de Gestión

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

1. La planificación regional es participativa? Quién participan? Con que frecuencia se efectúa este proceso?
2. Existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS? Cómo se facilitan estos procesos?
3. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS? Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo? Cuáles son los elementos este programa?
4. La población participa del proceso de planificación sanitaria? Cómo participa? Desde qué momentos?
5. Cómo y quiénes efectúan la convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de planificación regional y de programación local?
6. Cómo se evalúan las metas establecidas? Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, proceso, resultados y costos? Quién, Con qué, Cuándo, Cómo se efectúa la evaluación?

PRESUPUESTACION POR OBJETIVOS (DPO)

1. Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación?
2. Cuál es la proporción del presupuesto asignada a la atención de la población y cuál a las funciones de salud pública y del ambiente?
3. Cuál es el nivel de responsabilidad de los directivos de instalaciones en el proceso de elaboración y seguimiento de presupuestos, rendición de cuentas por resultados de servicios según indicadores cualitativos y cuantitativos de actividades y de calidad?
4. Considera que los contrato programa son una alternativa para la presupuestación por objetivos? Qué tipo de contrato programa sería el más conveniente (el público-público, público-privado y el privado)?
5. ¿Se están introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud? Si es así, ¿cuáles y como?

INCENTIVOS

1. ¿Se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud?
2. ¿Cuáles han sido introducidos?
3. ¿Para qué categorías de personal?
4. Se aplican incentivos con base a la productividad o sólo en función de la antigüedad del personal de salud?
5. Se considera que un sistema de incentivos impactará sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud?

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

1. ¿Cómo se determinan las especificaciones de los elementos o servicios? ¿Quién las determina?
2. Hay un sistema de inventario? Descríbalo Qué estándares se han definido? Quién y Cómo se definieron?
3. Cómo se da el proceso de compras, en términos de la competencia? Cuáles son sus limitaciones? Cómo puede mejorarse?
4. Cómo se evalúan los proveedores y qué mecanismos se aplican para el rechazo de los mismos?
5. Cómo se establecen los acuerdos de pago a proveedores, para cada una de las fuentes de financiamiento (presupuesto regular, autogestión y otras)?
6. Cuáles son los mecanismos establecidos para controlar las pérdidas y fraudes? Son efectivos? Cómo podrían mejorarse?

7. Cómo se articula el sistema de abastecimiento y suministro entre el nivel nacional y regional y entre este último y las instalaciones locales? Cuáles son sus limitantes?
8. Cómo se coordina el abastecimiento y suministro entre la CSS y el MINSA? Qué problemas se destacan? Cómo pueden establecerse mejores acuerdos?
9. Los criterios aplicables a la priorización de la compra consideran el perfil de morbi - mortalidad de la población y los principales riesgos a la que esta sometida?

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

1. ¿Se dispone de sistemas de información sobre la situación de la salud, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, confiables y oportunos?
2. La información disponible ¿se utiliza en forma efectiva para a toma de decisiones regionales y locales?
3. Cómo se evalúa la calidad de la información? Quiénes y cuándo se evalúa?
4. Qué mecanismos aplica el equipo de salud para analizar la información que surge como producto del sistema? Qué procesos transformadores aplica?
5. Se han definido los usos y contenidos de información? Quién los define?
6. Con qué mecanismo establecen los usuarios sus necesidades de información?
7. El sistema de información gerencial contempla centro de producción claramente establecidos, que responden a las necesidades y complejidad de la instalación de salud?

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE

	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. de Hospitales o instalaciones con camas de hospitalización				
No. de Hospitales o instalaciones con menos de 5 camas de hospitalización				
No. de Hospitales o instalaciones entre 5 y 19 camas de hospitalización				
No. de Hospitales o instalaciones con 20 y más camas de hospitalización				
No. Total de camas				
No. de laboratorios de imagenología Generales De odontología				
No. de Laboratorios Clínicos				
No. de Bancos de Sangre				
No. de Farmacias				
No. de Sillones Dentales Completo Incompleto				

1. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a conservación y mantenimiento?
2. ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.
3. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?
4. Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

Fotografía N°9: Financiación de los Servicios

COMPENSACION DE COSTOS

1. ¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento y los recursos? ¿Qué decisiones se toman a partir de este análisis?
2. ¿Qué aspectos de la atención sanitaria determinan sus costos? ¿Cómo influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios?
3. Las tarifas establecidas responden a los costos reales? Sobre qué bases se estiman? Cómo deben ajustarse?
4. Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?

FUENTES DE FINANCIACION

1. Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?
2. Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios?
3. El Co - Pago de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios. Cómo funciona el sistema de evaluación socio-económica? Permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios? Qué modificaciones deber realizarse?
4. A qué población debe subsidiar el Presupuesto del Estado? El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria
5. Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultades para la organización del sistema? Qué normas deberían regularlas?
6. Los costos actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?
7. ¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto en salud? ¿Cuál? ¿Quién la elabora y como?

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD
ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

Fotografía N°10: Proyectos de Inversión

1. Con base en el análisis prospectivo de la red de servicios realizado cuáles son las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de la red?
2. Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión? Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?
3. De los proyectos de inversión del año 2,000 y los proyectados para el 2,001, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios?