

## **REGION METROPOLITANA DE SALUD**

### **Fotografía 1: El Contexto**

Los 3 ó 4 principales problemas político - sociales de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño

#### **1. Problemas**

- Violencia
- Mala disposición de los Desechos Sólidos
- Duplicación de funciones
- Farmacodependencia
- Desempleo
- Desnutrición
- Pobreza

Los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional es muy poco, en materia de política social, lo que la Región Metropolitana puede hacer en razón de la escasez en diferentes aspectos (recursos humanos y financieros, ejecución presupuestaria. Las normas y programas ayuda a realizar la conducción de la política social ya que permite definir en algunos aspectos cómo se va a dar, cuál es la población que será cubierta y que tipo de actividad para complementar.

### **Mecanismos de Conducción**

Coordinación intra e intersectorial

Coordinación interinstitucional

Planificación estratégica

Normas y programas

Aplicación de las políticas como un compromiso priorizado

El grado de coordinación entre instituciones es deficiente y no permite la ejecución de las políticas sociales provocando que se dupliquen las funciones en algunas áreas mientras que en otras se realiza nada o muy poco. A esto contribuye la escasa visión de conjunto de las instituciones.

La política de salud incorpora a los programas sociales regionales a través de la coordinación, planificación y programación.

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 son:

- Reforzamiento de la red de servicios (infraestructura, calidad técnica, protocolos de atención, la atención integral y el desarrollo de la promoción y participación social), con énfasis en reforzar el nuevo modelo de atención descentralizando la con énfasis en atención primaria priorizando la atención materno - infantil - adolescente, promoviendo la participación social en la gestión y el autocuidado de la salud con un enfoque de promoción y prevención.

El impacto de los cambios climáticos en el desarrollo económico y social de la población han afectado a la población referente a las inundaciones con pérdidas de bienes materiales.

Según el artículo 105 de la constitución Política de 1972, se establece que es función esencial del estado velar por la salud de la población de la República. El individuo como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendido ésta como el completa bienestar física, mental y social.

La actual legislación existente que favorece la participación Social es el decreto de Gabinete N° 401 (del 29 de diciembre de 1970); el mismo de la personería jurídica a los comités de la salud de las comunidades.

La organización comunitaria es necesaria, es la esencia del modelo de atención en el ámbito comunitario, los cambios en el mismo deben estar enmarcados en el mejoramiento de su gestión para beneficio de la comunidad, revisando así, los deberes y derechos de los comités de salud y de la ciudadanía en general. Hay que hacerlos partícipes del proceso de planificación de las acciones de salud en el ámbito local, lo que les daría mayor responsabilidad de estas acciones, involucrándolos como actores principales en este proceso general, trayendo así, el mejoramiento de los indicadores de salud en el ámbito comunitario.

## Fotografía N°2 ¿Cuál fue la demanda y necesidades de servicios?

| <b>SITUACIÓN DE SALUD</b>                           |             |             |             |
|---|-------------|-------------|-------------|
| <b>A. INDICADORES DEMOGRAFICOS</b>                  | <b>1980</b> | <b>1990</b> | <b>1997</b> |
| DENSIDAD DE POBLACION                               | 346.9       | 488.1       | 578.1       |
| RURAL   | -           | 165.6       | 230.9       |
| URBANA  | -           | 4,091.4     | 4,264.8     |
| TASA DE CRECIMIENTO NATURAL                         | 21.2        | 17.1        | 16.2        |
| RAZON DE DEPENDENCIA                                |             |             |             |
| TASA BRUTA BRUTA DE NATALIDAD                       | 25.0        | 22.0        | 21.5        |
| TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD                           |             | 1.0         | 2.2         |
| TASA GENERAL DE FECUNDIDAD                          | 95.6        | 75.2        | 73.4        |
| TASA DE MORTALIDAD                                  | 3.7         | 4.8         | 5.4         |
| TASA DE MORTALIDAD EN < DE UN AÑO                   | 18.4        | 15.3        | 15.3        |
| TASA DE MORTALIDAD MATERNAL                         |             | 0.3         | 0.4         |
| ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL)                  | 74.65       | 75.0        | 76.15       |
| MUJERES   | 76.65       | 78.05       | 78.6        |
| HOMBRES   | 73.11       | 73.54       | 73.7        |
| % DE POBLACIÓN INMIGRANTE                           |             |             |             |
| % DE POBLACIÓN ENMIGRANTE                           |             |             |             |
| ESTRUCTURA DE POBLACION POR GRUPO DE EDAD (EN AÑOS) |             |             |             |
| TOTAL   | 684 410     | 479,149     | 567549      |
| MENOR DE UN AÑO                                     | 96920       | 48561       | 10547       |
| 01 – 04   |             |             | 42142       |
| 05 – 09   | 87440       | 44075       | 50478       |
| 10 – 14   | 76380       | 44956       | 48192       |
| 15 – 19   | 76200       | 51247       | 50665       |
| 20 – 59   | 308070      | 2471        | 313948      |
| 60 Y MÁS  | 39400       | 43161       | 51577       |
| PORCENTAGE DE POBLACION URBANA                      |             | 72.3        | 63.6        |
| PORCENTAGE DE POBLACION RURAL                       |             | 27.7        | 36.4        |

Fuente: Unidad de Planificación Análisis, sección de Análisis y Tendencia de la Situación de Salud.

| <b>SITUACIÓN DE SALUD</b>                |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|
| <b>B. ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES</b> | <b>1980</b> | <b>1990</b> | <b>1997</b> |
| TASA DE ACTIVIDADES                      |             | 4952.2      |             |
| MUJERES                                  |             | 1524.5      |             |
| HOMBRES                                  |             | 589.5       |             |

Información faltante no disponible.

| <b>SITUACIÓN DE SALUD (indicar número y tasa)</b>    |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|
| <b>C. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD</b>           | <b>1980</b> | <b>1990</b> | <b>1997</b> |
| MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO                      |             |             |             |
| SEPTIMECIA   |             | 21          | 23          |
| PREMATURIDAD   |             | 16          | 60          |
| BRONCONEUMONIA                                       |             | 11          | 15          |
| NEUMONIAS  |             | 10          | 11          |
| OTRAS CAUSAS   |             | 87          |             |
| % DE DEFUNCIONES POR SINTOMAS Y CAUSAS MAL DEFINIDAS | -           | -           | 0.6         |
| % DE MUERTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGRUPADAS  | -           | -           | -           |
| % DE MUERTES POR TUMORES                             | -           | 14.0        | 16.4        |
| % DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS                     | -           | 7.7         | 8.4         |
| % DE MUERTES POR CAUSAS CEREBRO Y CARDIOVASCULAR     | -           | 4.8         | 8.7         |

Fuente: Unidad de Planificación Análisis, sección de Análisis y Tendencia de la Situación de Salud.

**CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, AÑOS 1994, 1996 Y 1998.**

| AÑO 1994                    |              |            | AÑO 1996                    |              |            | AÑO 1998*                   |              |            |
|-----------------------------|--------------|------------|-----------------------------|--------------|------------|-----------------------------|--------------|------------|
| CAUSAS                      | N°           | TASA       | CAUSAS                      | N°           | TASA       | CAUSAS                      | N°           | TASA       |
| Tumores malignos            | 420          | 78         | Tumores malignos            | 370          | 66.3       | Tumores malignos            | 484          | 83.8       |
| Infarto Agudo del Miocardio | 302          | 56         | Infarto Agudo del Miocardio | 331          | 59.3       | Infarto Agudo del Miocardio | 426          | 73.8       |
| Bronco Neumonía             | 269          | 50.6       | Causas externas             | 204          | 36.5       | Accidentes cerebro vascular | 257          | 44.5       |
| Causas Externas             | 268          | 50.4       | Septicemia                  | 175          | 31.3       | Causas externas             | 248          | 43         |
| Paro cardiorespiratorio     | 120          | 22.6       | Bronco Neumonía             | 147          | 26.3       | Septicemia                  | 209          | 36.2       |
| <b>TOTAL</b>                | <b>2,825</b> | <b>531</b> | <b>TOTAL</b>                | <b>2,642</b> | <b>473</b> | <b>TOTAL</b>                | <b>2,956</b> | <b>512</b> |

Fuente: Unidad de Planificación Análisis, sección de Análisis y Tendencia de la Situación de Salud.

\*Cifras preliminares.

| TASA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES<br>INMUNOPREVENIBLES | 1980     | 1990     | 1997      |
|---|----------|----------|-----------|
| ENFERMEDADES  | N° TASA* | N° TASA* | N° TASA*  |
| VARICELA  | -        | -        | 627 110.4 |
| RUBEOLA   |          |          | 100 17.6  |
| PAROTIDITIS   |          |          | .5        |

\* Por 100 000

| PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES Y REEMERGENTES |
|--|
| EMERGENTES<br>SIDA<br>VIOLENCIA<br>CONSUMO DE DROGAS     |
| RE-EMERGENTES<br>TBC<br>DENGUE                           |

Se observa una transición demográfica. Con una tasa de crecimiento natural que va en disminuyendo al igual que la tasa de natalidad y de fecundidad y con un aumento de la esperanza de vida al nacer, así como un aumento de la migración.

La tasa de mortalidad del 90 al 97 tuvo un aumento, pero los últimos años se ha mantenido estable.

La tasa de mortalidad en el menor de un año se mantiene de 1990 y 1997 en 15.3 por cada 1000 nacidos vivos. La mayor tasa se presentó en el 96 en Las Mañanitas con 20.4, en el 97 en 24 de Diciembre con 36 y para el 98 Veracruz con 40, al observar las comunidades donde ocurrieron estos casos el nivel socioeconómico esta asociado al igual que otros factores como el entorno, la nutrición y la educación.

Se observa una pirámide de población con mayor concentración en los adultos, siendo en porcentaje aproximadamente un 64 %. Las mujeres tienen una expectativa de vida de 78,6 y los hombres de 73,7.

En cuanto al sexo según datos en las Memorias de la Región para 1997 había un 51.4 de población femenina y 48.6 de varones y para 1998 se mantiene igual.

Las acciones de los servicios de salud se manifiestan en este comportamiento porque se hace énfasis en las actividades de prevención, control y promoción de la salud a las comunidades con factores de riesgo que los hagan más susceptibles.

El crecimiento de la población se debe a las migraciones porque la tasa natural de crecimiento está disminuida.

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| Tasa 1995 | 15.8 por 1000 habitantes |
| Tasa 1996 | 17 por 1000 habitantes   |
| Tasa 1997 | 16 por 1000 habitantes   |
| Tasa 1998 | 13 por 1000 habitantes   |

En la Región Metropolitana la población muere de enfermedades crónicas.

En el cuadro de indicadores demográficos para 1980 los datos disponibles incluían las áreas de San Miguelito, Chilibre y Alcalde Díaz, fue en 1987 cuando se separan las áreas y se forma la Región de Salud de San Miguelito y no es hasta 1990 donde ocurre la separación de responsabilidad. En adelante la población de responsabilidad es el área metropolitana ( de Chorrillo hasta 24 de Diciembre), Veracruz, Taboga. Los corregimientos de Chilibre y AlcaldeDíaz por accesibilidad fueron asignados a San Miguelito.

La transición demográfica afecta las condiciones de salud al adquirir patrones de enfermedades o problemas de salud de países desarrollados. El sistema de salud se debe adecuar y planificar su abordaje de esas patologías y a los factores de riesgo, la obesidad, el sedentarismo, la situación social, la disponibilidad de todo tipo de drogas,

es decir dirigir nuestro esfuerzo hacia la promoción de los estilos de vida saludables y estimulando los factores protectores.

La mejor condición socioeconómica debe beneficiar a la población pero también con lleva otro riesgo como el aislamiento(juegos electrónicos, internet), cambio en los patrones de alimentación, en el consumismo y patrones diferentes de convivencia.

Es importante para el sector salud analizar estas situaciones para presentar las estrategias de intervención que favorezcan la salud de los ciudadanos.

No contamos con información segmentada para realizar el análisis, pero en el Manual de la Reorganización de la Servicios de Salud nos dice que en el censo de 1990 la población desocupada fue de 13%, y ha ido en aumento desde 1980, los que nos indica el deterioro de la red social que debe garantizar la producción de empleos.

En la educación el porcentaje de población sin grado en la RMS es del 3.3%, donde los corregimientos de Pacora, Curundú, Tocumen y Ancón presentan los porcentajes más altos. Las mujeres tenían para 1990 el índice de analfabetismo más alto.

Los principales riesgos son: Infestación por A.A, Violencia, Consumo de alcohol y drogas, Malos hábitos alimenticios, Tabaquismo, Hacinamiento y malas condiciones de vivienda, Deficiente disposición de excretas y aguas servidas, Perforación no planificada de pozos de agua en aquellas áreas donde existe una dotación deficiente de la misma potable, lo cual con lleva al almacenamiento inapropiado predisponiendo a enfermedades gastrointestinales, Relaciones sexuales tempranas, Deserción escolar, Contaminación ambiental (ojo – ríos), Faltas de áreas de esparcimiento para adolescentes y adultos jóvenes y la familia.

Se debe priorizar estas acciones en:

Curundú, Veracruz, Ancón (Mocambo y Kunanega), Mañanitas, Tocumen, 24 de Diciembre, Chorrillo.

El tipo de agricultura es de subsistencia y los productos preferidos son: yuca, maíz, frutales y frijoles. Se hizo un intento en 1996 de promover un huerto escolar en 24 de Diciembre.

Las tierras dedicadas a la agricultura y ganadería extensiva intensiva son Mañanitas – cría tilapias, porqueriza

Pedregal y Tocumen - porquerizas

No se tienen conocimiento de proyectos de reforestación con respaldo privado o del gobierno

No se puede aportar datos exactos acerca de las proporciones o porcentajes de la población susceptibles de desastres naturales pero sí se pueden señalar cuales son esas comunidades en mayor riesgo:

- Tocumen - Inundaciones (pantanos)
- Juan Díaz - Inundaciones
- Curundú - Inundaciones e incendios
- Chorrillo, Santa Ana, San Felipe, Mañanitas - Incendios

Las principales actividades económicas de la región para 1990 el 20% de la población (aprox. 34 879 hombre y mujeres ocupados) trabajan en actividades relacionadas al comercio y al por menor, reparación de vehículos motorizados, efectos personales y enseres domésticos, el 11% pertenecían a la industria manufacturera (18 589), el 11% en la administración pública y la defensa, el 9% se dedica al servicio doméstico (15 614), el 8% en actividades relacionadas al transporte de almacenamiento y comunicaciones.

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). SIDA: esta relacionado con las conductas y practicas sexuales (heterosexual promiscuo) y la drogadicción o consumo de drogas. Es importante destacar que en 1998 se calculo que se perderían 6 170 años de vida potencial (AVPP) por SIDA. Las ITS han sufrido un aumento en el período 1996-1998 por hay que valorar la conducta sexual de la población. La infección gonocócica es la frecuente seguida de la sífilis, por lo que es fundamental mantener .

La violencia esta asociada al desorden de conducta, a patrones culturales, problemas familiares, socioeconómicos y al uso de alcohol y drogas. Se calculó que se perdieron 6 802 años de vida potencial por accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias según cifras preliminares.

Tuberculosis: la infección reemergente más importante en los últimos años es la tuberculosis siendo la tuberculosis pulmonar la mas frecuente. El control de la tuberculosis también enfrenta problemas sociales como es su afinidad en los grupos marginales, pobres, con poco acceso a los servicios. La tuberculosis pulmonar es la enfermedad oportunista más ligada al VIH / SIDA.

Dengue: la vigilancia epidemiológica del dengue fue el factor decisivo para la detención precoz del primer autóctono de dengue clásico confirmado el 10 de noviembre de 1993. En 1940 y 1970 se fue exitoso en el control y eliminación del vector. Los casos se han concentrado en las áreas más densas pobladas que reúnen los factores de riesgo conocido para la persistencia de esta enfermedad. Actualmente se encuentran los 4 serotipos. Las comunidades conocen del problema pero no hay cambios significativos que nos permitan acercarnos al control. El dengue tiene una implicación económica en los gastos en la medida de control pero también en la perdida de horas laborables porque el grupo mas afectado es el de 15 a 44 años.

Las principales características del perfil epidemiológico de la población son:

La mortalidad general en la Región Metropolitana de Salud tiene como principales causas: Tumores malignos, Infarto agudo de miocardio, Causas externas, Enfermedad cerebro vascular, septicemia.

Los primeros están relacionados con los estilos de vida y son propios de los países desarrollados.

Están asociados a los hábitos de tabaquismo, sedentarismo, malos hábitos de alimentación, stress, las causas externas están asociadas a la agresividad, al alcohol asociado al manejo, y como generador de violencia y V.I.F, dificultades socioeconómicas – familiares (suicidios).

La mortalidad en menores de un año, se encuentran como principales causas de muerte: prematuridad, septicemia, bronconeumonía, neumonía. Es importante investigar las causas para determinar la relación con el entorno físico donde se desarrolla, calidad de la atención prenatal, el control de salud, si tienen accesos a los servicios, en los cuidados que reciben los menores. Todo esta afectado por la condición socioeconómica. La mortalidad infantil es un indicador que nos dice el nivel de salud de una población.

En la Región Metropolitana de Salud no se han reportado casos de mortalidad materna en los últimos años.

En cuanto a las enfermedades inmunoprevenibles se han presentado casos de Parotiditis, Rubéola y Varicela, según el cuadro no se presento casos de sarampión en este periodo, pero en 1999 hubo un caso.

### Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta

#### Vigilancia Sanitaria.

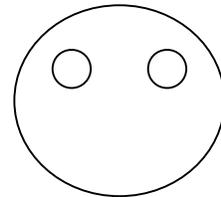
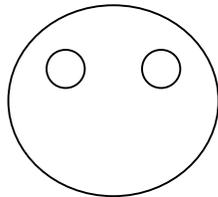
Fortalecimiento Local:

- A) Divulgación.
- B) Comunicación

Debilidades

- Accesibilidad Geografico
- Complejidad De La Red
  - I Nivel
  - li Nivel.

| <b>Fortalezas</b>                  | <b>Debilidades</b>                                |
|------------------------------------|---|
| Legislación                        | Disponibilidad Adecuada Del Recurso Humano        |
| Normas                             | Inexistencia De Cohesión De Sistema De Vigilancia |
| Sistema De Vigilancia Establecidas | Deficit De Sistema De Cmunicación                 |



#### Accebilidad Geográfica

- Tiempo
- Distrubución
- B/.

- Puestos
- Sub – Centros
- Centros

#### Complejidad De La Red

- Equipos Básicos
  - Promoción
  - Atención Integral

- Comunidad Piloto

-Costos

-Usuarios

-Prevención

MINSA - CSS

Neumología

-Protocolo De Atención

????

### **Medicamentos y Laboratorios**

Están funcionando 19 farmacias la Región Metropolitana de Salud. No hay farmacias comunitarias. Existe un listado regional de medicamentos que considera los diferentes niveles de complejidad la red de servicio de y el perfil de salud. El MINSA acogió 170 productos del cuadro básico de la CSS pero esto no indica que sean los únicos medicamentos disponibles por parte del ministerio esto se escogen en base a las patologías y otros criterios farmacológicos. Son 184 medicamentos que componen el listado y lo utilizan todas la instalaciones de salud de la región.

Está establecido un esquema de distribución mensual de medicamentos a cada farmacia de los diferentes centros de salud y a de más se distribuyen medicamentos para Salud Mental, ERA., ETS, TBC, Maternal, Planificación Familiar, Escolar, Salud Rural Leishmaniasis, TRO (por patología).

Existen protocolos de tratamiento estandarizados en escolares salud rural (suplemento de hierro), TBC y leishmaniasis, los cuales se cumplen.

En las farmacias privadas se exige la presencia del farmacéutico no así en las públicas. Se cuenta con farmacéuticos en 7 centros de salud y asistentes de farmacia en los demás.

No hay programa de donación de sangre a nivel regional.

Están funcionando 16 laboratorios ( falta Taboga)

Perfil básico de pruebas de laboratorio:

| <b>Laboratorio regional</b> | <b>Laboratorio local</b> |
|-----------------------------|--------------------------|
| Hematología                 | Hematología              |

|               |               |
|---------------|---------------|
| Serología     | Serología     |
| Química A     | Química A     |
| Química B     |               |
| Urinálisis    | Urinálisis    |
| Parasitología | parasitología |
| Bacteriología | Bacteriología |

Existe un laboratorio de referencia que es el Laboratorio Central, este es el rector.

Los costos a nivel de medicamentos son uniformes para todos los Centros. El margen de ganancia es de 10%. Las pruebas de laboratorio varían en sus costos ya que algunos centros tienen equipo automatizado y hay que aumentar los costos. El margen de ganancia es por lo general nulo.

Se prioriza la adquisición de Insumo de Laboratorio de acuerdo a las necesidades de cada Centro

## **FOTOGRAFIA No.4**

### **Lista de Espera**

La región metropolitana no está articulada en su red a ningún hospital. En la mayoría de los centros de salud se trabaja en un horario de 7:00 am a 3:00 pm, y se han realizado propuestas para la extensión de horarios en algunos centros de salud.

No se registra el rechazo de pacientes. Existe un formulario completo de flujo de usuario, que fue validado en el Centro de Salud de Veracruz y está en proceso de análisis. En él se incluye el tiempo de servicio al usuario por departamentos y si el paciente ha sido rechazado. Con posterioridad se aplicará en los otros centros de salud.

### **Horario de Servicios**

El horario establecido para ofrecer la atención es de 7:00 a.m a 3:00 p.m en 16 centros de salud. En la comunidad 24 de diciembre se encuentra la única instalación de salud con extensión de horario, donde se labora de 8:00 a.m a 4:00 p.m y los sábados y domingos de 7:00 a.m a 2:00 p.m.

Los estudios realizados en los centros donde se había efectuado la extensión de horarios indican que la población no acudía a buscar atención en un volumen que ameritara mantener la extensión de horario y que además, se desmejoraba la atención en todos los centros de salud en el horario regular de trabajo, porque era el mismo personal era el que cubría la extensión.

Se han realizado propuestas para extender los horarios de atención, una de ellas fue la presentada por el Policentro de Parque Lefevre y la otra la del Centro de Salud 24 de Diciembre, que inicialmente la extensión se efectuaba de lunes a viernes y los sábados y domingos. Actualmente la extensión de horarios se circunscribe a los días laborables (lunes a viernes).

### **Mecanismos de Medición de la Satisfacción del Cliente**

En la región desde 1998, se realizó la encuesta de satisfacción al cliente a nivel en cada centro de salud (17), la que se ha venido repitiendo una vez al año. Esta encuesta tiene preguntas generalizadas, por ello no podemos establecer en que servicios o programas en particular se encuentra el mayor número de clientes en espera por la atención demandada.

Entre los mecanismos aplicados para mejorar la calidad de los servicios se ha iniciado la asignación de citas en todos los servicios.

### **Control de Calidad**

Desde hace tres años se han realizado auditorías de expedientes por programas cumpliendo con las normas de atención, en los 17 centros de salud que integran la red de servicios de la Región Metropolitana de Salud. Los programas de calidad establecidos son:

- Auditorias de expedientes
- Encuestas de Satisfacción
- Flujograma de atención
- Sistema de citas
- Buzón de sugerencias
- Dirección por objetivos

En general, el impacto ha sido bueno ya que notamos año tras año mejoría e incremento en la calidad de atención de los servicios del usuario.

En 1998 se realizaron auditorias de expediente para casos de Violencia intrafamiliar y TBC expedientes y tarjetas; también se efectuaron auditorias a expedientes de los programas de:

- Adultos
- Adolescentes
- Niños menores de un año
- Embarazadas

En 1999 se introducen las auditorias de expedientes para los programas de higiene social y la atención del niño (a) de 1 – 5 años.

Se puede percibir el trabajo que realiza el nivel local captando en estos comparativos que hay un aumento años tras año de cada uno de los items o preguntas excepto en el caso del programa de adolescentes. Estas deficiencias no superadas se pueden atribuir a la falta de un coordinador local del programa que de seguimiento a estos grupos.

## **Fotografía N° 5. Red Social**

La región Metropolitana tiene sectorizado el corregimiento de su responsabilidad de áreas geográficas de interés sanitarios.

La participación de la población para apoyar la gestión y ofertas de los servicios de salud esta definido en el sistema de organización de la red de partición como, a continuación se define:

- Consejo de familia
- Consejo del sector
- Consejo del corregimiento.

Esto involucra la participación de diversas grupos organizados a nivel comunitario como por ejemplo:

Club de Adolescentes  
Club de adultos mayor  
Representantes de familia  
Comité de agua  
Comité de salud  
Comité de juntas comunales  
Comité de Lideres comunitarios  
Sociedad civil.

Actualmente no se cuenta con un inventario actualizado de organizaciones comunitarias, pero en todos los centros de salud existen grupo y organizaciones comunitarias.

Todas las organizaciones comunitarias participan de las actividades promocionales como: Vacunación, ferias de la salud, notificaríamos de casos morbi mortalidad a nivel de la comunidad medidas preventivas contra el dengue (detección y eliminación de criaderos potenciales, construcción y mantenimiento de acueductos.

No hemos realizado un análisis de actores sociales desde sus intereses, por el nivel de participación de cada uno en las acciones de salud se dan en medidas en que se toman en cuenta sus problemas y necesidades.

Actualmente contamos con el resultado ministerial N° 4376 del 25 agosto de 1999, donde su artículo 1° resuelve crear el área de medicina tradicional bajo la dirección Nacional de Promoción de la salud, donde se define sus funciones y su implementación.

En todas las acciones promocionales se integran las prácticas y culturas de la población, en la elaboración en conjunto y en la validación.

Fortaleza del equipo de salud para potenciar la red social:

- 1- Existencias de una instancia responsable de promoción de la salud a nivel regional.
- 2- Existencia de un responsable en promoción de la salud a nivel local.
- 3-Existencia de coordinación de las acciones promocionales con el nivel local.
- 4- Conformación de equipo de salud de los sectores a nivel local.

Debilidades del equipo de salud para potenciar la red social:

- 1- Conceptualización del enfoque de atención primaria.
- 2- Prevalencia de modelos curativos.
- 3- Déficit del recurso humano.
- 4- Sistema de información inadecuado.
- 5- Baja motivación e incentivos al personal.
- 6- Ineficiente distribución del recurso técnico y financiero.

## **Fotografías N° 6. Proyecciones de la Red**

### **Adecuación De La Oferta:**

Es necesario la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de Salud – enfermedad el cual debe ser multidisciplinario (todo el personal de salud) y de vital importancia en participación de miembros de la Comunidad.

Entre las funciones del equipo básico podemos mencionar las siguientes:

- Brindar acciones de promoción, atención, vigilancia de la salud poblacional y ambiental, haciendo énfasis en el enfoque biopsicosocial y el entorno familiar.
- Análisis de la situación de salud, determinación de prioridades y búsqueda de soluciones.
- Identificar a los actores sociales.
- Integrar, organizar y capacitar a las familias, grupos organizados, instituciones gubernamentales o no, para lograr su participación en el equipo del sector.

Cada equipo Básico del Sector contará con un facilitador, que será escogido por los miembros de éste, y que será responsable de dar seguimiento al proceso de Atención Integral de Calidad tanto en el Centro de salud como en la Comunidad.

De acuerdo a los conocimientos o capacidad que tenga cada funcionario que labora en salud según sus funciones. Aspectos que pueden considerarse en la estrategia:

Hay que delegar funciones al equipo del sector y a la comunidad que es parte indispensable de este equipo. Estos a su vez deben capacitarse para que sean entes multiplicadores y lograr así una verdadera participación social, ya que para cambiar el nivel de salud, la educación juega un papel fundamental.

La delegación de actividades no solo será de profesionales a no profesionales, sino dentro del propio equipo de salud. El desarrollo de estas actividades será distinto para cada sector, pues no hay homogeneidad de recursos ni de necesidades. Por lo cual, es condición necesaria e indispensable implementar un programa de educación permanente al personal de salud y a la comunidad. Cada funcionario según su disciplina será responsable de capacitar y vigilar la adecuada ejecución de esta actividad.

Solamente en el Policentro de Parque Lefevre se ha incorporado una nueva modalidad que hasta el momento son las Cirugías Ambulatorias.

La implementación de policentros para ofertar servicios de salud más especializados a la población.

Hasta el momento no se está adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel en ésta Región.

Se ha iniciado la selección de una Comunidad Piloto por cada Corregimiento donde se desarrollan acciones para la identificación de problemas de salud y atención a los grupos vulnerables en donde el equipo de salud es el responsable de la organización y atención a éstas comunidades.

Todos los grupos son prioritarios.

En la Actualidad no contamos con todos los mecanismos para establecer un programa médico funcional.

Establecer protocolos de atención, mejor definición en las funciones que deben de tener los Policentros, implementar bases de datos de toda la población que recibe atención de salud en la Región Metropolitana (computarizada).

**Ampliación de Cobertura:**

- 1° Primarios: Prevención y Promoción, Atención.  
Secundaria y Terciaria: Curación y Rehabilitación.
- 2° Mayor N° de días semanales,
- 3° Bajo Normas establecidas todos deben participar.  
Calidad de agua  
Análisis de alimentos  
Citología exfoliativa (PaP)  
Trabajo social  
Nutrición  
Educación para la Salud  
Psiquiatría – Psicología  
Promotores de Salud  
Secretarias  
Programadores  
Computadoras.

## **Fotografía 7: Caracterización Del Sistema Regional Y Proyecciones**

Es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente porque hay áreas que están disgregadas o hay aumento de la población se han anexado áreas geográficas poblacionales (área del canal de Panamá), (Región Interamericana), hay diferencias entre los grupos poblacionales (culturales, económicas, sociales, etc.) Existe una voluntad política de descentralizar, pero en la practica no se da.

La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios porque es el conocimiento claro de los objetivos y procesos de la organización establecidas en los niveles jerárquicos, permite la direccionalidad.

Existen manuales de Procedimientos Administrativos: compras, caja menuda, costo 20, contabilidad, almacén, Salud Rural.

Se aplican como lo establece los procedimientos, los tramites lo realizan las oficinas correspondientes y se aplican según las necesidades o requerimientos.

No se da coordinación con la CSS. Se debería dar:

- A través de la prestación de servicio
- De la compensación de los costos de los servicios
- Sistema de referencia y contrareferencia.

El mecanismo para lograr una adecuada coordinación MINSA-CSS se debe dar al más alto nivel, para que los niveles operativos le den la funcionalidad adecuada.

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

### **Fortalezas:**

- Cuenta con la visión y misión
- Existencia de un equipo técnico capacitado a nivel local y regional
- Existencia de una estructura orgánica y funcional
- Modelo de atención comunitario en la familia, ambiente y comunidad
- Existencia de una instancia responsable de Promoción de Salud Regional y Local
- Capacidad ejecutora para el desarrollo y ejecución de proyectos

### **Debilidades**

- Baja motivación y carencia de incentivos del personal
- Deficiencia en el número del recurso técnico
- Deficiente proceso de descentralización en el proceso de gestión administrativa
- Insuficiencia de presupuesto
- Centralización en la toma de decisiones
- Prevalencia de un modelo curativo
- Infraestructura deficiente y limitada Sede y Centros de Salud

➤ Desconocimiento de la capacidad resolutive de la red de servicios

El Sistema Regional de Salud (MINSA) efectúa las funciones de conducción sanitaria a través de todas sus unidades, las realiza a través la planificación, supervisión, evaluación y monitoreo. Y las efectúa periódicamente

En el modelo de gestión se promueve la participación en la toma de decisiones, en la participación social se escogió una comunidad piloto para brindar todas las acciones de organización, promoción, capacitación y coordinación con las familias y poder obtener un impacto en los resultados. Se desea que los actores sociales participen en todas las fases del trabajo.

Las políticas de salud a las necesidades regionales responden y se aplican a través de la ejecución de los programas con su debida supervisión y monitoreo.

A pesar de que se ha expresado el deseo de cumplir los compromisos y políticas de descentralización el nivel central continua concentrando gran parte de las decisiones en materia de gestión.

**Puntos críticos:** Asignación de presupuesto, Centralización del control fiscal, Centralización de la investigación, Asignación de Recursos Humanos técnico y Estructura orgánica.

La toma de decisiones es participativa. Se prioriza según: necesidades de servicio, de insumos y equipo, factores de riesgo

La supervisión al sector privado no se realiza, al sector público es realizada por la unidad de provisión de servicio regional con apoyo de la dirección y las unidades funcionales. Las funciones se realizan periódicamente con objetivos establecidos.

La Unidad de Planificación es la instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la Región

El porcentaje de tecnología informática es de un 94% pero debemos tener en cuenta que las condiciones de las maquinas no cubren las necesidades mínimas para el apoyo en el desarrollo del sistema de información, de la gestión administrativa y de personal.

## **Fotografía N°8. Instrumentos de Gestión.**

La Planificación Regional es participativa integrar este año a los niveles locales, no a incluido a la comunidad en este año. En años anteriores sí se convocó a la comunidad. La frecuencia como se efectuó esta planificación es anual a nivel local, este año el proceso ha ido más lento, para dedicar más tiempo.

El Nivel Local espera más participación en el futuro, que se incluyan las consideraciones que aparte el nivel local.

Como parte de la planificación se ha priorizado los problemas que realmente desea la comunidad. Se tomaron en cuenta los documentos anteriores de la planificación como base para la planificación regional actual.

La frecuencia de la planificación regional se evalúa con 3 años. Planificación era quinquenal anteriormente. Se ha considerado actualmente Revisión Bianaual a nivel regional y cada año en nivel local.

Al priorizar los problemas del plan 1998 – 2000 trato/ reflejar la situación de la Metro, pero muchos problemas de ambiente quedo por fuera. Esto paso por que no existía una supervisión. Actualmente se crearon comisiones para que cada comisión incluyera todas aquellas cosas que consideramos importantes.

No existe un proceso de planificación conjunta actualmente entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, pero debería haberlo. Debe haber una actitud, política para que esto se de el equipo técnico está en disposición. Al inicio se muestran interesados pero al final no se da. Las coordinaciones deben darse desde la cabeza.

La visión del Ministerio de salud es muy amplia, la Caja de seguro Social sólo determinan sus acciones a los asegurados (limitada).

Ellos no perciben que algunos problemas les competen igual.

No se efectúa una programación local conjunta Ministerio de salud y Caja de Seguro Social, nosotros programamos y dentro de estos programas requerimos su participación, pero estos no lo interiorizan.

Observamos poca disposición de las autoridades de la Caja de Seguro Social ejem. Se les invitó a este taller y no asistieron. Debe insistirse en acercamiento de los mandos centrales.

Considerar firma de acuerdo, al nivel ministerial para que se pueda ejecutar. Revisar los acuerdos ya escritos.

Existen antecedentes del proceso de planificación que involucraron la participación de la población, participan actualmente, en las juntas administradoras de agua. Sin embargo en el proceso de planificación actual no esta integrada la comunidad.

La Convocatoria para la participación de la Sociedad se dio a través del nivel local la dirección local.

Las Metas se evalúan a través de un proceso de evaluación que requiere de indicadores para poder medir.

No disponemos de indicadores de insumos y costos, la gran mayoría de proceso y algunos de resultados.

La evaluación la realiza el nivel regional.

El presupuesto de funcionamiento y de inversión no se basa en el proceso de planificación. Actualmente presupuesto más las inversiones se rescata para este año 2001, sin embargo el presupuesto y funcionamiento no toma en consideración los objetivos de cada sub-unidad, con centro por lo que existen grandes lagunas.

Programamos pero no planificamos la distribución del recurso económico planificación desorganizada.

El presupuesto de funcionamiento se da en la administración.

Muchas de nuestras actividades se realizan por auto-gestión. Ejemplo. Ambiente genera el mayor ingreso pero no divierte proporcionalmente.

Nuestra programación no incluye presupuesto esta se basa con recurso humano, el nivel de responsabilidad de los directivos es nula pues.

En una programación debe incluirse un rubro de costo pero se da.

El Contrato programa tiene pro y contras, permite la explotación del hombre por el hombre, da inestabilidad para el funcionario.

Depende del término de contratos.

Pensar como alternativa contrato programa con algunos programas por ejemplo farmacia, laboratorio y mantenimiento que debe darle una garantía.

Se esta dando un compromiso de gestión (D.P.O.) entre la Región y la Caja de Seguro Social. Se ve como un incentivo la D.P.O. para el C. S. Pero no al personal.

Se ha propuesto enviar a capacitar derecho a los funcionarios, funcionarios del mes. Un acto por encima de sus funciones (algo extraordinario). No hay un presupuesto.

Crear un fondo para las actividades para todo el personal, no se considera los incentivos en base a productividad ni antigüedad.

Creemos que los sistemas de incentivos si impactan. Sobre la efectividad en los servicios de Salud.

Se dispone de un sistema de información sobre situación de Salud, pero no maneja el sistema y funcionamiento ni provisión.

Hay datos confiables pero no oportuna, la información es oportuna cuando tomamos la decisión en el momento adecuado.

La información está disponible, pero no se utiliza para tomar decisiones.

La calidad de la información no se monitorea actualmente pero ya se trabajó

Actualmente para el análisis de información de costo no se aplica ningún tipo de mecanismo; estamos retomando el sistema de costo para conocer los costo reales, en que incurre cada centro de salud y a la vez que esto le sirva al director de dicho centro como una herramienta para el análisis y toma de decisiones con mayor grado y precisión, oportunidad y esfuerzo. El adecuado empleo de3l mismo conducirá a una mayor aplicación y utilización de los recursos disponibles lo que se traducirá en ahorro de dinero o a la posibilidad de brindar mayor y mejor calidad de atenciones a la población.

Los recursos humanos, salarios, infraestructura, equipamiento, tecnología, accesibilidad, satisfacción del usuario y programa de salud.

No influye la tecnología de punta por que actualmente no la tenemos, posteriormente se podrá implementar en los policentro.

En la decisiones de diagnostico y tratamiento de los profesionales no nos influye en los costos. A medida que en los policentro se den la complejidad de los servicios eso abarata los costos en la instalación y a su vez en hospitales. No se da la duplicidad en los servicios de la región metropolitana.

No responde a los costos reales, porque se trabaja con tarifa establecidas que varían de un centro a otro, ajustase a nivel de todos los centro sede salud.

No se afecta porque no tenemos duplicidad de servicios, y no manejamos compensación de costo.

## **Fotografía N° 9. Fuentes De Financiación**

### **Compensación De Costos**

Presupuesto Público ----- 89.68%  
Autogestión Generado ----- 2.67%  
en la Región  
Autogestión Generado ----- 7.72%  
por los centros.

Planilla, Insumo en Farmacia, Laboratorio, Odontología, Mantenimiento, Servicios Básicos, Combustibles, Infraestructura y Equipo. Las donaciones son esporádicas.

No porque el pago está estandarizados. No está funcionando el sistema de evaluación socio económica y no permite la recuperación de costo de acuerdo a los recursos de los usuarios. Debe hacerse una evaluación real del aporte que puede dar cada usuario por el pago de la atención de salud que recibe.

El presupuesto del estado debe subsidiar a las personas que se compruebe que necesiten este subsidio. El subsidio estatal debe ser garante de la equidad sanitaria.

En algunas ocasiones generan mayores dificultades sobre todo cuando se trata de proyectos que no han sido estudiados por todas las partes interesadas.

Debería de existir un listado de necesidades y en base a estos recibir las donaciones.

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

Si existe información confiable y oportuna sobre gasto de salud. Mediante los informes financieros mensuales presentado los 5 primeros días de cada mes, adjunto con su ejecución presupuestaria.

La elabora los contadores con la información que se nos suministra de los diferentes departamento de Región Metropolitana.

### **Los Mecanismos De Asignación Finaciera**

Desde el nivel central a las unidades regionales y de estas hacia los hospitales y la unidades locales.

El Ministerio recoge la información para probar el presupuesto pro medio del anteproyecto de todas las Regiones, después que se aprueba se divide por regiones

y nos llega a través de subvención mensual, este se divide por centros de salud de acuerdo a las necesidades.

Autonomía para la modificación de rubros presupuestales en los servicios de Salud.

Si existe autonomía ya que si se nos agota una partida podemos reforzarla a través de un traslado financieros ó un traslado de partida.

### **Fotografía N°. 10. Proyectos de Inversión**

Básicamente, en la Región Metropolitana de Salud se requieren inversiones en las áreas de infraestructuras y equipamiento para lograr un adecuado desarrollo de la red de servicios.

El principal criterio que debe cumplirse para presentar proyectos de inversión, es la presentación de un documento de proyecto a nivel de perfil, con toda su documentación adjunta que sustente el proyecto.

Aun cuando presentamos limitaciones de no poseer el recurso humano suficiente en nuestra sección de formulario y evaluación de proyectos, no encontramos dificultad alguna con los criterios establecidos por MEF para la presentación de los mismos.

Lo que sí quisiéramos que mejorara, es el proceso de retroalimentación una vez entregados los proyectos al SINIP, para su debida corrección, el cual muchas veces es lento y demorado.

El 100% de los proyectos de inversión formulados para las vigencias 2000 y 2001 apuntan hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios.

## **REGION DE SALUD DE PANAMA ESTE**

### **Fotografía N° 1. Caracterización del contexto**

Entre los problema políticos sociales se ubican la poca accesibilidad a los servicios de salud, dificultad del flujo de información MINSA-CSS, diferenciación de áreas de responsabilidad en la provisión de servicios, aspectos culturales que limitan la comunicación MINSA- Comunidad, que han generado choque culturales que limitan las intervenciones en salud.

Conflictos de competencias de las instituciones públicas de salud:  
Mecanismos de conducción:

Coordinación regional MINSA-CSS-MOP-MIDA-ANAM- MJUV- ONG's; las cuales facilitan el trabajo en equipo y el logro de acciones participativas.

De igual forma se han priorizado necesidades y problemas, canalizando los recursos y generado estrategias conjuntas de intervención, se considera que ellos contribuyen a agilizar la ejecución de la política social a nivel regional.

La política de salud se incorpora a los programas sociales que las regiones desarrolla en función de que en el caso de disminución de la pobreza se esta trabajando con granjas autosostenibles (políticas 3, 5 y 11); en el caso del programa de viviendas este se apoya con las campañas de letración (política 4). A pesar de que el programa de letración es antiguo, se esta recientemente incorporando formalmente en los proyectos de vivienda que se están efectuando y se consideren los espacios físicos requeridos para ello. En las viviendas ya construida se están incorporando estas soluciones ambientales lo más rápido posible.

No se tiene indicadores de tendencia político económicos para la región, menos para los distritos y corregimientos. En general se efectúa una tabulación global y hasta hace unos años se ha iniciado la desagregación de estos indicadores por distrito. La tendencia general, que los expertos regionales aprecian, indican que la región debe tener una mejoraría de la situación económica, la cual se refleja en un incremento de la producción agropecuaria y pesquera, incremento del comercio interno; así como de la libertad de expresión de la población como parte de las libertades humanas, lo cual comienza en la propia región de salud. Además, se esta considerando a Chepo como destino turístico, hecho que fue expuesto en reunión de Junta Técnica por parte del IPAT. Una de las ventajas del distrito es la cercanía a la Ciudad con la que cuenta la región de Chepo. Existen ya áreas de explotación y otras proyectadas para tal fin. La gestión sanitaria ha de acompañar este cambio mediante:

- Reforzamiento de la red
- Control de la manipulación de alimento y de establecimiento de interés sanitario
- Programa de Salud Ocupacional MINSA-CSS. Se ha dado un incremento en el cuerpo de industrias a nivel regional.

El perfil de salud enfermedad por distrito indica que existen 5 áreas importantes, clasificados por:

- Estilos de vida
- Violencias
- Enfermedades Infecto Contagiosa
- Enfermedades Degenerativa
- Aspectos Relacionados con el Saneamiento Ambiental

Pacora, San Martín dentro del distrito de Panamá

En cuanto a los hábitos y estilos de vida, el Distrito de Chepo tiene 3+ (mayor magnitud). Sin embargo, los cuatros distritos presentan este tipo de riesgos de forma elevada. Los estilos de vida representan una carga extremadamente elevada en la morbi-mortalidad.

Las violencias se reflejan poco como demanda de los servicios, sin embargo el subregistro es alto como también en apariencia es difícil de ser percibida.

Las deficiencia en saneamiento ambiental son un punto crítico, con 3+ de magnitud en los cuatro distritos. Saneamiento ambiental precario con estadísticas incompletas y deficientes. El punto crítico de las quejas es relacionado con el agua. Desde la percepción del equipo de salud también se cuentan el problema de disposición de la basura y la letrínación a la cual se suman los factores de inacceptabilidad por parte de la población, un tanto por patrones culturales y otro tanto por el impacto de la novedad.

A pesar de que las enfermedades infecciosas son objeto importante de demanda de atención su impacto no es tan marcado. Mayor impacto es producido por las enfermedades crónicas y degenerativas. Hay subregistro en estos grupo.

Por tanto las prioridades guardan relación con la promoción de la salud y las acciones de ambiente.

Los cambios climáticos han tenido su impacto en la producción agropecuaria general distritos de Chepo y corregimientos del distrito de Panamá. Se afectó también el comercio en menor proporción; estos aspectos tuvieron que ver con el fenómeno del Niño 1998. A partir de allí los sectores afectados han mejorado su capacidad productiva.

En materia de plaguicidas la legislación existente tiene vacíos, que pasan por la no definición de las responsabilidades institucionales claras, no facilita la ejecución de acciones fluidas y se pone en mucho riesgo a la población. Debe mejorarse la legislación existente a fin de que se puedan incorporar a la gestión sanitaria otros actores a través de un consejo Regional de Salud, en cual participaría la sociedad civil,

instituciones públicas y privadas, así como los sectores informales que ofertan servicios de salud. De igual forma debe mejorarse la legislación relacionada con los Comités de salud, a fin de que se pueda mejorar la injerencia de la comunidad en la gestión local, en el marco de la evaluación de la gestión que aunque contemplados en la Ley, no se cumplen y que implica que las dinámicas evaluativas debe ser diferentes. Estas responsabilidades son mutuas comité de salud – equipo local y la región como evaluador externo y apoyo.

## **Fotografía N° 2: Caracterización De La Demanda**

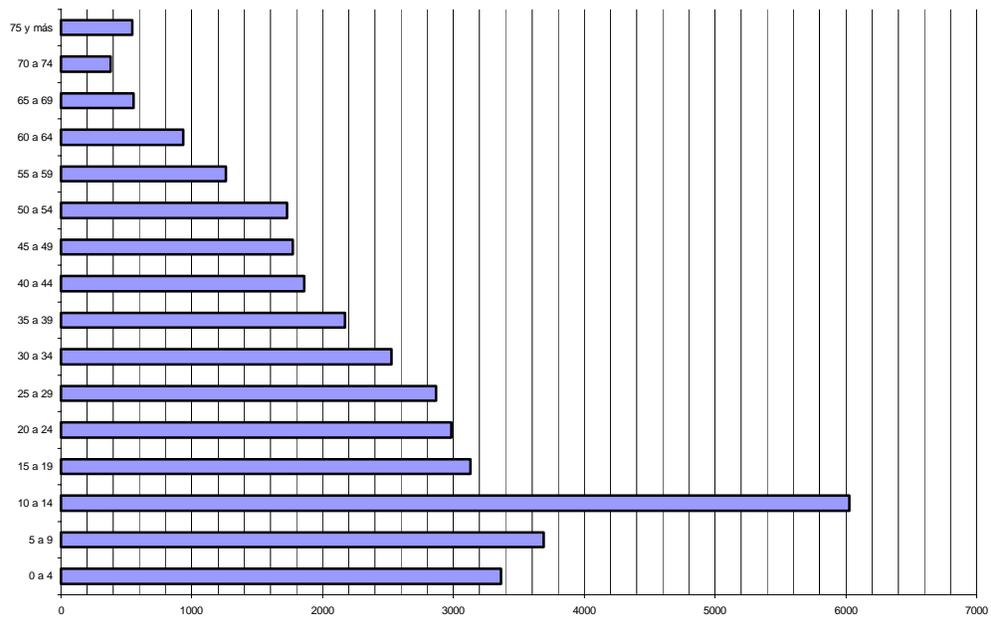
Para el año 2,000 puede apreciarse que predomina la población femenina principalmente antes de los 30 años. A nivel de los distritos, también a excepción del Distrito de Balboa en que predominan los hombres. Pacora, Cerro Azul y San Martín, tiene una relación hombre - mujer más pareja, sin embargo en algunos grupos de edad predominan estas diferencias. En Chimán hay más hombres que mujeres. El Distrito de chepo concentra la mayor proporción de la población.

Los indicadores demográficos han sido de difícil obtención para los años solicitados (80. 90 y 97), hubo cambios en las formas de registro de la información estadística para esta época, se desagregaron comunidades lo que cambia las características poblacionales, toda vez que disminuyen sus cantidades, situaciones que hacen difícil la comparación temporal.

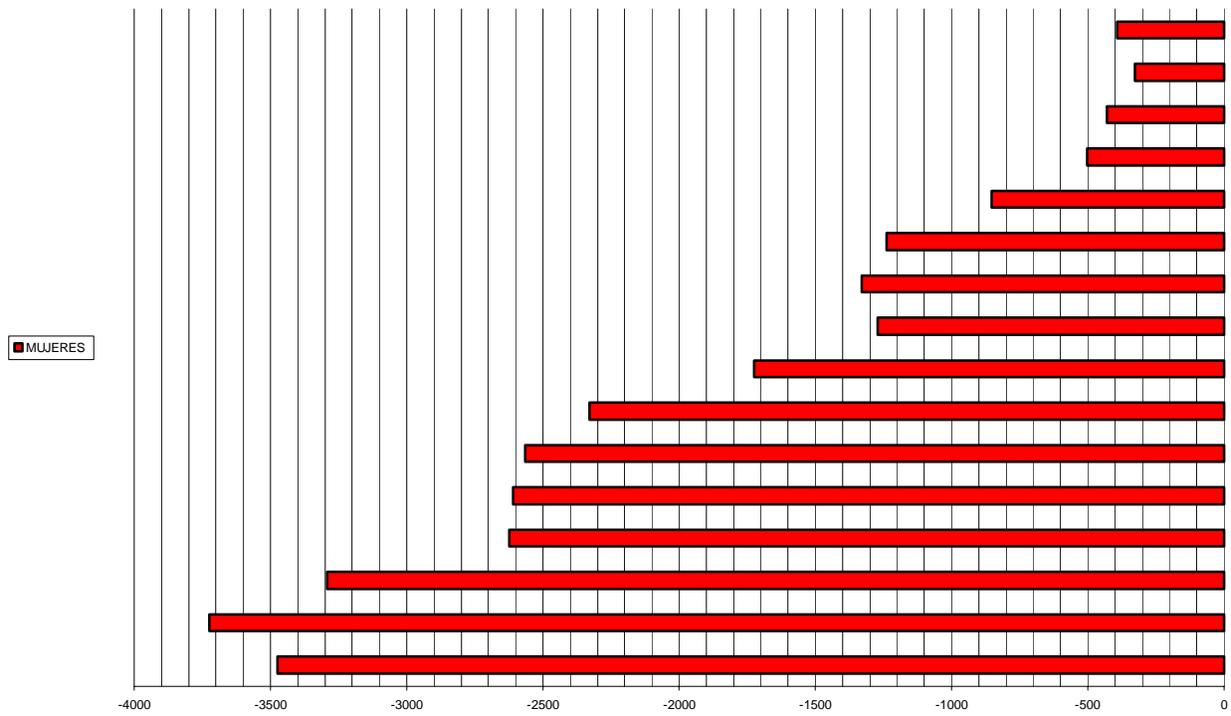
El 100% de las áreas son rurales.

Para 1997 la 7.82 habitantes por kilómetro cuadrado y para 1999 se eleva hasta 8.88.

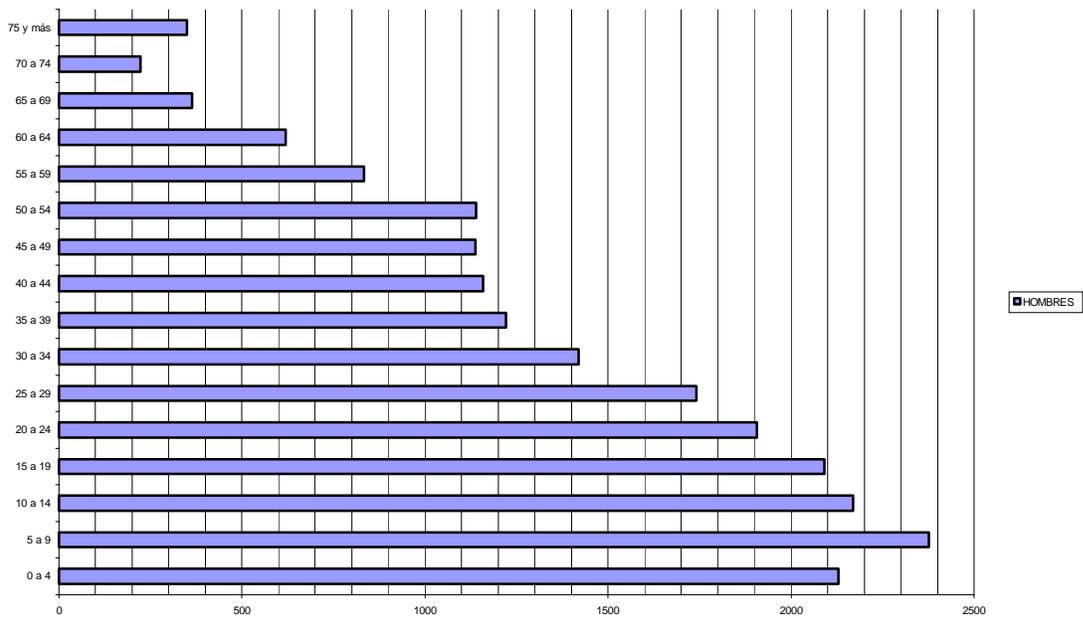
Se destacan los problemas de subregistro de las defunciones generales e infantiles, así como las relacionadas con el diagnóstico, toda vez que estos no son específicos y se dificulta la agregación por grupos de diagnóstico. Por otro lado, el registro de procedencia es deficiente y no establece las áreas correspondientes a la región sino de manera tardía.



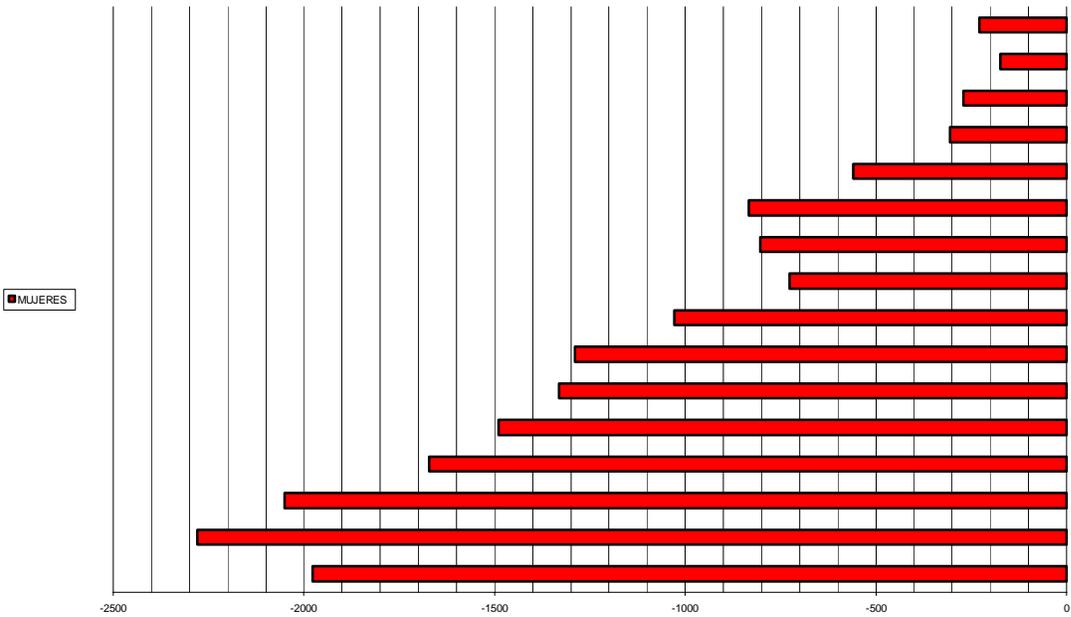
Hombres Panamá Este



Mujeres Panamá Este



Hombres – Distrito de Chepo



Mujeres – Distrito de Chepo

## **Fotografía Nº 3: Caracterización de la Oferta**

### **Vigilancia sanitaria**

La vigilancia sanitaria considera los factores ambientales y poblacionales. Los principales problemas se concentran en el área ambiental.

Sus fortalezas están dadas por los conocimientos que el equipo de salud tiene de su trabajo e este campo: La Vigilancia Sanitaria.

Entre sus debilidades se cuentan:

- Escasez de recursos humanos
- Escasez de transporte adecuado para acceder a algunas comunidades
- Existencia de áreas inaccesibles en algunas épocas del año
- Dificultad en la comunicación con algunos niveles locales
- Ausencia de un sistema de inducción para el personal nuevo

### **Accesibilidad geográfica:**

Las comunidades más inaccesibles se ubican según distrito así:

| Distrito | Comunidad  |
|----------|--|
| Chimán   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Majé</li> <li>• Platanares</li> <li>• La Maestra</li> <li>• La Pita</li> <li>• San Buena Ventura</li> <li>• Gonzalo Vásquez</li> <li>• Río Hondo</li> <li>• Corotú</li> <li>• Pasiga</li> <li>• Marcos</li> <li>• Brujas</li> <li>• El Hato</li> <li>• Quebrada del Medio</li> <li>• Oquendo</li> <li>• La Trinidad</li> </ul>  |
| Balboa   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casaya</li> <li>• Martín Pérez</li> <li>• La Esmeralda</li> <li>• La Ensenada</li> <li>• La Guinea</li> <li>• Saboga</li> <li>• Pedro González</li> </ul>   |
| Chepo    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambroya</li> <li>• Charco Rico</li> <li>• Colonia Santeña</li> <li>• Río Biablo</li> <li>• Piria</li> <li>• Pigandí</li> <li>• Río Sábalo</li> <li>• Puerto Limón</li> <li>• Pigandí Grande</li> <li>• Río Sabana</li> <li>• Quebrada Grande</li> <li>• Quebrada Limón</li> <li>• Río Sereno</li> <li>• Río Nazareno</li> <li>• Martinabé</li> <li>• Madroño</li> <li>• La Zabina</li> <li>• Hábeas Cristi</li> <li>• Río Bonito</li> </ul> |

En cuanto a la distancia a la instalación más cercana, la mínima oscila entre 10 y 15 kms<sup>2</sup> y la máxima entre 30 y 40 Kms<sup>2</sup>.

La distancia hacia la cabecera es en promedio de 80 kms<sup>2</sup>. Debe tomarse en cuenta que los caminos son accidentados.

Los transportes que se utilizan son variados y van desde la movilización a pie y a caballo hasta el uso de autos de doble tracción y botes. Los costo varían entre 10, 80 y 400 balboas. En tanto que, el tiempo mínimo para la movilización oscila entre 3 horas y el 12 horas.

### **Complejidad de la Red:**

La red esta organizada en dos niveles de atención a saber:

- Primer nivel: el cual esta constituido por centros y puestos de salud.
- Segundo nivel: integrado por un hospital regional (CSS)

Los puestos de salud cuentan con un asistente de salud, nevera solares para vacunas y balanzas de adulto y pediátricas.

En el caso de los centros de salud el equipo básico ofrece una atención más integral que toma en cuenta las normas y programas de salud. Se ofrecen consultas de control de salud y de morbilidad; así como trabajo comunitario.

En el hospital, instalación de mayor complejidad se ofertan servicios de hospitalización, cirugía, consulta externa y urgencias.

No hay una sectorización establecida, se atiende a la población que reside en las comunidades responsabilidad según el acceso de estas a las instalaciones de salud.

La demanda de pacientes responde a la disponibilidad de recursos.

El grupo considera que el equipo básico debe constituirse por un médico, enfermera, farmacéutico o asistente de farmacia, auxiliar de estadísticas y registros médicos y odontólogo.

La población de responsabilidad que se atiende va entre 2,500 y 17,000 personas por equipo.

### **Cartera de Servicios**

Los servicios que constituyen la cartera son:

- Urgencia
- Actividades curativas
- Laboratorio
- Odontología
- Farmacia
- Vacunación

- Programas preventivos (escolar, adolescente, materno infantil, adulto, nutrición y otros)
- Promoción de la salud

Existen algunos protocolos entre los cuales tenemos: manejo intoxicación por plaguicida, mordedura de ofidios, sarampión y malaria. Estos se aplican en centros, policlínicas y hospital.

La red de servicios se articula con la CSS a través del sistema de referencia MINSA-CSS. No hay consenso total sobre la eficiencia del sistema porque cuando el paciente es no asegurado y ha sido atendido en el centro de salud, la farmacia de la CSS no se suministra los medicamentos. Los pacientes con TBC no asegurados que demanda medicamentos en el hospital disponen de los mismos por que la región los suministra.

La articulación formal-informal es débil, se están reactivando las relaciones entre ambas. En cuanto a la red formal pública – privada, las relaciones se circunscriben al suministro de vacuna por parte del MINSA y el aporte de alguna información estadística (enfermedades objeto de vigilancia, las transmisibles e inmunoprevenible), por parte de las clínicas privadas.

El sistema de referencia funciona, sin embargo no se recibe la contrareferencia que describa los aspectos de la atención recibida, excepción hecha cuando son atendidos en el HST y el Complejo.

A lo interno de las instalaciones se da la referencia e interconsulta interna; en cuanto a las interconsultas externas de una especialidad a otra, estas se dan tomando en cuenta la disponibilidad de los recursos y la capacidad de resolución de los problemas de salud.

El sistema de interconsultas es eficiente entre el 2 y 3 nivel. El flujo de pacientes toma en cuenta la capacidad resolutoria, dada en términos del nivel de atención y el desarrollo de las especialidades y las dificultades guardan relación con la inaccesibilidad geográfica y económica.

El 80% de las estructuras físicas deben ser renovadas, el 20% restante debe ser ampliada y/o objeto de mantenimiento. De igual forma deben mejorarse las condiciones de vivienda del personal técnico residente en las áreas de difícil acceso (40% de las mismas requieren mejoras)

Los bolsones de desprotegidos en su mayoría se ubican en áreas de difícil el acceso, siendo los corregimientos de El Llano y Balboa las más afectadas. Los principales riesgos que se encuentran son: los relacionados con las Infecciones Respiratorias, la desnutrición, anemia, parasitosis y falta de atención profesional del parto en un 75% de los casos, entre otros.

A nivel regional de enero a mayo del 2000 la cobertura de vacunación de 43% para los menores de una año, para la poliomielitis y anti - sarampión es de 47%. En las áreas identificadas como de más difícil acceso están alrededor del 30% (El Llano, Balboa). La deserción en Balboa es mínima, por lo que quizás la población no esta claramente definida.

La cobertura por anti-tetáno (td) en mujeres en edad fértil están en el orden del 62.8% (incluidas la cohorte de escolares) para el distrito de Balboa es de 65.2%, Chepo 56.6%, Chimán 135%.

La antisarampión de 1-4 años la cobertura es de 133% durante 5 años, quizás por que se realizó una campaña en sucio que hace que se sobreestimen las coberturas.

### **Recursos Humanos**

En cuanto a los recursos humanos la gestión no ha introducido cambios. Hay falta alarmante en todos los niveles. Los recursos informales son capacitados y supervisados por el personal de enfermería en el año 1997-1998, necesitan ser actualizados.

Se efectúa la programación en equipo para las giras y para la ejecución de programas junto con el personal médico.

El personal participa en las decisiones en reuniones de trabajo.

Los costos se establecen en función de Costo20. Las actividades de mayor peso son las planillas de empleados.

### **Medicamentos y Laboratorio**

Las farmacias funcionando son 16, distribuidas así:

|          |   |
|----------|---|
| MINSA    | 9 |
| C.S.S.   | 2 |
| Privadas | 5 |

No hay farmacias comunitarias.

El listado regional de medicamentos existe y se basa en el listado oficial del MINSA-CSS, considera la complejidad de los servicios. Cuenta con 219 regiones y los utilizan los centros, puestos y giras de salud.

La distribución es mensual mediante pedidos mensuales que llegan a la región desde los niveles locales, para garantizar la dotación a la población.

Hay protocolos estandarizados que se basa en las normas de atención de los programas de leishmaniasis, materno-infantil, escolar y micronutrientes.

Las farmacias privadas por ley deben tener regente farmacéutico calificado, pero esta condición no se cumple ni en los establecimiento privados, ni en los públicos.

La información de donaciones de sangre no estuvo disponible por carecer de un representante del hospital.

En cuanto a los laboratorios en la CSS funcionan 2, en el MINSA 2 y privados 1. Actualmente se dispone de dos equipos completos que aún no están instalados. El perfil básico de las pruebas incluye:

- hemograma,
- urianálisis
- serología
- heces
- química general y,
- algunas pruebas especiales como el HIV y toxoplasmosis.

El laboratorio de referencia esta ubicado en el centro de salud de Pacora, toda vez que es el único laboratorio que efectúa pruebas especiales y consultas de pruebas.

Los costos de los medicamentos no son uniformes para los usuarios, a pesar de que existe una lista de precios definida a nivel regional, pues e ocasiones privan criterios de las direcciones médicas en el establecimiento de los precios. En cuanto a los laboratorios el precio es uniforme MINSA – CSS. Cuando los reactivos se compran en el centro se varía el costo en función del precio del reactivo. Las pruebas de embarazo en sangre es más barata en el centro de salud que en el hospital. Ha pocas ganancias porque atendemos gran porcentaje de pacientes asegurados (70%).

Los insumos se priorizan de acuerdo a las morbilidades, programas , expansión de servicios y necesidades.

La región tiene alta captación de papanicolau que se procesan en el HST, con lo del patronato de este hospital sería necesario tomar en cuenta este factor para su control.

Comentarios:

El flujo de pacientes se dan con limitaciones toda vez que la CSS hace un llamado de atención en una nota, en cuanto a las referencias hechas a la CSS, en la que se indica que no se esta empleando la papelería adecuada. Además que se esta refiriendo pacientes para evaluaciones de RX en el cuarto de urgencia y que esto perjudica al paciente. Esta percepción no es correcta toda vez que el interés es que se tome la radiografía y la misma sea evaluada para facilitarle al paciente su atención porque si las

radiografías evidencia daños, el paciente debería regresar al hospital nuevamente. La mayoría de las veces los pacientes referidos son asegurados.

Se considera que el equipo básico de un centro de salud esta constituido por:

médico  
enfermera  
farmacia  
laboratorio  
odontología  
saneamiento ambiental  
estadística  
recaudadora  
trabajo manual  
personal de administración  
conductor

Se indicó además que la población percibe la atención de un centro salud de manera curativa y que la calidad de los servicios puede mejorarse mediante encuestas, con promoción de salud y el desarrollo de investigaciones sobre calidad de atención.

#### **Fotografía Nª4. Satisfacción del Cliente.**

##### **Listas de espera**

En cuanto a la mora quirúrgica esta no se conoce por los funcionarios del MINSA, toda a vez que la actividad quirúrgica se efectúa en el hospital regional, que es de la CSS.

El servicio que concentran la mayor demanda en espera de atención (en horas desde el momento de la llegada a la instalación de salud hasta el momento de la atención) es el de consulta externa. En cuanto a los programas el análisis es más difícil pero puede evaluarse, sobre todo cuando se trata de programas de atención de la población, cuando se abordan los programas de salud pública ambiental (manipuladores de alimentos) implica esperar algunos días, debido a los trámites que corresponden.

No hay registro de rechazo de pacientes. Quizás deba ser un indicador a evaluar en el futuro cercano, por lo cual debe iniciarse un proceso de registro que permita identificar la demanda no satisfecha.

Las comunidades con mayor proporción de demanda insatisfechas son Tortí (Chepo), Chiman Cabecera y Unión Santeña (Chimásn) y las Islas de la Esmeralda, Pedro González, La Ensenada y Otras (Balboa).

Los mecanismos para el otorgamiento de las citas de medicina general, a excepción de Pacora y el Hospital de Chepo, se dan mediante la demanda y cuando se refiere a un programa de salud específico se otorgan mediante agenda. Los especialistas ofrecen citas mediante agenda ya se que realicen atención de programas o de morbilidades relacionadas con su especialidad.

### **Horario de servicio**

Los centros de salud ofrecen atención de 7 a.m a 3 p.m con excepción de Tortí, Unión Santeña, El Golfo y Chimán, quienes ofrecen servicios después de estos horarios, atendiendo demanda espontánea y de urgencia. En el hospital la consulta externa se ofrece en horario de 7 a.m a 7 p.m.

La población esta satisfecha con los horarios actuales, toda vez que los pacientes acuden a recibir la atención dentro de estos horarios.

Hay dos propuestas para la extensión de horarios, una de las cuales consiste en la modificación del horario de apertura y de días laborables en las instalaciones de los centros de salud de Chepo y de Pacora.

## **Control de Calidad**

Los mecanismos de medición de satisfacción del usuario no se aplican en ninguna instalación de salud. Este proceso debe incorporarse en cada instalación en función de sus características y posibilidades, lo cual permitiría efectuar autocríticas y conocer la percepción de la población.

Las auditorías de expedientes se efectúan sistemáticamente en epidemiología una vez al año, en todos los centros de salud, con la finalidad de unificar la información local - regional. Los expedientes de manipuladores se auditan en función de los carné entregados y estas redundan en beneficios de los manipuladores y del personal del centro de salud.

Los programas de control de calidad no se han desarrollado en los niveles locales. Se han realizado actividades aisladas que guardan relación directa con el control de calidad, estas se refieren a acciones que efectúa el departamento de farmacia y que se basan en la aplicación de normas claramente establecidas. De igual forma las charlas de laboratorio se utilizan para dar a conocer los mecanismos adecuados para la recolección de las muestras a fin de garantizar la calidad de los resultados de los laboratorios a partir de una mejor calidad en la muestra. Se efectúan también evaluaciones, principalmente por las enfermeras quienes realizan evaluaciones periódicas del desempeño del personal que permiten mejorar las actividades técnicas. Estas evaluaciones se toman en cuenta en los procesos de concurso. Las evaluaciones del desempeño del personal pudieran formar parte de un programa de calidad.

### **Comentarios:**

Los horarios de otorgamiento de cupos fueron tomados en cuenta al analizar los horarios de atención?

En las áreas distantes no se rechaza pacientes a pesar de que el recurso es escaso. La extensión de horarios es válida si se incluye personal adicional.

Es necesario conocer el enfoque del usuario externo sobre este problema, pues la percepción de los usuarios es que el funcionario se retira más temprano de lo establecido y finalmente plantea que se va no satisfecho por la atención recibida o por la que no ha recibido. La idea no es exigir al funcionario la atención de un exceso de pacientes, sino de que se cubran los horarios establecidos.

Se requiere evaluar la necesidad real de extender los horarios en función de las necesidades de la población y de las áreas donde esta extensión sea más efectiva.

La aplicación de las encuestas de satisfacción es una meta, que no se ha podido llevar a cabo toda vez que se carece de los recursos logístico para llevarlas a cabo. Ello implica valorar la satisfacción del cliente externo e interno.

Cuál es el nivel de satisfacción de los clientes en términos de la atención recibida que tiene una duración de 15 minutos?

La atención debe contar con criterios de calidad, el paciente no es un paciente sino un usuario. En cuanto a la atención por libre demanda, es de doble filo, toda vez que hay subutilización del servicio. Hay mala información sobre los servicios que se ofrecen por tanto hay que educar a la población sobre esta situación. En ocasiones se exigen servicios fuera de las horas más convenientes porque se priorizan por parte de los usuarios la realización de otras actividades, quizás sin aplicar los criterios más adecuados. Las encuestas de satisfacción deben considerar criterios de calidad en la atención.

## Fotografía N° 5 Red social

La población se organiza a través de comités de salud y J.A.A.R. los cuales gestionan proyectos en sus comunidades, como lo son acueductos, puestos de salud, centros de salud y sub. centros de producción comunitarias

El inventario de organizaciones comunitarias que apoyan acciones de salud indica las siguientes:

- a. Comités de Salud con y sin personería jurídica
- b. Juntas administrativas de acueductos con personería jurídica
- c. Iglesias:
  - c-1 Católica Pastoral de Enfermos los cuales realizan visitas, apoyo espiritual pastoral juvenil. Trabajos con adolescentes del distrito de Chepo. Coordinan con salud capacitaciones dirigidas a estos grupos.
  - c-2 Centros de Vida Cristiana: Jóvenes participan en actividades y se convierten en agentes multiplicadores
  - c-3 Primera Iglesia Bíblica. (Las Margaritas)
- d Organizaciones No Gubernamentales (ONG'G)
  - d-1 Comarca Madugandi. ORKUM. Organización Kuna de Madugandi. Gestiona proyectos con banco mundial y apoya a comunidades Emberá.  
  
Asociación de Productores de Madugandi:  
  
Comité de Prevención de Uso y abuso de drogas de Chepo: Realiza convivios, vacacionales felices. En diversos áreas reuniones e instituciones, clubes cívicos para coordinar acciones en la comunidad.
- e. Clubes Cívicos en Chepo.
  - Club de Leones: Campaña de Optometría
  - Club Leo  
Asociaciones Nacionales contra el Cáncer (filial Chepo. Apoyo a Pacientes, Acciones de Prevención y control de Cáncer, visitas a pacientes.

## Clubes cívicos (de Panamá)

Club Rotario Campaña de optometría (distribución de Lentes)  
Club Activo 20-30 Giras de Salud. Coordinación con la Universidad de Panamá.

Estas organizaciones apoyan en:

- a. Organización de la comunidad.
- b. Promoción de la Salud.
- c. Divulgación de Información.
- d. Apoyo comunitarios.

En la región se han realizado algunos análisis de actores sociales, entre los cuales están los realizados durante las siguientes actividades:

- a. Análisis del desempeño (seminario Regional)
- b. Programa Municipio Siglo XXI (Comunidad, instituciones, Autoridad)
- c. Actualmente reuniones con instituciones y autoridades locales (mediante observaciones participativa) muchas veces el funcionario no asume su rol para la solución de problemas en conjunto.

La coordinación es importante para la solución de problemas y en ocasiones solución de conflictos.

El sector informal de atención en salud se concentra en el distrito de Chepo; Comarca Kuna Madungandi. Corregimiento de Tortí. ; en Chimán – Bruja y Maje. Este sector se dedica a dar consultas a personas que acuden en busca de atención. Algunos acuden a estos por la dificultad de acceso a los servicios de salud (accesibilidad económica y geográfica.)

Entre las fortaleza y debilidades del equipo de salud se cuentan las siguientes:

| Fortalezas   | Debilidades  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Existencia del R.H. capacitado para el trabajo en comunidad.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Recursos humano insuficiente para la ejecución de acciones a nivel de la región,</li><li>➤ Equipo e insumos insuficientes para trabajar en comunidad.</li><li>➤ Mantenimiento del equipo Ejm. Vacunación</li></ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pocas ONG que realicen proyectos en comunidades</li> <li>➤ Falta de Recursos humanos para promoción de la salud (ubicación – traslados, políticos)</li> </ul> |
|--|--|

### Ubicación De Curanderos O Médicos Tradicionales

| LUGAR                  | DISTRITO | NUMERO |
|------------------------|----------|--------|
| TOTAL                  |          | 18     |
| COMARCA Madungandí     | Chepo    | 6      |
| Comunidad Emberá       | Chepo    | 2      |
| Corregimiento de Tortí | Chepo    | 1      |
| Chepo Cabecera         | Chepo    | 4      |
| Pacorá                 | Panamá   | 1      |
| San Martín             | Panamá   | 1      |
| Brujas                 | Chimán   | 2      |
| Pasiga                 | Chimán   | 1      |

Los curadores se concentran mayormente en el distrito de Chepo y son un total 13. Una curandera haitiana práctica la magia negra.

### JUNTAS ADMINISTRADORAS DE ACUEDUCTOS RURALES

| ACTIVOS                |               |          | PERSONERÍA JURÍDICA |    |
|------------------------|---------------|----------|---------------------|----|
| Comunidad              | Corregimiento | Distrito | SÍ                  | NO |
| Palmas Bellas          | Tortí         | Chepo    | *                   |    |
| San Diego (Las garzas) | Pacora        | Panamá   | *                   |    |
| Naranjal               | Chepo Cab.    | Chepo    | *                   |    |
| Loma Bonita            | Tortí         | Chepo    |                     | *  |
| Curtí                  | Tortí         | Chepo    |                     | *  |
| El Hato                | El Hato       | Chiman   |                     | *  |
| Río Platanares         | Chiman        | Chiman   | *                   |    |
| Unión de Azuero        | Chepo Cab.    | Chepo    | *                   |    |
| Espavé                 | Chepo Cab.    | Chepo    | *                   |    |
| Ipetí Colón            | Tortí         | Chepo    | *                   |    |
| Limonada               | Chepo Cab.    | Chepo    | *                   |    |
| Oder Chico             | Pacora        | Panamá   | *                   |    |
| Altos de Pacora        | Cerro Azul    | Panamá   | *                   |    |
| Quebrada Cali          | Tortí         | Chepo    | *                   |    |

|                                      |                |        |   |           |
|--------------------------------------|----------------|--------|---|-----------|
| San Isidro                           | Chepo Cab.     | Chepo  | * |           |
| Trapiche Arriba                      | Chepo Cab.     | Chepo  | * |           |
| La Mina                              | Pásiga         | Chiman | * |           |
| Corpus Cristi                        | Las Margaritas | Chepo  | * |           |
| Bajo el Piro                         | San Martín     | Panamá | * | *         |
| Trapiche Abajo                       | Chepo Cab.     | Chepo  |   |           |
| El Hato                              | Unión Santeña  | Chiman |   | *         |
| Río Hondo                            | Unión Santeña  | Chiman |   | *         |
| <b>Total de J. A. A. R.</b>          |                |        |   | <b>22</b> |
| <b>Total con Personería Jurídica</b> |                |        |   | <b>16</b> |
| <b>Total sin Personería Jurídica</b> |                |        |   | <b>6</b>  |

### COMITÉS DE SALUD

| ACTIVOS                |                |          | PERSONERÍA JURÍDICA |         |
|------------------------|----------------|----------|---------------------|---------|
| Comunidad              | Corregimiento  | Distrito | SÍ                  | NO      |
| Ipetí Embera           | Tortí          | Chepo    | *                   |         |
| San Diego (Las Garzas) | Pacora         | Panamá   | *                   |         |
| El Llano               | El Llano       | Chepo    |                     | *       |
| La Zahina              | Las Margarita  | Chepo    |                     | *       |
| Saboga                 | Saboga         | Balboa   |                     | *       |
| Ambroya                | Tortí          | Chepo    |                     | Trámite |
| Martín Pérez           | Martín Pérez   | Balboa   | *                   |         |
| Ipetí Colono           | Tortí          | Chepo    | *                   |         |
| Limonada               | Chepo Cab.     | Chepo    | *                   |         |
| Oder Chico             | Pacora         | Panamá   | *                   |         |
| Pedro González         | Pedro González | Balboa   | *                   |         |
| Las Margaritas         | Las Margaritas | Chepo    | *                   |         |
| Tortí                  | Tortí          | Chepo    | *                   |         |
| Ipetí Cañitas          | Tortí          | Chepo    | *                   |         |
| Piriatí Emberá         | Tortí          | Chepo    | *                   |         |
| Seis Reales            | Chepo Cabecera | Chepo    | *                   |         |
| Unicito                | El Llano       | Chepo    | *                   |         |
| San Francisco Piriatí  | Tortí          | Chepo    | Trámite             |         |
| Río Hondo              | Unión Santeña  | Chiman   |                     | *       |
| La Ensenada            | La Ensenada    | Balboa   | *                   |         |
| Pacora                 | Pacora         | Panamá   | *                   |         |
| Cerro Azul             | Cerro Azul     | Panamá   | *                   |         |
| Cañita                 | Cañita         | Chepo    | *                   |         |
| Pavita Maje            | El Llano       | Chepo    | *                   |         |

|                               |  |           |
|-------------------------------|--|-----------|
| Total de Comités Activos      |  | <b>24</b> |
| Total con Personería Jurídica |  | <b>18</b> |
| Sin Personería Jurídica       |  | <b>4</b>  |
| Trámite                       |  | <b>2</b>  |

Comentarios:

En el MINSA se han registrado 50 Comités pero activos hay pocos porque en algunos casos las poblaciones han migrado o bien porque la dinámica de participación se ha perdido. El obtener personería jurídica es un trámite largo que tarda como dos meses y los cambios de firma alrededor de 6 meses.

Algunos clubes cívicos de la Ciudad realizan actividades en el área, tal es e caso del Rotario (campaña de lentes cada dos años) y el 20-30 que apoya en el desarrollo de giras vinculadas con la Universidad.

La población demanda los servicios a los curadores por la dificultad de acceso a las instalaciones de salud (económico y geográfico). También por las limitantes relacionadas con el horario de trabajo.

## **Fotografía N°6. Proyecciones de la red**

La promoción de la salud es parte fundamental para la prevención de enfermedades, dentro de la comunidad; pero pasa por la dificultad de las limitantes de recursos humanos, de transporte y de accesibilidad geográfica. Debe además, darse una coordinación con otras instituciones e instancias, toda vez que es responsabilidad de todos.

Se requiere de un equipo básico multidisciplinario integrado por:

- Médico
- Enfermera,
- Auxiliar de enfermería
- Odontólogo
- Registros médicos
- Laboratorista
- Inspector de saneamiento ambiental
- Promotor de salud
- Administrativos

El personal debe tener una alternabilidad de roles dada por mutuo acuerdo y por la necesidad del área, esto es debido a que cuando un área no se puede cubrir otro servicio apoya aunque esto genere sobrecarga de trabajo.

En algunos centros se da atención a domicilio a pacientes terminales. No se están realizando cirugía ambulatoria por carecer de la infraestructura.

Se aplican nuevos modelos sobre todo en los manipuladores de alimento que demanda servicios. Ejm: en el centro de salud de Pacora se otorgan varios cupos para acelerar el proceso de otorgamiento de los carné. También en el programa maternal, pues antes de que sean atendidas por el especialista ya se les ha realizado la atención integral requerida. Además, a nivel hospitalario se están efectuando cirugías ambulatorias.

Las visitas domiciliarias se efectúan a pacientes crónicos, terminales y discapacitados. También se realizan charlas a nivel escolar, giras de atención médica a áreas marginales, capacitación a maestros, se cuenta con grupos organizados sobre ETS y otros temas, campañas de vacunación casa por casa.

Para la definición de los espacios geográficos poblacionales se han tomado en cuenta criterios de accesibilidad y división política.

Los equipos de salud no cuentan con las competencias técnicas para asumir nuevos roles, se requiere fortalecerlos en cantidad y calidad (capacitaciones) y con la dotación de equipos e insumos.

## **Cartera de Servicio**

No se tienen modelos médico-funcionales, pues no se toman en cuenta las características demográfica, ambientales y el perfil epidemiológico. Las mejoras que se hagan deben considerar estos aspectos, así como los riesgos y factores culturales y étnicos de la población.

## **Ampliación de Cobertura**

La red debe organizar mejor su sistema de comunicación y de referencia y contrareferencia.

La ampliación de horarios debe tomar en cuenta las instalaciones de salud, las condiciones del transporte y otras características relacionadas con el desarrollo socio-económico de la región.

Los números fríos no darían una visión de realidad, toda vez que no se registran todas las actividades que se realizan a favor de la comunidad. Se atiende la morbilidad y se llevan programas dirigidos a grupos priorizados y de riesgo. Una ampliación de horario inadecuadamente planificada pueda conllevar a una disminución de las coberturas en los programas preventivos. La comunidad lo requiere en lugares críticos, pero debe considerar la disposición del personal, los aportes adicionales que son requeridos, así como de otros puntos críticos de carácter socio económicos y de seguridad del área.

## **Fotografía N° 7. Caracterización del Sistema Regional Y Sus Proyecciones.**

Actualmente no se requiere crear nuevas regiones sino más bien hacer modificaciones en las cuales el distrito de Chimán como área de salud especial, lo cual también debe pasar con los distritos de Balboa y ::: para así mejorar la información, optimizar los recursos y mejorar el acceso de población muy pobre a los servicios y tomar en cuenta los elementos culturales que son diferentes y requieren por tanto manejos diferentes.

En cuanto a la descentralización el avance regional – local es moderado ( como promedio regional). Los niveles locales efectúan su propia planificación de acuerdo principalmente a su perfil epidemiológico y sus recursos. Estos niveles en conjunto con los comités manejan, desde hace algunos años, los fondos de autogestión. Los comités de salud inician un manejo descentralizado de recursos humanos, con el apoyo del personal local. Este es un proceso gradual condicionado por los recursos administrativos, los recursos institucionales, la experiencia ganada y la participación comunitaria.

La estructura orgánica regional debe ser aquella que contemple los niveles directivos, de asesoría, fiscalización, planificación (ASIS, estadísticas, contingencias y proyectos de inversión local), administración y finanzas con una subjefatura y con 9 secciones; desarrollo integral de recursos humanos (con limitantes de recursos para su propia gestión); infraestructura y mantenimiento de instalaciones de salud; como áreas técnicas están los departamentos de salud pública (poblacional y ambiental), promoción de la salud y provisión de servicios de salud. Esta organización considera los aspectos operativos y funcionales. En cuanto a los departamentos que conforman el área técnica, los departamentos no son los únicos responsables de la función, más bien las coordina y el resto del equipo apoya los diferentes procesos. Además se cuenta con el nivel operativo del cual forman parte el hospital de Chepo (de segundo nivel y propiedad de la CSS) en el se adjunta una agencia regional del Seguro Social; una policlínica, 9 centros de salud y 28 puestos de salud, la mayoría de ellos como parte de una microred local. Algunos debido a la inaccesibilidad geográfica se coordinan directamente con la región de salud.

Existe un manual de procedimientos administrativos que son manejados por los administradores y están disponibles en la región y en los centros de salud que cuentan con administradores. Esta pendiente distribuirlo a todas las instalaciones. Lo aplican todos los funcionarios vinculados al proceso administrativo, pero con los ajustes requeridos dada las limitaciones de recursos.

La coordinación con la CSS se da pero puede mejorarse. Debería considerar el enfoque sistémico, que permita el logro de los mejores objetivos, optimizar los recursos no duplicar las acciones y operar con base a principios de equidad – solidaridad. Se proponen reuniones de coordinación que permitan establecer consenso de las estrategias y acciones de ambas instancias, en la cuales participen de manera

permanente los directivos de ambas instituciones y además debe tener como objetivo la resolución de problemas específicos.

**Fortalezas:**

- Honestidad
- Compromiso del RRHH
- Facilidad de adaptación al cambio
- Equilibrio escalonado en la estructura regional
- Personal con buen desempeño profesional
- Personal capacitado
- Énfasis en la distribución estratégica de los recursos

**Debilidades**

- Dispersión de la población
- Inaccesibilidad o muy difícil acceso de la población a los servicios de salud
- Poco impacto de las giras de salud debido a la inaccesibilidad
- Transporte insuficiente y en condiciones inadecuadas
- Planificación dependiente de los medios de transporte, lo cual la limita
- Presupuesto pequeño e insignificante para el desarrollo de las acciones de salud
- Poca práctica de la supervisión directa e indirecta entre las diferentes unidades de forma permanente
- Retraso en la asignación de los fondos (partidas presupuestarias) o meses sin recibir ningún tipo de recurso financiero.

El sistema regional efectúa diariamente funciones de conducción sanitarias, en la cual participan todos los funcionarios. Estos son monitoreadas y canalizadas de manera expedita a las instituciones responsables o con disponibilidad de recursos mediante los canales regulares de tramitación.

Los cambios en la gestión tienen que ver con el mejoramiento del acceso a los servicios a través de la extensión de horario y mejorarse a la estructura física. Se ha formalizado el sistema de comunicación y se han establecido procesos de supervisión de las acciones administrativas desde el nivel regional hacia los niveles locales. Se está enfatizando la creación de los Comités y JAR con visión de cogestión, cambios graduales y supervisados.

Las nuevas políticas responden a las necesidades regionales, se procede a la divulgación a los niveles locales, para su adaptación e implementación mediante un plan operativo enfatizando en aquellas que representen una carga importante en los problemas de salud y necesidades de la población.

La toma de decisiones se da disminuyendo en lo posible el nivel de incertidumbre, en forma participativa y considerando su viabilidad, las políticas de salud, el recurso disponible.

Las funciones de supervisión, evaluación y control de la población de servicios la ejerce la jefatura de provisión de servicio en conjunto con el resto de los gerentes. Actualmente no se supervisa al sector privado, pero es una de las proyecciones regionales a realizar conjuntamente con el Consejo regional de Salud.

Hay un departamento de planificación que efectúa un análisis y seguimiento de las políticas, aunque la ejecución y seguimiento esta en manos de los niveles locales.

No existen apoyos informáticos a nivel local, que soporten el sistema de información. Se tiene como proyección y como parte del proyecto nacional contar con 15 computadoras para mejorar esta situación. A nivel del hospital de Chepo si se cuenta con esta tecnología.

La información para la gestión clínica ha sido poco utilizada porque la parte médica no maneja las herramientas requeridas. Recientemente se están efectuando algunas innovaciones como la cirugía ambulatoria para potenciar los recursos, mensualmente los médicos analizan su rendimiento de consulta externa, hospitalización y camas disponibles con la finalidad de optimizar los recursos y la programación de la acción hospitalaria.

## **Fotografía Nº 8. Instrumentos de Gestión**

### **Planificación Regional y Programación Local**

La planificación es parcialmente participativa, toda vez que no se están realizando reuniones de trabajo nivel regional-nivel local. A nivel local no se realizan acciones de programación MINSA-CSS, quizás a nivel regional se estén desarrollando algunos intentos coordinados.

La población participa en la planificación sanitaria a través de encuestas y de los Comités de Salud. Su convocatoria es realizada por los directores médicos y otros miembros del equipos de salud ambiental.

La evaluación se realiza en función de los programas que se desarrollan en cada unidad local.

### **Presupuestación por Objetivos:**

La formulación de presupuestos no responde a objetivos toda vez que no hay un proceso de planificación. Se realizan presupuestos históricos. No se conoce la proporción del presupuesto asignado a ambiente, salud pública y atención a la población.

Los directores médicos de los centros de salud no participan en el proceso de formulación presupuestaria.

No se están realizando acuerdos de gestión. Los contratos programas son una alternativa y la mejor opción son los esquemas público-privado.

En cuanto a los incentivos el grupo desconoce si estos existen. Se aclara por la plenaria que existen algunos incentivos como por ejemplo quien realice una investigación de interés para la región recibirá el tiempo que se requiera para tal fin. Si estas son de gran importancia para la región podrían incluso financiarse parcial o totalmente.

### **Sistema de Información en Salud**

La información sobre situación de salud esta disponible, sobre los otros aspectos no. Esta se utiliza para la toma de decisiones. La calidad del dato es evaluada en reuniones gerenciales. La información es analizada en función de los datos estadísticos. Las necesidades de información las definen los directores médicos.

### **Descentralización**

La misma debe realizarse en forma parcial y en los campos de recursos humanos, compras, presupuesto.



## **Sistema de Abastecimiento y Suministros**

Las especificaciones DE LOS INSUMOS se efectúa mediante el registro sanitario (para medicamentos) a través de la aplicación de criterios técnico expedida por MINSA/C.S.S.

El sistema de inventario se ha implementado a nivel regional. Tal es el caso de el kardex que se lleva en forma manual según lo que establecen las normas sobre inventario. La rotación de inventario se realiza el primero en vencer debe ser primero en salir.

El proceso de compras se da de acuerdo al monto de la compra y se maneja mediante licitación, compra menor, cotización. Da participación a la competencia. Como limitantes se identificaron las siguientes: es un proceso muy largo y la auditoría interna cuestiona las compras divididas.

Las evaluaciones de proveedores se hacen considerando las garantías de cumplimiento y las necesidades de atención y servicios. Los mecanismos de rechazo de que se aplican consideran la calidad del producto y el costo de los insumos. Los acuerdos de pago establece el pago por cheque.

Los mecanismos para controlar perdidas se basan en el control interno de inventarios (tarjetarios). Este sistema podría mejorarse mediante su sistematización.

La articulación del sistema de abastecimiento entre nivel nacional y regional no es oportuno, hay demora en recibir los insumos programados anualmente. Entre nivel regional y local es igualmente inoportuno. Sin embargo de acuerdo a las existencias, la compra se da mediante la programación mensual de distribución.

Como limitantes se ubica la carencia de transporte a nivel central, regional y local.

La coordinación del abastecimiento entre CSS/MINSA a nivel regional se da a nivel de departamento a baja escala. El hospital no despacha las recetas de los pacientes no asegurados que se atienden en los Centros de Salud. El MINSA atiende al 70 % de población asegurada.

## **Fotografía N° 9: Financiación de los servicios**

### **Compensación de Costos**

Al momento no se cuenta con un sistema de costo que permita determinar los costos de la atención de los pacientes. Algunos centros llevan costo 20 (Chimán) y se circunscribe a la facturación. Hasta la fecha no ha sido posible la capacitación en este sistema a pesar de haberla solicitado al nivel central. El programa se encuentra en el policentro y una persona ha sido adiestrada, sin embargo sólo se remitía la información de producción de servicios por tipo de persona. Se desconocen los costos. Por tanto la decisión no toma en cuenta este factor, ni los análisis de producción y rendimiento.

Los costos operativos tienen que ver con la movilización de los pacientes. En el caso de la región los pacientes del primer nivel de atención pasan desapercibidos porque es trasladado a una instancia de la CSS. Los costos del hospital son más altos que en los centros de salud debido a su mayor tecnología y capacidad de resolución.

Los costos de bolsillo no compensan los costos reales de la atención en pacientes no asegurado y asegurados.

Por otro lado, el peso del costo de la atención está en las horas hombre que se den y en ocasiones se dan consultas repetitivas en el nivel primario, quizás por la limitada capacidad resolutoria del primer nivel de atención, lo que podría estar influyendo en los costos del sistema.

La ambulancia de salud es usada por la CSS, se daña y no es arreglada por la CSS, por tanto los costos de reparación los tiene que asumir el MINSA.

El sistema requiere de una organización que permita llevar al detalle los costos de la atención de manera integral y relacionada con el diagnóstico.

Se dieron capacitaciones breves y se implementó por algunos meses el sistema, (en las Margaritas) aunque no se definieron todos los centros de producción, ni se establecieron todos los precios. Las tarifas no hacen diferencias entre las patologías o controles que fueran realizadas. Hubo dificultades logísticas y el equipo de salud no todo estaba en disposición de participar porque el proceso exigía mayor trabajo y registro de la información y sus detalles, también hubo rechazos de los pacientes porque tenía que firmar las facturas y no se entendía el porque del proceso. Se centró en la facturación compensación de costos con la CSS y no como insumo para la gestión sanitaria. Toda la información pasaba al nivel regional y de allí al nivel nacional.

No existen bases sobre la generación de los costos. Ni automatización del sistema por carencia de recursos tecnológicos.

Las tarifas establecidas no responden a los costos reales son más bien simbólicos. Deben ajustarse sobre la base de que se tomen en cuenta los aspectos socioeconómicos de cada área. La dificultad estriba en establecer quien define los que si pueden aportar y los que no lo pueden hacer. De igual forma hay que tomar en cuenta las características de pobreza de los diferentes corregimientos o bien por familia y complejidad del servicio. A nivel de las familias puede ser más subjetivo y quizás profundizar la concepción de iniquidad por parte de la población.

Para los efectos de compensación y facturación con la CSS debe establecerse una tarifa consensuada y negociada.

Hay duplicidad en la provisión de servicios, los usuarios buscan atención en los centros y en la policlínica o en los hospitales, lo cual afecta la compensación de costos toda vez que se genera un doble costo por una misma atención. Se prefiere la atención de consulta externa hospitalaria a pesar de a ser más cara. En el área cercana a Chepo la atención se da en una instalación, la receta se despacha en otra instalación y la farmacia del hospital exige que las recetas de los no asegurados sean de médicos que laboran en el hospital, por tanto no se despachan las recetas procedentes de instalaciones del MINSA y debe volver a pasar por medicina general. Esta situación guarda relación con que el MINSA cobra a los asegurados la atención en el Centro de Atención Primaria; hace algunos meses se realizó consulta a asesoría legal y se esta pendiente de respuesta. Lo descrito duplica los costos de atención para el MINSA.

## **Fuentes de Financiación**

El presupuesto público financia alrededor del 97% de la atención. Los costos más grandes los asume el presupuesto del Estado.

La autogestión, producto de la recuperación de los costos, de las donaciones y aportes de los comités o del equipo de salud, suman alrededor del 3% restante.

En cuanto a las donaciones puede decirse que se adquieren equipos, estructuras físicos, medicamentos los cuales tienen la dificultad de las fechas de expiración que son próximas a su vida útil.

Las donaciones en ocasiones generan mayores dificultades para la organización del sistema, tienen fechas de expiración próxima, no responden a las necesidades de la población y de los servicios, requiere de procedimientos administrativos adicionales para su reintegro, no se efectúan los estudios técnicos, ni se realizan las supervisiones y controles necesarios que garanticen la calidad y funcionalidad del servicio. Es necesario que se regulen y se establezcan normas para su funcionamiento y manejo, entre los criterios a considerar están los técnicos, las consultas a los interesados y responsables, las solicitudes planificadas y el establecimiento de un procesos de supervisión, en los que participe el MINSA.

El co-pago esta previamente definido, no median estudios socioeconómicos, ni permite la recuperación de costo. La evaluación socioeconómica es subjetiva y rudimentaria. En aquellos que no pueden pagar, se realizan exoneraciones, créditos y disminución de los precios. La capacidad de pago considera el aspecto y capacidad individual, así como a las condiciones socioeconómicas de la población residente en el área de responsabilidad.

Un aspecto importante es que se logre capacitar a los usuarios internos para establecer unidad de criterio y definir las reglas del juego, elevar el límite de subvención o exoneración (ser más estricto) establecer mecanismos que me permitan conocer mejor la situación de la comunidad y de sus familias. Ello implica mayor compromiso del personal con los cambios que se generen, concientizar a la población sobre el hecho de que la salud no es gratuita, ella cuesta y existen deberes y derechos sanitarios. De igual forma hay que fortalecer los recursos humanos para que esta situación pueda ser mejor valorada.

El subsidio estatal debe definir a la población que se demuestre que no tiene recursos para tener acceso a los servicios de salud, esto debe hacerse previo al establecimiento de criterios claramente definidos y mediante la implementación de un plan regional. El subsidio estatal no es garante de la equidad sanitaria, pues hasta el momento no existen mecanismos objetivos para su evaluación al momento. Si se consideran áreas de riesgo específicas, quizás podría lograrse una mejor aproximación a la equidad.

Otros aspecto a revisar tiene que ver con las tarifas establecidas para los servicios de salud pública que ofrece la región.

Los costos de bolsillo en la actualidad, facilitan la sobreutilización de los servicios en algunas áreas (las más accesibles), esto conlleva un aumento en la demanda y quizás un deterioro de la calidad. Aunque en este punto no hay consenso en el grupo, sobre si este problema se da o no la sobreutilización.

En cuanto a la eficiencia del sistema esta se ve limitada en términos de que la recuperación es poca, si esta mejorara el sistema podría tener mayor capacidad de inversión y por tanto mejorar la eficacia del sistema acercándose más a las metas. Por otro lado, esto permitiría que el usuario interno tenga más satisfactores que le den más motivación y mejoren su productividad.

El sistema informal es utilizado por la población, la tarifa básica es de B/. 2.00

La información sobre el gasto en salud no es confiable.

Comentarios: La recuperación de costos es el aporte que te da la población por el servicio requerido.

## **Fotografía Nº 10. Proyectos de Inversión**

Las principales áreas requeridas para desarrollar la red son:

- Saneamiento ambiental
- Desarrollo de Recursos Humanos
- Promoción de la salud
- Equipamiento Básico

Los criterios a aplicar deben:

- Responder a las políticas de salud
- Estimular la participación comunitaria
- Favorecer a un número importante de la población
- Dirigidos a grupos humanos postergados
- Con impacto ambiental positivo
- Periodo de vida útil larga (diseño, especificaciones)
- Factible y viable

Dificultades:

- Confecciones de plano debido a las limitantes de recursos humanos, toda vez que no se cuenta con recurso calificado.
- Tramitación de la legalidad de los terrenos
- Realización de los estudios de impacto ambiental (altos costos), lo cual ha sido parcialmente resuelto para instalaciones de poco grado de complejidad a través de una ficha preestablecida y de las negociaciones con la Contraloría y el MEF

Los proyectos de inversión del 2000, 2001 en un 90% fortalecen la red de servicios. El 10% restante guarda relación con recursos humanos.

Para el 2002:

- Capacitación masiva en primeros auxilios básicos para todo el personal.
- Construcción de la sede regional (con terreno, presupuesto y planos típicos)
- Construcción de nuevo acueducto en la Comunidad de Tigre
- Confección de Filtros Neutros en Acueductos Grandes
- Instalación de 75 clorinadores para acueductos rurales (reposición)
- Letrinación en la Primavera y La Higuera 8 áreas suburbanas)
- Estudio de preinversión para el alcantarillado de Chepo (vía cooperación Japonesa)
- Construcción del Centro de Salud de Palmas Bellas (Tortí)
- Imprenta Regional
- 10 incineradores para Centros y Policlínicas

Para 2003:

- Construcción/Reposición de Acueductos de Palmas Bellas, Unión Santeña, Majé y Buena Ventura

- Letrinación de Tortí
- Conformación de 10 Comités de Salud
- Desarrollo de la Capacidad Gerencial del Equipo
- Capacitación en salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (una de las mayores productoras de madres adolescentes)
- Taller de comunicación y audiovisuales

Para 2004:

- Hasta ahora se ha visualizado la construcción de acueductos rurales. (Hato, Platanares, Oder Chico, Chepillo, Catrigandí)
- Letrinación de la comunidad San Miguel del Bosques

Los proyectos se están visualizando en cuatro grandes áreas: infraestructura, capacitación y equipamiento, entre otros aspectos.

Comentarios:

La propuesta de desarrollo de recursos humanos contempla la necesidad de aumentar la planilla regional, toda vez que los problemas de rendimiento de los recursos no se tienen en esta región. Lo presentado presenta proyectos de inversión. Las necesidades de recursos humanos fueron consideradas en el más corto plazo y tomo en cuenta la ampliación de cobertura y la ampliación de la cartera de servicios en las diferentes instalaciones. Hay una carencia de personal técnico.

Cuál es el presupuesto del año pasado y cuál el de este año? En qué rubros se está gastando?

Dentro de la organización no se ha considerado la jefatura regional de laboratorio, por ser un cargo nuevo.

Las prioridades se establecieron considerando los aspectos básicos de saneamiento ambiental existentes y las enfermedades producidas por daño ambiental, lo que permitió definir las áreas de intervención. En cuanto a los hábitos y estilos de vida deben incorporarse más proyectos.

La CSS está efectuando una proceso de planificación; ahora bien se sugiere que los proyectos de capacitación, de promoción de la salud por sus menores costos deben efectuarse primero. Es básico que en el primer nivel de atención se enfoque más hacia la promoción de la salud. La ubicación temporal de los proyectos es dinámica, toda vez que podrán ser adelantados en el tiempo cuando así se requiera o surjan propuestas o recursos para su desarrollo más temprano.

Otros proyectos se ven afectados por las formas en que la energía eléctrica llega a las instalaciones de forma cruda. Esta situación hace que el laboratorio de San Martín pueda o no funcionar. Es necesario contar con B/. 10,000.00 para efectuar durante este año las adecuaciones requeridas.

## **REGION DE SALUD DE PANAMA OESTE**

### **Fotografía N°1. Caracterización del Contexto:**

La situación de salud de la región Panamá Oeste esta directamente relacionados con los siguientes problemas políticos –sociales que se constituyen en factores de riesgo para el eficiente desempeño del sector salud en su componente de gestión, coberturas, calidad e impacto. Dichos problemas afectan el proceso de descentralización en salud en lo que respecta al desarrollo del ámbito local, fortalecimiento de los equipos básicos de salud, programación local, desarrollo de nuevos modelos de atención y adecuación de la red de servicios que se necesita para satisfacer la demanda social de salud integral poblacional y ambiental.

#### **a.- Crecimiento y desarrollo:**

En la región de Panamá Oeste el proceso de modernización del estado y de reformas económicas que se da a nivel nacional en la década del 80 y 90 acelera el surgimiento de nuevos polos de crecimiento de la actividad económica agro-industrial y la construcción de obras de infraestructuras viales que magnifican el fenómeno de migración interna demográfico convirtiendo a toda la región en una zona de tránsito importante y en donde la presión demográfica convierte al distrito de Arraiján en el tercero mas poblado del país con 147,712 habitantes de un total de 339,000 hab. y el de la tasa de crecimiento mas alta según datos preliminares del X censo de población de 2000 .Además la invasión estadounidense ocurrida en 1989 provocó entre otras traumas el éxodo masivo de la panameños que residían en las barriadas pobres de la capital hacia el mismo distrito. Sin embargo este crecimiento se dio en forma desordenada y pobremente planificada ya que paralelo al surgimiento de nuevas barriadas residenciales en los distritos de Arraiján, Chorrera, Capira, Chame, San Carlos aumentan los asentamiento humanos suburbanos y rurales marginales, pobres o de extrema pobreza, sin los servicios básicos como luz, agua potable, drenaje, vías de acceso que llegan a ser muy críticos en el caso de Nuevo Emperador ,corregimiento de Huile y Santa Clara por la proximidad a los polígonos de tiro que dejo el comando sur aun sin limpiar, los alrededores de la cuenca del canal de Panamá, las zonas aledañas a fuente de emisión de sustancias químicas potencialmente tóxicas caso cantera El Coco y planta termoeléctrica en Chorrera. El desarrollo logrado se acompaña de una desigual distribución de la riqueza donde el 20% mas rico de la población obtiene 20 veces mas ingresos que el 20 % más pobre de la región., donde el sector informal ocupado representa casi el 38% ,con un ritmo de degradación ambiental alarmante representado por el uso y abuso intensivo de sustancias agroquímicas en toda la región sobre todo en las empresas reforestadoras que se les ha dado concesión de uso de tierra y zonas de cultivos próximos a ciudades como el caso de la piña en Zangenga, la contaminación de lechos acuáticos profundos y superficiales como es el caso del río Caimito en la Chorrera por desechos industriales y domésticos, la ausencia de plantas

de tratamiento de agua residuales y la ausencia hasta el momento de un proceso de recolección, disposición y tratamiento de los desechos sólidos cónsonos con la producción actual en los municipios de Arraiján, Chorrera y Capira ya que fue rechazada la propuesta de la Empresa española Sufi con la presencia de vertederos a cielo abierto que contaminan los manglares y ausencia de un relleno sanitario adecuado.

Como resultado de las características de crecimiento y desarrollo en la región Panamá Oeste también se mencionan el impacto sobre la familias ya que según fuente de la dirección regional del ministerio de la mujer, niñez y familia en el periodo de enero de 1998 a julio de 1999 se atendieron 580 situaciones sociales de las cuales 183 (31.55%) fue por violencia intra -familiar que comprendían maltrato físico y psicológico a las mujeres y menores de edad principalmente. Sin dejar de mencionar la problemática de la drogadicción y prostitución infantil en la región. Así mismo y muy relacionados con las presencia de estos núcleos de población la policía nacional a través de su dirección regional confirma que la actividad delictiva en la región se triplico en el año 1999, siendo el distrito de Arraiján el de mayor numero de eventos y considerada zona roja por su peligrosidad e inseguridad. Esta región según las estadísticas de tránsito ocupa el tercer lugar del país en numero de accidentes ligados al manejo irresponsable y consumo de alcohol.

Este estilo de crecimiento y desarrollo en la región esta directamente relacionado con los niveles de desnutrición y pobreza que se puede constatar en las barriadas marginales en todos los distritos ,sin embargo el distrito de Capira esta considerado el más pobre de la región ya que ocupa el 31<sup>a</sup> lugar en el mapa de la pobreza por distrito(MIPPE),con una población estimada para el año 2000 de 4,233 que tienen un 73 % de probabilidades de ser pobres y 25% probabilidad esperada de desnutrición (773 habitantes).Se han calculado 3,000 familias en pobreza extrema(62.6% de la población) y un 78.1% pobreza general. Capira presenta mayores índice de postergación, con un 54% de las familias viviendo en condiciones de marginalidad, viviendas inadecuadas o sanitariamente deficientes, áreas inaccesibles. El jefe del hogar trabaja como jornalero con un salario diario de B/ 3-5.00, con un ingreso mensual máximo de B/130.00 y en las áreas suburbanas con un salario que no excede los B/300.00 mensuales y que no logra satisfacer la demanda de la canasta básica familiar( B/227.00).Según el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (I N C A P) y O.P.S el perfil de morbi-mortalidad infantil esta asociado a la desnutrición infantil., siendo el grupo de edad de 0-4 años el mas vulnerable y en riesgo. En 1996 la población de 1-4 años en Panamá Oeste era de 21,281 con un 10.9% de desnutrición y población en riesgo de 2,320 habitantes. Las estimaciones para el año 2001 en la población <1 año por distrito son: Arraiján 1,906, Capira 816 ,Chame 389, Chorrera 2,503 y San Carlos 273. Las estimaciones para el grupo de 1-4 años son: Arraiján 7,363, Capira 3,415,Chame 1,587, Chorrera 9,096 y San Carlos 1,155.

#### ***b.- Participación y responsabilidad social***

Pese a los esfuerzos realizados por el sistema de salud y el estado, en la región aun predomina una participación y responsabilidad social que demanda la provisión de servicios curativos, de rehabilitación y recuperación sobre el componente de educación, promoción y prevención. Esto significa que la oferta de salud es muy costosa en términos económicos y de recurso humanos, ya que las posibilidades de aumentar la eficiencia y eficacia de la intervención sanitaria por la prevención del daño a la salud son discretas. Producto del estilo de crecimiento y desarrollo en la región, las concesiones que el estado ha aprobado con empresas transnacionales y nacionales para la ejecución de obras de interés social se han caracterizado por la pobre participación de los grupos comunitarios aledaños a los mismos, pese a que en los estudios de impacto ambiental y de mitigación se contempla el componente de participación social, dando como resultado el rechazo o protestas de los residentes cuando la empresa ya esta construida, en operación y se están sufriendo las molestias y daños a la salud. (ver caso de la termoeléctrica de la chorrera y caso de el relleno sanitario mancomunado de los municipios de Arraiján, Capira y Chorrera). De acuerdo a los planes estratégicos distritales elaborados en la región de Panamá Oeste existen dificultades en la integración de los equipos de salud local con las organizaciones sociales así mismo con autoridades políticas como legisladores que en su circuito establecen sus prioridades de actuación al margen del equipo de salud. Los comités de salud que organizan los centros de salud de la región, los comités de familia que en la actualidad están organizando el ministerio de la mujer, niñez y la familia y los comité de apoyo de la C.S.S están trabajando para fortalecer dicha participación.

### ***c.- Coordinación intersectorial del estado***

En la región, se presenta como ejemplos de un figura de coordinación deficiente, discontinua entre salud y otros sectores:

- la vigilancia de alimentos y uso de agroquímicos entre el MIDA y MINSAL
- Los comités de desastres que actúan en la fase de impacto y no preventivo- SINAPROC y MINSAL
- creación de urbanizaciones que no cumplen con disposiciones sanitarias MIVI-MINSAL
- No se había definido la actuación del MINSAL en el traslado o reubicación de los pobladores de alrededores de la cuenca del canal (MINSAL y autoridad del canal)
- Hay una baja densidad de acción con respecto al tema de los polígonos de tiro en Huile y Santa Clara (autoridad del canal, Ari, Ministerio de Relaciones exteriores).
- Hay una baja densidad de acción en el tema de la vigilancia de los factores de riesgo y riesgo laborales entre el MINSAL-CSS.
- Hay una baja densidad de acción en el tema de la seguridad industrial, vigilancia de las condiciones de trabajo entre MITRADEL Y MINSAL.
- Dificultades para realizar giras integrales con el apoyo logístico permanente (en transporte de otras instituciones( MOP, IDAAN etc).
- Dificultades para establecer red nacional de vigilancia sanitaria internacional/ nacional marítima con las autoridad marítima nacional

- Deficiente coordinación entre la ANAM-MINSA en la vigilancia de la disposición y manejo adecuado de desechos sólidos peligrosos producto de estilos de producción y consumo inadecuado tanto comunitario como industrial.
- La existencia de 2 hospitales en el distrito de Chorrera donde la la referencia-contrareferencia es deficiente(C.S.S-MINSA).
- En la mayoría de los distritos los centros de salud y policlínicas trabajan el mismo horario(turno matutino),no se ha instalado turnos vespertinos y nocturnos para ofrecer consulta externa o estudios radiodiagnósticos a la población(duplicación C.SS-MINSA).En la actualidad las gerencias regionales de salud de ambas instituciones gestionaron la delimitación geográfica de responsabilidad entre los centros de salud y policlínicas de la región Panamá Oeste.

#### **d.- Gasto público**

Las características del mismo en la década del 80 y 90 afecto a la región de Panamá Oeste y sufrimos el impacto en la actuación de salud en el 2000. A pesar de que nuestro país esta considerado como uno de los que aporta mayor % de recursos al gasto publico y social en América Latina(de 1986-1992 fue de 18 % del PIB hasta alcanzar 37%) se señalan gran ineficiencia en la ejecución de los fondos por los pobres resultados medidos en educación, los mismos no se distribuyen hacia las áreas de mayor pobreza, no se esta utilizando la distribución focalizada del gasto social público para reducir pobreza, las desigualdades en el campo económico llevan a que los servicios preventivos y curativos se concentran mas en áreas urbanas que en rurales, hay desigualdades entre el número de camas, enfermeras, médicos por número de habitantes entre área rural y urbana así como cobertura de saneamiento básico y disponibilidad de agua potable, el gasto publico en servicios sociales como educación y salud no están distribuidos regionalmente de acuerdo a necesidades reales. Por otra parte y los mas grave es que las modificaciones presupuestales que el nivel central le hace al presupuesto que propone la región Panamá Oeste se convierta en un alarmante factor de riesgo para que la pobreza se mantenga en niveles elevados.

Los mecanismos de conducción de la política social a nivel de la región de Panamá oeste se dan en las siguientes figuras: acuerdos municipales aprobados por los consejos municipales de los distritos de Arraiján, Chorrera, Capira, Chame.

El órgano ejecutivo a través de los programas y presupuestos aprobados por el FONDO DE INVERSION SOCIAL y PROGRAMA DE INVERSION LOCAL.

Los comités de salud y juntas administradoras de agua en las comunidades que participan en la ejecución de las acciones del estado en el tema del agua potable y sanidad pública.

Los comités de familia que organiza el ministerio de la mujer, el niño y la familia para el tema de fortalecer la participación social en la respuesta a los problemas sociales de la violencia y desintegración familiar.

El tema de la empleomanía por parte del ministerio de trabajo y ministerio de comercio e industrias.

El tema de la seguridad industrial y prevención- promoción de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional a cargo del caja del Seguro Social- Ministerio de Trabajo - Ministerio de salud.

El tema de la seguridad ciudadana entre los ministerios de Gobierno y Justicia y Policía nacional.

El tema de la producción alimentaria por el ministerio de desarrollo agropecuario.- patronato de la nutrición.

El BID es proveedor económico del proyecto de salud rural donde se construyeron 5 acueductos en 1999 y en el 2000 se proyectan 10 en los distritos de Capira, en comunidades de Trinidad, Aguacate, Altamira y Jahua así como en comunidades marginadas e inaccesibles de Chorrera y Arraijan

Las juntas comunales, representantes y legisladores de los diferentes distritos. que trabajan el tema de la disposición adecuada de la basura en los municipios de Arraijan, Chorrera y Capira.

El legislador de Capira trabaja la dotación de insumos y el pago a 3 médicos y 2 técnicos sanitarios para los subcentros de Nueva Arenosa y puesto de salud del Cacao.

En la actualidad el grado de coordinación más fuerte se establece entre el ministerio de Salud con el FIS Y PROINLO para la ejecución de proyectos sociales además la educación, monitoreo de impacto nutricional y evaluación de las granjas autosostenibles con el patrocinio de la empresa privada donde se planean 300 granjas en la región de Panamá Oeste., junto con el MIDA Y PATRONATO DE LA NUTRICION.

PROINLO realiza mejoras en los centros de salud de Nuevo emperador y construcción de puestos de salud de Gorgona.

Si bien en Panamá no existe un a red de protección integral, se ha destinado una cantidad considerable de recursos hacia programas de asistencia social. Estos programas intentan abordar los principales problemas de pobreza entre ellos: transferencias en efectivo y en alimentos en especial programas de alimentación escolar, que buscan mitigar las barreras económicas a la asistencia de los pobres en la escuela, al respecto la región de salud a través de los programas materno –infantil. Escolar, adolescentes ejecutados por los centros de salud fortalecen esta gestión, programas para responder a las peticiones de las comunidades por infraestructura básica y social como es el fondo de inversión social(FIS) y el programa de inversión local(PROINLO)en este contexto la región de salud participa en la sustentación de presupuestos y marcos lógicos para obras de interés social que beneficien a las capas

mas marginadas(300 letrinas en el distrito de Arraijan)(construcción de acueductos rurales y pozos)(granjas autosostenibles).Además diversos programas experimentales de poca envergadura que buscan entregar asistencia especial para cubrir las necesidades de grupos vulnerables claves(asistencia para la vivienda a familias de bajos ingresos, programas sociales por las ONG para los niños de la calle, ancianos, pobres, mujeres y jóvenes pobres, grupos indígenas, además de intervenciones de nutrición a mujeres y niños mal alimentados. En la actualidad en el distrito de Capira el equipo de salud participa junto con Patronato de la Nutrición ,MIDA en la instalación, operación y vigilancia de 5 granjas autosostenibles con el patrocinio de la empresa privada. El departamento de nutrición regional apoya en la evaluación del impacto de la intervención en las comunidades. En la región Panamá Oeste se va a dar capacitación al equipo de salud en el tratamiento acortado estrictamente supervisado(TAES) de la tuberculosis asociada a la implementación de cremas para estos pacientes además de los niños < 5 años.

Según informaciones de la A,R,I la región de Panamá Oeste esta inserta en el plan de uso de suelo de las zonas aledañas al canal interoceánico. Se estima una inversión de aproximadamente 1000 millones de balboas en el desarrollo turístico de la misma como el centro hotelero de Amador, la empresa Ecoforest S.A tiene contrato con el estado por 40 años para reforestar con caoba 1,200 hectáreas de tierra en 3 proyectos: Santa Clara y Capira. La planta termoeléctrica de Chorrera tiene concesión por 50 años. Esto significa que la tendencia esperada en la migración interna por estos atractivos económicos y de empleomania es de aumento sostenido del crecimiento demográfico de la región con la creación de nuevos polos de asentamiento humanos que estarán muy próximos a las áreas industriales. que se constituirán en factores de riesgo y riesgos a la salud ..Por otra parte podrían aumentar los bolsones de áreas marginales de extrema pobreza que se constituirán en factores de riesgo para la emergencia de enfermedades hídricas ,infecto contagiosas derivadas de las condiciones de vivienda ,nutrición e inadecuada disposición de los desechos humanos e industriales. En la actualidad se ha observado que ocurre un incremento del asentamiento humano de grupos indígenas de la comarca de San Blas y en la región en la zona de Loma Coba en Arraiján y de la comarca de Gnobe-bugle en Capira que se relacionan con el incremento de casos de tuberculosis así como de intoxicación por el uso inadecuado de agroquímicos ya que los mismos son reclutados para laborar en las zonas agrícolas. El incremento de casos de leishmaniasis en el área de Capira y Nuevo Emperador se relaciona con el desplazamiento de las fronteras agrícolas y los nichos ecológicos del vector. La tendencia en el comportamiento del perfil de salud - enfermedad será predominio de las enfermedades infecto- contagiosas relacionadas a factores de medio ambiente que en el corto plazo de 5 años serán difíciles de controlar al 100% como son la adecuada disposición de los desechos y residuos comunitarios, industriales y humanos., el control de emisiones de contaminantes atmosféricos, suelo y agua por sustancias agroquímicas e industriales, la ausencia de capacidad instalada para manejar adecuadamente los desechos sólidos peligrosos hospitalarios, la contaminación de los lechos acuáticos superficiales y profundos de la región sobre todo del río Caimito en Chorrera entre otros. La gestión sanitaria en la región se verá urgida

de buscar mecanismos de apoyo logísticos con la implementación de sistemas de contratación privada para dotar de servicios concretos al hospital regional(aseo, comedor, seguridad ,mantenimiento),el apoyo de la empresa privada en la realización de proyectos sociales como los de la granjas autosostenibles será decisivo para la viabilidad de los mismos. El fortalecimiento de la programación y gerencia local, la atención primaria, la negociación y concertación para mejorar la coordinación, intersectorial será decisiva para la actuación de salud en la región, así como la ejecución de los presupuestos que se elaboran en la misma.

Las zonas fuertemente impactadas por el fenómeno del niño con un descenso de la precipitación pluvial registrado desde 1997 es el arco seco de Azuero, Coclé, seguidas de las tierras bajas de la provincia de Panamá, Veraguas y Chiriquí. En Panamá Oeste el área de Chame y San Carlos se consideran las mas afectadas, en la agencia de Bejuco se registró en 1997 solo 6 días de lluvia en el mes de julio y se reportaron los suelos con puntos de marchitez y perdidas en el rubro de 20 hectáreas de arroz perdidas al germinar, y 5 por no poder controlar malezas y aplicar nitrógeno, 12 hectáreas de maíz perdidas por sequías en crecimiento vegetativo, 10 hectáreas de yuca por elevados costos de control de malezas por bajo crecimiento inicial y 2 hectáreas de maíz chuzo por perdida en crecimiento vegetativo La sequía puso en peligro los cultivos de col, arroz ,maíz, frijoles, pastos y las fuentes de agua no tuvieron la reserva suficiente para sostener la producción de verano, sandía, melón, hortalizas, arroz en fangueo. Sin embargo el MIDA estableció un programa dirigido a las comunidades afectadas por el fenómeno del niño en el norte de Capira que beneficio a 116 familias, 247 adultos y 348 niños para distribuir alimentos en vista de el impacto en la agricultura de subsistencia que se dio en las comunidades de Río Indio Chorros, Teria Nacimiento, Ciricito Arriba, Hierba Buena, Altamira. Además el fenómeno del Niño impacto en la reserva forestal de la cuenca del canal en la región Panamá Oeste.

La legislación existente si permite una amplia participación social en la gestión sanitaria; no obstante en la mayoría de las veces tal participación no se concretiza a través de verdaderos y efectivos programas donde se involucren a todos los sectores de la región. Se cuenta con los instrumentos legales que permiten que el gobierno, empresa privada y sociedad en general enfrente la problemática sanitaria. La participación social en la gestión sanitaria se contempla en la constitución política de 1972 ,artículo 106, numeral 2 donde se prevé la capacitación del individuo y los grupos sociales, mediante acciones individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental. El artículo 112 de la misma establece que las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud. Esta ultima disposición se encontraba presente en la constitución de 1946 y sirvió como fundamento para emitir el decreto de gabinete nº 401 de 29 de diciembre de 1970 en virtud del cual se declara de interés público la constitución legal de los comités de salud de las comunidades, a fin de que promuevan su iniciativa en la orientación, planificación y ejecución de los programas del ministerio de salud .Estos comités de salud están conformados por los miembros de una comunidad y adquieren la calidad de personas jurídicas. Este a su vez fue reglamentado por el decreto ejecutivo nº 389 del 9

de septiembre de 1997 en lo referente a la aplicación e interpretación de los deberes y obligaciones de los comités de salud.

El decreto ejecutivo N° 40 del 18 de abril de 1994 permite la participación de la comunidad en la explotación, administración y mantenimiento de los acueductos rurales. Los miembros de la comunidad conforman un junta administradora de agua, se le reconoce personería jurídica y tienen la responsabilidad de abastecer de agua potable a sus comunidades. Este decreto se fundamenta en los artículos 84,85 y 88 del código sanitario que faculta al órgano ejecutivo para reglamentar a través del ministerio de salud todo lo relativo al abastecimiento de agua potable en las comunidades.

El artículo 87 del código sanitario establece que los gobiernos locales deben cooperar en la labor que tiene el estado de velar por la salud pública. el artículo 92 del mismo prevé la responsabilidad de los municipios de ejecutar actividades directamente relacionadas con la salud y bienestar dentro de su respectivo distrito. Lo cierto que en la actualidad a los municipios no les compete atender directamente los asuntos de higiene pública, sino al ministerio de salud. No obstante los regidores, corregidores, alcaldes y gobernadores, como autoridades de policía tienen el deber de coadyuvar en el cumplimiento y ejecución de las leyes sanitarias(artículo 226).

Los Consejos Municipales también pueden participar activamente en la gestión sanitaria, toda vez que de conformidad con el artículo 17 de la ley 106 del 8 de octubre de 1973, entre sus funciones están: autorizar y aprobar la construcción de mataderos, mercados, crematorios, cementerios públicos y reglamentar sus servicios; establecer y reglamentar el servicio de aseo urbano y domiciliario de sus poblaciones y procurar los medios para el aprovechamiento de los desechos y residuos, reglamentar lo relativo a las construcciones y servicios públicos municipales, teniendo en cuenta las disposiciones generales sobre salubridad, desarrollo urbano y otras; dictar medidas a fin de proteger y conservar el medio ambiente.

La ley N° 105 de 8 de octubre de 1973(reformada por la ley N° 53 del 12 de diciembre de 1984)las juntas comunales y las juntas locales podrán organizarse en comisiones de salud y asistencia social y entre sus funciones están en participar efectivamente en los programas y trabajos relacionados con el desarrollo de la comunidad, especialmente en los programas de producción, salud, vivienda, limpieza, ornato etc.

A nivel gubernamental se cuenta con organismo como el fondo de inversión social(FIS) y el programa de inversión social(PROINLO)los cuales permiten la participación de la comunidad en la ejecución de proyectos, entre los cuales tienen carácter prioritario los relativos al sector salud. en este ultimo, además de la comunidad participan los Consejos provinciales ,la Gobernación, la Contraloría general de la República, ministerio de economía y finanzas y el ministerio de salud como ente ejecutor.

Merece igual atención la legislación ambiental, la cual se encuentra íntimamente relacionada con la legislación sanitaria por cuanto procura la preservación del medio

ambiente y los recursos naturales. La misma es debidamente ejecutada a través de la autoridad Nacional del Ambiente(A;N.A.M),con amplia participación de la empresa privada y entes no gubernamentales.

Nuestra legislación permite la creación de organizaciones no gubernamentales(O.N.G) o asociaciones sin fines de lucro que ejecutan programas que inciden en la gestión sanitaria tales como: nutre-hogar, hogares Crea, Teen Challenger ,Remar, APACSIDA, Ancón etc.

Es legalmente permitido la participación de la empresa privada o asociaciones con fines de lucro que es autorizado por el Ministerio de salud para la capacitación de personal que tanto de manera empresarial como informal se dedican al procesamiento y manipulación de alimentos(decreto N°)sobre las escuela de manipuladores de alimentos.

Presentación y Comentarios:

#### **Crecimiento y desarrollo:**

- Explosión demográfica
  - Migración
  - Barriadas sin servicios básico
  - Desempleo
  - Pobreza extrema
  - Desnutrición
  - Analfabetismo
  - Invasión de áreas próximas a reforestar (ECOFORREST). Se invaden áreas para mantenimiento de la Cuenca del Canal. Reforestación con exposición a agroquímicos.

#### **Participación y Responsabilidad Social**

- Falta de participación dela población en los procesos de desarrollo

#### **Poca Coordinación Intersectorial**

- Aprobación de planos por el Municipio para la creación de barriadas sin participación del MINSa
- ANAM no coordina con el MINSa para la aprobación de entes para el manejo de desechos sólidos
- Duplicidad de funciones MINSa-CSS
- IDAAN-MINSa supervisión de acueductos y sistemas de disposición de excretas en áreas urbanas y barriadas.
- SINAPROC – MINSa: Quién dirige los procesos de vigilancia en casos de posibles riesgos (Carnavales etc.)

#### **Gasto Público**

- Presupuesto de Salud con baja ejecución, con planificación inadecuada

#### **Mecanismos de Conducción dela Política Social**

- La conducción no solo depende del MINSA, requiere de la participación de un conjunto de actores civiles y de las entidades gubernamentales
- Desconocimiento de los roles de los grupos organizados como los Comités de Salud
- Comités de Familia fortalecen la participación social
- CSS-MITRAB-MINSA en el marco de la seguridad industrial y prevención de accidentes de trabajo
- Producción Alimentaria MIDA - MINSA (granjas autosostenibles)
- Acuerdos Municipales (mataderos, vertederos y otros)

### **Incorporación de Políticas de Salud a los problemas sociales regionales**

- Mejoramiento del medio ambiente

### **Proyecciones y Tendencias**

- Uso de los suelos (ARI)
- Reforestación de la Cuenca del Canal
- Crecimiento y Desarrollo Industrial
- Incremento de las fuentes de empleo lo cual generara nuevos asentamientos humanos con sus consiguientes problemas sociales y pobreza

**Cambios climáticos:**

- Sequías-Lluvias que afectan la producción de alimentos y por tanto la fuente de ingresos de la población.

La legislación existente permite la participación ciudadana a través de los Comités de Salud, Juntas administradoras de Agua. La legislación dispone sobre la necesidad de capacitar a la población en materia de salud y ambiente.

También permite la participación a través de las ONG's

## Fotografía N°2. Cuál es la demanda y necesidades se servicio?

| SITUACION DE SALUD                                |         |         |         |
|---|---------|---------|---------|
| A. INDICADORES DEMOGRAFICOS                       | 1980    | 1990    | 1997    |
| <b>DENSIDAD DE POBLACION</b>                      | 63.3    | 81.4    | 98.0    |
| RURAL   | 55.6    | 35.7    | 39.8    |
| URBANA  | 126.2   | 169.1   | 209.8   |
| TASA DE CREAECIMIENTO NATURAL                     | ...     | 21.7    | 25.3    |
| RAZON DE DEPENDENCIA                              | ...     | .....   | .       |
| TASA BRUTA DE NATALIDAD                           | ...     | 25.4    | 29.4    |
| TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD                         | ...     | ...     | ...     |
| TASA GENERAL DE FECUNDIDAD                        | ...     | 103     | 110     |
| TASA DE MORTALIDAD                                | ...     | 3.7     | 4.1     |
| TASA DE MORTALIDAD EN < DE UN AÑO                 | ...     | 16.1    | 13.5    |
| TASA DE MORTALIDAD MATERNA                        | ...     | .4      | .6      |
| ESPERANZA DE VIDA AL NACER TOTAL                  | 74.1    | 75      | 76.1    |
| MUJERES   | 76.3    | 77.8    | 78.6    |
| HOMBRES   | 71.9    | 72.4    | 73.7    |
| % DE POBLACION INMIGRANTE                         | ...     | ...     | ..      |
| % DE POBLACION EMIGRANTE                          | ...     | ...     | ...     |
| ESTRUCTURA DE POBLACION POR GRUPO DE EDAD EN AÑOS |         |         |         |
| TOTAL   | 156,060 | 200,760 | 241,773 |
| MENOR DE UN AÑO                                   | ...     | 5,060   | 5,552   |
| 1-4   | *26,940 | 19,982  | 21,343  |
| 5-9   | 24,810  | 24,463  | 25,114  |
| 10-14   | 20050   | 23,616  | 24,059  |
| 15-19   | 15,260  | 21,547  | 23,894  |
| 20-59   | 60,400  | 92,003  | 123,841 |
| 60 Y MAS  | 8,600   | 14,079  | 17,970  |
| PORCENTAJE DE POBLACION URBANA                    | 69.4    | 71.1    | 73.3    |
| PORCENTAJE DE POBLACION RURAL                     | 30.6    | 28.9    | 26.7    |

... INFORMACION NO DISPONIBLE

INCLUYE POBLACION DE 0-4 AÑOS

NOTA : PARA EL AÑO 1980 SE PERTENECIA A LA REGION PANAMA –SAN BLAS.

| SITUACION DE SALUD ( indicar números y tasas) |      |       |      |       |      |       |
|---|------|-------|------|-------|------|-------|
| C. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD           | 1980 |       | 1990 |       | 1997 |       |
|   | N°   | TAS A | N°   | TAS A | N°   | TAS A |
| MORTALIDAD GENERAL                            |      |       | 503  | 2.5   | 809  | 3.4   |
| 1. Enfermedad del corazón                     |      |       | 79   | 0.4   | 74   | 0.3   |
| 2.Trauma. envenenamiento y con. de C. Externa |      |       | 71   | 0.3   | 136  | 0.5   |
| 3. Tumores                                    |      |       | 70   | 0.3   | 101  | 0.4   |
| 4.Bronco neumonía                             |      |       | 39   | 0.2   | 50   | 0.2   |
| 5.enfermedad cerebro vascular                 |      |       | 34   | 0.2   | 57   | 0.2   |
| MORTALIDAD Y MENORES DE UN AÑO                |      |       | 58   | 14.2  | 89   | 16.0  |
| 1.Anomalías congénitas                        |      |       | 7    | 1.4   | 25   | 4.5   |
| 2.Septicemia                                  |      |       | 6    | 1.2   | 5    | 0.9   |
| 3.Prematuridad                                |      |       | 6    | 1.2   | 12   | 2.2   |

|  |  |  |      |       |      |       |      |       |
|--|--|--|------|-------|------|-------|------|-------|
| 4. Bronconeumonía  |  |  | 6    | 1.2   | 7    | 1.3   |      |       |
| 5. Hipoxia perinatal   |  |  | 6    | 1.2   | 5    | 0.9   |      |       |
| <b>MORTALIDAD MATERNA</b>  |  |  | 2    | 0.5   | 4    | 0.6   |      |       |
| 1. Shock séptico hemorrágico   |  |  | 1    | 0.2   | -    | -     |      |       |
| 2. Shock hipovolemico  |  |  | 1    | 0.2   | -    | -     |      |       |
| 3. Eclampsia Severa  |  |  |      |       | 2    | 0.3   |      |       |
| 4. Septicemia retención de restos planetarios  |  |  |      |       | 1    | 0.2   |      |       |
| 5. Muerte en casa Capira   |  |  |      |       | 1    | 0.2   |      |       |
| % DE SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD GENERAL  |  |  | ...  | ...   | ...  | ...   |      |       |
| % DE SUBREGISTRO DE LA MORTALIDAD INFANTIL   |  |  | ..   | ...   | ...  | ...   |      |       |
| % DE DEFUCIONES POR SINTOMAS Y CAUSAS MAL DEFINIDAS  |  |  | ...  | ...   | ...  | ...   |      |       |
| % DE MUERTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGRUPADAS  |  |  | 35   | 0.2   | 56   | 0.2   |      |       |
| % DE MUERTES POR TUMORES   |  |  | 70   | 0.4   | 101  | 0.4   |      |       |
| % DE MUIERTES POR CAUSAS EXTERNAS  |  |  | 71   | 0.4   | 136  | 0.5   |      |       |
| % DE MUERTES POR CAUSAS CEREBRO Y CARDIOVASCULARES   |  |  | 34   | 0.2   | 57   | 0.2   |      |       |
| <b>D. PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS</b>  |  |  | 8238 |       | 8858 |       |      |       |
| 1. complicaciones del embarazo del parto y puerperio   |  |  | 3353 |       | 4232 |       |      |       |
| 2. Enfermedad del aparato respiratorio   |  |  | 1005 |       | 834  |       |      |       |
| 3. Enfermedad del aparato circulatorio   |  |  | 880  |       | -    |       |      |       |
| 4. Enfermedad del aparato digestivo  |  |  | 668  |       | 544  |       |      |       |
| 5. Enfermedades infecciosas y parasitarias   |  |  | 564  |       | -    |       |      |       |
| <b>E. TASA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES</b>   |  |  |      |       |      |       |      |       |
|  |  |  | 1980 |       | 1990 |       | 1997 |       |
|  |  |  | N°   | TASA  | N°   | TASA  | N°   | TASA  |
| 1. Sarampión   |  |  | 59   | 37.8  | 299  | 148.9 | 0    | -     |
| 2. Tosferina   |  |  | 15   | 9.6   | 1    | 0.5   | 0    | -     |
| 3. Tetanos neonatal  |  |  | 0    | -     | 0    | -     | 0    | -     |
| 4. Tétanos adquiridos  |  |  | 0    | -     | 0    | -     | 0    | -     |
| 5. Rubeola congénita   |  |  | 0    | -     | -    | 0     | 0    | -     |
| <b>TASA X 100,000 HAB.</b>   |  |  |      |       |      |       |      |       |
| <b>F. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES Y REEMERGENTES QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN (enfermedades y situaciones de riesgo)</b> |  |  |      |       |      |       |      |       |
|  |  |  | 1980 |       | 1990 |       | 1997 |       |
|  |  |  | N°   | TASA  | N°   | TASA  | N°   | TASA  |
| 1. Dengue  |  |  | 0    | -     | 0    | -     | 406  | 167.9 |
| 2. Tuberculosis  |  |  | 88   | 556.4 | 31   | 15.4  | 47   | 19.4  |
| 3. Leishmaniasis   |  |  | ...  | -     | 191  | 95.1  | 34   | 141.0 |
| 4. Enfermedad de chagas  |  |  | ..   | -     | 2    | 1     | 1    | 0.4   |
| 5. Conjuntivitis hemorrágica   |  |  | ..   | -     | 2    | 1     | 204  | 84.4  |
| ... información no disponible  |  |  |      |       |      |       |      |       |
| <b>ENFERMEDADES EMERGENTES</b>   |  |  |      |       |      |       |      |       |
| H.I.V. / SIDA  |  |  | 0    | -     | 6    | 2.9   | 39   | 16.1  |

Las condiciones de salud de la población se afecta por los movimientos migratorios (emigración), pues estos generan nuevos asentamientos humanos, improvisados, no planeados, donde las condiciones mínimas básicas de vida son deficientes, no se cuenta con la red de servicios como son: transporte, agua, luz, letrínación, recolección

de desechos sólidos (basura) , las instalaciones de salud no cuentan con el suficiente recurso humano para brindar la cobertura a estos grupos desprotegidos,. Estas características son identificadas en distritos como La Chorrera y Arraiján.

Con respecto al Distrito de Chame y san Carlos estos se mantienen casi con una población estática donde se da el proceso de inmigración muy marcada.

El Distrito de Capira tiene característica muy especial porque se dan los procesos de emigración e

Inmigración no tan acentuados como en los otros, los grandes distritos de densidad poblacional mayor , aquí la salud poblacional se ve afectada más bien por las vías de comunicación (terrestre) muy deteriorada por las inclemencias del tiempo y que se afecta más durante la época lluviosa. Solo esta variable afecta las condiciones de salud, pues imposibilita dotar a las poblaciones de este Distrito de los servicios básicos sanitarios para una calidad de vida mejor.

VER PIRAMIDES EN VISUAL FOX.

| <b>SITUACIÓN DE SALUD</b>   |       |        |       |
|---|-------|--------|-------|
| <b>B. ASPECTO ECONÓMICOS Y SOCIALES</b>                                   | 1980  | 1990   | 1997  |
| POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA   |       | 71,304 |       |
| Tasa de actividad   |       | 447.1  |       |
| Mujeres   |       | 260.6  |       |
| Hombres   |       | 627.3  |       |
| TASA DE DESEMPLEO   |       | 63.2   |       |
| TASA DE EMPLEO INFORMAL   |       |        |       |
| PORCENTAJE DE POBLACIÓN ASEGURADA   |       |        |       |
| Asegurados activos  |       |        |       |
| Pensionados   |       |        |       |
| Jubilados   |       |        |       |
| Beneficiarios   |       |        |       |
| PORCENTAJE DE ANALFABETISMO   | 8.6   | 6.3    |       |
| ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN   |       |        |       |
| Primaria completa   |       | 40,962 |       |
| Secundaria completa   |       | 17409  |       |
| Universidad completa  |       | 5,106  |       |
| DEFICIT HABITACIONAL  |       |        |       |
| CONDICIONES DE SANEAMIENTO BASICO   |       |        |       |
| % De la población con disposición de agua potable                         | 95.9  | 89.78  | 89.27 |
| Urbano  | 48.15 | 42.39  | 32.17 |
| Rural   | 51.85 | 57.61  | 67.83 |
| % De la población con disposición adecuada de residuos sólidos            | 63.55 | 58.8   | 47.43 |
| Urbano  | 55.17 | 46.98  | 44.59 |
| Rural   | 44.83 | 53.02  | 55.41 |
| % De la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas | *95.4 | 94.42  | 97.18 |
| Urbano  | 48.08 | 41.26  | 29.30 |

|   |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|
| Rural   | 51.92 | 58.74 | 70.70 |
| % De la población con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos | ...   |       |       |

\*Incluye viviendas con arrastres hidráulico y con letrinas

| INCIDENCIA DE LA POBREZA POR DISTRITO | % DE POBLACIÓN |                 |                    |
|---------------------------------------|----------------|-----------------|--------------------|
|                                       | TOTAL          | POBRES EXTREMOS | POBRES NO EXTREMOS |
| 1.ARRAIJAN                            |                |                 |                    |
| 2.LA CHORRERA                         |                |                 |                    |
| 3.CAPIRA                              | 63             |                 |                    |
| 4.CHAME                               |                |                 |                    |
| 5.SAN CARLOS                          |                |                 |                    |

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

| Riesgo a la salud  | DISTRITO |    |    |       |   | Intervención (Plazo) |         |       |
|--|----------|----|----|-------|---|----------------------|---------|-------|
|  | A        | Ch | SC | La Ch | C | Corto                | Mediano | Largo |
| Inf. Transm. Sexual y SIDA   | X        |    |    | X     | X | X                    |         |       |
| Baja cobertura de vacunación   | X        |    |    | x     | x | X                    |         |       |
| Dengue hemorrágico   |          |    |    | x     |   | X                    |         |       |
| Vías de penetración deficientes  |          |    |    |       | x |                      |         | x     |
| Desnutrición   |          | x  | X  | x     | x |                      | x       |       |
| Analfabetismo  | X        |    | X  |       |   |                      | x       |       |
| Drogadicción, alcoholismo, tabaquismo                                  | X        | x  | x  | x     | x |                      |         | x     |
| Caries dentales  | X        | x  | x  | x     | x |                      |         | x     |
| Contaminación de Explosivos no detonados y químicos ) Polígono de tiro | X        |    |    |       |   | X                    |         |       |
| Accidente automovilístico  | X        | x  | x  |       |   |                      | x       |       |
| Desempleo  | X        |    |    |       |   |                      |         | x     |
| Desabastecimiento de agua potable                                      | X        | x  | x  |       | x | x                    |         |       |
| Inadecuada disposición de las excretas                                 | X        | x  | x  |       |   |                      | X       |       |
| Embarazo de adolescentes   | X        | x  | x  | x     | x |                      | X       |       |
| Parasitosis, hepatitis, diarreas                                       | X        | x  | x  | x     | x | x                    |         |       |
| Hipertensión arterial  | X        | x  |    | x     |   | X                    |         |       |
| Cobertura baja en Papanicolaus   | X        |    |    |       |   |                      | X       |       |
| Inadecuada recolección y deposición de los desechos sólidos            | X        | x  | x  | x     |   |                      |         | X     |
| Ventas y usos indiscriminado de  |          |    | x  | x     | x |                      | X       |       |

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| plaguicidas  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Pobreza extrema  | X | x |   |   | x |   |   | X |
| Canteras establecidas en zonas pobladas (cuadros respiratorios)        | X |   | x |   |   |   | X |   |
| Puestos de salud cerrados por falta de personal                        |   |   | x |   | x |   |   | X |
| Falta de clorinadores en los acueductos rurales                        |   | x | x | x | x | X |   |   |
| Maltrato infantil y intrafamiliar                                      | x | x | x | x | x |   | X |   |
| Inadecuada disposición de aguas servidas                               | x |   | x | x |   |   | X |   |
| Deforestación (aumento en las enfermedades Leishm., Enf. De Chaga)     | x |   | x | x | x |   | X |   |
| Problema de aprendizaje  |   | x | x |   |   | X |   |   |
| Deserción escolar  |   | x | x |   | x | x |   |   |
| Aumento de trabajadoras del sexo                                       |   | x |   |   |   |   | X |   |
| Contaminación de las fuentes de agua superficiales (ríos, mares, etc.) | x | x | x | X | x |   |   | X |

| Riesgo a la salud   | DISTRITO |    |    |       |   | Intervención (Plazo) |         |       |
|---|----------|----|----|-------|---|----------------------|---------|-------|
|   | A        | Ch | SC | La Ch | C | Corto                | Mediano | Largo |
| Condiciones sanitarias deficientes en los establecimientos comerciales  | x        | x  | x  | x     | x |                      |         | X     |
| Confección de hornos rurales (generan humo)   |          | X  |    |       |   |                      |         |       |
| Viviendas deficientes   | x        | x  | x  | x     | x |                      |         | X     |
| Termoeléctrica, ubicada en zona semi urbana/urbana. (Sordera, Inf. Respiratorias agudas, trastorno del aprendizaje y la concentración etc.) |          |    |    | x     |   | x                    |         |       |

| ALIMENTOS PROCESADOS EN LA REGIÓN                   |
|---|
| Plantas de Acopio                                   |
| Pasteurizadoras                                     |
| Fábricas de Queso Fresco                            |
| Fábricas de Queso Procesado                         |
| Fábricas de Helados                                 |
| Mataderos de Bovinos y Porcinos Industriales        |
| Mataderos de Bovinos y Porcinos Semi Industriales   |
| Matadero de Aves Semi Industriales                  |
| Procesadora y Empacadora de Carnes                  |
| Fábrica de Embutidos y Afines (chacinería )         |
| Otros Cárnicos                                      |
| Procesadoras y Empacadoras de Mariscos, Exportación |
| Procesadores y Empacadoras de Mariscos, Local       |
| Fábricas de Hielo                                   |
| Bebidas No Alcohólicas                              |
| Especies Condimentos y Sazonadores                  |
| Procesadoras y Empacadoras de Prod. Farináceos      |
| Panificadoras y Panaderías                          |
| Pastas Alimenticias                                 |
| Tortillas, Empanadas y Afines                       |
| Productos de Repostería                             |
| Confites, Galletas y Afines                         |
| Procesadoras y Empacadoras de Alimentos Diversos    |
| Alimentos para Animales                             |
| Otras Fábricas                                      |
| Granjas Lácteas Grado A                             |
| Granjas Lácteas Grado B                             |
| Granjas Lácteas Grado Industrial                    |

En el ámbito regional contamos con 105 proyectos de reforestación con respaldo privado (años 1989 – 1999) los cuales cuentan con una extensión de 2,986.463 hectáreas reforestadas.

De estos proyectos 18 se ubican en la cuenca del canal, con una extensión de 1,344.90 hectáreas.

Las especies utilizadas comúnmente son:

- Teca
- Cedero espino
- Pino
- Caoba
- Roble
- Laurel
- Cedro amargo

La población del distrito de Capira tiene un comportamiento piramidal propios de los países en vía de subdesarrollo, con predominio de población joven. Mientras que las pirámides de Arraijan, a Chorrera ,Chame reflejan un proceso de transición demográfica .la de San Carlos muestra una franca disminución de la población infantil en ese distrito.

La proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años, tiende hacia el aumento: Esta pendiente hasta el 2001.

Nuestra área de responsabilidad en la atención de salud ocupacional están destinadas a la población no asegurada y a los trabajadores de salud que están con el Hospital, centros de salud, subcentros y puestos de salud.

Periodo a considerar en la atención de salud ocupacional es de Enero a Diciembre 1999.

Se ha brindado 312 consultas nuevas en la Clínica de Salud Ocupacional que son distribuidos así:

Registro De Consulta Según Grupos De Edad De La Clínica De Salud Ocupacional. Hospital Nicolás A. Solano. Enero Diciembre De 1999.

| Grupo de edad / años | Numero de pacientes |
|----------------------|---------------------|
| TOTAL                | 312                 |
| 15 a 19              | 2                   |
| 20 a 59              | 304                 |
| 60 y más             | 6                   |

Fuente: Departamento De Registros Médicos Y Estadísticas Del Hospital Nicolás A. Solano.1999.

Registro De Consulta Según Causas De Morbilidad De La Clínica De Salud Ocupacional. Hospital Nicolás A. Solano. Año 1999.

| DIAGNOSTICO     | N° DE CASOS |
|-----------------|-------------|
| síndrome gripal | 15          |

|   |    |
|---|----|
| Influenza                                     | 11 |
| Gastroenteritis viral                         | 9  |
| Faringitis                                    | 9  |
| Rinofaringitis con hiperreactividad bronquial | 7  |
| Bronquitis aguda                              | 5  |
| Hipertensión arterial                         | 4  |
| Síndrome lumbosacro doloroso                  | 4  |
| Hiperreactividad bronquial                    | 4  |
| Síndrome de hombro Doloroso                   | 3  |

Fuente: Departamento De Registros Médicos Y Estadísticas Del Hospital Nicolás A. Solano. Año 1999.

Registro De Accidentes De Trabajo Según Tipo Atendidos Por Clínica De Salud Ocupacional. Hospital Nicolás A. Solano. Año 1999.

| TIPO DE ACCIDENTE   | NUMERO DE CASOS |
|---|-----------------|
| LESION POR AGUJA CONTAMINADA  | 6               |
| ACCIDENTE DE TRAYECTO   | 5               |
| CAIDA DE SUS PROPIOS PIES EN EL AREA                                  | 5               |
| LESIONES POR CAIDAS DE OBJETOS  | 1               |
| QUEMADURA ELECTRICA DE III GRADO Y FRACTURA LDE VERTEBRA CERVICAL 3 . | 1               |
| CONTUSIONES POR OBJETOS FIJOS   | 1               |
| AGRESIÓN FÍSICA DE PACIENTES  | 1               |

Fuente: Departamento De Registros Médicos Y Estadísticos Del Hospital Nicolás A. Solano. 1999.

Intoxicaciones Por Sustancias Agroquímicas Según Tipo De Empresa Atendidas Por El Programa De Salud De Adulto. Región De Panamá Oeste .1999 .—2000.

| TIPO DE EMPRESA                           | N° DE CASOS |
|---|-------------|
| <b>FINCA PIÑERA DE SANGENGA</b>           | 4           |
| INSTITUTO PROFESIONAL Y TÉCNICO DE CAPIRA | 1           |
| ECOFORST S.A                              | 3           |
| MATADERO DE LA MITRA                      | 1           |
| ABARROTERIA EN NUEVO ARRAIJAN             | 11          |

Fuente: Archivos De Vigilancia Epidemiológica De La Región De Panamá Oeste.1999-2000.

La vigilancia epidemiológica de salud ocupacional en la región presenta las siguientes características:

La institución que por ley ha desarrollado la labor de atención al trabajador con daño a la salud es la Caja del Seguro Social. La participación de los centros de salud, subcentros y puestos de salud ha sido referir los casos hacia esta institución Los registros actuales de la agencia de la caja del seguro social no permiten diferenciar los datos del numero de funcionarios del ministerio de salud que han sufrido accidentes de

trabajo o enfermedad profesional. Sin embargo se estima que por cada accidente laboral registrado hay 100 casos que no se registran .

Esta situación esta relacionado a los siguientes factores:

- a.- Nivel de coordinación entre la Caja del Seguro- Ministerio de Salud.
- b.- El funcionario percibe que la tramitación de notificación del accidente y la compensación económica es lenta y burocrática.
- c.- El tercer factor es un bajo nivel de educación y concientización de la participación del mismo funcionario en las acciones de prevención y promoción de los accidentes y enfermedades profesionales.

Las notificaciones y alertas epidemiológicas por intoxicaciones por agroquímicos u otros productos químicos, están indicando que la problemática del uso y abuso de estas sustancias no excluye a ningún distrito de la región, afecta a sectores importantes como el educativo, comercial asociado a manipuladores de alimentos, al sector agrícola que se dedica a la siembra de piñas ,empresas reforestadoras de la cuenca del canal. Esta situación esta relacionada a la presencia de factores de riesgo y riesgos laborales , extralaborales y paralaborales donde predominan las condiciones y ambientes de trabajos inseguros pobres niveles de educación en tema laboral en los empresarios y trabajadores ,la falta de equipo de seguridad industrial ,el no uso del equipo de seguridad, subestimación de los trabajadores hacia el riesgo laboral., la pobre participación de las familias de los trabajadores en los procesos de educación. Esta situación esta relacionado a las contaminaciones de suelo, agua y lechos acuáticos por el manejo inadecuado de los desechos sólidos y líquidos de estas sustancias.

Los resultados obtenidos en la consulta del hospital NICOLAS A SOLANO indican que hay que reforzar las estrategias de vigilancia, prevención, educación y promoción en el tema de la bioseguridad y factores de riesgos laborales y riesgos laborales que permitan identificar las áreas de mayor prioridad.

1. Se conoce cuál es la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que afectan. Como logran adquirir estos conocimientos.

En esta región se logro conocer la percepción de la población sobre las condiciones de salud y enfermedad y los riegos a través de convocatorias distritales donde se les permitió su participación en la elaboración de un de un diagnóstico de salud.

## **Presentación y Comentarios**

Incremento de la población urbana y sostenimiento de la densidad en áreas rurales. El crecimiento se ha dado a expensas del factor migratorio. Aún la pirámide tiene una base ancha, aunque con incremento de la expectativa de vida, principalmente en los distritos de San Carlos y Chame.

Causas de mortalidad traumas, tumores y enfermedades degenerativas, principalmente. En menores de un año anomalías congénitas y problemas del desarrollo intrauterino.

Las muertes maternas guardan relación con enfermedades hipertensivas del embarazo, sangrado y retención de resto (calidad de atención?)

Principales causas de egreso: materno infantiles

Desde 1997 sin sarampión.

Desde 1996 hay dengue. La TBC como enfermedad reemergente quizás asociada a problemas de hacinamiento y al alto número de casos de SIDA que existe en la Región.

Mayor número de hombres están trabajando. Hay un descenso en el porcentaje de población analfabeta de 8.1 a 6.3% (1990-1997)

Principales riesgos ITS en Chorrera, Arraiján y Capira, principalmente.

Baja cobertura de vacunación en Arraiján. Se han realizado campañas de vacunación

Explosivos no detonados en nuevo emperador y santa clara.

Analfabetismos en Santa Clara

Desempleo

Desabastecimiento de agua potable

Manejo Inadecuado de Alimentos

Limitados recursos para el desarrollo de las acciones de salud ambiental

Accidentes Laborales

Proyectos de reforestación (25) – Intoxicación por agroquímicos

### **Fotografía N°3. Caracterización de la Oferta**

#### **Vigilancia Sanitaria:**

La vigilancia sanitaria considera aquellos aspectos que generan impacto ambiental y repercute en los medios físicos, biológicos, socio económicos, afectando los recursos naturales y la salud de la población, los cuales se hacen sentir en el agua, suelo, aire y en las propias actividades que el hombre realiza de manera directa o indirectamente.

#### **A. Servicios de Saneamiento Básico**

- agua potable
- alimentos
- excretas
- residuos sólidos
- artrópodos y roedores

Entre los problemas que se deben vigilar se cuentan:

- Agua: dotación de agua segura en calidad y cantidad
- Calidad y manipulación de alimentos
- Suelos: desechos sólidos, agroquímicos y explosivos
- Contaminación de los cuerpos de agua por aguas negras y grises
- Contaminación industrial (aire, agua y suelo)
- Mala utilización de agroquímicos y productos no permitidos
- Disposición inadecuada de residuos sólidos
- Areas de riesgos por desastres naturales
- Infecciones de transmisión sexual
- Vectores

### **Fortalezas**

- Equipo de salud capacitado
- Planes de salud elaborados con un gran contenido social y participativo
- Organización y participación de la comunidad
- Disponibilidad de los asistentes y promotores de salud para el trabajo de atención primaria
- Inversión en la dotación de agua potable y programas de letrínación
- Existencia de Leyes Sanitarias
- Formación de promotores de salud

### **Debilidades.**

- Falta de recursos humanos, equipos e insumos para realizar las acciones de prevención, promoción y atención de salud
- Escasez de transporte
- Pocos estímulos al funcionario
- Red informática inexistente
- Código Sanitario y leyes vigentes desactualizadas, poco disponibles y con limitada aplicación.

### **Accesibilidad Geográfica:**

**En cuanto a la accesibilidad geográfica, los lugares poblados más inaccesibles son:**

| Distrito   | Lugar Poblado   |
|------------|---|
| Capira     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ciri de los Sotos</li><li>• Ciri Grande</li><li>• Santa Rosa</li><li>• Cacao</li><li>• Trinidad</li></ul> |
| San Carlos | <ul style="list-style-type: none"><li>• Los Llanitos</li><li>• Los Yervos</li></ul>   |

|             |   |
|-------------|---|
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Picachu</li> </ul>   |
| Chame       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin comunidades inaccesibles</li> </ul>  |
| La Chorrera | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La Represa (Cañitos, Altos del Jobo)</li> <li>• El Arado (El Lirio)</li> </ul> |
| Arraiján    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin lugares inaccesibles</li> </ul>  |

**De todos los distritos el de Capira concentra la mayor cantidad de lugares poblados inaccesibles, lo que se evidencia en:**

| Distrito      | Comunidad         | Distancia | Tiempo  | Tipo de Transporte                                  |
|---------------|-------------------|-----------|---------|---|
| <b>Capira</b> | Ciri de los Sotos | 80 km.    | 7 horas | 50% de transporte de doble tracción y 50% caminando |
|               | La Florida        | 36 km.    | 1 hora  | Doble tracción                                      |

Los medios de transporte utilizados son los autos de doble tracción, el caballo, los botes y el caminar. La duración máxima promedio de recorrido desde el lugar poblado al puesto de salud es de 3 horas. El costo de movilización hasta el centro de salud más cercano es de B/. 10.00 como valor máximo y de B/. 3.00 como mínimo cuando el transporte es terrestre; en medios acuáticos asciende hasta unos B/. 20.00.

### **Complejidad de la red**

El primer nivel de atención está conformado por 45 puestos, 10 subcentros y 11 centros de salud. En tanto que el segundo nivel por un hospital regional.

Las características en relación a los recursos físicos, humanos y tecnológicos son:

**Puesto de Salud:** cuenta con un asistente de salud, el cual ofrece servicios de promoción y prevención en salud, con un cuadro mínimo de medicamentos y una cadena de frío.

**Subcentro de Salud:** dispone de los servicios de un auxiliar de enfermería, cuyas actividades se concentran en la promoción de la salud y la prevención. Ocasionalmente se realizan giras de salud en las que participa el médico y otros miembros del equipo. En algunos casos un médico asiste a ofrecer servicios en días específicos.

**Centro de Salud:** Cuenta con los servicios de enfermería, medicina general, odontología, trabajo social, estadísticas, saneamiento ambiental, educación para la salud, contabilidad, administración, vectores y registros médicos. En algunos casos cuentan con algunas especialidades médicas básicas, con farmacéuticos, veterinarios, agrónomos y otros.

**Hospital:** cuenta con todos los servicios de un centro de salud y además con la mayoría de las especialidades.

Ahora bien, algunas definiciones que fueran asumidas nos dicen que los equipos básicos son considerados como el personal mínimo requerido para cada grado de complejidad, el cual dependerá de la situación poblacional y del nivel de atención. En cuanto al área de responsabilidad, está dependerá de la cantidad de población, de la accesibilidad geográfica y de los recursos humanos. Por tanto, que el funcionamiento ideal de un centro de salud exige que se cuente con recursos mínimos entre ellos:

|                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| • Médico general                     | • Enfermeras                    |
| • Auxiliar de enfermería             | • Odontólogos                   |
| • Pediatras                          | • Ginecólogos                   |
| • Psiquiatras                        | • trabajadores sociales         |
| • educadores para la salud           | • laboratorios                  |
| • farmacéuticos                      | • asistentes de odontología     |
| • asistentes de farmacia             | • nutricionistas                |
| • agrónomos                          | • recaudadora                   |
| • aseadores                          | • mensajería                    |
| • trabajador manual                  | • auxiliar de registros médicos |
| • secretarias                        | • administradores               |
| • estadígrafas                       | • almacenistas                  |
| • inspector de saneamiento ambiental | • inspector antivectorial       |
| • contable                           |                                 |

La sectorización de la red de servicios esta conformada por distrito con un equipo de enlace distrital. Toma en cuenta la accesibilidad geográfica. Existe una coordinación interdisciplinaria, tanto en los equipos de enlace como en los de los centros de salud. Las áreas de influencia en general guardan relación con la atención curativa.

La responsabilidad en atención oscila entre 60,000 y 10,000 habitantes. Existe una inadecuada distribución de los recursos humanos.

Se dan servicios por demanda espontánea y las acciones de promoción y prevención se realizan esporádicamente, con las consiguientes bajas coberturas. Se hacen inspecciones y se otorgan permisos sanitarios.

No existen protocolos de atención, a parte de los ya establecidos por el nivel nacional.

No se da una articulación e la red de servicios MINSA-CSS, salvo las referencias y la atención parcial del paciente asegurado y no asegurado.

En cuanto a la articulación con la red informal de servicios de salud, esta se da mediante el desarrollo de capacitaciones y la divulgación de los servicios que se ofrecen.

No se ha promovido la coordinación con el sector privado a excepción de lo relacionado con la vacunación que se ha establecido en algunas clínicas privadas de los distritos de Arraiján y La Chorrera.

El sistema de referencia se da de los centros de salud hacia los hospitales. Más sin embargo, no hay sistema de contrarreferencia. El criterio que priva para las referencias es la capacidad resolutoria, de los programas y accesibilidad. Es evidente el menor precio de los profesionales de los niveles más complejos del sistema, en relación al personal de los centros de salud, es un problema de actitud y disposición.

El espacio físico es inadecuado en cuanto al sistema eléctrico, de agua, luz, ventilación, iluminación y de otros aspectos básicos; requiere de ampliaciones, mejoras y en ocasiones de reemplazos totales.

### **Bolsones de desprotegidos:**

Estos se concentran en las áreas de difícil acceso y en áreas de invasión en Arraiján y La Chorrera. (áreas revertidas sur y norte; barriada 2,000, Chumical, Revolución Final y Naos).

Los principales problemas que los afectan son las epidemias, hacinamiento, desnutrición y la carencia de servicios básicos y red de comunicación.

En general las coberturas de vacunación son para DPT de 110%, para sarampión de 96% y antitetánica en mujeres en edad fértil del 46%.

Los recursos humanos informales están dados por las juntas administradoras de agua, parteras empíricas, promotores y otros, que previamente se han capacitado y son supervisados por el equipo regional y local.

No hay patrón establecido para actualizar las competencias de los recursos humanos, más bien tiene que ver con los requerimientos del área y su accesibilidad. En estos momentos se ha fortalecido la UDR, con miras a organizar las UDL que cuentan entre sus objetivos dar respuesta a esta necesidad.

En estos momentos se trabaja en la integración de los equipos de salud en el proceso de priorización de salud, lo cual considera al nivel local.

La actividad de mayor costo está en el pago de planillas. En algunas instalaciones se lleva el programa de Costo20.

El MINSA cuenta con 12 farmacias a nivel de la región. No hay farmacias comunitarias.

Existe un listado básico de medicamentos con 140 reglones. Estos son utilizados por las instalaciones de salud. No se cuentan con formularios propios.

Hay esquema de para la distribución de la subvención con la finalidad de facilitar el acceso de los medicamentos por grupos poblacionales.

Existen protocolos y se aplican, pero no se contemplan los tratamientos para pacientes resistentes a ciertos medicamentos (TBC).

Se exige que hayan farmaceuticos en las regencias de las farmacias privadas, pero esto no se cumple.

Las donaciones de sangre fueron:

1997 - 1279

1998 - 1312

1999 - 1174

La región cuenta con 8 laboratorios del MINSA, 5 de la CSS y 12 privados

El perfil de las pruebas básicas que se realizan son las de hematología, química, urianálisis, serología y parasitología . Como laboratorio de referencia se ha definido al del Hospital Nicolás Solano y se definió este por su mayor complejidad en cuanto a equipos y recursos.

Los costos no son uniformes, la automatización ha hecho ha implicado la existencia de servicio más costos.

La adquisición de los insumos se prioriza según la demanda y criterio técnico.

Comentarios:

Cómo queda la proyección de la construcción del policentro de Arraiján con la apertura del nuevo hospital y de la policlínica y el nuevo hospital?

La apertura del nuevo hospital no se ha discutido a nivel regional. Se da un manejo nivel central-hospital regional. Sin embargo no hay choque toda vez que las instalaciones de policentros y centros de salud darán un servicio de complejidad diferente que no choca con la consulta especializada del hospital.

No se piensa abrir los quirófanos por ahora a nivel de la policlínica, si se abren es para realizar cirugía menor. Se tiene un acercamiento en cuanto a este tema. No se van a atender partos en la policlínica. Hay que definir los costos y establecer tarifas y acuerdos.

Se van abrir tres quirófanos en el hospital. La CSS ha solicitado poner a funcionar los otros dos, el cuidado que debe tenerse es que no deben ser para el uso exclusivo para pacientes asegurados. El criterio que debe prevalecer es la atención de la población y la compensación de costo se define en forma paralela.

La participación social existe pero funciona parcialmente, las ONG's y clubes cívicos participan a través de donaciones, en la coordinación de actividades de atención como es el caso de las giras integrales.

Por otro lado, la organización de los servicios esta dada en función de la división política (distritos y corregimientos).

Se destaca que a partir de este año se esta intentando integrar a la CSS en el proceso de sectorización de la atención, principalmente en el distrito de La Chorrera.

La poca disponibilidad de los laboratoristas para trabajar en el MINSA tienen que ver con el manejo de los cambios de categoría y el reconocimiento del pago del 6%. Ante ello se esta proponiendo establecer el sistema de internado para así suplir las necesidades de estos recursos.

## **Fotografía N°4: Satisfacción del Cliente**

### **Listas de Espera**

Puede decirse que la mora quirúrgica esta en 480 para la cirugía general, con un promedio de 40 cirugías por mes, situación que varía entre los diferentes cirujanos. Para ginecología la mora esta alrededor 300 cirugías (salpingectomías e hysterectomías) que en el tiempo representa alrededor de 3 - 4 meses. Las limitantes en cuanto a la respuesta quirúrgica guardan relación con la carencia de anesthesiólogos y enfermeras; así como de insumos.

No hay registro formal de esta mora. Cada cirujano lleva su propio registro, confecciona su lista operatoria y la remite al salón de operaciones para su programación. Este mecanismo se considera efectivo pero no es capaz de resolver el problema.

Loas actividades con mayor tardanza en la demanda de atención (citas) están concentradas en ginecología, cirugía general, dermatología, medicina interna cardiología y psiquiatría. No se cuenta con Urólogo.

A nivel del hospital no hay rechazo de pacientes. En los centros si se da el rechazo, pero no se registra este rechazo, ni se cuenta con lista de esperas. Sería conveniente que se establezcan mecanismos de registro para poder cuantificar la demanda real.

La mayor proporción de demanda insatisfecha se concentra en el distrito de Arraiján, debido a su alta concentración de población y crecimiento sin planificación lo cual conlleva la carencia de servicios básicos con capacidad de responder a la demanda, con características socioculturales arraigados y con niveles de pobreza.

En segundo lugar se destaca el distrito de La Chorrera toda vez que este área es más accesible, cuenta con mayor número y diversidad de especialistas, y la disponibilidad de otros servicios; aspectos que hacen que se concentre la demanda en el Centro de Salud Magali Ruiz.

El tercer distrito con mayor demanda insatisfecha es el de Capira y el factor que incide es la inaccesibilidad geográfica de la población a los servicios de salud y de estos hacia las áreas más vulnerables de la población.

Las citas se entregan mediante solicitudes por demanda espontánea y vía calendario en función de la disponibilidad de los recursos, de las normas y programas que se estén desarrollando.

Los centros de salud efectúan la captación de las salpingectomías y vasectomías, los cuales se integran a la lista de espera para que entonces puedan entrar en la programación quirúrgica.

También se cuenta con listas de espera para participar en programas quirúrgicos especiales que se efectúan en coordinación con ONG´s (Operación Sonrisa).

### **Horarios de Servicios**

Formalmente: 7 a.m - 3 p.m. En la práctica, los Centro de Salud establecen un margen para la atención de las urgencias, el desarrollo de actividades de docencia y promoción de la salud; así como para la ejecución de actividades administrativas y extramuro. Esta situación cuenta con la dificultad de no contar con instrumentos adecuados que midan adecuadamente el rendimiento de los recursos humanos.

El horario de atención para las consultas especializadas tienen que ver con la disponibilidad del recurso, las normas de rendimiento y las actividades de interconsultas, visitas a salas y distribución del tiempo para procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas. Esto nos dice que aunque el horario formal es de 7 a.m. a 3 p.m, la realidad es que las actividades de consulta externa se atiende de 7 a.m a 11 a.m.

Se desconoce el grado de satisfacción de la población. Sin embargo, se considera que los clientes están insatisfechos con el horario, situación que guarda relación con múltiples factores entre los cuales se pueden enunciar el costumbrismo en la atención diurna y la existencia de horarios previamente establecidos para funcionarios. En algunas ocasiones se ha extendido el horario para el abordaje de problemas puntuales y la demanda de atención no ha sido considerable.

Por otro lado, la policlínica de la CSS esta trabajando con horario extendido hasta las 9 p.m y los sábados y domingos de 7 a.m a 1 p.m. Se tiene proyecciones de que el centro Magali Ruiz pudiera extender su horario, una vez sus condiciones de infraestructura sean mejoradas.

### **Mecanismos de medición de la satisfacción del cliente**

No se han establecido mecanismos de evaluación de satisfacción del cliente.

### **Control de Calidad**

Actualmente no se están realizando programas de calidad, no se esta evaluando la calidad de la atención, solamente a nivel de cuarto de urgencia del hospital Nicolás Solano, se han introducido algunas experiencias.

En centros de salud se han realizado auditorías específicas (programa maternal, infantil y epidemiología) las cuales han respondido al monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las normas establecidas.

En hospitales: materno infantil-enfermería.

A nivel hospitalario no se han realizado programas de calidad.

## Fotografía N°5. Red Social.

La comunidad se organiza motivado, con el fin de resolver situaciones sociales y económicas. Es así como se da la formación de grupos llámese Comités, Comisiones, Juntas y otras. Estas pretenden la participación social activa de la comunidad y de las dependencias del Estado como facilitadoras. Ejemplo las Juntas administradoras de agua que tienen como objetivo bajar los índices de diarrea y parásitos, los Comités de salud ayudan a determinar la situación ambiental de la comunidad participando activamente en la situación, los grupos de adolescentes organizados con el fin de disminuir o evitar los altos índices de alcoholismo, drogadicción, violencia y embarazo en adolescentes y otros.

Estas organizaciones se encuentran ubicadas y funcionando dentro de los cinco distritos de la Región Oeste, unos con mayor número y grado de organización que otros:

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Comité de Salud                | 181 |
| Federación de Comités de Salud | 2   |
| Junta Administradora de agua   | 68  |
| Granjas (MINSA)                | 4   |
| Clubes Cívicos                 | 9   |
| Iglesias                       | 35  |
| O.N.G.                         | 6   |
| Otras                          | 83  |

Organizaciones particulares como Asociación de Jubilados y pensionados, Hogar feliz, Casa de adolescentes en Burunga, Hogar Malambo, Clubes de Padres de Familia, Juntas Comunales, Sociedad China, Cámara de Comercio, etc.

Estas organizaciones se incorporan en los programas de salud a través de apoyo económico, logístico, social y benéfico, apoyo en recurso humano; ejemplo: campañas de limpieza, giras médicas o de vacunación, construcción de acueductos, etc.

No se cuenta con un análisis científico concreto de los actores sociales; lo que si podemos señalar es que el interés más o menos relevante dependerá en gran medida de la situación o necesidad imperante de los actores (la sociedad), para el desarrollo integral de la población y el ambiente.

En relación a la cantidad de curanderos en nuestra región no contamos con información oficial, pero en base a información de los moradores del área de Capira podemos señalar que existe un pequeño número de curanderos. La población que mayormente demanda éstos servicios son los campesinos que residen en las áreas montañosas de difícil acceso.

Igualmente en el distrito de Arraiján cuentan con un curandero (botánico), y en el sector habitado por los kunas existen por lo menos tres curanderos.

En términos generales las práctica y la cultura de la población no incide en las actividades formales de salud; sin embargo, algunos grupos religiosos no permiten la atención integral de salud a sus miembros (planificación familiar).

| DEBILIDADES  | FORTALEZAS   |
|--|--|
| <p>Inadecuada distribución del recurso humano para la ejecución de los planes de trabajo</p> <p>Baja o ninguna remuneración económica a asistentes y promotores de salud</p> <p>Ausencia de un mecanismo de control para el rendimiento y producción</p> <p>Abultamiento económico por pago de planilla por los Comités de salud</p> <p>Pocos recursos para realizar las acciones de prevención, promoción y atención de salud</p> | <p>Un equipo de salud capacitado</p> <p>Planes elaborados con un gran contenido social y participativo</p> <p>Buena disponibilidad de los asistente de salud y promotores para la atención primaria</p> <p>Apertura de nuevas instalaciones de atención</p> <p>Apertura de un nuevo Hospital con 250 camas</p> <p>Actitud positiva frente al cambio por el equipo de salud</p> <p>Dotación de agua y letrínación en las comunidades rurales</p> <p>Capacitación a líderes comunitarios</p> |

### Presentación y Comentarios

La comunidad se organiza con:

- Comités de Salud
- Juntas Administradoras de Agua
- Granjas
- ONG's
- Juntas Comunales
- Asociaciones de Jubilados
- Formación de Promotores de Salud
- Clubes Cívicos

No se da seguimiento a las organizaciones que apoyan la gestión de salud.

Generan apoyo logístico, que hacen posible la realización de giras de salud.

Se desconoce la cantidad existente de curadores. En Capira hay parteros formados que atienden la demanda de salud de la población, algunos de estos parteros son también curadores que manejan otros aspectos de la atención sanitaria.

- **Debilidades**

Inadecuada distribución de RRHH

No pago a promotores

Planillas de comité abultadas

Escasos recursos para el desarrollo de las acciones

- **Fortalezas**

Equipo capacitado

Planes elaborados con contenido social y participativos

Apertura de nuevas instalaciones de atención (puestos, centros, hospital)

Actitud positiva para el campo

Capacitación a líderes comunitarios

Atención al ambiente (letrinas y otros)

## **Fotografía N°6: Proyección de la Red**

### **Adecuaciones de la Oferta**

No hay un modelo nuevo de atención, habría que hacer una propuesta, que capacitar y educar al personal existente y dar apoyo a los programas dando mayor importancia a la promoción de la salud, a la prevención de enfermedades y adquirir un compromiso de trabajo en equipo del personal de salud para cumplir con las expectativas del cliente y del sector salud. Educación a la comunidad sobre sus deberes y derechos de salud para que puedan hacer uso de los mismos.

Existen equipos básicos conformados pero estos son deficientes por tanto que no cuentan con todos los recursos requeridos para atender adecuadamente los problemas de salud. Los mismos deben ser fortalecidos con la incorporación de trabajadores sociales, educadores y promotores de salud.

Este proceso de alternabilidad de roles implica la puesta en funcionamiento de un programa de inducción y el compromiso para cumplirse con las funciones específicas y fundamentales; así como el fortalecimiento de los equipos de trabajo. En el desarrollo del modelo de atención debe considerarse el aspecto multifuncional donde cada funcionario sea capaz de ejercer su actividad específica y a la vez brindar apoyo a otras áreas en relación a la promoción de la salud.

Las necesidades de conformar estos equipos básicos guardan relación con los cambios en la atención de la salud-enfermedad, ya que las conductas respecto a la salud y el estilo de vida tienen un efecto directo sobre la misma. Además, la conducta influye de manera indirecta mediante las acciones individuales o comunitarias destinadas a producir cambios en el medio ambiente y en el desarrollo y utilización de los servicios de salud.

Panamá Oeste esta introduciendo nuevas modalidades e iniciativas de adecuación de la oferta de servicios, tal es el caso del centro día de salud mental, el centro regional para la atención del adolescente y el centro de promoción de la salud, entre otros.

Actualmente se desarrollan programas de salud dirigidos a identificar los grupos vulnerables de acuerdo a criterios ya establecidos; por ejemplo se está trabajando con los adolescentes, tercera edad, enfermos crónicos y otros.

Considerando las características del modelo tradicional de atención, los sectores se han definido con base a criterios de accesibilidad geográfica, división política, perfil epidemiológico e indicadores de salud. La valoración de la accesibilidad geográfica considero las facilidades y tipo de transporte, la afluencia de rutas, condición y disponibilidad de los caminos, entre otros.

La competencia técnica de los equipos de salud es limitada, los mismos deben ser fortalecidos con profesionales cuya selección sea a través de un curriculum, tomando en cuenta actitudes, aptitudes y disponibilidad. Por otro lado, es necesario realizar un perfil laboral del funcionario, mejorar y reevaluar su remuneración salarial, reforzar los programas de meritocracia, evaluación del desempeño en el cargo, ubicar al personal en función de sus actitudes y capacidades lo que podría conllevar a su redistribución y ofrecerle programas de educación permanente, entre otros aspectos.

### **Adecuación de la Cartera de Servicios**

En cuanto a la adecuación de la cartera de servicios, es esencial que en primera instancia se establezca el nuevo modelo de atención que permita adecuarlo a las características de la región, resaltando las áreas prioritarias (enfermedades crónicas, accidentes, tercera edad, violencia, los estilos de vida como factores de riesgo para enfermar y morir). Además se hace necesario considerar la adecuación de los espacios físicos para la ejecución de las tareas y proyectos de cada una de las diferentes áreas que desarrollan actividades de salud, entre las cuales se ubican las de recursos humanos, la rehabilitación, la docencia, las terapias grupales y ocupacionales, talleres, áreas de trabajo en el campo de protección y educación del medio ambiente.

### **Ampliación de Cobertura**

La ampliación de cobertura requiere un nuevo modelo de atención, toda vez que en el segundo nivel de atención se tiene un hospital regional sin consulta externa general pero con consulta pre y posoperatoria; en el primer nivel de atención se espera contar con un centro médico especializado en el cual se realicen las actividades de consulta externa especializada (policentros); centros de promoción de la salud entre los que se cuentan la escuela de manipulación de alimentos, centros de salud, subcentros y puestos de salud. Como parte del equipo sería necesario incrementar la participación de los promotores de salud.

Además, se requiere mayor número de horas de apertura de las instalaciones de salud, lo cual estaría dado en un incremento de las horas de atención cada día, como en el incremento de los días de atención (fines de semana).

Las giras médicas deben realizarse bajo las normas de atención integral de salud, con la participación de un equipo multidisciplinario y con enfoque de promoción y prevención.

### **Comentarios:**

Se va a tener un hospital siempre lleno pues se ha incluido un área para la consulta externa. Es básico que la decisión que se tome considere la demanda real y que no se de duplicidad de los servicios. Por otro lado se debe diferenciar en el marco de la gestión financiera los costos de la hospitalización vs los de la consulta externa.

## **Fotografía N°7: Caracterización Del Sistema Regional Y Proyecciones**

### **Organización y Funcionamiento**

Las políticas de salud deben implementarse de acuerdo a la realidad de cada región; en base a esto consideramos que el ordenamiento político-administrativo existente es adecuado, sin embargo, es necesario que cada región de salud analice sus prioridades y se pueda establecer, a través de una amplia discusión, una política que pueda hacerle frente a los problemas de la población, con la participación activa de esta para el mejoramiento de su calidad de vida.

El proceso de descentralización de la región hacia el Hospital Regional de Panamá Oeste ha logrado avances significativos en los últimos meses, sobretodo en el aspecto administrativo y en parte el económico no así para con el primer nivel de atención y los niveles locales, ya que la poca o casi nula capacidad de manejar sus ingresos debido a la facultad que por ley se le otorga a los Comités de Salud para hacerlo, no permite cumplir en base a una planificación con las actividades. Aunque para el próximo año se espera una descentralización gradual, debido a que cada centro de salud participó en la elaboración del presupuesto de funcionamiento.

La estructura de la Región de Salud debe confeccionarse de acuerdo a un cronograma funcional que otorgue a cada coordinador y jefe de departamento la capacidad de ejecutar las políticas de salud de la región, con la debida coordinación interdepartamental e interprogramática y una supervisión oportuna de la ejecución de los programas. De igual forma el nivel local debe tener acceso y formar parte de esta estructura, de manera que se involucre en la toma de decisiones del nivel regional.

Sólo de forma específica algunos departamentos cuentan con manuales de procedimientos administrativos, sin embargo, a pesar de que se aplican normas administrativas, sobretodo en el establecimiento de sanciones por parte del Departamento de Recursos Humanos, previa consulta con Asesoría Legal, no se cuenta en la región de salud con manuales de procedimientos administrativos que permita una uniformidad de criterios a aplicar los mismos.

La coordinación con la C.S.S. se da en base a un sistema de compensación de costo, el denominado Costo 20, basado en la facturación que se hacen en cada instalación de salud de la región por la atención a los usuarios. Este sistema puede seguirse aplicando siempre y cuando la compensación se realice contra factura, es decir, que la C.S.S. proporcione a cada región de salud lo que le corresponde y que la misma deje de ser manejada por el nivel central. Con un sistema bien aplicado podríamos unir esfuerzos ambas instituciones con la finalidad de evitar la duplicidad de esfuerzos y de recursos en la provisión de los servicios de salud. Debemos aprovechar este momento en que existe gran disponibilidad de las autoridades regionales de la C.S.S. de Panamá Oeste en trabajar de forma coordinada con nuestra región de salud, para establecer acuerdos y compromisos bien definidos.

Es función del sistema regional de salud proveer de servicios a la población, adecuados para garantizar su salud. Las funciones de conducción sanitaria se ejecutan a través de la vigilancia y control de riesgos en materia de salud ambiental y protección de alimentos de consumo humano. Además de los programas de promoción de la salud, atención integral de la población ( a través de los programas maternal, infantil, escolar, adolescentes, salud de adultos) y de atención de los estilos de vida saludables. Sin olvidar la atención de salud brindada desde el primer nivel de atención.

El fortalecimiento de las actividades de promoción de la salud, el mantenimiento en nuestra región del programa materno-infantil, un sistema de vigilancia epidemiológica con participación activa del nivel local y el mejoramiento al programa de salud de adultos, así como una estricta supervisión del sistema de dotación de agua potable y disposición de las excretas en las comunidades, son algunos de los cambios introducidos en nuestro modelo de gestión, además del logro de la participación activa de la comunidad (organización de Comités de Salud y JAAR) y una adecuada coordinación con la C.S.S. con la firma de convenios sobre áreas de responsabilidad en materia de atención e intercambio de información estadística han sido de vital importancia para la ejecución de nuestras actividades. La participación comunitaria a través de cursos de promotores de salud y charlas sobre las funciones de los comités de salud y su grado de responsabilidad nos permitirá involucrar a los usuarios en el mejoramiento de su nivel de vida.

Cada región de salud tiene sus propias características de densidad de población, accesibilidad, hábitos de vida y organización comunitaria por lo que las políticas de salud deben responder a las prioridades de cada región, que deben tomar en cuenta la disponibilidad del recurso humano en el momento de establecer las políticas de salud. Nuestra región, por ejemplo, contempla comunidades sumamente inaccesibles (falta de caminos de penetración apropiados) que requieren de una programación de giras integrales para la provisión de servicios, así como otras comunidades con una gran densidad de población con los consecuentes problemas sociales, lo que hace necesario elaborar programas encaminados a contrarrestar los mismos.

El nivel central es el que decide las políticas de salud, con la creación de un organigrama que debe aplicarse en las regiones, sin embargo, no se cuenta con el recurso humano suficiente en las regiones de salud para copiar el mismo, por lo que se debe dar mayor autonomía para que se elaboren los modelos de organización en cada región. Esto junto con la verdadera descentralización y el manejo del recurso económico generado por cada región, con una fiscalización adecuada, permitirá eliminar una serie de trámites burocráticos que dificultan dar una respuesta oportuna a la hora de hacerle frente a los problemas.

La toma de decisiones se da en base a los recursos con que contamos para dar respuesta. Si no contamos con los mismos se pide cooperación a otras instituciones de la región o al nivel central. Se trata de priorizar en los problemas de tipo

epidemiológicos y sanitarios (enfermedades prevenibles). El nivel local tiene poder en la toma de decisiones, sobretodo en sus respectivas comunidades y solicita la ayuda del nivel regional de ser necesario.

La provisión de los servicios de salud se da en el sector público bajo el sistema de despacho de materiales, equipos y medicamentos desde un depósito regional a los niveles locales bajo la supervisión de los coordinadores regionales de Farmacia, Laboratorio, Salud Bucal y demás, lo que permite un control minucioso y la garantía de que la población que solicita atención encontrará lo necesario para satisfacer su requerimiento.

A nivel privado es poco lo que se hace en materia de supervisión por la falta del recurso humano, por lo que se atienden las denuncias y quejas de la población (ejemplo venta de medicamentos vencidos, intoxicaciones por productos químicos y accidentes en fábricas).

Si existe un planificador regional que trabaja de forma directa con el director regional y con cada uno de los coordinadores regionales en el análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud.

Ningún centro de salud en Panamá Oeste cuenta con tecnología informática de soporte al sistema de información.

Sólo contamos con un hospital en la Región de Salud de Panamá Oeste (Nicolás Solano), próximo a ocupar nuevas instalaciones y que contará por primera vez con un sistema de información para la gestión administrativa y la gestión clínica.

### **Presentación y Comentarios:**

Ordenamiento político es adecuado, lo que es necesario es adecuar las políticas de salud, en términos de los problemas prioritarios de la Región. No es necesario crear más regiones.

La descentralización como proceso es muy limitado pues la región carece de autonomía, pues no se maneja el recurso económico, ni siquiera el de la cuenta 210, lo cual limita la oportunidad y disponibilidad de recursos para el desarrollo de las acciones.

Al hospital se le ha otorgado un mayor grado de descentralización, en cuanto a los recursos financieros. Lo importante es saber administrar y distribuir el recurso.

Los manuales de procedimientos están ausentes, no hay uniformidad de criterios para la aplicación de sanciones y otros aspectos tanto de la salud pública como de las medidas correctivas y disciplinarias a los funcionarios de salud. Sólo enfermería cuenta con manual de procedimientos.

Coordinación con la CSS:

Se efectúan las facturas correspondientes pero no se consigue un retorno de los recursos financieros.

La conducción sanitaria tiene que ver con la implementación de las políticas de salud, de la vigilancia y control de los riesgos, de la promoción y atención integral de la salud.

Los cambios de gestión: Se mantienen en las regiones los programas de salud, se dan coordinaciones de enlace con los distritos, que son los coordinadores de programas y se sostiene la participación comunitaria.

Es necesario que las políticas de salud respondan a las características de las regiones, la adecuación del organigrama a las regiones, la descentralización debe ser adecuada y debe darse en cuanto a lo económico y en cuanto a la toma de decisiones y con una adecuada supervisión.

Las decisiones las toman los centros de salud de manera autónoma y con base a prioridades. La vigilancia epidemiológica de los centros es efectiva, a pesar de los pocos recursos, se realizan las investigaciones de casos y se aplican las medidas preventivas correspondientes.

La provisión de servicios en cuanto a la dotación de insumos necesarios para la atención, puede decirse que no se cuenta con un director de provisión de servicios pues se tienen coordinadores de programas, un jefe no funciona, se elimina la burocracia y la relación es directa con la Dirección Regional para que no haya atrasos en la solución de los problemas.

La vigilancia del área privada es limitada por los escasos recursos del sistema. Sin embargo, se atienden las quejas y denuncias, de productos vencidos, matanzas clandestinas y otras.

Si se vigila lo relacionado con el otorgamiento de permisos y las funciones de DEPA.

La planificación regional es coordinada entre la planificadora y el resto de los coordinadores. Se tienen proyecciones hasta el 2,004 y se está trabajando en base a las mismas.

Panamá Oeste carece de tecnología informática de soporte, ni en la regiones de salud, ni en el hospital. Se espera que con la apertura de la nueva instalación se cuente con esta tecnología para mejorar la eficiencia en el manejo de los fondos e ingresos.

## **Fotografía N° 8: Instrumentos de Gestión**

### **Planificación Regional y Programación Local**

La experiencia más reciente se fundamenta en el trabajo efectuado en la gestión anterior, que implicó el análisis de la situación de salud y la focalización de las diferencias sectoriales. En cada instalación local hay un ASIS, el cual fue retomado por la actual administración, para dar continuidad al proceso de planificación toda vez que sobre la base del mismo se planteó la visión y la misión y se definieron con claridad los problemas por sectores distritalmente. En los 3 últimos años ha contado con la participación del equipo regional. Se han definido estrategias, metas e indicadores. La principal debilidad es que el mayor tiempo se dedica en las acciones operativa y se limita la conducción y supervisión y seguimiento del proceso de planificación. Hay debilidad en el proceso de evaluación sobre todo con la visión de un proceso de evaluación trimestral. Se ha efectuado en una sólo ocasión en la gestión anterior y en una en la gestión actual. Los equipos locales no se perciben comprometidos con el proceso llevado adelante y no se comprende la utilidad del mismo.

La planificación MINSA – CSS no es coordinada y esto es un reflejo de las relaciones que se dan entre ambos niveles nacionales de ambas instituciones. Estos procesos se facilitan a través de las direcciones regionales e institucionales, de ambas instancias, se han reunido y se ha dado una distribución sectorial de responsabilidades según áreas específicas. Esto toma en cuenta las escuelas para ofertar el servicio (programa escolar y otros servicios asistenciales).

No se da la programación local MINSA-CSS, es posible que se realicen acciones aisladas, lo cual opera funcionalmente para las intervenciones de emergencia. Responde a eventos culturales - sociales. Esta situación aplica para todos los distritos. (Ejemplo: Carnavales, Semana Santa y otras)

Esto trae como consecuencia que los riesgos no se intervengan de manera conjunta, como ejemplo concreto están los riesgos de la población de Arraiján y la exposición a explosivos no detonados.

La población participa del proceso de planificación sanitaria desde la perspectiva de la definición de sus necesidades, no así desde el establecimiento de prioridades y mecanismos de intervención. La población solo participa cuando tiene un problema específico.

A pesar de que la población por ley debe participar en estudios de impacto ambiental, sin embargo no lo hace y luego desconoce las situaciones y se queja por las dificultades que surgen como consecuencia de la incorporación de una medida o de un proyecto.

El proceso de convocatoria se realiza esporádicamente, en general para obtener compromisos específicos. No hay un proceso de convocatoria, no hay sistematización.

La población en ocasiones percibe a la institución de salud como un ente burocrático, no hay capacidad de convocatoria.

En cuanto a la evaluación de metas este proceso no se ha iniciado, toda vez que no se ha iniciado la implementación de acciones.

Se tienen planes de cada una de las coordinaciones, que implica el desarrollo de acciones quinquenales. Esto se trata de tomar en cuenta para el proceso de formulación presupuestaria.

Se está actualmente en el proceso de priorización con visión regional estratégica, que integre las actividades y priorice su desarrollo. Se cuenta con un documento de carácter integrador.

Se desarrollaron seminarios de planificación estratégica que dieron como resultado la conformación de una coordinación de promoción de la salud. La idea es que los coordinadores apoyen las acciones de promoción de la salud, para lo cual consideran que se tiene un rezago.

Se levantó un condensado de las funciones de supervisión y monitoreo que efectúan las diferentes coordinaciones con la visión de priorizar acciones y el establecimiento de infraestructuras que apoyen el desarrollo de la función de regulación. El centro toxicológico es una idea de proyecto que surge de este proceso.

Se carece de reuniones periódicas que permitan la evaluación y seguimiento de las metas e indicadores. Hay dificultades para el cumplimiento de fechas establecidas.

### **Presupuestación por Objetivos**

El presupuesto de funcionamiento se programa de manera automática, no toma en cuenta metas, objetivos, ni responde a las realidades. Han sido más bien presupuestos históricos. Mucho tiene que ver con la voluntad de directivos, con el interés de conocer los problemas para así adecuar el presupuesto a las necesidades. Se priorizaban renglones que no necesariamente eran las prioridades fundamentales. Se da mala planificación en términos de algunos objetos de gasto (medicamentos, combustibles). Se prioriza la atención asistencial, y se dejan de lado los aspectos ambientales y de salud pública.

Las funciones de regulación no se contemplan en la formulación presupuestaria (vigilancia epidemiológica y ambiental). Ni siquiera se contemplan los recursos generados en la 210 para priorizar la adquisición de insumos en estos aspectos.

La formulación presupuestaria del año 2,001 contó con la participación de las coordinaciones para lograr una programación más real. También participaron las unidades locales. Cada centro tomó sus presupuestos con una concepción de micro red. Tomaron en cuenta los programas que realizan para así poder dar paso a una formulación basada en las necesidades. Lo ideal hubiera sido conectar el ASIS y las realidades estratégicas con la formulación presupuestaria, quizás esto es debido a limitantes del tiempo.

Los contratos programas son factibles pues se cuenta con los recursos e instancias técnicas para desarrollarlas. Existen empresas con las cuales se puede lograr el intercambio de bienes y servicios. Las leyes que existen limitan el funcionamiento, toda vez que es burocrático.

El modelo de compra privado es muy diferente toda vez que funciona con capital privado, no se tienen tantos requisitos. En el caso público funciona vía presupuestos y hay que ceñirse a un conjunto de procedimientos.

En cuanto a definir la mejor opción es necesario analizar más profundamente los modelos público-público y público-privado sin fines de lucro, para tomar una mejor decisión, que tome en cuenta la complejidad de la instalación y las capacidades técnicas de cada instancia.

Actualmente no se están introduciendo compromisos de gestión. En algún momento de la gestión anterior se realizaron consultas, sin embargo no hay decisiones a este respecto; toda vez que se sigue el modelo tradicional con la variante de contratación privada de algunos servicios (externalización).

### **Descentralización:**

La descentralización debe darse sobre todo en el manejo de los recursos económicos de autogestión (210) con la consecuente fiscalización de su manejo. Esto con la finalidad de planificar el gasto con base a estimados a través de antecedentes históricos. Debe agilizarse el manejo del recurso.

Este proceso debe llevarse hasta el nivel regional, mientras no se revisen las funciones de los Comités de Salud, toda vez que estos no deben estar circunscritos al manejo de fondos.

Otro aspecto importante es que el presupuesto debe ser suficiente, lo cual tiene que ver con asignación de recursos y la calidad del servicio.

De igual forma debe descentralizarse la gestión de recursos humanos de forma tal que los recursos respondan a las necesidades de la población y estas son diferentes de una población a otra.

La participación social es un pilar para la descentralización, que permitiría que la población se sienta parte y responsable de las acciones de salud. En este sentido es factible la creación de Consejos de Gestión de Salud en todos los niveles, para la cogestión sanitaria. Sin embargo la participación de los Comités de Salud es poca. Es indispensable establecer incentivos que permitan motivar a la población a obtener una participación activa e integral en la gestión sanitaria.

Nivel central se comunica con el nivel regional y este con las instancias locales. Con la mudanza y reapertura del hospital se da una comunicación nivel central - hospital regional (equipos, recursos, otras), esta situación no se coordina ni siquiera con el director del hospital. Hay un manejo completamente centralizado. Esto trae problemas en la dinámica de funcionamiento, en la comunicación y en la gestión regional. Se requiere fortalecer la comunicación entre el nivel regional y el local.

Los modelos de patronato pueden ser funcionales, siempre y cuando tengan características propias y se de una definición clara del grado de autogestión regulada. Otro grupo plantea que no hay consenso en la utilidad de esta figura para llevar adelante una gestión efectiva de las instalaciones de salud

Desconcentración de funciones de:

DEPA

Es necesario descentralizar las funciones en lo relacionado con Vacamonte y otras. Vigilancia del procesamiento del camarón.

En cuanto a la vigilancia en saneamiento ambiental la limitante es la falta de disponibilidad de recursos tecnológicos, a pesar de existir capacidad técnica en el nivel regional.

Farmacia y Drogas

El suministro de antifímicos es adecuado, toda vez que se aplica el concepto de la demanda y perfil epidemiológico. En cuanto al suministro general desde el depósito central se ha mejorada la comunicación, lo cual ha permitido el control de las compras urgentes, porque se conoce en que etapa está cada proceso de adquisición en cada uno de los renglones de medicamentos.

Mientras los mecanismos de comunicación sean adecuados la descentralización de la compra de medicamentos no parece urgente. Hay que controlar la fecha de vencimiento de los medicamentos, las compras urgentes se dan a precios más elevados.

Incentivos

A inicios del año 2,000 una de las estrategias definidas para impactar en el rendimiento de los recursos humanos fue el sistema de meritocracia. Es importante capacitar sobre

derechos- deberes, subsidios, incentivos y otros aspectos relacionados con los trabajadores.

La meritocracia se esta trabajando con algunas radioemisoras para que los trabajadores puedan participar de programas que evidencian las actuaciones del sistema de salud, y contribuyan a elevar la autoestima del personal.

Se ha establecido a través de la Unidad Docente Regional un proceso de capacitación para mejorar las capacidades de los recursos humanos y les permita su actualización y capacitación de los mismos.

Estos mecanismos obedecen a un plan elaborado para tal fin y surge como producto del proceso de capacitación en planificación estratégica.

Este sistema se esta aplicando a todos los funcionarios de salud, priorizando a los funcionarios más vulnerables. La limitante que existe es de disponibilidad de recursos. Se ha instalado una comisión laboral para identificar a tiempo al personal enfermo y para atender las necesidades que surgen como producto de accidentes y/o enfermedades laborales.

La administración de RRHH esta clara en establecer un plan de reclutamiento con base a criterios de conocimiento y de calidad. Realizar análisis de capacidad laboral previo (examen psicológico y laboral previo).

Los sistemas de incentivos deben mejorar la productividad y eficiencia de los recursos, toda vez que se da un mejor control de los riesgos laborales ya sean biológicos, físicos o de otra naturaleza. Se busca mejorar las condiciones de trabajo del personal y lograr más años productivos al estado y por tanto a la población.

Es básico mejorar las condiciones de los establecimientos para ofrecer espacios para la alimentación, por ejemplo.

Se está trabajando en la motivación de los funcionarios.

Un incentivo importante para el funcionario es que se le este tomado en cuenta para las diferentes acciones y procesos del sistema.

Es necesario mejorar la atención del cliente interno, a fin de lograr más éxitos con los clientes externos.

### **Sistema de abastecimiento y suministro:**

El sistema de inventario se hace de acuerdo a lo que se tienen en existencia, se analizan los recursos de acuerdo a los programas y se establecen los recursos más

necesarios para aumentar la atención de la demanda y la calidad, los recursos humanos de acuerdo a las prioridades.

Los pedidos de insumo se hacen con base a las estadísticas de atención. Los estándares que se establecen son las auditorías a través de las tarjetas de kardex. Estos sistemas de estándares se deben mejorar, deben tecnificarse y modernizarse.

El proceso de compras en los insumos de salud se hace por autogestión en los niveles locales, el criterio técnico es importante para la determinar la compra de insumos.

A los proveedores se les paga a través de cheques o por medio de créditos.

El suministro de farmacia y laboratorio entre el MINSA central- MINSA regional, y hacia los niveles locales, esta muy deficiente, el periodo de abastecimiento largo y la entrega de pedidos es lenta y escasa. Se requiere mejor coordinación. Debe separarse los niveles regionales y hospitales en lo que se refiere a los insumos de farmacia y laboratorio.

Se controla con base a los inventarios.

No hay acuerdo de abastecimiento MINSA- CSS, debe tomarse en cuenta la morbilidad para ello.

### **Sistema Información**

No existe una cultura de análisis de la información, se utiliza por aspectos puntuales y urgentes. No se da una integración y análisis de los subsistemas.

En cuanto a los hospitales a estos se les informa semanalmente para el intercambio de información y la generación de posibles soluciones a problemas identificados; sin embargo el proceso no es integral toda vez que no contempla todos los aspectos y la información disponible. Se consideran necesidades pero no se hace análisis de las situaciones. La región esta desconectada del proceso, toda vez que sólo participan algunos miembros de la región y luego no hay divulgación del proceso.

Los centros sólo remiten información a la región cuando esta la solicita.

La logística del sistema tiene muchas limitantes en cuanto a mejorar la tecnología para su operación. Hay dificultades de fluidez del información entre las diferentes áreas, sobre todo por que existen instalaciones en áreas de muy difícil acceso.

El personal se ha estado capacitando por el nivel central. Conocen su trabajo.

El sistema de información en cuanto a la captación de datos es más dinámico.

Al efectuar la evaluación anual una de las inquietudes expresadas por estadística fue el exceso de datos que se recaban. Se está trabajando en readecuar los formularios. Este proceso se está efectuando por el departamento de estadísticas en coordinación con los usuarios del sistema. Hace un mes se estableció que varios formatos no obedecen al perfil y prioridades epidemiológicos. Los grupos distritales se están reuniendo con los equipos locales para depurar los formatos a utilizar. Se establecerán las coordinaciones posteriores con el nivel central. Uno de los pasos previos efectuados fue la definición de indicadores de salud que contó con la participación de los niveles locales, que inclusive cuenta con una escala de priorización que partió de los ASIS distritales.

Una prioridad es establecer los mecanismos de evaluación que permitan la retroalimentación de los procesos.

En cuanto al hospital la participación es más puntual y específica a áreas determinadas.

Una debilidad está en la construcción de indicadores de gestión y de regulación, los cuales se tiene previsto trabajar en ellos.

En cuanto al sistema de información gerencial, el hospital lleva el sistema de facturación que establece el diferencial MINSA-CSS.

En términos generales costo 20 está implementado en el hospital, a nivel de centros de salud se cobra la consulta al asegurado (B/. 1.00) y la CSS paga B/. 4.00 y los factura. La información se consolida a nivel de la región. Costo 20 no se lleva integralmente. No se analizan las plantillas de resultados y ha afectado el rendimiento de los recursos humanos por la sobrecarga de instrumentos que ha exigido.

Los centros de producción están bien definidos aunque no se está claro si en realidad responden a las necesidades y complejidad de las instalaciones.

Winsig es un sistema de información gerencial sobre el que se ha recibido capacitación pero que no está implementándose.

Con relación al sistema de presupuesto se tienen dificultades en el flujo de la información, no se han definido las funciones de manejo de información de primero y segundo nivel, situación que dificulta la toma de decisiones. Incluso hay retraso en la información que emana del nivel central hacia el regional. Recientemente se está utilizando el programa informatizado existente en presupuesto. No había control de la ejecución presupuestaria, hoy día esta información se maneja semanalmente, lo cual permite dar respuestas más certeras a las necesidades de las diferentes instalaciones. Recientemente se entregó la información presupuestaria a los niveles locales, hasta ahora no ha fluído la información de la ejecución presupuestaria con la oportunidad requerida. A nivel de la región esta información es del conocimiento de las entidades administrativas.

## Comentarios:

Las compras centralizadas tienen el beneficio de aumentar el volumen de compras y abaratar los costos. Sin embargo, hay retardo en la distribución y en la disponibilidad de los insumos, se espera que mejorado el sistema se cuente con mayor oportunidad, pues el problema esencial es este. Si existiese una partida para la compra de medicamentos urgentes esta situación podría mejorarse. Otro aspecto tiene que ver con la calidad del producto situación en que las regiones deberían tener mayor participación. Quizás sería necesario establecer precios establecidos para que las regiones puedan adquirir los insumos desde este nivel a los mismos precios del nivel central.

## **Fotografía N° 9. Financiación de los Servicios**

### **Compensación de costos**

Actualmente existen dos sistemas relacionados con la medición de costos, uno de ellos es el costo20 y el otro el Winsig. El primero de estos sistemas opera en todas las instalaciones del primer y segundo nivel de atención, pero sólo se utiliza para la compensación de costos MINSA-CSS; no se analizan sus productos en forma integral, ni se relacionan la producción, rendimiento y recursos.

En el caso del Winsig este es un sistema de incipiente manejo en la región. Se lleva en el hospital regional y en dos centros de salud (El Espino y el Magaly Ruiz). Los centros de salud procesan la información manualmente, por carecer de los soportes tecnológicos requeridos por el sistema, por tanto no se da el procesamiento de los datos, ni se utiliza para la toma de decisiones. En el hospital este sistema se analiza y ha servido de base para la toma de decisiones toda vez que se integran los aspectos de rendimiento, recursos, producción y costos.

Los costos de la atención sanitaria están determinados por la situación económica de los centros de salud, por el costo de los insumos, por el tipo de paciente que demanda los servicios (asegurados – no asegurados; pobres – no pobres). Vale destacar que la atención de los asegurados implica inversión y gastos para el MINSA, cuya recuperación es muy difícil, toda vez que la compensación es demorada e inefectiva. La tecnología de punta no es un factor que condiciona los costos, toda vez que la región no cuenta con la misma. Las decisiones de diagnóstico y tratamiento sí los afectan porque:

- el hospital regional es de segundo nivel y por tanto no cuenta con algunas especialidades y/o servicios
- se efectúan traslados hacia hospitales de mayor grado de complejidad (tercer nivel)
- se hospitalizan pacientes aunque sus patologías pueden ser tratados ambulatoriamente, debido a que residen en áreas de muy difícil acceso o porque su nivel económico, social y cultural pueden constituirse en factores de riesgo que incrementan las complicaciones

Las tarifas establecidas no responden a los costos reales. En algunos aspectos los centros establecen tarifas para acercarse a los gastos. Deben ajustarse de acuerdo a los costos actuales; al tipo de persona o cliente que acude al centro; de acuerdo a la situación económica de cada centro.

La duplicidad de servicios afecta negativamente al MINSA porque el asegurado recibe servicios del MINSA a bajo costo y el seguro no atiende a las personas no aseguradas. El Seguro Social no apoya muchas veces con el transporte de los pacientes (ambulancias) aún cuando los pacientes que han sido atendidos en los centros de salud son asegurados.

## **Fuentes de Financiamiento**

En el caso de los centros de salud, el presupuesto público financia el 95% de los gastos en salud y la autogestión vía la recaudación el 5% restante.

En cuanto al hospital puede decirse que el presupuesto del Estado aporta el 94%, de los que el 90% provienen del MINSA y el 4% de la Caja de Seguro Social. El 6% restante es aportado por la autogestión, vía la recaudación.

La autogestión aporta recursos para cubrir necesidades de personal, insumos, medicamentos, pago de una parte de los gastos de servicios básicos, combustible, transporte y viáticos.

Hoy día no se hace evaluación socio-económica de manera sistemática y objetiva, más bien se constituye en una unidad que aprueba créditos o exonera los costos de la atención. Esta situación se da principalmente en los centros de salud. En los centros de salud que cuentan con recursos de trabajo social, este funcionario asume la función, en aquellos donde se carece de este recurso la función la ejecuta la dirección médica. El sistema de evaluación socioeconómica es llevado a nivel hospitalario por un administrativo, excepción hecha a los pacientes pediátricos toda vez que esta función recae en trabajo social. Esta situación no permite la recuperación del gasto.

El grupo sugiere efectuar las siguientes modificaciones:

- mejorar la evaluación económica}
- promocionar la importancia del pago de los servicios recibidos

Por otro lado, se plantea que el subsidio estatal no es garante de la equidad sanitaria, ya que aún quedan personas que no tienen acceso a los servicios desde el punto de vista geográfico, cultural, social y económico.

Las donaciones no constituyen un aporte importante porque no se dan mucho, las pocas que se reciben son previa consulta de las necesidades. No generan problemas porque son pocas.

Los costos actuales facilitan la sobreutilización y limitan la eficiencia del sistema ya que por los bajos costos se abusa de la atención inclusive por los asegurados.

En cuanto a la información de gastos de salud esta es confiable y oportuna. En el hospital se tienen formularios para ver cuanto se gasta diariamente en los servicios de apoyo (farmacia, almacén y otros). Esta información se elabora por el jefe de cada departamento o servicio de apoyo.

Existe autonomía para la modificación de rubros presupuestales en los servicios de salud, se hace a través de transferencia de partidas y traslados financieros.

La asignación financiera se hace a través del anteproyecto de presupuesto en la región con la participación de las unidades ejecutoras. La administración regional coordina o asigna de acuerdo a los recursos, necesidades y prioridades.

Los niveles ejecutores hacen sus solicitudes de acuerdo a lo presupuestado y la región hace las compras y las asignaciones a los diferentes centros. El hospital formula y ejecuta su presupuesto.

## Fotografía N°10. Proyectos de Inversión

- Infraestructura: 10 proyectos aprobados por el nivel central
  - Remodelación/Construcción de 10 puestos
  - Construcción de Policentro de Arraiján (no hay instalación del MINSA y hay incremento de la demanda)
  - Construcción de un centro
  - Area del Tecal se esta analizando con la CSS para definir que construir (90% de población asegurada)
  - C. Altos de San Francisco: actualmente en espacio físico de la Iglesia. Se cuenta con terrenos para construir instalación propia.
  - Año 2001 construcción del Policentro de Magali Ruiz, como reemplazo a la instalación existente. Incremento de la demanda, condiciones de inseguridad para la atención por deterioro natural de la instalación.
- Equipamiento:
  - De los puestos de salud a construir
  - Adquisición de vehículos para apoyar las acciones de salud en áreas inaccesibles. (nivel local, DEPA, Control de Vectores-A.a)
  - Máquinas ULV – pesadas y mochilas
  - 8 sillones odontológicos para el Magali Ruiz
  - Promoción de más de 20 granjas en el Distrito de Capira (mayores índices de desnutrición). Se han inaugurado 5.
  - Formación de huertos escolares y comunitarios
- Saneamiento Ambiental (salud rural)
  - 10 acueductos rurales en proceso. Inaugurados 6.
  - 300 letrinas para Arraiján, en las áreas más inaccesibles al alcantarillado
  - 500 letrinas para el distrito de Capira. Se recibirán en julio-agosto
- Hoy día existen 13 puestos de salud cerrados por falta de recursos humanos. Capacitar los asistentes en el 2001.
- Se cuenta con 65 instalaciones:
  - 11 centros
  - 10 subcentros
  - 45 puestos
  - 1 hospital

Se requiere fortalecer la red en el Distrito de Arraiján debido a su crecimiento poblacional. Para el análisis de los proyectos (MEF) es importante reconocer las necesidades reales de la población, para que en realidad las inversiones respondan a estas y no a las decisiones políticas de otros actores, que no necesariamente responden a la solución de problemas. Para mejorar la coordinación efectiva con estos actores se ha facilitado el ASIS a la Junta Comunal para así efectuar las inversiones que resuelvan problemas concretos.

Limitantes:

Aspecto Técnico para la confección de planos. Se dispone de una arquitecta solamente.

Los proyectos están destinados a mejorar, fortalecer la red de servicios en cuanto a sus recursos y funcionamiento (referencia-contrareferencia)