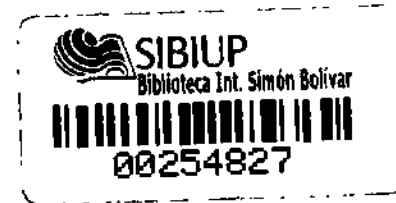


UNIVERSIDAD DE PANAMA



VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN GERENCIA DEL BIENESTAR
SOCIAL

**PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO EN EL
PROCESO DE COGESTION DE LA SALUD, DURANTE LA FASE DE
IMPLANTACIÓN DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL
CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, ENTRE LOS AÑOS 1997-2000**

POR:

AMANDA A. BLANCO M.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN GERENCIA
DEL BIENESTAR SOCIAL**

PANAMA, REPUBLICA DE PANAMA

2001

T.H.

PAGINA DE APROBACION

5 - OCT 2001

APROBADO POR:

Director de Tesis:

Nuria Campos F.
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado:

Viedma Guzman
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado:

[Signature]
(Nombre y Título)

Representante Vice Rectoría de Investigación y Post-grado:

[Signature]
(Nombre y Título)

Comentarios:

Fecha: 17 Sept. 2001

'45 Obsequio del autor

DEDICATORIA

La concreción de este trabajo, que me permite alcanzar una fase de mi formación profesional, se convierte en un legado que dedico a mis hijos Carlos y Lorena, quienes han sido mi principal estímulo y de los que espero continúen su preparación académica para enfrentar con mayores opciones este nuevo siglo, con una dimensión más humana.

Una especial dedicatoria a mi madre Amada y a mi padre Gonzalo, quienes me formaron en el valor de la superación a través del esfuerzo y el estudio.

A mis hermanas, hermanos, sobrinos y sobrinas, en especial a Geovanna y Vilma.

Dedico este aporte a todas las personas que tienen la esperanza y luchan por vivir en un mundo de equidad humana, que esperamos no sea una utopía.

AGRADECIMIENTO

¿Cómo podré pagar al Señor todo el bien que me ha hecho?. ¡Qué bueno es darte gracias y reconocer que estas siempre conmigo, en cada esfuerzo y éxito que alcanzo en mi vida, dejas la huella de tu eterna presencia y compañía!

Mi profundo agradecimiento a la Doctora Nivia Campos, por su constante estímulo y contribución para lograr una anhelada meta en mi especialización profesional.

A las autoridades de la Región de Salud de San Miguelito y a la Dirección del Centro de Salud de San Isidro por la facilitación que brindaron para hacer posible este trabajo de investigación.

A los y las protagonistas de este esfuerzo, constituido por funcionarias (os) del Centro de Salud y de la Región de Salud, Comité de Salud, lideresas de organizaciones comunitarias y damas residentes en las comunidades Santa Elena N° 2, Seis de Abril y el Valle de San Isidro.

A la Licenciada Esther Díaz, por su desprendida colaboración en la organización de los actores comunitarios que participaron en esta investigación.

A la señora Olivia de Domínguez, presidenta del Comité de Salud y permanente luchadora comunitaria por el bienestar social de la familia, la mujer y la juventud, a quienes ha dedicado gran parte de su vida.

A mi hijo Carlos, por las largas horas que dedicó a este trabajo, aún a pesar de su agotamiento, siempre ha sido solidario.

A mi hija Lorena y a mi padre Gonzalo, quienes me apoyaron para lograr esta meta.

A todos (as) las personas que de una u otra forma colaboraron, mi eterna gratitud.

RESUMEN EJECUTIVO

INDICE GENERAL

RESUMEN EJECUTIVO

Para conocer cómo ha sido la participación de la comunidad a través del Comité de Salud, durante su implantación y ejecución en los años de 1997-2000, específicamente en el Centro de Salud de San Isidro, se realizó una investigación cualitativa, empleando de manera ajustada la Metodología para la Evaluación de la Participación Social en el Desarrollo de la Salud (p.e. Rozental et. al. (1993)).

El estudio permitió comprobar que antes de la aplicación de la Reforma en el Centro de Salud, existían condiciones que favorecían una amplia participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud de San Isidro, que no fue aprovechada para mejorar su posición como actor social. Se comprueba que el equipo del Centro de Salud estimula la participación coyuntural del Comité, en la ejecución de acciones que no representan un proceso de cogestión. La Reforma crea con el modelo de salud para el Centro, un conjunto de oportunidades que contribuyen, si son adecuadamente aprovechadas, a que el Comité de Salud asuma un papel más beligerante en la lucha por los intereses de la comunidad que representa, especialmente cuando forma parte del Equipo conductor de la gestión del Centro de Salud. No obstante es mediatizado por el equipo de salud, quien domina los procesos deliberativos, anulando las posibilidades de que el Comité realice propuestas concretas en torno a sus necesidades sentidas, que es posible no estén presentes en los acuerdos pactados. Por otro lado, existiendo las respuestas para lograr el acceso de los pobres a la participación social y a la atención de la salud, el Comité no ha negociado los mecanismos operativos para hacerlo efectivo.

Para coadyuvar a superar las debilidades que tiene el Comité de Salud y prepararlo a que asuma con mayor eficacia los roles que exige el Proceso de Reforma y Modernización en el cual está inserto, se presenta finalmente una propuesta de capacitación.

EXCECUTIVE SUMMARY

To get acquainted with the community participation through the Health Committees during it's implantation and execution on the years 1997-2000, specifically in the san Isidro's Health Center, a qualitative investigation was performed, applying the Social Participation Evaluation Methodology in the Health Development, in it's adjusted way (p.e. Rozental et. al. (1993)).

The study allowed to prove that before the application of the Reform on the Health Center, conditions exited that favored a broad participation of the Health Committee in the co-gesture of health in San Isidro, that was not taken into consideration to improve it's position as a social actor. It's proved that the Health Center Team stimulates the coyuntural participation of the Committee, in the

execution of actions that do not represent a co-gesture process. The Reform creates, with the health model for the Center, a group of opportunities that will contribute, if adequately taken, to make the Health Committee take a more belligerent role in the struggle for community interests that it represent, specially when it is a part of the Conductor Team of the health Center gesture. Nevertheless, it is mediatized by the Health Team that dominates the deliberative processes, scratching the possibilities for the committee to make concrete proposals around the sensed necessities, that are possibly not present in the agreements. On the other hand, existing the choices to allow the poor to access social participation and health attention, the committee has not negotiated the operative mechanisms to make it effective.

To help out overcome the Health Committee's weaknesses and to prepare it to assume efficiently the roles that the Modernization and Reformation Process, in which it is inserted, demands, a capacitation proposal is finally presented.

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN EJECUTIVO	viii
ÍNDICE GENERAL	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xix
ÍNDICE DE GRÁFICAS Y FIGURAS	xxix
CAPITULO 1, INTRODUCCION	2
1.1. Planteamiento del Problema de Investigación	5
1.2. Justificación	7
1.3. Propósito 9.....	→
1.4. Objetivos del Estudio.....	10
1.4.1. Objetivo General.....	10
1.4.2. Objetivos Específicos	11
1.5. Hipótesis de Trabajo	12
1.6. Variables 13.....	→
1.7. Delimitaciones.....	15
1.8. Limitaciones del Estudio.....	16
CAPITULO 2, MARCO TEÓRICO	19
2.1. Participación Social en la Co-Gestión del los Servicios de Salud	20
2.2. Evaluación de la Participación Social desde Salud	32
2.3. Sistema Nacional de Salud	36
2.3.1. Organización del Ministerio de Salud	38
2.3.2. Lineamientos políticos y estratégicos del Ministerio de Salud.....	43
2.3.3. Situación Nacional de Salud	46
2.3.3.1. Aspectos Demográficos.....	46
2.3.3.2. Situación de Salud	47
2.3.3.3. Situación de la pobreza en la población panameña	47
2.3.3.4. Estado actual de los Recursos Humanos	50
2.3.3.5. Situación de los Recursos Físicos.....	50
2.3.3.6. Situación de los Recursos Financieros.....	51
2.4. Región de Salud de San Miguelito.....	53
2.4.1. Determinantes y Condicionantes de la Salud en la Región.....	54

2.4.1.1.	Situación Demográfica	55
2.4.1.2.	Situación Socioeconómica.....	55
2.4.1.3.	Situación de la Pobreza en la Región de Salud de San Miguelito.....	56
2.4.1.4.	Situación de salud de las personas	61
2.4.1.5.	Demanda de servicios de salud.....	63
2.4.1.6.	Situación de los Recursos Humanos	65
2.4.1.7.	Red de Servicios de Atención.....	67
2.4.1.8.	Gasto en Salud	68
2.4.1.9.	Cobertura de los Servicios de Salud.....	70
2.4.1.10.	Situación de la Participación Social	70
2.4.1.11.	Los Comités de Salud	71
2.4.1.12.	Estructura Orgánico-Funcional de la Región de Salud de San Miguelito.....	76
2.5.	Proceso de Reforma y Modernización del Sector Salud Panameño	81
2.5.1.	Propósitos de la Reforma y Modernización	85
2.5.2.	Funciones del Ministerio de Salud en la Reforma y Modernización	85
2.5.3.	Resultados esperados con la implantación de la Reforma y Modernización	86
2.5.4.	Marco Legal de la Reforma y Modernización	87
2.6.	Reforma y Modernización de la Región de Salud de San Miguelito	87
2.6.1.	Modelo de Planificación Integrada.....	88
2.6.2.	Nuevo Modelo de Gestión del Hospital Integrado San Miguel Arcángel	92
2.6.3.	Modelo de Gestión y Provisión de Salud de la Red Primaria.....	93
2.6.3.1.	Reorganización funcional del Centro de Salud	94
2.6.3.2.	Modelo de Gestión	95
2.6.3.3.	Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ecológico.....	100
2.6.3.4.	Demanda y Oferta Sectorizada de Atención.....	103
2.6.3.5.	Modelo de Atención Integrada de Servicios.....	105
2.6.3.6.	Atención Según Nivel de Complejidad.....	105
2.6.3.7.	Oferta de Servicios en la Red Primaria y Secundaria	107
2.6.3.8.	Sistema de Referencia y Contrarreferencia	108

2.6.3.9. Participación Social en la Gestión de los Servicios en la Reforma	109
2.6.4. La Atención de la Pobreza en la Reforma y Modernización Sanitaria	118
CAPITULO 3, MARCO METODOLÓGICO	124
3.1. Tipo de Estudio	125
3.2. Límites del Estudio	127
3.3. Universo y Muestra	127
3.4. Sujetos de Estudio	129
3.5. Fuentes y Técnicas de Recolección de Datos	130
3.6. Procedimientos para la Recolección de los Datos	132
3.7. Tabulación y Análisis de los Datos	134
CAPITULO 4, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO EN EL PROCESO DE COGESTIÓN DE LA SALUD, DURANTE LA FASE DE IMPLANTACIÓN DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, ENTRE LOS AÑOS 1997-2000.....	140
4.1. Caracterización de los Informantes del Estudio	142
4.2. Perfil de los y las Informantes.....	143
4.2.1. Conductores de la Gestión del Centro de Salud y Prestatarios de Servicios de Salud.....	143
4.2.2. Usuaris De Los Servicios De Salud.....	145
4.3. Escenarios En Los Que Se Desarrolla La Participación del Comité de Salud en la Gestión de la Salud, en la Fase Previa y Durante la Implantación de la Reforma y Modernización del Centro de Salud de San Isidro	154
4.3.1 Escenario Inicial o de Predisponentes.....	155
4.3.1.1. Caracterización de la Situación de Salud de San Isidro	155
4.3.1.1.1. Situación Demográfica	157

4.3.1.1.2. Situación de salud de las personas	157
4.3.1.1.3. Situación de Salud del Ambiente	173
4.3.1.1.4. Situación de los Servicios.....	175
4.3.1.1.5. Situación de la pobreza en San Isidro	181
4.3.1.2. Políticas y Estrategias Nacionales para Abordar los Problemas de la Red Primaria de Salud	183
4.3.1.3. Política y Estrategias del Gobierno para Enfrentar los Problemas de Salud de la Población	185
4.3.1.4. Oferta de Servicios de Salud para la Atención de la Población y el Ambiente en San Isidro.....	187
4.3.1.5. Principales Problemas que Confronta la Población, el Ambiente y los Servicios de Salud de San Isidro.....	191
4.3.1.6. Percepción de Políticas Oficiales Sobre Participación Social	196
4.3.1.7. Caracterización de la Participación Social	198
4.3.1.7.1. Propósito de la Participación Social.....	198
4.3.1.7.2. Sostenibilidad de la Participación Social.....	201
4.3.1.7.3. Tipo de Participación Social que se Produce en San Isidro	202
4.3.1.7.4. Formas Organizativas y Procesos de Participación y Movilización en la Comunidad en Torno a la Salud.....	203
4.3.1.7.5. Concepciones del Comité De Salud, como un organismo comunitario que participa en la Producción de La Salud	208
4.3.1.7.6. Patrimonio del Comité de Salud	217
4.3.1.7.7. Membresía y Elección Del Comité De Salud	219
4.3.1.7.8. Mecanismos de Comunicación Empleados por el Comité De Salud	223
4.3.1.7.9. El Comité de Salud y la Defensa de los Derechos Sanitarios de la Población	225
4.3.1.7.10. Participación del Comité de Salud en la Gestión del Centro de Salud	226
4.3.1 Escenario de Innovaciones	230

4.3.2.1	Percepción del Origen de la Reforma y Modernización Sanitaria.....	230
4.3.2.2.	Conceptualización de la Reforma y Modernización del Sistema Sanitario.....	232
4.3.2.3.	Componentes o Dimensiones de la Reforma.....	234
4.3.2.4.	Objetivos del Proceso de Reforma y Modernización.....	235
4.3.2.5.	Cambio que Introduce la Reforma y Modernización en los Servicios de Salud de San Isidro	235
4.3.2.6	El Equipo Básico de Salud Como el Eje de la Reforma en la Provisión de Servicios de Salud en el Centro	242
4.3.2.7.	Acciones que realizan los Equipos Básicos en la Zona Sanitaria.....	245
4.3.2.8.	Tipo de participación social que promueve el Centro de Salud con la Reforma y Modernización.....	246
4.3.2.9.	Objetivos que se propone alcanzar en términos de Participación Social el Proyecto de Reforma y Modernización	248
4.3.2.10.	Requerimientos que establece la Reforma y Modernización al Comité de salud	249
4.3.2.11.	Relación del Comité de Salud con Otros Actores Sociales	251
4.3.2.12.	Proceso de Participación del Comité de Salud en la Implantación Compromiso de Gestión en el Centro de Salud	253
4.3.3.	Escenario de Transformaciones	266
4.3.3.1.	Dinámica de la Participación del Comité de Salud.....	267
4.3.3.1.1.	Intensidad de la Participación Social	268
4.3.3.1.2.	Extensión de la Participación del Comité de Salud en la implantación de la Reforma y Modernización del Centro de Salud	271
4.3.3.2.	Sostenibilidad de la Participación del Comité De Salud en la implantación de la Reforma y Modernización	274
4.3.3.3.	Eficacia de la Participación del Comité de Salud	277
4.3.3.4.	Determinantes del Proceso de Participación del Comité de Salud.....	282

4.3.3.5	Recomendaciones para Mejorar la Cogestión del Sistema Local de Salud de San Isidro	294
4.3.4.	La Pobreza un Reto para la Reforma y Modernización del Sistema Sanitario.....	300
4.3.4.1.	Concepción Popular de la Pobreza.....	301
4.3.4.2.	La Salud de los Pobres	305
4.3.4.3.	Políticas y Estrategias de orden Nacional para Enfrentar la Crisis de Salud de los Pobres	310
4.3.4.4.	La Participación de los Pobres en la Producción Social de la Salud.....	314
4.3.4.5.	Procesos de participación y movilización en torno a la Salud de los Pobres	315
4.3.4.6.	Participación del Comité de Salud en la defensa del derecho a la Salud de los Pobres	318
4.3.4.7.	Lineamientos de la Reforma y Modernización para enfrentar la salud de los pobres.....	322
4.3.4.8.	Respuestas a las necesidades de los pobres en el Compromiso de Gestión de San Isidro	323
4.3.4.9.	Escenario en el que se desarrolla la participación organizada de los pobres en San Isidro.....	328
4.3.4.10.	Factores que pueden impulsar y restringir la participación de los pobres en la gestión de la salud.....	331
4.3.5.	Análisis de los resultados	332
4.4	<u>Propuesta de Capacitación para el Fortalecimiento de la Participación del Comité de Salud de San Isidro en la Cogestión de la Salud, Durante la Fase de Ejecución y Sostenimiento de la Reforma y Modernización del Centro de Salud de San Isidro.....</u>	348
4.4.1.	Introducción.....	348
4.4.2.	Justificación.....	350
4.4.3.	Objetivos	352
4.4.3.1.	General.....	352
4.4.3.2.	Específicos	353
4.4.3.3.	Destinatarios	354
4.4.3.4.	Duración.....	354

4.4.3.5. Fases y Ejes Temáticos	354
4.4.3.5.1. I Fase: Sensibilización en la Conducción de la Representación Comunitaria en la Gestión Local de Salud.....	355
4.4.3.5.2 II Fase: Articulación del Comité de Salud al Sistema de Gestión de la Salud de San Isidro	356
4.4.3.5.3. III Fase: Conducción de la Participación Social Hacia la Producción de la Salud.....	357
4.4.3.5.4. IV Fase: Evaluación del Proceso de Capacitación	359
4.4.3.6. Costos de los Talleres	360
CONCLUSIONES	361
RECOMENDACIONES.....	376
BIBLIOGRAFÍA	383
ANEXOS	390
ANEXO 1. Instrumentos Empleados en la Recolección de Datos.....	391
ANEXO 2. Compromiso de Gestión del Centro de Salud de San Isidro.....	398

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. MINISTERIO DE SALUDO. ORGANIZACIÓN DEL NIVEL OPERATIVO AÑO 1997	41
TABLA 2. MISIÓN Y VISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ.....	43
TABLA 3. PRINCIPIOS Y VALORES ESENCIALES DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD DE PANAMÁ. AÑO: 1995	45
TABLA 4. ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO SEGÚN NIVELES DE POBREZA. AÑO 1997.....	59
TABLA 5. PROBABILIDAD DE SER POBRE EN EL DISTRITO DE SAN MIGUELITO, SEGÚN CORREGIMIENTO AÑO 1997.....	60
TABLA 6. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, PERFIL DE MORBI REGIONAL. 1997.....	61
TABLA 7. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, PERFIL DE MORTALIDAD POR SISTEMA REGIONAL. 1997.....	62
TABLA 8. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, FRECUENCIA DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR GRUPO ETÁREO EN LAS INSTALACIONES DE SALUD. 1996.....	63
TABLA 9. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, FRECUENCIA DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA ANUAL POR GRUPO ETÁREO Y TIPO DE PROFESIONAL AÑO 1996.....	64
TABLA 10. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, RECURSO HUMANO CONTRATADO POR LOS COMITÉS DE SALUD COSTO MENSUAL Y ANUAL POR CENTRO DE SALUD. 1998.....	67
TABLA 11. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, DISTRIBUCIÓN DE LAS INSTALACIONES DE SALUD POR CORREGIMIENTO, AÑO 1998.....	68
TABLA 12. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR CENTRO DE SALUD AÑO 1997	69
TABLA 13 REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, COBERTURA ANUAL DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD AÑOS 1993 – 1996.....	70

TABLA 14. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, COMITÉS DE SALUD CON PERSONERÍA JURIDICA SEGÚN CORREGIMIENTO. 1998	75
TABLA 15. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITOGRUPOS HUMANOS PROGRAMÁTICOS EN EL PLAN REGIONAL DE SALUD. AÑO 1998	89
TABLA 16. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD Y PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS Y OPERATIVAS DE SALUD. AÑO 1998	90
TABLA 17. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE SALUD AMBIENTAL Y COMUNITARIA. AÑO 1998	91
TABLA 18. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO. EQUIPOS FUNCIONALES QUE OPERAN EN LOS CENTROS DE SALUD AÑO 1998	94
TABLA 19. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, VISIÓN DE LOS CAMBIOS INSTITUCIONALES CON EL NUEVO MODELO DE GESTIÓN	96
TABLA 20. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, CONTENIDO DEL COMPROMISO DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO. AÑO:1999.....	99
TABLA 21. REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO, ZONAS SANITARIAS. 1998	103
TABLA 22. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, SITUACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS. AÑO 1997	104
TABLA 23. RESUMEN DE LOS INFORMANTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO	142
TABLA 24. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CORREGIMIENTO DE BELISARIO PORRAS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. AÑO 1997	157
TABLA 25. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS MÉDICAS Y TÉCNICAS POR ESPECIALIDAD. AÑO 1997	162

TABLA 26. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS POR ESTADO NUTRICIONAL AÑO 1997	166
TABLA 27. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, INGRESOS AL PROGRAMA DE ADOLESCENTES POR GRUPO DE EDAD. AÑO 1997	167
TABLA 28. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO EMBARAZADAS QUE INGRESAN AL CONTROL PRENATAL POR TRIMESTRE DE GESTACIÓN AÑO 1997	167
TABLA 29. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS MÉDICAS Y DE ENFERMERÍA A PRENATALES POR GRUPO DE EDAD Y AÑO. AÑO 1997	168
TABLA 30. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, NACIMIENTOS OCURRIDOS POR SEXO Y EDAD DE LA MADRE CON ASISTENCIA PROFESIONAL DEL PARTO EN BELISARIO PORRAS. AÑO 1997	169
TABLA 31. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS REALIZADAS A PUÉRPERAS POR TIPO DE PROFESIONAL Y GRUPO DE EDAD. AÑO 1997	169
TABLA 32. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS MÉDICAS Y ENFERMERÍA DE CONTROL DE SALUD DEL PROGRAMA DE ADULTO. AÑO 1997	170
TABLA 33. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, VIVIENDAS EXISTENTES SEGÚN ÁREA. AÑO 1997	173
TABLA 34. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, VIVIENDAS CON DOTACIÓN DE AGUA POTABLE POR ÁREA. AÑO 1997	174
TABLA 35. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, VIVIENDAS CON DISPOSICIÓN DE EXCRETAS POR AREA. AÑO 1997	174
TABLA 36. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, VIVIENDAS CON DISPOSICIÓN DE BASURA POR AREA. AÑO 1997	175
TABLA 37. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, VIVIENDAS INSPECCIONADAS POR AREA. AÑO 1997	175
TABLA 38. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, RECURSO HUMANO DISPONIBLE. AÑO 1997	177

TABLA 39. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, PERSONAL ADMINISTRATIVO. AÑO 1997.....	178
TABLA 40. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, PERSONAL MEDICO. AÑO 1997.....	178
TABLA 41. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, RECURSOS HUMANOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES EXISTENTES EN EL CENTRO DE SALUD. AÑO 1997.....	179
TABLA 42. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS INTERMEDIOS POR SERVICIOS, TIPO DE PERSONA Y AÑO. AÑO 1997.....	180
TABLA 43. ZONAS SANITARIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, SEGÚN RESPONSABLE DEL EQUIPO BÁSICO, POBLACIÓN ASIGNADA Y COMUNIDADES.....	182
TABLA 44. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD QUE SE IMPLEMENTAN EN EL NIVEL NACIONAL Y REGIONAL PARA ABORDAR LOS PROBLEMAS QUE CONFRONTA LA RED PRIMARIA DE SALUD.....	184
TABLA 45. POLÍTICA Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ANTES DE 1997.....	185
TABLA 46. POLÍTICA Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN.....	186
TABLA 47. INSTITUCIONES DE SALUD QUE TIENE LA COMUNIDAD, SERVICIOS DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES.....	188
TABLA 48. INSTITUCIONES DE SALUD QUE TIENE LA COMUNIDAD Y SERVICIOS QUE OFRECEN.....	189
TABLA 49. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE CONFRONTA LA POBLACIÓN, EL AMBIENTE Y LOS SERVICIOS DE SALUD DE SAN ISIDRO.....	192
TABLA 50. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE CONFRONTA LA POBLACIÓN, EL AMBIENTE EN SAN ISIDRO.....	194
TABLA 51. PROBLEMAS QUE ENFRENTAN EL CENTRO DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN.....	195

TABLA 52. EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA OFICIAL SOBRE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN RELACIÓN CON LA SALUD	196
TABLA 53. PROPÓSITO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LAS ACCIONES DE SALUD	199
TABLA 54. SOSTENIBILIDAD DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS ASUNTOS DE SALUD.....	201
TABLA 55. TIPO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL QUE PROMUEVE EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO	202
TABLA 56. ORGANIZACIONES PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD Y ACCIONES QUE REALIZAN.....	205
TABLA 57. ACCIONES LOGRADAS A TRAVÉS DEL TRABAJO ORGANIZATIVO DE LA COMUNIDAD	206
TABLA 58. CONCEPTUALIZACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD.....	209
TABLA 59. FUNCIONES DEL COMITÉ DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO	212
TABLA 60. CONOCIMIENTO SOBRE LO QUE ES UN COMITÉ DE SALUD	214
TABLA 61. CONCEPTUALIZACIÓN POPULAR DEL COMITÉ DE SALUD	216
TABLA 62. PATRIMONIO DEL COMITÉ DE SALUD.....	218
TABLA 64. DIRECTIVA DEL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO SEGÚN CARGO.....	222
TABLA 65. MEDIOS QUE EMPLEA EL COMITÉ DE SALUD PARA COMUNICARSE CON LA COMUNIDAD QUE REPRESENTA	223
TABLA 66. ACCIONES CONCRETAS DE PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD	227
TABLA 67 ACCIONES REALIZADAS POR EL CENTRO DE SALUD PARA VIABILIZAR LA PARTICIPACIÓN EL COMITÉ DE SALUD EN SU ADMINISTRACIÓN.....	228

TABLA 68. ORIGEN DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN SANITARIA.....	231
TABLA 69. DETONANTE DE LA REFORMA EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO	232
TABLA 70. OPINIONES EN TORNO AL CONCEPTO DE REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO	233
TABLA 71. TIPO DE CAMBIOS QUE INTRODUCE LA REFORMA EN LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO.....	236
TABLA 72. PERCEPCIÓN DE LOS CAMBIOS QUE HA TENIDO EL CENTRO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS Y BENEFICIOS PARA EL PACIENTE.....	238
TABLA 73. CAMBIOS PERCIBIDOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS.....	239
TABLA 74. ROLES QUE JUEGA EL EQUIPO BÁSICO Y COMPLEMENTARIO EN EL PROYECTO DE REFORMA DE LA RED PRIMARIA.....	243
TABLA 75. EQUIPO BASICOS DEL CENTRO DE SALUD	244
TABLA 76. ACCIONES QUE SE REALIZA EN LA ZONA SANITARIA.....	245
TABLA 77. TIPO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL QUE PROMUEVE EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO	247
TABLA 78. OBJETIVOS QUE SE PROPONE ALCANZAR EN TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EL PROYECTO DE REFORMA	248
TABLA 79. REQUERIMIENTOS QUE PLANTEA LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN AL COMITÉ DE SALUD	250
TABLA 80. ALIANZAS DEL COMITÉ DE SALUD CON OTRAS ORGANIZACIONES Y RESPALDO SOCIAL DE LA COMUNIDAD.....	252
TABLA 81. PERSONAS CONSULTADAS QUE PARTICIPARON EN LA IMPLANTACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN	255

TABLA 82. FASE DE PROBLEMATIZACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN. ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES.....	259
TABLA 83. FASE DE PROPOSICIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN, ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES.....	260
TABLA 84. FASE DE NEGOCIACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN, ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES.....	261
TABLA 85. FASE DE EJECUCIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN, ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES.....	263
TABLA 86. FASE DE EVALUACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN, ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES.....	264
TABLA 87. EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DE PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO.....	270
TABLA 88. EVALUACIÓN DE LA EXTENSIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO.....	273
TABLA 89. SOSTENIBILIDAD DE LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO.....	276
TABLA 90. EFICACIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO.....	280
TABLA 91. FORTALEZAS Y DEBILIDADES QUE ENFRENTAN EL COMITÉ DE SALUD.....	283
TABLA 92. FACTORES HAN CONDICIONADO EL STATUS DEL COMITÉ DE SALUD EN EL PROCESO DE REFORMA DEL CENTRO DE SALUD.....	286
TABLA 93. FORTALEZAS Y DEBILIDADES IDENTIFICADAS EN EL COMITÉ DE SALUD PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD.....	288

TABLA 94. FORTALEZAS Y DEBILIDADES IDENTIFICADAS EN EL COMITÉ DE SALUD PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD	290
TABLA 95. OPORTUNIDADES Y AMENAZAS QUE ENFRENTA EL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO.....	292
TABLA 96. RECOMENDACIONES AL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO PARA MEJORAR LA COGESTIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD	296
TABLA 97. RECOMENDACIONES AL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO PARA MEJORAR LA COGESTIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD.....	297
TABLA 98. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA GESTIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD DE SAN ISIDRO	299
TABLA 99. SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA DE LAS COMUNIDADES INVESTIGADAS.....	303
TABLA 100. CONCEPCIÓN POPULAR DE LA POBREZA	304
TABLA 101. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LOS POBRES AL MOMENTO DE INICIARSE EL PROYECTO DE REFORMA.....	307
TABLA 102. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LOS POBRES AL MOMENTO DE INICIARSE EL PROYECTO DE REFORMA.....	309
TABLA 103. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DEL ORDEN NACIONAL PARA ENFRENTAR LA CRISIS DE SALUD DE LOS POBRES.....	311
TABLA 104. POLÍTICA Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO PARA ENFRENTAR LA CRISIS DE SALUD DE LOS POBRES	312
TABLA 105. POLÍTICA Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO PARA ENFRENTAR LA CRISIS DE SALUD DE LOS POBRES	314
TABLA 106. PROCESOS DE PARTICIPACIÓN Y MOVILIZACIÓN EN TORNO A LA SALUD DE LOS POBRES	316

TABLA 107. FORMAS ORGANIZATIVAS Y PROCESOS DE MOVILIZACIÓN EN TORNO A LA SALUD DE LOS POBRES	317
TABLA 108. LIDERAZGO DEL COMITÉ DE SALUD EN LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS POBRES PARA ACCESAR A LOS SERVICIOS DE SALUD	320
TABLA 109. LINEAMIENTOS QUE ESTABLECE LA REFORMA PARA ENFRENTAR LA SALUD DE LOS POBRES	323
TABLA 110. RESPUESTAS A LAS NECESIDADES DE LOS POBRES EN EL COMPROMISO DE GESTIÓN DE SAN ISIDRO	326
TABLA 111. AMBIENTES EN LOS QUE SE DESARROLLA LA PARTICIPACIÓN ORGANIZADA DE LOS POBRES EN LA GESTIÓN DEL NUEVO MODELO DE SALUD	329
TABLA 112. FACTORES QUE PUEDEN IMPULSAR Y RESTRINGIR LA PARTICIPACIÓN DE LOS POBRES EN LA GESTIÓN DE LA SALUD	332

INDICE DE GRAFICAS Y FIGURAS

GRAFICA 1. RECURSO HUMANO QUE LABORA EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO. AÑO 1997.....	66
GRÁFICA 2. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTA PROFESIONAL POR TIPO DE PERSONA QUE RECIBE EL SERVICIO AÑO. 1997.....	159
GRÁFICA 3. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS POR GRUPO DE EDAD. AÑO: 1997,	160
GRÁFICA 4. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, TOTAL DE CONSULTAS POR PROGRAMA Y PRDFESIONAL. AÑO 1997.....	161
GRÁFICA 5. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS DE MORBILIDAD POR PROFESIONAL. AÑO 1997	163
GRÁFICA 6. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS MÉDICAS DE MORBILIDAD POR ESPECIALIDAD. AÑO 1997	164
GRÁFICA 7. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS DE MORBILIDAD EN EL PROGRAMA INFANTIL POR TIPO DE RECURSO HUMANO. AÑO 1997	165
GRÁFICA 8. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS DE MORBILIDAD EN EL PROGRAMA DE ADULTO, POR TIPO DE PROFESIONAL. AÑO 1997.....	171
GRÁFICA 9. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, CONSULTAS DE SALUD BUCAL POR TIPO DE PERSONA. AÑO 1997	172

FIGURA 1. NIVELES DE ATENCIÓN SEGÚN COMPLEJIDAD DE LA RED NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD	42
FIGURA 2 MAPA DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO	53
FIGURA 3. FLUJOGRAMA DE NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL SISTEMA DE ATENCIÓN SANITARIA DE LA RED DE SERVICIOS DE LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO	106
FIGURA 4. FLUJOGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA RED DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO	108
FIGURA 5. ARTICULACIÓN DE LA RED DE PARTICIPACIÓN SOCIAL CON LA RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN	112
FIGURA 6. ARTICULACIÓN DE LA RED DE PARTICIPACIÓN SOCIAL CON LA RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN	117
FIGURA 7. MAPA DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD DE SAN ISIDRO	156

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

El deterioro progresivo que ha caracterizado al sector público en la atención de los problemas sociales y económicos de la sociedad panameña, como resultado de la crisis del modelo económico de los últimos años, ha generado altos niveles de insatisfacción ciudadana por la poca capacidad resolutive, que presentan las instituciones públicas, catalogadas como ineficaces e ineficientes por la opinión pública.

El desarrollo de la salud en el plano nacional enfrenta complejos problemas, que exigen respuestas sociales, políticas, técnicas y administrativas y sobre todo el óptimo empleo de los recursos potenciales con que cuenta la sociedad panameña para lograr un desarrollo autónomo, humano, sostenible y la profundización del sistema democrático.

Ello supone la necesidad de fortalecer la capacidad de gestión de las políticas públicas sociales, con la incorporación de formas de participación social funcionales y la generación de los mecanismos democráticos para su diseño, ejecución y evaluación, con lo cual es posible incidir en la modificación de las correlaciones de poder, así como en la interacción entre los factores de presión y los intereses por distribuir los productos sanitarios del desarrollo con equidad. Aunado a ello, es de vital importancia garantizar el pleno ejercicio de los derechos ciudadanos de hombres y mujeres, la transparencia de los actos públicos, el control social de éstos y la vigencia real de la práctica de auditoría social por parte de la población.

Los procesos de Reforma y Modernización que agiliza el Estado panameño, dan la apertura para incorporar las modalidades que ofrece la

Gestión Social, como una alternativa para lograr gerenciar los recursos con eficiencia, eficacia y calidad, para que los servicios públicos que se prestan a la población se conviertan en una oferta más justa, equitativa y con mayor impacto social, especialmente entre los más necesitados.

Los retos que se plantean al Ministerio de Salud en la redefinición de nuevos roles, ante los procesos de Reforma, deben fortalecer su liderazgo como Entidad Rectora de la salud panameña y su capacidad de concertación y negociación con la sociedad civil, lo que permitirá legitimar socialmente los cambios con la participación real y efectiva de la población organizada, como lo establecen lineamientos contenidos en la Carta Magna de la República de Panamá.

Como primera opción de buena voluntad para convertir el discurso político en una práctica de democracia sanitaria, se hace necesario evaluar la participación del Comité de Salud de San Isidro en la cogestión de la salud como un proceso social, que puede estar determinado por un conjunto de factores que posibilitan o inhiben la solución de las necesidades y problemas de la población para alcanzar el bienestar social.

Ello permitirá evidenciar la realidad a partir de la cual se desarrolla el proceso participativo, sus limitaciones y aciertos, así como el impacto social que ha logrado en el acceso de la población, en particular de los grupos más vulnerables, a los servicios de salud y el mejoramiento de sus condiciones de salud.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Uno de los principales problemas que enfrenta el sector salud es su limitada capacidad gerencial en toda la red de servicios, ocasionada por las deficiencias técnico-administrativas que presentan los gerentes de las instituciones de salud y los directivos del Comités de Salud, que en conjunto deben cogerenciar los centros de salud, lo que trae en consecuencia problemas de ineficiencia, poca efectividad, inequidad en la gestión e insatisfacción en la población usuaria.

Las disposiciones del Decreto de Gabinete 401, definen responsabilidad a los Comités de Salud en la cogestión de los centros de salud por lo que deben asumir funciones gerenciales lo cual no están haciendo a cabalidad.

El equipo de salud no siempre asume un rol de propiciador de la cogestión de la salud, con lo cual coarta la autonomía de estas organizaciones comunitarias, mediatizando su participación y capacidad de decisión en los asuntos de salud que competen al bienestar de la población.

Los procesos de descentralización generados como estrategia para dar mayor autonomía en la toma de decisiones locales, exigen compartir responsabilidades con el resto de los actores sociales entre los cuales el Comité de Salud juega un rol importante, para lograr intervenciones concertadas en la solución de los problemas de salud, lo cual no se cumple a cabalidad.

Estas debilidades se convierten en los puntos críticos de la gestión descentralizada de los sistemas locales de salud, particularmente cuando se implanta un proceso de Reforma y Modernización del Sistema Sanitario

panameño, que se inicia en la Región de Salud de San Miguelito y se aplica en todos los centros de Salud. Con ello se intenta introducir cambios integrales en la gestión y atención de la salud pública en los sistemas locales de salud, para los cuales se requieren de la participación del Comité de Salud en la toma de decisiones, la ejecución y evaluación de las acciones de salud, así como el control social y la defensa de los derechos de la población.

El Centro de Salud de San Isidro se encuentra inmerso en esta realidad, planteándose la necesidad de conocer las situaciones que propician una escasa participación del Comité de Salud en la gestión de la salud, toda vez que esta organización no siempre responde a los requerimientos institucionales cuando se amerita su incorporación en acciones de gestión y atención de la salud.

La investigación intenta resolver los siguientes interrogantes, mediante los cuales se formula el problema:

- ¿Cuáles son los condicionantes institucionales, legales, políticos, sociales que determinan la participación del Comité de Salud de San Isidro en la cogestión de la salud como representante de la población, antes y durante la implantación de la Reforma y Modernización de Centro de Salud de San Isidro?
- ¿Cómo se caracterizan las modalidades de participación que se producen antes de la aplicación de la Reforma para enfrentar los problemas de salud y desde qué sector se impulsaban?
- ¿Qué alternativas ofrece la Reforma y Modernización para desarrollar un proceso real de participación del Comité de Salud en la gestión de la salud de

San Isidro que fortalezca sus capacidades para realizar sus intereses e torno a la salud?

- ¿Qué cambios reales se han generado en el Comité de Salud durante la implantación de la Reforma para lograr autonomía, relaciones con el equipo de salud, ejercicio de la ciudadanía, desarrollo de capacidades para formular y negociar propuestas y el fortalecimiento de la representatividad política y social en la gestión de la salud?
- ¿ Ofrece la Reforma en la gestión de los servicios la opción para garantizar el acceso de los grupos vulnerables, en especial los pobres a la atención de la salud y cuáles son los mecanismos operativos que ha establecido el Comité de Salud para hacer efectivo el mismo?.

1.2. JUSTIFICACION

La participación organizada de la población en la gestión de los servicios de salud, está consignada constitucionalmente, cuando se establece que “las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud” (p.e. Fábrega (1997)). Otros instrumentos legales, establecen los mecanismos para hacer efectiva esa participación que se concreta en la constitución de Patronatos para la gestión de Hospitales, Consejos de Gestión, Juntas Administradoras de Agua y los Comités de Salud que cogestionan los centros de salud.

Se reconoce específicamente en la Región de Salud de San Miguelito la existencia de 31 Comités de Salud, de los cuales ocho se encuentran activos y

son los que participan en la gestión de los mismos. Con diferente protagonismo han participado en la implantación de la Reforma y Modernización de la red primaria de salud, sin embargo hasta la fecha, no se ha realizado ninguna investigación que vinculen los procesos de Reforma Sanitaria con la forma y contenido en que ejercen la participación los Comités de Salud en la cogestión de la salud en la Región de San Miguelito, ni en la República de Panamá. Por lo tanto, no existen marcos de referencia para orientar con mayor acierto la implantación de los cambios que se producen en el Centro de Salud de San Isidro con la aplicación del Modelo de Gestión y el Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ecológico.

La conveniencia en el tratamiento de este tema de investigación, es el aporte en materia de información nueva que se producirá, con lo cual se develarán los procesos sociales, políticos, institucionales, organizacionales que interactúan en las relaciones que tienen el Comité de Salud de San Isidro, el equipo de salud del Centro y población y las situaciones que limitan la participación de esta organización social en la gestión de los servicios de salud con la implantación de la Reforma y Modernización. Ello servirá de insumo a otros (as) investigadores (as) para profundizar este tema.

Su relevancia social radica en el beneficio que a través de esta información se podrá dar a las personas que se encuentran dirigiendo los Comités de Salud y las potenciales directivas, especialmente porque permite la formación y desarrollo de capital social, con capacidad para ejercer desde la

sociedad civil, demandas en materia de formulación y ejecución de políticas públicas sociales que beneficien a la población que representan.

Sus fines prácticos se concretan en el aporte de una propuesta de capacitación para resolver las debilidades que presenta el Comité de Salud como actor social en materia de influencia política, conducción del proceso de gestión y producción social de la salud, su función de abogacía y control social del sistema local, lo que le permitirá participar en las fases sucesivas de consolidación de la Reforma y Modernización con mejores opciones para establecer cambios en las relaciones de poder que ha impuesto el equipo de salud.

1.3. PROPOSITO

Esta investigación tiene como propósito contribuir al fortalecimiento de la participación social, en especial de los Comités de Salud en los procesos de Reforma y Modernización del Sistema Sanitario panameño, mediante el desarrollo de actores sociales con capacidades políticas y sociales, para la gestión de políticas sociales sanitarias con el Estado, que den respuesta a los intereses, necesidades y demandas de la población, especialmente a los grupos vulnerables.

Como investigadora me anima el propósito de aportar a la recuperación político-social de los Comité de Salud, toda vez de que a lo largo de muchos años de experiencia en el Ministerio de Salud, he visto cómo estas organizaciones han ido perdiendo hegemonía en la lucha por la salud local,

producto de un conjunto de factores susceptibles a ser intervenidos política, social y técnicamente. En estos momentos en que los escenarios en que se desenvuelve el quehacer de salud, exigen de una población organizada, capacitada, empoderada, sensible y comprometida para hacerle frente a los retos de las Reformas del Estado y la pérdida de beneficios sociales, considero oportuno como "Gerente del Bienestar Social" apoyar el proceso de desarrollo de capital social capaz de participar en la gestión de las políticas sanitarias, en la búsqueda de la equidad social.

1.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

A continuación se presentan los objetivos que orientaron esta investigación.

1.4.1. Objetivos Generales:

- Sistematizar los procesos y resultados de la participación del Comité de Salud de San Isidro en la cogestión de la salud antes y durante la implantación de la Reforma y Modernización en el Centro de Salud de San Isidro en los años de 1997 y 2000.
- Contribuir al desarrollo de la capacidad de gestión y de representación social del Comité de Salud de San Isidro, para que se integre con mayor eficacia al proceso de participación en las fases sucesivas de aplicación de la Reforma

y Modernización del Centro de Salud de San Isidro como genuino interlocutor de los intereses de la comunidad, en especial de los grupos humano pobres.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los condicionantes más importantes que determinan la participación del Comité de Salud de San Isidro en la cogestión de la salud como representante de la población, antes y durante la implantación de la Reforma y Modernización de Centro de Salud de San Isidro.
- Conocer las formas de participación social que se desarrollan antes de la Reforma para enfrentar los problemas de salud en San Isidro, los actores, escenarios y procesos desarrollados.
- Identificar las alternativas que ofrece la Reforma y Modernización para el desarrollo de un proceso real de participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud de San Isidro que permita la articulación de las necesidades de la población que representan, la formulación y negociación de propuestas con el equipo de salud.
- Reconocer los cambios reales se han generado en el Comité de Salud durante la implantación de la Reforma en la consolidación de su autonomía, ejercicio de la ciudadanía, relaciones con el equipo de salud, desarrollo de capacidades para la formulación y negociación de propuestas y el fortalecimiento de la representatividad política y social en la cogestión de la salud.

- Identificar los mecanismos operativos que ha desarrollado el Comité de Salud en función de las opciones que le ofrece la Reforma para que se garantice el acceso de los pobres a los servicios que ofrece el Centro de Salud.

1.5. HIPOTESIS DE TRABAJO

- Existen condiciones que favorecen la participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud local antes de la implantación de la Reforma que el Comité no aprovecha para realizar sus intereses.
- Los procesos de participación social que se impulsan desde el Centro de Salud, están orientadas a lograr la integración del Comité de Salud en la ejecución de actividades para resolver problemas de salud coyunturales y no la cogestión de la salud.
- El Comité de Salud de San Isidro, no tiene la capacidad de formular y proponer alternativas de solución a las necesidades y problemas de la comunidad, por lo tanto los procesos de deliberación y negociación son controlados por el equipo de salud al momento de implantar el Compromiso de Gestión en la Reforma.
- La experiencia de participación que ha tenido el Comité de Salud en la implantación de la Reforma en el Centro de Salud de San Isidro, no ha producido cambios significativos con relación a su situación inicial en el escenario predisponente, en cuanto a mejorar su autonomía, sus posibilidades de participar real y efectivamente en la cogestión de los servicios, de establecer relaciones de equidad con el equipo de salud, su

capacidad para la formulación y negociación de propuestas y la efectividad de representación política y social de la comunidad.

- El Comité de Salud no ha desarrollado mecanismos operativos para implantar los componentes de la Reforma relativos a lograr la articulación social de los pobres en la cogestión de la salud para hacer efectivas sus demandas de servicios integrales, oportunos y de calidad como un derecho.

1.6. VARIABLES

Las variables que se emplearán en este estudio, han sido formuladas estableciendo una relación con los objetivos y las hipótesis. A continuación se presentan.

<p>Objetivo Específico 1 Identificar los condicionantes más importantes que determinan la participación del Comité de Salud de San Isidro en la cogestión de la salud como representante de la población, antes y durante la implantación de la Reforma y Modernización de Centro de Salud de San Isidro.</p>	<p>Hipótesis 1 Existen condiciones que favorecen la participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud local antes de la implantación de la Reforma que el Comité no aprovecha para realizar sus intereses</p>	<p>Variables cualitativas Situación de salud en San Isidro Percepción de las políticas que favorecen la participación social Organizaciones que participan en la producción de la salud</p>
<p>Objetivo Específico 2 Conocer las formas de participación social que se desarrollan antes de la Reforma para enfrentar los problemas de salud en San Isidro, los actores, escenarios y procesos desarrollados</p>	<p>Hipótesis 2 Los procesos de participación social que se impulsan desde el Centro de Salud, están orientadas a lograr la integración del Comité de Salud en la ejecución de actividades para resolver problemas de salud coyunturales y no la cogestión de la salud.</p>	<p>Variables cualitativas Caracterización de la participación social Mecanismos de participación del Comité de salud en la cogestión de la salud.</p>

<p>Objetivo Específico 3</p> <p>Identificar las alternativas que ofrece la Reforma y Modernización para el desarrollo de un proceso real de participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud de San Isidro que permita la articulación de las necesidades de la población que representan, la formulación y negociación de propuestas con el equipo de salud</p>	<p>Hipótesis 3</p> <p>El Comité de Salud de San Isidro, no tiene la capacidad de formular y proponer alternativas de solución a las necesidades y problemas de la comunidad, por lo tanto los procesos de deliberación y negociación son controlados por el equipo de salud al momento de implantar el Compromiso de Gestión en la Reforma.</p>	<p>Variabes cualitativas</p> <p>Percepción del origen y orientación de la Reforma</p> <p>Cambios que introduce la y modernización en los servicios de salud</p> <p>Percepción de la participación social en la Reforma</p> <p>Alianzas del Comité con otros actores sociales</p> <p>Participación del Comité en las fases de implantación del compromiso de gestión</p>
<p>Objetivo Específico 4</p> <p>Reconocer los cambios reales se han generado en el Comité de Salud durante la implantación de la Reforma en la consolidación de su autonomía, ejercicio de la ciudadanía, relaciones con el equipo de salud, desarrollo de capacidades para la formulación y negociación de propuestas y el fortalecimiento de la representatividad política y social en la cogestión de la salud.</p>	<p>Hipótesis 4</p> <p>La experiencia de participación que ha tenido el Comité de Salud en la implantación de la Reforma en el Centro de Salud de San Isidro, no ha producido cambios significativos con relación a su situación inicial en el escenario predisponente, en cuanto a mejorar su autonomía, sus posibilidades de participar real y efectivamente en la cogestión de los servicios, de establecer relaciones de equidad con el equipo de salud, su capacidad para la formulación y negociación de propuestas y la efectividad de representación política y social de la comunidad.</p>	<p>Variabes cualitativas</p> <p>Intensidad de la participación del Comité de Salud</p> <p>Extensión de la participación</p> <p>Sostenibilidad de la participación</p> <p>Eficacia de la participación</p> <p>Determinantes del proceso participativo</p>

Objetivo Específico 5	Hipótesis 5	Variables cualitativas
Identificar los mecanismos operativos que ha desarrollado el Comité de Salud en función de las opciones que le ofrece la Reforma para que se garantice el acceso de los pobres a los servicios que ofrece el Centro de Salud.	El Comité de Salud no ha desarrollado mecanismos operativos para implantar los componentes de la Reforma relativos a lograr la articulación social de los pobres en la cogestión de la salud para hacer efectivas sus demandas de servicios integrales, oportunos y de calidad como un derecho.	Percepción de las políticas públicas para enfrentar la pobreza. Concepción de la pobreza. Respuestas sociales que se ofrecen a los pobres. Procesos de participación de los pobres

Las variables que se presentan a continuación tienen la intención de describir a los (as) informantes como partícipes directos e indirectos en el proceso de participación del Comité de Salud, y no establecer una relación causa-efecto con el problema estudiado.

Variables cuantitativas	Variables cualitativas
Edad Escolaridad	Sexo Estado civil Religión Profesión u oficio Nivel académico Utilización de servicios Pertenenencia a organizaciones Experiencia con el Comité de Salud Pertenenencia al Comité de Salud Tiempo de residir en la comunidad

1.7. DELIMITACIONES

Se ha organizado la presentación de este estudio en cuatro capítulos, el primero aborda la introducción incluyendo el planteamiento del problema, la justificación, propósito, objetivos, hipótesis y variables empleadas en el estudio. En el segundo capítulo se introduce el marco teórico que sustenta la

investigación, abordando la participación social en la cogestión de la salud, la evaluación de la participación social desde la salud, el sistema nacional de salud, haciendo énfasis en el ente rector de la salud que es el Ministerio de Salud, la situación nacional de salud, el sistema regional de San Miguelito y el proceso de Reforma y Modernización del sistema de salud panameño. El capítulo cuatro, y el Sistema Local de San Isidro, como los escenarios en que se han desarrollado la implantación del Plan Piloto de la Reforma y Modernización sanitaria. El tercero se refiere a los elementos más relevantes que integran el proceso de Reforma y Modernización del Sistema de Salud panameño, así como sus dimensiones y las transformaciones más importantes que introduce en la red de servicios de la Región de Salud de San Miguelito. El capítulo cuarto presente el análisis e interpretación de los datos del estudio en los tres escenarios que se estudiaron, siendo ellos el de predisponentes, de innovaciones y de transformaciones. Se incluye la propuesta de capacitación para el fortalecimiento de la participación del Comité de Salud de San Isidro en la Cogestión de la Salud en la ejecución y sostenimiento de la Reforma y Modernización del Centro de Salud. Posteriormente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

1.8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se enfrentaron algunas limitaciones en las distintas etapas de la investigación entre las que se pueden señalar:

- La búsqueda de referentes bibliográficos para la construcción del marco teórico, sobre la temática abordada enfrentó algunos obstáculos debido a que no se encontró literatura que documente experiencias de participación social en los procesos de Reforma Sanitaria que se llevan a cabo en los países que han avanzado en la aplicación de estos cambios. La adquisición de una copia del Compromiso de Gestión del Centro de Salud de San Isidro también presentó dificultades, debido a que no se tenía disponible y sus anexos no están completos, faltando el N° 5 y 6.
- En la medida en que se desarrolló el proceso investigativo, fue necesario realizar algunos ajustes en cuanto a los objetivos de la investigación, hipótesis y la formulación de las variables o categorías cualitativas, lo cual permitió el modelo de investigación cualitativo empleado.
- La construcción de uno de los instrumentos de recolección de la información aplicado a los equipos de salud, en los cuales se desarrollaron los tres escenarios de acuerdo a la Metodología empleada, resultó ser muy largo y por ende el tiempo para su aplicación, que duró aproximadamente dos horas.
- En la fase de recolección de la información de las fuentes primarias, la disponibilidad de las personas consultadas fue otro de los factores que limitaron el desarrollo de las entrevistas, motivo por el cual solo fue posible entrevistar a dos representantes de los equipos básicos, ya que la tercera que había sido seleccionada, siempre pospuso la fecha de la entrevista acordada en varias ocasiones, por razones de tiempo.

- No se logró la participación de los hombres en los grupos focales como informantes, debido a que las entrevistas se realizaron en un horario en que éstos estaban dormidos o no se encontraban en la comunidad (aproximadamente a las 10.00 a.m.). Este horario fue recomendado por cuestiones de facilidad del equipo de salud y seguridad.
- La etapa de tabulación con el procesamiento de preguntas abiertas, también presentó dificultades que fueron superadas para presentar los resultados que contiene este estudio.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

Los sistemas de salud a nivel internacional y nacional, enfrentan un conjunto de desafíos, contextualizados en los cambios políticos que se producen en el continente, la tendencia a la reducción del Estado, el modelo económico neoliberal que ha contribuido al deterioro de las condiciones de vida de grandes grupos de población, la transición demográfica y epidemiológica de la Región, las transformaciones socio cultural debida a la acelerada urbanización y la incapacidad de los sistemas de salud para hacerle frente, para lo cual necesitan estar dotados de un conjunto de recursos que permitan aportar soluciones oportunas, prácticas y de alto impacto social.

El marco teórico que se presenta ofrece los referentes necesarios para interpretar cómo se produce la participación social, en el contexto de un sistema local de salud, que se encuentra en un proceso de transformaciones, como resultado de la Reforma y Modernización sanitaria, que se inició en la Región de Salud de San Miguelito.

2.1 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA COGESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los seres humanos han sentido la necesidad de asociarse en grupos como una condición indispensable para lograr resolver sus necesidades y producir cambios sociales. Tales formas de asociación varían en las diversas sociedades, incluso, en un escenario social, encontrándose opciones múltiples de acuerdo a los objetivos que se persiguen, a los grupos sociales de

pertenencia y a otros factores entre los que se destaca la ideología y la clase social.

La participación social, como una de las formas que toma la integración de grupos humanos, ha suscitado opiniones diversas y a veces contradictorias, que cuestionan la distribución del poder, el acceso a bienes y servicios de la comunidad y los modelos de desarrollo.

Max Neef señala que en América Latina la participación comunitaria ha enfrentado un conjunto de limitaciones vinculadas a modelos estatales en América Latina que se mueven entre el populismo, las dictaduras y las democracias emergentes, así como la escasez de espacios para desarrollarla. El enfoque que ha predominado el pensamiento latinoamericanista ha sido de tipo desarrollista, caracterizado por objetivos de crecimiento económico, acumulación de capital e integración de los mercados externos, que excluyeron a los grupos populares de los canales de participación y expresión en la vida política (p.e. Neef (1986)).

Las ONG's y organismos gubernamentales apoyados por la cooperación de Agencias de Naciones Unidas, han impulsado " el derecho y el deber de la gente de planear y realizar los programas de salud" (p.e. OMS/UNICEF (1978)) como una condición instrumental de la participación comunitaria. También se le ha considerado una estrategia alternativa por grupos activistas y voluntarios, que no creen en la capacidad de los gobiernos para alcanzar niveles de desarrollo de la población.

Son múltiples los conceptos que se relacionan con la participación comunitaria, algunas veces empleados como sinónimos, entre ellos inserción, involucramiento de la comunidad, participación social, participación de los consumidores, empoderamiento, participación popular, acción comunitaria y otros más (p.e. OPS/OMS (1995)).

Se presentan cuatro enfoques distintos sobre la participación comunitaria que se vinculan al papel que juega el público en la estrategia de atención primaria de salud (p.e. Rifkin (1981)):

- **El concepto de la salud pública** involucra a la gente para contribuir con la erradicación y control de las enfermedades infecto-contagiosas una vez que el personal de salud toma las decisiones, administra y evalúa los resultados. Se trata de garantizar la participación de la gente para asegurar que el conocimiento médico sea aplicado de manera correcta con el fin de lograr resultados efectivos en el control y prevención de la enfermedad.
- **El concepto de la planificación de la salud** promueve la participación de la comunidad para proporcionar recursos necesarios, tiempo, mano de obra voluntaria, materiales y financiamiento para el desarrollo de acciones de salud. En este enfoque la relación la establece el personal de salud fundamentalmente con los líderes comunitarios y organizaciones, a partir de la definición de insumos y estrategias para el desarrollo de proyectos.
- **El concepto de auto ayuda** promueve trabajos colectivos, de ayuda mutua y reconoce que las necesidades de salud de la población no pueden ser

resueltas por el sector salud debido a su poca capacidad resolutive. Enfatiza en la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de la salud.

El concepto de participación en el desarrollo comunitario involucra a la gente en la toma de decisiones que afectan su vida, para lograr su movilización en el desarrollo local. El análisis de situación se toma en un insumo clave para conocer la realidad, y se cuestionan las relaciones de poder, en tanto la estructura política limite la participación. Se trabaja en la transformación social como su eje central, integrando herramientas como la capacitación, discusión, diálogo y concienciación.

Cabe señalar que los dos primeros enfoques han dominado el pensamiento social sanitario, lo que se evidenció en los tres Talleres sobre participación social realizados por OPS en México, Uruguay y Venezuela en 1993, con la asistencia de países de norte, centro y sur América. Concluyen " en que ninguno de los Gobiernos Miembros involucró a la comunidad en el diseño de los servicios de salud" (p.e. García (1993)). El sector salud canalizó la participación de la comunidad en las acciones aprobadas por el equipo de salud, convirtiéndola en mera ejecutora, controlando así la toma de decisiones. Es a partir de esta experiencia que se constituyen grupos de trabajo para apoyar y fortalecer la participación social, discutir el marco conceptual de la participación en la promoción de la salud y el desarrollo de la salud, así como producir instrumentos metodológicos para evaluar la participación social.

El último enfoque ha producido cambios en la forma de conceptualizar la participación comunitaria, reconociéndola como un medio para la democratización en la toma de decisiones y la cogestión del desarrollo de la salud (p.e. OPS (1990)).

Estos planteamientos están insertos en la Declaración de Alma Ata con la formulación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud y en la Meta Salud para Todos en el año 2000, cuya ejecución requiere del pleno ejercicio de la democracia- ciudadanía social y política. Esto obliga a viabilizar la participación social de manera libre y consciente, a fin de que "los individuos, las familias y las comunidades asuman mayor responsabilidad por su propia salud y bienestar, incluyendo la autoasistencia como un derecho y un deber, por tanto su participación en la planificación, gestión, ejecución y control de las políticas y actividades de salud y desarrollo social se constituye en un eje estratégico" (p.e. Souza Bravo et. Al. (1996)).

Para los efectos de este estudio se toma la definición de participación social como " la expresión concreta de un proceso social, en el que intervienen actores diversos para cambiar el curso de los acontecimientos que definen su destino colectivo, diversidad que se expresa en necesidades e intereses diferentes y cuyo origen es el acceso diferencial a la producción y usufructo de bienes culturales, es decir, recursos de poder" (p.e. Rozental et. Al (1993)). La participación como proceso social, está determinada por el contexto político, económico y social en que se producen los fenómenos sociales, y está orientada a modificar las relaciones sociales, para superar las condiciones que crean la

marginación y las inequidades entre los grupos humanos y alcanzar el bienestar de la colectividad.

Analizaremos ahora la dimensión que adquiere la participación social en la gestión de los servicios de salud, partiendo del referente que establece la Constitución Política de la República, la cual señala que “las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud” (p.e. Fábrega (1997)). Desde este planteamiento se establece un referente formal para integrar la participación de la población en la gestión de los servicios de salud, interpretándose como tal “la acción de los actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. Así entonces la participación comprende las acciones colectivas a través de las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada” (p.e. OPS (1994)).

Corresponde entonces al Estado buscar las opciones para lograr la participación social libre, autónoma, consciente, mediante programas que respeten y promuevan la dignidad de los ciudadanos, eliminando las barreras estructurales e institucionales que los excluyen de la toma de decisiones, favoreciendo las condiciones que potencien al ser humano como el eje central del desarrollo.

El Comité de Salud se constituye en “un instrumento de organización y de movilización para viabilizar el deber y el derecho de las comunidades a participar en el mejoramiento de sus condiciones de salud; es una organización de la comunidad y para la comunidad, compuesta por personas residentes en un espacio definido como lugar poblado, regiduría, cabecera de corregimiento o del distrito” (p.e. Cedeño (1996)).

El sector salud está obligado a asumir un rol de cooperante, facilitando las herramientas para la cogestión de la salud en el nivel local, con lo cual contribuye a fortalecer la autonomía de las organizaciones comunitarias, entre ellas a su aliado más cercano, el Comité de Salud.

El proceso de Modernización y Reforma para su desarrollo exige romper con los paradigmas existentes, por lo que se vislumbran oportunidades de ampliar y hacer efectiva la participación de los Comités de Salud en el nivel primario, a fin de cumplir con la descentralización y la producción social de la salud.

Se plantea la necesidad de evaluar los procesos de participación de los Comités de Salud en la cogestión de la salud local, teniendo en cuenta que ella es la expresión concreta de un proceso social en el que intervienen actores para cambiar el curso de los acontecimientos que definen su destino colectivo, diversidad que se expresa en necesidades e intereses diferentes y cuyo origen es el acceso diferencial a la producción y usufructo de bienes culturales, es decir, recursos de poder” (p.e. (Rozental 1993a, Rozental 1993b)).

Como proceso social, la participación del Comité de Salud al igual que otras organizaciones comunitarias, está influenciada por el entorno político, económico y social regional, nacional y mundial que definen sus formas de expresión, intereses y ámbitos de encuentros con otros actores que potencian o rompen con la exclusión y marginación que ha sido la tónica de la inequidad humana existente en materia de salud.

La búsqueda de la seguridad humana requiere generar una nueva matriz contra hegemónica de la participación social, "capaz de reconocer la heterogeneidad y la diversidad de intereses y la construcción de sujetos colectivos habilitados para avanzar hacia formas alternativas de participación, una de las cuales es la cogestión de la salud" (p.e. (Rozental 1993a Rozental 1993b)).

La Cogestión del Desarrollo de la Salud constituye la manifestación ideal de la participación social en el desarrollo de la salud, y se entiende como la " construcción de la capacidad de los actores de la comunidad en la toma de decisiones y su participación en los distintos momentos de la gerencia, desde la identificación de los problemas y necesidades de salud, la articulación de las expectativas, la formulación y negociación de propuestas para su solución, el seguimiento y evaluación de las acciones acordadas y el cumplimiento de los compromisos contraídos" (p.e. OPS (1994)).

La Cogestión de la salud incluye (p.e. OPS (1993) en Rozental et. Al (1999):

- Una concepción respecto a la producción de la salud que relaciona la visión de bienestar más allá de la simple satisfacción de necesidades sentidas. Esta visión se vincula con el desarrollo y la producción de la salud, definida como el conjunto de acciones sociales o de mecanismos y estrategias defensivas, reparativas y de promoción que buscan mantener la integridad y desarrollar la capacidad y potencialidades de las personas y grupos. El desarrollo de la salud trasciende la prestación y organización de los servicios de salud para atender las metas de salud y vida que persiguen el mejoramiento de la calidad de vida y la reducción objetiva de las causas de enfermar y morir.
- Una finalidad de la participación social orientada a lograr la equidad, lo que supone la eliminación de aquellas diferencias evitables e injustas que restringen las oportunidades de los individuos para acceder al derecho del bienestar. La nueva participación social ha de ser una estrategia para la construcción de ciudadanía entendiéndose como tal el proceso por medio del cual el quehacer de los individuos y las organizaciones amplía progresivamente las oportunidades para representar y realizar su interés desde y frente a las instituciones del Estado.
- Una forma particular de ejercer dicha participación, que contemple la apertura a la diversidad cultural y proyectos sociales, la representación y realización de los intereses que subyacen a las diferentes demandas

asociadas con las condiciones de enfermar y morir, la resolución de conflictos y la redistribución de los recursos y oportunidades para acceder a la producción y usufructo de bienes y servicios, o sea, materializar la visión de bienestar.

La cogestión a través de la participación social es un medio para lograr la equidad, el desarrollo de la salud y la división racional del trabajo. Ella implica la intervención de las instituciones de salud, los funcionarios, los ciudadanos, las organizaciones, y los otros actores sociales del bienestar en el diagnóstico de la situación, la concertación de propuestas, la asignación de prioridades, la asignación de responsabilidades, exige formas de relación, de coordinación, de integración, exige capacidad para deliberar, dialogar, acordar, y la auditoría de su cumplimiento.

Los sistemas locales de salud son escenarios de interacción de actores sociales diversos, cuyo fin es el de desarrollar la salud como resultado de la movilización concertada de recursos y esfuerzos de todos los que participan.

El proceso de participación social en la cogestión de la salud se ha organizado en fases, que permiten ser evaluadas, las cuales se presentan a continuación (p.e. (Rozental 1993 a, Rozental 1993b)):

Problematización:

En este momento se asume que la participación social gira en torno a la existencia de problemas concretos que pueden ser percibidos e incluso, desconocidos por los diferentes actores sociales. La discusión de los problemas

genera reacciones e iniciativas hacia el desarrollo de acciones y movilización de fuerzas sociales para la búsqueda de soluciones. Se intenta reconocer actores sociales, sus intereses, posiciones y acciones, así mismo los escenarios en los que se desarrolló la problematización y las "reglas del juego" que definieron la interacción en esos escenarios.

Proposición:

Se da la oportunidad de que los actores sociales realicen sus intereses, elaborando propuestas propias para negociarlas, participar en su implantación, darles seguimiento y evaluar su impacto. Dichas propuestas se desarrollan a través de un proceso reflexivo y deliberativo, en ella se concretan las intenciones de los actores en una opción para enfrentar un problema.

El desarrollo de propuestas confiere poder sobre bienes y recursos. Los actores sociales que tienen la ventaja de participar, definen reglas y requisitos para elaborar propuestas que los favorecen, mientras que quienes no lo hacen, están en una relativa desventaja, limitados de la posibilidad de recibir beneficios. En la medida en que los actores sociales adquieren y asumen su capacidad de formular propuestas propias y obtienen los recursos necesarios para hacerlo, se da la participación social.

Negociación:

En esta fase del proceso se concilian puntos de vista divergentes que son presentados a través de las diferentes propuestas y se dirimen los conflictos que se generan. Debe ser un proceso en el cual no se permita la imposición entre los actores, sino la búsqueda de consensos para convenir las metas,

compromisos, responsabilidades, el control y evaluación de las acciones realizadas.

Los representantes de los actores comunitarios y los institucionales que negocian, deben poseer poder decisorio y ser legitimados por sus bases sociales, además de mantener una consulta y comunicación con éstas.

Ejecución:

Una vez se definen las soluciones, compromisos, responsabilidades y actividades en las que participarán los distintos actores, se llega al desarrollo de actividades a través de las cuales se materializan las decisiones tomadas. Se trata de establecer el desarrollo de voluntades cogestivas, recíprocas y solidarias de los actores comprometidos, de observar la interacción de éstos en la ejecución de las soluciones, el nivel de autonomía/dependencia y el balance poder/responsabilidad que existe entre ellos.

Evaluación:

Se trata de analizar los procesos participativos en distintas épocas, con el fin de observar si en la experiencia concreta se producen transformaciones en las relaciones y actividades sociales alrededor del desarrollo de la salud hacia la cogestión participativa. También se evalúa la relación que existe entre la maduración de los procesos participativos y el impacto y viabilidad de las soluciones a los problemas que originaron la intervención.

Esta evaluación se produce en:

Dinámica de la participación que incluye la intensidad en el desarrollo de los actores sociales y la extensión con la incorporación de nuevos actores.

- Sostenibilidad que se refiere a las tendencias en el tiempo de continuar con los procesos participativos.
- Eficacia que hace referencia a la maduración de los procesos participativos y la relación maduración/impacto en el logro de metas establecidas.

Factores determinantes claves, que explican la dinámica, la sostenibilidad y la eficacia de la participación social en la cogestión de la salud.

2.2 EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DESDE SALUD

La evaluación de la participación social como movimiento social desde Salud, está orientada a producir transformaciones en las relaciones sociales en función del interés colectivo, por lo cual se hace necesario generar sistemáticamente conocimientos, partiendo desde la experiencia que tienen los actores en su realidad concreta. La evaluación contribuye a construir un conocimiento como “medio para un fin que no es el saber en sí mismo, sino el saber como una herramienta para materializar y viabilizar el ejercicio de la participación social en la realidad de lo cotidiano” (p.e. OPS (1993)). Se trata de avanzar entre lo teórico desde lo concreto y viceversa, con el propósito de lograr mecanismos prácticos que permitan fortalecer los procesos participativos para la cogestión de la salud.

La evaluación de la participación social no tiene la finalidad de producir resultados cuantitativos a través de tasas y mediciones. No se trata de enmarcarse en el paradigma tradicional de cuantificar y organizar las participaciones particulares, ni de limitarse en clasificaciones y valoraciones de los tipos de participación que se dan, sino de tener una comprensión clara de

que el beneficio social y el avance del quehacer participativo, no se encuentra únicamente en la forma en que se participe, sino en el fin que se persiga con la participación. Es claro que los métodos cuantitativos poco logran recuperar los saberes participativos que se generan en la íntima relación de actores sociales y procesos deliberativos, por tanto no contribuido a rescatar esfuerzos que se vienen perdiendo en América Latina, los cuales se han apagado, desgastado, marginado, cooptado y distorsionado, y han culminado en la frustración.

Es de fundamental importancia que la evaluación involucre a "los actores sociales y los procesos de deliberación y negociación como objetos y sujetos que se convierten en dos ejes fundamentales de la dinámica de desarrollo de la participación social" (p.e. (OPS 1993^a, OPS 1993 b)). Al referirse a los actores sociales se enfatiza la construcción y desarrollo de sus capacidades y poder, frente a la realización de sus intereses, en tanto que los procesos tienen como eje central la deliberación y negociación, con lo que se establece una dinámica de interdependencia en el desarrollo y la resolución de conflictos. Es importante destacar que estos procesos dependen de la existencia de actores con capacidad y poder para articular sus necesidades y problemas , negociar sus propuestas e intereses, y por otro lado las características de la deliberación y negociación y sus formas de institucionalización ejercen una influencia significativa en el desarrollo de los actores.

Desde esta perspectiva, la evaluación plantea identificar el grado de desarrollo de los actores sociales y de los procesos a los que convergen para conocerlos, comprenderlos y promoverlos, a fin de establecer un marco

conceptual y una estrategia, que permita desde la salud brindar herramientas formativas y educativas que desarrollen las capacidades de la población para formular propuestas que resuelvan sus necesidades y problemas de salud, y las negocien con las instituciones gubernamentales, privadas y ONG's

Existen diferentes abordajes metodológicos que los estudiosos de la materia han formulado a nivel internacional, especialmente cuando existe un compromiso de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud de elaborar marcos conceptuales y definir líneas prioritarias para evaluar las experiencias de participación social en la Región de las Américas. El propósito es "apoyar a los países miembros a incorporar a la participación social en los planes y políticas de salud, promover la investigación para fortalecer la participación social en el desarrollo de los sistemas de salud, fomentar la evaluación de las experiencias y capacitar al personal de salud para que faciliten la participación social" (p.e. OPS/OMS (1994)).

Para los efectos de la evaluación que se realizará al Comité de Salud de San Isidro, se emplea la Metodología para la Evaluación de la Participación Social en el Desarrollo de la Salud (p.e. Rozental et. Al. (1993)), El esquema empleado articuló orgánicamente escenarios, procesos participativos, actores.

Escenario inicial o de predisponentes:

Se define a partir de las tendencias, procesos y estrategias políticas, sociales a nivel nacional, regional y local que establecen un referente inicial o previo al proceso de Reforma y Modernización sanitario del Sistema local de Salud de San Isidro. Esto permite interpretar las tendencias hegemónicas o

contrahegemónicas que condicionan la participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud local. Se trata de identificar los predisponentes que promueven o inhiben la participación de este organismo comunitario y su articulación con los servicios de salud. Se incluye una revisión de la situación de la salud-enfermedad, la estrategia particular de producir salud a través de la organización y gestión de los servicios, formas y contenidos de la participación social, entre otros.

Escenario de innovaciones:

Se refiere a los cambios que se introducen como resultado de la implantación del proceso de Reforma y Modernización Sanitaria que desarrolla la Región de Salud de San Miguelito en su red de servicios. Se intenta conocer cuál es el origen de la Reforma, su orientación, contenido, prioridades, caracterizar la participación social en ese proceso, lo que involucra tomar en cuenta a los actores sociales, los procesos que se desarrollan en el marco de las dimensiones de problematización, proposición, negociación y ejecución; los escenarios en los que se producen dichas relaciones sociales, así como los resultados

Escenario de transformaciones:

Se trata de caracterizar la relación existente entre la situación inicial y las innovaciones introducidas por el proceso de Reforma y Modernización a efectos de establecer si se han transformado las tendencias tradicionales de participación del Comité de Salud en la gestión de la salud, en función de las disposiciones que establece la Ley que los crea.

Se evalúa en este escenario:

- La naturaleza y el sentido del proceso de participación social, específicamente si se ha avanzado en el desarrollo de capacidades para realizar procesos de cogestión para el desarrollo de la salud.
- La naturaleza, el sentido y la magnitud de las transformaciones que ha tenido el Comité como resultado del impacto de la Reforma.

Se han utilizado los criterios de evaluación que siguen a continuación:

- Dinámica del proceso de participación que incluye la intensidad en el desarrollo de los actores sociales, en qué y cómo participan y la extensión de la participación, en cuanto a la incorporación de nuevos actores sociales y la consolidación de los viejos.
- Sostenibilidad, que se refiere a la construcción de capacidades de los actores para la participación y continuidad de los procesos.
- Eficacia que incluye la maduración de los actores y procesos participativos, así como el impacto en los logros de las metas de salud.
- Factores determinantes que explican la dinámica, sostenibilidad y eficacia de la participación social.

2.3. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En Panamá, la salud de las personas depende fundamentalmente de la intervención pública para atender sus necesidades de salud, lo que se consigna constitucionalmente como "la función esencial del Estado de velar por la salud

de la población”, en consecuencia, le corresponde “crear de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se preste el servicio de salud integral” (p.e. Fábrega op. Cit).

La creación del Ministerio de Salud mediante el Decreto de Gabinete N° 1 de 15 de enero de 1969, marca un importante paso en la organización y administración de los servicios de salud en el ámbito nacional para lograr una coordinación e integración funcional, operativa y racional de los recursos públicos y privados que se destinan a las actividades de promoción, prevención, reparación y rehabilitación de la salud en el país” (p.e. MINSA (1969)), en aras de lograr un mejor nivel de salud de la población panameña, que por mandato constitucional es responsabilidad del Estado.

El Decreto de Gabinete N° 75 de 27 de febrero de 1969, por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, en su artículo primero, define la constitución del sector salud a través de la integración de “instituciones, organismos y entidades autónomas y semiautónomas que realizan acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud; por las instituciones de docencia e investigación de dicho sector; por las instituciones que directa o indirectamente contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud y de vivienda de la comunidad y las que efectúen aportes al financiamiento de los programas.

El Ministerio de Salud se convierte en la instancia responsable de la determinación y conducción de la política de salud en el país y la autoridad político-administrativa más alta del sector, para estudiar, formular y evaluar el

Plan Nacional de Salud que apruebe el gobierno en concordancia con los planes generales de desarrollo económico y social" (p.e.(MINSA 1969a, MINSA 1969b)).

2.3.1. Organización del Ministerio de Salud

El sector salud panameño se conforma por la articulación orgánica y operativa de:

- Ministerio de Salud
- Caja de Seguro Social
- Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales
- Dirección Metropolitana de Aseo
- Otros sectores sociales y económicos
- Facultades y/o Escuelas de Ciencias de la Salud
- Agencias de Cooperación externa e interna
- Agencias y/o centro de investigación en salud
- El sector privado de salud

Para el cumplimiento de la misión consignada al Ministerio constitucionalmente y en las leyes y estatutos que lo crean, se ha establecido una estructura orgánico-funcional para el período gubernamental 1994-1999, conformada por los siguientes niveles (p.e. MINSA (1,995):

Nivel Político:

Es el órgano político-administrativo superior, responsable de la determinación y ejecución de la política de salud en el país, de la planificación de

las acciones y de la orientación y coordinación de las entidades del sector. Ejerce la representación legal y está integrado por el/la Ministro/a y el/la Viceministro/a.

Nivel Coordinador:

Es responsable de viabilizar la coordinación entre las instancias administrativas y técnicas del Ministerio; y entre éste y los organismos de coordinación intrasectorial, interinstitucional e internacional. Está representado por la Secretaría General y las Comisiones especiales que se listan:

- Consejo Nacional del Planificación
- Consejo Técnico de Salud Pública
- Comisión Nacional de Política Demográfica
- Comisión Nacional Intersectorial de Mujer, Salud y Desarrollo
- Comisión Nacional de Recursos Humanos
- Comisión de Alimentos y Nutrición
- Comisión de Ambiente y Salud

Nivel Asesor:

Le corresponde la función de orientar y asesorar a las autoridades de la institución en las distintas especialidades. Está integrado por Asesoría Legal, Participación Social en Salud, Comunicación Social en Salud, Investigación en Salud y Salud Internacional.

Nivel Fiscalizador:

Es el responsable de fiscalizar, regular y controlar todos los actos que implican manejo de fondos, bienes y servicios del Ministerio. Está integrado por el Departamento de Auditoría Interna.

Nivel de Apoyo:

Corresponde la responsabilidad de planificar, suministrar y custodiar aquellos bienes y recursos indispensables para la ejecución de las actividades en todo el Ministerio. Está representado por la Dirección Nacional de Planificación de la Salud, quien dirige los departamentos de Planificación de Recursos Humanos, Planificación Ambiental, Desarrollo de Sistemas gerenciales y Formulación, Monitoreo y Evaluación de Programas y Proyectos; la Dirección Nacional de Administración y Finanzas y el Departamento de Informática.

Nivel Técnico:

Su función es la de establecer, dirigir, supervisar y evaluar técnica y científicamente todos los programas y actividades institucionales cuyo objetivo es el de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de la población y del ambiente. Este nivel está integrado por la Dirección y Sub Dirección General de Salud de la Población y del Ambiente, la División de Epidemiología, las Unidades Coordinadoras de los Proyectos BID y Banco Mundial, y el Departamento de Programas de Salud en Situaciones de Contingencia.

Nivel Operativo Ejecutor:

Le corresponde la ejecución de la política de salud, programas y proyectos de la institución. Está conformado por las Regiones de Salud del país y los Hospitales Nacionales, son ellos:

**TABLA 1. MINISTERIO DE SALUD
ORGANIZACIÓN DEL NIVEL OPERATIVO
AÑO 1997**

REGIONES DE SALUD	HOSPITALES NACIONALES
Bocas del Toro	Hospital Santo Tomás
Coclé	Instituto Oncológico Nacional
Colón	Hospital del Niño
Chiriquí	Hospital Psiquiátrico Nacional
Darién	Hospital Palo Seco
Herrera	Centro de Rehabilitación de Impedidos
Los Santos	
Metropolitana	
Panamá Este	
Panamá Oeste	
San Blas	
San Miguelito	
Varaguas	

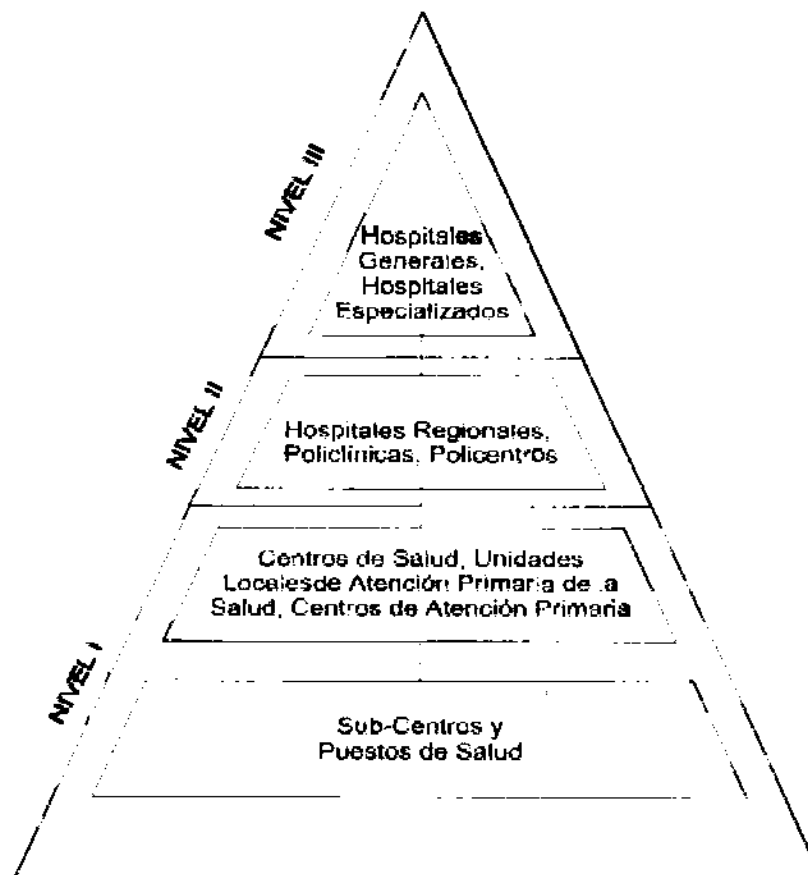
Fuente: Elaborado por Lic. Amanda Blanco, Año 2000.

El Sistema Nacional de Salud está formado por una red de servicios directos e indirectos, comunitarios, públicos y privados, creados por la sociedad para preservar y restablecer la salud integral de los procesos morbidos que ocurren en la población y en el ambiente natural y social. Los lineamientos políticos y estratégicos son la base para la estructuración de los servicios de salud que se articulan de acuerdo a niveles de complejidad creciente a partir de la Estrategia de Atención Primaria de Salud que se aplica en las instalaciones del primer nivel de atención (Puestos de Salud, Sub Centros y Centros de Salud, Centros de Promoción de la Salud, Policlínicas y Unidades Locales de Atención Primaria de Salud de la Caja de Seguro Social) y el sistema de referencia al

segundo y tercer nivel de complejidad ambulatorio y hospitalario. En estos niveles se produce el contacto directo de los (as) usuarios (as) para resolver los problemas de salud que les afectan, incluyendo los del ambiente.

Para la provisión de servicios de salud, la organización adquiere gráficamente una forma piramidal, conformada por servicios de baja complejidad y costos en su base, mientras que en su vértice se concentran los más complejos y costosos que garantizan la atención oportuna y eficaz a la población en el ámbito nacional.

FIGURA 1. NIVELES DE ATENCIÓN SEGÚN COMPLEJIDAD DE LA RED NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD



Fuente. Elaborado por Lic. Amanda Blanco. Año 2000.

El Sistema de Salud a su vez, forma parte de una red social más amplia, conformada por instancias públicas y privadas de diversa naturaleza, como los gobiernos locales (juntas locales, comunales, consejos municipales, provinciales, juntas técnicas y otros) y distintas organizaciones de la sociedad civil (grupos comunitarios, religiosos, cívicos, empresariales, ONGs, organismos internacionales y otros) que generan diversos procesos de producción social de salud.

El Ministerio de Salud ha definido la Misión y la Visión lo cual le da un carácter estratégico a su gestión. Así entonces, los procesos de organización institucional deben permitir que el Sistema en todos los niveles internos y externos desarrolle la identificación y el compromiso para lograr su cumplimiento. En la siguiente tabla se presenta:

TABLA 2. MISIÓN Y VISIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ

MISION	VISION
Contribuir al Desarrollo Humano Sostenible de la Población Panameña, mediante el incremento de los niveles de bienestar y calidad de vida, lograda a través de indicadores positivos de salud poblacional y ambiental y reflejados fundamentalmente en la práctica de comportamientos saludables.	Salud Integral de la población y del ambiente como derecho y deber humano. "Salud igual para todos y con todos".

Fuente: Ministerio de Salud 1995.

2.3.2. Lineamientos políticos y estratégicos del Ministerio de Salud

Corresponde al Ministerio de Salud la definición de las políticas y estrategias que rigen el Sistema Nacional de Salud. Para tal efecto, se han

establecido nueve políticas y un conjunto de estrategias para el período 1994-1999, las cuales darán direccionalidad para el desarrollo de acciones tendientes a lograr la salud integral de toda la población panameña (p.e. MINSA (1994)).

Elas son:

- Desarrollo del liderazgo del Ministerio de Salud
- Desarrollo de la atención primaria de salud, consolidando un sistema integrado, descentralizado y local de salud, organizado por niveles de atención.
- Atención y desarrollo de programas de salud para el medio ambiente tendientes a un desarrollo sostenible.
- Promoción de programas de salud en grupos específicos de población.
- Desarrollo de la capacidad y responsabilidad individual para una mejor calidad de vida.
- Fortalecimiento de la participación social en la promoción, prevención, atención y gestión de la salud
- Impulsar las técnicas y medios de comunicación social, como vehículo de difusión de la promoción y prevención en salud y del rol de los servicios y de los usuarios en el mejoramiento de la situación de salud.
- El mejoramiento del uso de fuentes presupuestarias ordinarias y la búsqueda de otras alternativas de financiamiento para incrementar el presupuesto destinado al sector salud.

- Capacitación y promoción del desarrollo de los recursos humanos en salud, en las áreas requeridas para el fortalecimiento de los planes y programas nacionales y locales de salud.
- Promover el desarrollo de las investigaciones en el campo de la salud y la difusión de la información y conocimientos científico-teóricos para el desarrollo del sistema de salud.

El Sistema se fundamenta en una base de valores y principios que orientan su quehacer los que forman parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución y las Leyes de la República que se verán en la siguiente tabla.

TABLA .3 PRINCIPIOS Y VALORES ESENCIALES DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD DE PANAMÁ. AÑO: 1995

PRINCIPIOS	VALORES
IGUALDAD	Derecho a la salud integral de todos y cada uno de los servicios.
UNIVERSALIDAD	Acceso regulado de todos los habitantes a servicios de Salud Integral (poblacionales y ambientales)
INTEGRALIDAD	Promoción y protección de la salud y la prevención, recuperación, rehabilitación de la enfermedad de la población y del ambiente. Concepción bio-psicosocial de la salud y la enfermedad de la población y del ambiente.
SALUD EN EL DESARROLLO	Salud integral como la resultante de las acciones de todos los sectores públicos y privados de la sociedad (intersectorialidad) en cada ámbito de la acción del desarrollo humano.
RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	Deber individual, familiar y comunitario en la producción social de la salud integral.
SOLIDARIDAD	Contribución de los que más tienen hacia las regiones y personas que menos tienen.
BIOÉTICA	Respeto a los derechos y deberes humanos en salud en la provisión de cualquier bien y servicio de la sociedad.

Fuente. Ministerio de Salud 1995

2.3.3. Situación Nacional de Salud

A continuación se presentan los datos más relevantes de la situación de salud de la población a nivel nacional.

2.3.3.1. Aspectos Demográficos

La población de la República de Panamá para 1998 era de 2,763,612 habitantes, de los que 50.5 % son hombres y 49.5 % mujeres. La concentración de la población es de 54.0% en las zonas urbanas y 46.0% en las rurales.

La esperanza de vida al nacer se estimó en 1996 en 73.67 años para ambos sexos, 73.90 años en 1,997, en 74.13 años en 1,998 y 74.36 años en 1999. Existen diferenciales cuando se compara la esperanza de vida según sexo, registrando las mujeres una ventaja significativa de 75.95, 76.22, 76.49 y 76.76 años de edad, mientras que los hombres registran una menor esperanza de vida con 71.49, 71.68, 71.87 y 72.06 años de edad para el mismo período. La diferencia entre ambos sexos es de un promedio de 4.5 años.

La tasa bruta de natalidad por 1,000 hab. para 1997 fue de 24.6, en tanto que la tasa general de fecundidad por 1,000 mujeres de 15 a 49 años registró 95.4 y la tasa global de fecundidad de 2.9 (p.e. MINSA (1998)).

La Encuesta de Niveles de Vida (p.e. MEF (1999)) realizada en 1997, reveló que las mujeres pobres en edad fértil (15-49 años) residentes en las áreas rurales e indígenas, presentan mayores tasas de fecundidad general 3.92 y 4.55. A nivel nacional las mujeres en edad fértil reportaron un promedio de 2.9 hijos nacidos vivos, mientras que en las áreas rurales e indígenas es de 3.3 y 4.5. Las

mujeres pobres tienen 3.9 hijos con relación a las no pobres 2.4 y las indígenas 4.7 hijos nacidos vivos.

La tasa media anual de crecimiento de la población para 1,998 es de 1.8 por 1,000 hab.

2.3.3.2. Situación de Salud

Panamá experimenta una transición epidemiológica, que se caracteriza por el cambio en el perfil de las enfermedades, manifestando una tendencia disminuir las de tipo infecto-contagiosas en la mortalidad general e incrementar las crónicas degenerativas. Este comportamiento demanda cambios en el modelo de atención de la salud para que logre mejorar sus niveles de eficiencia, eficacia, equidad y calidad en la atención de la población durante su ciclo vital.

Las tasas de mortalidad general en 1997 de la mujer son menores (3.8 por 10 mil hab.) que la de los hombres (5.2 por 10 mil hab.) y su promedio de vida supera a la de éstos, sin embargo, sus condiciones de vida las exponen a enfermar y morir de manera diferencial.

2.3.3.3. Situación de la pobreza en la población panameña

El Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD, de 1997 define la pobreza como “ la denegación de las oportunidades y las opciones más fundamentales del desarrollo humano: vivir una larga vida, sanada y creativa, disfrutar de un nivel decente de vida, libertad, dignidad, respeto por sí mismo y por los demás” (p.e. PNUD (1997)).

La UNICEF la define como una “frustrada experiencia humana, una deteriorada calidad de vida”.

De acuerdo al Banco Mundial, la Pobreza " es la imposibilidad de alcanzar un nivel de vida mínimo"(p.e. Banco Mundial(1990)), refiriéndose a la pobreza absoluta que vive una parte importante de la población.

Independientemente de los elementos que contienen cada una de estas definiciones, la pobreza se refiere a la deprivación o ausencia de bienestar y se relaciona a condiciones de inequidad en el acceso y control de grupos de población a los bienes y servicios socialmente producidos.

La pobreza se ha convertido en un fenómeno mundial de carácter estructural. El mundo en que vivimos está cada vez más polarizado económicamente, encontramos una realidad concreta, el crecimiento de los pobres frente a la disminución de los más ricos, lo que incrementa las disparidades sociales, violando principios básicos de justicia y equidad, que fomentan la alienación, la desesperanza, la inestabilidad poniendo en peligro las vidas humanas y el crecimiento económico sostenible.

En el grupo de excluidos se destacan dos categorías: los miserables que son dependientes de los otros, sobreviven de la limosna, ayudas, asistencia social, viven del favor de los otros y los marginales, que viven contraviniendo las normas en el crimen y el delito.

Panamá no se escapa de la realidad de aportar a la globalización de la pobreza. Cifras presentadas por el Ministerio de Economía y Finanzas en el Perfil de la Encuesta de Niveles de Vida, realizada en el año 1997, y presentada en el Perfil y Características de los Pobres en Panamá, señalan que en ese año, el 37% de la población total del país era pobre. Esto en cifras absolutas

representa aproximadamente 1,020,000 personas, que habitan el 27.5% del total de hogares en el país. Su consumo total anual se encontraba por debajo de la línea de pobreza general, que para entonces se había estimado en B/.905 al año por persona y por mes a B/. 75.00 (p.e. MEF (1997)).

De los pobres, el 18.8% que representan 515,000 personas vivían en condiciones de pobreza extrema, es decir, en condiciones de indigencia. Esta situación afecta al 12.3% de los hogares en donde los recursos que obtienen les permiten satisfacer las necesidades mínimas de alimentación de sus miembros que están estimadas en un gasto de B/. 519 al año por persona.

La pobreza en el área urbana afecta al 15.3% de la población, mientras que en la rural, incluidas las zonas indígenas la incidencia es de 64.9%. La población rural no indígena presenta un 58.7% de pobreza, siendo más grave la situación en la población indígena en donde esta alcanza el 95.4%, de las que el 86.4% viven en condición de extrema pobreza. Se señala que la incidencia de la pobreza es mayor en los grupos más jóvenes de la población, encontrándose que 154,000 niños menores de cinco años se encuentran en condición de pobreza, lo que representa el 53% de la población de este grupo de edad. Así, la mitad de los niños entre cinco y nueve años son pobres y el 46% del grupo de 10 a 14 años. El resto de los grupos presentan una incidencia de la pobreza menor que el promedio nacional.

En cuanto a la profundidad y severidad de la pobreza los más afectados son las áreas rurales e indígenas.

2.3.3.4. Estado actual de los Recursos Humanos

El sector público de salud cuenta con 21,899 funcionarios distribuidos en instalaciones de la Caja del Seguro Social y del Ministerio de Salud. El 28.6% de los funcionarios de salud pertenecen al grupo constituido por médicos, enfermeras y odontólogos; el 34.3% al personal administrativo y el 37.1% aglutina a otros profesionales de salud (p.e. MINSA (1996)).

Los asistentes de salud que trabajan en los puestos de salud son 541 a nivel nacional. Este personal labora en el más bajo escalón de complejidad dentro del primer nivel de atención en las áreas postergadas rurales de difícil acceso, alcanzando las tasas más elevadas en los Distritos de Sambú (12.6), Changuinola (10.9), Portobelo (9.4) y Chepo (8.6). Se captaron entre 1992 a 1996 un total de 1,470 parteras empíricas.

2.3.3.5. Situación de los Recursos Físicos

La República de Panamá cuenta con un total de 720 instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud, en los diferentes grados de complejidad; que están distribuidas a lo largo de todo el país (p.e. MINSA (1997)). El mayor número de instalaciones se ubica en el primer escalón de complejidad, encontrándose 376 puestos de salud y 112 sub-centros que brindan servicios a la población más postergada del país. Los Centros de Salud alcanzan un total de 155 instalaciones en donde el 16.6% cuenta con una disponibilidad de 166 camas, las policlínicas suman 34, los dispensarios 6 y hospitales 37.

Las cinco instalaciones hospitalarias de mayor grado de complejidad se concentran en la ciudad de Panamá, ofreciendo servicios del III nivel de atención y constituyen el 20% del total de hospitales de la República.

2.3.3.6. Situación de los Recursos Financieros

Los servicios de salud son financiados a través de distintas fuentes. Se estima que actualmente el 20% de los servicios son financiados por el sector privado, el 75% por la Caja de Seguro Social, el 55% por el Ministerio de Salud y un 5% por el sector tradicional (p.e. (MINSA 1997^a, MINSA 1997b)).

En cuanto a las características de la demanda de los servicios, se conoce que un 5% no está asegurado por la Seguridad Social y reciben mayoritariamente atención privada; otro 10% está formado por asegurados de la seguridad social que no usan los servicios públicos porque se atienden mayoritariamente en instituciones de salud privada. El 25% de la población es asegurada y reciben atención en la Caja de Seguro Social, otro 25% son asegurados que se atienden en instalaciones del Ministerio de Salud y un 20% son personas no aseguradas y se atienden en el Seguro Social y el Ministerio de Salud. Un 10% son personas no aseguradas que se atienden mayoritariamente por el Ministerio y un 5% son no asegurados que se atienden en el sistema tradicional.

Luego de haber entrado en el conocimiento del Sistema Nacional de Salud, pasaremos a tratar la situación de la Región de Salud de San Miguelito como el escenario en donde se desarrolla operativamente el proceso de Reforma y Modernización en el sistema regional de salud.

2.4. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO

Las regiones de salud constituyen el nivel operativo ejecutor de las políticas, programas y proyectos del Ministerio de Salud. De acuerdo al Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud, las “acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud en el plano nacional, se cumplirán mediante un régimen descentralizado de operación por los servicios ejecutivos periféricos a saber: Áreas Médico-Sanitarias; Centros y Sub Centros de Salud y Hospitales y Establecimientos especializados bajo la dirección, regulación, coordinación, supervisión y evaluación de las Jefaturas Regionales de Salud que constituyen la autoridad superior en la correspondiente Jurisdicción” (p.e. MINSA (1969)).

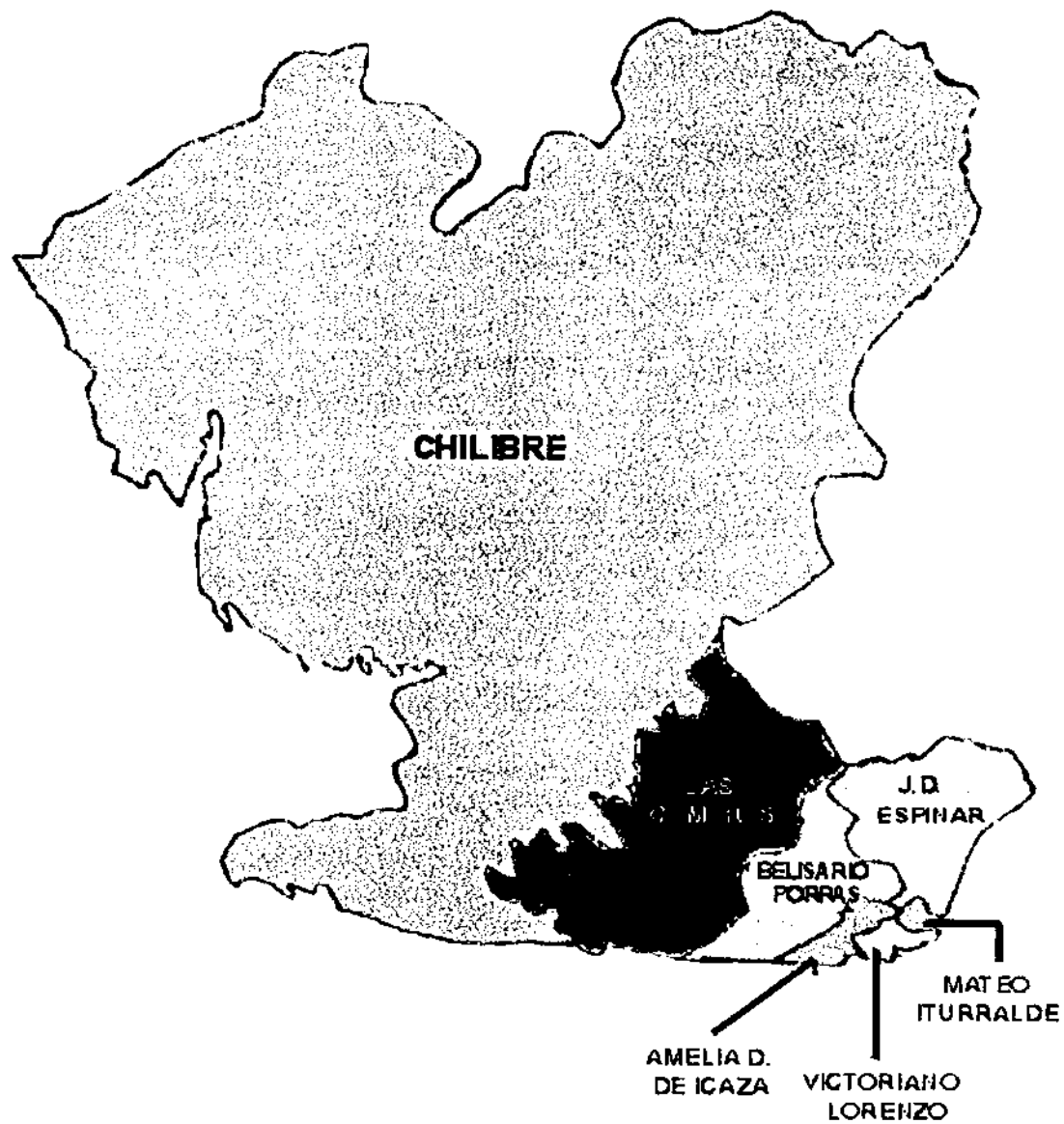
La Región de Salud de San Miguelito es una de las 13 regiones sanitarias del país y constituye el escenario en el que se desarrolla el proyecto piloto de Reforma y Modernización que ejecuta el Ministerio de Salud.

Es la instancia responsable de la conducción de las acciones de salud en los cinco corregimientos del Distrito de San Miguelito y los corregimientos de las Cumbres y Chilibre, del distrito de Panamá.

A continuación se presenta el ámbito geográfico de responsabilidad de la Región de Salud de San Miguelito.

FIGURA 2. MAPA DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE



Fuente: Departamento de Estadística. Región de Salud de San Miguelito. 1999.

En su funcionamiento intervienen todas las instituciones de salud que existen en el espacio población de responsabilidad regional y que forman parte del sistema formal de servicios de salud gubernamentales y no gubernamentales, así como el sistema no formal o tradicional de la comunidad.

Seguidamente se presenta los factores que intervienen en la situación de salud de la población y el ambiente en la Región

2.4.1. Determinantes y Condicionantes de la Salud en la Región

La salud tanto individual como colectiva es el resultado de las complejas interrelaciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos y sociales que se dan en la sociedad. La salud y la enfermedad son construidas social y colectivamente, por tanto, obedecen a una lógica compleja, en la que se articulan las visiones sociales e individuales. Por ello, más que un estado de equilibrio, genera una condición dinámica de tensión y conflicto para alcanzar mejores condiciones de vida y disfrute de niveles superiores de bienestar, que solo son posibles cuando se eliminan las desigualdades que impiden el desarrollo de la humanidad.

Para lograr una clara comprensión de los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo, se hará una referencia de la situación de salud y de los servicios en la Región de salud de San Miguelito para contextualizar al Centro de Salud de San Isidro. A continuación se detalla:

2.4.1.1. Situación Demográfica

La población estimada para 1997 era de 417,062 habitantes, distribuida en una extensión territorial de 1,168 km², con una densidad de población de 357 habitantes por km². La expectativa de vida general se amplió a 75.9 años. La tasa de natalidad regional se registra en 23.0 (p.e. MINSA (1998)).

2.4.1.2. Situación Socioeconómica

En 1990 la Región tenía el 15.3% de la población económicamente activa del país, que correspondía a 123,339 personas. De ella, el 11.6% era del Distrito de San Miguelito y el 3.7% de la Cumbres y Chilibre (p.e. Contraloría (1991)).

Tiene el 14% de la población ocupada del país, que suman 104,235 personas, las cuales se dedican principalmente a las actividades del sector comercio y servicio. Los trabajadores eventuales y por cuenta propia alcanzan el 38.8%.

La tasa de desocupación regional es de 15.5%, alcanzando el más alto nivel en Chilibre, Alcalde Díaz, Belisario Porras, Amelia Denis de Icaza y Victoriano Lorenzo. Con relación al ingreso, el 45% los empleados eventuales y por cuenta propia reciben menos de B/.175.00, y se distribuyen en San Miguelito el 50.6%, Las Cumbres 51.2% y Chilibre el 69.5%. La mediana de ingresos a nivel regional es de B/. 232.20 y se encuentran por debajo Chilibre con B/.179.40, las Cumbres B/. 219.50 y Belisario Porras B/.222.70.

Al establecer la relación entre el ingreso y el costo de la canasta básica, que en 1997 estaba en B/. 224.82, se encuentra que el 49.4% de la población está en ese rango de acuerdo a la mediana de ingreso.

En cuanto a la educación, el promedio de años aprobados es 7.9 que representa primer ciclo incompleto. Todos los corregimientos se encuentran en ese status educativo, lo que se constituye en un factor que limita el acceso a trabajos mejor remunerados.

Las familias que residen en la Región tienen un promedio de 4.7 habitantes.

2.4.1.3. Situación de la Pobreza en la Región de Salud de San Miguelito

La Región de Salud de San Miguelito se caracteriza por una marcada heterogeneidad étnica, cultural, socioeconómica, política, demográfica, epidemiológica, y de otros, que inciden en el proceso de salud-enfermedad y en la capacidad de las instituciones de salud para dar respuestas a las necesidades y problemas de salud que presentan.

La pobreza como un indicador de desarrollo del país demuestra el grado de vulnerabilidad en que se encuentra la población y por ende, la necesidad del Estado en cumplir con su misión reguladora y distributiva de los bienes y servicios sanitarios producidos, con un criterio de equidad, que favorezca a los que más los necesitan.

El proceso de Reforma y Modernización intenta ofrecer una respuesta sanitaria viable a la población pobre, históricamente excluida del reparto de estos bienes y servicios en todos los niveles de atención de la red sanitaria. Para

ello se plantea la necesidad de conocer la magnitud de la pobreza en la Región, y sobre todo que permita caracterizarla y visibilizar su distribución espacial, para adecuar la oferta de servicios a las necesidades de estos grupos. Con este propósito se realiza el Diseño y Prueba Piloto de la Metodología para Identificación e Inscripción de Indigencia entre la Población no Asegurada ni Beneficiaria de la Caja de Seguro Social de la Región de Salud de San Miguelito (p.e. CELA (1998)), la cual utiliza el Método de Línea de Pobreza y Necesidades Básicas Insatisfechas, que hace referencia a una "medición relativa de la pobreza, y busca establecer las diferencias existentes en la satisfacción de necesidades básicas a nivel de corregimiento, lugar poblado, barrios y zonas sanitarias de salud en la totalidad de la Región de Salud".

Se aplicó una encuesta a una muestra de 1,002 familias de cuatro zonas que incluyó La Cabima, Barriada 2,000, Nuevo Veranillo y 9 de Enero (p.e. (CELA 1998a, CELA 1998b)). Los resultados reflejan que el promedio de ingreso mensual total es de B/. 210.3, siendo mayor en Nuevo Veranillo con B/.236.0, Barriada 2,000 con B/.201.3, La Cabima B/.192.8 y 9 de Enero con B/.181.6, tres de ellas por debajo de la canasta básica de alimentos, que según el Ministerio de Planificación y Política Económica (aún no se había cambiado el nombre) era de B/.224.00, lo que las ubica por debajo de la línea de pobreza.

Se encontró como dato importante que el 57% de los hogares investigados estaba jefaturados por hombres, y el 43% por mujeres. La relación jefatura por sexo con la variable ingreso reportó que la mujer percibe ingresos

inferiores que el hombre. Esto se evidencia cuando el doble de las mujeres con respecto a los hombres perciben ingresos inferiores a los B/.100.00.

En tomo a la vivienda, en tres de las zonas (9 de enero, La Cabima, Baniada 2,000) prevalece la autoconstrucción como solución personal al problema de déficit habitacional, en tanto la zona de Nuevo Veranillo, recibieron en su momento el beneficio de políticas estatales de vivienda. El 81% de las viviendas encuestadas son propias, 11.5% alquiladas, 3.8% cedidas y 3.1% hipotecadas.

Con relación al tipo de construcción, 82.4% son de cemento y su acceso a servicios básicos indicó que 98% reciben agua potable del IDAAN, 55.6% tienen letrinas, 26.1% están al alcantarillado y 18.1% a tanque séptico.

El tamaño de las familias es variable, encontrándose que 54.1% de los hogares tienen de 4 a 6 personas, 27% de 1 a 3, 15.2% de 7 a 9 y 3.7% por 10 y más personas.

La educación fue abordada como una variable en el estudio, identificándose un 2.4% de analfabetismo. Los jefes de hogar presentan en un 57% educación secundaria, siendo incompleta en 31.5%. Le sigue el nivel primario 33.4%, educación vocacional 5.5% y universitaria 4.5%.

El acceso a los servicios de salud, se aprecia en un 64.1% que acude a los centros de salud, 19.8% a hospitales públicos, 11.2% a médicos privados, 4.3% a instalaciones de la Caja de Seguro Social y 0.6% a curanderos y otros.

La variable trabajo se investigó, encontrándose que 56.6% de los jefes de hogar trabajan de los que el 38.3% lo hace por cuenta propia. El desempleo es por el orden de 30.9%, superior al nivel nacional (13%).

La estratificación de la población según lugar poblado y barrio y su evaluación socioeconómica, realizada a través de la información del censo nacional celebrado en 1990, representó el primer intento para lograr una aproximación al conocimiento de la situación de pobreza en la Región de Salud de San Miguelito. Se identificó un total de 189 lugares poblados y barrios lo que permitió realizar una estratificación de la población de la Región de salud según nivel de pobreza, como se aprecia en la siguiente tabla.

TABLA 4. ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO SEGÚN NIVELES DE POBREZA. AÑO 1997

Estrato	Lugares poblados y barrios		Población (%)	Categorización
	Nº	(%)		
TOTAL	189	100.0	100.0	
MUY POBRE	62	32.8	16.7	A
POBRE	92	48.7	64.5	B,C,D
NO POBRE	35	18.5	18.8	E

Fuente: CELA. Metodología y Plan Piloto para la identificación de indigencia en la Región de Salud de San Miguelito. 1997

El informe de resultados presentado por CELA y otros estudios realizados revelan que el 80% de la población regional está por debajo de la línea de pobreza y los sectores más pobres de la Región se encuentran en las áreas rurales y semi-rurales en la periferia del Distrito de San Miguelito y en los corregimientos de las Cumbres y Chilibre del Distrito de Panamá.

Los niveles de pobreza son más marcados en la población no asegurada, que por consiguiente está desempleada, o subempleada, con bajos niveles educativos, que proviene de una familia disfuncional. Viven en viviendas que no disponen ni de las condiciones necesarias para ofrecer protección a sus habitantes ni de servicios básicos.

Se contemplan dos grupos para la categorización, los pobres y no pobres, estableciéndose la categoría A para los muy pobres los que deben recibir subvención total del Estado, el B, C y D, recibirán una subvención del 75, 50 y 25% respectivamente y el E deberá pagar la tarifa total de los servicios que se cobre en el establecimiento de salud

Según el mapa de pobreza para la Región de Salud de San Miguelito (p.e. MEF (1999)), la probabilidad de ser pobre más alta corresponde a la población del corregimiento de Chilibre (0.57) y la más baja al corregimiento de Mateo Iturralde (0.15), según lo indica la tabla a continuación.

TABLA 5. PROBABILIDAD DE SER POBRE EN LA REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO, SEGÚN CORREGIMIENTO AÑO 1997

Corregimientos	Probabilidad de ser pobre a nivel de persona
Chilibre	0.57
Las Cumbres	0.37
Belisario Porras	0.31
Amella D. De Icaza	0.27
Victoriano Lorenzo	0.21
José D. Espinar	0.20
Mateo Iturralde	0.15

Fuente: Encuesta de Niveles de Vida del Ministerio de Economía y Finanzas. 1997

Los residentes de los corregimientos de Chilibre y las Cumbres que pertenecen al distrito de Panamá tienen mayor probabilidad de ser pobres que los que habitan en el distrito de San Miguelito.

2.4.1.4. Situación de salud de las personas

El perfil epidemiológico para 1997 indica que la tasa de mortalidad general es de 3.4 por mil, incrementándose levemente la mortalidad infantil a 14.3 por mil nacidos vivos en la Región. El corregimiento que presenta la más alta tasa de mortalidad infantil es Belisario Porras (16.1), le sigue Amelia Denis de Icaza (15.7) y Las Cumbres (15.3). La menor tasa se encuentra en el corregimiento José Domingo Espinar (9.2). Las principales causas de morbilidad y muerte por sistema que se presentan a nivel regional con sus respectivas tasas son:

**TABLA 6. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
PERFIL DE MORBILIDAD REGIONAL
AÑO 1997**

MORBILIDAD	Nº	TASA (10,000 hab)
Infecciones Respiratorias Agudas	30,294	726.4
Diarrea	10,448	250.5
Infección de vías urinarias	6,914	165.8
Anemia	2,815	67.5
Parasitosis intestinal	2,104	50.4

Fuente: Departamento de Registros médicos de la Región de Salud de San Miguelito.

Se aprecia en esta tabla que las infecciones respiratorias agudas y la diarrea son las principales enfermedades que afectan a la población y están

vinculadas a las condiciones del ambiente, que incide a su vez en la parasitosis intestinal y ésta en la anemia.

De hecho estos problemas de salud son prevenibles con prácticas saludables y con la resolución de problemas relacionados con la pobreza.

A continuación se presentan las principales causas de muerte que afectan a la población que reside en la Región de Salud.

**TABLA 7. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
PERFIL DE MORTALIDAD POR SISTEMA
AÑO 1997**

MORTALIDAD POR SISTEMA	Nº	TASA (1,000 hab)
Circulatorio	439	1.05
Accidente, suicidios, traumatismos, homicidios	232	0.6
Tumores	211	0.5
Respiratorio	207	0.5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	129	0.3

Fuente: Departamento de Registros médicos de la Región de Salud de San Miguelito.

Se aprecia que las principales causas de muerte que presenta esta tabla, están relacionadas a los estilos de vida que tienen las personas, en consecuencia, pueden ser prevenibles mediante estrategias de promoción de la salud con participación social, no obstante la prioridad establecida se centra más en la enfermedad. Sigue llamando la atención la mortalidad por violencia que afecta a todos los grupos de población, especialmente a los jóvenes.

2.4.1.5. Demanda de servicios de salud

La atención de la salud de la población de la Región de Salud de San Miguelito, se produce fundamentalmente mediante la demanda de consultas de morbilidad y controles de salud preventiva. En menor escala se demandan acciones promocionales y de vigilancia de la salud pública debido a la forma en que está organizada la oferta de los servicios, cuyo fundamento se basa en la medicina biológico-curativa.

A continuación se presenta la tabla que refleja la demanda de consultas de atención primaria de salud por grupo etáreo.

**TABLA 8. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
FRECUENCIA DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR GRUPO
ETÁREO EN LAS INSTALACIONES DE SALUD
AÑO 1996**

Grupo etáreo	Total	Morbilidad	Prevención
Total	1.64	0.95	0.69
< 1	12.29	2.68	9.61
1 - 4	2.91	1.36	1.55
5 - 9	1.59	0.61	0.99
10 - 14	0.76	0.33	0.43
15 - 19	0.48	0.32	0.16
20 - 59	1.22	1.05	0.16
> 59	3.28	1.83	1.65

Fuente: Información tomada del informe preliminar de B&F Gestión y Salud. Modelos e Instrumentos para la Gestión de la Región de Salud de San Miguelito, presentado en septiembre de 1997.

Con excepción de los menores de un año, y de acuerdo a las normas de atención de la salud, se observa una baja frecuencia de demanda especialmente en el grupo de 10 a 19 años, los que no llegan ni a una consulta anual. Los siguientes grupos logran atenderse por lo menos una vez al año, siendo la

segunda demanda la de los mayores de 59 años. Se tiene un promedio general de 1.64 consultas anuales y es la atención de la enfermedad la que genera una demanda de un paciente anual (0.95), lo que se aprecia en la siguiente tabla.

**TABLA 9. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
FRECUENCIA DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
ANUAL POR GRUPO ETÁREO Y TIPO DE PROFESIONAL
AÑO 1996**

Grupo Etáreo	Total	Médico	Enfermera
Total	1.64	1.32	0.32
< 1	12.29	6.59	5.70
1 - 4	2.91	1.87	1.04
5 - 9	1.59	1.08	0.52
10 - 14	0.76	0.53	0.24
15 - 19	0.48	0.44	0.04
20 - 59	1.22	1.20	0.02
> 59	3.28	3.11	0.17

Fuente: Información tomada del informe preliminar de B&F Gestión y Salud. Modelos e Instrumentos para la Gestión de la Región de Salud de San Miguelito, presentado en septiembre de 1997.

Se aprecia en esta tabla que la mayor demanda es de atención médica (1.32) y la menor se registra en la atención de enfermería (0.32), coincidiendo con la mayor demanda de atención de morbilidad.

El aspecto ambiental también se ve afectado por el crecimiento marcado de la población lo que trae en consecuencia la insuficiencia de servicios públicos de abastecimiento de agua, recolección de basura, instalaciones apropiadas para la disposición de excretas lo que produce contaminación del aire, agua y suelos entre otros.

La vigilancia de la salud se realiza con grandes limitaciones por insuficiencia de recursos de todo tipo, especialmente los humanos.

2.4.1.6. Situación de los Recursos Humanos

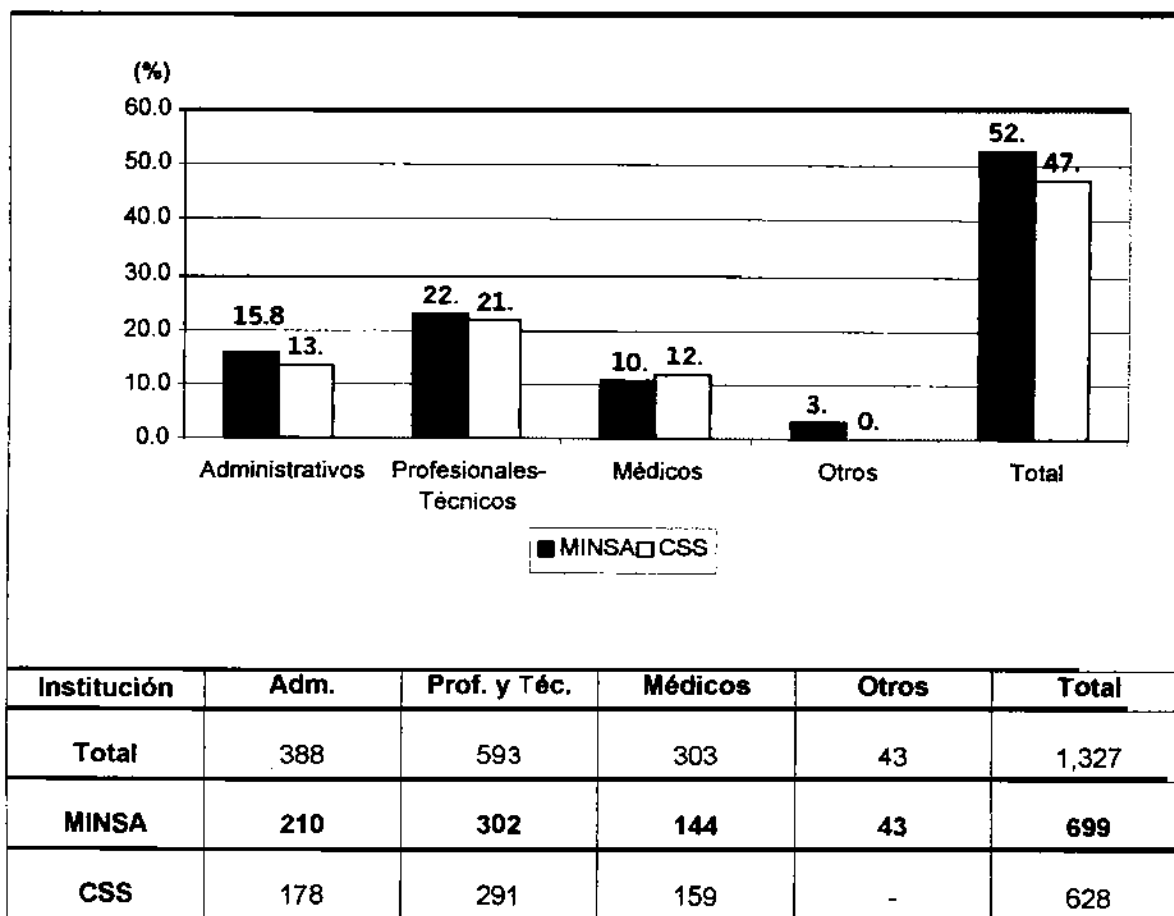
La Región de salud de San Miguelito contaba en 1997 con 699 funcionarios profesionales y técnicos, con una tasa de distribución (x 10,000 hab) de 4.94 médicos, 2.41 enfermeras, 2.29 auxiliares de enfermería, 0.48 inspectores de saneamiento, 0.44 trabajadores sociales y 0.05 educadores para la salud. Este personal atiende población asegurada y no asegurada.

De estos funcionarios, el 63.8% está conformado por profesionales, técnicos y médicos, en tanto que el 30 % corresponde al sector administrativo. La estructura de cargos refleja que el 57% de la fuerza laboral es permanente.

Del grupo de médicos y técnicos, el 73.6% son mujeres y el 26.4% hombres. La concentración por grupo de edad se encuentra entre los 36 y 50 años con 68%. El 83.3% tiene horario completo, es decir, laboran ocho horas diarias

Presentamos a continuación la distribución del Recurso Humano por entidad prestadora de servicios en la Región.

GRAFICA 1. RECURSO HUMANO QUE LABORA EN LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO. AÑO 1997



Fuente: Departamento de Registros Médicos de la Región de Salud de San Miguelito.

Como se aprecia en la gráfica, la oferta de recursos humanos de la Región es insuficiente para atender la demanda potencial de la población, estimada en un 60% para la Caja de Seguro Social y 40% para el Ministerio de Salud en la provisión de servicios de atención, en tanto que ésta última debe atender la vigilancia de la salud pública, que para los efectos contempla el 100% de la población regional, con un 52.7% del total de los recursos humanos.

Para dar respuesta a esta problemática, los Comité de Salud contribuyen con la contratación de personal técnico y administrativo en todos los centros de salud de la Región. Como se aprecia en la siguiente tabla, para el año de 1998, se contaba con 99 funcionarios contratados que representan una planilla anual de B/. 276,870.00. Los centros de salud que aglutinan mayor recursos humanos son Nuevo Veranillo con 28.3%, San Isidro con 23.2% y Chilibre el 16.2%.

**TABLA 10. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
RECURSO HUMANO CONTRATADO POR LOS COMITÉS DE SALUD,
COSTO MENSUAL Y ANUAL POR CENTRO DE SALUD. 1998**

Centro de Salud y Comité de Salud	Ingresos de los fondos de autogestión	Planilla contratada	Costo mensual de la planilla	Costo anual de la planilla
Amelia Denis de Icaza	86,838.91	7	1,705.00	20,460.00
Nuevo Veranillo	220,355.49	28	5,775.00	69,300.00
Valle de Urracá	37,013.94	-	-	-
Torrijos Carter	86,398.56	6	1,200.00	14,400.00
Cerro Batea	71,710.07	11	2,475.00	29,700.00
Alcalde Díaz	63,980.20	8	1,665.00	19,980.00
Chilibre	119,234.55	16	3,760.00	45,120.00
San Isidro	160,729.09	23	5,742.50	68,910.00
TOTAL	846,260.81	99	22,322.00	276,870.00

Fuente: Departamento de Presupuesto de la Región de Salud de San Miguelito.

2.4.1.7. Red de Servicios de Atención

La red de provisión de servicios de salud está formada por instalaciones del primer y segundo nivel, que existen actualmente en la Región. Esta constituida por ocho centros de salud, una extensión pediátrica del Hospital del Niño, dos Policlínicas de la Caja de Seguro Social y el Hospital Integrado San

Miguel Arcángel. Las instalaciones se encuentran distribuidas según corregimientos así:

**TABLA 11. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
DISTRIBUCION DE LAS INSTALACIONES DE SALUD POR
CORREGIMIENTO
AÑO 1998**

CORREGIMIENTD	INSTALACIONES DE SALUD
Belisario Porras	Centro de Salud Nuevo Veranillo Centro de Salud de Don Bosco Centro de Salud de Cerro Batea Centro de Salud de Torrijos Carter Centro de Salud de San Isidro Policlínica Generoso de La Guardia
Amelia Denis De Icaza	Centro de Salud de Amelia Denis de Icaza Hospital Integrado San Miguel Arcángel
José Domingo Espinar	Centro de Salud del Valle de Urracá Policlínica Manuel Ma. Valdés
Las Cumbres	Centro de Salud Mauricio Díaz Garcés
Chilibre	Centro de Salud de Chilibre

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de la Región de Salud de San Miguelito.

En los centros de salud y las policlínicas se brindan servicios de atención primaria y en el hospital, atención secundaria a población asegurada y no asegurada.

2.4.1.8. Gasto en Salud

El presupuesto de la Región de Salud de San Miguelito, está constituido por la asignación que realiza el Ministerio de Salud y los ingresos recaudados por el pago de los servicios de salud en las instalaciones de salud del primer nivel conocidos como fondos de autogestión. A continuación se presenta una tabla que desglosa por Centro de Salud la distribución presupuestaria.

**TABLA 12. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
DISTRIBUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR CENTRO DE SALUD
AÑO 1997**

Centro de Salud	Asignación presupuestaria Descentralizada	Ingresos de los fondos de autogestión	Total de Ingresos
Amelia Denis de Icaze	31,185.95	86,838.91	118,024.86
Nuevo Veranillo	106,380.91	220,355.49	326,736.40
Valle de Urracá	26,411.38	37,013.94	63,425.32
Torrijos Carter	41,698.95	86,398.56	128,097.51
Cerro Batea	30,515.98	71,710.07	102,226.05
Alcalde Díaz	49,573.64	63,980.20	113,553.84
Chilibre	43,012.83	119,234.55	162,247.38
San Isidro	38,424.15	160,729.09	199,153.24
TOTAL	367,203.79	846,260.81	1,213,464.60

Fuente: Departamento de Contabilidad de la Región de Salud de Miguelito.

Para 1997, según la tabla presentada, el presupuesto regional fue de B/.1,213,464.60, del cual el 30.3% proviene de la asignación presupuestaria gubernamental y 69.7% de los ingresos de autogestión de los Comités de Salud. Del presupuesto, el 82% se destinó al pago de servicios personales (sueldo fijo, sobresueldos por antigüedad, por zona, y jefatura, otros sobresueldos, gastos de representación y décimo tercer mes) a funcionarios del Ministerio de Salud. Para ese año, el gasto per cápita por habitante a nivel regional fue de B/.2.91, siendo el más bajo del país.

En ese mismo período la Región estimó por primera vez, el costo unitario regional de los siguientes servicios: consulta externa en B/.7.84, odontología B/.8.29, saneamiento ambiental B/.9.18 y educación y organización B/12.33. Este ejercicio, sumamente útil, ha permitido tener una aproximación al costo real de los servicios básicos que se ofrecen en los centros de salud.

2.4.1.9. Cobertura de los Servicios de Salud

La cobertura de atención regional se refiere a los pacientes que acuden por primera vez al año a demandar servicios de salud. Su comportamiento ha sido el siguiente:

**TABLA 13. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
COBERTURA ANUAL DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD
AÑOS 1993 – 1996**

1993			1994			1995			1996		
Pob. Total	Pob. Atendida	%	Pob. total	Pob. atendida	%	Pob. Total	Pob. atendida	%	Pob. Total	Pob. atendida	%
374,086	273,047	73.0	389,260	297,2	75.6	396,018	294,394	74.3	406,449	224,991	55.4

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Se aprecia en la tabla que la cobertura en los tres primeros años mantiene un promedio de 74.3 % anual reflejando una disminución en el último año a 55.4%. Esto supone que la población perdió oportunidades de acceso a los servicios de salud, situación que pueden tener múltiples causas, no obstante tiene un costo económico y social para la sociedad en su conjunto, por el incremento de riesgos y la cronicidad de algunos estados mórbidos.

2.4.1.10. Situación de la Participación Social

La Región de Salud de San Miguelito, especialmente el Distrito que lleva este nombre, se han caracterizado por las múltiples formas que ha tomado la participación social, en virtud de que surge de movimientos sociales de

inmigrantes del interior de la república y grupos marginados de la capital, por la solución del problema de vivienda.

La mayoría de las Comunidades de la Región cuentan con alguna forma de organización, la que trabaja para la solución de problemas, especialmente de servicios básicos.

La participación en las acciones de salud provienen de la misma base comunitaria, en donde operan grupos de mujeres, comités de trabajo, grupos religiosos, deportivos, juveniles, asociación de padres de familia, madres maestras, grupos terapéuticos, y otros en la diversidad que es posible identificar. En los últimos años, han emergido Organizaciones No gubernamentales, que ejecutan acciones de salud, entre las que se pueden mencionar, la Asociación para la Planificación de la Familia, San Miguelito 2000, Clubes Cívicos, Voluntarios de Cruz Roja, El Centro de Apoyo a la Mujer Maltratada, Asociación de Jóvenes de San Miguelito, las iglesias, Fundación Hombre, Tercera Edad, el Grupo de Apoyo Familiar y Comunitario, el Centro de la Mujer Panameña, Nueva Identidad, entre otras, cuyas acciones son dirigidas a la mujer, la niñez, la capacitación, la promoción de la Salud y la prevención de enfermedades.

Por su parte en el ámbito gubernamental, se mantiene una estrecha coordinación con el Ministerio de Salud, Municipio, Vivienda, entre otros.

2.4.1.11. Los Comités de Salud

El Estado le da existencia legal a los Comités de Salud a través del Decreto de Gabinete N° 401 de 29 de diciembre de 1970, el cual los declara como organismos de interés público para “promover su iniciativa en la

orientación, planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud”, con el derecho a “constituirse en todas las comunidades dentro del territorio nacional”, mediante mecanismos puramente democráticos (p.e. MINSA (1989)).

Señala que los Comités de Salud que se constituyen legalmente serán personas jurídicas, capaces de ejercer derechos y contraer obligaciones.

Entre sus objetivos figuran:

- Participar en todas las acciones asociadas a los programas de salud.
- Asegurar los medios necesarios para que los derechos en salud sean ejercidos por todos los miembros de la comunidad.
- Velar por el cumplimiento de programas orientados hacia La consecución del estado óptimo de salud en toda la población.

Se constituyen en miembros del Comité de salud según los Estatutos “todas las personas de la comunidad que así lo desean” para lo cual deben cumplir entre otros requisitos con residencia en la comunidad a la cual pertenece el Comité, estar debidamente registrado en los libros del Comité y tener una edad mínima de 15 años (p.e. MINSA op. cit).

El Comité de Salud posee como órganos de gobierno la Asamblea General, Junta Directiva y las Comisiones de Trabajo. Se rigen por los Estatutos que establecen el cuerpo de reglamentaciones en que se fundamentan y estarán asesorados funcional y técnicamente por un Comité Técnico conformado por la autoridad de salud y su equipo profesional.

Su patrimonio está constituido por los “fondos provenientes de las colaboraciones y aportes voluntarios de los miembros de la Comunidad que

acudan al Centro de Salud a solicitar y recibir algún servicio de salud, los que procedan de las actividades que promuevan para su consecución” y de donaciones de personas naturales y jurídicas. La cuantía que deberá donar la comunidad en concepto de los servicios de salud que reciba será determinada por la Junta Directiva del Comité de Salud con asesoría de la autoridad de salud local (p.e. MINSA su. cit).

En razón de la responsabilidad que le compete en la administración de los fondos que ingresan a los centros de salud como instituciones públicas, “están obligados a llevar registros de contabilidad conforme a las normas y procedimientos que señala la Contraloría General de la República. Los libros de Contabilidad estarán sujetos a audits por parte de esta entidad y del Ministerio de Salud. Además están obligados a llevar libro de actas” (p.e. MINSA op. Cit). Tales fondos deberán depositarse en el Banco Nacional de Panamá o en la sucursal más cercana y podrán girar sobre la cuenta bancaria el representante legal del Comité que recae en la figura del presidente y el tesorero

El Decreto Ejecutivo N° 389 del 9 de septiembre de 1997, por el cual se reglamenta el Decreto de Gabinete N° 401 de 29 de diciembre de 1970, en el Capítulo II de los Fines del Comité de Salud, amplía las responsabilidades de estas organizaciones y concreta las relacionadas a la gestión de los Centros de Salud señalando:

- Todas las acciones de los gastos y órdenes de compra de insumos, medicamentos, equipos y contratación de personal técnico necesario, con los

recursos del Comité de Salud, deberán ser coordinados entre la Junta Directiva del Comité y la Autoridad de Salud.

- El Comité de Salud tiene facultad de proponer nombramientos o remoción de personal pagados con fondos, siempre y cuando la Dirección del Centro de Salud lo estime necesario. Dicho personal se someterá a la disciplina administrativa del Centro de Salud respectivo.
- Los nombramientos de personal con fondos del Comité de Salud, se realizarán mediante contrato firmado entre el Contratista, el Presidente de la Junta Directiva y el Director del Centro de Salud.
- Cuando los miembros de la Junta Directiva del Comité de Salud renunciaran en masa, o se negaran a cooperar para cumplir a cabalidad con los fines y objetivos a los cuales están destinados, o de algún modo impidan en desenvolvimiento de las acciones de salud, el Ministerio de Salud podrá crear una Junta Interventora mediante Resolución, por noventa (90) días, tiempo en que debe haberse escogido una nueva Junta Directiva del Comité.
- Los documentos pertenecientes a manejos financieros tales como: cotizaciones, recibos, facturas, cheques, libros de registros de miembros y libros contables, estarán bajo la responsabilidad del tesorero del Comité de Salud. Las Autoridades de la Contraloría General de la República y el Ministerio de Salud tendrán la responsabilidad de fiscalizar tales documentos.

Los Estatutos contemplan (art.16) la responsabilidad civil y penal que le compete a todo miembro de la Junta Directiva y a cualquier otra persona a la

que se le haya confiado una comisión que implique la administración de algún bien o dinero en caso de que cometiere algún acto punible o doloso.

La Región de Salud de San Miguelito cuenta con 31 Comités de Salud con personería jurídica, de acuerdo a la tabla siguiente:

**TABLA 14. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
COMITÉS DE SALUD CON PERSONERÍA JURIDICA SEGÚN
CORREGIMIENTD. 1998**

Belisario Porras	Amelia Denis de Icaza	José Domingo Espinar	Las Cumbres	Chilibre
Barriada Don Bosco, sector N° 1, Area 9 Samaria	Area N° 11, San José Llano Largo, Area 10	Altos del Valle de Urracá El Valle de Urracá	Alcalde Díaz La Cabima La Esperanza y 11 de Octubre Villa Grecia Quebrada Ancha El Peñón Gonzalillo	Chilibre Villa Unida Las Sabanas Nuevo Caimitillo
El Valle del Paraíso	Amelia Denis de Icaza			
Barriada de Fátima, Sector 28 D				
La Pulida, Area 6, sector C				
Nuevo Veranillo,				
Samaria, Sector 2				
Samaria, sector 3				
Samaria, Sector 4, Area 9				
Samaria, Sector 4-B				
San Isidro, Area 15 Sector 2, San Martín				
Sector 18, Area 7, Nuevo Veranillo				
Sector 35, Nuevo Veranillo				
Cerro Batea				
Torrijos Carter				

Fuente: Departamento de Participación Social del Ministerio de Salud. 1998.

De este conjunto de organizaciones, solo ocho (8) de ellas participan en la gestión de los centros de Salud, son ellos el de Nuevo Veranillo, Amelia Denis de Icaza, San Isidro, Cerro Batea, Torrijos Carter, Valle de Urracá, Alcalde Díaz y Chilibre. Fundamentalmente su principal rol está orientado a la administración de los fondos de autogestión que ingresan en concepto de pago por las prestaciones que reciben los y las usuarias de los Centros de Salud. Parte de estos ingresos se destinan a la contratación de recursos humanos (administrativos, técnicos y profesionales) para la prestación de servicios, convirtiendo a estas organizaciones en empleadoras, con todas las responsabilidades laborales establecidas legalmente en el Código de Trabajo.

2.4.1.12. Estructura Orgánico-Funcional de la Región de Salud de San Miguelito

La Región, se encuentra clasificada en el nivel ejecutor del Ministerio de Salud. Su organización responde a los lineamientos políticos y al proceso de Reforma que se lleva a cabo como primera experiencia en el país. A continuación los diferentes niveles:

Nivel Directivo

Esta formado por:

- Director Regional que es la máxima autoridad política de conducción de la salud en la Región.
- Consejo Regional de Salud: Es la instancia de concertación sectorial que viabiliza y supervisa el Plan Regional de Salud mediante la integración de los recursos del sector salud, la coordinación

intersectorial, la participación y representación de los usuarios. Forman parte:

- Director Regional de Salud
- Alcalde del Municipio
- Director Regional del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales
- Director Regional de la Dirección Metropolitana de Aseo
- Coordinador Regional de los Servicios Médicos de la Caja de Seguro Social
- Presidente o Coordinador de la Federación de Comités de Salud

Nivel Fiscalizador:

Está integrado por Auditoría Interna de la Región, que cumple la función de control y fiscalización de los recursos destinados a ésta.

Nivel Asesor:

Lo integran la Unidad de Análisis y Tendencias de la Situación de Salud, y las Gerencias de Planificación, Administración y Finanzas y Recursos Humanos, cuya función es darle el soporte técnico-administrativo a los procesos de Reforma que dirige la Región, mediante equipos interdisciplinarios. Cada una de estas unidades especializadas tiene las siguientes responsabilidades:

- **Unidad de Análisis y Tendencias de la Situación de Salud:**

Se considera la unidad de inteligencia sanitaria y debe dar los insumos de información sobre la situación de salud y sus tendencias para la definición de

planes, proyectos y estrategias para elevar la salud de la población y el ambiente.

Cuenta con los departamentos de Estadística y Registros Médicos e Informática.

- **Gerencia de Planificación:**

Sus funciones son la formulación, dirección y evaluación de proyectos, brindar soporte técnico a los procesos de investigación, formular y evaluar el Plan Regional de Salud, Apoyar los procesos de planificación estratégica en los centros de salud, monitorear y evaluar su ejecución.

- **Gerencia de Administración y Finanzas**

Le corresponde la gestión de los recursos financieros y la conducción de los procesos administrativos a nivel regional. La conforma los departamentos de Contabilidad, Presupuesto y Tesorería, Proveduría y Compras, Mantenimiento de Infraestructura, Transporte y Servicios Generales e Imprenta Regional.

- **Gerencia de Recursos Humanos:**

Le corresponde la gestión de los recursos humanos para adecuarla a las necesidades de Reforma que se llevan a cabo en la Región. Además debe crear las condiciones para la implantación de la Ley de Carrera Administrativa y la Carrera Sanitaria.

Sus departamentos son los de Planificación de Recursos Humanos, Administración de Recursos Humanos y Asuntos Laborales y Desarrollo Integral de Recursos Humanos.

Nivel Técnico

Está integrado por las gerencias de Promoción de la Salud, Gestión de Salud Pública y Provisión de Servicios. A continuación se detallan las funciones de cada una.

- **Gerencia de Promoción de la Salud**

Diseña, desarrolla, ejecuta y supervisa los programas de Promoción de la Salud, Participación Social, Educación para la Salud y Comunicación para la Salud. Cuenta con recurso humano especializado en cada una de éstas.

- **Gerencia de Salud Pública**

Es la responsable de la vigilancia de salud de la población y el ambiente. Se compone de las siguientes áreas funcionales:

- Vigilancia de la Salud Poblacional, compuesta por Planificación de la salud poblacional, Vigilancia de las normas de atención, Acreditación de establecimientos de Salud, Control de Medicamentos y Vigilancia nutricional para la atención de la población.
- Vigilancia de la Salud Ambiental integrada por Planificación de la salud Ambiental, Vigilancia de la salud Ambiental, Control de alimentos y zoonosis, control de vectores y el Centro de Capacitación de manipuladores de alimentos y operarios de establecimientos de Interés sanitario.
- Vigilancia epidemiológica, que incluye el Sistema de Control de Inmunizaciones, Sistema de Prevención y Mitigación de Desastres, Promoción y Control de endemias y epidemias.

- Comité de normas para la auditoría de los servicios hospitalarios y de la red primaria de salud, acreditación de establecimientos para la provisión de los servicios de salud.
- Laboratorio Regional de salud, quien vigila la calidad del agua, higiene industrial, calidad de los alimentos, toxicología, salud ocupacional, bacteriología y citología.
- **Gerencia de Provisión de Servicios de Atención a la Población**

A esta gerencia le corresponde el desarrollo de tres funciones fundamentales en la Reforma y Modernización que se desarrolla en la red de servicios. Son ellas:

- Desarrollo del proceso de formulación, negociación e implantación de los Compromisos de Gestión.
- Gestión de la calidad en la prestación de los servicios de salud y vigilancia de la calidad de los convenios.
- Defensoría del Usuario, para la atención y resolución de quejas y protección de los usuarios contra las perversidades que puede tener el sistema de salud.

Niveles de Atención:

En el sistema de Salud Regional opera una red de servicios públicos del primero y segundo nivel, los cuales son las instancias operativas-ejecutoras de los planes, programas y proyectos que realiza el Ministerio de Salud.

- **Segundo Nivel de Atención**

Está formado por el Hospital Integrado San Miguel Arcángel que brinda servicios de urgencia, hospitalización y cirugía ambulatoria a la población residente en la Región.

- **Primer Nivel de Atención**

Lo forman los centros de salud, sub centros y policlínicas existente en los distintos corregimientos de la Región.

Paralelo al sistema público opera uno privado y otro tradicional (curanderos, hierberos, sobadores, parteras empíricas y otros).

A continuación se presentará los aspectos más sobresalientes del proceso de Reforma y Modernización que se desarrolla en el sistema de salud panameño, lo cual permite establecer el contexto de la participación social en el marco de las transformaciones que se desarrollan.

2.5. PROCESO DE REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL SECTOR SALUD PANAMEÑO

Transcurridas varias crisis a nivel mundial, se producen reformas en la economía, el Estado y la sociedad, que han cambiado los paradigmas tradicionales incidiendo significativamente en todos los sectores, incluyendo el de salud. En el Estado se producen cambios, con el establecimiento de “nuevas reglas del juego, que separan la función asistencial de la función financiadora y la apertura de mercados, en donde la función reguladora se potencia como un

elemento vital que contrarresta los efectos excluyentes de los mercados sanitarios imperfectos” (p.e. Britto et. Al. (1996)).

En ese sentido, se espera que el Estado asuma funciones orientadas a la:

- Concertación para definir macro políticas de desarrollo buscando mayor equidad en salud.
- Acción multisectorial para mejorar los factores condicionantes de la situación de salud, además de provisión descentralizada de servicios.
- Regulación de la producción de bienes y servicios, así como de los agentes respectivos.
- Promoción y establecimiento de las relaciones internacionales de interés para la salud.
- Investigación y evaluación del impacto de macro determinantes, condicionantes y servicios sobre la situación de salud.

Para tener una claridad conceptual la Reforma del Sector Salud es definida por la OPS como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector salud con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan” (p.e. OPS/OMS (1997)).

Los criterios rectores de la Reforma Sectorial a nivel general, se inscriben en la búsqueda de la equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación

social en los sistemas y servicios de salud (p.e. OPS/OMS (1998)). Cada una de estas cualidades se definen de la siguiente manera:

Equidad: Se asumen dos implicaciones de este concepto en las condiciones de salud de la población y en la prestación de los servicios. En la primera se refiere a la disminución de las diferencias evitables e injustas al mínimo posible y en la segunda, a recibir atención de acuerdo a la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).

Efectividad y calidad técnica: Implica que la población usuaria de los servicios recibe asistencia eficaz, segura y oportuna en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).

Eficiencia: Se refiere a la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Se enmarca en dos dimensiones: la asignación de recursos y la productividad de los servicios.

Sostenibilidad: Consiste en la capacidad del sistema de resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento, así como los retos de mantenimiento y desarrollo futuros. Tiene una dimensión social por cuanto implica la aceptación y apoyo social y otra financiera relativa a la disponibilidad de los recursos necesarios.

Participación Social: Implica los procedimientos para que la población y los distintos actores influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y reciba beneficios de dicha participación.

El contexto presentado establece el marco para describir los elementos más importantes del proceso de Reforma y Modernización que asume el Estado panameño en el sector salud.

En Panamá la fundamentación de la Reforma y Modernización, está contenida en las Políticas Públicas para el Desarrollo Integral: Desarrollo Social con Eficiencia Económica, del gobierno de Panamá para los años 1994-1999 y en los Lineamientos Políticos y Estratégicos de Salud. En el año de 1997 se presentaron los documentos que operativizan la Reforma, el Plan Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud Ambiental para el Desarrollo Humano Sostenible. Otro tanto hace la Caja de Seguro Social, quien se envuelve en un proceso similar que está consignado en el documento “La Modernización de la Caja de Seguro Social: Una respuesta hacia el 2000”. Ambas instituciones han diseñado un Plan, que establece metas, plazos y responsabilidades y han suscrito un convenio para el desarrollo de una alianza estratégica de cara a implementar el proceso, toda vez que ambas son las dos grandes entidades que atienden la salud de la población panameña: 15% es atendida por el Ministerio de Salud, 25% Caja de Seguro Social y 40% ambas. Solo el 15% es atendida por el sector privado y 5% no accede a servicios de salud.

El Proceso de Reforma y Modernización en Panamá, está orientado a implantar los principios de igualdad, integralidad, responsabilidad, participación social, intersectorialidad y solidaridad y se construye sobre la base de una negociación y concertación con múltiples actores entre los que se destacan los

gremios del sector salud, organizaciones comunitarias, en especial los Comités de Salud, organismos no gubernamentales y partidos políticos.

2.5.1. Propósitos de la Reforma y Modernización

Los propósitos se orientan a lograr:

- Incrementar los niveles de salud, bienestar y calidad de vida de toda la población.
- Integrar la visión de salud a todos los ámbitos de acción para el desarrollo humano sostenible.
- Promover la producción social de la salud integral
- Reducir las grandes disparidades en la situación de salud y en el acceso a servicios de salud poblacional y ambiental entre grupos de población.
- Modernizar la gestión técnica, administrativa y financiera de los servicios públicos que oferta el Sistema Nacional de Salud.
- Asegurar la sostenibilidad financiera de los servicios.
- Reducir los riesgos de enfermar y morir de la población, del ambiente en que vive.
- Satisfacer la demanda social del bien salud.

2.5.2. Funciones del Ministerio de Salud en la Reforma y Modernización

Para lograr estos propósitos, el Ministerio de Salud deberá ejecutar las siguientes funciones:

- Dirección y conducción Política de la Salud de la Población y del Ambiente.
- Vigilancia y control de la Salud de la Población y del Ambiente.

- Regulación y evaluación del desarrollo de la salud integral.
- Investigación y desarrollo tecnológico en salud.
- Administración de las finanzas de los recursos para la salud integral.
- Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud Integral.

2.5.3. Resultados esperados con la implantación de la Reforma y Modernización

Se espera que el proceso de Reforma y Modernización produzca los siguientes resultados a nivel nacional:

Los propósitos, objetivos y políticas de acción intentan obtener los siguientes resultados:

- Atención universal y financiación pública
- Provisión mixta con predominio de la provisión pública
- Descentralización de la gestión
- Eficiencia en el uso de los recursos públicos
- Red pública integrada
- Modelo de atención familiar, comunitario y ecológico
- Modelo de participación social
- Contención de la demanda hospitalaria
- Reestructuración del sistema en tres niveles: atención hospitalaria, atención ambulatoria especializada y atención primaria.

2.5.4. Marco Legal de la Reforma y Modernización

Para darle viabilidad legal al proceso de Reforma, se establece un marco jurídico que le da legitimidad a la separación de funciones tradicionalmente ejercidas por el Ministerio de Salud. Mediante la Ley N° 27, que crea la empresa mixta de utilidad pública denominada Coordinadora Nacional de la Salud (CONSALUD), cuyo objetivo principal es coordinar la financiación, contratación y provisión de servicios de atención médica y de salud en todo el territorio nacional, mediante un contrato-programa que celebra con proveedores sin fines de lucro para la atención de los derecho-habientes de la Caja de Seguro Social y no asegurados.

2.6. REFORMA Y MODERNIZACIÓN DE LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO

La concreción de la Reforma y Modernización del sistema de salud se inicia a finales de 1996 como Plan Piloto en la Región de Salud de San Miguelito, donde se diseñan las bases teóricas y operativas del nuevo modelo de salud, que introduce cambios en el financiamiento, gestión y provisión de servicios

Este nuevo modelo involucró cambios integrales en su estructura organizacional, en los modelos de gestión y provisión de servicios de salud, que incluyeron:

- La descentralización administrativa y financiera de la Región.
- La integración de los servicios de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud, en la planificación de salud regional, el sistema de información y la provisión de servicios.
- La gestión de los servicios de salud del hospital y la red primaria.
- El fortalecimiento de la función de salud pública en el sistema regional de salud
- El desarrollo organizativo, gerencial y de recursos humanos para enfrentar las nuevas funciones y responsabilidades.

A continuación se presentan los aspectos más sobresalientes de las Reformas contempladas a nivel del sistema regional de salud, que sirven de marco para una mejor comprensión de los procesos de participación del Comité de Salud de San Isidro en su implantación en el Centro de Salud de San Isidro.

2.6.1. Modelo de Planificación Integrada

Con el propósito de identificar las reales necesidades de la población, para orientar la oferta de los servicios de salud, se plantea la integración Ministerio de Salud/Caja de Seguro Social en el ámbito de la planificación regional, para que se desarrollen proyectos conjuntos encaminados a:

- Evaluar las necesidades de salud en la Región
- Establecer una visión común, que identifique de manera conjunta las prioridades de la Región en un Plan de Salud.
- Planificar la contratación conjunta de servicios de salud
- Desarrollar estándares de calidad compartidos

- Desarrollar sistema de monitoreo integrado
- Desarrollar intervenciones preferibles
- Desarrollar sistemas de información compartidos
- Elaborar un proceso de formación conjunta
- Establecer una estrategia común para la participación de los usuarios.

Para tales efectos se decide conformar una Unidad de Planificación y de Información que elaboró el Plan Regional de Salud Integrado, el cual define las prioridades de salud a partir de un diagnóstico regional de la situación de salud de la población y el ambiente, y establece las intervenciones que serán la base para la contratación de la cartera de servicios en la red primaria.

Después de efectuados los análisis correspondientes, se establecen una priorización de problemas y los grupos poblacionales afectados que se presentan en las dos siguientes tablas, que hacen referencia a la población y el ambiente que se presentan en las tablas siguientes:

**TABLA 15. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
GRUPOS HUMANOS PROGRAMÁTICOS EN EL PLAN REGIONAL DE
SALUD. AÑO 1998**

Grupos Humanos	Niño-Niña	Adolescentes	Mujer	Adulto-adulta	Adulto y adulta mayor
Edades	0-9 años	10-19 años	15-49 años	20-59 años	60 años y más

**TABLA 16. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD, PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS
Y OPERATIVAS DE SALUD. AÑO 1998**

Problemas Prioritarios en la Región	Grupos humanos programáticos y problemas de salud que los afectan				
	Niño-Niña	Adolescentes	Mujer	Adulto-adulta	Adulto y adulta mayor
Accidentes	Accidentes en el hogar y la escuela	Accidentes de tránsito		Accidentes de tránsito	Accidentes de tránsito
Afecciones perinatales y anomalías congénitas			Prematuridad Bajo peso al nacer Mortalidad perinatal por anomalías congénitas y afecciones perinatales		
Cáncer			Cáncer cérvico uterino Cáncer de mamas	Cáncer de pulmón, tráquea y bronquios.	Cáncer de próstata
Drogas, alcoholismo y tabaquismo	Tabaquismo pasivo	Tabaquismo Abuso de alcohol y drogas	Tabaquismo activo y pasivo	Tabaquismo Abuso y dependencia de alcohol y drogas	Tabaquismo activo y pasivo Abuso de alcohol
Diabetes Mellitus				Diabetes tipo II	Diabetes tipo II
Enfermedades inmunoprevenibles	Baja cobertura de algunas vacunas		Tétanos neonatal Rubéola congénita		
Enfermedades cardiovasculares				Hipertensión arterial	Enfermedad isquémica del corazón Enfermedad cerebro-vascular
Enfermedades de origen hídrico	Diarrea en el menor de 5 años				
Enfermedades respiratorias	Neumonía y bronconeumonía Asma			Asma	Neumonía
Malnutrición	Desnutrición en menores de cinco años		Bajo peso Anemia en la embarazada	Obesidad	Obesidad
Buco-dental	Caries en escolares		Caries en mujeres embarazadas		
Salud sexual y reproductiva		Embarazo precoz en adolescentes Aborto provocado	Aborto provocado Infecciones del tracto reproductivo		
Tuberculosis	Tuberculosis			Tuberculosis	Tuberculosis
VIH/SIDA y ETS			VIH/SIDA	VIH/SIDA Gonorrea	
Violencia	Maltrato infantil	Violencia en la comunidad	Violencia intrafamiliar y maltrato	Homicidio, suicidio y lesiones auto inflingidas	Violencia intrafamiliar

Fuente: Plan Regional de Salud de la Región de Salud de San Miguelito.

**TABLA 17. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DE SALUD AMBIENTAL Y
COMUNITARIA. AÑO 1998**

Prioridades	Ambiente rural	Ambiente urbano	industria
Contaminación de cuerpos de agua		<ul style="list-style-type: none"> • Descarga de aguas residuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Descarga de productos químicos
Contaminación de suelos por residuos sólidos	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada disposición de basuras en los predios 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente recolección de desechos. • Inadecuado almacenamiento de la basura • Inadecuada disposición de basura en los predios 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente recolección de desechos • Inadecuada disposición de basura en los predios • Inadecuada disposición de desechos peligrosos
Proliferación de vectores	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado almacenamiento de aguas en recipientes • Incremento del número de criaderos 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo inadecuado de recipientes útiles para el almacenamiento de agua • Hábitos difíciles de erradicar en la población • Aumento en el número de criaderos 	<ul style="list-style-type: none"> • Altos inventarios de dispositivos potenciales de criaderos en base a tamaño y cantidad
Contaminación de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada manipulación de alimentos • Inadecuada preservación de alimentos en sitios de venta 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada manipulación de alimentos • Inadecuada preservación de alimentos en sitios de venta 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento de animales enfermos para la venta • Prácticas inadecuadas en el procesamiento de alimentos
Limitada oferta de lugares saludables para el esparcimiento		<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de áreas verdes para otros fines 	

Fuente: Plan Regional de Salud de la Región de Salud de San Miguelito.

Tanto los problemas poblacionales como los ambientales tienen sus correspondientes enfoques operativos a partir de las consideraciones generales del problema, la fundamentación de las intervenciones, indicadores de

magnitud/peso, las orientaciones estratégicas de promoción, prevención, atención de la morbilidad y rehabilitación con sus correspondientes actividades sugeridas y los indicadores de evaluación.

La planificación integrada incluye también la territorialidad, que se refiere a la sectorización de Zonas Sanitarias como condición previa a la compra de servicios de atención primaria de salud. Esta Zona constituye el ámbito geográfico de responsabilidad de cada centro de salud y su delimitación responde a criterios de población, homogeneidad sociológica y epidemiológica, acceso entre otras.

La Reforma en la Región de Salud de San Miguelito se aplica en dos escenarios que son el Hospital Integrado San Miguel Arcángel y la Red Primaria de Salud. A continuación se presentan.

2.6.2. Nuevo Modelo de Gestión del Hospital Integrado San Miguel Arcángel

Mediante la Ley N° 28 de 11 de mayo de 1998, se crea el Patronato del Hospital Integrado San Miguel Arcángel de San Miguelito, “como una persona jurídica de interés público, sin fines de lucro, con patrimonio propio y capacidad legal para ejercer derechos y contraer obligaciones, regido por las normas del derecho privado” (p.e. Gaceta Oficial (1998)).

El objeto del Patronato del Hospital es la producción de servicios hospitalarios de segundo nivel, con base en un estudio de las necesidades y demandas de servicios de la población de la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, brinda servicios hospitalarios del segundo nivel,

mediante un contrato-programa con la Coordinadora Nacional de la Salud (CONSALUD).

El Hospital Integrado San Miguel Arcángel es la instalación de mayor complejidad en la atención hospitalaria del sistema de salud regional y ofrece servicios de urgencia, hospitalización, consulta externa de pre y post hospitalización y los diversos procesos ambulatorios, incluyendo cirugía y otros. Como parte del sistema sanitario, debe coordinar con la autoridad regional de salud, la articulación de las acciones de salud a nivel de la comunidad y las que se desarrollen en establecimientos de salud como los sub centros, centros de salud, policlínicas y unidades locales de atención primaria, con las cuales mantendrá un sistema de referencia y contrarreferencia, al igual que con las instalaciones de salud del tercer nivel.

Este Patronato dirige a través del Consejo de Gestión la administración del Hospital, manteniendo la eficiencia, eficacia, equidad, efectividad y humanitarismo para cumplir con las metas contenidas en el contrato-programa. El Consejo de Gestión está integrado por representantes de organismos y asociaciones con personería jurídica y sin fines de lucro, pertenecientes a la sociedad civil organizada y a instituciones gubernamentales que tienen sede o representación en la Región de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre;

2.6.3. Modelo de Gestión y Provisión de Salud de la Red Primaria

La red primaria de salud está integrada por los ocho centros de salud, dos policlínicas y dos unidades locales de atención primaria. Originalmente todas

ellas son parte del proyecto de Reforma y Modernización, no obstante quienes más han avanzado son los primeros.

A continuación se presentan los elementos que constituyen los cambios que establece la Reforma en los centros de Salud en el Modelo de Gestión y provisión de servicios:

2.6.3.1. Reorganización funcional del Centro de Salud

La implantación del proceso de modernización exige cambios en las formas organizativas y estructurales de la institución, desde el nivel regional, hasta la red primaria de servicios. La base fundamental de organización del recurso humano es la constitución de equipos, que operan interactivamente para lograr los resultados establecidos en el Compromiso de Gestión. Se cambia la visión organizativa piramidal para dar paso a una organización horizontal participativa.

**TABLA 18 . REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
EQUIPOS FUNCIONALES QUE OPERAN EN LOS CENTROS DE SALUD
AÑO 1998**

Equipo	Funciones	integrantes
Conductor	Es responsable de la conducción y administración del modelo de Gestión en la unidad ejecutora.	Director del centro de salud Presidente y Tesorero del Comité de Salud Representante del equipo de administración (1) Representante de Equipo Básico (1) Representante de Equipo Complementario (1)
Complementario	Brinda atención integral especializada a la gente y el ambiente en el nivel primario	Técnicos y profesionales multidiscipinarios.
Básico	Conduce la gestión de la salud en la zona sanitaria de su responsabilidad	Médico general, una enfermera y una auxiliar de enfermería.

Fuente: Elaborado por Lic. Amanda Blanco. Año 2000.

2.6.3.2. Modelo de Gestión

El modelo de gestión que se propone desarrollar la red primaria, tiene sus bases en los objetivos estratégicos de la Región que buscan lograr (p.e.(B&F 1997 a, B&F 1997b)):

- Atención universal y financiación pública
- Provisión mixta con predominio de la provisión pública
- Descentralización de la gestión
- Eficiencia en el uso de los recursos públicos
- Estructuración del sistema en tres niveles: atención hospitalaria, atención ambulatoria especializada y atención primaria que representa el primer contacto del ciudadano con el sistema y constituye paso obligado para los siguientes niveles.
- Red pública integrada
- Contención de la demanda hospitalaria, evitando la saturación del nuevo Hospital Integrado San Miguel arcángel
- Modelo de atención familiar, comunitario y ecológico
- Modelo de participación social.

En el Modelo de Salud, se espera que exista una integración de las estructuras de atención primaria conformada por sub centro, centros, policlínicas y unidades de atención primaria de salud con gestión compartida por medio de contratos.

Se trata de separar la entidad que contrata servicios (Región) de los proveedores (sub centros, centros, policlínicas, unidades locales de atención

primaria), así como descentralizar la máxima gestión operativa a unidades geográfico–poblacionales con gestión compartida.

Se espera realizar un proceso de conversión institucional dirigido hacia:

**TABLA 19 . REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
VISIÓN DE LOS CAMBIOS INSTITUCIONALES CON EL NUEVO MODELO
DE GESTIÓN**

ANTES	AHORA
<ul style="list-style-type: none"> • Organización centralizada • Inexistencia de servicios hospitalarios de II nivel • Dualidad de funciones en la provisión de servicios MINSA/CSS • Modelo de atención biomédico • Administración burocrática • Mecanismos no funcionales para la participación de los Comités de salud en la gestión • Poca coordinación en la red de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Organización pública descentralizada y Integración del MINSA y CSS • Modelo de atención integral familiar, comunitario y ambiental • Modelo de gestión basado en la contratación de servicios • Mecanismos efectivos para la participación de los Comités de Salud en la Gestión • Sistema de atención articulado con toda la red de servicios.

Fuente: Adaptado de B&F Gestión y Salud: Modelos e Instrumentos para la Gestión de la Región de Salud de San Miguelito, presentado en septiembre de 1997.

Para ello se introducirá de manera progresiva, una forma de relación contractual hasta completar todas las instalaciones proveedoras de la red primaria, que irá en una primera instancia orientada a desarrollar cierta autonomía hasta llegar a la gestión exclusivamente por contratos.

En ese marco, le corresponde a la Región:

- Planificar los contratos lo que involucra definir las necesidades y los servicios, identificar los recursos y desarrollar los planes de atención.
- Organizar los contratos para lo cual requiere obtener los fondos, acordar los contratos con los proveedores, convocar a proveedores, elegirlos y acordar

los términos contractuales de acuerdo con los criterios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

- Operativizar y gestionar los contratos, mediante un proceso de facturación y pago.
- Monitorear y evaluar los procesos y resultados para la próxima contratación.

Por su parte, las políticas de acción que rigen el desarrollo del modelo de salud se orientan a lograr:

- Planificación del territorio, orientada a garantizar la equidad en el acceso al servicio, haciendo efectiva la universalización, favoreciendo la distribución racional de los recursos.
- Integración de redes orientadas a promover la eficiencia del sistema y la coordinación de los recursos.
- Adecuación de los servicios a la demanda orientada a las prioridades sanitarias y a las necesidades percibidas por los usuarios.
- Separación de las funciones de financiación, compra y provisión, destinada a promover la competencia interna y la responsabilidad de los proveedores.
- Responsabilidad gerencial centrada en los resultados.
- Gestión clínica, responsabilizando a los clínicos del uso racional de los recursos puestos a disposición en particular de los más necesitados.
- Organización flexible, capaz de adaptarse a los cambios el contexto socio-sanitario.

El modelo de gestión se concreta a través de un instrumento denominado Compromiso de Gestión, que se le conoce como acuerdo o contrato-programa y

es una herramienta de gestión, contenida en un documento suscrito y rubricado entre el comprador (Región) y el proveedor (instalación del primer nivel), generalmente con una duración anual (Ver Anexo N° 2). En la tabla que sigue se describen los elementos más importantes que contiene el Compromiso de Gestión del Centro de Salud de San Isidro.

**TABLA 20. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CONTENIDO DEL COMPROMISO DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD
DE SAN ISIDRO. AÑO:1999**

Contenido	Elementos que integra
<ul style="list-style-type: none"> • Ambito poblacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidades que serán atendidas • Población asegurada, no asegurada y manipuladores de alimentos • Incorporación de la Encuesta de Salud familiar, comunitaria y ambiental a la base de datos de la población asistida. • Provisión del camé de salud • Atención de urgencia apacientes fuera de área. • Organización del Consejo de Salud Familiar
<ul style="list-style-type: none"> • Personalización de la atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantía de asistencia personalizada • Atención personalizada por el Equipo Básico de Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad a los servicios de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Horario de apertura y cierre de la instalación • Horarios específicos de funcionamiento de los servicios • Horarios y normas generales de citación • Accesibilidad a programas especiales
<ul style="list-style-type: none"> • Derechos generales de los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de ocho derechos • Plan integral de calidad de atención
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de contribución y evaluación socio económica del usuario 	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos de evaluación socioeconómica de la población no asegurada • Listado de precios acorde a la evaluación socioeconómica.
<ul style="list-style-type: none"> • Cartera de servicios contratada y ponderación de objetivos sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la cartera de acuerdo al Plan Regional Integrado, con los objetivos sanitarios y su ponderación. • Cartera de servicios por grupos poblacionales
<ul style="list-style-type: none"> • Referencia de pacientes a otros niveles del sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Referencia de pacientes a consulta especializada • Referencia de pacientes a hospitalización, cirugía ambulatoria de segundo y tercer nivel de complejidad hospitalaria • Referencia de pacientes de urgencia
<ul style="list-style-type: none"> • Planilla de personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal requerido
<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto de ingresos y gastos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Costo 20
<ul style="list-style-type: none"> • Competencias y atribuciones delegadas a la Dirección del Centro 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de atribuciones que realizará con el equipo conductor
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información y monitoreo 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del sistema de información WINSIG • Periodicidad de la entrega de información
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del Compromiso de Gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponderación Global
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivos al cumplimiento de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de incentivos
<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento del Compromiso de gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanciones

• Compromiso de la Región	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo técnico • Asignación presupuestaria • Mejoras en la infraestructura
• Alcance, vigencia y renovación del compromiso	<ul style="list-style-type: none"> • Alcance, Vigencia y renovación
• Refrendos	<ul style="list-style-type: none"> • Director/a Regional • Jefe/a Regional de Provisión de servicios • Director/a del Centro de salud • Presidente/a del Comité de salud • Equipo Conductor
• Anexos	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de Programación local integrada • Indicadores y estándares de calidad, encuesta de opinión de usuarios • Sistema de coordinación de la atención • Clasificación socioeconómica • Protocolo de traslado • Planilla de personal • Compromiso de las estructuras regionales • Presupuesto anual del centro de salud

Fuente: Información tomada del Compromiso de Gestión del Centro de Salud de San Isidro, de 1999.

Todos estos elementos son propuestos en un proceso de negociación entre la Región de Salud, el equipo local y el Comité de Salud y se acuerdan de manera formal, para su posterior ejecución en el período de un año.

2.6.3.3. Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ecológico

El Modelo de Atención de la Salud Familiar, Comunitario y Ecológico, (p.e. MINSA (1997)) que se aplica en la dimensión de la provisión de servicios, constituye una nueva respuesta a la forma y contenido en que se han brindado los servicios de salud a la población y el ambiente. Su concepción de la salud rompe con el paradigma biomédico que imperó desde los inicios de la medicina, integrando la visión de la salud como el resultado de una construcción social.

Tiene como propósito "incrementar los niveles de desarrollo humano sostenible, mejorando las condiciones de salud y bienestar de toda la población, reduciendo desigualdades y ofertando un conjunto integral de servicios poblacionales y ambientales de alta calidad, con eficiencia técnica y administrativa, a un costo que pueda ser afrontado por la sociedad en su conjunto. En ese marco visualiza su imagen objetivo hacia el desarrollo de un modelo participativo, equitativo, eficaz y eficiente de salud familiar, comunitario y ecológico, que facilite el incremento de los sistemas integrados de salud de los corregimientos de la Región" (p.e. MINSA (1997)).

Este modelo intenta como objetivo general incrementar el nivel de salud de la población y el ambiente, en la Región de Salud de San Miguelito.

Son sus objetivos específicos:

- Elevar el nivel de salud de la familia e individuos, mediante actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida familiar, en el marco de un ambiente natural y socio-cultural saludable.
- Desarrollar comunidades saludables que contribuyan al mejoramiento sostenible de las condiciones de vida de la población de la Región de Salud de San Miguelito, mediante una acción concertada entre el Estado y la Sociedad civil.
- Elevar el nivel de salud de los grupos humanos postergados y su inserción como actor social en los procesos de producción social de la salud local.

- Desarrollar la capacidad de trabajo conjunto de los funcionarios de salud y la comunidad para solucionar los problemas que pueden afectar la salud de la población, del ambiente y darle seguimiento a los programas de salud existentes.
- Establecer los mecanismos técnicos y administrativos que propicien el mejoramiento del medio ambiente que influye en la salud familiar, comunitaria y ecológica.

El modelo de atención, se ha estructurado por áreas y las intervenciones se operativizan así:

Salud familiar:

Se definen por cada etapa del ciclo de vida de las familias las actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Salud comunitaria:

Se define la situación objetivo que se pretende alcanzar con este componente que consiste en el "desarrollo de un sistema de salud local, equitativo, eficiente y eficaz, con capacidad técnico, política y administrativa para la facilitación de los procesos de producción social de la salud y la integración de los grupos humanos postergados" (p.e. MINSA (1997)).

Establece las fases de proceso para la intervención comunitaria y las actividades sugeridas a desarrollar en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud comunitaria. A su vez define la estrategia de participación social.

Salud ecológica:

En este componente se define la visión del ambiente, que se orienta a desarrollar un modelo de atención ecológico, de cobertura universal, integral y eficiente, basado en la Estrategia de Atención primaria de Salud. Al igual que los otros componente, se definen las actividades a realizar.

2.6.3.4. Demanda y Oferta Sectorizada de Atención

Se realizará una sectorización geográfico-poblacional en zonas sanitarias, atendiendo al criterio de acceso geográfico. Cada zona tendrá un aproximado de mil familias y cinco mil habitantes y será atendida por un equipo básico de salud. Se ha estimado en la Región de salud 82 zonas sanitarias, con una población total de 426,439 habitantes.

**TABLA 21 . REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
ZONAS SANITARIAS. AÑO 1998**

Centro de Salud	Zonas Sanitarias Nº	Población de responsabilidad
Nuevo Veranillo	11	49,769
Amelia D. De Icaza	8	49,565
San Isidro	4	23,577
Cerro Batea	5	29,223
Torrijos Carter	6	46,508
Valle de Urraca	2	16,716
Alcalde Díaz	9	32,136
Chilibre	6	32,136
sub total MNSA	52	279,630
Pol. Manuel M. Valdés	18	81,615
Pol. Santa Librada	8	26,735
ULAPS de Las Cumbres	4	19,165
ULAPS de San Cristóbal	3	19,294
Sub total CSS	26	146,808
Total	78	426,439

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región de Salud de San Miguelito

Le corresponde al Ministerio de Salud la atención del 65.6% de la población, mientras que a la Caja de Seguro Social 34.4%. El centro de salud de San Isidro, atiende el 8.3% de la población regional.

Cada zona sanitaria es atendida por un equipo básico y en la actualidad la Región tiene una demanda de 82 de éstos, de los cuales el 61.0% son del Ministerio de Salud y 39.0% de la Caja de Seguro Social. La disponibilidad real es del 70.0%, tal como se aprecia en la tabla siguiente.

**TABLA 22. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
SITUACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS. AÑO 1997**

Centro de Salud	Zonas Sanitarias Nº	Oferta de Equipos Básicos	Déficit de Equipos Básicos
Nuevo Veranillo	11	5	6
Amelia D. De Icaza	7	5	2
San Isidro	4	4	0
Cerro Batea	5	5	0
Torrijos Carter	6	5	1
Valle de Urracá	2	2	0
Alcalde Díaz	9	4	5
Chilibre	6	6	0
Sub total MINSa	50	36	14
Pol. Manuel M. Valdés	18	8	10
Pol. Santa Librada	7	7	0
ULAPS de San Cristóbal	3	2	1
ULAPS de las Cumbres	4	4	0
Sub total CSS	32	21	11
Total	82	57	25

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región de Salud de San Miguelito

El déficit de 30.0% (25 equipos de salud), equivale a 75 funcionarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) y específicamente el Ministerio de Salud debe contratar 42 funcionarios.

En el caso particular del Centro de Salud de San Isidro, cuenta con los equipos necesarios para las 4 zonas sanitarias que tiene.

2.6.3.5. Modelo de Atención Integrada de Servicios

Este Modelo parte de la integración programática del Ministerio de Salud y La Caja de Seguro Social en la Región de Salud de San Miguelito, a través del establecimiento de la Unidad de Planificación e Información Integrada, que es responsable de la formulación y seguimiento de las Políticas de Salud y el Plan Regional de Salud.

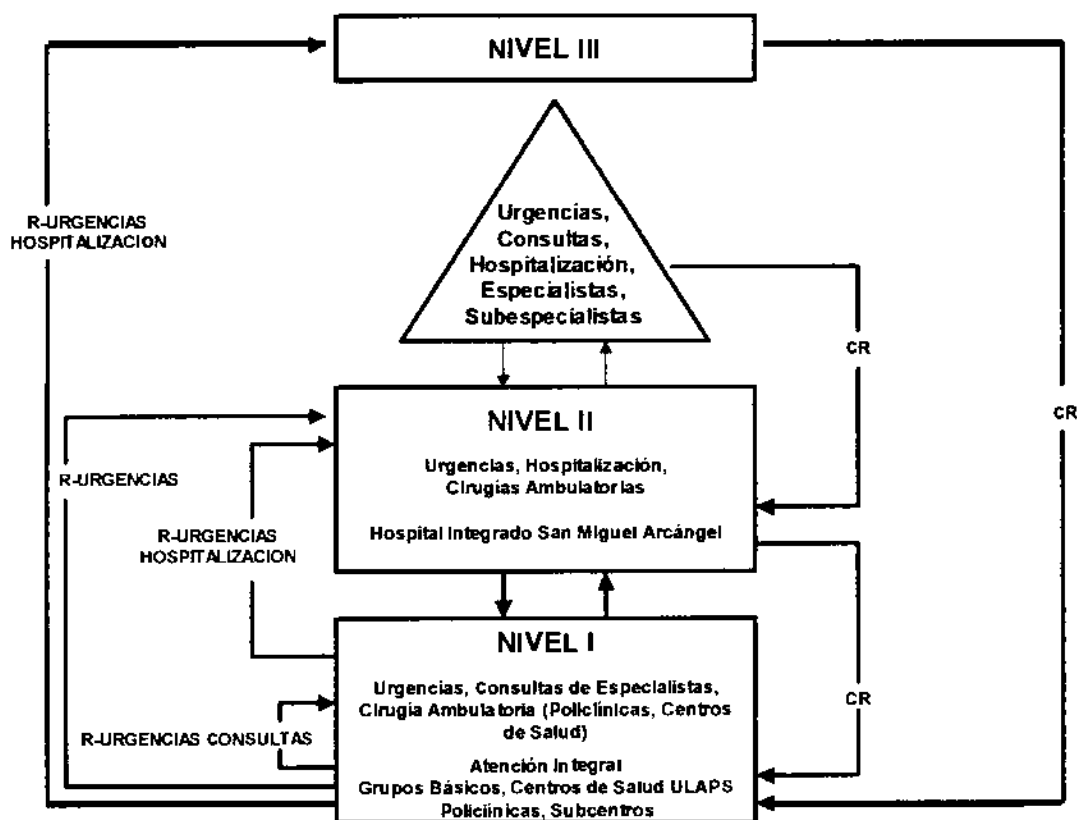
Desde el punto de vista operativo se plantea la integración de los servicios del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social para ofrecer mayor cobertura de atención a la población.

Con ello se pretende la atención de usuarios asegurados y no asegurados en las instalaciones de salud, estableciendo un sistema de compensación de los costos de atención por ambas instituciones.

2.6.3.6. Atención Según Nivel de Complejidad

La atención de la salud de la población y el ambiente se realizará según el nivel de complejidad (I, II, III) del problema que presente. Se esquematiza seguidamente los niveles de complejidad de la red de servicios de la Región de Salud de San Miguelito.

FIGURA 3. FLUJOGRAMA DE NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA RED DE SERVICIOS DE LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO



Fuente: Plan Regional de Salud de San Miguelito. 1998.

Cada zona contará con un equipo básico de salud que está integrado por un médico general, una enfermera, una auxiliar de enfermería y vigilantes de la salud (comunitarios), quienes atenderán la complejidad del primer nivel.

Este equipo atiende toda la demanda de consulta por controles de salud y morbilidad que realicen los habitantes de su zona de responsabilidad, independientemente de la edad del usuario o usuaria, y aplicará las normas integradas de los programas infantil, adolescente, escolar y del adulto a cada miembro de la familia, según sea el caso. Para ello empleará la ficha clínica

individual y familiar. Se atenderá a la familia a partir del ciclo de vida familiar, para ofrecer servicios acordes a las necesidades de cada fase.

Los problemas de mayor complejidad serán tamizados y referidos a los equipos de complementarios, constituidos por especialistas profesionales y técnicos que existen en el primer nivel.

Aquellos que no puedan ser resueltos en el nivel primario, serán referidos al segundo nivel de atención hospitalaria que en la Región será brindada por el Hospital Integrado San Miguel Arcángel, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia establecido. Si el problema es de una complejidad superior, pasarán a instalaciones del tercer nivel de atención hospitalaria y ambulatoria.

2.6.3.7. Oferta de Servicios en la Red Primaria y Secundaria

De acuerdo a los problemas de salud priorizados en el Plan Regional de Salud se ofertará en la red primaria una cartera básica de servicios que incluyen acciones de promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud dirigido a grupos poblacionales programáticos como son las niñas y niños, los y las adolescentes, la mujer, los y las adultas (os) y los y las adultas (os) mayores.

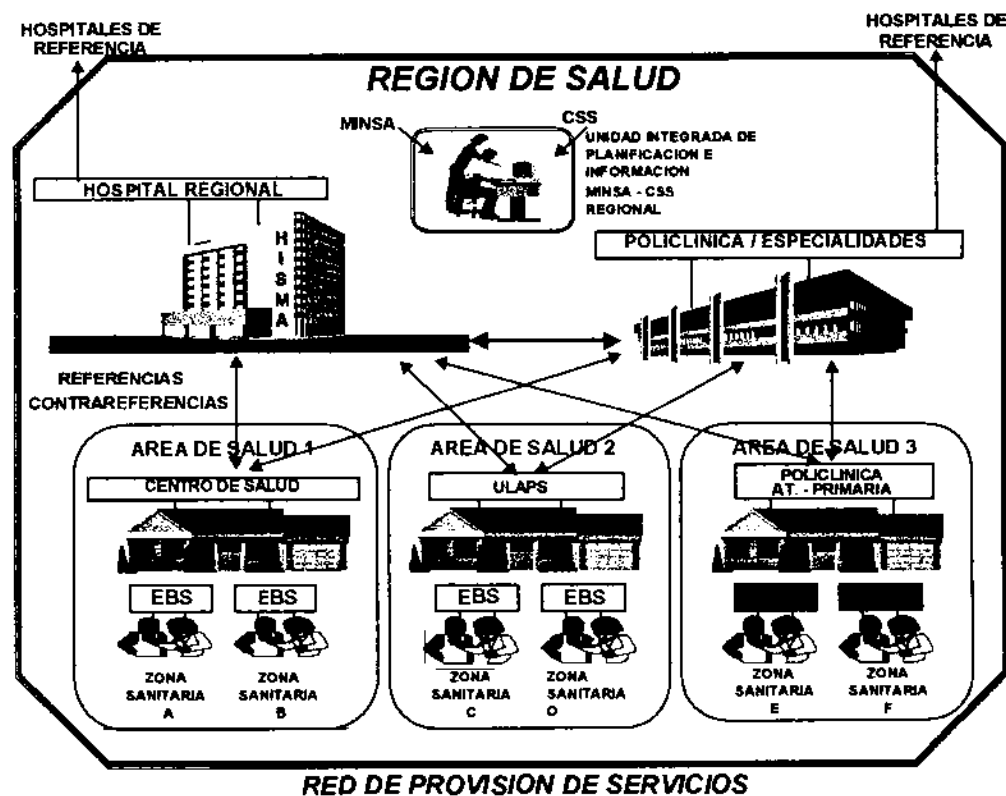
Por su parte, el hospital atenderá los servicios de urgencia, hospitalización y cirugía ambulatoria mediante el sistema de referencia y contrarreferencia de usuarios residentes en la Región, a excepción de los que acuden a urgencia, que pueden provenir de otras partes de la provincia o del país. Sólo se atenderán en este Hospital personas referidas por la red primaria que tengan las patologías que han sido protocolizadas para este nivel.

Las patologías no contempladas serán referidas al tercer nivel de atención.

2.6.3.8. Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Se mantendrá un sistema de referencia activo entre los Centros de Salud y Policlínicas con el Hospital Integrado San Miguel Arcángel, como se esquematiza en la figura 4, lo cual garantizará el acceso a la población (hombres y mujeres) a los servicios de salud, de acuerdo a protocolos de atención de patologías que corresponden a un segundo nivel de atención.

FIGURA 4. FLUJOGRAMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA RED DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO.



Fuente: Región de Salud de San Miguelito. 1999.

El Hospital, mantendrá una constante contrarreferencia para devolver a los y las pacientes a la red primaria a fin de que el equipo básico le dé seguimiento en la zona sanitaria donde reside. El sistema de referencia y contrarreferencia incluye a los hospitales nacionales del tercer nivel.

2.6.3.9. Participación Social en la Gestión de los Servicios en la Reforma

Entre los principios, objetivos y metas a ser alcanzados con el proceso de Reforma figura la responsabilidad y participación social:

- La salud individual, familiar y social es responsabilidad de cada ser humano.
- Toda la gestión del desarrollo humano debe ser objeto de concertación.
- La comunidad tiene derecho a la participación plena en el desarrollo social, económico, político, cultural, ecológico de toda la nación panameña.

Lineamientos Políticos y Estratégicos de Salud señalan la responsabilidad del Ministerio de Salud en su función de rectoría orientada a fortalecer la participación social a través de la coordinación intra y extra sectorial, la participación comunitaria en la evaluación, planificación y gerencia de los servicios de salud.

Cabe señalar que el Modelo de Atención para la Red Primaria, se fundamenta en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, y su base espacial estratégica y operativa lo constituyen las Zonas Sanitarias de Desarrollo Integral de la Salud. Ellas componen la base de organización y soporte de los Corregimientos Saludables y del Municipio Siglo XXI a través de los esfuerzos de concertación y negociación de las fuerzas políticas y sociales para el

desarrollo local con equidad y participación de los grupos más pobres en la gestión de la salud.

La participación social, como base fundamental del modelo, intenta lograr:

- La incorporación de los pobres como actores sociales con capacidad política para ganar control sobre los obstáculos (estructurales e institucionales) que impiden que se distribuyan con equidad los bienes y servicios socialmente producidos, marginándolos del bienestar social.
- Desarrollo humano sostenible
- La autoafirmación de la identidad cultural
- Fortalecimiento de la autoestima social
- Generación de nuevos escenarios de concertación y negociación
- Reconocimiento de la diversidad
- Estímulo a las iniciativas locales
- Fortalecer la democracia sanitaria
- Desarrollo de a auto gestión y la cogestión de la salud
- Terminar con la dependencia médico-curativa

El modelo operacionaliza el concepto de participación social de la siguiente forma:

“La participación social es el proceso a través del cual los actores sociales, colectivos e individuales se organizan sumiendo responsabilidad en cuanto a la salud de la población y el ambiente natural y social, para identificar, priorizar los problemas dentro de un enfoque global de desarrollo de la comunidad, con una visión de auto gestión, participan activamente como agentes transformadores de manera consciente, voluntaria y permanente hacia una propuesta concertada que permita la toma de decisiones oportunas y garantice un mayor acceso y uso racional de los recursos para el mejor bienestar social de la comunidad” (p.e. MINSA (1997)).

Mediante la participación de los Comités de Salud como catalizadores del proceso organizativo y movilizador, se intenta generar un proceso dinámico y sostenible de producción social y doméstico de la salud que incluye como unidad básica de participación a la familia. Este proceso promueve una relación horizontal entre los funcionarios del sector salud y la sociedad civil, generando un nuevo equipo que garantice la equidad, calidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud.

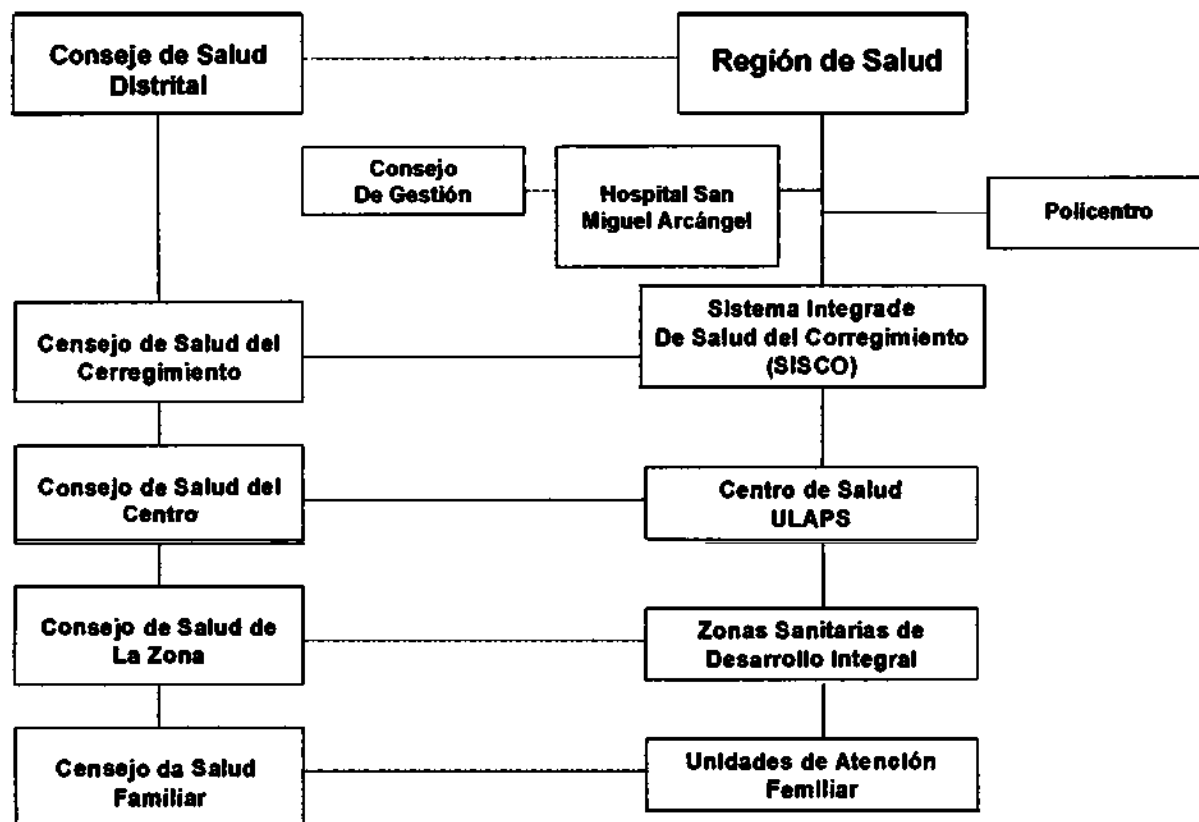
Entre los objetivos específicos a lograr figuran:

- Desarrollar procesos de participación social que faciliten la descentralización del Estado y fortalezcan la democracia
- Integrar a los grupos pobres en el proceso de planificación de la salud, a partir de la identificación de sus necesidades y problemas como grupos sociales específicos.
- Formular y ejecutar proyectos y programas de desarrollo local integral concertados para la solución de problemas priorizados que enfatizan la co y autogestión de la salud.

- Desarrollar la capacidad de trabajo conjunto entre los funcionarios de salud y la comunidad, para solucionar los problemas que puedan afectar la salud de la población, el ambiente físico/social y el seguimiento a los programas existentes.

Se ha establecido una red de participación social homóloga a la red de servicios de salud, conformada de la siguiente forma:

FIGURA 5. ARTICULACIÓN DE LA RED DE PARTICIPACIÓN SOCIAL CON LA RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN



Fuente: Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitario y Ecológico, 1997.

A continuación se presenta en cada uno de los Consejos sus integrantes y funciones:

Consejo de Salud Distrital

Integrantes	Funciones
<ul style="list-style-type: none"> • Legisladores de los circuitos de responsabilidad de la Región de Salud • Alcalde San Miguelito • Comisión de Salud del Municipio • Representantes de corregimiento • Director Regional de Salud • Director Regional de la Caja de Seguro Social • Director regional de la Dirección Metropolitana de Aseo • Directos Regional del Instituto de Acueductos y Alcantarillado Nacionales • Director Regional del Instituto de Recursos Hidráulicos y Electrificación • Director Regional del Ministerio de Obras Públicas • Director Regional de Educación • Jefe Regional de la Fuerza Pública • Presidente de la Federación de Comités de Salud • Organismos no gubernamentales de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los recursos financieros necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud en la Región. • Supervisar el cumplimiento de las normas de los programas de salud y del proceso de participación social. • Asesorar metodológica y técnicamente los procesos de gestión administrativa y de producción de salud de los otros niveles de la organización.

Consejo de Salud del Corregimiento

Integrantes

- Director del Centro de Salud/Policlínica del Corregimiento
- Representante de la Directiva del Comité de Salud
- Representante de la Comisión de Salud de la Junta Comunal
- Representante de los Consejos de Familia
- Representante de organizaciones sociales del Corregimiento

Funciones

- Diligenciar los recursos para la gestión de la salud del corregimiento
- Coordinar y ejecutar las acciones emanadas del Consejo Distrital y del propio.
- Estructurar una visión de desarrollo integral sustentable del corregimiento
- Servir de enlace entre el nivel regional y local
- Establecer una sistema de control y garantía de calidad de los servicios.
- Monitoreo y evaluación al plan del corregimiento

Consejo de Salud del Centro de Salud

Integrantes	Funciones
<ul style="list-style-type: none">• Equipo de Salud del centro/ULAPS• Directiva del Comité de Salud• Representantes de los consejos de salud de la Zona Sanitarias• Representante de otras organizaciones.	<ul style="list-style-type: none">• Seguimiento de los programas, acciones de salud y coordinación entre sectores• Brindan soporte técnico y logístico a los equipos básicos de salud y a los otros niveles de la red de participación social.• Diseña un sistema de referencia y contrarreferencia• Realiza actividades de auto gestión• Analizan y divulgan información procedente de las zonas sanitarias.• Ejecuta acciones de monitoreo, supervisión y evaluación.

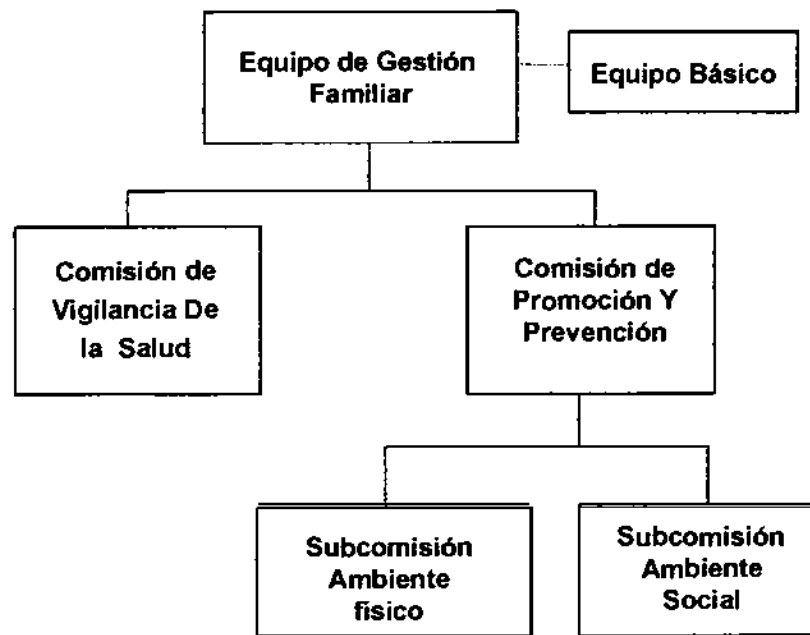
Consejo de Salud de la Zona Sanitaria

Integrantes	Funciones
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo básico de salud • Representante de los consejos familiares • Representante de los miembros inscritos del Comité de Salud residentes en la zona. • Representante de los Comités de trabajo de las Juntas Comunales • Representante de la Asociación de padres de Familia de las escuelas de la Zona • Representante de otras organizaciones existentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la organización de los Consejos Familiares • Identificar, capacitar e integrar a otros actores sociales al proceso de participación social • Vigilancia de la salud, promoción y prevención de enfermedades • Analizar Divulgar información sobre la situación de salud de la Zona • Diseñar estrategias de intervención a los problemas priorizados • Monitorear las actividades del equipo básico. • Realizar actividades de salud en la comunidad Evaluar el proceso e impacto de la gestión de la salud.

Consejos de Salud Familiar

El Consejo de Salud Familiar, ha sido creado con el objetivo de promover la participación conjunta del equipo básico de la zona sanitarias y las familias organizadas que residen en la misma, en la detección y solución de problemas que pueden afectar la salud de la población y el ambiente. Está integrado hasta por 100 familias de la zona sanitaria.

FIGURA 6. ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL CONSEJO DE SALUD FAMILIAR



Fuente: Guía para la constitución de los Consejos Familiares en la Región de Salud de San Miguelito, 1999.

Entre sus funciones figuran:

- Participar en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud en la comunidad.
- Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Orientar a las unidades de atención primaria de su zona.
- Identificar las necesidades y problemas que afectan a las familias y el ambiente en que viven.

Este conjunto de funciones, se desarrollan a través del equipo de gestión y las Comisiones de Vigilancia de la salud así como la de Promoción y prevención.

2.6.4. La Atención de la Pobreza en la Reforma y Modernización Sanitaria

Las Políticas Públicas para el Desarrollo Integral: Desarrollo Social con Eficiencia Económica de 1994 a 1999, establece entre sus objetivos generales reducir de manera significativa la pobreza y la pobreza extrema antes de la terminación del quinquenio de gobierno. Esta reducción de la pobreza se reflejará en una mejora en la distribución relativa del ingreso. Uno de sus objetivos específicos está orientado a disminuir las irregularidades existentes en la atención de la salud, a fin de garantizar mayores niveles de accesibilidad de los grupos poblacionales más necesitados, a través de acciones dirigidas a la salud de la población y el ambiente. Se plantean propuestas específicas en el área social para iniciar a corto plazo un programa para enfrentar las situaciones de extrema pobreza, dirigido a la satisfacción de las necesidades básicas que incluya nutrición, agua potable, disposición de aguas servidas, otros elementos de salud primaria, mecanismos para incorporar a los jefes de familia a la actividad productiva.

En ese orden, el Ministerio de Salud definió sus prioridades en los "Lineamientos Políticos y Estratégicos de Salud" (p.e. MINSA (1994), en el cual contempla el principio de equidad en salud en el que se define la responsabilidad del Estado en garantizar que "el modelo de prestación de servicios de salud, reduzca las desigualdades generadas por la marginalidad geográfica,

económica, cultural, étnica a través de un acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud” (p.e. (MINSA 1994^a, MINSA 1994b)) y establece como uno de sus objetivos disminuir las inequidades existentes en la atención de la salud, a fin de garantizar mayores niveles de accesibilidad de los grupos poblacionales más necesitados.

Entre las políticas vinculadas al cumplimiento de los objetivos de atención a la pobreza se encuentra:

- Desarrollo de la atención primaria de salud, consolidando un sistema integrado, descentralizado y local de salud, organizado por niveles de atención.
- Atención y desarrollo de programas de salud para el medio ambiente, tendientes a un desarrollo sostenible,
- Promoción de programas de salud en grupos específicos de población.
- Desarrollo de la capacidad y responsabilidad individual para una mejor calidad de vida.
- Fortalecimiento de la participación social.
- Mejoramiento del uso de fuentes presupuestarias ordinarias y extraordinarias y la búsqueda de otras alternativas de financiamiento.

Con la modificación del marco jurídico para legitimar la Reforma en alguno de sus aspectos, y la creación de la Coordinadora Nacional de Salud (CONSALUD), se establecen los mecanismos de compra de servicios que se inician con el Patronato del Hospital San Miguel Arcángel, que da una opción real de acceso a los servicios de salud hospitalarios, mediante un sistema de

categorización socioeconómica, según nivel de pobreza, y se establecen los rangos de subvenciones que asume el Ministerios de Salud para la atención de la población de la Región de Salud de San Miguelito que en un 81. % es pobre, encontrándose el grupo muy pobre con el 16.7% de la población.

Entre los propósitos que contempla la Reforma para la atención de los más necesitados figuran:

- Incrementar los niveles de salud, bienestar y calidad de vida de toda la población.
- Reducir las grandes disparidades en la situación de salud y en el acceso a servicios de salud poblacional y ambiental entre grupos de población.
- Modernizar la gestión técnica, administrativa y financiera de los servicios públicos que oferta el SNS.
- Asegurar la sostenibilidad financiera de los servicios.
- Reducir los riesgos de enfermar y morir de la población, del ambiente en que vive y satisfacer la demanda social del bien salud.

Las respuestas más concretas en la implantación de la Reforma para enfrentar la pobreza desde el sector salud, se recogen en el Modelo de Gestión que desarrolla el Hospital Integrado San Miguel Arcángel, del cual se ha dado información, y en la red primaria, con el Modelo de Gestión y de Atención de la Salud Familiar, Comunitaria y Ecológica. En esta última se destacan los aspectos más importantes que tienen que ver con la pobreza:

- El propósito del Modelo está dirigido a incrementar los niveles de desarrollo humano sostenible, mejorando las condiciones de salud y bienestar de toda

la población, reduciendo desigualdades y ofertando un conjunto integral de servicios poblacionales y ambientales de alta calidad técnica y administrativa a un costo que pueda ser afrontado por la sociedad en su conjunto.

- El objetivo general está formulado para elevar el nivel de salud de los grupos humanos postergados y su inserción como actor social en los procesos de producción social de la salud, e integrar los grupos vulnerables en el proceso de planificación de la salud, a partir de la identificación de sus necesidades y problemas como grupos específicos.

Las principales acciones contempladas son:

- Atención integral de la familia.
- Se articula en la red de atención institucional la unidad de atención familiar.
- Constitución de las zonas sanitarias que sectoriza la población para mejorar el acceso a los servicios.
- Asignación de equipos básicos de salud.
- Organización de una red de participación social en la que participan los consejos familiares de la zona.
- Atención a grupos poblacionales de acuerdo a las necesidades de salud que presentan.

Por su parte el Compromiso de Gestión contempla acciones específicas como:

- Atención integral a la salud de la población y el ambiente.

- Compromiso del Centro de Salud de incorporar información de la Encuesta de Salud Familiar, Comunitaria y Ambiental en la base de datos de población asistida, en la que constan datos básicos de identificación del paciente, tipo de aseguramiento o evaluación socioeconómica según el caso, así como el médico y/o equipo básico asignado.
- Todo paciente atendido en el Centro de Salud, deberá ser provisto del Carné de Salud, cuyos datos son parte de la base de datos poblacional.
- Organización de los Consejos Familiares por el equipo básico.
- Personalización de la atención con compromiso de continuidad y con la flexibilidad para adaptarse a las necesidades y requerimiento de la población.
- Accesibilidad a los servicios de atención en horario y asignación de cupos.
- Derechos generales de los usuarios.
- Cartera de servicios contratada.
- Sistema de contribución y evaluación socioeconómica del usuario, que incluye a la población muy pobre, pobre y no pobre, identificada según comunidad de origen. Al respecto establece que el centro de salud procederá a la actualización permanente y a la revisión periódica, de la demanda de los usuarios no asegurados, de la clasificación socioeconómica, además de la definición del porcentaje de las contribuciones que será aprobado por los Consejos de Salud Familiar. Además les

corresponde verificar en las comunidades a los residentes clasificados con la categoría A, los cuales son de extrema pobreza.

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El tema central de este estudio se orienta a conocer la participación del Comité de Salud de San Isidro en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización del Centro de Salud, entre los años 1997-2000; que se desarrolla en los escenarios de predisponentes de la Reforma, las innovaciones que introduce la sistema de salud, sus actores y procesos y las transformaciones que se producen en este organismo como consecuencia de participar en esta experiencia. Se empleará como guía la Evaluación de la Participación Social en el Desarrollo de la Salud (p.e. (Rozenal 1993^a, Rozenal 1993b)), que se desarrolla en este marco metodológico.

Para los fines de este estudio se ha escogido el tipo de investigación cualitativa, la cual se fundamenta en el paradigma cualitativo-interpretativo, debido a que permite profundizar este tema. Este tipo de investigación permite: (p.e. Pineda et. Al (1994)):

- Una descripciones detalladas de los conocimientos, actitudes, experiencias, creencias, sentimientos, pensamientos, que los sujetos investigados tienen en función de sus relaciones sociales con el Comité de Salud de San Isidro y los equipos de salud como proveedores, en el contexto de un proceso de Reforma y Modernización en el cual han participado con algún nivel de protagonismo.

- Explicación profunda de los factores políticos, sociales, económicos, culturales e históricos que determinan los fenómenos de participación del Comité de Salud en la gestión de los servicios
- Que la investigación no se plantee a priori, sino que se elaboren interrogantes que se van refinando en el proceso, hasta convertirse en hipótesis de trabajo.
- Articular la teoría y la realidad, por lo que es posible estudiar el problema de investigación a partir de un marco teórico flexible, que se va construyendo durante el estudio. Ello se debe a que no se busca establecer una relación causa-efecto, sino la explicación del problema de estudio, que es dinámica y continuamente cambiante.
- Enfatizar la participación de los sujetos, como prerrequisito para que participen en las transformaciones de los problemas identificados en el Comité de salud, proveedores de servicios y usuarios.
- Manejar grupos pequeños de personas y adecuar la investigación a los intereses y necesidades de los sujetos que participan.
- Orientar la investigación a la acción y transformación de la realidad, mediante la intervención y evaluación.
- Priorizar los datos cualitativos para caracterizar y buscar la explicación al problema estudiado.

3.2. LIMITES DEL ESTUDIO

Se seleccionó el Centro de Salud de San Isidro para la investigación, porque es uno de los más avanzados de la Región de Salud de San Miguelito en la implantación de la Reforma y Modernización de la red primaria de salud.

Su nivel de avance incluye la aplicación del Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ecológico, así como el Compromiso de Gestión, tiene constituido los equipos de trabajo y son funcionales.

El período investigado va de año 1997 al año 2000, fechas en que se desarrolla el proceso de implantación de la Reforma y Modernización en la Región de Salud de San Miguelito, y se reproduce en el Centro de Salud desde el año de 1998. Estas fechas permiten establecer la relación de antes como un predisponente, durante la implementación de las innovaciones y las transformaciones.

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo constituyen los funcionarios responsables de la conducción del Centro de Salud de San Isidro y la Región de Salud, los prestadores de servicios de salud, y los usuarios de los servicios.

La selección de la muestra en la investigación cualitativa se hizo escogiendo pocos casos en forma intencionada, que permitieran evaluar los tres escenarios (predisponente, innovaciones, transformaciones) en que se desarrolló el proceso participativo del Comité de Salud. Debido a que no es la finalidad de este estudio lograr representatividad estadística, se empleó el

muestreo a base de criterios para escoger a los y las informantes, a excepción de los equipos básicos y complementarios que se escogieron al azar, resultando un total de 38 personas entrevistadas, siendo ellas funcionarios (as) de salud de la Región de San Miguelito y del Centro de Salud representados en el equipo conductor, Comité de Salud, equipos básicos y complementarios. También participaron usuarias mujeres del Centro de Salud de San Isidro residentes en las comunidades de Santa Elena N° 2, Seis de Abril y el Valle de San Isidro, además de lideresas de organizaciones comunitarias entre las que figuran el Comité de Salud, Comités de Trabajo de la comunidad, Club de Padres de Familia de la Escuela Faustino Sarmientos y el Del Grupo Voluntariado de Oro Nuevo Amanecer. Todos y todas ellas de manera directa e indirecta han participado en el proceso de Reforma que se lleva a cabo en el Centro de Salud de San Isidro.

Las comunidades en las cuales se realizaron los grupos focales se escogieron al azar.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para cada grupo participante:

Fuentes de Información	Criterios de Inclusión	Nº
Equipo conductor del Centro de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Director, Sub Directora, Presidenta y Tesorera del Comité de Salud 2. Tener experiencia de participación en la implantación de la Reforma 3. Aceptar participar en el estudio 	4
Prestatarios de los servicios del equipo básico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formar parte del equipo básico, con asignación de zona sanitaria de responsabilidad que posean comunidades clasificadas socioeconómicamente en A (pobreza Extrema), C (pobreza) y D (no pobreza) 2. Médicas (os) generales 3. Tener experiencia de participación en la implantación de la Reforma 4. Aceptar participar en el estudio 	2
Prestatario de servicios de equipo complementario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formar parte del equipo conductor 2. Tener experiencia de participación en la implantación de la Reforma 3. Aceptar participar en el estudio 	3
Usuaris	<ol style="list-style-type: none"> 1. Líderes (zas) de organizaciones comunitarias de San Isidro 2. Experiencia en el uso de los servicios directa o indirecta 3. Miembros del Comité de Salud 4. Aceptar participar en el estudio 	9
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Residir en una comunidad clasificada A, C, D 2. Experiencia en el uso de los servicios directa o indirecta 3. Edades entre 20-49 años 4. tener más de cinco años de residir en la comunidad 5. Aceptar participar en el estudio 	18
Equipo gerencial de la Región	<ol style="list-style-type: none"> 1. Director o subdirector y responsable del departamento de Análisis y Tendencias de Salud 5. Tener experiencia de participación en la implantación de la Reforma 2. Aceptar participar en el estudio 	2

3.4. SUJETOS DE ESTUDIO

Los sujetos seleccionados para la recolección de la información fueron:

- Funcionarios y miembros directivos del Comité de Salud que forman el Equipo Conductor de la Gestión del Centro de Salud de San Isidro
- Proveedores de servicios del Centro de Salud que integran el equipo básico y complementario.
- Equipo conductor de la gestión regional
- Usuaris de los servicios de salud del centro de salud

3.5. FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la investigación cualitativa se emplean técnicas de recolección de datos que permiten recoger las experiencias de los sujetos, sus actitudes, percepciones con sus propias palabras, sus propios ritmos y sus visiones del mundo (p.e. OPS (1998)).

En esta investigación se han seleccionado las técnicas que pueden lograr una mejor aprehensión de las experiencias de los actores y los procesos vividos en los escenarios predisponentes, de innovaciones y transformaciones, cuyas necesidades de información son las siguientes:

Escenario inicial o de predisponentes	Escenario de las Innovaciones	Escenario de las Transformaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Políticas y Procesos de Reforma y Modernización del Sector Salud. • Situación de salud–enfermedad de San Isidro. • Organización, gestión y provisión de servicios reparativos, defensivos y de promoción del Centro de Salud. • Formas y contenidos en que se expresa la participación, conducción y liderazgo del Comité de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Características del nuevo Modelo de gestión, financiamiento y provisión de la salud familiar, comunitario y ambiental • Formas y contenido de la participación del Comité de Salud en el nuevo modelo de salud en los momentos de problematización, proposición, negociación y ejecución. • Determinantes que debilitan o fortalecen la participación del Comité de salud en el Nuevo Modelo de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia del Proceso de Reforma y Modernización en la transformación o no de las relaciones sociales entre los actores institucionales y comunitarios involucrados. • Impacto de las transformaciones en los escenarios predisponentes, procesos y estrategias en el nivel local. • Maduración de la participación en el manejo e evolución de la problemática de salud local, creación o no tendencias y procesos contrahegemónicos • Alternativas estratégicas para la gestión social del sistema de salud local con participación del Comité de Salud.

Para la obtención de la información se consultaron las fuentes que se describen:

- Consulta a fuentes secundarias, empleando las técnicas de revisión documental y análisis de contenido, que correspondía a la información del escenario predisponente, de innovaciones y transformaciones. La información se obtuvo en el Centro de Salud de San Isidro, la Región de Salud de San Miguelito, el Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud y otras. Los documentos empleados permitieron sustentar el marco teórico que se emplea en esta investigación y que se refieren a enfoques teóricos sobre participación social en la gestión de la salud, los procesos de participación social, la evaluación de la participación social, la gerencia el sistema nacional, Regional y local de salud, y los procesos de Reforma y Modernización.

- Consultas a fuentes primarias, mediante entrevistas semi-estructuradas a informantes claves individuales, entrevistas semi-estructuradas a grupos focales y la observación no participante. Se elaboraron las siguientes guías (ver anexo 1):
- Guía N° 1: Directivos del Centro de Salud, Equipo básico, equipo complementario, Directivos del Comité de Salud y Equipo conductor de la Región de Salud.
- Guía N° 2: Lideresas de organizaciones comunitarias
- Guía N° 3: Grupo Focal

Cabe señalar que la guía N° 1, se estructuró considerando los escenarios de predisponentes, de innovaciones y de transformaciones que se emplean en la Evaluación de la participación Social (p.e. (Rozental 1993a, Rozental 1993b)), considerando las dimensiones mencionadas en el marco teórico.

3.6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Para la recolección de los datos, se estableció un cronograma con sus respectivas actividades que fueron:

- Organización del proceso de recolección de la información
- Se tramitaron los permisos respectivos en la Región de Salud y el Centro de Salud para el uso de la información necesaria y el abordaje a los y las funcionarias de salud.

- Se escogió y capacitó a la funcionaria que fue la Trabajadora Social, quien actuó como facilitadora del Centro de Salud de San Isidro para coordinar la selección de los sujetos que participarían en el estudio.
- Diseño de los instrumentos de recolección de datos.
- Validación de los instrumentos.
- Selección de las fuentes de información primarias que involucró a los (as) funcionarios (as) de salud y las personas de la comunidad. A todas estas personas, se les explicó inicialmente el objetivo del estudio al cual accedieron a participar voluntariamente, y se concertó una cita de acuerdo a la disposición de ellas para la realización de las entrevistas que se efectuaron.
- Selección y recolección de las fuentes documentales, lo que incluyó una exhaustiva búsqueda de información, fotocopiar material y resumir contenidos.
- Visitas de observación a las comunidades seleccionadas (Seis de Abril, Santa Elena N° 2, Valle de San Isidro) y negociación de aspectos logísticos de los grupos focales.
- Recolección de la información en el Centro de Salud y la Comunidad. Por la extensión de la entrevista que se aplicó al primer grupo de informantes cuya duración fue de dos horas aproximadamente, se hizo necesario en algunos casos llevar a cabo dos sesiones.
- Organización y procesamiento de la información colectada

3.7. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tomando en cuenta que las guías empleadas con las cuales se realizaron las entrevistas semi estructuradas tenían mayoritariamente preguntas abiertas, se procedió a organizarlas empleando dos procedimientos, que se señalan a continuación:

1. Cuando fue posible cuantificar las frecuencias de las respuestas, se siguió el procedimiento que se detalla: (p.e.(Rojas 1981 En: Hernández 1996)):
 - Las preguntas abiertas se codifican una vez se tienen todas las respuestas de los sujetos que participaron en el estudio.
 - Selección de determinado número de cuestionarios empleando muestreo. En este caso se emplearon todos los cuestionarios.
 - Observar la frecuencia con que aparece cada respuesta a la pregunta.
 - Elegir las respuestas que se presentan con mayor frecuencia (patrones generales de respuestas).
 - Clasificar las respuestas elegidas en temas, aspectos o rubros, de acuerdo con un criterio lógico, cuidando que sean mutuamente excluyentes.
 - Darle un nombre o título a cada tema, aspecto o rubro (patrón general de respuestas).
 - Asignarle el código a cada patrón general de respuesta.

2. En el caso de las preguntas abiertas para fines del análisis descriptivo-interpretativo se realizaron los siguientes pasos (p.e. OPS (1998)):

- Leer todas las entrevistas y las observaciones realizadas.
- Transcripción de las entrevistas (Funcionarios directivos, proveedores de servicios, lideresas de organizaciones comunitarias, grupo focal).
- Ordenamiento de la información colectada.
- Descripción de categorías de codificación
- Organización de temas.
- Establecimiento de relaciones entre categorías y las fuentes.
- Análisis de los datos cualitativos.

En el análisis y presentación de los datos se emplean tablas de frecuencias, gráficas, y matrices descriptivas que permite organizar, pensar y presentar las conexiones cualitativas entre diferentes dimensiones y comportamientos

Siguiendo el esquema de análisis descriptivo -interpretativo que permitieron la construcción de tablas y gráficas de frecuencias que describen las variables investigadas, contribuyendo a realizar comparaciones entre la información de las diferentes fuentes para encontrar similitudes y divergencias.

En las siguientes tablas se presenta el plan de análisis empleado para la comprobación de las hipótesis.

HIPÓTESIS N° 1

Variables	Plan de Análisis
Situación de salud – enfermedad en San Isidro	Principales problemas que confronta la población, el ambiente y los servicios de salud Problemas que enfrenta la institución/ necesidades y problemas que enfrentan las personas que acuden a los servicios/ área de ocurrencia del problema Instituciones de salud que tiene la comunidad/servicio que ofrecen las instituciones
Percepción de las políticas que favorecen la participación social	Políticas y estrategias de salud que se implementan en el nivel nacional y regional para abordar los problemas que confronta la red primaria. Políticas y estrategias del gobierno para enfrentar los problemas de salud de la población Existencia de una política oficial sobre participación social
Participación social	Existencia del Decreto de Gabinete 401 Conceptualización del Comité de salud Funciones del Comité de Salud Conocimiento del Comité de Salud/ Funciones / acciones que realiza Patrimonio del Comité de Salud Relación de las usuarias con el Comité / pertenencia al Comité y participación en la elección Conocimiento de la directiva Organizaciones que participan en la solución de problemas/ acciones que realizan Logros alcanzados por el trabajo organizativo/ Comunidad investigada

HIPÓTESIS 2

Variables	Plan de Análisis
Caracterización de la participación social	Propósito de la participación social en las acciones de salud Sostenibilidad de la participación social Tipo de participación social que promueve el centro de salud de San Isidro
Participación del Comité de Salud en la cogestión	Acciones en que participa el Comité en la gestión del Centro Acciones que realiza el centro para viabilizar la participación del Comité de salud

HIPÓTESIS 3

Variabtes	Plan de Análisis
Percepción del origen y orientación de la Reforma	Origen de la Reforma y Modernización sanitaria Detonante de la Reforma en el Centro de Salud de San Isidro Opiniones sobre el concepto de Reforma y Modernización Componentes o dimensiones de la Reforma Objetivos del proceso de Reforma y Modernización
Cambios que introduce la y modernización en los servicios de salud	Tipo de Cambios que integra la Reforma/ servicios del Centro/percepción de beneficios para usuarios Roles que juega el equipo básico y complementario en el proyecto de reforma/ definición/ funciones Acciones que realiza el equipo básico y el Comité de salud en la zona sanitaria/ con la población /con los pobres
Percepción de la participación social en la Reforma	Tipo de participación social que promueve el Centro de Salud con la Reforma Objetivos que se propone alcanzar en términos de participación social la Reforma Requerimientos que plantea la Reforma y Modernización al Comité de Salud
Alianzas del Comité con otros actores sociales	Alianzas del Comité de Salud con otras organizaciones/respaldo social de la comunidad
Participación del Comité en las fases de implantación del compromiso de gestión	Personas que participaron en la implantación del Compromiso de Gestión Fase de problematización para la elaboración del compromiso de gestión/ actores participantes/ acciones realizadas/ factores facilitadores y limitantes Fase de proposición del compromiso de gestión/ actores participantes/ acciones realizadas/ factores facilitadores y limitantes Fase de negociación del compromiso de gestión/ actores participantes/ acciones realizadas/ factores facilitadores y limitantes Fase de ejecución del compromiso de gestión/ actores participantes/ acciones realizadas/ factores facilitadores y limitantes Fase de evaluación del compromiso de gestión/ actores participantes/ acciones realizadas/ factores facilitadores y limitantes

HIPÓTESIS 4

Variable	Plan de Análisis
Intensidad de la participación del Comité de Salud	<p>Protagonismo del Comité de Salud en la implantación del proceso de Reforma y modernización</p> <p>Capacidad del Comité para integrarse en las fases de implantación del Compromiso de Gestión</p> <p>Funciones ejercidas por el Comité de Salud en la implantación de la Reforma y Modernización del Centro</p> <p>Beligerancia del Comité de Salud en la Defensa de los pobres</p>
Extensión de la participación	<p>Integración de nuevos actores sociales en la implantación de la Reforma y Modernización del Centro</p> <p>Integración de los pobres como actores sociales</p> <p>Status del Proceso participativo del Comité en la implantación de la Reforma y Modernización</p>
Sostenibilidad de la participación	<p>Poderes adquiridos por el Comité de Salud para participar como actor en la implantación de la Reforma y Modernización</p> <p>Mecanismos facilitadores para la co-gestión del Comité de Salud desarrollados por la dirección del Centro de Salud</p>
Eficacia de la participación	<p>Desarrollo de la capacidad gerencial del comité de salud</p> <p>Autonomía del Comité para ejercer el rol de abogacía de la población usuaria</p> <p>Defensa del derecho a la salud de los pobres</p> <p>Participación del Comité de Salud en la co-gestión, en cumplimiento del Decreto Ley N° 401</p>
Determinantes del proceso participativo	<p>Fortalezas y debilidades y debilidades que enfrenta el Comité de Salud/ dimensiones personal, técnica, económicas, política, social</p> <p>Fortalezas y debilidades identificadas en el Comité de Salud para enfrentar los problemas de salud</p> <p>Oportunidades y amenazas que enfrenta el Comité de Salud</p> <p>Factores que han condicionado el status del Comité de Salud en el proceso de Reforma del Centro de Salud</p> <p>Recomendaciones</p> <p>Recomendaciones al Centro de salud para mejorar la co-gestión del sistema local/ áreas de acción</p> <p>Recomendaciones al Comité de Salud para mejorar la gestión del sistema local de salud</p> <p>Recomendaciones para mejorar el funcionamiento del Comité y la participación de la comunidad en la co-gestión del sistema local de salud</p>

HIPÓTESIS 5

Variables	Plan de análisis
Concepción de la pobreza.	Concepción popular de la pobreza Percepción de la pobreza en la comunidad
Problemas de salud de los pobres	Principales problemas de salud de los pobres al momento de iniciarse la el proyecto de Reforma
Percepción de las políticas públicas para enfrentar la pobreza.	Políticas y estrategias de orden nacional para enfrentar la crisis de salud de los pobres
Procesos de participación de los pobres.	Procesos de participación y movilización en torno a la salud de los pobres Organizaciones que participan en torno a la salud de los pobres/ acciones que realizan Participación del Comité de salud en la defensa del derecho a la salud de los pobres
Respuestas sociales que ofrece la Reforma a los pobres.	Lineamientos que establece la Reforma para enfrentar la salud de los pobres Participación del Comité de Salud en las fases de implantación del Compromiso de gestión/ actores / acciones realizadas que benefician a los pobres
Factores determinantes en la participación de los pobres.	Opciones que tienen los pobres de participar organizadamente en la cogestión del nuevo modelo de salud Factores que pueden impulsar y restringir la participación de los pobres en la cogestión de la salud

CAPÍTULO 4

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ
DE SALUD DE SAN ISIDRO EN EL
PROCESO DE COGESTIÓN DE LA
SALUD, DURANTE LA FASE DE
IMPLANTACIÓN DE LA REFORMA
Y MODERNIZACIÓN DEL CENTRO
DE SALUD DE SAN ISIDRO, ENTRE
LOS AÑOS 1997-2000**

4.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS INFORMANTES DEL ESTUDIO

A continuación se presenta una tabla que resume la totalidad de informantes:

TABLA 23. RESUMEN DE LOS INFORMANTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

Tipo de informantes	Total	
	Nº	Nº
Total	38	100.0
Equipo conductor regional	2	5.3
Equipo Conductor local	4	10.5
Equipo Básicos	2	5.3
Equipo Complementario	3	7.9
Liderezas de organizaciones	9	23.7
Grupo Focal	18	47.4

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

De los informantes, el 28.9% forman el equipo de salud y 71.1% usuarias de los servicios de Salud de San Isidro. El grupo mayor de informantes se concentra en los grupos focales con 47.4% y las liderezas de las organizaciones comunitarias representan el 23.7%. Le sigue con 10.5% el equipo conductor local y 7.9% el equipo complementario.

Para iniciar, presentaré el perfil de las personas consultadas como informantes.

La condición civil de casado (a) de los y las informantes alcanzó 81.8% y 9.1% unida y soltera, respectivamente.

El 81.8% laboran actualmente y 29.2% no lo hacen y realizan trabajo voluntario en el Comité. De los funcionarios, 88.8 % laboran en el Centro y 22.2% en la Región. De éstos 88.8% son funcionarios del Ministerio de Salud, de los cuales el 75% son permanentes y 25% por contrato. El 22.2% de los funcionarios trabajan en el Centro, contratados por el Comité.

El 55.6% de estos tienen de 19 a 23 años de laborar en el sector salud, siguiéndole los de menos de 19 años con 44.4%. Todos han laborado la mayor parte de su vida en instalaciones del nivel primario, lo que significa una larga experiencia acumulada en el manejo de los asuntos de salud.

Todas las personas consultadas han tenido experiencia con el Comité de Salud. Las experiencias que se citan están relacionadas con la administración de los ingresos del centro de salud en el 33.3% de los y las investigadas (os), 44.4% ha participado en actividades comunitarias y giras médicas y 22.3% en procesos electorales para escoger la directiva del Comité de Salud.

Con relación a la pertenencia a alguna organización, reporta el 66.7% de los funcionarios que si la ha tenido y 33.3% que no pertenece a ninguna organización. Entre las organizaciones a la que pertenecen figuran las de tipo gremialista (Asociación de Médicos Generales, Asociación Odontológica Nacional, Asociación de Trabajadores Sociales y Asociación de Educadores para la Salud), cooperativas (médicas) y grupos de la iglesia.

4.2.2. Usuarías de los Servicios de Salud

Se considera a una persona usuaria a aquella que utiliza de manera permanente los servicios de salud, en este caso del Centro de Salud de San Isidro.

Se han considerado como usuarias a las informantes que participaron en la investigación como representantes de organizaciones comunitarias y a las personas de las comunidades Santa Elena No 2, Valle de San Isidro y Seis de Abril, que se integraron en los grupos focales.

4.2.2.1. Lideresas de Organizaciones Comunitarias

Participaron un total de 9 informantes lideresas de organizaciones comunitarias. Todas ellas del sexo femenino, con residencia en San Isidro Sectores D, E, F; Barriada 6 de Abril (Zona 1) y Valle de San Isidro (Zona 3). De ellas, el 77.7% son amas de casa, 11.1% jubilada y 11.1% estudiante.

Todas las informantes tienen pareja conyugal, el 88.8% están casadas y 11.1% unidas. El 88.9% profesan la religión católica y 11.1% evangélica.

El 33.3% tienen edades comprendidas entre 40 y 44 años, 33.3% de 45 a 49 años y más de 50 años el 33.3%.

El 33.3% ha cursado estudios universitarios incompletos, 33.3% primer ciclo, 22.2% primaria completa y 11.1% primaria incompleta.

Todas ellas pertenecen a organizaciones comunitarias, cuyo ámbito de acción es San Isidro. Se cita el Comité de Salud con 44.4%, Comité de Trabajo 33.3%, el Club de Padres de Familia de la Escuela Faustino Sarmientos con 22.2% y el grupo Voluntariado de Oro Nuevo Amanecer, que es una

organización de pensionados y jubilados de la Caja de Seguro Social. Todas ellas ocupan diferentes cargos en las juntas directivas y/o comisiones de trabajo de las organizaciones. Su período de militancia mínimo es de 1 año 11.1%, 2 años 66.7% y más de 4 años 22.2%.

Los lugares en donde las entrevistadas controlan su salud son el Centro de Salud de San Isidro con 77.8%, 11.1% lo hace en la Policlínica de Santa Librada que es una instalación de la Caja de Seguro Social y 11.1% en la Policlínica de Calle 17 la cual se encuentra en el corregimiento de Santa Ana, o sea, fuera del sistema sanitario de San Miguelito. Las personas que no lo utilizan personalmente, han tenido experiencia con el Centro a través de familiares directos. De las usuarias del centro de salud, todas ellas han utilizado los servicios de salud más de cinco veces en los dos últimos años, para atender problemas de salud propios o de alguna persona del grupo familiar. Las causas que ocasionaron la demanda de consulta fueron la atención de patologías diversas entre las cuales figuran hipertensión arterial, problemas ginecológicos, infección de vías urinarias y varicela. No se mencionan controles de salud, lo que indica que estas personas priorizan la atención de la enfermedad y no la salud. Todas las personas entrevistadas calificaron el servicio que recibieron de bueno.

Perfil de las Comunidades y de los Grupos Focales

Se presentará inicialmente el perfil de cada una de las comunidades que participaron en el grupo focal, seguidamente el de sus participantes como usuarias de los servicios de salud.

- **Comunidad de Santa Elena N° 2**

Esta comunidad pertenece al corregimiento de Belisario Porras. Fue fundada en 1985, hace quince años (15) y tiene aproximadamente unos dos mil habitantes según el grupo consultado.

Está ubicada en un cerro, y se observa una superficie muy accidentada, para subir la comunidad se han construido caminos angostos con cemento, los cuales son transitables a pie.

Las familias que allí residen, son de la ciudad capital. La actividad a la que se dedican las mujeres son los oficios domésticos y los hombres a la construcción. Los salarios son bajos y algunas familias no tienen trabajo.

La comunidad de acuerdo a la evaluación socio económica que realizó la Región de Salud de San Miguelito fue categorizada con la letra A, para acceder al Hospital Integrado San Miguel Arcángel. Esta categoría le da la clasificación de pobres extremos, por lo que son subsidiadas por el Ministerio de Salud en todos los servicios que obtengan en dicho Hospital, no así en el Centro de Salud.

En la visita realizada se pudo observar que es una comunidad muy pobre, las casas están construidas con cemento y algunas con madera y muy precaria. La casa en donde se reunió el grupo focal es pequeña y está pegada a una ladera del cerro que han cortado, la que sirve de pared en uno de sus laterales, con el consiguiente problema de que cuando llueve se moja. Durante el período de invierno tienen latente el temor de que se produzcan derrumbes, los que ya han ocurrido, afectando a algunas familias de la comunidad. Las casas disponen de agua potable y luz eléctrica

No identifican en la comunidad organizaciones activas aunque recuerdan que hace algunos años mediante las organizaciones que se crearon para atender los problemas comunitarios, se pudo resolver el problema del agua, veredas y otros.

La autoridad comunitaria reconocida es el Regidor que se llama Ubaldo Barría.

- **Participantes del Grupo Focal de Santa Elena N° 2**

Participaron en este grupo un total de 7 mujeres, de las que el 42.8% tiene de 11 a 15 años de residir en la comunidad, 28.6% de 15 y más años y 28.6% de 6 a 10 años.

Sus edades corresponden al grupo etario de 20 a 24 años con 57.1%, le siguen el de 15 a 19 años con 42.9%. Todas ellas son amas de casa, el 71.4% está unida a una pareja, 14.3% casada y 14.3% soltera.

Su nivel académico reportado es de segundo ciclo incompleto con 42.8%, primer ciclo incompleto 28.6%, primer ciclo completo 14.3% y primaria completa 14.3%. La religión que profesan es la católica.

Ninguna forma parte de organizaciones, ni están inscritas en el Comité de Salud debido a que no sabían de la existencia de éste.

Todas las participantes utilizan los servicios del Centro de Salud de San Isidro de manera permanente. El 71.4% acudió entre el mes de mayo y octubre de 2,000, mientras que el 29.6% lo hizo en 1999. Las causas que motivaron la demanda de atención son control del embarazo, control del puerperio, toma de PAP, todos ellos enmarcados en el ámbito de los controles de gineco-obstetricia,

atención de patologías dermatológica y de las vías respiratorias (gripa). Opinaron que la atención que recibieron fue buena.

- **Comunidad Seis de Abril**

Esta comunidad pertenece al corregimiento de Belisario Porras y su distancia al centro de salud caminando es de 25 minutos. Se encuentra ubicada en un cerro, con una superficie accidentada.

Sus casas están construidas con cemento y son amplias, la mayoría están cercadas con alambre. Algunas casas no están terminadas. Disponen de agua potable, luz eléctrica y letrinas.

La comunidad tiene una sola calle angosta de entrada y salida, hacia la carretera Transistmica en la que cabe un auto solamente. No tienen transporte interno y las personas salen en sus propios vehículos o a pie hasta la vía principal.

Se observa en la comunidad tres expendios pequeños de alimentos secos, incluyendo productos cárnicos, lácteos y en algunos se expende licor. Su administración está a cargo de personas de ascendencia asiática y uno por una persona de la comunidad que es el propietario.

Las áreas públicas de la comunidad se aprecian limpias y existe una exuberante flora.

La comunidad fue fundada en el año de 1980 hace aproximadamente 20 años y tiene una población de acuerdo a la información proporcionada por el grupo focal de 5,000 (cinco mil) habitantes.

La población que habita en ésta procede mayoritariamente de la provincia de Veraguas, aunque hay personas de la capital, Darién y otros lugares del país. La actividad económica se realiza fuera de la comunidad. Las mujeres trabajan en casas de familia, empresas privadas y los hombres fuera de la comunidad. En algunos hogares existen personas jubiladas y una gran parte de mujeres trabajan en sus casas, realizando tareas domésticas y el cuidado de la familia.

La comunidad tiene un nivel de organización que se desarrolla a través del Comité de Trabajo, formado con el propósito de contribuir mediante la autogestión en la solución de los problemas de la comunidad.

Mencionan entre las lideresas a Victoria Ortega y Guillermina Vda. De Gómez y como líder a Elizondro López.

La comunidad está clasificada de acuerdo a la evaluación socio económica realizada con la letra B, lo que le da la opción de un subsidio del 75% de la tarifa que se cobra en todos los servicios que ofrece el Hospital San Miguel Arcángel.

- **Participantes en el Grupo Focal de Seis de Abril**

El número de participantes de la comunidad Seis de Abril fue de 6 mujeres, de las cuales el 66.7% tiene más de 20 años de residir en la comunidad y el 33.3 % tiene 5 años.

El 50% de las informantes están en el grupo etario de 45 a 49 años, 33.3% tienen de 50 y más años y 16.7% menos de 45 años. Su estado civil revelado corresponde al 50.0% de solteras, 33.3% unidas y 16.7% viuda.

Su nivel educativo es bajo, encontrándose que el 33.3% no asistió a la escuela, 33.3% tiene un nivel primario (incompleto y completo), 16.7% primer ciclo completo y 16.7 % segundo ciclo incompleto.

La religión evangélica es predominante en el grupo con 66.7% y la católica con 33.2%.

Con relación a su estatus laboral, el 83.3% de las participantes son amas de casa que dependen del ingreso familiar y el 16.7% es pensionada por la Caja de Seguro Social.

No pertenecen a ninguna organización ni están inscritas en el Comité de Salud, según indican porque no sabían que el centro de salud tenía este grupo.

De las participantes, el 50% asiste al Centro de Salud, 33.3% lo hace en la Policlínica de Calle 25, que pertenece al corregimiento de Calidonia y el 16.7% acude la Centro de Salud Amelia Denis de Icaza. Estas personas tienen experiencias con el Centro de Salud a través de sus familiares.

Las asistentes al Centro de Salud lo hicieron de mayo a septiembre de 2000, por causas vinculadas a resfriado y a control de salud. Todas consideran que la atención es buena, incluso las que se atienden en otras instalaciones de salud. Indica una de ellas "mis vecinas van al centro y no se quejan, salen temprano, dicen que las atienden bien y no pagan mucho .

- **Comunidad del Valle de San Isidro**

Esta comunidad pertenece al corregimiento de Belisario Porras y su distancia al centro de salud caminando es de 40 minutos. Se encuentra ubicada

en un cerro, no obstante su superficie es menos accidentada que las comunidades anteriores.

Sus casas están construidas con cemento y son amplias. Disponen de agua potable, luz eléctrica y letrinas.

La comunidad tiene una calle amplia, transitada para vehículos pequeños y grandes. La comunidad no tiene transporte interno y las personas salen en sus propios vehículos o a pie hasta la vía principal.

Se observa en la comunidad expendios de alimentos secos incluyendo productos cárnicos y lácteos. En algunos se expende licor. Su administración está a cargo de personas de ascendencia asiática y panameña.

La comunidad se aprecia limpia y las casas tienen sembradas plantas ornamentales y árboles frutales.

La comunidad fue fundada en 1970, hace aproximadamente 30 años y tiene una población de acuerdo a la información proporcionada por el grupo focal de 3,000 familias, lo que equivale a 13,200 personas aproximadamente.

La población que habita en ésta procede mayoritariamente de Loma de la Pava en la ciudad capital y de otras provincias del país.

La actividad económica se realiza fuera de la comunidad, las mujeres se dedican a los oficios domésticos y al cuidado de la familia, mientras que los hombres laboran en el sector de la construcción y como conductores de vehículos a motor.

La comunidad tiene un nivel de organización que se desarrolla a través de grupos religiosos como Las Legiones de María y las Madres de Calcuta.

Reconocen como las autoridades más importantes al representante de corregimiento, corregidor y a los (as) educadores (as) de la escuela Santiago de la Guardia.

La comunidad está clasificada de acuerdo a la evaluación socio económica realizada con la letra D, lo que significa para las personas no aseguradas reciben un subsidio de 25% del costo de las tarifas que ofrece el Hospital San Miguel Arcángel.

Participantes del Grupo Focal del Valle de San Isidro

En la comunidad del Valle de San Isidro asistieron a la sesión del grupo focal 5 mujeres, de las cuales el 60% tiene de 20 a 29 años de residencia en la comunidad, 20% de 10 a 19 años y 20% más de 30 años.

Las edades del 60% de ellas está entre los 33 y 42 años y 40% de 43 y más años. El 80% se dedica a las tareas del hogar y el 20% al expendio de alimentos secos en una tienda en la comunidad, de donde percibe sus ingresos. El estado civil que predomina es el de casada con 60% y con el 20% las unidas y solteras, respectivamente.

El 40% de este grupo terminó el primer ciclo, en tanto que el 20% obtuvo la primaria completa, no terminaron el primer ciclo ni el segundo ciclo el 20% en cada uno de ellos.

La religión católica es la que profesan todas las participantes.

Con relación a su participación en organizaciones comunitarias, sólo el 20% lo hace en el Comité de Salud desde hace dos años y el 60% de ellas está inscrita en este grupo.

La atención de la salud la realiza el 60% en el centro de Salud de San Isidro, el 20% en la Policlínica de Calle 17 y 20% en la clínica de Azuero (privada) que está ubicada en San Isidro. Las personas que acudieron al Centro lo hicieron por última vez entre los meses de junio a noviembre de 2,000, por control de salud, toma de PAP y por asma. Reportan que han recibido buena atención y se sienten satisfechas. Las que no acudieron personalmente, han generado su experiencia con el Centro, a través de otros familiares cercanos (hijos, sobrinos, hermanas).

La información que se presentará seguidamente, constituye el resultado del análisis que plantea el modelo de investigación cualitativa empleado , con el se someterán a comprobación las hipótesis que orientaron el estudio.

La información que se presenta a continuación está ordenada según los escenarios predisponentes, de innovaciones y de transformaciones, en cada uno de los cuales se han producido diversos procesos con sus propias características y finalidades que a continuación se conocerán.

4.3 ESCENARIOS DE PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA COGESTIÓN DE LA SALUD DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Se iniciará la presentación con el escenario de predisponentes, en el que se llevan a cabo un conjunto de relaciones sociales, procesos

participativos para abordar los problemas de salud, que sirvieron de detonantes de la implantación de la Reforma y Modernización de los servicios del Centro de Salud de San Isidro.

4.3.1. Escenario Inicial o de Predisponentes

Este escenario aporta los antecedentes y condiciones que predisponen la implantación del proceso de Reforma y Modernización de la Red Primaria de la Región de Salud de San Miguelito, incluyendo el Centro de Salud de San Isidro. Cronológicamente comprende el período entre 1994 y 1997. A continuación se presentan las variables consideradas en este escenario.

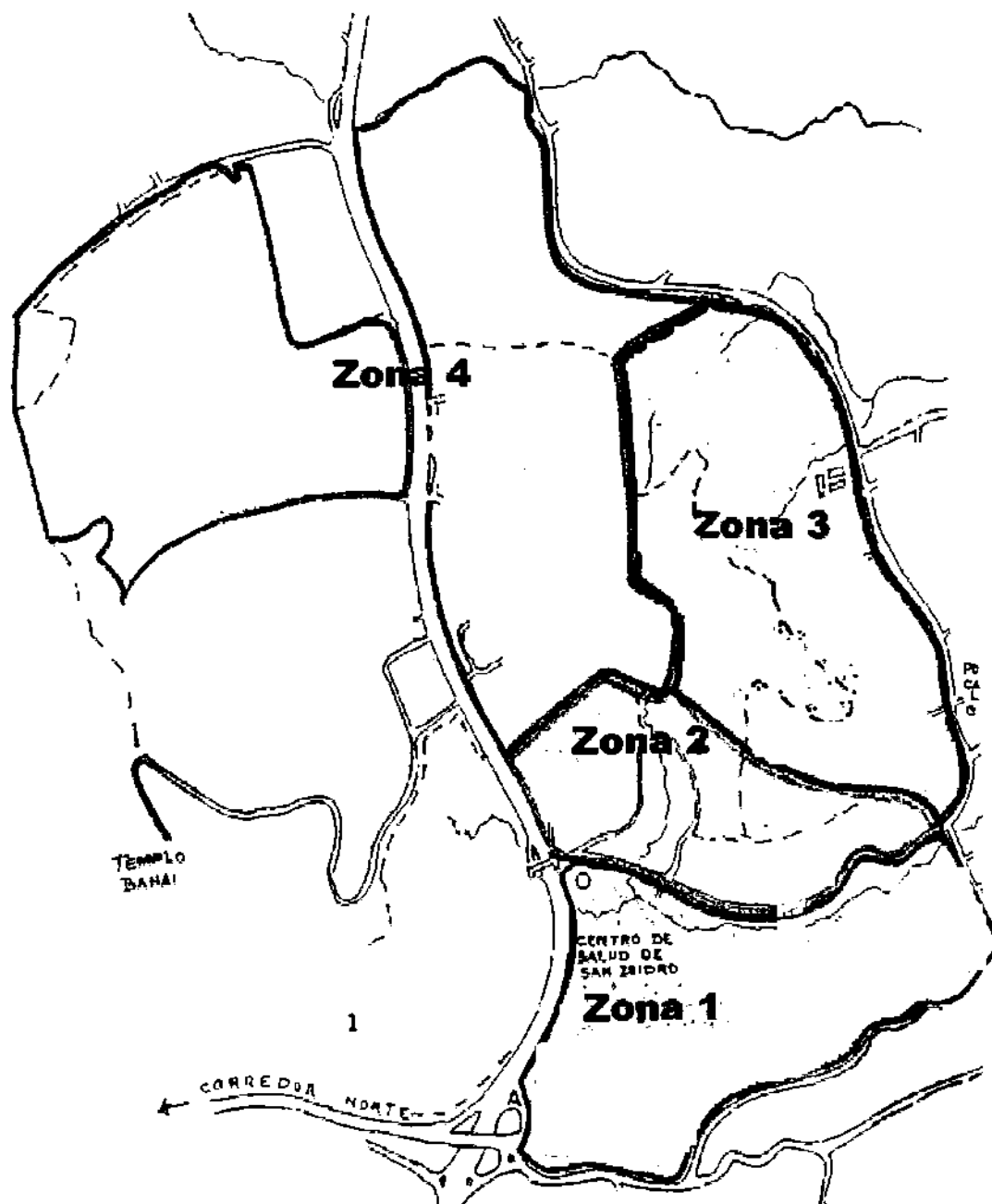
4.3.1.1. Caracterización de la Situación de Salud de San Isidro

La información que se presenta es el resultado de la consulta a fuentes documentales, y permite caracterizar la situación de salud en San Isidro, para establecer el referente del proceso de participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud local.

El Centro de Salud es una instalación de salud del primer nivel de complejidad de la Región de Salud de San Miguelito y está ubicado en el corregimiento de Belisario Porras. El mayor número de instalaciones de salud se concentran en este corregimiento.

A continuación se presenta el mapa que corresponde al área de responsabilidad que atiende el Centro de Salud.

FIGURA 7. MAPA DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD DE SAN ISIDRO



Fuente: Departamento de Estadística. Región de Salud de San Miguelito. 1999.

En las páginas sucesivas se presenta información cuantitativa relativa a la situación demográfica, situación de salud de las personas, del ambiente y de los servicios.

4.3.1.1.1. Situación Demográfica

El corregimiento en 1997 tenía una población 45,062 habitantes, de las cuales el 49.8% son hombres y 50.2% mujeres y alcanzó una densidad de 7,276 habitantes por Km². El 66.2% de la población está en el área urbana y el 33.8% en la rural. A continuación se presenta la distribución de la población por grupo de edad.

**TABLA 24. REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CORREGIMIENTO DE BELISARIO
PORRAS POR GRUPO DE EDAD. AÑO 1997**

Grupo de Edad							
< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 59	60 y +
2,912	11,700	15,528	16,554	15,887	60,243	15,761	6,745

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Se aprecia la distribución de la población por grupo de edad, encontrándose que la mayor parte de ésta, 43.1% es joven, con edades que oscilan entre menos de 1 año hasta 15 años, le sigue el grupo de edad productivo de 10 a 44 años con 41.1% y los de 45 y más con el 15.5%.

La población de responsabilidad del Centro para ese mismo año fue de 38,662 habitantes, que representa el 26.6% del corregimiento.

4.3.1.1.2. Situación de salud de las personas

En el corregimiento se registraron 580 defunciones en 1997, de las que el 60.3% ocurrieron en hombres y 39.7% en mujeres. Los grupos de edad más

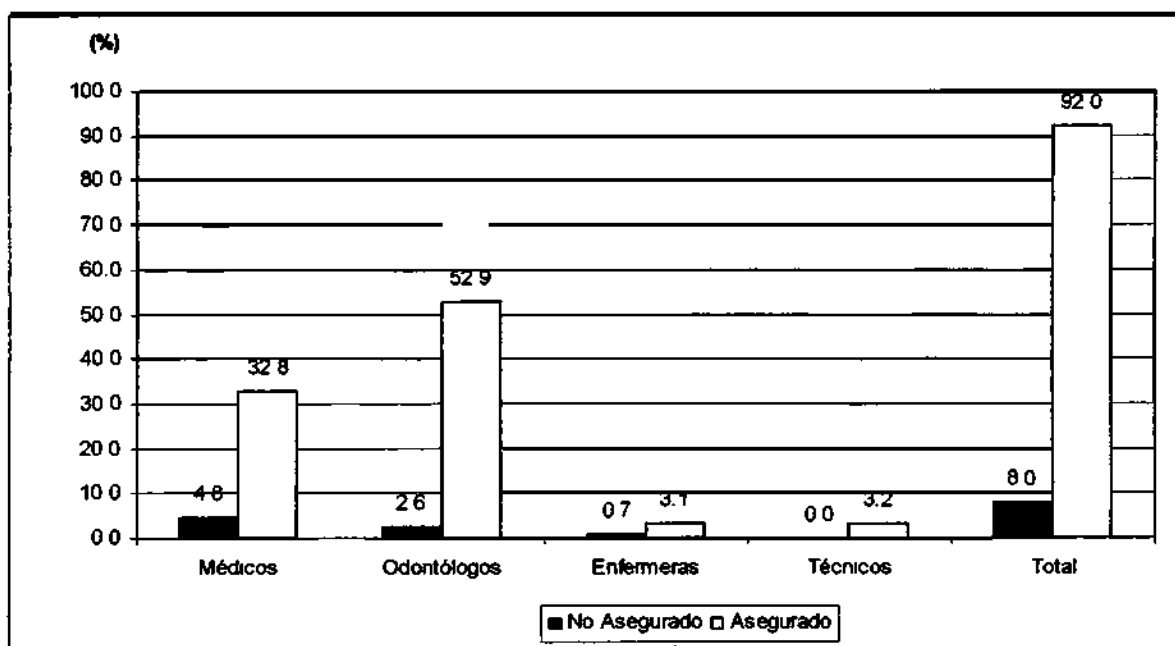
afectados lo fueron el de 60 y más años de edad con 48 % y el de 20 a 59 años con 36%.

- **Demanda de Servicios**

La demanda que hace la población de servicios que se ofrecen en el Centro de Salud de San Isidro, está condicionada por un conjunto de factores, entre los que figuran el acceso, oferta de servicios, necesidades del usuario, elección, y otras. A continuación se presenta el comportamiento de la demanda durante el año de 1997.

Acudieron a los servicios un total de 124,194 personas de las cuales el 92% no son asegurados y el 8% si lo son.

**GRÁFICA 2. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTA PROFESIONAL POR TIPO DE PERSONA QUE RECIBE EL
SERVICIO. AÑO: 1997**



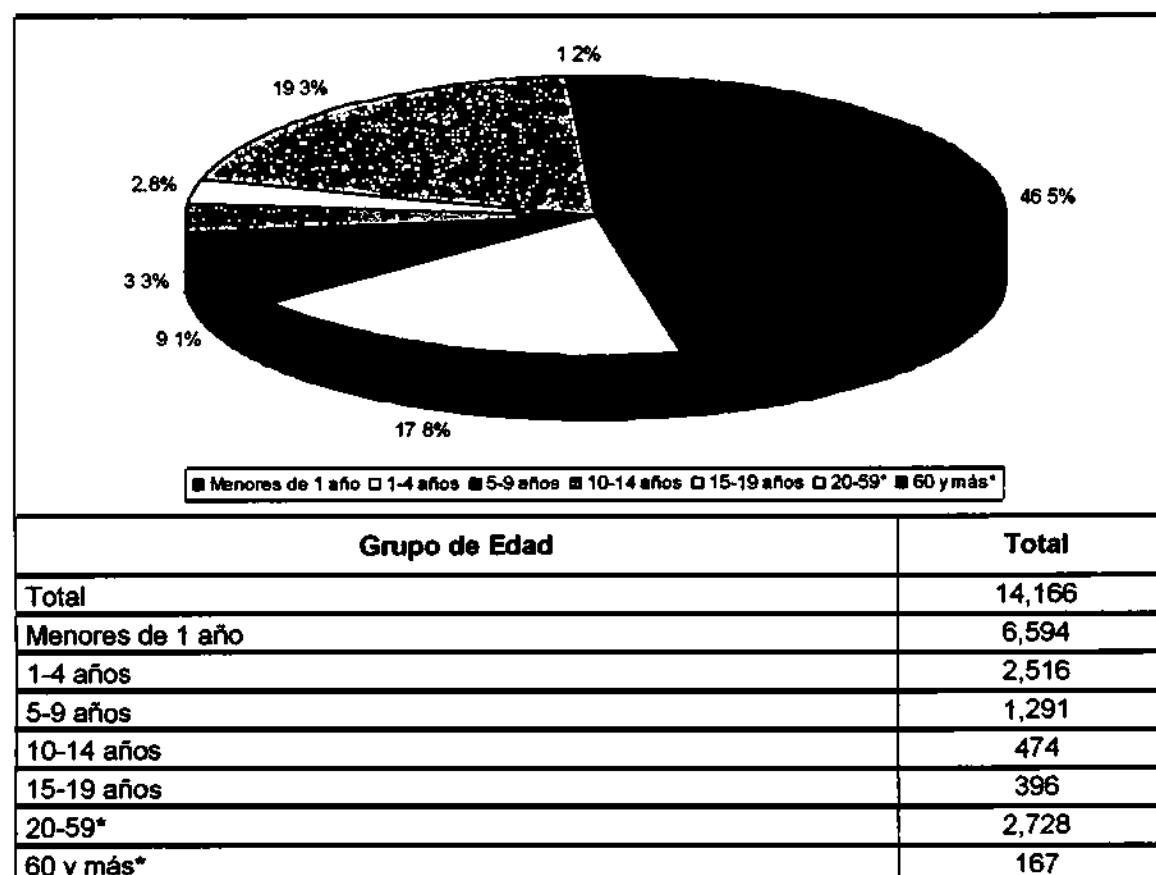
Tipo de Profesional	Tipo de persona	
	Asegurado	No Asegurado
Total	9,988	114,206
Médicos	5,968	40,718
Odontólogos	3,180	65,663
Enfermeras	816	3,848
Técnicos	24	3,977

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

De acuerdo a la gráfica, los servicios odontológicos, son los más demandados por asegurados y no asegurados con el 55.5%, le siguen los médicos con 36.8% y el 7.0% servicios de enfermería y técnicos. Por otro lado, la población no asegurada, en mayor cantidad solicitaron atención odontológica

con 52.9%%, le sigue la atención médica con 32.8% y 3.3% los servicios técnicos y de enfermería.

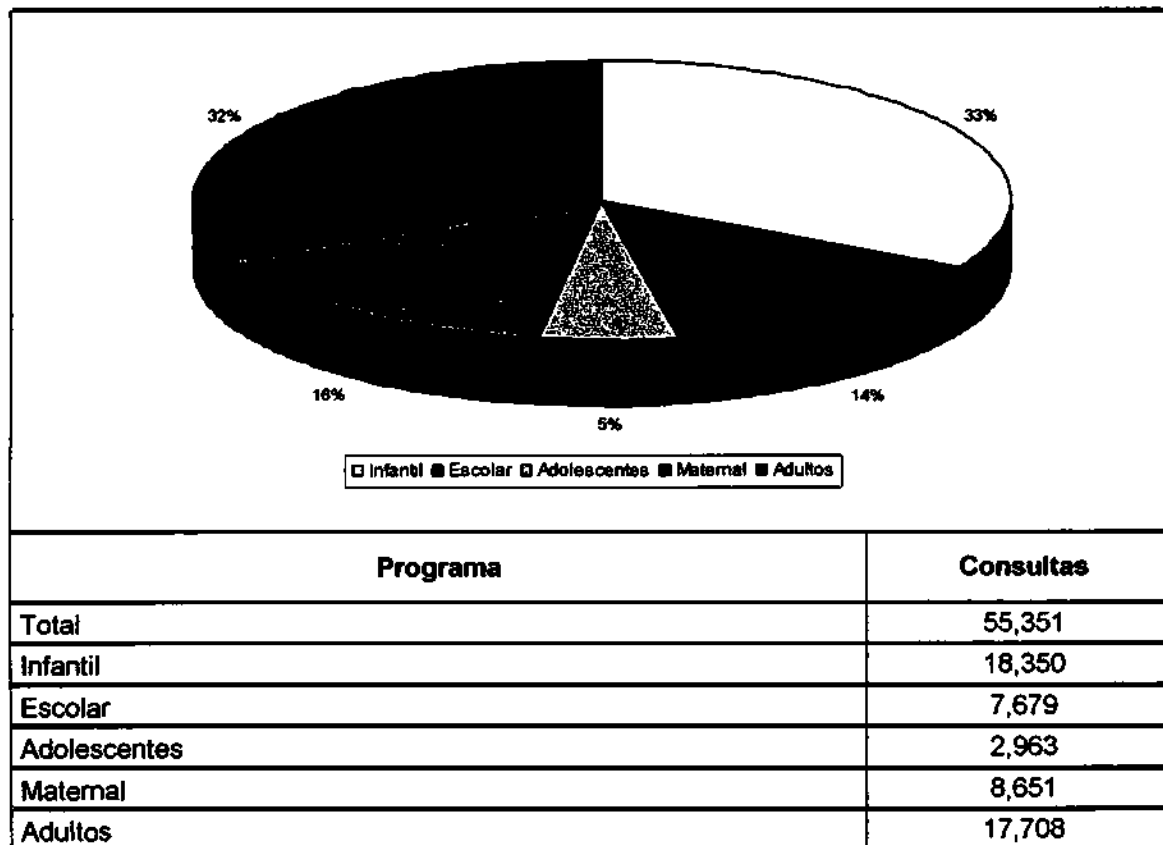
**GRÁFICA 3. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS POR GRUPO DE EDAD. AÑO: 1997**



Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región de Salud de San Miguelito

Con relación a la demanda por grupo de edad, la población menor de un año de edad consumió el 46.5% de las consultas, le sigue el grupo de edad productiva de 20-59 años con 19.3% y el de 1-4 años con 17.8%. Presentó menor demanda la tercera edad con 1.2%

**GRÁFICA 4. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
TOTAL DE CONSULTAS POR PROGRAMA Y PROFESIONAL. AÑO 1997**



Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

La atención por programa de acuerdo a la gráfica, reporta un total de 55,351. El programa infantil resulta ser el mayor demandado con 33.0% de las consultas, le siguen el de adultos con 32.0%, el maternal con 16.0% y el escolar con 14.0%.

Los médicos atendieron mayor consulta en los programas de adultos registrando el 34.8%, 29.5% en el infantil y 14.7% en el maternal. Por su parte las enfermeras destinan la mayoría de las consultas al programa infantil con el 72.7% y al programa maternal con 25.7%.

**TABLA 25. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS MÉDICAS Y TÉCNICAS POR ESPECIALIDAD. AÑO 1997**

Consultas médicas	N°	%
Total	50,689	100.00
Consultas médicas	46688	92.1
Pediatría	8356	17.9
Medicina General	29766	63.7
Gineco-Obstetricia	5139	11.0
Dermatología	1901	4.1
Psiquiatría	1526	3.3
Consultas técnicas	4001	7.9
Trabajo Social	894	22.3
Psicología	1452	36.3
Enfermera de Salud Mental	18	0.4
Nutrición	1637	41.0

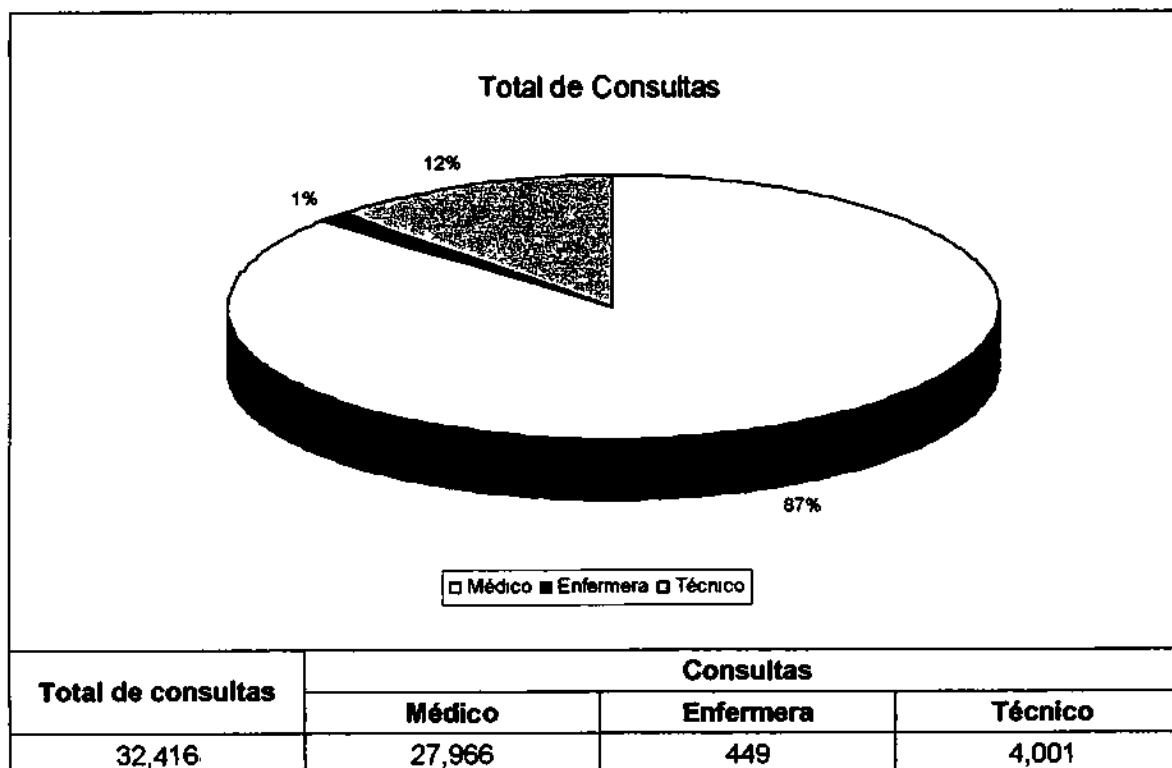
Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito

El personal médico y técnico realizó 50,689 consultas, correspondiéndoles a los primeros 92.1% y los segundos 7.9%.

Por existir la mayor disponibilidad de médicos generales, las consultas se inclinan a esta rama de la medicina con el 63.7%, le sigue pediatría con 17.9%, gineco-obstetricia que aporta el 11.0%, y el 7.4% dermatología y psiquiatría.

Los servicios técnicos están distribuidos en nutrición que registra el 41.0% de la consulta, 36.2% psicología, 22.3% trabajo social y enfermería de salud mental el 0.4%

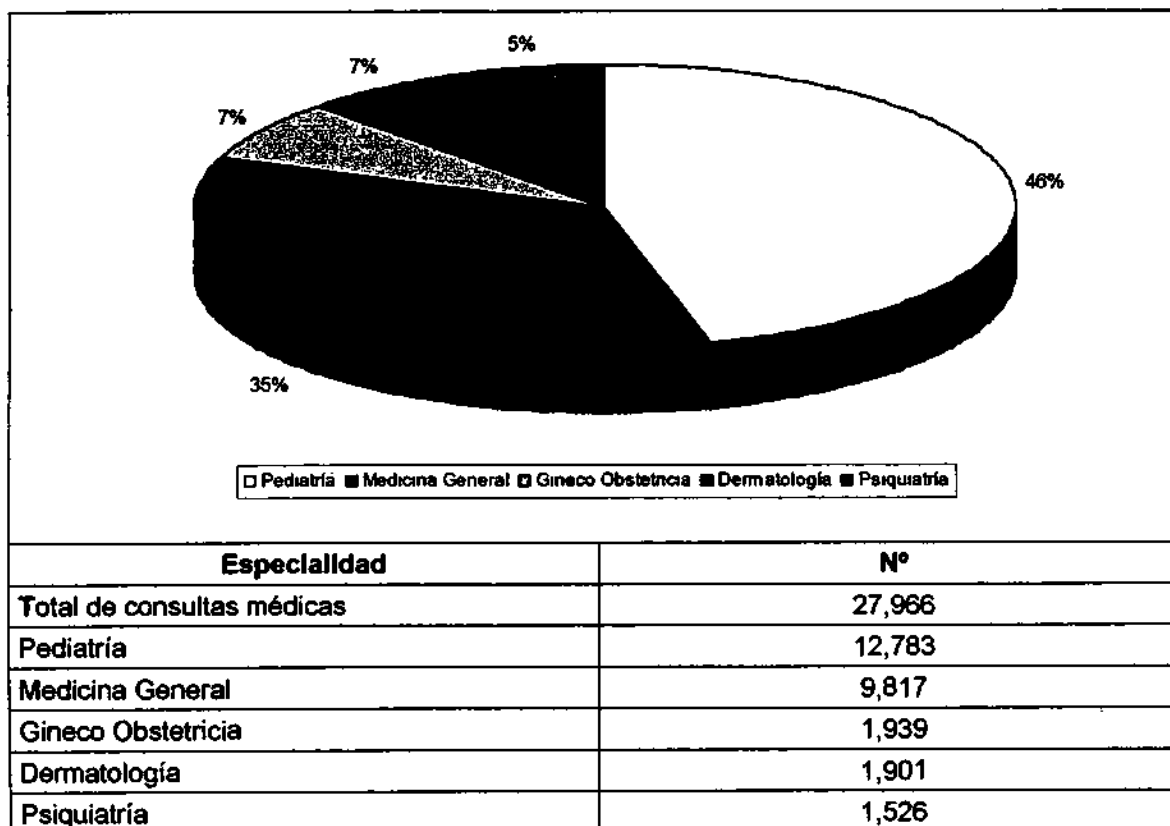
**GRÁFICA 5. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS DE MORBILIDAD POR PROFESIONAL. AÑO 1997**



Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Las consultas ofrecidas por morbilidad en el Centro de Salud fueron 32,416, atendidas en un 87.0% por el equipo médico, 12.0% por técnicos y 1.0% por el personal de enfermería.

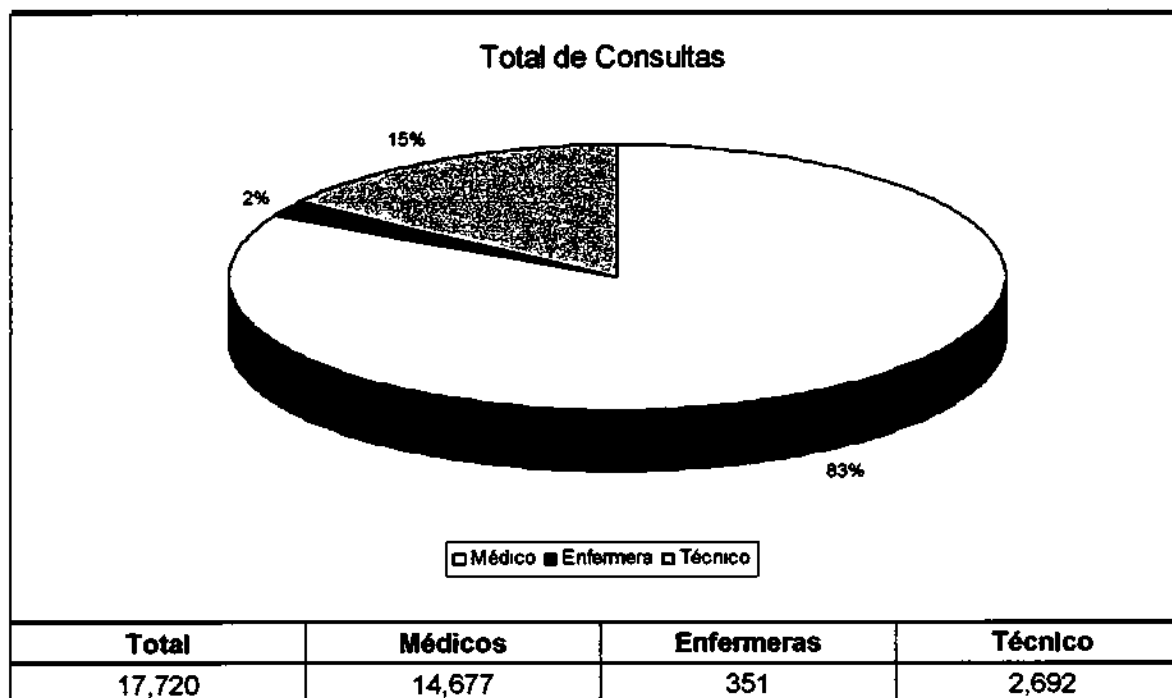
**GRÁFICA 6. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS MÉDICAS DE MORBILIDAD POR ESPECIALIDAD. AÑO 1997**



Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

La gráfica especifica las especialidades médicas que atendieron la morbilidad, siendo mayor en pediatría con 46.0%, le sigue medicina general con 35.0%, ginecología y obstetricia con 7.0%, dermatología con 7.0% y psiquiatría alcanzó 5.0%.

**GRÁFICA 7. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS DE MORBILIDAD EN EL PROGRAMA INFANTIL POR TIPO DE
RECURSO HUMANO. AÑO 1997**



Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito

La morbilidad en el programa infantil reportó 17,720 consultas en el año, las que se distribuyen en 83.0% por personal médico, 15.0% por técnicos y 2.0% por enfermeras.

**TABLA 26. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS POR ESTADO NUTRICIONAL
AÑO 1987**

Estado Nutricional	Total		Menores de 1 año		1-4 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	395	100.0	170	43.0	225	57.0
Leve	247	62.5	72	42.4	175	77.8
Moderado	14	3.5	6	3.5	8	3.5
Severo	-	-	-	-	-	-
Obeso	134	34.0	92	54.1	42	18.7

Fuente. Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

La tabla hace referencia a los menores de cinco años que han recibido atención nutricional, los cuales suman 395. De éstos el 43.0% corresponden al grupo de menores de un año y 57.0% al de 1 a 4 años.

La condición nutricional de la población infantil atendida reporta el 62.5% con desnutrición leve, 3.5% moderada y 34.0% de niños (as) obesos (as) o sobre peso, lo que indican que están mal nutridos. La población menor de un año presenta el 54.1% de obesos, 42.3% de desnutrición leve y 3.6% moderada. Llama la atención que en la transición hacia el siguiente grupo de edad, la población obesa comienza a presentar disminución en su crecimiento y desarrollo (peso y talla) cuando se observa que la mayoría de la población que acudió a la atención presentó desnutrición leve 77.8%, siguiéndole los obesos con 18.7 y los desnutridos moderados con 3.5%.

**TABLA 27. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
INGRESOS AL PROGRAMA DE ADOLESCENTES POR GRUPO DE EDAD.
AÑO 1997**

Total Consultas		Grupo de Edad			
		Adolescentes			
		10-14		15-19	
Total	Nuevos	Total	Nuevos	Total	Nuevos
24	23	17	17	7	6

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

La atención al grupo poblacional de adolescentes presenta un significativo sub registro. La información disponible indica que se dieron 24 consultas, correspondiendo el 96.0% a nuevas personas que se incorporaron durante el año al programa. El 70.8% lo ocupa el grupo de 10 a 14 años, que son los mayores demandantes, siguiéndole los de 15-19 años con 29.2%.

**TABLA 28. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
EMBARAZADAS QUE INGRESAN AL CONTROL PRENATAL POR
TRIMESTRE DE GESTACIÓN
AÑO 1997**

Trimestre	Total	Alto Riesgo	Bajo Riesgo
Total	839	289	550
Primero	324	107	217
Segundo	374	132	242
Tercero	141	50	91

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

La atención a la mujer embarazada es uno de los servicios más consultados en el Centro. En la tabla se reporta el ingreso al control prenatal 839 gestantes. De éstas el 38.6% ingresó en el primer trimestre que es el momento ideal para iniciar su control de salud, 44.6% lo hace en el segundo trimestre y

16.8% en el tercer trimestre. El riesgo se potencia con la postergación del ingreso al control, observándose que de las que lo hicieron en el segundo y tercer trimestre, el 35.3% y 35.5% respectivamente fueron de alto riesgo. Esta situación representa un verdadero peligro para la madre y el producto porque resulta más difícil captar y tratar anomalías que pueden incluso producir la muerte de ambos. El 34.4% del total de embarazadas que ingresaron al control son de alto riesgo.

**TABLA 29. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS MÉDICAS Y DE ENFERMERÍA A PRENATALES POR GRUPO
DE EDAD Y AÑO. AÑO 1997**

Grupo de Edad	Nº	%
Total	4,681	100.0
10-14 años	86	2.0
15-19	1,230	26.0
20-34	3,179	68.0
35-49	186	4.0

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito

La tabla reporta 4,681 consultas, distribuidas de acuerdo al grupo de edad de la gestante en 68.0% de 30 a 34 años, 26.0 % de 15 a 19 años, 4.0% de 35 a 49 años, un grupo considerado de alto riesgo al igual que el de 10 a 14 años que presenta el 2% de las consultas.

**TABLA 30. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
NACIMIENTOS OCURRIDOS POR EDAD DE LA MADRE EN EL
CORREGIMIENTO DE BELISARIO PORRAS.
AÑO 1997**

Edad de la Madre					
10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 49
40	1,015	2,753	691	228	49

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

De los 4,776 nacimientos ocurridos en San Isidro durante 1997, el 99.7% recibieron atención profesional en una instalación de salud. Los grupos de edades de las madres que mayor dieron a luz son el de 20 a 29 años con 57.6% y el de 15 a 19 años con 21.2%.

Los nacimientos correspondieron al sexo masculino con 51% y 49% al femenino.

**TABLA 31. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS REALIZADAS A PUÉRPERAS POR TIPO DE PROFESIONAL Y
GRUPO DE EDAD. AÑO 1997**

Total	Médicos				Enfermeras			
	Total	10-14	15-19	20-49	Total	10-14	15-19	20-49
925	530	7	136	387	395	6	103	286

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

De los 4,776 nacimientos ocurridos, que representan mujeres que alumbraron, sólo el 19.4% asistieron al control del puerperio. Esta mínima cantidad refleja un importante problema para la mujer, toda vez que las secuelas que pueden quedar del parto no son atendidas, con el consiguiente daño a su salud. Las mujeres que buscaron atención, recibieron los servicios a través del

médico con el 57.3% y con la enfermera el 42.7%. El grupo de edad que mayor consulta el puerperio con uno u otro profesional es el de 20 a 49 años con el 73.0% de la demanda, le sigue el de 15 a 19 años con 26% y el de 10 a 14 años con 1.0%.

**TABLA 32. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS DE CONTROL DE SALUD DEL PROGRAMA DE ADULTO
AÑO 1997**

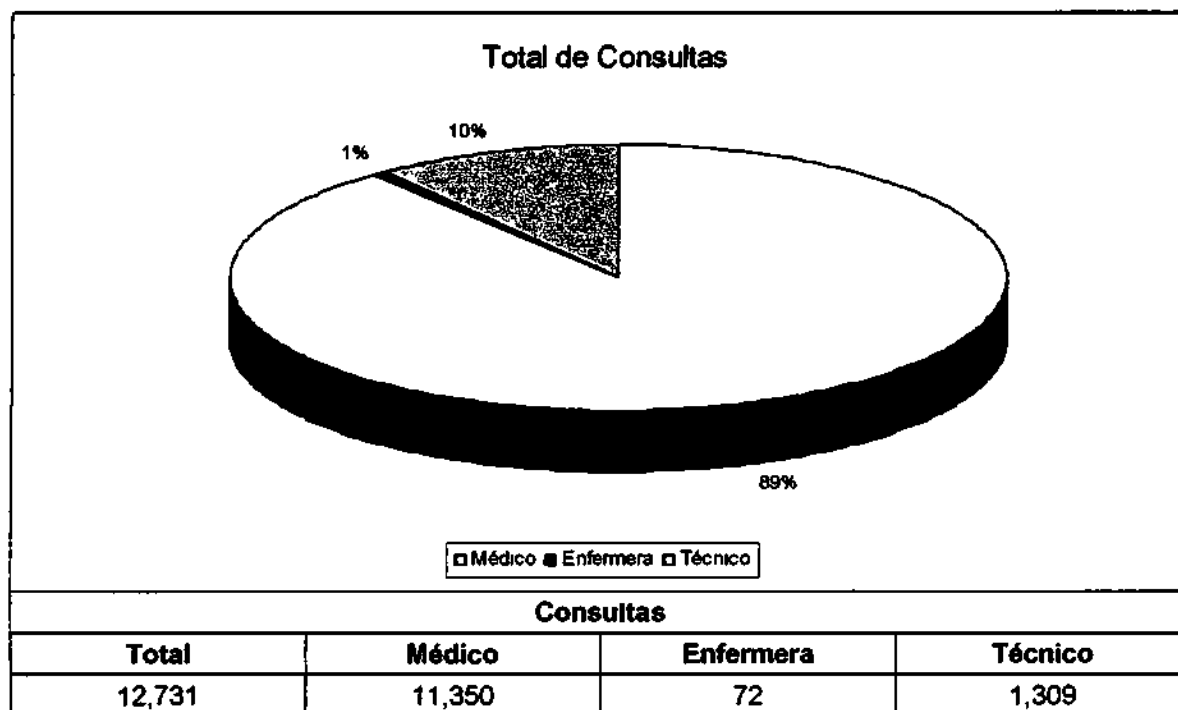
Total		Grupo de Edad					
		20-59 años		60 y más		Manipulador de Alimento	
Total	Nuevos	Total	Nuevos	Total	Nuevos	Total	Nuevos
4,977	2,640	2,728	890	167	97	2,082	1,653

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Los y las adultas tienen su espacio en el proceso de atención de la salud-enfermedad en el Centro de San Isidro. El control de salud se realiza una vez al año y corresponde a servicios integrales de salud de tipo preventivo. La tabla 32 reporta un total de 4,977 consultas brindadas a 2,640 personas nuevas ingresadas al programa.

De las personas atendidas, la mayoría se encuentra entre los manipuladores de alimentos con 62.6%, que acuden con el propósito de obtener un carné de salud que los acredita para laborar en expendio de alimentos y otras actividades, que tienen exigencias sanitarias. El segundo demandante de controles de salud es el grupo productivo de 20 a 59 años con 33.7% y el de 60 años y más con 3.7%.

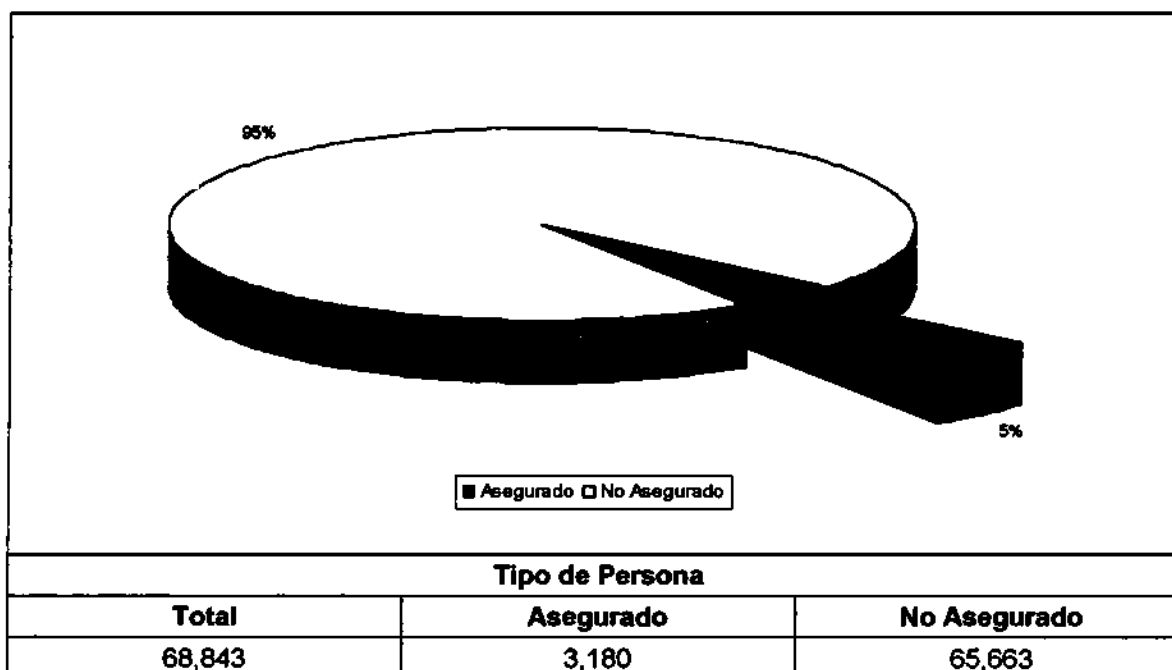
**GRÁFICA 8. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS OE MORBILIDAD EN EL PROGRAMA DE ADULTO, POR TIPO
DE PROFESIONAL. AÑO 1997**



Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

La gráfica hace referencia a la demanda de la morbilidad del adulto, indicando que se brindaron 12,731 consultas, siendo realizadas por el personal médico el 89.0%, el personal técnico 10.0% y enfermería con 1.0%.

**GRÁFICA 9. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
CONSULTAS DE SALUD BUCAL POR TIPO DE PERSONA. AÑO 1997**



Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

La atención odontológica registró 68,843 consultas en el año según la gráfica, servicios que fueron ofrecidos al 5.0% de población asegurada y 95.0% a no asegurados. De las personas atendidas 30,210 ingresaron nuevas al programa.

- **Coberturas de Atención**

La información de cobertura se logró sólo para la vacunación en menores de una año. Se atendieron 2,912 niños y niñas alcanzándose una cobertura de vacunación según lo programado de 35.0 % para B.C.G., 140.5% para D.P.T., 163.2% Polio y 139.9% sarampión. Salvo la BCG, el resto alcanzó coberturas

superiores al 100.0% y ello se debe posiblemente a una estimación muy baja en la programación de la población usuaria.

De acuerdo a los 4,776 nacimientos ocurridos en San Isidro, se sigue reflejando una baja cobertura de la vacuna B.C.G., a pesar de que las madres reciben atención institucional del parto, situación que amerita una investigación para conformar este comportamiento. El resto de las vacunas están por debajo del cien por ciento, tomando en cuenta que esta es la meta universal, es decir, vacunar a toda la población infantil.

4.3.1.1.3. Situación de Salud del Ambiente

El ambiente juega un importante rol como condicionante de la salud de las personas por el conjunto de factores que intervienen. En la Tabla siguiente, registra la existencia de 9,608 viviendas en San Isidro, de las cuales el 63.8% están en la zona urbana y 36.2% en la rural.

**TABLA 33. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
VIVIENDAS EXISTENTES SEGÚN ÁREA. AÑO 1997**

Tipo de Area	Total	
	Nº	%
Total	9,608	100.0
Urbana	6,134	63.8
Rural	3,474	36.2

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

De las viviendas existentes, el 100% tienen dotación de agua potable, no obstante el fluido no es permanente por lo que tienen que almacenar agua en recipientes que se convierten en criaderos de mosquitos. El 63.8% se encuentra en el área urbana.

**TABLA 34. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
VIVIENDAS CON DOTACIÓN DE AGUA POTABLE POR AREA
AÑO 1997**

Tipo de Area	Total	
	Nº	%
Total	9,608	100.0
Urbana	6,134	63.8
Rural	3,474	36.2

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

La disposición sanitaria de las excretas humanas según la Tabla 35 se produce en el 99.9% de las viviendas registradas, distribuidas en el área urbana con 64.0% y la rural el 36.0%. Cabe señalar que los problemas de eliminación de las excretas ocurren sobre todo en los asentamientos espontáneos que emergen de manera improvisada en San Miguelito, aunque este fenómeno se observa en menor escala.

**TABLA 35. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
VIVIENDAS CON DISPOSICIÓN DE EXCRETAS POR AREA
AÑO 1997**

Tipo de Area	Total	
	Nº	%
Total	9,596	99.9
Urbana	6,134	64.0
Rural	3,462	36.0

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Según la Tabla 36, el 100.0 % de las viviendas tienen acceso a algún tipo de disposición de la basura, siendo la mayoría beneficiados por el servicio municipal de recolección.

**TABLA 36. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
VIVIENDAS CON DISPOSICIÓN DE BASURA POR AREA
AÑO 1997**

Tipo de Area	Total	
	Nº	%
Total	9,608	100.0
Urbana	6,134	63.8
Rural	3,474	36.2

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Las inspecciones a las viviendas es una de las actividades que realiza el Centro de Salud, sin embargo el número reducido de inspectores de saneamiento ambiental no permite tener una cobertura mayor de atención de la que se tenía en 1997 que alcanzó el 16%.

La siguiente tabla reporta que las inspecciones se realizaron en el mismo porcentaje tanto en el área urbana como rural.

**TABLA 37. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
VIVIENDAS INSPECCIONADAS POR AREA
AÑO 1997**

	Total	
	Nº	%
Total	1,523	100.0
Urbana	762	50.0
Rural	761	50.0

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

4.3.1.1.4. Situación de los servicios

El Centro de Salud de San Isidro, ofrece servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud

biopsicosocial y ambiental a la población de todos los grupos de edad. A continuación se listan específicamente:

- **Medicina General**
- **Pediatría**
- **Gineco-obstetricia**
- **Dermatología**
- **Psiquiatría**
- **Odontología**
- **Salud Familiar**
- **Nutrición**
- **Psicología**
- **Laboratorio**
- **Trabajo Social**
- **Estimulación precoz**
- **Enfermería**
- **Saneamiento ambiental**
- **Farmacia**
- **Colposcopia**
- **Administración**

Recurso Humano

Para cumplir con la oferta de servicios que brinda el Centro de Salud de San Isidro, cuenta 82 funcionarios calificados en los servicios finales, intermedios, generales y administrativos.

**TABLA 38. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
RECURSO HUMANO DISPONIBLE. AÑO 1997**

Tipo de Recurso Humano	Total	
	Nº	%
Total	82	100.0
Técnico y Profesional	44	53.7
Administrativo	27	32.9
Médico	11	13.4

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Del recurso humano disponible, 53.7% son técnicos y profesionales, 32.9% personal médico y 13.4% médico.

Es importante señalar que el 72.0% del personal es contratado por el Ministerio de Salud y el 28.0% por el Comité de Salud.

**TABLA 39. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
PERSONAL ADMINISTRATIVO.
AÑO 1997**

Tipo de personal	Total
Total	27
Analista de personal	1
Tesorero	3
Celador	2
Conductor	2
Trabajador manual	6
Secretaria	3
Oficinista	-
Administrador	1
Contador	1
Mantenimiento	-
Almacenista	2
Prom. Salud	2
Servicio general	4

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Se dispone de 11 médicos, siendo los generalistas el grupo mayor con 36.3%. El resto, en sus respectivas especialidades aparecen en el siguiente cuadro.

**TABLA 40. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
PERSONAL MEDICO Y ODONTOLOGOS.
AÑO 1997**

Tipo de personal	Total
Total	11
Médico General	4
Pediatra	1
Gineco-obstetra	1
Dermatólogo	1
Psiquiatra	1
Medicina Familiar	1
Odontólogo	2

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

La Tabla que sigue, registra 44 funcionarios (as) técnicos (as) y profesionales disponibles.

**TABLA 41. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
RECURSOS HUMANOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES EXISTENTES EN
EL CENTRO DE SALUD. AÑO 1997**

Tipo de Personal	Total
Total	44
Inspectores de Saneamiento Ambiental	2
Inspectores de Control de Vectores	4
Trabajadora Social	1
Psicólogos	2
Veterinarios	1
Farmacéuta	1
Asistente de Farmacia	2
Asistente de nutrición	1
Técnico de Registros Médicos	1
Auxiliar de Registros Médicos	6
Asistente de Registros Médicos	2
Enfermeras	6
Auxiliares de Enfermería	4
Asistentes	2
Laboratoristas	3
Asistente de Laboratorio	1
Asistente Laboratorio	1
Asistente de Odontología	4

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Se destacan en número personal de estadística, enfermería, inspectores anti vectoriales, auxiliares de enfermería, auxiliares de odontología, entre otros.

• **Producción de los servicios**

La Tabla 42 se refiere a la producción de los servicios intermedios, es decir, aquellos que son necesarios para completar el proceso de restauración de

la salud del paciente. Se realizaron 105,900 actividades, y se beneficiaron de algunas de ellas 4.5% de asegurados y 47.0% no asegurados.

**TABLA 42. CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS INTERMEDIOS POR SERVICIO y TIPO
DE PERSONA Y AÑO. AÑO 1997**

Tipo de servicio	Total	
	Nº	%
Total	105,900	99.9
Medicamentos Despachados	18,037	17.0
Exámenes de Laboratorio	49,574	46.8
Inyecciones aplicadas	18,608	17.6
Curaciones	856	0.8
Suturas	437	0.4
Corte de Punto	549	0.5
Toma de presión	565	0.5
Urgencias	138	0.1
Recetas despachadas	15,264	14.4
Libras de Ropa	1872	1.8

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Las mayores actividades que se reportan son exámenes de laboratorio con 46.8%, inyecciones con 17.6%, medicamentos despachados con el 17.0% y recetas despachadas con 14.4% entre otras.

- **Ingreso Anual**

El ingreso que administró en Centro de Salud durante 1997 fue de B/. 199,153.24, de los cuales el 19.3% (B/.38,424.15) corresponde la asignación presupuestaria descentralizada que la Región de Salud distribuye de su presupuesto en todos los centros de salud. El rubro más importante se obtiene a

través del pago que realizan los usuarios del centro de salud por los servicios que recibe, cuya cuantía asciende a 80.7% (B/.160,729.09).

Cabe señalar que los fondos a los que se hace referencia, se les denomina "fondos de autogestión" y constituye el patrimonio del Comité de Salud de San Isidro, recursos que debe coadministrar con las autoridades del Centro. De éste se paga en planilla el 43.0%.

4.3.1.1.5. Situación de la pobreza en San Isidro

La población económicamente activa estaba en 1990 por el orden de 44,470 persona y las no económicamente activa en 47,786. La población ocupada correspondió al 83% de la población económicamente activa en tanto que el desempleo alcanzó el 17.0%.

El ingreso promedio se registró en B/. 349.5, no obstante el 10.5% de los hogares tenía ingresos menores de B/. 100.00, el 8.5% entre B/.100 y B/.174 y el 28.5% entre B/. 175 y B/.399.

Los asentamientos espontáneos establecidos entre 1996 y 1997 que corresponden a la zona de responsabilidad de San Isidro son El Caracol, San Isidro y Tinajita N° 2.

El corregimiento tiene población indígena que alcanza de acuerdo al censo de 1990 unos 1,587 habitantes ubicados en 214 viviendas. En cuanto a la Educación, ocupa el primer lugar en el distrito en población que ha cursado menos del tercer grado de escuela primaria con un 38.5%.

Para 1998, la población de corregimiento, alcanza la cifra de 147,728, correspondiéndole al Centro de salud la responsabilidad del 16.0%.

La población pobre ha sido clasificada por comunidades, en el estudio para la identificación de la pobreza, hecho por el CELA. El resultado presentado en el cuadro refleja que la mayoría de las comunidades son pobres, siendo de extrema pobreza solo una, que está ubicada en la zona 2.

TABLA 43. ZONAS SANITARIAS DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO, SEGÚN RESPONSABLE DEL EQUIPO BÁSICO, POBLACIÓN ASIGNADA Y COMUNIDADES

ZONA	EQUIPO BÁSICO RESPONSABLE	POBLACIÓN	COMUNIDADES	CATEGORÍA
1	Dra. Noris Dávalos	9,785 Color Verde	San Isidro, Sectores D, E, F. Barriada 6 de Abril Tinajita	D B C
2	Dra. Mayra Correa	4,131 Color Celeste	Buenos Aires La Ensenada, parte de El Valle Santa Elena N° 2 Mi Pueblito	B C A C
3	Dra. Diana de Araúz	6,292 Color Azul	El Valle de San Isidro	D
4	Dra. Julie Bscheider	3,369 Color Rojo	Villa Georgina Campo Verde Sonsonate El Porvenir Villa Cárdenas Santa Librada Rural Chivo-Chivo Las Rositas	B B B D B B D D
Población fuera de área			Las Cumbrecitas, Las Glorietas, Villa Zaita y todo el que lo solicite.	E

Fuente: Departamento de Registros Médicos y estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

Una vez se ha presentado la información sobre la situación de salud de San isidro, que da un marco de referencia para comprender lo que ocurría en el escenario inicial, antes de implantarse la Reforma, se procederá a presentar el resultado de las consultas efectuadas a las fuentes primarias.

4.3.1.2. Políticas y Estrategias Nacionales para Abordar los Problemas de la Red Primaria de Salud

La red primaria constituye el primer nivel de atención del sistema de salud y está integrada por los puestos, sub centros, centros de salud del Ministerio de Salud y por las policlínicas y unidades locales de salud de la Caja de Seguro Social.

En el caso particular de la Región de Salud de San Miguelito, se cuentan con las instalaciones enunciadas, a excepción de puestos de salud.

El espacio-población de estudio, formado por el Sistema Local de San Isidro, cuenta con un Centro de Salud y la Policlínica Generoso de la Guardia como instituciones públicas de salud. Además, existen clínicas privadas y otros establecimientos donde se practica la medicina tradicional.

El Ministerio de Salud, ha definido los Lineamientos Políticos y Estratégicos para el período 1994 -1999 en el cual la atención primaria figura como la segunda política, y se define como la estrategia central del modelo de atención.

A continuación se presenta el resultado de la consulta a los y las entrevistadas (os).

Opinión del Equipo de Salud

Se abordó con los y las entrevistadas si tenían conocimiento de la existencia de alguna política para enfrentar los problemas que confronta la red primaria de salud de San Miguelito antes de 1997. Al respecto, se obtuvo los siguientes resultados que se presentan en la tabla siguiente.

TABLA 44. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD QUE SE IMPLEMENTAN EN EL NIVEL NACIONAL Y REGIONAL PARA ABORDAR LOS PROBLEMAS QUE CONFRONTA LA RED PRIMARIA DE SALUD

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conduc-tor	Básico	Comple-mentario
Total	11	100.0	2	4	2	3
Centralización regional de los recursos	4	36.4	1	2	-	1
Asesoramiento y supervisión técnico-administrativa regional	2	18.1	-	1	-	1
Mejorar desempeño y rendimiento del personal de salud	1	9.1	1	-	-	-
No sabe	4	36.4	-	1	2	1

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000

El 63.6% opinan que sí existen políticas y estrategias con ese fin, más el 36.4% no sabe. De las personas que opinaron no saber, se encuentra el 25.0% del equipo conductor local, 100.0% del equipo básico y 33.3% del complementario.

Entre las personas que conocen algún lineamiento político, indica el 36.4%, que está dirigido hacia la centralización de los recursos, los cuales son controlados por la Región de Salud, 18.2% dice que la política contempla el asesoramiento y la supervisión técnico- administrativa desde el nivel regional hacia la base del sistema de salud y el 9.1% tiene que ver con el mejoramiento y rendimiento del recurso humano que labora en las instalaciones de salud.

4.3.1.3. Política y Estrategias del Gobierno para Enfrentar los Problemas de Salud de la Población

Esta variable fue considerada en la investigación desde la visión de las usuarias de los servicios del Centro de Salud de San Isidro.

Opinión de Lideresas de Organizaciones Comunitarias

El 100% de las usuarias entrevistadas, todas ellas mujeres, opinaron que el Gobierno panameño sí desarrolla políticas para enfrentar la crisis de salud de la población. Tales medidas gubernamentales de acuerdo al 60.0% de las respuestas, se manifiestan en la atención que se brinda en los centros de salud y policlínicas de la Caja de Seguro Social. Reconocieron que antes de 1997, había mucha incomodidad en el centro de salud para la atención, identificando entre los principales problemas la insuficiencia de bancas, mucho calor y la demora en la atención. El 40.0% de las opiniones, señalan que se brinda orientación a las personas en el centro de salud y la comunidad, de acuerdo a la tabla siguiente.

TABLA 45. POLÍTICA Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ANTES DE 1997

Población General	Total	
	No	%
Total de respuestas	15	100.0
Atención en los centros de salud y policlínicas de la Caja de Seguro Social con muchas incomodidades	9	60.0
Orientan a las personas en el centro y en la comunidad	6	40.0

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios:

Desde la visión de las usuarias de los servicios de salud que participaron en la Investigación, se emitieron opiniones sobre las políticas y estrategias del gobierno para enfrentar los problemas de salud de la población, que son presentadas en la tabla a continuación.

TABLA 46. POLÍTICA Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Santa Elena N° 2	Sels de abril	El Valle de San Isidro
La política del gobierno en salud se desarrolla en los servicios de salud que brindan los centros de salud y hospitales a las personas.	El gobierno sí tiene políticas y programas de salud que se dan en los hospitales, los centros de salud y policlínicas del Seguro Social que dan servicios a personas aseguradas y no asegurados	Los problemas de salud son enfrentados por el gobierno a través de las instituciones de salud que existen tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social. El centro de salud de San Isidro se destaca con sus programas en la comunidad,

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Las participantes en los grupos opinaron en torno a las políticas y estrategias que tiene el gobierno nacional para enfrentar los problemas de salud de la población, y todas consideran que sí existen con esta finalidad, aunque a veces no son tan visibles y la gente de las comunidades sabe muy poco de ello. Lo que sí conocen son los beneficios que de ella reciben cuando acuden a una instalación de salud para ser atendidos. Es por ello que expresan que tales políticas se desarrollan en los servicios de salud que brindan los centros de

salud, hospitales y policlínicas, tal como lo expresa, las participantes de los tres grupos.

4.3.1.4. Oferta de Servicios de Salud para la Atención de la Población y el Ambiente en San Isidro

El sistema local de salud de San Isidro, está integrado por instituciones de salud del sector público (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social), privado y tradicional que ofrecen servicios ambulatorios de atención primaria de salud a la población. La atención al ambiente la efectúa el Centro de Salud de San Isidro.

Opinión de Lideresas de Organizaciones Comunitarias

En la Tabla 47, las usuarias han identificado las principales instituciones de salud y los servicios que se ofrecen en la comunidad y en el caso del Centro de Salud de San Isidro, los servicios no disponibles, que esperan se ofrezcan en el futuro inmediato.

TABLA 47. INSTITUCIONES DE SALUD QUE TIENE LA COMUNIDAD, SERVICIOS DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES

Instituciones	Servicios que ofrecen	Servicios no disponibles
Centro de Salud de San Isidro	Atención en el Centro de medicina general, urgencia, gineco-obstetricia, pediatria, trabajo social, saneamiento ambiental, SNEM, nutrición, psiquiatría, laboratorio, farmacia. Asisten a las casas a dar atención, educación y a inspeccionar el ambiente.	. El centro de salud no está equipado para atender todos los problemas de salud, falta Rayos X, laboratorios especializados, ortopedia y oftalmología.
Policlínica Generoso De La Guardia de Santa Librada	Atiende asegurados en medicina general, geriatría, laboratorio, odontología, trabajo social, rayos X, pediatria, urgencia. Además, brindan servicios en las casas de las personas que no caminan.	
Clinica Azufro y otras privadas	Urgencia, medicina general, odontología, oftalmología, ginecología y obstetricia, pediatria, laboratorios, farmacia y otros.	
Farmacias privadas	Venta de medicamentos y otros.	
Laboratorios privados	Exámenes de varios tipos.	
Curanderos	Atienden problemas de salud	

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Siendo la población de San Isidro, considerable en su número, las liderezas opinan que los servicios que se brindan en el Centro de Salud de San Isidro son muy escasos, sobre todo cuando se recargan con una demanda de personas que no residen en este espacio-población, ocasionando una reducción de los cupos para quienes si tiene que atenderse en esta institución pública, que no pueden contar con una atención oportuna.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

En la Tabla 48, cada grupo focal identificó las instituciones en función del uso que hacen de ellas, y los servicios que brindan.

TABLA 48. INSTITUCIONES DE SALUD QUE TIENE LA COMUNIDAD Y SERVICIOS QUE OFRECEN

Comunidad	Instituciones de salud existentes	Servicios que ofrecen
Santa Elena N° 2	Centro de Salud de San Isidro	Los servicios que brinda el centro de salud son ginecología y obstetricia, odontología, nutrición, psicología, laboratorio, medicina general, psiquiatría, trabajo social, enfermería, saneamiento.
Seis de Abril	Centro de salud de San Isidro	Los servicios son pediatría, medicina general, controles de salud, visitas a la comunidad por las enfermeras, SNEM.
Valle de San Isidro	Clinica Azuero (privada)	Atiende medicina general, pediatría, ginecología y obstetricia, odontología, laboratorio, farmacia
	Policlinica Generoso de la Guardia	Dan servicios de medicina general, ginecología odontología, pediatría, psiquiatría, laboratorio, farmacia, trabajo social, urgencia.
	Centro de Salud de San Isidro	El centro de Salud de San Isidro ofrece los servicios de medicina general, ginecología odontología, pediatría, psiquiatría, laboratorio, farmacia, trabajo social, urgencia, SNEM, saneamiento ambiental

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El grupo de Santa Elena N° 2 y 6 de Abril, identifican al Centro de Salud de San Isidro como la institución a la cual asiste la mayoría de sus moradores. Reconocen que esta situación se debe a su precaria situación económica, la carencia de un seguro social y la cercanía a sus residencias. Opinaron que las clínicas privadas disponibles en la comunidad son muy costosas.

El grupo coincide en que las veces que han asistido a los diferentes servicios reciben buena atención y les preocupa que en ocasiones no consiguen cupos porque se agotan. Indica una participante que para tener seguridad de obtener un cupo " tiene que ir a las 4:00 a.m. con todos los peligros que esto conlleva, especialmente para las mujeres que se exponen a ser atacadas por la inseguridad que existe en la comunidad. Ella reconoce que son las mujeres quienes más acuden al Centro, para atender principalmente el embarazo y a consultar por sus hijos".

Sólo las representantes de la comunidad del Valle de San Isidro, hacen mención de clínicas privadas como Azuero, que tiene una amplia gama de servicios de atención primaria, y señalan que está abierta a toda hora, además de la Policlínica Generoso de la Guardia que es una instalación de la Caja de Seguro Social y el Centro de Salud de San Isidro, al cual acude mucha gente de la comunidad. Lo prefieren porque siempre consiguen cita, aunque hay que madrugar a las 4.00 a.m. para salir temprano, si lo hace así a las 8.00 a.m. ha salido con toda la atención. Señalan que el personal del centro de salud realiza vacunaciones en la comunidad y visitan las casas para ver si tienen criaderos de mosquitos *Aedes aegypti*.

Las informantes consideran que el centro tiene problemas que las afectan, como:

- Los cupos se agotan muy rápido y hay poco personal médico.

En registros médicos el personal llega tarde, cuando los pacientes están en las filas desde la 4:00 a.m. y le guardan cupos a sus amistades que llegan después, dejando a éstos de último.

Es claro que existen en la comunidad instituciones de salud públicas y privadas las cuales enfrentan un conjunto de problemas que son percibidos por la población usuaria generando algún nivel de insatisfacción. Sin embargo es necesario recordar que las instituciones existentes son parte del primer nivel de atención y que tienen limitaciones en cuanto a la complejidad de los problemas de salud biopsicosocial que abordan, los cuales son señalados a continuación.

4.3.1.5. Principales Problemas que Confronta la Población, el Ambiente y los Servicios de Salud de San Isidro

Los problemas de salud que atiende el centro de salud son múltiples y complejos. Las intervenciones que son necesarias para resolverlos, escapan de la capacidad institucional, por lo que se amerita ampliar la participación de otros sectores, incluyendo a la comunidad para enfrentarlos. Estos problemas determinan la pauta de conducción del sistema de salud en cuanto a la oferta de servicios, recursos humanos y la tecnología necesaria para hacerles frente. Lo cierto es que los problemas son muchos y poco son los recursos existentes para resolverlos, lo que genera una deuda sanitaria acumulada con la población, que a la larga se convierte en insatisfacciones y conflicto entre los servicios y ésta.

Opinión de los Equipos de Salud

En la Tabla 49, se listan los problemas que han sido clasificados según los equipos consultados en tres aspectos: población, ambiente y servicios.

TABLA 49. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE CONFRONTA LA POBLACIÓN, EL AMBIENTE Y LOS SERVICIOS DE SALUD DE SAN ISIDRO

Equipos	Población	Ambiente	Servicios
Conductor Directores	Enfermedades respiratorias y diarreicas	Contaminación ambiental Proliferación de cantinas Falta de áreas de recreo Aguas servidas del alcantarillado	Los usuarios siguen llegando muy temprano a sacar las citas (4:00 a.m.) Espacio físico reducido
Directivos del Comité de Salud	Uso de alcohol y drogas Pobreza	Aguas negras,	Demoran en terminar un trabajo. En dermatología la gente se queja por la atención del médico que lo catalogan de déspota, atiende con apuro y se va temprano, no toca al niño.
Básico	Desempleo Desnutrición infantil Delincuencia Pobreza	Basura Contaminación	Transporte Poco apoyo de la dirección Insuficientes recursos humanos
Complementario	Enfermedades, delincuencia, violencia. Resfriados Caries Desconocimiento de sus derechos sanitarios. Desconocimiento de lo que es un comité de salud. Falta de organización	Basura Faltan tuberías de aguas negras, falta de letrinas en algunas áreas	Pocos recursos No se ha evaluado el nuevo modelo

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Tanto el personal de salud como las integrantes de la directiva del Comité de Salud consultadas, coinciden en identificar problemas de salud, cuyos condicionantes se encuentran en el ambiente físico y social. Entre los problemas psicosociales, el personal directivo del Comité, señala la pobreza y el uso de alcohol y drogas, con lo cual coincide el equipo básico que agrega la

delincuencia el desempleo. Adiciona a estos problemas el equipo complementario la violencia, desconocimiento de los derechos sanitarios, falta de organización y desconocimiento de lo que es un Comité de Salud.

En cuanto al ambiente, se destaca por parte del equipo directivo los problemas del ambiente social como es la proliferación de cantinas, la falta de áreas de recreo, en tanto que los demás enfatizan la contaminación del ambiente.

A nivel de los servicios de salud, sobresalen los problemas de infraestructura, insuficiente recursos humanos, poco respaldo de la dirección del Centro que fue señalado por el equipo básico y la falta de evaluación del modelo por la Región de Salud.

Es importante destacar, que las integrantes del Comité de Salud, señalan problemas en la calidad de atención, específicamente en los servicios de dermatología.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

Se abordó en los tres grupos focales los problemas de salud más importantes que afectan a la población y el ambiente en las comunidades donde viven. En la siguiente tabla, se han agrupado los problemas que se presentan por comunidad.

TABLA 50. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE CONFRONTA LA POBLACIÓN, EL AMBIENTE EN SAN ISIDRO

Comunidad	Problemas de la Comunidad	
	Personas	Ambiente
Santa Elena N° 2	<ul style="list-style-type: none"> • Asma, diarrea, resfriado 	<ul style="list-style-type: none"> • Agua acumulada, muchos mosquitos, se desbarrancan las lomas (derrumbes), mucho monte, asaltos y robos.
Seis de Abril	<ul style="list-style-type: none"> • Peleas entre los vecinos por la limpieza de las zanjas, venta de licor, liban licor, los hombres se orinan frente a las personas cuando están borrachos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mosquitos, aguas negras
Valle de San Isidro	<ul style="list-style-type: none"> • Resfriado, alergias en el cuerpo • Más pobres 	<ul style="list-style-type: none"> • Mucha basura, se demoran en recogerla o no la recogen.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Los problemas presentados por las comunidades de Santa Elena N° 2 y el Valle de San Isidro a nivel de las personas son de tipo respiratorios (asma, resfriados), diarreas y de la piel, todos ellos vinculados a factores ambientales (durante la visita a la comunidad se observó a muchos niños resfriados). También identifican en la comunidad Seis de Abril, problemas de naturaleza social, asociados a la ingesta de licor en la comunidad, por la existencia de sitios de expendio de esta sustancia, cercanos a las viviendas de las personas, lo que genera en riñas y problemas familiares. Para ser una comunidad pequeña relativamente se observó varios sitios de expendio de licor, enmascarados como tiendas. El grupo del Valle de San Isidro destaca la pobreza como uno de los problemas más importantes. En cuanto al ambiente, son mencionados

problemas de agua acumulada, basura, derrumbes, inseguridad social y proliferación de mosquitos, entre otros.

Opinión de las Lideresas de Organizaciones Comunitarias

TABLA 51. PROBLEMAS QUE ENFRENTAN EL CENTRO DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Area		Tipo de Problema identificado en la institución	Necesidades y problemas que enfrentan las personas que acuden al centro de salud
Provisión	Provisión	<ul style="list-style-type: none"> No realizan exámenes de laboratorio especiales No existe los servicios de oftalmología y ortopedia 	<ul style="list-style-type: none"> Los médicos llegan tarde y los usuarios llegan temprano, por lo que deben esperar mucho tiempo para ser atendidos.
	Demanda	<ul style="list-style-type: none"> Se atienden muchas personas fuera de área. Las personas tienen que madrugar y hacer largas filas para obtener un cupo 	<ul style="list-style-type: none"> Se acaban los cupos temprano por la atención de personas que no viven en San Isidro Hay que madrugar para sacar las citas con el peligro de inseguridad
Recursos	Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiencia de recursos humanos en todos los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen pocos médicos
	Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> Limitados recursos económicos Se les cobran los servicios a las personas muy pobres que no tienen empleo. 	<ul style="list-style-type: none"> Hay gente muy pobre que no tiene dinero para pagar los servicios. La comunidad no cuenta con información de los ingresos de Centro ni de sus gastos.
	Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> El centro de salud es pequeño 	<ul style="list-style-type: none"> La ubicación del centro es peligrosa por el tráfico vehicular
	Insumos	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiencias de insumos para la atención, especialmente del ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> No cuenta la población con los servicios completos para atender su salud y del ambiente, lo que le resulta más costoso.
	Equipo	<ul style="list-style-type: none"> No hay transporte Equipo para exámenes más especializados Equipo de Radiología. 	<ul style="list-style-type: none"> Los equipos básicos deben ir a la comunidad en sus propios carros o pagando transporte Resulta más costoso para la población, cuando le ordenan exámenes más especializados y de radiología acudir a establecimientos fuera de área.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Las usuarias han identificado un conjunto de problemas en la atención de la salud de la población tanto en la Institución como en la población demandante de los servicios, que han sido clasificados de acuerdo a nivel de la provisión de servicios y de los recursos para la atención.

Es claro que la población usuaria está pendiente de los problemas que confronta la Institución para ofertar servicios de calidad y con oportunidad. A pesar de que el gobierno aprueba el presupuesto, no se ve cómo se invierte, incluso los fondos que la comunidad aporta anualmente en concepto de servicios recibidos. Lo cierto es que la comunidad se ve afectada de una u otra forma, generando incomodidades que no son expresadas porque no encuentran los medios para hacerlo, aún cuando existen oficialmente los instrumentos para ello, a través de las políticas públicas, no obstante el conocimiento que de ellas tiene la población, hará posible la exigibilidad de su cumplimiento. Se presenta seguidamente la percepción que tienen los (as) informantes sobre políticas de participación social en Panamá.

4.3.1.6. Percepción de Políticas Oficiales Sobre Participación Social

Opinión del Equipo de Salud

Se parte del conocimiento que tienen los y las participantes en la investigación sobre las políticas oficiales de participación social en los asuntos de salud que existen en Panamá antes de 1997. A continuación se presentan los resultados contenidos en la siguiente tabla.

TABLA 52. EXISTENCIA DE UNA POLÍTICA OFICIAL SOBRE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN RELACIÓN CON LA SALUD

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total	11	100.0	2	4	2	3
Sí existe una política oficial que crea y regula los comités de salud	8	72.7	2	4	-	2
No tiene conocimiento si existe una política oficial de participación social	2	18.2	-	-	2	-
Sí existe una política del gobierno que impulsa la participación de promotores de salud y organizaciones de la comunidad	1	9.1	-	-	-	1

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El 82% de los y las participantes opinan que si existe una política oficial sobre participación social. Esta opinión se divide en dos percepciones, una que representa el 72.7% que considera que sí existe una política oficial la cual está contenida en la legislación que crea y regula los Comités de Salud, a través del Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970. En ese sentido, la participación es concebida en una visión reduccionista, solo circunscrita a los comités de salud, que si bien es cierto son organismos de interés público legalmente constituidos "para promover su iniciativa en la orientación, planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud" (p.e. MINSA (1989)), no son la única expresión de los múltiples actores sociales que participan en acciones de salud. La segunda, que constituye el 9.1%, manifiesta que si tiene conocimiento de la existencia de una política de gobierno que

impulsa la participación de promotores de salud y de organizaciones comunitarias, con lo que se abre el espectro de los actores que participan en la producción social de la salud.

El 18.2% que representa a los equipos básicos del Centro, no tienen conocimiento sobre la existencia de una política oficial que propicie la participación social en salud, sin embargo, reconocen que el Centro desarrolla sus acciones con la participación de algunas organizaciones comunitarias incluyendo el Comité de Salud, que serán caracterizadas a continuación.

4.3.1.7. Caracterización de la Participación Social

La participación social, de acuerdo a la percepción de los y las entrevistadas, tiene operativamente un conjunto de características en el nivel local que se verán a continuación.

4.3.1.7.1. Propósito de la Participación Social

Opinión del Equipo de Salud

Los y las entrevistadas escogieron múltiples respuestas para identificar las motivaciones que inspiran a las instituciones de salud desde el punto de vista operativo para propiciar la participación social en las acciones de salud.

TABLA 53. PROPÓSITO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LAS ACCIONES DE SALUD

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total de respuestas	22	100.0	5	7	2	8
Consulta para toma de decisiones	9	40.9	2	4	-	3
Ejecución, seguimiento y evaluación	4	18.2	-	2	1	1
Legitimación social	5	22.7	1	1	1	2
Información	2	9.1	1	-	-	1
Respaldo político	2	9.1	1	-	-	1

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El 40.9% de las opiniones se inclinan a reconocer que el propósito principal de la participación social es involucrar a la comunidad en la toma de decisiones de algunas acciones de salud, especialmente en aquellas que tienen que ver con la necesidad de hacerlos partícipes en el control de riesgos ambientales y sociales cuando existe una epidemia y la probabilidad de que ello ocurra.

La búsqueda de legitimación social de las acciones de salud conforma otro de los propósitos identificados por el 22.7% de las opiniones. Aún cuando estas dos opciones lograron el mayor porcentaje, representan una minoría, lo que me permite interpretar que no existe un propósito fuertemente definido y percibido por quienes opinaron, a pesar de que la Constitución de la República define con claridad el propósito de la participación social, cual es participar en la

“planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud”(p.e. (Fábrega 1997a, Fábrega 1997 b)).

Del resto de las respuestas, el 18.2%, señalan como propósito la ejecución, evaluación y seguimiento de las acciones de salud y el 9.1% respectivamente, mencionan la información y el respaldo político.

Opinión de las Lideresas de Organizaciones Comunitarias

Ellas perciben la intencionalidad que tiene el Centro de Salud de San Isidro para propiciar la participación organizada de la comunidad son las siguientes:

- Para que la gente aprenda a cuidar su salud.
- Unir esfuerzos entre el Centro y la gente para lograr más impacto en el mejoramiento de la salud.
- Para lograr que los programas de salud se realicen
- Para que la comunidad participe en la solución de sus problemas de salud.
- Enfrentar los problemas de alcoholismo y drogas en la comunidad
- Captar y atender a las personas que no tienen dinero para pagar los servicios de salud.

Como se aprecia, este conjunto de intenciones percibidas por parte de las usuarias, se enmarcan en los objetivos que se pretenden lograr con la estrategia de atención primaria de salud a través de la participación de la comunidad. Sin embargo es necesario reconocer cuál es la duración que tiene la misma para los fines estratégicos de producir cambios, lo cual se verá a continuación.

4.3.1.7.2 Sostenibilidad de la Participación Social

Opinión del Equipo de Salud

Cuando se pregunta sobre la sostenibilidad de la participación social que promovía el Centro de salud de las organizaciones antes de 1997, el 72.7% indica que esta es coyuntural, es decir, ella emerge de acuerdo a necesidades que se presentan como es el caso de un inminente riesgo epidémico, una epidemia declarada, una campaña de salud que se va a desarrollar, un proyecto financiado por fuentes externas que exige la participación social, respaldo político hacia el gobierno y otras. Este tipo de participación es identificada por el 50% del equipo conductor Regional al igual que en el equipo conductor local, el 100% del equipo básico y complementario.

TABLA 54. SOSTENIBILIDAD DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LOS ASUNTOS DE SALUD

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total	11	100.0	2	4	2	3
Coyuntural	8	72.7	1	2	2	3
Permanente	3	27.3	1	2	-	-

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El 27.3% señaló que la participación es permanente, reconociendo como tal las actividades múltiples que realizan todas las organizaciones comunitarias en alguna acción de la salud, las cuales pueden o no, ser coordinadas con el Centro. Si bien es cierto que existe el reconocimiento de una participación

sostenida, es necesario identificar qué tipo de participación se produce, como se apreciará en los siguientes párrafos.

4.3.1.7.3. Tipo de Participación Social que se Produce en San Isidro

Opinión del Equipo de Salud

En la tabla que sigue el equipo de salud emite sus opiniones en torno al tipo de participación que promueve el Centro de Salud.

TABLA 55. TIPO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL QUE PROMUEVE EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total	11	100.0	2	4	2	3
Controlada	7	63.6	1	3	2	1
Cogestión	3	27.3	1	1		1
Auto gestión	1	9.1	-	-	-	1

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Al respecto el 63.6% indica que es controlada. Para tener una mayor claridad de este concepto, se refiere al tipo de participación en el cual la comunidad u organización ejecuta acciones puntuales que el equipo de salud ha decidido, con muy poca incidencia en la toma de decisiones. La comunidad no puede ir más allá de los límites que se han fijado para su intervención.

El segundo tipo de participación identificada es la cogestión con 27.3%, la cual es seleccionada por el 50% del equipo conductor regional, 25% del equipo conductor local y el 33.3% del equipo complementario. En este tipo de participación, se reconoce el derecho que tienen las organizaciones y el centro

de salud de participar conjuntamente, en igualdad de condiciones en la producción de la salud en las comunidades, no obstante parece ser un ideal más que una realidad. La autogestión es la forma menos reconocida con el 9.1% Una vez se tiene de que el tipo de participación que se produce, se presentarán las opiniones que identifican las organizaciones que participan en las acciones de salud y las acciones que realizan.

4.3.1.7.4. Formas Organizativas, Procesos de Participación y Movilización en la Comunidad en Torno a la Salud

El campo de la salud ha sido un escenario socio-político en el que convergen una multiplicidad de actores sociales institucionales y comunitarios que toman posición, generando una arena de lucha por el poder para acceder a los beneficios sanitarios. Algunos de ellos hacen uso de su voluntad autónoma y la capacidad de autodeterminación para lograr los intereses que representan, muchas veces ejerciendo el poder en las relaciones con otros actores, cual es el caso del equipo de salud de la institución. A continuación se verán los resultados.

Opinión del Equipo de Salud

Se identifico una gran variedad de actores sociales que participan en las acciones de salud, a nivel de las comunidades de acuerdo al Equipo de salud, con las cuales coordinan actividades. Son ellas:

- Comité de salud
- Juntas comunales
- Comités de trabajo

- Grupos religiosos
- Clubes de padres de familia
- Grupos de mujeres
- Promotores voluntarios
- Tercera edad
- Organizaciones gubernamentales

Opinión de Lideresas de Organizaciones Comunitarias

La lucha por alcanzar un nivel de salud adecuado para la población y el ambiente, ha sido el estandarte que asumieron las comunidades de San Isidro desde su creación y que ha dado como resultado el acceso a los servicios básicos, la electrificación, telefonía, educación, salud y otras, que son apreciadas en aquellas que tienen muchos años de haberse fundado. Hacer posible estas conquistas requirió de procesos organizativos que emergieron desde la base, con líderes naturales a la vanguardia, que tenían la capacidad de movilizar a la población hacia objetivos de bienestar social y de mejores condiciones de vida para las familias.

Esa trayectoria histórica, sirve de referencia para continuar en un escenario cambiante, con movimientos que intentan avances en materia de salud y en otros órdenes de la vida social, política y económica de la colectividad. Así las usuarias que representan a organizaciones comunitarias, manifiestan que siguen existiendo organizaciones para enfrentar los problemas de salud de la comunidad, que aparecen listadas en la tabla que sigue.

TABLA 56. ORGANIZACIONES PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD Y ACCIONES QUE REALIZAN

Organizaciones existentes para enfrentar los problemas de salud de la comunidad	Acciones que realizan las organizaciones
• Comité de salud	• Es una organización de salud, escogida por la comunidad mediante el voto, para que trabaje por la salud de la comunidad y la represente ante el centro de salud.
• Asociación de padres de familia de las escuelas	• Los padres de familia que tienen hijos en la escuela, se organizan para velar por el bienestar de los niños, y mantener una cooperación con la escuela.
• Promotores voluntarios de salud	• Son personas de la comunidad que brindan sus servicios voluntarios para trabajar por la salud de la comunidad, una vez que el centro de salud las capacita para orientar y educar a la gente en asuntos de salud.
• Niños caza mosquitos	• Se organizan en la escuela y la comunidad grupos de niños, que realizan actividades para eliminar los criaderos de mosquitos y así evitar una epidemia de dengue.
• Comité de Trabajo	• Son organizaciones comunitarias, que organiza la Junta Comunal, para desarrollar trabajos de mejoramiento comunitario, entre las cuales están las campañas de limpieza, eliminación de criaderos de mosquitos, construcción de veredas y otras.
• Organizaciones de la iglesia	• Son grupos de personas, generalmente de mujeres, que participan en movimientos de pastoral para ayudar a la iglesia y a las personas más necesitadas.
• Grupos de amas de casa	• Se conforman en la comunidad grupos de mujeres, quienes reciben charlas y aprenden cómo proteger su salud y prevenir las enfermedades en la familia y la comunidad. Ellas ayudan a otras mujeres en la comunidad.
• Grupos de tercera edad.	• Existe en el Centro de Salud y la Policlínica grupos de tercera edad y grupos de pensionados y jubilados, que trabajan por la salud de sus socios y de la comunidad.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Todas estas organizaciones según la opinión de las consultadas, trabajan por la salud propia, de la familia, de la comunidad y del ambiente, contribuyendo con el Centro de Salud con el cual coordinan gran parte de ellas.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

La lucha por la salud ha estado presente en las tres comunidades desde su constitución, tomando en cuenta que inicialmente no fueron comunidades urbanizadas, debido a que se constituyeron gran parte de ellas por invasiones de precaristas. Los logros que han tenido, se han debido a la capacidad de organización y movilización que generaron, mediante el surgimiento de líderes comunitarios que emprendieron la tarea de demandar al Estado a través de sus instituciones, la solución de sus problemas, empleando la metodología conocida como "yunta pueblo-gobierno".

TABLA 57. ACCIONES LOGRADAS A TRAVÉS DEL TRABAJO ORGANIZATIVO DE LA COMUNIDAD

Comunidad	Logros alcanzados	Líderes Comunitarios
Santa Elena N° 2	Tanque de agua, acueducto, veredas y electrificación	Señores Española y Ubaldo
Seis de Abril	Agua potable, limpieza de cunetas, eliminación de la basura	Señor Victoria
Valle de San Isidro	Agua potable, luz eléctrica, calles, veredas.	No identifican líderes

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implementación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

En este tema, los grupos focales hacen remembranzas de tiempos pasados, que consideran fueron muy activos, cuando comenzaron las comunidades, que no tenían nada.

Una de las participantes de Santa Elena N°2 recuerda:

“La comunidad ha logrado mejorar por personas que lucharon por el bienestar de la comunidad como Española y Ubaldo. En la actualidad cuando hay algún trabajo de mejoramiento de la comunidad, cada familia aporta el dinero y el trabajo, los hombres realizan el trabajo más pesado y las mujeres cocinan, aunque también cargan el material de construcción a las casas cuando hay que hacerlo. En esta comunidad hay mucha gente que tiene relación familiar y son muy unidos, lo que se convierte en una fortaleza de la comunidad. Con los políticos no se cuenta, ellos no ayudan en nada”.

Opinión de la Comunidad Seis de Abril a través de una integrante del grupo:

“Existe el comité de trabajo en mi comunidad que limpia las cunetas, eliminan la basura y esto se hace con el aporte de la comunidad. Tienen una junta directiva presidida por el señor Victoria y conformada por siete personas que se reúnen para atender y resolver los problemas de la comunidad”.

El Valle de Isidro opina al respecto:

“Hay pocas formas organizativas en la comunidad, se ha intentado organizarla y nadie quiere participar, no quedan en nada, ya no quedan líderes que la gente siga”.

Como se aprecia en las manifestaciones que se han recogido en los tres grupos focales, las comunidades clasificadas en A y B, es decir, las más pobres, tienen aún mecanismos para organizar trabajos de desarrollo comunitario, los cuales pueden tener un carácter coyuntural, pero frente a la necesidad se

reúnen para participar. En el caso de la comunidad del Valle de San Isidro, sus expresiones organizativas son casi inexistentes, posiblemente porque es una comunidad que ha resuelto los principales problemas de servicios básicos, cuentan con escuelas, luz, telefonía, agua potable y otros.

Llama la atención que no han considerado organizar acciones de seguridad ciudadana, a pesar de que se producen asaltos, robos, violaciones y otros tipos de delitos.

Toda vez que el Comité de Salud es una de las organizaciones comunitarias que participan en las acciones de salud, se conocerá seguidamente cómo los/las informantes perciben a esta organización.

4.3.1.7.5. Concepciones del Comité De Salud, como un organismo comunitario que participa en la Producción de La Salud

El Decreto de Gabinete N° 401, por cual se crean los Comités de Salud en Panamá, declara de " interés público la constitución de los Comités de Salud de las comunidades, para promover su iniciativa en la orientación, planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud" (p.e. MINSA(1989)).

Para tener un punto de partida en cuanto a la comprensión de los Comités de Salud, se procede con los y las participantes en la investigación a conceptualizar lo que es esta organización, funciones y acciones que realizan en la comunidad. Se presenta a continuación.

Opinión de los Equipos de Salud

La definición de un comité de salud, elaborada por las personas informantes, se recoge en la Tabla 58. Ellas se presentan clasificadas de acuerdo a los equipos de salud a los cuales pertenecen.

TABLA 58. CONCEPTUALIZACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD

Equipo local	Qué es el comité de salud
Conductor Director del centro de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Es una organización escogida por la comunidad para que participe en las actividades de salud.
Directivos del Comité	<ul style="list-style-type: none"> • Es una organización de la gente de la comunidad que se organiza para luchar por la salud.
Básicos	<ul style="list-style-type: none"> • Es una agrupación formada por personas de la comunidad, electas por simpatía en oposición con otra y coopera con la administración del centro regida por un Decreto Ley
Complementario	<ul style="list-style-type: none"> • El comité de salud es un grupo escogido por la comunidad para que participe en las acciones de salud y administre con el centro sus fondos. • Es un ente legal que representa a la comunidad ante el centro de salud y se constituye en el eslabón social más importante del sistema de salud, conjuntamente con las autoridades para mejorar la salud de la población.
Equipo conductor regional	<ul style="list-style-type: none"> • Es una organización que le permite a la comunidad participar en la cogestión de la salud, en la resolución de los problemas de salud de su sector o área

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Las definiciones coinciden en que es una organización escogida por la comunidad y está formada por la gente o personas de la comunidad. Algunas destacan que tiene existencia legal.

Señalan entre sus fines o razón de su existencia:

- Participar en las actividades de salud
- Luchar por la salud
- Cooperar con la administración del Centro

- Mejorar la salud de la población
- Participar en la cogestión de la salud y la resolución de los problemas

Existe sin embargo una diferencia fundamental entre las definiciones que presentan los funcionarios que se enmarcan en el discurso de la participación comunitaria, con la que presentan las personas directivas del Comité de Salud. En ésta se deja ver que la concepción que tienen de este organismo como un instrumento de lucha por la salud, le da una connotación de beligerancia y protagonismo, en el proceso de adaptación biopsicosocial y ecológica, para modificar las condiciones que limitan su estado de salud. Esto es una realidad en el caso particular de las comunidades de San Isidro, cuya lucha por mejorar sus condiciones de vida y por ende su salud ha sido permanente, por lo que han tenido que generar todo tipo de estrategias para lograr la acción gubernamental en la solución de sus más apremiantes problemas de salud y aún lo siguen haciendo.

La población informante reconoce que el Comité de Salud debe desarrollar un conjunto de funciones operativas, que esperan se realicen. No obstante a ello, existen factores que restringen su desarrollo, tanto por parte de la misma organización, como por la institución y la comunidad.

En la siguiente tabla, se listan las funciones según la opinión de cada equipo entrevistado.

De acuerdo al equipo directivo, las funciones de Comité de Salud se enmarcan en acciones de gestión de la salud local, y a ello pone mayor énfasis, en especial la generación de fondos y la contratación de personal.

Por su parte las miembras directivas del Comité, señalan que sus funciones están dirigidas hacia el trabajo directo con la gente de la comunidad a la cual deben servir, como son la defensoría, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la educación, más que en los asuntos gerenciales que es lo que le interesa a la Institución.

Los equipos básicos y complementarios del nivel local, así como el conductor regional, destacan las funciones gerenciales, de contraloría social, defensoría del usuario y de negociación que debe realizar el Comité de Salud.

A continuación, se presenta en la tabla que sigue las funciones señaladas por los y las entrevistadas.

TABLA 59. FUNCIONES DEL COMITÉ DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Equipos	Funciones
Equipo conductor local Director del centro de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Participar con el equipo de salud en la elaboración del diagnóstico y la programación de actividades de salud • Generar fondos para ayudar en la gestión del centro de salud • Recomendar personas para ocupar puestos pagados por el Comité
Directivos del Comité	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr el bienestar para la atención de los moradores de la comunidad • Defender los derechos de la gente., • Inculcarle a los pobres el aseo, limpieza de las quebradas, • Realizar programa de inmunización.
Equipos básicos	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por la salud de la comunidad, • Vigilar el estado de salud y condiciones ambientales de la población. • Cooperar con la administración del centro
Equipo Complementario	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de los fondos del centro de salud. • Participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud. • Vigilar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población. • Velar porque los usuarios consuman los servicios como un derecho. • Monitorear los servicios de salud.
Equipo conductor regional	<ul style="list-style-type: none"> • Servir de vigilante de la calidad de los servicios de salud a la población. • Darle cumplimiento al precepto constitucional de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud • Actuar como vocero y enlace entre la comunidad y equipo para la negociación la solución de los problemas de salud que siente la comunidad y los que identifica el equipo • Contribuir en la consecución de recursos para procurar la salud de la gente y el ambiente • Participar en la gestión de los servicios, • Identificar problemas prioritarios de salud, • Manejar recursos financieros.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Gran parte de estas funciones están contenidas en el Decreto 401 y en los Estatutos del Comité de Salud. Es importante señalar que para el desarrollo de éstas, se requiere del desarrollo de capacidades y destrezas, lo cual se logra disponiendo de información, mediante la capacitación y la adecuada coordinación con el equipo directivo del centro de salud y su equipo técnico.

Actualmente se sabe que las que realiza el Comité, son limitadas, circunscribiéndose a los aspectos financieros, a la contratación de recursos humanos y algún otro apoyo en acciones de promoción de la salud.

Opinión de Líderesas de Organizaciones Comunitarias

El 88.8% de las entrevistadas tienen una concepción de lo que es un Comité de Salud, las funciones que deben desempeñar y las acciones que en realidad están realizando. Solo el 11.1% indicó no saber nada del Comité de salud.

En la tabla que aparece seguidamente, se han recogido las opiniones vertidas de quienes opinaron en tomo esta organización.

TABLA 60. CONOCIMIENTO SOBRE LO QUE ES UN COMITÉ DE SALUD

Un comité de salud es	Funciones del Comité	Acciones que realiza
<ul style="list-style-type: none"> El comité de salud es una organización electa por votación para representar a la comunidad ante el centro de salud con el cual comparte la responsabilidad de administrar los recursos para garantizar que éstos sean bien utilizados en proporcionar servicios de salud con calidad a la población 	<ul style="list-style-type: none"> Promover mejoras en la comunidad y en el centro de salud Velar por conseguir beneficios para la gente más necesitada, Buscar personas enfermas en la comunidad que no van al centro Recoger basura y la limpieza de quebradas Actuar de vigilantes en la comunidad para combatir problemas que afecten a la salud como la construcción de una gasolinera que se impidió 	<ul style="list-style-type: none"> Limpieza de la comunidad Prevención del dengue Organización para las vacunas Brindar charlas, orientaciones y seminarios a la comunidad, en especial a las amas de casa y adolescentes Orientar sobre el nuevo modelo a la comunidad Ayudar algunas veces a personas pobres en la atención de su salud No sabe lo que hace
<ul style="list-style-type: none"> Es una organización comunitaria de salud que recorre las comunidades para vigilar cómo está su salud para trabajar en conjunto con la institución y la población afectada en la solución de los problemas 	<ul style="list-style-type: none"> Administración y manejo de los fondos. Apoyar las campañas de prevención del dengue y de promoción de la vacunación. Promoción del modelo de salud del centro 	
<ul style="list-style-type: none"> El comité es un grupo de personas interesadas en servir al bienestar de la comunidad: 		
<ul style="list-style-type: none"> No sabe 		

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

En los tres conceptos vertidos, se destacan elementos importantes tales

como:

- es una organización / es un grupo de personas
- electo por votación

- representa a la comunidad
- comparte responsabilidad de administrar recursos con el Centro de Salud
- garantiza que los fondos del centro de salud sean bien utilizados en servicios de calidad para la población
- recorre las comunidades para vigilar su estado de salud
- trabaja en conjunto con la institución y la población afectada en la solución de los problemas
- sirven al bienestar de la comunidad

En efecto, estos son los fines que consigna el Decreto de Gabinete N° 401 en la definición del Comité de Salud, sus objetivos y fines.

En cuanto a las funciones, se orientan hacia el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, de vigilancia de la salud y detección de personas enfermas, defensoría de los más necesitados, gestión del centro de salud y la convocatoria de la comunidad para obtener legitimación y respaldo social - político favorable a los cambios que se implantarán con el Hospital San Miguel Arcángel y el modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ecológico.

Las tareas que se realizan, son compatibles con las funciones que han sido esbozadas.

Opinión de los grupos focales comunitarios

Con relación al conocimiento de lo que es un Comité de Salud, el grupo focal de Santa Elena N°2, no sabe qué es ni a qué se dedica. Por su parte, el grupo de Seis de Abril, a pesar de que no sabía de la existencia de un Comité de

Salud, considera que una organización de este tipo "por lógica debe trabajar por la salud de la comunidad"

TABLA 61. CONCEPTUALIZACIÓN POPULAR DEL COMITÉ DE SALUD

Comunidad	Concepto	Funciones que debe realizar	Acciones que ha realizado por su comunidad
Santa Elena N° 2	No saben qué es el Comité de Salud	No sabe a qué se dedica.	No han tenido ninguna ayuda del Comité de Salud
Seis de Abril	Creer que el Comité de salud debe ser una organización que trabaja por la salud de la comunidad.	Debe promover la salud, saber los niños que no están vacunados, para que informe en el Centro de Salud y se organice en la comunidad la vacunación y la atención de otros problemas de salud por el equipo	No ayudan en nada, no vienen a la comunidad
Valle de San Isidro	El Comité de Salud es una organización electa por votación popular que se crea para atender los problemas de salud de la comunidad.	Debe vigilar cómo funciona el centro de salud. Se espera que el comité de salud trabaje por la comunidad en la resolución de sus necesidades, realice visitas (no lo hacen ni nunca los han hecho), ayuden a la tercera edad que no tienen nada, si hay una madre que está sin trabajo y su hijo necesita un tratamiento especial, ayúdala para resolver el problema	Ningún Comité de Salud ha ayudado en nada a la comunidad.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El grupo del Valle de San Isidro lo definen como "una organización electa por votación popular... que atiende problemas de salud..." Las acciones que se

espera realice el Comité, están relacionadas con la función de control de la Institución y defensoría de los más pobres

Los grupos focales de Santa Elena N° 2 y Seis de Abril, manifestaron que no sabían de la existencia de un Comité de Salud en San Isidro. Una participante de Santa Elena N° 2 señala:

“No conocemos a la junta directiva, la cual no se comunica ni viene a la comunidad. No saben concretamente la función que está desarrollando el Comité de salud en el Centro ya que en la comunidad no hacen nada”.

Al abordar el tema de las acciones que ha realizado el Comité de Salud en las tres comunidades consultadas, todas coincidieron que no ha hecho nada al respecto.

Quienes tienen conocimiento de la naturaleza social, política y económica del Comité de Salud, opinarán en torno a su patrimonio a continuación.

4.3.1.7.6. Patrimonio del Comité de Salud

Opinión del Equipo de Salud

De acuerdo al Decreto Ley que rige a los Comité de Salud y su Estatuto, el patrimonio del Comité está formado por diferentes recursos entre los cuales se encuentran:

- Los fondos que provienen de las donaciones y aportes voluntarios de los miembros de la comunidad que acuden al Centro de Salud a solicitar algún servicio.
- Los bienes de naturaleza mueble o inmueble que haya sido donado o adquirido por éste.

TABLA 62. PATRIMONIO DEL COMITÉ DE SALUD

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total de participantes	11	100.0	2	4	2	3
Ingresos por prestación de servicios que brinda el centro de salud.	6	54.5	1	2	1	2
Actividades de autogestión	3	27.3	1	2	-	-
No sabe	2	18.2	-	-	1	1

Fuente. Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Según la Tabla 62, el 54.5% de los y las entrevistadas (os) opinan que el Comité de Salud cuenta con un patrimonio, que está constituido por los ingresos que se obtienen por el pago de las prestaciones que brinda el Centro de salud. El 27.3 % señalan que provienen de actividades de auto gestión y 18.2% no sabe.

Este patrimonio se refiere exclusivamente a ingresos económicos y no a los bienes de naturaleza mueble o inmueble, que no son señalados como patrimonio.

Opinión de Lideresas de Organizaciones Comunitarias

Las entrevistadas manifestaron en un 88.8% que el patrimonio con que cuenta el Comité, proviene de los fondos que ingresan al centro de salud, por los servicios que se brindan a la población.

Todas las personas entrevistadas opinan que en efecto el patrimonio del Comité de Salud es aportado por los usuarios del Centro de Salud, no obstante pocas personas conocen que esta organización no puede emplear estos recursos en función de su responsabilidad de ser administradores del mismo de acuerdo al Decreto 401.

Se presenta seguidamente las opiniones en torno a la membresía del Comité de Salud.

4.3.1.7.7. Membresía y Elección Del Comité De Salud

Los Estatutos del Comité de Salud señalan que "que pueden ser miembros " todas las personas de la comunidad que así lo desean, siempre que cumpla con los siguientes requisitos (p.e. MINSA (1970)):

- Ser residente en la comunidad donde se ha integrado el comité
- Registrarse en los libros del Comité
- No se requiere ser mayor de edad, las personas de 15 a 17 años pueden inscribirse y sólo tienen derecho a voz en la Asamblea General cuando lo disponga la Junta Directiva.

Opinión del Equipo de Salud

Cuando se abordó el tema de la membresía del Comité, los y las entrevistadas coinciden en que es muy poca la que tiene y no se hacen mayores esfuerzos por incrementarla ya que el libro de registro solo se abre cuando se van a realizar las elecciones, lo cual ocurre una vez al año.

La elección de la Directiva del Comités para que sea válida debe cumplir con el quórum reglamentario que es la votación de la mitad más uno de los

miembros inscritos en el Libro de Registro que suman 1,764, pero la realidad es que en la primera convocatoria no se cumple con ese requisito, y tiene que realizarse una segunda convocatoria, en la cual, con las personas que acudan se escoge a la nómina mayor votada, aunque sea una minoría la que participe.

La última Junta directiva fue escogida en el año de 1997 en una segunda convocatoria y fue electa con 15 votos, que representa el 1.0% de los miembros que lo integran. Esto sin duda no le da ninguna representatividad a la directiva electa.

Opinión de las Lideresas de Organizaciones Comunitarias

El Comité de Salud, como una organización, legalmente constituida, tiene la misión fundamental de “servir como instrumento de organización popular de las comunidades en los esfuerzos por superar sus condiciones de vida” (p.e. MINSA (1989)), para lo cual debe entre otros fines compartir responsabilidades con el grupo Técnico del Ministerio de Salud en la organización de la comunidad para que ésta pueda ejercer sus derechos y cumplir con los deberes, que en materia de salud le son propios y promover la iniciativa de la misma comunidad en el orientación, planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud para la consecución del estado óptimo de salud de la población.

Todas estas responsabilidades que la Ley le otorga al Comité, le obligan a mantenerse activo y con una relación permanente con otros actores sociales, con lo cual podrá hacerle frente a la problemática de salud que enfrentan las comunidades. En ese sentido se abordó en la investigación la relación de las

usuarias y las organizaciones que representan con el Comité y las respuestas fueron las siguientes:

TABLA 63. RELACIÓN DE LAS USUARIAS Y LAS ORGANIZACIONES QUE REPRESENTAN CON EL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO

Organizaciones consultadas	Total		Pertenencia al comité de salud		Participaron en la última elección del comité de salud	Relación de la organización con el comité de salud	
	Nº	%	Sí	No		Sí	No
Total de entrevistadas	9	99.9	6	3	4		
Comité de Salud	4	44.4	4	.	4		
Club de padres de familia	1	11.1	-	1	-	✓	
Comité de trabajo de San Isidro	3	33.3	2	1	-	✓	
Voluntariado de Oro de Santa Librada	1	11.1	-	1	-		✓

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

De las entrevistadas, 44.4% pertenecen al Comité de Salud y todas participaron en la última elección en 1998, para escoger la Junta Directiva.

Otro 33.3% forman parte del Comité de Trabajo de San Isidro, de ellas el 66.7% está inscrita en el Comité de Salud y no emitieron su voto.

Las organizaciones que mantienen alguna relación con el Comité de Salud para atender problemas de salud son el Comité de Trabajo y el Club de Padres de Familia. Las personas que eligieron la última Junta Directiva del Comité de Salud señalaron el nombre y los cargos de sus integrantes que son:

TABLA 64. DIRECTIVA DEL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO SEGÚN CARGO

Cargos	Nombre
Presidenta	Oliva de Domínguez
Vice Presidenta	Emma de Mendieta
Tesorera	Edith Guevara de Escobar
Secretana	Brunilda Rodríguez
Fiscal	Aurelia de Meniel
Vocal:	Zuleica Sánchez y Ana Valderrama.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Se comprobó que en efecto estas son las personas que componen la directiva.

Opinión de los grupos focales comunitarios

El grupo del Valle de San Isidro, es el único que tiene personas inscritas en el Comité de Salud, y participaron en la última elección para escoger a la actual junta directiva en el año de 1998. Indican que está presidido por la señora Olivia de Domínguez y forma parte de la directiva la señora Emma de Mendoza que es moradora de la comunidad. La mayoría de las miembros directivas son de San Isidro y por ello no han hecho nada por la comunidad, ni siquiera se dan a conocer, la mayoría de las personas no saben quienes son.

4.3.1.7.8. Mecanismos de Comunicación Empleados por el Comité de Salud

El Comité de Salud como un organismo popular, elegido mediante votación, tiene la responsabilidad de mantener una comunicación constante con la comunidad, ya sea para informarla o para que participe en la toma de

decisiones. Si embargo, no siempre se cumple con esta función por una serie de factores, generando algunas veces especulaciones y malos entendidos entre la población, que espera de este organismo una adecuada representación.

Opinión de Lideresas de Organizaciones Comunitarias

La siguiente tabla recoge las opiniones de las lideresas en cuanto a los mecanismos que emplea el Comité de Salud para comunicarse con la comunidad.

TABLA 65. MEDIOS QUE EMPLEA EL COMITÉ DE SALUD PARA COMUNICARSE CON LA COMUNIDAD QUE REPRESENTA

Medios empleados	Total	
	Nº	%
Total de entrevistadas	9	100.0
Voceras en los Comités de Trabajo de San Isidro	5	55.6
Reuniones	2	22.2
Ninguna	2	22.2

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Al respecto 55.6% indicaron que lo hace a través de las voceras de los Comités de Trabajo de San Isidro, el 22.2% opinó que otra forma de comunicarse es a través de reuniones en las que se convoca a la comunidad, aunque asisten muy pocas personas y el otro 22.2% indican que no existe ningún mecanismo de comunicación con la comunidad.

Las situaciones que generan la necesidad de que el Comité de Salud se comunique con la comunidad son:

- Cuando se presentan problemas de salud
- En caso de epidemias o para evitar que ocurran
- Con el problema de las aguas negras en la comunidad
- La construcción de una gasolinera cerca de la escuela que afecta la salud de los estudiantes.
- Campañas de vacunación
- Cuando el centro de salud necesita convocar a la comunidad para algunas actividades.
- Cuando se dictan charlas o seminarios en la comunidad.
- Para orientar sobre el nuevo modelo de salud que se desarrolla en el Centro.
- Sobre el uso del Hospital San Miguel Arcángel.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

Los grupos entrevistados coincidieron en que el Comité de Salud “no lo conocen en la comunidad, no se comunica con la comunidad, a lo mejor sí lo hace con la comunidad en donde opera el Comité, no así con el resto de las comunidades”. De acuerdo a estos grupos, uno de los problemas que confronta el Comité es su incomunicación con la población, incluso una de las participantes indica que no se cumple con las asambleas generales que deben hacerse por lo menos dos veces al año.

Como se apreció en la información vertida, se reconoce que el Comité de Salud necesita tener un canal abierto de comunicación para cumplir con las expectativas que han planteado los (as) entrevistadas. Ello supone que se

espera que este organismo realice de alguna manera una función de defensa por la salud de la población, veremos ahora qué se opina sobre el particular.

4.3.1.7.9. El Comité de Salud y la Defensa de los Derechos Sanitarios de la Población

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

El Comité de Salud es la organización llamada a defender los intereses de las comunidades en materia de salud. Veremos qué piensan las personas que participaron en los grupos focales acerca de la defensa de sus derechos sanitarios. Una participante de Santa Elena N° 2 indicó:

“Las comunidades pobres han aprendido a defenderse cuando algo les molesta, porque nunca tienen quien los representa, sólo ellos mismos se movilizan cuando necesitan algo. Cuando no tienen recursos para pagar los servicios de salud en el Centro, las únicas personas que les ayudan son la trabajadora social y el director médico quien les da créditos”

Opinión vertida por una participante del Valle de San Isidro:

“Nosotras mismas defendemos nuestros intereses por lograr una mejor salud para nuestras familias. No recibimos ayuda de nadie, nosotras tenemos que luchar por mejorar nuestras condiciones de vida y salir adelante con nuestras familias, en compañía de nuestros esposos o maridos. Ni siquiera los políticos se acercan en estas épocas, ofrecen en la política y no dan nada”

Lo cierto es que de acuerdo a las entrevistadas, el Comité de Salud de Isidro no realiza el rol de defensoría que por ley está obligado a desarrollar, por lo que la comunidad no le da credibilidad a esta organización.

Como se apreció no existe reconocimiento sobre el rol de defensoría que debe realizar el Comité de Salud, sin embargo, conoceremos la percepción que se tiene en torno a la participación del mismo en la cogestión de los servicios de salud.

4.3.1.7.10. Participación del Comité de Salud en la Cogestión del Centro de Salud

El Decreto de Gabinete N° 401 que crea los Comités de Salud, consigna entre sus fines y objetivos (p.e. MINSA op. Cit)):

- Servir como instrumento de organización popular de las comunidades en los esfuerzos por superar sus condiciones de vida.
- Compartir responsabilidades con el Grupo técnico del Ministerio de Salud en la organización de la comunidad con el fin de que ésta pueda ejercer sus derechos y cumplir con sus deberes que en materia de salud le son propios, de acuerdos con el Código de Salud de Panamá
- Promover la iniciativa de la misma comunidad en la orientación, planificación, ejecución y mejoramiento de los programas del Ministerio de Salud, orientados hacia la consecución del estado óptimo de salud en toda la población.
- Participar en todas las acciones asociadas a los programas de salud
- Vigilar el cumplimiento correcto de las disposiciones legales consagradas en el código de salud y sus reglamentos.
- La Junta Directiva tiene la obligación de manejar los fondos provenientes de la colaboración y eportes voluntarios de usuarios y los bienes del Comité.

Opinión del Equipo de Salud

De estas funciones, veremos en la Tabla 66, cuáles son las acciones en las que participa el Comité de Salud en la Gestión del Centro de Salud.

La acción que ha sido señalada mayoritariamente por los y las entrevistadas alcanzando un 73.3% de las opiniones es la participación en la administración del servicio, específicamente en actividades vinculadas al manejo de los fondos de autogestión que ingresan al Centro y la contratación de recurso humano, con lo cual asume el rol de patrono.

TABLA 66. ACCIONES CONCRETAS DE PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total de respuestas	15	100.0	3	4	3	5
Administración del servicio (manejo de fondos, contratación de personal, otro)	11	73.3	2	4	2	3
Promoción de la Salud y prevención	3	20.0	-	-	1	2
No sabe	1	6.7	1	-	-	-

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El resto de las acciones que se mencionan en menor proporción son la participación en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades con 20.0%, y el 6.7% no sabe qué acciones realiza.

El resultado de las respuestas obtenidas, constituyen un indicativo de que el Comité no está cumpliendo con los fines para los cuales fue creado y se han dedicado más a los aspectos relativos al manejo de las finanzas del Centro.

Su participación en la gestión del Centro está condicionada operativamente a un conjunto de factores, algunos de los cuales son independientes a lo consignado en la legislación, que establece los mecanismos para hacer efectiva las funciones.

La Tabla 68, refleja que los directivos como responsables directos de la conducción y administración del Centro, realizan algunas acciones que facilitan la participación de esta organización.

El 54.5% reporta que es la solicitud de firma de cheques para efectuar los gastos correspondientes con los fondos de auto gestión, 18.2 % opina que participan en el nombramiento de personal, 9.1% indica que los integran a las giras de salud y el 18.2% no sabe cómo se le facilita la participación.

TABLA 67 ACCIONES REALIZADAS POR EL CENTRO DE SALUD PARA VIABILIZAR LA PARTICIPACIÓN EL COMITÉ DE SALUD EN SU ADMINISTRACIÓN

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total de participantes	11	100.0	2	4	2	3
Solicitar la firma de cheques	6	54.5	-	4	1	1
Integrarlos en la giras de salud	1	9.1	-	-	-	1
Consultarles sobre el nombramiento de personal	2	18.2	2	-	-	
No sabe	2	18.2		-	1	1

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Las acciones identificadas como facilitadoras, en el caso de solicitar de parte la dirección del Centro de Salud la firma de los cheques y la consulta sobre el nombramiento de personal, son más que nada una obligación, toda vez que no se puede hacer uso de los fondos del Comité para nombramiento, compras u otro fin, si no es a través del presidente como representante legal y el tesorero, que son las únicas personas autorizadas por Ley para firmar los cheques que se giren contra la cuenta de su patrimonio.

También se identifican acciones que limitan la participación del Comité en la cogestión del Centro de Salud entre las que se mencionan:

- La Dirección del Centro de Salud toma decisiones sin consultar al Comité
- El director no acepta los proyectos que presenta el Comité si comprometen los fondos del Centro
- No invitar a reuniones y otras actividades al Comité
- No se les da información
- No solventan los gastos de movilización del comité, que los debe asumir personalmente
- Le ordenan al Comité las acciones que tiene que hacer de acuerdo a los intereses de los directivos del Centro de Salud y no de la comunidad.

Estas opiniones recogen la experiencia de una relación de inequidad, que se percibe obligada de parte del equipo directivo del Centro de Salud para cumplir con la que la Ley señala en torno al manejo de los ingresos económicos, y que violenta los derechos de esta organización, en especial porque lesiona la autoestima de las personas que hacen un esfuerzo por contribuir de manera

voluntaria al desarrollo de la salud. Así responde una de las directivas cuando dice: "nos hacen sentir que no valemos nada y no sabemos nada de salud y menos de la administración del Centro, que según ellos es una tarea de profesionales".

Una vez se ha presentado las opiniones que permiten tener una apreciación sobre lo que fue la participación del Comité de Salud antes de iniciada la Reforma y las situaciones que contextualizaron la misma, se pasará a presentar los resultados de lo ocurrido en el escenario de las innovaciones, según la apreciación de los (as) entrevistadas.

4.3.2. Escenario de Innovaciones

Este escenario incluye el conjunto de cambios que se introducen en el sistema sanitario regional como producto de la implantación del Proceso de Reforma y Modernización sanitaria. Cronológicamente el proceso de construcción e implantación de la Reforma en el Centro de Salud se inicia en el año de 1,997.

Desde la visión de los y las entrevistadas se presentan los resultados de sus aportes relativos a la experiencia que han vivido en el proceso de implantación de la Reforma en el Centro de Salud.

4.3.2.1. Percepción del Origen de la Reforma y Modernización Sanitaria

Opini3n del Equipo de Salud

Los y las participantes coinciden en un 63.6% que el movimiento de Reforma Sanitaria tiene su origen en las Agencia Internacionales, para producir

transformaciones en la forma de gestionar y financiar los servicios de salud y las modalidades de atención a la población.

TABLA 68. ORIGEN DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN SANITARIA

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total de participantes	11	100.0	2	4	2	3
Estado	3	27.3	-	1	1	1
Demanda Social	1	9.1	-	-	-	1
Agencias internacionales	7	63.6	2	3	1	1

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El 27.3%, afirman que el Estado es quien ha impulsado la Reforma del sistema sanitario, en la medida en que le ha sido impuesta por las Agencias Internacionales y 9.1% responde a la demanda social de cambios en la atención de la salud.

La Reforma si bien es impulsada desde las Agencias Internacionales, existía en Panamá condiciones que la aceleran o la hacen viable según la opinión vertida que se recoge en la siguiente tabla.

TABLA 69. DETONANTE DE LA REFORMA EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Comple- mentario
Total de respuestas	23	100.0	5	6	5	7
El modelo tradicional es muy costoso y con poca capacidad resolutive	7	30.0	2	2	2	1
Desmejoramiento de la calidad de atención	11	48.0	2	4	2	3
Exclusión de los más pobres	2	2.0	-	-	1	1
Impulsada por la Región de Salud	3	13.0	1	-	-	2

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de gestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Uno de los detonantes más destacados lo fue el desmejoramiento de la calidad de atención con 48.0% de las opiniones, le sigue lo costoso del modelo tradicional de salud con 30.0% y la presión realizada por la Región de Salud de San Miguelito para implantarla con 13.0 %. La exclusión de los pobres fue señalada por el 2.0%.

Ahora se presentarán las opiniones en torno a la conceptualización que se dan al proceso estudiado.

4.3.2.2. Conceptualización de la Reforma y Modernización del Sistema Sanitario

Opinión del Equipo de Salud

Para tener una aproximación conceptual con los y las entrevistadas, se procedió a solicitarles que definieran el Concepto de Reforma y Modernización de acuerdo a la información y experiencia que habían obtenido. Al respecto,

todas las personas emitieron sus conceptos que se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 70. OPINIONES EN TORNO AL CONCEPTO DE REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

Equipos	Qué es la Reforma
Equipo conductor local Director del centro de salud	• Es un intento por humanizar la atención médica, volver a la atención del médico familiar, incorporar la afectividad, efectividad y dar respuesta a la queja de los usuarios por mejorar la calidad de la atención. Se plantea incorporar tecnología de punta en la atención del enfermo como ser humano que es.
Directivos del Comité	• La reforma es un programa de modernización y cambios de las instituciones de salud.
Equipos básicos	• Es un conjunto de acciones y actividades destinadas a mejorar la calidad de vida del individuo. Buscaba que los médicos conocieran mejor las comunidades para atender los problemas de salud de la gente.
Equipo Complementario	• Consiste en la implantación de un nuevo modelo de atención que le da mayor participación a la comunidad en la solución de los problemas de salud y es más sensitivo socialmente a las necesidades de la gente. Moderniza los centros de salud y el médico sale a la comunidad para conocer los problemas de salud de los pacientes, entender sus necesidades para cuando venga al centro le brinde una mejor atención.
Equipo conductor regional	• La reforma es un proceso integral de cambios, que implanta un nuevo modelo de gestión, financiamiento, provisión y atención y separación de roles

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

En cada una de las definiciones el elemento común es el cambio que introduce la Reforma, ya sea a través de un nuevo modelo de atención, de gestión, financiamiento, humanización de la atención, mejoramiento en la calidad de atención, nuevas formas de participación social. Lo cierto es que este conjunto de concepciones dan la idea de una Reforma integral que debe dar

como resultado el mejoramiento del estado de salud de toda la población y una mayor eficiencia, efectividad, eficacia y equidad de los servicios.

A continuación se presentan las opiniones en relación a los componentes que se identifican en la Reforma.

4.3.2.3. Componentes o Dimensiones de la Reforma

Opinión del Equipo de Salud

La Reforma que se lleva a cabo en la Región de Salud de San Miguelito, específicamente, en el Centro de Salud de San Isidro, tiene un conjunto de componentes que fueron identificados por la población entrevistadas. Señalan entre otros:

- El Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ecológico.
- La constitución de equipos básicos, con la asignación de un médico, enfermera y auxiliar de enfermería en cada área de responsabilidad y para que las personas tengan más acceso.
- Sectorización de las comunidades
- Intervención por riesgos identificados en la comunidad.
- Trabajo comunitario del equipo de salud.
- Ampliación del horario de atención
- Creación de sub sistemas locales de salud a través de las zonas sanitarias

Todos estos componentes tienen una intencionalidad, la cual se identifica a continuación.

4.3.2.4. Objetivos del Proceso de Reforma y Modernización

Opinión del Equipo de Salud

La Reforma tiene objetivos que cumplir de acuerdo a la percepción de los y las entrevistadas. Entre los más señalados se destacan:

- Dar un mejor servicio a la comunidad, lo que involucra hacer sentir mejor a los pacientes, dar atención más personalizada para lograr mayor identidad médico – paciente.
- Mejorar la atención de salud de la gente y volver realizar un acercamiento a las comunidades.
- Contribuir al desarrollo de estrategias para mejorar la accesibilidad, eficiencia, gasto y está orientada a los más pobres.

Este conjunto de objetivos mencionados por el equipo de salud, se orienta a producir cambios en los servicios para lograr eficiencia, eficacia, equidad y calidad que son percibidos y experimentados funcionarios y usuarios que han vivido esta experiencia, la cual se presenta seguidamente.

4.3.2.5. Cambios que Introduce la Reforma y Modernización en los Servicios de Salud de San Isidro

Opinión del Equipo de Salud

Los y las entrevistadas opinaron que la Reforma introduce cambios sustanciales en los servicios del Centro de Salud, que ellos/as y la población usuaria ha experimentado.

En la tabla que a continuación se presenta, se han clasificado los cambios de acuerdo al área en que se producen y el tipo.

TABLA 71. TIPO DE CAMBIOS QUE INTRODUCE LA REFORMA EN LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Gestión de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de un equipo conductor • Se pasó de una gestión autocrática y centralista del director a una más democrática y participativa • Cambió del nombre de director a gerente • Acuerdo de gestión
Organización de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Conformaron equipos de salud básicos y complementarios (especialistas). • Mejora en las condiciones físicas y estéticas de la instalación • Organización de los servicios de urgencia en la extensión de horario • Organización de los servicios para la familia, la comunidad y el ambiente • Se introduce la atención a grupos poblacionales de acuerdo a problemas priorizados
Provisión de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos básicos atienden una zona sanitaria • Atención en la comunidad y la institución • Extensión de horario • Se hacen encuesta de calidad a usuarios • Sistema de referencia y contrarreferencia con el Hospital San Miguel Arcángel • Reconocimiento de la familia como proveedora de servicios de salud
Demanda de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Sectorización de la demanda • Identificación de las comunidades y zonas sanitarias en Registros médicos • Carnetización de la población
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Categorización de la población por nivel socioeconómico • Sistema de copago para el Hospital San Miguel Arcángel
Participación social	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de una red de participación social por nivel de atención • Organización de consejos familiares. • Vigilantes de salud en los equipos básicos. • Ampliación de actores sociales
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Organización del proceso de trabajo en equipos básicos, complementarios, conductor. • Mayor coordinación entre los equipos. • Tienen que salir del centro a la comunidad a realizar una intervención de salud, • Realizan más esfuerzo • El médico se compenetra más con el paciente. • La atención es más humana y produce más satisfacción • Se ha incrementado el trabajo con la demanda creciente de las zonas.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Opinión de las Lideresas de Organizaciones Comunitarias

Los dos últimos años son los más sobresalientes en cambios que se han producido como resultado de la Reforma y Modernización del Centro de Salud.

Las usuarias perciben que se han dado cambios en los servicios que cotidianamente consumen en el Centro de Salud. En la Tabla 73, se presentan los tipos de cambios que han sido identificados en la infraestructura, la provisión de los servicios, la organización de la demanda y los recursos humanos, así como los beneficios que éstos han aportado a la población usuaria. Se destacan entre ellos:

TABLA 72. PERCEPCIÓN DE LOS CAMBIOS QUE HA TENIDO EL CENTRO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS Y BENEFICIOS PARA EL PACIENTE.

Area	Tipo de cambio	Beneficios para la población usuaria
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> Se ha agrandado el centro y tiene mejor apariencia Se ha mejorado el ambiente físico, hay más bancas, aire acondicionado, los baños están más limpios 	<p>Los cambios son favorables porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hay más comodidad en las instalaciones Se sienten bien atendidos y mejor tratados, por ello las personas vuelven al centro de salud. Ahora van al centro de salud más tranquilos, no tienen miedo y están más confiados. Conocen mejor a su médico/a Las personas pobres reciben atención ya sea en la comunidad y en el centro Las personas siempre reciben una respuesta a sus problemas de salud.
Provisión	<ul style="list-style-type: none"> Se ha organizado la atención por zonas sanitarias. Los médicos son buenos con la gente La farmacia es más grande y accesible Se ha extendido el horario de atención en la tarde después de las 3.00 p.m., los sábados, domingos y días feriados. La atención es más rápida Los equipos básicos van a la comunidad y la conocen más. Los médicos y enfermeras van a ver a los enfermos en las casas Ha mejorado la calidad de la atención, Ahora ha mejorado el trato y la comunicación con el paciente El equipo realiza actividades de promoción de la salud y dan charlas en la comunidad. 	
Demanda	<ul style="list-style-type: none"> Se agilizan más las citas 	
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Hay más médicos que antes pero no son suficientes. 	

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Una de las entrevistadas expresa: "Los cambios se notan, nos agradan que nos traten bien, que se preocupen por los problemas que vivimos, y sobre todo mirar que nuestro centro de salud parece una clínica privada, quisiéramos que el gobierno no quite estos cambios".

Estas expresiones denotan la satisfacción que sienten las personas que acuden a atenderse al Centro de salud, quienes han vivenciado las

transformaciones producidas en la atención de la salud y se sienten bien con ellas.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

A partir de 1998, las usuarias del Centro de salud de San Isidro han venido experimentando cambios positivos que se han dado en los distintos servicios de salud que brinda. Los cambios han sido clasificados en la Tabla 74, en cinco dimensiones que incluyen condiciones ambientales, provisión de servicios, demanda de atención, financiamiento e infraestructura.

TABLA 73. CAMBIOS PERCIBIDOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

Dimensiones	Santa Elena N° 2	Seis de abril	El Valle de San Isidro
Condiciones ambientales	<ul style="list-style-type: none"> el centro tiene aire acondicionado, tienen televisor para entretenerse 	No identifica	No identifica
Provisión	<ul style="list-style-type: none"> ampliación del horario en las tardes y la atención los fines de semana la farmacia está bien equipada se mejoró el consultorio de odontología y pediatría 	<ul style="list-style-type: none"> atienden los domingos y a cualquier hora después de las 3.00 p.m. atención médica más rápida 	<ul style="list-style-type: none"> Atienden urgencia de lunes a sábado hasta las 7.00 p.m. y los domingos hasta las 5.00 p.m. Hay aparatos nuevos en laboratorio que agilizan los resultados a 8 días lo máximo y cuando son de urgencia salen de una vez.
Demanda	<ul style="list-style-type: none"> ahora no hay cupos para la atención 	No identifica	No identifica
Financiamiento:	No identifica	No identifica	<ul style="list-style-type: none"> Cuando las personas no tienen dinero se les atiende, se les hacen los exámenes y los pagan después.
Infraestructura	No identifica	<ul style="list-style-type: none"> Remodelación del centro 	No identifica

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Sólo el grupo focal de Santa Elena N° 2 reconoce cambios en las condiciones ambientales del Centro de Salud. La expresión vertida por una de las participantes recoge su experiencia respecto a los cambios que se han experimentado en los servicios de salud:

“me siento bien porque ahora hay más comodidad, una se puede sentar y esperar a que me atiendan, antes había que estar de pie, con los hijos cargados, cuando al fin me tocaba mi turno ya estaba cansada y quería irme rápido a mi casa”.

El cambio más notable para los tres grupos en la dimensión de provisión es la extensión del horario de atención los días de semana y la apertura del Centro los sábados y domingos para la atención de urgencias. El cambio ha sido favorable y lo expresa una participante del Valle de San Isidro:

“Antes tenían que ir a clínicas privadas, al Seguro de Transistmica o al Hospital Santo Tomás después de las 3:00 p.m., cuando tenía una urgencia, porque el Centro de Salud cerraba. Ahora que se ha extendido el horario y abren los fines de semana, gasto menos dinero cuando tengo que buscar atención para mi familia”.

Todos los grupos reconocen que con el nuevo modelo, el equipo básico visita todas las semanas la comunidad. Todas saben el nombre de la doctora que le corresponde a su comunidad, así como de la trabajadora social, la enfermera, la promotora de salud y otros profesionales y técnicos que visitan la comunidad para atender a las personas y el ambiente.

Este nuevo servicio que ofrece el Centro de Salud de movilizar a su personal a la comunidad, ha producido satisfacción, por el beneficio que reciben las personas y las personas, en especial los más pobres y los discapacitados.

Así lo expresa una participante de Santa Elena N° 2:

“ La doctora Mayra Correa y su equipo al visitar la comunidad puede captar personas que no van al Centro y les ofrecen ayuda, sobre todo a los niños/as. Las personas que tienen algún problema de salud lo comentan con la doctora o su equipo, no le tienen miedo, ella es muy discreta y comprensiva y siempre les da respuestas, aunque no tengan dinero para pagar la consulta. Es mejor que vengan a la comunidad”.

Este tipo de opiniones son enunciadas con entusiasmo y agrado, porque sienten que los están tomando en cuenta para mejorar su salud y hacer una atención más humana. Una de las personas manifestó que:

“antes nos veían como un número y no como una persona y ahora nos llaman las doctoras por nuestro nombre y nos miran a la cara. Agregan que el personal es muy bueno, atienden muy bien tanto los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadora social”

Se han identificado cambios negativos en la atención, en cuanto a:

- no hay suficientes cupos,
- a veces los médicos no le dicen a las personas lo que les pasa y éstas no saben qué tienen,
- subieron las tarifas de las consultas después de las 3:00 p.m. a B/1.00, cuando siempre ha costado B/0.50

En efecto, los tres grupos entrevistados han coincidido con los cambios que se han dado en la atención y la gestión de la salud, los que califican como positivos y beneficiosos.

Uno de los cambios que se introducen en la provisión de servicios es la constitución de los equipos básicos con responsabilidades sobre conjuntos poblacionales concretos con los que el Comité de Salud debe coordinar para desarrollar una amplia gestión comunitaria de la salud. Seguidamente se presentan las opiniones vertidas sobre lo que son los equipos básicos y el papel que juegan en la Reforma.

4.3.2.6. El Equipo Básico de Salud Como el Eje de la Reforma en la Provisión de Servicios de Salud en el Centro.

El equipo básico constituye el eje central del Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ecológico. Es el responsable de conducir la atención primaria en las Zonas Sanitarias de su responsabilidad. El Modelo contempla también la intervención de los equipos complementarios para la atención de los problemas de salud de mayor complejidad.

Opinión del Equipo de Salud

Se lograron opiniones sobre la definición del equipo básico y complementario, así como las funciones que cumple cada uno. El resultado se aprecia en la siguiente tabla.

TABLA 74. ROLES QUE JUEGA EL EQUIPO BÁSICO Y COMPLEMENTARIO EN EL PROYECTO DE REFORMA DE LA RED PRIMARIA

Tipo de equipo	¿Qué es?	Función
Básico	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo básico es la base del modelo, es el motor que mueve las actividades de salud de la zona sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiza actividades de salud en la comunidad • Identifica los problemas de la familia, el ambiente y de la comunidad en la zona sanitaria, • Realiza campañas de vacunación, identifica inasistentes • Capta, canaliza y da seguimiento a pacientes enfermos o que no se atienden su salud. • Formulan plan de intervención en la zona sanitaria • Dan orientación/ educación a la población
Complementario	<ul style="list-style-type: none"> • Es el equipo de especialistas y técnicos de salud que atienden los problemas de salud de mayor dificultad técnica y social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atiende los problemas de la familia, el ambiente y de la comunidad que no puede atender el equipo básico. • Transfiere tecnología y conocimiento (socialización) a los equipos básicos para mejorar su capacidad resolutive

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El equipo básico se considera la columna vertebral del modelo en la red primaria, cuyo ámbito de acción es la gestión de la salud en la zona sanitaria y su nivel de intervención se circunscribe a los problemas de salud de menor complejidad. Por su lado, el equipo complementario tiene una intervención más especializada, por lo que su capacidad resolutive se orienta a los problemas de complejidad mayor que son posibles atender en el nivel primario de salud. Las

funciones operativas que han sido enunciadas, corresponden a las que deben desarrollar.

El Centro de Salud de San Isidro, cuenta con 4 equipos básicos de salud, los cuales están distribuidos de acuerdo a la zona sanitaria así:

TABLA 75. EQUIPO BASICOS DEL CENTRO DE SALUD

Zona	Responsable
1	Dra. Noris Dávalos
2	Dra. Maira Correa
3	Dra. Diana de Araúz
4	Dra. July Bechaider

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Cabe señalar que cada equipo está liderado por un o una médica general, e integrado por una enfermera, una auxiliar de enfermería y vigilantes de la salud voluntarios. Estos disponen de información sobre la situación de salud de la población y ambiente de la zona que le ha sido asignada, la cual obtienen de diversas fuentes, entre las cuales se destacan el censo familiar, estadísticas del centro de salud, mapa de riesgo epidemiológico, social y ambiental.

Las acciones que desarrolla el equipo básico será, conocidas a través de las opiniones registradas a continuación..

4.3.2.7. Acciones que realizan los Equipos Básicos en la Zona Sanitaria.

Opinión del Equipo de Salud

Las zonas sanitarias se convierten en el espacio estratégico para la producción social de la salud. En ella tienen cabida las acciones emprendidas por el equipo básico y el Comité de Salud, las que deben ser coordinadas.

La experiencia de las personas entrevistadas tanto del equipo básico como del Comité, señalan que las acciones se dirigen a la población en general, pero también se focalizan algunas en los grupos más pobres que han sido identificados.

TABLA 76. ACCIONES QUE SE REALIZAN EN LA ZONA SANITARIA

Equipo de Salud		Comité de Salud
Población general	Se enfatiza con los pobres	
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de líderes • Orientación a la comunidad • Atención a pacientes encamados • Vacunación, • Organizan el consejo familiar. • Inspección a las casas y el ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> • la demanda de servicios al centro • citaciones al centro y si no tienen dinero se les atiende • aporte de leche, otros alimentos y medicamentos • identificación de embarazadas sin control 	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque el Comité realiza muy pocas acciones, ha apoyado en la convocatoria de las personas para las charlas y la organización de grupos en la zona 3

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Aunque se plantea que el nivel primario es el de menor complejidad técnica, se convierte en el de mayor complejidad política y social, ya que entran en juego relaciones y luchas de poder entre actores con diferentes intereses,

algunos evidentes, otros ocultos, los que pueden facilitar u obstaculizar el proceso encaminado a producir salud con participación social.

La asignación del equipo básico en la zona sanitaria, ha generado nuevas formas de participación social figurando los consejos familiares, organizaciones religiosas, comités de trabajo y promotores comunitarios voluntarios. En los párrafos que siguen se verá cómo se inserta la participación social en la Reforma como una estrategia para mejorar la salud de la población.

4.3.2.8. Tipo de participación social que promueve el Centro de Salud con la Reforma y Modernización

Es claro que la Reforma al establecer cambios en el relacionamiento con la población y al transferir responsabilidades a la familia y la sociedad, que anteriormente eran competencia de las instituciones de salud, necesita redimensionar los procesos participativos tradicionales para adecuarlo a las actuales demandas. Para conocer si en realidad se perciben cambios sustanciales en esta nueva visión de la participación social, a partir del proceso de implantación de la Reforma, se ha cuestionado sobre el particular, obteniéndose las respuestas que siguen.

Opinión del Equipo de Salud

El equipo de salud opina que sí se ha producido un cambio con relación al período anterior lo cual se recoge en la siguiente tabla.

TABLA 77. TIPO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL QUE PROMUEVE EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total	11	100.0	2	4	2	3
Controlada	1	9.1	-	1	-	-
Cogestión	8	72.7	2	2	1	3
Auto gestión	2	18.2	-	1	1	-

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El 72.7% respondió que la participación que se está generando es la cogestión y la autogestión con 18.2%. Ello supone que las organizaciones participan en el proceso decisonal, en la ejecución y evaluación de las acciones negociadas con el equipo de salud, lo cual es necesario verificar, especialmente porque este cambio involucra una transformación en las relaciones de poder que ha controlado el equipo de salud, lo que no se produce en tan poco tiempo.

La Reforma está orientada entre una de sus dimensiones a lograr la participación de la gente, en función de lograr legitimidad social y política, para la sostenibilidad de la misma. Las opiniones sobre la percepción de estos objetivos se presentan seguidamente.

4.3.2.9. Objetivos que se propone alcanzar en términos de Participación Social el Proyecto de Reforma y Modernización

Opinión del Equipo de Salud

Uno de los ejes fundamentales del proyecto de Reforma es la participación social. La percepción que se tiene es que aspira alcanzar varios objetivos que se presentan en la tabla a continuación.

TABLA 78. OBJETIVOS QUE SE PROPONE ALCANZAR EN TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EL PROYECTO DE REFORMA

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total de respuestas	16	100.0	3	5	4	4
Participación de la comunidad, Comité de Salud y el Centro en la solución de los problemas de salud	5	31.3	-	4	1	-
Integrar nuevos actores sociales en la producción de la salud	3	18.8	1	-	1	1
Conformar consejos familiares	7	43.7	1	1	2	3
Consolidar a los comités y Federación de Salud	1	6.3	1	-	-	-

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Las opiniones se concentran en la identificación de la conformación de los Consejos Familiares con 43.7%, la participación de la comunidad, el Comité de Salud y el Centro de Salud con 31.2%, y la integración de nuevos actores sociales en la producción social de la salud con 18.8%.

Es importante destacar el reconocimiento que realizan en torno a los Consejos familiares, de cierto modo como una prioridad social que es fundamental para llevar a cabo el trabajo de salud en las zonas sanitarias, en donde el Comité de salud no participa. De alguna manera, la conformación de estos organismos pueden constituirse en una amplia red participativa, que si se articulan con el Comité de Salud es posible generar un movimiento sanitario de gran trascendencia no solo en San Isidro, sino en toda la Región de Salud.

4.3.2.10. Requerimientos que establece la Reforma y Modernización al Comité de salud

Se ha señalado que la implantación del conjunto de cambios en el nivel primario, exige de una organización con el suficiente liderazgo para lograr la integración y participación de nuevos actores sociales, así como de la movilización social para darle viabilidad política y social al proceso. El Comité de Salud es la organización por excelencia, llamada a cumplir con este rol.

Opinión del Equipo de Salud

En la siguiente tabla, y las entrevistadas, opinan de acuerdo al conocimiento y experiencia que tienen de la Reforma, las exigencias que se espera cumpla el Comité de Salud.

TABLA 79. REQUERIMIENTOS QUE PLANTEA LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN AL COMITÉ DE SALUD

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Comple- mentario
Total de respuestas	40	100.0	2	4	2	3
Defender a los más pobres y vigilar que los cambios no afecten a la población	11	27.5	2	4	2	3
Participar en el diagnóstico de la comunidad, diseño y ejecución de estrategias para enfrentar problemas de salud	11	27.5	2	4	2	3
Formar Consejos Familiares e integrar nuevos actores sociales	6	15.0	-	1	2	3
Acompañar y proteger al equipo básico en la comunidad	6	15.0	-	2	2	2
Orientar a la comunidad sobre los cambios que se desarrollan	3	7.5	1	-	1	1
Mayor liderazgo y representación de la comunidad	3	7.5	-	-	2	1

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Todas las personas consultadas están de acuerdo en que la Reforma y Modernización, genera algún nivel de exigencias al Comité de Salud, para que asuma mayor protagonismo en el desempeño de sus tradicionales funciones y las que se incorporan adicionalmente.

De las respuestas obtenidas en la consulta, el 27.5% opina que las exigencias se vinculan al rol de defensoría de la población usuaria y su participación en la gestión local.

Cabe señalar que estas opiniones, aunque no representan la mayoría de las múltiples respuestas seleccionadas, sí fueron escogidas por todos los y las entrevistadas.

Estos dos elementos son de gran importancia, toda vez que los cambios que se introducen en el sistema plantean un modelo de gestión participativo y representativo, que en la práctica se concreta en la conformación del equipo Conductor de la gestión del Centro de Salud, el cual está integrado por delegados de los equipos básicos, complementarios, personal administrativo y directivos del Comité de Salud.

El resto de las respuestas se refieren a la conformación de los Consejos Familiares que son la base de la participación social del modelo y la expectativa de que el Comité acompañe al equipo básico ahora que debe desplazarse a la comunidad.

4.3.2.11. Relación del Comité de Salud con Otros Actores Sociales

Opinión de lideresas de organizaciones comunitarias

Desde el punto de vista estratégico, es fundamental que el Comité se articule con otros actores sociales y establezca alianzas por la salud. La fortaleza de esta organización en los actuales momentos en que la sociedad civil también entra en el movimiento de la globalización, depende de su nivel de articulación y su potencial político de interlocución y negociación con el Estado para satisfacer las demandas de la población en materia de salud, especialmente de los sectores pobres que no tienen quien asuma la defensa de sus intereses. Seguidamente se presentan las opiniones que recogen la

percepción sobre las relaciones sociales que establece el Comité de Salud con otros actores sociales.

TABLA 80. ALIANZAS DEL COMITÉ DE SALUD CON OTRAS ORGANIZACIONES Y RESPALDO SOCIAL DE LA COMUNIDAD

Alianzas	Total	
	Nº	%
Total de respuestas	15	100.0
Comités de Trabajo	7	46.7
Club de padres de familia de la escuela	1	6.7
Grupos y líderes políticos	5	33.3
No tiene	2	13.3

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El 86.7% % de las opiniones emitidas por las entrevistadas, coincide en que Comité de Salud si tiene alianzas con otras organizaciones de la comunidad, mientras que el 13.3% manifiestan que no. Las alianzas mencionadas en el 46.7% de las opiniones son con los Comités de Trabajo de las Juntas Comunales, le siguen los grupos y líderes políticos con 33.3% y el Club de Padres de Familia de la Escuela Domingo F. Sarmientos.

Con relación al respaldo social con que cuenta el Comité, el 77.7% considera que si lo tiene, mientras que el 22.2% opinó que no cuenta con ese respaldo. Este respaldo se nota a través de la integración que ha logrado el Comité de Salud de otros actores sociales en la gestión local de la salud comunitaria.

También se indagó sobre los actores sociales que ha integrado el Comité de Salud en la Gestión de la salud local, indicando que en efecto, se han insertado otros actores sociales, entre los cuales se mencionan:

- Comités de trabajos de la comunidad
- La iglesia
- La escuela
- Las mujeres

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

Los grupos focales de las comunidades Santa Elena N°2 y Seis de Abril, señalan que no saben si el Comité cuenta con algún respaldo social, pues evidente que pocas personas concurren a las votaciones cuando se escoge a la directiva. Por otro lado, nunca han escuchado que realicen actividades con las comunidades periféricas a la sede de dicho Comité, que es en San Isidro centro.

4.3.2.12. Proceso de Participación del Comité de Salud en la Implantación del Compromiso de Gestión

Como fuera explicado con anterioridad, el Modelo de Gestión del Centro de Salud de San Isidro, está basado en la implantación de un Compromiso de Gestión, el cual es un instrumento de relación entre un comprador y un proveedor de servicios sanitarios, en el que se vincula la producción, cantidad, calidad, financiación. El propósito de este instrumento es la consecución del máximo nivel de salud, transformando los recursos financieros disponibles en servicios sanitarios costo-efectivo y de calidad, lo cual se logra a través de los siguientes objetivos (p.e. B&F (1998)):

- Orientar los recursos disponibles hacia la consecución de resultados de salud.
- Favorecer la transparencia de los objetivos definidos y de las obligaciones pactadas.
- Estimular la eficiencia técnica y administrativa
- Fortalecer la influencia del ciudadano

Todo el proceso para la elaboración del diseño, la determinación de las necesidades de la población, la asignación de la población de responsabilidad y de los recursos, fue conducido por la Región de Salud de San Miguelito, específicamente por la Dirección, la Gerencia de Políticas de Salud y de Provisión de Servicios de Salud.

El proceso de participación que culminó con la aprobación y firma del Compromiso de Gestión y su implantación en el Centro de Salud de San Isidro, fue desarrollado mediante cinco fases entre las que se encuentran la problematización, proposición, negociación, ejecución y evaluación, en las cuales se espera que el Comité de Salud haya participado, de acuerdo a las especificaciones establecidas para este fin, y es lo que se verá en la información que a continuación se presenta.

Opinión del Equipo de Salud

De las personas entrevistadas, el 72.7% participaron en las distintas fases de la implantación del Compromiso de Gestión en el Centro de Salud de San Isidro. Ellas pertenecen a los equipos conductor regional y local y las representantes del equipo básico.

TABLA 81. PERSONAS CONSULTADAS QUE PARTICIPARON EN LA IMPLANTACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total	11	100.0	2	4	2	3
Sí	8	72.7	2	4	2	-
No	3	27.3	-	-	-	3

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El 27.3% de las personas que no participaron, forman parte del equipo complementario.

Se presenta el resultado de las opiniones vertidas por las personas participantes en la investigación, las cuales han sido agrupadas en una matriz en la que se destacan seis columnas, la primera contiene las fases del proceso de participación; la segunda incluye las acciones a ejecutarse en cada fase; la tercera se refiere a los actores que participaron; la cuarta recoge las acciones que realmente se llevaron a cabo; la quinta incorpora los factores facilitadores y la sexta los factores limitantes. A continuación se presenta cada una de las cinco fases de participación, describiendo inicialmente en qué consiste y posteriormente las tablas que recogen específicamente en un conjunto de variables, las acciones que se desarrollaron, con la intervención del equipo regional, local y el comité de salud.

- **Fase de Problematización**

Esta fase comprende la identificación y análisis de los problemas o necesidades de la población, el ambiente y los servicios de salud, que fundamentan las respuestas que se tratan de implantar a través del Compromiso de Gestión. Su importancia radica en que debe nutrirse con la participación de los diversos actores que actúan en la producción de la salud con la finalidad de generar iniciativas y acciones que los movilicen hacia la transformación de las situaciones que afectan la salud de la gente y el ambiente.

El aspecto más importante a destacar en esta etapa es que se desarrolla desde la Región de Salud, quien convoca a los diversos actores que se integraron para sentar las bases de las necesidades de la población y del ambiente.

- **Fase de Proposición**

Esta fase da la oportunidad a los actores participantes de acuerdo a los intereses que representan, a formular propuestas propias que permitan negociarlas con el fin de contribuir a la solución de los problemas presentados. La Región presentó la propuesta base, contenida en un documento denominado Acuerdo de Gestión, con el cual el equipo negociador del Centro de Salud, integrado por representantes del equipo conductor, equipo básico y equipo complementario, lo analizan para hacer las contrapropuestas si era el caso.

- **Fase de Negociación**

Esta etapa de gran importancia para la toma de decisiones, ya que los actores sociales que participan en el proceso tienen la oportunidad de conciliar sus puntos de vista divergentes en las propuestas presentadas, así como dirimir los conflictos que ésta ha generado. Lo fundamental es que los acuerdos a los que lleguen, deben permitir establecer compromisos y responsabilidades necesarias para ejecutar las proposiciones acordadas, controlar y evaluar las acciones y lograr las metas propuestas.

La característica de esta fase, es la conflictividad del proceso, que se resuelve una vez los actores logran consensos, dando como resultado la firma de un Compromiso de Gestión, que en la práctica logra muy poca participación del Comité de Salud que asumió un rol más de observador que de negociador, dada la inequidad existente con el equipo de salud local que se toma en el actor de mayor dominio.

- **Fase de Ejecución**

Con la definición de las soluciones, compromisos, responsabilidades y actividades contenidas en el Compromiso de Gestión, se lleva a la práctica en el escenario institucional y comunitario en el marco de una voluntad cogestiva, que responde a la negociación concertada, en donde el Comité de Salud debe jugar un papel importante.

En esta etapa se destacan las responsabilidades que le corresponde desarrollar al Comité de Salud en la ejecución del Compromiso, teniendo presente que se enfrentan a un conjunto de limitaciones que están muy

vinculadas al cambio de gobierno, que podía crear nuevas reglas del juego generando incertidumbre entre todos los actores para la sostenibilidad del mismo.

La ejecución del Compromiso de Gestión como una respuesta a los problemas que dieron su origen, permitirá evaluar si en efecto, las soluciones planteadas han tenido el impacto esperado en mejorar las condiciones de salud de la población.

- **Fase de Evaluación**

En esta etapa se evalúan los procesos y resultados obtenidos con la aplicación del Compromiso de Gestión en términos de efectividad en cuanto a la consecución de los objetivos propuestos en cada uno de sus componentes y el costo que se ha generado. Se espera que todos los actores involucrados hayan realizado sus funciones.

En las siguientes tablas se detallan los pormenores de las experiencias que se desarrollaron en cada una de las fases.

Tabla 82. FASE DE PROBLEMATIZACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN, ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES

Acciones a ejecutarse	Actores participantes	Acciones realizadas	Factores facilitadores	Factores Limitantes
discusión del problema de salud que sustenta el compromiso de gestión	Región de Salud Caja de Seguro Social Expertos de la red primaria Comités de Salud y Promotores de Salud	<ul style="list-style-type: none"> La discusión sobre los problemas de salud se realiza en la Región de Salud, basados en el Plan Regional de salud. Este proceso se desarrolló a partir de un análisis de la situación de salud de la población, del ambiente y los servicios, evidencia científica disponible y la consulta a expertos en cada uno de los problemas priorizados. Éste se constituye en la base del Compromiso de Gestión. Además el Centro de Salud de San Isidro fue acreditado como una instalación de salud de atención primaria 	<ul style="list-style-type: none"> La Región propicia una consulta amplia para elaborar el Plan Regional de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> Se excluye al Comité de Salud porque su organización y participación en el equipo conductor era débil. El Compromiso estaba elaborado cuando se llevó al Centro de Salud. La discusión en esta fase se da entre los funcionarios El equipo de salud está en una situación de ventaja técnica
problemas de salud que se presentan	Región de Salud Caja de Seguro Social Expertos de la red primaria Comités de Salud y Promotores de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Los problemas de salud que son identificados, se priorizan en quince de acuerdo a la magnitud, trascendencia en los grupos poblacionales y vulnerabilidad de la intervención promocional, preventiva, curativa y rehabilitación. 		
representación de demandas y necesidades de la población general	Comité de Salud	<ul style="list-style-type: none"> El Comité de Salud fue excluido de esta fase por tanto no presentó demandas y necesidades de la población. 		

Tabla 83. FASE DE PROPOSICIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN, ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES

Acciones a ejecutarse	Actores participantes	Acciones realizadas	Factores facilitadores	Factores Limitantes
<p>propuestas presentadas por el equipo de salud local y el Comité de Salud</p>	<p>Equipo Conductor Equipo Básico Equipo Complementario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En esta fase participó el equipo de salud local y el Comité de Salud y se discutió la propuesta de Acuerdo de Gestión presentada por la Región. Aquí sólo el equipo de salud, hizo propuestas para modificar la denominación de la propuesta y algunos otros elementos. • El Comité de Salud no presentó propuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se permite la discusión en esta fase, por el proceso participativo que impulsó la Región de Salud de San Miguelito en los equipos funcionales que operaban en el Centro de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Comité de Salud no está preparado para hacer propuestas aunque sepa cuáles son los problemas de salud de la comunidad. • El Centro de Salud es el escenario en que se desarrolla la revisión de la propuesta del Compromiso de Gestión. La ventaja en la discusión la tiene el equipo de salud, que es quien maneja el poder técnico a partir de la información que controla sobre la situación de salud de la gente que acude a los servicios y poco se valora la información que tiene la comunidad para presentar propuestas. • Se produce una lucha de intereses entre los funcionarios, en especial los médicos especialistas que perciben riesgos en el Compromiso de Gestión.

Tabla 84 FASE DE NEGOCIACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN, ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES

Acciones a ejecutarse	Actores participantes	Acciones realizadas	Factores facilitadores	Factores Limitantes
<p>negociación de la propuesta de acuerdo de gestión</p>	<p>Equipo negociador Regional</p> <p>Equipo negociador del Centro de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó un proceso de negociación que fue conflictivo. • Los elementos críticos fueron: <ul style="list-style-type: none"> • incentivos • penalizaciones, • mecanismos de evaluación • la denominación de la propuesta • La preocupación por la penalización radicaba en quiénes serían los funcionarios objeto de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los conflictos generados obligaron a una revisión del proceso negociador para determinar la legitimidad de las firmas de quienes se hacen responsables del Compromiso, y hubo que negociar con la base, especialmente por el elemento de las penalizaciones que contiene y se escogen los nuevos representantes de los equipos básicos y complementarios. • El problema se resuelve y se hacen concesiones en cuanto a algunos conceptos con los que no estaban de acuerdo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fue conflictiva esta etapa por la no representatividad de los actores sociales asignados por el director y no escogidos democráticamente. • La participación del Comité fue muy tímida en las discusiones, más bien se limitaron a hacer presencia, no participaron y se demostró la relación de poder que tiene el Equipo de salud, o sea de la Institución. • Es escenario institucional en que se realiza la negociación coarta la participación del Comité.

<p>Decisiones tomadas</p>	<p>Equipo negociador Regional</p> <p>Equipo negociador del centro de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se concreta un Compromiso de Gestión con una cartera básica de servicios de promoción, prevención, atención para cada grupo poblacional de acuerdo a los problemas de salud priorizados en el Plan Regional de Salud. • El compromiso lo firman el Comité de Salud, equipo de conducción, equipo complementario, equipo básico, directivos de la Región y la Federación de Comités de Salud. • Todos ellos se comprometen a ejecutar el Compromiso, aunque el equipo de salud tiene mayor responsabilidad. Al Comité le corresponden las actividades promocionales y comunitarias. • El compromiso establece los mecanismos de control que el Centro y el Comité se comprometen a cumplir sujetos a incentivos y penalizaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitó la negociación la conducción que hizo el equipo regional y la aceptación de los cambios propuestos. • El Compromiso de Gestión se firma en la sede de la Región de Salud. • Un elemento facilitador para la aceptación del Compromiso fue la existencia de personal en los equipos básicos que a través de su práctica habían visualizado algunas ventajas del Modelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de preparación y seguridad del Comité para presentar propuestas, las únicas que se presentan son las del equipo y son aprobadas sin ningún problema. • La principal dificultad que presentó el equipo de salud fue aceptar las penalizaciones que contienen el Compromiso, con las cuales no estaban de acuerdo y no las tenían claras. • Las relaciones de poder del equipo sobre el Comité fue un factor que limitó la participación de esta organización comunitaria • La lucha de intereses sobre todo de los especialistas que se ven afectados.
---------------------------	--	---	---	---

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de plantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Tabla 85 FASE DE EJECUCIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN, ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES

Acciones a ejecutarse	Actores participantes	Acciones realizadas	Factores facilitadores	Factores Limitantes
Responsabilidades que comparte el Comité de Salud en el grupo técnico en la ejecución del compromiso	Equipo conductor Equipo básico Equipo complementario	<ul style="list-style-type: none"> • Las principales responsabilidades que comparte el Comité de Salud y el Equipo de Salud son las actividades preventivas y promocionales, así como el manejo de los fondos que ingresan por los servicios prestados. • La organización y participación de la comunidad para la ejecución del compromiso le corresponde al Comité de Salud. • Promover la carnetización de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • La voluntad de llevar a delante el modelo, y el deseo de cumplir el trabajo por los funcionarios. • Se define en este Compromiso qué hay que hacer y qué pasa cuando no se cumple. • Los equipos básicos trabajan para continuar su aplicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se realiza el monitoreo de la etapa de ejecución del Compromiso de Gestión. • El cambio de gobierno • Resistencia de algún personal y la comunidad. • Siempre el equipo le corresponde asumir toda la programación porque no se crean las condiciones para la participación del Comité. • No toda la junta directiva participa, no tienen tiempo. • Se mantienen las debilidades económicas y de transporte. • Inseguridad de continuar el modelo. • Fuerzas internas intentan discontinuar el modelo, • El Comité de Salud poco beligerante para dar seguimiento a los acuerdos.

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de plantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Tabla 86 FASE DE EVALUACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN, ACTORES PARTICIPANTES, FACTORES FACILITADORES Y LIMITANTES

Acciones a ejecutarse	Actores participantes	Acciones realizadas	Factores facilitadores	Factores Limitantes
Evaluación del Compromiso de Gestión	Región de Salud Equipo conductor	<ul style="list-style-type: none"> • Se crearon los instrumentos de evaluación en la Región de Salud • Los nuevos directivos del Centro de Salud no realizan la evaluación de manera participativa, pues solo se limitan a entregar las guía a algunos funcionarios para que levanten la información 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de instrumentos de evaluación del Compromiso de Gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de nuevas autoridades en la Región de Salud y el Centro, que no tienen claridad de los procesos desarrollados en la implantación del Modelo de Gestión, ni interés en continuarlo. • No se propicia una evaluación integral y participativa del Compromiso de Gestión, con lo que se rompe con la visión de equipos, establecida en el modelo y se excluye al Comité de Salud nuevamente.

<p>Resultados que se han logrado a un nivel de aplicación del Modelo de Gestión y Organización.</p>	<p>Equipo conductor Equipo básico Equipo complementario</p>	<p>Cambios positivos percibidos por los funcionarios, el Comité de salud y las usuarias de los servicios, consultados en esta investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extensión de horario • Calidad de atención • Agilización de la atención • Mayor acceso de los pobres a los servicios • Confort de los pacientes • Remozamiento de las instalaciones • Mayor sensibilidad en la atención • Sectorización de la demanda • Conformación de equipos básicos y complementarios para la atención • Mayor confianza de los pacientes • Mayor satisfacción del personal • Se humaniza la relación médico-paciente. • Se identifican los riesgos sanitarios por zonas sanitarias • Conformación de Consejos Familiares • Ha mejorado la organización del trabajo • Mayor identificación de la población con su equipo básico. • Establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia. • Contención de la demanda • Sistema de información sectorizado <p>Cambio negativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la tarifa de consulta a \$1.00 en la extensión de horario. 	<p>•</p>	<p>•</p>
---	---	--	----------	----------

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de plantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

4.3.3. Escenario de Transformaciones

En este escenario se evalúa el proceso de participación del Comité de Salud en la implantación del proceso de Reforma y Modernización Sanitaria del nivel local, específicamente en el Compromiso de Gestión de los Servicios. Se analizan los avances en la construcción de ciudadanía, la capacidad de participar en el proceso de Cogestión del Modelo que se desarrolla en el sistema local de salud, el impacto de los avances, la naturaleza, sentido y magnitud de las transformaciones que se han operado en el Comité de Salud y su inserción en los procesos que se llevan a cabo.

Evaluación de la participación del Comité de Salud en la implantación del Compromiso de Gestión en el Centro de Salud de San Isidro

La participación del Comité de Salud en la implantación del modelo de gestión será evaluada en cuatro dimensiones:

Dinámica

- Intensidad de su participación como actor social
- Extensión que ella ha producido, insertando nuevos actores al proceso de producción de la salud

Sostenibilidad

- Tendencia de continuar la participación del Comité de Salud

Eficacia

- Maduración de la participación del Comité de Salud
- Impacto en el logro de las metas de salud

Factores determinantes del proceso de participación del Comité de Salud

A través de la consulta realizada, se trata de observar los procesos participativos en los que se ha involucrado el Comité de Salud en la implantación de la Reforma y Modernización del Modelo de Salud en el Centro de Salud de San Isidro, con el fin de analizar si en realidad se transforman las relaciones y actividades sociales alrededor del desarrollo de la salud, hacia una alternativa funcional de cogestión participativa que impacte en la solución de los problemas que limitan el desarrollo de un buen estado de salud. Seguidamente se presentarán las opiniones sobre la percepción de la incidencia que ha tenido la Reforma de la dinámica del proceso participativo.

4.3.3.1. Dinámica de la Participación del Comité de Salud

Opinión del Equipo de Salud

Los resultados obtenidos son organizados en la tabla 87, en la cual se listan en la primera columna las variables a través de las cuales se evalúa la intensidad de la participación por los distintos equipos que participaron en la investigación.

La información revela que aunque no se ha llevado a cabo un proceso evaluativo del Modelo de Gestión, si se han identificado resultados de la aplicación del Compromiso de Gestión, que son planteados por los equipos de salud y población usuaria de los servicios. Lo cierto es que el Comité de Salud ha tenido una limitada participación en todo el proceso, a pesar de que se le dio la oportunidad de integrarse desde la fase propositiva, sin embargo, su poca preparación y su inseguridad en el manejo de recursos de poder lo llevan a

asumir una actitud sumisa ante el equipo de salud y poco representativa de los intereses de la comunidad, especialmente de los más pobres.

4.3.3.1.1. Intensidad de la Participación Social

Se analiza en este componente de la dinámica de la participación del Comité de Salud, el desarrollo que ha logrado a nivel de protagonismo, la capacidad de gestión, el desarrollo de funciones y la defensoría de los pobres, en todo el proceso de Reforma del centro de salud de San Isidro.

Opinión del Equipo de Salud

- **Protagonismo del Comité de Salud en la implantación del Proceso de Reforma y Modernización del Centro de Salud**

Se registra que el 63.6% de los y las entrevistadas opinan que el Comité de Salud no ha tenido protagonismo en la implantación de la Reforma, en tanto el 36.4% considera que ha sido parcial, debido a que ha participado en gran parte de las acciones que se han desarrollado, pero de una manera un tanto pasiva.

- **Capacidad del Comité de Salud para integrarse en las fases de implantación del Compromiso de Gestión**

En cuanto a la capacidad del Comité de Salud para desarrollar procesos efectivos de participación en la cogestión del Compromiso de Gestión (problematizar, proponer, negociar, ejecutar y evaluar) del Centro de Salud de San Isidro, consideran los y las informantes que no ha mejorado, es decir, no han desarrollado estas capacidades, aunque reconocen que han ganado experiencia.

- **Funciones ejercidas por el Comité de Salud en la implantación de la Reforma y Modernización del Centro de Salud**

Toda vez que el proceso de Reforma exige del Comité de Salud mayor protagonismo y el desarrollo de funciones más innovadoras, la opinión del 72.7%, se inclina a que se han mantenido con las funciones tradicionales, mientras que el 27.3% considera que el Comité ha incorporado nuevas funciones, que le han permitido participar en las actividades realizadas.

- **Beligerancia del Comité de Salud en la defensa de los pobres**

La beligerancia en la defensa de los derechos de los pobres para acceder a los servicios de salud, ha sido reconocida por el 54.5% de la población investigada aunque señalan que es poca, en tanto que el 45.5% dice que no la tiene.

Estos resultados permiten concluir que el Comité de Salud de San Isidro ha tenido una intensidad limitada en la dinámica de participación del proceso de implantación del Modelo de Gestión en el Centro de Salud, que si bien es cierto ha ganado experiencia, es necesario fortalecer sus capacidades para lograr efectividad en su intervención.

BLA 87 EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DE PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Variable	Percepción	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
		Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Protagonismo del Comité de Salud en proceso de Reforma del Centro de Salud	Total	11	100.0	2	4	2	3
	Parcialmente	4	36.4	2	1	1	-
	No ha tenido protagonismo	7	63.6	-	3	1	3
Desarrollo de la capacidad del Comité de Salud para problematizar, proponer, negociar, ejecutar y evaluar implantación del Compromiso de Gestión en el Centro de salud	Total	11	100.0	2	4	2	2
	No ha mejorado, aunque han ganado experiencia	11	100.0	2	4	2	3
Funciones ejercidas por el Comité de Salud durante el proceso de Reforma	Total	11	100.0	2	4	2	3
	Funciones tradicionales	8	72.7	1	2	2	3
	Nuevas funciones	3	27.3	1	2	-	-
Beligerancia del Comité de salud en la defensa de los derechos de los pobres para acceder a los servicios de salud	Total	11	100.0	2	4	2	3
	No ha tenido beligerancia	5	45.5	-	2	2	1
	Poca beligerancia	6	54.5	2	2	-	2

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

4.3.3.1.2. Extensión de la Participación del Comité de Salud en la implantación de la Reforma y Modernización

Opinión del Equipo de Salud

En la extensión de la participación del Comité de salud de San Isidro, se investiga sobre las variables que tienen que ver con la capacidad de convocatoria y movilización de otros actores sociales hacia objetivos de salud, que se presentan en la Tabla 88.

- **Integración de nuevos actores sociales en la Implantación de la Reforma y Modernización del Centro de Salud**

El Comité de Salud no ha incorporado nuevos actores sociales en el proceso de implantación del modelo de gestión y provisión de los servicios de salud en San Isidro, opinión que ha sido vertida por el 91.0 % de las personas entrevistadas. El 9.0% reconoce que sí lo ha hecho, y en la consulta realizada han mencionado los actores sociales con los que se vinculan e integran en las actividades de Salud y promoción del nuevo Modelo que han desarrollado en la comunidad.

- **Integración de los pobres como Actores Sociales**

Los pobres tampoco han sido incorporados como actores con capacidad de protagonismo en la implantación del nuevo Modelo de Gestión y Provisión de servicios por el Comité de Salud, lo cual es señalado por el 91.0% de los y las entrevistadas.

- **Status del proceso participativo del Comité de Salud en la implantación de la Reforma y Modernización**

- **Status del proceso participativo del Comité de Salud en la implantación de la Reforma y Modernización**

Con relación al status del proceso participativo del Comité de Salud en el proceso de Reforma del Centro, opina el 54.5% de las personas informantes que ha tenido avances, 27.3% que ha retrocedido y 18.2 % que se mantiene igual a como han funcionado siempre.

Tabla 88 EVALUACIÓN DE LA EXTENSIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Variable	Percepción	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
		Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Incorporación de nuevos actores locales a la cogestión del nuevo modelo de Gestión y provisión de servicios por el Comité de Salud	Total	11	100.0	2	4	2	3
	Ha incorporado algunos actores	1	9.0	-	1	-	-
	No han incorporado actores	10	91.0	2	3	2	3
Incorporación de los pobres como actores con capacidad de protagonismo en la implantación del nuevo modelo de gestión y provisión de servicios	Total	11	100.0	2	4	2	3
	Sí se han incorporado en los consejos familiares	1	9.0	-	-	1	-
	No se han incorporado porque no se han organizado	10	91.0	2	4	1	3
Cambios del proceso participativo del Comité de Salud en el proceso de reforma del Centro	Total	11	100.0	2	4	2	3
	Ha tenido avances	6	54.5	2	2	1	1
	Se mantiene igual	2	18.2	-	1	-	1
	Ha retrocedido	3	27.3	-	1	1	1

fuente. Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

4.3.3.2. Sostenibilidad de la Participación del Comité De Salud en la implantación de la Reforma y Modernización

La sostenibilidad depende de un conjunto de factores internos de la organización denominada Comité de Salud y de factores externos que tienen que ver entre otros con las facilidades que ofrezca la dirigencia del Centro y los equipos de salud para que se produzca una participación permanente y efectiva.

En este tema, se abordan, variables que tienen que ver con el establecimiento de procesos recíprocos que viabilizan la participación del Comité de salud en el cogerenciamiento del Modelo de Gestión del Centro de Salud para lograr mejorar las condiciones de salud de la población, en especial de los más necesitados. Se presenta en la Tabla 89.

- **Poderes adquiridos por el Comité de Salud para participar como actor en la implantación de la Reforma y Modernización**

Se aprecia que el 72.2% de las respuestas obtenidas, indican que el Comité de Salud ha adquirido poderes para protagonizar la cogestión del nuevo modelo de gestión y provisión en San Isidro, mientras que el 27.8% opinan que no ha sido así.

De las que están de acuerdo con esta afirmación, el 46.2% respectivamente, opina que los poderes se traducen en el mayor conocimiento y experiencia que ha alcanzado y en el fortalecimiento de su rol en la gestión de los fondos. El 7.6% señala que se ha reforzado políticamente. Sin embargo hay una percepción de que estos poderes no los utilizan para exigir un cambio en las condiciones de participación en la cogestión que espera la comunidad.

- **Mecanismos facilitadores para la cogestión del Comité de Salud, desarrollados por la Dirección del Centro de Salud.**

Todas las personas investigadas opinaron que la dirección del Centro de Salud ha implantado mecanismos concretos para lograr la participación sostenible y efectiva de los Comités en la gestión del Centro de Salud. Entre los mecanismos mencionados en las opiniones vertidas por los y las entrevistadas figuran las firmas de cheques de los fondos de autogestión para los gastos que tiene el Centro de Salud con 55.0%. Esta es la actividad mayormente realizada y establecida legalmente, por tanto, aunque las respuestas la privilegie, como facilitadora de la participación del Comité en la gestión, no es un nuevo mecanismo establecido.

Otro de los otros mecanismos señalados por el 30.0% de las opiniones, se cita la invitación que se hace al Comité para que se integre en algunas actividades que el Centro realiza, le sigue consulta cuando se va a tomar decisiones con relación a gastos de los fondos de autogestión y la información de perfiles de puestos para la contratación del personal de nuevo ingreso.

En realidad, todas las acciones señaladas como mecanismos para lograr la participación sostenible y efectiva de los Comités en la gestión del Centro de Salud están establecidas legalmente sin embargo no se realizan a menudo, sólo aquellas de las cuales dependen el funcionamiento del Centro como son la compra de insumos, equipos, contratación de recurso humanos para lo cual necesitan que el Comité de Salud autorice el uso de los fondos de autogestión.

ABLA 89

SOSTENIBILIDAD DE LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Variable	Percepción	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
		Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Poderes adquiridos por el Comité de Salud para protagonizar la cogestión del Nuevo Modelo de Gestión y Organización	Total de respuestas	18	100.0	4	9	2	3
	No ha adquirido ninguno	5	27.8	-	-	2	3
	Sí ha adquirido poderes:	13	72.2	4	9	-	-
	. Conocimiento y experiencia	6	46.2	2	4	-	-
	. Refuerzo político	1	7.6	-	1	-	-
	. Fortalecimiento de su rol en la administración de los fondos del Centro de Salud	6	46.2	2	4	-	-
Mecanismos concretos que ha implantado la dirección del Centro de Salud para lograr la participación sostenible y efectiva de los Comités en la gestión del Centro de Salud	Total de respuestas	20	100.0	2	10	4	4
	Se les consulta cuando se va a tomar decisiones con relación a gastos de los fondos de autogestión.	2	10.0	-	2	-	-
	Se les informa los perfiles de puestos para la contratación del personal que ellos proponen.	1	5.0	-	1	-	-
	Se le invita a que se integre en algunas actividades que realiza el Centro de Salud	6	30.0	-	3	2	1
	Firman los cheques de los fondos de autogestión para los gastos que tiene el Centro de Salud	11	55.5	2	4	2	3

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

4.3.3.3. Eficacia de la Participación del Comité de Salud

En la eficacia se consultan cuatro variables en la Tabla 90 que tiene que ver con la incidencia del Comité de Salud en el logro de los objetivos trazados en el Modelo de Gestión y Provisión de Servicios de Salud, mediante la cogestión con el equipo de salud.

Opinión del Equipo de Salud

- **Desarrollo de la Capacidad Gerencial del Comité de Salud**

Esta variable incide significativamente en el desarrollo de un proceso de cogestión efectivo, eficiente y eficaz. Al respecto el 88.9% de las opiniones vertidas, indican que sí se han dado avances en el desarrollo de la capacidad gerencial de Comité. Otro 11.1% consideran que no hay avances. Entre los avances, el 43.8% señala que ha logrado madurez y conocimientos en el manejo gerencial, 37.5%, el 37.5% de las respuestas indican que ahora, la Junta directiva del Comité de Salud exige a los directivos del Centro de Salud participación en la toma de decisiones con mayor propiedad que antes, especialmente en todas las acciones que están relacionadas con el uso de los fondos de autogestión que constituye su patrimonio. Un 18.7% dice que ahora controlan y vigilan más los servicios de salud.

- **Autonomía del Comité de Salud para ejercer el rol de abogacía de la población usuaria**

El 63.6% de las opiniones de los y las informantes se refieren a que el Comité de Salud, sí tiene autonomía para ejercer el rol de abogacía, mientras que el 36.4% opinaron lo contrario.

El rol de abogacía es percibido en dos dimensiones, la autonomía legal y real. Sobre el particular, el 78.6% de las opiniones que reconocen la autonomía del Comité de Salud, la ubica en la dimensión legal, es decir, está fundamentada en la Ley que lo crea, a pesar de ello, el 21.4% considera que ejerce su autonomía real cuando presenta a la dirección de la Institución, quejas, reclamos y solicitudes de buen trato o de atención para los pacientes que no tienen recursos. Ello denota una brecha entre lo legal y lo operativo, lo que significa que el Comité no ejerce la autonomía que la Ley consigna.

- **Defensa del derecho a la salud de los pobres**

La defensa por los pobres a la salud no es una prioridad para la directiva del Comité de Salud según el 54.5% y por tanto no han establecido ningún mecanismo formal o informal para desarrollar acciones de defensoría, mientras que el 45.5% indica que sí han realizado algunas actividades, entre ellas, interceder ante la dirección para solicitar que se den créditos a los pacientes que no tienen dinero.

- **Participación del Comité de Salud en la cogestión, en cumplimiento del Decreto Ley N° 401**

En cuanto al cumplimiento de las disposiciones del Decreto N° 401, relativas a la cogestión del centro de salud, el 61.5% de las opiniones, indican que sí participa en la cogestión, en tanto que el 38.5% dice que no se cumplen con todas las disposiciones contempladas en el Decreto N° 401, relativas a este tema.

Las opiniones que se inclinan a aceptar el cumplimiento, en un 68.8% anotan que la participación está limitada a la administración de los fondos de autogestión y la firma de cheques, el 31.2% restante, agrega que participan en actividades de promoción de la salud.

TABLA 90 EFICACIA DE LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

Variable	Percepción	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
		Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Desarrollo de la capacidad gerencial del Comité de Salud para participar de manera eficiente en la gestión del centro de salud durante la reforma.	Total de respuestas	18	100.0	2	10	3	3
	No ha desarrollado capacidad gerencial	2	11.1	-	-	-	2
	Si ha desarrollado capacidad gerencial:	16	88.9	2	10	3	1
	• Exigen participación en la toma de decisiones de todo lo relacionado con el manejo de los recursos de autogestión.	6	37.5	-	4	1	1
	• Han alcanzado más madurez y conocimiento en el manejo gerencial	7	43.8	2	4	1	-
	• Controlan y vigilan más los servicios de salud	3	18.7	-	2	1	-
Autonomía real del Comité de Salud para desarrollar acciones de abogacía de los derechos de los usuarios	Total de respuestas	22	100.0	4	8	4	6
	No tiene autonomía	8	36.4	2	2	1	3
	Si tiene autonomía:	14	63.6	2	6	3	3
	• Autonomía legal	11	78.6	2	4	2	3
	• Autonomía real, presenta a la dirección quejas, reclamos, solicitudes de buen trato o de atención cuando los pacientes no tienen recursos.	3	21.4	-	2	1	-

Mecanismos que emplea el Comité de Salud para defender los derechos a la salud de los usuarios	Total de respuestas	11	100.0	2	4	2	3
	Hablar con la dirección y solicitar que se den créditos para los pacientes que no tienen dinero	5	45.5	-	3	1	1
	No han establecido mecanismos formales ni informales.	6	54.5	2	1	1	2
Cumplimiento de las disposiciones del Decreto N° 11, relativas a la cogestión del Centro de Salud	Total de respuestas	26	100.0	4	10	6	6
	No cumplen con todas las disposiciones	10	38.5	2	4	2	2
	Si cumplen algunas disposiciones:	16	61.5	2	6	4	4
	• Limitada a la administración de los fondos y firmas de cheques.	11	68.8	2	4	2	3
	• Participan en actividades de promoción de la salud.	5	31.2	-	2	2	1

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de plantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

4.3.3.4. Determinantes del Proceso de Participación del Comité de Salud

Los determinantes constituyen el conjunto de factores a los cuales se enfrenta el Comité de Salud en el escenario en que opera, cuya incidencia puede posibilitar o restringir su participación en el cogerenciamiento del modelo de gestión y provisión de los servicios de salud de San Isidro. Tales factores han sido identificados en el ambiente interno de la organización a través de fortalezas y debilidades y en el ambiente externo en el que se consideran las amenazas y oportunidades.

- **Fortalezas y debilidades que enfrentan el Comité de Salud para el cogerenciamiento del Compromiso de Gestión del Centro de Salud de San Isidro**

Es claro que el desempeño del Comité de Salud en la gestión compartida con el equipo de salud, se presentan un conjunto de factores que son determinantes para que este proceso se desarrolle de una manera eficiente, eficaz, efectiva y con equidad, los cuales están vinculados al funcionamiento de la propia organización. Se presenta en la Tabla 91, la opinión vertida por la población investigada, en la cual se identifican fortalezas y debilidades del Comité en las dimensiones personal, técnica, económica, política y social. A continuación se presentan los resultados de la consulta.

Tipo	Dimensiones				
	Personal	Técnica	Económica	Política	Social
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> Las personas que participan en la directiva saben que realiza un trabajo voluntario. La presidenta es una líder natural, con experiencia, y buenos contactos La presidenta ocupa el cargo de vicepresidenta de la federación de Comités de Salud. La presidenta y algunas miembras directivas, tienen una actitud positiva para el trabajo comunitario. La presidenta es una persona perseverante y siempre está vigilante en el Centro. La mayoría de las miembras de la Directiva del Comité de salud son responsables 	<ul style="list-style-type: none"> La Directiva ha recibido capacitación sobre la Reforma Sanitaria, y los Modelos de Gestión y Provisión de servicios en la red primaria. Saben cómo trabajar con la comunidad y pueden apoyar al equipo de salud 	<ul style="list-style-type: none"> De acuerdo a la Ley, el Comité debe administrar los fondos de autogestión como su patrimonio y por tanto se le exige que firmen los cheques para el uso de estos recursos, como un requisito de validez. 	<ul style="list-style-type: none"> El Comité de Salud está integrado a la Federación de Comités de Salud de San Miguelito Posee influencia partidista Tienen capacidad de interlocución con las autoridades El Comité es escogido por votación popular. Avances en la institucionalización del Comité 	<ul style="list-style-type: none"> Realizan un trabajo voluntario en la comunidad Conocen sus derechos y los exige cumplimiento al personal Se identifica con los problemas de salud de algunas áreas de San Isidro. Conocimiento de los aspectos culturales de la comunidad

<p>habilidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel académico de los directivos del Comité • Frustración y sentimientos de impotencia. • No ejercen sus funciones ni las hacen cumplir • Todas las miembros son mujeres y no disponen del tiempo necesario para dedicarlo a la organización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Están en desventaja técnica en la relación con el equipo de salud porque éstos controlan información. • No ejercen suficiente presión para integrarse realmente al manejo técnico de la administración del Centro de Salud • Inseguridad de aportar su conocimiento sobre el manejo de la comunidad al equipo de salud • Carecen de un programa de capacitación permanente para mejorar su desempeño. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Comité no devenga salario y tiene que sufragar sus propios gastos cuando realiza trabajo de la organización. • No tienen control real sobre los fondos de auto gestión del centro de salud y no pueden disponer de éstos para actividades en la comunidad. • No realizan actividades para recaudar ingresos adicionales. • No sabe manejar la ventaja que tiene la administración de los fondos para capitalizar en otras dimensiones de la participación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitada representatividad y poca capacidad de convocatoria y movilización • La duración del Comité es de un año • Las asambleas generales no se desarrollan. • Limitados mecanismos de articulación con las comunidades de San Isidro • Algunas de las miembros del Comité se han retirado, debilitando a la organización. • Limitado manejo de los aspectos políticos de la comunidad. • Poca capacidad de negociación • Débil organización • Limitadas alianzas con otros actores sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitado mercadeo social de la organización en la comunidad. • El Comité no se proyecta a las comunidades de San Isidro. • Poco defienden a la gente que lo necesita. • Falta de cohesión • No se informa a la comunidad sobre el Comité y sus proyectos.
--------------------	--	--	--	---	---

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de plantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Las debilidades que se presentan son obstáculos significativos que inciden en su ejecutoria para cumplir con la función de cogestión del Centro de Salud en el desarrollo de los modelos que están implantando en el marco de la Reforma y Modernización del Centro. Entra en juego un elemento importante que es el poco tiempo que permanece la Junta Directiva asumiendo este rol que es por un período de un año, aunado al hecho de que su aprendizaje es más ensayo y error, que el producto de un proceso sistemático de capacitación para alcanzar los objetivos esperados. Este conjunto de debilidades impide el desarrollo de una Junta directiva autónoma, beligerante defensora y controladora del bien salud, en beneficio de la población, en especial de la más necesitada. A pesar de ello, puede ser posible superar estas debilidades con un Plan estratégico que se diseñe para tal fin.

Por otro lado, los y las entrevistadas (os) opinan que el Comité de Salud, se enfrenta a otros factores que condicionan su participación de acuerdo a la Tabla 93, entre los cuales se encuentran con 33.3% de las opiniones el desgaste ciudadano por las promesas políticas incumplidas, cuya manifestación se traduce en un repliegue de la movilización social, en una dependencia hacia el Estado y la desesperanza de la población. El 27.8% considera que otro factor lo constituyen los líderes con determinadas capacidades, que necesitan no sólo su condición natural de líderes, sino su formación de liderazgo, que involucra el manejo de un conjunto de poderes y de instrumentos para lograr objetivos para el bienestar social.

Tabla 92 FACTORES HAN CONDICIONADO EL STATUS DEL COMITÉ DE SALUD EN EL PROCESO DE REFORMA DEL CENTRO DE SALUD

Variable	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total de respuestas	18	100.0	2	8	3	5
Tradición/cultura	3	16.7	1	2	-	-
Personas con determinadas capacidades	5	27.8	-	3	1	1
Desgaste ciudadano	6	33.3	-	2	1	3
Integración política	4	22.2	1	1	1	1

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de gestión de la salud, durante la fase de implementación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

El 22.2% señala que la coyuntura política condiciona la participación del Comité de Salud, debido a que en los últimos años las directivas de estas organizaciones están apoyadas por políticos de partidos que están en el poder, de los cuales reciben respaldo económico, especialmente cuando se realiza el proselitismo electoral para escoger a la Junta Directiva. Un 16.7% opina que las tradiciones y la cultura condicionan la participación, especialmente en comunidades que han logrado algún nivel de desarrollo por el movimiento popular organizado, que en su momento logró objetivos importantes.

Opinión de Lideresas de Organizaciones Comunitarias

En el desarrollo de la consulta a las entrevistadas, se presenta la percepción de las fortalezas y debilidades que tiene el Comité de Salud para desarrollar los objetivos, fines y funciones que le consigna la Ley para enfrentar los problemas de salud de la población, el ambiente y la comunidad.

En la tabla que sigue a continuación, se presentan las fortalezas y debilidades que han sido identificadas por las entrevistadas.

TABLA 93. FORTALEZAS Y DEBILIDADES IDENTIFICADAS EN EL COMITÉ DE SALUD PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD

Tipo	Dimensiones				
	Personal	Técnica	Económica	Política	Social
Fortalezas	La presidenta es reconocida como líder natural en la comunidad	Han sido capacitadas El Comité organiza seminarios y cursos para orientar a la comunidad	No identifican	Tiene poder de convocatoria en su comunidad Forman parte de la Federación de Comités de Salud Han sido consultados en las acciones de la modernización del centro.	Tienen en la directiva personas que quieren hacer cosas por su comunidad sin recibir recompensa
Debilidades	Las miembras directivas no disponen de suficiente tiempo	No identifican	Deben aportar de sus recursos para el desarrollo de las actividades comunitarias	No son conocidos en todas las comunidades Solo atienden su comunidad	No ayudan a la gente

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Es importante destacar en las percepciones recogidas en las entrevistas sobre fortalezas, el reconocimiento que hacen de la presidenta del Comité como una lidereza natural con trayectoria en la comunidad, además de las ventajas políticas en cuanto a la capacidad de convocatoria y el estar afiliado a la Federación de Comités de Salud, como el máximo organismo que aglutina a todos los Comités de Salud de la Región de Salud de San Miguelito. En el aspecto social se destaca la conciencia de servir a los demás que es propia de

las personas que se dedican a estos menesteres, que no les producen ganancias económicas.

Las debilidades más sobresalientes se inclinan hacia la dimensión personal con relación al limitado tiempo de las integrantes de la junta directiva, para dedicarse a las tareas de gestión social comunitaria, lo cual adquiere un peso significativo, refiriéndose a mujeres que dirigen esta organización y deben dedicar gran parte de su tiempo a las tareas de reproducción social.

En la dimensión política un elemento de gran influencia es el desconocimiento que tienen gran parte de las comunidades de la existencia del Comité de Salud y su falta de proyección hacia estas áreas. Ello se debe a que las actividades en las que participa el Comité se realizan en San Isidro centro, especialmente las comunidades cercanas al centro de Salud. Desde el punto de vista social se plantea que no ayudan a la gente más necesitada, teniendo en cuenta que ésta es una de las funciones del Comité.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

Los grupos consultados no identificaron fortalezas en el Comité de Salud para el desarrollo de la gestión de la salud local. Ello se explica por la inexistente experiencia de la comunidad en compartir actividades de salud con el Comité.

TABLA 94. FORTALEZAS Y DEBILIDADES IDENTIFICADAS EN EL COMITÉ DE SALUD PARA ENFRENTAR LOS PROBLEMAS DE SALUD

Comunidad	Santa Elena N° 2	Seis de Abril	Valle de San Isidro
Fortalezas	No las sabe	No tienen	No tienen
Debilidades	No las sabe	No son conocidos en la comunidad	No se relacionan ni se comunican con las comunidades.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Las debilidades son claramente identificadas por la comunidad Seis de Abril y el Valle de San Isidro, que coinciden en que el Comité de Salud no es conocido en la comunidad, debido a que poco se relaciona con ésta. Ello le resta el respaldo social y la fuerza política que necesita para enfrentar los problemas de salud que tiene la población.

Las opiniones de los tres grupos en cuanto a las fortalezas tienen coincidencia en cuanto al reconocimiento que tiene la presidenta del Comité a nivel comunitario, como lidereza natural y con trayectoria de lucha. Sin embargo, existen opiniones afines entre el equipo de salud y los grupos focales, en cuanto a que la principal debilidad es su poca proyección hacia las comunidades, el desconocimiento que éstas tienen de su existencia, lo que resta representación y respaldo político.

- **Oportunidades y Amenazas que enfrenta el Comité de Salud para el Cogerenciamiento del Compromiso de Gestión**

Opinión del Equipo de Salud

A continuación se presentan las oportunidades y amenazas que debe enfrentar el Comité de Salud en su relación con el centro de salud para lograr una verdadera articulación que facilite el cogerenciamiento del Compromiso de Gestión y Provisión de Servicios.

ABLA 95

OPORTUNIDADES Y AMENAZAS QUE ENFRENTA EL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO

Tipo	Dimensiones				
	Personal	Técnica	Económica	Política	Social
oportuni- ades	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo básico necesita del Comité de Salud para que lidere el trabajo de salud en la comunidad • El equipo básico desea continuar con el nuevo Modelo de Atención • Existe una buena identidad corporativa en el personal del Centro de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Centro se encuentra desarrollando un Modelo de Gestión que es participativo • El equipo de Salud manejan los elementos técnicos de la gestión y provisión de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Centro necesita del Comité de Salud para el manejo de los fondos de autogestión. • Se necesitan incrementar los ingresos para atender otras necesidades de la población, especialmente de los pobres. 	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo de Salud tiene capacidad para negociar con el Comité de Salud. • Capacidad para concertar otros actores sociales y con la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • El Centro de Salud tiene una buena imagen en la comunidad.

amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Poca comunicación, estilo de liderazgo centralista de la dirección • Sentimientos de suficiencia del director. • Exceso de centralismo de la toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Los equipos básicos desconocen el manejo socio político de la comunidad y no integran al Comité de Salud. • Existe desconocimiento de las funciones del Comité de Salud. • No se le da información oportuna y suficiente al comité de salud para la toma de decisiones. • No se realizan reuniones de coordinación entre el equipo de salud y el Comité de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • La dirección decide sobre el uso de los fondos de autogestión y quiere que la directiva firma los cheques desconociendo su opinión. • Se percibe al Comité como un obstáculo para la gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Posible eliminación del Modelo de Gestión • Conflictos con los partidos políticos que respaldan a las directivas para ganar las posiciones de trabajo que les permita cumplir con el clientelismo político. • Subordinan y excluyen al Comité de Salud de las decisiones sobre asuntos importantes de salud. • La dirección espera un Comité pasivo y manejable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicialmente el personal médico no quería salir a la comunidad. • Temor del personal por la inseguridad social en las comunidades. • Desvalorizan a los/las miembros del Comité de Salud porque no están al mismo nivel.
----------	---	--	---	---	--

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

En esta tabla se aprecia que el Centro de Salud desarrolla conductas que limitan la adecuada coordinación con el Comité, en las distintas dimensiones que han sido presentadas. Las oportunidades, conjugadas con las fortalezas del Comité pueden contribuir con una adecuada dirección y metas claras, al logro de los productos que espera el modelo. Sin embargo, la realidad indica que no existe una intención verdadera de parte de las autoridades del Centro de Salud en compartir poder con esta organización, lo que conlleva a un desgaste, la generación de conflictos innecesarios y sobre todo a limitar las oportunidades de los sectores desprotegidos que requieren que esta organización se integre plenamente para liderar la producción social de la salud con equidad.

Las amenazas, en efecto deben ser analizadas, y sobre todo evidenciadas las intenciones, a fin de que se trabaje en su conversión a oportunidades para que todas las partes salgan beneficiadas por la salud y el desarrollo, ya que los tiempos actuales requieren de relaciones sólidas y productivas entre el Estado y la sociedad civil para enfrentar los problemas del desarrollo social y económico de la población.

4.3.3.5. Recomendaciones para Mejorar la Cogestión del Sistema Local de Salud de San Isidro.

La cogestión del sistema local de salud de San Isidro, requiere del esfuerzo de todas las fuerzas sociales que incluye la variedad de actores sociales gubernamentales y no gubernamentales que coexiste en el escenario sanitario de San Isidro. El proceso de Reforma y Modernización del Centro, ofrece los mecanismos para lograr la integración de los de todos los actores en

un movimiento por la salud, tendiente a lograr la eficiencia, eficacia, efectividad, equidad y calidad de la participación social en el desarrollo del Modelo de Gestión y el Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ecológico. Todos los aportes son necesarios para lograr el desarrollo de iniciativas creativas para alcanzar el objetivo de mejorar la cogestión del sistema local de salud de San Isidro.

Opinión de Lideresas de Organizaciones Comunitarias

Las entrevistadas realizan recomendaciones, tendientes a mejorar la cogestión local de la salud, las cuales dirigen al Centro de Salud y al Comité de Salud y son recogidas en las Tablas 96 y 97, a continuación se presentan.

TABLA 96. RECOMENDACIONES AL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO PARA MEJORAR LA COGESTIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD

Áreas de acción	Acciones sugeridas
Trabajo directo con la comunidad	Conocer mejor a la Comunidad
	Realizar reuniones con la comunidad de manera permanente
	Brindar orientación a la comunidad
	Que el equipo básico de salud acuda a las comunidades con más frecuencia
	Realizar más actividades de promoción de la salud en la comunidad
	Identificar e integrar a las organizaciones que existen en la comunidad
Relaciones con el Comité de Salud	Reconocer al Comité de Salud como una organización, legalmente constituida, que representa a la comunidad
	Crear incentivos para los y las dirigentes (es) del Comité de Salud
	Integrar al Comité de salud en la toma de decisiones sobre los asuntos de salud
	Respetar las disposiciones que establece la Ley
	Tratar al Comité como un aliado y no como un peligro para la institución y sus directivos.
Atención de los pobres	Establecer las facilidades para que la gente pobre sea atendida aunque no tenga dinero para pagar los servicios
	Tratar a la gente pobre, como seres que tienen derecho
	Dar una atención con preferencia a sus problemas en la comunidad, ya que se enferman más.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Las recomendaciones al Centro de Salud se concretan en tres dimensiones:

- Las dirigidas al trabajo directo con la comunidad, en donde las acciones que se señalan, tienen que ver con las relaciones que se establecen con ésta, a partir del conocimiento que se tiene de ella.

- Las que se vinculan con las relaciones con el Comité de Salud, que hace referencia al reconocimiento de esta organización, con los poderes y responsabilidades que le son propias.
- Las dirigidas a la atención de los pobres para garantizar el aseguramiento de la atención de su salud.

TABLA 97. RECOMENDACIONES AL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO PARA MEJORAR LA COGESTIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD

Áreas de acción	Acciones sugeridas
Cumplimiento de funciones establecidas en el Decreto N° 401.	Crear las Comisiones de Trabajo en todas las comunidades
	Trabajar para resolver los problemas de salud de todas las comunidades de San Isidro, en especial de los más pobres
	Realizar las asambleas con los miembros del Comité
Empoderamiento del Comité de Salud	Exigir al Centro de Salud la participación real en la toma de decisiones
	Crear los mecanismos con la comunidad, para exigir que el Centro de salud cumpla con el Decreto N° 401
	Representar adecuadamente a las personas de la comunidad
	Establecer los medios de defensa de la gente, cuando se violan sus derechos en salud
Establecimiento de Alianzas	Establecer relaciones con otras organizaciones sociales dentro y fuera de la comunidad
	Participar en la Federación de Comités de Salud
Disminución de conflictos	Desvincularse de los partidos políticos
Fortalecimiento político	Incrementar los miembros /as

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Las entrevistadas hacen recomendaciones al Comité de Salud, las cuales se ubican en cinco dimensiones:

- Cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto de Gabinete N° 401, que crea los Comités de Salud, haciendo énfasis en la

ampliación de la base participativa y democrática, a través de la formación de las Comisiones de Trabajo en todas las comunidades de San Isidro y el desarrollo de las asambleas, que no se realizan. Plantean además acciones dirigidas a la solución de los problemas de salud de la población a quienes representan.

- Empoderamiento, referido a la exigibilidad del derecho legal y social a participar e la toma de decisiones en la gestión de la salud del sistema local de San Isidro.
- Fortalecimiento de las alianzas sociales y políticas.
- Disminución de conflictos, vinculados a la política partidista.
- Incremento de la membresía, como un mecanismo de fortalecimiento de su poder político.

Este listado de recomendaciones, todas posibles de realizar para mejorar la eficiencia, eficacia, efectividad, equidad y calidad de la cogestión de la salud local, pueden ser consideradas en la formulación de un plan estratégico para lo cual será necesario establecer los mecanismos operativos para ello.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

Los grupos consultados realizaron un conjunto de recomendaciones, que desde su visión pueden contribuir en la solución de los problemas que afectan el funcionamiento del Comité de salud en el cogerenciamiento del Modelo de Gestión y provisión de los servicios de salud y de la Comunidad, de la cual se espera más protagonismo y compromiso por la salud.

TABLA 98. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA COGESTIÓN DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD DE SAN ISIDRO

Comunidad	Recomendaciones	
	Comité de salud	Participación de la comunidad
Santa Elena N° 2	Darse a conocer, visitar las comunidades y hablar con la gente.	Unirse más, desarrollar más confianza entre ellos, evitar los conflictos, comunicarse
Seis de Abril	Dar a conocer el Comité de Salud, orientar a la comunidad acerca de lo que es esta organización, promover la inscripción de nuevos miembros en el libro de registro	Realizar reuniones de orientación sobre asuntos de salud en la comunidad. Integrar a las personas más pobres en las organizaciones de la comunidad.
Valle de San Isidro	Que se brinden charlas, orientación a la comunidad en aspectos de salud, que visiten las comunidades, que recauden fondos para ayudar a los más necesitados. Debe ser un Comité sólido y comunicativo	Se necesita organizar más grupos y personas para trabajar por la salud de la comunidad que ya se están perdiendo esas costumbres de trabajar unidos para obtener las cosas.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Tanto el grupo de Santa Elena N° 2, como el de Seis de Abril, consideran que el Comité debe realizar una labor de mercadeo social, dándose a conocer en las Comunidades, lo que significa visitarlas y establecer mecanismos de comunicación cara a cara con la gente.

La apertura de la inscripción de los libros de registro de nuevos socios en el Comité, es una tarea que debe impulsar para incrementar la membresía, con lo cual puede reforzar su fuerza política, enfatiza la comunidad Seis de Abril

La recaudación de fondos para ayudar a las personas más necesitadas es otra de las recomendaciones, que involucra la necesidad de organizar otras acciones de autogestión, que van más allá de la recaudación que realiza el Centro de Salud, de cuyos fondos no puede disponer a pesar de que la Ley dice

que son su patrimonio, y existe responsabilidad penal por el mal manejo que se haga de ellos.

En cuanto a las recomendaciones hechas a la comunidad, Santa Elena N° 2, destaca anhelos de mayor unidad y confianza, evitar los conflictos y más comunicación.

Por otro lado, el grupo de la comunidad Seis de Abril, realiza recomendaciones concretas, encaminadas a realizar reuniones de orientación sobre asuntos de salud en la comunidad y la integración de los pobres en las organizaciones de la comunidad. El Valle de San Isidro hace énfasis en la organización de más grupos para trabajar por la salud de la comunidad.

4.3.4. La Pobreza un Reto para la Reforma y Modernización del Sistema Sanitario

El abordaje de la pobreza como un problema crítico de la salud, es de fundamental importancia cuando se habla de transformaciones que pretenden eliminar las brechas de inequidad que ha marcado al sistema de salud en toda sus historia. Sobre el particular se consultó a los/las informantes, quienes expresaron las opiniones que se presentan a continuación.

4.3.4.1. Concepción Popular de la Pobreza

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

Los grupos focales que participan en la investigación, pertenecen a las comunidades evaluadas con la categoría de pobres, en el Estudio de Pobreza realizado por el Centro de Estudios Latinoamericano Justo Arosemena, en la Región de Salud de San Miguelito en 1998.

Las comunidades seleccionadas con sus correspondientes equipos básicos, pertenecen a la zona sanitaria 1,2 y 3 y han sido estratificadas en el nivel A, B y C como comunidades pobres, tal como aparece en la Tabla 99.

Con esta evaluación, la población no asegurada recibe un subsidio del Ministerio de Salud para el financiamiento de su atención en el Hospital San Miguel Arcángel, en donde se aplica el pago de tarifas según la situación socioeconómica de las familias. Esta categorización se ha introducido en el Compromiso de Gestión para ser aplicada en el Centro de Salud, sin embargo nunca se puso en práctica. El subsidio en el caso de las comunidades A es total, y parcial para las comunidades clasificadas en B, C y D.

Para conocer si existía alguna similitud o diferencia con relación a la evaluación realizada por los técnicos a las comunidades, se solicitó a las participantes que emitieran una opinión en torno a cómo perciben a su comunidad en cuanto a su situación socio-económica. En la Tabla 100, se recoge la percepción que tienen de su comunidad, autoevaluándose los grupos de Seis de Abril y Santa Elena N° 2 como pobres. No obstante, reconocen distintos niveles de pobreza dentro de la misma en la que se identifican:

- “personas muy pobres, es decir aquellas que no tienen nada, no tiene empleo y la pasan muy mal”;
- personas menos pobres que tienen algo para comer y resolver sus necesidades”, “trabajan y ganan poco pero les permite vivir”.

Tabla 99 SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA DE LAS COMUNIDADES INVESTIGADAS

Seis de Abril	Santa Elena N° 2	El Valle de San Isidro
ZONA SANITARIA		
1	2	3
EQUIPO BÁSICO RESPONSABLE		
Dra Noris Dávalos	Dra. Mayra Correa	Dra. Diana de Araúz
ESTRATIFICACIÓN DE LAS COMUNIDADES SEGÚN NIVELES DE POBREZA		
A	B	C
Muy Pobres	Pobres	
FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN		
Subsidio total	Subsidio parcial del 75%	Subsidio parcial del 50%
PERCEPCIÓN DE LA POBREZA EN LA COMUNIDAD		
Se perciben como una comunidad pobre, que tiene a un grupo menos pobre y otro muy pobres. Los menos pobres se reconocen como personas que tienen algo que comer y resolver sus necesidades con dificultad y los muy pobres no tienen nada	Se consideran una comunidad pobre y luchadora en donde hay personas que trabajan y ganan poco pero les permite vivir, mientras que hay otros que no tienen empleo y la pasan muy mal.	El grupo no se considera como pobre porque las familiares trabajan, tienen una casa y suplen sus necesidades y la de su familia "Hay muchos pobres en la comunidad y muy pobres, como algunas son madres que tienen a sus hijos y que están en drogas"..

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implementación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

En la visita que se hizo a la comunidad, especialmente en Santa Elena N° 2, es visible un gran número de viviendas que denotan gran pobreza material de las personas que allí residen. En menor escala se ven en la comunidad Seis de Abril. Por su parte el grupo del Valle de San Isidro reconoce que existen en la comunidad personas pobres y muy pobres, aunque ellas no se consideran pobres porque trabajan, tienen una casa y suplen sus necesidades y la de su familia. Lo cierto es que sí existe pobreza en esta comunidad.

Estas opiniones coinciden con la evaluación realizada, es decir, todas ellas tienen un nivel de pobreza, con los diferenciales propios a lo interno de las comunidades.

Una vez se tiene la aproximación de la situación de la pobreza en las comunidades de las cuales participaron los grupos focales, se procedió a consultarlas sobre la concepción que tienen de los pobres. Las definiciones elaboradas se encuentran en la siguiente tabla.

TABLA 100. CONCEPCIÓN POPULAR DE LA POBREZA

Santa Elena N° 2	Seis de abril	El Valle de San Isidro
Los pobres son personas que no tienen nada, ni trabajo, alimentación, no van al centro de salud, están enfermos y viven en condiciones muy malas.	Los pobres son las personas que no tienen empleo, no comen, como las mujeres que no tienen esposo y tienen que mantenerse con sus hijos	Los pobres son los que no tienen nada, no tienen trabajo, ni cómo vivir, no les cae nada de sustento.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Lo común en estas definiciones populares sobre la pobreza, es la condición de precariedad y ausencia de los satisfactores para las necesidades básicas de una persona, señaladas como la carencia de trabajo, alimentación, atención médica, viviendas en malas condiciones, lo que genera enfermedad, y en consecuencia un ciclo perpetuo de la pobreza. Es importante destacar la relación de la pobreza que hace el grupo de Seis de Abril cuando expresa:

“la pobreza que se relaciona con la mujer que no tiene esposo y mantiene a sus hijos ella sola”

Es que la pobreza más significativa se presenta en la mujer y en los/las niñas, marginándolos de las oportunidades del desarrollo humano sostenible, lo cual es un derecho inalienable.

4.3.4.2. La Salud de los Pobres

Opinión del Equipo de Salud

La falta de acceso de los pobres a los servicios de salud se ha convertido en una deuda social acumulativa a través de los años, especialmente en la última década en donde la pobreza ha sido uno de los flagelos sociales en acelerado crecimiento.

Está demostrado que la pobreza es la mayor causa de muerte y sufrimiento en el mundo. La muerte, la incapacidad y la discapacidad y sus factores no se distribuyen al azar. De forma sistemática, los grupos sociales menos favorecidos tienen una menor esperanza de vida, mayor frecuencia de enfermedad y padecen discapacidades crónicas a edades muy tempranas limitando su potencial productivo.

La asistencia social en salud a los pobres, y su oportunidad de mejorar su situación de salud, depende de que tengan o no acceso a servicios sanitarios de calidad, que sean gratuitos o subsidiados y oportunos. En la realidad, existen desigualdades en el acceso de los pobres a los servicios de salud con lo cual se agrava la incidencia de la pobreza creando un círculo vicioso no superable.

Cada vez es más notoria la necesidad de que el sector público, proporcione atención promocional, preventiva y curativa a los pobres no protegidos, especialmente por la responsabilidad legal que le compete de atender sus necesidades, tal como lo expresa la Constitución de la República cuando dice que le corresponde al Estado proporcionar servicios de salud y medicamentos " gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos. Por otro lado, prevee la seguridad de las personas carentes de recursos y dependientes, cuando establece la creación de establecimientos de asistencia y previsión social para la rehabilitación económica y social de estas y la atención de los mentalmente incapaces, los enfermos crónicos, los inválidos indigentes y de los grupos que no hayan sido incorporados al sistema de seguridad social" (p.e. Fábrega (1997)).

El Código de la Familia también introduce esta responsabilidad como obligatoria, al señalar que "el Estado ofrecerá, en todos los núcleos de población, servicios de asistencia médico-sanitaria gratuitos a la madre gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, si ella no pudiera sufragarlos, y también, subsidio alimentario, si estuviese desempleada o desamparada" (p.e. Asamblea Legislativa (1996)).

La organización de los servicios de salud con una amplia red de atención primaria, ofrece oportunidades relativas para el acceso de estos grupos, no obstante los obstáculos producidos por los costos transferidos a los usuarios de manera general, excluye a los grupos que por su condición de pobreza no puede sufragarlos, agravando sus problemas de salud, algunas veces ni siquiera identificados para desarrollar estrategias de intervención.

La investigación aborda la percepción que tienen los y las entrevistadas acerca de los problemas de salud de la población y el ambiente que confrontan los grupos poblacionales pobres que habitan en San Isidro. Las respuestas han sido organizadas en la tabla que a continuación se presenta.

TABLA 101. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LOS POBRES AL MOMENTO DE INICIARSE EL PROYECTO DE REFORMA

Equipos	Población	Ambiente
Conductor Directores	<ul style="list-style-type: none"> • Sin especificar 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin especificar
Directivos del Comité de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Desempleo, desnutrición. • El hombre se chupa lo que consigue y no le da dinero a la mujer. • Las mujeres son sumisas, no exigen, tienen miedo. • Violencia hacia la mujer y el/la niña 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de letrinas • Lotes no legalizados • Falta de agua • Basura • Viviendas en mal estado
Básico	<ul style="list-style-type: none"> • La pobreza • desempleo • violencia • pandillas 	<ul style="list-style-type: none"> • Basura acumulada • Aguas de uso doméstico acumuladas
Complementario	<ul style="list-style-type: none"> • No están organizados • Desempleo. • Se enferman y no van al centro de salud por falta de dinero • resfriados, diarrea, • violencia, delincuencia • Discriminación • Autoexclusión 	<ul style="list-style-type: none"> • Contaminación del ambiente • Proliferación de los mosquitos • Basura acumuladas

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Como se aprecia, los problemas han sido identificados por directivos del Comité de Salud, equipos básicos, equipo complementario, no así por directivos de la institución.

Ello puede deberse al hecho de que la información estadística que se procesa en la institución en torno a la demanda atendida, no desagrega la información de acuerdo a la situación económica de la población usuaria y la información oficial disponible se presenta de manera general, por lo que a través de ese mecanismo no es posible conocer con certeza el perfil de morbi-mortalidad atendida de los pobres. No obstante, se disponen de otras fuentes que han sido empleadas por quienes proporcionaron la información como son:

- Se identificaron los riesgos sociales, biológicos y ambientales en el censo realizado a las familias de la zona sanitaria.
- La identificación de los problemas de salud de los grupos pobres, realizada por los equipos básicos que visitan la zona sanitaria.
- Identificación de los pobres en la sectorización de las zonas sanitarias y se caracterizan con la encuesta que se aplicó en cada comunidad a nivel de la gente y el ambiente.

Entre los problemas más destacados se encuentran los de naturaleza social como es la violencia intrafamiliar y social, el desempleo, la pobreza, delincuencia, algunos problemas biológicos producidos por factores ambientales como los resfriados, diarreas y los propiamente ambientales.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

Los grupos focales identificaron los principales problemas de salud que de acuerdo a su experiencia en la vida comunitaria confrontan las personas pobres. Todos los grupos tienen opiniones coincidentes en cuanto a que los pobres tienen una falta permanente de alimentos (comida, vitaminas) que ocasionan estados de desnutrición. El otro elemento común es que no acuden a buscar atención de salud porque no tienen dinero, en función de que no trabajan. Sólo el grupo de Santa Elena señala que tienen dificultades en el hogar por la promiscuidad que existe, manifestada en que "tienen una sola cama y duermen 7 personas".

TABLA 102. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LOS POBRES AL MOMENTO DE INICIARSE EL PROYECTO DE REFORMA

Comunidad	Problemas
Santa Elena N° 2	<ul style="list-style-type: none"> • No tienen comida • Incomodidades en el hogar, tienen una cama y duermen 7 personas. • No van al Centro de Salud
Seis de abril	<ul style="list-style-type: none"> • No tienen comida • Tienen problemas nutricionales, • No acuden al centro de salud por falta de dinero.
San Isidro	<ul style="list-style-type: none"> • Les falta vitaminas, comida • No trabajan • No tienen dinero.

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

En cuanto a la atención de los problemas de salud, todos los grupos consultados coinciden en que los pobres tienen pocas opciones de elección para atender su salud, debido a que sus decisiones están condicionadas a sus

posibilidades económicas, el Centro de Salud carece de mecanismos para aplicar la categorización por nivel de pobreza contenida en el Compromiso de Gestión.

Una representante del grupo focal de Santa Elena N°2 manifiesta:

“...los pobres acuden al Centro de Salud cuando están muy enfermos y no se controlan porque no tienen dinero. Muchas veces no van porque no tienen un real, los que se deciden a ir, son atendidos por el médico, aunque algunas veces no les dan las medicina. Para lograrlo tienen que pelarse la cara, y recibir una reprimenda para que les den una exoneración o crédito”.

Los grupos de las comunidades Seis de Abril y el Valle de San Isidro, coinciden en que los pobres asisten al centro de salud de San Isidro o no van a ninguna parte aunque se mueran, porque no tienen dinero, pero sí tienen dignidad y les duele que los traten mal.

4.3.4.3. Políticas y Estrategias de orden Nacional para Enfrentar la Crisis de Salud de los Pobres

El Ministerio de Salud en los Lineamientos Políticos y Estratégicos para el quinquenio 1994-1999, emitió una política orientada a proteger el financiamiento en salud para los grupos más vulnerables. Con ello se pretendía focalizar el gasto para garantizar la atención a los grupos poblacionales que se encuentren en situación de mayor riesgo, debido a su condición socioeconómica o su discapacidad, enfatizando el acceso especialmente a los servicios de atención primaria.

A pesar de este planteamiento, no se han establecido los mecanismos que permitan operativizar el acceso de esta población al centro de salud, como un derecho y no como una dádiva del sistema.

Opinión del Equipo de Salud

Los resultados de la consulta que se presentan en la siguiente Tabla, revela que el 63.6% de los y las entrevistadas informa que no existe una política gubernamental claramente definida y operativizada para hacerle frente a los problemas de salud de los pobres en el país. Esta percepción la tiene el 75% del equipo conductor local, el 50% del equipo básico y el 100% del equipo complementario.

TABLA 103. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DEL ORDEN NACIONAL PARA ENFRENTAR LA CRISIS DE SALUD DE LOS POBRES

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total	11	100.0	2	4	2	3
No hay política nacional para hacerle frente a los problemas de salud de los pobres	7	63.6	-	3	1	3
Si existe en la política a través del sistema local de salud, atención primaria y participación social	4	36.4	2	1	1	-

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Por otra parte el 36.4% sí reconoce la existencia de una política hacia los pobres, que se traduce en la conformación de los sistemas locales de salud, la aplicación de la estrategia de atención primaria y la participación social.

Opinión de las Lideresas de Organizaciones Comunitarias

Las lideresas opinaron en un 55.6% que no existe una política estatal dirigida a beneficiar directamente a la gran cantidad de personas pobres, al contrario, exigen que la gente pague por los servicios públicos que recibe. Manifiestan que:

- “No han visto que el gobierno esté haciendo nada por los pobres, no se acuerdan si comen o viven,
- “no tiene programas de trabajo y, no son humanos porque los tratan como si no sirvieran”

Una participante expresa que:

“los pobres han crecido en los últimos años, más de los que había antes. Ahora éstos no tienen nada, por lo menos antes se encontraba algo que hacer para ganarse unos reales, pero ahora las cosas han cambiado, no hay donde ganarse la vida”.

TABLA 104. POLÍTICA Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO PARA ENFRENTAR LA CRISIS DE SALUD DE LOS POBRES

Población pobre	Total	
	No	%
Total de entrevistadas	9	100.0
No existe una política específica y real para los pobres	5	55.6
Los pobres se benefician de actividades que realiza el Centro de Salud para toda la población	2	22.2
Ahora que el equipo básico visita la comunidad, les brindan orientación y algunas ayudas materiales	2	22.2

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Si bien es cierto, de acuerdo a las entrevistadas que no existen políticas gubernamentales para los pobres, sí se benefician de acuerdo al 22.2% de las acciones que para la población general, desarrolla el Centro de Salud, especialmente ahora, que con el nuevo modelo. De acuerdo a otro 22.2% de las informantes, la mayor oportunidad que tienen los pobres de ser atendidos sin pagar nada, es cuando las actividades se desarrollan en la comunidad, especialmente ahora que el equipo básico realiza visitas a las casas, y los captan para la atención.

Lo cierto es que “los pobres se las ingenian para sobrevivir, sacan las medicinas en la Policlínica con el carné de otra persona, para recuperar su salud cuando están enfermos”, manifiesta una lidereza

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

Como se aprecia en la siguiente tabla, el grupo de Santa Elena N° 2 y el Valle de San Isidro, no conocen de la existencia de una política pública para los pobres, a pesar de que reconocen la existencia de problemas que lo ameritan. Por lo general, las comunidades impulsan acciones de presión al Estado, para lograr la solución de sus problemas o en su defecto, mediante la ayuda mutua se resuelven.

TABLA 105. POLÍTICA Y ESTRATEGIAS DEL GOBIERNO PARA ENFRENTAR LA CRISIS DE SALUD DE LOS POBRES

Santa Elena N° 2	Seis de Abril	El Valle de San Isidro
No tienen conocimiento de que exista una política del gobierno para los pobres, ya que ellos no reciben ayuda de nadie y se apoyan mutuamente para resolver algunos de sus problemas.	Para los pobres el gobierno desarrolla programas de ayuda en materiales de construcción para las viviendas.	No conocen ningún programa del gobierno dirigido a los pobres para enfrentar la desnutrición, los niños se enferman mucho de resfriado

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Por su parte el grupo de Seis de Abril, reconoce que el gobierno desarrolla programas de ayuda para los pobres en materiales de construcción para sus viviendas.

Estas percepciones son importantes en cuanto reflejan una visión de inseguridad por parte del Estado, que debe garantizar respuestas concretas para lograr desarrollar las capacidades de estos grupos vulnerables a fin de que superen su condición de pobreza. Se deja ver que poco beneficio directo reciben de la acción del gobierno, especialmente en estas comunidades en donde el desempleo es un flagelo que azota a una cantidad considerable de familias, lo cual se pudo observar en las visitas realizadas en la comunidad.

Seguidamente se conocerá cómo participan los pobres en la atención de sus problemas de salud.

4.3.4.4. La Participación de los Pobres en la Producción Social de la Salud

La función del Estado de velar por la salud de la población está consagrada en la Constitución, y en ella reconoce que 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, entendida ésta como el completo estado de bienestar físico, mental y social. También señala que no habrá fueros ni privilegios personales ni discriminación por razón de raza, nacimiento, clase social, sexo, religión o ideas políticas, con lo cual reconoce el derecho de los pobres a la integración social, al acceso a los beneficios producidos socialmente y a la participación de éstos en las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

A pesar de todas estas disposiciones, se encuentran muy pocas acciones desde el Estado, encaminadas a atender a los pobres como ciudadanos en pleno uso de sus derechos, menos aún a propiciar su organización para la resolución de sus problemas, conjuntamente con el gobierno.

La investigación que se realiza, trata algunos aspectos del tema de la pobreza y la salud desde la perspectiva de los escenarios predisponentes, de las innovaciones y de las transformaciones. En las siguientes líneas se presenta el resultado de la consulta.

4.3.4.5. Procesos de participación y movilización en torno a la Salud de los Pobres

Opinión del Equipo de Salud

En la investigación se indagó sobre la existencia de formas organizativas y procesos de participación y movilización en torno a la salud de los pobres en

San Isidro antes de iniciarse el proceso de Reforma, lo cual se recoge en la siguiente tabla.

TABLA 106. PROCESOS DE PARTICIPACIÓN Y MOVILIZACIÓN EN TORNO A LA SALUD DE LOS POBRES

Categoría	Total		Equipo conductor regional	Equipo Local		
	Nº	%		Conductor	Básico	Complementario
Total	11	100.0	2	4	2	3
Existen limitadamente	5	45.5	2	2	-	1
No existen	6	54.5	-	2	2	2

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000

El 54.5% de los y las entrevistadas señaló que no existen tales procesos, en tanto que el 45.5 % informa que se presentan estas expresiones sociales de manera limitada en las comunidades en donde se concentran grupos humanos que viven en situación de pobreza. Los procesos participativos son coyunturales y emergen liderados por estos grupos para resolver los problemas de acceso a los servicios básicos, especialmente la carencia de agua, letrinas, electricidad y tenencia de la tierra.

Opinión de Lideresas de Organizaciones Comunitarias

Las entrevistadas identificaron algunas organizaciones que realizan acciones dirigidas a contribuir a mejora la situación de los pobres en la comunidad. En la tabla siguiente se listan las más sobresaliente y las acciones que realizan.

TABLA 107. ORGANIZACIONES QUE PARTICIPAN EN TORNO A LA SALUD DE LOS POBRES Y ACCIONES QUE REALIZAN

Organizaciones	Acciones que realizan
<ul style="list-style-type: none"> • Las iglesias 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizan colectas para ayudar a los pobres y trabajan por su salud
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizan actividades de autogestión para mejorar las condiciones de vida de las comunidades pobres.
<ul style="list-style-type: none"> • Voluntariado de Oro de la Caja de Seguro Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a los asegurados pobres que están inmóviles en una cama por enfermedad y a sus familiares.
<ul style="list-style-type: none"> • Comité de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajan en campañas de limpieza y educación de las mujeres. • Abogan por las personas que no pueden pagar los servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> • ONG's 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollan programas de ayuda para poblaciones pobres

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Todas ellas desarrollan actividades de naturaleza asistencialista y son pocas las que se dedican a desarrollar paralelamente los activos de los pobres para convertirlos en capital humano y social, a fin de enfrentar con mejores oportunidades el fenómeno de la pobreza.

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

El desarrollo de las comunidades pobres ha sido una lucha permanente de los pobres por sobrevivir en condiciones humanas. Tal es el caso concreto de Santa Elena N° 2 y Seis de Abril que a través de la organización y el liderazgo de personas tenaces de la comunidad, se ha logrado mejorar el bienestar de población, aunque todavía quedan muchas cosas por hacer. En esta comunidad han sido muy unidos y existen muchas familias emparentadas y ello contribuye a lograr los objetivos de las acciones que han emprendido. Reconocen que es allí

donde radica su fortaleza, porque si hubieran esperado la intervención del gobierno, algunos de sus problemas no se habrían sido resueltos. Agregan que por la opción de los políticos, no es posible resolver nada, pues sólo ofrecen cuando necesitan de la gesticulación y cuando están en el poder no cumplen.

El Valle de San Isidro opina que los pobres no están organizados, y ello se nota en su comunidad en donde han hecho los intentos por organizar grupos y no se ha logrado nada.

Se puede llegar a la conclusión con la información vertida por todos los actores informantes que los pobres, cada día disminuye su capacidad para integrarse en una lucha por el derecho al desarrollo, aunque existen todavía algunas expresiones organizativas que no tienen carácter permanente. La movilización se da desde las comunidades pobres para mejorar sus condiciones de vida y desde las comunidades menos pobres, a través de grupos filantrópicos o de carácter social para ayudarlos asistencialmente con paliativos materiales.

4.3.4.6. Participación del Comité de Salud en la defensa del derecho a la Salud de los Pobres

El Decreto de Gabinete N° 401, establece entre los fines y objetivos del Comité "asegurar los medios necesarios para que los derechos en salud sean ejercidos por todos los miembros de la comunidad" y el Estatuto agrega el fin de "servir como instrumento de organización popular de las comunidades en los esfuerzos por superar sus condiciones de vida". En virtud del cumplimiento de estos fines y objetivos, corresponde al Comité velar por el bienestar de los grupos humanos que viven en condiciones de pobreza, especialmente

garantizando que sus derechos a la atención de la salud sean respetados y cumplidos en las instalaciones de salud especialmente cuando no disponen de recursos para sufragar los costos de la atención.

Opinión del Equipo de Salud

En ese marco, las personas entrevistadas opinan que el Comité de Salud tiene una gran responsabilidad con relación a la salud de los pobres y entre las acciones concretas que debe desarrollar figuran:

- Negociar con la instalación de salud los mecanismos que faciliten el acceso de los pobres a los servicios de salud aunque no tengan dinero
- Inculcarle a los pobres el aseo, limpieza de las quebradas y el ambiente
- Vigilar el estado de salud y condiciones ambientales de los pobres
- Elaborar proyectos para procurar la salud de los pobres

Es claro que estas responsabilidades no la desarrollan salvo conseguir la atención de algunas personas que no tienen dinero y orientar a las personas en la comunidad en asuntos de salud.

Indican además que el Centro de Salud ha establecido como parte de las políticas hacia los pobres en la atención, algunas estrategias que son planteadas a continuación:

- Evaluación socio-económica que realiza la trabajadora social y el director decide a quien le otorga la exoneración por los servicios recibidos
- Control y prevención de enfermedades que afectan principalmente a los pobres como cólera, dengue, desnutrición

- Se trabaja en el fortalecimiento de la participación comunitaria conjuntamente con promotores de salud, mujeres organizadas y grupos de auto ayuda,
- Se ofrece educación nutricional, apoyo alimentario a mujeres y niños con desnutrición y se organizan con apoyo técnico e insumos huertos familiares y comunitarios.

Opinión de la Lideresas de Organizaciones Comunitarias

El 55.5% de las entrevistadas opinaron que el Comité de Salud sí tiene liderazgo en la defensa de los derechos de los pobres para acceder a los servicios de salud. El 33.3% dice que no lo tienen y el 11.1% no sabe.

TABLA 108. LIDERAZGO DEL COMITÉ DE SALUD EN LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LOS POBRES PARA ACCESAR A LOS SERVICIOS DE SALUD

Liderazgo	Total	
	Nº	%
Total	9	100.0
Sí	5	55.5
No	3	33.3
No sabe	1	11.1

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Entre las acciones que desarrolla el Comité para ejercer dicho liderazgo están:

- Ha defendido y orientando a las mujeres embarazadas que no acuden al centro de salud
- Les ayudan a conseguir citas para la atención

- Aboga por las personas cuando no tienen recursos para pagar la atención
- Capta y canaliza a la gente que no va al centro de salud

Opinión de los Grupos Focales Comunitarios

El grupo de Santa Elena N° 2, indica que no sabe si el Comité lucha por defender a las personas pobres para que sean atendidas en el Centro de Salud. Ellas mismas se movilizan cuando necesitan algo. En el caso de salud, cuando no tienen recursos para pagar los servicios les ayuda la trabajadora social y el director que les da créditos. Saben por experiencia propia que en el último año, los servicios del Centro han tenido cambios y que los pobres son atendidos por el equipo básico y no creen que en esto tenga que ver el Comité de Salud, más bien piensan que es una acción del gobierno. Manifiestan que ahora tienen menos temor de ir al Centro porque conocen a su médica y se relacionan bien con ella y con las otras miembros del equipo de salud, por tanto, no les da pena decirles que no tienen dinero e ir a tocarle la puerta del consultorio, porque saben que alguna respuesta les dan. Opinan que los pobres por sí mismos pueden luchar por la defensa de sus derechos aunque los desconocen y no están suficientemente organizados. En el caso de las mujeres, cuando necesitan algo, son representadas por los maridos, ellas mismas y los vecinos de la comunidad, lo cierto es que de algún lugar viene la solución a los problemas más apremiante, ya que no se puede ambicionar mucho.

Una participante del Valle de Isidro expresa:

“El Comité no ha mantenido la defensa de los derechos de los pobres, ya que todos los cambios realizados en el Centro de Salud, responden a los

lineamientos del Ministerio de Salud. Los pobres necesitan quien los represente y eso lo puede hacer un buen Comité de salud, pero no lo hace”.

Se concluye que el liderazgo del Comité por la defensa a la salud de los pobres ha sido muy limitado, circunscribiéndose a acciones muy puntuales que deben ser ampliadas en programas y proyectos concretos dirigidos a este grupo de población altamente vulnerable.

Estas opiniones indican que el Comité de Salud poco se ha proyectado con su trabajo de defensoría sanitaria para divulgar los derechos de las personas a recibir atención gratuita cuando carecen de medios para sufragar las tarifas de los servicios de salud, los cuales están consagrados en la Constitución de la República y otras leyes.

4.3.4.7. Lineamientos de la Reforma y Modernización para enfrentar la salud de los pobres

La Reforma y Modernización establecen lineamientos para la atención de la salud de los pobres, que están contenidos en las reformas al Modelo de Gestión, Provisión, Financiamiento y Participación Social.

Opinión del Equipo de Salud

Para tener una mayor claridad sobre la comprensión de los equipos consultados en tomo a las respuestas que ofrece la Reforma a los pobres, se cuestionó sobre el particular obteniéndose los resultados que se presentan en la siguiente Tabla

TABLA 109. LINEAMIENTOS QUE ESTABLECE LA REFORMA PARA ENFRENTAR LA SALUD DE LOS POBRES

Categoría	Líneas de acción
Grupos Vulnerables	Ubicación y delimitación de áreas postergadas, mediante la sectorización
	Identificación de las casas donde residen discapacitados y pacientes encamados que no van al Centro de Salud
	Ayudas nutricionales a personas con estos problemas
Aseguramiento	Clasificación socioeconómica de la población
	Acceso a servicios de salud mediante exoneraciones y crédito
Participación Social	Organización de consejos familiares en las zonas sanitarias
	Participación de vigilantes de la salud
Provisión de servicios de atención primaria de salud	Asignación de equipos básicos a las zonas sanitarias
	Atención de promoción y prevención en la comunidad

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Los lineamientos mencionados por los y las entrevistadas (os), son agrupados en cuatro categorías que incluyen a los grupos vulnerables, aseguramiento, participación social y provisión de servicios de atención primaria de salud, cada una de las cuales contiene líneas de acción que orientan las intervenciones, para enfrentar la salud de los pobres desde el nivel primario. A continuación se verá que alternativas ofrece el modelo de gestión que se desarrolla en el Centro de Salud de San Isidro a los pobres.

4.3.4.8. Respuestas a las necesidades de los pobres en el Compromiso de Gestión de San Isidro

Como parte del proceso de transformación que se realiza en el Centro de Salud, el Modelo de Gestión se lleva a cabo a través de un Compromiso de Gestión que es pactado en un proceso participativo que se desarrolla mediante

las fases de problematización, proposición, negociación, ejecución y evaluación. La situación de la pobreza no ha sido un eje focalizado en la discusión, sino que se ha insertado como un elemento del componente de población asignada en donde el centro de salud se compromete a la incorporación de la información de la Encuesta de Salud Familia, Comunitaria y Ambiental a la Base de Datos de la población asistida en seis (6) meses, a partir de la consecución del equipo y/o recurso, conforme a los criterios establecidos por las autoridades sanitarias regionales. En dicha base de datos constarán los datos básicos de identificación del paciente, el tipo de aseguramiento o evaluación socioeconómica, según el caso, así como el médico y/o equipo básico de salud asignado” (p.e. MINSA (1999)). También se establecen en el anexo la clasificación socioeconómica de acuerdo a los niveles de pobreza. Sin embargo, el tema de aseguramiento de la atención de los pobres queda condicionado a la existencia de los recursos para la instalación de la base de datos y no se establecen los mecanismos alternos si esta tecnología no se obtiene. En consecuencia no hay ninguna garantía de tal aseguramiento de acuerdo a la situación socioeconómica de esta población.

Se ha querido introducir en la consulta realizada, la percepción que se tiene acerca de las respuestas que contempla el Compromiso de Gestión a este grupo de población de mayor riesgo, y las respuestas se presentan en la Tabla siguiente. Para tal efecto, se ha utilizado la matriz que contienen en la primera columna las fases en que se desarrolló el proceso de participación para la aprobación e implantación del Compromiso de Gestión, en la segunda columna las acciones que debieron considerarse en función de los intereses por la salud

de los pobres, la tercera incluye los actores que participaron en cada una de las fases y en la cuarta las acciones que en efecto se llevaron a cabo y que concluyeron con la aprobación de este instrumento de gestión. A continuación se presenta la información.

Tabla 110 RESPUESTAS A LAS NECESIDADES DE LOS POBRES EN EL COMPROMISO DE GESTIÓN DE SAN ISIDRO

Etapas del proceso de participación	Acciones a ejecutarse	Actores participantes	Acciones realizadas que benefician a los pobres
Problemática	Presentación de demandas y necesidades de la población pobre.	Región de Salud.	El Compromiso de Gestión se elabora en la Región, basados en el Plan Regional de Salud y los quince problemas priorizados para la atención de cinco grupos poblacionales y el ambiente. No se discute la situación de la pobreza como una particularidad del problema de salud.
Oposición	Presentación de propuestas para atender la salud de los pobres	Región de Salud Equipo conductor del centro Equipo básico Equipo complementario	La Región propone un Compromiso de Gestión el cual es revisado y discutido por el equipo negociador del centro de salud. No se presentan propuestas específicas para atender la salud de los pobres, los cuales se beneficiarán del paquete de servicios de promoción, prevención y atención que se oferta a los distintos grupos poblacionales y al ambiente. Sí se establece en la propuesta el sistema de contribución y evaluación socioeconómica del usuario en el cual se contemplan a las comunidades A, B, C y D, consideradas como pobres. Se señala que el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigencia del Compromiso de gestión, se aplicará un listado de precios acorde a la clasificación socio-económica de la población.
Negociación	Negociación de propuestas para atender la problemática de salud de los pobres	Región de Salud Equipo negociador del centro	En el compromiso de gestión se establece el acceso y prioridad a las personas postergadas en la atención de salud que incluye a los pobres.

Ejecución	Acciones concretas que se ejecutarán para atender los problemas de salud de los pobres.	Equipo conductor Equipo básico Equipo complementario	Contempla acciones que se han desarrollado en el centro de salud como: <ul style="list-style-type: none"> • Sectorización por zonas sanitarias • Atención de las zonas por equipos básicos. • Censo familiar y carnetización a las personas de las zonas sanitarias • Visitas una vez a la semana la zona sanitaria • Atención de pacientes encamados en casa. • Organización de consejos familiares y otros grupos. • Actividades de orientación y educación. • Elaboración de los mapas de riesgo de la zona sanitaria • Apoyo en alimentación y medicamentos
Evaluación	Beligerancia del Comité de Salud para acceder a los pobres a los servicios de salud	Comité de salud	Se realiza en menor escala, en algunos casos se facilita a las personas un crédito u exoneración de la dirección médica.
	Incorporación de los pobres como actores con capacidad de decidir en la cogestión de la salud.	Pobres organizados	Los pobres no se han integrado porque no se desarrollaron los Consejos Familiares por el equipo básico de salud, salvo unos tres que se organizaron. Los Comités de Salud se sentían amenazados por estos grupos y por ello no se promovieron. Una minoría participa inserta en otras organizaciones de salud de acuerdo a su problema (diabéticos, hipertensos, otros)
	Mecanismos empleados por el Comité de Salud para la defensa de los derechos de los pobres	Comité de salud	No tienen mecanismos formales y lo poco que realizan es solicitar al director (a) que se den créditos para algunas personas que no tienen dinero

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de plantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

4.3.4.9. Escenario en que se desarrolla la participación organizada de los pobres en San Isidro.

La pobreza como fenómeno social en rápido crecimiento es multifactorial y multidimensional. Enfrenta una variedad de condicionantes en un escenario que puede convertirse en un impulsador para enfrentarla de manera positiva, pero a la vez, también tiene la posibilidad de generar impedimentos para superarla. Paralelamente, los pobres como grupo humano, tienen sus propias particularidades con sus fortalezas y debilidades las cuales son desconocidas por el equipo de salud y a veces interpretadas con prejuicios y estereotipos, lo cual no contribuye a potenciar los aspectos positivos de la pobreza, que en sí constituyen sus recursos de poder más importantes. En la tabla siguiente, se presentan de acuerdo a la percepción de los y las entrevistadas una visión del ambiente externo y del interno en el que se desarrolla la participación organizada de los pobres.

BLA 111 AMBIENTES EN LOS QUE SE DESARROLLA LA PARTICIPACIÓN ORGANIZADA DE LOS POBRES EN LA GESTIÓN DEL NUEVO MODELO DE SALUD

Ambiente Externo		Ambiente interno	
Oportunidades	Amenazas	Fortalezas	Debilidades
<p>La Constitución y otras leyes establecen el aseguramiento obligatorio por parte del Estado para la atención de la salud de los pobres. Los planes de gobierno han establecido una prioridad con los pobres.</p> <p>Existencia del Comité de Salud y la Federación que pueden facilitar su participación para que expongan sus necesidades de salud.</p> <p>El nuevo modelo de salud le permite beneficiarse con los cambios que se han realizado en el centro de salud y el Hospital San Miguel Arcángel.</p> <p>Los consejos familiares les permite organizarse por la salud.</p> <p>Existe disposición de los equipos básicos del centro de salud en continuar con el modelo de atención.</p> <p>Posición que la iglesia asume con la deuda y la defensa de los pobres.</p> <p>La nueva visión de capitalismo con rostro humano.</p> <p>Existencia de movimientos populares, gremiales y ONG's que presentan proyectos y alternativas para los pobres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Globalización y apertura de mercado • La prioridad hacia los pobres es demagógica, no se toman en cuenta por estar postergados. • Las promesas gubernamentales para los pobres no se cumplen • Paternalismo gubernamental • Nuevo gobierno no comprometido con el modelo de salud. • Inseguridad por parte del equipo de salud que el proceso de Reforma avance • Desempleo, insuficiente o ningún ingreso • La exclusión, discriminación • Limitado acceso a los servicios básicos • El equipo básico del centro tiene dificultad para trabajar libremente en la comunidad porque no tiene transporte para movilizarse. • Los políticos excluyen de las partidas circuitales o comunales a las comunidades pobres que no les dieron el voto. • Deformaciones de la pobreza hacia una visión negativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de líderes naturales • Voluntad de hacer las cosas, saben lo que tienen que hacer. • Capacidad de sobrevivir • Tienen deseo de trabajar y aprender algo que les sirva para defenderse • Conciencia de su condición de pobres • Reconocen que exista distintos pobres • Tienen algún nivel organizativo coyuntural y de movilización • Generan acciones de autogestión en la solución de sus problemas más apremiantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • No saben ni ejercen sus derechos • Poca capacidad organizativa permanente • Están desarticulados de otros actores sociales • Desesperanza aprendida. • Auto estima baja • Temor, • Las soluciones son a corto plazo • No tiene proyectos de vida, viven el presente. • Dependencia, piensan que el gobierno les tiene que dar todo. • Falta de información. • Bajo nivel educativo • Las mujeres son las más afectadas con sus hijos • Imagen distorsionada de dónde puede venir la solución • Limitado acceso a oportunidades para salir de la pobreza

fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de co-gestión de la salud, durante la fase de plantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Opinión del Equipo de Salud

Como se aprecia en la información que recoge la tabla, existen importantes oportunidades en el ambiente internacional y nacional que ponen en una posición de relevancia el tema de la pobreza y su amenaza al desarrollo. Ello impulsa el desarrollo de acciones, debidamente tuteladas y vigiladas por organismos defensores de los derechos humanos y del bienestar social, como lo es el Comité de Salud. Este rol estratégico, debe incidir sobre el Estado, para que cumpla con los Planes de gobierno y se garantice que las ayudas que proceden de las Agencia Internacionales hacia el sector salud, realmente lleguen a sus beneficiarios en cantidad y calidad, no solo a nivel asistencial, sino para que los empodere como sujetos capaces de participar en su propio desarrollo.

Las amenazas señaladas son múltiples, tanto en el plano internacional, gubernamental y en el propio sistema de salud local, las que tienen que ver con el modelo económico y a partir de allí, su influencia en la economía nacional y las respuestas gubernamentales en materia de empleos, servicios básicos de los cuales se ven excluidos los pobres. Una de las principales amenazas percibidas es el poco compromiso de las autoridades gubernamentales con el Movimiento de Reforma y Modernización del Sistema de Salud, lo que produce una inseguridad a los funcionarios de salud y la comunidad en su continuación, especialmente porque este modelo ha favorecido el acceso de los más pobres a los servicios de salud.

En cuanto al ambiente externo se reconocen fortalezas de los pobres especialmente centradas en su capacidad para sobrevivir frente a la adversidad,

lo que les lleva a generar todo tipo de iniciativas y estrategias, que pueden ser canalizadas hacia otros fines que están relacionados con la conservación de la salud y su capacidad para defender sus derechos.

Las debilidades son listadas ampliamente, en mayor número que las fortalezas, lo más importante es que ellas caracterizan el comportamiento de los pobres, algunos de los cuales han perdido la esperanza de ser considerados como ciudadanos, y más que ellos como seres humanos con derecho a convertirse en seres productivos para la sociedad.

4.3.4.10 Factores que pueden impulsar y restringir la participación de los pobres en la cogestión de la salud

Opinión del Equipo de Salud

La participación de los pobres en la gestión de la salud, está condicionada a un conjunto de factores que pueden convertirse en impulsores o restrictores.

Opinión de la Lideresas de Organizaciones Comunitarias

En la Tabla que se presenta seguidamente, se identifica un listado de factores impulsores y restrictores, que han sido señalados por las lideresas entrevistadas.

TABLA 112. FACTORES QUE PUEDEN IMPULSAR Y RESTRINGIR LA PARTICIPACIÓN DE LOS POBRES EN LA GESTIÓN DE LA SALUD

Impulsores	Restrictores
El grado de organización que alcancen	Escasa y débil organización
Capacitación permanente	El miedo, la inseguridad y baja auto estima
Obtención de empleo permanente	Dependencia para la solución de los problemas
Desarrollo de su capacidad de lucha por la sobrevivencia	La desesperanza aprendida
Tienen deseos de mejorar	La desvalorización propia y externa
Desarrollo de su capacidad de movilización	Vulnerabilidad ante los políticos
Desarrollo de habilidades de interlocución ante las autoridades	La pobreza material, espiritual, educativa
Articulación con otras organizaciones	La desarticulación social y el aislamiento

Fuente: Encuesta sobre la Participación del Comité de Salud de San Isidro, en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización Sanitaria en el Centro de Salud de San Isidro, durante los años 1997-2000.

Los factores restrictores, vistos desde el prisma de la Reforma y Modernización, pueden ser intervenidos con un conjunto de estrategias, destinadas a fortalecer el capital humano y social de los grupos de población que viven en situación de pobreza. Parte de esas estrategias, deben orientarse a lograr la integración de otros sectores (políticos, económicos, sociales) que aporten técnica, política y económicamente al ataque de la pobreza, cuyos lineamientos generales están contenidos en las Políticas para el Desarrollo Integral: Desarrollo Social con Eficiencia Económica del período 1994 -1999 y la Política y Estrategia de Desarrollo Social del 2000 -2004.

4.3.5. Análisis de los resultados

De acuerdo a la Metodología de Evaluación de la Participación Social usada en la evaluación de la participación del Comité de Salud de San Isidro, los

escenarios han sido referentes claves para una visión de los momentos (antes y durante) en que se ha desarrollado la implantación de la Reforma y Modernización en el Centro de Salud de San Isidro, los actores sociales que han participado, los procesos sociales que se han generado y su impacto para hacer efectivo un cambio en los servicios de salud en procura del bienestar de la población.

Se procederá a realizar una análisis de la información presentada con el propósito de comprobar o rechazar las hipótesis formuladas en el estudio.

Hipótesis 1: Existen condiciones que favorecen la participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud local antes de la implantación de la Reforma que el Comité no aprovecha para realizar sus intereses.

En efecto, antes de la implantación de la Reforma se producen situaciones que propician la participación del Comité de Salud entre las que se encuentran:

- La caracterización de la situación de salud en San Isidro, en el escenario inicial, evidencia el conflicto servicio-población que se manifiesta en las limitaciones que tiene el Centro de Salud en materia de recursos humanos, físicos y financieros para dar respuesta a la demanda de atención y a los problemas de salud de la gente y el ambiente, reconocidos por el equipo de salud y las usuarias, los cuales son posibles de intervenir con decisiones concertadas entre el Estado y la comunidad representada por el Comité de Salud. Pese a ello, se encuentra una falta de respuestas y una ausencia de liderazgo del Comité de Salud, que abre más la brecha de insatisfacciones y

crea un ambiente social de tensión, que a su vez se refleja políticamente en la escasa participación de la gente, que se siente frustrada y agotada.

- A pesar de que existe una red de servicios de salud, el Centro de Salud de San Isidro resulta ser la institución mayor solicitada, alcanzando en 1997 una sobredemanda de 221.2% sobre las estimaciones. Los usuarios de estos servicios son mayoritariamente no asegurados y pobres. El volumen de población que maneja este Centro le da una fuerza económica, política y social al Comité como cogestor de los servicios, de acuerdo al Decreto Ley que los crea, que no aprovecha.
- El gobierno tiene políticas para enfrentar los problemas de salud que se concretan en las Políticas Públicas para el Desarrollo Integral: Desarrollo Social con Eficiencia Económica, Los lineamientos Políticos y Estratégicos de Salud, Decreto Ley 401 que crea los Comités de Salud y otras, que impulsan la participación social. Dichas políticas son reconocidas por el equipo de salud que participó en el estudio al igual que por las usuarias. No asume el Comité políticamente la fuerza que estos instrumentos le otorgan para plantear sus propuestas en representación de la comunidad que representan.
- El Comité de salud es una organización que tiene existencia legal, y operativiza el mandato constitucional que reconoce el derecho de la comunidad a participar en la gestión de los programas de salud. Es percibida por el equipo de salud como una organización de la comunidad, escogida por ésta para luchar por la salud y cooperar en la administración del Centro de

Salud. Las líderes lo reconocen además de lo señalado, porque lo representa en el Centro de salud, es el enlace entre el Centro y la comunidad en la solución de problemas, además de que garantiza que los recursos sean bien utilizados en servicios de calidad para la población. Estas percepciones son favorables a la participación del Comité de salud, ya que le dan una base social y política para su participación.

- Además de los Comités de Salud, todas las personas informantes coinciden en que existe una amplia gama de organizaciones comunitarias que participan en el quehacer de salud entre las que se cuentan las juntas comunales, comités de trabajo, grupos religiosos, grupos de mujeres, promotores voluntarios, tercera edad, padres de familia y ONG's. Ellas representan una tradición participativa de estas comunidades, y realizan múltiples actividades, aunque de una manera fragmentada lo cual no produce el impacto esperado. Su integración se logra cuando el centro de salud las convoca para trabajar puntualmente en una acción para enfrentar generalmente situaciones que se presentan. Los vínculos del Comité con estas organizaciones se circunscriben al Comité de Trabajo de San Isidro, por lo que no establece alianzas que lo fortalezcan.

Estos planteamientos permiten aceptar la hipótesis formulada, ya que existiendo condiciones que favorecen una amplia participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud de San Isidro antes de la Reforma, la misma es limitada y no tienen el impacto esperado, lo que nos induce a interpretar que no

hay un adecuado aprovechamiento de las mismas, aunque las causas de este comportamiento se verán posteriormente.

Hipótesis 2.

Los procesos de participación social que se impulsan desde el Centro de Salud, están orientadas a lograr la integración del Comité de Salud en la ejecución de actividades para resolver problemas de salud coyunturales y no la cogestión de la salud.

- El equipo de salud identificó que los propósitos de la participación social se orientan hacia la consulta para tomar decisiones, ejecución, seguimientos y evaluación de acciones de salud, legitimación social, información y respaldo, mas no la participación en la toma de decisiones, además de que la consideran, es decir para acciones muy puntuales. Esta ha sido la visión que ha dominado las tendencias reales de la participación en el nivel local, muy alejada de las políticas y de los discursos que señalan lo contrario. De hecho, el impacto de esta modalidad restringe la participación desde lo institucional, y genera relaciones de poder a favor del equipo de salud que el que decide lo que se va hacer, mientras que el Comité ejecuta alguna de esas decisiones. Por su parte, las usuarias lideresas, tienen un concepto más amplio de los propósitos que animan la participación social, en tanto permite integrar esfuerzos para lograr mejor impacto en la salud de la gente, desarrollar un proceso educativo para que la gente aprenda a cuidar su salud y participe en la solución de los problemas de salud, y le da la oportunidad a

la gente que no tienen recursos económicos para que atienda su salud. Esta divergencia de opiniones sobre la visión de los propósitos que animan la participación social, establece barreras que no logran conciliarse, ya que cuando la gente de la comunidad se integra en el Comité de salud, no puede realizar sus intereses que son contradictorios con los del equipo, generándose conflictos que afectan los procesos participativos.

- El equipo de salud reconoce que la participación que se promueve a partir del centro de salud es controlada, lo que guarda una íntima relación con el punto anterior. Esta se circunscribe a acciones puntuales, decididas por el equipo de salud, por tanto la comunidad no puede ir más allá de los límites que se han fijado para su intervención. Estos condicionantes explican el por qué no existe una participación real del Comité en la cogestión, son en la ejecución de acciones de salud específicas.
- Debido a que son las autoridades del centro de salud las que limitan las intervenciones del Comité de salud en la cogestión, su participación se limita a la administración de los fondos que ingresan por el pago de servicios de la población cuando utilizan los servicios, entendiéndose la misma como la firma de cheques y la contratación de personal, que muchas veces es impuesto por la dirección. La asistencia al Centro se hace necesario, ya que sin la firma del presidente y tesorero, no es posible que la dirección emplee estos ingresos. Esta es una de las causas que contribuyen a la desintegración de las directivas, pues se percibe que solo estas dos figuras son importantes por la función que cumplen.

La hipótesis se acepta, al demostrarse que en efecto, el centro de salud potencia la participación coyuntural del Comité de salud, en la ejecución de acciones puntuales tanto en la atención de problemas comunitarios, como en la gestión de los recursos del Centro que se produce a través de la firma de cheques.

Hipótesis 3. El Comité de Salud de San Isidro, no tiene la capacidad de formular y proponer alternativas de solución a las necesidades y problemas de la comunidad, por lo tanto los procesos de deliberación y negociación son controlados por el equipo de salud al momento de implantar el Compromiso de Gestión en la Reforma.

En el escenario de las innovaciones se concretizan las propuestas de la Reforma y se crean las oportunidades de participación del Comité de Salud para posicionarse como actor social en la lucha por sus intereses. A continuación se comprobará la validez de la hipótesis.

- El origen del proyecto de Reforma es considerado para establecer la posición de los actores sociales en su implantación en el Centro de Salud. Al respecto, el equipo de salud la percibe como una propuesta de las Agencias Internacionales, que tiene su factor facilitador en el Conflicto servicio-población, que es generado especialmente por la insatisfacción de la población debido a la baja calidad de los servicios de salud, el alto costo del modelo tradicional y su poca capacidad resolutive. Su intención es el cambio de la gestión y de los servicios, para transformar las situaciones que generan

malestar en la gente, además de lograr eficiencia. Señalan como los componentes más importantes de la Reforma el Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ambiental, la conformación de los equipos básicos, la sectorización, trabajo comunitario del equipo.

- Los cambios que introduce la Reforma, identificados por funcionarios y usuarios se dan en la gestión, en donde se incorpora al Comité de Salud como parte del equipo conductor del Centro de Salud; en la organización de servicios, la provisión, demanda de la atención, el financiamiento y la participación social. Las usuarias perciben los cambios favorables, especialmente porque se sienten mejor atendidos y tratados, tienen confianza, han perdido el miedo, conocen mejor a su médico, siempre reciben respuestas, especialmente las personas pobres.
- La conformación de los equipos básicos es una modalidad que acerca más al funcionario a la comunidad, especialmente los/las médicos (as), que conocen mejor las necesidades de la gente y se relacionan más con ellas. Existen cuatro zonas sanitarias con sus respectivos equipos básicos, en las que se realizan diversas acciones de salud, y le brindan al Comité la oportunidad de liderar acciones de salud que contribuyan a la solución de los problemas comunitarios. Sin embargo, éste no tiene un canal de comunicación abierto con la población, salvo en un número reducido de localidades con las que más se comunica.
- La Reforma de acuerdo al equipo de salud en materia de participación social tiene el objetivo de conformar consejos familiares, que son unidades

organizativas en las zonas sanitarias formada por familias, para atender los problemas de salud. Además se mencionan la participación de la comunidad, el Comité de Salud y el equipo de salud en la solución de problemas.

- Se reconoce que para lograr los objetivos que se propone la Reforma, el Comité de salud debe ejercer una función de defensoría de la población usuaria, en especial de los más pobres, organizar consejos familiares, y participar en la gestión local, lo cual no está realizando.
- La implantación del Compromiso de Gestión en el Centro, involucró procesos de deliberación por fases para concertar acuerdos en la gestión y provisión de servicios a la población. Los actores fundamentales fueron el equipo de gestión local, el equipo de gestión regional y el Comité de Salud, quien representa a la población usuaria. Todo el proceso se desarrolló en el centro de salud, lo que fortalece los poderes del equipo de salud, toda vez que es el escenario que controlan.
- La fase de problematización en la que se discutieron los problemas de salud priorizados que constituyen la base para el Compromiso, se produjo a nivel de los funcionarios de la Región y de la Caja de Seguro Social, los equipos locales y Comités de Salud. Estos problemas están contenidos en el Plan Regional de Salud.
- En la fase propositiva, el equipo regional presenta las propuestas al equipo del Centro de Salud de San Isidro en un documento marco para la discusión. Participan como actores los negociadores del equipo regional, del Centro de Salud y del Comité de Salud. Se caracterizó el proceso de deliberación por la

lucha de intereses, especialmente dominada por los médicos que presentaron las propias. Por su parte el Comité, aunque sabía cuáles eran los problemas de salud de la comunidad, no formuló ninguna propuesta y asumió un rol de observador pasivo, frente al poder que representó la discusión de los médicos.

- En la fase de negociación se resuelve el conflicto presentado por los médicos y queda excluido de la discusión el Comité de Salud, quien se limitó a hacer presencia, más tímidos, porque no están preparados para participar en estos procesos con un actor que mantiene el poder de la discusión.
- La falta de preparación, la baja autoestima e inseguridad de los negociadores del Comité de Salud, fue un factor determinante en su posición subordinada.
- La fase de ejecución y evaluación del Compromiso se caracterizó por la exclusión del Comité de Salud, debido a su poca beligerancia Comité para dar seguimiento a los acuerdos y cumplir con las responsabilidades que asumió. Esto dio como resultado que se limitaran las acciones comunitarias que fueron pactadas.

Estas situaciones indican que la Reforma crea con el modelo de salud para el Centro, un conjunto de oportunidades para que el Comité de Salud asuma como actor social un papel más beligerante en la lucha por los intereses de la comunidad que representa, especialmente cuando forma parte del Equipo conductor de la gestión del Centro de Salud, conjuntamente con las autoridades del mismo, sin embargo es mediatizado por el equipo de salud, quien domina los procesos deliberativos, anulando las posibilidades de que el Comité realice

propuestas concretas en torno a sus necesidades sentidas, que es posible no estén presentes en los acuerdos pactados. Esto deja ver las pocas capacidades desarrolladas y la escasa madurez de este negociador social, que no está preparado aún para asumir esta responsabilidad, con lo cual se comprueba la hipótesis formulada.

Hipótesis 4:

La experiencia de participación que ha tenido el Comité de Salud en la implantación de la Reforma en el Centro de Salud de San Isidro, no ha producido cambios significativos con relación a su situación inicial en el escenario predisponente, en cuanto a mejorar su autonomía, sus posibilidades de participar real y efectivamente en la cogestión de los servicios, de establecer relaciones de equidad con el equipo de salud, su capacidad para la formulación y negociación de propuestas y la efectividad de representación política y social de la comunidad.

La información presentada en los resultados permite conocer el impacto que ha tenido la participación del Comité de Salud en la Reforma, a partir de la percepción del equipo de salud y el Comité, para evaluar si se han producido cambios positivos o negativos.

- Con relación a la intensidad de la participación, prevalecen las opiniones (63.6%) de que no ha tenido protagonismo en el proceso de Reforma. Afirman que aunque han ganado experiencia en la implantación del Compromiso de Gestión, aún no han desarrollado la capacidad para formular

propuestas propias ante un equipo de salud, que mantiene el control de los procesos de deliberación y negociación a su favor, mediatizando las opciones de participación para enfrentar las necesidades de la población que representan.

La Reforma exige al Comité asumir nuevos roles, no obstante se mantienen con los tradicionales (72.7%) y han tenido poca beligerancia en la defensa de los derechos de los pobres para acceder a los servicios de salud (54.5%). Esta realidad indica que el Comité ha tenido una intensidad limitada en la dinámica de participación del proceso de implantación del Modelo de gestión en el Centro de Salud.

- La extensión de la participación ha sido limitada porque no han incorporado nuevos actores para dar mayor representación social a los procesos que desarrolla la Reforma (91.0%), no han incorporado a los pobres como actores en función de que no han desarrollado la función de organizarlos a través de los Consejos Familiares (91.0%) y el status del proceso participativo del Comité de salud ha tenido avances (54.5%), más no ha logrado su nivel deseado.
- Se reconoce que el Comité de Salud ha adquirido poderes para protagonizar las fases siguientes del nuevo modelo de gestión en la Reforma (72.2%). Estos se traducen en mayor conocimiento y experiencia, en el fortalecimiento de su rol en la administración de los fondos del Centro. Con relación a los mecanismos establecidos por la dirección para lograr una participación

sostenible y efectiva del Comité, se limitan a la firma de los cheques de fondos de autogestión y se les invita a que se integre en algunas actividades que realiza el Centro, lo cual no cambia la situación anterior. Si bien es cierto que el Comité ha ganado experiencia, lo cierto es que la sostenibilidad de su participación se sustenta en las modalidades de control, que no son funcionales para el tipo de actor que requiere la Reforma para participar en la cogestión.

- Se reconoce que el Comité ha desarrollado su capacidad gerencial para participar de manera eficiente en la cogestión (88.9%), debido a que exigen participación en la toma de decisiones , han alcanzado más conocimiento y madurez por las capacitaciones recibidas, controlan y vigilan más los servicios. Con relación a su autonomía para ejercer el rol de abogacía está limitada a lo legal mas no a lo real (78.9%). Su autonomía real se concreta a la solicitud de buen trato para los pacientes y presentar quejas. No han establecido mecanismos formales ni informales para defender los derechos de los pobres(54.5%) y el Cumplimiento de las disposiciones del Decreto Ley 401 logra cumplirse parcialmente. Estos señalamientos se inclinan a que la eficacia de la participación ha sido adecuada, en función de un proceso de maduración que tiene muy poco tiempo de desarrollo.
- Los determinantes del proceso participativo dejan claro que el Comité se enfrenta a un ambiente en el que tiene oportunidades y amenazas. La posibilidad de abordarlas va a depender de las fortalezas o debilidades que tenga el mismo para capitalizar a su favor las condiciones que mejor

fortalecen su rol de actor social para el cumplimiento de las funciones que se espera. Se reconocen fortalezas técnicas, personales, económicas, políticas y sociales, de la misma manera en que tienen en ese orden debilidades, las que parecieran pesar más al momento de interactuar con el equipo de salud para no lograr concretar sus proyectos de cogestión de la salud.

Estos resultados permiten confirmar que la participación del Comité de Salud en la Reforma, en efecto no ha producido cambios significativos en su situación inicial, con lo que se comprueba la hipótesis.

Hipótesis 5:

El Comité de Salud no ha desarrollado mecanismos operativos para implantar los componentes de la Reforma relativos a lograr la articulación social de los pobres en la cogestión de la salud para hacer efectivas sus demandas de servicios integrales, oportunos y de calidad como un derecho.

Sobre el particular se analizarán si los resultados obtenidos confirman o no la hipótesis.

- La reforma reconoce la existencia de la pobreza como un problema que afecta la salud de la población y que tiene pocas posibilidades de solucionarse bajo las condiciones del modelo económico actual.
- Las usuarias de las comunidades también reconocen la existencia de diferentes tipos de pobreza en las comunidades, aún cuando las mismas sean pobres, es decir, unos son más pobres que otros, e identifican a los pobres como personas que no tienen nada. Esta condición afecta la salud de

estas personas cuyos principales problemas son la violencia, el desempleo, la falta de organización, problemas de vivienda, la falta de comida, entre otros.

- Existen políticas y estrategias de orden nacional, que plantean el ataque a la pobreza como una de sus prioridades, sin embargo, el equipo de salud plantea que no las hay , con lo cual coinciden las usuarias, quienes señalan que sus problemas son resueltos por las mismas comunidades.
- Mientras el equipo de salud señala que no hay procesos de movilización en torno a la salud de los pobres, las usuarias si identifican organizaciones que realizan acciones asistencialistas para enfrentar la pobreza, que son dispersas y de impacto limitado.
- Las lideresas reconocen que el Comité ha tenido liderazgo en la defensa de la salud de los pobres, el cual consiste en orientar a embarazadas que no se controlan, conseguir citas, captando y canalizando personas pobres a los servicios, abogando cuando no tienen recursos. Por su parte, las usuarias de la comunidad indican que no ha sido así, porque no han visto la acción del Comité en las Comunidades, las cuales en su mayoría ni siquiera conocen a los miembros directivos.
- La Reforma abre espacios ofreciendo alternativas en la atención de los pobres a través del Compromiso de Gestión, en el que se delimitan las áreas postergadas mediante la sectorización, identificación de discapacitados, la clasificación socioeconómica de la población, el acceso a servicios de salud

mediante la exoneración y el crédito, la organización de los consejos familiares entre otros.

- El Comité de Salud no ha jugado un papel en la formulación de los mecanismos operativos para hacer cumplir el Compromiso de Gestión, ya que no existe formalmente un procedimiento para hacer efectivo el reconocimiento de la clasificación socioeconómica que tiene la comunidad, en términos de ofrecer los subsidios a las personas pobres. Lo que se hace por parte de la dirección es otorgar créditos que no siempre incluyen la totalidad de la atención (consulta, procedimientos diagnóstico y tratamiento). Por su parte el Comité lo más que puede hacer es solicitar la atención para algunas personas, lo cual se maneja como un favor que se le hace al directivo.
- El Comité de salud no ha participado en la organización de los consejos familiares porque los percibe como una amenaza.
- Existen oportunidades para potenciar la participación de los pobres en la gestión, así como amenazas. Siendo la más importante la exclusión a que son sometidos. Pese a ello, se encuentran fortalezas que se ubican en el ámbito de la sobrevivencia y su capacidad de resistir. Las debilidades indudablemente son percibidas por el equipo de salud como incapacidad para participar, tomar decisiones y superar su marginación, con lo cual se les ubica en el círculo de la beneficencia.

Se comprueba que el Comité de Salud no ha desarrollado mecanismos operativos que articulen a los pobres a la cogestión de la salud, ni para lograr el

aseguramiento en el acceso a la atención integral, oportunas y de calidad como un derecho, con la aplicación de la clasificación socioeconómica, con lo que se acepta la hipótesis.

4.4. PROPUESTA DE CAPACITACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO EN LA COGESTIÓN DE LA SALUD, DURANTE LA FASE DE EJECUCIÓN Y SOSTENIMIENTO DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

4.4.1. Introducción

Los Comités de Salud declarados legalmente como organismos de interés público para “promover su iniciativa en la orientación, planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud”, y con capacidad de ejercer derechos y contraer obligaciones, son los llamados de acuerdo al Decreto de Gabinete N° 401 de 29 de diciembre de 1970 y los Estatutos que lo crean, son los responsables de:

1. Participar en todas las acciones asociadas a los programas de salud.
2. Asegurar los medios necesarios para que los derechos en salud sean ejercidos por todos los miembros de la comunidad.
3. Servir como instrumento de organización popular de las comunidades en los esfuerzos por superar sus condiciones de vida.

4. Compartir responsabilidades con el Grupo Técnico del Ministerio de Salud en la organización de la comunidad con el fin de que ésta pueda ejercer sus derechos y cumplir con los deberes que en materia de salud le son propios, de acuerdo con el Código de Salud de Panamá.
5. Promover la iniciativa de la misma comunidad en la orientación, planificación, ejecución y mejoramiento de los programas del Ministerio de Salud, orientados hacia la consecución del estado óptimo de salud en toda la población y velar por su cumplimiento.
6. Vigilar el cumplimiento correcto de las disposiciones legales consagradas en el Código de Salud y sus reglamentos.
7. Administrar los fondos que ingresan a los centros de salud

El cumplimiento de estos objetivos, hoy más que nunca adquieren importancia estratégica desde la perspectiva de la visión de la salud en el desarrollo, la consolidación de los procesos democráticos, la búsqueda de la eficiencia, eficacia y efectividad, la construcción de la equidad, la descentralización del sistema de salud, la atención primaria de salud y la gestión sanitaria pública entre otros, por lo que los Comités de Salud han de jugar un rol trascendente para lo cual deben prepararse adecuadamente mediante un proceso de capacitación permanente, a fin de llevar adelante el ambicioso proyecto de Reforma y Modernización del sistema sanitario panameño.

4.4.2. Justificación

La Constitución Política de la República de Panamá expresa la función que tiene el Estado de velar por la salud de la población y reconoce los derechos del individuo como parte de la comunidad a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, agregando que las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

El proceso de reforma y modernización del Sistema Nacional de Salud, se constituye en un proyecto orientado a “contribuir al incremento del desarrollo humano sostenible de toda la población panameña, expresado en indicadores positivos de salud integral de la gente y el ambiente”, que intenta superar los determinantes y condicionante que limitan el logro de este objetivo importante para el desarrollo nacional.

Es claro que el sistema de salud confronta problemas gerenciales determinantes para lograr la eficiencia, eficacia, efectividad y calidad de la gestión de las instituciones de salud, así como una limitada apertura a los procesos participativos reales. Por otro lado, el Comité de salud se enfrenta a un conjunto de problemas que han sido identificados en esta investigación por las personas entrevistadas, entre los cuales se destacan:

- la incapacidad para el desarrollo de las funciones establecidas en el Decreto Ley que lo crea, situación que limita la extensión, intensidad, dinámica,

impacto y sostenibilidad de su participación en la cogestión del sistema de salud;

- la poca influencia que ejerce sobre la gestión del sistema sanitario local, que está dada por las desigualdades en los límites del control político, la complejidad de la gestión y la poca disponibilidad de tiempo para el ejercicio de la influencia
- la crisis de representatividad que deja ver con claridad que no reflejan el interés público de la población.

Se necesita avanzar en el desarrollo de métodos y mecanismos para fortalecer la gerencia participativa, mediante procesos de cogestión que están dirigidos a la construcción de la capacidad de toma de decisiones y la participación, “en las distintas fases de la gestión, desde la identificación de los problemas y necesidades de salud, la articulación de sus expectativas, la formulación y negociación de propuestas para su solución, el seguimiento y evaluación de las acciones acordadas y el cumplimiento de los compromisos contraídos” (p.e. OPS (1994)). En consecuencia, la cogestión incluye la acción conjunta del Comité de Salud y el equipo de salud del centro de salud en el proceso de producción de la salud y conducción del sistema sanitario local.

En virtud de estos problemas, se torna necesario profundizar las reformas estructurales en el sistema de gestión para agregar los nuevos intereses bajo un objetivo común, lo que significa integrar a los grupos marginados del proceso decisorio sobre la salud en una forma de gestión participativa, la expansión y mejora de la calidad de los servicios para alcanzar la universalidad y eficacia en

las políticas de salud y la redistribución de costos y beneficios del servicio, mediante formas descentralizadas y desconcentradas de gestión.

Para ello se propone un programa de capacitación mediante el desarrollo de seis (6) talleres dirigidos a la directiva del Comité de Salud, con los que se busca contribuir a mejorar la capacidad de adaptación de la organización a los retos que plantean los cambios que se están implantando. Se trata de lograr el equilibrio entre las funciones que debe desarrollar, las necesidades de la población que representa y las capacidades para lograr los resultados esperados.

Tal proceso de capacitación, en lo posible recomiendo debe ser desarrollado por un Organismo no Gubernamental en calidad de consultor, que se comprometa a brindarle asistencia técnica al Comité de Salud, hasta lograr la implantación de los planes de acción.

De no ser posible, deberá ser conducidos por personal capacitado en el sistema de salud, teniendo claro que el propósito es mejorar la gestión del sistema de salud panameño.

4.4.3. Objetivos

Se presentan los objetivos seguidamente los objetivos general y específicos.

4.4.3.1. General

Desarrollar la capacidad de influencia política, de conducción de la gestión de salud, de defensa de la población y producción social de la salud del Comité de Salud en el contexto de los procesos de reforma y modernización que se desarrollan en el Centro de Salud de San Isidro

4.4.3.2. Específicos

- **Analizar la base legal del Comité de Salud y su aplicabilidad en el contexto socio-político e institucional en que se desarrollan los servicios del Centro de Salud de San Isidro.**
- **Reconocer la organización y funcionamiento estratégico del sistema local de salud de San Isidro, desde la perspectiva de la gestión, provisión de servicios y los procesos de producción social de la salud y su articulación con el Comité de Salud.**
- **Aplicar los elementos metodológicos básicos e instrumentos de gestión estratégica participativa en el sistema local de salud de San Isidro.**
- **Reconocer los elementos constitutivos y funcionales básicos del sistema local de salud y el rol que juega el comité de salud en su funcionamiento.**
- **Formular un plan operativo de acciones específicas que le corresponden al Comité de salud en el fortalecimiento de la atención primaria de salud de San Isidro integradas al modelo de salud que se desarrolla en el centro de salud.**
- **Definir los componentes del proceso de reforma y modernización del centro de salud de San Isidro y las que cumple el Comité en la implantación de las distintas etapas de implantación.**
- **Analizar las fases de participación en el proceso de gestión y producción social de la salud y las funciones operativas que le corresponde al Comité de Salud.**

SEMINARIO TALLER N° 4**DURACIÓN:** 32 Horas

Ejes Temáticos	
Gestión Social de la salud	
<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos humanos postergados y la inequidad de la salud • Perfil de la pobreza en Panamá y en la Región de San Miguelito • Características del mundo pobre, universo cultural • Técnicas e instrumentos para la identificación y análisis de los problemas de salud • Mecanismos de sobrevivencia y potencialidades de los pobres • Estrategias para trabajar con pobres, intervenciones estratégicas focalizadas • Defensoría y aseguramiento de la atención de la salud de los pobres • Metodología de evaluación socio-económica de las familias • Articulación de los pobres a la gestión de la salud en la zona sanitaria a través del Consejo de Familia 	
Defensoría sanitaria	
<ul style="list-style-type: none"> • Conceptos, fines y objetivos • Base legal • La defensa al derecho de la salud, función del Comité de salud con el interés público • El proceso de defensa del derecho a los servicios de salud pública • Recursos para defender los derechos sociales: legales, administrativos y judiciales • Estrategia y mecanismos operativos para canalizar las peticiones, manifestaciones públicas y demandas sociales • Participación en el proceso de construcción de la política pública sanitaria 	
Producto Esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Plan operativo para la organización de Consejos de Familia • Plan operativo para la aplicación de la evaluación socio-económica • Propuesta de negociación para la implantación de un mecanismo de defensoría y aseguramiento de la atención de la salud de los pobres
Factor de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de Asistencia al Taller • Documento impreso con el Plan operativo

TALLER N° 5**DURACIÓN:** 24 Horas

Ejes Temáticos	
Formulación y gestión de proyectos de autogestión	
<ul style="list-style-type: none"> • Elementos conceptuales y operativos en la formulación de proyectos de autogestión • Metodología para la formulación de proyectos • Elementos metodológicos en la gestión del proyecto 	
Producto Esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación de un proyecto de autogestión
Indicador de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de Asistencia al Taller • Documento con el proyecto impreso

4.4.3.5.4. IV FASE:**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CAPACITACIÓN**

En esta fase se realiza la evaluación del proceso de capacitación que se ha desarrollado y el impacto que ha tenido la participación del Comité de Salud en el proceso de cogestión y conducción de los procesos de participación social y defensoría de la población.

TALLER N° 6

DURACIÓN : 12 HORAS

Ejes Temáticos	
Evaluación del proceso e impacto de la capacitación	
<ul style="list-style-type: none"> • Resultados alcanzados en el proceso de capacitación • Impacto de la capacitación en el proceso de participación del Comité de salud en la cogestión del Modelo de gestión, provisión de servicios, defensoría y participación social 	
Producto Esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Guías de evaluación contrastadas por el Comité, el equipo de salud y otros actores.
Indicador de Verificación	<p style="text-align: center;">Evaluación de los resultados del proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> • 95% de asistencia a los talleres • Presentación del 100% todos los productos • Efectividad y calidad del proceso pedagógico • Grado de pertinencia de la capacitación <p style="text-align: center;">Evaluación del Impacto de la capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de planes operativos implantados • Grado de desarrollo de la dinámica, sostenibilidad y eficacia del Comité en la cogestión de la salud • N° de actores sociales articulados al proceso de producción de la salud • N° de consejos familiares organizados • No de evaluaciones socioeconómicas realizadas por el Comité según zona sanitaria • N° y tipo de acciones realizadas por la defensoría sanitaria del Comité de Salud • % y tipo de avances de los mecanismos de aseguramiento de la atención de los pobres • Grado de avance en la implantación del proyecto de autogestión

CONCLUSIONES

1. La Reforma y Modernización del sistema de salud, es un movimiento mundial, especialmente impuesto por los Organismos Internacionales de Financiamiento en el marco de la Reforma del Estado. Las condiciones del país son propicias para su implantación, en la medida en que el sector salud bajo las actuales condiciones, no puede enfrentar y reducir las desigualdades sociales y regionales existentes a nivel poblacional y ambiental, lo que obliga a considerar una mayor liberalización del sistema de salud para promover el desarrollo de nuevas formas de financiamiento público y privado de la salud. Para Modernizar el sistema de salud se hace necesario romper con los paradigmas existentes, por lo que se vislumbran oportunidades de ampliar y hacer efectiva la participación de los Comités de Salud en el nivel primario, a fin de cumplir con la descentralización y la producción social de la salud.
2. En la Región de Salud de San Miguelito se inicia el diseño de la Reforma a partir de 1996 y su implantación en los centros de salud en 1997. Los cambios específicos que se introducen son de orden estructural y funcional, pudiéndose mencionar entre los más importantes la implantación del Modelo descentralizado de Gestión, la aplicación del Modelo de Atención familiar, Comunitario y Ecológico y el Modelo de participación Social.
3. La Constitución Política de la República establece un referente formal para integrar la participación de la población en la gestión de los servicios

de salud, al señalar que "las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud" (p.e. Fábrega (1997)). El Comité de Salud se constituye en el organismo formal para llevar adelante este mandato.

4. Se plantea la necesidad de evaluar los procesos de participación del Comité de Salud de San Isidro como un movimiento social, para generar sistemáticamente conocimientos que sirvan en la producción de herramientas que mejoren la capacidad y poder de los actores sociales, para articular sus necesidades y problemas, negociar sus propuestas e intereses en la gestión de la salud. En este estudio a través del método cualitativo, se evaluó la Participación de Comité de Salud de San Isidro en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización de Centro de Salud, entre los años 1997-2000, empleando la Metodología de Evaluación de la Participación Social en el Desarrollo de la Salud.
5. Participó en el estudio una muestra de 38 informantes, entre los cuales figuran funcionarios de la Región de Salud de San Miguelito (2), funcionarios del Centro de Salud representados en el equipo conductor (4), equipos básicos (2) y complementarios (3), usuarias de los servicios de salud de las comunidades de Sarita Elena N° 2 (7), Seis de Abril (6) y el Valle de San Isidro (5) y lideresas de organizaciones comunitarias (9). Los/as funcionarias han laborado en instituciones del primer nivel de atención, gran parte de su tiempo en la Región de Salud de San Miguelito.

Además han tenido experiencias con comités de salud. Por su parte, las usuarias han tenido experiencia de utilización de servicios de manera directa e indirecta con el Centro de Salud de San Isidro.

6. Los resultados obtenidos permitieron confirmar las cuatro hipótesis de trabajo que orientaron la investigación, en los tres escenarios que se analizaron.
7. El estudio reveló que existían condiciones que favorecían la participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud local antes de la implantación de la Reforma (escenario de predisponentes), que el Comité no aprovechó para realizar sus intereses. Ello se comprueba a través de los siguientes resultados:
 - La caracterización de la situación de salud en San Isidro, en el escenario inicial, evidencia el conflicto servicio-población que se manifiesta en las limitaciones que tiene el Centro de para dar respuesta a la demanda de atención y a los problemas de salud de la gente y el ambiente, los cuales son posibles de intervenir con decisiones concertadas entre el Estado y la comunidad representada por el Comité de Salud.
 - El Centro de Salud tiene una sobredemanda que superó en 221.2% las estimaciones en 1997. El volumen de población que maneja le da una fuerza económica, política y social al Comité como cogestor de los servicios, de acuerdo al Decreto Ley que los crea, que no aprovecha.

- El gobierno tiene políticas para enfrentar los problemas de salud que se concretan en las Políticas Públicas para el Desarrollo Integral: Desarrollo Social con Eficiencia Económica, los lineamientos Políticos y Estratégicos de Salud, Decreto Ley 401 que crea los Comités de Salud y otras, que impulsan la participación social que el Comité no hace valer políticamente.
 - Existen percepciones favorables a la participación del Comité de salud, que le dan una base social y política para su participación, cuando el equipo de salud y la comunidad lo reconocen como una organización de la comunidad, escogida por ésta para luchar por la salud y para que represente a la comunidad.
 - Existe una tradición participativa en la comunidad en el quehacer de salud, que se produce con la participación de grupos como las juntas comunales, comités de trabajo, grupos religiosos, grupos de mujeres, promotores voluntarios, tercera edad, padres de familia y ONG's., que realizan acciones fragmentadas con poco impacto. El Comité de Salud tiene limitados vínculos con estas.
8. Se reveló en el estudio que los procesos de participación social que se impulsan desde el Centro de Salud, están orientados a lograr la integración del Comité de Salud en la ejecución de actividades para resolver problemas de salud coyunturales y no la cogestión de la salud. Ello se comprueba en los siguientes resultados:

- Existen divergencia de opiniones sobre la visión de los propósitos que animan la participación social, por parte del equipo y las usuarias. Los primeros consideran que es la consulta para tomar decisiones, ejecución, seguimientos y evaluación de acciones de salud, legitimación social, información y respaldo, mas no la participación en la toma de decisiones. Las segundas tienen un concepto más amplio de los propósitos que animan la participación social, en tanto permite integrar esfuerzos para lograr mejor impacto en la salud de la gente, desarrollar un proceso educativo para que la gente aprenda a cuidar su salud y participar en la solución de los problemas de salud. La opinión de las usuarias se orienta más a la cogestión que la del equipo de salud. Estas concepciones limitan la participación del Comité de salud.

Las autoridades del centro de salud limitan las intervenciones del Comité de salud en la cogestión a la firma de cheques y la contratación de personal, que muchas veces es impuesto por la dirección, a pesar de que la presidenta y el Comité forma parte del Equipo conductor del Centro.

9. Se estableció en el estudio que el Comité de Salud de San Isidro, a pesar de que en el escenario de las innovaciones que establece la Reforma se propician de manera formal los mecanismos para una participación autónoma, el Comité de Salud no ha desarrollado la capacidad de

formular y proponer alternativas de solución a las necesidades y problemas de la comunidad, por lo tanto los procesos de deliberación y negociación son controlados por el equipo de salud al momento de implantar el Compromiso de Gestión en la Reforma. Esto crea una contradicción entre el modelo de participación que se espera desarrollar teóricamente y lo que ocurre en la práctica. Los siguientes resultados comprueban la aceptación de la hipótesis:

- En el escenario de las innovaciones se concretizan las propuestas de la Reforma y se crean las oportunidades de participación del Comité de Salud para posicionarse como actor social en la lucha por sus intereses.
- La Reforma es percibida como una propuesta de las Agencias Internacionales, que tiene su factor facilitador en el Conflicto servicio-población, que es generado especialmente por la insatisfacción de la población debido a la baja calidad de los servicios de salud, el alto costo del modelo tradicional y su poca capacidad resolutive. Su intención es el cambio de la gestión y de los servicios, para transformar las situaciones que generan malestar en la gente, además de lograr eficiencia, situación que exige a los actores definir sus necesidades para negociarlas en los procesos de toma de decisiones para los cambios.
- Señalan como los componentes más importantes de la Reforma el Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ambiental, la

conformación de los equipos básicos, la sectorización, trabajo comunitario del equipo, los que introducen cambios en la gestión, organización de servicios, la provisión, demanda de la atención , el financiamiento y la participación social. Las usuarias perciben los cambios favorables, especialmente porque se sienten mejor atendidos y tratados, tienen confianza, han perdido el miedo, conocen mejor a su médico, siempre reciben respuestas, especialmente las personas pobres. Es necesario que el Comité vigile los cambios que se operan y el benéfico que genera a los usuarios, para que formule demandas cuando no se cumplan las expectativas acordadas.

- La conformación de los equipos básicos es una modalidad que acerca más al funcionario a la comunidad, especialmente los/las médicos (as), que conocen mejor las necesidades de la gente y se relacionan más con ellas. Existen cuatro zonas sanitarias con sus respectivos equipos básicos, en las que se realizan diversas acciones de salud, y le brindan al Comité la oportunidad de liderar acciones de salud que contribuyan a la solución de los problemas comunitarios, sin embargo éste no desarrolla actividades en las comunidades.
- La Reforma de acuerdo al equipo de salud en materia de participación social tiene el objetivo de conformar consejos familiares, que son unidades organizativas en las zonas sanitarias

formada por familias, para atender los problemas de salud. Además se mencionan la participación de la comunidad , el Comité de Salud y el equipo de salud en la solución de problemas. La participación de l Comité en la formación de los Consejos, puede fortalecer su poder político en las propuestas que realice al equipo de salud.

- Se reconoce que para lograr los objetivos que se propone la Reforma, el Comité de salud debe ejercer una función de defensoría de la población usuaria, en especial de los más pobres, organizar consejos familiares, y participar en la gestión local , lo cual no está realizando.
- La implantación del Compromiso de Gestión en el Centro, involucró procesos de deliberación por fases para concertar acuerdos en la gestión y provisión de servicios a la población. Los actores fundamentales fueron el equipo de gestión local, el equipo de gestión regional y el Comité de Salud, quien representa a la población usuaria. Todo el proceso se desarrolló en el centro de salud y se caracterizó por el predominio del equipo sobre el Comité de Salud, quien no pudo formular ninguna propuesta en representación de la comunidad. Se actitud fue pasiva, con un carácter de observante más que de participante. La falta de preparación, la baja autoestima e inseguridad de los negociadores

del Comité de Salud, fue un factor determinante en su posición subordinada.

10. Demostró el estudio que la experiencia de participación que ha tenido el Comité de Salud en la implantación de la Reforma en el Centro de Salud de San Isidro, no ha producido transformaciones significativas con relación a su situación inicial en el escenario predisponente, en cuanto a mejorar su autonomía, sus posibilidades de participar real y efectivamente en la cogestión de los servicios, de establecer relaciones de equidad con el equipo de salud, su capacidad para la formulación y negociación de propuestas y la efectividad de representación política y social de la comunidad, a pesar de que forma parte del equipo conductor de la Gestión del Centro de salud.

Su comprobación se fundamenta en :

- El Comité ha tenido una intensidad limitada en la dinámica de participación del proceso de implantación del Modelo de gestión en el Centro de Salud, cuando los (as) participantes reconocen que no ha tenido protagonismo en el proceso de Reforma (63.6%). Afirman que aunque han ganado experiencia en la implantación del Compromiso de Gestión, aún no han desarrollado la capacidad para formular propuestas propias ante un equipo de salud, que mantiene el control de los procesos de deliberación y negociación a

su favor, mediatizando las opciones de participación para enfrentar las necesidades de la población que representan.

- La Reforma exige al Comité asumir nuevos roles, no obstante se mantienen con los tradicionales (72.7%) y han tenido poca beligerancia en la defensa de los derechos de los pobres para acceder a los servicios de salud (54.5%).
- La extensión de la participación ha sido limitada porque no han incorporado nuevos actores para dar mayor representación social a los procesos que desarrolla la Reforma (91.0%), no han incorporado a los pobres como actores en función de que no han desarrollado la función de organizarlos a través de los Consejos Familiares (91.0%) y el status del proceso participativo del Comité de salud ha tenido avances (54.5%), más no ha logrado su nivel deseado.
- Se reconoce que el Comité de Salud ha adquirido poderes para protagonizar las fases siguientes del nuevo modelo de gestión en la Reforma (72.2%). Estos se traducen en mayor conocimiento y experiencia y el fortalecimiento de su rol en la administración de los fondos del Centro. Los mecanismos establecidos por la dirección para lograr una participación sostenible y efectiva del Comité, se limitan a la firma de los cheques de fondos de autogestión y se les invita a que se integre en algunas actividades que realiza el Centro, lo cual no cambia la situación anterior. Si

bien es cierto que el Comité ha ganado experiencia, lo cierto es que la sostenibilidad de su participación se sustenta en las modalidades de control, que no son funcionales para el tipo de actor que requiere la Reforma para participar en la cogestión.

- Se reconoce que el Comité ha desarrollado su capacidad gerencial para participar de manera eficiente en la cogestión (88.9%), debido a que exigen participación en la toma de decisiones , han alcanzado más conocimiento y madurez por las capacitaciones recibidas, controlan y vigilan más los servicios. Con relación a su autonomía para ejercer el rol de abogacía está limitada a lo legal mas no a lo real (78.9%). Su autonomía real se concreta a la solicitud de buen trato para los pacientes y presentar quejas. No han establecido mecanismos formales ni informales para defender los derechos de los pobres(54.5%) y el Cumplimiento de las disposiciones del Decreto Ley 401 logra cumplirse parcialmente.
- Los determinantes del proceso participativo dejan claro que el Comité se enfrenta a un ambiente en el que tiene oportunidades y amenazas. La posibilidad de abordartas va a depender de las fortalezas o debilidades que tenga el mismo para capitalizar a su favor las condiciones que mejor fortalecen su rol de actor social para el cumplimiento de las funciones que se espera. Se reconocen fortalezas técnicas, personales, económicas, políticas y sociales, de la misma manera en que tienen en ese orden

debilidades, las que parecieran pesar más al momento de interactuar con el equipo de salud para no lograr concretar sus proyectos de cogestión de la salud.

11. La quinta hipótesis señala que el Comité de Salud no ha desarrollado mecanismos operativos para implantar los componentes de la Reforma relativos a lograr la articulación social de los pobres en la cogestión de la salud para hacer efectivas sus demandas de servicios integrales, oportunos y de calidad como un derecho. Los siguientes hechos comprueban su hipótesis.

- La Reforma reconoce la existencia de la pobreza, como un problema que afecta la salud de la población y que tiene pocas posibilidades de solucionarse bajo las condiciones del modelo económico actual.
- Las usuarias de las comunidades también reconocen la existencia de diferentes tipos de pobreza, e identifican a los pobres como personas que no tienen nada. Esta condición afecta la salud de estas personas cuyos principales problemas son la violencia, el desempleo, la falta de organización, problemas de vivienda, la falta de comida, entre otros.
- Existen políticas y estrategias de orden nacional, que plantean el ataque a la pobreza como una de sus prioridades, sin embargo, el equipo de salud plantea que no las hay, con lo cual coinciden las

usuarias, quienes señalan que sus problemas son resueltos por las mismas comunidades.

- Mientras el equipo de salud señala que no hay procesos de movilización en torno a la salud de los pobres, las usuarias si identifican organizaciones que realizan acciones asistencialistas para enfrentar la pobreza, que son dispersas y de impacto limitado.
- Las lideresas reconocen que el Comité ha tenido liderazgo en la defensa de la salud de los pobres, el cual consiste en orientar a embarazadas que no se controlan, conseguir citas, captando y canalizando personas pobres a los servicios, abogando cuando no tienen recursos. Por su parte, las usuarias de la comunidad indican que no ha sido así, porque no han visto la acción del Comité en las Comunidades, las cuales en su mayoría ni siquiera conocen a los miembros directivos.
- La Reforma abre espacios ofreciendo alternativas en la atención de los pobres a través del Compromiso de Gestión, en el que se delimitan las áreas postergadas mediante la sectorización, identificación de discapacitados, la clasificación socioeconómica de la población, el acceso a servicios de salud mediante la exoneración y el crédito, la organización de los consejos familiares entre otros.
- El Comité de Salud no ha jugado un papel en la formulación de los mecanismos operativos para hacer cumplir el Compromiso de

Gestión, ya que no existe formalmente un procedimiento para hacer efectivo el reconocimiento de la clasificación socioeconómica que tiene la comunidad, en términos de ofrecer los subsidios a las personas pobres. Lo que se hace por parte de la dirección es otorgar créditos que no siempre incluyen la totalidad de la atención (consulta, procedimientos diagnóstico y tratamiento), ni beneficia a todos por igual. Por su parte el Comité lo más que puede hacer es solicitar la atención para algunas personas, lo cual se maneja como un favor que se le hace al directivo.

- El Comité de salud no ha participado en la organización de los consejos familiares porque los percibe como una amenaza.
- Existen oportunidades para potenciar la participación de los pobres en la gestión, así como amenazas, siendo la más importante la exclusión a que son sometidos. Pese a ello, se encuentran fortalezas que se ubican en el ámbito de la sobrevivencia y su capacidad de resistir que no fortalece el Comité de Salud. Las debilidades indudablemente son percibidas por el equipo de salud como incapacidad para participar, tomar decisiones y superar su marginación, con lo cual se les ubica en el círculo de la beneficencia.

RECOMENDACIONES

Para contribuir a la solución de los problemas identificados se presentan las siguientes recomendaciones:

1. El proceso de Reforma y Modernización exige la participación social como una condición fundamental para alcanzar la equidad social. Para lograrlo, se recomienda que el equipo de salud se capacite en la facilitación de procesos participativos autónomos para la cogestión y la autogestión de la salud. Estos procesos deben ser monitoreados y evaluados permanentemente, a fin de producir sistematización de experiencias, que sirvan para construir apoyos técnicos que refuercen el trabajo comunitario que se realiza en las zonas sanitarias del Centro de Salud de San Isidro.
2. Es necesario que el equipo de salud haga una profunda reflexión sobre su posición con respecto a los Comités de Salud, para que se establezcan relaciones de aliados y no de adversarios, que faciliten la transición del modelo de participación ejecutora al de cogestión.
3. Desarrollar un programa de educación dirigido al Comité de Salud, el cual debe iniciar desde que se interesan por participar en la Junta Directiva y continuar una vez son electos, que los capacite para el desempeño de las funciones establecidas por Ley, y aquellas que se generan como resultado de su rol de cogestión. Ello contribuirá desarrollar un óptimo nivel de eficacia social y política para insertarse en los procesos de cogestión, con liderazgo para interactuar con otros actores sociales y negociar los intereses de los grupos a quienes representa.

4. Brindar asesoramiento técnico-político permanente para que el Comité fortalezca su capacidad operativa en el Equipo conductor y para el desarrollo de procesos de concertación, movilización política, comunicación, abogacía y control social.
5. El Comité de salud puede trabajar en la conformación de una red de participación social estratégica con los Consejos Familiares, para articular un proceso de gestión de la salud en las zonas sanitarias de San Isidro. Por otro lado debe desarrollar estrategias para incrementar la membresía de miembros no solo en los libros de registros, sino en las acciones de salud que se llevan a cabo.
6. Desarrollar un plan de capacitación en gestión social y de estrategias para trabajar con los pobres desde su marco cultural de sobrevivencia, a fin de adecuar las intervenciones en estos grupos a sus necesidades, contribuir a su articulación y desarrollo como actores sociales en la cogestión de la salud.
7. El Comité de Salud debe prepararse para negociar el próximo Compromiso de Gestión, por lo que es necesario que defina sus prioridades a partir de un análisis de situación de salud en el marco de una realidad de pobreza que vive la mayoría de la población. Para ello se recomienda que negocie el establecimiento de mecanismos que aseguren el acceso a los servicios de salud de las personas pobres, que tienen como base la clasificación socioeconómica realizada en las comunidades.
8. Recomendamos a la Región de Salud de San Miguelito, a los directivos del Centro de Salud y del Comité de Salud, la contratación de personal

profesional y/o técnico en desarrollo comunitario a fin de impulsar procesos participativos permanentes en las zonas sanitarias. De no contar con los recursos estatales o de autogestión, se recomienda la formulación de proyectos de participación social para que se negocie con organismos como el Banco Mundial o Banco Interamericano de Desarrollo, que han impulsado y financiado gran parte de los proyectos de Reforma Sanitaria en Panamá.

RESUMEN

La participación del Comité de Salud de San Isidro en el proceso de cogestión de la salud, durante la fase de implantación de la Reforma y Modernización del Centro de Salud de San isidro, entre los años 1997-2000, es el eje de interés de este estudio, debido a que permite dar respuestas a cuestionamientos sobre las situaciones que propician la escasa y poco efectiva participación del Comité de Salud en el cogerenciamiento del Centro de Salud, labor que debe cumplir con el equipo directivo. El objetivo se orienta a contribuir al desarrollo de la capacidad de gestión y de representación social del Comité de Salud, para que se integre con mayor eficacia al proceso de cogestión en las fases sucesivas de aplicación de la Reforma y Modernización, como genuino interlocutor de los intereses de la comunidad, en especial de los grupos humanos pobres.

Los resultados de este estudio aportarán información útil, que permitirá formación y desarrollo de capital social, así como ofrecer alternativas prácticas para la capacitación del Comité de San Isidro y otros más.

Se utilizó el método cualitativo para el desarrollo de este estudio, que emplea la Metodología de Evaluación de la Participación Social en el Desarrollo de la Salud (p.e. (Rozental 199a, Rozental 1993b)), en donde se construye un escenario previo a la Reforma, denominado predisponente, el de innovaciones con la implantación de ésta y el de transformaciones. Se seleccionó una muestra de 38 personas, representadas en funcionarios, directivos del Comité de Salud y usuarias de los servicios, a los cuales se les aplicó entrevistas semiestructuradas individuales y en grupos focales. La información analizada

comprueba que antes de la aplicación de la Reforma en el Centro de Salud, existían condiciones que favorecían una amplia participación del Comité de Salud en la cogestión de la salud de San Isidro, que no fue aprovechada para mejorar su posición como actor social. Se comprueba que el equipo del Centro de Salud estimula la participación coyuntural del Comité, en la ejecución de acciones que no representan un proceso de cogestión. La Reforma crea con el modelo de salud para el Centro, un conjunto de oportunidades que contribuyen si son adecuadamente aprovechadas a que el Comité de Salud asuma un papel más beligerante en la lucha por los intereses de la comunidad que representa, especialmente cuando forma parte del Equipo conductor de la gestión del Centro de Salud, no obstante es mediatizado por el equipo de salud, quien domina los procesos deliberativos, anulando las posibilidades de que el Comité realice propuestas concretas en torno a sus necesidades sentidas, que es posible no estén presentes en los acuerdos pactados. Por otro lado, existiendo las respuestas para lograr el acceso de los pobres a la participación social y a la atención de la salud, el Comité no ha negociado los mecanismos operativos para hacerlo efectivo. Para contribuir en la solución de los problemas identificados, se recomienda entre otras, la formulación de un Plan de capacitación del Comité de Salud, que se propone como una de las respuestas prácticas de este estudio. Se recomienda brindar asesoramiento técnico-político permanente para que el Comité fortalezca su capacidad operativa en el Equipo conductor de la gestión del Centro de Salud y que el equipo de salud se capacite en la facilitación de procesos participativos autónomos para la cogestión y la autogestión de la salud.

BIBLIOGRAFIA

AMARO, Nelson, Descentralización, Gobierno Local y Participación: América Latina Y Honduras, Honduras, Editorial Guaymuras, 1994.

ASAMBLEA LEGISLATIVA. Código de la Familia. Panamá, 1996

BANCO MUNDIAL. PANAMÁ, Estudio Sobre Pobreza. Prioridades Y Estrategias para la Reducción de la Pobreza. Primera Edición. Estados Unidos. 2000.

BLANCO, M. Amanda. A. Proyecto de Capacitación Continuada de los Equipos Básicos de la Red de Atención Primaria de la Región de Salud de San Miguelito. Documento Multigrafiado. Panamá, 1997.

BRITO Q., Pedro y Otros. Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: Cambios y Oportunidades. OPS/OMS. Washington, 1996.

B&F CONSULTORES. Mapa de Participación Social, Región de Salud de San Miguelito. Panamá, 1,997

B&F CONSULTORES,

Mecanismos de Financiación, Contratación e Incentivos para el Nuevo Modelo De Salud De San Miguelito. Panamá. 1997.

Modelos e Instrumentos para la Gestión de la Región de Salud de San Miguelito.

B&F GESTION Y SALUD, Panamá, 1997

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. Desarrollo de las Capacidades Nacionales de Formación en Gerencia Social. Recopilación de Lecturas. Tomo 1. Panamá, 1,996.

- CELATS. Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo. Módulo III: Participación Popular en Salud. Primera Edición, Editorial Didi de Arteta S.A., Lima-Perú, 1992.
- COMISSIÓ DE MILLORA DE LA QUALITAT. Implantación de un Plan de Mejora de la Calidad en la Atención Primaria de la Salud. Barcelona, España, 1993.
- FÁBREGA, Jorge P. Constitución Política de la República de Panamá, Editorial Álvarez, Panamá, 1997.
- GABINETE SOCIAL DE PANAMÁ. La Política y la Reforma del Estado en Panamá. Panamá, 1997.
- GACETA OFICIAL. Ley N° 27 De 1 de Mayo de 1998, por la que se autoriza la Creación y Organización de la Empresa de Utilidad Pública Coordinadora Nacional de la Salud, y se dictan Normas con relación a esta Empresa. Panamá, 1998.
- GÓMEZ, Ceja Guillermo. Planeación y Organización de Empresas. Octava Edición, McGraw-Hill, México, 1995.
- JOYA, Renato P., María Antonieta López, Nora Fonseca. Estrategia de Participación Social en los Sistemas Locales de Salud. Costa Rica. 1994
- KLIZKSBERG, Bernardo. Pobreza, un Tema Impostergable. Nuevas Respuestas a Nivel Mundial. Segunda Edición. Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1,994.

MCCMAHON, Rosemary, Elizabeth Barton y Maurice Piot. Guía para la Gestión de la Atención Primaria de Salud. Segunda Edición, OPS/OMS, Estados Unidos, 1997

MARÍN, José María. Marco de Referencia Actualizado para el Desarrollo de la Capacidad Gerencial. Proyecto Subregional de Consolidación e Incremento de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud. Primera Edición, Guatemala, 1995.

MESA-LAGO, Carmelo. Atención de Salud para Pobres en América Latina. Publicación Científica N° 539. Copublicación de OPS/OMS e Inter-American Foundation. Estados Unidos, 1,992

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS. Mapa de Pobreza: Metodología para su Elaboración. Informe Técnico. Panamá, 1,999.

MINISTERIO DE SALUD.

Compromiso de Gestión para 1999 del Área de San Isidro. Región de Salud de San Miguelito. Panamá 1,999.

Decreto Ejecutivo N° 389, de 9 de Septiembre de 1997, por el cual se Reglamenta el Decreto de Gabinete N° 401 de 29 de Diciembre de 1970.

Decreto de Gabinete N° 1 de 15 de Enero de 1969, por el cual se crea el Ministerio de Salud. Panamá. 1969.

Decreto de Gabinete N° 75 de 27 de Febrero de 1969, por el cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud. Panamá. 1969.

Decreto de Gabinete N° 401 de 29 de Diciembre de 1970, por el cual se Constituyen los Comités de Salud de las Comunidades, se definen sus

Objetivos y se Coordina e Integra su labor con las del Ministerio de Salud.

Panamá, 1989

Lineamientos Políticos y Estratégicos de Salud, Ministerio de Salud, Poligráfica

S.A., Panamá, 1994.

Plan Nacional de Salud. Panamá, 1998.

Plan Regional de Salud de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre. PANAMÁ,

1998.

Políticas Y Estrategias de Salud, 2000-2004. Panamá, 2,000.

Propuesta de Modelo de Atención de Salud Familiar, Comunitaria y Ecológica.

Panamá, 1997

MOTA, Paulo R. Manual sobre Tendencias Contemporáneas en la Gestión de la

Salud. OPS/OMS. 1996

NACIONES UNIDAS.

Declaración y Programa de Acción de Copenhague. Cumbre Mundial Sobre

Desarrollo Social. Nueva York. 1996.

Gobernabilidad, Democracia, Participación Social. PANAMÁ. 1999

OPS/OMS.

Acción de la Comunidad en Pro de la Salud. Los Países en Desarrollo. Estados

Unidos. 1995.

Análisis de las Organizaciones de Salud. Estados Unidos, 1980.

Évaluación para el Fortalecimiento de Procesos de Participación Social en la

Promoción y el Desarrollo de la Salud en los Sistemas Locales de Salud.

Estados Unidos, 1994.

- Línea Basal para el Seguimiento y Evaluación de la Reforma Sectorial. Serie Reforma Del Sector Salud. 1998
- La Participación Social. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSD/SILOS-3, Estados Unidos, 1990
- La Participación Social. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSD/SILOS-7, Estados Unidos, 1990.
- La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. HSD/SILOS-26, Estados Unidos, 1993.
- Metodología para la Evaluación Participativa, OPS/HSS/HDS/HED/94-17. Washington, D.C. 1994.
- Análisis de los Datos Cualitativos. OPS/HSS/HDS/HED/94-19. Washington, D.C. 1994.
- La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas. HSD/SILOS-35, Estados Unidos, 1995
- Planificación Local Participativa: Metodología para la Promoción de la Salud En América Latina y El Caribe. Serie PALTEX. Nº 41. Estados Unidos 1999.
- Visión del Futuro: Renovación y Reforma. Volumen 4-5. Panamá, 1995.
- PERRONE, Néstor. Manual de Conceptos sobre Programación en los Sistemas Locales de Salud. OPS/OMS. Manuales operativos PALTEX. Volumen 1, Nº 2. Estados Unidos. 1,996
- PINEDA, Elia Beatriz, Eva Luz de Alvarado, Francisca H. De Canales. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. OPS/OMS. Washington, E.U.A. 1994.

PNUD. Informe del PNUD Sobre la Pobreza 1998: Superar la Pobreza Humana.

Estados Unidos de América, 1998

REPÚBLICA DE PANAMÁ-GOBIERNO NACIONAL.

Política y Estrategias de Desarrollo Social 2000-2004. Panamá, 2000.

Políticas Públicas para el Desarrollo Integral: Desarrollo Social con Eficiencia

Económica. Panamá. 1,994-1,999.

RIVERA DE, Aida Libia. La Reforma y Modernización del Sistema Nacional de

Salud de Panamá. Avances del Proceso. Documento Multigrafiado.

Panamá, 1997

ROSENTAL, M., OCHOA, D. y RESTREPO, D., Evaluación de la Participación

Social en el Desarrollo de la Salud. Protocolo de Investigación. HSS/HPP,

OPS/OMS, 1993

SEN, Amartya. Nuevo Examen de la Desigualdad, Alianza Editorial, S.A.,

Madrid, 1995

ANEXOS

ANEXO 1

**INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN LA
RECOLECCION DE DATOS**

**PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO EN EL PROCESO
DE COGESTION DE LA SALUD, DURANTE LA FASE DE IMPLANTACIÓN
DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN
ISIDRO, ENTRE LOS AÑOS 1997-2000**

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA N°1

Población blanco:

- Directivos del Centro de Salud, Equipo Básicos, Equipo Complementario y Directivos del Comité de Salud
- Equipo Conductor de la Reforma Regional

I. DATOS GENERALES:

1. Nombre: _____
2. Edad _____
3. Sexo _____
4. Estado Civil: _____
5. Empleador y años de servicio:
 - 5.1. MINSA _____
 - 5.2. CSS _____
 - 5.3. Comité de Salud _____
 - 5.4. Otro (especifique) _____
6. Lugares donde ha laborado en los últimos cinco años (especifique cargo desempeñado y período laborado)
7. Profesión u oficio _____
8. Lugar de residencia _____
9. Ha tenido experiencia de trabajo con Comités de salud:
si _____ no _____ Especifique Comité de Salud _____
10. Especifique experiencia _____
11. Pertenece a alguna organización: si _____ no _____
12. Especifique _____

GUIA DE PREGUNTAS

Población blanco:

- Directivos del Centro de Salud, Equipo Básicos, Equipo Complementario y Directivos del Comité de Salud
- Equipo Conductor de la Reforma Regional

I. ESCENARIO INICIAL O DE PREDISONENTES

1. Existe alguna política oficial (explícita o implícita) sobre participación social en relación con la salud?
 - 1.1. La participación se enmarca dentro de una iniciativa: gubernamental o sectorial _____ político-partidista _____ social _____ otra _____
2. Qué tipo de participación social promueve el Centro de Salud de San Isidro?
 - 2.1. Controlada si _____ no _____
 - 2.2. Político-partidista si _____ no _____
 - 2.3. Cogestión Estado - Sociedad civil si _____ no _____
 - 2.4. Auto gestión social autónoma si _____ no _____
 - 2.5. Otra _____ (especifique)
- 3.Cuál es el propósito de la participación social en las acciones de salud:
 - 3.1 Información _____
 - 3.2 Consulta _____
 - 3.3 Toma de decisión _____
 - 3.4 Ejecución _____
 - 3.5 Seguimiento y evaluación _____
 - 3.6 Legitimación social _____
 - 3.7 Respaldo político _____
 - 3.8 Otra _____ (especifique) _____
4. Qué organizaciones participan tradicionalmente en asuntos de salud y quiénes no lo hacen, por qué?
 - 4.1. Su participación es coyuntural o permanente Cuáles tienen mayor representatividad o prestigio entre la población ?

- 4.2. Disponen o no dichas organizaciones de recursos de poder como capacidad de movilización, representatividad, apoyo político partidista, económicos, organización, información, otra?

5. Existen o no formas organizativas y procesos de participación y movilización en torno a la salud de los pobres? Quiénes participan o los representan y qué recursos de poder poseen?

6. En qué acciones concretas participa el Comité de Salud en la gestión del Centro de Salud antes de iniciarse el proceso de reforma:
 - 6.1. Diagnóstico de la situación de salud y de los servicios _____
 - 6.2. Programación de actividades de salud _____
 - 6.3. Monitoreo y Evaluación de los servicios _____
 - 6.4. Formulación del Presupuesto _____
 - 6.5. Administración del servicio (manejo de fondos, contratación de personal, otro) _____
 - 6.5. Acciones de atención _____
 - 6.6. Promoción de la Salud y prevención (especifique) _____
 - 6.7. Otra _____ especifique _____

7. El centro de salud facilita o limita la participación el Comité de salud en su administración?
 - 7.1. Qué mecanismos funcionales ha establecido el Centro de Salud para permitir la participación del Comité de Salud antes de iniciarse el proceso de reforma local?

8. Qué es el Comité de Salud, cuál es su base legal?
 - 8.1. Qué órganos de gobierno tienen el comité de salud y quiénes lo integran?
 - 8.2. Cuáles son sus funciones y qué acciones realizan concretamente para procurar la salud de la población, en especial de los más pobres?
 - 8.3. Con qué patrimonio cuenta el Comité de Salud?
 - 8.4. Qué membresía tienen los Comités de salud desde su fundación. Con cuántos votos salieron electos y en qué período?

9. Qué políticas y estrategias de salud se implementan en el nivel nacional y regional para abordar los problemas de salud que confronta la red primaria de salud?
10. Qué políticas y estrategias del orden nacional se establecen para enfrentar la crisis de salud de los pobres?

II. ESCENARIO DE INNOVACIONES

Caracterización del proyecto de salud:

11. Cuál es el origen (detonante) del Proyecto de Reforma y modernización de Salud:
 - 11.1. Oferta institucional _____
 - 11.2. Demanda social _____
 - 11.3. Demanda internacional _____
 - 11.4. Otra _____
12. Cómo se define el proyecto de Reforma del sistema de salud?
 - 12.1. Se trata de una reforma nacional _____ regional _____ local _____?
 - 12.2. En qué período inicia?
 - 12.3. Qué objetivos tiene?
 - 12.4. Qué componentes o áreas contempla?
13. Qué lineamientos establece la Reforma para enfrentar la salud de los pobres?
 - 13.1. Contempla mecanismos de organización, financiamiento, participación social y provisión de servicios de salud a los pobres? Cuáles son?
14. Qué concepción de participación social y de salud tiene la reforma?
 - 14.1. Qué tipo de participación promueve
 - 14.1.1. Participación controlada si _____ no _____
 - 14.1.2. Participación político-partidista si _____ no _____
 - 14.1.3. Cogestión Estado Sociedad civil si _____ no _____
 - 14.1.4. Auto gestión social autónoma si _____ no _____
 - 14.1.5. Otra _____ Especifique _____
15. Objetivos que se propone alcanzar en términos de participación social el proyecto de reforma local? Están explícitos o no?

16. Qué cambios plantea la reforma en el nivel local en cuanto a :
- 16.1. Gestión de los servicios
 - 16.2. Organización de los servicios
 - 16.3. Provisión de los servicios
 - 16.4. Demanda de los servicios
 - 16.5. Financiamiento de los servicios
 - 16.6. Participación social
 - 16.7. Otro _____
17. Qué exigencias plantea el nuevo modelo de salud al Comité de salud para lograr la equidad, eficiencia, eficacia, calidad y la descentralización del sistema local de salud?
18. Cuáles son los principales problemas que confronta la población, el ambiente y los servicios de salud?
19. Cuáles son los principales problemas de salud de los pobres al momento de iniciarse el proyecto de Reforma?
20. Participó el equipo de salud en la formulación del acuerdo de gestión? Sí ___
No ___
En qué momento participó:
Problematización ___ proposición ___ negociación ___ ejecución ___
evaluación ___
21. Participó el comité de salud en la formulación del acuerdo de gestión? Sí ___
No ___
22. En qué momento participó: Problematización ___ proposición ___
negociación ___ ejecución ___ evaluación ___
23. Qué papel juega el equipo básico en el proyecto de reforma de la red primaria? Cuánto tiempo tiene de funcionar? Qué función desarrolla el equipo básico de salud?
24. Qué exigencias plantea el nuevo modelo de salud al Comité de salud para lograr la equidad, eficiencia, eficacia, calidad y la descentralización del sistema local de salud?
25. Qué zonas de responsabilidad atiende el equipo? Cuanta población tiene? Cuántas comunidades tiene? Cuántas son pobres?

**CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE PARTICIPACIÓN:
FASE DE PROBLEMATIZACIÓN**

26. Qué acontecimientos ponen en evidencia la existencia del problema de salud y las limitaciones institucionales para enfrentarlos con el sistema actual?
- 26.1 Quiénes proponen el problema (Región de Salud, Centro de Salud, Comité de Salud u otro?)
- 26.2 La iniciativa de la Reforma fue impulsada por: Estado____, individuos____, organizaciones sociales____, agencias nacionales/internacionales____, otro____ (intereses y su origen).
27. Qué actores participan en la discusión del problema de salud y por qué? A quiénes se excluye? Qué intereses representan los actores? Qué interacción se da entre ellos?
28. Qué representatividad tienen los actores frente a su base social y en qué se fundamenta? Cómo es la comunicación con ésta?
29. La salud de los pobres se aborda como una especificidad de la problemática de salud? Quiénes lo plantean? Quiénes representan los intereses de los más pobres? Con qué finalidad?
30. Durante la problematización fueron presentadas otras iniciativas por parte de los actores involucrados. Qué demandas y necesidades de la población planteó el Comité de Salud.?
31. Qué factores facilitaron u obstaculizaron el proceso de problematización y la participación del Comité de Salud u otros actores?
32. Cómo es la comunicación entre el Comité de salud y el equipo directivo y técnico de salud quiénes se ven involucrados y entre éstos y los afectados: simetría____, consenso____, diálogo____, exclusión____, imposición____, manipulación____, sumisión____, confrontación____. Qué poder tiene cada interlocutor frente a los demás? Y qué define el poder diferencial de cada actor?

FASE DE PROPOSICIÓN

33. El centro de salud desarrolló una fase de presentación de propuestas para el acuerdo de gestión?
34. Qué actores internos y externos participaron en esta fase?
35. Cómo se desarrollaron los procesos de deliberación, reflexión, e investigación para la elaboración de las propuestas entre los actores?

36. Qué propuestas presentó el equipo de salud y el Comité de Salud? Qué diferencias y concordancias existen? Qué intereses de los Comités de Salud y del Equipo de Salud quedan materializados y cuáles excluidos de las propuestas finales, por qué y cómo?
37. El equipo de salud y el Comité de salud hacen propuestas para atender la salud de los pobres del área de responsabilidad? Cuáles son?
38. Qué facilidades u obstáculos encontró el Comité de Salud para presentar propuestas frente a los actores institucionales?
39. Quiénes y con qué criterios se determinan qué propuestas son válidas, legítimas, factibles y viables cuáles no, cómo se da este proceso?

FASE DE NEGOCIACIÓN

40. Se desarrollaron o no procesos de negociación para la aprobación del acuerdo de gestión? Con qué propósito?
41. Quiénes convocaron y participaron, quiénes no participaron en el proceso de negociación? Cómo se manifiesta su poder?
42. Cuáles son los resultados del proceso? Qué decisiones se tomaron?
43. Qué instrumento se emplea para concretar las propuestas consensuadas?
44. Quiénes asumen responsabilidad por su ejecución y control?
45. Se negociaron propuestas para atender la problemática de salud de los pobres?
46. Se definen estrategias de acción y mecanismos de seguimiento y monitoreo y evaluación concertados y recíprocos o no? Por qué y cómo?
47. Qué factores obstaculizan o facilitan procesos de negociación? Si se da quiénes participan y por qué?

FASE DE EJECUCION

48. Qué planes y acciones serán ejecutados en el acuerdo de gestión?
49. Qué acciones concretas se ejecutarán para atender las necesidades y problemas de salud de los pobres?
50. Qué actores tienen responsabilidad en el proceso de ejecución del acuerdo de gestión? Cuáles son?
51. Qué responsabilidades comparten los Comités de Salud con el grupo Técnico en la organización y participación de la comunidad para la ejecución del acuerdo de gestión?

52. Qué de lo propuesto y negociado se ejecuta y porqué o porqué no? tiene relación con la participación o falta de la misma por parte de algún(os) actor(res) social (es) o individuo(s)?
53. Quién o quiénes hacen monitoreo, seguimiento y evaluación del acuerdo de gestión, en especial de las acciones de salud para los pobres y a qué actores sociales representan?
54. Existen mecanismos participativos para estas funciones o no y por qué si o no?
55. Qué debilidades y fortalezas juegan un papel determinante en el desarrollo de esta fase? Quiénes los poseen o controlan y de qué manera los utilizan?

ESCENARIO DE TRANSFORMACIONES

FASE DE EVALUACION

56. Durante un año de aplicación de la Reforma, qué resultados se tienen en cuanto a la organización de los servicios, la demanda de servicios, satisfacción del usuario, la equidad, eficiencia y eficacia?

INTENSIDAD:

57. Ha sido el Comité de salud protagónico en el proceso de Reforma , o lo han sido otros actores? Y por qué? Quiénes se incorporan como actores nuevos actores y a quiénes se excluyeron?.
58. El Comité de salud y otros actores han incrementado (o reducido) su capacidad para problematizar, proponer, negociar y ejecutar? Por qué , de qué manera se han construido estas capacidades?
59. El Comité de salud ha desarrollado sus funciones tradicionales o ha incorporado nuevas con la Reforma, para facilitar u obstaculizar la participación de nuevos actores?
60. El Comité de Salud ha mantenido beligerancia en la defensa de los derechos de los pobres para acceder a los servicios de salud? Cuáles son los cambios concretos que se han establecido para garantizar dicho acceso?

EXTENSIÓN:

61. El Comité de Salud ha propiciado la integración de nuevos actores sociales, en especial de los más pobres a la cogestión de la salud local? Qué actores?

62. Los pobres se han incorporado como actores con capacidad y protagonismo a la cogestión del desarrollo de la salud? Qué capacidades han adquirido para realizarlos?
63. El proceso de participación social ha avanzado o ha retrocedido?

SOSTENIBILIDAD:

64. Ha adquirido el Comité de Salud y otros actores ciudadanos poder (responsabilidad y derecho) para protagonizar la cogestión del nuevo modelo para el bienestar colectivo?
65. Qué mecanismos concretos ha implementado el Centro de Salud para lograr la participación sostenible y efectiva de los Comités y otros actores sociales en la gestión del Centro de Salud?

EFICACIA SOCIAL:

66. Cuál ha sido el nivel de desarrollo gerencial alcanzado por los Comité? Qué acciones de conducción y administración realizan los Comités de Salud?
67. Qué nivel de autonomía tienen los Comités de Salud para desarrollar acciones de abogacía de los derechos de los usuarios,
68. Qué mecanismos de control social ha desarrollado el Comité de salud para favorecer el ejercicio de los derechos a la salud de los más pobres del área de responsabilidad poblacional en la búsqueda de la equidad.
69. Qué cumplimiento tienen los Comités de salud de la las disposiciones relativas a la cogestión de los centros de salud del Decreto 401?
70. Cuáles son las fortalezas y/o deficiencias personales, técnico-administrativas, políticas, económicas, legales, sociales, de los comités de salud para el cogerenciamiento de los Centros de Salud.
71. Cuáles son los factores que han condicionado el status del Comité de Salud, en la implantación del proceso de Reforma en el Centro de Salud?
- 63.1. Tradición/cultura _____
- 63.2. Capacidades de los líderes _____
- 63.3. Desgaste ciudadano _____
- 63.4. Coyuntura política _____
- 63.5. Otro _____
72. Cuáles son las oportunidades y amenazas que enfrenta el Comité de Salud, para el cogerenciamiento del Centro de Salud?

ESCENARIOS:

73. Dónde se da la problematización, proposición, negociación? (instituciones, espacios públicos, autoridades locales, gobierno central, ONG, acuerdo internacional, etc.) y cuáles las "reglas del juego" que facilitan el desarrollo de la participación social?
74. El origen del escenario es institucional, formal, informal, generado por el evento o existía y era utilizado para esta función?

**PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO EN EL PROCESO
DE COGESTION DE LA SALUD, DURANTE LA FASE DE IMPLANTACIÓN
DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN
ISIDRO, ENTRE LOS AÑOS 1997-2000**

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA N°2

Población blanco: Lideresas de organizaciones comunitarias

I. DATOS GENERALES:

1. Edad _____ 2. Sexo _____ 3. Estado Civil: _____
4. Religión que profesa _____
5. Dónde controla su salud: _____
6. Última vez que asistió a una institución de salud _____
7. Lugar _____
8. Causa de su consulta _____
9. Opinión del servicio que recibió _____
10. Organización que representa _____
11. Cargo que desempeña _____,
12. Tiempo en la organización _____
13. Nivel académico _____
14. Profesión u oficio _____
Trabajo permanente ___ eventual _____
15. Religión que profesa _____
16. Dirección
residencial _____

II. GUIA DE PREGUNTAS

17. Qué instituciones de salud tiene la comunidad y qué servicios ofrecen? Qué servicios que son necesarios no brindan?
18. Conoce usted alguna política o estrategias del gobierno para enfrentar la crisis de salud general y en particular de los pobres?

19. Qué programas o servicios de salud ofrece el Centro de Salud de San Isidro para las personas y el ambiente?
20. Existe alguna acción, programa o servicio del Centro de Salud destinada a las personas pobres de la comunidad, cuáles son?
21. Considera usted que el sistema de salud enfrenta algún problema en la atención de las necesidades de salud de la población, menciónelos
22. Qué necesidades y problemas tienen las personas para acudir al centro de salud?
23. En los últimos dos años ha notado algunos cambios en los servicios que ofrece el centro de salud? Cuáles son? Qué beneficio o perjuicio producen a la comunidad o las personas?
24. Existen o no formas organizativas y procesos de participación y movilización en torno a la salud, especialmente de los pobres?
25. Qué acciones realiza la comunidad para enfrentar los problemas de salud?
26. Está inscrito usted en el libro de registro del Centro de Salud?
27. Cuándo fue la última vez que se escogió la directiva del Comité de Salud? Quiénes son los directivos?
28. Qué función cumple el Comité de salud en el centro de salud y la comunidad? Mencione algunas acciones concretas que ha realizado el Comité de Salud.
29. La organización que usted dirige realiza alguna acción de salud? mantiene alguna relación con el Comité de Salud? De qué tipo
30. Considera usted que el Comité de Salud es una organización que tiene respaldo de la Comunidad? Posee el poder de convocatoria y movilización para enfrentar los problemas de salud o es el Centro de Salud quien convoca.
31. Identifica usted alianzas entre el Comité de salud con otras organizaciones comunitarias? Con cuáles?
32. Qué fortalezas y debilidades identifica usted en el Comité de salud en la actualidad para enfrentar los problemas de salud
33. El Comité de Salud mantiene alguna forma de comunicación con la comunidad que representa? En qué momento y que situaciones impulsan que el Comité se comuniquen con la comunidad y qué medios emplea?
34. Con qué propósito busca el Centro de Salud la participación de la comunidad y sus organizaciones?

35. ¿Qué es el Comité de Salud, quiénes lo integran? Cuáles son sus funciones?
Con qué patrimonio cuenta el Comité de Salud?
36. El Comité de Salud ha mantenido beligerancia en la defensa de los derechos de los pobres para acceder a los servicios de salud? Cuáles son los cambios concretos que se han establecido para garantizar dicho acceso?
37. El Comité de Salud ha propiciado la integración de nuevos actores sociales a la cogestión de la salud local? Qué actores?
38. ¿Qué posibilidades concretas dan o restringen la participación de los pobres en la cogestión de la salud?
39. ¿Qué recomienda para mejorar el funcionamiento del Comité de salud y del centro de salud en la cogestión del sistema local de salud de San Isidro.

**PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD DE SAN ISIDRO EN EL PROCESO
DE COGESTION DE LA SALUD, DURANTE LA FASE DE IMPLANTACIÓN
DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SAN
ISIDRO, ENTRE LOS AÑOS 1997-2000**

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA N°3

Población blanco: Grupo Focal de la Comunidad santa Elena N°2, Seis de Abril y Valle de San Isidro.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad _____
2. Sexo _____
3. Estado Civil: _____
4. Religión que profesa _____
5. Dónde controla su salud: _____
6. Última vez que asistió a una institución de salud _____
7. Lugar _____
8. Causa de su consulta _____
9. Opinión del servicio que recibió _____
10. Nombre de la organización comunitaria a la cual pertenece

11. Tiempo en la organización _____
12. Está inscrito en los libros de registro del Comité de Salud de San Isidro
si ___ no ___
13. Si no lo está cuál es la causa _____
14. Nivel académico _____
15. Profesión u oficio _____
16. Trabajo permanente ___ eventual ___
17. Dirección
residencial _____
18. Tiempo de vivir en la comunidad _____

II. DATOS DE LA COMUNIDAD:

1. Nombre de la Comunidad
2. Corregimiento
3. Tiempo de fundación
4. N° de habitantes
5. Clasificación Socioeconómica de la Comunidad (A,B,C,D,E)
6. Procedencia de la población
7. A qué actividad económica se dedica la población (mujeres y hombres)
8. Servicios de salud existentes en la comunidad
9. Organizaciones comunitarias existentes
10. Autoridades Comunitarias
11. Líderes comunitarios

III. GUIA DE PREGUNTAS

12. Conoce usted alguna política o estrategias del gobierno para enfrentar la crisis de salud de la población y en particular de los pobres?
13. Qué instituciones de salud tiene la comunidad y qué servicios ofrecen?
14. A dónde acuden a recibir servicios de salud la comunidad y los más pobres?
15. Han notado algún cambio en los servicios de salud, o la forma en que se han organizado los servicios del centro de salud de San Isidro en los últimos dos años?
16. En qué consisten los cambios y a qué se deben, tienen nombre?
17. Los cambios si se han dado los han beneficiado o no? Por qué?
18. Qué programas o servicios de salud ofrece el centro de salud de San Isidro para las personas y el ambiente?
19. El equipo de salud visita la comunidad, quién y qué hace?
20. Cuáles son los más importantes problemas de salud que confronta la comunidad y las personas más pobres?
21. Confronta el Centro de salud algún problema para atender las necesidades de salud de los moradores? Identifíquelos
22. Existen o no formas organizativas y procesos de participación y movilización en la comunidad en torno a la salud, especialmente de los pobres?
23. Qué organizaciones existen en la comunidad?

24. Cuáles participan tradicionalmente en asuntos de salud y quiénes no lo hacen, por qué?
25. Qué acciones concretas realizan?
26. Cómo es la participación de quienes lo hacen (coyuntural, permanente)
27. Existe un Comité de salud en San Isidro o la Comunidad en que vive? Diga algún nombre de sus directivos? A qué se dedica?
28. Sabe usted para qué existe el Comité de salud?
29. Qué espera usted que haga el Comité de Salud en beneficio de la salud de las personas?
30. En qué contribuye el Comité de Salud u otra organización a resolver las necesidades de salud de la comunidad?
31. Cuál fue última vez que se escogió la directiva del Comité de Salud?
32. Quiénes son los directivos del Comité de salud?
33. Qué función cumple el Comité de Salud en el Centro de Salud y la comunidad?
34. Mencione algunas acciones concretas que ha realizado el Comité de Salud.
35. Considera usted que el Comité de Salud es una organización que tiene respaldo de la Comunidad?
36. Posee el Comité de Salud poder de convocatoria y movilización para enfrentar los problemas de salud o es el Centro de Salud quien convoca.
37. Qué fortalezas y debilidades identifica usted en el Comité de salud en la actualidad para enfrentar los problemas de salud?
38. El Comité de Salud mantiene alguna forma de comunicación con la comunidad que representa? En qué momento y que situaciones impulsan al Comité a comunicarse con la comunidad y qué medios emplea?
39. Quién representa los intereses de la comunidad en materia de salud, quién defiende los derechos sanitarios de los moradores y de los más pobres?
40. El Comité de Salud ha mantenido la lucha por la defensa de los derechos de los pobres para acceder a los servicios de salud? Cuáles son los cambios concretos que se han establecido para garantizar dicho acceso?
41. Qué recomienda para mejorar el funcionamiento del Comité de Salud y la participación de la comunidad en las acciones de salud?

ANEXO 2

COMPROMISO DE GESTION DEL

CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO

*Región de Salud de San Miguelito,
Las Cumbres y Chilibre*



salud

*Compromiso de Gestión para 1999
Área San Isidro*

San Miguelito, 1999

Índice

Compromiso de Gestión para 1999	1
Cláusulas	
I. Ambito Poblacional	2
II. Población Asignada	3
Población Asignada al Area de Salud 1999	4
III. Personalización de la Atención	5
IV. Accesibilidad a los Servicios de Atención Primaria	6
IV.1- Horarios de apertura y cierre de la Instalación	6
IV.2- Horarios específicos de funcionarios de los servicios	6
IV.3- Horario y normas generales de tramitación de citas	7
IV.4- Accesibilidad a programas especiales	7
V. Derechos Generales de los Usuarios	8
V.1- EL CENTRO DE SALUD derechos generales	8
V.2- Plan Integral de Calidad de la Atención	8
VI. Pacientes obligados a aportar contribuciones	10
VII. Cartera de servicios contratada y ponderación de objetivos sanitarios	11
Atención integral a la salud de los niños y las niñas	11
Atención integral a los y las adolescentes	12
Atención integral a la mujer	12
Atención integral del adulto y la adulta	12
Atención del adulto y la adulta mayor	13
Organización de la gestión del modelo de salud familiar, comunitario y ambiental	13
Sistema de Referencia y Contrarreferencia	13
Promoción y Prevención (colectiva)	13
Control y vigilancia epidemiológica y de salud pública	13
VIII - Referencia de pacientes a otros niveles del sistema	14
VIII.1 - Referencia de pacientes a consulta especializada	14
VIII.2- Referencia de pacientes a hospitalización, cirugía ambulatoria de segundo nivel de complejidad hospitalaria	15
VIII.3- Referencia de pacientes de urgencia	15
IX - Planilla de personal	16
X - Presupuesto de ingresos y gastos	16
XI - Competencias y atribuciones delegadas a la dirección del Centro de Salud	17
XII - Sistema de Información y Monitoreo	17
XIII - Evaluación del compromiso de gestión	18
XIII.1- Ponderación Global	19
XIV - Incentivos al cumplimiento de objetivos	19
XV - Incumplimiento del compromiso de gestión	20
XVI Compromiso de la Región	20
XVII - Vigencia y Renovación del Compromiso de Gestión	20
FIRMAS POR LA REGION Y EL CENTRO DE SALUD	22



**REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO**

Unidad de Provisión de los Servicios
de Atención a la Población

ANEXOS

ANEXO I	
Actividades según grupos de edad	27
ANEXO II	
Indicadores \ Estandares de Calidad \ Encuestas de Opinión de Usuarios	31
ANEXO III	
Sistema de Coordinación de la Atención	37
ANEXO IV	
Clasificación Socioeconómica	39
ANEXO V	
Protocolo de Traslado	41
ANEXO VI	
Planilla de Personal Pactada para 1999	43
ANEXO VII	
Compromiso de las Estructuras Regionales	46
ANEXO VIII	
Presupuesto Anual Centro de Salud de San Isidro .	48



salud
REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO

Comisión de Promoción de los Servicios
de Atención a la Población

**COMPROMISO DE GESTIÓN PARA 1999
DEL AREA DE SALUD DE SAN ISIDRO**

En Panamá, a fecha de 199_ **REUNIDOS**

De una parte

Dr. Reynaldo Holder, Panameño, Médico Pediatra de Profesión, estado civil casado, portador de la cédula de identidad No 8-164-1914, en su calidad de Director Regional de Salud de la Región de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, Ministerio de Salud, en nombre y representación de la citada institución, quién en adelante se denominará "**LA REGION**".

Y de otra parte.

Dr. José Juan Tuy, Panameño, Médico de Profesión, estado civil casado, portador de la cédula de identidad N° 8-219-521, en su calidad de Director del Centro de Salud de San Isidro, en nombre y representación de los trabajadores de dicho centro, y la **Sra. Olivia Trujillo de Domínguez**, Panameña, portadora de la cédula N° 2-32-460, en su calidad de Presidente y Representante Legal del Comité de Salud en representación de los usuarios de los servicios de salud, quienes en adelante se denominarán "**EL CENTRO DE SALUD**".

CONSIDERANDO

- Que el Ministerio de Salud ha convenido el desarrollo para la Región de San Miguelito de los siguientes objetivos estratégicos
 - Lograr la atención universal a toda la población residente en la Región
 - Promover la descentralización progresiva de la gestión a los centros públicos
 - Favorecer el desarrollo de un nuevo modelo de Atención Familiar, Comunitaria y Ambiental
 - Configurar todos los servicios de salud de la Región en una Red Funcional Integrada estructurada en tres niveles y en la cual el primer nivel de atención constituye el contacto inicial del ciudadano con el Sistema de Salud, y paso obligado a los siguientes niveles del mismo

- Contener la demanda hospitalaria evitando la saturación del Hospital Integrado San Miguel Arcángel
 - Fomentar la Participación Social
- Que fruto de dicho acuerdo se ha procedido a la revisión de las Áreas de Salud asignadas a cada instalación de Salud, delimitando su ámbito geográfico y poblacional, correspondiendo al Centro de Salud de San Isidro la atención al Área de Salud de San Isidro
- Que EL CENTRO DE SALUD San Isidro, dependiente del Ministerio de Salud, cuenta con los medios materiales y humanos mínimos para el desarrollo de las funciones propias del primer nivel de atención
- Que ambas partes consideran oportuno formalizar por escrito sus compromisos respectivos a fin de
- Orientar la producción a las necesidades de los ciudadanos y a las prioridades sanitarias de la comunidad.
 - Adecuar los presupuestos a la producción efectiva
 - Promover el autocontrol de las prescripciones y referencias
 - Mejorar el control y comparabilidad de los resultados
 - Incentivar la eficiencia y la calidad
 - Favorecer la autonomía de gestión y la coherencia entre responsabilidades y atribuciones

En razón de lo expuesto, los abajo firmantes acuerdan la formalización del presente Compromiso de Gestión, con arreglo a las siguientes

CLAUSULAS

I. AMBITO POBLACIONAL.

1.1 - EL CENTRO DE SALUD prestara Servicios del Primer Nivel de Atención al Área de Salud de San Isidro integrada por las comunidades siguientes: Barriada 6 de Abril, Calle A, Tinajita, San Isidro, Sector D E F (Sector 2), Buenos Aires, La Ensenada, Santa Elena, parte de El Valle, El Valle de San Isidro, Porvenir, Chivo Chivo, Las Rositas, Sonsonate, Campo Verde, Colinas de Sonsonate, Villa Cardenas, Santa Librada Rural y Mi Pueblo

12 - EL CENTRO DE SALUD prestara atencion a toda la poblacion residente en el ambito poblacional asignado, tanto a los asegurados de la Caja del Seguro Social como a la poblacion no asegurada con su respectiva facturacion correspondiente a Costo 20

II.- POBLACION ASIGNADA.

II 1 - EL CENTRO DE SALUD se compromete a realizar las actividades de Atención de Salud Integral a las personas y al ambiente que se detallan en el presente Compromiso de Gestión (Anexo No 1) que incluye los siguientes programas operativos

a) Atención Integral a la Salud de la Población

Actividad	Grupo de edad
1. Atención integral a la salud de niños y niñas	0 a 9 años
2. Atención integral a la salud de los y las adolescentes	10 a 19 años
3. Atención integral a la salud de la mujer	20 a 59 años
4. Atención integral a la salud del adulto (a)	20 a 59 años
5. Atención integral a la salud del adulto y adulta mayor	60 años y más

- b) Promoción y Prevención Colectiva e Individual
- c) Control y Vigilancia Epidemiológica y de Salud Pública
- d) Atención Integral al Ambiente
- e) Organización de la gestión del Modelo de Salud Familiar, Ambiental y Comunitario
- f) Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- g) Evaluación de la Calidad

Para este Compromiso de Gestión se fija la siguiente estructura de poblacion, con base en la información estadística de la Dirección Regional de Salud y la Encuesta de Salud del Centro de Salud San Isidro

**POBLACION ASIGNADA AL AREA DE SALUD DE
SAN ISIDRO
AÑO 1999**

Grupo de Edad	Sexo		Poblacion Total
	Hombres	Mujeres	
Menores de 1 año	153	159	312
1 a 4 años	710	728	1,438
5 a 9 años	962	990	1,952
10 a 14 años	1,082	1,112	2,194
15 a 19 años	1,073	1,103	2,176
20 a 59 años (mujeres)	0	4,900	4,900
20 a 59 años	4,765	4,900	9,665
60 años y más	424	434	858
TOTAL	9,169	9,426	18,595

II.2.- EL CENTRO DE SALUD se compromete a la incorporación de la información de la Encuesta de Salud Familiar, Comunitaria y Ambiental a la Base de Datos de Población asistida en seis (6) meses, conforme a los criterios establecidos por las autoridades sanitarias regionales. En dicha Base de Datos constarán los datos básicos de identificación del paciente, el tipo de aseguramiento o evaluación socioeconómica, según el caso, así como el médico y/o equipo básico de salud asignado.

II.3 - Todo paciente atendido en el Centro de Salud deberá estar provisto del correspondiente Carné de Salud, cuyos datos son parte de la Base de Datos Poblacional.

Quando un paciente residente en el Area asignada carezca del Carné de Salud y solicite los servicios del Centro de Salud, será atendido previa incorporación de su información personal a la Base de Datos y tras la emisión del correspondiente Carné de Salud.

Todo paciente residente en el área asignada, tendrá derecho a ser atendido en la instalación de salud, previa tramitación de su cupo, para la cual debe presentar el carné de salud cuando finalice el proceso masivo de carnéización o, en su defecto, regularizar su situación administrativa.

En caso de urgencias, todo paciente recibirá la atención necesaria localmente, incluso sin portar la documentación antes citada y posteriormente regularizará su situación administrativa

II 4 - EL CENTRO DE SALUD brindará, asimismo, asistencia a pacientes no residentes en el Área asignada, siempre que se apersonen al centro precisando atención urgente

EL CENTRO DE SALUD podrá aceptar a pacientes fuera de área hasta que el Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ambiental esté implantado en su totalidad en la Región de Salud de San Miguelito, al paciente se le explicará el nuevo modelo de atención y su sectorización (periodo de un año)

Asimismo, EL CENTRO DE SALUD deberá prestar asistencia a la población transeúnte con residencia temporal (hasta por 3 meses) en el Área asignada, siendo después de ese periodo necesario regularizar su situación administrativa para seguir recibiendo atención localmente o en otros niveles del sistema.

II 5.- EL CENTRO DE SALUD se compromete a la organización, por cada equipo básico de un (1) Consejo de Salud Familiar en el primer semestre del año 1999, de tal manera que se garantice la real participación social con la participación estrecha de Promoción de Salud. Estos Consejos de Salud Familiar deberán ser inscritos en el libro del Comité de Salud. Al final del semestre, EL CENTRO DE SALUD presentará a LA REGION el informe del resultado de actividades y el plan de trabajo para el próximo semestre, incluyendo un plan para la conformación de otros Consejos de Salud Familiar

III - PERSONALIZACION DE LA ATENCION.

EL CENTRO DE SALUD garantizará la asistencia personalizada a sus usuarios, con un compromiso de continuidad y con la flexibilidad para adaptarse a las necesidades y requerimientos de la población buscando la satisfacción de los usuarios

III 1 -Todo paciente del Área Sanitaria tendrá asignado su correspondiente Equipo Básico de Salud que será responsable de su atención integral, promocional, preventiva, curativa y rehabilitadora, garantizando que tanto las consultas de morbilidad, a demanda o programadas, como los controles de salud se realizarán de forma personalizada por dicho Equipo Básico o por los sustitutos autorizados en caso de ausencia reglamentaria

IV - ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA

IV 1 - Horarios de apertura y cierre de la instalacion

EL CENTRO DE SALUD permanecera abierto al publico en Horario Ordinario de las 7 00 a m a las 9 00 p m de Lunes a Viernes. y de 8 00 a m a 2 00 p m los Sábados. Domingos y dias feriados

El personal prestará atención urgente en el propio centro a lo largo de todo el horario en que permanezca abierto, tanto en el horario ordinario como en el horario ampliado

EL CENTRO DE SALUD será el responsable del pago al personal en Horario Ampliado

IV 2 - Horarios especificas de funcionamiento de los servicios.

En el plazo de un mes, contado desde el momento de la firma de este Compromiso de Gestión, EL CENTRO DE SALUD deberá presentar a LA REGION la programación de actividades y el horario de cada uno de los servicios que oferta a su población

EL CENTRO DE SALUD debe garantizar el cumplimiento del horario de todos los funcionarios como parte de las responsabilidades en la gestión de servicios

Los servicios ofertados y los horarios de los mismos deberán ser ampliamente divulgados con la participación del Comité de Salud y los Consejos de Salud Familiar a través de folletos, carteles, etc Estos deberán figurar en un mural informativo a la entrada del Centro de Salud

IV 3 - Horario y normas generales de tramitación de citas.

La tramitación de citas de pacientes asegurados y no asegurados se realizara de forma indiferenciada. no pudiendo establecerse procedimientos o normas de acceso a los servicios que puedan provocar discriminaciones entre los mismos

Los horarios de tramitación de citas para los servicios a demanda espontánea serán lo más amplios posibles. extendiendose hasta que se agoten los cupos disponibles para la atención ambulatoria diaria. A partir de este momento, se podrá disponer hasta de un 10 % de cupos para el día siguiente

EL CENTRO DE SALUD establecera, para su area de influencia, un sistema de asignacion de cupos y reorganizara su mecanismo de ofertar los servicios con el fin de disminuir la aglomeracion en horas de la mañana, las filas de horas de la madrugada, mejorando el acceso de la poblacion a los servicios de salud, garantizando la eficiencia, eficacia y equidad

EL CENTRO DE SALUD debera tener en la medida de lo posible al final del periodo (Dic.) funcionando un sistema para tramitar citas telefónicas, iniciando con los grupos prioritarios definidos en el Plan de Salud Regional.

Todo paciente que demande atención de morbilidad por una urgencia, deberá ser atendido dentro del horario ordinario del Centro de Salud

IV 4 - Accesibilidad a programas especiales

EL CENTRO DE SALUD deberá garantizar la distribución equitativa de los centros escolares entre los equipos básicos de su área de influencia, de tal manera que se ejecute las actividades de salud dirigidas a la población escolar

Las vacunaciones en población escolarizada entre cinco y catorce años se realizarán en el propio centro escolar, a fin de garantizar la cobertura Las escuelas a atender por el Centro de Salud de San Isidro son

Escuela Juan J Amado,
Escuela Maria del R de Salazar
Escuela de Santa Librada Rural y
Escuela Domingo Sarmiento

Al inicio del año escolar, EL CENTRO DE SALUD debera presentar el Plan Anual de Actividades de cada equipo básico y de reuniones con los docentes y directivos, ademas de los resultados de las actividades del último año

Las consultas de asesoramiento, prevención y atención del embarazo para menores de veinte años se realizarán en un horario específico adecuado para garantizar la confidencialidad Tendrán carácter gratuito para asegurados y no asegurados, y no requerirán trámite administrativo alguno pero se facturará su costo

A fin de garantizar la atención a los residentes de comunidades de difícil acceso, EL CENTRO DE SALUD elaborará y ejecutara un Programa de Atención específico que será remitido a las autoridades regionales para su aprobación Se entendera por

"comunidades de difícil acceso" las situadas a más de 60 minutos del Centro de Salud, utilizando el medio usual de transporte de la comunidad, además de las comunidades postergadas de acuerdo a la clasificación socioeconómica establecida por la REGIÓN

EL CENTRO DE SALUD elaborará y mantendrá permanentemente actualizado el Censo de Pacientes Encamados crónicos con imposibilidad de acceso al centro y definirá para ellos el programa de acción pertinente.

V.- DERECHOS GENERALES DE LOS USUARIOS.

La satisfacción de las necesidades de los usuarios, considerados individualmente, debe ser un parámetro de primer orden en la planificación y gestión de los servicios de salud.

V 1 - EL CENTRO DE SALUD orientará sus actuaciones hacia el usuario de los servicios como protagonista y garantizará, a todos los pacientes atendidos, el más escrupuloso respeto a sus derechos generales, que serán entre otros los siguientes

- Derecho a la confidencialidad de los datos clínicos y personales
- Derecho a un trato humanitario y respetuoso.
- Derecho a una atención sin discriminaciones por razón de raza, sexo, religión o ideología
- Derecho a expresar verbalmente o por escrito sus quejas, reclamaciones o sugerencias.
- Derecho a la intimidad y dignidad en las exploraciones físicas
- Derecho a la información verbal y/o escrita sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico además derecho a elegir las alternativas terapéuticas aplicables a su proceso y que el centro pueda proveer
- Derecho a rechazar el tratamiento propuesto siempre que ello no comprometa su vida y lo manifieste por escrito

V 2 - Plan Integral de Calidad de la Atención

EL CENTRO DE SALUD, en concordancia con la Política Regional, desarrollará una gestión interna que procure un Perfil de Calidad dirigido al mejoramiento continuo de la misma, la satisfacción de los usuarios y la mayor eficiencia posible con los recursos disponibles, considerando como elementos básicos los Indicadores y Estandares de Calidad establecidos (ver anexo II)

EL CENTRO DE SALUD implementara un programa de educacion continua en servicio para la actualizacion cientifica y la transferencia tecnologica mediante la ejecucion de actividades de docencia por especialistas a los equipos basicos y complementarios de salud, y de los equipos basicos a la comunidad que conforme a lo acordado en el Contrato-Programa del Hospital Integrado San Miguel Arcangel ademas participaran en actividades de docencia (ver Anexo III-Sistemas de Coordinacion de la Atencion) Se evaluara esta programacion mediante los planes e informes de las actividades realizadas

EL CENTRO DE SALUD debera garantizar una Estructura de apoyo a la Calidad

- a) Debe existir una Comision de Calidad que inicie un Plan Integral de Calidad en dos areas criticas identificadas y que las presente al Grupo Evaluador Dichos planes deben contener metodologia, resultados esperados, responsables, cronograma y evaluacion del avance del mismo. (El Equipo Conductor del Centro puede formar parte de esta Comision)
- b) Debe existir un Grupo encargado del Control de Calidad del Expediente Individual (auditoria), que asegure la Calidad Tecnica. Dicho grupo debe reunirse periodicamente y examinar una muestra representativa, utilizando algun instrumento que fije los estandares a evaluar y que muestre los resultados obtenidos

Dicho instrumento debe incluir como minimo indicadores tales como

- Informacion del Expediente
 - Ordenamiento del Expediente.
 - Aplicabilidad de las Normas y Protocolos de Atencion
 - Calidad de las anotaciones
 - Aplicabilidad del Sistema de Referencia de pacientes
- c) Al final del segundo semestre, EL CENTRO DE SALUD debe tener un Plan de Control y Atencion de al menos dos problemas criticos prevalentes (segun el Plan Local) Debe presentar el Plan de cada problema por separado, contando con las caracteristicas antes mencionadas y evidenciando la Participacion Social
 - d) EL CENTRO DE SALUD debe evidenciar la existencia e implantacion de un Plan para la promocion de Estilos de Vida Saludables dirigido a la poblacion, donde se contemple la participacion de la comunidad

- e) EL CENTRO DE SALUD deberá presentar un informe donde se evidencia la evaluación y el análisis de los tiempos de espera, tanto para la atención médica (diaria y programada) como para el despacho de medicamentos, con alternativas de solución al problema
- f) EL CENTRO DE SALUD debe garantizar la existencia de un Sistema de Atención al Usuario con los siguientes requisitos mínimos
- Un Sistema de Comunicación con el usuario que le garantice información continua, completa y comprensible sobre los servicios que ofrece la Cartera de Servicios Local
 - Un buzón o buzones para la recepción de reclamos o sugerencias en lugares visibles, con formularios y lápices/plumas al alcance de los usuarios
 - Un funcionario o grupo (puede ser la Comisión de Calidad o el Equipo Conductor del Centro) que atienda al usuario, analice las reclamaciones y garantice las respuestas en un plazo no mayor de treinta (30) días. Al final de cada mes deben presentar un lista de los principales problemas y sus planes de solución. Al final de cada semestre, EL CENTRO DE SALUD presentará a LA REGION el informe con los principales problemas y los planes de solución ejecutados.
 - Un Sistema de Evaluación de la Productividad y Rendimiento del Personal Técnico que incentive la excelencia en la atención, la puntualidad y el buen trato al paciente. Dicho Sistema de Evaluación será preparado por Recursos Humanos de la Región y discutido con los funcionarios del Centro de Salud
 - Un instrumento (provisto por LA REGION) para identificar el nivel de satisfacción de los Usuarios (ver anexo II)

VI.- PACIENTES OBLIGADOS A APORTAR CONTRIBUCIONES.

VI.1 - EL CENTRO DE SALUD procederá a la actualización permanente y a la revisión periódica, a demanda de los usuarios no asegurados, de la calificación socioeconómica, además de la definición del porcentaje de las contribuciones, que será aprobado por los Consejos de Salud Familiar conforme a los criterios y procedimientos dictados por LA REGION

VI 2- EL CENTRO DE SALUD, en un plazo de seis meses, estara aplicando un listado de precios a los servicios que preste acorde a la clasificacion socioeconomica pactada con LA REGION (ver anexo IV)

VII.- CARTERA DE SERVICIOS CONTRATADA Y PONDERACIÓN DE OBJETIVOS SANITARIOS

VII 1 - EL PLAN REGIONAL INTEGRADO refleja la Cartera de Servicios contratada AL CENTRO DE SALUD, junto a los Objetivos Sanitarios comprometidos y la Ponderación de los mismos a los efectos de la evaluación del presente Compromiso de Gestión

EL CENTRO DE SALUD deberá asumir y facilitar la atención sanitaria y las prestaciones básicas correspondientes al primer nivel de atención establecidas en la cartera de servicios pactadas con LA REGION. Dicha atención deberá responder a las necesidades de salud colectivas e individuales de su población de responsabilidad.

La Cartera de Servicios que se define a continuación para el presente Compromiso de Gestión, solamente podrá ser modificada si los cambios son autorizados, con carácter previo, por LA REGION

ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

- Prevención de Accidentes en el hogar y la escuela
- Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Detección, atención y referencia de casos de Violencia
- Atención Integral a la morbilidad por Diarrea en menores de 5 años
- Atención Integral a la morbilidad por Neumonía Bronconeumonía y Asma
- Atención Integral a la morbilidad Prevalente
- Control de la Salud Bucal
- Vigilancia y promoción del Crecimiento y Desarrollo
- Detección, atención y referencia de casos de Desnutrición

ATENCIÓN INTEGRAL A LOS Y LAS ADOLESCENTES

- Prevención de VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual
- Prevención de Accidentes de Tránsito suicidios y muerte por violencia
- Prevención del uso de Drogas, Alcohol y Tabaco
- Prevención de Embarazo No Deseado en adolescentes y del Aborto Provocado
- Detección y referencia de casos de Violencia
- Atención a la morbilidad Prevalente
- Control de Salud del Adolescente

ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

- Captación de Embarazos con factores de riesgo asociado a las afecciones perinatales como la Prematuridad y el Peso Bajo al Nacer
- Detección temprana de embarazos con Anomalías Congénitas
- Detección, atención y referencia del Cáncer Cervico-uterino y de Mama.
- Prevención del uso y abuso de Drogas, Alcohol y Tabaco
- Programa de Inmunizaciones.
- Captación de embarazadas con Problemas Nutricionales.
- Control de la Salud Bucal.
- Atención a la morbilidad Prevalente
- Prevención, atención y referencia de casos de VIH/SIDA y ETS
- Detección, atención, notificación y referencia de casos de Violencia
- Control de Salud de la Mujer

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO Y LA ADULTA

- Prevención de Accidentes de Tránsito
- Detección, atención y referencia de Cáncer de Pulmón, Traquea y Bronquios
- Prevención del uso de Drogas, Alcohol y Tabaco
- Captación, atención y referencia de casos de Diabetes Mellitus No Insulino-dependientes
- Captación, atención y referencia de casos de Hipertensión
- Atención Integral a la morbilidad prevalente por Asma
- Captación y atención de la Obesidad
- Atención integral de la TB
- Atención integral del VIH/SIDA, ETS
- Detección y atención de casos de Suicidio lesiones autoinflingidas
- Control de Salud del Adulto
- Atención a la morbilidad prevalente por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica



salud

**REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO**

Red de Promoción de los Servicios
de Atención a la Población

ATENCIÓN DEL ADULTO Y LA ADULTA MAYOR

- Prevención de Accidentes de Tránsito
- Detección, atención y referencia de Cáncer de Prostata
- Prevención del uso de Drogas, Alcohol y Tabaco
- Captación, atención y referencia de casos de Diabetes Mellitus No Insulinodependientes
- Atención integral a la morbilidad por Neumonía
- Captación y atención a la Obesidad.
- Atención integral de la TB.
- Detección, atención, notificación y referencia de casos de Violencia.
- Control de salud del adulto y la adulta mayor

ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL.

- 1 Análisis de Situación Integral de Salud.
- 2 Conformación de los EBS.
- 3 Estructuración de Zonas Sanitarias.
- 4 Carnéización
- 5 Sistema de Información gerencial

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

1. Referidos a Policentros, Hospital San Miguel Arcángel y Hospital Nacional
2. Contrarreferidos de Policentros, Hospital San Miguel Arcángel y Hospital Nacional

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (COLECTIVA)

- 1 Prevención de Accidentes de Tránsito

CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y DE SALUD PÚBLICA



**REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO**

Dirección de Prov. de los Servicios
de Atención a la Población

VII 2 - Para efectos de la evaluación del Compromiso de Gestión, los objetivos o metas de carácter promocional y/o preventivo tendrán una mayor ponderación en relación a los objetivos de carácter curativo

La ponderación en su forma global se distribuirá así

Objetivos promocionales y/o preventivos (Incluye acciones de tipo familiar, comunitario y ambiental)	40%
Cumplimiento de metas de atención poblacional	25%
Cumplimiento de metas de atención ambiental	25%
Gestión Administrativa Local (incluye objetivos presupuestarios, del gastos y la gestión gerencial)	10%

VIII.- REFERENCIA DE PACIENTES A OTROS NIVELES DEL SISTEMA.

Para garantizar la adecuada continuidad asistencial de la población asignada EL CENTRO DE SALUD utilizará los criterios del Sistema de Referencia y Contrarreferencia establecidos por LA REGION. EL CENTRO DE SALUD deberá estar representado al momento de la realización de los protocolos de atención y de referencia de las patologías más prevalentes en la Región de Salud de San Miguelito

VIII.1 - Referencia de pacientes a Consulta Especializada.

Los pacientes cuyo padecimiento supere la capacidad diagnóstica o terapéutica del Centro de Salud y precisen atención en consulta especializada serán remitidos al Policentro de Nuevo Veranillo provistos del Formulario Oficial de Referencia establecido por LA REGION. En dicho formulario debe detallarse la información completa acompañado de copias o informes de resultados de los estudios ya realizados (Laboratorios, etc), de acuerdo a los criterios y/o protocolos establecidos

El formulario de referencia será requisito imprescindible y deberá ser llenado en todos sus apartados, y firmado por el médico remitente. En el caso de pacientes asegurados se deberá comprobar su situación de asegurado o beneficiario activo en la unidad de referencia y se referirá a la policlínica correspondiente. los pacientes no asegurados que sean referidos serán identificados en el formulario según la clasificación socioeconómica establecida por LA REGION

VIII 2 - Referencia de pacientes a Hospitalización, Cirugía Ambulatoria de Segundo Nivel de complejidad hospitalaria

Una vez superada la capacidad diagnóstica o terapéutica del Centro de Salud, los pacientes que precisen atención especializada de hospitalización o cirugía ambulatoria de segundo nivel de complejidad hospitalaria, serán remitidos al Hospital Integrado San Miguel Arcángel, a criterio del médico remitente del CENTRO DE SALUD, en cumplimiento de los protocolos de referencia y la definición de la complejidad del cuadro clínico del paciente. Dicho traslado debe ir acompañado del Formulario Oficial de Referencia establecido por LA REGION, debidamente llenado en forma clara y completa, acompañado de copias o informes de resultados de los estudios ya realizados (Laboratorio, etc)

Todos los pacientes cuyo cuadro clínico supere los criterios de resolución y de referencia para el segundo nivel hospitalario, deberán ser referidos a los Hospitales de Referencia Nacionales (Santo Tomás, Hospital del Niño, Complejo Hospitalario Metropolitano, Instituto Oncológico Nacional y Hospital Psiquiátrico) de acuerdo al requerimiento diagnóstico o terapéutico particular.

EL CENTRO DE SALUD desarrollará actividades que garanticen la continuidad del tratamiento y los cuidados domiciliarios después del alta de los usuarios. Además deberá participar en la elaboración de protocolos de seguimiento en coordinación con el equipo de profesionales del Hospital Integrado San Miguel Arcángel

VIII 3 Referencia de pacientes de urgencia:

Toda urgencia con riesgo vital será remitida de forma directa al Hospital Integrado San Miguel Arcángel, con independencia de la hora o de cualquier otra circunstancia

Las urgencias referidas irán igualmente acompañadas del Formulario de Referencia señalando, mediante un distintivo en rojo, el carácter urgente del padecimiento. Deberá trasladarse al paciente de acuerdo al "Protocolo de Traslados" establecido con la información clara y completa (ver anexo IV)

El número de referencias de carácter urgente no tendrá limitación alguna siendo determinado su número de acuerdo a las necesidades presentadas

IX.- PLANILLA DE PERSONAL.

La gestión del personal DEL CENTRO DE SALUD deberá estar orientada a promover la participación efectiva, aumentar el compromiso y estimular la productividad, haciendo énfasis en la capacitación continua

IX 1 - Para el desarrollo de los objetivos previstos en el Compromiso de Gestión, EL CENTRO DE SALUD de San Isidro contará con la Planilla de Personal pactada para 1999 y que se refleja en el Anexo V

La Planilla citada refleja todo el personal que desarrolla su labor de forma estable a lo largo del año, con independencia de su régimen jurídico-laboral la cual se respetará y su vinculación orgánica al Ministerio de Salud, a la Caja de Seguro Social o al Comité de Salud

Por el contrario la Planilla no refleja el personal preciso para cubrir las contingencias que pudieran surgir a lo largo del año al sustituir o cubrir las ausencias no programadas del personal incluido en la Planilla

Toda modificación de la Planilla (Anexo V) que suponga incremento de efectivos pactados, requerirá la autorización previa de la autoridad regional. Se deberá evaluar cuatrimestralmente a todo el personal utilizando el Protocolo de Evaluación provisto por LA REGION

X.- PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS.

Es un objetivo de LA REGION generar una cultura de facturación especialmente en la prestación de servicios que sean susceptibles de generar ingresos y que faciliten la compensación de costos. EL CENTRO DE SALUD mantendrá actualizado un sistema de información de Ingresos y Gastos durante cada semestre, al igual que el presupuesto del siguiente periodo

X 1 - EL CENTRO DE SALUD tendrá el compromiso de mantener en funcionamiento, desde el momento de la firma de este Compromiso de Gestión, el sistema de Costo 20 para la recopilación de toda la información de ingresos y gastos inherentes a su funcionamiento

X 2 - A los efectos del presente Compromiso de Gestión se contabilizarán como gastos todos aquellos en que incurra el Centro de Salud a lo largo del año, tanto los de carácter presupuestario como los extrapresupuestarios financiados por el Comité de Salud con cargo a los ingresos procedentes de las contribuciones

XI.- COMPETENCIAS Y ATRIBUCIONES DELEGADAS A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD.

XI 1 - La Dirección del CENTRO DE SALUD asumirá las funciones propias de su cargo así como las siguientes competencias y atribuciones delegadas por LA REGION, en conjunto con su Equipo Conductor

- Autonomía plena en la organización interna del Centro
- Decisión de Cobertura o no de las vacantes que puedan producirse en la Planilla pactada y contratación en su caso de personal de otra categoría profesional, a dedicación plena o parcial, siempre que no suponga variación presupuestaria
- Determinación del destino de los incentivos económicos que pudieran revertir en el centro.
- Selección del personal sanitario de carácter temporal
- Autorización de permisos no reglamentarios para actividades docentes del personal a su cargo
- Autorización de acceso de pacientes a especialistas distintos a los establecidos con carácter general
- Deberá reunirse por lo menos una vez a la semana con el Equipo Conductor conformado por Representante de los Equipos Básicos, de los Equipos Complementarios, del Equipo Administrativo y el Presidente y el Tesorero del Comité de Salud.

XII.- SISTEMA DE INFORMACIÓN Y MONITOREO.

XII 1 -EL CENTRO DE SALUD asegurará la correcta transmisión a LA REGION de los datos de los sistemas de información en funcionamiento (WINSIG) en los plazos establecidos y garantizando la calidad de la información como se detalla a continuación

INFORMACIÓN A REMITIR	PERIODICIDAD
Registro diario de actividad con expresion del servicio	Mensual
Enfermedades de declaracion obligatoria	Semanal*
Registro y Morbilidad de pacientes referidos a Atención Especializada	Mensual
Contabilidad de ingresos y gastos Extrapresupuestarios (Copago, gastos del Comité Local)	Mensual
Costo 20	Mensual
Control de ausentismo del personal.	Mensual
Estado de progreso de los Objetivos Cualitativos	Trimestral
Evaluación del Personal	Cuatrimestral

* No excluye las enfermedades de declaración obligatoria inmediata via telefónica

XII.2.- Por su parte LA REGION remitirá a su vez AL CENTRO DE SALUD la siguiente información con la periodicidad señalada.

INFORMACIÓN A REMITIR	PERIODICIDAD
Evolución de ingresos y gastos presupuestarios y extrapresupuestarios	Mensual
Estadística de actividad y comparación con objetivos	Trimestral
Evaluación de progreso del Compromiso de Gestión en todos sus apartados	Trimestral

XIII.- EVALUACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN.

El Seguimiento y Control del Compromiso de Gestión facilita la evaluación de las actividades realizadas y posibilita la orientación de objetivos y acciones futuras en base a las necesidades y expectativas de la población

EL CENTRO DE SALUD estara obligado a suministrar a LA REGION la informacion que ésta requiera para el seguimiento del Compromiso de Gestion Para tal efecto. remitirá semestralmente un informe sobre el grado de cumplimiento de los objetivos acordados y. en caso necesario. las medidas adoptadas para corregirlas las desviaciones que puedan preverse o presentarse

La Evaluación Final del Compromiso de Gestión será coordinada por EL Departamento de Provisión de Servicios y el Departamento de Planificación anualmente Para la Gestión del año 1999 dicha evaluación se hará en el mes de Noviembre

El presente Compromiso de Gestión podrá ser objeto de revisiones durante el ejercicio 1999, no obstante las modificaciones o ajustes solo serán efectivos cuando ambas partes lo acuerden.

XIII.1.- *Ponderación Global.*

La Ponderación Global Inicial será el resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en Objetivos Promocionales y Preventivos, cumplimiento de metas de Atención Poblacional, Atención Ambiental y cumplimiento de metas de Gestión Administrativa Local

XIV.- INCENTIVOS AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.

XIV 1.- El adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos en el Compromiso de Gestión asignara la asignación al Centro incentivos económicos de carácter no salarial (Ejemplo: trámite de becas, pasantías, dotación de equipos, etc)

XIV.2 - La cuantía de la bolsa de incentivos a la que podrá hacerse acreedor el CENTRO DE SALUD San Isidro será del 1% de su presupuesto anual según el cumplimiento del 100% del porcentaje ponderado

Ejemplo

100% de cumplimiento es igual al 1% del presupuesto anual,

80% de cumplimiento es igual al 0.8% del presupuesto anual

Esta forma de incentivo será efectiva hasta un 71% de cumplimiento. menos de este valor no tendrá incentivo

XV.- INCUMPLIMIENTOS DEL COMPROMISO DE GESTIÓN.

XV.1 - Tendrán la consideración de Incumplimientos del Compromiso los siguientes hechos

- La falta de respeto a los derechos generales de los pacientes
- La denegación de asistencia a pacientes residentes en el Área asignada
- Las discriminaciones en el acceso a los servicios del Centro
- El incumplimiento reiterado de los plazos previstos para remitir a LA REGION la información definida en el apartado XII.
- La desviación manifiesta y reiterada de los objetivos sanitarios y/o presupuestarios del presente Compromiso de Gestión durante los tres cuatrimestres sucesivos

XV.2.- El Incumplimiento del Compromiso de Gestión podrá dar lugar a todas o algunas de las siguientes consecuencias:

- Pérdida de la autonomía organizativa del Centro.
- Pérdida de la delegación de atribuciones a la Dirección.
- El Equipo Conductor se compromete a aplicar las medidas disciplinarias en caso de baja productividad u otras circunstancias, con base en las disposiciones y normas legales vigentes.
- Reestructuración del Equipo Conductor
- Cese del Director de la instalación

XVI.- COMPROMISOS DE LA REGION.

XVI.1 - El Anexo VII muestra los compromisos de las distintas estructuras regionales, orientados a garantizar el apoyo técnico preciso para el desarrollo de determinados objetivos del presente Compromiso de Gestión

XVII.- ALCANCE, VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL COMPROMISO DE GESTIÓN.

XVII.1 - LA REGION declara que el actual Compromiso de Gestión regula las metas y objetivos de la programación para el año 1999 y los compromisos pactados para el logro de las mismas. El Compromiso de Gestión no afectará de forma alguna la relación laboral existente entre el MINSA, la C.S.S. y los funcionarios permanentes y por contratos del Centro de Salud, ni entre el Comité de Salud y sus funcionarios. Dicha relación laboral está basada en las legislaciones existentes.

XVII.2 - Este Compromiso de Gestión estará vigente desde el 25 de Enero de 1999 hasta el 31 de Diciembre del mismo año. Antes de la finalización del ejercicio, las partes que lo suscriben analizarán el cumplimiento de las metas de los objetivos de salud, el cumplimiento de los indicadores de calidad y las desviaciones económicas producidas, a objeto de establecer, si procede, las condiciones de renovación del Compromiso de Gestión para años sucesivos.

En prueba de conformidad con cuanto antecede se firma el presente documento por triplicado en el lugar y fecha indicados con sujeción a las cláusulas en el mismo establecidas.

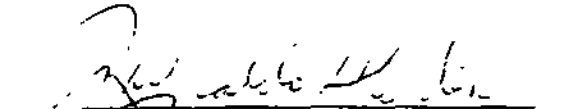


salud

**REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO**


**Gerencia De Provición de los Servicios
de Atención a la Población**

Por el Ministerio de Salud


Fmdo: Dr. REYNALDO HOLDER
Director Regional de Salud
de San Miguelito


Licda. MAYANIN RODRIGUEZ
Jefa del Depto Técnico de
Provisión de Servicios RSSM

Por el Centro de Salud
San Isidro


Fmdo: Dr. JOSE JUAN TUÑ
Director C/S San Isidro

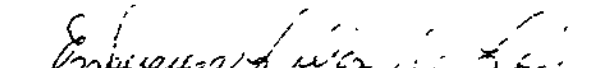

Sra. OLIVIA TRUJILLO DE
DOMINGUEZ
Presidente del Comité de Salud

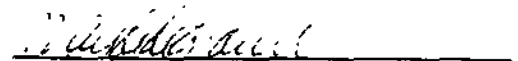
REFRENDAN ESTE COMPROMISO

Por el Equipo Conductor del Centro de Salud San Isidro:


Tesorero del Comité de Salud


Representante de Equipos Básicos


Representante de Equipo Complementario


Representante del Area Administrativa

Señora ALBA RIVAS
Por la Federacion de Comites de Salud de San Miguelito

**REFRENDAN ESTE COMPROMISO
LOS FUNCIONARIOS DEL CENTRO DE SALUD
DE SAN ISIDRO.**

DRA. NORMA ASTUDILLO
Dep. de Planificación

DR. CARLOS PEREZ
Planificación C.S.S.

[Handwritten signature]

LIC. ROBERTO MORENO MORENO
Jefe del Dep. de Promoción de la Salud

[Handwritten signature]

LIC. DIXA DE WILLIAMSON
Jefa del Dep. de Administración y Finanzas

[Handwritten signature]

ANEXOS



salud
REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO

Gerencia De Provición de los Servicios
de Atención a la Población

ANEXO I
ACTIVIDADES SEGÚN GRUPOS
DE EDAD

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
Programación Local Integrada de Salud
Cartera de Servicios y ponderación de objetos
Provisión de Servicios en Centro de Salud de
San Isidro

Servicios	Indicador	Situación Actual	Objetivos esperados para 1999		Universo
			Valor Regional	Pacto Local	
Atención personalizada de la morbilidad					
Consulta Médica Pediátrica	Frecuentación de consultas médicas en atención primaria por habitante y por año				
	• Menores de un año	3.81	1.41		
	• De 1 a 4	1.56	0.62		
	• De 5 a 9	0.58	0.28		
Consulta Médica de Adolescentes	Frecuentación de consultas médicas en atención primaria por habitante y por año				
	• De 10 a 14	0.29	0.15		
	• De 15 a 19	0.40	0.17		
Consulta Médica de Adultos	Frecuentación de consultas médicas en atención primaria por habitante y por año				
	• De 20 a 59	0.53	0.22		
	• Mayores de 60	0.38	0.30		
Consulta de Ginecología	Frecuentación de consultas médicas en atención primaria por habitante y por año	0.19	0.39		
Consultas médicas de Salud Mental	Frecuentación de consultas médicas en atención por habitante y por año	0.04	0.05		
Consultas de Odontología	Frecuentación de consultas médicas en atención primaria por habitante y por año				
	• Menores de un año				
	• De 1 a 4	0.52	0.19		
	• De 5 a 9 * Programa Escolar	8.44	1.51		
	• De 10 a 14 * Programa Escolar	5.57	0.77		
	• De 15 a 19	0.20	0.17		
	• De 20 a 59	0.32	0.14		
	• Mayores de 60	0.05	0.04		

salud
MINISTERIO DE SALUD

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO

Cartera de Provisión de los Servicios de Atención a la Población

Servicios	Indicador	Situación Actual	Objetivos esperados para 1998		Universo
			Valor Regional	Pacto Local	
Prevención y Promoción Individualidad					
Captación de RN	Cobertura de menores de un mes identificados por el EBS o CS	*1247	75.5		
Control del Crecimiento y Desarrollo	Cobertura de menores de un año con un mínimo de 5 controles en el año	59.7	23.4		
	Cobertura de niños entre 1 a 4 años con un mínimo de 2 controles en el año	1.6	1.5		
	Cobertura de niños entre 5 y 9 años con un mínimo de 1 control en el año	1.1	1.1		
Control de Salud de adolescentes	Cobertura de niños de 10 a 14 años con un mínimo de 1 control en el año	1.1	1.2		
	Cobertura de jóvenes de 15 a 19 años con un mínimo de 1 control en el año	1.5	1.3		
Control de la Salud de Adultos	Cobertura de adultos con un mínimo de un control específico y consejo sobre riesgo cardiovascular y práctica y hábitos de riesgo entre los 20 y 60 años	1.9	1.5		
	Cobertura de ancianos con un mínimo de dos controles específicos y consejo sobre riesgo cardiovascular y prácticas y evaluación del autoexamen a partir de los 60 años	1.7	1.7		

* Captación de RN fuera de Area



salud
SISTEMA DE SALUD
REGIONAL

**REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO**

Gerencia De Provisión de los Servicios
de Atención a la Población

Servicios	Indicador	Situación Actual	Objetivos esperados para 1999		Universo
			Valor Regional	Pacto Local	
Prevención y Promoción Individual					
Inmunizaciones Total de dosis refuerzos N° de Adolescentes	Primovacunación completa en menores de un año				
	• BCG	*	120 6		
	• 3 dosis antipolio	99 0	118 7		
	• 3 dosis DTP	96 7	104 1		
	• 1 dosis Anti - Sarampion	87 1	100 8		
	Revacunación completa en niños de 1 a 4 años DPT	12 28			
	• 2 dosis sarampion (15 meses) o MMR	12 86			
	• Refuerzo antipolio	12 85			
	Calendario vacunal completo en niños de 5 a 9 años		85 4		
	•				
	•				
	Calendario vacunal completo en niños de 10 a 14 años				
	• BCG	22			
• Rubéola	192				
Control de Embarazo	Cobertura de embarazos captados en el 1er trimestre sobre número de partos	40 4	26 7		
	Cobertura de embarazos en adolescentes de 10 a 19 años captados durante el 1er trimestre sobre el número de partos en adolescentes	11 0	28 5		
	Cobertura de embarazos con al menos un control sobre el número de partos		No se puede		
	Cobertura de embarazos en adolescentes con al menos un control sobre el número de partos en adolescentes		No se puede		
	Cobertura de embarazos de bajo riesgo con al menos controles sobre el número de embarazos de bajo riesgo				
	Cobertura de embarazos de alto riesgo con al menos 5 controles sobre el total de partos de alto riesgo				

*Dosis aplicados a Nivel Hospitalarios



REGIÓN DE SALUD DE
SAN MIGUELITO

Gerencia De Provición de los Servicios
de Atención a la Población

ANEXO II
INDICADORES Y ESTANDARES DE
CALIDAD, ENCUESTA DE OPINION DE
USUARIO

**REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
INDICADORES Y ESTANDARES DE CALIDAD**

Indicadores de Calidad	Año
<p>1. Mejoramiento Continuo de Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Existencia de un equipo interdisciplinario (comision de calidad y/o equipo conductor) que apoye en la toma de decisiones, análisis y solución de problemas b- Análisis e implementación de Planes de Acción en al menos dos áreas críticas identificadas c- Comisión encargada del Control de Calidad del expediente individual y Ficha Familiar, con su respectivo instrumento d- Evidencia de Participación Social en los Planes de Acción. 	
<p>2. Oportunidad de la Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evidencia de análisis del papel de los servicios de apoyo en la prolongación de los tiempos de espera para el otorgamiento de la atención ambulatoria b Evidencia del análisis del papel de los servicios de apoyo, intraconsultas entre el Equipo Básico y el Equipo Especializado c Plan de mejoramiento de los tiempos de espera 	
<p>3. Estandarización de los Protocolos y Normas Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> a Participación en los Comités de estandarización de Protocolos b Evidencia de implementación de Protocolos y Normas de Atención 	
<p>4. Mejoras en la atención del usuario</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evidencia de un sistema de recepción de quejas y sugerencias b Evidencia del análisis y tiempos de respuesta de quejas, reclamos y sugerencias no mayor de 15 días c Informe de las principales quejas y reclamos d Implementación de un plan de resolución de quejas reclamos y sugerencias 	

La ponderación total es de 90% para efectos del acceso al fondo de incentivos, los items valor 25% cada uno

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO.

El interés primario de cualquier organización debe resolver la necesidad de los usuarios mediante la calidad de sus productos y servicios

La Gestión de Calidad debe ser implantada y desarrollada con el propósito de lograr la máxima efectividad y eficiencia en la satisfacción de los usuarios

Para garantizar esto, la Región de Salud de San Miguelito ha establecido nueve estándares de calidad desde la perspectiva del usuario, como una especificación de un nivel de desempeño esperado y alcanzable, comparable con el nivel de desempeño actual. Los Estándares son los Siguietes:

1. 95% de los usuarios encuestados recibirán buen trato en la atención
2. 90% de los usuarios serán informados sobre su padecimiento o diagnóstico
3. 85% de los usuarios considerarán que tuvieron privacidad durante la consulta
4. 80% de los usuarios recibirá instrucción del Equipo Básico de regresar o no para su seguimiento
5. 75% de los usuarios encontrarán disponibles en la farmacia
6. 95% de los usuarios recibirán instrucciones en la farmacia
7. 90% de los usuarios esperarán un máximo de 15 minutos para obtención de cupos
8. 75% de los usuarios serán atendidos dentro de una hora después de su cupos
9. 75% de los usuarios percibirán que sus quejas o sugerencias son atendidas

Estos estándares se apoyarán en los resultados de las Encuestas de Opinión de los Usuarios que se realicen según el Instrumento establecido

La Región de Salud de San Miguelito establece el uso de un instrumento que permita medir la calidad de los servicios de salud desde las perspectivas de los usuarios

El cuestionario es producto de estudios realizados por la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool y del Instituto Centroamericano de la Salud (ICAS)

Por su sencillez puede ser aplicado por cualquier funcionario de salud. La tabulación e interpretación de resultados también resulta sencilla.



salud

**REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO**

Gerencia De Provisión de los Servicios
de Atención a la Población

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
DEPARTAMENTO TECNICO DE PROVISION DE SERVICIOS DE
SALUD
ENCUESTA DE OPINIÓN DE USUARIOS

Cuest No ____

Centro de Salud _____

Fecha _____

Estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y el servicio que se da aquí. Sus respuestas son confidenciales, así que le vamos a agradecer su sinceridad.

1. Cuánto tiempo esperó para obtener la cupos?	_____ Minutos
2. Le parece	Mucho _____ Aceptable _____ Poco _____
3. ¿Cuánto tiempo pasó desde la hora de la cupos hasta que fue atendido?	_____ Minutos
4. Le parece	Mucho _____ Aceptable _____ Poco _____
5. Le fue fácil obtener su cupos con el médico?	Sí _____ No _____ N/A _____
6. ¿El medico le puso atención respecto a sus dolencias y preguntas?	Sí _____ No _____ N/A _____
7. ¿El medico la examino?	Sí _____ No _____ N/A _____
8. ¿El medico le dijo lo que tenia?	Sí _____ No _____ N/A _____
9. ¿El medico le dio instrucciones sobre el uso de los medicamentos?	Sí _____ No _____ N/A _____
10. ¿Entendio las recomendaciones que el medico le dio?	Sí _____ No _____ N/A _____

11 ¿Le dijo si tenía que regresar o no?	Si _____ No _____ N/A _____
12 ¿Recibió buen trato del médico?	Si _____ No _____ N/A _____
13 ¿Tuvo privacidad durante la consulta?	Si _____ No _____ N/A _____
14 ¿Cómo fue el tiempo de espera por los medicamentos?	Mucho _____ Aceptable _____ Poco _____
15 ¿Estaban disponibles en farmacia las medicinas recetadas?	Si _____ No _____ N/A _____
16 ¿Entendió las instrucciones dadas en farmacia?	Si _____ No _____ N/A _____
17 ¿Recibió buen trato en farmacia?	Si _____ No _____ N/A _____
18 ¿Recibió buen trato en registros médicos?	Si _____ No _____ N/A _____
19 ¿Recibió buen trato del personal de enfermería?	Si _____ No _____ N/A _____
20 ¿Pudo hacerse los laboratorio ordenados?	Si _____ No _____ N/A _____
21 ¿Recibió buen trato en laboratorio?	Si _____ No _____ N/A _____
22 ¿Pudo hacerse las radiografías indicadas?	Si _____ No _____ N/A _____
23 ¿Recibió buen trato en Rayos X?	Si _____ No _____ N/A _____
24 ¿Cree usted que los servicios sanitarios estaban limpios?	Si _____ No _____ N/A _____
25 En general ¿Cómo considera la atención?	Excelente _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____



salud
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO

REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO

Gerencia De Prevención de los Servicios
de Atención a la Población

ANEXO III
SISTEMAS DE COORDINACION DE
LA ATENCION



salud

REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO

Gerencia De Prov.ión de los Servicios
de Atención a la Población

SISTEMA DE COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Una adecuada atención médica de los pacientes no puede darse sin la articulación y coordinación entre EL HOSPITAL y la red ambulatoria y los servicios de salud Pública existente en la Región, y con Hospitales de otro nivel. Es por ello necesario que se establezcan mecanismos de coordinación en la Red de servicios con respecto a casos específicos y elementos comunes de la atención de manera que se evite la duplicación de esfuerzos y se evite incomodidades al paciente, como son la repetición de exámenes de laboratorios y procedimientos diagnósticos. Las autoridades de CONSALUD tomarán las medidas para asegurar esta coordinación, y EL PATRONATO está obligado a contribuir al establecimiento y funcionamiento de tales mecanismos de coordinación.

También se compartirá información y opiniones sobre la conducta a seguir, especialmente cuando los pacientes han sido atendidos por especialistas que no prestan servicios en EL HOSPITAL.

Entre los mecanismos que se proponen para esta coordinación figuran los siguientes:

1. Sesión mensual perinatal con la participación de pediatras y obstetras de EL HOSPITAL y la R.S.S.M.
2. Sesión mensual clínico - patológico con los médicos de EL HOSPITAL, el equipo regional y los médicos que hayan participado en la atención de caso.
3. Sesión mensual de cada servicio hospitalario (Obstetricia, Pediatría, Medicina y Cirugía) con el equipo de la Región relacionado con los mismos.
4. Sesión mensual entre autoridades de EL HOSPITAL y de la Región con el propósito de revisar el funcionamiento del sistema de Referencia, la atención por Urgencias y para evaluar los indicadores hospitalarios con el propósito de controlar los ingresos y estancias hospitalarias.
5. Sesión semestral con la Región de Salud para evaluar la situación de los servicios a nivel Regional y ajustar la programación.
6. Reunión Anual de programación y ajuste con CONSALUD.

**Esta información es tomada del Anexo 4 del Contrato Hospital San Miguel Arcángel*

ANEXO IV CLASIFICACION SOCIOECONOMICA



salud
REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO

Agencia De Provisión de los Servicios
de Atención a la Población

Grupo	Estrato o Categoría	NBI	Indice	Nivel de Subsidio
A	Hogares muy pobres	Dos o Más	0 - 69	Subsidio 100%
	Hogares pobres	Una	70 - 95	(*) Según Comunidad
B *				Subsidio 75%
C *				Subsidio 50%
D *				Subsidio 25%
E	Hogares No Pobres	Cero	95 - 100	No Subsidio

- Fuente: - CELA. Metodología y Plan Piloto para la Identificación de Indigencia en la Región de Salud de San Miguelito. 1997
- Rodríguez Mayanin. Estudio Piloto de Implementación del Modelo de Salud Familiar, Comunitario y Ambiental en el Corregimiento de Amelia Denis de Icaza. 1997
 - Saneamiento Ambiental de la Región de Salud de san Miguelito. Programas Anuales de Saneamiento Ambiental de los Centros de Salud. 1998
 - Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región de Salud de San Miguelito. Listado de Zonas y Comunidades, según Centro de Responsabilidad. 1998.

REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE
Departamento Técnico de Provisión de Servicios de Salud

Centro de Salud San Isidro
 Director: Dr. José ~~Al~~ Tuy

Fecha: Enero de 1999

Zona Janitaria	Persona Responsable del Equipo Básico	Corregimiento	Comunidades	Clasificación según Niveles de Pobreza
Zona 1	Dra Noris Davalos	Belisario Porras	Barriada 6 de Abril	B
		Belisario Porras	Tinajita	C
		Belisario Porras	San Isidro Sectores D, E, F, (Sector 2)	D
Zona 2	Dra Mayra Correa	Belisario Porras	Buenos Aires	B
		Belisario Porras	La Ensenada	C
		Belisario Porras	Mi Pueblito	C
		Belisario Porras	Parte del Valle (Entrando por calle B hasta la calle que sale al Kco. Victoria, Flia Mendez casa a la izquierda)	D
Zona 3	Dra Diana de Arauz	Belisario Porras	El Valle de San Isidro	D
Zona 4	Dra Julie Bscheider	Belisario Porras	Campo Verde Colinas de Sonsonate	B
		Belisario Porras	Sonsonate	B
		Belisario Porras	El Porvenir	D
		Belisario Porras	Chivo Chivo	C
		Belisario Porras	Las Rositas	C
		Las Cumbres	Villa Cardenas	A
		Belisario Porras	Santa Elena	C
		Las Cumbres	Santa Librada Rural	B

ANEXO VI
PLANILLA DE PERSONAL



REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO

Gerencia De Provistón de los Servicios
de Atención a la Población

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
PLANILLA DE PERSONAL PARA 1999
CENTRO DE SALUD SAN ISIDRO

ANEXO IV								
PLANILLA DE PERSONAL PARA 1998 CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO								
	MINSA		CAJA		COMITE		TOTAL	
MEDICOS	14	105	---	---	---	---	14	105
Medicos Generales	8	61	---	---	---	---	8	61
Pediatras	2	12	---	---	---	---	2	12
Otorrinolaringos	7	45	1	8	---	---	8	53
Urologos	1	8	---	---	---	---	---	---
Ginecologos	1	8	---	---	---	---	1	8
Psiquiatras	1	8	---	---	---	---	1	8
Dermatologos	1	8	---	---	---	---	1	8
Oftalmologos	---	---	---	---	---	---	---	---
Otorrinolaringos	---	---	---	---	---	---	---	---
Medicina Interna	---	---	---	---	---	---	---	---
Urologos	---	---	---	---	---	---	---	---
Cardiologos	---	---	---	---	---	---	---	---
Cirujanos	---	---	---	---	---	---	---	---
Otros especialistas *	1	8	---	---	---	---	1	8 *
PROFESIONALES Y TECNICOS SANITARIOS								
Enfermeros	6	42	---	---	1	4	7	44
Farmacologos	1	8	---	---	---	---	1	8
Trabajadores Sociales	1	8	---	---	---	---	1	8
Laboratoristas	1	8	---	---	1	4	2	12
Nutricionistas *	---	---	---	---	---	---	---	---
Psicologos	2	12	---	---	---	---	2	12
Inspectores Medio Ambiente	2	16	---	---	---	---	2	16
Técnicos RA y EKG	---	---	---	---	---	---	---	---
Auxiliares de Enfermeras	4	32	---	---	---	---	4	32
Otros Auxiliares Sanitarios y Educadores	---	---	---	---	---	---	---	---
Auxiliares Sanitarios	---	---	---	---	---	---	---	---
Otros Tecnicos Sanitarios	3	24	---	---	---	---	3	24
Otros Sanitarios	---	---	---	---	---	---	---	---

* Nutricionistas 8 horas semanales

* Especialista Medicina Interna

* Medicina Familiar



salud

**REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO**

Gerencia De Promoción de los Servicios
de Atención a la Población

	MINSA		CAJA		COMITE		TOTAL	
REGISTROS								
MEDICOS								
Auxiliares	6	48					6	48
Asistentes de registros	1	8					1	8
ADMINISTRACION								
Administrativos	9	72			12	96	21	168
AGENTES DE								
SALUD								
Vigilantes					1	4	1	4

**ANEXO VIII
PRESUPUESTO ANUAL
CENTRO DE SALUD DE
SAN ISIDRO**

**REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO,
LAS CUMBRES Y CHILIBRE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
SECCION DE PRESUPUESTO
PRESUPUESTO ASIGNADO PARA 1999
CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO
FONDO DE AUTOGESTION Y PRESUPUESTO REGIONAL**

COD	OBJETO DE GASTO	SAN ISIDRO	
		P REGIONAL	AUTOGESTION
003	SALARIOS	633,792 00	52,562 40
003	XIII MES	28,205 41	4,380.20
003	EVENTUALES		32,340 00
003	TURNOS		18 682 92
650	CUOTAS PATRONAL		5,650 45
653	RIESGO		788 43
111	SERV DE AGUA	1 865 00	
114	SERV DE ENERGIA	17 803 00	
115	SERV DE TELECOM.	1,468 00	
120	IMPRE ENCU Y OTROS		2,000 00
130	INF Y PUBLICIDAD		200 00
141	VIATICOS DENTRO DEL PAIS		
151	TRANSPORTE DENTRO DEL PAIS		1,408 00
169	OTROS SERVICIOS		3 500 00
181	MANT T REP DE EDIFICIO		5,000 00
182	MANT Y REP DE MAQUINAS		5,000 00
201	ALIMENTO P/CONSUMO HUMANO		200 00
219	OTROS TEXTILES Y VESTUARIOS		1 000 00
221	DIESEL	500 00	
223	GASOLINA	1 500 00	
224	LUBRICANTES		1,000 00
239	OTROS PROD DE PAPEL Y CART	2,207 00	
241	ABONOS Y FERTILIZANTES		
242	INSEC FUM Y OTROS		
243	PINT COLORANTES Y TINTES		3 000 00
244	PROD MEDICOS Y FARMACEUTICOS	30,200 00	2 000 00
249	OTROS PRODUCTOS QUIMICOS		5,000 00
259	OTROS MAT DE CONSTRUC		3,000 00
269	OTROS PRODUCTOS VARIOS		3 000 00
271	UTILES DE COCINA Y COMEDOR		200 00
272	UTILES DEPORTIVAS Y RECREACION		200 00
273	UTILES DE ASEO Y LIMPIEZA	702 00	3,500 00
274	UTILES DE LABORATORIO	1,098 00	4,000 00
275	UTILES DE MATERIALES DE OFICINA	750 00	2,000 00
276	MATERIALES PARA RX	137 00	
277	INST MEDICO Y QUIRURGICO	1,877 00	
279	OTROS UTILES Y MAT		2,000 00
280	REPUESTOS		2 000 00
	TOTAL	722,104.41	163,612.40



salud
MINISTERIO DE SALUD
1999

**REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO**

Gerencia De Promoción de los Servicios
de Atención a la Población