

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

***PROPUESTA DE UN NUEVO PROCESO DE TRABAJO  
EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD  
PARA EL DISTRITO DE PORTOBELO DURANTE  
LOS AÑOS 1999-2000.***

Presentado por

MAYRA E. NÁVALO J.  
3 - 72 - 910

Trabajo de Graduación para  
Optar por el Título de  
Maestría en Salud Pública con  
Énfasis en Administración de  
Servicios de Salud.

PANAMÁ, MAYO DE 1999

**APROBACIÓN**

**TESIS TITULADA**

**PROPUESTA DE UN NUEVO PROCESO DE TRABAJO  
EN LA RED DE SEVICIOS DE SALUD  
PARA EL DISTRITO DE PORTOBELLO DURANTE  
LOS AÑOS 1999-2000**

Presentada por:

**MAYRA E. NÁVALO JIMÉNEZ**  
**3 - 72 - 910**

Jurado Calificador

Director de la Tesis :

Miembro del Jurado :

Miembro del Jurado :

Representante de la Vicerrectoría de  
Post-Grado :

Fecha:

*28 de julio de 1999*

7-

17 NOV 1999

*Obs. del autor*

320016-



*A Lorenzo Callender y mi hijo Alexander quienes han sabido ser pacientes.  
A mis padres y hermanos por todo el apoyo que me brindaron.*

## **AGRADECIMIENTO**

Deseo expresar mi gratitud a todos los profesores de la V Maestría de Salud Pública de la Universidad de Panamá, en especial al Dr. Manuel Escala y la Licenciada Ivonne González quienes me guiaron en el desarrollo de mi trabajo de tesis

Al equipo Regional de Salud de Colón y al de Portobelo por tener fé en el trabajo propuesto y por participar desinteresadamente en la ejecución y monitoreo de las estrategias aplicadas y a Idalia que con su esfuerzo participó activamente en la transcripción de nuestro trabajo final.

## INDICE GENERAL

<b>CONTENIDO</b>	<b>Página</b>
<b>Hojas de Presentación</b>	
<b>Dedicatoria</b>	
<b>Agradecimiento</b>	
<b>Indice General</b>	<b>i</b>
<b>Indice de Cuadros</b>	<b>iv</b>
<b>Indice de Figuras y Mapa</b>	<b>vii</b>
<b>Indice de Anexos</b>	<b>viii</b>
<b>Resumen en Español</b>	<b>1</b>
<b>Resumen en Inglés</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>I. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>II. PROPÓSITO Y OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>III. PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA</b>	<b>8</b>
<b>1. Marco Teórico sobre Teoría de Sistemas y Planificación         Estratégica de los Sistemas Locales de Salud</b>	<b>8</b>
<b>2. Primera Etapa : INDUCCIÓN</b>	<b>17</b>
<b>3. Segunda Etapa : SITUACIÓN DE SALUD EN EL         DISTRITO DE PORTOBELO EN EL AÑO 1997</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Características Generales</b>	<b>23</b>

<b>IV. RECOMENDACIONES</b>	<b>75</b>
<b>V. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>76</b>
<b>VI. GLOSARIO</b>	<b>81</b>
<b>VII. ANEXOS</b>	<b>88</b>
<b>1. Cuadros</b>	<b>88</b>
<b>2. Material Didáctico</b>	<b>90</b>

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro I</b>	<b>Valores Estadísticos en el Pre y Post-Test</b>	<b>88</b>
<b>Cuadro II</b>	<b>Estimado de Población y Densidad según Corregimiento en el Distrito de Portobelo, Provincia de Colón , Año 1992</b>	<b>24</b>
<b>Cuadro III</b>	<b>Indicadores Poblacionales del País, la Provincia de Colón y el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>26</b>
<b>Cuadro IV</b>	<b>Estimación de la Población por Sexo y Porcentaje según Grupos de Edad en el Distrito de Portobelo, Año 1997</b>	<b>27</b>
<b>Cuadro V</b>	<b>Población por Corregimiento según Número de Vivienda con Agua, Disposición Adecuada de Excretas e Índice de Postergación En el Distrito de Portobelo, Año 1997</b>	<b>29</b>
<b>Cuadro VI</b>	<b>Población por Localidad según Número De Vivienda con Agua, Disposición Adecuada de Excretas e Índice de Postergación En el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>89</b>
<b>Cuadro VII</b>	<b>Establecimiento de Interés Sanitario De acuerdo a su Situación según tipo En el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>30</b>

<b>Cuadro VIII</b>	<b>Tasa de Mortalidad General e Infantil Por Distrito en la Provincia de Colón, Año 1997.</b>	<b>32</b>
<b>Cuadro IX</b>	<b>Indicadores de Salud para el Distrito de Portobelo y la Provincia de Colón, Año 1997</b>	<b>32</b>
<b>Cuadro X</b>	<b>Metas para el Año 2000 por OPS y Metas Logradas por el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>34</b>
<b>Cuadro XI</b>	<b>Pacientes Atendidos por tipos de Personas Según Profesionales de la Salud en el Distrito De Portobelo, Año 1997.</b>	<b>37</b>
<b>Cuadro XII</b>	<b>Evaluación de las condiciones de Eficiencia En las Instalaciones del SILOS en el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>43</b>
<b>Cuadro XIII</b>	<b>Funcionarios que laboran en la Red de Servicios de Salud en el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>44</b>
<b>Cuadro XIV</b>	<b>Atención en Salud de los Diferentes Programas En el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>45</b>
<b>Cuadro XV</b>	<b>Comunidades Postergadas y no Postergadas Según Corregimiento en el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>50</b>

<b>Cuadro XVI Índice de Atención según Tipo de Funcionarios</b>	
<b>En el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>57</b>
<b>Cuadro XVII Priorización de Problemas</b>	<b>59</b>
<b>Cuadro XVIII Identificación de los Factores de Riesgo</b>	<b>60</b>
<b>Cuadro XIX Explicación de los Problemas</b>	<b>61</b>
<b>Cuadro XX Selección de Nudo Crítico</b>	<b>62</b>
<b>Cuadro XXI Situación Actual y Situación Objetivo</b>	<b>64</b>
<b>Cuadro XXII Elaboración de Estrategias de Ataque</b>	<b>65</b>
<b>Cuadro XXIII Cambios en la Red de Servicios</b>	<b>66</b>
<b>Cuadro XXIV Recursos Críticos</b>	<b>67</b>
<b>Cuadro XXV Factibilidad y Viabilidad del Proyecto</b>	<b>67</b>
<b>Cuadro XXVI Acciones de Atención al Medio Ambiente</b>	<b>69</b>
<b>Cuadro XXVII Acciones de Atención a Grupos Humanos</b>	<b>70</b>
<b>Cuadro XXVIII Acciones de Participación Social</b>	<b>72</b>

## INDICE DE FIGURAS Y MAPAS

<b>Número</b>	<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Fig. 1</b>	<b>Valoración del Proceso de Cambio de Grupo A Equipo en Portobelo, Diciembre de 1998</b>	<b>20</b>
<b>Fig. 2</b>	<b>Arbol de Problemas</b>	<b>22</b>
<b>Fig. 3</b>	<b>Árbol de Objetivos</b>	<b>23</b>
<b>Fig. 4</b>	<b>Pirámide Poblacional del Distrito de Portobelo Por Sexo y Edad, Año 1997</b>	<b>28</b>
<b>Fig. 5</b>	<b>Tasa de Mortalidad Infantil según Distrito en Provincia de Colón, Año 1997.</b>	<b>33</b>
<b>Fig. 6</b>	<b>Pacientes Asegurados y No Asegurados atendidos En el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>36</b>
<b>Mapa 1.</b>	<b>División Política por Corregimientos en el Distrito de Portobelo, Año 1997</b>	<b>25</b>
<b>Mapa 2.</b>	<b>Distribución de las Instalaciones del Sistema Local de Salud en el Distrito de Portobelo , Año 1997.</b>	<b>40</b>

## INDICE DE ANEXOS

	<b>Página</b>
<b>Cuadro I. Valores Estadísticos en el Pre y Post-Test</b>	<b>88</b>
<b>Cuadro VI. Población por Localidad según Número De Vivienda con Agua, Disposición Adecuada de Excretas e Índice de Postergación En el Distrito de Portobelo, Año 1997.</b>	<b>89</b>

### **Material Didáctico**

- 1. Programa Municipio Siglo XXI: Por un Desarrollo Humano Sostenible.**
- 2. Elementos Básicos para la Construcción del Equipo de Salud.**
- 3. Organización de los Equipos de Trabajo para el Proceso de  
Transformación**
- 4. Decreto Ejecutivo No 140 del 1 de Octubre de 1996**

## **RESUMEN**

El Trabajo trata sobre “ Propuesta de un Nuevo Proceso de Trabajo en la Red de Servicios de Salud para el Distrito de Portobelo durante los años 1999-2000”. La Metodología aplicada es la descriptiva-analítica con la técnica participativa ya que se involucra a miembros de la comunidad desde el inicio y se define el rol de los participantes. Entre los resultados positivos observados está la integración y coordinación del equipo de recursos humanos en salud con la comunidad y la participación social activa. La propuesta es viable y factible de acuerdo a los análisis realizados en el proceso de trabajo, a la vez que deja una programación local para implementar. Por esta razón se concluye que debe implantarse en el Distrito de Portobelo, para que el servicio de salud este acorde con la realidad socio- político del Municipio Siglo XXI y la Meta Salud Para Todos en el Año 2000.

## SUMMARY

The job treats upon: proposal of a new process of job in the health services network for the district of Portobelo during the years 1999-2000. The methodology applied is the descriptive-analitica with the technique participate since is involved to members of the community since the login and is defined the rol of the participants. Among the positive results observed is the integration and coordination of the human equipment of resources in health with the community and the participation social assets. The proposal is viable and feasible according to the analyses carried out in the process of job, at the same time that leaves a local programming to implement. By this reason is logged off that owes to introduce in the District of Portobelo, so that the service of health this agree with the reality associate-politic of the Municipality Century XXI and the Goal Health for All in the year 2000.

## INTRODUCCIÓN

Los cambios políticos nacionales y la implementación del Programa Municipio Siglo XXI en el Distrito de Portobelo en 1995, sirven de marco para el desarrollo de la propuesta de “Presentar procesos de trabajo que permitan fortalecer los servicios en salud con equidad, eficiencia y eficacia”.

El trabajo que se somete a consideración, comprende tres grandes capítulos a saber: La Justificación, El Propósito y los Objetivos y, la descripción de los componentes del proceso de Planificación Estratégica de los Servicios Locales de Salud utilizados en la formulación del proyecto de cambio que constituye el fin último de nuestra propuesta.

El capítulo correspondiente a la Justificación identifica toda la gama de factores que condujeron a la participación del sector gubernamental de salud en los procesos, para el desarrollo del Municipio Siglo XXI en el Distrito de Portobelo.

El capítulo segundo, corresponde al Propósito y los Objetivos, en el cual se da respuesta a la pregunta ¿ A qué contribuye el proyecto ? , para definir el Propósito y a la pregunta ¿ qué se pretende alcanzar ? cuya respuesta está dada por la formulación de los objetivos.

El tercer capítulo, corresponde al Proceso de Planificación Estratégica de los Servicios Locales de Salud en el Municipio de Portobelo y, que comprendió las siguientes etapas: Inducción, La Situación de Salud, Análisis Estratégico y La Opción Estratégica .

En la primera etapa o Inducción se presenta el marco teórico que sirve de referencia y base conceptual para el desarrollo del trabajo que a continuación presentamos. Asimismo incluimos en esta etapa la orientación , sensibilización a los actores sociales ( equipo de salud y miembros de la comunidad ) y la definición de la Imagen Objetivo.

Luego, en la segunda etapa, presentamos la Situación de Salud en el Distrito de Portobelo para el año 1997, que servirá de base en el Análisis Estratégico y Programación Local con enfoque estratégico, además de identificar las localidades postergadas en cada corregimiento del SILOS.

Ya en la tercera etapa de Análisis Estratégico, estimamos la cobertura, rendimiento, problemas de salud y factores de riesgo; elementos necesarios para elaborar la Opción Estratégica y presentar nuestro proyecto: la nueva Programación Local con los cambios en los procesos de trabajo según el objetivo establecido.

De esta forma, contribuimos con un elemento de transformación en el trabajo de la red de servicios de salud en el Distrito de Portobelo con participación social.

## I. JUSTIFICACIÓN

En 1994, el Ministerio de Salud, con asesoría de la Organización Panamericana de la Salud ( OPS ), aplicó en el Distrito de Portobelo de la Región de Colón, la propuesta metodológica “Evaluación del Desempeño para la Educación Permanente de la Salud”, la cual permitió identificar la existencia de localidades postergadas, la insuficiencia de la red de servicios y, la incoordinación del equipo de trabajo.

Un año más tarde ( 1995 ), el Gobierno Nacional implementó el Programa: **“ MUNICIPIO SIGLO XXI, POR UN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE”**, que, entre sus objetivos generales, propone transformar el modelo de trabajo tradicional, a un modelo de autogestión, con la participación de la sociedad civil. En este contexto, el Ministerio de Salud presenta el paradigma: **“ Salud en el Desarrollo Humano Sostenible ”** que concibe servicio de salud brindado con **equidad, eficiencia y eficacia**, tanto a las personas como al medio ambiente.

Para los efectos de implantar los procesos relacionados con el Municipio Siglo XXI, se seleccionaron en cada provincia distintos espacios geográficos y, en el caso específico de la Provincia de Colón, se escogió al Distrito de Portobelo por satisfacer los siguientes requisitos: acuerdo suscrito por los portobeleños con el gobierno central para participar en los procesos de Municipio Siglo XXI, existencia de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales ( ONG ) que laboraban para la salud, fácil accesibilidad geográfica y la existencia de instalaciones de salud donde se ofrecían servicio de salud en forma permanente.

La inserción del sector salud, en los procesos de cambio del Municipio Siglo XXI, hizo obligante el uso de la planificación estratégica de los servicios locales de salud, como útil herramienta para el diseño e implantación de servicios de salud brindados con equidad, eficiencia y eficacia a las personas y el ambiente

## **II. PROPÓSITO**

Contribuir a la transformación de los procesos de trabajo en la Red de los Servicios de Salud del Distrito de Portobelo, para dar una respuesta a la población con equidad, eficiencia, eficacia y participación social.

### **OBJETIVO GENERAL**

**“ PRESENTAR PROCESOS DE TRABAJO QUE PERMITAN FORTALECER LOS SERVICIOS EN SALUD DE MANERA TAL QUE SE BRINDE MEJOR ATENCION A LA POBLACION Y AL AMBIENTE CON EQUIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA ”.**

#### **1. Objetivos Específicos.**

- 1.1 Caracterizar la situación de Salud de 1997 en el Distrito de Portobelo.**
- 1.2. Desarrollar el Análisis Estratégico de la Situación de Salud para el Distrito de Portobelo en el año 1997.**
- 1.3 Elaborar la Opción Estratégica.**
- 1.4 Confeccionar la Programación Local en las área de Atención a Grupos Humanos, Medio Ambiente y Participación Social.**

### **III. PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

#### **1. Marco Teórico sobre Teoría de Sistemas y Planificación Estratégica de los Sistemas Locales de Salud.**

“ En el último decenio, la situación económica internacional muestra el deterioro social de muchos países, en especial de los grupos poblacionales postergados, teniendo esta situación efectos negativos para la salud. En este marco la crítica condición de mucho servicios públicos, en especial los servicios de salud, obliga a pensar en estrategias para su sobrevivencia....”. Ministerio de Salud ( 1995 ).

Esta es una de las razones que motiva al modelo de atención a modificarse y buscar alternativas acordes con el proceso social y las necesidades humanas.

De allí se desarrollan múltiples estudios, que tratan de explicar los factores o elementos que intervienen y que deben modificarse para lograr la optimización de los recursos y la calidad de atención sin dejar a un lado la humanización de los actos.

La Teoría General de Sistema expuesta por Ludwing von Bertalanfly desde los años de 1951, 56 y 68 se refiere:

“ a la nítida tendencia hacia la integración de las diversas ciencias naturales y sociales “. Chiavenato ( 1995 )

Este enfoque integral es necesario para la comprensión y toma de decisión. Después de desarrollada la Teoría de Sistemas, se tomó como base para otros investigadores, tal como es el caso de Daniel Katz y Robert Kanm, quienes lo aplicaron a la Teoría de las Organizaciones, modificando el enfoque tradicionalista de este último en la que no se tomaba en cuenta los procesos ni la retroalimentación.

De esta forma, una organización puede ser definida como un sistema o subsistema , dependiendo del análisis que se haga o el grado de autonomía. También se debe considerar el ambiente o el medio como un condicionante de los cambios.

Algunas de las características básicas de un sistema consiste en:

- Uno o varios objetivos
- Globalismo o totalidad: se refiere a los cambios que se producen en todas las unidades del sistema cuando ocurre una modificación en una de ellas
- Entropía o tendencia que tienen los sistemas al desgaste. Para Miller (1965), a medida que aumenta la información disminuye la entropía.
- Homeostasis: se refiere al equilibrio dinámico entre las partes del sistema
- Sistema abierto: quien está en constante interacción con el ambiente.

Todo sistema posee una serie de parámetros, que nos permiten reconocerlo y analizarlo adecuadamente:

- ❖ Entrada o insumos (“in put”): se refiere a la fuerza de arranque o partida del sistema
- ❖ Salida o producto o resultado (“output”): es la finalidad para la cual se reunieron objetivos y relaciones del sistema. Los resultados de los sistemas son finales ( concluyentes ) mientras que los resultados de los subsistemas son intermedios.

- ❖ Procesos o procesador o transformador ( “throughput”) es el fenómeno que produce cambios o mecanismos de conversión. **No existe sistema sin proceso o procesador.**
- ❖ Retroalimentación o retroinformación (“feedback”): es la función del subsistema que compara la salida con un criterio o patrón previamente establecido. Chiavenato ( 1995 ) . Este paso está sujeto a monitoreo o control y consecuentemente se compara con un patrón o criterio preestablecido que permite mantener o perfeccionar el desempeño del proceso haciendo que su resultado sea adecuado al patrón o criterio escogido.

El análisis de los parámetros de sistema puede hacerse a través del análisis de sistema y la ingeniería de sistema. De esta forma, Arthur Hall en 1962, se refiere a la ingeniería de sistemas como la planeación y la formulación de nuevos sistemas para el mejor desempeño de operación o para la implementación de operaciones, funciones o servicios no ejecutados. Propone al mismo tiempo dos formas de estudiar el sistema:

1. Análisis de Procesos; cuando el sistema es estudiado como el conjunto de subsistemas intimamente enlazados. Este estudio, define las salidas intermedias y la forma como puede introducirse a otros procesos y mejorar el desempeño.
2. Análisis del resultado final: cuando el sistema es tratado como un todo, a través de una visión macroscópica o sea que se da más

atención a los resultados finales que hacia los resultados intermedios de los subsistemas.

De esta forma ha ido evolucionando la Teoría de Sistema que es estudiada constantemente por diferentes autores y modificada de acuerdo al ambiente aplicado y el objetivo buscado.

Es así como el autor Tapani Purola ( 1992 ) toma en cuenta las alteraciones psicológicas internas del hombre en relación con las actividades sociales externas viéndola dentro del contexto de la Teoría de los Sistemas; entendiéndose como alteraciones psicológicas a las enfermedad del individuo y las actividades sociales externas como la misma enfermedad vista desde un aspecto social. Ambas interactuan en la conciencia del individuo quien lo percibe y se produce una demanda de asistencia ocasionada por la morbilidad, representando así la entrada al sistema de los servicios de salud.

Un enfoque similar, lo expone José Paganini ( 1995 ) que considera que para la evaluación de los Servicios de Salud se aplican dos aspectos:

1. La evaluación del proceso de atención ( recursos y actividades ).
2. La evaluación de los resultados.

Un concepto nuevo sobre la Teoría de Sistemas es el concepto de Gestión por actividades” expuesto por Lorino (1995) , quien define la actividad como un conjunto de tareas elementales con las siguientes características:

- Realizadas por un individuo o grupo
- Que utiliza una experiencia específica

- Que permite suministrar una salida (output)
- A un cliente interno o externo
- Efectuados a partir de un conjunto de entradas (in puts)

De la misma forma define el concepto de Gestión como el conjunto de actividades destinadas a la consecución de un objetivo global por lo cual se combinan distintos modos de proceder que permiten obtener un resultado. Se les conocen tres características importantes:

1. Generalmente son transversales en la organización jerárquica.
2. Cada proceso tiene una salida global única; y
3. Tiene un cliente que puede ser interno o externo

Esta idea de gestión por actividades responde a dos preguntas: ¿ quién ? visión de recompensa-castigo y ¿ cómo ? visión de aprendizaje colectivo ( de proceso ).

Este nuevo concepto, se interesa por la manera en que se genera la eficiencia o sea que se preocupa por el dominio dinámico de los procesos a través de las actividades para alcanzar objetivos estratégicos.

El enfoque por actividades se presta para el diagnóstico y para el control ya que utiliza una serie de indicadores para medir el proceso, rendimiento y costos; se trata de una nueva filosofía de gestión; adecuada para renovar la visión de la eficiencia y para reconstruir las técnicas de gestión.

Otros autores como Aday Lu Ann y Ronald Anderson ( 1992 ), proponen la utilización de indicadores que permiten medir los diferentes aspectos del sistema de atención ( acceso, conformidad de los consumidores y los resultados ) tomando en cuenta

los objetivos de la política de Salud. Cada aspecto es ampliado y evaluados de acuerdo a una serie de características y elementos propios, para posteriormente hacer propuesta de cambio.

Las nuevas corrientes en la Salud Pública enmarcan la necesidad de cambios en los modelos actuales de atención al relacionarlos con las modificaciones económicas, políticas y sociales que se han dado en la última década y que no habían influido en la forma de atención.

Es así como Armando Cordera ( 1986 ), se basa en la premisa de que el sistema de atención médica existe para beneficio de la población y por lo tanto, hay que analizar las causas genéricas que dan lugar a problemas de salud; por esta razón un modelo adecuado debe proponer mejoría constante en su proceso de aplicación y adecuarlo a la realidad. Para resolver esta situación, se requiere de diagnósticos situacionales, definición de problemas y desarrollo de programas.

Este concepto es percibido desde diferentes puntos de vistas, tal sería el de la redistribución del sistema que permita una mayor concordancia entre el uso de los servicios y las necesidades del público.

Milton Y. Roemer ( 1995 ) en su investigación sobre “ Las transformaciones de Sistema de Atención de Salud: La Experiencia Latinoamericana ”, se refiere a la necesidad de coordinar los subsistemas de atención para obtener los objetivos de equidad y eficiencia en el sector salud.

Desde 1965, Teeling. Smith ya hablaba de la función del Estado, financiando la atención o como el propietario directo de los establecimientos de salud y los proveedores fungirían como contratistas particulares, y/o los médicos privados serían los que trabajarían como empleados públicos . Sin dejar de percibir la base de admisibilidad o relación del estado con los consumidores reales o potenciales expresándolos así:

1. Principio de Ciudadanía; donde la atención médica es un derecho social que no depende del aporte financiero.
2. Principio de aporte; donde se financia su atención.
3. Pobreza; los servicios se dan como una forma de asistencia.

Observamos una situación, que es la necesidad de la reforma del Sector Salud, entendiéndose como:

“ un proceso de cambio estructurales profundos; en lo administrativo, dirigida a lograr a mediano y a largo plazo la total cobertura de servicio de salud de la población de un país”. Nieto (1995)

Esta necesidad de cambios requiere de un método flexible, transformador, participativo y formador; como lo es la **planificación estratégica**.

Siendo el sector salud, un sistema abierto, la aplicación del elemento estratégico permite identificar las oportunidades y amenazas del entorno o el ambiente y que pueden ser utilizados para alcanzar objetivos propuestos.

De esta forma, según Escala ( 1997 ):

“ La planificación estratégica surge como intervención en un sistema complejo con información limitada para producir un cambio predecible y deseable, mediante un proceso explícito que determine objetivos a largo plazo generando estrategias opcionales con las cuales se adquiere poder para alcanzar objetivos”...

Se trata de un proceso continuo mediante el cual se priorizan los problemas, se jerarquizan objetivos, se utilizan los recursos con eficiencia, se predicen resultados, se elaboran opciones y construye viabilidad a las propuestas . Escala ( 1997 ).

Según Purcallas ( 1993 ), para el desarrollo del proceso de planificación estratégica de los servicios de salud se requiere de los siguientes requisitos :

- ✓ Integrar la dimensión política y económica del proceso social.
- ✓ Recoger la demanda que emerge desde la base social
- ✓ Constituirse en un proceso descentralizado
- ✓ Llevarla a las instancias de gestión y operación
- ✓ Ligar las instancias de coyuntura con las de mediano y largo plazo
- ✓ Disponer de un plan de corto y mediano alcance que presida la acción

Para el desarrollo del procesos de Planificación Estratégica se requiere de diferentes momentos : Escala ( 1996,1997 ).

1. Conducción del Proceso: denominado también como momento integrador o que se promueve el consenso y se articula los esfuerzos para alcanzar los objetivos establecidos. Este momento se desarrolla en todo el proceso, dándole continuidad al mismo.
2. Visión de Imagen de Objetivos: se trata de la situación que deseamos alcanzar.
3. Análisis Estratégico: en este momento se define el problema, al analizar la postergación social, estudio de la red de servicios y análisis de los problemas de salud.

4. Programación Operativa: comprende los proyectos y programas de acción o la planeación de las actividades, su ejecución y su control.

Entre los antecedentes que producen estos resultados están:

1. Ratificación en Alma Ata (1978) , la Atención Primaria en Salud (APS) como una estrategia mundial que permitiría el logro de la Salud para Todos en el año 2000 ( SPT/2000).
2. La declaración hecha en 1997 por los Ministerio de Salud de las Américas en la OPS ( Organización Panamericana de Salud ) sobre la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Con la unión de esfuerzos de los países Americanos y del Mundo, en la Cumbre de las Américas en Miami del 9 al 11 de Diciembre de 1994, se emite una resolución sobre el “acceso a los servicios básicos de la salud”

El Sector Salud se visualiza como un sector integral de la economía que contribuye a esta, y su impacto debe guiar su evolución futura.

En los años 80' se dio un problema de inflación y hasta comienzos de los 90', el gasto de salud per cápita de América Latina y el Caribe era de cerca de B/122.00 y representaba en promedio el 6% del PIB ( Producto Interno Bruto ) regional.

El gasto en salud per cápita fue de B/. 1,945 en Canadá y B/. 2,763 en los Estados Unidos; representando el 9.1% y el 12.7 % de los respectivos PIB. Anónimo ( 1997a ).

En América Latina y el Caribe se redujo del 1.6% al 1.4% del PIB Regional en los años 80' a expensas de la reducción de gastos de inversión, de mantenimiento y suministros de insumos.

El gasto público social per cápita de Panamá entre 1994-95, comparados con los años 90-91; mostró un incremento cercano a los B/. 50.00, lo que representa una mejoría de 27.5% y lo ubica en 20% del PIB ( Producto Interno Bruto ) para el período 94-95. Se ha observado que los fondos de inversión social, que inicialmente eran de corta duración, cada vez les incorporan políticas de mediano y largo plazo. En Chile, Panamá y Venezuela ya tienen carácter permanente. ( OPS/OMS, 1995 ).

La educación y la seguridad social son los sectores en los que más creció el gasto entre 1990 y 1995 en Panamá.

Aún con el incremento económico en la seguridad social, los resultados no son los más halagadores.

El MIPPE ( Ministerio de Planificación y Política Económica ) para 1990 contaba con un panorama de la situación de pobreza en todo el territorio e identificación de grupos y áreas poblacionales más pobres.

Cuatro años después ( 1994 ) el gobierno define su Política Nacional como **“Desarrollo Social con Eficiencia Económica”**.

Luego se recoge la necesidad que los Municipios, Juntas Comunales y Locales, a través del fortalecimiento de las instituciones de apoyo, el desarrollo de acuerdos hacia la descentralización Municipal, el apoyo en recurso ( material, económico y humano) y

la disposición política de participación conjunta en la búsqueda de soluciones a los problemas, representaba las bases para el inicio de los “Municipio Siglo XXI”.

Sobre la base de lo anterior, el Distrito de Portobelo en la Provincia de Colón, fue designado como Municipio Siglo XXI.

Igualmente por iniciativa del Ministerio de Salud, en abril de 1995 en la Provincia de Veraguas se realiza la Reunión Nacional de Alcaldes, donde cada uno se responsabiliza en apoyar su municipio.

El propósito del Programa consiste en: “ **Desarrollo Humano Integral y sostenible de los Municipios** ” y entre sus objetivos generales están:

- Incrementar bienestar y calidad de vida de todos y cada uno de los habitantes del distrito y/o Corregimiento, sin distinción de etnia, sexo, nivel social, religión, partido político o discapacidad.
- Transformar los modelos de trabajo institucionales paternalista a un modelo de autosugestión y desarrollo con una amplia participación de la sociedad civil.

Encontramos de esta manera más elementos que refuerzan la importancia del cambio en la forma de atención, acordes con los objetivos señalados por el Programa, además de ser eficiente, eficaz y con equidad.

## **2. PRIMERA ETAPA: INDUCCIÓN**

La inducción se concibe como un proceso de sensibilización para el logro de la participación de los actores sociales en el proceso de planificación estratégica.

Desarrollamos tres seminarios-talleres, en el espacio geográfico-poblacional del Distrito de Portobelo, en cuatro sesiones de tres horas cada una, donde la discusión de grupos fue la técnica metodológica aplicada y, la promoción o lluvias de ideas, permitió la participación de todo el equipo local de salud de Portobelo y los representantes de la comunidad, que sumaron 25 en total. También reforzamos con material didáctico y de apoyo en cada actividad, para conocer el papel del sector salud y la comunidad en el Programa Municipio Siglo XXI.

En este momento de sensibilización, se hace la orientación y motivación del grupo de trabajo, además del consenso de las ideas vertidas con relación al tema permitiendo de esta forma responder a inquietudes y propuestas de los asistentes con el fin de despejar las dudas con relación a lo expuesto y garantizar la participación de todos los presentes en el proyecto.

Los temas tratados son: Proyecto del Desarrollo Humano Sostenible y el Programa Municipio Siglo XXI, reformas del Sector dentro de las Políticas Nacionales y transformación de los procesos de trabajo a los nuevos paradigmas en el Sector Salud.

Durante la primera sesión de discusión en grupos pequeños, se observó la dificultad en la integración de los miembros, principalmente de la comunidad, por el temor a emitir sus ideas.

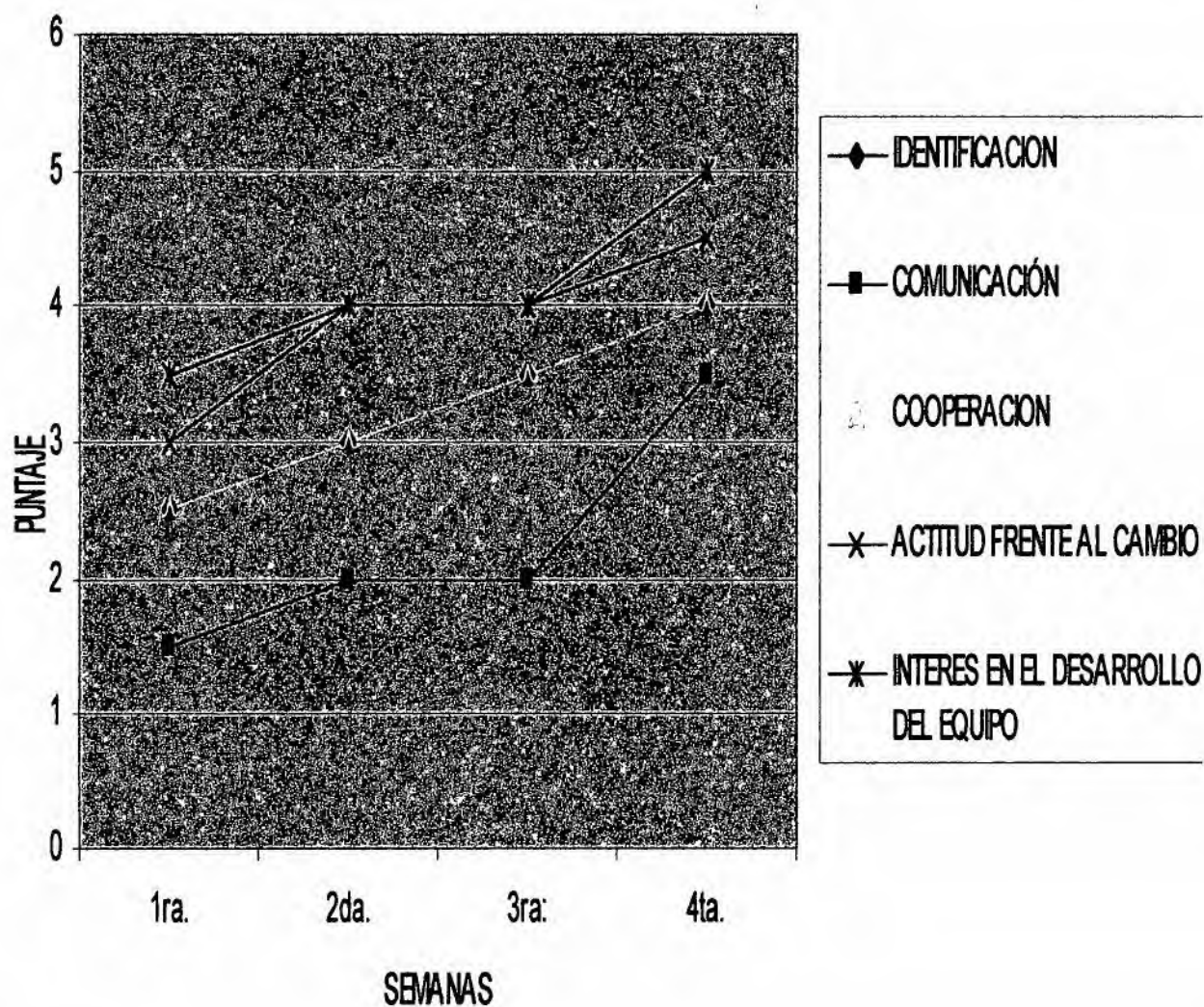
Esta situación se analizó cuando discutimos la transformación de procesos de trabajo y la construcción de equipos en la que determinamos escoger cinco categorías y valores para evaluar el grado de avance de grupo a equipo: Ministerio de salud. ( 1995 ).

- 1 Identificación: proceso mediante el cual los miembros del grupo llegan a tener aspectos en común, a partir de los cuales se unen y realizan acciones en forma conjunta.
- 2 Comunicación: capacidad de escuchar e incorporar el discurso de los miembros y expresar libremente el propio, lo que permite un proceso de construcción de un lenguaje común, y de esta manera, la formulación, de un marco de referencia colectivo.
3. Cooperación: se refiere a la capacidad de un grupo de pensar y actuar de manera conjunta y coordinada en función de una problemática dada.
- 4 Actitud frente al cambio: es la capacidad que el grupo demuestra para asimilar los cambios.
- 5 Interés en el desarrollo del equipo: se refiere al compromiso de los miembros del equipo en la resolución de los conflictos.

A cada categoría mencionada se le da un puntaje de uno a cinco cada semana al final de las reuniones y se analiza el comportamiento de las diferentes categorías para comprender los avances o retrocesos del equipo.

Con relación a esta evaluación se observó que todos mostraron avances positivos, pero en la categoría de comunicación se evaluó con los puntajes más bajos, situación que fue mejorando con el transcurso del tiempo, dándose mayor empatía entre los miembros del equipo de trabajo, lo que ayudó notoriamente al enriquecimiento y ampliación de los temas abordados ( Fig. 1).

**Fig. 1 Valoración del Proceso de Cambio de Grupo a Equipo en Portobelo. Diciembre 1998.**



FUENTE: Archivos del Centro de Salud de Portobelo. Dic. 1998.

También se aplica en esta fase un pre-test y post-test, de manera que podemos evaluar cuantitativamente el avance teórico del proceso.

De esta forma usamos el Error Estandar y la **t de Student** para un nivel de significancia de 0.95, lo que demostró el avance teórico logrado en el proceso (**t del trabajo era mayor que la t de la tabla**) ( Cuadro I ).

Realizamos un estudio descriptivo- analítico por la combinación de los métodos aplicados y, el apoyo logístico consistió en el transporte gratuito, refrigerio, material didáctico y áreas físicas para el trabajo en equipo, lo que facilitó la participación de los diferentes actores sociales.

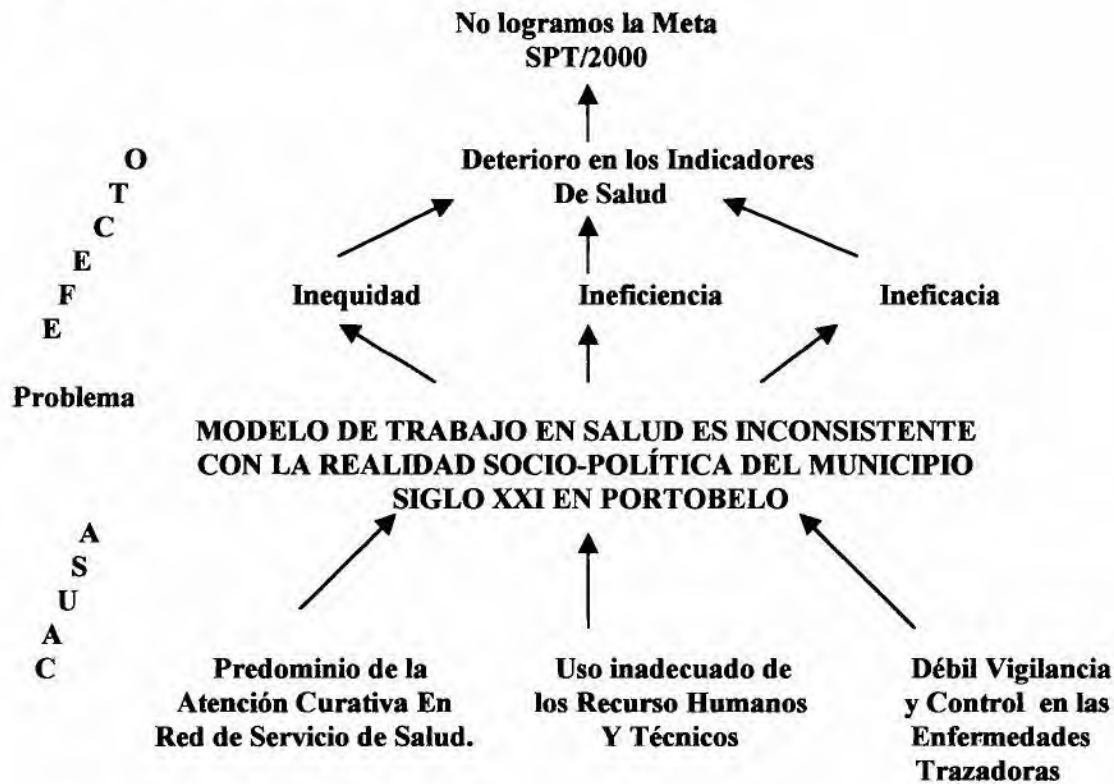
Se escogió diferentes técnicas participativas según el momento, porque permite la intervención voluntaria y activa de todos los actores sociales. Aplicamos la reflexión para la acción e inducimos a pensar a las personas. Este proceso reflexivo permite aprender y logra un nivel de motivación importante que ayudará al desarrollo del proceso. Las técnicas utilizadas son: discusión de grupo, promoción de ideas y problematización.

Durante la problematización el proceso de negociación jugó un papel importante, ya que permite conciliar puntos de vistas divergentes y dirimir conflictos.

Esto significa que,

“a pesar de tener ideas desiguales entre los actores, se equilibra en el proceso y excluye la imposición de puntos de vistas, además de reflejar la igualdad de condiciones entre los actores que negocian”. Evaluación (1994).

**Fig. 2. Árbol de Problemas.**



Es con el árbol de problema que se proyecta hacia el futuro, haciendo los cambios necesarios para obtener el árbol de objetivo y cuyo fin último es la Imagen Objetivo ( Fig. 3 ). Modificado el problema o situación actual a una situación objetivo, obtenemos la Imagen Objetivo , que enunciamos así: **Alcance de la Meta SPT/2000**

**Fig. 3** Árbol de Objetivos.



### **3. SEGUNDA ETAPA : SITUACIÓN DE SALUD EN EL DISTRITO DE PORTOBELO EN EL AÑO 1997.**

La información obtenida en este capítulo permitirá hacer un análisis dentro del contexto de sistema de salud y de sistema social. Escala (1997).

#### **3.1 Características Generales.**

El Distrito de Portobelo está situado en la porción nororiental de la Provincia de Colón ( Costa Arriba ) y sus límites son : al Norte con el Mar Caribe, al Sur-Oeste con el Distrito de Colón, al Nor-Este está el Distrito de Santa Isabel y al Oeste con Mar Caribe.

Posee un relieve variado, con colinas, cerros y tierras altas ya que forma parte del arco oriental del norte con la Montaña Sierra Llorona, su clima es tropical húmedo con una vegetación tupida , abundante y, características de bosque o selva. Lluviosas durante casi todo el año ( diez meses de invierno y dos de verano ) y entre sus ríos el principal es el Río Cascajal.

La Bahía de Portobelo es un sitio histórico, pues permitió la entrada y conquista en 1597 por los españoles en tierras panameñas. La pesca artesanal es un recurso importante en el desarrollo de la economía local, lo mismo que su fauna variada , las ruinas y la iglesia pues sirve de atracción turística .

Entre sus riesgos de desastre natural podemos mencionar los derrumbes , deslizamientos y desbordamiento de los ríos con inundaciones en las comunidades. Comprende cinco Corregimientos : Portobelo ( Cabecera ), Cacique, Puerto Lindo , Isla Grande y María Chiquita ( Mapa 1 ).

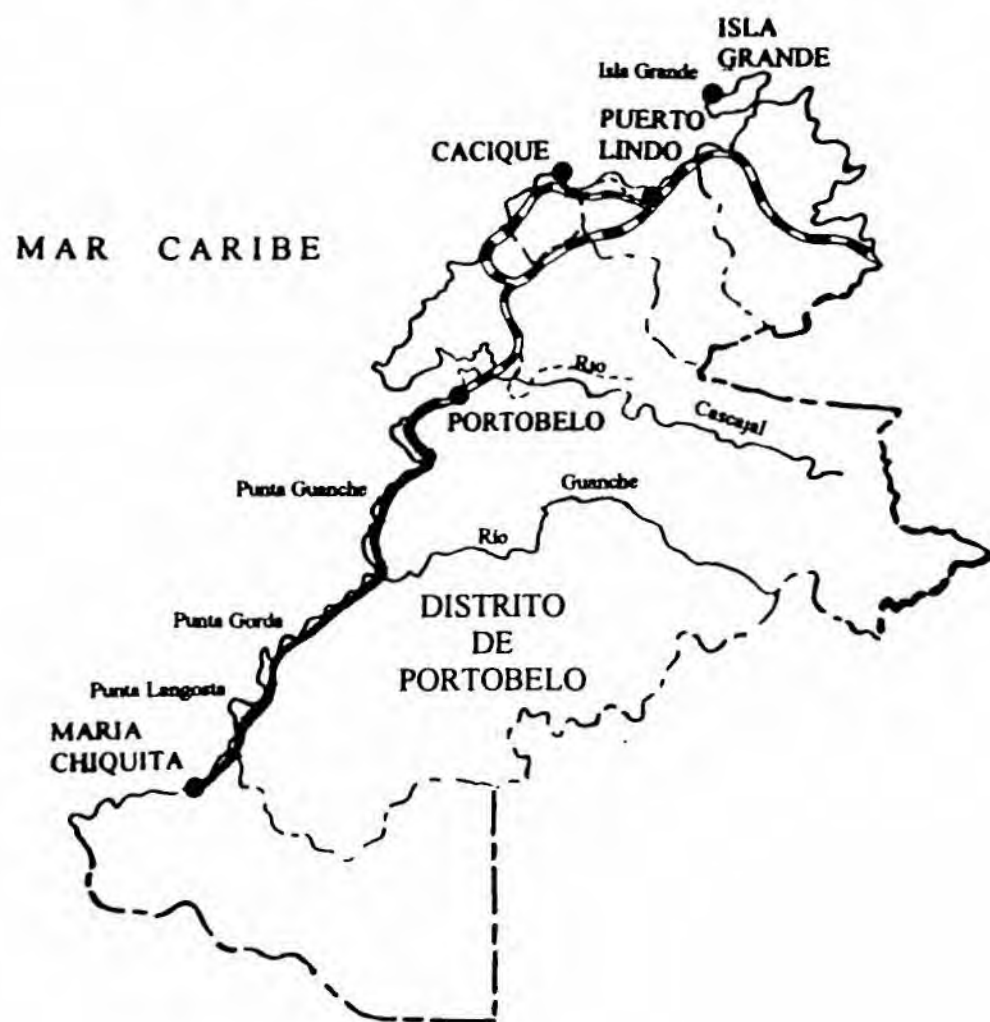
Su extensión territorial suma 394.2 Km<sup>2</sup>, población estimada a 1997 fue 6,692 personas, con una densidad de 17 habitantes por Km<sup>2</sup> ( Cuadro II )

**Cuadro II. ESTIMADO DE POBLACIÓN Y DENSIDAD SEGÚN CORREGIMIENTO EN EL DISTRITO DE PORTOBELLO PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 1997.**

<i>CORREGIMIENTO</i>	<i>NÚMERO(Hab.)</i>	<i>EXTENSIÓN(Km<sup>2</sup>)</i>	<i>DENSIDAD(Hab/Km<sup>2</sup>)</i>
<i>Total</i>	6,692	394.2	17
<i>PORTOBELLO</i>	3,371	243.0	13.9
<i>MARÍA CHIQUITA</i>	1,620	87.6	18.5
<i>CACIQUE</i>	275	10.9	25.2
<i>ISLA GRANDE</i>	720	27.8	25.9
<i>PUERTO LINDO</i>	706	24.9	28.3

Fuente: Dirección de Planificación de la Salud 1997 y Censos Nacionales De Población y Vivienda de 1990.

MAPA 1. DISTRITO DE PORTOBELO



REPUBLICA DE PANAMA  
PROVINCIA DE COLO

DISTRITO DE PORTOBELO

LEYENDA

LIMITES

- Provincial
- ... Distritorial
- .-.- Corregimiento.
- Cabecera de Corregimiento

CARRETERAS

- Transitable todo el revest sólido.
- Transitable todo el grava.
- Sendero

FUENTE Atlas Nacional  
de la República de Panamá  
de 1988

Al realizar el análisis de la densidad de población por corregimiento observamos que Puerto Lindo es el que tiene mayor densidad de población ( habitantes/Km<sup>2</sup>) con 28.3, seguida de Isla Grande y Cacique, sin embargo el corregimiento con mayor número de habitantes lo es Portobelo ( 3,371 ).

Durante el lapso 90'- 95', la población del Distrito de Portobelo creció a un ritmo de 0.8% que es inferior a 1.5% registrado en la Provincia y a 1.9% en el País ( Proyecto PAN - 97 ) ( Cuadro III).

**Cuadro III. INDICADORES POBLACIONALES DEL PAÍS, DE LA PROVINCIA DE COLÓN Y EL DISTRITO DE PORTOBELLO, AÑO 1997.**

INDICADORES	PAÍS	PROVINCIA	DISTRITO
<b>POBLACIÓN</b>	<b>2,718,685</b>	<b>193,064</b>	<b>6,692</b>
<b>TASA DE CRECIMIENTO 90'-95'</b> 1/	<b>1.9</b>	<b>1.5</b>	<b>0.8</b>
<b>DENSIDAD DE POBLACIÓN</b> 2/	<b>35.4</b>	<b>39.0</b>	<b>16.8</b>
<b>INDICE DE MASCULINIDAD</b> 3/	<b>102.2</b>	<b>103.3</b>	<b>113</b>
<b>RELACION DE DEPENDENCIA</b> 4/	<b>62.0</b>	<b>70.4</b>	<b>70.3</b>
<b>RELACION NIÑOS/MUJERES</b> 5/	<b>435.4</b>	<b>502.7</b>	<b>536.3</b>

**Fuente: Proyecto PAN-97. Plan Estratégico Municipio siglo XXI, Portobelo 1997**

1/ Es el ritmo de crecimiento anual, expresada por cien habitantes

2/ Número de habitantes por kilómetro cuadrado

3/ Número de varones por cada 100 mujeres

4/ Número de individuos dependientes o a cargo por cada 100 personas en edad activa

5/ Número de niños menores de cinco años por cada 1000 mujeres en edad reproductiva

Desde el punto de vista de su distribución por sexo, un índice de masculinidad de 113% evidencia un predominio de la población masculina residente en el distrito.

La relación de niños / mujeres es de 536.5, lo que nos indica que hay 536.5 niños menores de 5 años por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva en el Distrito de Portobelo; cifra que es relativamente más elevada si la comparamos con la Provincia de Colón (502.7) y con el País ( 435.4 ).

En la distribución según grupos de edad, la población portobeleña es predominantemente joven ( Cuadro IV ), ( Fig. 4 ).

**Cuadro IV. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO Y PORCENTAJE SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN EL DISTRITO DE PORTOBELO, AÑO 1997.**

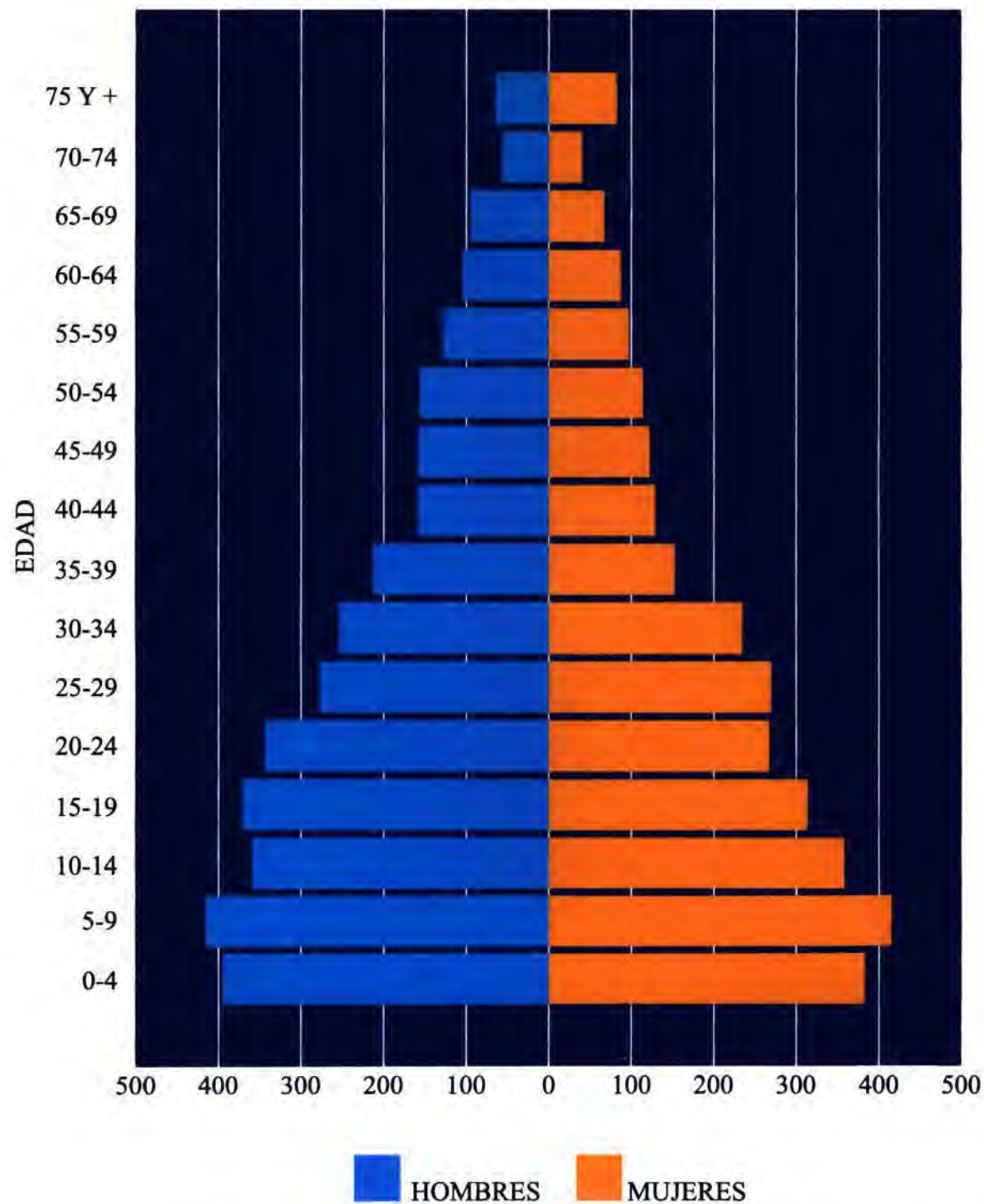
GRUPOS DE EDAD (AÑOS)	TOTAL	%	MASCULINO	FEMENINO
TOTAL	6,692	100	3,557	3,135
Menos 1	135	2.4	68	67
1 - 4	642	9.6	326	316
5 - 9	831	12.4	416	415
10 - 14	718	10.7	359	359
15 - 19	685	10.2	371	314
20 - 24	611	9.0	344	267
25 - 29	548	8.2	278	270
30 - 34	489	7.3	254	235
35 - 39	365	5.4	213	152
40 - 44	288	4.3	159	129
45 - 49	281	4.2	159	122
50 - 54	271	4.0	157	114
55 - 59	225	3.4	129	97
60 - 64	194	2.8	106	88
65 - 69	163	2.4	96	67
70 - 74	98	1.5	57	41
75 y más	148	2.2	66	82
Edad Mediana	21	-	22	20

Fuente: Ministerio de Salud-Departamento de Planificación, 1997

El 35.1% tiene menos de 15 años de edad y la población económicamente activa representa el 56% de la población total residente en el distrito

La edad mediana para Portobelo es mayor que las de los Distritos de Chagres y Donoso que oscilan en 18 y 16 años respectivamente.

FIG.4 PIRAMIDE POBLACIONAL DEL DISTRITO DE PORTOBELO POR SEXO Y EDAD. AÑO 1997



FUENTE: DEPTO. DE ESTADISTICA DEL MINISTERIO DE SALUD

### 3.2 Características del Ambiente.

Trataremos aspectos de las viviendas con agua, disposición adecuada de excretas y distancia al Centro de Salud. ( Cuadro V ).

**Cuadro V. POBLACIÓN POR CORREGIMIENTO SEGÚN NÚMERO DE VIVIENDA CON AGUA, CON DISPOSICIÓN ADECUADA DE EXCRETAS E INDICE DE POSTERGACIÓN EN EL DISTRITO DE PORTOBELLO, 1997.**

DISTRITO	No HAB.	No VIV.	con AGUA		con D.E.		INDICE POST.
			%	No	%	No	
<b>TOTAL</b>	6692	1828	78.3	1435	76.5	1398	-
Portobelo	3371	894	75	669	83	747	0.79
Ma. Chiquita	1620	435	89	387	84	365	0.86
Isla Grande	720	210	93	195	53	111	0.73
Pto. Lindo	706	198	57	113	63	124	0.60
Cacique	275	91	78	71	57	51	0.67

Fuente: Contraloría General de la Nación y Registros Estadísticos Regionales de Colón, 1997.

Nota: No Hab.: Número de Habitantes

No Viv. : Número de Vivienda

Con D.E : con Disposición adecuada de Excretas

Indice Post. : Índice de Postergación.

El 78.3% de las viviendas en el Distrito de Portobelo están conectadas a los diferentes acueductos, mientras que 76.5% poseen letrinas.

Siendo el corregimiento de Puerto Lindo el que tiene el porcentaje más bajo ( 57% ) de viviendas con agua y Cacique el 57% con letrinas.

En consecuencia para relacionar los dos factores ( vivienda con agua potable y letrina ), con la accesibilidad geográfica a las instalaciones de salud desarrollamos la siguiente fórmula que nos da el indicador de Postergación. ( Cuadro VI)

**Indice de Postergación = Factor de distancia X Promedio del porcentaje de Vivienda con agua y disposición adecuada de Excretas.**

Para el factor de distancia se aplicó el siguiente esquema :

100 % accesibilidad → <30 min. = 1  
 75 % accesibilidad → 30 min. a 1 hora = 0.75  
 50 % y menos de accesibilidad → > 1 hora = 0.5

De esta forma, tenemos una aproximación de la postergación, siendo el corregimiento de Puerto Lindo con el índice de postergación más bajo.

Se hace también el monitoreo del mosquito Aedes Aegypti, en las comunidades ubicadas a 200 metros de la carretera, sin ningún resultado positivo hasta la fecha.

En cuanto a los establecimientos de interés sanitarios se supervisaron 17 restaurantes y fondas, donde el 47% (ocho) se encuentran en estado deficiente; en forma similar ocurre con las carnicerías, mini-super, abarroterías, cantinas, bodegas y ventas ambulantes que en promedio presenta un 45% con deficiencias ( Cuadro VII ).

**Cuadro VII. ESTABLECIMIENTO DE INTERES SANITARIO DE ACUERDO A SU SITUACIÓN SEGÚN TIPO EN EL DISTRITO DE PORTOBELO, AÑO 1997.**

Establecimientos de Interés Sanitario	Total	Sin Deficiencia	Con Deficiencia
Total	100	55	45
Restaurante y Fonda	17	9	8
Carnicerías	6	3	3
Panadería	2	1	1
Mini-Super	6	2	4
Kioscos	24	18	6
Abarroterías	9	6	3
Cantinas y Bodegas	32	13	19
Ventas Ambulantes	2	1	1
Rosticería	1	1	0
Refresquería	1	1	0

Fuente: Informe Anual del Departamento Regional de Saneamiento ambiental de la Prov. De Colón, 1997.

En el Distrito de Portobelo hay 13 escuelas públicas ( 12 primarias y un primer ciclo) , el 23% con deficiencias ( tres escuelas primaria ), a las que se les da recomendaciones y asesoría al personal docente y administrativos para mejorar el ambiente donde diariamente acuden los niños a recibir clases, exponiendo su bienestar físico y biológico.

### **3.3 Educación.**

En 1990, el 9.1% ( 398 de 4,370 personas mayores de 10 años ) tienen menos de III grado escolar aprobado. El 34% ( 1797 ) estaban ocupadas y 613 ( 14% ) se dedicaban a actividades agrícolas mientras que la tasa de actividad era de 46.3 por cada 100 personas económicamente activa.

El 64% ( 904 de 1416 ) de los niños en edad escolar ( seis a quince años ) asistían a la escuela primaria, el 22% ( 318 ) estaban en otro nivel de enseñanza y el 14% ( 194 ) no estaban en la escuela ( Censos de Población de 1990 ).

### **3.4 Nivel de Salud.**

En 1997, la Provincia de Colón presentó una Tasa de Mortalidad General ( T.M.G ) de 455 x 100,000 habitantes, ocupando el Distrito de Portobelo la segunda posición en la Provincia con 269 por 100,000 ( Cuadro VIII ).

**Cuadro VIII. TASA DE MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL  
POR DISTRITO EN LA PROVINCIA DE COLÓN, AÑO 1997.**

DISTRITO	TASA MORT. GENERAL 1/	TASA DE MORT. INFANTIL 2/
COLÓN	503.5	3.34
PORTOBELO	269.0	2.57
SANTA ISABEL	220.3	0
CHAGRES	115.0	0.65
DONOSO	67.4	1.54

Fuente: Anuario Estadístico- Región de Colón-MINSA, 1997.

1/ por 100,000 hab.

2/ por 1,000 nacidos vivos

Los nacimientos registrados en 1997 fue de 137, durante el mismo año la tasa de Mortalidad Infantil ( T.M.I ) era igual a 2.57 por 1,000 ( Cuadro VIII ), ( Fig. 5 ); ocupando el segundo lugar de ocurrencia en relación a los otros distritos de la Provincia de Colón.y con 100% certificación médica.

La tasa de mortalidad por grupos de edad al compararlos con la Región de Colón nos da resultados que llaman la atención y lo observamos en el Cuadro IX.

**Cuadro IX. Indicadores de Salud para el Distrito de Portobelo y la  
Provincia de Colón, Año 1997.**

Indicador	Portobelo	Prov. De Colón
Tasa de Mortalidad Infantil (1)	2.57	2.98
Tasa de Mortalidad Escolar (2)	0	3.12
Tasa de Mortalidad de 15-19 años (2)	29.2	13.1
Tasa de Mortalidad de 20-59 años (2)	13.0	29.3
Tasa de Mortalidad > de 60 años (2)	165.8	347.4
Tasa de Mortalidad Materna (1)	0	51.5
Tasa de Mortalidad General (3)	26.8	45.5
Tasa de Morbilidad por IRA en <5 años (2)	797.9	118.6
Tasa de Morbilidad por EDA <5 años (2)	810.8	309.6
Tasa de Morbilidad por Desnut. <5 años (2)	1827.5	303.9
Esperanza de Vida al nacer (años)	72	72.1

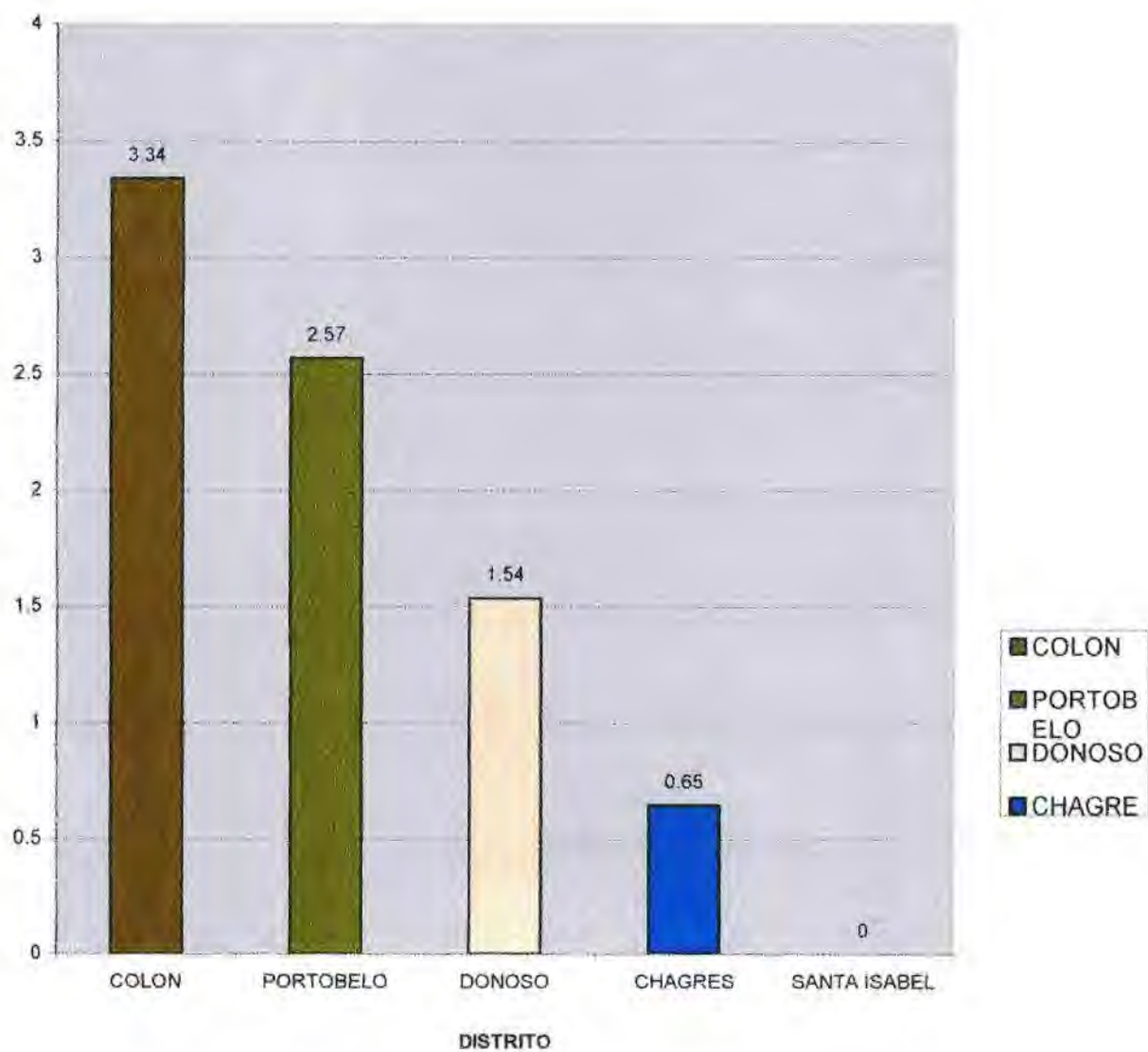
Fuente: Anuario Estadístico del MINSA, Reg. De Colón 1997.

(1) por 1,000 nacidos vivos

(2) por 10,000 del grupo de edad

(3) por 10,000 habitantes

**Fig. 5 Tasa de Mortalidad Infantil según Distritos en la Provincia de Colón año 1997.**



FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DEL MINISTERIO DE SALUD REGION DE COLON AÑO 1997.

Nótese como la tasa de mortalidad o el riesgo de morir del grupo de 15 a 19 años es mayor que la provincial , el mismo comportamiento se da en las tasas de morbilidad por EDA, IRA y Desnutrición.

### 3.4.1 Principales Causas de Muertes

Las principales cinco primeras causa de mortalidad son: los accidentes, suicidios y homicidio (muertes violentas) con cuatro y los Tumores Malignos, Isquemia, Enfermedad Cerebro Vascular, Hipertensión Arterial y Tuberculosis, todos con un caso. El grupo de edad más afectado es el de 60 y más ( tercera edad ) con 10 defunciones, luego el de 20 - 59 años con cuatro.

Estos indicadores en Portobelo son comparables con los establecidos en la Organización Panamericana de la Salud ( OPS ), como observamos en el siguiente Cuadro .

**Cuadro X. METAS PARA EL AÑO 2,000 POR OPS Y METAS LOGRADAS POR EL DISTRITO DE PORTOBELO EN 1997 SEGÚN SEGÚN INDICADORES DE SALUD.**

INDICADORES	METAS	
	AÑO 2000	PORTOBELO 97'
Esperanza de vida ( años )	Más de 70	72
Tasa de Mortalidad Infantil	Menos de 30 x 1000	7.4 x 1000
Tasa de Mortalidad 1 - 4 años	Menos de 2.4 x 1000	2.57 x 1000
Cobertura de Vacunación	100% menores de 1 año	100%
	100% embarazadas	40%
Cobertura de Servicios	100%	44%

**Fuente: Anuario Estadístico del Ministerio de Salud, Región de Colón, 1997.**

A pesar de haber cumplido tres de las cinco metas establecidas por la OPS, nos sentimos optimista de mejorar y lograr llegar a las metas de SPT/2000 con las estrategias que estamos aplicando en los procesos de trabajo en equipo para el sector salud. La mortalidad infantil está dentro de los valores aceptables ( 7.4 x 1000 ) , siendo las causas de las dos muertes , la Bronconeumonía y la Malformación Congénita.

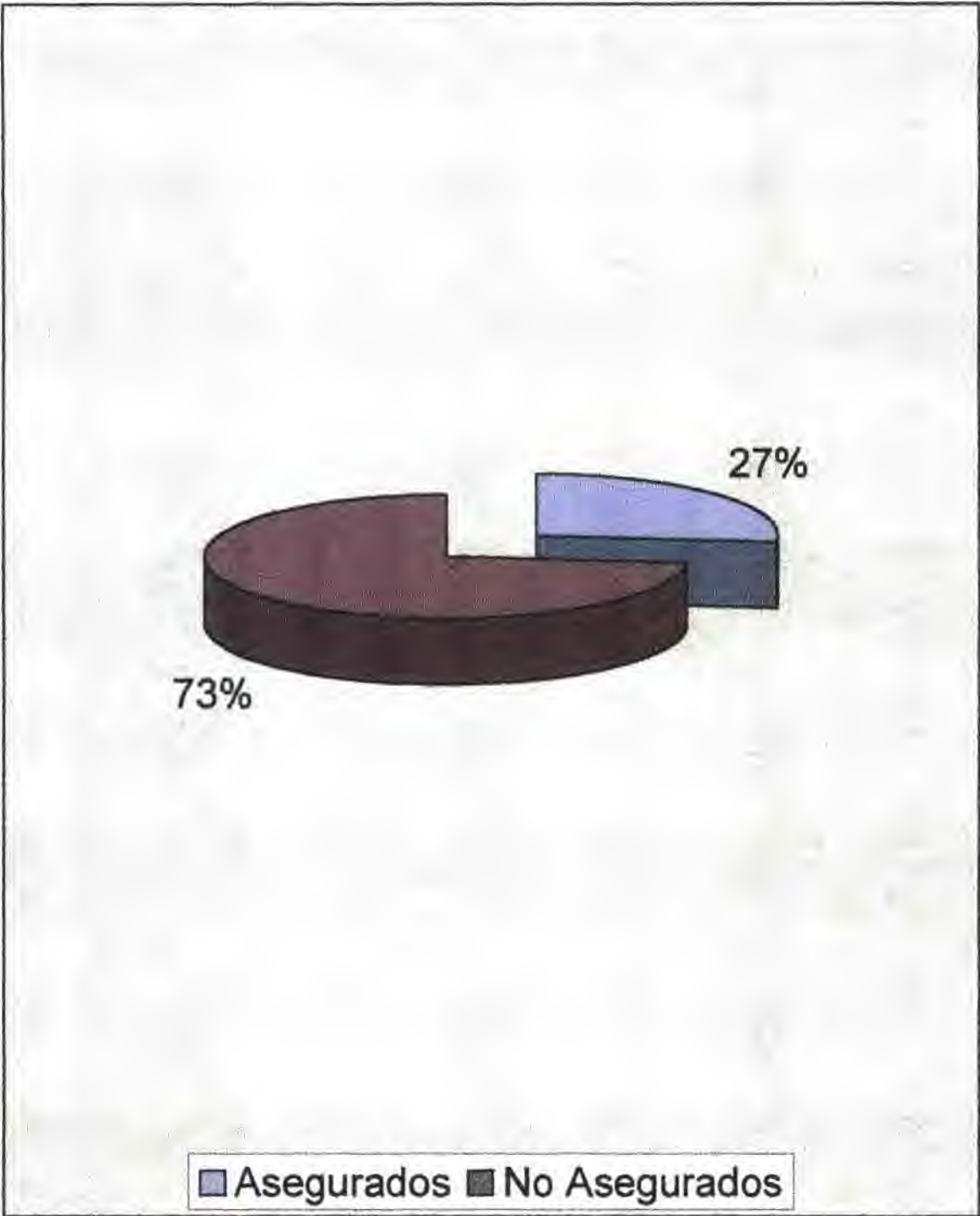
### **3.4.2 Principales Causa de Morbilidad.**

Durante el año 97' se atendieron en el Distrito se Portobelo 18,725 pacientes, de estos el 44% ( 8,249 ) son nuevos en el año o acudieron por primera vez al centro de salud.

De las 18,725 consultas realizadas, el 26.6% ( 4,981 ) son a pacientes asegurados ( directos, beneficiarios, jubilados, pensionados ) y la diferencia , el 73.4 % ( 13,744 ) no cotizan o sea son no asegurados, recibiendo ambos grupos los servicios médicos, odontológicos, enfermería y técnicos ( Cuadro XI ) , ( Fig. 6 ).

Esto difiere del informe que posee la Caja de Seguro Social en Colón donde, el 77% de los Portobeleños ( 5,166 ) son asegurados y se esperaría que acudieran en mayor proporción al Centro de Salud. Podemos inferir que el cliente o paciente asegurado prefiere buscar servicios de salud en otro sectores, ya sea público como la Policlínica de Sabanitas (la más cercana ) o privado.

**Fig. 6 Pacientes Asegurados y No Asegurados Atendidos en el Distrito de Portobelo Año 1997**



Fuente: Registros Estadísticos del Centro de Salud de Portobelo 1997

**Cuadro XL. PACIENTES ATENDIDOS POR TIPOS DE PERSONAS SEGÚN PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL DISTRITO DE PORTOBELLO, AÑO 1997.**

TIPO DE PERSONAL	TOTAL	TIPOS DE PERSONAS	
		Asegurados	No Asegurados
TOTAL	18,725	4,981	13,744
MÉDICOS	10,870	3,644	7,226
ODONTÓLOGOS	2,132	795	1,337
ENFERMERÍA	4,376	491	3,885
TÉCNICOS	1,347	151	1,196

Fuente : Anuario Estadístico del MINSA Región de Colón, 1997.

Entre las cinco primeras causas de consulta por morbilidad están:

1. Enfermedad Diarréica Aguda : 810 x 10,000 hab.
2. Infección Respiratoria aguda : 797.9 x 10,000 hab.
3. Influenza : 176.5 x 10,000 hab.
4. Parasitosis Intestinal : 131.6 x 10,000 hab.
5. Piodermitis : 68.8 x 10,000 hab.

El grupo de uno a cuatro años fue el más afectado en todas las morbilidades.

### 3.4.3 Entidades Trazadoras.

Según Kessner, hay 6 criterios que debe reunir la entidad trazadora: Ministerio de Salud ( 1995 )

- ❖ Debe tener un impacto funcional
- ❖ Bien definida y fácil de diagnosticar

- ❖ Las tasas de prevalencia deben ser altas y capaces de permitir recolección de datos
- ❖ Deberá ser sensible a la cantidad del servicio recibido por el paciente
- ❖ Técnicas de manejo médico debe estar bien definida, para los procesos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- ❖ La epidemiología debe ser comprendida y la población de riesgo debe ser fácil de identificar.

Después de haber discutido y conciliar las propuestas, se escogió como entidad trazadora a las Infecciones Respiratorias Agudas ( IRA ) y las Enfermedades Diarréicas Agudas ( EDA ).

### **3.5 Producción de los Servicios de Salud.**

El espacio poblacional del Distrito de Portobelo corresponde al SILOS de este distrito y analizaremos la situación y producción de la red de servicios en función del Municipio Siglo XXI.

#### **3.5.1 Situación de la Red de Servicios**

Las instalaciones de salud están distribuidas en todos los corregimientos del Distrito, lo que indica que hay representatividad del sector salud, siendo el corregimiento de Isla Grande el que posee tres puestos de salud para una población de 706.

En relación al sector privado en salud, en el distrito de Portobelo no encontramos ninguna instalación o servicio de salud privado, que pueda ser alternativa para los portobeleños. Así mismo, para lograr acceder a un servicio de salud público, se requiere de la movilización por vía terrestre ( excepto cuando vienen de Isla Grande al Centro de Salud ), con un sistema de transporte que no llena las expectativas de los usuarios, ya que su horario sólo cubre durante el día ( 6:00 a.m. a 5:00 p.m ) , de lunes a viernes; y ocasionalmente los fines de semanas y días feriados.

En todos los corregimientos , los caminos permiten llegar a la red de servicios de salud , pero el costo del transporte es muy elevado para el ingreso económico de las personas (precio mínimo es de B/ 0.50 ) o sea tres veces más de lo que se cobra en la ciudad de Colón

La red de servicios en Portobelo se verá incrementada con la Unidad Local de Atención Primaria en Salud ( ULAPS ), que se construirá en la cabecera del corregimiento de Portobelo y está proyectada por la Caja de Seguro Social para 1999.

Las instalaciones de salud que conforman el SILOS en Portobelo son: ( Mapa 2 )

- ◆ Centro de Salud: el único Centro de Salud está ubicado en el Corregimiento de Portobelo y tiene por nombre Blasina Bernal, en honor a la primera partera empírica conocida en esa región.
- ◆ Sub-Centro de Salud : localizado en el corregimiento de María Chiquita y recibe el mismo nombre.
- ◆ Puestos de Salud : están situados en las siguientes comunidades

RED DE SERVICIO DE SALUD  
EN EL DISTRITO DE PORTOBELO,  
AÑO 1997



REPUBLICA DE PANAMA,  
PROVINCIA DE COLON

DISTRITO DE PORTOB

LEYENDA

ESTABLECIMIENTOS

- CENTRO DE SALUD
- SUB CENTRO DE SA
- PUESTOS DE SALUD.

LOCALIZACION



FUENTE Departamento de  
y estadísticas de s  
Ministerio de Sal

- a. Cacique . rehabilitado como un Centro de Promoción desde 1997, ubicado en el corregimiento del mismo nombre.
- b. Puerto Lindo : en la cabecera del corregimiento del mismo nombre.
- c. Isla Grande : en la cabecera del corregimiento del mismo nombre.
- d. La Guayra : en la comunidad de la Guayra, corregimiento de Isla Grande.
- e. San Antonio : comunidad de San Antonio, corregimiento de Isla Grande

Todas son nivel primario de atención, pero de acuerdo a la distribución del Recurso Humano se realizan diferentes tipos de actividades.

Por ello, los Puesto de Salud con Ayudantes hacen más énfasis en prevención primaria ( promoción y prevención específica ), recomendaciones y referencia al Centro de Salud cuando así se requiere.

Mientras que en el Sub-Centro de Salud se encuentra una auxiliar de enfermería con mayor preparación académica que el ayudante de salud por lo cual, se hace promoción, prevención primaria, atención básica. recomendación y referencia al Centro de Salud.

Por último en el Centro de Salud se encuentra el recurso humano básico de primer nivel de atención formado por médico (s), enfermera(s), auxiliar de enfermería (s) y odontólogo; opcional estaría el educador para la salud, trabajadora social, inspector de saneamiento ambiental y control de vectores.

En la valoración de la Red de Servicios de Salud en Portobelo, se utilizaron las guías propuestas sobre condiciones de eficiencia que había sido aprobado por miembros del equipo local.

Los Rubro valorados son:

1. Planta Física.
2. Recursos Materiales.
3. Recursos Humanos.
4. Normas y procedimientos.
5. Suministros
6. Programación y Administración.
7. Educación para la Salud.
8. Participación comunitaria

A cada uno de estos rubros se le asigna un puntaje de cero a 100 y de acuerdo a los resultados se clasifican en tres categorías. Ministerio de Salud ( 1995 ).

80 - 100 = SATISFACTORIO  
 40 - 79 = INSATISFACTORIO  
 menos 40 = CRITICO.

El Centro de Salud presenta en casi todos sus rubros, una evaluación satisfactoria excepto en participación comunitaria, con 75 puntos que equivale a insatisfacción, siendo el promedio 88%.

Mientras que, en el Sub-Centro de Salud de María Chiquita, el 50% de las áreas valoradas son insatisfactoria y adicionalmente la participación comunitaria está evaluada como crítico ( 35 puntos ) y en promedio tiene un puntaje 65.5 que la califica en insatisfactorio. Esta condición no es adecuada para dar respuesta con calidad, sólo hay tres áreas satisfactoria las cuales son: normas y procedimientos, programación / administración y educación para la salud.( Cuadro XII )

**CUADRO XII. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA EN LAS INSTALACIONES DEL SILOS EN EL DISTRITO DE PORTOBELLO, AÑO 1997.**

Rubro	B. Bernal 1/		Ma.Chi-Quita 2/		Cacique 3/		L. Grande 3/		Pto. Lindo 3/		San Anto- Nio 3/		La Guayra 3/	
	Pto.	Cat.	Pto.	Cat.	Pto.	Cat.	Pto.	Cat.	Pto.	Cat.	Pto.	Cat.	Pto.	Cat.
Planta Física	90	S	40	I	90	S	90	S	90	S	50	I	75	I
Rec. Mat.	92	S	75	I	85	S	80	S	70	I	60	I	50	I
Rec. Hum.	96	S	60	I	91	S	92	S	85	S	75	I	65	I
Normas y Proced.	94	S	85	S	90	S	91	S	90	S	80	S	85	S
Suminist.	86	S	60	I	86	S	94	S	70	I	70	I	75	I
Prog. Y Adm.	81	S	82	S	85	S	90	S	75	I	70	I	75	I
Educ. para la Salud	90	S	86	S	92	S	92	S	80	S	76	I	83	S
Part. Com.	75	I	35	C	85	S	63	I	60	I	50	I	35	C
Prom.	88	S	65.5	I	88	S	86.5	S	77.5	I	66.3	I	67.5	I

Fuente: Informes de Evaluación de Condiciones de Eficiencia a la Red de Servicios en Portobello, 1997.

1/Blasina Bernal : Centro de Salud

3/ Puesto de Salud

I : Insuficiente

2/María Chiquita : Sub-Centro de Salud

S : Satisfactorio

C : Crítico

A continuación revisaremos los puntajes de los cinco Puestos de Salud y tres están evaluado satisfactoriamente mientras que el único con un puntaje satisfactorio en el rubro de participación comunitaria lo es el Puesto de Salud de Cacique ( 85 puntos ) y crítico en La Guayra ( 35 puntos ).

Los Puestos de Salud más deteriorados o con puntaje de insatisfacción son: La Guayra y San Antonio.

En resumen, de las siete instalaciones que hay en el Distrito de Portobelo, cuatro no tienen las condiciones básicas ni satisfactoria para dar respuesta adecuada a problemas en el área, haciendo más difícil la tarea del recurso humano en salud.

Por lo tanto la capacidad resolutive de la Red de Servicios se ve limitada en un 60% ( tres Puestos de Salud y un Sub-Centro deficiente).

### 3.5.2 Recursos Humanos y Servicios en Salud.

En el Sistema Local de Salud del Distrito de Portobelo, labora un equipo multidisciplinario formado por los siguientes funcionarios:

**Cuadro XIII. FUNCIONARIOS QUE LABORAN EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO DE PORTOBELO, AÑO 1997.**

FUNCIONARIOS DE SALUD	NÚMERO	HRS/SEM.
Médico General	1	40
Médico Interno	2	80
Ginecólogo	1	6
Pediatra	1	6
Enfermera	9	360
Auxiliar de Enfermería	9	360
Ayudantes de Salud	4	160
Licenciada en Farmacia	1	40
Asistente de Farmacia	1	40
Odontólogo	1	30
Odontólogo Interno	3	80
Asistente de Odontología	1	40
Inspector de Control de Vectores	5	200
Inspector de Saneamiento Ambiental	1	40
Trabajadora Social	1	40
Administrativo	14	560
Maestra de Estimulación Precoz	1	40
Educadora para la Salud	1	40

Fuente: Depto de Admo. Del Centro de Salud Blasina Bernal.

Este equipo de trabajo se organiza para prestar los siguientes servicios y programas: Programa Maternal, Infantil, Escolar, Adolescente, Salud de Adulto y III Edad, Epidemiología, Salud Bucal, Servicio de Salud Pública Ambiental ( Monitoreo de Calidad de Agua Potable, Saneamiento Ambiental, Control de Vectores y Zoonosis ), Salud y Organización Comunitaria y Servicio de Farmacia.

El horario de atención es 8:00 a.m. a 4:00 p.m. de lunes a viernes con cobertura de turnos de 24 horas los fines de semana y días feriados, por un médico interno, una enfermera y una auxiliar de enfermería.

### 3.5.3 Atenciones en Salud

Las consultas de salud son por control o por morbilidad, siendo la relación entre ambas de 1.03 : 1 ( Cuadro XIV ).

**Cuadro XIV. ATENCIÓN EN SALUD DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS EN EL DISTRITO DE PORTOBELLO, AÑO 1997.**

Grupos Humanos	Control de Salud		Cobertura (%)	Morbilidad
	Primera	Subsecuente		
Total	2746	5991	41	9555 (1/)
Embarazada	144	897	106	114
< de un año	190	1177	140	2823 *
Pre – Escolar ( 1 a 4 )	450	866	70	*
Escolar ( 5 a 14 años )	801	1009	23	2357
Adolescente ( 15 a 19 años )	522	98	76	557
Adultos ( 20 a 59 años )	183	576	6	3079
Tercera Edad (> 60 años)	77	333	12.8	625
Manip. Alimentos	170	449	-	0
Planif. Familiar	209	586	-	0

**Fuente:** Reg. Estadísticos del Centro de Salud de Portobello, 1997.

\* Atención por morbilidad de 0 a 4 años .

1/ Faltan las Urgencias ( 728 ) y consultas odontológicas ( 2379 )

Las embarazadas y los niños menor de un año, sobrepasaron las expectativas , cuando se atendió más de lo esperado ( + 100% ) y se explica por el movimiento migratorio frecuente que se da en el área.

Mientras que en el Programa Escolar y Adolescente , se dieron coberturas de control de salud de 23% en el grupo de 5 a 14 años ( 801 escolares ) y 76% en el grupo de 15 a 19 años ( 522 adolescentes ).

También, durante este período se captaron 47 adolescentes embarazadas y representa el 23.3% del total de embarazadas en el Distrito de Portobelo, con un promedio de Controles de 4.6 de 8, aceptable para el área rural y atendidas por Ginecólogo - Obstetra que acuden una vez por semana o cada 15 días.

Después del parto a los 15 o 30 días se hace control de puérperas y sólo acudieron 16 adolescentes con cobertura de 34%, una cifra baja porque el embarazo en adolescente es de Alto Riesgo y el seguimiento para orientar y hacer acciones de promoción y prevención es importante

Mientras que la Planificación Familiar en las adolescentes presentó 36 ingresos donde se usaba el Método Oral y DIU en partes iguales.

El Programa Maternal en la mujer adulta captó 155 embarazadas, 20 más de lo esperado, con predominio del grupo de 20 a 34 años con 144 mujeres ( 93% ) y 11 ( 7% ) de 35 a 49 años.

La captación se da más en el II trimestre (40.6% ) y por último en el III trimestre ( 12.4% ), lo esperado es que se de durante el I trimestre para disminuir la probabilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto; además que los productos sean sanos.

La concentración de atención durante el embarazo era 4 de 8 y sólo acudieron a control 56 puerperas ( 40% ), cobertura muy baja si observamos que la captación fue buena y el control del embarazo aceptable.

Con relación a Planificación Familiar, 209 consultas nuevas se dieron siendo el Método Oral y DIU los más usados.

El Programa Maternal contempla también la toma de Papanicolau ( PAP ) dándose 27.6% de cobertura de atención con 584 PAP tomados.

En relación al Control de Salud en los adultos dio cobertura a 6% ( 183 personas ) y 12.8% en la III Edad ( 77 personas ).

Es muy difícil lograr que los adultos y gerontes acudan a realizarse un control de salud y se refieren a las múltiples ocupaciones en sus casas, negocios, trabajos, etc.

Así mismo, el control de los manipuladores de alimentos es una actividad del programa de adultos, el universo no es estable y va acuerdo a la apertura y/o cierre de establecimientos de interés sanitario. En 1997 se identificaron 129 manipuladores de alimentos, 63.5% (82) han recibido la orientación y charla que se brinda en el centro de salud y sólo 52.7% (68) cuentan con certificado o carnet de salud actualizado.

Mientras que, la Salud Bucal requiere de cambio de actitud, hábitos de higiene y promoción para que sea aceptado por las personas. De las 2,379 consultas en Salud bucal el 37.3% ( 887 ) eran asegurados y 62.7% ( 1,492 ) no asegurados. El 74.9% ( 1,781 ) de las consultas correspondieron al sexo femenino y 25.1% ( 598 ) al sexo masculino o sea que por cada hombre que va a consulta en salud bucal, tres mujeres buscan su atención ( relación de 1 : 3 ).

Cuando se hace la consulta de Salud Bucal, al mismo tiempo se realizan actividades preventivas y curativas guardando una relación de 3:1 ( 3,650 preventivas y 1,249 curativas ) El impacto o paciente terminados es muy bajo, sólo el 9.33% del total de pacientes atendidos acuden hasta concluir su trabajo de curación bucal.

Otros de los programas importantes que se desarrolla es la vacunación, conocido como Programa Ampliado de Inmunizaciones ( PAI ), tiene la intención de lograr coberturas universales de vacunación y disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades prevenibles.

Las enfermedades objeto del Programa son ocho: Poliomeilitis, Sarampión, Tétanos Neonatal, Difteria, Tosferina, Tuberculosis, Rubeóla o Parotiditis.

Este programa está dirigido a los niños menores de cinco años de edad y en especial a los menores de un año.

Para el análisis de la vacunación se requiere conocer las deserciones de las vacunas de DPT y Antipolio en menor de 1 año porque permite saber si se le aplicó hasta la tercera dosis, lo que indica si está efectivamente inmunizado ( 90 % de efectividad con la tercera dosis ).

Para el D.P.T. se encontró 18.4% de deserción y en el antipolio 18.1% o sea que a pesar de sobrepasar coberturas de 100% ( niños con la primera dosis ), la deserción es elevada y dificulta una efectividad del 100%. Esta situación es importante conocerla porque nos ayuda a identificar la eficacia de la vacunación y la probabilidad de poder desarrollar las enfermedades por los niños(as) que no han sido cubiertos con la tercera dosis. A pesar de ello no se ha dado ningún caso de estas enfermedades en Portobelo.

#### **4. TERCERA ETAPA : ANÁLISIS ESTRATÉGICO .**

En esta ocasión analizaremos la información obtenida en el capítulo anterior en relación a la postergación, coberturas y rendimientos.

##### **4.1 Postergación de los Grupos Humanos.**

El espacio geográfico poblacional para estratificar la población será, las localidades de cada corregimiento. Esta unidad, permitirá identificar los grupos humanos postergados y su ubicación geográfica dentro del Distrito de Portobelo.

Definiremos, Grupos Humanos Postergados ( GHP ), aquellos grupos de población con ningún o poco acceso al sistema institucional de salud y cuyas condiciones de vida son inferiores al promedio de otros grupos de un área geográfica determinada. Ministerio de Salud (1995)

La utilización de este concepto en salud, es estratégico porque, a través de la caracterización de la situación de salud se puede identificar los problemas y las acciones de salud a los diferentes grupos poblacionales.

Por lo tanto, para aplicar el criterio de postergación, usamos tres elementos : accesibilidad geográfica o distancia al centro de salud, disponibilidad de agua en las viviendas y disposición adecuada de excretas.

Estos tres factores los relacionamos a través del Índice de Postegación ( I.P ):

**I.P = Factor Distancia X promedio del Porcentaje de vivienda y adecuada  
Disposición de excretas.**

El factor distancia está dado según el siguiente criterio:

**1 para 100% de accesibilidad ( < 30 min )**

**0.75 para 75% de accesibilidad ( 30 min a 1 hora )**

**0.5 para 50% de accesibilidad ( > de 1 hora )**

El rango del Índice de Postergación va a oscilar entre cero y uno, tomando los siguientes valores para definir postergación:

< 0.5 = Postergación

0.5 – 1 = No Postergación

En el cuadro VI ( anexo ), presentamos los resultado del índice de postergación por localidad y corregimiento. A continuación un resumen por corregimiento:

**Cuadro XV: COMUNIDADES POSTERGADAS Y NO POSTERGADAS SEGÚN CORREGIMIENTOS EN EL DISTRITO DE PORTOBELLO, 1997.**

	No	%	No	%	No	%	No	%
<b>TOTAL</b>	53	100	6692	100	17	714	36	5978
<b>PORTOBELLO</b>	20	37.7	3371	50.4	7	269	13	3102
<b>PUERTO LINDO</b>	12	22.6	706	10.5	5	262	7	444
<b>Ma. CHIQUITA</b>	8	15	1620	24.2	4	174	4	1446
<b>CACIQUE</b>	8	15	275	4	1	9	7	266
<b>ISLA GRANDE</b>	5	9.7	720	10.9	0	0	5	720

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá y Reg. Estadísticos del Centro de Salud .

De las 53 comunidades identificadas en el Distrito de Portobello, 17 ( 32% ) poseen índice de postergación menor a 0.5 y 11% de la población residen en ellas ( 714 personas ).

En este sentido, la mayor cantidad de personas ( 269 ) y localidades ( 7 ) están en el corregimiento de Portobelo; seguida por Puerto Lindo con 262 personas y 5 comunidades.

Sin embargo, de los 706 habitantes de Puerto Lindo, el 42% de sus localidades, califican como postergadas por presentar un deterioro en los aspectos de saneamiento ambiental y dificultad para llegar al centro de salud. ( índice de postergación menor de 0.5 ).

En el cuadro VI, se presentan las localidades con índice de postergación menor de 0.5:

- ◆ Corregimiento de Portobelo ; Bajo Mesa, El Valle de la Media Luna, Langosta, Peña Blanca, río Cascajal, Río Piedra No2 y Santa Isabel.
- ◆ Corregimiento de Cacique: Villa Cortizo
- ◆ Corregimiento de Puerto Lindo : Ballestilla, Cangue, La Jagua, Los Yunque, Puerto Nuevo.
- ◆ Corregimiento de Isla Grande: no hay
- ◆ Corregimiento María Chiquita : Portete, Río Manga de Indio, Río Pan de Azúcar y Sierra Llorona.

Podemos mencionar los espacios – población con índices menores a 0.1 ( más postergados dentro de los postergados ) y comprenden a Peña Blanca, Río Cascajal y Río Piedra No2 en Portobelo; Villa Cortizo en Cacique; Río Manga de Indio, Río Pan de Azúcar y Sierra Llorona en María Chiquita.

Es necesario considerar la situación de salud-enfermedad y las condiciones de vida de estas personas dentro de la programación para brindar equidad con calidad.

#### **4.2 Análisis de la Red de Servicios.**

El concepto de espacio poblacional se refiere a la existencia de una población inserta en un medio natural, en esta situación la red de servicios debe estar acorde con un sistema de trabajo de calidad, equidad, eficiencia y eficacia.

En su espacio poblacional, el Distrito de Portobelo posee un porcentaje bajo de personas en condiciones de postergación ( 11% ), reflejando la existencia de un área con insatisfacción por las condiciones básicas de atención en salud, posiblemente como resultado de una inadecuada distribución de los servicios del sector , en la que no se toma en cuenta las diferentes necesidades de la población.

Es importante reconocer, que la distribución igual de los recursos, no elimina o reduce las inequidades; porque es claro que no son las mismas en todos los espacios población del SILOS. En consecuencia, para que la ejecución de la política de salud sea equitativa es fundamental primero conocer la distribución de las necesidades.

En este sentido, la red de servicios tiene una distribución no adecuada porque hay tres puestos de salud en un corregimiento de 720 personas, lo que representa un ayudante de salud por cada 240, mientras que en el corregimiento con más necesidades ( Puerto Lindo ) hay 706 personas y un solo puesto de salud.

Por otra parte, analizamos la condición de eficiencia ( Cuadro XII ) y notamos que la tarea de los funcionarios en salud no es fácil, porque se está tratando de dar

respuesta a las situaciones encontradas con 57% ( cuatro ) de las instalaciones en condiciones de insatisfacción ( factor limitante del SILOS ), mientras que el 85% de las localidades son accesibles a todas las instalaciones.

### **4.3 Organización Comunitaria**

La participación social es un proceso complejo, inherente a la dinámica de toda sociedad . Paganini ( 1996 )

En el sector salud, la participación de la población ha sido promovida en función de objetivos concretos, en la Región de Portobelo se trabaja en la organización comunitaria como base al fortalecimiento y autosostenibilidad de las familias.

En 1997, había 17 comités de Salud formados, juramentada la primer Federación De Comités de Salud en la Provincia de Colón y el 32% de las localidades organizadas siendo los corregimientos menos representados, Puerto Lindo y Cacique.

Otras de las organizaciones comunitarias que se están impulsando son las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales ( JAAR ), con la finalidad de dar mantenimiento y sostenibilidad a las mejoras, rehabilitación y construcciones de acueductos rurales. Hay siete JAAR formadas de los 22 acueductos existentes ( 36% ).

Otros grupos formados son los grupos de tercera edad ( dos ), grupos de adolescentes ( cuatro ) y grupos de ama de casa ( tres ),

Sin embargo, la participación social a través de las organizaciones comunitarias está circunscrita a la colaboración de la población en actividades decidida, programadas y coordinadas desde los servicios de salud, facilitando ciertas acciones. Es evidente que

este tipo de colaboración puede tener efectos positivos, pero cuando excluye a la población de la discusión de las razones que sustentan las acciones y de la posibilidad de intervenir en el diseño y selección de las opciones, constituye una forma de manipulación.

#### **4.4 Coberturas**

El espacio población de responsabilidad en salud para Portobelo, es el Distrito y se divide de acuerdo a sus corregimientos mientras que el recurso humano está distribuido de acuerdo a la complejidad de los servicios y, se encuentran centralizado en el único centro de salud con 82.5% ( 47 ) de los funcionarios de salud asignado al área.

Cada Puesto de Salud tiene un ayudante de salud y el Sub-Centro una auxiliar de enfermería; cuya responsabilidad es dar seguimiento a las actividades de promoción, prevención , atención y organización comunitaria.

Debido a que la información no se consolida por corregimiento no podremos hacer el análisis de la cobertura y rendimiento por instalación pero sí por tipo de funcionario en todo el distrito.

En cuanto, a la cobertura de los portobeleños, el 61% ( 4,093 primeras consultas/ 6692 total de la población ) acudieron a buscar algún tipo de atención en salud por lo menos una vez en el año, recibiendo un promedio de 4.5 consultas en el año ( control de salud y/o morbilidad ).

Separemos ahora los controles de salud ( actividad de prevención ) de las morbilidades ( actividad de curación ), y tenemos que de las 18,725 atenciones

brindadas; 8,737 fueron control de salud. El 46.6% de las atenciones son de control de salud, prevaleciendo el criterio de atención curativa ( 53.4% ).

Estas coberturas de control de salud se dan en un 100% en los grupos menores de un año y las embarazadas, correspondiendo a los adultos y gerontes la menor atención en prevención ( 6% y 12.8% respectivamente ). ( Cuadro XIV )

Este comportamiento se invierte cuando hablamos de morbilidad y el grupo que acude en mayor proporción al centro de salud es el de adultos con 32% ( 3079 ), seguido del grupo preescolar con 2823 consultas ( 29.5% ) y el escolar con 2357 ( 24.6% ).

La concentración de atención por morbilidad fue de 7.6, mientras que la de control de salud era de 2.2, indicando que la red de servicios esta recibiendo siete veces en promedio a una persona por morbilidad y dos veces por control de salud.

La atención del menor de un año se acompaña de la vacunación por Polio, Tuberculosis, Difteria, Tosferina y Tétanos; con las vacunas antipolio, B.C.G y D.P.T en el mismo orden. La deserción de la tercera dosis para D.P.T es de 18.4% y Antipolio 18.1 ( ambas requieren de por lo menos tres dosis para hablar de vacunación eficiente ).

Estamos frente a un grupo de niño que a pesar de haber recibido la primera dosis no completaron la tercera, dejándolos expuestos a poder sufrir la enfermedad, si se diera el caso. Esta deserción se explica en base al movimiento migratorio que se está dando en los últimos años, donde familias enteras provenientes del interior del país ( Veraguas y Los Santos ) se establecen por corto tiempo en el Distrito de Portobelo y cambian de residencia buscando mejores calidad de vida y sostenibilidad económica.

Por otra parte la cobertura de atención del parto por profesional del sector salud fue de 98.5% ( 135 de 137 nacimientos ), de los cuales el 96% fue atendido en el Hospital Manuel A. Guerrero y sólo se atendieron cinco partos en Portobelo.

Con relación a las defunciones, las 18 muertes registradas tienen certificación médica, dando un 100% de cobertura.

#### **4.5 Rendimiento del Recurso Humano**

De los Sistemas Locales de Salud se espera un enfoque integrador, donde se distribuya el tiempo del recurso humano en acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de manera integral con el ambiente y la participación social.

Por ello, en 1997 se contaba con 58 funcionarios y 98,420 hrs/año, para el quehacer diario según las actividades requeridas dentro de las particularidades del SILOS en Portobelo.

Consideraremos los servicios en dos categorías : finales e intermedios.

En los servicios finales incluimos la atención brindada por los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, ayudantes de salud y odontólogos.

Para calcular las horas de atención se asignó el 50% de las horas a los médicos y odontólogos, el 33% a las enfermeras y auxiliares y el 25% a los ayudantes de salud ( Cuadro XVI ).

**Cuadro XVI. INDICE DE ATENCIÓN SEGÚN TIPO DE FUNCIONARIOS EN EL DISTRITO DE PORTOBELLO, 1997.**

FUNCIONARIOS	Nº DE CONSULTAS	HRS/AÑO	INDICE DE ATENCIÓN
TOTAL	18,725	18,260	
MÉDICOS	10,870	2,640	2.6
ENFERMERAS	1,912	5,280	0.4
AUX. DE ENF.	1,189	5,280	0.23
AYUD. DE SALUD	1,275	1,760	0.7
ODONTÓLOGOS	2,379	3,300	1.6

Fuente: Registros Estadísticos del Centro de Salud de Portobello

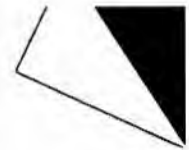
Las horas restantes del personal de salud son invertidas en actividades de educación, organización comunitaria, reuniones con grupos organizados, etc.

El indicador de atención médica muestra que se atendió un promedio de dos a tres pacientes por hora y una relación de un paciente de primera consulta por cada cuatro de reconsulta. Según las normas de atención el médico debe atender a cinco pacientes por hora, lo que indica que el rendimiento ha sido un poco bajo con respecto a las normas.

Es difícil medir el rendimiento del 50% en actividades de Promoción y prevención por no haber un sistema de recolección de información adecuada sobre el mismo y una forma de medida.

En tanto, las enfermeras, auxiliares de enfermería y ayudantes de salud; sus índices de atención resultaron menor de uno. Con estos índices tan bajos, no lograron cubrir la población objetivo bajo su responsabilidad.

Igual ocurre con salud bucal, ya que presentaron el índice de atención de 1.03 pacientes por hora.



#### **4.6 Análisis de los Problemas de Salud y sus Factores de Riesgo.**

El propósito de esta sección es analizar los problemas de salud de manera que se puede determinar los factores de riesgos y la posibilidad de intervenir para modificar la situación inicial.

##### **4.6.1 Identificación, Selección y Priorización de Problemas de Salud.**

Conocida la situación de salud, pasamos a sistematizar la información con la opinión de los participantes y hacer un listado de problemas de acuerdo a la morbi-mortalidad.

Luego, hacemos anotaciones relacionadas con las manifestaciones sobre la expresión cualitativa, tendencia, grupos de edad y localización; al mismo tiempo se definen los criterios de magnitud (a), trascendencia (b), potencialidad epidémica (c), vulnerabilidad (d) y capacidad organizativa y costo (e).

Cada problema es analizado y se le aplica la puntuación según la escala de uno a cinco: Escala ( 1997 )

**Muy Baja = 1    Baja = 2    Media = 3    Alta = 4    Muy Alta = 5**

- a) Magnitud :** peso relativo de la morbi-mortalidad
- b) Trascendencia :** importancia que le concede la población en general, la valoración que le concede el equipo de salud.
- c) Potencialidad Epidémica :** incidencia actual del problema y la presencia de factores de riesgo que lo incrementan

- d) **Vulnerabilidad** : posibilidad de reducir el problema con base al conocimiento y la tecnología disponibles.
- e) **Capacidad Organizativa y Costo** : cantidad de recurso que demandará enfrentar el problema y la posibilidad de organizar y movilizarlos al lugar adecuado y en el momento oportuno.

Posteriormente, sumamos los puntajes y categorizan de acuerdo a la siguiente escala:

Puntos	Prioridad
23 – 25	A
20 – 22	B
< 19	C

De esta forma , se identificaron los siguientes problemas de morbilidad: Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA), Parasitosis Intestinal y Piodermitis; todas afectan en mayor proporción al menor de cinco años y se localiza en todo el distrito. Al priorizarlas, IRA y Piodermitis obtuvieron la categoría “B”, mientras que EDA y Parasitosis Intestinal la categoría “C”. ( Cuadro XVII )

**Cuadro XVII. PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS.**

PROBLEMAS	MANIFESTAC. Magnitud/Tendencia G's Edad/Localización	CRITERIOS					SELECCIÓN		
		A	b	c	d	e	A	B	C
EDA	Media/Aumenta < 5 años/ Todas	4	4	4	3	3			18
IRA	Alta / Aumenta < 5 años / Todas	5	4	5	4	4		22	
PARASITOSIS	Media / Aumenta < 5 años / Todas	3	3	4	4	4			18
PIODERMITIS	Alta / Aumenta < 5 años / todas	4	4	5	4	4		21	

Fuente Centro de Salud de Portobelo, 1997

#### 4.6.2 Identificación de los Factores de Riesgo.

Los factores de riesgo son circunstancias o elementos cuya presencia condiciona la existencia y/o el incremento del problema. Escala ( op. Cit. )

Para identificar los factores de riesgos, se aplicó el modelo de ASIS ( Análisis de la Situación de Salud ) Cuadro XVIII.

**Cuadro XVIII. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.**

Factor De Riesgo / Problemas	IRA	PIODERMITIS	EDA	PARASITOSIS
Biopsicosocial : Edad. sexo, herencia, hábitos, Patrones de consumo	< 5 años, ambos sexos, componente hereditario, asociado a los estilos de vida y hábitos de higiene.	< 5 años, ambos sexos, asociado a hábitos de higiene	< 5 años, ambos sexos, asociado a hábitos de higiene	< 5 años, ambos sexos, asociado a hábitos de higiene
Ecosistema: vivienda, agua, excretas, contaminación.	Relacionado a las condiciones de la vivienda, problemas de agua	Relacionado a contaminación del ambiente, problemas de agua, disposición inadecuada de basura.	Relacionado a contaminación del ambiente, problemas de agua, disposición inadecuada de basura y excreta.	Relacionado a contaminación del ambiente, problemas de agua, disposición inadecuada de basura
Dimensión Social: Nivel de educación, ingreso, participación social.	Relacionado con el nivel de educación sanitario, bajo ingreso familiar, problema de nutrición	Bajo nivel de escolaridad, bajo ingreso económico, bajo nivel de educación sanitaria	Igual	Igual
Servicios: cobertura/ equidad, eficacia, eficiencia, satisfacción del usuario	Inequidad en la atención, poca promoción, poco seguimiento de los casos, insatisfacción del usuario, deficiencia en la red de servicios.	Igual	Igual	Igual

Apreciamos en este cuadro los factores de riesgos que se repiten y determinan la presencia de varios problemas al mismo tiempo; estos son conocidos como **Factores Críticos**.

Estos Factores Críticos se identifican al reconocer el **Nudo Crítico**, que por su peso como “ **causa** “ del problema es el foco de convergencia de las intervenciones para modificar los problemas.

En nuestro caso, el Nudo Crítico se presenta en la Red Explicativa enunciada así:

**“ El actual modelo de trabajo en salud es inconsistente con la realidad socio-política del Municipio Siglo XXI ”.**

#### **Cuadro XIX. EXPLICACIÓN DE PROBLEMAS.**

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	¿ POR QUÉ ? PRODUCTOS SOCIALES	¿ POR QUÉ ? CAPACIDAD PRODUCCIÓN	¿ POR QUÉ ? DE DETERMINANTES
<p>La inequidad en promoción, atención y seguimiento de los casos además del bajo nivel económico y los problemas del ecosistema ( saneamiento Ambiental ) están relacionados con la incidencia de IRA, EDA, Piodermitis y Parasitosis Int.</p> <p><b>Explicación.</b> El predominio de la atención curativa, el uso inadecuado de los recursos humanos y técnicos, y la débil vigilancia y control de las enfermedades trazaradas hacen que el desarrollo de las actividades de promoción y prevención en las localidades no se den con equidad, eficiencia y eficacia.</p>	<p>El Actual modelo de trabajo en salud es inconsistente con la realidad socio-política del Municipio Siglo XXI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-problemas de comunicación en el grupo de trabajo</li> <li>-deficiencia estructural</li> <li>-deficit de insumos en la red de servicio</li> <li>-no hay vehículo para traslado del personal al área</li> <li>-sistema de trabajo mecanizado</li> <li>-problemas de agua y luz</li> <li>-poca participación social</li> <li>-dificultad geográfica</li> <li>-poca participación de las autoridades locales y comunidad en atención al ambiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-deficiente el sistema de transporte</li> <li>-horario y día de trabajo no es flexible</li> <li>-centralización presupuestaria</li> <li>-burocracia administrativa</li> </ul>

### 4.6.3 Selección de Nudos Críticos

Para la selección del Nudo Crítico se clasificó los factores de riesgo y las explicaciones al problema en el nivel donde puede ser transformado ( intrasectorial o estrasectorial ) y se describe en el siguiente cuadro.

**Cuadro XX. SELECCIÓN DE NUDO CRÍTICO**

FACTORES CRÍTICOS SECTORIALES		FACTORES CRÍTICOS EXTRASECTORIALES
EN EL SIST. LOCAL	EN OTRO NIVEL	
- Problema de comunicación en el equipo	- No hay vehículo	- Problema de agua y luz
- Sistema de trabajo mecanizado	- Deficit de insumos	- Deficiente sistema de transporte
- No hay programa de promoción en salud	- Inadecuada distribución del presupuesto (centralizado)	- Poco interés de las autoridades locales en los problemas de saneamiento
- Poco seguimiento de los casos		- Poca participación social
- Inequidad en al atención		
- Insatisfacción de los usuarios		
- Problema de disposición adecuada de excretas y basura		
- Deficit de las estructuras en la red de servicio		

## **5. CUARTA ETAPA : LA OPCIÓN ESTRATÉGICA**

Entiéndase por Opción Estratégica “ el conjunto de proposiciones coherente que se consideran necesarias, eficaces, eficientes, factibles y viables como primera aproximación para llegar a una situación objetivo partiendo de una situación inicial ” (Barrenechea y Trujillo en Escala 1997)

A continuación, describimos brevemente la situación inicial, haciendo énfasis en las localidades postergadas, su accesibilidad, capacidad de oferta de la red , su cobertura, priorización de los problemas de salud y sus factores de riesgo, así como la identificación de los nudos críticos. ( Cuadro XXI )

Cuadro XXI. Situación Actual y Situación Objetivo.

	ESCENARIO PROBABLE	SITUACIÓN OBJETIVO
Postergación: 11%	<b>Amenazas, Debilidades, Oportunidades, Fortalezas</b>	Situación Social:
Accesibilidad : < 30 min = 64,5% 30min - 1 Hr = 24,5% >1 Hr = 11%	<b>Amenazas:</b> - Falta de agua y luz periódicamente - Poca participación social - Dificultad geográfica para acceder a los servicios de salud. - Deficiente sistema de transporte - Poco interés por Autoridades locales y comunidad en problemas de saneamiento ambiental.	- Adecuado sistema de transporte - 50% de las comunidades organizadas
Cobertura : 61%		Cobertura : 80%
Cobertura de: Agua = 78,5% - Letrinas = 68%		Cobertura de: - Agua = 95% - Letrinas=95%
Rendimiento de la atención de las enfermeras, auxiliares y ayudantes de salud < 1 por hora	<b>Debilidades:</b> - Problema de comunicación en el equipo - Deficiencia estructural - Deficit de insumo - No hay vehículo para el sector salud - Sistema de trabajo mecanizado - Horario y días de trabajo no es flexible - Centralización presupuestaria	Indicadores de Eficiencia: - Mejora Índice de atención y rendimiento Disminuye el número de localidades postergadas - Desarrollo de 3 proyectos de granjas autosostenibles - Promover el trabajo en equipo
Corregimientos con más localidades postergadas: Portobelo : 7 Puerto Lindo : 5	<b>Oportunidades:</b> - Desarrollo del programa Municipio Siglo XXI - Algunas instalaciones gubernamentales apoyan las actividades de salud	Indicadores de Salud: - disminuye prevalencia de EDA, IRA, Piodermatitis y Parasitosis Intestinal
Problemas de Salud: IRA, Piodermitis, Parasitosis Intestinal		Objetivo del cambio - Nuevos procesos de trabajo en salud con equidad, eficiencia y eficacia son acordes con la realidad socio-política del Municipio Siglo XXI
Factores de Riesgo: Hábitos de higiene, condiciones de la vivienda, problemas continuos de agua, bajo nivel en educación sanitaria, inequidad en la atención, baja cobertura en promoción, poco seguimiento de los casos, bajo ingreso económico.	<b>Fortalezas:</b> - Recursos humano capacitado en actividades de salud - Capacidad para resolver tareas específicas - Desarrollo del trabajo a pesar de pocos insumos - Creatividad - Grupos organizados por salud	
Nudo Crítico: El actual modelo de trabajo en salud es inconsistente con la realidad socio-política del Municipio Siglo XXI		

Conocida la Situación Actual, el Escenario Probable y la Situación Objetivo, nos dedicamos a determinar las estrategias de ataques, por esta razón apuntamos a mejorar los factores críticos de riesgo o causas, tomando en cuenta el escenario presentado.

**Cuadro XXII. Elaboración de Estrategias de Ataque.**

OBJETIVO DE CAMBIO	EN EL NIVEL LOCAL	OTRO NIVEL	EXTRASECTORIAL
1. 50% de las comunidades organizadas	- orientación educación comunitaria	y - no	- no
2. Incrementar cobertura de atención en 80%	- giras de atención integral	- apoyo logístico y de insumos	- apoyo logístico
3. 95% de cobertura de agua a las viviendas	- orientación educación comunitaria	y - gestión administrativa para ejecución de proyectos	- proponer nuevos proyectos de mejoras y construcción de acueductos
4. 95% de cobertura en letrínación	- igual	- gestión para obtener letrinas	- proponer nuevos proyectos de letrínación
5. Disminuir el número de comunidades postergadas	- giras de atención integral	- apoyo logístico e insumos	- apoyo logístico
6. Desarrollo de tres proyectos de granjas de desarrollo autosostenible	- orientación, educación comunitaria y visitas frecuentes	- igual	- apoyo logístico
7. Disminución de prevalencia de enfermedades trazadoras (EDA, IRA)	- igual	- igual	- igual

En estos momentos, observamos el nivel de intervención de los diferentes sectores y áreas de trabajo en el sector salud además de la necesidad de una participación intersectorial para el logro de los objetivos presentados.

Es así, como se va a requerir de cambios en la red de servicios, para poder impulsar las estrategias y actividades programadas.

**Cuadro XXIII. Cambios en la Red de Servicios.**

ACCESIBILIDAD ACTUAL Espacio geográfico-poblacional	ACCESIBILIDAD ESPERADA Espacio propuesto a cubrir	CAMBIOS EN LA COMPLEJIDAD Servicios
El 35.5% de la población se encuentra a más de 30 min del Centro de Salud y de estas el 11% se encuentra a más de 1 hora.	- Debido a que el 82% ( 47 funcionarios ) del recurso humano está en el Centro de Salud, se programará giras de atención integral por corregimiento, haciendo énfasis en las comunidades postergadas, llevando un equipo básico de trabajo.	- Se propone descentralizar la atención de primer nivel que se ofrece en el Centro de Salud a través de las giras de atención integral. - Tareas específicas a los ayudantes de salud y auxiliar de enfermería con supervisiones y seguimiento cada 15 días o cada mes.

Los cambios se dan más en los procesos de trabajo y requiere de una organización en equipo, permitirán el incremento de las coberturas y disminución del número de localidades postergadas en el primer año.

Se tiene planeado, que las giras de atención integral a los diferentes corregimientos, cada semana, permitirá cubrir el 80% del espacio geográfico poblacional, que es responsabilidad del sector salud. Es así, como se piensa dar cobertura al 35.5% de la población ( 2,375 personas), que está a más de 30 minutos del centro de salud.

Ahora, se analizará el(los) actor(s) que controla(n) los recursos críticos:

**Cuadro XXIV. Recursos Críticos.**

<b>OPERACIÓN</b>	<b>RECURSO CRÍTICO</b>	<b>ACTORES</b>
<b>Giras de Atención Integral</b>	- vehículo 4x4, doble cabina - combustible - medicamentos - material didáctico - alimentación y/o viáticos al personal.	- Salud - Autoridades Locales - Representantes - FES - JAPAC
<b>Orientación y educación comunitaria</b>	- Vehículo 4x4, doble cabina - Material didáctico - Alimentación y/o viático al personal	- FES - Autoridades Locales - Representante - Líderes comunitarios
<b>Granjas de desarrollo autosostenible</b>	- Agrónomo y/o técnico en Agronomía	- Salud - Autoridades Locales - Representante - Líderes comunitarios - MIDA

Conocidos los actores que controlan el recurso crítico, podemos intervenir en la consecución del recurso necesario y básico, lo que incrementará la viabilidad del proyecto. Ahora, determinaremos la factibilidad y viabilidad de acuerdo a las puntuaciones siguientes:

**Cuadro XXV. Factibilidad y Viabilidad del Proyecto.**

<b>PROYECTO</b>	<b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>								<b>GRADO DE VIABILIDAD</b>
	<b>TÉC.</b>	<b>ECO.</b>	<b>ADM.</b>	<b>POLÍTICOS</b>					
				<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	
<b>Giras de Atención Integral</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>84</b>
<b>Orientación y Educación Comunitaria</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>82</b>
<b>Granjas de Desarrollo Autosostenible</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>78</b>

Dentro de las limitaciones del proyecto está el factor económico, porque se requiere por lo menos dos vehículos de uso exclusivo del sector salud en el distrito de

Porobelo, pero es superable con las alternativa financieras que hay en el área, como lo es el FES ( Fondo de Emergencia Social ), JAPAC ( Junta Asesora del Presidente para Asuntos de Colón ), PROINLO ( Proyectos de Inversión Local ) y ONG:

A continuación haremos un resumen del Plan de Acción :

<i>PROYECTOS</i>	<i>VIABILIDAD</i>	<i>DEBILIDADES</i>	<i>AÑOS</i>					<i>RESPONSABLE FINANCIERO</i>
			<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	
Giras de Atención Integral	84	Económica	X	X	X	X	X	JAPAC FES
Orientación y Educación Comunitaia	82	Económica	X	X	X	X	X	JAPAC FES
Granja de Desarrollo Autosostenible	78	Técnico	X	X	X	X	X	Salud MIDA

Todos los proyectos, tienen viabilidad y un período de ejecución de dos años, pero para lograr su aplicación se requiere de una programación local.

Al conjunto integral de actividades previamente definidas con sus correspondientes atributos, basados en el Análisis Estratégico, le llamamos Programación Local de los Servicios de Salud. Esta es parte del “momento de las transformaciones”, el cual incluye la ejecución de las acciones diseñadas. ( Escala 1997 )

Al programar lo realizaremos en tres áreas: Medio Ambiente, Acciones de Atención a los Grupos Humanos y Acciones de Participación Social de la Comunidad.

**Cuadro XXVI. Acciones de Atención al Medio Ambiente.**

Grupos Humanos	Problemas de Salud	Factores de Riesgo del Ecosistema	Acciones
Todos los portobeleños del Dsitrito	EDA, IRA, Piodermis y Parasitosis Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones de la vivienda</li> <li>- Problemas de agua</li> <li>- Disposición inadecuada de la basura</li> <li>- Disposición inadecuada de las excretas</li> <li>- Contaminación del ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación y educación en salud</li> <li>- Conección de viviendas al acueducto</li> <li>- Vigilancia de la calidad del agua</li> <li>- Letrinación</li> <li>- Inspección a viviendas</li> <li>- Control de alimentos</li> <li>- Inspección de establecimientos de interés sanitario</li> </ul>

A las actividades diseñadas se les determinan sus atributos basados en las normas técnicas, según el espacio geográfico-poblacional y definiendo la estructura operativa correspondiente.

**Acciones de Saneamiento Ambiental**

ACTIVIDAD	UNIVERSO			PRODUCCIÓN		RECURSO	
	Total	META	COB	NORM A DE CONC.	VOL.	RECURSO NUCLEAR	INSTRUMENTO.
		%	No.				
Orientación y educación en salud	53	20	11	5	55	Eq De salud	Hrs/func
Conección de viviendas al acueducto	1828	16	300	1	300	Insp Saneam.	Hrs/inspector
Vigilancia y control de la calidad del agua	22	60	10	1	60	Insp Saneam	Hrs/inspector
Letrinación	1828	17	320	1	320	Insp Saneam	Hrs/inspector
Inspección a viviendas	1828	27	500	1	500	Insp Saneam	Hrs/inspector
Inspección de establecimiento de interés sanitario	100	50	50	1	50	Insp Saneam	Hrs/inspector

Con esta programación, cumplimos con los objetivos descritos y utilizando el recurso humano existente. Todas estas actividades es coordinada con las giras programadas a las diferentes comunidades.

Una vez establecida la programación local para el área de saneamiento ambiental, presentamos las acciones de atención a los grupos humanos.

**Cuadro XXVII. Acciones de Atención a Grupos Humanos.**

<b>Grupos Humano Prioritarios</b>	<b>Problemas de Salud</b>	<b>Factores de Riesgo Biológicos y sociales</b>	<b>Acciones</b>
<b>Todos los portobeleños del Distrito con énfasis en los grupos humanos postergado.</b>	EDA, IRA, Piodermitis y Parasitosis Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afecta con más frecuencia a los menores de cinco años de ambos sexos</li> <li>- asociados a hábitos de higiene</li> <li>- estilos de vida</li> <li>- bajo nivel de educación sanitaria e ingreso familiar</li> <li>- problema de nutrición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación y educación en salud</li> <li>- Inmunización por vacunación</li> <li>- Control de crecimiento y desarrollo del menor de cinco años</li> <li>- Control del embarazo y el puerperio</li> <li>- Control de salud de escolares, adolescentes, adulto, gerontes</li> <li>- Atención de salud bucal</li> <li>- Atención domiciliar</li> <li>- Asistencia social a individuos y sus familias</li> <li>- Evaluación y control nutricional</li> </ul>

Los problemas de salud son de causas multifactoriales, en la que además está afectada los diferentes grupos de edad y requiere de un trabajo coordinado y conjunto. Las acciones son múltiples, por lo cual requiere de un programa de actividades que detallamos a continuación:

### Acciones de Atención a Grupos Humanos

ACTIVIDAD	UNIVERSO			PRODUCCIÓN		RECURSO	
	Total	Meta	Cob.	Norma de Conc.	Vol.	Recurso Nuclear	INSTRUMENTO
<b>Orientación y educación en salud</b>	6692	50	300	1	300	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Inmunización por vacunación a menores de un año</b>	135	100	135	3	405	Enf, Aux de Enf, Ayud de salud	Hrs/equip de enfermería
<b>Control de C y D en &lt; 1 año</b>	135	100	135	6	810	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Control de C y D de 1 – 4 años</b>	642	80	514	1	514	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Control de salud escolar</b>	1549	50	774	1	774	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Control de Salud adolescente</b>	685	80	548	1	548	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Control del adulto</b>	3078	20	615	1	615	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Control de gerontes</b>	603	20	120	1	120	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Control de Embarazo</b>	135	100	135	6	810	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Atención domiciliar</b>	738	25	180	2	360	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Asistencia social</b>	6692	10	669	1	669	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Evaluación y control nutricional</b>	777	25	194	3	582	Equipo de salud	Hrs/func

Con la descentralización de las actividades del primer nivel de atención, trabajo en equipo y participación social, estamos seguro de poder cumplir con la programación establecida.

Luego, con la incorporación de los actores sociales en el análisis de los problemas de salud y la programación local, permitirá un grado de autorresponsabilidad de la comunidad y el individuo con su salud y bienestar.

Estas acciones de participación social, si bien, va dirigido a la población en general, se hará la priorización a las comunidades postergadas con el objetivo de organizarlas.

### **Cuadro XXVIII. Acciones de Participación Social**

GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS	PROBLEMAS DE SALUD	FACTORES DE RIESGO	ACCIONES SOCIALES
17 comunidades postergadas, ubicadas en su mayoría en los Corregimientos de Portobelo y Puerto Lindo	EDA, IRA, Piodermitis, Parasitosis Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo ingreso económico</li> <li>- Poca educación sanitaria</li> <li>- Comunidades organizadas inactivas</li> <li>- Estilos de vida inapropiados</li> <li>- Inadecuado consumo de alimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación participativa</li> <li>- Organización comunitaria</li> <li>- Coordinación intersectorial</li> <li>- Actividades de promoción</li> </ul>

Es la Participación Social, uno de los pilares para el éxito de la propuesta, pues con ella se logrará la autosostenibilidad y seguimiento de las obras y trabajos efectuados.

También, con el marco político de Municipio Siglo XXI, se fortalecerá la participación intersectorial y la viabilidad para obtener financiamiento externos a través de los grupos y comunidades organizadas y con personería jurídicas.

Pasemos a determinar , las acciones específicas en Participación social:

ACTIVIDAD	UNIVERSO			PRODUCCIÓN		RECURSO	
	Total	Meta %	Cob. No	Norma de Conc	Vol.	Recurso Nuclear	Instru Mento
<b>Educación Participativa</b>	6692	50	3346	1	3346	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Organización comunitaria</b>	53	50	26	1	26	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Coordinación Intersectorial</b>	*	*	*	*	*	Equipo de salud	Hrs/func
<b>Actividades de Promoción</b>	53	50	26	1	26	Equipo de salud	Hrs/func

La coordinación intersectorial, se realizará con todos los sectores del Distrito , Provincia , nivel Nacional y/o Extranjeros, por esa razón no ubicamos un número o universo para las acciones de trabajo.

Por otro lado, en un proceso de cambio se requiere de una administración estratégica para el control y evaluación de la propuesta diseñada, asignando los recursos existentes y aprovechando oportunidades. Por lo tanto a la administración estratégica, se le atribuye funciones de conducción, programación y gerencia, siendo la gerencia un proceso de organización, coordinación, ejecución y control.

Entre los componentes en la administración estratégica está . la organización de los servicios, la comunicación, la ejecución y la supervisión.

El componente de organización de los servicios se refiere al proceso de arreglar la estructura de una organización y de coordinar sus métodos gerenciales y empleo de los recursos para alcanzar sus metas. Stoner (1989)

En el SILOS de Portobelo se dividió el espacio geográfico-poblacional en los cinco corregimientos del Distrito, desplazando las actividades del primer nivel de atención a cada uno de los corregimientos con las giras de atención integral, dándole la responsabilidad a un grupo específico de funcionarios de salud, y así darle continuidad a las acciones efectuadas. Cada equipo de trabajo confecciona una agenda estratégica y cronograma de actividades que se discuten en las reuniones generales de salud con participación social.

La comunicaión es otro de los componentes administrativos y el que permite que se de una efectiva coordinación entre los actores sociales. Luego de haber elaborado las

acciones en las diferentes áreas de trabajo ( saneamiento ambiental, atención a los grupos humanos y participación social ), se organizan reuniones cada quince días con el equipo de salud y miembros de la comunidad a visitar con la gira. Es aquí donde se define los recursos necesarios para la ejecución de la actividad propuesta y si es necesario la coordinación intersectorial para la solución o modificación de los problemas encontrados.

Por último se establece que el Director Médico, el Administrador y la Enfermera Jefa del Centro de Salud, serán los responsables de la supervisión y evaluación del personal y las actividades programadas, al igual que miembros de la comunidad van a definir la calidad de la atención.

#### **IV. RECOMENDACIONES**

1. Sostenibilidad de los logros obtenidos en el crecimiento de equipo con el monitoreo, apoyo logístico y meritocracia.
2. Intensificar los encuentros entre el equipo de salud y las comunidades, ofreciéndose la apertura necesaria para participar en la ejecución de las actividades de salud.
3. Seguimiento a los grupos organizados por el sector salud para interactuar entre ellos y con el resto de la población con el objetivo de formar Federaciones.
4. Es importante la concesión de dos vehículos permanente para el Distrito de Portobelo, de manera que puedan desarrollar sus planes fácilmente .
5. Elaborar proyectos de equipamiento y mejoras a infraestructura para gestionarle financiamiento externo.
6. **IMPLANTAR EL NUEVO PROCESO DE TRABAJO EN SALUD COMO ESTRATEGIA DE DESARROLLO PARA EL PLAN REGIONAL INTEGRAL EN LA PROVINCIA DE COLÓN.**

## V. BIBLIOGRAFÍA.

1. ACKOFF, R. 1993. **Planificación de la Empresa del Futuro-Planear o ser planeado.** 1ª. Ed. Editorial Limusa , S.A. Impreso en México. 357 págs.
2. ANÓNIMO. Organización Panamericana de la Salud/OMS. 1982. **Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales.** Impreso en Washington. Documento Oficial 179. 75 págs.
3. ANÓNIMO. 1994a. Organización Panamericana de la Salud/OMS. **La Administración Estratégica: Lineamiento para su Desarrollo.** Impreso en Washington. Módulo Educativo HSS/SILOS-33. 155 págs.
4. ANÓNIMO. 1994a. Organización Panamericana de la Salud/OMS. **Evaluación para el Fortalecimiento de Procesos de Participación Social en la Promoción y el Desarrollo de la Salud en los SILOS.** División de Sistemas y Servicios de Salud. Impreso en Washington, D.C. 104 págs.
5. ANÓNIMO. 1995. Organización Panamericana de la Salud/OMS. **Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud : hacia una agenda Regional para la Reforma del Sector Salud en Reunión Especial sobre : Reforma del Sector Salud.** Impreso en Washington. Banco Interamericano de Desarrollo/UNICEF/USAID. Septiembre 29 y 30 de 1995. 21 págs.
6. ANÓNIMO. 1997. Organización Panamericana de la Salud/OMS. **Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la comunidad** en IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Septiembre 26 y 27 de 1977. 37 págs.
7. ANÓNIMO. 1998. Plan Estratégico Municipio de Portobelo. Proyecto PAN – 97-00 PNUD, **Capacitación a Nivel Local en el Programa Municipio Siglo XXI.** Panamá. 23 págs.
8. ANÓNIMO. 1997. El Panamá América. **Aumentan Gastos en áreas Sociales** en Informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Sección de Finanzas. C-8 pág.
9. ARMIJO, R. R. 1994. **Epidemiología Básica en Atención Primaria de la Salud.** Ediciones Díaz de Santos , S.A. Impreso en España. 295 págs.
10. CANALES , F. De., ALVARADO , E. de. y PINEDA, E. 1986. **Metodología de la Investigación-Manual para el Desarrollo de Personal de Salud.** 2o reimpresión. Serie Paltex/PASCAP. Organización Panamericana de la Salud y OMS. Impreso en Washington. 327 págs.

11. CAPOTE, R., GRANADOS, R. 1996. **La Salud Pública en el Siglo XXI: Tendencia y escenarios.** Organización Panamericana de la Salud y OMS. Impreso en Washington. 35 págs.
12. CHIAVENATO, I. 1995. **Introducción a la Teoría General de la Administración.** 4ta. Ed. Editora McGraw-Hill. Impreso en México. 320 págs.
13. CORDERA, P. A., 1986. **Modelos de Sistemas de Atención Médica en Salud Pública de México,** Mayo-Junio de 1986. 28 (3): 230-242. Editoria Intersistemas, S.A. Impreso en México.
14. CORDERA, A., KUTHY, J. y SUCILLA, H. 1986. **Diagnóstico Situacional en Sistemas de Atención Médica en Salud Pública de México,** Mayo-Junio de 1986. 28 (3) · 243-248. Editorial Intersistemas, S.A. Impreso en México.
15. DAVINI, M. E.. 1995. **Educación Permanente en Salud.** Serie Paltex. Organización Panamericana de la Salud y OMS. (38). Impreso en Washington. 52 págs.
16. Dirección Nacional de Planificación de la Salud. 1995. **Preguntas y Respuestas en torno a la propuesta de Reforma del Sector Salud en Panamá.** Ministerio de Salud de Panamá. Impreso en Panamá. 51-71 pág.
17. ESCALA L., M. A. 1993. **El Proceso de Planificación Estratégica de los Servicios de Salud** módulo sobre Información básica para el análisis de la situación socio-sanitaria. Universidad de Panamá, Facultad de Medicina. 69 pág.
18. ESCALA L., M. A. 1996. **Gerencia Estratégica de Servicios de Salud. La Planificación del Cambio.** Universidad de Panamá, Facultad de Medicina. 69 pág.
19. ESCALA L., M. A. 1997. **Planificación Estratégica en Sistemas Locales de Salud.** Editorial Universitaria. Panamá. 256 págs.
20. GUERRERO, R., GONZALEZ, C. y MEDINA, E. 1981 **Epidemiología.** 2ª Ed. Editorial Addison-Wesley Iberoamericana. Impreso en Estados Unidos. 218 págs.
21. GROSSE, R.N. 1985. **Asignación de Recursos en la Atención a la Salud en Salud Pública de México** Editorial Intersistemas, S.A. Impreso en México. Nov-Dic de 1985. 27 (6) : 540-545.
22. HERNÁNDEZ SAMPIERI, R., et. al. 1991. **Metodología de la Inves** Editora Mc Graw-Hill. Impreso en México. 505 págs.
23. HERNÁNDEZ T. F. ., CHACÓN, F. y OCHOA, J. 1990. **Administración**

- de Servicios de Salud: Una perspectiva sistemática** en Salud. 15 : 20. Impreso en Barranquilla-Colombia.
24. ISAZA NIETO, P. 1995. **La Reforma del Sector Salud** En Educación Médica y Salud, Julio-Dic de 1995. OPS/OMS, Programa de Publicaciones. Impreso en Washington. 29 (3-4) : 270-285.
  25. LAGE, A. 1995. **Los Desafíos del Desarrollo: La actividad científica como eje de la formación del personal de salud** En Educación Médica y Salud. OPS/OMS, Programa de Publicaciones. Impreso en Washington. Julio-Dic De 1995. 29 (3-4): 243-256.
  26. LILIENFELD, A. M. y LILIENFELD, D. E. 1982. **Fundamentos de Epidemiología.** 3ª. Ed. Fondo Educativo Interamericano, S.A. Impreso en Estados Unidos. 341 págs.
  27. LLERENA, C. y ARROYO, P. 1985. **Modelo de Atención Primaria a la Salud** En Salud Pública de México : Secretaria de Salud. Impreso en México. Nov-Dic. 1985. 27 (6) : 540-545..
  28. MENESES R., V. 1994. **Propuesta de Monitoreo y Evaluación de los Procesos de Educación Permanente y Evaluación del Desempeño.** Organización Panamericana de la Salud, OMS y PASCAP. 68 págs.
  29. MENESES R., V. 1997. **El Método Reflexión-Acción como Estrategia Participativa en el Desarrollo del Programa Municipio Siglo XXI.** Organización Panamericana de la Salud, OMS y PASCAP. 35 págs.
  30. Ministerio de Salud de Panamá. 1995. **Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud.** Organización Panamericana de la Salud y PASCAP. Impreso en Panamá por Poligráfica, S.A. Edición del MINSA de Panamá. 285 págs.
  31. Ministerio de Planificación y Política Económica. 1994. **Políticas Públicas para el Desarrollo Integral : Desarrollo social con Eficiencia Económica.** Impreso en Panamá. 24 págs.
  32. MORALES NOVAES, H. 1995. **Revisión Conceptual : ¿ Estarán preparados los Hospitales Latinoamericanos y del Caribe para la Reingeniería ?** En Educación Médica y Salud, Julio-Dic. De 1995. 29 (3-4) : 304-320. Organización Panamericana de la Salud y OMS, Programa de Publicaciones. Impreso en Washington.
  33. MORENO de RIVERA, A.L. 1995. **Desafío de Fin de Siglo : La Reforma y Modernización del Sistema Nacional de Salud de Panamá:** Mac Grafix. Ministerio de Salud de Panamá/Dirección de Comunicación para la Salud de Panamá. Impresiones. 21 págs.
  34. MORENO de RIVERA, A.L. 1997. **La Reforma y Modernización del Sistema**

- Nacional de Salud de Panamá : Avances en el Proceso.** Mac Grafix. Ministerio de Salud de Panamá. 52 págs.
35. OBREGÓN, S. y MONTILVA, L. 1990. **La Planificación Situacional en los Sistemas Locales de Salud** en los SILOS Conceptos-Métodos-Experiencias. (519) : 349-406. Organización Panamericana de la Salud . Impreso en Washington . 742 págs.
  36. PAGANINI, J. M. 1990. **Programación en los sistemas Locales de Salud.** Organización Panamericana de la Salud /OMS. Impreso en Washington. Publicación Científica (519) : 303-313.
  37. PAGANINI, J. M. 1995a. **Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria.** Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS. HSS/SILOS (30). Impreso en Washington. 101 págs.
  38. PAGANINI, J. M. 1995b. **Una Base Conceptual y Metodológica para el Desarrollo de los Municipios Saludables.** Organización Panamericana de la Salud/OMS/Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Impreso en Washington. 12 Págs.
  39. Programa de Políticas Públicas y Salud de la División de Salud y Desarrollo Humano en la Cumbre de las Américas. 1994. **La Reforma del Sector Salud en las Américas basado en el informe “Acceso Equitativo a los Servicios Básicos de Salud : hacia una Agenda Regional para la Reforma del Sector Salud”.** Impreso en Washington. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Febrero 1996. Año 75 , 120 (2) : 162-168.
  40. PURCALLAS, D. 1979. **Transformación Estratégica en Recursos Humanos en Salud.** OPS/OMS/PASCAP. Impreso en San José , Costa Rica. 312 págs
  41. QUINTANA, B., CAMPOS, F. y NOVICK, M. 1996. **Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud : Cambios y Oportunidades.** OPS/División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Impreso en Washington. 267 págs.
  42. Registro Médicos y Estadísticas. 1997. **Anuario Estadísticos .** Ministerio de Salud. Región de Colón. 154 págs.
  43. RITCHIE, J. E. 1994. **La Enseñanza de la Atención Primaria de Salud : Adaptación a las nuevas realidades** en Foro Mundial de la Salud. Impreso en Francia. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 15 (2) : 159-162.
  44. ROJAS , E. **Municipios Saludables en América Latina : Indicadores de Salud y**

- Bienestar** en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana . Febrero 1996. Año 75 , 120 (2) : 155-161. Impreso en Washington.
45. ROVERE, M. 1993. **Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud.** OPS/OMS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos (96). Impreso en Washington. 226 págs.
46. URIBER, F. J. 1990. **La Programación Local de Salud y la Necesidad de un Enfoque Estratégico** en SILOS Conceptos-Métodos Experiencias. Impreso en Washington. Organización Panamericana de la Salud. (519) : 407-418 .
47. VELASCO, M, A. **Racionalización del Costo de la Atención Médica** en Salud Pública de México. Editorial Intersistemas. Impreso en México. Mayo-Junio de 1986. 28 (3) : 250-257.
48. VUORI, H. **Las Múltiples facetas de la Calidad** en Revista Salud Mundial de la OMS. 1994. Impreso en Washington. Año 47 , Septiembre-Octubre (5) : 10-11.

## VI. GLOSARIO

1. **Acceso** : eliminación de barreras culturales , económicas, de comunicación, etc., para que la población llegue oportunamente al servicio que requiere.
2. **Acciones Sociales** : vienen dadas por los mecanismos y estrategias preventivas, reparativas y de promoción que buscan mantener la integridad y desarrollar la capacidad y potencialidades de las personas y grupos.
3. **Actividad**: todo lo que se pueda describir con verbos en la vida de la empresa.  
Conjunto de tareas elementales, realizadas por un individuo o un grupo.
4. **Actor Social** : es un individuo, grupo o institución, que actúa en representación de sus intereses con el propósito de realizarlos.
5. **Adaptarse** : responder a los cambios internos y externos, con el fin de conservar o mejorar la capacidad de desempeñarse bien.
6. **Atención Primaria en Salud** : es la asistencia sanitaria, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
7. **Calidad** : satisfacción óptima de quien demanda y oferta los servicios, expresada en participación consciente y afectiva en el proceso de producción social de salud.
8. **Calidad de Atención** : grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones, mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son

congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

9. **Cobertura de los Servicios de Salud** : es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de los servicios de salud que satisfaga las necesidades de toda la población.
10. **Coherencia interna y externa** : se refiere al nivel de articulación que tienen entre sí las operaciones de un mismo proyecto ( coherencia interna ) y del proyecto con respecto a otros en diseño o en ejecución ( coherencia externa ).
11. **Demanda** : es lo que la gente busca.
12. **Densidad de Población** : número de habitantes por kilómetro cuadrado.
13. **Desarrollo de la Salud** : consiste en la dirección que el conjunto de la sociedad le da a las acciones sociales para promover, mantener y mejorar la salud.
14. **Eficacia** : Incremento positivo de los indicadores de salud poblacional y ambiental. Está relacionado con la reducción de daños y con el control de factores de riesgo.
15. **Eficiencia** : máximo resultado posible que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinados.  
  
Técnica administrativa y financiera en el uso de los recursos disponibles en el sistema nacional de salud para alcanzar mayores niveles de salud integral posibles.
16. **Equidad** : es el derecho de la población a niveles óptimos de salud integral, y al acceso a los servicios de atención de su propia salud; y los de su ambiente natural y social.  
  
Es el principio fundamental e ineludible de justicia que debe orientar el proceso de transformación de los servicios de salud, en su doble dimensión de cantidad y calidad.

17. **Encuesta:** instrumento que permite la cuantificación de la opinión y refleja la opinión colectiva del grupo objetivo.
18. **Estrategias de ataque :** constituyen el modo o la forma como se ha de abordar los problemas de salud para alcanzar los objetivos de la meta social de los pueblos.
19. **Evaluación :** proceso a través del cual se emiten o infieren juicios, a partir de cierta información derivada directa e indirectamente de la realidad evaluada.
20. **Evaluación del contexto :** pretende ser un diagnóstico del área que delimita la problemática base, sobre la cual se establece la naturaleza del proyecto o programa, con el propósito de señalar los objetivos del mismo.
21. **Evaluación del insumo :** determina la disponibilidad y calidad de recursos necesarios, para analizar un proyecto o programa.
22. **Evaluación de proceso :** analiza los métodos y procedimientos del trabajo; así como una evaluación paralela a la ejecución, con la finalidad de proporcionar información para hacer correcciones en el camino.
23. **Evaluación del producto :** procura medir y analizar los logros con el fin de reciclar y readecuar elementos que han sido identificados como deficiente.
24. **Factibilidad :** se refiere a la posibilidad técnica de realización del proyecto.
25. **Factor inmutable :** los que sirven para definir subgrupos o poblaciones a las que las políticas de salud deben estar dirigidas.
26. **Factor Mutable :** se entiende a aquellos que pueden modificarse en corto plazo para influir sobre la utilización o satisfacción del usuario con la atención recibida.
27. **Factor de riesgo :** es todo aquel elemento de la realidad económica o servicio social cuya presencia o ausencia aumenta las probabilidades individuales o colectivas de

enfermar o morir por alguna patología. Categorías : biológicos, de ambiente, estilo de vida y sistemas de servicios de salud.

28. **Flexibilidad** : se refiere a la adaptación del modelo de atención a las variaciones epidemiológicas regionales y temporales.
29. **Gestión por actividades:** es un conjunto de técnicas que permiten estructurar las herramientas de medida y de ayuda a las decisiones sobre la base de las actividades y de los procesos.
30. **Ideales** : son los fines que se suponen inalcanzables, pero hacia los cuales se cree que es posible avanzar.
31. **Indicador** : es un dato que se aplica a una unidad de análisis ( individuo, familia, comunidad, país, etc. ) para medir o clasificar un fenómeno social o de salud, sea este muy concreto ; o relativamente abstracto.
32. **Indice de Masculinidad** : número de varones por cada 100 mujeres.
33. **Insumos** : elementos que entran al sistema e intervienen en el proceso para generar los productos
34. **Medio** : es algo que produce un resultado deseado o permite acercarse a él.
35. **Metas** : los fines que se espera alcanzar dentro del período cubierto por el plan.
36. **Misión** : es un propósito muy general que proporciona a todos los integrantes de una organización y a todas sus acciones un sentido de propósito.
37. **Modelo** : duplicación gráfica o simbólica de una realidad empírica o de una teoría científica.  
  
Instrumento material o conceptual para representar en forma simplificada, pero con el mayor grado de isomorfismo ( identidad con la realidad ) un sistema cualquiera.

38. **Momentos** : es una instancia, ocasión, circunstancia o coyuntura por la que atraviesa un proceso continuo o en “cadena” que no tiene comienzo ni término definido.
39. **Monitoreo** : considerado como una serie de actividades diseñada para el seguimiento de un programa o proyecto, relacionándolo con el pronóstico de lo esperado.
40. **Necesidad** : es lo que los expertos piensan que la gente debería tener.
41. **Nivel local** : escenario cultural, histórico, político, geográfico, y poblacional caracterizado por una dinámica particular de interacción de actores sociales internos y externos.
42. **Nivel Primario de Atención** : organización de los recursos humanos ( humanos, físicos y financieros ) en servicios básicos para la atención primaria que parten de la comunidad misma y son apoyados por otros niveles de mayor complejidad ( secundarios, terciarios, etc.)
43. **Norma de atención** : una sistematización de un conocimiento para ser aplicada a una situación concreta.
44. **Prevención Primaria** : acciones de promoción y protección específicas de la salud.
45. **Proceso**: conjunto e actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente.
- Conjunto de actividades destinadas a la consecución de un objetivo global, a una salida global, tanto material como inmaterial.
- Combinaciones de distintos modos de proceder, que permiten obtener un resultado material o inmaterial preciso.
46. **Objetivos** : los fines que se espera alcanzar sino hasta después del período para el que se planea, pero hacia los que si se puede avanzar dentro de este período.

47. **Opción estratégica** : conjunto de proposiciones coherentes que se consideran necesarias, eficaces, eficientes, factibles y viables como primera aproximación para llegar a una situación objetivo , partiendo de una situación inicial dada.
48. **Operacionalización** : es el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de los servicios de salud que satisfaga las necesidades de toda la población.
49. **Participación social** : en la cogestión de la salud se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.
50. **Problematización** : es el análisis conjunto de todos los participantes alrededor de un problema determinado del cual se obtienen posibles soluciones.
51. **Procedimientos** : procesos o secuencias que se utilizan para trabajar con una o varias técnicas en una situación determinada, con un grupo de participantes determinado, para lograr un objetivo específico.
52. **Programación** : es un proceso de discusión técnica sobre diversas propuestas alternativas de la adjudicación de recursos a problemas de salud.
53. **Recurso Humano** : persona que dentro de la sociedad han adquirido una capacitación específica y que asumen responsabilidades en la realización de actividades de salud, esten o no vinculados a instituciones del sector y son considerados como agentes sociales.
54. **Reforma del sector salud** : entendida como la realización de cambios profundos en el sector que apuntan a lograr una cobertura total de servicios de salud y si es posible de seguridad social a toda la población.

Es un proceso de cambios estructurales profundos en lo político, en lo técnico, y en lo administrativo, dirigida a lograr a mediano y a largo plazo la total cobertura de servicios de salud de la población de un país, utilizando para ello todos los recursos existentes, sean estos de carácter público, privado o mixto.

55. **Relación de Dependencia** : número de individuos o a cargo por cada 100 personas en edad activa.
56. **Relación Niños/ Mujeres** : número de niños menores de cinco años por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva.
57. **Rendimiento** : número de actividades que puede realizarse en una unidad de tiempo.
58. **Resultados de los servicios de atención** : son los cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente.
59. **Sistema** : conjunto de elementos interrelacionados , orientados a metas comunes.  
Es considerado como el conjunto de unidades o elementos que están activamente interrelacionados y que funcionan, en cierto sentido, como un organismo único. Todo sistema tiene una finalidad que cumplir y esto le da la razón de ser.
60. **Sistema nacional de salud** : agrupación o integración funcional de todos o la mayor parte de las instituciones de salud.
61. **Sistema de prestación** : se refiere a la forma de organizar la prestación para la potencial atención a los consumidores.

# **ANEXOS**

**Cuadro I. Valores Estadísticos del Pre y Post-Test.**

El promedio como punto de equilibrio de la distribución de datos no agrupados.

**FORMULA:**

$$\bar{X} = \frac{\sum (X_2 - X_1)}{N}$$

$\bar{X}$  = Promedio

$X_2 - X_1$  = Puntaje del post-test menos el pre-test

N = Número de personas que realizaron la prueba

$$\bar{X} = \frac{40}{25}$$

$$\bar{X} = 1.6$$

Obtenido el valor del promedio para la prueba , se aplica el Error Estándar (E.E) y luego buscamos la “ t “ de Student para determinar la significancia estadística.

$$E:E = \frac{\sum F (X_2 - X_1) - \bar{X}}{N (N - 1)}$$

$$= \frac{45.64}{600}$$

$$E:E = 0.276$$

Si la charla o capacitación no hubiera influido la diferencia sería de 0 por lo tanto:

$$T = \frac{\bar{X} - 0}{E.E} \quad T = 5.797$$

$$G.L = N - 1$$

$$25 - 1 = 24$$

t de investigación ----- t de tabla

$$5.797 > 1.7109$$

El valor t de la investigación es mayor que el de la tabla, para un nivel de significancia de 0.95 , lo que significa que si es estadísticamente significativa.

**Cuadro VI. POBLACIÓN POR LOCALIDAD, NÚMERO DE VIVIENDA, CON AGUA, CON DISPOSICIÓN DE EXCRETAS Y DISTANCIA MAYOR DE UNA HORA AL CENTRO DE SALUD EN EL DISTRITO DE PORTOBELLO, 1997.**

Lugar Poblado	No Habitantes	No de Vivienda	% Agua Pot.	% Disposición Excretas	Indicador de Postergación
<b>Total</b>	<b>6692</b>	<b>1828</b>	<b>78.5</b>	<b>77.5</b>	<b>-</b>
<b>I. Portobelo (cabecera)</b>	<b>3371</b>	<b>897</b>	<b>75</b>	<b>83</b>	
1. Alto de la Cruz +	142	32	58	88	0.55
2. Bajo Mesa +	32	5	0	100	0.37
3. Buenaventura	121	37	95	96	0.95
4. Buenaventura Afuera	101	37	78	83	0.80
5. Can Can +	53	15	73	100	0.65
6. El Guancho	280	70	87	89	0.88
7. El Valle de la Media Luna	26	6	0	80	0.40
8. Iguanita	98	38	90	100	0.95
9. La Escucha	98	25	100	100	1.00
10. Langosta	143	41	19	80	0.49
11. Maria Soto	95	26	70	95	0.40
12. Mechi +	63	16	100	100	0.75
13. Nvo. Tonosi	464	131	87	87	0.87
14. Peña Blanca	7	4	0	0	0
15. Portobelo	1105	295	97	75	0.86
16. Río Cascajal	5	4	0	0	0
17. Río Claro	21	4	67	67	0.67
18. Río Piedra	461	102	27	92	0.60
19. Río Piedra No2 +	36	8	0	0	0
20. Sta. Isabel	20	6	0	80	0.40
<b>II. Cacique</b>	<b>275</b>	<b>68</b>	<b>78</b>	<b>57</b>	
1. Cacique	142	37	73	65	0.69
2. José Pobre	12	4	67	83	0.75
3. José del Mar+	67	15	100	67	0.63
4. Mora +	19	3	67	67	0.50
5. Playa Blanca+	7	2	100	50	0.56
6. Playa Blanca Arriba +	12	3	100	100	0.75
7. Pueblo Nuevo	8	2	100	0	0.50
8. Villa Cortizo*	8	2	0	0	0
<b>III. Puerto Lindo</b>	<b>706</b>	<b>148</b>	<b>57</b>	<b>63</b>	
1. Ballestilla *	85	18	6	59	0.16
2. Cangue *	64	11	45	82	0.32
3. El Alto del Caimito	12	2	50	50	0.50
4. Puerto Lindo	219	46	85	54	0.69

5. Isla Cabra	3	2	0	100	0.50
6. Isla Mamey	8	2	50	100	0.75
7. La Gauchera+	57	13	85	100	0.69
8. La Jagua *	58	16	31	91	0.30
9. La Macana	26	7	0	100	0.50
10. Los Yunque	18	4	25	25	0.25
11. Puerto Nuevo +	37	6	0	33	0.12
12. San Antonio	119	21	100	95	0.97
<b>IV. Isla Grande</b>	<b>720</b>	<b>157</b>	<b>93</b>	<b>53</b>	
1. Caño Ciego	25	3	100	0	0.50
2. Isla Grande	235	49	96	43	0.69
3. Juan Gallego	182	43	93	60	0.76
4. La Guayra	194	42	95	43	0.69
5. San Antonio	84	20	80	90	0.85
<b>V. María Chiquita</b>	<b>1620</b>	<b>325</b>	<b>89</b>	<b>84</b>	
1. Coco Solo +	109	20	100	100	0.75
2. Las Mercedes+	467	79	92	87	0.67
3. María Chiquita	861	191	100	95	0.97
4. Portete	47	8	37	37	0.37
5. Río Brazo Chico *	9	1	100	100	0.50
6. Río Manga de Indio *	63	13	8	8	0.04
7. Río Pan de Azúcar *	17	6	0	0	0
8. Sierra Llorona*	47	7	14	14	0.07

**Fuente:** Censos de Población 1990.

**Nota:** % Agua Pot.: Porcentaje de Viviendas con Agua Potable.

% D.E : Porcentaje de Viviendas con Disposición Adecuada de Excretas.

\* > de 1 hora                    + 30 min a 1 hora

**PROGRAMA  
MUNICIPIO  
SIGLO XXI  
POR UN**

El Gobierno Nacional, a través de la Secretaría de Planeación y Desarrollo Económico, ha elaborado una estrategia de desarrollo que tiene como objetivo principal el bienestar de los habitantes del país. El desarrollo humano es el eje central de la política pública y debe ser el resultado de la acción concertada del gobierno y de la ciudadanía. El desarrollo humano es el resultado de la acción concertada del gobierno y de la ciudadanía. El desarrollo humano es el resultado de la acción concertada del gobierno y de la ciudadanía.

**DESARROLLO**

**HUMANO**

**SOSTENIBLE**



# INTRODUCCION

**E**l Gobierno Nacional, presidido por el Dr. Ernesto Pérez Balladares, ha definido en su Programa «Desarrollo Social con Eficiencia Económica» que el propósito fundamental de la gestión pública es el incremento de los niveles de desarrollo humano sostenible de todos y cada uno de los habitantes del territorio nacional. Se señala que esta misión central debe y tiene que realizarse con la concertación de todas las voluntades del gobierno y de la sociedad civil panameña. El logro del pacto social para el desarrollo humano sostenible se fundamenta en la participación social de todos los grupos humanos que conforman la nación.

El esfuerzo nacional de «concertación para el desarrollo» tiene expresiones generales, en las políticas públicas de orden económico, social, cultural y propiamente políticas y expresiones locales ligadas al fortalecimiento de la descentralización del Estado Nacional.

El Programa Municipio Siglo XXI: Por un Desarrollo Humano Sostenible, está dirigido a traducir, a nivel local, las «políticas públicas para el desarrollo integral, desarrollo social con eficiencia económica» definidas por el gobierno nacional. El programa conjuga los esfuerzos del gobierno y de la sociedad civil en el espacio-población denominado municipio. La filosofía central de trabajo es la participación social: La unión de las

## ANTECEDENTES

**L**a municipalidad panameña nace con la República, constituyendo la base organizativa del Estado. A lo largo del Siglo XX los municipios han confrontado debilidades y fortalezas en su función de promoción del bienestar de la población en sus respectivas jurisdicciones. Limitaciones administrativas, financieras, técnicas han frenado su desarrollo integral, generando dependencia del gobierno central y de las fuerzas económicas, sociales y políticas de cada momento histórico.

Las primeras décadas del Siglo XX y debido al modelo de desarrollo nacional, se favoreció el desarrollo de los municipios ubicados en la zona interoceánica y posteriormente, en los años 50 y 60 se incrementa el desarrollo de algunos municipios en las cabeceras de provincia.

Los años 70 significaron crecimiento y desarrollo de las municipalidades debido a la creación y aprobación de la ley del poder popular que dió origen a la Asamblea de Representantes de Corregimientos y a la elección de Representantes en cada uno de los 505 corregimientos de la República, conformando a su vez los Consejos Municipales y los Consejos Provinciales de Coordinación. Además del marco legal institucional, durante la década de los setenta (70) se crearon instituciones y programas de soporte y apoyo para la promoción de la organización y concientización comunitaria.

*Municipio Siglo XXI*, se fundamenta como modelo de desarrollo local en la experiencia y la innovación.

En otro conjunto de esfuerzos institucionales y de políticas sociales, el Ministerio de Salud inició en abril de 1995 con la Reunion Nacional de Alcaldes realizada en la ciudad de Santiago de Veraguas, el movimiento Municipios Saludables, experiencia que abrió camino al concepto Municipio Siglo XXI.

Hoy día, el Programa Municipio Siglo XXI, es una de las iniciativas de las Políticas Sociales del Gabinete Social y del Gobierno Nacional. La Primera Dama de la República, Licda. Dora Boyd de Pérez Balladares, encabeza este Programa, como propulsora y Coordinadora Nacional en toda la república,

A finales de los años '70 y comienzo de los '80, se ejecutaron magnos programas de desarrollo regional (Desarrollo Rural Integrado), cuyos resultados se diluyeron, en gran parte por lo vasto de su cobertura.

La búsqueda de una real participación social, que es el sustento de una democracia representativa, llevó a que varias entidades gubernamentales iniciaran acciones dirigidas a fortalecer las células administrativas más cercanas a la realidad comunitaria: Los municipios. Estas iniciativas fueron realizadas en forma desarticulada y divorciadas de un plan integrador, lo que impide lograr un impacto efectivo y utilizar eficientemente los recursos.

Esta situación ha motivado que el Excelentísimo Señor Presidente de la República promueva, a través del Despacho de la Primera Dama y el Gabinete Social, la ejecución de un Plan Integral para los Municipios del país, escogiéndose, en primera instancia y como modelo a 13 de éstos, reponsabilizando a diferentes instituciones estatales del acompañamiento de cada uno de ellos, en lo que se ha denominado «PROGRAMA MUNICIPIO SIGLO XXI».

crecimiento, sobre todo el propio Canal, el oleoducto y las bases militares estadounidenses: estas últimas desaparecerán en el transcurso del presente quinquenio.

La economía panameña es poco competitiva internacionalmente. Nuestros costos de producción le impiden exportar a la mayoría de nuestras industrias manufactureras y buena parte de las agropecuarias, lo que incide en el presupuesto nacional afectando también la disponibilidad de servicios sociales a la población.

Aunque los indicadores generales de salud son comparativamente buenos en términos internacionales, existe un deterioro respecto a años anteriores. Esta situación se hace evidente en algunos corregimientos que no logran satisfacer sus necesidades básicas, principalmente en materia de disponibilidad de agua potable, disposición de desechos sólidos y nutrición.

Los indicadores disponibles muestran que la calidad de nuestra educación es muy pobre y en ninguna forma califica a la juventud del país a participar en el mundo moderno. Lamentablemente, estos problemas existen en todos los niveles de la educación formal.

Prevalece una baja autoestima de la identidad nacional y una subvaloración del ambiente natural y cultural, así como una proliferación de manifestaciones artísticas y culturales foráneas. Existe una escasa participación social, un sentido de dependencia, una competencia cívica hostil, un desconocimiento de los derechos y deberes humanos, un mal uso de la libertad y discriminación humana; aspectos estos que se agregan a los problemas ya mencionados, pero que son realmente parte importante de las causas.

La Política de Desarrollo Social con Eficiencia Económica, además de identificar los problemas propios de la desarticulación de los componentes del desarrollo, resalta la pobreza, el malestar social y la inseguridad ciudadana. Esto obliga a la revisión y reformulación de las políticas públicas para el Desarrollo Humano Integral, mediante la articulación

## OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Promover un sistema educativo que lleve a la formación integral de hombres y mujeres del distrito y/o corregimiento.
- 2.- Ampliar la accesibilidad, cobertura y calidad de la prestación de los servicios de salud a la población y el ambiente.
- 3.- Aumentar la productividad, empleo e ingresos de las familias del distrito, orientadas fundamentalmente a la autogestión.
- 4.- Incrementar la disponibilidad de alimentos esenciales, la educación alimentaria nutricional, con el propósito de mejorar la situación nutricional de la población en general.
- 5.- Dotar de servicios básicos necesarios tales como: Agua, vías de comunicación, luz, teléfono, disposición de desechos sólidos y excretas a las comunidades con limitadas coberturas.
- 6.- Fomentar la formulación de estilos de vida saludable.
- 7.- Mejorar y hacer accesible las viviendas.
- 8.- Fomentar proyectos de autogestión en los distritos y/o corregimientos.
- 9.- Promover la participación y organización comunitaria en el proceso de desarrollo integral mediante la formulación de un Plan de Desarrollo Municipal Integral.
- 10.- Impulsar mayor integración de los sectores públicos, privados, ONGs, y sociedad civil en el desarrollo del Municipio.
- 11.- Incrementar la coordinación intersectorial e institucional a nivel del distrito y/o corregimientos.

## II. LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS DE MUNICIPIO SIGLO XXI

El principio estratégico básico de los Municipios Siglos XXI es considerar al ser humano como eje central y fin esencial del desarrollo.

El Programa promueve una cultura de paz y dignificación del ser humano impulsando un pacto social de todas las fuerzas y actores municipales rescatando y fortaleciendo las estructuras locales de participación humana.

Por otra parte, es escenario adecuado para impulsar y desarrollar la descentralización de las acciones gubernamentales con una participación activa y coordinada de las instituciones, fortaleciendo los valores y principios de la democracia participativa. De igual manera, promueve el desarrollo de una estrategia para mejorar la productividad y la competitividad del municipio potencializando los recursos existentes.

Un elemento importante del programa es la búsqueda de las raíces históricas y culturales del Municipio con el propósito de afianzar la identidad local y nacional.

• En lo político:

- Solidario, respetuoso de los derechos humanos, facilitador de los deberes humanos, con acceso a la justicia, democrático, participativo, sin discriminación humana.

### 3. COMPONENTES:

El logro de tal propósito se realizará a través de los siguientes componentes:

1- Modernización del Régimen Municipal, cuyas actividades estarían dirigidas a actualizar y adecuar el marco jurídico, así como el fortalecimiento y modernización de las estructuras e instituciones municipales para el desarrollo de una gestión descentralizada, racional y eficiente.

2- Promoción y organización comunitaria, con actividades dirigidas a promover el desarrollo de planes e iniciativas municipales, la concertación y coordinación de esfuerzos comunitarios y facilitar la organización comunitaria, a través de diversas formas sean estas Comités, Asociaciones, Cooperativas, Clubes.

3- Gestión de Proyectos Municipales, dirigido a desarrollar la capacidad de auto-gestión de acciones planificadas, para el desarrollo integral de los Municipios. Ello implica realizar actividades de planificación, capacitación, negociación, gerencia y evaluación de proyectos en base al análisis situacional o diagnóstico de situación de cada localidad.

4- Articulación de los recursos gubernamentales, dirigido a movilizar de manera racional, coordinada y eficiente el apoyo de recursos técnicos y financieros de las Instituciones gubernamentales a Nivel Central, Regional y Municipal.

### III. METODOLOGIA DE ORGANIZACION Y EJECUCION DEL PROGRAMA

La organización y ejecución del Programa Municipio Siglo XXI, parte del principio de mantener la coherencia en el funcionamiento y organización del gobierno local municipal de manera que el Programa no se constituya en una forma paralela de gestión local, sino más bien de complementariedad y de dinamización de la gestión local de manera participativa y solidaria entre las instituciones y la gente a fin de alcanzar el propósito principal de desarrollo humano integral y sostenible de los municipios.

Lo anterior facilita que cada institución gubernamental según su representación a nivel municipal/corregimiento pueda adecuar sus estructuras y procesos administrativos en base a la negociación y consensuación *con y en el municipio*, para acompañar a los representantes locales del programa en el proceso de organizar y ejecutar sus acciones en base a la definición de prioridades, la gestión y ejecución de proyectos, y la evaluación de los mismos.

En instancias de coordinación y operativización las siguientes instituciones gubernamentales con sus respectivos planes de desarrollo local; estas situaciones están representadas en la Comisión Multisectorial coordinadas por el Despacho de la Primera Dama, lo que no excluye la integración de las entidades estatales según se demande durante el desarrollo del Programa a las necesidades locales.

No obstante esto, la metodología requiere de la sistematización del proceso de gestión local en base a:

- La realización del diagnóstico situacional que caracterice de manera integral a la gente y su ambiente.
- La definición de los principales problemas poblacionales/ambientales.
- La priorización de los problemas de acuerdo a criterios y valores ponderados en base al marco lógico como instrumento metodológico
- El análisis de la factibilidad y sostenibilidad de los proyectos seleccionados en primera instancia para financiamiento a través de fondos regulares del estado, proyectos de las instituciones gubernamentales y de otros recursos disponibles a nivel nacional.
- La conformación de un Banco de Proyectos a nivel de cada municipio para la búsqueda de financiamiento vía donantes y/o organismos internacionales.
- Garantizar la asistencia técnica nacional e internacional necesaria para la operativización y ejecución de los proyectos locales con eficiencia y efectividad, a fin de lograr calidad, equidad e impacto de la realización de las acciones de los proyectos.
- Mantener a través de las instancias de coordinación gubernamentales y comunitarias una estrecha relación y comunicación entre los mismos y con los organismos internacionales que apoyen el Programa; a fin de acompañar el proceso de ejecución local de los proyectos de acuerdo a las intervenciones previstas mediante la elaboración de planes operativos para los mismos y del propio Programa de Municipio Siglo XXI.

Cada actor del Programa requerirá de información actualizada y consistente para sus intervenciones y para requerir la asistencia técnica necesaria a nivel nacional y municipal; por tanto, debe diseñarse y establecerse un grupo de indicadores de proceso, impacto y administrativos que incorporen las variables requeridas tanto por las instituciones como por el propio municipio; este sistema debe ser estructurado de tal forma que permita la desagregación de datos según los niveles organizativos que realizarán el análisis de los mismos para la adecuación de las acciones según el resultado de la evaluación.

Los diferentes comités y comisiones del Programa deberán realizar supervisiones conjuntas y de manera individual con el objetivo de realizar controles capacitantes en los niveles locales; estas acciones deben evitar la ingerencia en las decisiones locales conforme a la política de descentralización nacional, más bien deben constituirse en facilitadores del desarrollo del programa.

La formación de los equipos de monitoreo y evaluación deberá contar con la participación de los representantes de la propia comunidad, estos grupos serán debidamente capacitados para estas funciones, de manera tal que trimestralmente la coordinación nacional y los diferentes actores puedan estar informado de los avances, limitaciones, necesidades y logros inmediatos u mediatos alcanzados en el territorio.

Lo anterior generará informes periódicos que contribuirán a orientar las acciones a nivel nacional y local y sistematizar las experiencias para la extensión gradual del Programa a los otros municipios del país que aun no participan en el Programa Municipio Siglo XXI.

## ELEMENTOS BASICOS PARA LA CONSTRUCCION DEL EQUIPO DE SALUD

### *Objetivo Específico*

*Valorar críticamente el trabajo en equipo como forma estratégica de gestión en los servicios de salud.*

#### *1. Lectura Base: La conformación de los grupos humanos*

##### *a. El individuo y la sociedad*

*Con frecuencia, para el ciudadano común, la sociedad en que vivimos aparece como algo dado, que sigue un derrotero preestablecido. En este camino, las personas, los grupos y las instituciones actúan de una determinada manera, de conformidad con ciertas leyes y procedimientos. Todo parece estar organizado y ser imposible de cambiar. La expresión no hay nada que hacer o la vida es así, recoge muy bien la percepción de muchas personas acerca del acontecer social. En ese sentido, lo que cabe es conformarse o adecuarse a lo existente, ya que las posibilidades de cambiar las cosas son prácticamente nulas.*

*Esta creencia revela que el ciudadano común no alcanza a concebir la sociedad y el ambiente en que le toca actuar, como el resultado de un determinado proceso de desarrollo histórico, consecuencia de formas de relacionamiento e interacción entre los seres humanos, que cambian de una época histórica a otra, o incluso, que son diferentes entre una u otra sociedad. Revela que ese ciudadano no se concibe como constructor de su entorno social e institucional, el cual puede modificar si se lo propone. Reflexionemos en torno a ¿Qué posición ocupa cada uno de nosotros en ese ambiente social o institucional y de qué manera nos relacionamos en esos ambientes con nuestros semejantes? ¿Qué cuota de responsabilidad individual y colectiva nos cabe frente a la situación social e institucional en que vivimos? Finalmente, ¿Es posible cambiar la realidad social e institucional en que vivimos?*

*Cotidianamente nos damos cuenta que lo que queremos y podemos hacer está limitado por nuestra realidad social e institucional más inmediata y, en consecuencia, adoptamos una actitud pasiva frente a lo que acontece a nuestro alrededor. Para poder explicarnos este comportamiento y creer que es posible avanzar colectivamente hacia la superación de las dificultades que a diario enfrentamos en nuestro trabajo y en nuestra vida en general, es esencial comprender el concepto de socialización.*

### **b. El proceso de socialización**

*Socialización es el concepto que se utiliza en las ciencias sociales para explicar el proceso que atraviesan todos los seres humanos para integrarse como personas a la sociedad. Para Salvador Giner, socialización es el proceso mediante el cual*

*"un individuo es absorbido o incorporado a una sociedad gracias a un ejercicio de aprendizaje de valores, imágenes, y normas de conducta" (9).*

*Ese proceso conlleva la aceptación por parte de los individuos del ambiente social en que les ha tocado vivir, de sus normas de conducta, creencias, costumbres, leyes, instituciones y práctica.*

*Más recientemente, Martín-Baró considera que a diferencia de esta clase de concepciones, hay otras posiciones que enfatizan la necesidad e interés del individuo que precisa adquirir aquellas habilidades necesarias para adaptarse y progresar en una determinada sociedad. Al incorporar varios argumentos, sugiere entonces, entender la socialización como*

*"...aquellos procesos psicosociales en los que el individuo se desarrolla históricamente como persona y como miembro de una sociedad" (10).*

***Por tanto, esta concepción implica que la socialización es un proceso de desarrollo histórico, donde simultáneamente ocurren procesos de construcción de la identidad personal y social.***

*Este largo proceso de socialización por el que atraviesa todo individuo, es el que le permite convivir con otros seres humanos y de esta manera, hacer posible la necesaria cohesión e integración de la sociedad, para que ésta funcione de acuerdo con los valores y normas socialmente aceptados.*

(9) Giner S. Sociología, 1976. Pág. 56. Citado por Manuel Solís, El Individuo y la Sociedad, 1985. Pág.3

(10) Martín-Baró I. Acción e Ideología. Psicología social desde Centroamérica. 1990. San Salvador, UCA Editores. Pág.-115.

Este paulatino proceso de incorporación/identificación/adaptación social, se presenta para cada ser humano como un proceso natural e inevitable, tanto en su forma como en su contenido. Lo que usualmente se nos propone es integrarnos a la vida social, participar en diferentes grupos, y aprehender las normas y procedimientos vigentes en cada uno de ellos. Sin embargo, la participación de cada uno de nosotros en diferentes grupos es uno de los aspectos que nos permite, a la vez, irnos diferenciando unos de otros e ir construyendo nuestra propia identidad social, es decir, nuestra manera de vivir y entender el mundo en que vivimos. En ese sentido la incorporación de cada uno de nosotros a diferentes grupos (familiares, educativos, laborales, entre otros) conlleva la aceptación de determinadas normas y conductas que el grupo define; por otro lado, constituye la posibilidad de iniciar un proceso de diferenciación a partir del cual podemos definir nuestra identidad como personas.

La aceptación de una persona en un grupo, cualesquiera que éste sea, conlleva un proceso de identificación/aceptación de las reglas del grupo, lo cual, en alguna medida significa que la persona sacrifica parte de su individualidad. Sin embargo, los miembros del grupo pueden construir nuevos referentes comunes con los cuales llegar a identificarse, al rescatar sus propios proyectos de vida dentro de un proceso social más amplio.

La articulación del proyecto colectivo del grupo con el individual de cada uno de sus miembros, debe ser la meta por alcanzar de cualquier grupo. El trabajo en equipo es, en ese sentido, un elemento fundamental en el logro de esa meta.

Obviamente, en este proceso de inserción grupal intervienen múltiples factores psicosociales que a la postre son los que definen el carácter del grupo y el de sus miembros. La consideración de este aspecto resulta esencial para entender la dinámica de funcionamiento de los grupos, como veremos más adelante.

Pero, ¿cuándo podemos hablar propiamente de la existencia de un grupo? Podemos hablar de la existencia de un grupo, solamente cuando las acciones de un determinado número de individuos se orientan hacia un objetivo común.

Los niños que asisten a una escuela constituyen un grupo en la medida en que desarrollan una actividad común y, con tal propósito, sostienen relaciones que pueden ser formales o informales. El conjunto de trabajadores que presta servicios en la consulta externa de cualquier hospital o clínica, tiene como objetivo común responder a las demandas de atención de su zona de influencia y para tal fin se organizan y relacionan de determinada manera.

De lo anterior se deduce que un simple conglomerado de personas en una plaza pública no constituye un grupo, en tanto no desarrollen una actividad orientada hacia un objetivo común y no se produce relación alguna entre ellas.

Es indudable que conforme las sociedades han ido complejizándose más, la categoría grupo y la pertenencia a diversos grupos, ha adquirido una importancia cada vez mayor para los individuos como medio de socialización.

*Los grupos de mayor trascendencia en la vida de cada persona, son los que se configuran en torno a los procesos de trabajo de que forma parte.*

## *2. Lectura Base: Los equipos de trabajo*

*El trabajo como actividad humana, es tan antiguo como el ser humano mismo y es parte orgánica de la vida cotidiana"(11). Para reproducirse a sí mismo, los hombres y las mujeres deben efectuar un trabajo, éste es necesario para el mantenimiento de la especie. En ese sentido, el trabajo es parte orgánica de lo cotidiano y sin él no es posible mantenerse con vida. A partir del trabajo, se ordenan las otras actividades de la vida cotidiana (familiares, recreativas, entre otras).*

*De lo expuesto se deduce que el trabajo es esencial para la existencia y el pleno desarrollo de la especie humana. Empero desde hace ya mucho tiempo, el trabajo se ha ido convirtiendo en un medio de subsistencia y cada vez menos en fuente de placer y realización.*

*Para muchas personas, trabajo es ganarse el pan de cada día, con lo cual éste queda reducido a su más elemental sentido para el ser humano (12).*

*Cuando esto ocurre, estamos frente a lo que algunos autores han denominado como trabajo alienado, es decir, actividad destinada únicamente a asegurar la supervivencia humana.*

### *a. Los grupos de trabajo*

*Hoy más que nunca en la historia de la humanidad, el trabajo es desarrollado por una infinidad de grupos. Veamos algunos ejemplos:*

*Si nosotros vamos de compras a una tienda de ropa o de comestibles, de inmediato podemos observar que hay un determinado número de empleados dispuestos a atendernos. Ese conjunto de trabajadores cumple una función o tarea que es común a todos ellos, y que por consiguiente, los constituye en un grupo de trabajo, por saber: un grupo de vendedores.*

(11). Heller A. *Sociología de la vida cotidiana*; 1977. Barcelona, Ediciones Península. 1977. Pág. 70.

(12). Heller A. *Op.cit.* Pág.124.

Cuando llegamos a una institución bancaria, nos encontramos que hay un conjunto de ventanillas en las cuales se pueden realizar diferentes tipos de operaciones (cambio de cheque, compra de un certificado, cancelación de una deuda, depósito de dinero y otros). Este personal constituye un grupo de trabajo en tanto lleva a cabo una función común de servicio a sus clientes.

En el campo de la salud, con frecuencia nos encontramos con muy diversos grupos de trabajo: un grupo de profesionales de la salud se preocupa por diagnosticar y tratar médicamente al paciente, otro grupo se encarga de suministrarle la alimentación requerida, otro realiza la labor de limpieza, entre otros grupos. Como vemos, se trata de diferentes grupos de trabajo que tienen una misión que es común (cuidado y recuperación del paciente), pero que desarrollan procesos de trabajo diferentes.

Los grupos enfrentan muchos problemas para poder desarrollar su trabajo de la manera más exitosa posible. Con frecuencia notamos que existen conflictos entre uno y otro trabajador de un mismo grupo, escuchamos quejas de falta de colaboración de los otros compañeros de labores, hay problemas de motivación y la coordinación entre uno y otro proceso de trabajo no se desarrolla como debiera.

¿Donde está la raíz del problema? Desde principios del presente siglo, la producción y el trabajo se organizaron a partir de los llamados principios tayloristas. Estos parten del interés en aumentar la productividad del trabajo a través de la introducción de una disciplina férrea y el otorgamiento de incentivos a los trabajadores. La propuesta de Frederick Taylor, consistió en trasladar el conocimiento de la organización de los procesos de trabajo que detentaban los trabajadores, a la gerencia, para que desde allí se pudiera planificar el trabajo con mucho mayor detalle. Esta planificación permitiría la fragmentación del trabajo, la especialización de los trabajadores y el establecimiento de jerarquías que aseguraran un control sobre la producción. Desde entonces, la organización del trabajo se ha vuelto cada vez más un proceso fragmentado en múltiples tareas que desarrollan diferentes grupos de trabajadores, con muy poco o ningún contacto entre sí. Cada trabajador o grupo de trabajadores se preocupa a lo sumo por cumplir con la tarea que se le encomendó sin importarle muchas veces que pasa a su lado, o sin saber a ciencia cierta el destino final de su trabajo. Esta forma de organización de la producción y del trabajo se hizo extensivo a todo el mundo laboral, público y privado.

Este tipo de organización de la producción y del trabajo empezó a principios de los años sesenta a mostrar algunas debilidades, entre otras: elevado ausentismo de los trabajadores, falta de motivación, pérdida de eficiencia en el cumplimiento de sus labores, burocracia excesiva y conflictos entre los mismos trabajadores. El sector

salud no ha sido la excepción, por lo contrario, a diario leemos en los periódicos que el personal se queja por la diversidad de problemas que deben enfrentar para cumplir con su trabajo.

Claro está que todos los problemas que enfrenta el sector salud no se explican por la forma en que está organizado el trabajo. Se sabe que el recorte en los presupuestos, la disminución de personal y la reorientación de las políticas de salud en el marco de las políticas de ajuste estructural, constituyen una fuente importante del agravamiento de los problemas en los sistemas de salud.

Sin embargo, algunos de estos problemas guardan una estrecha relación con la forma misma en que están organizados los servicios de salud: la planificación se da de manera aislada de la administración de los servicios, de los procesos técnicos y de la propia capacitación del personal de salud (13).

Lo anterior ha planteado la necesidad de revisar críticamente la manera en que está organizado el trabajo en los servicios de salud.

#### *b. De los grupos de trabajo a los equipos de trabajo*

Existen diferencias importantes entre el accionar de un grupo de trabajo y el de un equipo de trabajo. En el primer caso se trata esencialmente de un conjunto de personas, a las cuales se les ha asignado una tarea o función común, la cual no necesariamente el grupo logra desempeñar de manera conjunta o integrada. En el mejor de los casos, se logra una buena coordinación disciplinaria o programática, que hace posible cumplir formalmente con la tarea asignada a cada uno y al conjunto de trabajadores.

Por el contrario, cuando hablamos de trabajo en equipo, estamos pensando en un proceso continuo de elaboración, confrontación, discusión, resolución de conflictos y desarrollo de procesos conjuntos de trabajo. En este proceso, se construye un esquema referencial común explicativo que, a partir de una perspectiva interdisciplinaria, permite al equipo organizar una forma diferente de actuar frente a las demandas de la institución y de la realidad socioepidemiológica.

En ese sentido, el trabajo de equipo no se logra por el actuar espontáneo de un grupo, es consecuencia de la acción conciente de todos sus miembros para lograr este objetivo.

(13). Purcallas D. La Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud como Estrategia de Desarrollo de la Calidad del Proceso de Trabajo, 1994. San José. Pág. 10.

*La búsqueda de cohesión del equipo no es el fin de un grupo de trabajo, su fin está en el cumplimiento de la tarea propuesta. En nuestro caso específico, el desarrollo del proceso de trabajo se plantea como un requisito en el logro de la misión del Equipo de Salud, cual es, contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población.*

*El trabajo en equipo tiene propósitos, recursos y conflictos que deben ser estudiados y atendidos, a medida que hacen su aparición en el grupo mismo. Su examen se efectuará en relación con la tarea y en función de los objetivos propuestos (más adelante se proponen algunas categorías que pueden servir de guía para ese análisis).*

*En esta propuesta se parte de reconocer que cualquier grupo de trabajo que exista en el sector salud y que desarrolla un proceso de trabajo común, tiene en sus manos la posibilidad de construirse en equipo de trabajo.*

### *3. Lectura Base: Aspectos esenciales para la construcción de equipos de trabajo.*

*Hemos dicho que cada ser humano participa en mayor o menor medida en varios grupos. Sin embargo, difícilmente la experiencia de participar en un grupo es igual a otras experiencias grupales. Cada una de ellas ofrece posibilidades distintas a la creatividad, a la iniciativa personal, al trabajo colectivo, al logro de los objetivos, a la identificación como grupo. Ahora nos ocuparemos de cuatro aspectos cruciales en el proceso de constitución de un grupo en equipo de trabajo: la toma de decisiones, la creatividad, la heterogeneidad y la consideración del contexto institucional.*

#### *a. Las decisiones en un equipo de trabajo*

*Con suma frecuencia, los grupos se ven enfrentados al desafío de tener que tomar una decisión que afectará tanto al grupo mismo como a cada uno de sus integrantes. Los miembros de un grupo desean estar de acuerdo con la decisión que se adopte, pero también desean que su opinión sea tomada en cuenta. Para ello, los miembros discuten sobre un tópico de interés hasta llegar a algún acuerdo. En la medida en que el grupo no funcione como equipo, existe la posibilidad de que sus miembros no se sientan representados en la decisión final y, en consecuencia, no alcancen a identificarse con ella y a trabajar en su consecución. Otra posibilidad podría ser que solamente unos cuantos miembros (sean la mayoría o no) del grupo se sientan representados en la decisión final, mientras que otros aceptan la decisión aunque no la comparten, por presión, por temor a aislarse, o a provocar un conflicto que no desean.*

*En cualquiera de los casos comentados, es probable que con el tiempo surjan conflictos de tipo laboral (insatisfacción, en falta*

interés, descoordinación, entre otros) que afectarán inevitablemente el desempeño del personal de salud y la calidad de los servicios prestados.

La medida en que un grupo de trabajo funcione como un equipo de salud, estos problemas pueden tratarse y resolverse de una manera más favorable. En ese sentido, la cuestión no radica en que existan varias opiniones en un grupo, por el contrario, la condición "sine qua non" para el funcionamiento de un grupo, tal y como señala Moscovici es la diversidad:

"Si no existe diversidad y por consiguiente, conflicto, tampoco hay necesidad de elegir y decidir" (14).

Si en un grupo no hay necesidad de elegir y decidir, entonces no existe un Equipo.

El funcionamiento como equipo, capacita al grupo a enfrentar de una manera más favorable las diferencias y a convertirlas en un factor de crecimiento y desarrollo del Equipo y de cada uno de sus miembros.

Como consecuencia, un Equipo de Trabajo debe ofrecer a todos sus miembros la posibilidad de expresar libremente su punto de vista sobre el tema en discusión y buscar que la decisión final presente la opinión de todos. Con ello se asegura la cohesión necesaria para su adecuado funcionamiento y se evita el surgimiento de conflictos innecesarios que atentan contra la integración del grupo.

Moscovici propone algunas ideas que pueden contribuir a mejorar la toma de decisiones en un grupo, con miras a su fortalecimiento:

Las diferencias de opinión son naturales y previsibles. Hay que tomarlas en serio. Debemos buscarlas, provocarlas si es preciso, haciendo que cada individuo participe en el trabajo de discusión y decisión. Los desacuerdos pueden ayudar al grupo para que tome su decisión, ya que al hacer intervenir una mayor gama de juicios y opiniones, aumentan las posibilidades de encontrar argumentos nuevos y soluciones válidas en las que no se pensaba en un principio.

Deben abolirse las técnicas que reducen el conflicto, como los promedios, los votos mayoritarios, las reglas de procedimiento, los tiempos impuestos, etcétera.

Hay que hacer todo lo posible para dar a cada individuo la posibilidad de defender su punto de vista con firmeza. Hay que evitar hacer concesiones únicamente para evitar el conflicto y lograr el acuerdo y la armonía. Cuando se llegue a un acuerdo con demasiada rapidez o facilidad, hay que estar alerta. Sólo debemos ceder ante posiciones que hayan sido objeto de una discusión y examen crítico.

4). Moscovici S. Psicología Social. Influencia y cambio de actitudes, individuos y grupos, 1991. Pág. 266.

No debemos recurrir a los estereotipos, a las soluciones prefabricadas y no debemos utilizar argumentos de autoridad. Debemos escuchar y observar las reacciones de los otros miembros del grupo, considerándolas atentamente antes de formular nuestra opinión de forma formal" (15).

En síntesis, las diferencias en relación con las decisiones que se habrán de tomar en grupo, lejos de ser un aspecto negativo, ayudan a éste a crecer y tomar la decisión más indicada. Por ello las diferencias deben ser bienvenidas y debemos estar preparados para saber enfrentarlas y canalizarlas positivamente.

*b. La creatividad en un equipo de trabajo*

Se entiende por creatividad "al proceso mediante el cual un individuo o un grupo, situado en una situación determinada, elabora un producto nuevo u original, adaptado a las coacciones y finalidad de la situación" (16).

Claude Abric ha señalado que la creatividad es una aptitud que está presente en todas las personas y que el proceso creativo puede ser enseñado y desarrollado por un sin número de personas. A esta idea se puede agregar la afirmación de Osborn que el grupo, en determinadas condiciones, puede favorecer la creatividad (17).

Algunos estudios han demostrado que las personas integradas en grupos son capaces de asumir riesgos, tomar decisiones y proponer ideas novedosas, que difícilmente harían de manera individual.

Con frecuencia a muchos de nosotros se nos viene a la mente una idea que rápidamente desechamos porque consideramos que es imposible llevarla a cabo o que ésta no tendrá la acogida necesaria entre los compañeros. Pues bien, el trabajo en grupo puede ser un ambiente muy favorable en el cual podemos exponer nuestras ideas o puntos de vista sobre determinado aspecto que nos preocupa. El grupo, luego de escuchar nuestra idea, puede señalarnos problemas que nosotros no habíamos alcanzado a avizorar, o puede no sólo acogerla sino que también enriquecerla y hacer lo necesario para ponerla en práctica. Es en ese sentido que el grupo puede constituirse en un espacio creativo, en el cual estamos dispuestos a asumir colectivamente riesgos y a tomar decisiones.

(15) Moscovici S. Op. cit. Pág. 276.

(16) Abric C. La Creatividad de los Grupos. En: Moscovici, Op. cit. Pág. 237

(17) Citado por Moscovici Op. cit. Pág. 238.

### c. *La heterogeneidad en un equipo de trabajo*

*La heterogeneidad del grupo es vista muchas veces como un problema para su adecuado funcionamiento e integración. Se afirma que si los integrantes de un grupo pertenecen a diferentes disciplinas o desempeñan labores muy distintas, esto puede constituirse en fuente constante de bloqueos, en problemas de comunicación, y en discrepancias entre sus miembros, todo lo cual le puede impedir desarrollar un trabajo como equipo de manera eficaz.*

*Sin embargo, algunas experiencias demuestran que con frecuencia, la heterogeneidad constituye un requisito para el crecimiento de un equipo y es fuente potencial de creatividad, si se logran manejar adecuadamente las diferencias existentes entre los miembros del grupo.*

*En la medida en que se entienda que el grupo tiene una razón de ser con base en su misión en el desarrollo de los servicios de salud, tome conciencia de las diferencias existentes y las analice colectivamente, podrá empezar a encontrar formas de superarlas y de procesar creativamente el aporte de cada uno de sus miembros.*

*En ese sentido, la ansiedad que suele acompañar a los miembros de un grupo cuando deben enfrentar las diferencias para llegar a tomar una decisión, es también un elemento que refuerza su crecimiento y una característica en el proceso de construcción en equipo de trabajo.*

### d. *El contexto institucional*

*Un aspecto que incide fuertemente en el proceso de crecimiento de un grupo a equipo de trabajo, es el contexto institucional en que este proceso tiene lugar. Diferente será la forma en que el proceso ocurre si tiene lugar en una entidad pública o una privada, en tanto cada una se rige por criterios de eficiencia y productividad distintos y sus propósitos difieren mucho. Aún tratándose de entidades de servicio público, existen diferencias muy importantes entre una y otra institución, e incluso al interior de una misma institución.*

*Un primer aspecto, en este sentido, lo constituye lo que se ha dado en llamar la cultura institucional, al hacer referencia, con ello, a una cierta manera de entender y hacer las cosas en una institución.*

*Algunos de los aspectos de la organización y prestación de los servicios que suelen incidir negativamente en la construcción de equipos de trabajo en las instituciones de salud son, entre otros:*

- *La alta rotación del personal. Este es con seguridad uno de los obstáculos más grandes en el proceso de constitución de equipos de trabajo en salud.*

- La fragmentación programática. Existe una fuerte tendencia hoy en día a fraccionar los problemas y sus abordajes, la cual tiene como consecuencia la creación de programas específicos que se consideran prioritarios (programa de atención al adolescente, a la tercera edad, al niño, a la mujer, entre otros), con lo cual la jornada de los funcionarios termina fragmentada en pequeños tiempos dedicados a cada programa, lo cual limita sus posibilidades de identificación e integración a un equipo de trabajo.

- Los derechos laborales de que gozan los distintos gremios profesionales y no profesionales. Es conocido que existen categorías profesionales en el campo de la salud, tal vez más que en cualquier otro campo, que disfrutan de derechos laborales diferentes. Esto es con frecuencia fuente de conflictos internos entre el personal pero además, le define límites muy claros a la posibilidad de constitución de equipos de trabajo. A este aspecto se suma el proceso creciente de corporativización y el deterioro de las condiciones laborales existentes.

- La fragmentación cada vez mayor del proceso de trabajo en diferentes especialidades u ocupaciones. Otra tendencia muy fuerte en el sector, lo constituye la creciente especialización del personal, especialmente del personal médico. Este proceso de especialización entra rápidamente en contradicción con la necesidad de que el personal de salud tenga una visión de conjunto e integrada de los servicios que ofrece. Sin embargo, este mismo hecho define la necesidad cada vez mayor de que el personal de salud funcione como un equipo, a fin de paliar o minimizar en lo posible los inconvenientes que trae aparejados una especialización creciente del personal.

- La definición de los perfiles ocupacionales con base en normas, impide a los trabajadores relacionarse en el proceso de trabajo. Este precisamente es uno de los aspectos que se quiere modificar, la rigidez en la organización de los procesos de trabajo.

- La proliferación de cargos administrativos y de niveles de autoridad, da pie a frecuentes conflictos de poder entre el propio personal, o a que el personal termine desempeñando labores que no son consustanciales con su formación profesional.

Por último, en el proceso de evolución de un Grupo de Trabajo hacia Equipo de Trabajo, su principal característica es la apropiación colectiva del proceso de trabajo que se concretiza en su transformación, en que están involucrados todos sus miembros, dando paso así a la creatividad, a la toma de decisiones en forma colectiva y la integración activa de todos sus miembros en el cumplimiento de la misión institucional.

*Ejercicio 3*

*Técnica recomendada: Discusión en pequeños grupos.*

*Producto esperado: Conjunto de aspectos que el grupo considera esencial para su funcionamiento como equipo.*

a. A partir de la experiencia previa de participación en grupo de trabajo, el Foro Orientador reflexiona sobre los aspectos cruciales del trabajo en equipo. Sobre este particular, interesa que el grupo medite sobre las afirmaciones siguientes:

- "Las diferencias de opinión para la toma de decisiones existentes entre los miembros de un grupo, son un factor de crecimiento de éste como equipo". ¿por qué? ¿cómo enfrenta el grupo esas diferencias de opinión? ¿se analizan y se contrastan los argumentos que se exponen?

- "La heterogeneidad y la creatividad en un equipo de trabajo contribuyen a su crecimiento". ¿Por qué? ¿En qué situaciones estos aspectos cruciales se han expresado en su grupo?

b. El producto de este ejercicio servirá para alimentar las discusiones posteriores sobre el crecimiento hacia equipos de trabajos.

## ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO PARA EL PROCESO DE TRANSFORMACION

---

*Los Grupos de Trabajo, organizados en la fase anterior, continúan en esta fase de transformación del proceso de trabajo, con la elaboración del Plan de Acción.*

*Los siguientes son algunos elementos para organizar esta fase:*

### *1. Duración de la fase de transformación del proceso de trabajo:*

*La duración del proceso de transformación es imposible de estimar con anterioridad y desde "afuera" de ese proceso, sólo el grupo de trabajo en cada caso, podrá establecer la estimación del tiempo requerido. Por otro lado, se reconoce que el proceso de desarrollo de la calidad del trabajo en salud y por lo tanto, su transformación, es continua y permanente. Desde esta óptica, se considera que la implementación del plan de acción alimentará un nuevo ciclo de análisis del desempeño en equipo.*

*El estudio de las lecturas base y el desarrollo de los ejercicios recomendados en este volumen, podrían realizarse en tres (3) sesiones de ocho horas cada una.*

### *2. Organización del Grupo de Trabajo:*

*El Grupo de Trabajo funciona con los miembros ya designados (coordinador, relator y facilitador).*

### *3. Compromiso del Grupo de Trabajo:*

*Además de los compromisos ya adquiridos:*

*-Diseñar las estrategias que aseguren la permanente profundización del Análisis del Desempeño del Equipo Local de salud.*

*-Contribuir a la reducción del conflicto servicios/población, mediante la transformación de los procesos de trabajo.*

### *1. Lectura Base: Planteamiento de alternativas de intervención*

*El planteamiento de alternativas de intervención o de acción, está íntimamente relacionado con la explicación del problema que el grupo identificó en su desempeño.*

*Plantear y discutir sobre las posibles alternativas por seguir frente a un determinado problema, pasa por un cuidadoso examen de los procesos generadores que le dan origen; es decir, las acciones por plantear para lograr el cambio en el proceso de trabajo, se derivan del problema que en éste se identificó y, sobre todo, se derivan de la explicación que se dé a estos problemas.*

*Se entenderá por alternativas de acción las formas o caminos posibles para enfrentar los problemas identificados en el desempeño del grupo de trabajo. Esto implica que existen distintas posibles opciones para dar cuenta del problema focal por enfrentar.*

*No todos los cambios son posibles en el desempeño de un grupo, por diversas razones (limitaciones técnicas, dificultad para establecer relaciones humanas armoniosas, carencia de recursos necesarios, entre otros), una determinada propuesta siendo plausible, puede no ser factible.*

*Se plantean entonces dos planos en el momento de reflexionar sobre los cambios por ser propuestos: el plano de los deseos (¿cómo aspira el grupo que sea su desempeño?) y el plano de las posibilidades concretas (¿cómo puede realmente llegar a ser el desempeño de ese grupo?).*

*La Formulación de alternativas de intervención debe articular simultáneamente, el deseo, debe ser y la posibilidad de ocurrencia, puede ser. Ahora bien, el pensamiento tradicional nos lleva a pensar lo deseable dentro de lo posible o, lo que es igual, busca analizar las posibilidades y elegir la más promisorias, sumerge el deber ser dentro de los estrechos márgenes del puede ser.*

*Al plantear alternativas de acción en el Proceso de Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud se trata de hacer nuevos caminos, de crear y luego recorrer un camino imaginario, de hacer caminos al andar, de plantear alternativas que hagan posible nuevos y más ambiciosos planteos, en fin, de hacer posible lo deseable.*

*Se pretende invertir el proceso tradicional del planteamiento de cambios, para intentar desarrollar una forma de pensar que nos lleve al límite de la factibilidad y al máximo de los anhelos. Así, se deberá articular el plano de los deseos y el plano de lo posible a partir del primero, para luego discutir sus posibilidades reales.*

*La anterior aseveración implica identificar lo que ha de hacerse frente a un problema, con independencia y anterioridad a pensar sobre lo que puede ser hecho frente a éste. Posteriormente se analizará que tanto puede ser hecho de lo que se considera necesario, sobre todo como puede lograrse lo que ha de hacerse.*

*El planteamiento de alternativas de intervención exige del Grupo de Trabajo, la formulación de múltiples posibilidades de acción y el análisis cuidadoso de aquellas que surgen en forma espontánea, sin reflexión y profundización. Contar con numerosas alternativas presenta una mayor probabilidad de llegar a planteamientos de potencia transformadora. Se requiere poner énfasis en la consecución de una actitud creadora e imaginaria.*

*Identificadas las alternativas posibles, el Grupo de Trabajo debe valorarlas en términos de su capacidad relativa de enfrentar el problema y en términos de la capacidad real que tiene de llevarlas a cabo. Esta evaluación supone tomar en consideración la disponibilidad de recursos técnicos, económicos, administrativos, políticos, entre otros.*



MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

REGISTRADO

DECRETO EJECUTIVO No. 140

(de 1<sup>o</sup> de octubre de 1998)

"Por el cual se crea en el Ministerio de la Presidencia, la Unidad Administrativa para la Coordinación Nacional de Asuntos del Programa Municipio Siglo XXI".

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

en uso de sus facultades constitucionales y legales.

C O N S I D E R A N D O:

Que es política de la actual administración, promover la creación de mecanismos institucionales adecuados que permitan la coordinación de los esfuerzos del Gobierno Nacional y de la ciudadanía para ejecutar a plena satisfacción las actividades del Programa Municipio Siglo XXI: Por un Desarrollo Humano Sostenible;

Que esta unidad, debe tener la capacidad de dar seguimiento, promover una coordinación interinstitucional eficaz y evaluar el impacto social de este Programa en la comunidad; con el objetivo primordial de coordinar y supervisar la elaboración y ejecución de estudios, planes, programas, proyectos y actividades administrativas y operativas concernientes al mismo;

Que en virtud de lo anterior, y con el ánimo de lograr la mayor integración del sector público y el privado, y la sociedad civil en general, para su participación en la organización comunitaria, en todo el proceso de formulación y evaluación de las actividades contenidas en el Programa.



**D E C R E T A:**

**ARTICULO PRIMERO:** Créase dentro del Ministerio de la Presidencia y bajo la coordinación del Despacho de la Primera Dama, la **UNIDAD ADMINISTRATIVA PARA LA COORDINACION NACIONAL DE ASUNTOS DEL PROGRAMA MUNICIPIO SIGLO XXI: Por un Desarrollo Humano Sostenible**, que ordenará y supervisará la elaboración y ejecución de estudios, planes, programas, proyecciones y actividades administrativas y operativas concernientes a este proyecto.

**ARTICULO SEGUNDO:** Esta Unidad Administrativa tendrá los siguientes objetivos:

1. Promover la planificación y coordinación de las actividades administrativas, financieras y operativas del Programa, bajo las políticas y directrices emanadas del Gobierno Central y el Despacho de la Primera Dama.
2. Definir y garantizar el cumplimiento de los criterios, mecanismos y controles necesarios para asegurar el desarrollo apropiado y la ejecución eficiente de las actividades correspondientes del Programa.
3. Suministrar información oportuna y actualizada al Despacho de la Primera Dama, en relación con la ejecución del Programa, para garantizar una adecuada toma de decisiones.
4. Promover la participación y la organización comunitaria, en todo el proceso de formulación y evaluación de las actividades contempladas en el Programa.
5. Impulsar la mayor integración del sector público y el privado, y de la sociedad civil en los procesos de detección de necesidades y de apoyo técnico o especializado en áreas prioritarias, al igual que para la captación de los recursos requeridos en la etapa de ejecución.



8. Presentar a la consideración del Despacho de la Primera Dama, propuestas para actividades y sobre los recursos requeridos para la ejecución de las mismas, dentro del marco de los lineamientos y políticas definidas para la orientación y ejecución del Programa.

9. Atender, en conjunto con la Unidad de Coordinación de Asuntos Nacionales e Internacionales del Despacho de la Primera Dama, la captación de recursos externos provenientes de organismos o fundaciones públicas o privadas de países colaboradores con Panamá.

10. Establecer conjuntamente con el Ministerio de Planificación y Política Económica, los mecanismos para la coordinación del seguimiento de la negociación y formalización de los recursos financieros requeridos para la ejecución de las actividades programadas.

11. Elaborar, junto con los facilitadores de las entidades gubernamentales y municipales, los cronogramas de trabajo correspondientes; considerando los recursos previamente acordados, así como los indicadores de gestión.

12. Suministrar a las entidades gubernamentales y municipales, la metodología e instrumentos de trabajo a utilizar en la programación, ejecución y evaluación de las actividades que serán llevadas a efecto dentro del Programa.

13. Realizar reuniones de trabajo con las distintas instancias involucradas en la ejecución de las actividades comprendidas en el Programa, para conocer sobre el avance, los logros obtenidos y problemas detectados, participando en la presentación de alternativas de soluciones posibles.

14. Promover con los funcionarios responsables, la ejecución de actividades, la formación hasta el nivel comunal y local de equipos de seguimiento y evaluación.



REGISTRADO

**ARTICULO TERCERO:** Son funciones de esta Unidad Administrativa las siguientes:

1. Ordenar los objetivos y las actividades incluidas en el Programa, para cumplir las políticas públicas de desarrollo social e integral con eficiencia económica.
2. Atender, en conjunto con la Unidad de Coordinación de Educación y Asuntos Comunitarios del Despacho de la Primera Dama, lo concerniente a las demandas prioritarias identificadas a nivel municipal.
3. Fortalecer los mecanismos de coordinación interinstitucionales e intersectoriales, para las diferentes etapas que conlleva la definición, ejecución y control de las actividades del Programa.
4. Identificar las actividades a incluir en el programa de trabajo, en atención a las necesidades planteadas por los moradores de la comunidad, para priorizarlas de conformidad a la plataforma, objetivos y desarrollo del Programa.
5. Evaluar la ejecución de las actividades del Programa y recomendar las modificaciones y ajustes necesarios, considerando los lineamientos establecidos por el Organismo Ejecutivo, el Despacho de la Primera Dama o por otros entes normativos vinculados al Programa.
6. Mantener y evaluar la utilización de los recursos materiales, físicos y humanos involucrados en el Programa, con el objeto de informar sobre la eficiencia de las inversiones y el impacto socioeconómico de éstas en las comunidades.
7. Coadyuvar en la identificación de las posibles fuentes de financiamiento, tales como: fondos regulares del Estado; recursos propios del presupuesto municipal y de la propia comunidad, u otros fondos provenientes de donantes externos o de organismos internacionales.



15. Elaborar y consolidar los informes del avance de cada actividad programada, para la consideración del Despacho de la Primera Dama.

16. Suministrar cualesquiera nuevas instrucciones y lineamientos a los responsables de las distintas entidades gubernamentales y municipales involucradas en el Programa, basadas en las consideraciones y recomendaciones formuladas por el Despacho de la Primera Dama.

17. Programar, con la Unidad de Coordinación de Comunicación Social y Relaciones Públicas del Despacho de la Primera Dama, la divulgación de los logros, avances, beneficios e impactos sociales obtenidos a nivel de cada uno de los municipios incorporados al Proyecto.

18. Atender y absolver consultas provenientes de las entidades gubernamentales y municipales que participan en el Programa, en cuanto a la disponibilidad de recursos y de otros insumos que faciliten las tareas de ejecución y evaluación del mismo.

19. Identificar y coordinar programas de capacitación, orientados a las comunidades, funcionarios municipales e instituciones gubernamentales involucradas en las actividades del Programa.

20. Participar en la consideración y solución de aspectos legales de los gobiernos locales vinculados al Programa, que puedan estar obstaculizando la ejecución de las actividades proyectadas.

**ARTICULO CUARTO:** La Unidad Administrativa, contará con un Coordinador Nacional, un Asistente Ejecutivo, tres (3) Coordinadores Técnicos y dos (2) secretarías. Todo este personal será de libre nombramiento y remoción del Organismo Ejecutivo.

Además, contará con el personal necesario para llevar a cabo sus labores, lo mismo que con la colaboración y apoyo por parte de las instituciones públicas, cuando así lo requiera.



**ARTICULO QUINTO:** El Coordinador Nacional y el Asistente Ejecutivo, deben tener conocimiento de la organización y funcionamiento de la administración pública, tanto a nivel central como local, así como de las actividades que se desarrollan en el Programa.

**ARTICULO SEXTO:** Son funciones del Coordinador Nacional del Programa:

1. Ejecutar y administrar las políticas y lineamientos definidos por el Organismo Ejecutivo, el Despacho de la Primera Dama y las otras instancias autorizadas en relación con los fines y objetivos del Programa.
2. Coordinar las actividades administrativas, financieras y operativas del Proyecto, y dar seguimiento al desarrollo y ejecución óptimos de las actividades programadas.
3. Determinar las necesidades, y recomendar modificaciones y ajustes a los programas y sus actividades.
4. Procurar que la Unidad Administrativa mantenga una organización funcional competente, con un alto nivel de eficiencia del personal que la integra.
5. Realizar reuniones periódicas de consulta, coordinación y evaluación con los funcionarios de las entidades participantes y ejecutivos de los Gobiernos Locales, a fin de definir o analizar el cumplimiento de objetivos y metas de los programas y actividades.
6. Actuar como fuente de información oportuna en los asuntos que requieran decisiones.
7. Coordinar, con los organismos nacionales e internacionales, la consecución de las acciones de asistencia y cooperación técnica.



ARTICULO SEPTIMO: Son funciones del Asistente Ejecutivo del Programa:

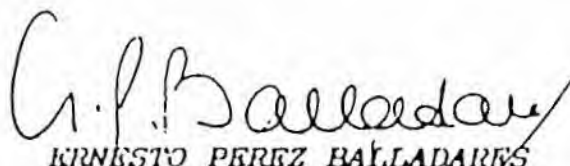
1. Asistir en sus funciones al Coordinador Nacional de la Unidad y de otras instancias de coordinación.
2. Realizar estudios e investigaciones técnicas complejas, sobre aspectos y asuntos referentes al Programa y otros que le asigne el Coordinador.
3. Sustituir al Coordinador en la atención y solución de los asuntos que competen al Despacho de la Primera Dama, en la medida que determine dicho funcionario.

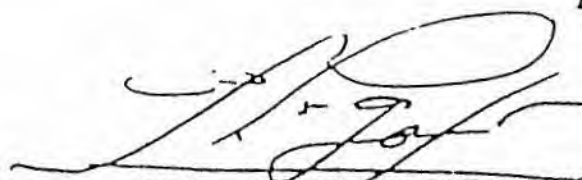
ARTICULO OCTAVO: La Coordinación Nacional del Proyecto Municipio Siglo XXI, reglamentará el funcionamiento de los niveles operativos locales de la Unidad Administrativa a nivel nacional.

ARTICULO NOVENO: El presente Decreto empezará a regir a partir de su promulgación en la Gaceta Oficial.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Dado en la ciudad de Panamá, al *primer* día del mes de *octubre* de 1996.

  
ERNESTO PEREZ BALLADAREZ  
Presidente de la República

  
RAUL ARANGO GASTEAZORO  
Ministro de la Presidencia