

UNIVERSIDAD DE PANAMA

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

PLANEAMIENTO PRESUPUESTARIO DEL CENTRO
DE SALUD EMILIANO PONCE, BASADO EN EL
ENFOQUE ESTRATEGICO DE PLANIFICACION

POR:

DRA. LUZ MERY LASSO ORTEGA

Trabajo de Graduación para
optar por el título de
Maestría en Salud Pública

Panamá, República de Panamá

1994

T.M.

i

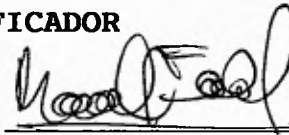
APROBACION

Tesis titulada "PLANEAMIENTO PRESUPUESTARIO DEL CENTRO DE SALUD EMILIANO PONCE, BASADO EN EL ENFOQUE ESTRATEGICO DE PLANIFICACION".

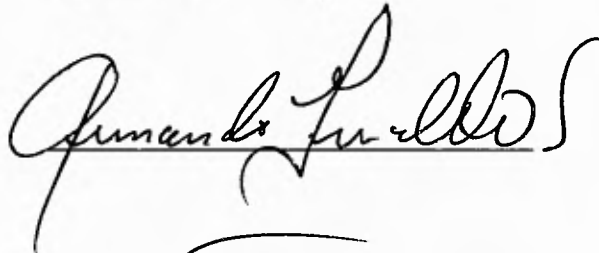
Presentada por la DRA. LUZ MERY LASSO ORTEGA, para la obtención del grado de Maestría en Salud Pública.

JURADO CALIFICADOR

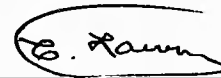
DR. MANUEL ESCALA LUZCANDO
Director de Tesis



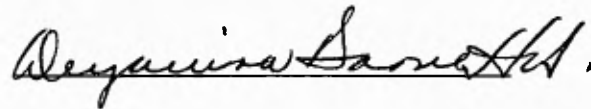
LCDO. ARMANDO GRIMALDO
Miembro del Jurado



DR. CIRILO LAWSON
Miembro del Jurado



Representante de la Vice
Rectoría de Investigación
y Post-Grado



Fecha: 24 Agosto 1994

AGO 31 1994

Obo. del autor

268552-

DEDICATORIA

A mis queridos hijos, ABEL ADOLFO, ANA LIZELOTH, LISSET LORAINÉ LEGUISAMO LASSO, en honor al sacrificio soportado durante el tiempo que pasaron en ausencia de la dedicación y atención que debí brindarles como madre abnegada.

Sepan hijos míos que ustedes fueron, son y seguirán siendo el estímulo que me permite mantener siempre viva la llama del deseo de superación.

AGRADECIMIENTO

Al Doctor **MANUEL ESCALA LUZCANDO**, mi más sincero y eterno agradecimiento por el interés brindado y su atinada orientación en la elaboración de ésta investigación.

Deseo agradecer a todos aquellos que en alguna forma contribuyeron y me dieron su apoyo para la culminación de ésta obra.

Gracias, mil gracias.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL

No. Pág.

CAPITULO I

I. PROCESO DE DEFINICION DEL PROBLEMA

Y OBJETIVOS

A.	Caracterización del Problema.....	1
B.	Delimitación y Definición del Problema	3
C.	Formulación del Problema de Estudio.....	6
D.	Justificación.....	6
E.	Formulación de Objetivos y Propósito.....	8
1.	Objetivo General.....	8
2.	Objetivos Específicos.....	9
3.	Propósito.....	10

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO

A.	Conocimiento Sobre el Problema.....	14
1.	Teorías Sobre el Tema.....	14
1.1.	Aspectos Presupuestarios.....	14
1.1.1.	Generalidades del Presupuesto... ..	14
1.1.2.	Presupuesto Público.....	23
1.1.3.	Ley y Normas Presupuestales del Estado.....	35

NoPág.

1.1.3.1. Ley	35
1.1.3.2. Normas Generales de Administración Presupuestaria.....	36
1.2. El Proceso de Planificación	
Estratégica.....	36
1.2.1 Análisis Estratégico.....	44
1.2.1.1. La Imagen Objetivo....	44
1.2.1.2. Postergación social...	46
1.2.1.3. Rendimiento de los Servicios.....	53
1.2.1.4. Problemas de Salud....	55
1.2.1.5. Opción Estratégica....	58
1.2.2. La Programación Local de Servicios de Salud.....	60
1.2.2.1. Atención al Medio Ambiente.....	64
1.2.2.2. Atención a Grupos Humanos.....	65
1.2.2.3. Actividades de participación Social..	68
1. 2.4. Actividades de Ges- tión Administrativa....	71

2.	Antecedentes Sobre el Problema.....	99
B.	Hipótesis de Trabajo.....	107
C.	Variables.....	107

CAPITULO III

III. DISEÑO METODOLOGICO:

A.	Definición del tipo de estudio a realizar.....	112
B.	Definición del área de estudio.....	112
C.	Método e instrumento de recolección y análisis de datos.....	112
D.	Estructura y diseño de formularios.....	113
1.	Información Básica sobre el Sistema Local de Salud.....	113
2.	Análisis estratégico del espacio geográfico poblacional.....	150
2.1	Análisis de la población postergada...	150
2.2.	Análisis de Cobertura, de los Servicios de Salud del Corregi- miento de Calidonia.....	151
2.3.	Análisis de los problemas de salud y sus factores de riesgo.....	155

2.4. Elaboración de la Situación	
Objetivo del Sector Sanitario.....	163
3. Formulación de la Programación Local.....	167
3.1. Acciones de Atención al Medio	
Ambiente.....	167
3.2. Acciones de Atención a Grupos	
Humanos.....	169
3.3. Acciones de Participación Social	
de la Comunidad.....	174
3.4. Acción de Gestión Administrativa.....	177
4. Elaboración del Instrumento de Presu-	
puesto.....	187
4.1. Servicios Personales.....	187
4.2. Servicios No Personales.....	187
4.3. Materiales y Suministros.....	187
4.4. Maquinarias y Equipos.....	187
E. Elaboración del Presupuesto.....	187
1. Estimar el Presupuesto de Egresos para	
1994 del Centro de Salud Emiliano Ponce...	187
2. Confeccionar el Presupuesto por	
Programas.....	188

NoPág.

F.	Conclusiones.....	195
G.	Recomendaciones.....	199
H.	Literatura Consultada.....	202
I.	Anexos.....	211

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Pag. No.
1. Población por Grupos de Edad y Sexo del Corregimiento de Calidonia. Año 1992.....	117
2. Población por Grupos de Edad y Sexo del Corregimiento de Bella Vista. Año 1992.....	119
3. Población por Grupos de Edad y Sexo del Sector Geográfico Sanitario del Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	120
4. Población por Localidad, según número de vivienda, agua potable intradomiciliar y disposición de excretas en el Sector Geográfico Sanitario del Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	123
5. Establecimientos de Enseñanzas según nivel, dependencia y matrícula en el Sector Geográfico Sanitario del Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	125
6. Establecimientos de Enseñanzas según nivel, dependencia y matrícula en el Distrito de Panamá y el Sector Geográfico Sanitario del Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	126
7. Agrupaciones sociales correspondientes al Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	128

Cuadro No.	No. Pág.
8. Cinco primeras causas de muertes por grupo de edad del Corregimiento de Calidonia. Año 1992.....	129
9. Cinco primeras causas de muertes por grupo de edad del Corregimiento de Bella Vista. Año 1992.....	130
10. Cinco primeras causas de morbilidad por grupo de edad del Corregimiento de Calidonia. Año 1992.....	131
11. Enfermedades Transmisibles más frecuentes en el Corregimiento de Calidonia. Año 1992.....	132
12. Grupos Organizados por el equipo de salud del Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	134
13. Actividades de Educación Sanitaria realizadas en el Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	135
14. Inspecciones Sanitarias realizadas a establecimientos con licencia comercial en el Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	137
15. Dosis útiles de vacunas por grupos de edad y embarazadas. Año 1992.....	139
16. Consultas por controles de Salud y morbilidad por grupos de edad en el Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	141

Cuadro No.	No. Pág.
17. Exámenes de laboratorio según grupo de atención en el Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	143
18. Actividades de capacitación al personal realizadas en el Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	144
19. Servicios personales según tipo de personal por servicios, número, horas año y gasto anual del Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	145
20. Materiales y Suministros según denominación, servicios y gasto anual del Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	147
21. Servicios No Personales según denominación y gasto anual del Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	148
22. Gasto anual del Centro de Salud Emiliano Ponce. Año 1992.....	149

INDICE DE GRAFICAS

No. Gráfica	No. Pág.
1. Cinco primeras causas de muerte por grupos de edad del Corregimiento de Calidonia. Año 1992.....	232
2. Cinco primera causas de muerte por grupo de edad del Corregimiento de Bella Vista. Año 1992.....	233
3. Cinco primeras causas de consultas por morbilidad, por grupo de edad del Corregimiento de Calidonia. Año 1992.....	234
4. Enfermedades transmisibles más frecuentes en el Corregimiento de Calidonia. Año 1992.....	235
5. Programación Local de Servicios de Salud. Distribución del Presupuesto por programas. Año 1994.....	236
6. Programación Local de Servicios Salud. Presupuesto Anual. Año 1994.....	237

INDICE DE FIGURAS

No. de Figura	No. Pág.
1. Mapa del Distrito de Panamá.....	208
2. Mapa del Corregimiento de Calidonia y sus localidades	209
3. Mapa del Corregimiento Bella Vista y sus localidades	210

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Después de varios años de trabajar en el nivel local de salud (Centros de Salud del país), optamos por confeccionar una propuesta de elaboración de presupuesto basado en la Planificación Estratégica. En vista de que en este nivel no se realiza la elaboración técnica de un presupuesto al momento de hacer la programación institucional y menos aún, relacionado con los cambios necesarios para mejorar el nivel de salud del sector.

Este trabajo consta de tres capítulos que se describen a continuación:

Capítulo I, abarca el proceso de definición del problema y objetivos. Comprende cinco aspectos: 1. Caracterización del problema, 2. Delimitación y Definición del Problema, 3. Formulación del Problema de Estudio, 4. Justificación, 5. Formulación de Objetivos y Propósito.

Capítulo II, consta del Marco Teórico, donde se describe, explica y analiza el tema de estudio. Comprende: 1. Teorías sobre el Tema, 2. Antecedentes, 3. Hipótesis, 4. Variables.

Capítulo III, donde se realiza el análisis de los problemas de salud y sus factores de riesgo, definiendo la situación actual del sector y proponiendo una Situación Objetivo que considera el escenario futuro. El mismo termina con la elaboración formal del presupuesto, mediante el cual se estiman los recursos necesarios para la ejecución de los programas encaminados a mejorar el nivel de salud de la población bajo responsabilidad del centro.

El Presupuesto elaborado asciende a B/.549,822.74; distribuidos en B/.21,338.36 para atención al Medio, B/. 330,548.71 para atención a Grupos Humanos, B/.11,064.54 para Participación Social y B/.186,871.13 para la Gestión Administrativa.

Mediante este trabajo se logró aplicar una metodología que considera fundamentalmente la realidad del área bajo responsabilidad del Centro de Salud y una propuesta de cambios para el mejoramiento del nivel de salud. Se ha desarrollado un proceso cuyas ganancias tienen mayor trascendencia que la simple elaboración del presupuesto, ya que estimula la participación social y la concertación, al menos interna, de los actores sociales en un instrumento de gestión producto de su propia creación.

CAPITULO I

I. PROCESO DE DEFINICION DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

- A. Caracterización del Problema**
- B. Delimitación y Definición del Problema**
- C. Formulación del Problema de Estudio**
- D. Justificación**
- E. Formulación de Objetivos y Propósito**
 - 1. Objetivo General**
 - 2. Objetivos Específicos**
 - 3. Propósito**

**PROCESO DE DEFINICION
DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS**

I. PROCESO DE DEFINICION DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

A. CARACTERIZACION DEL PROBLEMA:

Tradicionalmente a nivel del sector salud panameño los presupuestos se formulan en base a contingencias o reiterando presupuestos de años anteriores, considerando en menor escala los cambios programáticos y las necesidades crecientes de la población.

En este proceso que conduce a cambios a nivel institucional, los servicios que se ofrecen se ven afectados por el impacto de las innovaciones tecnológicas y de recursos que este proceso introduce, que aisladamente, no facilitan el encuentro e implantación de soluciones con la fuerza y continuidad necesarias para romper patrones ineficaces de asignación y utilización de los recursos para su correcta instrumentación en el campo de la realidad social.

El presupuesto público es importante por su influencia en la estimación y determinación de los recursos que deberán autorizar las autoridades superiores para un período anual.

Cuando el presupuesto se utiliza como instrumento de planeación, se pueden establecer intervalos para su asignación, operalización y ejecución como mecanismo de control y evaluación de la gestión administrativa.

Por todos es conocido que una vez formulado los proyectos de presupuesto en el sector salud van siendo reducidos a medida que avanzan por las diferentes etapas para su aprobación, luego de su confrontación con el presupuesto sectorial y con el presupuesto general de la nación.

El Ministerio de Salud por ser parte constitutiva del sector salud panameño no escapa a la realidad descrita y por ende, todas sus dependencias orgánicas al formular sus presupuestos se encuentran enmarcadas dentro de esta misma caracterización.

La Región Metropolitana de Salud es una dependencia orgánica del Ministerio de Salud en la cual el Centro de Salud Emiliano Ponce y su espacio geográfico poblacional constituye un sector dentro de esa organización regional, donde el proceso de formulación presupuestaria tam-

bién se ve afectado por la realidad manifestada sobre los presupuestos institucionales. Esta situación es la que nos motiva a realizar la presente investigación.

B. DELIMITACION Y DEFINICION DEL PROBLEMA:

Delimitación del Problema:

"La Región Metropolitana de Salud fue creada en el año 1971, mediante Resolución del Ministerio de Salud"¹ Constituída por diecinueve (19) corregimientos que incluyen los Distritos de Panamá, Taboga y Arraiján.

La población total estimada al 1^{ro} de julio de 1992 fue de 517,900 habitantes con una superficie 962.7 Km².

Esta Región cuenta actualmente con diecisiete Centros de Salud, una Clínica de Salud en el Aeropuerto Internacional de Tocumen y un Puesto de Salud en la Isla de Otoque. El Centro de Salud Emiliano Ponce, dependencia orgánica de la Región Metropolitana de Salud, fué

¹ Ernesto Rothery. 1991. Diagnóstico de Salud. Región Metropolitana de Salud. 1era. ed. Panamá: Ministerio de Salud, pág. iv (Colección de Salud).

fundado el 30 de septiembre de 1946, como producto de la fusión de tres clínicas que funcionaban en el Corregimiento de Calidonia; La Clínica Maternal de Calle 12, la Clínica de la Estación del Tren y la Clínica de San Miguel en la Calle Mariano Arosemena, recibiendo el nombre de **Unidad Sanitaria Mixta del Centro de Salud Emiliano Ponce**, ubicada en la Calle 25 Marañón. Fué trasladado al lugar que hoy ocupa en la Calle P, San Miguel, el día 15 de abril de 1989. Su jurisdicción sanitaria corresponde a los Corregimientos de Calidonia y Bella Vista.

Las instalaciones de salud de la Región Metropolitana presentan problemas similares en cuanto a la formulación de su presupuesto. Partiendo de esta realidad se ha seleccionado el Centro de Salud Emiliano Ponce como centro piloto, dado que cuenta con buena disposición de sus actividades y reúne las características básicas de un centro de salud de la Región Metropolitana, para el planeamiento presupuestario según el enfoque estratégico de planificación y poder lograr efectivamente los recursos necesarios para una oferta de servicios de salud con calidad y oportunidad.

Definición del Problema:

El Centro de Salud Emiliano Ponce que motiva esta investigación formula su presupuesto con base a referencias financieras de años anteriores, y/o contingencias, lo cual constituye un patrón común para todos los Centros de Salud de la Región Metropolitana.

La principal fuente de fondos en efectivo para su funcionamiento se obtiene a través de los ingresos por servicios médicos que se brindan a la comunidad. Se obtienen asignaciones en especie del Ministerio de Salud, a través de la Región Metropolitana de Salud y también de otras instituciones privadas y Asociaciones Cívicas.

Los presupuestos locales producto de una programación local constituyen un instrumento indispensable de planificación para la ejecución de los planes, programas y proyectos, ya sea a mediano, largo o corto plazo, por lo que se considera que el presupuesto a nivel local como el de los Centros de Salud de la Región Metropolitana y en particular el del Centro de Salud Emiliano Ponce bien formulado, y vencidas todas las etapas para su aprobación se convierten en un factor contribuyente al desarrollo nacional de la salud, pues aumenta

la capacidad operativa y administrativa de los centros periféricos que se encuentran en constante contacto con la población demandante de servicios.

C. FORMULACION DEL PROBLEMA DE ESTUDIO:

¿ Cómo debe ser el planeamiento presupuestario del Centro de Salud Emiliano Ponce, basado en el enfoque estrategico de planificación en aras de lograr los cambios necesarios para mejorar la oferta de los servicios de salud a la población de referencia con una adecuada participación social ?

D. JUSTIFICACION:

El Centro de Salud Emiliano Ponce de la Región Metropolitana de Salud tradicionalmente formula su presupuesto basado en referencia financiera de años anteriores y/o contingencias, en un proceso que no involucra un enfoque de planificación referencial para que la situación de salud, luego de la evaluación de la ejecución presupuestaria, reporte mejores y mayores niveles de salud en el espacio geográfico poblacional bajo su dependencia sanitaria.

En este proceso de formulación presupuestaria reiterativa y tradicional, este Centro de Salud elabora un listado de necesidades que sin el sustento técnico adecuado se presenta a la Dirección de la Región Metropolitana para que se integre a las formulaciones globales que presenta la Región para su aprobación en el nivel nacional ministerial. Esta tendencia anual es altamente responsable de muchos de los recortes que afectan a los presupuestos locales y que ocurren en las distintas instancias para su aprobación.

Lo anterior conlleva a que las necesidades crecientes de demanda de atención a los servicios de salud no tengan las respuestas adecuadas para enfrentarla con el rigor que la solución de los problemas de salud requiere y exige.

Este trabajo de investigación se propone un planteamiento presupuestario para la formulación del presupuesto del Centro de Salud Emiliano Ponce, utilizando el enfoque estratégico de planificación como un método seguro efectivo y de comprobada eficacia y confiabilidad, para acortar la brecha existente entre las necesidades

incrementales de salud de la población de los Corregimientos de Calidonia y Bella Vista y del cada vez más deficiente aporte de recursos a esta organización de salud, para ofrecer los servicios con la calidad, eficacia y oportunidad que el proceso de producción de salud requiere.

Una vez que se concrete este estudio se espera que tenga aplicación a otros centros de salud de la Región Metropolitana y del país, con miras a mejorar la calidad de la oferta de los servicios de salud en todo el ámbito nacional.

E. FORMULACION DE OBJETIVOS y PROPOSITOS :

1. Objetivo General:

Elaborar un plan presupuestario para el Centro de Salud Emiliano Ponce, acorde con las necesidades de salud de la población de su segmento geográfico, basado en el enfoque estratégico de planificación.

2. Objetivos Específicos:

- 2.1. Analizar la Postergación Social de la población del espacio geográfico-poblacional bajo responsabilidad del Centro de Salud.
- 2.2. Evaluar la Cobertura de los Servicios de Salud.
- 2.3. Analizar los Problemas de Salud.
- 2.4. Elaborar la Situación Objetivo del Sector Sanitario.
- 2.5. Programar Actividades de Atención al Medio Ambiente.
- 2.6. Programar Actividades de Atención a los Grupos Humanos.
- 2.7. Programar Actividades de Participación Social.
- 2.8. Programar actividades de Gestión Administrativa.
- 2.9. Estimar el Presupuesto de Egresos.
- 2.10 Confeccionar el Presupuesto por Programas.

3. Propósito:

Establecer una metodología de formulación, ejecución y evaluación de presupuesto en el Centro de Salud Emiliano Ponce cónsona con su realidad geográfica y poblacional en materia de salud, y que se convierta a su vez en un instrumento de control de recursos expresados en términos cuantitativos y cualitativos que permitan mejorar la calidad de atención y que faciliten la ejecución de los planes, programas y proyectos en cumplimiento de los objetivos y metas trazadas.

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO

A. Conocimiento Sobre el Problema

1. Teorías Sobre el Tema

1.1. Aspectos Presupuestarios

1.1.1. Generalidades del Presupuesto

1.1.2. Presupuesto Público

1.1.3. Ley y Normas Presupuestales del Estado

1.1.3.1. Ley

1.1.3.2. Normas Generales de Administración Presupuestaria

1.2. El Proceso de Planificación Estratégica

1.2.1 Análisis Estratégico

1.2.1.1. La Imagen Objetivo

1.2.1.2. Postergación social

1.2.1.3. Rendimiento de los Servicios

- 1.2.1.4. Problemas de Salud
- 1.2.1.5. Opción Estratégica
- 1.2.2. La Programación Local de Servicios de Salud
 - 1.2.2.1. Atención al Medio Ambiente
 - 1.2.2.2. Atención a Grupos Humanos
 - 1.2.2.3. Actividades de Participación Social
 - 1.2.2.4. Actividades de Gestión Administrativa

2. Antecedentes Sobre el Problema

B. Hipótesis de Trabajo

C. Variables

MARCO TEORICO

II. MARCO TEORICO

A. CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROBLEMA:

1. Teoría Sobre el Tema:

1.1. ASPECTOS PRESUPUESTARIOS:

1.1.1 Generalidades del

Presupuesto:

Se puede definir presupuesto como la presentación ordenada de los resultados previstos de un plan, un proyecto o una estrategia.

Es un instrumento que limita la acción de las organizaciones a través de la ejecución de planes, programas y proyectos, la asignación de recursos y la coordinación de las actividades del sector, ya sean público o privado. Además es un mecanismo y un instrumento de control financiero expresado en términos cuantitativos que indican los ingresos y gastos para una fecha futura.

Debido a que una organización puede preparar diferentes presupuestos ya sea de ventas, inventarios, producción, mano de obra, etc., no existe una limitada lista de unidades y funciones organizativas susceptibles de control presupuestario².

² Fremont Lyden, Ernest Miller. 1993. Presupuesto Público; Planeación, Evaluación y Control de Programas. México. D F. : Editorial Trillas, pág. 509.

Según la secuencia de tiempo de operación de una organización podemos clasificar el presupuesto en cuatro (4) tipos:

- * Presupuesto de Efectivos.
- * Presupuesto de Gastos o Inversiones de Capital.
- * Presupuestos de Estado de Situación o de Balance.
- * Presupuesto de Ingresos y Gastos (Llamado operativo).

En el sector público se realizan dos tipos de presupuestos: el de Gastos o Inversiones y el de Ingresos y Gastos, llamado Operativo.

En los grupos de clasificación del presupuesto de gastos se incluyen todos aquellos artículos y servicios que están dentro de las codificaciones contempladas en el sector público como son:

- . Servicios Personales
- . Servicios No Personales
- . Materiales y Suministros
- . Maquinarias y Equipos
- . Inversiones Financieras
- . Construcciones por Contrato
- . Transferencias Corrientes y de Capital
- . Servicios de Deudas

. Asignaciones Globales (Anexo No.4).

El presupuesto de inversiones por otro lado tiene como objeto contribuir al incremento de obras sociales como construcciones, la adquisición de equipos y el aumento de activos (bienes muebles). Estas inversiones deben cubrir los distintos programas.

Existe un presupuesto de contingencia para financiar proyectos de inversiones dados y/o gastos de funcionamiento porque no se logra producir ingresos y los gastos se hicieron en base a los ingresos como corresponde generalmente.

Este estudio amerita la aplicación del Presupuesto de Ingresos y Gastos, también llamado Operativo, mediante partidas presupuestarias.

EL PRESUPUESTO DE INGRESOS: Resume las operaciones de la organización ya que provee una visión de estas. Puesto que el ingreso por las ventas de productos y servicios es la principal fuente de ganancia, es llamado también presupuesto de venta.

EL PRESUPUESTO DE GASTOS viene siendo el presupuesto de gastos esperados.

Existen dos tipos de presupuestos para registro y medición de gastos: **presupuestos programados de costos y presupuestos discrecionales de costos.**

Los presupuestos programados de costos pueden aplicarse en cualquier unidad organizacional donde la producción pueda medirse con exactitud.

Los presupuestos discrecionales de costos se utilizan en los departamentos de administración, contabilidad, investigación, legal y en otros donde la producción no puede medirse con exactitud.

PROCESO DE ELABORACION DEL PRESUPUESTO:

Etapa No.1: La alta gerencia establece estrategias y metas para la organización, decide preparar el plan anual (presupuesto).

Etapa No.2: Los gerentes reciben de la alta gerencia la previsiones económicas y los objetivos de las ventas y uti-

lidades para el siguiente año, se establecen las fechas de terminación del presupuesto.

Etapa No.3: Se preparan las propuestas del presupuesto luego son revisadas por jefes de Departamentos; estos preparan los presupuestos departamentales y las envían a la alta gerencia.

Etapa No.4: Los presupuestos se someten a la aprobación de la alta gerencia.

Etapa No.5: Se determinan todos los presupuestos para ser combinados por el Director de Presupuesto para una nueva revisión.

Etapa No.6: El presupuesto final se manda a la junta directiva para su aprobación final.

Si bien es cierto que estas etapas son espacios de tiempo simplemente convencionales, los términos elementales son los siguientes: Programación y formulación, discusión y aprobación, ejecución , seguimiento y liquidación del presupuesto.

La elaboración tradicional de un presupuesto es responsabilidad de los gerentes de línea, no obstante pueden recibir ayuda técnica de un grupo de planeación o de un departamento de presupuesto.

**EN LA ELABORACION DEL PRESUPUESTO PODEMOS
ENCONTRAR CON LOS SIGUIENTES PROBLEMAS**

Comportamiento Político:

La actividad política puede influir en la asignación de recursos a una unidad administrativa. Los gerentes pueden retener información hasta el último minuto con el propósito de destacar su importancia, ganarse la benevolencia de sus superiores o intentar ejercer influencia en otras formas.

**Reacciones Disfuncionales ante las Unidades de
Presupuesto:**

Los supervisores que no están contentos con la asignación de recursos no se hallan realmente en una posición de desahogar su enojo en sus superiores y por ello descargan su hostilidad en el personal staff, que recaba los datos del presupuesto y que reúnen las cifras definitivas.

Exageración de las necesidades:

Con frecuencia en los presupuestos se incorpora un margen de seguridad como una protección legítima frente a los imprevistos y a la inflación.

Algunos gerentes dejan un colchón en las estimaciones de sus presupuestos para protegerse en la lucha por recursos y compensar el hecho de que muchas veces se hacen peticiones basadas exclusivamente en sus necesidades del momento, sufrirán después, si sus peticiones son reducidas automáticamente junto con las de otros ejecutivos.

Sistemas Ocultos de Información:

Cuando los presupuestos se conservan en secreto, los gerentes tratarán de averiguar como se relacionan sus asignaciones con otras, ideando fuentes de información ocultas o informales (secretarias, miembros del personal de presupuesto o colegas). El peligro de la organización radica en la posibilidad de que se difunda información incorrecta a través de rumores, con lo cual se intensifica innecesariamente la rivalidad y la tensión entre las unidades organizacionales.

REVISION DEL PRESUPUESTO:

Los presupuestos deben mantener sus puertas abiertas, para su revisión; sin embargo cuando se utilizan como instrumento de planeación, se pueden establecer intervalos para su puesta al día, como mecanismo de control y evaluación, las evaluaciones se limitan a los casos en que las desviaciones son ya tan grandes que el presupuesto deja de ser realista.

PRINCIPIOS DE PRESUPUESTO:

En cuanto a los denominados principios en materias presupuestarias se reconoce la vigencia y la aplicación de lo siguiente:

Unidad: Los ingresos y gastos se deben incluir en un sólo documento y el total de ingresos debe formar un frente contra el cual deben girar los gastos.

Periodicidad: Las estimaciones de ingresos y gastos que se refieren a un determinado período, generalmente un (1) año.

Equilibrio: Relación de igualdad entre los gastos aprobados y el volumen de ingresos estimados.

Exactitud: Exactitud numérica y margen entre lo previsto y lo efectivo para atenuar los déficit.

Especialización Cualitativa y Cuantitativa: La primera se refiere a que los recursos asignados a un objetivo, se deben utilizar solo en dicho objetivo. La segunda se refiere a que los gastos se deben comprometer, girar y realizar en los importes previstos en el presupuesto.

Claridad: Es una consecuencia de las anteriores, ya que debe reflejar los programas, conceptos y montos, y deben ser fácil de comprender para la opinión pública.

Publicidad: Tanto el proyecto de presupuesto, como el presupuesto final, deben ser conocidos por la opinión pública, al igual que los informes de ejecución y evaluación y de evaluación presupuestaria.

Programación: Debe estructurarse por programas y proyectos, que son los que especifican las actividades.

1.1.2. El Presupuesto Público:

1.1.1.2 Generalidades:

Es un instrumento que limita la acción del Estado a través de la ejecución de planes, programas y proyectos para satisfacer una necesidad de carácter social, que está presente en todos los niveles de conducción del gobierno y de la administración pública, es un instrumento múltiple es:

- Un instrumento de gobierno (decisión de política pública).
- De política (ejercicio del poder del Estado para decidir las alternativas).
- De planificación (para ejecutarlas ya sea a corto, mediano o largo plazo).
- De administración (cuadyuga al desarrollo nacional) tendiendo a aumentar la capacidad administrativa.

La Dirección de Presupuesto de la Nación del Ministerio de Planificación y Política Económica, el Ministerio de Hacienda y Tesoro y la Contraloría General de la República, conformando un grupo inter-institucional elaboraron el Manual de Clasificaciones Presupuestarias del Ingreso Público, que se publica como versión oficial para todas las instituciones

de las áreas que forman el sector público.

El desarrollo de instrumentos de carácter normativo, como el Clasificador Presupuestario de Ingresos Públicos, se realiza con miras a establecer en forma coordinada sobre una base común la necesidad de llevar a cabo acciones concretas del Estado tales como:

- * Determinar la responsabilidad financiera y revisión en los centros o fuentes donde ellos se generan.

- * Concurrir en ayuda de la planificación para establecer las asignaciones sectoriales y los compromisos necesarios para la evaluación de proyectos.

- * Apoyo en forma consistente a la formulación del Presupuesto y lograr resultados uniformes y comparables de su ejecución y estadísticas de las Rentas Nacionales.

- * Como factor útil de evaluación, en la administración de programas, eliminando las clasificaciones inadecuadas carentes de los fundamentos necesarios para la evaluación funcional y económica de las operaciones del Estado. Por lo que consideramos que salvada esta laguna interpretativa por un orden racional y lógico, se puede en breve tiempo tener un juicio uniforme y consistente que permita tener como fin último toda la integración contable del Sector Público en

Panamá.

La clasificación institucional fundamentalmente, es utilizada para identificar las instituciones que integran el sector público. Mediante esta identificación se trata de facilitar la administración presupuestaria, el control de la ejecución y la generación de estadísticas requeridas para la programación y análisis de las actividades desarrolladas en el sector público.

En gran medida esta clasificación es básica, dado que además de definir el ámbito del sector público, proporciona una clave de identificación que unida a la estructura programática, constituye el eje de toda la codificación presupuestaria.

La clasificación que se ha convenido, comprende seis (6) grupos o áreas que incluyen todos los organismos, instituciones y empresas pertenecientes al sector público. Dichas áreas y sus códigos de identificación son las siguientes:

CODIGO	AREA
0	Gobierno Central
1	Instituciones Descentralizadas
2	Empresas Públicas
3	Intermediarios Financieros
4	Corporaciones y Proyectos de Desarrollo
5	Municipios ³ .

1.1.2.2. Definición:

"Se define al presupuesto como un documento que preve, compila y ordena los gastos e ingresos del Estado para un período determinado"⁴. Identifica el curso de acción que debe seguir el gobierno. En el gobierno el Presupuesto Público marcó un predominio del Poder Ejecutivo (fundamentalmente en los regímenes monárquicos y de fuerzas); posteriormente la teoría y el ejercicio práctico de la división de poderes tradujo una más o menos exacta delimitación de responsabilidades, otorgándole al Parlamento funciones de autorización de los créditos y examen de la ejecución, mientras que la ejecución misma ha quedado en manos fundamentalmente

³ Ministerio de Planificación y Política Económica. 1980. Manual de Clasificación y Codificación Presupuestaria del Ingreso Público. 1era. ed. Panamá, pág. 7.

⁴ Edisson Gnazzo. 1977. Principios Fundamentales de Finanzas Públicas y Política Fiscal. 1era. ed. Buenos Aires: Artes Gráficas Lassaletta S.R.I., pág. 263.

del órgano ejecutivo.

1.1.2.3 Importancia del Presupuesto del Gobierno:

Como es de conocimiento general los sectores públicos y privados distribuyen y complementan normalmente la gestión en todos los sectores de la actividad (socio-cultural, educativa, económica, etc.) de un país. En los países americanos de estructura liberal o semicapitalista, el sector público cubre entre el 15 - 30% de la actividad económica social (incluyendo la seguridad social y las empresas públicas), esto nos da una idea clara acerca de la importancia que asume su actividad y la necesidad que ella quede planificada y ordenada sobre las bases nacionales.

Los grandes objetivos concretos y costosos del desarrollo, la escasez y desigual distribución de recursos humanos y materiales para afrontar las exigencias, ha demostrado la necesidad de que el Estado y la actividad privada planifiquen su diligencia, de modo que los recursos existentes y disponibles sean utilizados de la mejor manera para el bienestar colectivo. La forma idónea que el Estado tiene para reconocer las necesidades y los recursos y disponer su mejor uso es

a través de planes globales que vinculen toda la actividad estatal y privada y que determinen las responsabilidades y objetivos a lograr para cada uno. Esos planes de corto, mediano y largo plazo, según sea el caso, determinan cursos de acción programática que se materializan a través de los Presupuestos del Gobierno.

1.1.2.4. Principios Presupuestales:

Principios que relacionan el sistema presupuestal y las actividades financieras del Gobierno:

Universalidad (todos los gastos e ingresos públicos deben estar en el Presupuesto). Este principio es normalmente derogado en el caso de gobiernos locales y empresas pública y en la medida en que el presupuesto quiera reflejar un plan total y coordinado del Gobierno, este principio debe ser respetado en el mayor grado posible.

Exclusividad: Recomienda que todo el material no financiero sea excluido del Presupuesto.

Principio Relativo al Tratamiento dado por el mecanismo presupuestal a los factores incluidos en el sistema:

Unidad: (de documento, de trámite y de caja). Tiende a contemplar aspectos de la técnica administrativa y contable y por lo tanto se vincula a razones de buenas técnicas en esos campos para facilitar los procedimientos de control jurídico-contable.

Especialización: (se refiere a que las partidas presupuestales deben votarse con miras a objetivos de trabajos concretos. Tiene que ver con la conveniencia de no votar con la partidas globales, sino específicas para determinados fines.

Anualidad: (el Presupuesto debe ser anual). No tiene mucha lógica financiera y fundamentalmente se afronta a fuerte crítica cuando se trata del cumplimiento de planes o programas de mayor duración del año.

Exactitud: (según Stourm, el presupuesto debe adornarse de requisitos, de prudencia, sinceridad y franqueza).

Tiene mucha importancia al momento de estimar los gastos de ingresos para el ejercicio próximo. En cuanto a los gastos, los requisitos tienen la posibilidad de ser respetados en mayor grado, referente a los ingresos es necesario utilizar técnicas racionales para prever la recaudación del próximo ejercicio tomando en cuenta factores de diversa índole (crecimiento de la economía y de los negocios, valor de la moneda, importación y exportación).

Principios relativos a las fórmulas y técnicas para la presentación del documento presupuestario.

Claridad (no siempre se cumple) en este principio debemos observar tres elementos significativos. Primero se debe preguntar si el Presupuesto da suficientes detalles y cuadros explicativos que hagan clara la interpretación del material básico. En segundo lugar, el material debe ser examinado para verificar si la presentación es racional y sencilla. Finalmente, debe analizarse si es posible más de una interpretación respecto a lo escrito o autorizado expresa o tácitamente en las normas y cifras del presupuesto.

Publicidad (señala que el pueblo debe tener plena posesión de todos los factores relativos a las finanzas del

Estado, como forma de lograr su mejor comprensión y apoyo al Gobierno y a su obra). Muchos gobiernos preparan anualmente resúmenes de las cifras de los contenidos de los presupuestos donde se ilustra con claridad y sencillez lo que está haciendo el Gobierno y la cuantía de sus desenvolvos en actividades concretas, tales como, educación, salud, vivienda, etc. y también sobre el origen de los recursos financieros para cubrir esas erogaciones.

Equilibrio Presupuestal. Stourn señala que en un sistema democrático no hay posibilidades de exigir a un gobierno gastar en exceso y prever que el próximo gaste menos.

1.1.2.5. Clasificaciones Presupuestales:

Son las clasificaciones tradicionales que hacen énfasis en los aspectos jurídicos y contables del Presupuesto, en tal sentido, analizan los gastos desde el punto de vista del monto o cantidad y tipo de gastos y de las entidades o unidades administrativas que lo utilizan. Se considera más importante lo que el Estado compra o gasta que lo que el Estado hace.

La nueva técnica del Presupuesto por programas, se ha constituido en un cambio muy importante de pensamiento en torno al análisis de la clasificación de los ingresos públicos.

1.1.2.6. Presupuestos por Programas (PPP).

Se dirige hacia las cosas que el Gobierno hace más que a las cosas que el Gobierno compra o paga, esta teoría se aplica en mayor o menor grado en la mayoría de los países del mundo.

El Presupuesto por Programas tiene validez y significado cuando se inserta dentro de una política general dentro del gobierno, o sea a toda conducta dirigida del gobierno tendiente a utilizar de la mejor manera posible los recursos disponibles con miras a lograr objetivos concretos predeterminados.

Sector Público y Privado en la Economía para que un país progrese con armonía y equilibrio es preciso que ambos sectores coincidan en diversos aspectos que atañen a los objetivos comunes del país para beneficios de toda la pobla-

ción. El Estado debe ser el que calibre, mida, evalúe con justicia y objetividad el sendero que mejor conviene al país. Para ello debe delimitar con claridad y precisión las posibilidades y metas que corresponden atribuir al sector público y sector privado en materia social y económica.

Se deben fijar metas globales nacionales ejemplo, reducir el porcentaje de analfabetismo, disminuir el porcentaje de desocupación, aumentar la capacidad de viviendas, aumentar la salud e inmunidad de la población contra las enfermedades.

Proyección o Preparación de los planes y su ejecución en el sector público y su posterior evaluación.

El Sector Público deberá seguir más escrupulosamente con las metas asignadas ya que el plan ha sido elaborado por el Gobierno (sector público); este plan debe concretarse en el establecimiento del PPP que será el instrumento que nos indicará si el Gobierno cumple las metas.

El PPP (Presupuesto por Programa). Presenta la fijación de los planes de corto plazo a cargo del Gobierno y

que el mismo debe de cumplir dentro de las metas de la planificación general. Muestra el significado de la actividad estatal clasificada por programas de operación y de capital, y permite analizar la acción del Estado en su conjunto.

Un presupuesto por programas está orientado no sólo por las acciones inmediatas, sino también por metas de largo plazo establecidas en programas globales y sectoriales de desarrollo.

El Establecimiento y Operación del Sistema de PPP: Implica varias etapas y ciertos condicionantes o requisitos a cumplir:

- f.1. Determinación racional de funciones a cargo del Estado y dentro de ellas de las responsabilidades de cada oficina.
- f.2. Fijación de metas globales y sectoriales a cumplir.
- f.3. Censo de Recursos Humanos, materiales y financieros disponibles. De la comparación de estos recursos disponibles con las metas a cumplir surgirá la determinación de prioridades.
- f.4. Ejecución del PPP. Organización organizativa y contable. Identificación de programas, subprogramas, actividades y tareas.

f.5. Evaluación de resultados. Sistema fluido y permanente de información⁵.

1.1.2.7. Clasificación por Programas y Actividades.

Esta clasificación profundiza y establece en forma detallada cada una de las operaciones que deban realizarse para ejecutar las funciones. Entiéndase por **función**: un propósito directo establecido por los órganos políticos que debe cumplir el Gobierno a través de la prestación de servicios públicos determinados y destinado a satisfacer las necesidades de la comunidad; estos propósitos pueden referirse a la educación, la salud, el fomento económico y otros.

1.1.3. Ley y Normas Presupuestales del Estado:

Ley: Decreto de Gabinete No.1 del 2 de enero de 1993 "por la cual se adopta el Presupuesto General del Estado para la vigencia fiscal de 1993".

⁵ Edison Gnazzo. 1977. Principios Fundamentales de Finanzas Públicas y Políticas Fiscal. 1era. ed. Buenos Aires : Artes Gráficas Lassalle S.R.I., pág. 269.

Normas Generales de Administración Presupuestaria: Estas normas se contemplan en la Gaceta Oficial del domingo 3 de enero de 1993 del capítulo 83 al 173.

1.2. El Proceso de Planificación

Estratégica:

La Planificación Estratégica es un proceso de cambio mediante el cual se reformulan las metas de una organización, se determinan las políticas y programas necesarios para lograr los objetivos que conduzcan hacia las metas y se establecen métodos efectivos para asegurarse de que se pongan en práctica las políticas y programas estratégicos.

El planificar es un proceso social complejo que trata de transformar la realidad a partir de la perspectiva peculiar de una fuerza social dada. A la complejidad propia de todo proceso social se agrega la complejidad inherente a la necesidad de tratar con el futuro. Es decir tratar de prever y calcular un futuro distinto y deseable y derivar las propuestas de cambio posibles hacia ese futuro y evaluar sus consecuencias. Este proceso es emprendido por fuerzas sociales en conflicto y en alianzas transitorias y también complejas. El plan constituye la manifestación formal de una propuesta

construída por una fuerza social, que por medio del mismo intenta producir cambios o mantener situaciones, en un área de la realidad sobre la cual tienen algún grado de poder e interés. A partir de esta intervención, provoca alteraciones en el todo social en el sentido de alcanzar y concretar la situación para ella deseada (situación objetivo) que define "hacia donde", mientras que el plan define el "por donde".

El plan es una definición de dirección, intensidad y velocidad de un cambio deseado que deberá ser puesto a prueba en la práctica, evaluado y monitoreado permanentemente para su realimentación a partir de su confrontación con la práctica.

El enfoque estratégico presupone que los objetivos, preceden, presiden y orientan (direccionalidad) la estructura de las organizaciones, es decir que son los objetivos y no la estructura organizacional los que orientan y califican las principales acciones internas y externas de la "organización". Por lo tanto, es a través del proceso de definición de estrategias organizacionales como se llega al delineamiento institucional.

El proceso de planificación no es independiente del proceso de instrumentación, ejecución y control de las acciones. La "planificación-ejecución-evaluación" constituye en esencia el mismo proceso decisorio en el contexto organizacional.

El sentido y característica de un proceso de cambio en el estilo de planificación y administración de una institución pública del sector salud es generado y condicionado entre otros por los siguientes factores principales:

- El estilo de planificación del desarrollo económico-social que refleja los valores sociales vigentes a través de la óptica de la fuerza social (o conjunto de fuerzas) que detentan el poder expresado en el gobierno.
- El impacto del ambiente externo y de las demandas emergente de ese ambiente sobre las instituciones públicas y, por consiguiente sobre el gobierno.
- La presión de la sociedad civil por el control social de la gestión estatal.
- La naturaleza e intensidad del estímulo o impulso para el cambio que el gobierno y la sociedad genera sobre la institución en respuesta a la turbulencia y presión del ambiente externo de la institución.

- La cultura y capacidad administrtriva y la capacidad de resistencia al cambio de la institución pública misma.
- Su grado de dependencia con la administración general nacional y las consiguientes "reglas del juego" que ésta imponga.

Elementos que distinguen el enfoque estratégico en planificación:

- Reconoce y trata en el sistema social como un todo las categorías: historicidad, complejidad, fragmentación, incertidumbre, conflicto y dependencia.
- Considera el problema del poder y admite la existencia de diferentes fuerzas sociales que planifican sobre el mismo sujeto-objeto, con diferentes perspectivas y participación en el poder.
- Utiliza e integra elementos "normativos" (el debe ser) y elementos "estratégicos" (el puede ser).
- Anticipa, explora y crea situaciones futuras intermedias y finales probables y deseables para la fuerza social que planifica.
- Selecciona proyectos dinaminizadores idóneos para llegar al cambio deseado y los combina en secuencias alternativas (trayectorias) que maximicen su efecto, conciliando

los criterios políticos, técnicos, económicos y administrativos.

- Analiza y construye la viabilidad de las propuestas.
- Considera la negociación tanto hacia el interior de la fuerza social que planifica como hacia el exterior de ésta. Su forma instrumental se expresa en la elaboración de opciones estratégicas.
- La formulación de planes de largo, mediano y corto plazo se considera como el eslabón entre la opción negociada y su instrumentación en la práctica. El plan sólo adquiere significado y se prueba en la práctica, constituyendo un marco de referencia para orientar las acciones y el uso de referencias.

El Proceso de Planificación Estratégica tiene que cumplir varios requisitos:

1. Integrar la dimensión política y económica del proceso social, distinguiendo las áreas de consenso y de conflicto.
2. Constituirse en un proceso que realmente recoja la demanda que emerge desde la base social.
3. Convertirse en un proceso descentralizado que libere las capacidades para identificar problemas y soluciones en todos los niveles.
4. Llevar la planificación hacia las instancias de gestión y operación ya que estas son las bases de la práctica concreta de la planificación.

5. Ligar permanentemente la planificación de las situaciones de coyuntura con las de mediano y largo plazo.
6. Disponer de un plan de corto y mediano alcance que preceda y presida la acción de intervención y producción social⁶.

Consideraciones sobre algunos componentes principales del enfoque estratégico de la planificación:

La opción estratégica como argumento-instrumento para la negociación de las propuestas de la fuerza social que planifica y como marco de referencia para la formulación de planes.

La dirección de una opción estratégica está dada por la situación-objetivo (imagen objetivo) sustentada por una dada fuerza social (concepto éste que incluye el sistema de salud como un todo y cualquiera de las instituciones que lo integran) que es hegemónica en un momento en una cierta sociedad o un segmento de la misma. Es esa situación-objetivo la que definirá el sentido y dirección de los cambios a ser realizados, es decir, la variabilidad tolerada en los resultados esperados. La situación objetivo son los eventos hipotéticos

⁶ Juan José Barrenechea (et: al). 1990. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. 1era. ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía, Págs. 88 y 89.

que se ubican en el orden de lo factible, interfiriendo con el futuro e incorporandose al mismo. Es el puede ser del enfoque estratégico.

La opción estratégica es el 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.

Esta situación inicial se caracteriza por la identificación de los grupos humanos postergados, la priorización de los problemas de salud y de sus correspondientes factores de riesgos y el análisis de la capacidad de oferta de la red de servicio de salud. La situación inicial corresponde a la recurrencia natural o esperada de eventos, la cual puede ser anticipada con alto grado de probabilidad.

Significado y formulación de planes.

El plan significa anticipación y en manera alguna predicción. En esencia constituye una formulación anticipada de propósitos, acciones y recursos con el fin de poder presidir y preceder a la práctica, orientándola hacia los resultados

deseados (direccionalidad).

La evaluación y monitoria estratégica, el control de las rutinas y la investigación evaluativa.

Evaluar consiste básicamente en identificar un hecho, describirlo y explicarlo (hacia atrás en su historia y hacia adelante en sus previsibles consecuencias) y compararlo con un modelo o conjunto de valores que el "evaluador" ha decidido como patrón de comparación⁷.

La Construcción de Escenarios:

Se define escenario como la descripción (por medio de palabras, figuras, dibujos o modelos) de la situación presente de la sociedad o de parte de ella (por ejemplo, el sector salud) y de posibles y deseadas alternativas de situaciones futuras de esta sociedad y la secuencia de eventos que las presentes circunstancias podrían llevarla hacia aquellos futuros.

Desde el punto de vista estratégico los planificadores en salud, reconocen que las técnicas tradicionales son inadecuadas para indicar soluciones para los problemas multisectoriales con interrelaciones complejas y multidisciplinarias;

⁷ Barrenechea, op.cit., pág. 111.

es así como diversos grupos de expertos han preparado escenarios para la solución de diferentes problemas y enfermedades, tales como: el cáncer, accidentes y traumatismo, enfermedades cardiovasculares, vejez, salud mental, SIDA, etc.

1.2.1 ANALISIS ESTRATEGICO:

1.2.1.1. La Imagen Objetivo:

El escenario ideal o deseado lo constituye la imagen objetivo que configura la concepción filosófica del que debería ser. Esta concepción utópica es la que dirige la voluntad humana, para desear siempre un desarrollo mayor para el futuro. Este desarrollo se traduce en alcanzar a la mayor brevedad posible un nivel de salud satisfactorio que permita una vida social y económicamente productiva. Para ello es indispensable el desarrollo nacional en los diversos aspectos del ambiente, los estilos de vida, la biología humana y los servicios de salud.

Se hace necesario el uso racional de los elementos de la naturaleza para preservarla y evitar su deterioro. La población debe estar dotada de agua potable, de una disposición adecuada de desechos sólidos y orgánicos, debe estar protegida contra la polución, el ruido, las radiaciones; debemos

preservar la riqueza del ecosistema.

Debemos respetar los valores culturales de los diversos grupos sociales fortaleciéndolos con la ayuda de los medios de comunicación social.

Garantizar empleo a la población permite la estabilidad económica para satisfacer las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, transporte y sana recreación. Al cubrir estas necesidades podemos erradicar del medio todas aquellas actividades y elementos que deterioran la salud e integridad física y emocional del individuo.

El Estado habrá de garantizar la óptima calidad de los servicios de salud asegurando que sean de cobertura universal, oportunos, accesibles, eficaces, eficientes y equitativos.

Esta Imagen Objetivo debemos interpretarla como indicadores de salud que nos coloquen a la par de los países avanzados traducidos en una esperanza de vida al nacer mayor de 75 años, una mortalidad infantil menor de 10 defunciones por 1,000 nacidos vivos, una disponibilidad de agua potable y

disposición de desechos sólidos que cubra el 100% de la población, una cobertura con servicios de salud a toda la población e inmunizar a todos los niños menores de 5 años contra las enfermedades prevenibles por vacunación, así como la prevención de los accidentes comunes y del trabajo, la óptima salud bucal y mental de la población, y el control de las enfermedades transmisibles y las enfermedades crónicas prevenibles.

1.2.1.2. Postergación Social:

Postergar significa como "dejar atrasada una cosa, ya sea respecto del lugar que debe ocupar y/o del tiempo en que ocurriría su efecto"⁸.

En todas las sociedades existen grupos postergados con relación a otros, aunque el grupo de factores que llevan a tal postergación sean diferentes. Siempre existirá un conjunto de individuos de una sociedad, con oportunidades y condiciones de vida inferiores a otro conjunto de individuos de esa misma sociedad. Lo que

⁸ Juan José Barrenechea (et: al). 1990. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. 1era. ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, pág. 220.

puede variar es la estructura y la magnitud relativa y absoluta de esa postergación, así como el grado de aceptación social del proceso de postergación.

Siguiendo este pensamiento se proponen algunos elementos para operacionalizar la noción de postergación:

- Es relativa: En una sociedad existen grupos humanos postergados en la medida que existen grupos humanos no postergados.
- Está relacionada con la satisfacción de necesidades básicas.
- Se relaciona con uno o más caracteres que diferencian el grupo humano postergado con otros grupos humanos postergados.

Con relación a la instrumentación de SPT/2000, interesa medir el grado de postergación a partir de la salud, sin embargo existen diferentes problemas de salud y de los factores de riesgo que los condicionan como consecuencias de factores políticos, económicos, sociales, geográficos y demográficos, entre otros. Es por ello que la proposición de SPT/2000 obliga a:

- Definir las necesidades y sus niveles de realización.
- Identificar factores relevantes para la diferenciación de los grupos humanos en relación a las oportunidades de satisfacción de sus necesidades básicas.
- Establecer un procedimiento que permita evaluar el grado de satisfacción de las necesidades básicas para medir el grado de postergación relativa a cada espacio - población.
- Identificar los problemas de salud y los factores de riesgo que afectan un determinado espacio-población.

Utilizando la noción factor de riesgo se deben identificar los determinantes sociales, económicos y ambientales que determinan los problemas de salud de un grupo humano dado.

Desde el punto de vista de la planificación de los sistemas de servicios de salud en los términos de SPT/2000 sólo es legítimo la puerta de entrada de los factores de riesgo de las condiciones de vida, debido a

que el objetivo político que direcciona este proceso de planificación es que el sistema de salud contribuya a la disminución de las desigualdades entre grupos humanos, respecto a la accesibilidad de los servicios de salud y a los factores de riesgo de los que están expuestos como resultantes de sus condiciones de vida y que determinan el perfil de salud.

Una de las categorías de las condiciones de vida y por lo tanto, factor de riesgo potencial para el sector salud, lo constituye el grado de accesibilidad de un grupo humano a los servicios de salud. En este sentido podemos relacionar espacio - población y oferta de servicio. Planteada esta situación surge un segundo nivel de dificultad entendido por grado de postergación. A partir de esta situación podemos identificar una series de premisas básicas:

- La forma específica de interacción del hombre (la sociedad) con el medio ambiente es el trabajo (el modo de producir).
- Un elemento característico para definir los grupos humanos, son los problemas de salud que los aquejan y los factores de riesgo que los condicio-

nan.

- La utilización de las categoría que habitualmente son utilizadas para la definición de las condiciones de vida de un grupo social, es un modo de identificar grupos humanos.

También podemos identificar grupos humanos a partir de los enfoques explicativo y descriptivo. El primero propone una construcción teórica que permite explicar las causas que dan origen a la existencia de diferentes grupos humanos; el enfoque descriptivo se preocupa en describir las diferencias y en identificar los grupos humanos a partir de estos sin profundizar en el problema.

La distribución espacial de la categoría pobreza-riqueza constituye otra premisa en la identificación.

Desde el punto de vista operacional, las variables que permiten identificar la condición de postergación de un espacio - población determinado son aquellas que normalmente se encuentran incluidas en la categoría "condiciones de vida", ejemplo: nivel de alfabetización,

disponibilidad de agua potable, disposición de excretas, recursos de salud, per cápita, renta familiar, consumo de energía eléctrica y otras, a las cuales deberán integrarse aquellas variables que permiten caracterizar las relaciones de producción, acumulación y consumo.

El racionamiento constructivo que permite una primera aproximación a la solución operacional es el siguiente:

- El grado de postergación de un determinado espacio-población está dado por una configuración particular de las variables de la categoría condiciones de vida.
- Estas condiciones de vida y sus factores determinantes, se expresan en cierto tipo de accesibilidad, del espacio - población considerado, a los bienes y servicios de que la sociedad dispone.
- Un elemento esencial con relación a la accesibilidad es el componente "localización espacial", partiendo de la existencia de una distribución espacial de la pobreza - riqueza.
- Se postula que el grado de dispersión - concentración de la población está estrechamente asociado a

la oportunidad media (real y teórica) de acceder a los servicios y bienes en sociedades en general, y a los servicios de salud en particular.

Para definir espacio - población según grado de postergación se postula también que está dada por la construcción de tramos o clases de población definidos según: criterios de "dispersión - concentración" y por la localización de las unidades de producción de servicios de salud, clasificación por "tipo" o capacidad de "resolución" para cada tramo definido.

De esta manera se podría diferenciar, grandes espacios - población (regiones nacionales) por medio de indicadores tales como ingresos o producto regional, recursos en general y otras variables que describen condiciones de vida. En segundo lugar, al interior de cada tramo o clase de población de esos espacios "primarios", se procede a explicar las características de cada uno de ellos en función de las otras variables que se refieren a condiciones de vida, factores de riesgo, etc.

1.2.1.3. Rendimiento de los Servicios:

Rendimiento:

Es el factor de relación entre insumo y producto, determinante del aprovechamiento global de los recursos en ámbito nacional, macro-institucional y micro-institucional"⁹.

El rendimiento tiene la función de medir el grado racionalidad de los procesos y de aprovechamiento de los recursos, que determinan los niveles de producción. Su análisis permite valorar el potencial de producción de establecimientos, programas y servicios, de tal manera que al compararlo con su producción actual, permite cuantificar la capacidad ociosa existente.

En el establecimiento hospitalario la producción de los servicios de internamiento está dada por la relación del índice ocupacional con el promedio día-estancia; mientras que en la atención ambulatoria el rendimiento lo determina el número de consulta horas - hombre. Para

⁹ Eduardo Carrillo. 1991. Sistema de Información Gerencial. 1era. ed. Guatemala: O.P.S., O.M.S., pág. 42.

los servicios complementarios o subsidiarios el rendimiento está dado por el índice de producción del servicio, ejemplo, el número de exámenes, recetas, por egresos o consultas, etc.

Los indicadores de rendimiento permiten medir el perfil de eficiencia de la organización de salud en sus distintos niveles.

En Panamá estos indicadores nos revelan que los servicios de salud, se caracterizan por la obsolescencia de las instalaciones de salud, la falta de insumos críticos, la insuficiencia de equipo médico quirúrgico. A la vez, se continúa con la duplicación innecesaria de algunos servicios complejos, la sub-utilización de los servicios de alto costo y la discriminación social en la atención médica que se ve reflejada con la disminución en el número de instalaciones de salud (en el caso de los subcentros y puestos de salud) los cuales se ubican precisamente donde reside la población con mayor grado de postergación. Esto se auna a la desigual distribución del recurso humano con una exagerada concentración en el área urbana tanto de médicos como de enfermeras.

1.2.1.4. Problemas de Salud:

Los problemas de salud se designan como los efectos de las necesidades no resueltas por las acciones de salud y bienestar, representados socialmente por un actor social. Las condiciones de vida determinan necesidades de salud y éstas son socialmente representadas como problemas de salud. Estos problemas pueden ser identificados en diferentes períodos del proceso salud/enfermedad como productos finales (muertes, enfermos o accidentes); como problema potencial, proceso que significa mayor riesgo, o como necesidades en el proceso reproductivo. Es decir que podemos identificar los problemas como producto, como proceso o como los insumos de dichos procesos.

Para reducir o eliminar los problemas de salud debemos conocer sus causas, o factores asociados cuya presencia condiciona la existencia y/o el incremento del problema (factores de riesgo).

Estos factores de riesgo podemos ubicarlos en los siguientes grupos:

Factores relacionados con la biología humana: la edad, el sexo, la herencia y lo congénito, el proceso de desarrollo biológico, la maduración y el envejecimiento.

Factores relacionados con el ambiente físico y social: Geográficos, ecológicos, saneamiento básico, la vivienda, la acumulación de bienes, el modo de producción, el desarrollo económico y social, el poder adquisitivo y la cultura social.

Factores relacionados con el estilo de vida: La educación del individuo, la conducta, los hábitos de higiene, el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo, el desempeño profesional.

Factores relacionados con la Organización de los Servicios de Salud: "La cobertura y la equidad, la eficacia, la eficiencia, la tecnología apropiada, la calidad de atención, el modelo de atención"¹⁰.

¹⁰ Manuel Escala. 1993. Análisis de los Problemas de Salud y sus Factores de Riesgo. Panamá. Universidad, pág. 4. (Mimeografiado).

El Poder Ejecutivo por medio de sus instrumentos políticos y administrativo (Ministerios) es el responsable a nivel nacional de diseñar políticas y estrategias globales para enfrentar los problemas nacionales.

Las estrategias proveen a los respectivos órganos del Gobierno, el argumento central para el desarrollo de su coyuntura interinstitucional con la sociedad, con autoridades técnicas, al facilitarle la construcción de opciones para la negociación y la concentración. Esas estrategias de ataque (modo o forma como se han de abordar los problemas de salud para alcanzar los objetivos de la meta social de los pueblos SPT/2000) constituyen el razonamiento central para el ordenamiento, comunicación y desarrollo dentro de la institución.

Ese lineamiento estratégico contribuirá a maximizar la eficacia y la eficiencia de la red de atención de la salud y cobertura a los conjuntos sociales marginados.

La investigación en servicios de salud nos lleva a la búsqueda de las causas de los problemas, a su elaboración, aplicación y evaluación de soluciones.

1.2.1.5. Opción Estratégica:

Por **opción estratégica** se entiende un conjunto de proposiciones que se presuponen como necesarias eficaces, eficientes y, en una primera aproximación, viables que permitirían orientarse hacia una situación-objetivo determinada, a partir de una situación inicial y en una coyuntura dada¹¹.

La opción establece un eslabón de unión entre las políticas y estrategias de salud para alcanzar la imagen objetivo definida y su traducción en planes de corto, mediano y largo plazo. Es un mecanismo de negociación que proporciona una primera apreciación de coherencia, factibilidad de las proposiciones, busca la viabilidad a la confección de planes realistas.

Para la elaboración de la opción debemos tomar en cuenta el nivel de gestión en que se labora ya sea un sector sanitario, área sanitaria, región de salud o sistema nacional de salud. El punto de partida para su elaboración es la situación inicial que se caracteriza por la identificación de grupos humanos postergados, priorización de los problemas de salud y sus factores de

¹¹ Juan José Barrenechea (et: al). 1990. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. 1era. ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, pág. 92.

riesgos, y el análisis de la capacidad de oferta de la red de servicios. Estas opciones son sometidas al proceso de negociación interna que permite comprobar la coherencia de las proposiciones entre si y con la direccionalidad impuesta por la imagen objetivo, además permite comprobar la eficacia, verificando la existencia de razones suficientes para suponer que las acciones propuestas producirán los resultados esperados.

En el transcurso de la negociación estos componentes se van ajustando mediante análisis de factibilidad técnica, económica y administrativa. Simultáneamente los proyectos dinamizadores se van especificando por medio de pruebas de evaluación hasta definir un inventario de proyectos viables y eficaces, y económico, técnica y administrativamente, factibles y eficientes.

En esencia la opción estratégica está constituida por un conjunto de proyectos dinamizadores del cambio, por una estrategia que incluye la instrumentación de los proyectos y la definición de sus trayectorias, y por una serie de situaciones intermediarias esperadas como consecuencia de la ejecución de las acciones previstas¹².

¹² Barrenechea, op. cit., pág. 94.

1.2.2 LA PROGRAMACION LOCAL DE SERVICIOS DE SALUD:

La Programación Local de Salud, es parte del proceso participativo de planificación. Es un conjunto integral de actividades previamente definidas con sus correspondientes atributos, basados en el análisis estratégico. Incluye:

Análisis Participativo de la Situación Local de Salud: Conocimientos de necesidades, identificación y calificación de condiciones de riesgo (biológico, económico y social), organización y utilización de los recursos disponibles en relación a la estructura del sistema de salud y a la distribución de los grupos de población.

Este análisis se hace con la participación de todos los trabajadores de salud y la comunidad, para orientar las prioridades de acción en salud.

Formulación de Actividades de Salud: Integración de las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los individuos, la familia, la población y su ambiente, en una sola matriz programática, que agrupa esas actividades por conjuntos

programáticos; en concordancia con los problemas de salud que presente una población determinada y evitando los agrupamientos por patologías o programas aislados.

Este tipo de programación utiliza modelos simplificados que permiten establecer metas poblacionales y de actividades que se deben alcanzar en períodos de tiempo pre-establecidos (generalmente un año); promoviéndose la ejecución de las acciones en forma integral, por parte del equipo de salud.

Ejecución de las Actividades: Consiste en el desarrollo de las actividades programadas en el tiempo y lugar previamente determinados con sus atributos asignados.

Control y Monitoreo: La fase de programación está integrada a un proceso de control y monitoreo estratégicos de las mismas actividades, de manera tal que se puedan ir ajustando a condiciones variables a las que está sometida una comunidad o distrito, en especial situaciones de coyuntura o de crisis.

Evaluación: La evaluación del impacto y la calidad de la atención brindada en todos los puntos de la red de servicios, debe ser un proceso permanente.

Para facilitar la programación local y la evaluación de los servicios de salud, los SILOS deben subdividir la población o las respectivas áreas de influencia de un establecimiento de salud, en unidades geográficas mínimas de análisis, teniendo en cuenta:

- Estructura de los servicios de salud.
- Distribución de los grupos de población.

La red de servicios, en su conjunto debe asumir la responsabilidad de brindar atención integral a toda la población; por tanto, cada SILOS debe encontrar soluciones apropiadas, ya sea a través de su propia capacidad instalada, o por medio del desarrollo de interrelaciones con otros SILOS o con instituciones de salud de mayor nivel (sistema de referencia bi-direccional).

Propósito: El propósito fundamental del sistema de programación local, de las actividades de salud, consiste en hacer efectiva la planificación del trabajo de

manera operativa por el equipo de salud con la participación de la comunidad, de acuerdo a las políticas y programas de salud, para mejorar la calidad de atención de salud.

Objetivos Generales:

- Mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la aplicación de un instrumento técnico-científico que permita la ejecución de sus actividades tomando en cuenta los factores de riesgos y los recursos existentes.

- Promover a nivel local la participación integral del equipo de salud en la formulación y desarrollo ordenado de sus actividades.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los factores condicionantes que intervienen en el desarrollo del proceso Salud/Enfermedad.
2. Identificar y racionalizar la utilización de los recursos disponibles en el área.
3. Ampliar la cobertura de los servicios de Salud a toda la población, dando la mayor prioridad a la de mayor riesgo.
4. Lograr la integración del equipo de Salud local y la Comunidad en la identificación de sus problemas de salud y búsqueda de alternativas de solución a las mismas¹³.

¹³ Región Metropolitana de Salud. 1982. Manual de Sistemas de Programación Local. Panamá: Ministerio de Salud, pág. 15.

1.2.2.1. Atención al Medio Ambiente:

Medio Ambiente es la unión de condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo. "Es considerado como el conjunto de interrelaciones entre el individuo, los recursos y la estructura social, todo inmerso en el soporte común que constituye el medio físico"¹⁴.

Puede ser:

Físico: Clima, estaciones, lluvia, suelo, condiciones sanitarias, etc.

Biológico: Flora, fauna, vectores y agentes de enfermedades, alimentos, etc.

Social: Hacinamiento, calidad de vivienda, condiciones de trabajo, asistencia médica, trabajo, distribución de las riquezas, etc.

El conocimiento de los principios de higiene colectiva nos enseña la manera sana de vivir, para ello es indispensable que el Estado facilite los medios a la sociedad en general, para el conocimiento y utilización de los métodos de educación sanitaria.

¹⁴ Manuel Escala. 1993. Programación Local de los Servicios de Salud. Panamá. Universidad, pág. 6. (Mimeografiado).

A medida que el medio moderno se ha hecho más complejo el saneamiento del medio ambiente precisa abarcar mayor campo de actividades; entre ellos tenemos:

- Purificación y aprovisionamiento público del agua.
- Recolección y tratamiento de la basura.
- Cuidado y mantenimiento de las alcantarillas y tratamiento de aguas negra.
- Tratamiento de excretas en las zonas carentes de alcantarillado.
- Control del ruido.
- Control de insectos y roedores.
- Contaminación del medio.
- Higiene industrial y vivienda, y otros.

1.2.2.2. Atención a los Grupos Humanos:

Frente a las necesidades el problema que tiene que afrontar todo individuo hay respuestas predominantemente naturales, como las respuestas inmunológicas y en general todos los procesos de defensa del organismo y de homeostasis, que el ser humano ha desarrollado en su proceso de especiación y en su experiencia histórica.

Las respuestas predominantemente sociales deben considerar las necesidades de los grupos humanos en su condición de género (femenino o masculino), de edad fértil, de lactantes, prescolares, escolares, adolescentes, trabajadores, ancianos y todas aquellas que son adoptadas en el contexto de las organizaciones comunitarias (incluyendo las relaciones familiares. También debemos estimar las necesidades particulares en las áreas de la salud ambiental, la nutrición, la salud mental, y la salud bucal.

Para hacerles frente a estas necesidades debemos tomar acciones que impacten sobre los procesos determinantes de los problemas de salud partiendo del concepto de promoción de la salud. Este concepto se refiere a las acciones dirigidas a transformar favorablemente la calidad de vida de la sociedad en general, a nivel de grupos particulares de población, y a nivel de individuos.

Las acciones de prevención de enfermedades y accidentes se orientan a grupos de población de mayor riesgo y a problemas específicos, o un grupo de ellos. Estas acciones se pueden orientar a nivel de individuos como son las inmunizaciones, el control prenatal, la educación sanitaria orientada al

cambio de conductas y hábitos individuales y otros; a **grupos particulares** como el control de riesgos laborales en una fábrica, control de focos y fuentes de enfermedades transmisibles en grupo poblacional, eliminación de fuentes de exposición y contaminación ambiental; a la **sociedad en general** como los controles sanitarios de expendios y manipuladores de alimentos, las decisiones de restricción de fumar en lugares públicos, la fluorización y clorinación del agua, el cambio de tecnología en la construcción de viviendas que ha reducido considerablemente la utilización de derivados del asbesto y de productos inflamables.

Las acciones de atención curativa y de rehabilitación, se orientan a la curación de los enfermos, mitigar el dolor, la prolongación de la vida y a su restablecimiento. Estas acciones pueden dirigirse a nivel de: **Individuos:** se realiza el tratamiento directamente al individuo según su patología. **Grupos:** se realizan tratamientos masivos como los antimaláricos en grupos de alta incidencia, las curas antiparasitarias masivas en escolares de zonas de alta prevalencia de parasitosis intestinal y/o de pediculosis.

Estas acciones curativas y de rehabilitación llegan a la comunidad a través de los Programas de Salud: Infantil, Escolar, Adolescentes, Adultos, Ocupacional y Tercera Edad; en conjunto con los programas de apoyo de Salud Bucal, Mental y Nutricional.

No debemos olvidar que el acceso de la población para recibir los servicios de salud es uno de los derechos ciudadanos más relevantes del campo de la salud, ya que algunos lugares no tienen la capacidad de modificar las condiciones de vida de la población, y por lo tanto la morbilidad de muchos problemas prioritarios, constituye un aspecto determinante del riesgo de morir.

El conjunto de estas respuestas sociales constituyen las políticas y planes de salud y bienestar, y se concretan en acciones sobre los individuos, sobre los grupos particulares de población y sobre la sociedad en general.

1.2.2.3. Actividades de Participación Social:

La participación social en SILOS es la integración de la comunidad (todos los actores sociales) en los aspectos que tienen que ver con la elección de alternativas, la implemen-

tación de esas alternativas y su evaluación. El proceso de participación social tiene como finalidad hacer que las personas construyan su propio futuro.

Se entiende por **participación social**: el proceso de intervención de la población organizadas de las deliberaciones sobre la atención de la salud, en la toma de decisiones que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y en el control de los procesos, así como la asunción de responsabilidades y observación de las obligaciones derivadas del desempeño de su facultad decisoria¹⁵.

La participación social incluye la participación comunitaria, entendida como las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir o tratar la enfermedad, y participar en los procesos de recuperación y rehabilitación de los enfermos.

Desde el ángulo de como, las decisiones son tomadas y llevadas a la práctica, la participación social se pueden ver de la siguiente forma: como **colaboración**, los conjuntos sociales no tienen participación en la conducción y gerencia del proceso, basta con brindar la colaboración que se les solicita. Se trata de obtener mano de obra y otros recursos, baratos o gratuitos.

¹⁵ Escala, op. cit., pág. 12.

Participación, entendida como cogestión, implica la intervención de los conjuntos sociales en las decisiones, inclusive a las que se consideran problemas, prioridades y destino de los recursos (físicos, financieros, humanos y materiales).

La autogestión, es una forma de participación más independiente de la voluntad institucional. Puede surgir de procesos tutelados que buscan la autonomía y como consecuencia de la reivindicaciones de los propios conjuntos sociales postergados para obtener su autodeterminación.

La negociación, considera que el Estado y sus instituciones sectoriales, son las responsables por prestar servicios eficientes y de calidad para toda la sociedad. El autocuidado y los hábitos saludables, quedarían a cargo de la población.

Los movimientos sociales son las organizaciones no institucionalizadas de los conjuntos sociales, que se originan y estructuran para reclamar o sistematizar respuestas de los subalternos, en relación al sistema social como a un todo y a un sistema social hegemónico (movimientos indígenas, grupos

de mujeres, organizaciones no gubernamentales - ONG y otros).

A nivel local debemos considerar tres conjuntos sociales, los partidos políticos, las agrupaciones sindicales o gremiales y las corporaciones profesionales. También debemos reconocer la influencia de las organizaciones multinacionales, que en conjunto permitirán la formulación de estrategias de transformación realista y con mayores probabilidades de éxito.

1.2.2.4 Actividades de Gestión Administrativa:

Podemos considerar como gestión administrativa "una acción institucional que hace viable la optimización de los recursos para el logro de los objetivos" convirtiéndola en acción efectiva"¹⁶.

Las organizaciones nos permiten lograr cosas que como individuos, no podríamos hacer con la misma eficiencia; nos ayudan a asegurar la continuidad del conocimiento ya que contribuyen a que estas sean un puente entre las generaciones

¹⁶ Escala, op. cit., pág. 15.

del pasado, las del presente y las del futuro.

Cualquiera que sean las metas de una organización, la administración es el proceso en virtud del cual se consiguen esos objetivos.

"La administración es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar los esfuerzos de los miembros de la organización y de aplicar los demás recursos de ella para alcanzar las metas establecidas"¹⁷.

Las personas son el recurso más importante de una organización pero sus logros dependen de los recursos disponibles y del papel decisivo que desempeñan sus gerentes en todos los niveles especialmente en los más altos, en la creación de los valores y métodos que estimulan la excelencia. Se designa gerente aquel que es responsable por subordinados y por otros recursos de la organización.

¹⁷ James Stoner, Charles Warked. 1986. Administración. 3era. ed. México: Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A., pág. 4.

TIPOS DE GERENTES:

Los gerentes los podemos clasificar en dos formas:

Por su nivel en la Organización

Gerente de Primera línea o de primer nivel: Es el nivel más bajo en una organización donde los individuos son responsables del trabajo de otros. Estos gerentes dirigen a los empleados de operación; no supervisan a otros colegas (ejemplo: el supervisor administrativo en una gran oficina). A estos gerentes se les llama a veces supervisores.

Gerentes de Nivel Medio: Estos gerentes dirigen las actividades de otros gerentes y, algunas veces, también las de los empleados de operación. Sus principales responsabilidades son dirigir las actividades que cumplen con las políticas de la organización y equilibrar las exigencias de sus superiores con las capacidades de sus subordinados (ejemplo: Odontólogo Jefe de Clínica del Depto. de Odontología de un Centro de Salud).

Gerentes de Alto Nivel: La alta gerencia (dirección) es responsable de la dirección global de la organización los títulos típicos de estos gerentes son "presidente ejecutivo", "presidente" y "vice presidente". La alta gerencia

establece las políticas de operación y guía la interacción de la organización con su ambiente.

Por la Clase de Actividades Organizacionales de que se encargan:

Gerentes funcionales: Son los responsables de una sola actividad organizacional (ejemplo: producción, finanzas). Las personas y actividades que presiden se ocupan de un conjunto común de actividades.

Gerentes Generales (Directores): Supervisan una unidad compleja. Son los responsables de todas las actividades de dicha unidad (ejemplo: Director Médico de un Centro de Salud).

Los gerentes tienen relaciones interpersonales con los subordinados, colegas y superiores, lo que los impulsa a asumir funciones:

Funciones Interpersonales: La primera función interpersonal es el de representante de la empresa, realiza obligaciones ceremoniales como dar la bienvenida a los visitantes. También adopta el papel de líder (contrata, adiestra, motiva, etc.). Por último el gerente debe servir de

enlace, al tratar con otras personas de la organización y fuera de ella.

Funciones Informativas del Gerente: Se considera que el aspecto más importante del trabajo de un gerente es recibir y comunicar información. Existen tres funciones informativas en que los gerentes reúnen y diseminan información.

La primera es la función de monitor donde el gerente constantemente busca información que sea de utilidad, interroga a los subordinados y también recaba información no solicitada, generalmente a través de contactos personales. Este papel de monitor casi siempre le permite ser el miembro informado de su grupo. En segundo lugar, con su función de diseminador el gerente distribuye entre los subalternos la información importante a la que sin él no tendrían acceso. Su tercera función es de vocero que le permite transmitir parte de la información reunida a individuos que están fuera de la unidad e, incluso, fuera de la organización.

Funciones Decisionales del Gerente: De acuerdo con Henry Mintzberg hay cuatro funciones decisionales que

asume el gerente. La función de emprendedor, el gerente inicia voluntariamente cambios para mejorar la unidad. El gerente es el encargado de resolver el problema, responde a situaciones que escapan a su control (ejemplo: Huelgas). El gerente es asignador de recursos, le compete decidir como y a quien se les asignarán los recursos de la organización así como el propio tiempo del gerente. También estudia todas las decisiones importantes tomadas por otros anteriormente que sean puesta en práctica.

La cuarta función decisional es de negociador: los gerentes dedican gran parte de su tiempo a la negociación, ya que son los que cuentan con la información y autoridad que requiere una negociación.

Las funciones operativas de un Director Médico como máxima autoridad del Centro de Salud son las siguientes:

Planeación: Los administradores proyectan con antelación sus metas y acciones. Sus acciones suelen basarse en algún método, plan o lógica.

Los planes dan a la organización sus objetivos y fijan el mejor procedimiento para obtenerlos. También permiten:

- Que la organización adquiera y dedique los recursos que se requieren para alcanzar sus objetivos.
- Que sus miembros realicen las actividades de acuerdo a los objetivos y procedimientos escogidos.
- Que sea vigilado y medido, el progreso en la obtención de los objetivos para imponer medidas correctivas en caso de ser insatisfactoria.

En la planeación podemos distinguir los siguientes pasos: Selección de las metas de la organización, fijación de objetivos y elaboración de los programas.

Los planes realizados por la alta gerencia pueden abarcar períodos hasta de cinco o diez años.

La planeación que se lleva a cabo en los niveles inferiores, los gerentes de primera línea o de nivel medio comprende períodos muchos más cortos (una hora, un día).

Organización: Después que los gerentes han establecido los objetivos y preparado los planes o programas para

lograrlos, deberán diseñar y desarrollar una organización que les ayude a llevarlos a feliz término. Los gerentes deben tener la habilidad suficiente para determinar el tipo de organización que se requieren para lograr determinados objetivos. Deben tener la capacidad de desarrollar y de dirigir este tipo de organización.

El diseño de la organización y la asignación del personal son estrechamente relacionadas. "La dotación de personal es el reclutamiento, asignación y adiestramiento del personal calificado para hacer el trabajo de una organización"¹⁸.

Dirección: A esta función se le conoce con varios nombres: Liderazgo, motivación, estimulación.

Consiste en hacer que los miembros de la organización actúen de modo que contribuyan al logro de los objetivos.

De todas las funciones administrativas ésta es la que relaciona más directamente a los gerentes con sus subordina

¹⁸ James Stoner, Charles Warked. 1986. Administración. 3era ed. México: Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A., pág. 14.

dos. Las personas son muy sensibles al elogio y al estímulo (expresado con palabras y acciones y necesitan sentirse eficientes en su trabajo para dar su mejor esfuerzo a la organización. Los gerentes que descubren el secreto de las motivaciones de sus empleados habrán encontrado la fuente ideal de energía productiva.

Control: Control es el proceso para determinar lo que se realiza, valorizando, comparando con lo previsto y aplicando las medidas correctivas de forma tal que los objetivos / resultados se alcancen de acuerdo con lo planeado¹⁹.

El control administrativo es un esfuerzo sistemático para fijar niveles de desempeño con objetivos de planeación, para diseñar los sistemas de retroalimentación de la información, y poder comparar el desempeño real con esos niveles determinados de antemano, para determinar si hay desviaciones sin medir su importancia, y tomar las medidas para que todos los recursos de la empresa se utilicen en la forma más eficaz y eficiente posible para la obtención de los objetivos organizacionales.

El control incluye la vigilancia activa de un proceso o

¹⁹ Manuel Escala. 1993. Sistemas Locales de Salud. Control y Evaluación. Panamá. Universidad, pág. 3. (Mimeografiado).

resultado para mantenerlo dentro de los límites fijados, este proceso debe terminar donde comienza la nueva etapa de planificación y así cerrarse el círculo del proceso administrativo. Podemos distinguir las siguientes finalidades del control:

- Medir el grado de impacto de las acciones de los SILOS.
- Medir el cumplimiento de los objetivos y metas operacionales (incluyendo la capacidad de resolver los problemas).
- Detectar las fallas que puede adolecer un plan, o programa para modificarlo o reorientarlo.
- Demostrar la eficiencia de las actividades realizadas con evidencias.
- Justificar el costo de los planes y programas ante los niveles superiores y la comunidad.
- Acumular conocimientos para facilitar el mejoramiento de los servicios y la preparación de los recursos humanos.

Los funcionarios a cargo del control deben, analizar, sintetizar y evaluar los resultados como parte esencial en el proceso de control. La investigación es un proceso indispensable en la toma de decisiones y como parte del control,

ya que le da validez sustentada evitando así que se convierta en un proceso empírico, donde los mecanismos de prueba y error aumentarían de forma notable los costos de operación.

Entre las características de los sistemas de control y evaluación está la existencia de un procesador con entrada y salida, una finalidad y un controlador unidos por canales de información. Las entradas son los insumos y personas que necesitan los servicios en los sistemas locales de salud (medicamentos, recursos humanos y materiales, información, tecnológico, población y/o paciente que espera ser atendido). La salida del procesador puede ser producción de servicios, atención a las gestantes, atención a los trabajadores de inmunizaciones, niños bajo control en su crecimiento y desarrollo y otros. La finalidad se refiere al impacto en los niveles de salud, producidos por cambios, como la disminución de tasa de defunciones por edad y daño, aumento de la cantidad de usuarios de agua intradomiciliaria con la consiguiente disminución de las enfermedades por transmisión hídrica.

Tipos de control:

Observación: Consiste en detectar problemas existentes en los sistemas locales de salud a través de otras activida-

des que pueden ser fortuitas o planificadas.

Inspección: Es la confirmación del cumplimiento de normas, reglamentos, circulares, disciplina laboral y otros; puede ser avisada o sorpresiva.

Auditoría: Es un control que se realiza teniendo como base los documentos administrativos o científico-técnicos (auditoría de almacén, cajas menudas, historias o registros clínicos); si se encuentra violación de normas pueden ser sancionables.

Supervisión: Es la asesoría que brinda el personal más capacitado a todos los niveles de los Servicios Locales de Salud. Nunca debe ser sorpresiva, debe ser en equipo con finalidad de enseñar, educar y compartir las experiencias vividas.

Evaluación: Consiste en medir sistemáticamente la cantidad y calidad en el cumplimiento de los objetivos e impacto del plan de los SILOS. También se evalúan la eficiencia, eficacia y equidad.

Control Continuo: Se realiza en actividades de suma importancia, de corto plazo, y de poca predictibilidad en sus resultados, lo que conlleva a toma de decisiones rápidas y precisas.

Verificación: Es la visita que se realiza para cerciorarse del cumplimiento de orientaciones o recomendaciones en cualquiera de las formas anteriores de control.

Control por Excepción: Dirigido hacia los puntos que se destaquen por defecto o por exceso en la producción de servicios. Como pueden ser: Un cumplimiento extraordinario que permite identificar una innovación tecnológica o una deficiencia de planeación, que necesite la atención inmediata y de toma de decisiones para optimizar el proceso.

Control por Area Específica: Se refiere a la especialización del control con objeto de profundizar su análisis, por ejemplo el control de atención a la tercera edad a grupos escolares y otros.

Control de Calidad: Son los controles que se realizan para identificar el grado de calidad de las actividades de

atención médica, las cuales se pueden medir indirectamente, por ejemplo: el número de infecciones hospitalarias indican el grado de calidad del servicio hospitalario en general o por servicios.

Rendición de Cuentas: Consiste en la información pública por parte de los servicios de salud y sus discusión con la comunidad para la obtención de resultados y la satisfacción de las necesidades.

Esta información es valorada por la población y el equipo de salud, interactuando mutuamente, modificando el proceso de desarrollo de los SILOS, perfeccionando el impacto de los servicios de salud y haciendo válida una de las características de ellos, la participación social²⁰.

RECURSOS HUMANOS: Constituyen los medios más importantes de un organización. De ahí que, una de las tareas centrales de un gerente es la selección, adiestramiento y desarrollo de las personas que contribuirán más con la empresa a conseguir sus metas.

La dotación del personal es la función administrativa que se ocupa del reclutamiento, colocación, adiestramiento y desarrollo de todas las personas que integran la organización.

²⁰ Manuel Escala. 1993. Sistemas Locales de Salud. Control y Evaluación. Panamá. Universidad, pág. 16. (Mimeografiado).

El proceso de dotación de personal es constante y gradual, con el fin de mantener siempre las personas idóneas con el puesto adecuado y en el momento oportuno. Este proceso consta de los siguientes pasos:

Planeación de Recursos Humanos. Su fin es asegurar que las necesidades de personal se satisfagan de manera constante y adecuada. Comprende un período de de seis meses a cinco años. Consta de cuatros pasos principales:

Planeación de las necesidades futuras. ¿ Cuantas personas con determinadas habilidades necesitará la organización para permanecer en operación en un futuro cercano ?

Planeación del equilibrio futuro. ¿ Cuántas de las personas que están empleadas se espera que permanezcan en la organización ?.

Planeación del reclutamiento y la selección o despidos. ¿ De que forma puede la organización conocer la cantidad de empleados que necesitará ?.

Planeación del desarrollo. ¿ Cómo debería administrarse el adiestramiento y movimiento del personal de manera que la organización tenga la seguridad de contar siempre con la cantidad suficiente de personal experto y capaz ?.

El Reclutamiento. Consiste en desarrollar las acciones necesarias para localizar y atraer a las personas que poseen los requisitos necesarios para ocupar un puesto vacante en la empresa. Los candidatos se encuentran a través de anuncios en la empresa y en las revistas profesionales, de agencias de empleo, de contactos personales, mediante visitas a los colegios y universidades.

La Selección. Es el proceso mediante el cual escogemos, entre un conjunto de individuos, a aquel que tenga las mayores aptitudes para ejercer un trabajo y cuyo rasgo de personalidad que permitan una adaptación satisfactoria al puesto y a la organización. Este proceso varía según la empresa y también depende de los niveles de la organización. Así tenemos que la entrevista de selección para los candidatos de puestos de bajo nivel puede ser muy superficial y rutinaria; se dará mucha importancia a la entrevista inicial de selección preliminar o las pruebas. En la selección de gerentes de nivel medio o superior las entrevistas serán más exhaustivas y posiblemente no haya prueba formales o son pocas. En vez de solicitud, el candidato a veces presenta un curriculum vitae y posteriormente llena la solicitud formal si ha sido aceptada la oferta de empleo.

La secuencia estandar de contratación sigue un procedimiento de siete pasos:

- **Llenado de la solicitud de empleo:** Cumple tres funciones:

- . Indica formalmente que el solicitante desea un puesto.
- . Proporciona al entrevistador la información básica que necesita para realizar la entrevista.
- . Se convierte en parte de la información del personal en caso en que se contrate al candidato.

- **La entrevista de selección inicial:** Se realiza una evaluación rápida de la idoneidad del solicitante para un determinado trabajo. Esta entrevista determina tanto para el candidato como para el entrevistador si se debe continuar el proceso de selección.

- **Pruebas:** Además de las pruebas rutinarias para medir la destreza y capacidad del candidato, algunas organizaciones aplican procedimientos muy novedosos como el análisis de escritura (grafología) y pruebas para determinar mentiras (poligrafía), análisis hematológicos y de orina para detectar SIDA, descubrir a los que usan drogas y otros.

- **Investigación de Referencias:** El gerente o entrevistador confirma la información ofrecida y pide al supervisor que clasifique las destrezas y habilidades del candidato.

- **La Entrevista de Selección en Profundidad:** Suele ser realizada por el gerente. Tiene por objeto llenar los vacíos en la solicitud del candidato o en su curriculum vitae y reunir toda la información de interés para el entrevistador para determinar su idoneidad para el puesto y la empresa.

- **Examen Físico:** Se exige para garantizar que el candidato pueda tener un buen desempeño en el puesto que desea obtener, para proteger a otros empleados contra enfermedades contagiosas, para establecer un expediente médico de él y para proteger a la organización contra reclamaciones injustas de compensación por parte de sus empleados.

- **Oferta de Trabajo.** En este aspecto la consideración más importante para el candidato suele ser el salario, aunque también estima otros factores como el paquete de prestaciones, los permisos por maternidad y su seguridad.

La Inducción y orientación: La inducción es un programa cuya finalidad es orientar y adiestrar al trabajador novato en sus nuevas responsabilidades y enterarlo de las políticas, métodos y procedimientos y otros asuntos de su interés relacionados con la organización de la empresa. La inducción y organización tienen por objeto proporcionar al trabajador la información que necesita a fin de trabajar con comodidad y eficacia en la organización. Trasmiten tres tipos de información:

- La información general sobre la rutina diaria del trabajo.
- La historia de la organización, su finalidad, operación y productos o servicios y como el trabajo del empleado contribuye a satisfacer las necesidades de ella.
- Una presentación minuciosa, de sus políticas, reglas de trabajo y prestaciones del personal.

Los programas eficaces de inducción y orientación tienen por objeto reducir la ansiedad de los empleados nuevos. Se les presentan sus colegas y se les familiariza.

Adiestramiento y Desarrollo. Este proceso procura mejorar la capacidad de los individuos y grupos para contribuir a la eficacia organizacional. El programa de adiestramiento se propone aumentar las destrezas del trabajador actual, mientras que el programa de desarrollo busca desplegar las destrezas de los trabajadores futuros, educando a los empleados más allá de las necesidades de su puesto actual para que tengan una visión más amplia del papel que desempeñan en la organización.

La Evaluación del Desempeño. Compara el desempeño laboral de un trabajador contra los estándares u objetivos establecidos para su puesto.

Es el proceso continuo de ofrecer a los subordinados información sobre la eficacia con que efectúan su trabajo para la organización. Este proceso se realiza de manera informal y en forma sistémica. La evaluación informal se realiza todos los días. La evaluación sistémica o formal se hace semestralmente o una vez al año.

La Transferencia. Es el cambio de una persona de un trabajo, de un nivel organizacional o de un lugar a un puesto

más alto de jerarquía, a uno más bajo (degradación, o movimientos laterales).

La separación puede ser la renuncia, suspensiones, despidos o jubilación y su análisis nos da una idea de la eficacia gerencial de la organización.

La eficacia de un departamento de recursos humanos se mide por el grado de satisfacción de las necesidades y exigencias de los que tienen interés en la organización, a través de la productividad y crecimiento de la organización, productividad de la fuerza de trabajo y la calidad, fuerza y profesionalismos de los gerentes.

SISTEMA DE INFORMACION GERENCIAL:

Se define como un método formal de poner a disposición de los gerentes la información con fiable y oportuna que se necesita para facilitar el proceso de la toma de decisiones y permitir que las funciones de planeación control y evaluaciones se realicen eficazmente en la organización²¹.

²¹ James Stoner, Charles Warked. 1986. Administración. 3era. ed. México: Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A., pág. 714.

El diseño de la información debe tener en cuenta las necesidades de información de los diferentes niveles gerenciales (primera línea, gerencia media y alta dirección) en función de sus actividades (control operacional, control gerencial y planeación estratégica).

El sistema de información gerencial para el control operacional debe proporcionar información precisa y detallada diaria o semanalmente. Los ejecutivos de nivel medio se ocupan del desempeño actual y futuro de sus unidades, necesitan de su información sobre asuntos importantes que las afecten.

Los gerentes de alta Dirección requieren información destinada a la planeación estratégica y al control gerencial. Como los planes estratégicos son generales y a largo plazo se requieren indicaciones aproximada de las condiciones futuras.

Para las funciones del control gerencial de los ejecutivos de alta gerencia, las fuentes de información deben ser interna y externa o sea en el desempeño financiero global de su organización.

Atributo de la Información:

Alcance: Abarca en forma amplia o reducida un área de interés.

Exactitud: Debe ser verdadera y correcta, describir con fidelidad el objeto ó el hecho.

Forma de Presentación: Las tablas de número ó la presentación gráfica de información son las formas escritas o impresas más comunes.

Frecuencia: Se prepara o suministra a los usuarios con bastante frecuencia para que estén actualizados.

Horizonte de Tiempo: Se orienta a actividades y hechos pasados, presente o futuros.

Integridad: Proporciona al usuario todos los detalles que necesita para entender la situación.

Oprtunidad: Debe estar disponible cuando se necesite y sin demasiado retraso.

Origen: Puede originarse en fuentes dentro de la organización ó en fuentes externas.

Pertinencia: Debe relacionarse con la situación en cuestión, en el momento que pueda acrecentar el conocimiento.

SUMINISTROS: La función básica de la administración de suministros "es poner en ejecución los programas que se rea-

lizan y seguir muy de cerca los mecanismos adecuados para mantener un flujo constante de insumos que faciliten la ejecución del plan"²².

Para la asignación de recursos materiales en relación con los presupuestos, las unidades médicas basan sus recursos en aportaciones del sector público y del sector privado, o en ambos; es necesario tomar en cuenta las fuentes de los recursos y de acuerdo con éstas hacer la planificación del presupuesto de suministros.

El presupuesto debe considerarse como uno de los mejores instrumentos administrativos con que cuenta una institución para realizar su política, ya que se convierte en un procedimiento para el plan de inversión, a corto, mediano y largo plazo.

El control del presupuesto de suministro además de ser una comprobación del balance de ingresos y egresos, tiene por objeto mostrar la forma de utilización de los recursos, por

²² Manuel Barquín. 1992. Dirección de Hospitales. 6ta. ed. México: Interamericana. Mc Grow - Hill, pág. 195.

lo que constituye al mismo tiempo una evaluación económica de la labor ejecutada y, por tanto, de su productividad.

Problema del Manejo de Suministro:

Cuando no se programan uno de los problemas que se observa es la exageración en la cantidad de suministros, que a veces se aumenta intencionalmente, para que cuando se hagan los ajustes todavía exista la suficiente cantidad de suministro para realizar las acciones, para evitar esto es recomendable que se justifiquen debidamente los presupuestos y en esa forma sean aprobados.

Muchas veces los organismos centrales no se preocupan por informar correctamente el costo de los suministros, por lo que las unidades periféricas ignoran los costos globales, por determinadas cantidades o unitarios en lo que se refiere a materiales y equipo.

El temor a que se supriman o se disminuyan las partidas para determinados suministros en años posteriores hace que las unidades médicas tiendan a gastar íntegramente sus presupuestos de suministros, para evitar que sus partidas se disminuyan o lleguen a desaparecer. Esta condición abre las

puertas al desperdicio o a la sobre inversión.

La falta de información necesaria hace que solamente se proyecte el mismo tipo de gasto que en años anteriores, haciendo un aumento o añadiendo el incremento que teóricamente se cree que se va a necesitar; ésta situación ocasiona errores al confeccionar el presupuesto.

Muchas veces se agotan los fondos, y se recurre a la transferencia de partidas, especialmente cuando no hay la posibilidad de aumentar el presupuesto de recursos materiales.

Técnicas de Programación de Suministros:

Las técnicas de programación toman en cuenta el diagnóstico de la situación, es decir, los criterios que permiten evaluar el nivel de salud alcanzado. Se inicia la labor de la preparación de los programas; por medio de la cual se podrá calcular la cantidad de recursos materiales que se requieren para hacer frente a las necesidades. En la práctica, en los aspectos normativos, se presta mucha atención a las especificaciones, que contribuyen a una buena catalogación; la falta de ellas conduce invariablemente a la anarquía en los procedimientos de compras o a tener una variedad innece-

saría de artículos, o a la poca confianza que se tenga en la calidad de los mismos.

Este proceso requiere tomar en cuenta tres aspectos: la identificación, la normalización y la catalogación de los artículos.

La correcta administración de los suministros depende de dos factores fundamentalmente. El primero se refiere a cuando pedir (tiempo) y el otro a cuánto pedir (cantidad). Estos dos factores contribuyen a que en los almacenes existan niveles adecuados y que se conozca el consumo probable, costo de almacenaje, costo de la preparación de los pedidos y período de aprovisionamiento.

A veces se hace necesario priorizar, cuando se prevé la posibilidad de que los recursos no sean suficientes en relación con las necesidades. Es necesario considerar y reconocer que solamente con la planificación de las acciones de salud, en relación con la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y costo, será como se resuelva en forma más racional la determinación de las prioridades.

La política de suministros debe orientarse, hacia el logro del mayor rendimiento posible de los recursos financieros, físicos, humanos disponibles y finalmente establecer el grado de centralización deseado tanto en las modalidades de adquisición como en el régimen de pagos, en términos generales se deben aplicar los criterios de centralización a artículos de usos diarios y común, ya que las compras al mayoreo reducen los costos de un 10% a 20%; sin embargo esa centralización no debe ser absoluta ya que el funcionario del nivel local conoce mejor el tipo de artículos que necesita. En realidad, la clave para la centralización de los suministros, consiste en que estos se pueda adquirir con la celeridad necesaria, proporcionarlos en forma económica y que sean eficientes los servicios de almacenamiento y distribución.

No debemos olvidar que en la determinación de las necesidades debemos tener en cuenta la calidad y cantidad de los suministros.

Otro aspecto importante es el establecimiento de los calendarios de compra, ya que estos aseguran la continuidad de los servicios prestados.

Los Registros constituyen una base importante para la preparación de informes de los diversos niveles de un sistema de atención médica.

El Proceso de Almacenamiento es una de las fases más importantes de la función de suministros. Un almacén debe llenar las siguientes funciones:

- Recepción e inspección,
- Custodia y almacenamiento,
- Control de existencias,
- Empaque y despacho.

2. Antecedentes sobre el Problema

El proceso de formulación del presupuesto global de la nación consta de las siguientes etapas:

Formulación

Discusión y Aprobación Política

Ejecución

Control

Evaluación

Liquidación

Formulación: En esta etapa se destaca la participación del Ministerio de Planificación y Política Económica que lidera la Dirección de Presupuesto de la Nación quien por ley le corresponde elaborar el Proyecto de Presupuesto de la Nación. Esta fase la podemos esquematizar de la siguiente forma:

- * Programación Global

- ** Programación

- * Programación Institucional

- ** Análisis y Ajustes Técnicos (Dirección de Presupuesto de la Nación).

La programación presupuestaria consiste en la fijación de metas y en la asignación de recursos humanos, materiales y financieros para alcanzar dichas metas dentro del ejercicio presupuestario. Esta programación la podemos dividir en dos instancias; la Programación Global que es realizada por la Dirección de Presupuesto de la Nación y se inicia, generalmente, con la fijación de niveles de actividad gubernamental para los diversos sectores en que se divide el sector público. Se fijan niveles de actividad de acuerdo con ciertos patrones de medida como: comportamiento del producto interno bruto, nivel y capacidad de endeudamiento, programación de

los ingresos públicos, programación de los gastos y otros.

La segunda instancia corresponde a la Programación Institucional, es realizada por cada entidad que forma parte del sector público y se termina con la presentación de los anteproyectos de presupuesto al Ministerio de Planificación y Política Económica (Dirección de Presupuesto de la Nación y Departamento de Programación de Inversiones).

Análisis y Ajustes: La Dirección de Presupuesto de la Nación y el Departamento de Programación de Inversión efectúan los análisis y ajustes técnicos para enmarcar los anteproyectos de presupuestos presentados por las Entidades Públicas, dentro de la política presupuestaria dictada por el Organismo Ejecutivo. Definida esta situación se envía el proyecto recomendado al Consejo de Gabinete para su consideración.

Discusión y Aprobación Pública: La aprobación del proyecto de presupuesto se da en tres niveles antes de ser convertido en Ley.

Al Consejo de Gabinete le corresponde aprobar el proyecto que eleva a su consideración el Ministerio de Planificación y Política Económica.

Aprobado por el Consejo de Gabinete, éste es remitido al Organo Legislativo para su consideración y aprobación de acuerdo a lo estipulado en la Constitución Política.

En el Organo Legislativo, le corresponde a la Comisión de Presupuesto darle su aprobación en primer debate para luego remitirlo al pleno de la Asamblea Legislativa para su aprobación en segundo y tercer debate; se elabora el proyecto de ley y se remite al Presidente de la República para su sanción o veto.

Ejecución: Corresponde a todas las instituciones del sector público ejecutar el presupuesto de acuerdo a lo que establece la ley presupuestaria.

Esta etapa comprende una serie de decisiones y numerosas operaciones financieras, administrativas y de otra índole que permiten concretar mensual, trimestral, semestral y anualmente los objetivos y metas determinados para el sector público

en el corto y mediano plazo.

Consiste en la movilización de los recursos humanos, materiales y financieros, mediante la utilización de una serie de técnicas y procedimientos administrativos, contables, de productividad, de control, de manejo financiero y otros.

Esta movilización se hace por medio de las unidades de organización responsable de la administración de todo el Proceso Presupuestario en cada unidad programática.

A medida que se va ejecutando el presupuesto se van obteniendo informaciones físicas y financiera que permiten el control y evaluaciones de los planes, presupuestos y planes de ejecución, con lo que se inicia nuevamente el ciclo de planificación.

Control: A la Dirección de Presupuesto de la Nación del Ministerio de Planificación y Política Económica le corresponde velar por la adecuada administración del presupuesto y la Contraloría General de la República debe fiscalizar la aplicación correcta de los compromisos presupuestarios verificando no sólo su uso correcto sino la existencia de la par-

tidas correspondiente.

Evaluación: El Ministerio de Planificación y Política Económica a través de la Dirección de Presupuesto de la Nación, evalúa los resultados obtenidos, volúmenes de trabajo cumplidos, productos finales y realizaciones, de acuerdo a lo programado. Esto se da no sólo a nivel institucional, sino al presupuesto en toda su magnitud conociéndose así; las implicaciones reales del mismo, en las áreas económicas y sociales.

Esta fase del proceso presupuestario implica verificar y valorar las acciones emprendidas con el objeto de apreciar la medida en que se han ido cumpliendo cualitativa y cuantitativamente los propósitos y políticas fijadas previamente y al mismo tiempo, determinar las acciones correctivas que sean necesarias a fin de ajustar la ejecución a las previsiones originales, o a los nuevos lineamientos coyunturales que surjan durante dicho proceso.

Liquidación: La Contraloría General de la República conjuntamente con el Ministerio de Planificación y Política Económica proceden al cierre del ejercicio anual.

La liquidación del presupuesto es el cierre presupuestario al terminarse el ciclo. Se refiere a un informe pormenorizado de cada una de las partidas de ingresos y gastos. Implica el análisis del comportamiento de cada partida, desde el inicio de la partida hasta la finalización pasando por sus modificaciones.

Con este informe se pretende evaluar el resultado presupuestario en términos de si hubo déficit o superávit en las partidas de ingresos y gastos y determinar las causas de los desvios cuando estos ocurran. Estos datos son básicos para la nueva formulación del presupuesto del año siguiente.

Para la asignación de recursos por parte del Estado a nivel local (Centros de Salud), se ha seguido el siguiente patrón administrativo:

- Cada Centro de Salud elabora un listado de necesidades al inicio del año y es enviado a su respectiva Región de Salud.
- Cada Región de Salud en los meses de mayo a julio elabora un ante-proyecto para el siguiente año basado en sus necesidades: Servicios Personales, alquileres, materiales y suministro, Inversiones financieras. Este an-

teproyecto es enviado al Departamento de Planificación del Ministerio de Salud para su revisión.

- En Planificación se procesa la información, se analiza y se hacen los ajustes necesarios.
- Cada región es citada por la Dirección Nacional de Planificación de la Salud, para sustentar su presupuesto en el Despacho del Ministro.
- El Señor Ministro y su equipo de planificación, analizan y realizan los ajustes pertinentes dependiendo de la demanda de cada unidad ejecutora.
- El presupuesto se presenta al Ministerio de Planificación y Política Económica (MIPPE) para su evaluación.
- Una vez revisado por el MIPPE, el Ministerio de Salud tiene listo su presupuesto para ser presentado y sustentado en la Asamblea Nacional (generalmente en el mes de septiembre).
- Aprobado por la Asamblea Nacional, el presupuesto es devuelto al Ministerio de Salud para su ejecución.

La Dirección Regional, la Administración y los coordinadores de cada programa son los encargados de priorizar las necesidades de cada Centro de Salud en caso que la partida no haya sido aprobada en su totalidad.

Cabe señalar que el estado no proporciona todo el recurso financiero a los Centros de Salud para su funcionamiento y gran parte de su sustento financiero es obtenido a base de las prestaciones médicas, que generan ingresos. Este dinero es utilizado a medida que las necesidades así lo exigen, sin que exista una programación previa de los recursos (elaboración del presupuesto).

El Fondo Administrativo de los Centros de Salud de la Región Metropolitana de Salud, es fiscalizado por la Contraloría General de la República.

B. HIPOTESIS DE TRABAJO:

La elaboración del presupuesto del Centro de Salud Emiliano Ponce, basado en el Enfoque Estratégico de Planificación constituye un instrumento de cambio para el alcance de la Situación Objetivo en Salud.

C. VARIABLES:

1. **Variable Principal:** Presupuesto del Centro de Salud Emiliano Ponce.

2. Variables Secundarias:

2.1. Planificación Estratégica del Sector Geográfico Sanitario del Centro de Salud Emiliano Ponce.

2.2. Normas Públicas Presupuestarias de Panamá.

CAPITULO III

III. DISEÑO METODOLOGICO:

- A. Definición del tipo de estudio a realizar
- B. Definición del área de estudio
- C. Método e instrumento de recolección
y análisis de datos
- D. Estructura y diseño de formularios
 - 1. Información Básica sobre el Sistema
Local de Salud
 - 2. Análisis estratégico del espacio
geográfico poblacional
 - 2.1 Análisis de la población postergada
 - 2.2. Análisis de Cobertura, de los
Servicios de Salud del Corregi-
miento de Calidonia
 - 2.3. Análisis de los problemas de
salud y sus factores de riesgo
 - 2.4. Elaboración de la Situación
Objetivo del Sector Sanitario
 - 3. Formulación de la Programación Local
 - 3.1. Acciones de Atención al Medio
Ambiente

3.2 Acciones de Atención a Grupos Humanos

**3.3. Acciones de Participación Social
de la Comunidad**

3.4. Acción de Gestión Administrativa

4. Elaboración del Instrumento de Presupuesto

4.1. Servicios Personales

4.2. Servicios No Personales

4.3. Materiales y Suministros

4.4. Maquinarias y Equipos

E. Elaboración del Presupuesto

**1. Estimar el Presupuesto de Egresos para
1994 del Centro de Salud Emiliano Ponce**

**2. Confeccionar el Presupuesto por
Programas**

DISEÑO METODOLOGICO

A. Definición del Tipo de Estudio a Realizar:

El tipo de estudio que se realizará es fundamentalmente de intervención con fases de investigación participativa y análisis de grupo.

B. Definición del área de estudio:

El área de estudio es el sector sanitario del Centro de Salud Emiliano Ponce.

En este estudio se trabajará con el Universo que es el Centro de Salud Emiliano Ponce.

C. Métodos e Instrumentos de Recolección y Análisis de Datos.

La metodología a utilizar para la recolección de datos será una encuesta con el personal del Centro de Salud, serán de gran utilidad los datos estadísticos del Centro de Salud, de la Región Metropolitana de Salud, de la Contraloría General de la Nación, además se utilizará la técnica participativa para realizar la evaluación diagnóstica de la situación de salud del sector geográfico sanitario.

D. ESTRUCTURA Y DISEÑO DE FORMULARIOS**1. Información Básica sobre el Sistema
Local de Salud.**

- Nacimientos en el año 1992: Total 984
Calidonia 446
Bella Vista 538

- Porcentaje de atención profesional al parto: 99.8%
Calidonia: 99.5%
Bella Vista: 100.0%

- Defunciones en el año 1992: 330
Calidonia 176
Bella Vista 154

- Porcentaje con certificación médica: 100%

- Tasa de mortalidad general: Total 7.0 por 1,000 Hab.
Calidonia 7.7 por 1,000 Hab.
Bella Vista 6.4 por 1,000 Hab.

- **Actividades odontológicas:** Primeras atenciones: 8,569.
Nº de actividades: 25,076.

- **Medicamentos despachados:** 2,666

- **Exámenes de Imagenología (Radiología):** 432 radiografías periapicales.

- **Actividades de Dirección y Administración:** El Centro de Salud impartió ocho (8) charlas de administración en desastres.

- **Escolaridad:** Población mayor de 10 años, con menos de tercer grado de educación.
Calidonia: 2%
Bella Vista: 1%

- **Riesgos de desastres naturales:** Actualmente en la Urbanización La Cresta existen problemas de grietas, hundimientos y deslizamientos que se pueden agravar con la construcción de nuevos edificios.

Existen tres puntos críticos: El primer punto crítico está ubicado en el Sector Oeste, el segundo en el Sector Noroeste y el tercero se encuentra en el sector Norte de La Cresta.

En el Corregimiento de Calidonia, en los Barrios de San Miguel, Marañón y Calidonia, existe riesgo de incendios por la existencia de casas de maderas, la mayoría de ellas condenadas.

El Sector geográfico sanitario comprende dos corregimientos: Calidonia y Bella Vista.

El Corregimiento de Calidonia tiene una población de 22,932 habitantes que es la que realmente utiliza los servicios que brinda el Centro de Salud. El 52.5% de esta población es del sexo femenino. El 32.8% corresponde a los menores de 20 años y el 13.7% a los de sesenta años y más (Cuadro No.1).

Las localidades de San Miguel, Marañón y Calidonia son las que más utilizan los servicios médicos. Las localidades de la exposición y Perejil, solicitan los

servicios médicos de la Caja de Seguro Social y del Sector Privado.

Los servicios dirigidos a la atención al Medio Ambiente son cubiertos en su totalidad por el Centro de Salud.

CUADRO NO.1

POBLACION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL
CORREGIMIENTO DE CALIDONIA. AÑO 1992.

GRUPO DE EDAD	TOTAL		MASCULINO	FEMENINO
	#	%	%	%
TOTAL	22,932	100	47.5	52.5
< 1 Año	528	2.3	1.2	1.1
1-4 Años	1,417	6.2	3.1	3.1
5-14 Años	3,482	15.2	7.4	7.8
15-19 Años	2,078	9.1	4.2	4.9
20-59 Años	12,285	53.5	25.8	27.7
60 y más	3,142	13.7	5.8	7.9

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de
de Salud de la Región Metropolitana de Salud.

El Corregimiento de Bella Vista tiene una población mayor que el Corregimiento de Calidonia, siendo de 24,196 habitantes; de los cuales el 56% es población femenina. El 25.8%

son los menores de 20 años y el 14.3% los de 60 años y más (Cuadro No.2).

Los servicios de atención médica son demandados a las instalaciones de la Caja del Seguro Social y al sector privado. El Centro de Salud brinda la atención al medio ambiente.

CUADRO No.2

POBLACION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL
CORREGIMIENTO DE BELLA VISTA.
AÑO 1992.

GRUPO DE EDAD	TOTAL		MASCULINO	FEMENINO
	#	%	%	%
TOTAL	24,196	100	44.1	55.9
< 1 Año	402	1.7	1	0.7
1-4 Años	1,190	4.9	2.5	2.4
5-14 Años	2,697	11.1	5.6	5.5
15-19 Años	1,958	8.1	3.2	4.9
20-59 Años	14,888	59.9	26.2	33.7
60 y más	3,461	14.3	5.6	8.7

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de
de Salud de la Región Metropolitana de Salud.

La población total del Sector Geográfico Sanitario del
Centro de Salud Emiliano Ponce es de 47,128 habitantes, de

los cuales el 54.3% corresponden a la población femenina.
Cuadro No.3).

CUADRO NO.3

POBLACION POR EDAD Y SEXO DEL SECTOR
GEOGRAFICO SANITARIO DEL CENTRO DE
SALUD EMILIANO PONCE. AÑO 1992.

GRUPO DE EDAD	TOTAL		MASCULINO	FEMENINO
	#	%	%	%
TOTAL	47,128	100	45.7	54.3
< 1 Año	930	2	1	1
1-4 Años	2,607	5.5	2.8	2.7
5-14 Años	6,179	13.1	6.5	6.6
15-19 Años	4,036	8.6	3.7	4.9
20-59 Años	26,773	56.8	26	30.8
60 y más	6,603	14	5.7	8.3

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de
de Salud de la Región Metropolitana de Salud.

La población total del sector es de 47,128 habitantes, dividida en dos (2) corregimientos: Calidonia con 22,932 habitantes y Bella Vista con 24,196 habitantes.

Entre los dos corregimientos existen quince lugares poblados. De estos los de mayor densidad de población son: La Exposición con 10,061 habitantes, El Cangrejo con 6,453 habitantes y Obarrio con 5,731 habitantes.

El total de viviendas del sector es de 14,452, con una distribución de 7,546 en el Corregimiento de Bella Vista y 6,906 en el Corregimiento de Calidonia.

Las localidades con mayor número de viviendas son: La Exposición con 2,366, El Cangrejo con 2,102 y Obarrio con 1,881 viviendas.

En este sector hay un 100% de dotación de agua potable. En el Corregimiento de Bella Vista se encontraron 8 viviendas sin disposición de excretas (0.1%) y en el Corregimiento de Calidonia 7 viviendas (0.6%) (Cuadro No.4).

Podemos dividir el sector en 3 tramos:

Primer Tramo: Calidonia, Marañón y San Miguel. Este tramo recibe todos los servicios que ofrece el Centro de Salud (Preventivos, curativos y atención al medio ambiente). Comprende una población de 11,021 habitantes.

Segundo Tramo: La Exposición y Perejil. Su atención médica curativa esta dirigida a la Caja de Seguro Social y a la Medicina privada. Las actividades preventivas y atención al medio ambiente son cubiertas por el Centro de Salud. Este tramo tiene una población de 11,911 habitantes.

Tercer Tramo: Comprende todo el corregimiento de Bella Vista. La medicina preventiva y curativa están dirigidas a la Caja de Seguro Social y a la Medicina Privada, mientras que la atención al medio ambiente la brinda el Centro de Salud. Su población es de 24,196 habitantes.

CUADRO No.4

POBLACION POR LOCALIDAD, SEGUN NUMERO DE VIVIENDAS,
 AGUA POTABLE INTRADOMICILIAR Y DISPOSICION DE
 EXCRETAS EN EL SECTOR GEOGRAFICO SANITARIO DEL
 CENTRO DE SALUD EMILIANO PONCE. AÑO 1992.

LOCALIDAD	No. DE HABIT.	No. VIVIENDAS	% A.P*	% D.E
TOTAL CORREG. CALIDONIA	22,932	6,906	100	99.4
Calidonia	3,003	1,008		
La Exposición	10,061	2,366		
Marañón	4,421	1,729		
Perejil	1,850	624		
San Miguel	3,597	1,179		
TOTAL C. BELLA VISTA	24,196	7,546	100	99.9
Bella Vista	3,734	1,189		
Campo Alegre	1,100	345		
El Cangrejo	6,453	2,102		
El Carmen	271	84		
Herbruger	481	138		
La Cresta	2,601	646		
Marbella	1,344	418		
Nvo. Campo Alegre	321	102		
Nvo. R. El Carmen	2,160	601		
Obarrio	5,731	1,881		

* A.P. = Agua Potable * D.E. = Disposición de Excretas

FUENTE: Contraloría General de la República. Sección de
 Población y Vivienda. Censo 1990.

El Sector tiene una matrícula escolar de 60,908 alumnos, distribuidos en los siguientes niveles: Nivel Primario, 9,967; Nivel Medio, 13,287; Nivel superior, 37,654.

La totalidad de la matrícula del nivel superior se encuentra en el Corregimiento de Bella Vista. (Cuadro No.5).

CUADRO No.5

ESTABLECIMIENTOS DE ENSEÑANZA SEGUN NIVEL, DEPENDENCIA
Y MATRICULA, EN EL SECTOR GEOGRAFICO DEL CENTRO
DE SALUD EMILIANO PONCE. AÑO 1992.

ESTABLEC. SEGUN NIVEL Y DEPEND.	TOTAL		CALIDONIA		BELLA VISTA	
	No.	MATRIC.	No.	MATRIC.	No.	MATRIC.
PRIMARIA (TOTAL)	20	9,967	11	7,132	9	2,835
Oficial	7	5,248	6	4,660	1	588
Particular	13	4,719	5	2,472	8	2,247
N. MEDIO (TOTAL)	31	13,287	13	5,870	18	7,417
Oficial	3	3,991	1	1,430	2	2,561
Particular	28	9,296	12	4,440	16	4,856
N. SUPERIOR (TOTAL)	3	37,654	-	-	3	37,654
Oficial	2	36,944	-	-	2	36,944
Particular	1	710	-	-	1	710

FUENTE: Departamento de Estadísticas del Ministerio de
Educación.

Existen 54 establecimientos de enseñanza, distribuidos
según nivel en: Nivel Primario, 20; Nivel Medio, 31; y
Nivel Superior, 3; correspondientes al 13.5%, 18.1% y

100% respectivamente del Distrito de Panamá. (Cuadro No.6).

CUADRO No. 6

ESTABLECIMIENTOS DE ESEÑANZA SEGUN NIVEL,
DEPENDENCIA Y MATRICULA, EN EL DISTRITO DE PANAMA Y
EL SECTOR GEOGRAFICO DEL CENTRO DE SALUD EMILIANO PONCE.
AÑO 1992.

ESTABLECIMIENTOS SEGUN NIVEL DE DEPENDENCIA	DISTRITO			SECTOR GEOGRAFICO		
	No.	MATRICULA	%	No.	MATRICULA	%
TOTAL	308	184125	100	54	60203	32.7
NIVEL PRIMARIO	192	73827	100	20	9967	13.5
NIVEL MEDIO	113	73349	100	31	13287	18.1
NIVEL SUPERIOR	3	36949	100	3	36949	100

Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Educación.

Se identificaron 9 agrupaciones sociales con 3,973 miembros correspondientes a: Niños Exploradores, 25; Grupos Reli-

giosos, 30; Club de Leones de Panamá, 220; Patronato Luz del Ciego, 120; Comité de Salud, 14; Junta Comunal, 7; Proyecto Prevención a la Droga, 50; correspondientes al Corregimiento de Calidonia. En el Corregimiento de Bella Vista tenemos la Fundación Pro Impedidos con 3,500 miembros y la Junta Comunal con 7 miembros. (Cuadro No.7).

CUADRO No.7

AGRUPACIONES SOCIALES CORRESPONDIENTES
AL CENTRO DE SALUD EMILIANO PONCE.
AÑO 1992

LOCALIDAD	AGRUPACIONES	No. DE MIEMBROS
TOTAL	9	3,973
Calidonia	Niños Exploradores	25
Calidonia	Grupos Religiosos	30
Calidonia	Club de Leones de Panamá	220
Calidonia	Patronato Luz del Ciego	120
Calidonia	Comité de Salud	14
Calidonia	Junta Comunal	7
Calidonia	Proyecto Preven- ción a la Droga	50
Bella Vista	Fundación Pro Impedidos	3,500
Bella Vista	Junta Comunal	7

Fuente: Depto. de Trabajo Social del Centro de Salud
Emiliano Ponce.

Las cinco primeras causas de muerte encontradas en el Corregimiento de Calidonia en orden descendente fueron: Infarto Agudo del Miocardio, Sepsis, Cáncer, Bronconeumonía y Muertes Causadas por Heridas con Armas de Fuego.

En el grupo de edad de 60 años y más se presentaron los porcentajes más altos de: Infarto Agudo del Miocardio, 82.6%; Sepsis, 77.8%; Cáncer, 82.4% y el 100% de las Bronconeumonía.

Las muertes por heridas con armas de fuego ocurrieron más en adultos entre los 20 a 59 años de edad en un 58.3%. (Cuadro No.8, Gráfica No.1).

CUADRO No. 8
CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTES POR GRUPO
DE EDAD DEL CORREGIMIENTO DE CALIDONIA.
AÑO 1992.

CAUSA	No.	%	TASA *	% POR GRUPO DE EDAD				
				<5a	5 -14	15 -19	20 -59	>60
INFARTO AG. MIOCARD.	23	27	10.0	--	--	--	17.4	82.6
SEPSIS	18	21	7.8	16.7	--	--	5.6	77.8
CANCER	17	20	7.4	--	--	--	17.6	82.4
BRONCONEUMONIA	16	18	7.0	--	--	--	--	100
HERIDAS ARMA	12	14	5.2	--	--	33.3	58.3	18.3

* Por 10,000 habitantes.

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de la Región Metropolitana de Salud.

Las 5 primeras causas de muerte del Corregimiento de Bella Vista, se presentaron en mayor porcentaje en el grupo

de edad de 60 años: cáncer, 89.3%; Infarto Agudo del Miocardio, 95.5%; Bronconeumonía, 92.3%; Paro Cardiorespiratorio, 100% y Neumonía 66.6%. (Cuadro No.9, Gráfica No.2).

CUADRO No. 9
CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE POR GRUPO
DE EDAD DEL CORREGIMIENTO DE BELLA VISTA
AÑO 1992.

CAUSA	No.	%	% POR GRUPO DE EDAD					
			Tasa *	<5a	5 -14	15 -19	20 -59	>60
CANCER	28	35	11.6	--	--	--	10.7	89.3
INFARTO AG. MIOCARD.	22	27	9.0	--	--	--	4.5	95.5
BRONCONEUMONIA	13	16	5.4	--	--	--	0.7	92.3
PARO CARDIORESPIRAT.	11	14	4.5	--	--	--	--	100
NEUMONIA	6	8	2.5	--	--	16.7	16.7	66.6

* Por 10,000 habitantes.

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud
de la Región Metropolitana de Salud.

Las cinco primeras causas de consultas por morbilidad del Corregimiento de Calidonia fueron: Infecciones Respiratorias Agudas, Diarrea, Parasitosis, Cervicitis y Blenorragia.

El grupo de edad más afectado por Infecciones Respiratorias Agudas y Diarreas fueron los menores de cinco años con 41.65% y 8.1% respectivamente. En adultos se registraron mayor cantidad de casos de: Parasitosis, 4.8%; Cervicitis, 8.1% y Blenorragia 4.1%. (Cuadro No.10, Gráfica No.3).

CUADRO No. 10
 CINCO PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA POR MORBILIDAD,
 POR GRUPO DE EDAD DEL CORREGIMIENTO DE CALIDONIA.
 AÑO 1992.

CAUSA	No.	%	% POR GRUPO DE EDAD					
			Tasa *	<5a	5 -14	15 -19	20 -59	>60
IN FEC. RESPIRATORIA	28	35	11.6	--	--	--	10.7	89.3
DIARREA	22	27	9.0	--	--	--	4.5	95.5
PARASITOSIS	13	16	5.4	--	--	--	0.7	92.3
CERVICITIS	11	14	4.5	--	--	--	--	100
BLENORRAGIA	6	8	2.5	--	--	16.7	16.7	66.6

* Por 10,000 habitantes.

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud
 de la Región Metropolitana de Salud.

Las Enfermedades Transmisibles más frecuentes en el Corregimiento de Calidonia fueron: Infecciones Respiratorias Agudas, 86.8%; Enfermedad Diarreica Aguda, 8.9% y Gonorrea 3.2%. (Cuadro No.11, Gráfica No.4).

CUADRO No.11

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES MAS FRECUENTES EN
EL CORREGIMIENTO DE CALIDONIA. AÑO 1992.

CAUSAS	No.	%
TOTAL	2325	100
Infecciones Respiratorias Agudas	2019	86.8
Enfermedad Diarreica Aguda	207	8.9
Gonorrea	75	3.2
Vulvovaginitis	18	0.8
Varicela	6	0.3

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas
de Salud del Centro de Salud Emiliano Ponce.

El Equipo de Salud ha organizado tres grupos comunitarios: Embarazadas Adolescentes, Tercera Edad y Caza Mosquitos. Estos grupos reciben charlas educativas y de adiestramiento.

Las maternas realizan trabajos manuales, confeccionando los útiles básicos de una canastilla.

La Tercera Edad también realiza trabajo manuales y otras actividades de esparcimiento.

El Grupo de Caza Mosquitos son niños entre los 8 a 14 años entrenados para que colaboren con su comunidad, principalmente en la limpieza, contribuyendo a la prevención de enfermedades como el Dengue Hemorrágico y el Cólera. (Cuadro No.12).

CUADRO No.12

GRUPOS ORGANIZADOS POR EL EQUIPO DE SALUD
DEL CENTRO DE SALUD EMILIANO PONCE.
AÑO 1992.

TIPO DE GRUPO	No.
TOTAL	3
Embarazadas Adolescentes	1
Tercera Edad	1
Caza Mosquitos	1

FUENTE: Departamento de Trabajo Social del
Centro de Salud Emiliano Ponce.

El Equipo de Salud realiza una serie de actividades de educación sanitaria con la comunidad. Diariamente se dictan dos charlas a diferentes grupos de manipuladores de alimentos, además se ofrecen cursos programados.

También se imparte educación audiovisual en la Sala de Espera, se realizan reuniones con grupos comunitarios, se

confeccionan murales educativos y se hacen demostraciones, estas las realizan los inspectores de saneamiento ambiental con los dueños y empleados de los diferentes establecimientos comerciales del área. (Cuadro. No.13)

CUADRO No.13

ACTIVIDADES DE EDUCACION SANITARIAS REALIZADAS
EN EL CENTRO DE SALUD EMILIANO PONCE.
AÑO 1992.

TIPO DE ACTIVIDAD	No.
TOTAL	331
Charlas	117
Reuniones con grupos comunitarios	115
Demostraciones	58
Curso a manipuladores de alimentos.	26
Confección de murales	15

FUENTE: Departamento de Saneamiento Ambiental
del Centro de Salud Emiliano Ponce.

Se realizó un total de 1905 inspecciones sanitarias en 246 establecimientos con licencia comercial, distribuidas de la siguiente manera: en 203 establecimientos de distribución y expendio de alimentos se realizaron 1434 inspecciones sanitarias, en 41 establecimientos industriales 453 y en otros establecimientos de interés sanitarios 18 inspecciones.

(Cuadro No.14).

CUADRO No. 14

INSPECCIONES SANITARIAS REALIZADAS A ESTABLECIMIENTOS
CON LICENCIA COMERCIAL EN EL CENTRO DE SALUD
EMILIANO PONCE. AÑO 1992.

TIPO DE INSPECCION	ESTABLECIMIENTOS INSPECCIONADOS	# DE INSPECCIONES
TOTAL	246	1905
Establecimiento de distribución y expendio de alimentos	203	1434
Establecimientos Industriales	41	453
Otros establecimientos de interés sanitario	2	18

Fuente: Departamento de Saneamiento Ambiental, y Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria de la Región Metropolitana de Salud.

En menores de un año de edad se aplicaron 4 primeras dosis de BCG, 264 terceras dosis de polio, 266 terceras dosis de DPT y 231 primeras dosis de sarampión.

De uno a 4 años se aplicaron 2 primeras dosis de BCG, 25 terceras dosis de polio, 23 terceras dosis de DPT, 53 primeras dosis de sarampión y 332 MMR.

De 5 a 14 años se aplicaron 5 primeras dosis de BCG, 196 MMR, 5 DT y 27 TT.

Se aplicaron 257 Toxoides Tetánico en Embarazadas.
(Cuadro No.15).

CUADRO No. 15

DOSIS UTILES DE VACUNAS POR
GRUPO DE EDAD Y EMBARAZADAS
AÑO 1992.

TIPO DE VACUNA (DOSIS UTIL)	GRUPO DE EDAD			EMBARAZADAS
	< 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	
BCG (Ira. dosis)	4	2	5	xxxxxxxx
POLIO (3ra. dosis)	264	25	xxxxx	xxxxxxxx
DPT (3ra. dosis)	266	23	xxxxx	xxxxxxxx
SARAMPION (Ira. dosis)	231	53	---	xxxxxxxx
MMR	xxxxx	332	196	xxxxxxxx
DT	xxxxx	---	5	xxxxxxxx
TT	xxxxx	---	27	257

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de
Salud de la Región Metropolitana de Salud.

Se realizó un total de 10,083 consultas por morbilidad y 10,034 controles de salud. Los grupos de edad que más asistieron a controles de salud y consultas por morbilidad fueron los adultos y los menores de un año. Los que utilizaron menos los servicios médicos fueron la Tercera Edad y los Adolescentes. (Cuadro No.16).

CUADRO No.16

CONSULTAS POR CONTROLES DE SALUD Y MORBILIDAD
 POR GRUPO DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD
 EMILIANO PONCE. AÑO 1992.

GRUPOS OBJETO	CONTROLES DE SALUD		CONSULTAS POR MOR- BILIDAD	TOTAL
	PRIMERAS	SUBSEC.		
TOTAL	3,206	6,828	10,083	31,766
Embarazadas	502	1,575	530	2,607
Menores de 1 año	525	1,732	900	3,157
Pre-escolares (1-4 años)	455	1,030	1,502	2,987
Escolares (5-12 años)	457	275	1,368	2,100
Adolescentes (13-19 años)	99	62	688	849
Adultos (20-59 años)	1,085	1,907	4,620	7,612
Tercera Edad (> 60 años)	83	247	475	80

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas
 de Salud de la Región Metropolitana de Salud.

Se realizó un total de 26,127 exámenes de laboratorios, distribuidos en: 5,756 de hematología, 4,091 de bacteriología, 6,429 de serología, 1,572 de química, 737 de parasitología y 7,542 urinálisis. (Cuadro No.17).

CUADRO No.17

EXAMENES DE LABORATORIO SEGUN GRUPOS DE
 ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD
 EMILIANO PONCE. AÑO 1992.

TIPO DE EXAMEN	GRUPO DE ATENCION						
	Total	> 5a	5-14	15-19	20-59	>60	Mat.
TOTAL	26127	1906	1284	121	19783	188	2828
HEMATOLOGIA	5756	1158	992	63	2299	79	1165
BACTERIOLOGIA	4091	1	10	7	4068	-	5
SEROLOGIA	6429	5	7	13	6028	45	331
QUIMICA	1572	3	16	7	1244	36	266
PARASITOLOGIA	737	216	71	9	429	5	7
URINALISIS	7542	523	188	22	5732	23	1054

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de
 Salud de la Región Metropolitana de Salud.

El personal del Centro de Salud asistió a 4 actividades de capacitación. Una a prevención de accidentes, otra de primeros auxilios y dos de administración en desastres. (Cuadro No.18).

CUADRO No. 18

ACTIVIDADES DE CAPACITACION AL PERSONAL
REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD EMILIANO PONCE.
AÑO 1992.

TIPO	NUMERO
TOTAL	4
PREVENCION DE ACCIDENTES	1
PRIMEROS AUXILIOS	1
ADMINISTRACION EN DESASTRES	2

Fuente: Departamento de Registros Médicos del
Centro de Salud Emiliano Ponce.

En el Centro de Salud Emiliano Ponce laboran 49 funcionarios con 78,804 horas anuales disponibles y un gasto anual de B/.372,258.31. El 93% de este gasto es sufragado por el

El gasto anual de Materiales y Suministros fué de B/.26,264.96. Este gasto se puede dividir en: Servicios Finales B/. 5,129.12, Servicios Intermedios B/.170.05 y Servicios Administrativos B/.20,965.79. (Cuadro No.20).

CUADRO No.20

MATERIALES Y SUMINISTROS SEGUN DENOMINACION,
SERVICIOS Y GASTO ANUAL DEL CENTRO
DE SALUD EMILIANO PONCE. AÑO 1992.

COD.	DENOMINACION	GASTO ANUAL. B/.	%
TOTAL		26,264.96	100
SERVICIOS FINALES			
244	Productos Medicinales y Farmacéuticos	4,556.87	17.3
277	Instrumental Médico y Quirúrgico	572.25	2.2
SERVICIOS INTERMEDIOS			
201	Alimentos para Consumo Humano	170.05	0.6
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS			
220	Combustible y Lubricantes	351.57	1.3
269	Otros Productos Varios	1,199.12	4.6
273	Utiles de Aseo y Limpieza	404.49	1.5
275	Utiles y Materiales de Oficina	4,013.84	15.3
279	Otros Utiles y Materiales	14,317.55	54.5
280	Repuestos	679.22	2.6

FUENTE: Departamento de Administración del Centro de Salud Emiliano Ponce.

El Centro de Salud registró un gasto anual en Servicios no personales de B/.26,902.96. Los renglones que más gastos originaron fueron: energía eléctrica B/.15,387.06, telecomunicaciones B/.4,983.24 e impresión, encuadernación y otros con B/.2,247.09. (Cuadro No.21).

CUADRO No.21

SERVICIOS NO PERSONALES SEGUN
DENOMINACION Y GASTO ANUAL DEL
CENTRO DE SALUD EMILIANO PONCE.
AÑO 1992.

COD.	DENOMINACION	GASTO ANUAL. B/.
TOTAL		26,901.96
111	Agua	902.48
114	Energía Eléctrica	15,387.06
115	Telecomunicaciones	4,983.24
120	Impresión, encuadernación y Otros	2,247.09
140	Viáticos	170.05
150	Transporte	976.65
180	Mantenimiento y Reparación	2,235.39

FUENTE: Departamento de Administración del Centro de Salud Emiliano Ponce.

El gasto anual total del Centro de Salud Emiliano Ponce en el año 1992 fue de B/425,426.23, distribuidos en los siguientes recursos: a. Servicios Personales: B/.372,258.31 b. Materiales y Suministros : B/.26,264.96, c. Servicios No Personales: B/.26,901.96. (Cuadro No.22).

CUADRO No.22

GASTO ANUAL DEL CENTRO DE SALUD
EMILIANO PONCE. AÑO 1992.

TIPO DE GASTO	GASTO ANUAL (B/.)
TOTAL	425,426.23
Servicios Personales	372,258.31
Materiales y Suministros	26,264.96
Servicios No Personales	26,901.96

Fuente: Departamento de Administración del
Centro de Salud Emiliano Ponce.

2. Análisis Estratégico del Espacio Geográfico Poblacional.

Este análisis estratégico se basó en el juicio eurístico desarrollado con el equipo de salud del Centro de Salud Emiliano Ponce, en el tiempo comprendido de octubre-diciembre de 1993 y de enero-febrero 1994.

2.1. Análisis de la Población Postergada.

La población del sector tiene una adecuada accesibilidad según distancia, al Centro de Salud Emiliano Ponce y a otras instituciones de salud.

El análisis de accesibilidad según nivel económico se fundamentó en el salario mínimo, satisfactorio en un 100% en el Corregimiento de Bella Vista; el Corregimiento de Calidonia con una población de 22,932 habitantes, reflejó un 79.4% de la población no pobre según nivel económico, distribuido en las cinco localidades que la integran:

- Perejil, el 100% (1,850 hab.) tiene un nivel económico satisfactorio (no pobre).
- La Exposición, con un total de 10,061 hab., el 95% (9,557 hab.) de la población es no pobre.
- Calidonia con una población de 3,003 hab., el 80% (2,402 hab.) es no pobre.

- Marañón con una población de 4,421 hab., el 80% (3,328 hab.) es no pobre.
- En San Miguel, el 70% (3,597 hab.) de la población es pobre, (Formulario No.1).

Como se puede apreciar nuestro estrato de riesgo postergado está integrado por Calidonia, Marañón y San Miguel.

2.2. Análisis de Cobertura de los Servicios de Salud del Corregimiento de Calidonia.

Las cinco localidades de éste corregimiento tienen un buen nivel de organización y la población escolar es receptora de educación sanitaria en su mayoría, ya que por medio del programa escolar se brinda este servicio.

Apenas el 12.2% de los establecimientos están cubiertas por actividades de inspección sanitaria, mientras que según registros de la Contraloría General de la Nación, el 99.9% de las viviendas cuentan con agua intradomiciliaria.

El 99.8% de los nacimientos ocurridos fueron atendidos profesionalmente y el 100% de las defunciones fueron certificadas por médicos.

ANALISIS DE POSTERGACION
ACCESIBILIDAD SEGUN DISTANCIA
Y NIVEL ECONOMICO

Form. No.1

Región de Salud: Metropolitana Establecimiento: C.S. Emiliano Ponce

CORREGIMIENTO Y LUGAR POBLADO	POBLACION Nº DE HAB.	TIEMPO/ACCESO		NIVEL ECONOMICO			
		<2 Hrs.	>2 Hrs.	POBREZA		NO POBRES	
				No.	%	No.	%
CORREGIMIENTO CALIDONIA	22,932	X		4,716	20.6	18,216	79.4
Calidonia	3,003	X		601	20	2,402	80
La Exposición	10,061	X		504	5	9,557	95
Marañón	4,421	X		1,093	20	3,328	80.0
Perejil	1,850	X		-	-	1,850	100
San Miguel	3,597	X		2,518	70	1,079	30
CORREG. DE BELLA VISTA	24,196	X		-	-	24,196	100
Bella Vista	3,834	X		-	-	3,734	100
Campo Alegre	1,100	X		-	-	1,100	100
El Cangrejo	6,453	X		-	-	6,453	100
El Carmen	271	X		-	-	271	100
Herbruger	481	X		-	-	481	100
La Cresta	2,601	X		-	-	2,601	100
Marbella	1,344	X		-	-	1,344	100
Nvo. Campo Alegre	321	X		-	-	321	100
Nvo. Reparto El Carmen	2,160	X		-	-	2,160	100
Obarrio	5,731	X		-	-	5,731	100
TOTAL SECTOR GEOGRAFICO	47,128	X		4,716	10	42,412	90

Fuente: Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce

La cobertura de vacunación en menores de 1 año fue la siguiente: B.C.G, 0.76%; Polio Y D.P.T., 50%; Sarampión, 44%.

La mayor cobertura de primeras consultas por controles de salud se dieron en menores de 1 año, el 99% y en las embarazadas el 86%. (Formulario No.2).

ESTUDIO DE LA RED DE SERVICIOS
ANALISIS DE COBERTURA DEL CORREGIMIENTO DE CALIDONIA

Form. No.2

POBLACION OBJETIVO a	PRODUCCION ACTIVIDADES b	COBERTURA b/a x 100	POBLACION OBJETIVO a	PRODUCCION ACTIVIDADES b	COBERTURA b/a x 100
Nº de Localidades	Nº de Loc. organizadas	b/a x100	Población Escolar	Pob. receptora de Ed. S.	b/ax100
5	5	100	1,293	1,293	100
Nº de Est. a inspeccionar	Nº Est. inspeccionados	Cobertura b/a x 100	Nº de viviendas	Nº viviendas con agua	b/a x 100
2,011	246	12.2	14,452	14,450	99.9
Nº de nacimientos	Nº de nacim. atend. prof	b/a x100	Nº de defunciones	Nº de def. cert x med.	b/a x 100
984	982	99.8	330	330	100
COBERTURAS DE VACUNACION EN MENORES DE 1 AÑO					
Tipo de Vacuna	.Población <1 año	Nº de dosis utiles	Cobertura		
BCG	528	4	0.76		
Polio	528	264	50		
DPT	528	266	50		
Sarampión	528	231	44		
Grupos de edad	Población	1ª Cons C.S.	Cob. %		
Embarazadas	581	502	86		
< de un año	528	525	99		
Preescolares	1,417	455	32		
Escolares	3,482	457	13		
Adolescentes	2,078	99	4.8		
Adultos	12,285	1,085	8.8		
III Edad	3,142	83	2.6		

Fuente: Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce.

2.3. Análisis de los Problemas de Salud y sus Factores de Riesgos.

Priorización y Selección de Problemas: Los cinco problemas priorizados fueron:

Infección Respiratoria Aguda: Fué la primera causa de las enfermedades transmisibles y la cuarta causa de mortalidad general. El grupo de edad más afectado fué los menores de 5 años, y las localidades más afectadas fueron Calidonia, Maraón y San Miguel.

Parasitosis Intestinal: Fué el 3.5% de las causas de consultas por morbilidad y el 4.8% de las causas de consultas en adultos.

En cuanto a los niños las poblaciones más afectadas fueron: Calidonia y San Miguel.

Enfermedad Periodontal: Afectó más a los mayores de 5 años del sector.

Enfermedad Diarreica Aguda: Fué la segunda causa tanto de enfermedades transmisibles como de consultas por morbilidad.

Las localidades más afectadas fueron: Calidonia, San Miguel y Maraón.

Enfermedades Cardiovascular: Afectó más a los adultos.

Otros problemas priorizados son: Enfermedad de Trasmisión Sexual, Varicela, Cáncer, Heridas por Armas de fuego y Sepsis (Formulario No.3 y 4).

PRIORIZACION Y SELECCION DE PROBLEMAS

Form. No.3

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

PROBLEMAS DE SALUD	MANIFESTACIONES
1. Infección respiratoria aguda.	Magnitud: a. Primera causa de las enfermedades transmisibles. b. Cuarta causa de mortalidad general. Tendencia: Mantenerse estable. Grupo de edad: < 5 años. Localidades: a. Calidonia b. Marañón c. San Miguel
2. Parasitosis intestinal.	Magnitud: a. 3.5% de las consultas por morbilidad. b. 4.8% consultas en adultos. Localidades: a. Adultos: fuera de área. b. Niños: Calidonia y San Miguel.
3. Enfermedad periodontal.	Afecta más a los mayores de 5 años.
4. Enfermedad diarreica aguda.	Magnitud: a. Segunda causa de enfermedades transmisibles. b. Segunda causa de consultas por morbilidad. Localidades: a. Calidonia, San Miguel y Marañón.
5. Enfermedad cardiovascular.	Grupo de Edad: Afecta más a los adultos Tendencia: Aumentar.
6. Enfermedad de transmisión sexual	Tercera causa de notificación de enfermedades transmisibles.
7. Varicela	Séptima causa de consultas por morbilidad.
8. Cáncer	Grupo de Edad: > 60 años. Magnitud: afecta a mayores de 60 años en un 82.4% Organos que más afecta: a. Próstata b. Páncreas e hígado. c. Cérvix
9. Heridas por Armas	Grupo de Edad: Adultos. Magnitud: El grupo más afectado es adultos con un 58.3%
10. Sepsis	Magnitud: a. Tercera causa de mortalidad general b. Afecta en un 77.8% a mayores de 60 años.

PRIORIZACION Y SELECCION DE PROBLEMAS

Form. No.4

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

PROBLEMAS DE SALUD	Criterios/priorización						Total
	a	b	c	d	e	f	
1. Infección respiratoria aguda.	5	5	5	2	2	1.5	19.5
2. Parasitosis intestinal.	5	4	5	3	2	2	19
3. Enfermedad periodontal.	1	4	4	4	4	4	17
4. Enfermedad diarreica aguda.	5	3	5	3	2	1.5	14.5
5. Enfermedad cardiovascular.	1	4	5	3	1	1.5	14.5
6. Enfermedades de transmisión sexual.	4	1	5	2	2	2.5	14.5
7. Varicela	5	1	1	1	4	4	12
8. Cáncer	1	2	3	3	1	2	11
9. Heridas por armas	1	3	4	1	1	3	10.5
10. Sepsis	1	0.5	0	5	1	1	7.5

a: Potencialidad epidémica. b: Magnitud.
 c: Trascendencia. d: Vulnerabilidad.
 e: costo. f: Capacidad de organización

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

ANALISIS DE PROBLEMAS DE SALUD

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

Entre los problemas que más afectaron la población tenemos: Infecciones Respiratorias Agudas, Parasitosis, Enfermedad Periodontal, Enfermedad Diarréica Aguda y Enfermedad Cardiovascular. El grupo de edad más afectado resultó ser los menores de 5 años.

El bajo ingreso económico fué el factor de riesgo más común encontrado en éstos problemas. Le siguieron, la falta de educación sanitaria de la comunidad, inadecuados patrones de consumo, deficientes hábitos sanitarios, contaminación de los alimentos y falta de agua intradomiciliar.

Respecto a los servicios de salud se detectaron situaciones como: escaséz de insumo, costo alto de medicamentos, falta de apoyo técnico del nivel superior, inadecuada distribución del recurso humano y otras; motivando insatisfacción en el usuario (Formulario No.5).

**ANALISIS DE PROBLEMAS DE SALUD
IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO**

Form. No.5

Región : Metropolitana Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

PROBLEMA DE SALUD---> FACTORES DE RIESGO	I R A	Parasitosis	Enfermedad Periodontal	E D A	E C V
BIOLOGIA HUMANA Edad y Sexo Congenitos Hereditarios Maduración y Envejecimiento	< 5 AÑOS	20 - 59 AÑOS	> 5 AÑOS	< 5 AÑOS	Adultos Tercera Edad Congenitos Hereditarios Maduración Envejeci-
AMBIENTE FISICO/SOCIAL Contaminación Vivienda, agua/excretas Educación Ingreso económico Situación social Participación Social	Hacinamiento Bajo ingreso económico Inestabili- dad familiar	Contaminac. Viv. Inadec. falta educa. falta agua intradomici. inad. disp. excretas bajo ingreso económico	Falta de Educación. Falta/agua intradomici. Escasés de agua potable Bajo ingreso económico	Contaminac. Viv. Inadec. Falta educa. falta agua intradomici. Inad. disp. excretas Bajo ingreso económico	Falta de educación. Situación social. Bajo ingreso económico.
ESTILO DE VIDA Patrones de consumo Riesgos ocupacionales Recreación y ocio Hábitos sanitarios	Deficientes hábitos sa- nitarios.	Deficientes hábitos sa- nitarios. Patrones de consumos	Deficientes hábitos sa- nitarios. Patrones de consumos	Def. hábitos sanitarios. Patrones de Consumo.	Def. háb. Sanit. Patrones de Con- sumo. Falta / recreac. Riesgos Ocupac. Consumo / Drogas
SERVICIOS DE SALUD Cobertura/Equidad Integralidad Eficacia Eficiencia Calidad Participación	Escasés de insumos y de recurso hum. Insatisfac. del usuario.	- - -	- - -	- - -	Inad. el Serv. de laboratorio. Respuesta lenta de referencias. Falta de Insumos Costo alto medic Falta apoyo téc. Inad. dist. R.H.

FUENTE Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

SELECCION DE NUDOS CRITICOS:

En reuniones sostenidas con el equipo de salud se obtuvo los diferentes factores críticos del sector.

Estos nudos críticos los distinguimos en tres niveles: del nivel local, del nivel superior u otro nivel y factores críticos extrasectoriales. En el Formulario No.6 los detallamos por nivel correspondiente.

**ANALISIS DE PROBLEMAS DE SALUD
SELECCION DE NUDOS CRITICOS**

Form. No.6

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

FACTORES CRITICOS SECTORIALES		FACTORES CRITICOS EXTRASECTORIALES
EN EL SISTEMA LOCAL	EN OTRO NIVEL	
1. Ambiente laboral hostil	Recurso humano limitado.	Desempleo.
2. Baja motivación	Continuidad gerencial inestable.	Bajo ingreso económico.
3. Clima organizacional insatisfactorio.	Cambio constante del personal.	Hacinamiento.
4. Limitada actualización del personal.	Falta de apoyo técnico.	Inestabilidad familiar.
5. Deficiente educación sanitaria de la comunidad.	Asignación insuficiente de recursos materiales.	Escaséz de agua.
6. Deficiente capacidad de resolución.	Contra referencias lentas.	Falta de lugares de recreación.
7. Insatisfacción del usuario.	Supervisión deficiente.	Consumo de drogas.
	Escaséz de medicamentos	Deficientes hábitos higiénicos.
	Alto costo de medicamentos.	Patrones de consumo inadecuados.
	Deficiencia en la dotación de suministros.	Actitud indiferente de la comunidad.

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

2.4. Elaboración de la Situación Objetivo del Sector Sanitario. (Corregimiento de Calidonia y Bella Vista).

El 20.6% de la población se encuentra postergada según nivel económico, sin embargo, el 100% tiene accesibilidad geográfica al Centro de Salud.

La cobertura en atenciones por morbilidad fué del 45% y en controles de salud de 43.7%.

ESCENARIO PROBABLE:

Amenazas: Una de las dificultades que confrontan la mayoría de los Centros de Salud, es la poca o mala comunicación con los Comités de Salud, al extremo que en algunos casos estos comités no funcionan coordinadamente con el equipo de salud.

En 1989 la Tasa de Mortalidad general era de 5.4 def./10,000 hab. y la de Mortalidad Infantil de 20.1 def./1,000 nacidos vivos, pero ha ido aumentando de tal manera que según la curva de tendencia o gráfica de regresión lineal, para 1988 tendríamos una Tasa de Mortalidad General de 11.05 def./10,000 hab. y una Tasa de Mortalidad Infantil

de 22 def./1,000 nacidos vivos.

Debilidades: El deterioro de la infraestructura del Centro es evidente, se observa una pared agrietada que ha cedido por deslizamientos del terreno, agujeros en pisos y paredes que contribuyen al criadero de roedores, falta de mantenimiento del techo y ventanas.

Oportunidades: Observamos un gran apoyo del Nivel Superior hacia el Centro de Salud.

Fortalezas: La actitud de la Gerencia del Centro es muy positiva y entusiasta favoreciendo el desarrollo de los servicios que se brindan.

SITUACION OBJETIVO:

La meta principal sería extender la cobertura de los controles de salud, que a su vez contribuirá a disminuir las consultas por morbilidad, las Tasas de Mortalidad General y Mortalidad Infantil, y a aumentar la Esperanza de Vida al Nacer.

En el caso de la Mortalidad General y la Mortalidad Infantil, nuestra Situación Objetivo, sería llevarlas a menos de 5.4 def./10,000 hab. y 20.1 def./1,000 nacidos vivos respectivamente.

OBJETIVOS DE CAMBIO:

Sin la participación activa de la comunidad no se pueden desarrollar los programas propuestos, por tal motivo nuestro objetivo de cambio primordial sería aumentar el grado de motivación y participación de la comunidad, para lograr de ella una mejor y mayor utilización de los servicios de salud que se brindan, especialmente los preventivos.

El Equipo de Salud daría su aporte ampliando el grado de colaboración en las actividades que realiza el Centro, especialmente las comunitarias. Además debe maximizar la utilización de los recursos disponibles para ampliar la cobertura de los diferentes programas. (Formulario No.7).

ELABORACION DE LA OPCION ESTRATEGICA
SITUACION OBJETIVO

Form. No. 7

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

SITUACION INICIAL	ESCENARIO PROBABLE	SITUACION OBJETIVO
<p>POSTERGACION SOCIAL: El 20% de la población está en nivel de postergación.</p> <p>ACCESIBILIDAD: El 100% de la población tiene accesibilidad a los servicios de salud.</p> <p>COBERTURA: a. En controles de salud: 43.7% b. En morbilidad: 45%</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD: a. Infecciones respiratorias aguda. b. Parasitosis. c. Enfermedad periodontal. d. Enfermedad diarreica aguda. e. Enfermedad cardiovascular.</p> <p>FACTORES DE RIESGO: a. Bajo ingreso económico. b. Deficiente educación sanitaria. c. Deficientes hábitos higiénicos.</p> <p>NUDOS CRITICOS: A. Extrasectoriales: a. actitud indif./comunidad b. Desempleo c. Alto costo medicamentos B. En otro Nivel: a. Inestabilidad del R.H. b. Deficiente supervisión C. En el Sistema Local: a. Baja motivación. b. Ambiente hostil. c. Clima organiz. insatisfac.</p>	<p>AMENAZAS Y DEBILIDADES OPORTUNIDADES Y PORTALEZAS a. Amenazas: existen controversias entre el comité de salud y la administración del Centro. Aumento de las tasas de mortalidad general y mortalidad infantil. b. Debilidades: deterioro de la infraestructura. c. Oportunidades: La Dirección Médica tiene el apoyo de sus superiores. d. Portalezas: Cambios favorables en la gerencia del Centro de Salud.</p>	<p>SITUACION SOCIAL: Disminución del nivel de pobreza.</p> <p>ACCESIBILIDAD: Distribuir la población correspondiente, entre el Centro de Salud y demás instituciones de salud del área.</p> <p>COBERTURA: Extensión de la cobertura de controles de salud.</p> <p>INDICADORES DE SALUD: Esperanza /vida al nacer: 76 años Tasa de mortalidad general: La tendencia de la mortalidad general indica que ésta sería de 8.5 def./10,000 hab. para 1994 y de 11.05 def./10,000 hab. para 1998; nuestra situación objetivo sería llevarla a menos de 5.4 def./10,000 hab. en 1998. Tasa de Mortalidad Infantil: La tendencia de la T.M.I. sería de 21 def./1,000 nacidos vivos para 1994 y de 22 def./1,000 nacidos vivos para 1998; nuestra situación objetivo sería llevarla a menos de 20.1 def./1,000 nacidos vivos en 1998.</p> <p>OBJETIVOS DE CAMBIO: a- Aumentar la utilización de los servicios del Centro por parte de la comunidad. b- Maximizar la utilización de los recursos disponibles. c. Ampliar el grado de particip. del personal en las activ. del Centro (especialm. las comunit.)</p>

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

3. FORMULACION DE LA PROGRAMACION LOCAL.

3.1. Acciones de Atención al Medio Ambiente:

La población que realmente demanda los servicios de el Centro de Salud es la de San Miguel (donde está ubicado el establecimiento), Marañón y Calidonia; siendo estas localidades nuestro estrato de riesgo postergado.

Consideramos que para disminuir los problemas priorizados y sus factores de riesgo, el equipo de salud apoyado de un diagnóstico del área, coordinaría con otros sectores involucrados en el mejoramiento socioeconómico del lugar para lograr la ejecución de actividades; que podrían ser entre otras: aumento de la cobertura de educación sanitaria, construcción de viviendas adecuadas, dotación de servicios básicos a viviendas existentes y creación de fuentes de trabajo. (Formulario No.8).

**PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
ACCIONES DE ATENCION AL MEDIO AMBIENTE**

Form. No. 8

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS	PROBLEMAS DE SALUD	FACTORES DE RIESGO DEL ECOSISTEMA	ACCIONES INTERSECTORIALES
<p>San Miguel</p> <p>Marañón</p> <p>Calidonia</p> <p>La Exposición</p>	<p>Infec. Respiratoria Aguda</p> <p>Parasitosis</p> <p>Enfermedad Periodontal</p> <p>Enf. Diarreica Aguda</p> <p>Enf. Cardiovascular</p>	<p>Bajo Ingreso Económico</p> <p>Inestabilidad Familiar</p> <p>Hacinamiento</p> <p>Deficiente educación sanitaria.</p> <p>Hábitos higiénicos inadecuados.</p> <p>Contaminación</p> <p>Viviendas inadecuadas</p> <p>Falta de agua intradomiciliaria.</p>	<p>Educación sanitaria a la población.</p> <p>Construcción de viviendas con servicios sanitarios básicos.</p> <p>Dotación de empleos.</p> <p>Dotación de agua intradomiciliaria.</p> <p>Fumigación.</p> <p>Eliminación de criaderos de insectos y roedores.</p> <p>Inspección sanitaria a viviendas y establecimientos.</p>

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

El costo estimado de los recursos críticos necesarios para el desarrollo de las acciones de atención al medio ambiente es de B/.800.00 distribuidos en: Materiales y Suministros B/.600.00; Servicios No Personales B/.200.00 (Formulario No.9).

**PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
ACCIONES DE ATENCION AL MEDIO AMBIENTE
ESTRUCTURA OPERATIVA**

Form. No.9
Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

ACTIVIDADES	TECNOLOGIA APROPIADA	MAQUINARIA Y EQUIPO	COSTO ADIC.	MATERIALES Y SUMINISTROS	COSTO ADICIONAL	SERVICIOS NO PERSON.	COSTO ESTIMADO	TOTAL
TOTAL					B/.600.00		B/.200.00	B/.800.00
Educación Sanitaria	Charlas Seminarios	Retroproyector	-	Transparenc. Papelería	B/. 50.00	Alim. para consumo humano	B/.200 00	B/.250.00
Inspecciones Sanitarias	Visitas	Vehfculo	-	Combustible Papelería	B/.500.00	-	-	B/.500.00
Atención al Público	Entrevistas	Equipo de Oficina	-	Papelería	-	-	-	-
Actividades Administrativas.	Reuniones Informes	Equipo de Oficina	-	Papelería y Otros	B/. 50.00	-	-	B/. 50.00

Fuente: Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce.

3.2. Acciones de atención a Grupos

Humanos:

En el Formulario No.10 describimos los problemas de salud, sus factores de riesgo y acciones a tomar en atención a grupos humanos prioritarios. En estos grupos se realizan diversas actividades donde estimamos la meta cobertura, producción y recursos necesarios que se especifican en el Formulario No.11.

PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
ACCIONES DE ATENCION A GRUPOS HUMANOS

Form. No.10

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS	PROBLEMAS DE SALUD	FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS, A.P.S y EV	ACCIONES
San Miguel	Inf. Respiratoria Aguda	< 5 años	Educación a la comunidad.
	Parasitosis	20 - 59 años	Diagnóstico precoz.
Marañón	Enfermedad Periodontal	> 5 años	Controles de salud.
	Enf. Diarreica Aguda	< 5 años	
Calidonia	Enfermedad Cardiovascular	Adultos y Jra. Edad	
		factores congénitos,	
La Exposición		hereditarios, madura	
		ción y envejecimiento	
		Patrones de consumo	
		inadecuados. Falta de	
		recreación. Servicio	
		de laboratorio ina-	
		decuado. Inadecuada	
		manipulación de ali-	
		mentos.	

A.P.S. : Ambiente Físico y Social. EV : Estilo de Vida.

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
ACCIONES DE ATENCION A GRUPOS HUMANOS

Form. No.11

Región: Metropolitana

SILOS: Distrito de Panamá

Establecimiento: C.S. Emiliano Ponce

ACTIVIDAD	UNIVERSO		PRODUCCION		RECURSOS				
	TOTAL	META-COB.		Norma de conc.	Total de Activid.	DENOMINACION	VOLUMEN *		
		(%)	No.				Rec. Nuclear	**R. D	Rec.
Atención por morbilidad	10,891	90	9,802	1	9,802	Médicos	4	2,450	5,412
Atención por morbilidad	10,891	90	9,802	1	9,802	Enfermeras	4	2,400	3,488
Controles de salud	10,891	90	9,802	1	9,802	Médicos	4	2,450	2,962
Atenciones odontológicas	10,891	90	9,802	2	19,604	Odontólogos	4	4,900	6,380
Vacunación a menores de 1 año	193	100	193	8	1,544	Personal/Enf.	12	129	5,280
Vacunación a niños de 1-4 años	700	100	700	1	700	Personal/Enf.	12	58	5,151
Vacunación a niños de 5-14 años	1,051	30	465	1	465	Personal/Enf.	12	39	5,093
Vacunación de 15 años y más	8,442	10	844	1	844	Personal/Enf.	12	70	5,044
Planificación Familiar	3,132	13	407	2	814	Médico	4	203	512
Planificación familiar	3,132	13	407	4	1,628	Enfermeras	4	407	4,984
Visitas domiciliarias	10,891	10	1,089	2	2,178	Personal/Enf.	0.5	1,089	4,577
Exámenes de laboratorio	19,640	100	19,640	1	19,640	Laboratorista	7	2,805	3,520
Exámenes de radiografías odont.	29,406	2	588	1	588	Odontólogo	6	98	1,479
Recetas despachadas	43,564	8.4	3,659	1	3,659	Farmacéuta	12	305	1,760

* Horas Anuales ** Rendimiento o duración

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

En atención a la población estimada para 1994, a la demanda de servicios por parte de ésta y a los recursos existentes, se estimó el presupuesto estimado para cubrir los recursos críticos de las acciones de atención a Grupos Humanos. Este presupuesto ascendió a B/.30,665.00 distribuidos en: B/.21,250.00 en Maquinarias y Equipo, B/.9,415.00 para Materiales y Suministros. (Formulario No.12).

**PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
ACCIONES DE ATENCION A GRUPOS HUMANOS
ESTRUCTURA OPERATIVA**

Form. No.12

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

ACTIVIDADES	TECNOLOGIA APROPIADA	MAQUINARIA Y EQUIPO	COSTO ADICION.	MATER. Y SUMINIST.	COSTO ADICIONAL	SERVICIOS NO PERSON.	COSTO ESTIMADO	TOTAL
TOTAL			B/. 21,250		B/. 9,415	-	-	B/. 30,665
Vacunación	Aplicación de Vacunas	Refrigerador	B/. 1,100	Papelería jering. y otros insumos	B/. 330	-	-	B/. 1,430
Controles de Salud.	Exámen Clínico.	-	-	Papelería	B/. 25	-	-	B/. 25
Atención por morbilidad	Exámen Clínico	Colposcopio Ambú pediat Set/Paro C. Camilla	B/. 19,050	Papelería	B/. 25	-	-	B/. 19,075
Atención Odontológica.	Preventiva y curativa	-	-	Anestesia Amalgama y otros ins.	B/. 2,900	-	-	B/. 2,900
Exámenes de laboratorio	Análisis mixto	-	-	Reactivos y otros insumos.	B/. 695	-	-	B/. 695
Exámenes de Rayos X	Radiología	-	-	Radiograf. y liquido revelador.	B/. 200	-	-	B/. 200
Farmacia	Refrigerador y medicamentos.	Refrigerador.	B/. 1,100	Medicamentos.	B/. 5,240	-	-	B/. 6,340

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

3.3. Acciones de Participacion Social de la Comunidad:

Basado en el juicio eurístico desarrollado con el equipo de salud del Centro de Salud Emiliano Ponce se identificó el bajo ingreso económico como el factor de riesgo del ambiente más común relacionado con los problemas de salud, en Acciones de Participación Social. Además la inestabilidad familiar, falta de educación sanitaria, deterioro de la situación social, hacinamiento, viviendas inadecuadas, falta de agua intradomiciliaria y contaminación de los alimentos.

Entre las acciones sociales a considerar tendríamos: dar más educación sanitaria a la comunidad, creación de fuentes de trabajo, dotación de servicios básicos a viviendas existentes o su reemplazo con la construcción de más viviendas adecuadas, incrementar las actividades recreativas y dar seguimiento a grupos de salud en programas. (Formulario No.13).

**PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
ACCIONES DE PARTICIPACION SOCIAL**

Form. No.13

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS	PROBLEMAS DE SALUD	FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE	ACCIONES SOCIALES
San Miguel Marañón Calidonia La Exposición	Infec. Resp. aguda	Hacinamiento Bajo Ingreso Económico Inestabilidad Familiar	Educación sanitaria. Creación de empleo. Dotación de servicio básicos a viviendas existentes. Construcción de viviendas adec.
San Miguel Marañón Calidonia La Exposición	Parasitosis	Bajo Ingreso Econ., con- tamin., situación social Viviendas Inadecuadas Falta de Educación.	Educ. sanitaria. Creación de empleos. Dotación de servicios básicos a viviendas existentes, Construcción de viviendas adec.
San Miguel Marañón Calidonia La Exposición	Enfermedad Periodontal	Falta de Educación Bajo Ingreso Económico Falta de Agua Intrado- miciliaria.	Educ. sanitaria. Creación de empleos. Dotación de servicios básicos a viviendas existentes.
San Miguel Marañón Calidonia La Exposición	Enf. Diarréica aguda	Bajo Ingreso Econ., con- tamin., situación social Viviendas Inadecuadas Falta de Educación.	Educ. sanitaria. Creación de empleos. Dotación de servicios básicos a viviendas existentes. Construcción de viviendas adec.
San Miguel Marañón Calidonia La Exposición	Enf. Cardiovasc.	Falta de Educación Bajo Ingreso Económico Situación Social.	Educ. sanitaria. Dar seguimien- to al grupo de hipertensos. Creación de empleos. Aumentar las actividades de recreación.

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

Para cumplir con las Acciones de Participación Social el Centro de Salud Emiliano Ponce cuenta con una trabajadora social con ocho horas diarias disponibles por 3 días a la semana (1,056 horas anuales), para desarrollar actividades de coordinación interinstitucional, organización de grupos de salud, organización de actividades sociales y otras. (Formulario No.14).

PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
ACCIONES DE PARTICIPACION SOCIAL

Form No.14

Región: Metropolitana

SILOS: Distrito de Panamá

Establecimiento: C.S. Emiliano Ponce

ACTIVIDAD	UNIVERSO			PRODUCCION		RECURSOS			
	TOTAL	META-COB.		Norma de conc.	Total de Activid.	DENOMINACION Rec. Nuclear	VOLUMEN *		
		(%)	Nº				**R. D	Nec.	Exist.
Coordinación interinstitucional	3	100	3	1	3	Trab. Social	1 día	8 h	1,056h
Organización de grupos de salud	5	100	5	1	5	Trab. Social	1 Sem.	40 h	1,048h
Organización de act. sociales	10	100	10	1	10	Trab. Social	3 días	24 h	1,008h
Total	18				18			72 h	984 h

* Horas Anuales ** Rendimiento o duración

Fuente: Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce.

En estas acciones se realizan actividades con un costo anual de los recursos críticos necesarios, estimado en B/.575.00; distribuidos en: B/.25.00 en actividades de coordinación intersectorial, B/.200.00 en organización de grupos de salud y B/.350.00 en organización de actividades sociales (Formulario No.15).

**PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
ACCIONES DE PARTICIPACION SOCIAL
ESTRUCTURA OPERATIVA**

Form. No.15

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

ACTIVIDADES	TECNOLOGIA APROPIADA	MAQUINARIA Y EQUIPO	COSTO ADIC.	MATERIALES Y SUMINISTROS	COSTO ADICIONAL	SERVICIOS NO PERSON.	COSTO ESTIMADO	TOTAL
TOTAL					B/.275.00	-	B/.300.00	B/.575.00
Coordinación Intersectorial.	Visitas Reuniones	Vehículo	-	-	B/. 25.00	-	-	B/. 25.00
Organización de Grupos de Salud.	Reuniones, Partic. comunit. Charlas seminarios, manualidades	Retroproyector Televisión Betamax	-	Transparencia materiales para manualidades, papelaría.	B/.200.00	-	-	B/.200.00
Organización de actividades sociales.	Reuniones Paseos Fiestas	Vehículo	-	Combustible	B/. 50.00	Alimentos para consumo humano.	B/.300.00	B/.350.00

Fuente: Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce.

3.4. Acciones de Gestión Administrativa.

Movimiento de Recursos Humanos:

El Centro de Salud justifica la necesidad de la asignación de 48 horas diarias en recursos humanos, ya sea por la ausencia del recurso o por la falta de hora para cubrir la demanda de los servicios de salud solicitados por la comunidad. El costo anual de esta necesidad se estima en B/.44,222.00 (Formulario No.16), y en movimiento de personal B/.2,910.00 (Formulario No.17).

**PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS
MOVIMIENTO DE RECURSOS HUMANOS**

Form. No.16

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro Salud Emiliano Ponce

C A R G O S	HORAS DIARIAS			COSTO ANUAL (B/.)			JUSTIFICACION
	Necesarias	Existentes	Nuevas	Necesario	Existente	Nuevo	
TOTAL	136	88	48	137,179	92,957	44,222	
Médico Pediatra	8	4	4	20,464	10,232	10,232	Se limita la atención.
Médico Ginecólogo	8	4	4	24,970	12,485	12,485	Se limita la atención.
Enfermeras	32	24	8	36,280	29,640	6,640	Falta de personal.
Auxiliares	40	24	16	24,505	20,280	4,225	Falta de personal.
Nutricionista	8	-	8	6,480	-	6,480	No existe.
Insp./Saneam. Amb	40	32	8	24,480	20,320	4,160	No cubre demanda exist.

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
MOVIMIENTO DE PERSONAL

Form. No.17

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro Salud Emiliano Ponce

N O M B R E	CEDULA	SITUACION ACTUAL	SITUACION PROPUESTA	C O S T O A N U A L (B/.)		
				SIT. ACTUAL	SIT. PROPUESTA	DIFERENCIA
TOTAL				42,488.97	45,398.97	2,910.00
Avila, Luis	8-12-619	Odon.Gral	Aumento por bienal	10,731.99	11,379.99	648.00
Cruz, José	6-12-121	Odon.Gral	Cambio de categoría	9,699.99	10,599.99	900.00
Mora, Vielka	8-12-1019	Trab.Soc.	Cambio de Categoría	17,571.99	18,543.99	972.00
López, Elsa	8-02-127	Secretar.	Cambio de Categoría	4,485.00	4,875.00	390.00

Fuente: Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce.

PROGRAMA DE EDUCACION PERMANENTE:

El programa de educación permanente tiene un costo de B/.300.00 que incluye; educación sanitaria y seminarios, como lo señala el Formulario No.22.

NECESIDADES DE SUMINISTROS:

Al calcular las necesidades de suministro se estimó a un costo anual de B/.33,858.00, la necesidad de nuevos equipos de trabajo en B/.35,190.00, las reparación y mantenimiento de instrumental y equipo en B/.5,300.00 y la reparación y mantenimiento de instalaciones en B/.10,000.00; detallados en los Formularios No. 18, 19, 20 y 21 respectivamente.

**PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
NECESIDADES DE SUMINISTROS**

Form. No.18

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

DENOMINACION	NECESIDAD (B/.) 1994
TOTAL	33,858
201 Alimentos para consumo humano	700
220 Combustibles y lubricantes	404
230 Productos de papel y cartón	616
244 Productos medicinales y farmacéut.	5,240
250 Materiales para construc. y manten.	2,570
273 Útiles de aseo y limpieza	465
274 Útiles de laboratorio	695
275 Útiles de oficina	4,000
276 Materiales para Rayos X	200
277 Instrumental médico y quirúrgico	16,808
279 Otros útiles y materiales	1,379
280 Repuestos	781

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMACION DE EQUIPO

Form. No.19

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

DENOMINACION	REQUE- RIMIEN- TO	EXISTENTES			SOLICITUD		C O S T O (B/.)	
		B	R	I	ADIC.	REEMPL	UNITARIO	TOTAL
TOTAL	36	5	14	2	15	2	32,230	35,190
301 Central Telef.	1				1	1	3,000	3,000
308 Refrigeradoras	6	3	1		2		1,100	2,200
331 Ambú pediátri.	1				1		250	250
331 Camillas/Urg.	2				2		400	800
331 Colposcopio	1				1		15,000	15,000
331 Sed/paro card.	1				1		3,000	3,000
340 Caja Regist.	1			1		1	1,500	1,500
340 Computadora	1				1		4,000	4,000
340 Máq./Escribir	3	1			2		300	600
350 Archivadores	4	1			3		80	240
370 Aire Acondic.	14		13	1		1	750	750
370 Esterilizador	1				1		3,850	3,850

B: Buen Estado

R: Reparable

I: Irreparable

Fuente: Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce.

**PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
REPARACION Y MANTENIMIENTO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO**

Form. No.20

Región: Metropolitana

Establec.: Centro de Salud Emiliano Ponce

INSTRUMENTAL O EQUIPO	C. *	R. **	M. ***	FECHAS PROGRAMADAS		COSTO ANUAL (B/.)
				Inicial	Final	
TOTAL	28	2	26	-	-	5,300
182 Aire Acondicionado	14	-	14	Enero 1994	Dic. 1994	2,400
182 Cavitrón	3	1	2	Enero 1994	Dic. 1994	300
182 Piezas de mano	4	1	3	Enero 1994	Dic. 1994	300
182 Rayos X Dental	1	-	1	Enero 1994	Dic. 1994	300
182 Unidades Dentales	5	-	5	Enero 1994	Dic. 1994	1,000
183 Eq. Ofic. (Mimiog.)	1	-	1	Enero 1994	Dic. 1994	1,000

* Cantidad ** Reparar *** Mantenimiento

Fuente. Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce.

**PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
REPARACION Y MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES**

Form. No.21

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro Salud Emiliano Ponce

A R E A	DETALLE	R *	M **	FECHA PROGRAMADA		COSTO ANUAL (B/.)
				Inicio	Final	
TOTAL						10,000
Todo el establec.	Pintar		X	Abr. 1994	Marz.1994	3,000
Una pared y el muro	Reparar	X		Feb. 1994	Mayo 1994	7,000

* Reparar ** Mantenimiento

Fuente: Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce.

PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE EDUCACION PERMANENTE
ESTRUCTURA OPERATIVA

Form. No.22

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

ACTIVIDADES	TECNOLOGIA APROPIADA	MAQUINARIA Y EQUIPO	COSTO ADIC.	MATERIALES Y SUMINISTROS	COSTO ADIC.	SERVICIOS NO PERSON	COSTO ESTIMADO	TOTAL
TOTAL	-	-	-	-	B/.100.00	-	B/.200.00	B/. 300.00
Educ. Sanit.	Charlas	Retroproyec.	-	Laminas Transparencia	B/. 50.00	-	-	B/. 50.00
Seminarios	Talleres	Retroproyec.	-	Papelería y Mater. Diác.	B/. 50.00	Alim. con sumo hum.	B/.200 00	B/. 250.00

Fuente: Equipo de Salud Centro de Salud Emiliano Ponce.

El objetivo general consistía en: elaborar un plan presupuestario para el Centro de Salud Emiliano Ponce, acorde con las necesidades de salud de la población de su segmento geográfico, basado en el enfoque estratégico de planificación; se describe por objeto de gasto en los Formularios No.23 y 26, y el estimado fue de B/.549,822.74.

PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
PRESUPUESTO ANUAL

Form No.23

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

OBJETO DE GASTO	COSTO TOTAL (B/.)	%	MIMSA (B/.)	Com/Salud (B/.)	%
0 SERVICIOS PERSONALES	419,390.31	100	370,796.32	48,593.99	100
1 SERVICIOS NO PERSONALES	61,385.43	100	31,273.78	30,111.65	100
110 SERVICIOS BASICOS	21,273.78	34.7	21,273.78		
120 IMPRESION Y ENCUADERNAC.	2,584.00	4.2		2,584.00	8.6
140 VIATICOS	196.00	0.3		196.00	0.6
150 TRANSPORTE	976.65	1.6		976.65	3.2
160 SERV COMERC. Y FINANC	19,176.00	31.2		19,176.00	63.7
169 OTROS SERVICIOS	1,379.00	2.3		1,379.00	4.6
181 MANTENIM. Y REPARACION	10,500.00	17.1	10,000.00	500.00	1.7
182 DE MAQUIN. Y OTROS EQUIP.	4,300.00	7.0		4,300.00	14.3
183 DE MOBILIARIO Y EQ./OFIC.	1,000.00	1.6		1,000.00	3.3
2 MATERIALES Y SUMINISTROS	33,858.00	100	345.00	33,513.00	100
201 ALIM PARA CONSUMO HUMANO	700.00	2.0		700.00	2.0
220 COMBUSTIBLE Y LUBRICANTES	404.00	1.2	345.00	59.00	0.2
230 PROD DE PAPEL Y CARTON	616.00	1.8		616.00	1.8
244 PROD. MEDICINALES Y FARM	5,240.00	15.5		5,240.00	15.6
250 MAT. PARA CONST Y MANT.	2,570.00	7.6		2,570.00	7.7
269 OTROS PRODUCTOS VARIOS	1,379.00	4.1		1,379.00	4.1

Form. No.23 CONTINUACION
 Región: Metropolitana Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

OBJETO DE GASTO	COSTO TOTAL (B/.)	%	MINSA (B/.)	Com/Salud (B/.)	%
273 UTILES DE ASEO Y LIMPIEZA	465.00	1.4		465.00	1.4
274 UTILES DE LABORATORIO	695.00	2.0		695.00	2.2
275 UTILES Y MATERIALES/OFIC.	4,000.00	11.9		4,000.00	11.9
276 MATERIALES PARA RAYOS X	200.00	0.6		200.00	0.6
277 INSTRUMENTAL MED. Y QUIR.		49.6			50.1
280 REPUESTOS		2.3		781.00	2.4
3 MAQUINARIA Y EQUIPO		100			100
301 DE COMUNICACIONES	3,000.00	8.5		3,000.00	8.5
308 TALLERES Y ALMACENES	2,200.00	6.3		2,200.00	6.3
331 EQ MEDICO Y ODONTOLOGICO		54.1			54.1
340 EQUIPO DE OFICINA	6,100.00	17.3		6,100.00	17.3
350 MOBILIARIO DE OFICINA	240.00	0.7		240.00	0.7
370 MAQUINARIA Y EQ. VARIOS	3,850.00	13.1		3,850.00	13.1

* Junta Municipal

FUENTE: Equipo de Salud. Centro de Salud Emiliano Ponce.

4. ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO DE PRESUPUESTO.**4.1. Servicios Personales.**

El costo anual de estos servicios fue de B/.419,390.31. (76.3%).

4.2. Servicios No Personales.

Su costo anual fue calculado en B/.61,384.43. (11.2%).

4.3. Materiales y Suministros.

El costo calculado ascendió a B/.33,858.00. (6.1%).

4.4. Maquinaria y Equipos.

La adquisición de maquinaria y equipos necesarios para cubrir los servicios básicos que ofrece el Centro de Salud fue calculado a un costo anual de B/.35,190.00. (6.4%). (Formulario No.23, 26, Gráfica No.6).

E. ELABORACION DEL PRESUPUESTO.**1. Estimar el Presupuesto de Egresos para 1994 del Centro de Salud Emiliano Ponce.**

Fue estimado en B/.549,822.74.

2. Confeccionar el Presupuesto por Programas.

Este presupuesto fue distribuido en la forma siguiente: correspondió al Programa de Atención a Grupos Humanos B/.330,548.71 (60.12%); al Programa de Gestión Administrativa B/.186,871.13 (33.99%); al Programa de Atención al Medio Ambiente B/.21,338.36 (3.88%) y al Programa de Participación Social B/.11,064.54 (2.01%), (Gráfica No.5).

El presupuesto del Programa de Gestión Administrativa se distribuye entre los Programas de Atención al Medio, Atención a Grupos Humanos y Programa de Participación Social de la siguiente manera:

PROGRAMA	(B/.)	%
Atención al Medio Ambiente	10,986.38	5.9
Atención a Grupos Humanos	170,188.01	91.1
Participación Social	5,696.75	3%

Teniendo en cuenta la cantidad asignada de Gestión Administrativa a cada programas tenemos un costo total por programa de: Atención al Medio Ambiente de B/.32,324.74, Atención a Grupos Humanos B/.500,736.72, Participación Social B/.16,761.28.

La Inversión percápita al Medio Ambiente es de B/.0.72 y la Inversión Percápita a nuestro estrato de riesgo postergado es de B/.49.43; distribuidos en B/.47.83 en Atención a Grupos Humanos y B/.1.60 en Participación Social. (Forms. No.24/25).

**PROGRAMACION LOCAL DE SERVICIOS DE SALUD
DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS
1994**

Form. No.24

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

PROGRAMAS----- OBJETO DE GASTO	ATENCION AL MEDIO (B/.)	ATENCION A G. HUMANOS (B/.)	PARTIC. SOCIAL (B/.)	GESTION ADMINIST. (B/.)	TOTAL (B/.)	%
0 Servicios Personales	20,319.96	273,221.01	9,699.99	116,149.35	419,390.31	76.3
000 Sueldos	18,720.00	263,801.00	9,300.00	111,141.31	402,962.31	73.3
050 Décimo Tercer Mes	1,599.96	9,420.01	399.99	5,008.04	16,428.00	3
1 Servicios No Personales	1,018.40	13,134.70	864.55	46,366.78	61,385.43	100
110 Servicios Básicos	--	--	--	21,273.78	21,273.78	34.7
120 Impresion y Encuadern.	--	--	--	2,584.00	2,584.00	4.2
140 Viaticos	98.00	--	98.00	--	196.00	0.4
150 Transporte	--	651.10	325.55	--	976.65	1.6
160 Serv. Comerc. y Financ.	920.40	12,483.60	441.00	5,330.00	19,176.00	31.2
169 Otros Servicios	--	--	--	1,379.00	1,379.00	2.2
181 Mant. y Repar. de Edif.	--	--	--	10,500.00	10,500.00	17.1
182 De Maquin. y otros Equip.	--	--	--	4,330.00	4,300.00	7.0
183 De Mobiliario y Eq./Ofic.	--	--	--	1,000.00	1,000.00	1.6
2 Materiales y Suministros	--	22,943.00	500.00	10,415.00	33,858.00	100
201 Alim. para Consumo Humano	--	--	500.00	200.00	700.00	2.1
220 Combustible y Lubricantes	--	--	--	404.00	404.00	1.2
230 Prod. de Papel y Cartón	--	--	--	616.00	616.00	1.8

Form No.24 Continuación
Región: Metropolitana

Establec. Centro de Salud Emiliano Ponce

PROGRAMAS ----- OBJETO DE GASTO	ATENCION AL MEDIO (B/.)	ATENCION A G. HUMANOS (B/.)	PARTIC. SOCIAL (B/.)	GESTION ADMINIST. (B/.)	TOTAL (B/.)	%
244 Prod. Medicinales y Farn.	--	5,240.00	--	--	5,240.00	15.5
250 Mat. para Const. y Mant.	--	--	--	2,570.00	2,570.00	7.6
273 Utiles de Aseo y Limpieza	--	--	--	465.00	465.00	1.4
274 Utiles de Laboratorio	--	695.00	--	--	695.00	2.0
275 Utiles y Materiales/Ofic.	--	--	--	4,000.00	4,000.00	11.8
276 Materiales para Rayos X	--	200.00	--	--	200.00	0.6
277 Instrumental Méd. y Quir.	--	16,808.00	--	--	16,808.00	49.6
279 Otros Utiles y Materiales	--	--	--	1,379.00	1,379.00	4.1
280 Repuestos	--	--	--	781.00	781.00	2.3
3 Maquinaria y Equipo	--	21,250.00	--	13,940.00	35,190.00	100
301 De Comunicaciones	--	--	--	3,000.00	3,000.00	8.5
308 Talleres y Almacenes	--	2,200.00	--	--	2,200.00	6.3
331 Eq. Médico y Odontológico	--	19,050.00	--	--	19,050.00	54.1
340 Equipo de Oficina	--	--	--	6,100.00	6,100.00	17.3
350 Mobiliario de Oficina	--	--	--	240.00	240.00	0.7
370 Maquinaria y Eq. Varios	--	--	--	4,600.00	4,600.00	13.1

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

**PROGRAMACION LOCAL DE SERVICIOS DE SALUD
DISTRIBUCION DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS
1994**

Form. No.25

Región: Metropolitana

Establecimiento: Centro de Salud Emiliano Ponce

PROGRAMAS ----- ACTIVIDADES	ATENCION AL MEDIO	ATENCION A G. HUMANOS	PARTIC. SOCIAL	GESTION ADMINIST.	TOTAL
TOTAL	B/.21,338.36	B/.330,548.71	B/.11,064.54	B/.106,071.13	B/.549,022.74
Distribución Porcentual del Presupuesto Anual	3.88%	60.12%	2.01%	33.99%	100%
Distribución Porcentual de la Gestión Administrativa	5.9%	91.1%	3%	100%	--
Costo Ajustado por Programas	B/.32,324.74	B/.500,736.72	B/.16,761.28	--	B/.549,822.74
Población 1994 por Programas	45,033 hab.	10,468 hab.	10,468 hab.	--	--
Inversión Percápita	B/.0.72	B/.47.83	B/.1.60	--	B/.50.15

FUENTE: Equipo de Salud. Centro Salud Emiliano Ponce

PROGRAMACION LOCAL
DE SERVICIOS DE SALUD
PRESUPUESTO ANUAL ESTIMADO
1994

Form. No.26

Región: Metropolitana

Establec.: Centro de Salud Emiliano Ponce

OBJETO DE GASTO	COSTO ANUAL (B/.)	%
TOTAL	549,822.74	100
0 Servicios Personales	419,390.31	76.3
1 Servicios No Personales	61,384.43	11.2
2 Materiales y Suministros	33,858.00	6.1
3 Maquinaria y Equipo	35,190.00	6.4

Fuente: Equipo de Salud.
Centro de Salud Emiliano Ponce.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

IV. CONCLUSIONES

1. Según la accesibilidad, el sector geográfico poblacional bajo responsabilidad del Centro de Salud no tiene postergación social, sin embargo, existe un 10% de pobreza según nivel económico.

2. El registro del porcentaje de cobertura de los servicios de salud del estrato de riesgo postergado del sector fue el siguiente:
 - a. Controles de Salud, 91%.
 - b. Consultas por morbilidad, 91.5%.
 - c. Dosis útiles de vacuna a menores de 5 años de edad, 61.8%
 - d. El 12.2% de los establecimientos de licencia comercial del área son inspeccionados por el Departamento de Saneamiento Ambiental del Centro de Salud.

3. Los problemas de salud que más afectaron a la población fueron: Las infecciones respiratorias agudas, la parasitosis intestinal, la enfermedad periodontal, la enfermedad diarreica aguda y la enfermedad cardiovascular.

El Factor de Riesgo más común en estos problemas fué el bajo ingreso económico. Otros factores considerados como importantes fueron: la inestabilidad familiar el hacinamiento, la deficiente educación sanitaria, los hábitos higiénicos inadecuados y la falta de agua intradomiciliaria.

4. Para alcanzar la Situación Objetivo se desarrollaron actividades de: vacunación, controles de salud, atención por morbilidad, atenciones odontológicas, exámenes de laboratorio, exámenes de Rx, despacho de medicamentos, coordinación interinstitucional, organización de grupos de salud, organización de actividades sociales, organización sanitaria y seminarios.

Para el desarrollo de estas actividades se requieren recursos críticos estimados en B/.31,040.00. Distribuidos en: Maquinarias y Equipos, B/.21,250.00 y Materiales y Suministros, B/.9,790.00. Estos recursos corresponden al 5.6% del Presupuesto para 1994.

5. La Situación Objetivo esperada consiste en:
- Una adecuada organización de los Servicios de Salud para que haya una mejor distribución de los recursos.
 - Una mejor utilización del recurso humano idóneo para que puedan dar el apoyo técnico esperado.
 - Alcanzar una Esperanza de Vida al Nacer mayor de 76 años, una Mortalidad General menor de 5.4 defunciones/10,000 habitantes, una Mortalidad Infantil menor de 20.1 defunciones/1,000 nacidos vivos, una disponibilidad de agua intradomiciliaria que cubra el 100% de la población.
6. El Presupuesto de Egresos asciende a B/.549,822.74, el cual se distribuye en:
- Servicios Personales, 76.3% (B/.419,390.31)
 - Servicios No Personales 11.2% (B/.61,384.43)
 - Materiales y Suministros 6.1% (B/.33,858.00)
 - Maquinaria y Equipo 6.4% (B/.35,190.00)

7. Este presupuesto expresado en función de los conjuntos programáticos se distribuye en:
 - Atención al Medio Ambiente 3.9%
(B/.21,338.36)
 - Atención a Grupos Humanos 60.1%
(B/.330,548.71)
 - Participación Social 2% (B/.11,064.54)
 - Gestión Administrativa 34% (B/.186,871.13)

8. Aplicando el enfoque de Planificación Estratégica se logrado estimar un presupuesto racionalizado, fundamentado en los alcances de los objetivos de cambio que han sido formulados considerando el análisis de la situación sanitaria del sector.

9. El estudio ha permitido priorizar los grupos humanos dedicando los esfuerzos y los recursos al estrato de mayor postergación integrado por las localidades de San Miguel, Marañón y Calidonia; con la certeza de que los otros estratos tienen acceso a las instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social y del sector privado.

V. RECOMENDACIONES

1. La formulación del presupuesto debe ser el resultado del análisis de la situación de salud del sector geográfico sanitario.

2. La programación local debe fundamentarse en la formulación de :
 - . Acciones de atención al medio ambiente.
 - . Acciones de atención a los grupos humanos.
 - . Acciones de participación social.
 - . Acciones de gestión administrativa.

3. La formulación del presupuesto se debe expresar utilizando las codificaciones y descripciones reglamentadas en el sector público, desglosadas en:
 - . Servicios personales
 - . Servicios no personales
 - . Materiales y suministros
 - . Maquinaria y equipo.

4. La formulación del presupuesto debe confeccionarse considerando los conjuntos programáticos de:
 - . Acciones de atención al medio ambiente.
 - . Acciones de atención a los grupos humanos.
 - . Acciones de participación social.

Acciones de gestión administrativa, los cuales agrupan las principales actividades del establecimiento de salud.

5. Se debe aplicar el Enfoque Estratégico de Planificación para obtener la información necesaria que facilita la proyección de las necesidades reales del sector geográfico sanitario del Centro de Salud Emiliano Ponce.

6. El Centro de Salud Emiliano Ponce en las próximas formulaciones del presupuesto debe aplicar la metodología que se ha diseñado en esta investigación. Para lograr cambios que tengan un contenido tecnológico, es decir de constante incorporación a nuevas y mejores técnicas; un contenido funcional para incorporar nuevas funciones y actividades; y en especial un contenido valorativo para cambiar la improvisación por lo programado.

LITERATURA CONSULTADA

VI. LITERATURA CONSULTADA

ALLEN, H.W., Rachlin Robert. 1981. Manual de Presupuestos. Iera. ed. México, D.F.: Interamericana Mc Graw-Hill, XI, 884 p.

BARRENECHEA, Juan José, Trujillo Uribe, Emiro y Chorny, Adolfo. 1990. Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud. Iera. ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 323 p.

BARQUIN, Manuel. 1992. Dirección de Hospitales. 6ta. ed. México: Interamericana Mc Graw-Hill, XXI, 835 p.

CARRILLO, Eduardo. 1991. Sistema de Información Gerencial. Iera. ed. Guatemala: O.P.S., O.M.S., XIX, 113 p.

CHORNY, Adolfo, Paganini José María. 1992. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Iera. ed. Washington: Serie HSD, SILOS, XII, 159 p.

FABREGA, Ramón. 1991. Código Fiscal de Panamá. San José: Litografía e Imprenta LIL, S.A., 1087 p.

COELHO, Neto Antero. 1992. Planificación Estratégica Computarizada. Iera. ed. Bogotá: Trazo Ltda., 99 p.

COELHO, Neto Antero. 1990. Gerencia y Planificación Prospectiva. Washington: Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.90, 119 p. (Mimeografiado).

Contraloría General de la República. 1991. Censos Nacionales de Población y Vivienda. Publicación especial. Panamá, VII, 419 p.

Contraloría General de la República, MIPPE. Presupuesto. Instrumento de Gerencia Pública. Iera. ed. Panamá: Serie de Publicaciones Técnicas. Coloquios de Contraloría, 18 p.

Contraloría General de la República. 1993. Situación Cultural. Educación. Publicación Especial. Panamá, VII, 65 p.

Contraloría General de la República. 1993. Proyecto de Reforma a la Administración Financiera. Panamá: Serie de Publicaciones Técnicas. Colección Presupuesto Público, 364 p.

EHLERS, Víctor, Steel Ernest. 1965. Saneamiento Urbano y Rural. Iera. ed. México: Editorial Interamericana S.A., XV, 553 p.

ESCALA, Manuel. 1993. Análisis de los Problemas de Salud y sus Factores de Riesgo. Panamá. Universidad, 7 p. (Mimeografiado).

ESCALA, Manuel. Programación Local de los Servicios de Salud. Panamá. Universidad, 20 p. (Mimeografiado).

ESCALA, Manuel. 1993. Sistemas Locales de Salud. Control y Evaluación. Panamá. Universidad, 18 p. (Mimeografiado).

GNAZZO, Edison. 1977. Principios Fundamentales de Finanzas Pública y Política Fiscal. Iera. ed. Buenos Aires: Artes Gráficas Lassalle S.R.I., 381 p.

LIDEN, Fremont, Miller, Ernest G. 1983. Presupuesto Público; Planeación, Evaluación y Control de Programas. Iera. ed. Traducción: Emilio Toussaint. México. D.F.: Editorial Trillas, 509 p.

Ministerio de Planificación y Política Económica. 1980. Manual de Clasificaciones Presupuestarias del Gasto Público. Iera. ed. Panamá, 69 p.

O.P.S. 1993. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Panamá. Ministerio de Salud, 49 p. (Mimeografiado).

PURCALLAS, Daniel. 1992. Transformación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Iera. ed. San José: Publicación Especial, 312 p.

Región Metropolitana de Salud. 1982. Manual de Sistema de Programación Local. Iera. ed. Panamá: Ministerio de Salud, 21 p.

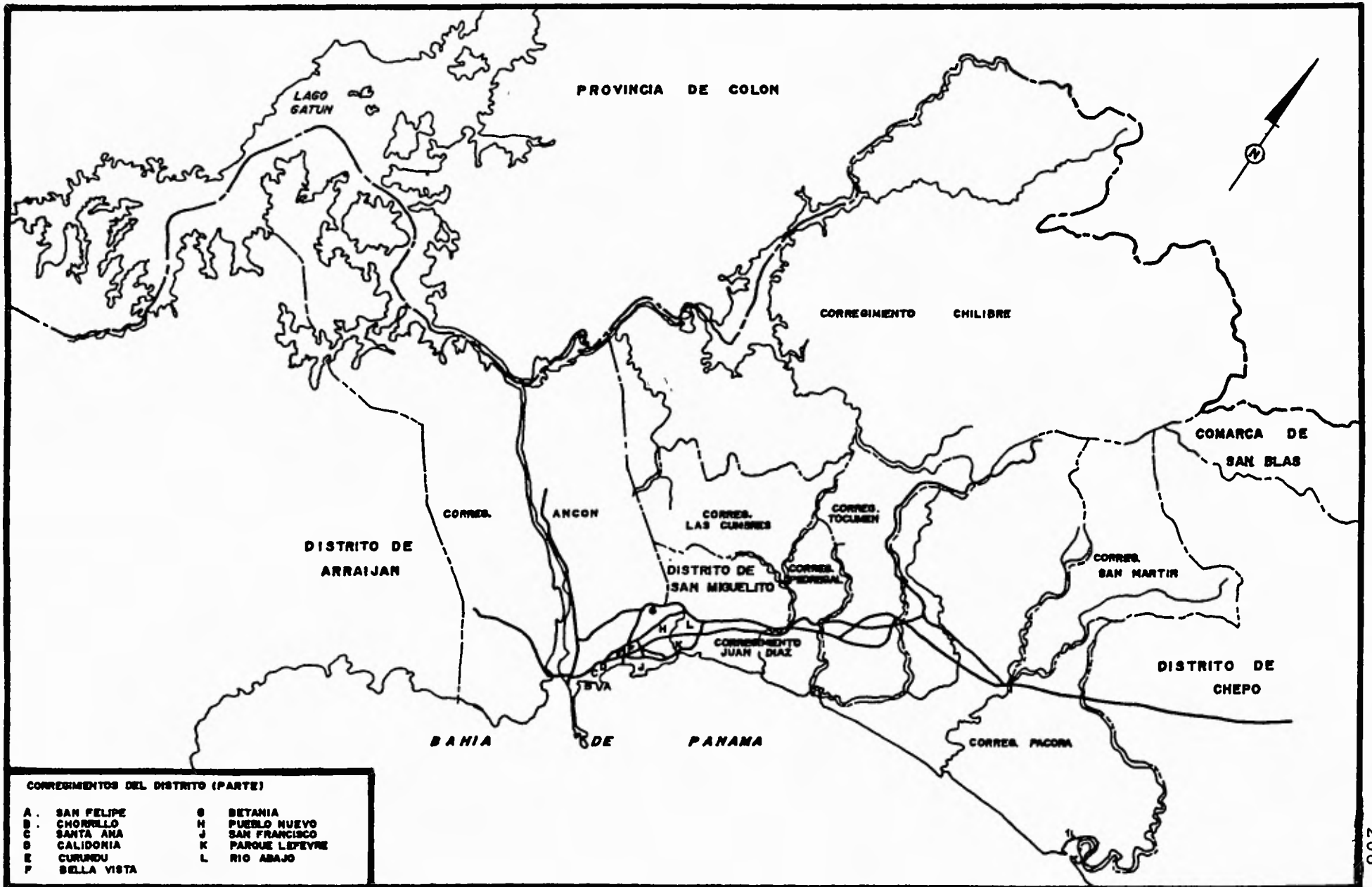
ROTHERY, Ernesto. 1991. Diagnóstico de Salud. Región Metropolitana de Salud. 1era. ed. Panamá: Ministerio de Salud, 82 p.

STONER, James, Warked Charles. 1986. Administración. 3era. ed. México: Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A., XXVIII, 826 p.

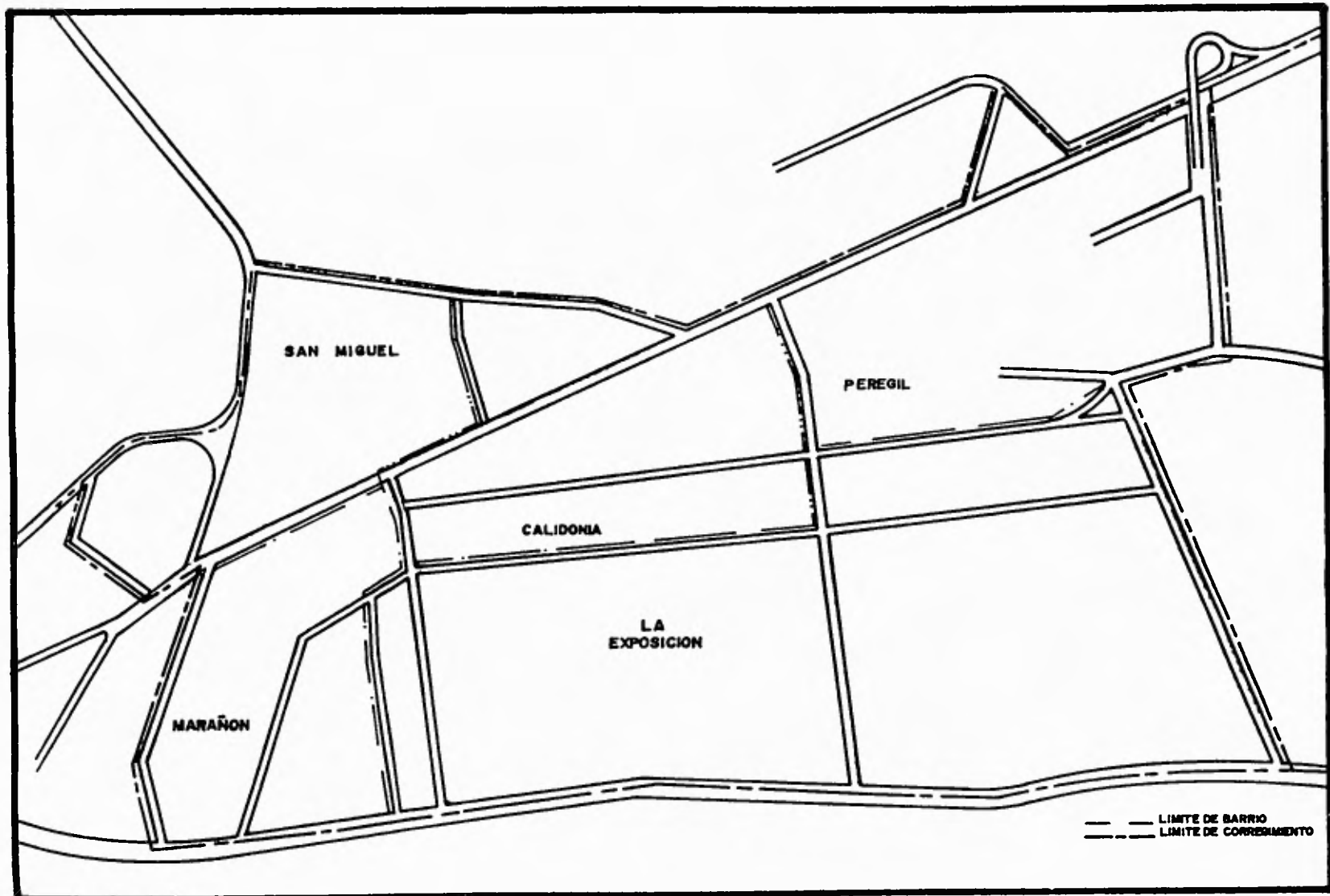
U.S.A.I.D., O.P.S., U.N.I.C.E.F. 1983. El Suministro de Medicamento. 1ra. ed. Massachusetts: Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, 632p.

ANEXOS

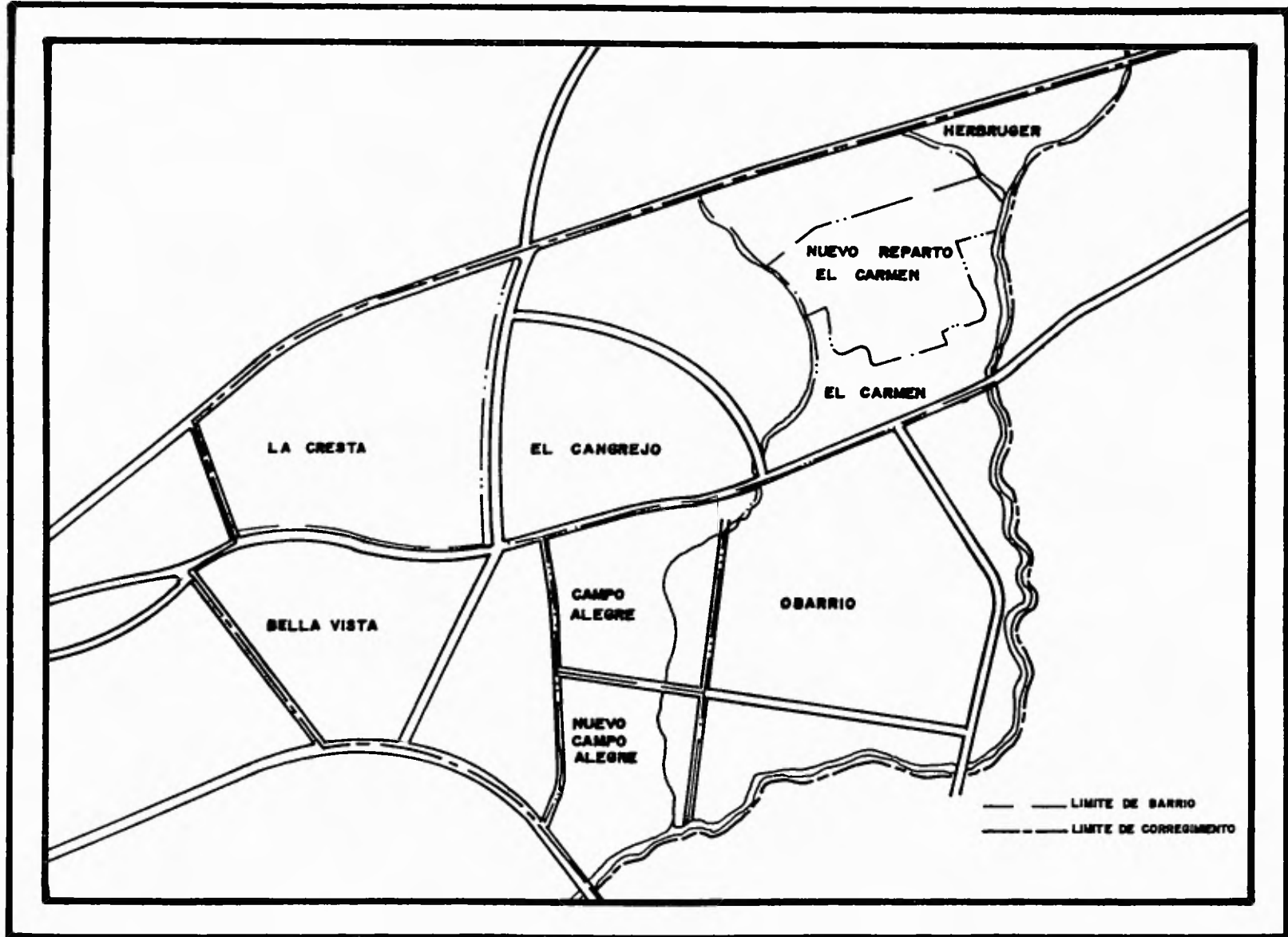
ANEXO Nº 1
DISTRITO DE PANAMA



A N E X O N° 2
CORREGIMIENTO CALIDONIA



A N E X O N° 3
CORREGIMIENTO BELLA VISTA



ANEXO No.4**DETALLE DE CODIGOS****0 SERVICIOS PERSONALES:**

Este grupo abarca todos los gastos por concepto de servicios prestados por el personal fijo, transitorio y personal contingente del sector público. Incluye sueldos ordinarios, salarios, sobresueldos y toda otra remuneración en efectivo, tanto para gastos de funcionamiento como de inversión (construcción de obras por administración). Excluye prestaciones en especie, contribuciones personales del Estado al sistema de seguridad social y cualquier tipo de deducción por concepto de impuestos, contribuciones personales de seguridad social, fondos de pensiones, etc.

000 SUELDOS:**001 PERSONAL FIJO:**

Comprende los gastos por conceptos de sueldos básicos del personal nombrado en puestos fijos o permanentes.

010 SOBRESUELDOS:

Son los gastos por concepto de remuneraciones complementarias, sueldo, sancionadas en disposiciones especiales.

011 POR ANTIGUEDAD:

Son los gastos por concepto de sueldo reconocidos a los funcionarios de acuerdo a lo estipulado en las leyes orgánicas tales como las que rigen al régimen magisterial, de enfermería y de la Guardia Nacional.

013 POR JEFATURA:

Son los gastos por conceptos de sobresueldos devengados por funcionarios que se desempeñan en cargos que requieren de un mayor grado de responsabilidad.

020 HONORARIOS:

Son los gastos por servicios prestados ocasionalmente por profesionales o técnicos que no son funcionarios públicos, tales como investigaciones, exámenes y peritajes. Estos servicios se prestarán en base a un contrato, que no implica subordinación jerárquica.

030 GASTOS DE REPRESENTACION FIJOS:

Son remuneraciones adicionales al sueldo fijo que perciben determinados funcionarios, por motivo del cargo que desempeñan. Se establecen de acuerdo con las disposición legal que señala a los funcionarios que tienen derecho a percibir esta remuneración y su correspondiente monto.

040 SOBRETIEMPO:

Son compensaciones por trabajos realizados en horas extras ordinarias.

050 DECIMO TERCER MES:

Bonificación especial devengada por cada servidor público y que consiste en un día de sueldo por cada 12 días o fracción de días trabajados.

100 ALQUILERES:

Son gastos por conceptos de alquiler de servicios y bienes muebles o inmuebles (cassette).

103 DE EQUIPO DE OFICINA:

Comprende los gastos en concepto de alquiler de equipo de oficina, tales como: Máquina reproductora, de levantamiento de textos, franquadoras, máquinas de contabilidad. (alquiler de proyector).

109 OTROS ALQUILERES:

Comprende los gastos por conceptos de alquiler de bienes muebles o inmuebles no clasificados en los conceptos anteriores. (cassette, salón por caja menuda).

110 SERVICIOS BASICOS:

Comprende los gastos por conceptos de servicios tales como: Agua, alcantarillados, aseo, correo, cablegrama, electricidad y gas. (Teléfono).

111 AGUA:

Cubre el consumo de agua destinada tanto al uso industrial como al domiciliario.

114 ENERGIA ELECTRICA:

Comprende los gastos por consumo de energía eléctrica para alumbrado y fuerza motriz.

115 TELECOMUNICACIONES:

Incluye los desembolsos por conceptos de conexión, alquiler y el gasto en servicios de sistemas telefónicos, teletipos, telegráficos, cablegráficos, de radio y otros equipos de telecomunicaciones.

119 OTROS SERVICIOS BASICOS:

Comprende los gastos por servicios básicos que no hayan sido específicamente clasificados.

120 IMPRESION, ENCUADERNACION Y OTROS:

Corresponde a gastos por servicios de publicación, impresión y encuadernación de libros, revistas, periódicos, libretas y de todo otro tipo de papel. Incluye también servicios necesarios para la publicación e impresión, tales como: afiches y trabajos de fotolitografía, etc. Considerando los actuales medios de difusión que se utilizan, también deben consultarse en este objeto de gastos, el revelado, fijación y cinta de soni-

do, de películas de cine o de otros medios audiovisuales. (Fotocopiadora, Papelería, Imprenta).

140 VIATICOS:

Comprende los desembolsos por conceptos de hospedaje, alimentación y en general gastos de subsistencias pagados temporalmente a empleados gubernamentales en viajes por asuntos oficiales. También comprende los gastos pagados a personas que no sean funcionarios públicos, pero que deben trasladarse para recibir los servicios brindados por las instituciones públicas.

(Transporte, Saneamiento Ambiental, alimentos, etc.

150 TRANSPORTE DE PERSONAS Y BIENES:

Comprende las cantidades desembolsadas en concepto de pasaje de las personas y el pago de fletes por el transporte de animales, equipo, materiales y suministros.

151 DENTRO DEL PAIS:

Comprende gastos de pasajes y fletes para atender el traslado de funcionarios públicos y de bienes, dentro del territorio nacional. El concepto de transporte abarca todos los medios de movilización terrestre, aéreo, marítimo y fluvial e incluso, el arriendo de bestias de carga. (Mensajería, transporte, Caja Menuda).

160 SERVICIOS COMERCIALES Y FINANCIEROS:

Son los gastos en almacenaje, comisiones, gastos bancarios, gastos judiciales, gastos de seguros, seguros aduaneros, servicios médicos asistenciales y cualquier otro tipo de servicios no sujetos a contratos.

169 OTROS SERVICIOS:

Incluye los gastos en otros servicios comerciales y financieros no clasificados en los conceptos anteriores. (Lavado de ropa, revelado, confección y tela).

180 MANTENIMIENTO Y APARICION:

Son gastos por conceptos de mantenimiento y reparación de maquinarias, equipo, vehículos, carreteras, puentes, edificaciones, etc, realizados por contrato. En el caso que tales reparaciones aumenten el valor del activo deben incluirse en el correspondiente grupo y cuenta de "Inversiones". (Electricidad, plomería, limpieza monte, pintura de cubículos).

181 DE EDIFICIOS:

Comprende los gastos por reparación, consumo, conservación y de remodelación de edificios. (Pintar).

182 DE MAQUINARIA Y OTROS EQUIPOS:

Comprende los gastos de reparación y de conservación de maquinaria y equipo de producción, de transporte; equipo

educacional y recreativo, equipo médico y de laboratorio. (Equipo grande).

183 DE MOBILIARIO Y EQUIPO DE OFICINA:

Comprende los gastos de reparación y conservación de muebles y equipo de oficina.

189 OTROS MANTENIMIENTOS Y REPARACIONES:

Comprende los gastos en mantenimiento y reparaciones no clasificadas.

MATERIALES Y SUMINISTROS

200 ALIMENTOS Y BEBIDAS:

Incluye gastos en productos alimenticios, ya sean de origen agropecuarios o industrial, incluyendo otros productos agro-forestales en bruto, por lo tanto aquí se cargarán gastos tales como: alimentos para consumo humano, natural, semielaborados o industrializados; bebidas no alcohólicas; alimentos para animales.

201 ALIMENTOS PARA CONSUMO HUMANO:

Comprende los gastos por adquisición de bienes alimenticios para el consumo de personas. (Café, soda, almuerzo, azúcar).

210 TEXTILES Y VESTUARIO:

Son gastos por conceptos de hilado, telas, fibras artificiales, acabado textil, prendas de vestir, paraguas, sombreros, calzados, etc.

211 ACABADO TEXTIL:

Son los gastos por concepto de tapices, alfombras, ropas de cama, toallas, manteles, servilletas, paños, pañuelos, cortinas, sogas, cordeles, saco de fibras, redes y otros artículos conexos de cáñamo, yute, algodón, sisal, etc. (Confección de lapas).

213 HILADOS Y TELAS:

Son los gastos en hilados y telas de algodón, seda, fibras artificiales, etc. (Compra de tela para hábitos).

214 PRENDAS DE VESTIR:

Comprende los gastos para dotar de uniformes al personal civil, de servicios y obreros (todos los implementos que lo constituyen); así como los gastos para el vestuario de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales. Cabe señalar que aquí se cargarán los gastos por concepto de bienes terminados; si un uniforme se envía a confeccionar, la tela se imputará al Código 213, mientras que los servicios de confección se cargarán al código 169 de servi-

cios No Personales. (Guantes clínicos).

220 COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES:

Son gastos por concepto de adquisiciones de petróleo crudo y parcialmente refinado, productos derivados, tales como: diesel, gasolina, aceites ligeros usados como carburantes, kerosene, aceites y grasas, lubricantes y gas. Incluye también otros combustibles o lubricantes no derivados del petróleo, como son el gas de hulla y el alcohol, cuando éste último es utilizado como carburante.

221 DIESEL:

Incluye los gastos por compra de diesel solamente (fumar).

222 GAS:

Comprende los gastos por la adquisición de gas derivado del petróleo, natural o de carbón (tanque de gas corriente).

223 GASOLINA:

Incluye los gastos por compra de gasolina o bencina, exclusivamente.

224 LUBRICANTES:

Abarca los gastos por concepto de toda clase de sustancia usadas para la lubricación de motores y de maquina-

rias en general.

229 OTROS COMBUSTIBLES:

Comprende gastos por compra de sustancias y materiales usados para la combustión de vehículos, aparatos de alumbrados, calefacción, refrigeración, fuerza motriz y maquinaria en general. Excluye los derivados del petróleo y otras sustancias, ya individualizadas en los códigos anteriores de esta cuenta.

230 PRODUCTOS DE PAPEL Y CARTON:

Comprende los gastos por concepto de papel y cartón en bruto, así como de bienes fabricados principalmente a dichas materias primas.

231 IMPRESOS:

Comprende los gastos por la adquisición de bienes terminados, tales como: (libros, periódicos, revistas, adquisición de materiales e impresión de las especies fiscales facturadas al detalle o en conjunto, incluyendo papel de seguridad, estampillas, cheques oficiales y demás formularios de garantía que constituye especies de valor (chequera, periódicos, enciclopedia).

232 PAPELERIA:

Comprende los gastos por adquisición de papel de escritorio, sobres y papel de cartas tengan éstas o no mem-

bretes u otras impresiones distintivas; papel de mimeógrafo; papel cinta o rollos; tarjeta de papel bond, papel carta, papel camilla; tarjeta de papel o de camilla, etc.

233 TEXTOS DE ENSEÑANZA:

Comprende los gastos por adquisición de textos de enseñanza, de investigaciones y consulta (test psicología).

239 OTROS PRODUCTOS DE PAPEL:

Son los gastos no incluidos en los conceptos anteriores (cartoncillo, folder, historia clínica).

240 PRODUCTOS CLINICOS Y CONEXOS:

Son los gastos por compra de sustancias químicas, insecticidas, tintes y demás productos químicos y conexos.

242 INSECTICIDA, FUMIGANTES Y OTROS:

Son los gastos por compra de insecticidas, fumigantes, fungicidas, pesticidas y otros productos químicos para combatir plagas, insectos, plantas dañinas etc. (Malatión, fumigar centro y escuelas).

243 PINTURAS, COLORANTES Y TINTES:

Son los gastos por compra de pinturas, colorantes, tintes y tinta de impresión.

- 244 PRODUCTOS MEDICINALES Y FARMACEUTICOS (MEDICINA):** Son los gastos por compra de productos medicinales y farmacéuticos, incluidos los de uso veterinario.
- 249 OTROS PRODUCTOS QUIMICOS:**
Son los gastos por compra reactivos de laboratorio, oxígenos, anestesia, clorox. Son los gastos por compra de productos químicos no incluidos en los conceptos anteriores.
- 250 MATERIALES PARA CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO:**
Comprende los gastos en materiales para construcción o mantenimiento, tales como: cemento, ladrillo, acero, aluminio. Asi mismo, comprende los gastos en la adquisición de materiales para la instalación, reparación o construcción de tabiquerías, tales como madera, vidrios, clavos, tuercas, tornillos y pegamentos.
- 252 CEMENTO:**
Gastos por compra de cemento de construcción de todo tipo.
- 253 MADERAS:**
Gastos por compra de madera en bruto y elaborada de todo tipo.
- 254 MATERIALES DE PLOMERIA:**
Comprende los gastos por adquisición de materiales de

plomería en general.

255 MATERIAL ELECTRICO:

Comprende los gastos por adquisición de materiales eléctrico: lámparas, cordones, enchufes, timbres, interruptores.

256 MATERIAL METALICO:

Comprende los gastos en productos para construcción hechos de hierro, acero, aluminio, cobre, zinc, bronce y otras aleaciones, tales como: lingotes; planchas; planchones; hojalata; perfiles; alambres; varillas; ventanas y puertas metálicas; clavos tornillos; y tuercas de todo tipo; mallas ciclónicas y cercas metálicas; tubos y materiales de cañerías; cerrajería; etc

257 PIEDRA Y ARENA:

Comprende los gastos por adquisición de piedra, arena y otros productos de cantera.

259 OTROS MATERIALES DE CONSTRUCCION:

Comprende los gastos por adquisición de materiales de construcción no incluidos en los conceptos anteriores.

260 PRODUCTOS VARIOS:

Comprende los gastos por adquisición de artículos, materiales e instrumentos varios.

261 ARTICULOS PARA RECEPCIONES:

Comprende los gastos en comida, bebida y artículos de consumo indispensables para la celebración de recepciones oficiales.

262 HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS (MACHETES, CORTADORA DE GRAMA, PALA Y CARRETILLA)

Incluye gastos por adquisición de herramientas e instrumentos que se requieren para realizar ciertas clases de labores, tales como: carpintería y ebanistería; agricultura; selvicultura y mecánica. A manera de ejemplo se citan las siguientes: azadas, palas, picos, machetes, martillos, serruchos, alicates, destornilladores, carretillas de mano, tenazas, lampas, etc.

269 OTROS PRODUCTOS VARIOS:

Son los gastos en productos no incluidos en los conceptos anteriormente detallados.

270 UTILES Y MATERIALES DIVERSOS:

Comprende los gastos en útiles de cocina, deportivos, médico y de oficina.

271 UTILES DE COCINA Y COMEDOR:

Comprende los gastos en la adquisición de útiles de cocina y comedor, tales como: platos, cuchillos, cucharas, tenedores, ollas, cacerolas y sartenes.

273 UTILES DE ASEO Y LIMPIEZA (JABON Y DESINFECTANTES)

Comprende los gastos en últimos de aseo y limpieza, tales como: escobas, ceras, palos de trapeador, plumeros, cepillos.

274 UTILES DE LABORATORIO:

Se incluye en este objeto el gasto en útiles menores que se usan en investigaciones y análisis en laboratorios, tales como: tubos de ensayo, probetas y pipetas. (Odontología, jeringuillas, eyectores, lancetos, mascarillas, etc.).

275 UTILES Y MATERIALES DE OFICINA:

Comprende el gasto en la adquisición de útiles y materiales de oficina, tales como: canastas o bandejas para la correspondencia; máquinas pequeñas de engrapar y perforar papeles; lápices; plumas; gomas de borrar; correctores; y cinta de máquinas; cristales y felpas para escritorios y canastas de basura.

276 MATERIALES PARA RAYOS X:

Comprende los gastos por conceptos de útiles, artículos y sustancias que se utilizan en tratamientos radiológicos. Incluye también los materiales fotográficos, de revelado y otros, utilizados para estos procesos.

277 INSTRUMENTAL MEDICO Y QUIRURGICO:

Comprende el gasto en la adquisición en instrumental y material médico menor, tanto médico como odontológico, tales como: estetoscopios, espéculos, bisturíes, sondas y termómetros, tanques de oxígeno, mascarilla, tijeras).

279 OTROS UTILES Y MATERIALES:

Comprende los gastos de útiles y materiales no clasificados en los conceptos anteriores.

280 REPUESTOS:

Comprende los gastos por concepto de respuestos necesarios para mantener en adecuado funcionamiento el equipo y maquinaria de construcción y transporte, agrícola, de oficina, de imprenta, de telecomunicaciones, médico y de laboratorio, etc.

300 MAQUINARIAS Y EQUIPO:

Este grupo incluye todos los egresos por adquisición de maquinaria y/o equipo, así como las de accesorios y aditamentos que se desea se complementen en la unidad principal. Incluye los gastos de transporte e instalaciones vinculados a la adquisición, aún cuando éstos sean realizados independientemente. Las reparaciones extraordinarias contratadas, que aumenten la duración

y uso del equipo más allá del término normal previsto de vida, también se incluirán en este grupo.

301 DE COMUNICACIONES:

Comprende los gastos en la adquisición de equipos de comunicación, tales: telégrafos, teletipos, plantas de radios, equipo de televisión (intercom, megáfonos).

310 MAQUINARIA Y EQUIPO DE TRANSPORTE:

Son los gastos por conceptos de maquinarias y equipo de transporte de pasajeros y de carga, ya sea aéreo, ferroviario, marítimo o terrestre. Se incluye además el gasto en accesorio comprado por unidades completas o individuales, para ensamblaje o para reposición, que aumenten considerablemente el valor en libros del equipo.

314 TERRESTRE:

Comprende el gasto por adquisición de toda clase de vehículos de transporte y sus equipos correspondientes, tales como: automóviles, autobuses, camiones, ambulancia, camiones de basura, remolcadores, vehículos para combatir incendio, motos, autos de policía, mulas y carros de arrastre.

320 EQUIPO EDUCACIONAL Y RECREATIVO:

Comprende los gastos por adquisición de equipo espe-

cialmente diseñado para fines educativos y recreativos, tales como: aparatos audiovisuales; equipo e instrumentos musicales; muebles escolares; equipo deportivo o; equipo para juegos de bolos y billar; equipos para parques y canchas y equipo para campamentos de recreación.

330 EQUIPO MEDICO DE LABORATORIO Y SANITARIO:

Comprende los gastos por conceptos de equipo médicos, odontológicos, de laboratorio y sanitario y equipo diseñado especialmente para hospitales e instituciones similares en el tratamiento directo de pacientes.

Incluye además maquinaria y aparatos especiales para uso en laboratorios médicos, científicos o de pruebas, equipos de Rayos X, farmacia, dental, óptico, de veterinaria, de terapéutica y equipo especial de hospital, tales como: incubadoras, frazada de calefacción, sillas de ruedas, camas, camillas y armarios. Excluye los útiles menores médicos-quirúrgicos, los cuales se contemplan en el Código 277.

331 EQUIPO MEDICO Y ODONTOLOGICO:

Comprende el gasto en la adquisición de aparatos y otro equipo, construido especialmente para el tratamiento directo de pacientes en hospitales, clínicas y

otras instituciones similares. Incluye maquinarias y aparatos especiales médicos, científicos o de pruebas, dental, óptico, de veterinaria y de terapéutica. También abarca equipo especial de hospital, como incubadoras, frazadas de calefacción, camillas, gabinetes de medicinas, camas, mesitas de noche, biombos y sillas.

332 EQUIPO DE LABORATORIO:

Se clasificará en este objeto el gasto en equipo y aparatos para uso en el laboratorio; con excepción de aquellos dedicados principalmente a la educación, los cuales se ubicarán en el Código 320.

333 EQUIPOS DE RAYOS X:

Comprende el gasto en la adquisición de equipos de Rayos X y elementos complementarios.

339 OTROS EQUIPOS MEDICO DE LABORATORIO Y SANITARIO:

Abarca los gastos por concepto de maquinaria y equipo no clasificados en los objetos antes detallados de la cuenta 330.

340 EQUIPO DE OFICINA:

Comprende los gastos por adquisición de maquinaria y equipo de oficina, tales como: Máquina de escribir; sumar y calcular; mimeógrafos o copiadoras de cualquier sistema; relojes control; cajas registradoras;

equipos de correos, gravadoras y dictáfonos; equipo de ingeniería y dibujo.

350 MOBILIARIO DE OFICINA:

Comprende los gastos por adquisición de muebles de oficina, tales como: mesas, sillas, escritorios, armarios, estantes, y archivadores.

370 MAQUINARIAS Y EQUIPOS VARIOS:

Comprende los gastos por maquinaria y equipo no contemplados en las cuentas anteriores, tales como: reguladores de temperatura, calentadores, refrigeradoras, aspiradoras y equipos de aire acondicionado.

5 CONSTRUCCIONES POR CONTRATO:

Comprende los gastos por construcciones nuevas u obras ya empezadas, adiciones y reparaciones extraordinarias e instalaciones de equipo, cuando son realizadas por contratación. Por adiciones y reparaciones extraordinarias se entiende aquellas mejoras que prolonguen la duración previstas del bien.

510 EDIFICACIONES:

Incluye el gasto en edificaciones para la administración, vivienda, industrias, deportes y recreación, comercio, etc., construídos por contratos. Incluye el costo de las instalaciones que forman parte de la edi-

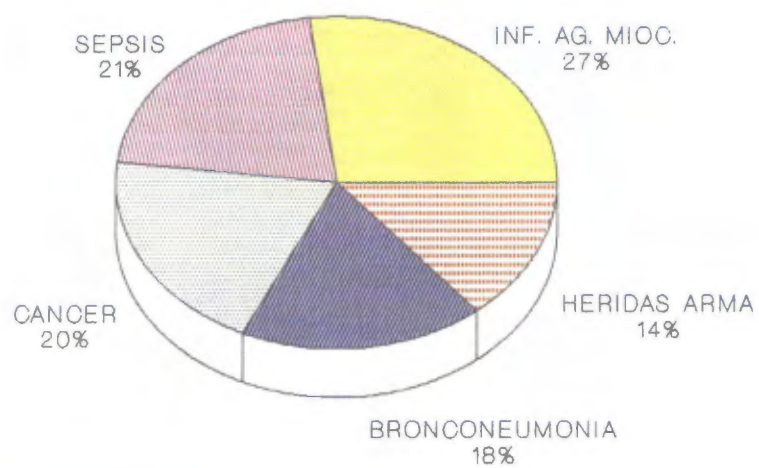
ficación.

564 MAQUINARIA Y EQUIPO:

Comprende gastos por la instalación de maquinarias y equipos previamente adquiridos, tales como: generadores eléctricos, aires acondicionados, computadores, plantas telefónicas y grúas portuarias.

ANEXO Nº 5

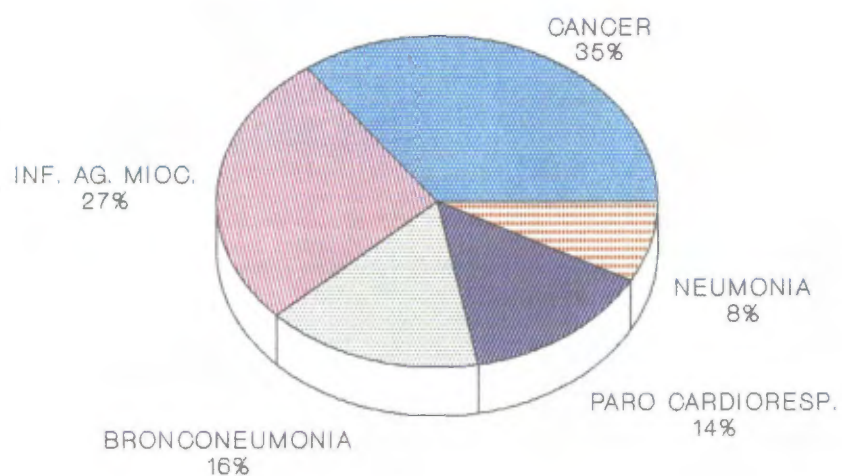
GRAFICA No. 1
CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE
POR GRUPO DE EDAD DEL CORREGIMIENTO
DE CALIDONIA. AÑO 1992.



FUENTE: Departamento de Registros
Médicos y Estadísticas de Salud
de la Región Metropolitana de Salud.

ANEXO Nº 6

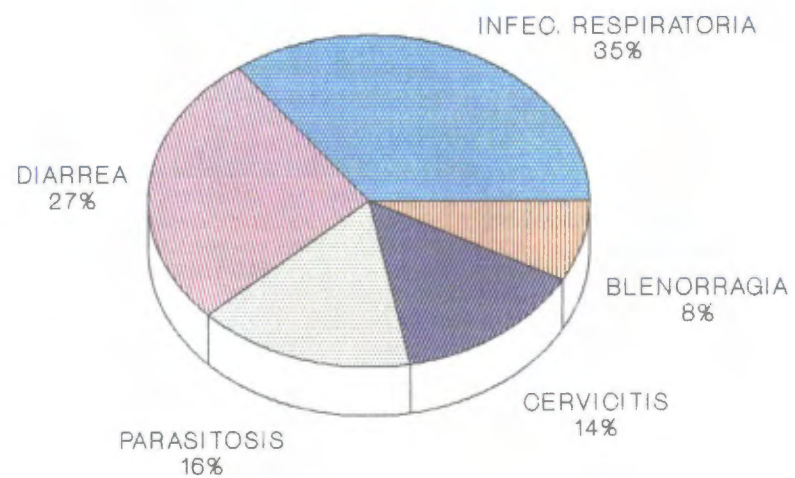
GRAFICA No. 2
CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE POR
GRUPO DE EDAD DEL CORREGIMIENTO DE
BELLA VISTA. AÑO 1992.



FUENTE: Departamento de Registros
Médicos y Estadísticas de Salud
de la Región Metropolitana de Salud.

ANEXO Nº 7

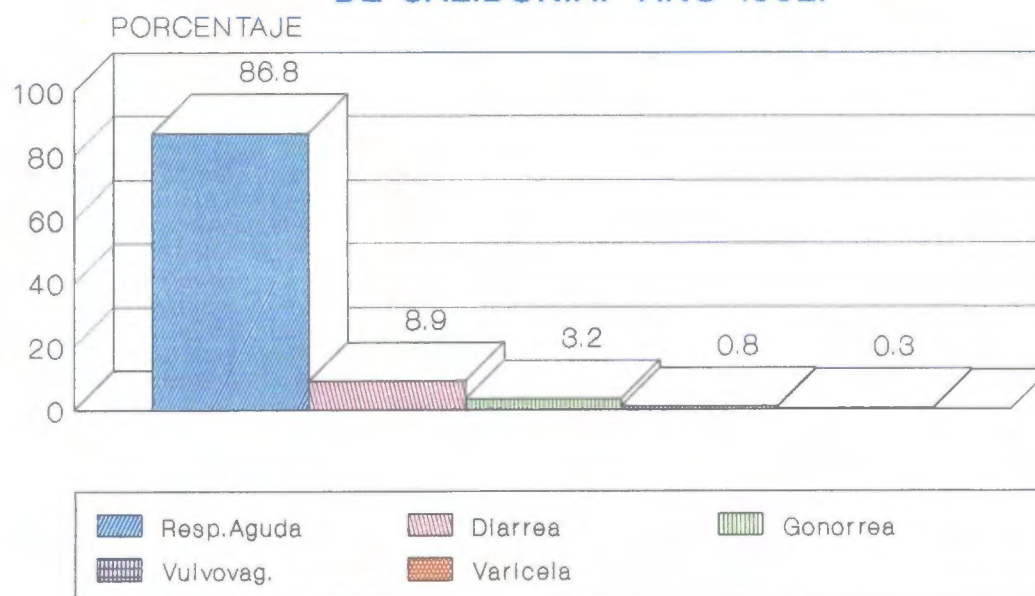
GRAFICA No. 3
CINCO PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA POR
MORBILIDAD, POR GRUPO DE EDAD DEL
CORREGIMIENTO DE CALIDONIA. AÑO 1992.



FUENTE: Departamento de Registros
Médicos y Estadísticas de Salud
de la Región Metropolitana de Salud.

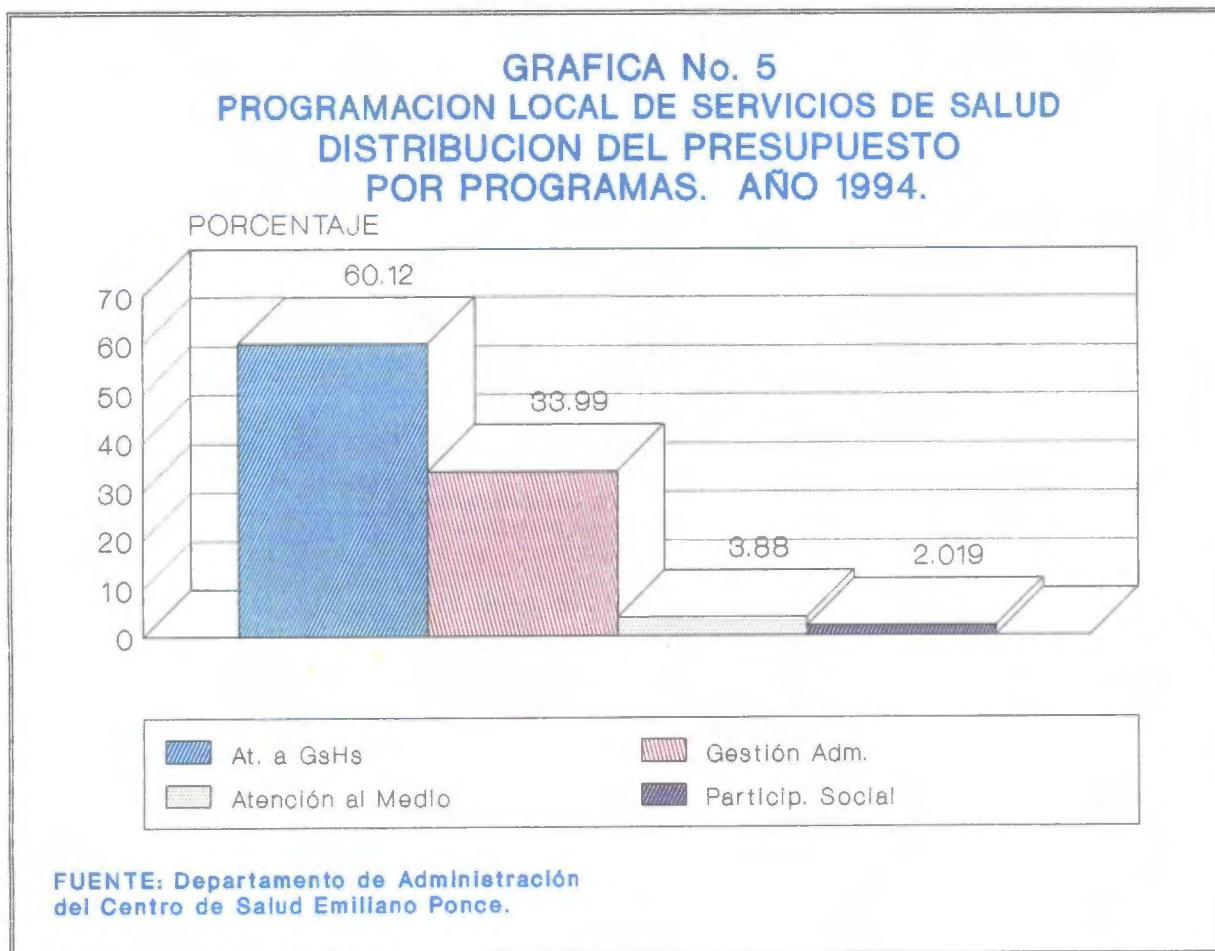
ANEXO Nº 8

GRAFICA No. 4
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES MAS
FRECUENTES EN EL CORREGIMIENTO
DE CALIDONIA. AÑO 1992.



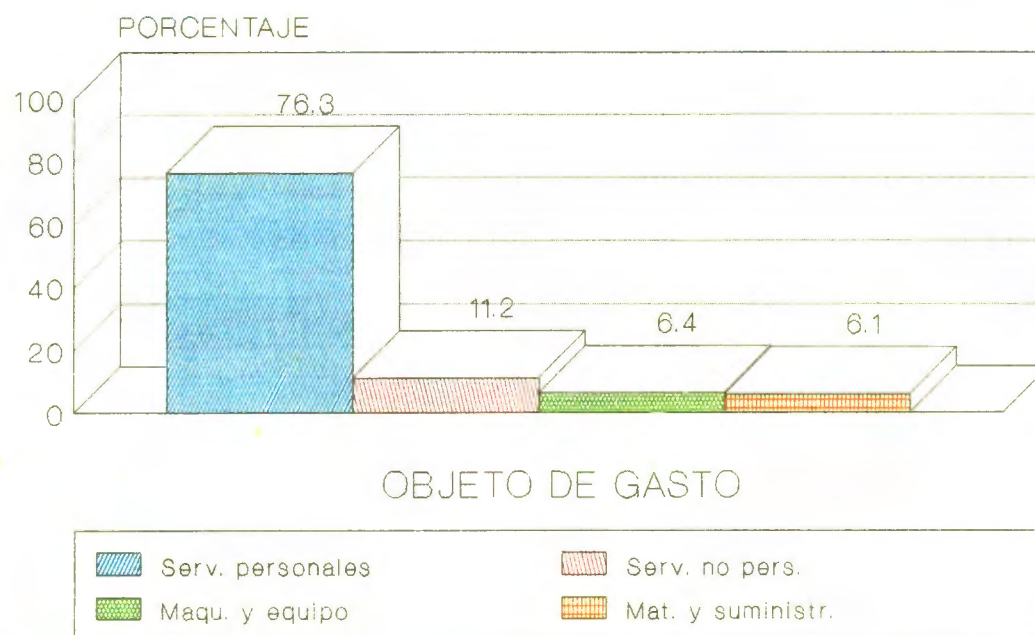
FUENTE: Departamento de Registros
Médicos y Estadísticas de Salud
de la Región Metropolitana de Salud.

ANEXO N° 9



ANEXO Nº 10

GRAFICA No. 6
PROGRAMACION LOCAL DE SERVICIOS DE SALUD
PRESUPUESTO ANUAL. AÑO 1994.



FUENTE: Departamento de Administración
del Centro de Salud Emiliano Ponce.