

PANAMÁ

**Lineamientos propuestos
para la Mejora y
Fortalecimiento del
Sistema Nacional Público
de Salud integral, en el
marco de una Política de
estado.**

Mesa de diálogo para la salud

Gremios de funcionarios que laboran en Salud, Colegios de Profesionales de Salud, Federaciones de pacientes, Entidades Estatales MINSA y CSS, PNUD y la Comisión de Salud de la Asamblea.

Año 2015

PARTICIPANTES SEGÚN ORGANIZACIÓN EN LA MESA DEL DIÁLOGO

ORGANIZACIÓN	TITULARES	SUPLENTES
MINISTERIO DE SALUD	LUIS VEGA JAVIER LÓPEZ YELKYS GILL	MARTA ESCOBAR NADJA PURCELL CAROLINE NIELS JACKELINE SANTOS
CAJA DE SEGURO SOCIAL	LIZBETH DE BENÍTEZ HUGO MORENO HUMBERTO ARANGUREN	YADIS DE LEÓN LAURA THOMAS / ALICIA WONG (* MARISOL DELLATOGNA
COMENENAL (Comisión Médica Negociadora Nacional)	DOMINGO MORENO JULIO OSORIO CARMEN CARRINGTON	MARITZA ORTEGA
SPSP (Sociedad Panameña de Salud Pública)	CLAUDIO BETTS	EDDY CABRERA FRANCISCO DÍAZ MÉRIDA / FÉLIX CORREA (*
Colegio Médico de Panamá	EGBERTO STANZIOLA	EDITH JIMÉNEZ DE BETHANCOURT
COPAMEVE (Colegio Panameño de Médicos Veterinarios)	JOSÉ TORRES	ARQUÍMEDES BERROA RUBÉN CASTRO FRANCO
ANEP (Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá)	ANA REYES FELIPE RÍOS	ILDA BATISTA DE HERNÁNDEZ
ANPATE (Asociación Nacional de Prácticos, Auxiliares y Técnicos de Enfermería)	CARLOS PERALTA	JORGE PÉREZ JOSÉ ESQUIVEL
CONAGREPROTSA (Coordinadora Nacional de Gremios, Profesionales y Técnicos de la Salud)	ALVARO LOZANO VIRGINIA LEÓN	KENIA BATISTA
CONALFARM (Colegio Nacional de Farmacéuticos)	ARIAVA CÓRDOVA	JAIME OLIVE
CONALAC (Colegio Nacional de Laboratoristas Clínicos)	JORGE RAMOS	-----
ANFACSS (Asociación Nacional de Funcionarios Administrativos de la Caja de Seguro Social)	LUIS LEE	LILIA PÉREZ ERIC QUINTERO
AFUSA (Asociación de Funcionarios Administrativos de Salud)	JORGE MORALES	FRANCISCO CEDEÑO MAXWELL CONTRERAS
ANADETRAM (Asociación Nacional de Trabajadores Manuales)	RODRIGO SOTO	LUIS ARISPE ROBERTO CONTRERAS
APES (Asociación Panameña de Estadísticos de Salud)	CECILIO TRIANA	URBANO AGUILAR
FENAECDD (Federación Nacional de pacientes con Enfermedades Críticas, Crónicas y Degenerativas)	EMMA PINZÓN	BEATRIZ VERGARA PEDRO VARGAS SABOGAL FAUSTINA DÍAZ

(*) PARTICIPARON POR PERÍODOS

INVITADOS ESPECIALES QUE PARTICIPARON EN LA MESA DEL DIÁLOGO

ASAMBLEA LEGISLATIVA (COMISIÓN DE SALUD)	CÉSAR QUINTERO JORGE MEDRANO
---	---

FACILITADORES DE LA MESA DEL DIÁLOGO

PNUD	Massimo Lorenzato Mirna Cuentas
-------------	--

APOYO LOGÍSTICO A LA MESA DEL DIÁLOGO

PNUD	Anita Mong Sugeiry Arosemena
-------------	---

Comisión de Revisión y Redacción del Documento

Organización	Nombre del Participante
MINSA	Marta Escobar
MINSA	Caroline Niels
MINSA	Jackeline Santos
CSS	Marisol De la Togna
CSS	Humberto Aranguren
CSS	Yadis De León
CSS	Lizbeth M. de Benítez
CSS	Alicia Ho de Wong
Colegio Médico	Edith de Bethancourt
Colegio Médico	Egberto Stanziola
FENAECCD	Beatriz Vergara
SPSP	Claude Betts
SPSP	Eddy Cabrera
COMENENAL	Maritza Ortega
COMENENAL	Domingo Moreno
COMENENAL	Carmen Betts
Colegio de Farmacéuticos	Ariava Córdova
Colegio de Farmacéuticos	Jaime Olive
ANEP	Ilda Batista de Hernández
ANEP	Ana Reyes de Serrano
APES	Cecilio Triana
ANFACSS	Luis Lee

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN EJECUTIVO	8
2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	13
3. DIAGNÓSTICO INTEGRAL Y ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA.....	19
3.1. Aspectos considerados para el desarrollo del diagnóstico	19
3.2. Desarrollo de la Hoja de Ruta del Diagnóstico.....	25
3.2. A. Marco Legal Sanitario Vigente	25
3.2. B. Descripción General del País	52
3.2. B.1. Caracterización Territorial.....	53
3.2. B.2. Caracterización Demográfica.....	60
3.2. C. Sistema de Información de Salud.....	75
3.2. D. Análisis de la Distribución y Tendencias de la Morbilidad y	83
Mortalidad.....	83
3.2. E. Factores Determinantes de la Salud	91
3.2. E.1. Laborales	91
3.2. E.2. Educativos	93
3.2. E.3. Físico-Ambientales	94
3.2. E.4. Seguridad y Justicia	95
3.2. E.5. Económico y Social.....	95
3.2. E.6. Transporte	99
3.2. E.7. Vivienda	99
3.2. E.8. Sanitarios.....	100
3.2. E.9. Migración Interna y Externa	100
3.2. E.10. Seguridad Alimentaria	101
3.2. F. Sistema Institucional de Salud del País	103
3.2. F.1. Estructura Organizativa.....	103
3.2. F.2. Ciclo y Proceso Presupuestario del Subsistema de Salud MINSА-CSS	105
3.2. F.3. Recursos Humanos	106
3.2. F.4. Instalaciones de Salud MINSА-CSS y otras de interés.....	109
Sanitario	109
3.2. F.5. Cartera de Servicios.....	111
3.2. F.6. Coordinación de Redes. Sistema de Referencia y	111
Contrareferencia	111

3.2. F.7. Insumos de Salud.....	112
3.2. F.8. Convenios MINSA-CSS	115
3.2. F.9. Programas de Salud	116
3.2. F.10. Promoción de la Salud con Participación Social.....	117
3.2. F.11. Otras Entidades del Sector Salud.....	118
3. G. Evaluación de los componentes fundamentales de la Salud.....	122
4. Lineamientos propuestos para la mejora del sistema	124
público de salud.....	124
4.0. Fundamentos de los Lineamientos	124
4.1. Ejes definidos para los Lineamientos	125
4.1.1. Eje Intersectorial	126
4.1.1. A. Laborales	129
4.1.1. B. Educativos	136
4.1.1. C. Físico Ambientales	141
4.1.1. D. Seguridad y Justicia:.....	146
4.1.1. E. Económico y Social.....	150
4.1.1. F. Transporte y Red Vial.....	155
4.1.1. G. Vivienda	159
4.1.1. H. Sanitarios	164
4.1.1. I. Migración Interna y Externa de la población.....	169
4.1.1. J. Seguridad Alimentaria	172
4.1.2. Eje Institucional.....	178
4.1.2. A. Infraestructura.....	179
4.1.2. B. Programas de Salud	186
4.1.2. C. Cartera de Servicios de Salud	193
4.1.2. D. Medicamentos.....	199
4.1.2. E. Insumos Médico-Quirúrgicos y Otros productos de uso humano	211
4.1.2. F. Materiales y Suministros	219
4.1.2. G. Equipos	226
4.1.2. H. Transporte utilizado en salud.....	234
4.1.2. I. Estructura Organizativa.....	241
4.1.2. J. Recursos Humanos	248
4.2. Consideraciones del Marco Legal por etapas	259

4.3. Modelo de Gestión del Sistema Nacional Público de Salud	269
4.4. Modelo de Provisión de Servicios de Salud Integral del Sistema Nacional.....	283
Público de Salud	283
4.5. Modelo Económico- Financiero del Sistema Nacional Público de Salud.....	300
4.6. Plan de Contingencia para los Aspectos de Atención.....	328
Impostergable en el Sistema Nacional Público de Salud	328
5. MECANISMO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD	346
6. DIVULGACIÓN INICIAL DE LOS LINEAMIENTOS PROPUESTOS PARA EL SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD	352
6.1. Participación y Aportes de la Sociedad Civil	353
6.2. Divulgación de los Gremios y otras Organizaciones.....	359
6.3. Invitaciones a la Mesa para Divulgación de la Propuesta.....	362
6.4. Participación de los Medios de Comunicación.....	362
6.5. Divulgación a las Autoridades de Salud.....	364
6.6. Divulgación al Presidente de la República	364
6.7. Consideraciones Futuras para el Proceso de Divulgación.....	365
7. RESULTADOS INMEDIATOS DE LOS LINEAMIENTOS PROPUESTOS PARA EL SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD	368
7.1. Decreto Ejecutivo N° 1 de 8 de Enero de 2016.....	368
8. GLOSARIO.....	369
9. ANEXOS	422

1. RESUMEN EJECUTIVO

Panamá, al igual que el resto del mundo, presenta una creciente preocupación por los problemas actuales que tiene su Sistema de Salud, los cuales impactan negativamente a la población y se traducen en el deterioro de algunos de sus indicadores de salud.

Entre los problemas relevantes que existen, identificamos la falta de acceso a los servicios de salud con equidad; carencia de recursos humanos, de insumos sanitarios y medicamentos; falta de coordinación institucional intra y extrasectorial; carencia de infraestructuras óptimas; falta de sistemas adecuados de información técnica y sistemas financieros que sustenten los procesos de planificación para los modelos de gestión y provisión de servicios integrales. Todo esto conduce, a un modelo de servicios de salud con una visión centrada en la enfermedad, deshumanizado, separándose del concepto de integralidad, que beneficie verdaderamente a la población.

El objetivo principal de la Política de Salud en Panamá debe estar dirigido a promover la salud y prevenir enfermedades que asegure una vida sana a todos los panameños, mejorando la calidad de vida de la población productiva que contribuya con el desarrollo del país. Es un hecho verdadero, que prevenir las enfermedades cuesta menos que curarlas.

El crecimiento económico de Panamá ha sido uno de los más altos de Latinoamérica durante la década reciente, sin embargo, aún así, se mantiene la desigualdad con un índice de disparidad alto. En el 2012 el índice de Gini, fue uno de los más altos de América Latina, por lo cual, es importante atender los retos de mejorar el acceso a servicios básicos de salud, educación, saneamiento y demás servicios según las necesidades manifiestas, de la población más vulnerable como son las comunidades indígenas, rurales y marginadas.

La relevancia mundial en la temática del incremento de los costos en la provisión de servicios integrales de salud, con la incorporación de nuevas tecnologías, frente a los limitados recursos disponibles, ha originado severas crisis en los sistemas de salud, que no pueden brindar los servicios completos e integrales con calidad y efectividad sostenible. Esta situación es multifactorial, ya que incluye desde los cambios en el perfil epidemiológico de la población, la ineficiencia en la gestión administrativa, hasta el deficiente desarrollo de modelos preventivos en donde prevalezcan la promoción y el autocuidado de la salud, para el abordaje conjunto de los problemas.

El reto mayor en nuestros tiempos, es lograr que los sistemas de salud sean costo-eficientes y costo-efectivos, que no afecten la calidad, la calidez, la integralidad y la oportunidad de los servicios de salud que se brindan a la población.

Es necesario realizar cambios profundos, para abordar en forma integral los problemas de salud que afectan a la población, con una visión amplia, que rompa los esquemas en donde predomina la atención curativa o cuidados de prevención secundaria y terciaria, sobre los cuidados de prevención primordial y primaria, que permitirá a la población tener mayor autocontrol de su salud.

En la búsqueda de soluciones a estos problemas, los países han elaborado diversas modalidades, para tratar de mejorar las deficiencias estructurales con que funcionan sus sistemas de salud, obteniendo a través del tiempo diversos resultados, que aún no resuelven los problemas ya que continúan afectados los más vulnerables y los más pobres.

Se busca que los nuevos modelos permitan un equilibrio razonable y aceptable entre los objetivos de eficiencia, calidad, equidad y participación social activa, para que el acceso a los servicios de salud, se pueda dar con independencia de su capacidad de pago y este factor, no se constituya en una barrera para el acceso.

Siguiendo estos lineamientos, el Gobierno Nacional, bajo el mandato presidencial de Su Excelencia Juan Carlos Varela, decide implementar estrategias de concertación para la búsqueda de la mejora del Sistema de Salud de nuestro país, logrando instalar una mesa de diálogo nacional con la facilitación de las Naciones Unidas (PNUD), para elaborar una propuesta dirigida al Ejecutivo, al Legislativo y a la Sociedad Panameña, que pueda contribuir a la transformación del actual sistema de salud y brindar a todos los ciudadanos del país, un Sistema Nacional Público de Salud, eficiente, oportuno, eficaz, de alta calidad y calidez, asegurando la cobertura y el acceso universal, independientemente de la ubicación geográfica o la condición socioeconómica de la población.

La mesa se integró con Naciones Unidas (PNUD) y la participación de dieciséis organizaciones gremiales, asociaciones de usuarios del sistema, colegios de profesionales de la salud y las instituciones públicas responsables de la salud pública del país como son:

1. **MINSA** (Ministerio de Salud)
2. **CSS** (Caja de Seguro Social)

3. **COMENENAL** (Comisión Médica Negociadora Nacional)
4. **SPSP** (Sociedad Panameña de Salud Pública)
5. Colegio Médico de Panamá
6. **COPAMEVE** (Colegio Panameño de Médicos Veterinarios)
7. **ANEP** (Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá)
8. **ANPATE** (Asociación Nacional de Prácticos, Auxiliares y Técnicos de Enfermería)
9. **CONAGREPROTSA** (Coordinadora Nacional de Gremios, Profesionales y Técnicos de la Salud)
10. **CONALFARM** (Colegio Nacional de Farmacéuticos)
11. **CONALAC** (Colegio Nacional de Laboratoristas Clínicos)
12. **ANFACSS** (Asociación Nacional de Funcionarios Administrativos de la Caja de Seguro Social)
13. **AFUSA** (Asociación de Funcionarios Administrativos de Salud)
14. **ANADETRAM** (Asociación Nacional de Trabajadores Manuales)
15. **APES** (Asociación Panameña de Estadísticos de Salud)
16. **FENAECCD** (Federación Nacional de pacientes con Enfermedades Críticas, Crónicas y Degenerativas)

La Mesa de Diálogo “POR UNA MEJORA Y FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD INTEGRAL EN EL MARCO DE UNA POLITICA DE ESTADO”, denominación establecida por consenso de sus participantes, inició su trabajo con una visión de salud integral, para analizar la situación de salud y luego elaborar lineamientos de mejora, con el compromiso serio y formal de continuidad y sostenibilidad financiera en el tiempo, integrado a una Política de Estado.

El objetivo primordial de la Mesa del diálogo es ofrecer al país, recomendaciones que contribuyan a resolver los problemas de salud de la población, dentro de una perspectiva concreta, objetiva e integral, al margen de cualquier interés personal, gremial, institucional, político partidista o comercial económico.

Estas recomendaciones se fundamentaron en un diagnóstico de salud, la población demandante de servicios, la oferta que se puede brindar, los resultados de un adecuado sistema de información, el nivel de participación intersectorial que incluya a las instituciones públicas del sector salud y de otros sectores con participación de la comunidad, para abordar de forma conjunta a los determinantes de la salud y al final obtener lineamientos concretos

para brindarle a los ciudadanos, un sistema de salud que garantice los principios de equidad, calidad, calidez y financiamiento sostenible a lo largo del tiempo.

Con este enfoque, la Mesa trabajó productivamente en los últimos nueve meses, de Marzo a Diciembre de 2015, logrando analizar y sistematizar los aspectos siguientes:

- Homologar conceptos, definiciones y principios fundamentales, consensuados para definir un glosario de trabajo.
- Diseñar y Desarrollar una hoja de ruta para el diagnóstico, con el análisis posterior de la información presentada, para la tipificación y priorización de los problemas. Se logró definir más de quinientos nudos críticos en el sistema, de los cuales se priorizaron alrededor de doscientos setenta y cinco, con ciento ocho recomendaciones para los problemas identificados y priorizados.
- Analizar la situación de salud que vive el país, evidenció la crisis que tiene nuestro actual sistema público con franco y progresivo deterioro, agravado por la excesiva fragmentación y segmentación, reflejado en una atención de salud deshumanizada, con una visión centrada en la enfermedad.
- Generar los elementos estructurales que sirvieron de base para los Lineamientos propuestos para el nuevo Sistema Nacional Público de Salud, donde el objetivo principal es la Promoción de la salud y la Prevención de las enfermedades, de manera tal, que se asegure una vida sana a todos los panameños para mejorar la calidad de vida y capacidad productiva que impulse el desarrollo socio-económico del país. Esta visión amplia, se concibe como un predominio de la atención integral de Prevención primordial y primaria, sobre la atención secundaria y terciaria, centrada en la enfermedad. Considera el principio máximo y bien documentado de que “Curar las enfermedades cuesta más, que prevenirlas“. Busca atacar las causas o raíces de los problemas de salud y no sólo el tratamiento de los síntomas de enfermedad detectados en las instituciones de salud. Se concibe una visión integral con la participación de toda la población para lograr transformar el sistema de forma viable, factible y sostenible a lo largo del tiempo con la inclusión del tema de los determinantes de la salud.
- Definir claramente dos ejes que son: el *eje intersectorial* para el abordaje de los determinantes de la salud y el *eje institucional* para todos los elementos priorizados del sistema institucional, el cual actualmente, soporta todos los problemas de la oferta de la provisión de servicios que están afectando a la población demandante.
- Se formulan lineamientos para la interrelación y el desarrollo de ambos ejes, dentro de un solo modelo de gestión y provisión de servicios integrales, que se espera implementar

por etapas, para ir cambiando progresivamente el rumbo actual de nuestro sistema, hasta lograr finalmente el Sistema Nacional Público de Salud que beneficie a la población.

- Se elaboran consideraciones para el Modelo de gestión, el Modelo de Provisión de servicios integrales, el Modelo económico-financiero y los Mecanismos de monitoreo y evaluación para todo el Sistema Nacional Público de Salud.
- Todos estos aspectos, requieren de un proceso de Divulgación de los lineamientos propuestos, el cual se inició de forma progresiva, con avances importantes, hasta darla a conocer a la máxima autoridad del país, logrando la firma de un Decreto Ejecutivo para la conformación de una Comisión de Alto nivel que pueda impulsar y darle seguimiento a la ejecución de los lineamientos propuestos, por parte de todos los actores responsables e involucrados.

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El marco teórico conceptual de un Sistema de Salud Integral define la visión y los principios que sirven de guía al proceso de construcción social de aquello que garantice el pleno ejercicio del derecho a la salud integral para todos los habitantes del territorio nacional como parte de una Política de Estado.

El proceso de mejora y fortalecimiento del sistema de salud integral en el marco de una política de estado responde a los derechos y deberes de los habitantes de la República, así como la función esencial del Estado de velar por la salud de la población.

Este sistema considera a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual con inclusión del medio ambiente y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

El Estado, mediante la coordinación efectiva de las instituciones y sectores del país, deberá establecer las políticas, planes de acción y programas destinados a garantizar la salud como derecho humano de los habitantes.

El Sistema Nacional Público de Salud Integral, debe ser Público en la financiación, Público en la gestión, Público en la provisión, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, con acceso, cobertura, calidad y calidez universal, independiente del estado laboral y condición social de la población, tal como lo dicta nuestra constitución y otras leyes del sector salud.

La implementación del Sistema Nacional Público de Salud Integral, debe ser el resultado de una planificación articulada, gradual, con monitoreo y evaluación permanente, de cada una de sus fases, en consulta con todos los actores involucrados.

El Sistema propuesto debe estar fundamentado en un marco legal, con alto contenido de solidaridad, con un compromiso de desarrollo de políticas públicas en salud, desde una visión integral, con despolitización partidista que no responda a intereses creados, con la existencia obligatoria de transparencia, rendición de cuentas y preservación de los derechos laborales de todos los trabajadores del país, en particular la de los profesionales, técnicos y administrativos de la salud, con plena participación social, tal como lo establece nuestra Constitución, en su artículo 112.

Principios Fundamentales

Los principios fundamentales están basados en derechos y deberes de la salud y en la responsabilidad de las personas, familias y comunidades, de exigir y ejercer esos derechos, en todas sus dimensiones y con plena participación social. Estos principios quedan contenidos y resumidos en los siguientes aspectos:

- Salud como un derecho humano, bien público y no como un bien de consumo y de Interés comercial.
- Justicia Social
- Derecho a la salud y sus determinantes.
- Integralidad – Sistema Integral de Salud
- Intersectorialidad de la salud – Salud en todas las Políticas del Estado.
- Salud como un pilar del desarrollo sostenible del país

Caracterización del Sistema

- El sistema está fundamentado en un Diagnóstico Situacional, acompañado de monitoreo y evaluación continua.
- Debe estar articulado y coordinado intra y extra sectorialmente
- Debe tener sostenibilidad financiera garantizada por el Estado, con el convencimiento de que la inversión en salud, produce un retorno a la inversión mayor en beneficios sociales y económicos.

¿Hay evidencias que invertir en salud produce un retorno de la inversión para el país?

• Karin Stenberg y colaboradores publicaron en la revista Lancet el 12 de abril de 2014 un estudio de 74 países, demostrando que una inversión adicional de apenas US\$ 5.00 por año por persona desde el 2015 al 2035 daría un **retorno de nueve (9) veces este valor, en beneficios económicos y sociales.**

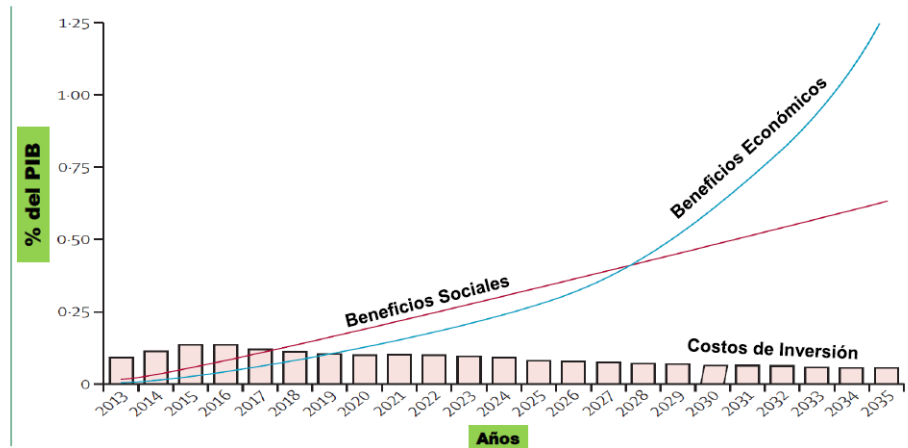
Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework

Karin Stenberg, Henrik Andersson, Peter Strandberg, Anubhav Kulkarni, Gabriela Gonzalez, Walter Armbrister, Susana Moller, David Frisvold, Ludvig Schultz, John Collins, Kim Stenberg, Jim Mahood, Peter Frimpong, Magesh Chinnai, Arundhati Lakshminarayanan, Michael Sheehan, Srinivasan Lakshminarayanan, Catherine D'Sa, and the Global Investment Framework for Women and Children's Health

Este estudio de 74 países, demostró que con una inversión adicional de apenas US\$ 5.00 por año por persona de 2015 a 2035, se lograría **un retorno de nueve (9) veces este valor, en beneficios económicos y sociales.**

FUENTE: Lancet 2014; 383: 1333-54.

Relación entre los costos de inversión y los beneficios sociales y económicos



- Debe tener Continuidad en todos los niveles del sistema desde los determinantes sociales de la salud hasta la atención de más alta complejidad.
- Con Equidad
- Con Calidad y calidez
- Con Solidaridad
- Con Participación social, integrada al sistema desde su construcción.
- Con Sostenibilidad
- Con Eficiencia y efectividad
- Con Transparencia y Rendición de cuentas
- Oportunidad
- Humanizado
- Con enfoque del Derecho Humano a la Salud

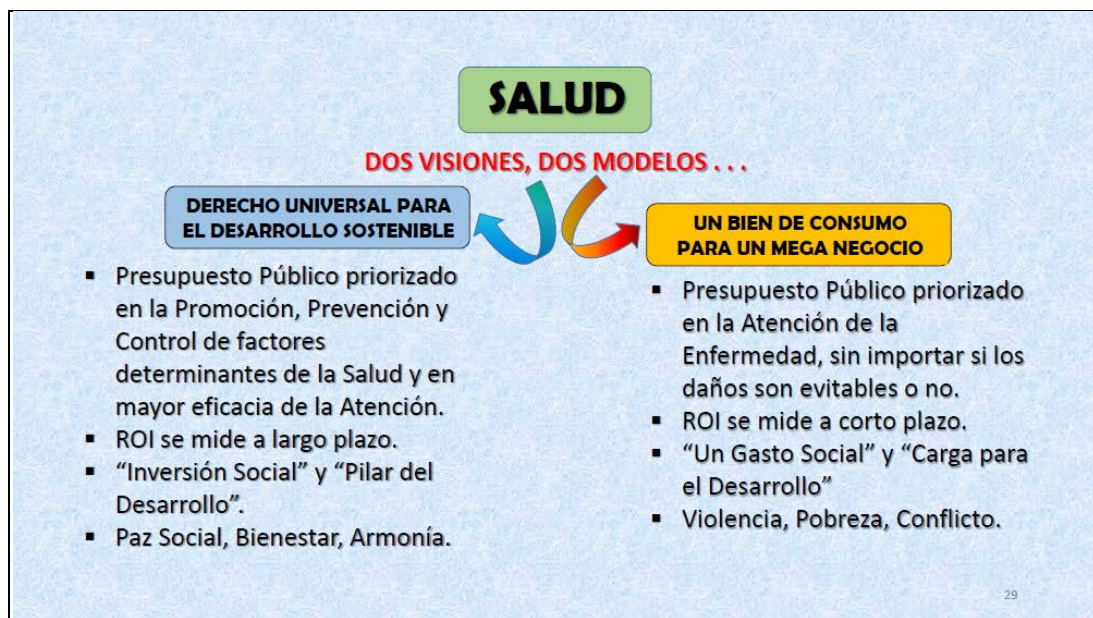
Derecho Universal de la Salud y Deberes del Usuario del Sistema

Derecho de la Salud

- Derecho a la salud para todos los ciudadanos
- Acceso universal a Agua potable segura para el consumo humano.
- Acceso universal a la canasta básica de alimentos que asegure el Desarrollo Humano pleno, físico, mental y social.
- Acceso a un trabajo y una vivienda digna.
- Acceso a una educación de calidad.

La visión de la salud como un Derecho Universal, es una excelente inversión para el desarrollo sostenible del país, el presupuesto es priorizado en la promoción, prevención y control de factores determinantes de la salud y en mayor eficacia de la atención, el retorno de la inversión se mide a largo plazo en incrementos de productividad, calidad de vida, paz social con menos reparación de daños y genera resultados de paz social, bienestar, armonía y felicidad a la población.

En cambio la visión de la salud como un Bien de Consumo es un mega negocio para la industria de la salud, el presupuesto público es priorizado en la atención de la enfermedad, sin importar si los daños son evitables o no, el retorno de la inversión se mide a corto plazo en mayores márgenes de ganancia para empresas de la mal llamada industria de la salud y genera resultados de violencia, pobreza, conflicto, tristeza e insatisfacción en la población. Ambas visiones se contraponen y generan dos modelos conceptuales de salud muy diferentes.



Deberes con la Salud

- Ejercer una participación social individual y colectiva encaminada a la producción de la salud en todos los ámbitos, personal, ambiental, laboral y comunitaria.

Sistema Integral de Salud

- Abarca todo el espectro continuo de la salud, desde el control de los determinantes biopsicosociales, laborales, ambientales, culturales y factores protectores, que producen salud, incluyendo la promoción, prevención, atención, rehabilitación y servicios paliativos.
- Responde a todas las etapas de la vida y a las particularidades de género.
- Asegura el pleno desarrollo de todas las capacidades, aptitudes y potencial genético de la persona, en su contexto familiar, comunitario y social.
- Promueve la productividad y el bienestar individual y colectivo.
- Asegura la gratuidad en el punto de entrega, sin discriminación por condición laboral, económica, étnica o social.
- Centra su accionar en función del mejor interés de la persona y la población, donde la ganancia es un bien social y no ganancias para intereses privados.
- Constituye un pilar del desarrollo económico y social sostenible de la sociedad panameña.
- La salud de los trabajadores debe ser un eje central del Sistema de –salud Integral en cuanto a la relación trabajador – ambiente de trabajo, ambiente comunitario y riesgo del trabajo, tanto en la promoción, prevención, rehabilitación y provisión de servicios.
- Monitoreo, evaluación y vigilancia.

Continuidad e Integralidad



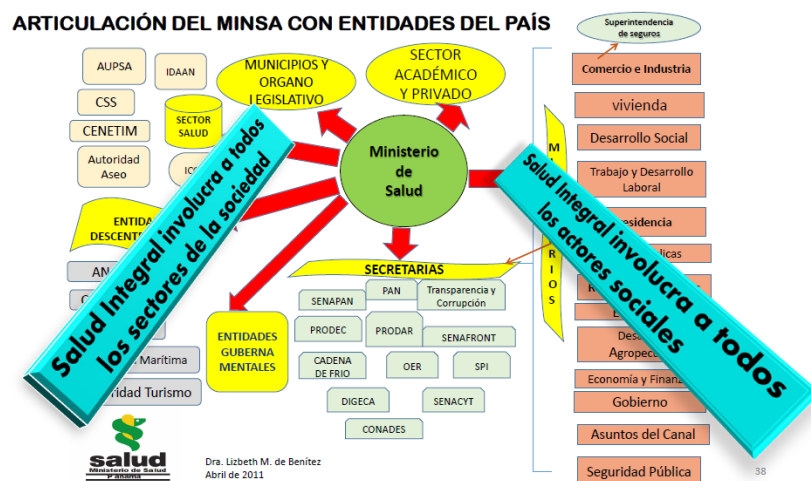
Intersectorialidad de la Salud

La salud es un bien social, producto de las acciones de todos los actores sociales, dentro y fuera del llamado “Sector Salud”.

Por tanto, la responsabilidad de producir salud debe estar en las agendas, planes, presupuestos y procesos para la toma de decisiones de múltiples organizaciones que conforman el Estado Panameño dentro de sus tres Órganos: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Dentro del Órgano Ejecutivo se incluye a todos los ministerios como son el de Presidencia y Secretarías, Educación, Vivienda y Ordenamiento Territorial, Obras Públicas, Trabajo y Desarrollo Laboral, Comercio e Industria, Economía y Finanzas, Seguridad Pública, Gobierno, Salud, Desarrollo Social, Relaciones Exteriores, Desarrollo Agropecuario, Asuntos del Canal y Ambiente.

Se incluyen a las entidades descentralizadas, empresas públicas, autoridades gubernamentales, municipios, sector académico público y privado, instituciones independientes fiscalizadoras como son la Contraloría y dentro de ella al INEC, los otros dos órganos que son el Órgano Legislativo y Órgano Judicial, las organizaciones sociales y civiles, organizaciones no gubernamentales y el Sector privado, entre otros.

El Ministerio de Salud como ente rector en el país, le corresponde regular, liderizar, ejecutar las funciones esenciales de salud pública, armonizar la provisión de los servicios de salud, modular el financiamiento de las entidades involucradas y vigilar el aseguramiento de la población, ejerciendo la articulación con todos los sectores involucrados con la Salud de los panameños.



3. DIAGNÓSTICO INTEGRAL Y ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

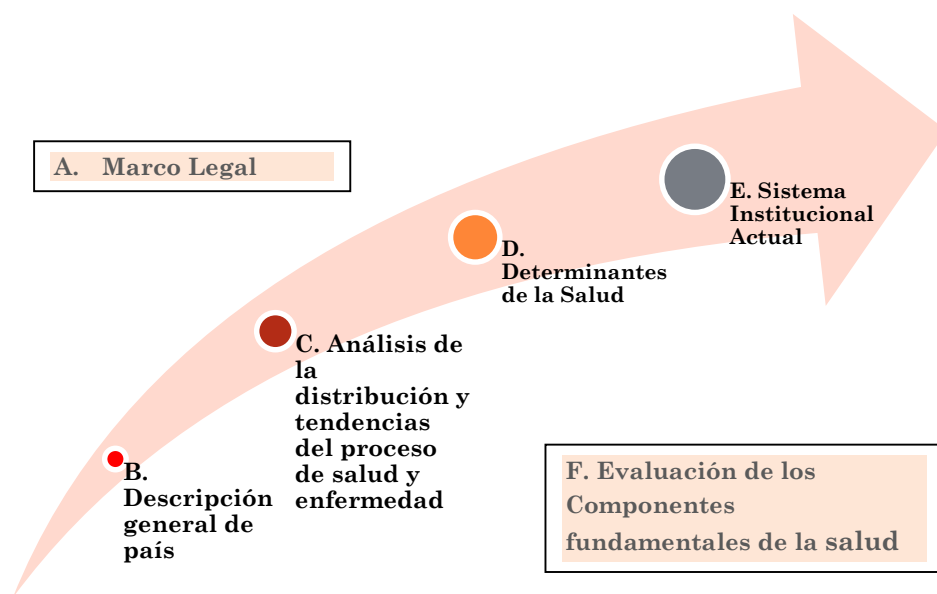
3.1. ASPECTOS CONSIDERADOS PARA EL DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO

Para realizar el diagnóstico del Sistema de Salud actual, se diseñó una hoja de ruta con seis componentes principales que se desglosaron a su vez, en subcomponentes y áreas temáticas con indicadores específicos definidos por los integrantes de la mesa. Para cada uno de estos aspectos de la hoja de ruta se requería información, la cual fue solicitada a los diferentes expositores técnicos de las instituciones del país, quienes fueron convocados a participar en la mesa.

La información presentada por los expositores, se analizó en matrices documentadas y organizadas según el tipo de componente fundamental de la evaluación y los demás aspectos contemplados y programados en la hoja de ruta.

Muchas de las áreas temáticas e indicadores programados se quedaron sin respuesta por inasistencia de algunos expositores invitados o por falta de información sistematizada sobre el tema. La información en salud por lo general, se encuentra fragmentada, incompleta o no sistematizada para realizar un buen análisis. Esta última explicación, fue la mayor causa por la cual no toda la información solicitada, fue brindada a la mesa, durante el desarrollo del diagnóstico.

HOJA DE RUTA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE SALUD ACTUAL



Los componentes transversales de esta hoja de ruta, son el marco legal (A) y la evaluación de los componentes fundamentales de la salud (F).

Todos los componentes fueron sistematizados en matrices elaboradas y programadas para el ordenamiento de la información solicitada y así facilitar su análisis posterior.

En el caso del marco legal, se trató de sistematizar las normativas legales dentro de un mapeo transversal según temática definida para cada componente, subcomponente, área temática e indicador definido en la hoja de ruta. En este mapeo se quería buscar la existencia o no del sustento legal actual, las limitantes legales y las recomendaciones o soluciones, para cada área específica.

Los criterios de evaluación de los componentes fundamentales de la salud considerados en nuestro trabajo, son los relativos a la *demanda* (para evaluar la pertinencia de las intervenciones), la *oferta* (para evaluar la adecuación de las intervenciones), los *procesos* (evaluar la eficiencia en el uso de los recursos), los *productos* (evaluar la eficacia en el logro de objetivos) y el *impacto* (evaluar los efectos finales, en la población).

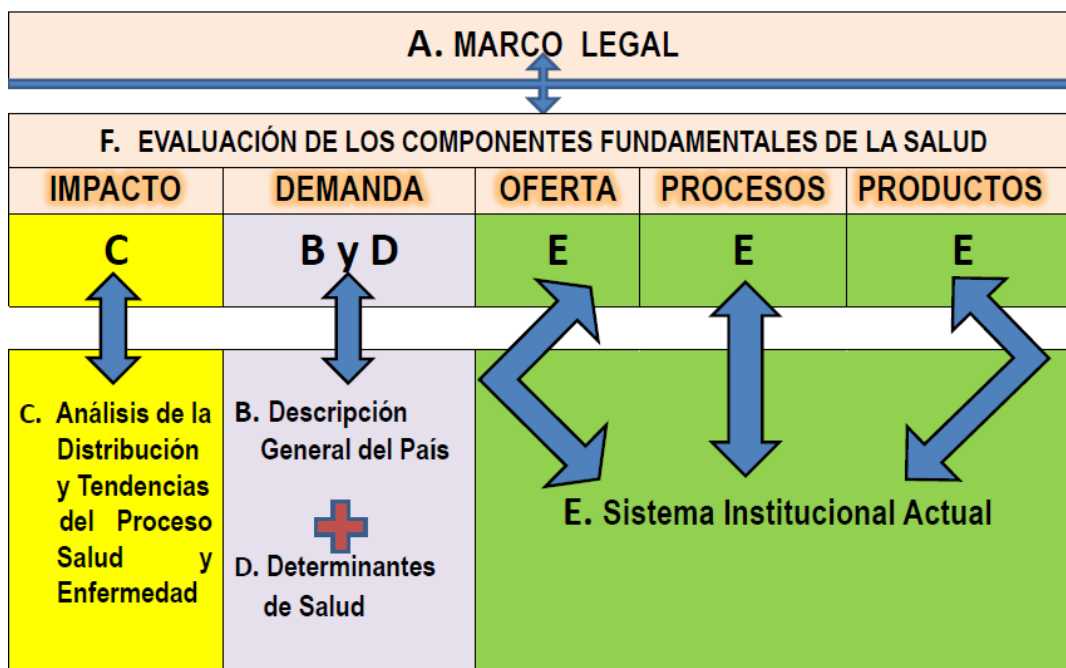
Estos criterios permitieron, ordenar todos los componentes de la hoja de ruta de forma transversal, para permitirnos tener una idea conceptual clara y dirigida en base a criterios técnicos, sobre el tipo de problema y ubicar las posibles intervenciones o recomendaciones para corregirlo.

F. Evaluación de los Componentes Fundamentales de la Salud



Los componentes definidos en la hoja de ruta, se incorporan dentro de las matrices diseñadas según los criterios de evaluación expuestos, como se observa en la figura adjunta.

Matriz de Sistematización de Información



Se confeccionaron cuatro matrices para trabajarlas por grupos conformados en la mesa, desde el momento en que se iniciaron las presentaciones por cada tema específico. Los temas expuestos y los aportes del proceso de intercambio entre los integrantes de la mesa del diálogo y los expositores, fueron ordenados en las matrices respectivas.

La matriz de evaluación diseñada para el proceso de demanda, incluyó todos los componentes, subcomponentes, áreas temáticas e indicadores específicos para los aspectos relacionados con la descripción general del país (B) y los determinantes de la salud (D), junto al mapeo legal respectivo, para cada temática específica.

La descripción general del país (B) programada, incluyó a dos subcomponentes que son la caracterización territorial y demográfica. Al primer subcomponente, se le definieron dos áreas temáticas para analizar y al segundo, dieciséis indicadores.

Los determinantes de la salud (D) programados, incluyeron a los aspectos de tipo laboral, educativos, educativos de género, los físico ambientales, seguridad y justicia, económicos,


sociales, transporte, vivienda, sanitarios o infraestructura de salud, gasto social, organizativos y recreativos, seguros de salud y superintendencia de seguros, migración y todos los temas que directamente tratan las instituciones del sector salud y otros sectores, relacionados con el área de producción agrícola, de importación de alimentos, disposición de desechos sólidos y peligrosos y el tema de agua potable y alcantarillados nacionales.


Cada uno de estos subcomponentes contaba con áreas e indicadores específicos, solicitando información respectiva, para 135 aspectos, aproximadamente.

La matriz de evaluación de impacto, incluyó a todos los componentes, subcomponentes e indicadores definidos, para el tema de análisis de la distribución y tendencias del proceso de salud y enfermedad (C), refiriéndose a los análisis de la morbilidad y mortalidad, con el mapeo del marco legal respectivo, para estos temas de impacto.

Se solicitó información para alrededor de 97 aspectos e indicadores, dentro de los cuales figuraban las tasas brutas, específicas y estandarizadas de morbi-mortalidad a nivel nacional.

Matrices para sistematización de la información según temática

	DEMANDA (Temas B Y D)			MARCO LEGAL (EJE TRANSVERSAL)		
COMPONENTES /SUBCOMPONENTES EN BASE AL CRONOGRAMA DE EXPOSICIONES A LA MESA	ANALISIS DE LA INFORMACION DE EXPERTOS	NUDOS CRITICOS IDENTIFICADOS	RECOMENDACIONES Y SOLUCIONES	APOYO LEGAL EXISTENTE	LIMITANTES LEGALES	RECOMENDACIONES O SOLUCIONES
		(TARJETAS + DISCUSIÓN DE MESA)				

	IMPACTO (Tema C)			MARCO LEGAL (EJE TRANSVERSAL)		
COMPONENTES /SUBCOMPONENTES EN BASE AL CRONOGRAMA DE EXPOSICIONES A LA MESA	ANALISIS DE LA INFORMACION DE EXPERTOS	NUDOS CRITICOS IDENTIFICADOS	RECOMENDACIONES Y SOLUCIONES	APOYO LEGAL EXISTENTE	LIMITANTES LEGALES	RECOMENDACIONES O SOLUCIONES
		(TARJETAS + DISCUSIÓN DE MESA)				

En el caso de la matriz de Oferta, Procesos y Productos utilizada para los temas definidos del sistema institucional actual (E), se incluyeron los componentes de estructura organizativa, presupuesto, recurso humano, instalaciones de salud, cartera de servicios, equipos, coordinación de redes, sistema de información, insumos de salud, redes de

comunicación, sistema de traslado de pacientes, convenios, programas, participación social, sistemas de costos y otras estadísticas de salud.

Por lo extenso de esta temática, se crearon dos matrices para el sistema institucional que fueron denominadas, matriz E1 y matriz E2 donde se definieron cerca de 202 aspectos e indicadores para solicitar información.

Matrices para sistematización de la información según temática

DIALOGO SALUD		OFERTA PROCESOS Y PRODUCTOS (Temas E1)		MARCO LEGAL (EJE TRANSVERSAL)		
COMPONENTES /SUBCOMPONENTES EN BASE AL CRONOGRAMA DE EXPOSICIONES A LA MESA	ANALISIS DE LA INFORMACION DE EXPERTOS	NUDOS CRITICOS IDENTIFICADOS	RECOMENDACIONES Y SOLUCIONES	APOYO LEGAL EXISTENTE	LIMITANTES LEGALES	RECOMENDACIONES O SOLUCIONES
		(TARJETAS + DISCUSIÓN DE MESA)				

DIALOGO SALUD		OFERTA, PROCESOS Y PRODUCTOS (Temas E2)		MARCO LEGAL (EJE TRANSVERSAL)		
COMPONENTES /SUBCOMPONENTES EN BASE AL CRONOGRAMA DE EXPOSICIONES A LA MESA	ANALISIS DE LA INFORMACION DE EXPERTOS	NUDOS CRITICOS IDENTIFICADOS	RECOMENDACIONES Y SOLUCIONES	APOYO LEGAL EXISTENTE	LIMITANTES LEGALES	RECOMENDACIONES O SOLUCIONES
		(TARJETAS + DISCUSIÓN DE MESA)				

La Matriz E1 incluye los siguientes componentes del sistema institucional actual.

E.1. Sistema Institucional Actual



La Matriz E2 incluye el resto de los aspectos institucionales definidos en la hoja de ruta.

E.2. Sistema Institucional Actual



3.2. DESARROLLO DE LA HOJA DE RUTA DEL DIAGNÓSTICO

Los principales componentes diseñados para la hoja de ruta del diagnóstico, se describen, y analizan a continuación, con la importante limitante de no haber obtenido toda la información solicitada para los temas, aspectos e indicadores específicos definidos por subcomponente y componentes.

Consideramos que la falta de información es uno de los principales problemas de nuestro sistema de salud actual, pues se observó como una constante, durante todo el proceso de desarrollo de la hoja de ruta del diagnóstico.

3.2. A. Marco Legal Sanitario Vigente

La Salud es un derecho y como tal aplica a todas las personas que habitan en el territorio, sin importar su condición social, económica, cultural o racial. Este derecho es inalienable, como también lo es, gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud.

El marco legal sanitario es considerado el componente transversal para todos los demás componentes, subcomponentes y temas específicos, definidos por la mesa del diálogo para la hoja de ruta del diagnóstico.

En la actualidad existe una extensa legislación en salud, algunas de fechas recientes y otras de muy vieja data e incluso desactualizada, pero vigentes y al momento de hacer uso de ella se evidencian conflictos legislativos.

En el marco legal, se debe hacer referencia a todas las normas que estén surtiendo sus efectos legales y que han sido dictadas por los organismos competentes.

Tratamos de describir solo algunas de las normativas del extenso marco legal que aplica a la Salud y sus Determinantes, por razones del poco tiempo establecido para revisar las existentes, para cada uno de los temas que se presentaron en la mesa del diálogo.

Se consideraron solamente las leyes de mayor relevancia, que conforman el marco general, ya que una revisión más profunda sería imposible porque uno de los mayores problemas encontrados durante este proceso, fue la ausencia del ordenamiento o sistematización oficial de cada normativa legal existente según tema definido, por la mesa de diálogo.

Se requiere de una buena sistematización y mapeo de las normativas legales relacionadas con la Salud y sus Determinantes, para luego poder revisarlas, actualizarlas o

modificarlas según lo que se vaya encontrando, por lo cual esta pequeña revisión, marca un discreto inicio para todo el proceso meritório.

Las leyes revisadas permiten conocer un resumen de sus respectivas temáticas y también una breve idea de los aspectos que deben continuar los procesos de ordenamiento, clasificación, evaluación, análisis, ampliación, modificación o derogación, hacia el nuevo sistema de salud propuesto.

Los instrumentos legales que pudieron ser evaluados durante este proceso, fueron los siguientes:

- La Constitución Política de la República de Panamá de 1972, reformada por los actos reformatorios de 1978, por el acto Constitucional de 1983 y por los actos Legislativos No. 1 de 1993, No 2 de 1994 y el No.1 de 2004.
- Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, aprueba el Código Sanitario para regular en su totalidad la salubridad e higiene pública, policía sanitaria, medicina preventiva y curativa en la República de Panamá.
- Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969, crea el Ministerio de Salud, se determina su Estructura y Funciones y se establecen las Normas de Integración y Coordinación de las Instituciones del Sector Salud.
- Ley No. 51 del 27 de diciembre de 2005, reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social.
- Decreto de Gabinete No. 68 de 31 de marzo de 1970, Centraliza la Cobertura de Riesgo Profesional en la Caja de Seguro Social.
- Decreto Ley 2 de 7 de enero de 1997, dicta el marco regulatorio e Institucional para la prestación de servicios de agua potable y alcantarillado Sanitario
- Ley 1 de 10 de enero de 2001, regula en materia de Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana
- Ley 77 de 28 de diciembre de 2001, reorganiza y moderniza el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales
- Ley 78 de 17 de diciembre de 2003, reestructura y organiza el organismo denominado Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES).
- Decreto Ley 11 de 22 de febrero de 2006, crea la Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos (AUPSA).
- Ley 51 de 29 de septiembre de 2010, crea la Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario y adopta disposiciones para la eficacia de su gestión.
- Ley 8 de 25 de marzo de 2015, crea el Ministerio de Ambiente de Panamá.

- Ley 38 de 5 de abril de 2011, adopta el reglamento sanitario internacional 2005 (RSI).

Descripción de la Situación Actual

El marco legal revisado que aplica a la Salud y sus Determinantes, busca como objetivo principal el valorar e identificar la necesidad de creación, adecuación, actualización, modificación o derogación de las leyes existentes, según los requerimientos del país.

Estas macro normativas legales son las siguientes:

CONSTITUCION POLÍTICA

Título I El Estado Panameño

- Se divide políticamente en provincias, éstas en Distritos y éstos en corregimientos
- La Ley podrá crear otras divisiones políticas, ya sea para sujetarlas a regímenes especiales o por razones de conveniencia administrativa o de servicio público

Título III Derechos y Deberes Individuales y Sociales

Capítulo I Garantías Fundamentales

- Las autoridades están instituidas para proteger en su vida, honra y bienes a nacionales donde se encuentren y a los extranjeros en nuestro territorio.
- Las autoridades deben asegurar la efectividad de los derechos y deberes individuales y sociales
- Los panameños y los extranjeros son iguales ante la Ley, pero ésta podrá por razones de trabajo, de salubridad, moralidad, seguridad pública y economía nacional subordinar a condiciones especiales o negar el ejercicio de determinadas actividades a los extranjeros en general.

Capítulo VI Salud, Seguridad Social y Asistencia Social.

- Función esencial del Estado, velar por la Salud de la población
- Derechos del individuo promoción protección conservación restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla
- Corresponde al Estado el desarrollo de actividades en materia de Salud,
 - Integrando funciones de prevención curación y rehabilitación
 - Desarrollar una política Nacional de Alimentos y Nutrición
 - Capacitar sobre deberes derechos en materia de salud personal y ambiental

- Proteger la salud de la madre, el niño y del adolescente garantizando atención integral durante los procesos de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo
- Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, disponibilidad de agua potable y medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento
- Crear en atención a las necesidades establecimientos que presten servicios de salud integral y suministren medicamentos. Se proporcionaran gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos
- Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad de los lugares de trabajo. (Política nacional de medicina e higiene industrial y laboral)
- El estado desarrollara una Política nacional de:
 - medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos.
 - de población que responda a las necesidades del desarrollo social y económico
 - de vivienda destinada a proporcionar el goce de este derechos social a toda la población especialmente a los sectores de menos ingresos
- Derecho a la Seguridad de sus medios económicos de Subsistencia en caso de incapacidad para el trabajo u obtener trabajo retribuido
 - Los servicios de seguridad serán prestado o administrados por entidades autónomas y cubrirán casos de enfermedades, maternidad invalidez, subsidio de familia, viudez, orfandad, para forzoso, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, y demás contingencias que puedan ser objeto de provisión y seguridad social. La Ley proveerá tales servicios a medidas que la necesidad lo exijan
 - El Estado creará establecimientos de asistencia y previsión social de los sectores carentes de recurso y la atención de los mentalmente incapaces, enfermos crónicos , inválidos indigentes y los grupos que no hayan sido incorporados al sistema de seguridad social
 - Integración orgánica y funcional de sectores gubernamentales de salud. La Ley reglamentará esta materia
 - Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

Titulo XI Los Servidores Públicos

- Los servidores públicos serán de nacionalidad panameña sin discriminación de raza, sexo, religión o creencia y militancia política.
- Su nombramiento y remoción no será potestad absoluta y discrecional de ninguna autoridad, salvo lo que al respecto dispone esta Constitución.
- Los servidores públicos se regirán por el sistema de méritos; La estabilidad en sus cargos estará condicionada a su competencia, lealtad y moralidad en el servicio

Principios Básicos de la Administración de Personal

- Los deberes y derechos de los servidores públicos, así como los principios para los nombramientos, ascensos, suspensiones, traslados, destituciones, cesantía y jubilaciones serán determinados por la Ley.
- Los nombramientos que recaigan en el personal de carrera se harán con base en el sistema de mérito.
- Los servidores públicos están obligados a desempeñar personalmente sus funciones a las que dedicarán el máximo de sus capacidades y percibirán por las mismas una remuneración justa.
- Los servidores públicos no podrán percibir dos o más sueldos pagados por el Estado, salvo los casos especiales que determine la Ley, ni desempeñar puestos con jornadas simultáneas de trabajo.
- Las jubilaciones de los servidores públicos se fundarán en estudios actuariales y proporciones presupuestarias razonables.

Organización de la Administración de Personal

- Se instituyen las siguientes carreras en la función pública, conforme a los principios del sistema de méritos:
 1. La Carrera Administrativa.
 2. La Carrera Judicial...
 - 5. La Carrera de las Ciencias de la Salud...***
 9. Las otras que la Ley determine.
- La Ley regulará la estructura y organización de estas carreras de conformidad con las necesidades de la Administración.
- Las dependencias oficiales funcionarán a base de un Manual de Procedimientos y otro de Clasificación de Puestos.

CÓDIGO SANITARIO. LEY 66 DE 10 DE NOVIEMBRE DE 1947

El Código regula:

- Las Atribuciones del Departamento Nacional de Salud Pública
- La Organización de la Salud Pública
- Las Relaciones de los Organismos de Salud Pública
- La Organización de la Asistencia Médico-Social
- Sanidad Internacional, Epidemiología, Profilaxis y Medicina Preventiva.
- Estadística Educación y Propaganda Sanitaria Centros de Salud laboratorio e Investigación
- Policía Sanitaria y Saneamiento
- Rentas del Departamento Nacional de Salud Pública
- Juzgamientos Sanciones y otras facultades

DECRETO DE GABINETE 1 DE 15 DE ENERO DE 1969

El Decreto de Gabinete crea el Ministerio de Salud (MINSA), para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que por mandato constitucional son de responsabilidad del Estado.

Dentro de lo relevante de esta legislación podemos mencionar que el MINSA tiene a su cargo:

- La determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país.
- El estudio, formulación y ejecución del Plan Nacional de Salud.
- La supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el Sector.
- La planificación del desarrollo mediante la coordinación de los recursos que se destinan o destinen al cuidado de la salud tanto por las Instituciones dependientes del Estado como por las autónomas y semiautónomas cuya política deberá orientar con arreglo a las exigencias de una planificación integrada.
- La estructura organizativa lo contemplan tres (3) niveles
 - ❖ **El nivel Ministerial**, como organismos político-administrativo superior, encargado de la determinación y ejecución de la política de salud en el país por medio de la planificación de las acciones, y la coordinación y orientación de todas las entidades del Sector;
 - ❖ **El nivel de la Dirección General de Salud y Servicios Técnicos** normativos de supervisión y auxiliares de administración, como órgano directivo, normativo, fiscalizador y asesor del nivel Ministerial con la responsabilidad de:
 - a. Dirigir,
 - b. Normatizar,

- c. Coordinar y
- d. Supervisar la ejecución de los planes de salud;
- ❖ **El nivel de las Regiones de Salud** y los servicios que las integran como órganos ejecutivos operacionales con la responsabilidad de:
 - a. Ejecutar los programas y obtener el máximo de rendimiento de los recursos.
 Actualmente la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud, se establece mediante la Resolución No. 1143 de 9 de diciembre de 2011 y comprende ocho (8) niveles de la siguiente manera:
 - **Nivel Político Directivo** representado por el Despacho del Ministro y el Vice Ministro.
 - **Nivel Coordinador**, representado por el Secretario General
 - **Nivel Asesor**, representado por las Oficinas de Asesoría Legal, Relaciones Públicas, Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica, Organización y Desarrollo Institucional y Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad.
 - **Nivel Fiscalizador**, representado por la Oficina de Auditoría Interna.
 - **Nivel de Apoyo**, representado por las siguientes Direcciones: Administración, Finanzas, Recursos Humanos, Infraestructura de Salud, Juzgado Ejecutor e Informática.
 - **Nivel Técnico**, representado por las siguientes Direcciones: Planificación, Subsector de Agua y Alcantarillado Sanitario, Proyectos Especiales.
 - **Nivel Operativo-Ejecutivo**, representado por las siguientes Direcciones: Dirección General de Salud Pública, Promoción de la Salud, Provisión de Servicio, Farmacias y Drogas, Asuntos Sanitarios Indígenas.
 - **Nivel Ejecutivo**, representado por las Regiones de Salud.

DECRETO DE GABINETE 68 DE 31 DE MARZO DE 1970

De los Riesgos Profesionales centraliza en la Caja del Seguro Social la Cobertura Obligatoria de los Riesgos Profesionales para todos los trabajadores del Estado y de las Empresas Particulares que operan en la República.

En atención al Decreto corresponde a la Caja de Seguro Social la aplicación y gestión del Seguro obligatorio de Riesgos Profesionales, el cual tendrá financiamiento y contabilidad propios.

Le corresponde a la junta Directiva de la Caja de Seguro Social dictar el Reglamento respectivo basándose para tal efecto en las normas de este Decreto de Gabinete y en los estudios técnicos y actuariales pertinentes.

El Título IV Capítulo I determina las Prestaciones Médicas que otorga en otras Prótesis y Ortopedia y señala para los accidentes de trabajo o de enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho:

- a. A la necesaria asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria y al suministro de los medicamentos y otros medios terapéuticos que requiera su estado; y
- b. A la provisión, reparación y renovación normales de los aparatos de prótesis y ortopedia, cuyo uso se estime necesario por causa de la lesión sufrida.

La asistencia médica se prestará desde el momento en que el trabajador sea puesto disposición de la Caja o desde la comprobación de la enfermedad profesional por los servicios médicos del Seguro, y se prolongará hasta cuando sea necesario por razón de la naturaleza de las lesiones o por recuperación del asegurado.

Sin perjuicio de las obligaciones de la Caja de Seguro Social, según los artículos anteriores, todo patrono debe suministrar a la víctima de un accidente de trabajo los primeros auxilios, hasta cuando la Caja se haga cargo del accidentado.

Mantener en el establecimiento o empresa o en cada centro de trabajo de la misma, un botiquín o equipo de emergencia, así como el personal adiestrado que pueda hacer buena aplicación de éste. La Caja dará gratuitamente el entrenamiento al personal que designen los patronos.

Los gastos indispensables de transporte, de hospedaje y alimentación del trabajador, cuando éste deba ser trasladado por requerirlo el tratamiento, a un lugar distinto de su residencia habitual o lugar de trabajo, serán cubiertos por la Caja de acuerdo con la reglamentación que se expedirá al efecto.

Las prestaciones a que se refiere este Capítulo serán otorgadas por la Caja de Seguro Social en sus propias instalaciones, o por intermedio de las instituciones, entidades o personas con que aquella los contrate.

DECRETO LEY 2 DE 7 DE ENERO DE 1997

El Decreto Ley 2 de 1997, dicta el marco regulatorio e Institucional para la prestación de servicios de agua potable y alcantarillado Sanitario.

Las disposiciones de la presente Ley tienen la finalidad de promover la prestación de los servicios públicos a toda la población del país en forma ininterrumpida, bajo condiciones de calidad y precios económicos, utilizando de forma sostenible los recursos naturales y protegiendo el medio ambiente.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto al numeral 4 del artículo 110 de la Constitución Política, señala lo siguiente:

ART. 110. En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación:

...

*4. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, **el desarrollo de la disponibilidad de agua potable** y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectivas e individualmente, a toda la población.*

LEY 77 DE 28 DE DICIEMBRE DE 2001 ORGANIZA Y MODERNIZA EL IDAAN.

El IDAAN es una entidad autónoma del Estado, con personería jurídica, patrimonio propio y fondos separados e independientes del Gobierno Central y con autonomía en lo financiero, como en su régimen interno.

El IDAAN, dentro de su ámbito de competencia, tiene como objetivos, los siguientes:

1. Dirigir, promover coordinar, supervisar, investigar y aplicar las normas establecidas por la autoridad competente para proveer a sus usuarios el servicio público eficiente que garantice: a. Realizar, captar, producir, financiar y desarrollar todo lo relacionado con el suministro de agua potable, b. Recolectar, tratar, disponer, sanear y evacuar las aguas servidas.

2. Prestar a sus usuarios los servicios públicos establecidos en esta Ley, en condiciones que aseguren su calidad, continuidad, regularidad e igualdad, de manera que se garantice su eficiente provisión a los usuarios.
3. Determinar la prioridad, conveniencia y viabilidad de los diferentes proyectos que dentro del ámbito de competencia del IDAAN, propongan entidades públicas, municipales o particulares para satisfacer las necesidades de la comunidad, relacionadas con los fines de esta Ley.
4. Coadyuvar con otras instituciones públicas o privadas en la conservación de las cuencas hidrográficas y la protección del medio ambiente.
5. Asesorar a las instituciones públicas y privadas que así lo soliciten, en todas las actividades relativas al abastecimiento de agua potable, recolección y tratamiento de aguas servidas, siempre que estas cubran los costos correspondientes.
6. Aprobar o desaprobar los planos de las obras públicas y privadas relacionadas con los fines de esta Ley, que se relacionen con los sistemas de acueducto y alcantarillado sanitario, según lo determinen los reglamentos respectivos.
7. Coordinar con las entidades públicas competentes, el aprovechamiento, la utilización y la vigilancia de las aguas de dominio público indispensables para el debido cumplimiento de las disposiciones de esta Ley.
8. Construir, ampliar, modernizar, mantener y reformar los sistemas de acueducto y alcantarillado sanitario, cuando así lo amerite la demanda de servicios.
9. Administrar de manera eficiente y transparente los recursos que el Estado le asigne para las obras de acueducto y alcantarillado sanitario.
10. Cumplir con las normas de calidad para agua potable y aguas residuales aprobadas por la Comisión Panameña de Normas Industriales y Técnicas del Ministerio de Comercio e Industria.

LEY 1 DE 10 DE ENERO DE 2001

Esta Ley regula los Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana, particularmente el manejo en general de la fabricación, importación, adquisición, distribución, comercialización, información y publicidad, el registro sanitario y control de calidad, de medicamentos terminados, especialidades farmacéuticas, psicotrópicos, estupefacientes y precursores químicos de uso medicinal:

- de los productos biológicos, productos medicamentosos desarrollados por la ingeniería genética, fitofármacos, radiofármacos, suplementos vitamínicos, dietéticos y homeopáticos y suplementos alimenticios con propiedad terapéutica;
- de los equipos e insumos médico-quirúrgicos, odontológicos y radiológicos, productos o materiales de uso interno, sean biológicos o biotecnológicos, empleados en la salud humana;
- de los productos cosméticos, plaguicidas de uso doméstico y de salud pública, antisépticos y desinfectantes, productos de limpieza y cualquier otro producto relacionado con la salud de los seres humanos, que exista o que pueda existir.

Los objetivos específicos de esta Ley son:

1. Fiscalizar que los productos señalados en el artículo anterior, lleguen al consumidor en condiciones de seguridad y con altos estándares de calidad.
2. Educar al consumidor sobre los efectos que producen los medicamentos para que los utilice en forma racional.
3. Dar respuesta al consumidor, en forma efectiva y oportuna, a través del acceso a la lista de precios de los medicamentos.
4. Reforzar los mecanismos de competencia entre los agentes económicos, en la fabricación, distribución, importación y comercialización de los productos amparados por esta Ley, para que el consumidor disponga de ellos a precios accesibles.
5. Facilitar y agilizar, en el sector público, la adquisición de los productos regulados por esta Ley para crear mejores condiciones de accesibilidad, sin perjuicio de la calidad y seguridad de éstos ni del principio de transparencia en la contratación pública.
6. Establecer los mecanismos que garanticen la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos que se fabrican, importan y comercializan en el país.
7. Crear e impulsar mecanismos de coordinación interinstitucional para velar por el cumplimiento de esta Ley.

LEY 78 DE 17 DE DICIEMBRE DE 2003.

La Ley reestructura y organiza el organismo denominado Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), como una entidad pública y de interés social, con personería jurídica, autonomía financiera y técnica en su régimen interno, en el manejo de su patrimonio y en el ejercicio de sus funciones, sujeta a la orientación y política general del Órgano Ejecutivo, por conducto del Ministerio de Salud.

Su principal actividad es conducir e impulsar el desarrollo nacional de las investigaciones científicas en materia de salud, por cuenta propia, junto con o a través de otras entidades

relacionadas con la materia, y de velar por el cumplimiento y aplicación de las normas legales, así como de la política nacional en esta materia.

El Ministerio de Salud, en coordinación con el ICGES, aprobará y promoverá la política nacional sobre investigación científica en materia de salud, y velará por su cumplimiento. El ICGES estará integrado por una Junta Directiva y una Dirección General.

LEY 51 DE 27 DE DICIEMBRE DE 2005 - ORGANICA DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL.

Dictó las reformas a la Ley que organiza la CSS de manera general.

La Ley determina que la CSS es una entidad de derecho público, autónoma del Estado, en lo administrativo, funcional, económico y financiero; con personería jurídica y patrimonio propio.

Su objeto es garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia, frente a la afectación de estos medios, en casos de retiro por vejez, enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de conformidad con los términos, límites y condiciones establecidos en la Constitución y la ley, y con las posibilidades financieras de la Institución.

Dentro de sus Órganos Superiores de Gobierno se indican:

- La Junta Directiva, órgano responsable de fijar las políticas para el funcionamiento, mejoramiento y modernización de la Caja de Seguro Social, así como de supervisar y vigilar su administración, de deliberar y decidir en lo que le corresponda, de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y los reglamentos.
- El Director General es el representante legal de la Institución y el responsable de la administración, funcionamiento y operación de la Caja de Seguro Social, de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley y los reglamentos.

En materia de Financiamiento el Capítulo VII determina los recursos de la Caja de Seguro Social se fijarán actuarialmente en las cantidades que sean necesarias para cubrir las prestaciones en dinero, para formar los fondos y reservas que estipula la Ley.

De conformidad con la Ley 51, los ingresos destinados a Riesgo de Enfermedad y Maternidad de la siguiente:

1. Para el financiamiento de las prestaciones en dinero, los empleados aportarán
 - a. El 0.5%) de la cuota total que le corresponde cotizar sobre sus sueldos.
2. Para el financiamiento de **las prestaciones médicas**, tanto de los empleados como de sus dependientes, se destinará:
 - a. Las cuotas pagadas por los empleador (8%) de los sueldos pagados a sus empleados.
 - b. La totalidad de la cuota pagada por los pensionados de la CSS por invalidez, vejez, muerte e incapacidad parcial o absoluta permanente de Riesgos Profesionales, y por los pensionados y jubilados del Estado, y de los fondos especiales de retiro sujetos al pago de cuotas de seguro social.
3. También se destinarán a este riesgo:
 - a. Las cuotas que se determinen mediante el reglamento que al efecto dicte la Junta Directiva, de los aportes de cada categoría de los asegurados incorporados al régimen voluntario.
 - b. Las herencias, legados y donaciones que sean dirigidos a este riesgo
4. El 10% de los ingresos netos de concesiones en materia de fibra óptica.

La legislación determina el Sistema de Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social. En su Título II Riesgo de Enfermedad y Maternidad Capítulo I el Sistema de Servicios de Salud se señala:

- Brindará atención de salud a los jubilados, pensionados, asegurados y dependientes cubiertos por el Riesgo de Enfermedad y Maternidad y a los trabajadores cubiertos por riesgos profesionales, en forma integral.
- La atención se brindará en el ámbito de la red de servicios de atención institucional, a través del enfoque bio-sicosocial en salud y con criterios de efectividad, eficacia, calidad, equidad y oportunidad.
- Propósito del sistema elevar el nivel de salud y la calidad de vida de la población asegurada, contribuyendo al desarrollo humano sostenible de la nación panameña.
- El objetivo del sistema es preservar y restaurar la salud de la población asegurada y sus dependientes,
 - Prestación Médica Atención ambulatoria, hospitalaria, quirúrgica, odontológica, farmacéutica y otros servicios de diagnóstico y tratamiento, que serán brindados por equipos multidisciplinarios.
 - Con el fin de evitar la duplicidad de servicios, costos innecesarios,

- Carencia o insuficiencia de los servicios, la Institución podrá establecer acuerdos de coordinación y reciprocidad de prestación de servicios con el Sector Salud del Estado, sin menoscabo de la autonomía económica, funcional y administrativa de la Caja de Seguro Social, y con la debida compensación de los costos de los servicios que se obtengan o brinden.
- De igual forma, podrá establecer acuerdos de prestación de servicios con el sector privado
- La Institución deberá establecer la aplicación de normas de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, oportunamente, así como la planificación de los recursos humanos y físicos requeridos.

Prestaciones económicas.

Consisten en el pago de un subsidio a los empleados y trabajadores que sufran una enfermedad o lesión que les produzca incapacidad temporal para el trabajo, que no sea producto de una Prestaciones en salud por maternidad. grávida cubra el periodo de reposo que se le reconoce a la empleada grávida.

- Inicio del derecho a las prestaciones en salud. A los empleados tan pronto inicien sus labores al servicio de un empleador debidamente inscrito en la Caja de Seguro Social.
- Los asegurados incorporados al régimen voluntario tendrán el derecho, conforme a los requisitos que establezca el reglamento respectivo y el de Prestaciones en Salud, y los pensionados, una vez obtengan su identificación como tales.
- Prestaciones en salud a dependientes siempre que estos hayan sido inscritos previamente en los registros de la Caja de Seguro Social:
 - La cónyuge que conviva con el asegurado y dependa económicamente de él.
 - Los hijos del asegurado hasta los dieciocho años de edad o hasta los veinticinco si son estudiantes totalmente dependientes económicamente del asegurado.
 - Los hijos inválidos mayores de dieciocho años de edad, cuya invalidez se haya iniciado antes de esa edad, mientras dure la invalidez.
 - Los hijos que se invaliden después de los dieciocho años. Para efecto de este beneficio, solamente podrán ser considerados aquellos que no hayan pagado ninguna cuota como trabajadores antes de su inscripción como dependientes inválidos, salvo que se trate de trabajos que según disposiciones legales, o programas especiales, se otorgan a personas con discapacidad.
 - Los padres mayores de sesenta años y las madres mayores de cincuenta años, que dependan económicamente del asegurado, o que se encuentren incapacitados para

trabajar. Se entenderá que depende económicamente del asegurado, si carece de recursos propios para su manutención.

- Las madres menores de cincuenta años que, al momento de entrar en vigencia la presente Ley, estén gozando de estos beneficios.
- En el evento de que un asegurado no tenga cónyuge, tendrá derecho a las prestaciones médicas, la mujer con quien conviva en unión libre; es decir, que no tenga vínculo matrimonial con el asegurado, siempre que para dicha unión no existiera impedimento legal para contraer matrimonio y que hayan convivido, por lo menos, nueve meses, lo cual deberá comprobarse ante la Institución.

Prestaciones de salud por maternidad.

- Tendrán derecho en el curso del embarazo, en el parto y en el puerperio, a la asistencia prenatal y obstétrica, según el nivel de atención y complejidad que requiera su estado.
- El asegurado que haya suspendido el pago de cuotas por cesantía, mantendrá este mismo derecho durante los tres meses siguientes a su salida del empleo.
 - el asegurado haya cotizado el mínimo de cuotas exigido para tener derecho a la Pensión de Retiro por Vejez, este derecho se mantendrá durante los veinticuatro meses siguientes a su salida del empleo.
- El Reglamento de Prestaciones en Salud fijará la amplitud de los servicios asistenciales, las normas a que se sujetarán y las limitaciones en su otorgamiento.
- Las normas reglamentarias que dicte la Caja de Seguro Social, serán de aplicación general a todos los asegurados, pensionados, jubilados y dependiente sin que por ningún concepto puedan hacerse excepciones al respecto.
- A los asegurados sometidos a tratamiento que no cumplan las prescripciones médicas, se les podrá suspender el derecho a los beneficios por enfermedad y maternidad mientras dure esta situación.
- La Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud ejecutarán la planificación y coordinación funcional de los servicios de salud que actualmente brindan, orientadas a la consecución de un sistema público de salud, con el fin de cumplir con el mandato constitucional, sin menoscabo de la autonomía de la Caja de Seguro Social

DECRETO LEY 11 DE 2006. CREA LA AUTORIDAD PANAMEÑA DE SEGURIDAD DE ALIMENTOS

La Ley señala que es una entidad autónoma, con personería jurídica y patrimonio propio, *rectora del Estado*, para asegurar el cumplimiento y aplicación de las leyes y reglamentos

en materia de seguridad alimentaria, introducción alimentos en el territorio, bajo criterios estrictamente científicos y técnicos

Tiene como objetivo:

- Asegurar un nivel elevado de protección de la salud humana, el patrimonio agropecuario del país y de los intereses de los consumidores en relación a los *alimentos importados*
- Establecer principios de responsabilidad y procedimientos científicos y técnicos en materia de seguridad y calidad de los *alimentos importados*.
- Asegurar una base científica y técnica para la protección de la salud humana y del patrimonio agropecuario en materia de *alimentos importados*.
- Establecer disposiciones y procedimiento para la toma de decisiones en materia referente a la seguridad de alimentos.
- Facilitar el intercambio comercial internacional de alimentos.
- Asegurar la aplicación uniforme y consistente de la normativa jurídica nacional e internacional.
- El Órgano Ejecutivo ejercerá sus funciones por conducto del MINSA.

La entidad coordinara con el MINSA y MIDA en los temas relacionados a la salud humana animal y sanidad vegetal.

La Estructura de la entidad la conforman:

- Junta Directiva
- Consejo Consultivo
- Administrador General
- Consejo científico y técnico de Seguridad de alimentos
- Comisión técnica Institucional
- Departamentos Operativos

LEY 51 DE 29 DE SEPTIEMBRE DE 2010

La Autoridad de Aseo es una entidad pública especializada, con competencia nacional, personería jurídica y autonomía en su régimen interno, sujeta a las políticas del Órgano Ejecutivo.

La Autoridad estará encargada de la administración, dirección, planificación, operación, explotación, aprovechamiento, investigación, inspección y fiscalización de los servicios relacionados con el aseo urbano, comercial y domiciliario y de los rellenos sanitarios. Además, estará encargada de la gestión integral de los residuos sólidos para su manejo, explotación, aprovechamiento y disposición final, en desarrollo de una política de residuos como directriz para la prevención y control de la contaminación del ambiente, a fin de garantizar la protección de la salud pública.

La Autoridad será representada, ante el Órgano Ejecutivo, por el Ministerio de Salud y tendrá una Junta Directiva integrada por:

1. El Ministro de Salud, quien la presidirá.
2. El Ministro de Trabajo y Desarrollo Laboral.
3. El Ministro de Vivienda y Ordenamiento Territorial.
4. El Administrador de la Autoridad de Turismo de Panamá.
5. El Administrador de la Autoridad Nacional del Ambiente

La Autoridad tendrá las siguientes facultades:

1. Desarrollar políticas, estrategias generales y planes en materia de operación y disposición de los residuos sólidos.
2. Diseñar y promover políticas de financiamiento que permitan coadyuvar con el cumplimiento de las metas de calidad y eficiencia en los servicios.
3. Otorgar asistencia técnica y capacitación a los municipios que prestan el servicio para una mejor gestión de los servicios de operación y disposición de los residuos sólidos.
4. Elaborar el Plan Nacional de Gestión Integral de los Residuos Sólidos e implementarlo de manera gradual en los municipios.
5. Coordinar con el Ministerio de Salud la fiscalización de todos los componentes que impliquen la generación, manejo y disposición de los residuos sólidos que se originen en la República de Panamá.
6. Recomendar las acciones orientadas al mejoramiento del servicio de recolección de los residuos sólidos.

7. Imponer multas y sanciones en los casos establecidos en la presente Ley o en los reglamentos.
8. Ejercer cualquiera otra facultad que se establezca en esta Ley o su reglamento

LEY 38 DEL 5 ABRIL DE 2011

Mediante la Ley 38 del 5 abril 2011, se adopta el instrumento internacional **legal y vinculante** sobre medidas para prevenir la transmisión internacional de enfermedades.

La norma previene la importación de patógenos y vectores, incluida medidas rutinarias en puertos y aeropuertos, también contribuye al uso de medidas efectivas y uniformes, para la actividad cotidiana y para situaciones de crisis.

La finalidad y alcance es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

Las Autoridades responsables del cumplimiento de la Ley:

1. Cada Estado Parte designará o establecerá un Centro Nacional de Enlace para el RSI y a las autoridades responsables, dentro de su respectiva jurisdicción, de la aplicación de medidas sanitarias de conformidad con el presente Reglamento.
2. Los Centros Nacionales de Enlace para el RSI deberán poder recibir en todo momento las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la OMS para el RSI a que hacer referencia el párrafo 3 de este artículo.

LEY 8 DE 25 DE MARZO DE 2015

Esta ley establece que el Ministerio de Ambiente es una entidad rectora en materia de Ambiente en conservación, protección, preservación y restauración del ambiente panameño.

Con la creación del Ministerio de Ambiente de Panamá, se disuelve la Autoridad Nacional del Ambiente de Panamá y se modifican algunas disposiciones en la Autoridad de los Recursos Acuáticos de Panamá.

El Ministerio de Ambiente estará bajo la dirección de un ministro y un viceministro, nombrados por el presidente de la República.

La Ley crea el Sistema Interinstitucional de Ambiente e indica que las instituciones públicas sectoriales con competencia ambiental conformarán el Sistema Interinstitucional de Ambiente y estarán obligadas a establecer mecanismos de coordinación, consulta y ejecución entre sí, siguiendo los parámetros del Ministerio de Ambiente que rigen el Sistema, con el fin de armonizar sus políticas, evitar conflictos o vacíos de competencia y responder, con eficiencia y coherencia, a los objetivos y fines de la presente Ley y a los lineamientos de la Política Nacional de Ambiente.

Crea también la Comisión Consultiva Nacional de Ambiente, la cual tendrá como principio fundamental la participación ciudadana, para analizar los temas ambientales de trascendencia nacional o intersectorial y hacer observaciones, recomendaciones y propuestas al Ministerio de Ambiente.

La Comisión Consultiva Nacional de Ambiente estará integrada por un máximo de quince miembros, tomando en cuenta la representación ciudadana, con la participación del gobierno y las comarcas.

En el caso de la representación ciudadana, serán propuestos por las distintas organizaciones ambientalistas dentro del país y designados por el ministro de Ambiente de ternas que se presenten para tal efecto.

En el caso de las comarcas, el representante será designado por el ministro de Ambiente de una terna que están presenten.

Otras Leyes que recomendamos deben ser valoradas detenidamente son las Leyes que conforman los Patronatos y Hospitales. Al igual que las leyes que crean cada profesión de profesionales y técnicos de la salud.

Análisis y Nudos Críticos del Marco Legal

Al abordar el tema legal sanitario y describir la realidad existente, resultó algo complejo desarrollar un criterio, sobre todo porque no fue posible valorar en su totalidad, la extensa legislación que existe sobre el tema. Esto nos lleva a esbozar un diagnóstico situacional

sólo de las normas de mayor relevancia que conforman el sector, una breve reseña del marco constitucional y de las leyes expuestas y comentadas en la mesa.

De todos es conocido que hemos pasados distintos quinquenios tratando de realizar mejoras al sistema, pero una de las grandes limitantes ha sido la valoración del cuerpo legal por lo extenso y variado, con legislaciones de distintos entes del sector con competencia para legislar.

Es por ello que uno de los nudos críticos relevantes en el diagnóstico, es la falta de un *mapeo* para la legislación sanitaria vigente.

La Constitución Política determina cual es la división política de nuestro país. Sin embargo, debemos resaltar que también se permite hacer las divisiones, por razones de conveniencia administrativa o de servicio público. Al valorar la normativa vigente, determinamos que no se ha hecho uso de esta herramienta legal y mantenemos distintas definiciones del ámbito territorial para la cobertura, responsabilidad y sectorización de las acciones de salud por parte de los entes que proveen las prestaciones de salud, lo que afectan el acceso y cobertura que demanda la ciudadanía.

La igualdad de todos los ciudadanos, que señala la Constitución no se ajusta a las acciones en el actual sistema, pues se crean inequidades en la provisión de los servicios, al existir diferencias en la forma de brindar éstos, sobre todo si se hace un comparativo entre los ciudadanos, que pertenecen a la seguridad social y los que no tienen este derecho. De igual forma existen regiones donde no hay presencia de las prestaciones por parte de la seguridad social existiendo personal asegurado quien ve limitada su prestación en salud.

La Constitución determina que la Ley, debe por razón de salubridad, subordinar a condiciones especiales o negar el ejercicio de determinadas actividades a los extranjeros en general. A pesar de la alta migración de extranjeros, aun no se desarrolla una ley que contenga estos elementos, y se sustente técnicamente el porqué, se debe hacer, qué tan necesario es y si requerimos legislar sobre este tema.

La función social del Estado es velar por la salud de la población como mandato constitucional. En el desarrollo de la Ley, el Estado actúa a través del MINSA, sin embargo, éste, se ve limitado al atender este mandato, producto de las deficiencias de recursos, que históricamente ha presentado.

Existen leyes en igualdad de condiciones para ofertar servicios en materia de Salud. La CSS por ejemplo, oferta servicios de salud con algunas disparidades a como los oferta el Ministerio de Salud.

En materia de medio ambiente, calidad de agua potable y protección de alimentos, mantenemos legislaciones muy parecidas, como lo son MINSA, el IDAAN, Autoridad Nacional de los Servicios Públicos, entre otros.

Igual situación legislativa la presente la Autoridad de Alimentos (AUPSA) con el MINSA.

Se trata de instituciones creadas quizás para modernizar y agilizar los procesos, pero se requiere valorar estas normativas, para eliminar la percepción de limitada rectoría del MINSA y definir adecuadamente los límites de funcionabilidad.

Por mandato constitucional se señala la integración orgánica y funcional de sectores gubernamentales de salud, sin que hasta la fecha exista una Ley que reglamente este tema.

Existen deficiencias en la planificación de formación de profesionales y técnicos que el país requiere. No existe la **Carrera de las Ciencias de la Salud a pesar de ser un mandato Constitucional.**

Los actuales manuales, tales como el Manual de Procedimientos, Manual de Reclutamiento y otros de Clasificación de Puestos, están desactualizados en algunas áreas, con cargos inexistentes y obsoletos, lo que ha obligado a la creación por separado de cada legislación, para cada profesión o técnicos de la Salud.

El Código Sanitario creado por Ley 66 de 1947, es el principal instrumento normativo de todas las actuaciones del sector salud.

Dentro de las características de esta codificación podemos apreciar las siguientes:

- Extenso y de normas amplias, data de 1947.
- Regula la Salubridad e higiene pública, Policía Sanitaria y curativa
- Se incluye regulaciones de las profesiones y carrera administrativa de funcionarios que fueron derogadas, con el transcurrir del tiempo.
- Ha sido objeto de varias revisiones con el fin de modernizarlo, sin resultados satisfactorios

El Código establece que sus disposiciones se aplicarán de preferencia a toda otra disposición legal en materia de salud pública y obligan a personas naturales o jurídicas y entidades nacionales o privadas, nacionales o extranjeras existentes o que en el futuro existan, transitoria o frecuentemente, en el territorio de la República.

El Decreto 1 de 1969, es la legislación que estructuró el MINSA. Este Decreto de Gabinete No. 1, se desprende del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud, y contiene al Departamento de Salud Pública, que constituía uno de los tres (3) departamentos de dicho Ministerio, cuyas funciones eran la programación, coordinación y control de todo lo relacionado con la salud pública de todo el país, sirviendo de base para crear desde entonces, el Ministerio de Salud.

Es importante resaltar que algunas normas evaluadas (Decreto ministerial) parecen de jerarquía menor a una ley, pero el Decreto de Gabinete, tiene carácter de Ley por la situación política del país cuando se creó, tema que puede ser revisado y considerar la organización de este ente.

Se reorganiza el IDAAN con la responsabilidad de garantizar a sus usuarios la prestación de los servicios de abastecimiento de agua potable y alcantarillado sanitario en forma continua, eficiente y segura, para lo cual deberá cumplir con las metas de desempeño y de calidad de servicio establecidas.

El Código Sanitario establecía que no se podía iniciar ninguna obra de instalaciones y operación de servicios de agua potable y canalización, sin que los planos fueran aprobados por la autoridad sanitaria. Esta prerrogativa ahora es parte del ámbito de competencia del IDAAN, puesto que según la Ley 77 de 2001, esta institución es la que aprueba o desaprueba los planos de las obras públicas o privadas relacionadas con los fines de esta Ley, que se relacionen con los sistemas de acueducto y alcantarillado sanitario.

De conformidad con lo dispuesto por el Decreto Ley 2 de 1997, que dicta el marco regulatorio e Institucional para la prestación de servicios de agua potable y alcantarillados Sanitarios, el Ministerio de Salud, dicta las políticas y la planificación del subsector pero es a la Autoridad Nacional de los Servicios Públicos, a quien le corresponde la regulación, fiscalización y control de los servicios que presta el IDAAN.

El Ministerio de Salud, estará a cargo de la formulación y coordinación de políticas del subsector y planificación a largo plazo. No obstante, para cumplir con estas funciones del subsector de agua potable y alcantarillado sanitario, debía adecuar la estructura orgánica del Ministerio de Salud para lo cual se crearía una nueva dependencia orgánica de alto nivel en el mismo, siendo esta la dependencia responsable tanto en las zonas urbanas como en las zonas rurales y su posición orgánica dentro del Ministerio de Salud será definida por éste.

En virtud de lo anterior, mediante Resolución No. 788 de 12 de diciembre de 2007, del Ministerio de Salud, se instituye en la nueva estructura Orgánica la Dirección del Sub-Sector de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario, que llevó consigo la modificación de la Estructura Programática de este Ministerio, que originalmente había sido establecido en la Resolución No. 276 de 21 de abril de 1998.

La Dirección y Sub Dirección del Sub-Sector de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario, fue ubicada en el Nivel Técnico, y estaba conformado por el Departamento de Calidad de Agua Potable y Agua Residual, Departamento de Obras de Agua Potable y Sanitarias, y su sección: Sección de Pozos, Acueductos y Obras Sanitaria.

Según lo dispuesto en Decreto Ley 2 de 1997, corresponde al Ministro de Salud, en ejercicio de su función de salud preventiva, puesto que tiene la responsabilidad de vigilar la calidad de agua potable abastecida a la población, y la calidad de las aguas servidas descargadas a cuerpos receptores, para lo cual debe coordinar con el Ente Regulador de los Servicios Públicos y los prestadores de servicios. Sin embargo, el Ente Regulador de los Servicios Públicos será el responsable del control de la calidad del servicio.

La regulación separa la **función de definición de políticas y planificación** del subsector, de la función de regulación, fiscalización y control de los servicios, y de la **función de prestación de los servicios**.

A través de la Ley, entra a jugar un papel importante una Entidad Autónoma que la denominan Ente Regulador de los Servicios Públicos, ahora Autoridad Nacional de los Servicios Públicos, dentro de los tres objetivos principales que enmarca la misma, que abarca la función de *regulación, fiscalización y control* de los mismos.

Cabe destacar que entre las obligaciones de los usuarios de los servicios públicos que regula la norma, se encuentra la de usar el agua de una manera racional, reconociendo su valor económico y social, por lo que debe evitar el desperdicio, y promover el ahorro del agua; siendo su incumplimiento, objeto de un proceso administrativo sancionador que es llevado por la Autoridad Nacional de los Servicios Públicos, que puede conllevar la imposición de multas, de comprobarse el incumplimiento.

La Ley 1 de 2001 establece que la Autoridad de Salud, a través de la Dirección de Farmacia y Drogas, tiene la obligación y responsabilidad de garantizar el cumplimiento del control previo, el control posterior y la realización de la FÁRMACO VIGILANCIA, con el objeto de fiscalizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos amparados por la presente Ley.

Esta Ley fue reglamentada por el Decreto Ejecutivo No. 178 de 12 de julio de 2001, Decreto Ejecutivo No. 469 de 8 de noviembre de 2007 y el Decreto Ejecutivo No. 247 de 3 de junio de 2008. Otro decreto que desarrolla la Ley No.1 de 2001, es el Decreto Ejecutivo No.321 de 17 de junio de 2009, que reglamenta el registro sanitario y manejo de los radiofármacos.

El contenido de la Ley 1 de 2001, comprende una función que el Código Sanitario atribuía al Departamento Nacional de Salud Pública, dentro de sus atribuciones y deberes de orden sanitario, el cual se describe en el numeral 4 del artículo 85 de la siguiente manera:

“4) Reglamentar las instalaciones y funcionamiento de farmacias, droguerías, laboratorios químico-farmacéuticos, así como también controlar la preparación, distribución, y expendio de productos farmacéuticos, terapéuticos, biológicos, drogas, cosméticos y otros similares, sean de elaboración privada u oficial”

Con anterioridad y según el Decreto de Gabinete No.1 de 1969, Farmacias y Drogas, era un Departamento de la División de Epidemiología, denominado “Farmacias, Drogas y Alimentos”, dentro de la Dirección General de Salud.

Actualmente la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud, Farmacias y Drogas se ubican en el Nivel Directivo y depende jerárquicamente del Despacho Superior, como una Dirección Nacional.

No obstante lo anterior, también se observa en dicha Estructura Orgánica del Ministerio de Salud, y en el Nivel Coordinador, la COMISIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS

DE PANAMÁ (CONAMEP), creado con la finalidad de darle cumplimiento en lo dispuesto en el artículo 111 de la Constitución Política que establece que el Estado debe ***desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país.***

La Creación de esta Comisión adoptada mediante la Resolución N° 632 de 30 de junio de 2009, tenía como fin que la misma adopta la Política Nacional de Medicamentos, como una estrategia para asegurar el acceso a los medicamentos y promover su uso racional.

La Ley 78 de 2003 reestructura y organiza el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, con la finalidad de conducir e impulsar el desarrollo nacional de las investigaciones científicas en materia de salud, por cuenta propia, junto con o a través de otras entidades relacionadas con la materia y está sujeta a la orientación y política general del Órgano Ejecutivo, por conducto del Ministerio de Salud.

Sin embargo, a lo largo de las valoraciones del sistema, se observó que existen deficiencias en materia de investigación.

En cuanto a las regulaciones de las entidades prestadoras de servicio de salud, CSS y MINSA, mantiene legislaciones por separado, la primera para los afiliados a su régimen (trabajadores y dependientes) y el MINSA a las personas que no están afiliadas a la seguridad social. Ambas instituciones tienen legislaciones de igual jerarquía, por lo que deben evaluarse a fin de concluir y realizar las mejores adecuaciones para el sistema propuesto.

La Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos (AUPSA) desde su creación, a través del Decreto Ley 11 de 2006, fue proyectado para atender las exigencias del Tratado de Promoción Comercial suscrito por nuestro país con los Estados Unidos de América. No obstante, a través de los años, quedó definida como su principal función, la de autorizar la importación de alimentos.

El citado Decreto Ley 11 de 2006, denomina a la Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos, como la entidad ***rectora*** del Estado para asegurar el cumplimiento y aplicación de las leyes y reglamentos en materia de seguridad de introducción de alimentos al territorio nacional, bajo criterios estrictamente científicos y técnicos.

El Código Sanitario señala en el numeral 5 del artículo 85 que es una atribución del Departamento Nacional de Salud Pública la siguiente:

“5) Determinar los requisitos que deben llenar los alimentos y los sitios en que se fabriquen, distribuyan o expendan”.

Sobre importación de sustancias alimenticias, el numeral 1 del artículo 184 del Código Sanitario señala que no se podrá importar al país ninguna sustancia, ni materia prima alimenticia, cuya preparación o venta no este debidamente autorizada en el país de origen. La Aduana de la República, no permitirán la internación de ningún producto de esta clase que no haya sido previamente analizado y registrado por la **Autoridad Sanitaria**.

Se observa que la responsabilidad de analizar y registrar las sustancias alimenticias importadas, recae ahora según lo dispone el Decreto Ley 11, en la Autoridad Panameña de Alimentos y no por la Autoridad Sanitaria, como lo establecía el Código Sanitario.

En cuanto al proceso de recolección de la basura, existen grandes deficiencias que afectan directamente a la salud humana, a pesar, que se legisló sobre el tema, la ejecución del proceso no ha sido efectiva.

Dentro del análisis del ámbito legal a nivel Constitucional, se constata la preservación de un ambiente sano, en este sentido, mediante Ley 8 de 2015, se eleva a nivel de Ministerio lo relativo al ambiente, dándole la rectoría del Estado en esa materia, no obstante, a pesar de que en la actualidad el Ministerio de Economía y Finanzas no la estructura como parte del sector salud, sus actividades están muy ligadas, por lo que consideramos importante comentar sobre sus competencias y normativas.

Es importante resaltar que la Constitución ordena las integraciones orgánica y funcional de los entes gubernamentales del sector. La nueva ley de ambiente determina que las instituciones públicas sectoriales con competencia ambiental, conformarán el Sistema Interinstitucional de Ambiente y estarán obligadas a establecer mecanismos de coordinación, consulta y ejecución entre sí, siguiendo los parámetros del Ministerio de Ambiente que rigen el Sistema, con el fin de armonizar sus políticas, evitar conflictos o vacíos de competencia y responder, con eficiencia y coherencia, a los objetivos y fines de la presente Ley y a los lineamientos de la Política Nacional de Ambiente.

El Ministerio de Ambiente estará bajo la dirección de un ministro y un viceministro, nombrados por el presidente de la República con igual competencia que el Ministro de Salud.

Recomendaciones

El análisis sucinto de las normas relevantes que rigen el sector, sugiere hacer las siguientes recomendaciones entre otras, que se derivarán del cumplimiento o avance de las mismas:

- Efectuar un mapeo de toda la Legislación del Sistema, que permita identificar, ordenar y sistematizar las normas que se han fraccionado en el tiempo y la competencia de la rectoría sanitaria con toda esa normativa.
- Crear una Ley que organice al Ministerio de Salud, resaltando la rectoría, como su principal fortaleza, establecida desde la Constitución y que desarrolle normas que definan claramente, las integraciones y coordinaciones con todos los Sectores.
- Normar mediante Ley, la creación de las regiones de responsabilidad homologadas a nivel nacional, manteniendo los criterios básicos de cobertura y acceso universal.
- Revisar las Legislaciones de cada Comarca en las que se incluye la prestación de Salud, a fin de valorar las mejoras requeridas para poder implementar y desarrollar el sistema de salud propuesto.
- Valorar si con la cantidad de migración extranjera actual, debemos por razón de salubridad, crear legislaciones que contengan condiciones especiales para la atención de la población migrante o definir en el ejercicio de determinadas actividades de salud, los límites a brindar a los extranjeros.
- Revisar cada normativa existente por grupo ocupacional y crear la Carrera de las Ciencias de la Salud.
- Actualizar los Manuales de Procedimientos estructurales y los de Clasificación de Puestos.

3.2. B. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PAÍS

Panamá está ubicado en el extremo sureste de América Central y se considera el país al extremo sur de América del Norte, además de formar parte geográfica y culturalmente del Caribe.

Limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con el Océano Pacífico, al Este con la República de Colombia y al Oeste con la República de Costa Rica.



El Estado Panameño, se define en el Título I de nuestra Constitución, cuando en su artículo 1, expresa que “La nación panameña está organizada en Estado soberano e independiente cuya denominación es República de Panamá. Su gobierno es unitario, republicano, democrático y representativo”.

En su artículo 2, se refiere a que “El poder público sólo emana del pueblo. Lo ejerce el Estado, conforme la constitución lo establece, por medio de los Órganos Legislativo, Ejecutivo y Judicial, los cuales actúan limitada y separadamente, pero en armónica colaboración”.

Para el desarrollo de este componente de la hoja de ruta, se definieron dos subcomponentes generales, que son la Caracterización Territorial y la Caracterización Demográfica, descritos a continuación.

3.2. B.1. Caracterización Territorial

La mejor fuente para definir nuestras características territoriales es la Constitución de la República.

En su artículo 3, expresa que “el territorio de la República de Panamá comprende la superficie terrestre, el mar territorial, la plataforma continental submarina, el subsuelo y el espacio aéreo entre Colombia y Costa Rica de acuerdo con los tratados de límites celebrados por Panamá y esos Estados. El territorio nacional no podrá ser jamás cedido, traspasado o enajenado, ni temporal ni parcialmente a otro Estado”.

El artículo 5, expresa que “El territorio del Estado panameño se divide políticamente en Provincias, éstas a su vez en Distritos y los Distritos en corregimientos. La ley podrá crear otras divisiones políticas, ya sea para sujetarlas a regímenes especiales o por razones de conveniencia administrativa o de servicio público”.

El artículo 255, expresa que “pertenecen al Estado y son de uso público y por consiguiente, no pueden ser objeto de apropiación privada.

1. El mar territorial y las aguas lacustres fluviales; las playas y riberas de las mismas y de los ríos navegables y los puertos y esteros. Todos estos bienes son de aprovechamiento libre y común, sujetos a la reglamentación que establezca la Ley.
2. Las tierras y las aguas destinadas a servicios públicos y a toda clase de comunicaciones.
3. Las tierras y las aguas destinadas o que el Estado destine a servicios públicos de irrigación, de producción hidroeléctrica, de desagües y acueductos.
4. El espacio aéreo, la plataforma continental submarina, el lecho y el subsuelo del mar territorial.
5. Los demás bienes que la Ley defina como de uso público. En todos los casos en que los bienes de propiedad privada se conviertan por disposición legal en bienes de uso público, el dueño de ellos será indemnizado”.

Según el último censo realizado en el 2010, el INEC oficializó el valor de la superficie en kilómetros cuadrados de nuestro país en 74,177.3, con datos de su población y densidad de habitantes por Km², nacional y de cada una de las provincias. (Ver cuadro adjunto)

PANAMÁ. SUPERFICIE, POBLACIÓN Y DENSIDAD: CENSO 2010			
Provincia y comarca indígena	Superficie aproximada (en Km ²)	Población	
		Censo	
		2010	
TOTAL.....	74,177.3	3405813	45.9
Bocas del Toro.....	4,657.2	125461	26.9
Coclé.....	4,946.6	233708	47.2
Colón.....	4,575.5	241928	52.9
Chiriquí.....	6,490.9	416873	64.2
Darién.....	11,892.5	48378	4.1
Herrera.....	2,362.0	109955	46.6
Los Santos.....	3,809.4	89592	23.5
Panamá.....	11,289.4	1713070.0	151.7
Veraguas.....	10,587.5	226991	21.4
Comarca Kuna Yala.....	2,358.2	33109	14.0
Comarca Emberá.....	4,393.9	10001	2.3
Comarca Ngäbe Buglé.....	6,814.2	156747	23.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC).

En muchas referencias nacionales e internacionales, se comenta que el espacio político terrestre de la República de Panamá es mayor, que el valor publicado por el INEC y está alrededor de los 75,517 kilómetros cuadrados aproximadamente.

El dominio insular panameño se caracteriza por ser costero y continental, conformado por islas pequeñas o relativamente grandes que descansan sobre la plataforma continental o continente sumergido; esto nos diferencia de los Estados vecinos que disponen de pocas islas. Este componente insular representa casi el 1.97% del total y corresponde a una superficie de 1,518 islas, islotes y cayos.

Coiba, es la mayor de las islas con una superficie de 493 km², luego sigue la Isla del Rey con 234 km², posteriormente, siguen nueve islas con superficies entre los 15 y los 80 km² que son, en orden de tamaño: Cébaco, Colón, Popa, Bastimentos, San José, Cristóbal, Boca Brava, Jicarón y Parida.

Nuestro clima tropical marítimo, tiene influencia de los dos mares, con temperaturas moderadamente altas y constantes durante todo el año, abundante precipitación pluvial y elevada humedad relativa del aire, existiendo dos estaciones climáticas anuales bien definidas que son la seca y la lluviosa, con temporalidades diferentes.

La estación seca se extiende desde mediados de diciembre hasta abril y la lluviosa de mayo a mediados de diciembre. Esto es de consideración importante, para conocer el perfil epidemiológico que prevalece en el país, en estas épocas.

Panamá tiene una considerable longitud territorial de costas que suman en total 2,988.3 km, de los cuales el 57 % corresponden al litoral Pacífico y el 43 % al Caribe.

En la vertiente del Caribe, los mayores ríos en km, de longitud son el Chagres (125), el Changuinola (118), Indio (97), Cricamola (83) y Sixaola-Yorkin (70).

En la vertiente del Pacífico están el Chucunaque (231), Tuirá (230), Bayano (206), Santa María (173), Balsas (152), Chiriquí Viejo (128), La Villa (119), Tabasará (109) y Grande (97).

Los aspectos analizados en la Caracterización territorial, fueron la División Político Administrativa y las Regiones de Salud, priorizando los nudos críticos y recomendaciones respectivas.

División Político Administrativa

El país está constituido por diez provincias, cinco comarcas, setenta y siete distritos y seiscientos veintitrés corregimientos.

Las diez provincias del país son: Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, Panamá, Veraguas y Panamá Oeste.

Las cinco Comarcas son: Ngobe Bugle, Emberá-Wounaan, Guna Yala, Madugandi y Wargandi.

De las cinco Comarcas legalmente constituidas, tres de ellas son catalogadas con nivel de provincias y registran la mayor concentración de población. Guna Yala, Ngobe Bugle y Emberá, tienen aproximadamente 4,350 habitantes en una superficie de 2,318,8 Km², con una densidad de 1,9 hab/km². Las otras dos comarcas, Madugandi y Wargandi, tienen nivel de corregimientos.

El Ministerio de Salud está dividido para su funcionamiento operativo, en dieciséis Regiones de Salud que son: Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Herrera, Los Santos, San Miguelito, Panamá Este, Panamá Oeste, Panamá Metro, Arraiján, Panamá Norte, Veraguas, Ngobe Bugle y Guna Yala.



De las dieciséis regiones de salud establecidas con normativa legal en el Ministerio de Salud, solamente quince, están funcionalmente activas. La región que actualmente no está activa es la Región de Arraiján.

La mayoría de estas Regiones de Salud obedecen a criterios de división provincial, excepto en el caso de la reciente provincia de Panamá Oeste, donde tiene además inserta a la Región de Arraiján y en el caso de la Provincia de Panamá, donde actualmente existen las Regiones de Panamá Metro, San Miguelito, Panamá Este y Panamá Norte.

La Caja de Seguro Social no trabaja por Regiones de Salud, sino a través de diez Coordinaciones Institucionales que son: Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Herrera, Los Santos, Veraguas, Panamá Metro, Panamá Oeste y Panamá Este.

Las diez coordinaciones institucionales de la Caja de Seguro Social, obedecen en su mayoría a criterios de división provincial, salvo en la Provincia de Panamá donde existen tres Coordinaciones Institucionales que son Panamá Metro, Panamá Este y Panamá Oeste. San miguelito no tiene coordinación institucional separada de la de Panamá Metro y no hay coordinaciones en el Darién ni en las Comarcas indígenas.

Nudos Críticos

- Existencia de diferentes definiciones del ámbito territorial para la cobertura, responsabilidad y sectorización de las acciones de salud entre las instituciones del sector salud intra y extra sectoriales.
- Concentración y centralización de los servicios públicos y de salud. en las cabeceras de provincia.

Recomendaciones

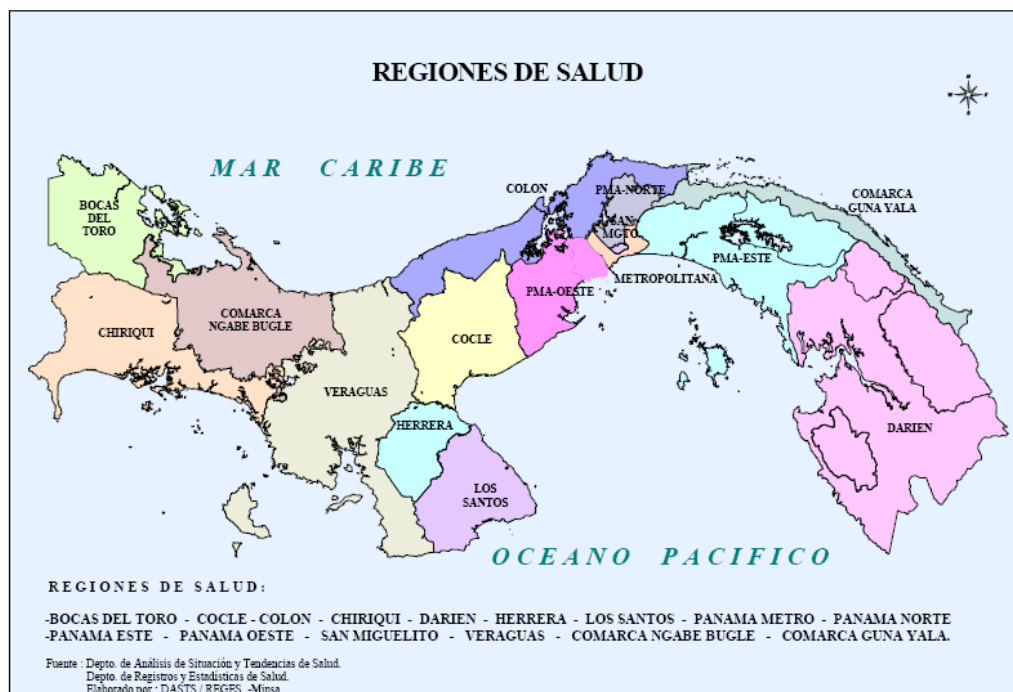
- Homologación de la definición territorial de la responsabilidad y sectorización del sistema nacional de salud integral intra y extra sectorial.
- Descentralizar en forma coordinada y gradual los servicios públicos de salud, haciendo énfasis en la regionalización, sectorización y áreas definidas en su organización, garantizando la cobertura y acceso universal con prestaciones integrales a la población, sin desmejorar la capacidad resolutive de todos y cada uno de los niveles de atención en el contexto de atención primaria.

Regiones de Salud y Comarcas

Las diferentes regiones de salud, tienen condiciones desiguales en sus infraestructuras básicas, lo cual incide de forma directa o indirecta en sus condiciones de salud.

Las más afectadas, siempre serán las más vulnerables, por las diferentes condiciones resultantes de la falta de desarrollo histórico a las que han sido sometidas, lo cual se vuelve en un círculo vicioso de perpetuidad de sus problemas; sin embargo, esto tiene que replantearse y analizar con una visión de estado, por tipo de Región y/o Comarca, donde los problemas de salud, son el reflejo de otros problemas, que a la fecha siguen aún sin resolverse.

En Panamá, existen regiones con problemas socio-económicos y epidemiológicos que tienen comportamiento similar al de los países más pobres del mundo, donde no hay infraestructuras de servicios básicos y se encuentran patologías infecciosas y transmisibles que no debieran existir, con los recursos y tecnologías actuales.



Por otra parte también existen, regiones con condiciones de los países de mediano y alto nivel de desarrollo, donde el comportamiento epidemiológico y de las patologías es típico de los países del primer mundo, con predominio de enfermedades crónicas y no transmisibles. En estas regiones, el abordaje de estos problemas tiene que ser diferente para favorecer a la población.

Los Municipios y autoridades locales, no siempre juegan el rol pertinente y adecuado para contribuir a resolver los problemas de sus comunidades y las intervenciones que se realizan sobre todo del índole socio-económico, resultan al final fragmentadas, inconsultas, sin el apoyo comunitario requerido y con intereses ajenos a la vinculación real, de resolver la problemática en estas áreas.

Nudos Críticos

- Falta de vías adecuadas de comunicación (terrestres, aéreas, fluviales y marítimas) en todas las Regiones y Áreas Comarcales.
- Deficiencia de Servicios Básicos y Servicios de Salud en algunas regiones y todas las comarcas.
- Existencia de obstáculos de comunicación, debido a factores lingüísticos, educativos y culturales en las Áreas Comarcales.

- Falta de planificación de salud integral entre las instituciones del sector intra y extra sectorialmente para analizar la generación de polos de desarrollo.

Recomendaciones

- Establecer la planificación de salud integral conjunta que incluya el Gabinete Social y a las instituciones intra y extra sectoriales, para priorizar regiones de intervención, construyendo vías de acceso y medios de comunicación, servicios sanitarios básicos con recuperación de la capacidad física instalada de la red de servicio.
- Para el Panamá del rezago socio-económico y epidemiológico, de enfermedades infecciosas transmisibles (Comarcas, Bocas del Toro y Darién) hay que avanzar y fortalecer los procesos de promoción y prevención primaria, que incluye construir vías de comunicación e instalar los servicios básicos (agua, producción de alimentos, huertos comunitarios familiares, energía eléctrica, aguas servidas, desechos sólidos) iniciando en aquellas áreas carentes de estos servicios.
- Para el Panamá de la transición demográfica y las enfermedades crónicas no transmisibles hay que reforzar la prevención secundaria y terciaria de las enfermedades sin descuidar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Que los Municipios cumplan con el Código Sanitario y las Normativas vigentes en materia de Salud Pública; además dar seguimiento a las intervenciones planificadas en forma conjunta con las instituciones públicas del nivel nacional, regional y local, para enfrentar los retos de las variaciones poblacionales.
- Establecer estrategias de educación, con enfoque de género y comunicación intercultural que supere las barreras existentes.

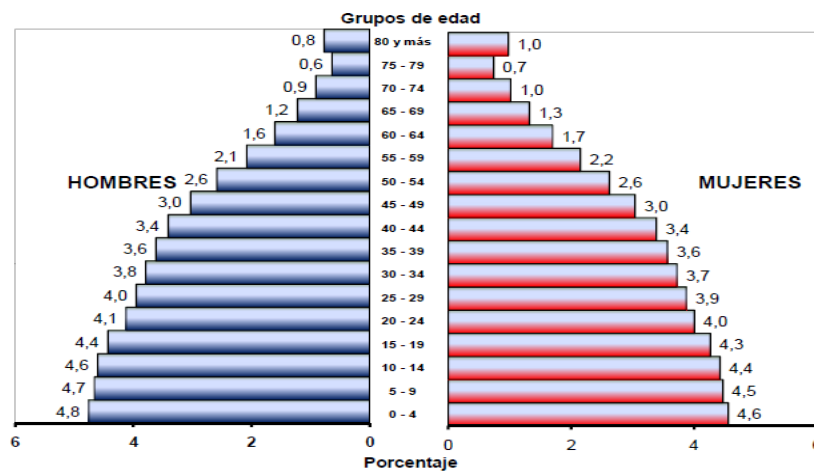
3.2. B.2. Caracterización Demográfica

La población es considerada uno de los componentes trascendentales del comportamiento demográfico de un país, donde se incluye a la población migrante, la cual produce gran variabilidad en dicho comportamiento.

Desde el punto de vista de género y edad, podemos tener grupos específicos como el infantil, adolescente, adulto joven o adulto mayor.

Del total de la población estimada para el 2015, que es de **3, 975,404** habitantes, la distribución por grupos de edades es del 9.4% para los menores de 5 años; el 18.4% para los de 5-14 años; el 65% para los de 15 a 64 años y del 7.6% para los mayores de 65 años, como se muestra en la pirámide adjunta.

**PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS,
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO : 2015**



El comportamiento demográfico de la población, va obligando a realizar ajustes y modificaciones en los perfiles epidemiológicos de los diferentes grupos, según los problemas de morbi-mortalidad que presentan.

Todo esto importa para continuar garantizando la calidad de vida dentro de la población, indistintamente de su condición sana, enferma o extremadamente enferma que pueda presentar una inminente defunción.

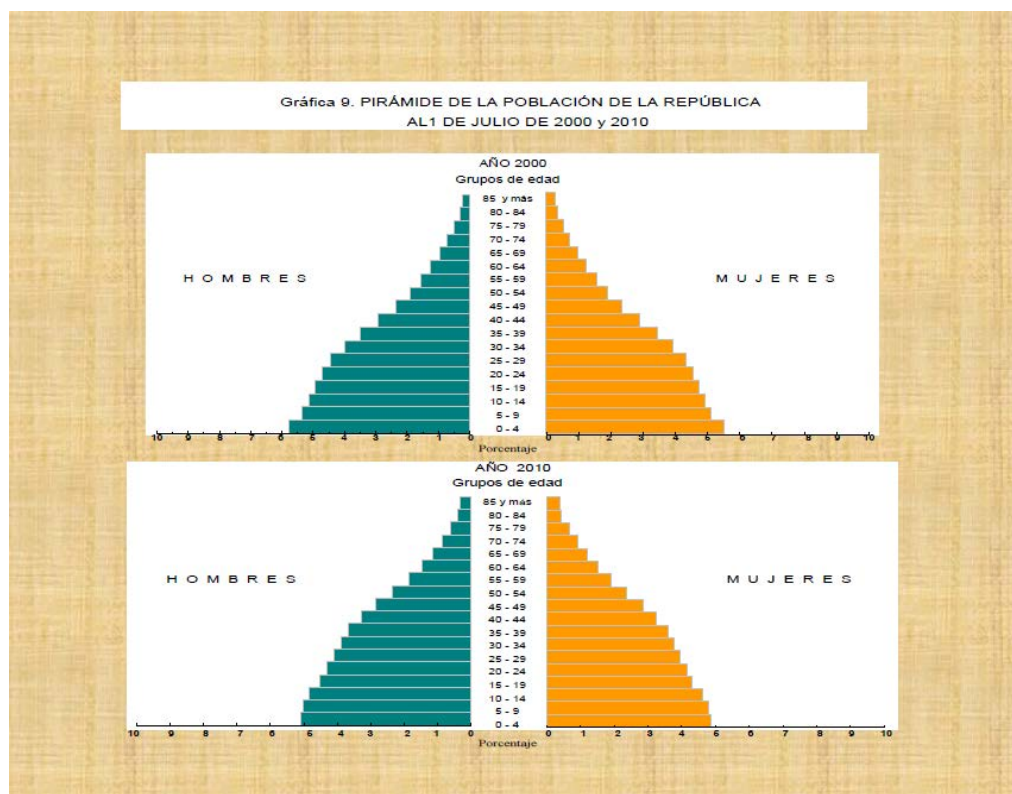
La población adulta mayor de 60 años, ha presentado un incremento sostenido en el país, situación que no es diferente a la realidad general de la región y del mundo.

La esperanza de vida al nacer (2015) es de 77.75 años. En los hombres es de 74.78 años y en las mujeres es de 80.87 años.

Estructura de la población por edad, sexo, lugar por provincia (Pirámide de la Población 2000 y 2010)

La población censada en el 2000 fue de 2, 839,177 y en el 2010 fue de 3, 405, 813. Aunque hubo un incremento de la población, la distribución no es la misma, al comparar las pirámides de 2000-2010.

Existe una disminución en la base de la pirámide del 2010, respecto a la del año 2000, sobre todo en los rangos de población de 0-14 años. Mientras que los rangos de población de 15-64 años y de 65 y más se ven aumentados en la pirámide del 2010, respecto a la del 2000. Esto obedece a los fenómenos de transición demográfica, donde la población va envejeciendo y las tasas de natalidad no crecen a la misma velocidad.



Nudos Críticos:

- La disminución de la tasa de crecimiento poblacional y los fenómenos de migración interna han provocado el debilitamiento de la base económica y la capacidad productiva en algunas regiones.
- Las condiciones socioeconómicas desventajosas de ciertos grupos poblacionales y regiones, afectan el nivel de bienestar y salud de la población con limitaciones en su incorporación al desarrollo nacional.
- Falta de políticas articuladas y coherentes entre salud y otros sectores, para afrontar el proceso de envejecimiento de la población en nuestro país
- Falta de políticas articuladas para el desarrollo integral de las áreas indígenas y áreas de alto riesgo social donde la tasa de recambio poblacional del país sigue positiva por la mayor tasa de fecundidad.

Recomendaciones:

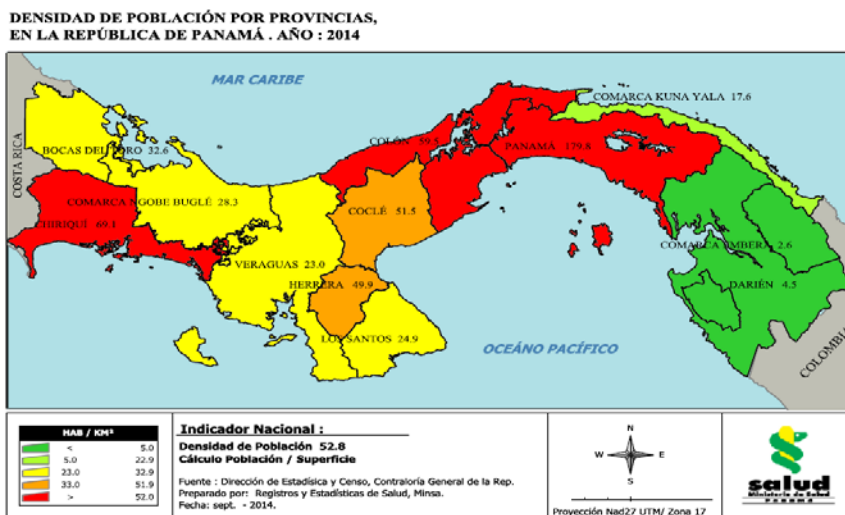
- Fomentar e implementar polos de desarrollo apropiados y cónsonos a la cultura regional, congruentes con las legislaciones vigentes, a través de la educación y capacitación de la población en los procesos de producción para tecnificar sus medios de producción.
- Elaborar políticas integrales y articuladas entre salud y otros sectores, para afrontar los efectos del envejecimiento de la población general y además para el desarrollo de áreas postergadas, área indígenas, y en riesgo social de nuestro país.

Densidad de Población estratificada por Distrito y Provincia (2000-2010)

La densidad de población para el año 2000 fue de 38.3 habitantes por km² y en el 2010 de 45.9 habitantes por km².

En todas las provincias, se observó este fenómeno de incremento en la densidad de población en los años 2000 y 2010, más no fue así, en todos los distritos de las provincias, lo cual se explica, por los fenómenos migratorios que ocurren hacia las cabeceras de provincias, y de las provincias del interior hacia la capital, donde existan mejores condiciones de vida para la población.

En el año 2014, se sigue la misma tendencia observada en los periodos censales, con provincias de mayor densidad de población, como son la Provincia de Panamá, Colón, Chiriquí y provincias de menor densidad en el país como son Darién y Comarca Emberá.



Nudos Críticos:

- Deficiente planificación, coordinación e implementación del modelo integral de salud en los focos de alta densidad poblacional, con pobre capacidad resolutoria del sistema, ante la demanda excedida de la población.

Recomendaciones:

- Planificar y coordinar acciones de promoción y prevención de la salud en las áreas de alta densidad poblacional de forma conjunta y con todos los participantes, con énfasis en la estrategia de atención primaria, programando los servicios de salud según necesidad.

Crecimiento de población total 1950-2010 y proyecciones de población a 2050.

La tasa de crecimiento poblacional anual en el país, analizada por períodos agrupados de 10 años, desde 1950 hasta el último censo de 2010, ha mostrado un descenso general a nivel nacional, salvo en la década de 1960-70 donde tuvo un incremento de interés.

El descenso en el primer decenio (1950-60) fue de 2.94 y en el último decenio (2000-2010), fue 1.84.

Este descenso no ha sido constante en las diferentes regiones del país, pues existen casos de regiones que siguen la tendencia nacional, con períodos alternados de descensos e incrementos, como Bocas del Toro, Coclé, Colón, Darién mientras que otras, presentaron una tendencia constante de descenso como el nivel nacional, como Chiriquí, Herrera, Los Santos, Panamá, Veraguas.

De forma específica, las regiones que presentaron altas tasa de crecimiento poblacional en los últimos 20 años, fueron las Comarcas.

La Comarca Ngobe Bugle presentó tasas durante 1990-2000 de 4.27 y durante 2000-2010, de 3.60. Aunque la tendencia es de disminuir, siguen siendo tasas altas en comparación al promedio nacional.

En el caso de la Comarca Emberá Wounaan, la tasa de 0.34 en 1990-2000, se incrementó a 1.95 en los últimos 10 años del 2000-2010.

PANAMÁ. POBLACIÓN EN LA REPÚBLICA, POR PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: CENSOS DE 1950 A 2010

Año	Total	Provincia									Comarca indígena		
		Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngabe Buglé
POBLACIÓN													
1950.....	805,285	22,392	73,103	90,144	138,136	14,660	50,095	61,422	248,335	106,998	...	...	...
1960.....	1,075,541	32,600	93,156	105,416	188,350	19,715	61,672	70,554	372,393	131,685	...	...	...
1970.....	1,428,082	43,531	118,003	109,605	236,154	22,685	72,549	72,380	576,645	151,849	24,681	...	...
1980.....	1,805,287	53,487	140,903	133,833	287,350	26,524	81,963	70,261	809,100	173,245	28,621	...	...
1990.....	2,329,329	74,139	173,190	168,294	322,130	35,862	93,681	76,947	1,072,127	198,495	34,044	7,970	72,450
2000.....	2,839,177	89,269	202,461	204,208	368,790	40,284	102,465	83,495	1,388,357	209,076	32,446	8,246	110,080
2010.....	3,405,813	125,461	233,708	241,928	416,873	48,378	109,955	89,592	1,713,070	226,991	33,109	10,001	156,747
1950-2010	4.2	5.6	3.2	2.7	3.0	3.3	2.2	1.5	6.9	2.1			
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL (Por cada 100 habitantes)													
1950-60	2.94	3.83	2.45	1.58	3.15	3.01	2.10	1.40	4.14	2.10	...	...	...
1960-70	3.06	3.12	2.54	2.60	2.43	1.50	1.74	0.27	4.76	1.52	...	...	...
1970-80	2.37	2.08	1.79	2.02	1.98	1.58	1.23	-0.30	3.44	1.33	...	...	...
1980-90	2.58	3.32	2.08	2.32	1.14	3.06	1.34	0.91	2.85	1.37	1.75	...	...
1990-2000	2.00	1.87	1.57	1.95	1.36	1.17	0.90	0.82	2.62	0.52	-0.48	0.34	4.27
2000-2010	1.84	3.46	1.45	1.71	1.23	1.85	0.71	0.71	2.12	0.83	0.20	1.95	3.60

Fuente: INEC de Panamá. Mesa de Diálogo.2015

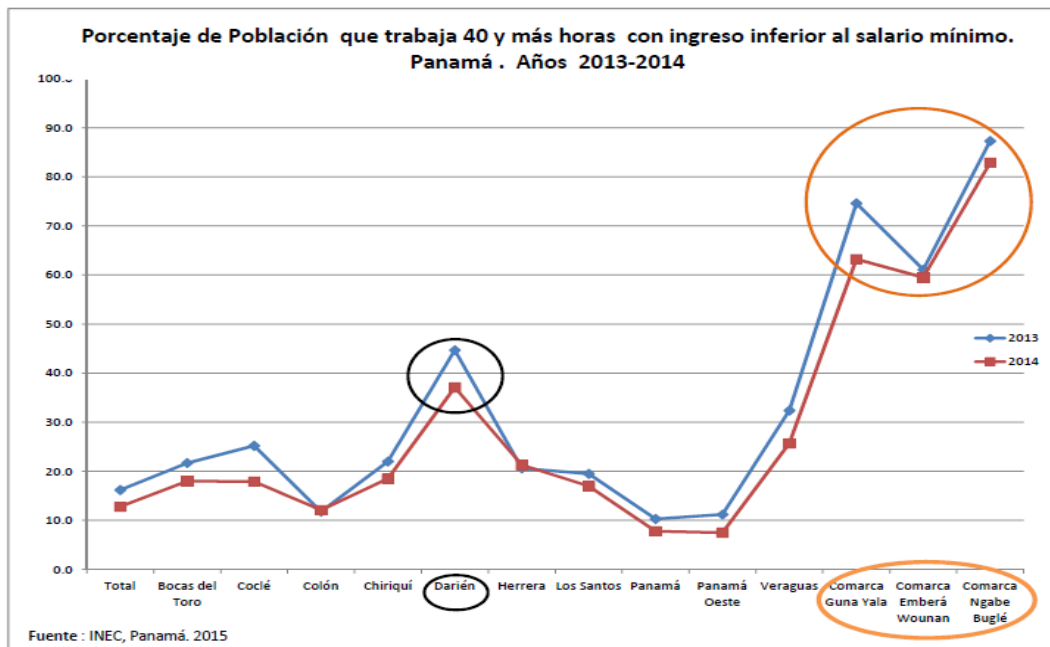
Estos hechos pueden ser atribuibles a los procesos de transición demográfica que aún vive el país y a los fenómenos migratorios que se dan, buscando mejores condiciones socioeconómicas en cada región.

Este proceso afecta el desarrollo del país, provocando polarizaciones inequitativas y condiciones laborales informales y no adecuadas para la población.

Las encuestas anuales de mercado laboral que realiza el INEC de Panamá, durante los años 2013 y 2014, demostraron que los mayores porcentajes de trabajo mal remunerado, por debajo del salario mínimo durante un tiempo de 40 horas y más, se realizaba en las Comarcas Indígenas.

La Comarca Ngabe Buglé tuvo el 87.3% y 82.9% respectivamente; la Comarca Guna Yala, el 74.6% y 63.2% respectivamente y la Comarca Emberá Wounan el 61.1 % y 59.5 % respectivamente para los años 2013 y 2014.

En el caso de las Provincias, el mayor porcentaje lo presentó la provincia de Darién con 44.7 % para el 2013 y 37.1% para el año 2014. Todo esto se ilustra en la gráfica adjunta.



Nudos Críticos:

- Disminución porcentual per cápita de la capacidad de aseguramiento en salud por parte de la población, debido al fenómeno de transición demográfica y aumento del trabajo informal.
- Existencia de polarización epidemiológica en la población por inequidades sociales y sanitarias, que ha establecido por un lado, grupos poblacionales con enfermedades infecto-contagiosas, parasitarias y nutricionales, mientras que por otro lado, hay grupos con enfermedades no transmisibles y crónicas cada vez más costosas.

Recomendaciones:

- Aumentar el número de cotizantes y contribuyentes al sistema de salud, fortaleciendo el trabajo formal y bien remunerado, impulsando el desarrollo económico diversificado y creando Políticas de Estado que incentiven la productividad del trabajo.

Tasas de Natalidad por sexo, grupos de edad según Distrito y Provincia.

La tasa de natalidad en Panamá, se proyecta para los próximos años con mayor valor en las áreas comarcales y en las provincias de Bocas del Toro, Darién y Colón.

El resto de las provincias, mantendrán una tasa de natalidad cónsona con el promedio nacional, la cual para el año 2010 era de 20.4 y en el 2015 de 18.95.

Las proyecciones en todas las provincias, expresan disminución en las tasas de natalidad hasta el año 2030.

PANAMÁ. INDICADORES DEMOGRÁFICOS DERIVADOS DE LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN TOTAL, PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA: PERÍODO 2000-30 (Continuación)

Año	República	Provincia									Comarca indígena		
		Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Veraguas	Kuna Yala	Emberá	Ngäbe Buglé
Tasa bruta de natalidad (Por 1,000 personas)													
2000.....	23.96	38.12	23.74	26.29	22.73	31.60	20.09	16.69	21.37	23.52	35.92	32.61	46.71
2005.....	22.12	35.54	21.09	25.22	21.30	26.47	16.95	14.41	19.97	21.10	30.98	30.93	41.04
2010.....	20.40	33.23	18.97	23.78	20.22	22.88	13.90	12.30	18.38	19.27	29.61	30.32	36.61
2015.....	18.95	29.89	18.54	22.46	19.45	23.80	13.15	11.48	16.35	18.86	31.08	30.48	34.57
2020.....	17.48	27.94	17.21	21.07	18.83	22.84	12.19	10.58	14.45	17.95	32.15	29.55	32.45
2025.....	16.22	25.41	15.90	19.96	18.35	21.17	11.30	9.70	12.99	17.18	31.27	28.37	29.89
2030.....	15.16	22.24	14.82	18.83	17.41	19.42	10.38	8.89	12.17	16.37	28.91	27.03	26.47

Nudos Críticos:

- La Tasa bruta de Natalidad alta en nuestro país se registra en sitios donde existe déficit de las instalaciones y Programas de salud (principalmente en las tres Comarcas, Bocas y Darién), requeridas para el control del embarazo, atención del parto y puerperio, y del crecimiento y desarrollo del niño/a.

Recomendaciones:

- Implementar políticas de desarrollo integral, con énfasis en la escolaridad y la educación sexual, en las áreas con alta Tasa de Natalidad y de Fecundidad.

Tasa de Fecundidad por grupos de edad de la madre según Distrito y Provincia

La Tasa global de fecundidad ha ido disminuyendo de 5.75 en 1950 hasta 2.55 en el 2010. Los mayores valores de las tasas de fecundidad por edad de la madre, se mantienen en los rangos de 20-24 y 25 a 29 años.

La estructura relativa de la fecundidad, presenta un incremento en el grupo poblacional de 15-19 años, desde 1950 al 2010 como se observa en el cuadro adjunto. En este grupo se ameritan mayores análisis de información relevante, para determinar los riesgos en embarazos, que afectan a este grupo poblacional.

REPÚBLICA DE PANAMÁ. TASAS DE FECUNDIDAD SEGÚN EDAD DE LA MADRE Y MEDIDAS RESUMEN: AÑOS 1950, 1960, 1970, 1980, 1990 y 2010							
Edad de la madre y medidas resumen	Tasas de fecundidad						
	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
	Tasas de fecundidad por edad de la madre						
15 - 19	0.1338	0.1467	0.1361	0.1143	0.0809	0.0804	0.0731
20 - 24	0.2899	0.2993	0.2767	0.2183	0.1658	0.1501	0.1363
25 - 29	0.2848	0.2942	0.2581	0.1876	0.1579	0.1378	0.1247
30 - 34	0.2133	0.2200	0.1869	0.1294	0.1113	0.1058	0.0957
35 - 39	0.1398	0.1458	0.1222	0.0770	0.0614	0.0624	0.0562
40 - 44	0.0641	0.0643	0.0453	0.0305	0.0221	0.0220	0.0194
45 - 49	0.0233	0.0197	0.0108	0.0070	0.0066	0.0055	0.0054
Tasa Global de Fecundidad	5.75	5.95	5.18	3.82	3.03	2.82	2.55
Edad Mediana de la Fecundidad (años)	28.5	28.3	27.8	27.2	27.5	27.6	27.6
	Estructura relativa de la fecundidad						
15 - 19	0.1164	0.1233	0.1314	0.1495	0.1335	0.1425	0.1431
20 - 24	0.2523	0.2515	0.2671	0.2857	0.2736	0.2660	0.2668
25 - 29	0.2478	0.2472	0.2491	0.2455	0.2606	0.2444	0.2442
30 - 34	0.1856	0.1849	0.1804	0.1694	0.1836	0.1877	0.1873
35 - 39	0.1217	0.1225	0.1179	0.1008	0.1013	0.1106	0.1100
40 - 44	0.0558	0.0540	0.0437	0.0399	0.0365	0.0391	0.0380
45 - 49	0.0203	0.0165	0.0104	0.0091	0.0110	0.0097	0.0106
Total	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

Nudos Críticos:

- Mayor tendencia a los embarazos de alto riesgo operativo, en las menores de 19 años que viven en comunidades de alto riesgo social (principalmente Colón y San Miguelito) con problemas económicos, deserción escolar, sin educación sexual, viviendas inadecuadas con hacinamiento, entre otros.
- Falta de programas educativos de salud dirigidos a mujeres de 30 años, y más, que incluya planificación familiar y los riesgos del embarazo y del producto después de los 35 años, sean primíparas o multíparas en todas las regiones de salud.

Recomendaciones:

- Implementar políticas de desarrollo integral, con énfasis en la escolaridad y la educación sexual, en las áreas con alta Tasa de Natalidad y de Fecundidad, priorizando en las mujeres gestantes menores de 19 años y mayores de 30 años.

Estructura de la población por grupos étnicos, distrito y provincia (2000-2010).

Panamá tiene dos grandes grupos humanos en el país, que son los grupos no indígenas y los grupos indígenas.

Los Grupos no indígenas, constituyeron, para el 2014, el 94% de la población panameña y se incluyen:

- Grupo Hispano indígena que constituye uno de los grupos humanos de mestizaje mayoritario.
- Población Afro-Colonial, descendientes de los esclavos africanos traídos durante la colonización española.
- Población Afro-Antillana, descendientes de los trabajadores antillanos de habla francesa o inglesa.

Los Grupos Indígenas, en el 2014, representaron cerca del 6% de la población y se conforman en 5 grupos claramente definidos, que son los Guna, Emberá, Wounaan, Ngabe Bugle, Bri-Bri y Naso.



Nudos Críticos:

- Insuficiencia de estudios epidemiológicos en grupos étnicos poblacionales específicos, para determinar la mayor prevalencia de riesgos y severidad de los problemas de salud.

Recomendaciones:

- La Autoridad Sanitaria debe realizar estudios en poblaciones específicas (mestizos, originarios, afro descendientes y asiáticos) para determinar la prevalencia de sus enfermedades y problemas sanitarios.

Población asegurada y no asegurada por sexo, grupos de edad y provincia.

La población asegurada en nuestro país, se ha ido incrementando a lo largo de los años, sin embargo, la definición clara de este incremento ha pasado por dificultades en los registros precisos del proceso dinámico de afiliación, suspensión y cese del mismo.

Este proceso cambia de forma constante por lo cual exige de un buen sistema que permita tener la información real y oportuna.

La población asegurada para el año 2014, era de 2, 877,829 y para el año 2015 era de 2, 951,344 representando el 73.5% y 74.2%, del total del país, respectivamente.

La población no asegurada para el 2014 y 2015, representaba el 26.5% y 25.8% respectivamente.

La definición de población asegurada en nuestro país, según la ley 51, se refiere “a toda persona afiliada conforme a los requisitos establecidos por esta Ley, ya sea al régimen obligatorio o al voluntario, y protegida por el sistema, generándole el derecho a alguna o a todas las prestaciones otorgadas en virtud de la Ley”.

Esta población asegurada se compone de los asegurados cotizantes y los dependientes. Los asegurados cotizantes, incluye a los cotizantes activos y a los pensionados, ya sean pensionados por vejez, invalidez, vejez anticipada, sobreviviente, riesgos profesionales y jubilados.

La definición de beneficiario según la ley 51, se refiere a toda “persona que tenga derecho a alguna prestación por la Caja de Seguro Social, por la ocurrencia de alguno de los riesgos cubiertos por esta Ley”.

Los beneficiarios o dependientes incluyen a los hijos, esposas o compañeras, padre o madre y esposo inválido.

La Caja de Seguro Social junto a la Contraloría Nacional- INEC, realizó una revisión de las cifras de asegurados cotizantes de los años 2010, 2011 y 2013, con ajustes en las cifras de esta población. Para el año 2010 y 2011, la cifra de asegurados cotizantes quedó

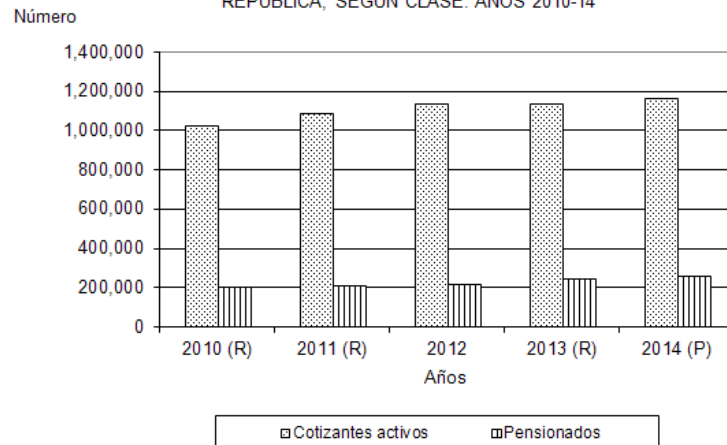
igual a las cifras antes establecidas, como son 1, 220,320 para el 2010; y 1, 290,949 para el 2011. En el caso del año 2013 la cifra varía a 1, 373,659 de asegurados cotizantes, como se observa en la tabla y gráfica adjunta.

Clase	Población protegida				
	2010 (R)	2011 (R)	2012	2013 (R)	2014 (P)
TOTAL.....	2,862,190	2,995,433	3,116,585	2,674,993	2,748,924
Asegurados cotizantes.....	1,220,320	1,290,949	1,347,099	1,373,659	1,411,624
Cotizantes activos.....	1,021,607	1,082,769	1,130,736	1,130,032	1,156,395
Pensionados (1).....	198,713	208,180	216,363	243,627	255,229
Dependientes.....	1,641,870	1,704,484	1,769,486	1,301,334	1,337,300
Hijo (a).....	1,205,604	1,251,570	1,299,299	955,544	981,953
Esposa o compañera.....	263,285	273,328	283,752	208,680	214,448
Padre y/o madre.....	172,831	179,425	186,268	136,987	140,773
Esposo (a) Invalído (a).....	150	161	167	123	126

NOTA: Esta edición presenta cambios en las cifras publicadas del 2010, 2011 y 2013, lo cual corresponde a revisión y corrección con base en los datos suministrados por la Dirección Nacional de Planificación, Departamento de Estadística de la Caja de Seguro Social.

(1) Se refiere a los pensionados por vejez, invalidez, vejez anticipada, sobreviviente, riesgos profesionales y jubilados.

ASEGURADOS COTIZANTES POR LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REPÚBLICA, SEGÚN CLASE: AÑOS 2010-14



Después de estos ajustes, se realizaron las proyecciones hacia los próximos años de la población protegida por la Caja de Seguro Social, como se describe en el cuadro adjunto.

POBLACION PROTEGIDA POR LA CAJA DE SEGURO SOCIAL EN LA REPÚBLICA, SEGÚN CLASE: AÑOS 2014-18

CLASE	2014	2015	2016	2017	2018
Población País	3,913,275	3,975,404	4,037,043	4,098,135	4,158,783
Población No Asegurada	1,035,446	1,024,060	1,010,275	994,578	976,928
Población Asegurada	2,877,829	2,951,344	3,026,768	3,103,557	3,181,855
% de Población Asegurada	73.5%	74.2%	75.0%	75.7%	75.7%
% de Población No Asegurada	26.5%	25.8%	25.0%	24.3%	24.3%
Cotizantes	1,411,624	1,450,340	1,490,101	1,530,721	1,572,187
Activos	1,156,395	1,183,684	1,211,234	1,239,149	1,267,478
Pensionados (1)	255,229	266,656	278,867	291,572	304,709
Dependientes	1,466,205	1,501,004	1,536,668	1,572,836	1,609,667

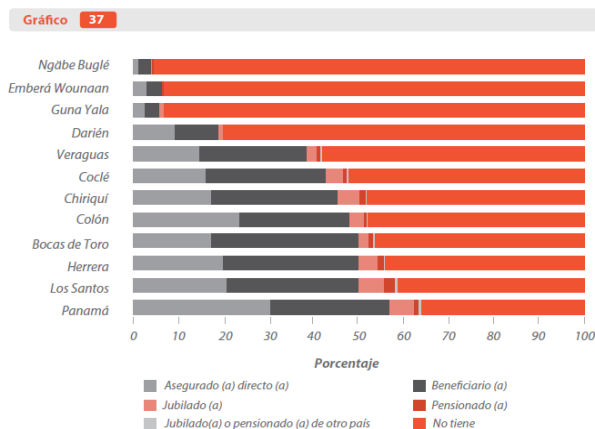
Fuente: Dirección Nacional de Planificación de la Caja de Seguro Social

(1) Se refiere a los pensionados por vejez, invalidez, vejez anticipada, sobreviviente, riesgos profesionales y jubilados

6

La población asegurada se encuentra distribuida en todo el país de forma variable, los mayores porcentajes de asegurados según población específica, se encuentran en la Provincia de Panamá, Coclé, Los Santos, Colón, Chiriquí, y los menores porcentajes de población asegurada se encuentran en la Provincia de Darién y en las Comarcas.

Seguridad social por provincia y comarca (2014)



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de hogares. (INEC).

En el año 2015, la Provincia de Panamá, tenía 1, 676,417 asegurados, del total de población de 2, 069,772. Esta población asegurada, representaba el 81% respecto a su población específica provincial.

La provincia de Panamá con la cifra registrada de asegurados, representa al 56.8% del total de asegurados en el país, lo cual significa, que alberga a la mayor cantidad de población asegurada.

Para el mismo año, 2015, la provincia de Darién mostró solo un 29% de asegurados en su población. Las Comarcas Guna Yala y Emberá mostraron 31.2% de población asegurada en cada una y en la Comarca Ngabe Bugle, solamente existía, el 13.8%.

Por lo expuesto, resulta evidente que la menor población de asegurados se encuentra en las Comarcas indígenas donde representa menos del 1% en cada una de ellas, respecto al total del país.

**POBLACIÓN ASEGURADA Y NO ASEGURADA, SEGÚN PROVINCIA:
AÑO 2015**

PROVINCIA	POBLACION TOTAL	POBLACION ASEGURADA	%	POBLACIÓN NO ASEGURADA	%
TOTAL	3,975,404	2,951,344	74.2	1,024,060	25,8
BOCAS DEL TORO	156,478	115,167	73.6%	41,311	26,4
COCLE	256,970	209,470	81.5%	47,500	18,5
COLON	276,746	218,028	78.8%	58,718	21,2
CHIRIQUI	451,236	352,440	78.1%	98,796	21,9
DARIEN	54,366	15,767	29.0%	38,599	71,0
HERRERA	118,090	86,544	73.3%	31,546	26,7
LOS SANTOS	95,150	77,771	81.7%	17,379	18,3
PANAMÁ	2,069,772	1,676,417	81.0%	393,355	19,0
VERAGUAS	244,415	156,010	63.8%	88,405	36,2
KUNA YALA	42,395	13,227	31.2%	29,168	68,8
EMBERA	11,805	3,188	31.2%	8,617	73,0
NGOBE BUGLE	197,981	27,317	13.8%	170,664	86,2

Fuente: Dirección Nacional de Planificación de la Caja de Seguro Social

7

Nudos Críticos:

- Falta de estudios de tendencias de la relación asegurado activo/dependiente en el tiempo y por región de salud, para realizar proyecciones económicas basadas en evidencias.

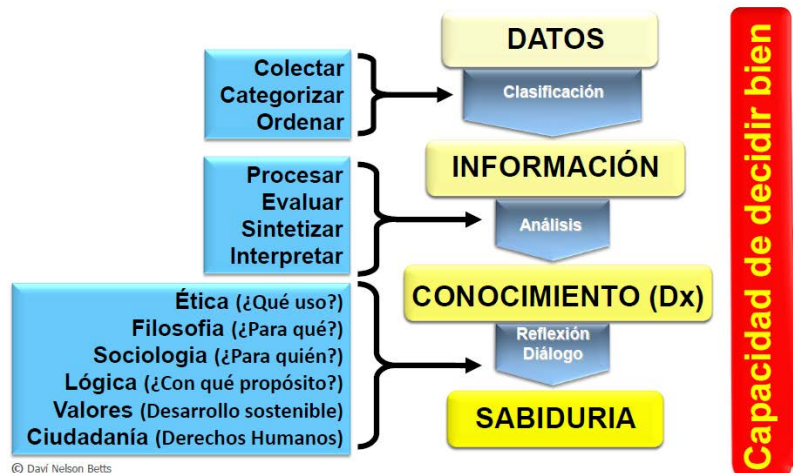
Recomendaciones:

- Mantener un registro actualizado sobre la relación asegurado activo/dependiente/no asegurado por Provincia, Comarca, y Distrito, y sus tendencias, con propósitos económicos y financieros para la sostenibilidad del Sistema de Salud.

3.2. C. Sistema de Información de Salud

Para el análisis de todos los aspectos del sistema de salud actual, se requiere de un buen sistema de información que brinde los elementos básicos para dirigir adecuadamente, el rumbo de las decisiones en esta materia, sin embargo, encontramos graves deficiencias en este sistema, lo cual se convierte en uno de los principales nudos críticos dentro del diagnóstico de salud realizado, que repercute en todos los componentes que se desarrollaron en la hoja de ruta.

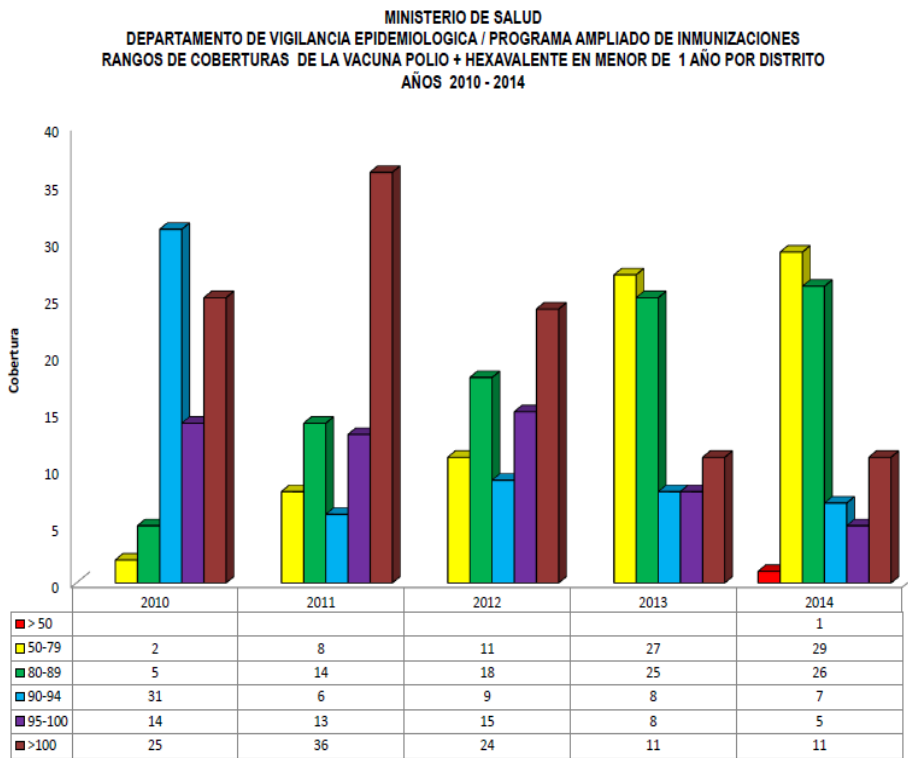
Sin la existencia de un proceso de colección, categorización, ordenamiento y clasificación de los *Datos*, no se puede obtener *Información útil* que se pueda procesar, evaluar, sintetizar, interpretar y analizar para luego producir el *Conocimiento o Diagnóstico* de la situación existente. Este *Conocimiento* es al que se le aplica los principios éticos, filosóficos, sociológicos, lógicos, valores, derechos humanos de la ciudadanía para reflexionar y dialogar produciendo la verdadera *Sabiduría* para obtener la *Capacidad de Decidir Bien*.



El sistema de información de salud óptimo, debería poder integrar todas las fuentes de datos que tienen relación con todos los componentes relacionados con la salud, desde los determinantes que inciden, los factores inherentes al individuo, al propio sistema que incluya todos los procesos de promoción de la salud y prevención primaria, secundaria, terciaria del daño, todos los productos, resultados e impacto medibles, niveles de satisfacción, financiamiento, entre otros.

Es importante, la capacitación continua del personal relacionado con el sistema de información, desde el punto inicial de la captación del dato, hasta la producción final ordenada y sistematizada de los mismos, que permitan buenos análisis de lo que se produce.

Muchas veces la forma de presentar los datos captados y registrados, no permiten resaltar y evidenciar los problemas de salud existentes y peor aún, si estas presentaciones son aisladas y separadas de otros sistemas de información que no permiten la relación con otras variables importantes. Ejemplo de esta situación, fue evidenciada en los datos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, cuando durante todo un quinquenio, se produjo el deterioro progresivo del programa, sin mayores análisis causales oportunos, que impulsaran correctivos respectivos. Los datos registrados y presentados, se muestran a continuación,

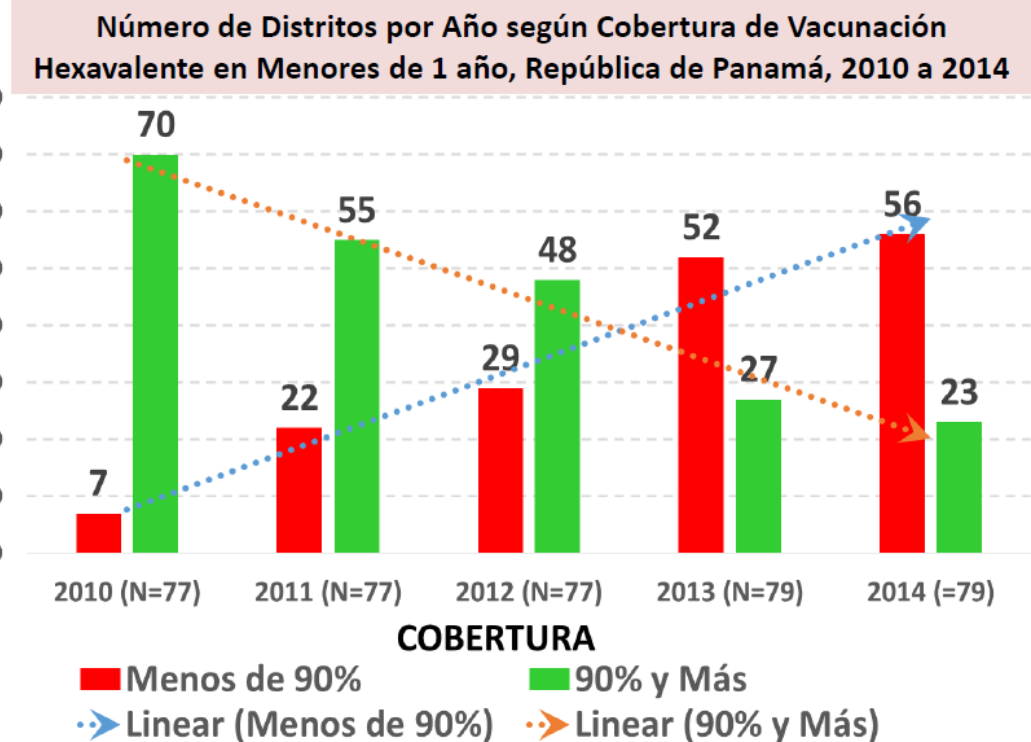


Número de Distritos por Año según Cobertura de Vacunación Hexavalente en Menores de 1 año, República de Panamá, 2010 a 2014

COBERTURA	AÑO				
	2010	2011	2012	2013	2014
<50%	0	0	0	0	1
50%-79%	2	8	11	27	29
80%-89%	5	14	18	25	26
90%-94%	31	6	9	8	7
95%-100%	14	13	15	8	5
>100%	25	36	24	11	11
TOTAL DE DISTRITOS	77	77	77	79	79

FUENTE: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Departamento de Vigilancia Epidemiológica, MINSA

Al presentar la misma información, de otra forma gráfica, se evidenció mucho mejor el problema de este programa, durante todo el período 2010-2014, para buscar y aplicar los correctivos oportunos, como se muestra a continuación.



FUENTE: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Departamento de Vigilancia Epidemiológica, MINSA

En esta gráfica, se observa claramente como se disminuyó durante todo el quinquenio, los niveles de cobertura de vacunación adecuada de 90% y más, en los distritos del país.

Considerando todos estos aspectos, la mesa encontró una serie de nudos críticos para el sistema de información de salud, que inciden en todos los temas definidos en la hoja de ruta del diagnóstico, los cuales mencionamos a continuación.

Nudos Críticos:

- El Sistema de información de salud está desarticulado, fragmentado, descoordinado a todos los niveles a razón de los insuficientes controles de la calidad del dato, en las instituciones involucradas y responsables.
- Algunos datos que se producen, capturan procesan y analizan dentro del sistema de información de salud para ser publicados en boletines o páginas web de las instituciones son insuficientes y en algunos casos poco coherentes.
- Falta de capacitación continua de las personas que captan, procesan, sistematizan y analizan la información en las instituciones involucradas.
- Ausencia de una visión integral de un sistema de información entre las dos instituciones para el uso del expediente electrónico unificado.
- Poca utilidad y calidad de algunos datos e información disponible, para dar respuestas efectivas a quienes toman las decisiones en todos los ámbitos.
- La desagregación de los datos e información del Sistema de información de salud, no permite evidenciar la realidad del nivel local, regional y nacional.
- Debilidad de la conducción rectora del MINSA en el Sistema de Información de Salud a todos los niveles, tanto de instituciones dentro del Sector Salud, (CSS,AUPSA,IDAAN,AAUD, ICGES), como de otras instituciones involucradas con salud, de otros sectores (MEDUCA, Vivienda, MIDA, Ambiente, MOP y otros)
- Existe un desfase en el tiempo de envío y recepción de los datos, lo cual afecta la sistematización oportuna de los datos, para la toma de decisión y desarrollo de acciones en salud pública.
- Baja utilización de la información de salud al momento de la toma de decisiones estratégicas a nivel nacional, regional y local.
- Falta de mecanismo sistemáticos de retroalimentación sobre los resultados del análisis de la información estadística dentro de las diferentes instituciones del país.
- Falta de un sistema único de información de MINSA y CSS, con falta de coordinación y duplicidad en sus actividades.

- Falta de definición de estrategias para la continuidad de los procesos cuando existen fallas en los sistemas tecnológicos.
- Los sistemas informáticos actuales no son amigables, ni cumplen con algunas necesidades operativas.
- Falta un sistema tecnológico coordinado que permita el registro en tiempo real y oportuno de las sospechas de los reportes de falla farmacéuticas, de fallas terapéuticas y de reacciones adversas (medicamento e insumos).
- Debilidades en los mecanismos de seguridad del sistema informáticos e incumplimiento con los estándares internacionales de seguridad.
- Falta un sistema de información que oriente al usuario sobre medicamentos, alimentos, cosméticos e insumos, las alertas emitidas y gestión de riesgos de los mismos, por Farmacia y Drogas, DEPA, EMA y FDA.
- Falta de un sistema nacional de información en tiempo real de los Registros Sanitarios de Alimentos, tanto nacionales como de los importados, para su vigilancia en los niveles de acción nacional, regional y local.
- Falta de un sistema nacional de información y estadísticas de los Servicios de Salud Pública incluyendo los Servicios de Salud Pública Veterinaria, para la mejor planificación y gestión.
- Falta de un sistema nacional de información de salud y seguridad en el trabajo.
- Falta de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud de los trabajadores.
- Ausencia de datos sobre los costos directos e indirectos de siniestralidad laboral en término de ausentismo y presentismo laboral (bajo rendimiento).
- Falta de criterios de medición para calcular la pérdida económica de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en relación al PIB.
- Existen sub registros importantes y fallas en todo el proceso de tratamiento de la información inherente a las tasas de fatalidad de los accidentes de trabajo según causa y de los registros de secuelas invalidantes.
- El país no registra datos de morbi-mortalidad atribuibles a enfermedades profesionales, sin embargo la OIT asegura que existen.
- Falta de indicadores adecuados para sistematizar la información requerida en Salud y Seguridad de los trabajadores.
- Insuficiente información sobre Personas Discapacitadas en el Censo Nacional, incluyendo las que laboran de forma independiente.
- Los indicadores educativos presentados no reflejan aspectos de calidad educativa.
- Las estadísticas de delitos y víctimas están incompletas en cuanto a variables de sexo y edad.

- No existen datos específicos sobre los privados de libertad y de los denominados casos de Alto Perfil.
- Los análisis de las pandillas y grupos de riesgo, requieren mayores detalles en la tipificación del dato.
- Ausencia de correlación entre diversas variables socioeconómicas en la población que incurre en delitos según grupos de edad, sexo, tipo y gravedad de la falta.
- Falta de información para conocer la inversión por niveles de atención, por procesos preventivos, curativos y de rehabilitación en los sistemas de salud.
- Falta de información real sobre la mora quirúrgica y la falta de atención especializada de los pacientes.
- Falta de información para identificar la demanda de servicios por parte de la población extranjera según tipo de proveedor de servicios públicos, tipo de servicio demandado, edad, sexo, procedencia, entre otras variables de interés, que permitan darle seguimiento y evaluar la demanda.
- Ausencia de un sistema coherente de información que permita mantener actualizado el Diagnóstico de la Salud de todos los trabajadores del país.
- Deficiencia de Datos sobre las escuelas con estado crítico de los servicios básicos y mantenimiento preventivo y curativo (letrinas, agua, energía eléctrica).
- No existe información sobre la contaminación de los cuerpos de agua.
- Inexistencia de un Centro Nacional Toxicológico y de la Estadísticas relacionada.
- Carencia oportuna de indicadores sanitarios y socioeconómicos que permitan analizar el impacto para la población como resultado de la inversión o gasto.
- Falta de cruce de las variables de viviendas sin infraestructura sanitaria básica y las variables de morbimortalidad, que fortalezca la capacidad de análisis en salud.
- Información insuficiente de las actividades sanitarias del sector privado
- Pobre información sistematizada sobre cobertura de población panameña con seguros privados de salud según tipo de beneficios y gasto.
- No hay un sistema único de información de salud tanto MINSA Y CSS (Cada una tiene una plataforma distinta).
- Insuficiente información sobre las acciones integrales de salud (promoción, provisión de servicios de salud integrales y ambientales)
- No existe coordinación en ambas instituciones, para la captación de información de salud.
- Plataformas diferentes en las dos instituciones sobre sistema de información financiera, que no permite conocer la inversión en salud según el nivel de atención, complejidad, insumos adquiridos.
- Duplicidad en inversión (costos y tiempo) para los sistemas de información de salud

- No hay estrategias alternativas en momentos de fallas en el sistema de información
- El expediente electrónico que se implementa en las instituciones, no es amigable, con falta de orientación adecuada y continua al usuario que lo utiliza.
- Inadecuado funcionamiento de Call Center para el otorgamiento de citas medicas, exámenes y otros, sin coordinación institucional.
- Falta de un sistema de información para el proceso de registro y verificación de la calidad de los medicamentos, con ventanillas o sitio web de acceso para el uso y consultas públicas.
- Falta de reglamentación en la seguridad de la información de los sistemas.
- Ausencia de una visión integral de un sistema de información entre las dos instituciones públicas para el expediente electrónico y que posteriormente integre al sector privado.
- No existe un sistema para consulta de registros sanitarios de los medicamentos de forma amigable para uso público.
- Falta de base de datos que permita la integración y análisis de los riesgos de los medicamentos.
- Falta de información sobre los acuíferos nacionales (número, ubicación y capacidad).
- Falta de interfase entre los sistemas de información del Sector Salud y otros sectores, que realicen actividades relacionadas con Salud.

Recomendaciones:

- Estructurar un sistema único nacional de información coherente, compatible, armonizado, articulado y accesible a todos los actores sociales e instituciones para que se pueda contar con la información necesaria en la toma de decisiones, que generen acciones de salud, bienestar y desarrollo.
- Depuración de los sistemas de información vigentes, tanto del sector institucional de salud como el sector intersectorial, buscando interfases coherentes o puntos de convergencia viables, para avanzar de forma gradual hacia la construcción de un sistema de información de salud coordinado.
- Implementar y utilizar un sistema de información integral (trazabilidad), en el caso de los insumos de salud, que lleve un registro desde la entrada del medicamento e insumo sanitario, hasta su entrega al consumidor, de manera que pueda proporcionar consumos reales, existencias actuales y ubicación.
- Capacitar y actualizar al Recurso humano de salud en todos los procesos relacionados con el sistema de información desde la concepción de las competencias de cada uno de los profesionales involucrados y se incluyan procesos de captación, registro, tabulación,

sistematización, análisis y presentación de la información para el uso adecuado de la misma.

- Revisar el marco jurídico existente, que garantice la regulación de la información de salud del país desde el punto de vista soberano, transparente, accesible y confidencial a los diferentes tipos de usuarios de la misma.
- El sistema de información como eje transversal, debe fortalecerse en todos los aspectos considerados para el diagnóstico y los ejes de la propuesta de la mesa de diálogo.

3.2. D. Análisis de la Distribución y Tendencias de la Morbilidad y Mortalidad

Los análisis de la distribución de las tendencias de morbilidad y mortalidad de la población de nuestro país, se ven afectados por los problemas existentes en todos los procesos que integran al sistema de información de salud.

La información que existe sobre estos temas, está incompleta, desagregada, desarticulada, sin periodicidad y uniformidad en algunos de los indicadores utilizados dificultando los análisis completos, para apoyar de forma efectiva las mejores decisiones que orienten las acciones y programas de salud para beneficio de la población.

La mortalidad depende de los registros oficiales del INEC, los cuales se obtienen con periodicidades que no resultan oportunas para los análisis requeridos y toma de decisiones efectivas en salud.

La morbilidad, es la más afectada en cuanto a la falta de registros de datos específicos, para obtener una información única, relevante, oportuna, integral, codificada con estándares que permitan la comparación de los problemas de morbilidad que afectan a la población panameña.

Existe un esfuerzo en el caso de la morbilidad infecciosa de notificación obligatoria, pero la sistematización aún no es oportuna por los registros tardíos e incompletos ya que no siempre se incluye al sector privado dentro de un único sistema de información, para los análisis requeridos que orienten a los programas, recursos y acciones efectivas de salud.

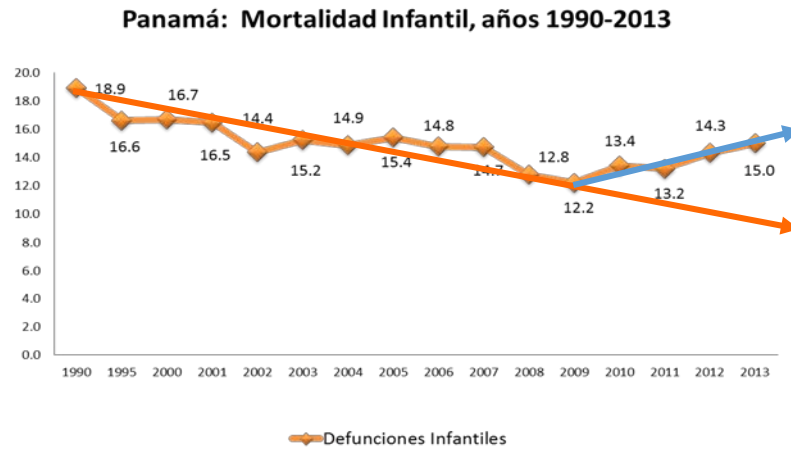
A continuación, resaltamos algunos análisis relevantes efectuados en la mesa de diálogo, que están relacionados con la morbilidad y mortalidad.

Análisis de Datos de Mortalidad

Mortalidad Infantil

En el año 2009, la tasa de mortalidad infantil cambia su tendencia de disminución que tenía desde el año 2000 y empieza a subir, pasando de 12.2 muertes por 1,000 nacidos vivos en 2009 a 15.0 muertes por 1,000 nacidos vivos en 2013 (Figura N°1).

Figura N° 1



La mayor parte del aumento de la tasa de mortalidad infantil se debió a un aumento de la tasa de mortalidad neonatal (0 a 28 días de nacido), pasando de 6.7 muertes por 1,000 nacidos vivos en 2009 a 8.5 muertes por 1,000 nacidos vivos en 2013. (Figura N° 2 y Figura N° 3).

Figura N° 2

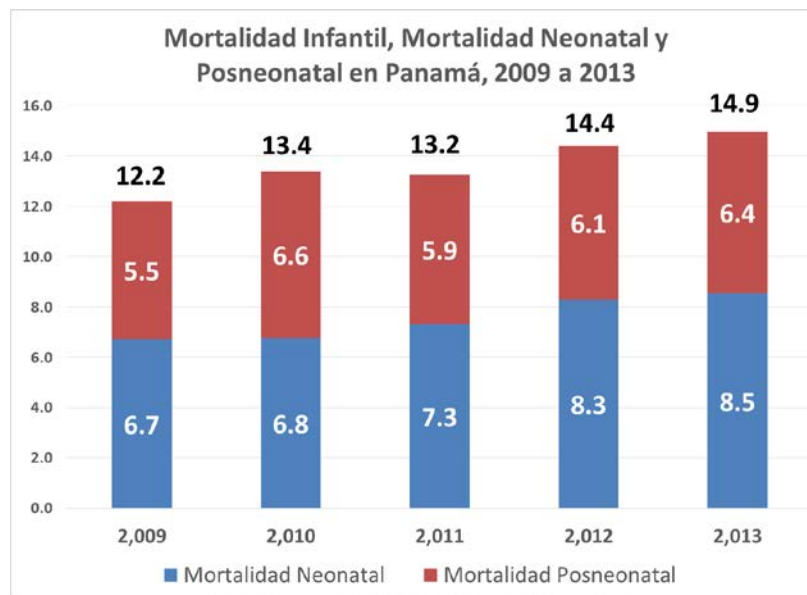
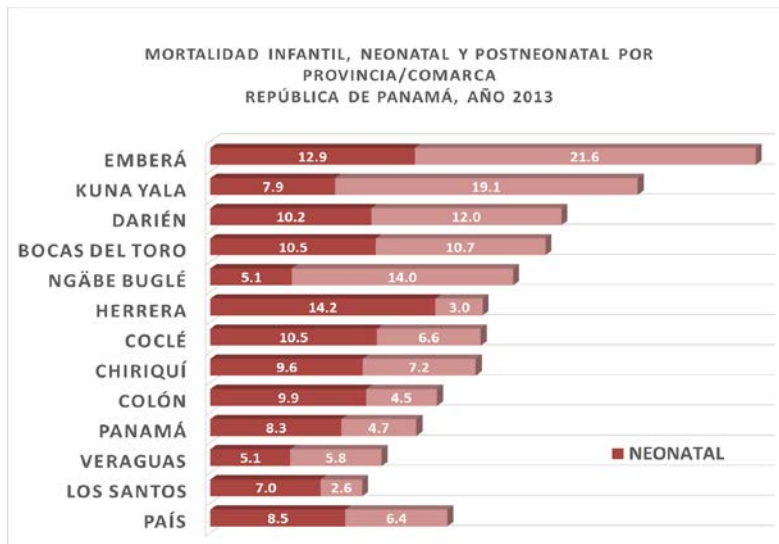


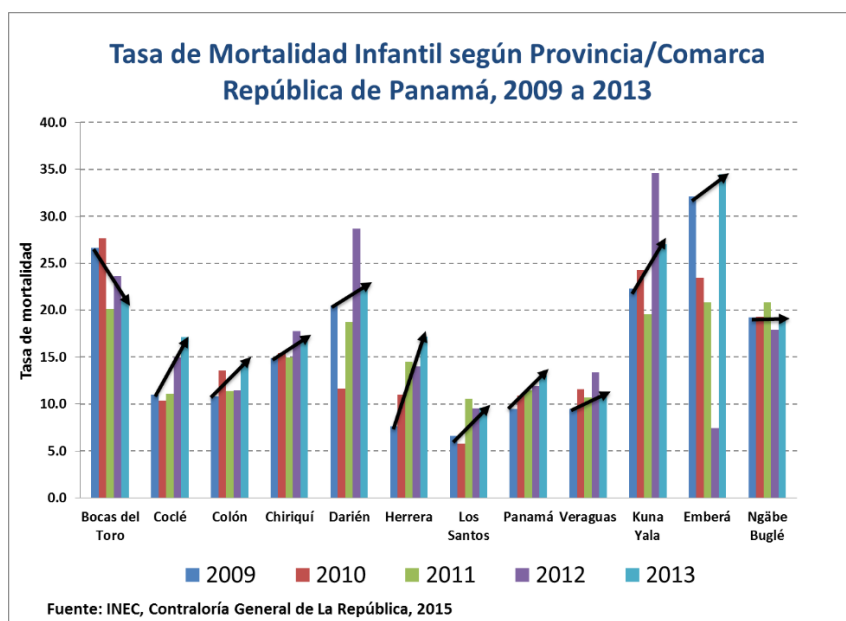
Figura N° 3



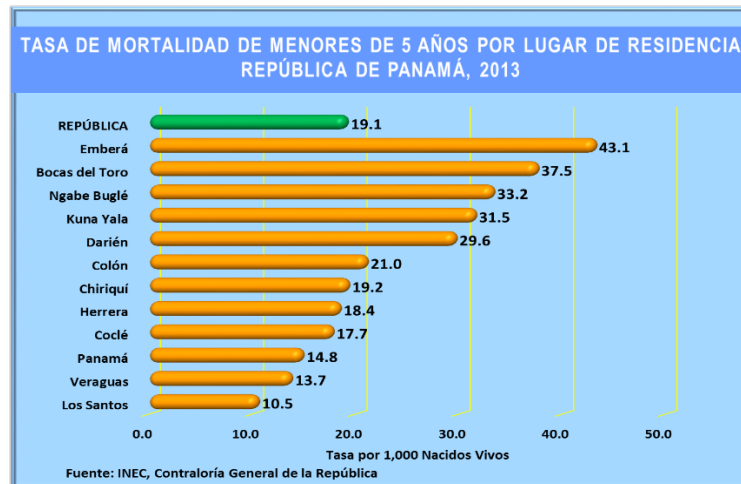
En las provincias, también se observó un incremento en la mortalidad neonatal, en Panamá, Colón, Los Santos, Herrera, Coclé y Chiriquí. (Figura N° 3).

Las provincias y comarcas que presentaron las más altas tasas de mortalidad infantil en el periodo 2009 a 2013 fueron: Guna Yala (25.2 x 1,000 nacidos vivos); Bocas del Toro (23.8 x 1,000 nacidos vivos); Emberá (23.7 x 1,000 nacidos vivos); Darién (20.3 x 1,000 nacidos vivos); Ngabe Bugle (19.3 x 1,000 nacidos vivos) (Figura N° 4).

Figura N° 4



Las tasas de mortalidad con mayores valores en los menores de 5 años en el año 2013, fueron en la comarca Emberá, Bocas del Toro, Ngabe Buglé, Guna Yala y Darién respectivamente como se observa en la gráfica adjunta.

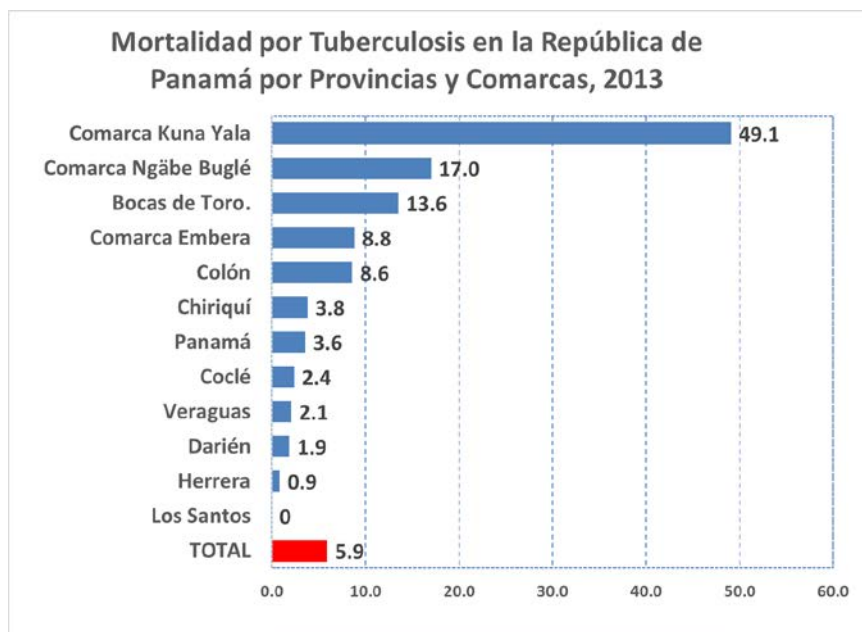


Mortalidad por Enfermedades Infecto-Contagiosas

Tuberculosis:

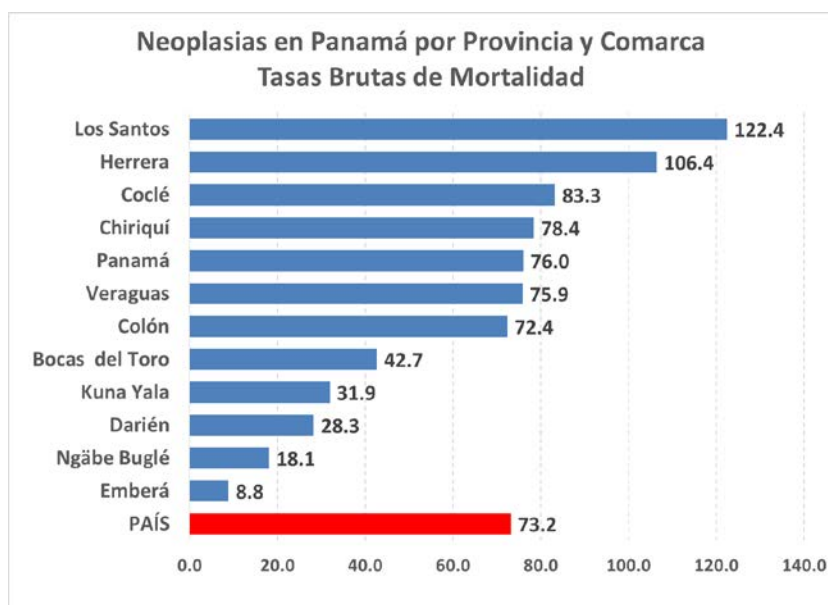
Los datos de mortalidad de tuberculosis de 2013 presentan un panorama concentrado y de graves estragos en la Comarca Guna Yala con una tasa de 49.1 por 100,000 habitantes.

Otras áreas afectadas desproporcionalmente son Comarca Ngäbe Buglé (17.0 por 100,000 habitantes); Bocas del Toro (13.6 por 100,000 habitantes); Comarca Emberá (8.8 por 100,000 habitantes); Colón (8.6 por 100,000 habitantes).



Mortalidad por Neoplasias:

Según las estadísticas brutas de mortalidad, las neoplasias prevalecen en las áreas del país con mayor proporción de población mayor, incluyendo las provincias de Los Santos, Herrera, Coclé y Chiriquí, con tasas de mortalidad de 122.4, 106.4, 83.3, 78.4, respectivamente como se observa en la gráfica adjunta.



A nivel de la mortalidad y morbilidad, la mesa de diálogo identificó algunos nudos críticos y recomendaciones relacionados con los factores que inciden en la problemática del sistema de información para poder disponer de los elementos indispensables que permitan los análisis oportunos de la morbi-mortalidad.

Mortalidad

Nudos Críticos

- Alto porcentaje de errores en el llenado de los formularios de defunción con información incompleta y mala ubicación del diagnóstico en el formulario o problemas para el establecimiento de la causa de muerte.
- Adolecemos de una visión con enfoque de riesgo para el procesamiento, análisis y proyección de los datos estadísticos, que enfoque la mortalidad precoz particularmente en las enfermedades no transmisibles.
- Sistema de estadísticas vitales centralizado en el INEC, resulta poco oportuno por lo demorado, desde la captación inicial del dato hasta la consolidación y sistematización de todos los datos del país
- Las bases de datos estadísticos generales de mortalidad son intransferibles por parte del INEC.
- Actualmente solo se procesan tasas brutas y específicas de mortalidad, pero no tasas de mortalidad ajustada, ni tasas de mortalidad precoz, muy importantes para los análisis en salud y evitar los sesgos que se producen en el análisis de la información.
- Algunas Regiones de Salud no utilizan toda la información de mortalidad en sus análisis de situación de salud por pobre desagregación de la misma y resultados tardíos para intervenciones activas de campo.
- El INEC no utiliza una lista de clasificación de causas de mortalidad del grupo de las denominadas “lista de principales causas de muerte a nivel internacional”.
- La desagregación de causas de mortalidad no se realiza al nivel que se requiere para una adecuada toma de decisiones en salud (causa, lugar geográfico).
- La tasa de mortalidad infantil en casi todas las regiones del país entre el 2009 y el 2013 cambió su tendencia de descendente a ascendente, a costa de un incremento de la mortalidad neonatal.
- Extremas disparidades entre la tasa de mortalidad de enfermedades prevenibles entre diferentes regiones del país

Recomendaciones

- Revisar y actualizar el formato del certificado de defunción con aporte multidisciplinario.
- Capacitar a los médicos responsables del llenado completo del mismo u otro personal de la salud para las áreas de difícil y muy difícil acceso donde no haya médico, asegurando el correcto registro en el Tribunal Electoral y otras instancias.
- Modificar la Ley 10 del 2009 sobre la responsabilidad del llenado del certificado de defunción, que deberá estar a cargo exclusivo de personal de salud idóneo.
- Reforzar la atención del Programa Materno Infantil en todo el país, con énfasis en las áreas de mayor riesgo (Bocas del Toro, Colón, Darién y Comarcas), con el cumplimiento de las normas ya establecidas, la capacidad resolutive del recurso humano y la habilitación de las instalaciones.
- Realizar una investigación a nivel nacional que permita identificar las causas del incremento de la mortalidad infantil del período 2009-2014 e incluso 2015 para poder establecer correctivos oportunos.
- Aumentar y avanzar la Red Fija en todo el país, con énfasis en Bocas del Toro, Darién, Comarcas y que la Red Itinerante en donde existan, sea responsabilidad del MINSA y no de organizaciones externalizadas (OES).
- Realizar la captación y análisis de los registros estadísticos y sistematización de los datos e indicadores claves como son:
 - Mortalidad infantil
 - Mortalidad en menores de 5 años
 - Mortalidad materna
 - Mortalidad precoz
 - Mortalidad por causas prevenibles (tuberculosis diarreas, intoxicación alimentarias, accidentes de trabajo etc.) Los cuales deben darse por procedencia basándose en la clasificación internacional CIE-10 para obtener datos únicos de morbilidad y mortalidad que permitan tomar decisiones basadas en una información real.

Morbilidad

Nudos Críticos

- Los datos de morbilidad no son nacionales, solo contamos con datos parciales de las instituciones y poco confiables.
- Solamente se analizan tasas brutas de morbilidad las cuales no permiten hacer los análisis ni comparaciones de la magnitud del problema independiente de las variaciones en las estructuras de edad de la población.

- No hay un proceso continuo de análisis de morbilidad en los tres niveles que sirva para interrelacionar los niveles de atención de la red, por lo cual se desconoce el impacto de las acciones de atención en el nivel primario.
- No existen análisis de tendencias regionales ni nacionales de las estadísticas de morbilidad por tipo, sexo, edad y región
- Sólo se tabulan las primeras causas de morbilidad produciendo un alto porcentaje de morbilidades no desagregada del total de frecuencias de morbilidades diagnosticadas.
- Uso parcial de la clasificación internacional de la morbilidad para la codificación de los procesos mórbidos diagnosticados.
- Los registros de morbilidad no se analizan con un enfoque de población para la determinación de coberturas nominalizadas, que eviten duplicidades de registros y permita intervenciones eficientes y efectivas.

Recomendaciones

- Implementar un sistema de información uniforme, que permita la captación oportuna y procesamiento de datos para su adecuada utilización.
- Establecer las tasas estandarizadas y/o ajustadas para los registros de morbilidad a nivel distrital y provincial.
- Implementar un Sistema de Información uniforme que permita la captación oportuna y procesamiento de datos para su adecuado análisis de acuerdo a los indicadores solicitados y enfoque de población nominalizada. (Tasas estandarizadas y/o ajustadas) con resultados estadísticos para la toma de decisiones.
- Capacitar al personal de salud a nivel nacional y regional para que correlacionen en su trabajo los determinantes de la salud
- Efectuar la desagregación adecuada de las causas de morbilidad según la clasificación internacional, sin que se agrupen más del 20 al 30 % de las causas.
- Utilizar para los registros de morbilidad las clasificaciones internacionales que incluya CIE-10 y los listados de “causas de estudio de carga global de enfermedad”.

3.2. E. Factores Determinantes de la Salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que todos los individuos nacen, crecen, viven, trabajan, interactúan y envejecen, que inciden en la salud de las personas y que también afectan al mismo sistema. Esas circunstancias son el resultado de las políticas socio-económicas mundiales y regionales que adoptan los diferentes países y afectan principalmente la demanda de la población a los servicios de salud.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, es decir, las diferencias injustas y evitables observadas dentro y entre los países.

De forma general existe poca coordinación y planificación efectiva entre las instituciones, intra e inter sectoriales del país, para influir positivamente sobre los determinantes de la salud que inciden en el proceso de salud-enfermedad de nuestra población.

Se analizaron los determinantes laborales, educativos, físico-ambientales, seguridad y justicia, económico y social, transporte, vivienda, sanitarios, migración interna y externa y seguridad alimentaria.

La mayor limitante para este análisis estuvo en la información disgregada, poco estructurada y muchas veces ausente, para poder completar un análisis que nos brindara todo el conocimiento del problema para poderle dar respuesta a los indicadores propuestos en la hoja de ruta del diagnóstico. Con todo esto, se pudo lograr tener una concepción panorámica global de la problemática de algunos determinantes de la salud, que están afectando a la población panameña, en diversos grados de su salud.

A continuación, se detallan los nudos críticos y recomendaciones de algunos de estos determinantes de la salud que están afectando a la población de nuestro país y que se pudieron analizar, con base a la información presentada en la mesa de diálogo.

3.2. E.1. Laborales

Nudos Críticos

- Debilidades en el marco legal (ley obsoleta de Riesgo Profesional, ausencia de una Ley que regule el artículo 110, numeral 6 de la Constitución Nacional).

- Debilidad a nivel de país de una cultura de la seguridad y salud ocupacional (SSO).
- Falta de un Plan Nacional de Salud y Seguridad de los trabajadores
- Ausencia de un Diagnóstico de la Salud de todos los trabajadores del país
- Ineficiencia de los Programas de Salud laboral para los Trabajadores del país
- Bajo o inexistente nivel de coordinación y articulación entre los entes relacionados a la SSO.
- No existen laboratorios de referencias especializados en Higiene ocupacional, toxicología, microbiología, psicología y ergonomía en ninguna de las instituciones que tienen que ver con la SSO.
- Existe incumplimiento de las normas en tema de salud ocupacional en el país.
- Debilidad en la planificación y gestión de la prevención del riesgo laboral en todos los sectores de la economía formal e informal del país
- Pobre seguimiento a los controles adecuados de riesgos laborales, de la población trabajadora
- Déficit en las actividades orientadas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades con respecto a los ambientes laborales saludables y factores de riesgo, a nivel institucional y sector privado.
- Ausencia de políticas y normativa, lo mismo que déficit en la Rectoría, regulación y fiscalización en el sector de la salud y seguridad laboral por parte de MINSA
- Inexistencia de incentivos para la prevención dirigidos a las empresas del país

Recomendaciones

- El Ministerio de Salud debe reasumir y consolidar su responsabilidad rectora en el tema de la salud y seguridad en el trabajo, coordinando lo pertinente con el Ministerio de Trabajo, la CSS, y otros organismos públicos y privados involucrados.
- Elaborar una Ley Marco de Salud y Seguridad en el Trabajo.
- Elaborar de forma participativa con empleadores, trabajadores y trabajadoras, reglamentos y estándares de Salud y Seguridad, aplicables a todas las actividades económicas del país, los cuales deberán ser revisados y actualizados cada tres años ó cuando la necesidad lo amerite.
- Elaborar una Ley de Riesgos Profesionales
- Elaborar un diagnóstico de salud y seguridad en el trabajo que sea la base para un Plan Nacional de Salud y Seguridad con todos los involucrados en el tema.
- Crear una Dirección de Salud y Seguridad en el trabajo en el Ministerio de Salud, con mando y jurisdicción, para que sus recomendaciones sean de estricto cumplimiento a

nivel nacional. Esta Dirección contará con recurso humano calificado y especializado, para la promoción de la salud y la prevención de accidentes y enfermedades. Además contará con un sistema de identificación, evaluación, control y comunicación de riesgos dentro de los ambientes de trabajo, con un enfoque laboral y ambiental, integrado e integral.

3.2. E.2. Educativos

Los problemas educativos en el país son bien conocidos y preocupa que estas carencias estén en las áreas más vulnerables donde la falta de educación se acompaña de pobreza y falta de salud.

En el año 2010 en el país, hubo un total 1, 092,354 de población con primaria completa en la que sobresalen las provincias de Panamá, Chiriquí y Coclé. Un 1,140,989 de población con nivel secundario, donde sobresalen las provincias de Panamá, Chiriquí y Colón y 452,441 personas con nivel universitario, en donde la provincia de Panamá ocupa el primer lugar con 293,923, seguido de la provincia de Chiriquí con 50,511 y luego la provincia de Colón con 26,812.

Las estadísticas muestran un promedio de escolaridad de 9 años para los hombres y 9.4 para las mujeres. Sobresalen la provincia de Panamá con 9.76 para las mujeres y 9.29 para los hombres y luego sigue Colón y Chiriquí.

Las provincias con menores años promedio de escolaridad son las comarcas Ngabe Bugle con 2.9 años, la comarca Emberá con 3.7 y Guna Yala con 4 años.

Nudos Críticos

- Aumento de la deserción escolar en Comarcas Indígenas, Bocas del Toro y áreas postergadas, de riesgo social.
- No existen análisis de la correlación entre escolaridad obtenida, calidad y utilidad de la misma para el fomento del desarrollo del país.
- Existen áreas del país que aún tienen un alto porcentaje de analfabetismo, menores años promedio de escolaridad y escaso acceso a tecnología educativa.

Recomendaciones

- Coordinar acciones conjuntas de educación, salud y el resto del gabinete social, estableciendo métodos de reducción de las causas de la deserción escolar, asegurando la correcta alimentación restableciendo las granjas, los huertos y comedores escolares, como una alternativa que fortalezca la educación y salud integral en aspectos técnicos, vocacionales, profesionales y de salud, según las necesidades del país.

3.2. E.3. Físico-Ambientales

Nudos Críticos

- No hay controles efectivos de las pérdidas de agua, a pesar que la producción ha aumentado en los últimos cinco años.
- No existe información de la contaminación de los cuerpos de agua.
- Alto grado de contaminación ambiental en la Ciudad de Panamá. (problemas por ruido, monóxido de carbono, óxido de nitrógeno, dióxido de azufre y plomo).
- Falta un sistema de monitoreo permanente para el cumplimiento de la normativa vigente en contaminación ambiental (aire, suelo, agua y alimentos) en todo el país.
- Insuficiente producción, preservación y deficiente distribución de agua potable.
- Deficiente y/o inexistente sistema de alcantarillado.
- Mala recolección y disposición final de los desechos sólidos y los peligrosos.
- Debilidad de un sistema que vigile el cumplimiento de disposiciones legales y normas relacionadas con importación, comercialización y uso de plaguicidas a nivel nacional.
- Inexistencia de un Centro Nacional Toxicológico y de las Estadísticas relacionadas.

Recomendaciones

- Establecer y desarrollar una política de salud ambiental con las autoridades involucradas, que permita un monitoreo y reducción permanente de los contaminantes químicos, biológicos y físicos en agua, aire, suelo, plantas y animales.
- Definir, aclarar y resolver las ambigüedades existentes en la aplicación de las normas de salud ambiental que involucran a diferentes instituciones del Estado.
- Las Autoridades de Salud deben cumplir y hacer cumplir al Código Sanitario y las demás normas vigentes en tema de salud ambiental.

3.2. E.4. Seguridad y Justicia

Nudos Críticos

- Falta de seguridad por ausencia de logística y coordinación para asignar el pie de fuerza donde se requiere, para la contención de la violencia.
- Desarticulación de los aspectos socio-económicos y socio-culturales, impidiendo que las líneas de acción impacten a los grupos vulnerables.
- Incremento del fenómeno de las bandas y pandillas en las áreas urbanas de la capital y también en algunas áreas del interior del país.
- Ausencias de políticas integrales e intersectoriales en materia de seguridad.
- Predominio de un modelo coercitivo y sancionador de la acción delictiva.
- Mantenimiento de la mora en la realización de los juicios y ejecutorias de las sentencias.
- Ausencia de un modelo preventivo de la acción delictiva, con debilidad en la implementación de programas científicos de resocialización.
- Incremento en la violencia doméstica en las provincias de Panamá, Colón, Chiriquí y Coclé.

Recomendaciones

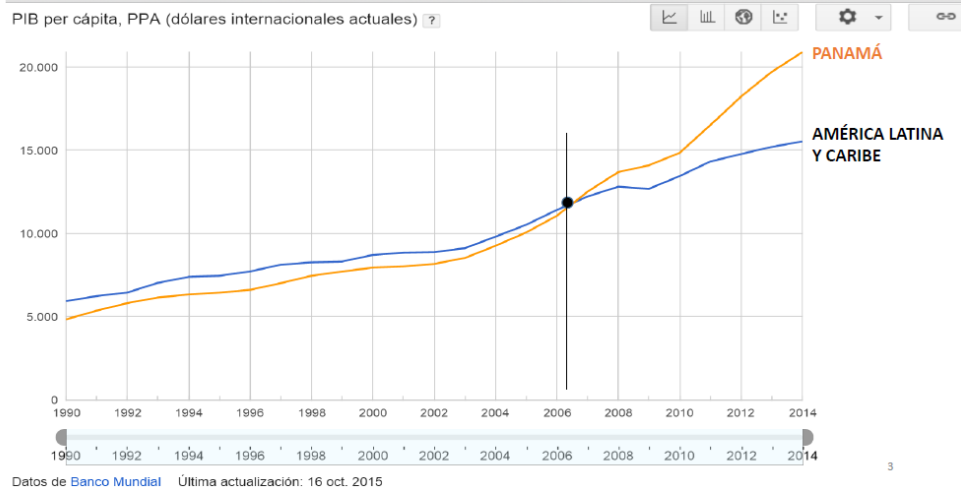
- Diseñar e implementar un modelo que permita el desarrollo de acciones preventivas contra la violencia (formación y resocialización) en áreas y poblaciones en riesgos con participación intersectorial y de todos los actores involucrados (incluyendo los mensajes transmitidos por los medios de comunicación social), además que cuente con los recursos financieros suficientes.
- Integrar por parte de MEDUCA en su currícula contenidos académicos encaminados a inculcar y promover los principios y valores cívicos de respeto, de solidaridad, de derechos humanos y de convivencia ciudadana pacífica, fortaleciendo las acciones prevista en la ley 38 del 2001, con énfasis en la educación pre-escolar.
- El Estado por medio de una política de prevención contra la violencia y un plan nacional, debe fortalecer la creación e implementación de programas masivos para el control emocional y la agresividad (manejo de la ira), desincentivando cualquier forma de incitación a la violencia.

3.2. E.5. Económico y Social

El crecimiento económico de Panamá ha sido uno de los más altos de Latinoamérica con un promedio del PIB por encima del 8% entre 2006 y 2012.

Comparado con otros países de la región, Panamá tuvo un desempeño relativamente favorable durante la crisis financiera global con un crecimiento del 3.2% en 2009, y en el 2010 la economía retomó su ritmo con un crecimiento del 7.6%.

Crecimiento económico de Panamá, desde 2007, supera el promedio Regional



El valor porcentual del PIB durante los años 2010 a 2014, según el INEC, se muestran en la gráfica adjunta, donde se alcanzó una expansión del PIB de 10.8% en 2011, 10.2% en 2012, 8.4 % en 2013 y un 6.2% en el 2014.

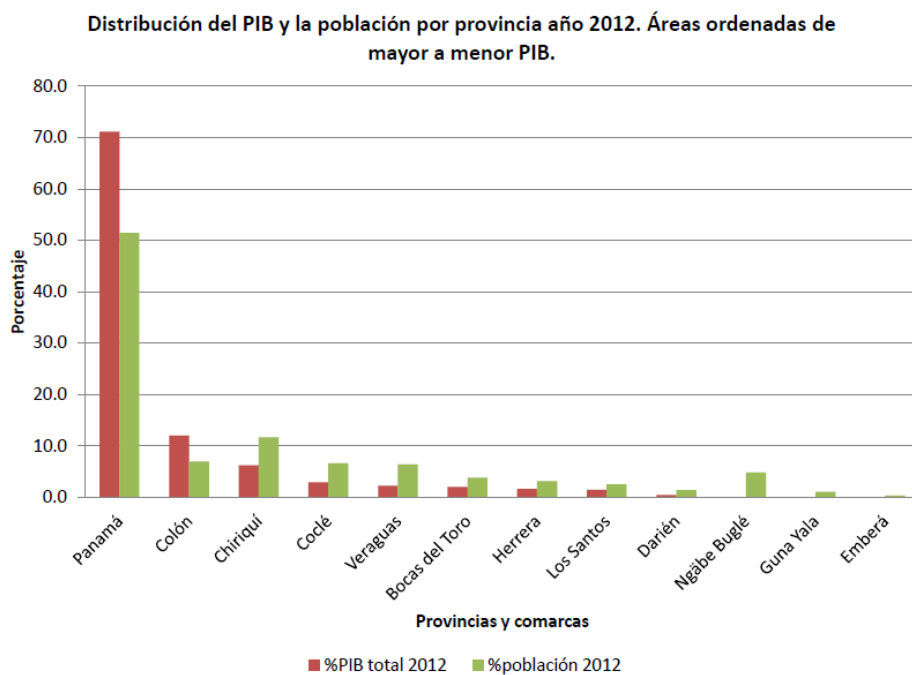


Según informe del Banco Mundial del 2015, la desigualdad se mantiene alta en Panamá, en donde el coeficiente Gini (Indicador de disparidad) fue de 0.52 en el 2012, uno de los más altos de América Latina.

Por ejemplo, niñas y niños de comunidades indígenas, rurales y urbanas marginadas tienen significativamente menos acceso a servicios básicos de salud, educación, saneamiento y demás servicios que otros niños y niñas de otras áreas. Atender estos retos es clave para que Panamá se acerque más a países avanzados, en términos de prosperidad compartida.

Es evidente que en Panamá, aunque el PIB haya tenido un crecimiento importante, la distribución de estos recursos por provincias, no ha crecido en la misma forma.

Se ha mantenido una tendencia de concentrar la riqueza en algunas provincias, donde coincide con la mayor población. En el año 2012, se observó la mayor distribución del PIB en la provincia de Panamá con mayor concentración de la población y la menor distribución del PIB, estuvo en la provincia de Darién y las Comarcas.



Nudos Críticos

- Falta de planificación descentralizada de polos de desarrollo en las áreas comarcales y rurales para combatir los niveles de pobreza.

- Persistencia de la pobreza, a pesar de los esfuerzos e intervenciones del estado para reducirla, con los diferentes subsidios vigentes.
- Existencia de brechas de desigualdades en educación, salud, vivienda y desarrollo humano, reflejadas también en el índice de Gini, que mide la distribución de la riqueza.
- Las condiciones de salud de la población se ven afectadas por la disminución del crecimiento económico, el aumento del desempleo y la informalidad laboral.
- Bajo gasto público social y mala distribución de la riqueza en Panamá, con PIB per cápita alto (\$ 9,107).
- Dentro del gasto social de Panamá, se incluyen gastos relacionados con salud, que se atribuyen a otros sectores fuera del sector salud por fragmentación y segmentación del sistema institucional.
- Alto riesgo social en niños y adolescentes varones menores de 18 años, que se unen para cometer actos delictivos, en las provincias de Panamá y Colón.
- Carencia oportuna de indicadores sanitarios y socioeconómicos que permitan analizar el impacto para la población como resultado de la inversión o gasto.

Recomendaciones

- Establecer políticas de ataque a la pobreza y a la extrema pobreza que permita la sostenibilidad de la sociedad, a través de una distribución equitativa de la riqueza con trabajo, educación, vivienda, salud y saneamiento básico.
- Focalizar y priorizar la mayor inversión posible de recursos para desarrollar infraestructura y servicios básicos en las regiones de mayor pobreza y pobreza extrema.
- El Gobierno debe incentivar y garantizar la ejecución de políticas de desarrollo y capacitación de los micro, pequeños y medianos productores, a través de la tecnificación de las formas y modo de producción agropecuaria (agricultura de precisión y de tabulación), impulsando la organización y el cooperativismo, para recuperar la seguridad y la soberanía alimentaria.
- Incentivar políticas de estado para la producción industrial, manufactura y economía marítima nacional.
- Establecer una política de justicia tributaria equitativa que elimine y penalice de manera ejemplar la evasión y la elusión, para generar, a través del aumento de los ingresos, los recursos necesarios que atiendan y prioricen las necesidades de las poblaciones en tema de salud integral y seguridad social.

3.2. E.6. Transporte

Nudos Críticos

- Las malas condiciones de la red vial en las áreas rurales y urbanas constituye una barrera de acceso a los servicios de salud y favorece la accidentalidad.
- Las carreteras en las áreas rurales y urbanas están pavimentadas con materiales poco resistentes y de baja calidad.
- Deficiente planificación y logística de las vías de comunicación y medio de transporte (aéreo, acuático y terrestre).

Recomendaciones

- Realizar un diagnóstico y una planificación del transporte multimodal a nivel nacional e intersectorial tomando en cuenta la red vial, para implementar un sistema oportuno y económico que garantice a la población panameña en todo momento, un servicio público eficiente, seguro y saludable, asegurando la accesibilidad a todas las actividades cotidianas.

3.2. E.7. Vivienda

Nudos Críticos

- El tipo de vivienda, su ubicación, el hacinamiento causado por déficit habitacional afecta negativamente las condiciones de salud de la población en áreas comarcales, rurales y algunas urbanas.
- Desigual distribución de viviendas con acceso a servicios básicos, en diferentes regiones del país.
- Insuficiente Inversión Estatal en la Construcción de Viviendas de Interés Social.
- Falta de cruce de las variables de viviendas sin infraestructura sanitaria básica y las variables de morbilidad, que fortalezca la capacidad de análisis en salud.

Recomendaciones

- El Estado por deber constitucional garantizará que todos los panameños cuenten con viviendas dignas, las cuales deben cumplir la normativa establecida y los estándares internacionales en materia de edificaciones de vivienda y seguridad ambiental

(calidad, funcionabilidad, espacio, servicios básicos, áreas verdes y de recreación) de manera tal que redunde el bienestar y confort de las personas que en ellas habiten.

- El Estado debe efectuar estudios de tecnología de construcción y planes de edificación de proyectos de vivienda (saludables, seguros, confortables) que mejoren las condiciones de vida de la población de áreas comarcales, postergadas y de bajos ingresos.

3.2. E.8. Sanitarios

Nudos Críticos

- Prevalencia del modelo patológico en los indicadores sanitarios de la encuesta que utiliza el INEC, en las instituciones de salud pública y privada del país.
- Información insuficiente de las actividades sanitarias del sector privado.
- Pobre información sistematizada sobre cobertura de población panameña con seguros privados de salud según tipo de beneficios y gasto.
- Falta de normativa y coordinación entre la Superintendencia de Seguros de Salud y el MINSA, como rector de la salud del país.

Recomendaciones

- Coordinar con el INEC, los indicadores sanitarios en el sector público y privado de la encuesta, para incluir indicadores de salud pública que puedan medir los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- En coordinación con la Superintendencia de Seguros, el Ministerio de Salud como ente rector debe validar los planes de seguro de salud a ofrecer a la población por parte de las empresas aseguradoras, garantizando la difusión adecuada de los servicios brindados y la no exclusión de grupos poblacionales con énfasis en la población infantil, embarazadas, adolescente y adultos mayores.

3.2. E.9. Migración Interna y Externa

Nudos Críticos

- Aumento de la demanda de atención por efecto de la población extranjera en el país.

- Las migraciones internas temporales de las poblaciones indígenas, relacionadas al sector agro (Ngöbe Bugle principalmente), ocasionan saturación en los Servicios de Salud.
- Los movimientos migratorios incrementan la velocidad de crecimiento de las poblaciones, a un ritmo mayor que el desarrollo de las infraestructuras de salud para afrontar satisfactoriamente a esta población.
- Debilidad en la capacidad de gestión y control de cumplimiento de los procesos de afiliación de los trabajadores extranjeros que ingresan al país.

Recomendaciones

- Fortalecer a nivel nacional, regional y local, la capacidad resolutive de la CSS en términos de recursos presupuestarios (inspectores y auditores de empresas e inspectores patronales, movilización, vehículos, etc.) para asegurar y hacer cumplir la afiliación de todos los trabajadores extranjeros, al régimen de seguridad social.
- Diseñar e implementar un régimen de aportación complementaria progresiva a la salud, enfocado a los trabajadores extranjeros informales con base a su estatus migratorio.

3.2. E.10. Seguridad Alimentaria

Nudos Críticos

- Debilidad del MINSA para cumplir a satisfacción su rol normativo y rector en materia del control de la salud pública veterinaria.
- Insuficiente producción de alimentos por falta de una política de estado que garantice la seguridad alimentaria del país.
- Insuficiente vigilancia y control de la zoonosis y de la higiene de los alimentos desde el agro hasta la mesa, para asegurar que Panamá garantice la inocuidad alimentaria de la población.
- Inexistente regulación en cuanto a alimentos transgénicos para advertir a la población cuando decida consumirlos.
- Ausencia de Laboratorio de bromatología y zoonosis.

Recomendaciones

- Revisar la política de importación de alimentos para asegurar la seguridad alimentaria.

- Crear la Sub-dirección Nacional de Salud Pública Veterinaria bajo la Dirección General de Salud del MINSA para fortalecer la rectoría y la vigilancia en materia de control de salud pública veterinaria (Control de zoonosis y DEPA).
- Crear la Ley General de Alimentos para asegurar la vigilancia de higiene e inocuidad de los alimentos desde el agro hasta la mesa.
- Crear el laboratorio de Bromatología de alimentos y fortalecer el de Zoonosis.

3.2. F. Sistema Institucional de Salud del País

Las instituciones públicas que brindan los servicios de salud en el país, se ven afectadas por un conjunto de factores estructurales, organizativos y funcionales que inciden en la oferta de los servicios que brindan a la población, en los procesos que ejecutan para brindar estos servicios y en los productos que resultan de las acciones de salud ejecutadas, logrando al final resultados e impactos, muy lejanos de las metas y objetivos programados que no satisfacen las necesidades reales demandadas por la población.

Se consideraron los siguientes temas, para analizar los aspectos más relevantes de nuestro actual sistema institucional de salud, que son: Estructura Organizativa, Ciclo y Proceso Presupuestario, Recurso Humano, Instalaciones de Salud, Cartera de Servicios, Coordinación de Redes y Sistema de Referencia y Contrareferencia, Insumos de Salud-Medicamentos, Convenios, Programas, Promoción y participación social, Otras entidades del Sector y relacionadas como AAUD, IDAAN, AUPSA, MIDA.

Todos estos temas se analizaron con la información presentada a la mesa y se detalla a continuación, el resumen concluido de los nudos críticos y recomendaciones.

3.2. F.1. Estructura Organizativa

Nudos Críticos

- Desaparición de la estructura organizativa y fragmentación de las funciones del departamento de Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria.
- La estructura administrativa actual no se corresponde con las funciones de Control de Alimentos y Vigilancia Veterinaria.
- Debilidad del rol rector del MINSA evidenciado en el proceso de evaluación de las funciones esenciales de Salud Pública.
- Las estructuras organizacionales a veces son modificadas injustificadamente y sin fundamento técnico, muchas veces no contempladas en el presupuesto y en la ley.
- Falta de articulación y deficiente coordinación en los distintos procesos de provisión de servicios de salud integral, evidenciado por las debilidades en el acceso, cobertura, oportunidad y efectividad en las acciones de salud con la consecuente insatisfacción de la población.

- Ausencia del Plan Nacional de Salud integral participativo, monitoreado y evaluado periódicamente.
- Cambio de la misión y visión de ambas instituciones públicas de salud por periodos quinquenales de gobierno, incumpliendo el mandato constitucional.
- La estrategia de salud en su fase de implementación, monitoreo y evaluación no evidencia el impacto en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Duplicidad de algunas funciones y recursos en las acciones de salud en instituciones y organizaciones dentro y fuera del sector salud.

Recomendaciones:

- Los servicios de salud deben ser prestados por un Sistema Nacional de Salud público en el financiamiento, público en la administración, público en la provisión de servicios (público, público, público), NO PRIVATIZADO a través de un proceso coordinado, articulado y coherente que garantice el acceso, la cobertura y la calidad universal, de forma permanente, de modo tal, que trabaje en función del cumplimiento de un Plan Nacional de Salud, como política de Estado.
- La misión, visión, objetivos, valores y principios deben responder a un Plan Nacional de Salud en el marco de una política de Estado y su modificación debe ser producto de una evaluación previa, con la participación ciudadana.
- El MINSA debe retomar la rectoría en salud, y cumplir con el mandato Constitucional.
- La CSS debe cumplir con las prestaciones económicas y pensiones efectivas.
- Crear la Sub-dirección Nacional de Salud Pública Veterinaria bajo la Dirección General de Salud del MINSA para fortalecer la rectoría y la vigilancia en materia de control de salud pública veterinaria (Control de zoonosis y DEPA).
- Hacer cumplir los servicios de inspección veterinaria permanente a través de los médicos veterinarios oficiales del MINSA de acuerdo a lo que exigen las normas, sobre todo en las plantas de productos cárnicos, mataderos de sacrificio de animales, y además normar por ley la permanencia de la inspección veterinaria oficial del MINSA en plantas de procesamiento de productos lácteos e hidrobiológicos por su riesgo epidemiológico para garantizar el cumplimiento de la correcta y adecuada vigilancia de las zoonosis e inocuidad de alimentos en sus infraestructuras, equipamiento y demás.
- Crear una Dirección de Salud y Seguridad en el trabajo en el Ministerio de Salud, con mando y jurisdicción, como se expuso en los determinantes laborales.
- La estructura organizativa debe cumplir con la normativa legal y estar reflejada en la estructura presupuestaria correspondiente.

3.2. F.2. Ciclo y Proceso Presupuestario del Subsistema de Salud MINSA-CSS

Nudos Críticos:

- La inversión en salud no se traduce en mejoras de los indicadores y satisfacción de la población.
- El presupuesto no se aprueba, asigna y ejecuta con priorización basada en las necesidades de la población medidas a través de indicadores, de acuerdo a los diferentes niveles de acción del sistema de salud (local, regional, nacional).
- Desconocimiento del monto de inversión en salud, articulado para la promoción, prevención, nivel y tipo de atención y rehabilitación.
- El presupuesto esta elaborado basado en enfermedad y no en el individuo, ambiente y comunidad sin suficiente recurso para acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades.
- Falta de estructura de costos que permita el seguimiento de la inversión en los programas preventivos.
- Existencia de debilidad institucional para la ejecución oportuna del presupuesto.
- Duplicidad en la inversión de carteras de algunos servicios, para la prestación de atención de salud sobre una misma población.

Recomendaciones:

- El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, deben elaborar un presupuesto coordinado y adecuado, basado en las necesidades reales, enfatizando la Promoción de la Salud y Prevención del Riesgo de enfermedades en todos los niveles de atención, evitando la ineficiencia y la ineficacia que incluye la duplicidad de la inversión en salud, para una misma población.
- El MEF no debe englobar en el techo presupuestario del MINSA, la asignación de fondos para otras entidades del sector salud.
- El MINSA y la CSS deben monitorear estrictamente la ejecución del presupuesto evidenciando el impacto en la población beneficiada a través de adecuados indicadores.
- La estructura presupuestaria debe evidenciar los recursos asignados a Promoción y Prevención, Curación, Rehabilitación para todos los niveles de atención, desde la formulación hasta la ejecución.

- Los tiempos de formulación de los presupuestos de funcionamiento e inversión deben coincidir para permitir el proceso de monitoreo y seguimiento de la ejecución.

3.2. F.3. Recursos Humanos

Nudos Críticos:

- Ausencia de una política integral, coordinada e incentivante de RRHH en todas las instituciones del sector salud, que incluya estabilidad laboral para todos los grupos ocupacionales (administrativos, profesionales y técnicos del sector salud).
- No se cumplen las normas para la asignación de cargos de mando con criterios de competencia, probidad y responsabilidad, ni de evaluación de la gestión.
- Los salarios de diferentes grupos ocupacionales de salud y administrativos no son acordes con aquellos ofrecido por el mercado laboral del país.
- Debilidad en la formación de RRHH con enfoque en promoción de la salud, prevención de factores de riesgos o enfermedades.
- Deficiencias en las competencias del personal que trabaja en salud, para la comunicación eficaz con los usuarios internos y externos relacionados con la salud integral y la enfermedad.
- Los recursos humanos idóneos vinculados a la salud pública veterinaria son pocos, mal distribuidos y en fase de reducción cuantitativa.
- La Programación Curricular del Sistema Educativo Panameño (Oficial y Privado) carece de elementos de promoción de la salud con enfoque integral.
- Falta de presupuesto para educación continua y desarrollo de capacidades tanto de los funcionarios de salud, como de los administrativos del sector salud.
- Desfasado y subjetivo sistema de evaluación y fallas en la supervisión del desempeño.
- Déficit de carácter territorial de los Recursos Humanos Calificados para cumplir los procesos de gestión y atención integral de la salud.
- No hay seguimiento o secuencia en la capacitación referente al Recurso Humano transitorio (Parteras Empíricas en sus propios entornos etno-geográficos).
- Incumplimiento y desactualización de los manuales operativos y descriptivos de cargos, tanto de los funcionarios de salud, como el de los Administrativos.
- Deficiencia en la planificación y en el proceso de selección y reclutamiento de RRHH, según necesidad, perfil de cargo y su distribución territorial.

- El país no cuenta con una planificación basada en diagnósticos de necesidades, para la formación de recursos humanos de las carreras administrativas, profesionales y técnicas del sector salud, en las instituciones formadoras.
- No hay un mecanismo de evaluación que a través de la participación activa de los usuarios, permita valorar la calidad de la atención en los servicios de salud recibidos.
- Existe una alteración en la Estructura de RRHH médicos, que genera una desproporción y un déficit de médicos generales o familiares que afecta los servicios de la red primaria de atención.
- Se evidencia una deficiencia cuantitativa de grupos ocupacionales profesionales, técnicos y administrativos del sector salud según las necesidades por región y por tipo de instalación.

Recomendaciones:

- El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social deben revisar su modelo actual de Gestión del Recurso Humano, el cual debe basarse en criterios técnicos-científicos (competencia, méritos, capacidad resolutoria), con evaluaciones periódicas y participativas de los resultados obtenidos.
- El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social deben asignar los cargos de jefatura a concurso, revisar los reglamentos, para que se tome en cuenta el tiempo, las competencias, el desempeño de su gestión y los logros obtenidos.
- Planificar el RRHH de la Salud (administrativos, profesional y técnicos) según el modelo de atención definido, que garanticen la existencia de grupos ocupacionales pertinentes según las necesidades de las áreas.
- Implementar acciones que protejan legalmente y laboralmente todos los grupos ocupacionales (administrativos, técnicos y profesionales) involucrados en el proceso de salud pública, asegurando su autonomía y su estabilidad.
- Respetar y cumplir con los acuerdos y leyes vigentes en materia reivindicativa de cada grupo ocupacional (administrativos, técnicos y profesionales).

Formación y Capacitación del Recurso Humano

Nudos Críticos:

- Inexistente coordinación MINSa – CSS en la definición de necesidades de formación de RRHH Profesional, Técnico y Administrativo.
- Utilización de criterios político partidista en el otorgamiento de Becas y Licencias por Estudios, sin convocar a las estructuras organizacionales correspondientes.

- Limitada y a veces extemporánea divulgación de las ofertas educativas y de los requisitos para optar en licencias con sueldo por estudios.
- Priorización del enfoque pato céntrico en planificación de Capacitación.
- Limitada participación en actividades de actualización y perfeccionamiento profesional por la ausencia de permisos a los funcionarios, por la utilización de criterios subjetivos.
- Poca relevancia a los aspectos culturales, antropológicos, sociológicos, históricos y administrativos en la formación del recurso humano que interviene en la determinación de los procesos de salud y enfermedad.

Recomendaciones

- Las instituciones educativas y de salud deben coordinar la formación de las carreras nuevas y especialidades de los RRHH de salud, respetando los perfiles legales existentes y las necesidades de las instalaciones del país.
- El MINSA como Ente Rector debe asegurar la elaboración e implementación en todas las instituciones del sector salud, una política de formación, capacitación continua de los profesionales, técnicos y administrativos que incluya de forma transversal un componente de promoción de la salud, identificación de factores de riesgo, prevención de enfermedades, que garantice el relevo generacional.
- Asignar y ejecutar equitativamente las partidas presupuestarias necesarias para desarrollar una educación continua en Salud y sectores relacionados, de su RR.HH. (Administrativo, Técnico y Profesionales), capacitando a todos los grupos ocupacionales en temas específicos para que cumplan sus tareas de forma efectiva y de bioseguridad de acuerdo al ambiente de desempeño de sus funciones.
- En las carreras técnicas y administrativas necesarias, deben establecerse alianzas estratégicas con instituciones que atiendan la formación vocacional y técnica, como el INADEH, Universidades y MEDUCA, ya que hay deficiencias de este RR.HH, en las instalaciones de salud.
- Las instituciones de Salud y sectores relacionados deben diseñar e implementar un programa de inducción para todos los nuevos ingresos, que incluya temas institucionales, temas específicos inherente al cargo, la prevención y promoción de salud.
- Para todo el personal, nuevo y actual, la instituciones de Salud y sectores relacionados deben diseñar e implementar un programa de capacitación específico orientado a mejorar la atención al usuario.

3.2. F.4. Instalaciones de Salud MINSA-CSS y otras de interés Sanitario

Nudos Críticos:

- El 59.1% del total de las instalaciones de salud son sub centros de salud y puesto de salud, donde la cartera de servicio brindada excede lo que está establecido en la norma y es brindada por un ayudante de salud o técnico de enfermería y una parte de ellos están cerrados.
- Déficit en la provisión de insumos y recursos necesarios para la prestación de servicios.
- Fallas en la supervisión de la prestación del servicio.
- Falta de una política de mantenimiento de equipos e infraestructuras.
- El modelo de atención que se desarrolla actualmente en las instalaciones prioriza, incluyendo a nivel arquitectónico, la atención curativa y patocéntrica en detrimento de las acciones de promoción y prevención.
- Falta de actualización en la organización de la red de instalaciones existentes, que contemple los niveles de atención y complejidad.
- Falta de respuesta oportuna para el traslado de pacientes por el sistema actual de ambulancia terrestre.
- Insuficiente coordinación interinstitucional en el uso de los diferentes medios de transporte (acuático, terrestre y aéreo) para el traslado de los pacientes.
- Deficiente coordinación interinstitucional en el uso de los diferentes medios de transporte para el traslado de personal de salud, suministros y materiales.
- La construcción de nuevas instalaciones de salud obedece a la voluntad política y/o económica que prevalecen sobre los criterios técnicos de planificación y programación.
- No existe planificación conjunta entre MINSA, CSS y otras instituciones para la construcción de nuevas instalaciones de salud acorde con las necesidades de la población.
- Deficiencia en el cumplimiento de las normas de diseño universal y accesibilidad para las personas con discapacidades.
- Deficientes y/o pésimas condiciones sanitarias en las plantas de sacrificio de animales de abasto agravada por la intervención directa de agentes políticos y/o económicos que comprometen la correcta vigilancia de la zoonosis e inocuidad de los alimentos.
- Incumplimiento de la norma de vigilancia epidemiológica permanente en las plantas procesadoras de cárnicos y embutidos.

- Ausencia y/o deficiencia de vigilancia epidemiológica adecuada en la planta de producción de alimentos, según tipo de riesgo.
- No se aplica correctamente el protocolo y el manual de procedimientos para establecer el traslado de pacientes, según riesgos y acceso a transporte.
- La CSS y el MINSA por sí solas no cuentan con la capacidad de respuesta organizada y adecuada para atender con suficiencia y oportunidad a toda la población.
- Las instalaciones de salud son escasas e inadecuadas en las comunidades apartadas, indígenas, rurales y urbanas marginales.
- Insuficiente transporte y equipo de movilización para cumplir con las acciones de promoción, prevención y atención a la enfermedad.
- Inadecuada organización y gestión funcional del modelo de atención directa (hospitalización, cirugía, consulta externa) que ha provocado una enorme deuda sanitaria acumulada (mora quirúrgica, citas dilatadas, etc.)

Recomendaciones:

- Realizar el diagnóstico situacional de las instalaciones, recuperar la capacidad instalada, reordenar, reorganizar, re articular y fortalecer la red de servicios de salud, por niveles y procesos de atención, grados de complejidad, sectorización geográfica, perfil demográfico y epidemiológico, garantizando el acceso y la cobertura a la misma.
- El Plan Nacional de Salud, debe lograr, por medio de acciones identificadas y priorizadas, el objetivo estratégico de disminuir la brecha de inequidades de recurso financiero, de infraestructuras y de recurso humano capacitado, que impacte positivamente en el estado de salud, de la población más vulnerable.
- Fortalecer la capacidad de gestión resolución de las instituciones de salud a nivel nacional, regional y local que garantice la consecución de los recursos financieros, materiales y equipos y humanos suficiente para que impacten en el estado de salud de la población especialmente la de las áreas más vulnerables.
- Fortalecer la planificación conjunta MINSA-CSS para la reorganización de la red y construcciones de nuevas instalaciones de salud que responda a las necesidades de la población y cumpla con los criterios técnicos establecidos.
- Actualizar y/o desarrollar la normativa y procedimientos técnicos de habilitación y acreditación para las instalaciones y servicios de salud, públicos y privados, establecidos en todo el país.
- Fortalecer la estructura operativa del MINSA, encargada de asegurar el cumplimiento de los procesos de habilitación y acreditación (propia o de terceros) de todas las instalaciones de salud del país.

- Reorganizar los servicios y los horarios de atención para la salud integral, oportuna y continua en las instalaciones, según la demanda comprobada, para garantizar la cobertura de servicios a la población, con adecuada planificación del uso de los recursos humanos e insumos.
- Crear y desarrollar de manera óptima una mercadotecnia social en salud en todas las Regiones, según nivel de atención, enfocada en las acciones de promoción de salud, prevención del daño, saneamiento ambiental y estilo de vida saludables. Esto con coordinación multisectorial.
- Desarrollar una política de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo de infraestructura, mobiliario, materiales y equipos (administrativo, transporte, salud), con la dotación de los insumos necesarios que optimicen el rendimiento de los mismos, durante su ciclo de vida útil.
- Establecer un modelo de atención de salud integral, centrado en el individuo, familia, comunidad, laboral y ambiente, con énfasis en los diferentes niveles de prevención.

3.2. F.5. Cartera de Servicios

Nudos Críticos:

- Deficiencia en acciones conjuntas de orientación de usuarios y personal de salud para la utilización óptima de los servicios brindados por MINSA y CSS.
- La cartera de servicios no está diseñada para responder a la demanda de servicios de salud según grupo etario, situación económica, sexo y área geográfica.

Recomendaciones:

- Establecer una cartera de Servicios homologada, con acciones de salud pública, que responda al perfil epidemiológico por región, según niveles de atención y grados de complejidad, con énfasis en la promoción de la salud y prevención del daño.

3.2. F.6. Coordinación de Redes. Sistema de Referencia y Contrareferencia

Nudos Críticos:

- Llenado incompleto del formulario físico del Sistema Único de Referencia y Contrareferencia (SURCO) por parte del personal responsable, en el caso de no contar con el formulario electrónico.
- La falta de protocolos para el proceso de referencia y contrareferencia que involucre a todos los miembros del equipo de salud.
- Déficit en la transición desde el expediente físico al electrónico con falta de lineamiento y normativa única actualizada para la gestión del SURCO.

Recomendaciones:

- Revisar y actualizar el Sistema Único de Referencia y Contrareferencia existente que permita efectuar los ajustes requeridos en la normativa, priorizando el llenado correcto, uso de la información adjuntada, efectividad de la contra referencia, criterios de aceptación y rechazo de referencias, de acuerdo a los avances tecnológicos implementados.
- Capacitar al personal de salud que ordena referencias para que conozca, aprenda y cumpla con el llenado correcto del “SURCO” (Físico y Digital).

3.2. F.7. Insumos de Salud**Nudos Críticos:**

- Fraccionamiento y trabajo aislado en la Regulación sanitaria de medicamentos, tecnología sanitaria, dispositivos médicos, reactivos de diagnósticos, insumos sanitarios y alimentos y laboratorios de análisis.
- Falta de un sistema de vigilancia, registro y autorización para los insumos sanitarios, productos naturales, productos de limpieza de uso hospitalario y de fármacos de uso veterinario que pueden afectar la salud humana.
- Deficiencia en las diferentes fases del ciclo de abastecimiento de los insumos, con énfasis en la planificación y procesos de adquisición.
- Adquisición de medicamentos e insumos basados en consumos históricos desfasado.
- No hay listado único de medicamentos e insumos sanitarios oficializado (CSS y MINSA).
- No funciona la Ventanilla única para informar los proveedores (sección atención al proveedor).

- Las sanciones no son significativas para los proveedores que incumplen en la entrega del producto.
- Deficiencia en las normas y disposiciones administrativas para el proceso de compra de medicamentos e insumos que burocratiza y dilata la adquisición de los mismos.
- Movimiento frecuente del RRHH que labora en el proceso de compras de medicamentos e insumos.
- Coadministración e inherencia por parte de la Contraloría en el proceso de adquisición de insumos y medicamentos.
- Falta de personal de Contraloría especializados para evaluación de requisiciones y contratos para la priorización en la compra de medicamentos e insumos sanitarios.
- La Contraloría no tiene criterios homologados en cuanto a la aplicación de normas y leyes en el proceso de revisión del expediente de compras.
- El techo establecido para las órdenes de compras de medicamento e insumos es insuficiente, y no está acorde con las necesidades actuales.
- Flexibilidad y permisividad de funcionarios a todos los niveles, con los proveedores, en cuanto a la correcta aplicación de las leyes, lo que propicia actos de corrupción.
- Retraso del Instituto Especializado de Análisis (IEA) para los análisis de medicamentos e insumos sanitarios.
- Presupuesto insuficiente para el IEA.
- La capacidad instalada del IEA es insuficiente para garantizar la calidad e inocuidad de los medicamentos, cosméticos, alimentos, bebidas y evaluaciones ambientales.

Recomendaciones:

- Fortalecer el rol rector del MINSA en el tema de regulación sanitaria de medicamentos de uso humano y aquellos usados en animales que serán sacrificados para consumo humano, tecnología sanitaria, y todos los dispositivos médicos, reactivos de análisis e insumos sanitarios.
- Crear un listado nacional de medicamentos que se ajuste a los más altos estándares de calidad, seguridad y eficacia, basado en evidencia científica que pueda ser evaluado y actualizado con periodicidad; estableciendo los medicamentos de estrecho margen terapéutico y que no puedan ser sometidos a intercambiabilidad automática.
- Crear un listado homologado de insumos sanitarios y administrativos con los más altos estándares de calidad, eficiencia y eficacia, que faciliten los procesos de adquisición y abastecimiento que garanticen la atención al usuario interno y externo.

- Unificar normas, criterios y disposiciones técnicas y administrativas entre todos los actores (fiscalizador, regulador, comprador, proveedor y laboratorio de análisis) para hacer eficiente el proceso de compras de medicamentos e insumos.
- Establecer mecanismos tecnológicos que permitan mantener los inventarios actualizados de insumos y medicamentos, con todos los aspectos que eviten los vencimientos y pérdidas.
- Reforzar el Instituto Especializado de Análisis, desde el punto de vista administrativo, financiero, recurso humano, tecnología de punta, que cuente con capacidad instalada para cumplir sus funciones.
- Acreditar otros Laboratorios de Referencias por la instancia idónea correspondiente.

Medicamentos. Consideraciones Particulares

Nudos Críticos:

- Los actuales mecanismos de funcionamiento y la definición de los precios de medicamentos a través de COMISCA no incentiva su utilización por parte de las diferentes instituciones públicas de salud.
- Deficiente cumplimiento en la aplicación de los protocolos por cada una de las tareas que se desarrollan durante el proceso de registro sanitario.
- Falta de un sistema amigable que permita la consulta y seguimiento de los trámites del Registro Sanitario
- La Dirección Nacional. de Farmacia y droga tiene baja capacidad resolutive para cumplir oportunamente con el proceso de Registro Sanitario.
- Los recursos presupuestarios asignados a la Dirección de Farmacia y Droga son insuficientes para cumplir con sus funciones.
- Falta de alternativas para el abastecimiento de algunos medicamentos esenciales que no pueden seguir comercializándose en el país.
- Falta de los Centro Regionales de Fármaco Vigilancia de MINSA, en calidad de Ente Rector
- Escasa notificación de reporte de fallas farmacéutica, terapéutica y reacciones adversas de medicamento por parte de profesionales y usuarios
- Falta de un sistema informático para integrar y analizar los datos sobre los riesgos y efectos, indeseables y colaterales, de los medicamentos
- Falta de un plan para protección del Personal que esta expuesto a procesos legales.

- Infraestructura que no cumplen con las normas de Buenas Prácticas de almacenamientos de medicamentos y otros insumos sanitarios
- No existe homologación en el sistema de trazabilidad (MINSA-CSS a nivel nacional).

Recomendaciones:

- Re-evaluar las estrategias para que Panamá pueda adquirir medicamentos, seguros, de calidad, de eficacia comprobada, de difícil adquisición y a bajo costo en el mercado regional.
- Ejecutar todas las acciones necesarias para el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de la Dirección Nacional de Farmacia y Droga para que cumpla oportunamente con el proceso de expedición del Registro Sanitario y que le permita mantener su nivel de acreditación.
- Fortalecer el Centro Nacional de Fármaco Vigilancia, que analice los riesgos de los medicamentos a nivel público y privado, asegurando la correcta aplicación de la normativa existente, cumpliendo estrictamente con el análisis aleatorio de las muestras del 100% de los medicamentos en circulación en la República. Informar correctamente y de forma vinculante sobre las diferencias entre medicamentos y productos comerciales, tal como complementos nutricionales. Asegurar el acopio y procesamiento expedito de análisis y difusión de los reportes de eventos adversos por medicamentos.
- Crear una normativa para supervisión obligatoria y permanente por el médico veterinario, en el uso de fármacos veterinarios y productos biológicos, en establecimientos comerciales y empresas, que se dediquen a su producción y distribución.
- Adecuar la red de almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos sanitarios (desde los depósitos a los puntos de despacho y venta), para que cumplan obligatoriamente con la normativa de buenas prácticas establecidas a nivel nacional e internacional ratificadas por el país.

3.2. F.8. Convenios MINSA-CSS

Nudos Críticos:

- Afectación de los presupuestos institucionales por falta de formalización oportuna de los convenios en el año correspondiente
- Falta de revisión y actualización de los costos unitarios a convenir entre las instituciones
- La estimación de los servicios contemplados en cartera no se hacen por región, pese a la diferencia de costos y servicios entre región en los convenios de compensación
- La existencia de techos presupuestarios de compensación de costos implica desequilibrios en la gestión financiera de las dos entidades
- No hay saneamiento de las cuentas para compensación de costos desde el año 2008.

Recomendaciones:

- Unificar criterios, normativas y disposiciones legales entre las partes involucradas de los convenios CSS/MINSA, para la prestación de servicios de salud a sus poblaciones de responsabilidad de manera que sean formalizados para plazos plurianuales, efectivos en la actualización de costos a convenir y las carteras de servicios a prestar.
- Divulgación periódica por el MINSA, a la población y funcionarios de salud, sobre los convenios existentes relacionados con Salud Pública que incluya el manejo de sustancias químicas peligrosas.
- Sanear los saldos financieros existentes CSS/MINSA del convenio de compensación de costos del interior del País.
- Dependiendo del modelo de atención y financiamiento a implementar, consensuar un nuevo convenio nacional plurianual interinstitucional, que asegure a todos los panameños una cartera de servicios actualizada con cobertura universal y prestaciones integrales, coordinada, con valores de costos definidos y transferencia de recursos.

3.2. F.9. Programas de Salud

Nudos Críticos:

- Pérdida de la visión integral, poblacional y nacional de los programas de salud, que permita restablecer el enfoque de los procesos de promoción y prevención de la salud
- La ejecución de los programas de salud se han debilitado en sus componentes de promoción, prevención e integración, sin tomar en cuenta los riesgos a los cuales está expuesta la población en los diferentes espacios donde vive
- Desactualización de las Normas de los Programas de salud.

- Las estructuras organizativas y presupuestarias de las instituciones de salud, no tienen incluido a todos sus Programas
- La asignación de los recursos económicos a las concesiones privadas ha debilitado los Programas Institucionales
- Falta de una coordinación permanente intra e intersectorial con los programas de salud
- En los Programas de Higiene Social y acceso a los servicios de salud, falta de una atención integral basada en los derechos humanos y laborales en las acciones de vigilancia, control y monitoreo.

Recomendaciones:

- Fortalecer, reorganizar, coordinar y homologar los programas de salud, en el marco de una política nacional de salud, sus componentes de promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria, con articulación intra e intersectorial, monitoreando las acciones y evaluando los impactos logrados.
- Los programas de salud serán ejecutados por las instituciones públicas de salud, tomando en cuenta el proceso de desarrollo del ser humano y la influencia de los determinantes de la salud

3.2. F.10. Promoción de la Salud con Participación Social

Nudos Críticos:

- Escasa participación de la comunidad (individual y organizada) en los esfuerzos institucionales de promoción de la salud.
- La falta de competencia cultural de todas las partes involucradas, constituye una barrera entre el personal de salud y la población que afecta la promoción de la salud y el acceso a la atención.
- Poca coordinación y planificación efectiva de las instituciones, intra y extra, sectorial, para influir sobre los determinantes de la salud y enfermedad.
- Debilidades del Ente Rector para cumplir con las funciones de conducción del proceso de promoción de la salud en todos los ámbitos del país.
- Ausencia de una Política de Responsabilidad Social que apoye la Salud Integral en el País con base en la Norma DGNTI-COPANIT ISO 26,000

Recomendaciones:

- Fortalecer la promoción de salud y la participación social organizada, implementando mecanismos que garanticen la contraloría social de salud y asegure la participación de los ciudadanos y de las comunidades en los procesos de decisión, planificación, ejecución y evaluación a través de organismos en todas las instalaciones de salud.

3.2. F.11. Otras Entidades del Sector Salud**Autoridad de Aseo Urbano y Domiciliario (AAUD)****Nudos Críticos:**

- No hay un Plan Nacional coordinado con los Municipios y las otras instituciones involucradas, para el manejo de los desechos sólidos, según tipo y riesgo, que produce altos niveles de contaminación ambiental, reducida vida útil de los vertederos, alto número de vertedero en sitios no adecuado o a cielo abierto, alta quema de basura a cielo abierto y alta cantidad de desechos no recolectados.
- Ausencia de acciones de educación y orientación, por parte de las autoridades locales y nacionales, dirigidas a mejorar los hábitos de comportamiento de la población, valorizando los desechos como recursos para el bienestar humano y la reducción de la contaminación medioambiental.
- Amplios márgenes de ambigüedad entre el rol de la Autoridad de Aseo y las funciones de los Municipios establecidas por la ley, en materia de desechos.
- Ineficiente supervisión y fiscalización del manejo de los desechos por parte del MINSA.

Recomendaciones:

- Desarrollar una política nacional para el manejo de los desechos según tipo y riesgo, que contemple una campaña para incentivar y concientizar a la comunidad de la necesidad de mantener limpios los centros habitados y la protección del medio ambiente, que promueva la práctica del reciclaje y una disminución significativa de los desechos y de los sitios contaminando.

Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN)**Nudos Críticos:**

- El sistema de provisión del agua representa un punto crítico fundamental siendo desorganizado, contradictorios y sin planificación
- El 30% de la población panameña no tiene acceso al agua potable y las áreas críticas son Bocas del toro, Panamá Este, Darién, Coclé y no hay datos de las comarca.
- No hay recolección ni tratamiento de las aguas residuales en el 55% de las áreas pobladas del país.
- Falta de planificación y modernización del sistema de distribución de agua potable y alcantarillados, con el cumplimiento de las normas, en el sector de la construcción.
- Falta de información sobre los acuíferos nacionales (número, ubicación y capacidad).
- Falta supervisión y vigilancia de las fuentes de aguas, por las autoridades pertinentes (Estado) y la población en general.
- El uso no controlado de los plaguicidas por parte de las autoridades correspondientes, detergentes y otros contaminantes químicos (domésticos, industriales y mineros) que son vertidas a las fuentes de agua constituyendo una amenaza latente, que atentan contra la salud ciudadana.
- Falta de protección de las zonas de recargas hídricas y cursos de agua, por efecto de la deforestación y la contaminación animal y humana de las aguas.
- Alta morosidad en el pago de los cánones de agua que afecta financieramente la gestión de la estructura de provisión de agua potable
- Deficiencia en el desarrollo de una cultura de ahorro de agua, por escasa intervención educativa y falta de instrumentos de evaluación de las mismas.
- Insuficiente asignación presupuestaria y de recursos humanos al IDAAN para cumplir con la funciones de recaudación, distribución y mantenimiento.
- No existe sistema para el tratamiento de las excretas a nivel nacional con excepción de la capital.
- La mayoría de los acueductos rurales excedieron su vida útil y no satisfacen las necesidades de la población como son: las estructuras, captaciones, filtros y tanques requieren reemplazo o rehabilitación.
- No se aplica tratamiento (físico o químico) al agua que distribuyen la mayoría de los acueductos rurales.
- Falta de mantenimiento en todo el sistema de acueductos rurales (toma de agua, tubería, etc.)
- Las infraestructuras de almacenamiento solo permiten almacenar agua proveniente de una fuente.
- Diseños técnicos en áreas rurales y/o de difícil acceso no consideran tecnologías apropiadas para poblaciones rurales muy dispersas o muy concentrada

- Las JAAR presentan carencias en las capacidades administrativas, alta morosidad con problemas de sostenibilidad.
- Carencia de personal, para asistencia técnica calificada a nivel institucional y en las organizaciones sin fines de lucro que apoyan las JAAR.
- No hay alianzas entre comunidades y autoridades locales para la gestión del agua.

Recomendaciones:

- Desarrollar un plan nacional de regulación y control de uso de agua, para identificar y proteger, la calidad, cantidad y uso de las fuentes hídricas superficiales y subterráneas, en el país.
- Gestionar eficientemente el abastecimiento del agua potable y segura, garantizando, en el menor tiempo posible, el 100% de acceso al agua potable para todos los panameños.
- Mantener la propiedad y la gestión pública del agua, en todos sus aspectos (producción, distribución y comercialización), sin recurrir a concesiones privadas.
- Desarrollar, por parte de las autoridades competentes, un plan nacional basado en tecnología apropiada, que contemple sistemas urbanos y rurales de alcantarillados, disposición y tratamiento de aguas servidas.
- Revisar las competencias de MINSA, ASEP y Ministerio Ambiente en cuanto al tema de agua, con el objetivo de aclarar responsabilidad y duplicidades existentes
- Fomentar y consolidar a nivel nacional por parte del MINSA, la asociatividad entre las JAAR y los Municipios, en su capacidad de autogestión, mantenimiento y sostenibilidad

Autoridad Panameña de Seguridad Alimentaria (AUPSA)

Nudos Críticos:

- Estructura organizacional débil en los niveles operativos, técnicas y unidades funcionales.
- Incumplimiento de las normas, control, vigilancia de la inocuidad, bioseguridad y la no toxicidad de los alimentos de productos importados
- Dificultad en la vigilancia, monitoreo y control de alimentos (ej.: etiquetas idioma no comprensible , información nutricional , vigencias , registros sanitarios y otros)
- Déficit de recurso humano (técnico-especializada y administrativo) y falta de capacitación

- Insuficiente transporte y equipo de movilización, para llevar a cabo las acciones de esta autoridad.
- Poca coordinación entre MINSA, AUPSA y MIDA.

Recomendaciones:

- En coherencia con la función rectora de MINSA, integrar jerárquicamente las funciones de AUPSA bajo la estructura organizacional del Ministerio de Salud, asegurando la función de Vigilancia del Ministerio desde el momento de entrada del alimento importado, con el mismo esquema utilizado para los alimentos de producción nacional.

Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA)

Nudos Críticos:

- Déficit de recurso humano técnico y administrativo (especialmente médicos veterinarios)
- Coordinación debilitada entre MIDA- MINSA sobre el manejo de la información de la Zoonosis (tuberculosis, brucelosis y otros)
- No existe el mapa epizootiológico de las enfermedades en los animales y su riesgo para los humanos.
- Venta de medicamentos veterinarios sin receta médica (hormonales, antibióticos, anestésicos y barbitúricos).
- Debilidad del MINSA en la rectoría y coordinación con ANA, MICI, MIDA y otras instituciones involucradas en la vigilancia y control de la producción de los alimentos producidos e importados por Panamá.
- Ineficiente vigilancia sanitaria en algunos puertos y aeropuertos del País.

Recomendaciones:

- Fortalecer la función rectora del MIDA y MINSA, asegurando la independencia de los funcionarios encargados del cumplimiento de las normativas que se refiere a la zoonosis y a la producción de alimentos.

3. G. Evaluación de los componentes fundamentales de la Salud

Los componentes fundamentales de la Salud, utilizados para este proceso de evaluación fueron la demanda (pertinencia o necesidad), la oferta (adecuación), los procesos (eficiencia), los productos (eficacia) y el impacto (efectividad).



Estos componentes fueron establecidos de forma transversal desde el inicio del diseño de la hoja de ruta, para recopilar la información que se solicitó para el desarrollo del diagnóstico del sistema actual de salud.

La información obtenida en cada una de las matrices diseñadas para estos componentes fundamentales de evaluación, fue analizada con las limitantes existentes, al no contar con toda la información solicitada por la mesa del diálogo, por lo que, no se pudo establecer el análisis de lo que no se pudo obtener.

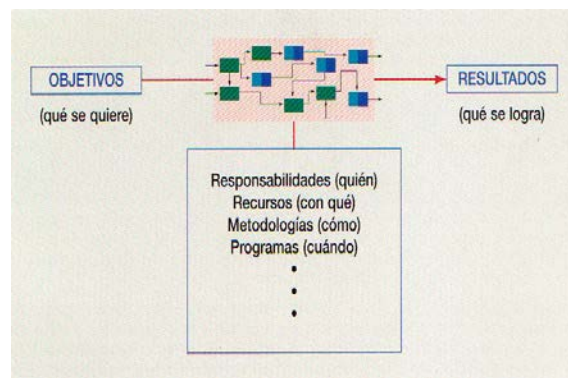
Los resultados de esta evaluación se resumieron en todos los nudos críticos y recomendaciones por tema específico de la hoja de ruta dentro de cada componente, documentado anteriormente.

Un aspecto común en todos los componentes evaluados de nuestro sistema de salud, es la falta de un Sistema Único de Información, que permita establecer el punto de partida de todo proceso de planificación, monitoreo y evaluación, luego de conocer e identificar los problemas.

Consideramos que este problema es muy serio, pues mientras no se den los correctivos hacia una verdadera mejora de este gran Nudo Crítico, el sistema de salud no va a mejorar porque simplemente *no conoce*, lo que *se debe cambiar*.

Toda evaluación inicia conociendo el problema (es el conocimiento y sabiduría dado por el análisis de la información), luego debe planificar lo que se quiere (objetivos), analizar con qué cuenta (recursos), quiénes actuarán (responsables), cómo lo harán (metodologías), cuándo lo harán (programas) y finalmente establecer los logros esperados (resultados).

Sin información adecuada, toda la cadena resultará caótica, incoherente, confusa, fragmentada, ineficiente, inefectiva y con resultados e impactos negativos e insatisfactorios que no logran resolver la problemática y empeoran la salud de la población.



4. LINEAMIENTOS PROPUESTOS PARA LA MEJORA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

4.0. Fundamentos de los Lineamientos

Los principales fundamentos de los lineamientos propuestos para la mejora del Sistema Público de Salud son los siguientes:

- Sistema Nacional de carácter Público en su gestión, Público en la provisión y Público en su financiamiento.
- Equitativo hacia la cobertura universal de forma gradual hasta lograr completar sus tres dimensiones (Acceso, Cobertura y Calidad Universal)
- Considerar en su modelo de gestión y provisión de servicios integrales de salud los siguientes aspectos:
 - a) Fortalecimiento de Rectoría en todas sus dimensiones;
 - b) Todos los niveles de prevención de la atención como son,
 - i. la Prevención Primordial y Primaria (Promoción de la Salud Integral, Protección Específica, Participación social e Intersectorialidad) ;
 - ii. la Prevención Secundaria (con Diagnóstico temprano, Tratamiento precoz y Limitación del Daño)
 - iii. la Prevención Terciaria (Rehabilitación, Cuidados Paliativos entre otros).
- Aumentar los recursos financieros para el Sistema Nacional Público de Salud con énfasis en los procesos definidos en su modelo de gestión y de provisión de servicios integrales.
- Los Recursos Financieros serán destinados primordialmente hacia: la disposición de un Sistema de Información apropiado ; reconversión a la Estrategia de Atención Primaria; recuperación de capacidad Instalada con bioseguridad; estructurar la coordinación interinstitucional; optimizar el sistema de evaluación y control de todos los procesos de gestión; optimizar la selección y dotación de Recursos Humanos y analizar resultados versus impacto logrado.
- Reformar la actual estructura presupuestaria para visibilizar la inversión en salud pública, de tal manera, que permita la obtención del gasto invertido en salud, de forma transparente y oportuna para los mejores análisis económicos del sistema.
- Considerar los recursos consignados presupuestariamente en las Instituciones extra sectoriales (Meduca, Mides, Policía Nacional, IDAAN, Presidencia, MINGOB, entre otras), que inciden en los factores determinantes de la salud para que el MINSA como

ente rector, participe en la modulación de dichos recursos junto a estas instituciones y la sociedad organizada.

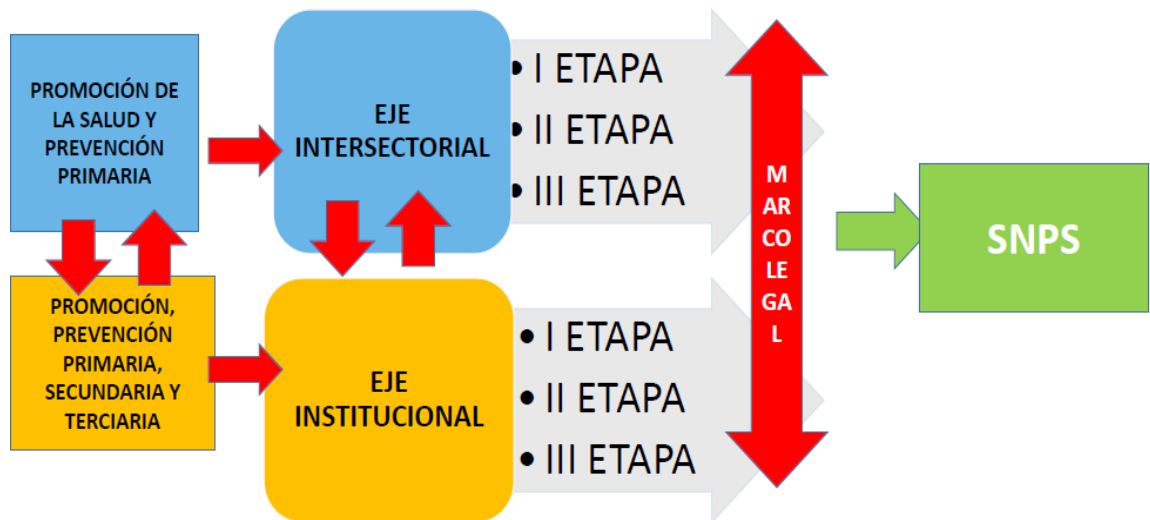
4.1. Ejes definidos para los Lineamientos

Se incluyen dos ejes para la ejecución de los lineamientos definidos en la mesa del diálogo, para la mejora del sistema nacional público de salud.

Estos ejes son: El Intersectorial y el Institucional. Ambos ejes, serán implementados de forma gradual y progresiva a lo largo de tres etapas.

Para cada eje se definieron diversos temas, con el establecimiento de ejes de trabajo, metas, acciones estratégicas y resultados esperados en cada una de las etapas de cada área temática específica, dentro de cada uno de los ejes de la propuesta.

EJES ESTRATÉGICOS FUNDAMENTALES DE LA PROPUESTA



4.1.1. Eje Intersectorial

Este eje definido, incluye a todos los actores que deben participar de forma conjunta en el abordaje de los Determinantes de la Salud, como elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en los individuos, familias y comunidades.

Los Determinantes de la Salud, se definen como el **“conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones”**. (OMS, 1998)

Su abordaje incluye todos los procesos de Prevención Primaria, que incluye la Promoción de la Salud, la Protección Específica, la Participación social, el trabajo interinstitucional del Sector Salud y de otros sectores.

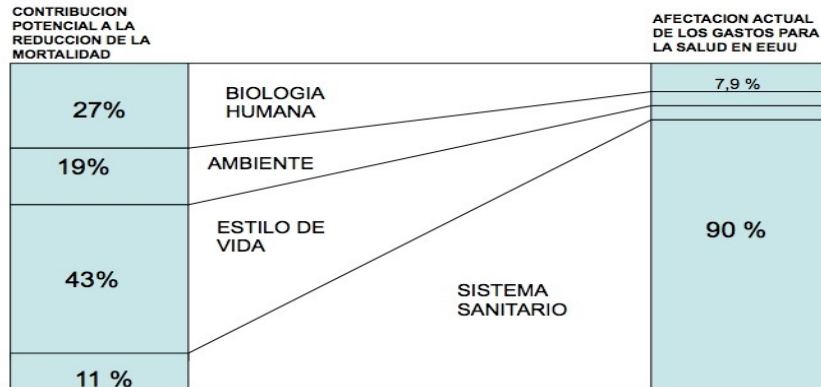
En 1974, Marc Lalonde Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud Pública explicativo y aún vigente, de los determinantes de la salud donde se reconocen como tales, al estilo de vida, el ambiente, la biología humana y la organización de los servicios de salud.

Lalonde, estableció la importancia o efecto relativo, que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública.

Al inicio se le atribuyó una mayor importancia al medio ambiente y al estilo de vida; posteriormente la mayor importancia recayó en el sistema de asistencia sanitaria, sin embargo, hoy sabemos que la salud no se mejora y se mantiene, teniendo sólo sistemas de atención de la enfermedad.

El modelo de Lalonde, generó el estudio epidemiológico de Dever en USA, 1978, el cual estableció la relación porcentual entre los grupos de determinantes de la salud, los niveles de reducción de mortalidad y el gasto invertido en los mismos. De esta manera, al factor de biología humana se le atribuyó el 27% en la reducción de mortalidad y el 7.9% del gasto invertido. A los estilos de vida saludables un 43% en la reducción de mortalidad con un gasto de 1.5%. Al ambiente un 19% para la reducción de mortalidad, con un gasto de 1.6% y finalmente al grupo de los servicios sanitarios se le atribuyó el 11% para la reducción de mortalidad con el mayor gasto invertido del 90%. Todo esto mostró que el grupo de factores que más se invierte es el que menos contribuye en la reducción de mortalidad. (Ver gráfico adjunto)

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD



Dever, GEA. "An epidemiological Model For Health Policy Analysis". 1976

Para delimitar verdaderamente el concepto de Salud, se tiene que hacer referencia a diversos factores o determinantes que actúan sobre la salud y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.

Todos estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por componentes multisectoriales donde las acciones de la salud pública deben dirigirse para lograr esa modificación. Las acciones intersectoriales, constituyen la mejor forma de realizar un trabajo eficaz donde se asume una responsabilidad compartida por los diferentes sectores, para la reducción de las inequidades en salud.

Surge así el modelo de los Determinantes Sociales de Salud, propuesto por la "Comisión Mundial de la OMS sobre estos Determinantes. Este modelo pone énfasis en los contextos socio-económicos y políticos, así como, en *los determinantes estructurales* que pueden originar las desigualdades de salud.

Los determinantes estructurales de acuerdo a la Comisión son "aquellos que generan estratificación y división social de clases en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder prestigio y acceso a los recursos (OMS, 2007 pg. 34). Los principales determinantes son: renta, educación,

ocupación, clase social, género y raza o etnicidad. El contexto junto con los determinantes estructurales constituyen *los determinantes sociales de las desigualdades en salud*.

Existen tres componentes principales del modelo que pueden afectar las desigualdades en salud que son los siguientes:

- ❖ El contexto socio-político; donde se sitúan los gobiernos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales y las relacionadas con la salud. Así mismo, considera otros factores relevantes como: la cultura, los valores y las normas sociales. El Estado de bienestar y las políticas redistributivas son dos de los factores que más influyen en la salud.
- ❖ Los determinantes estructurales y la posición socioeconómica; sitúa los aspectos principales de la jerarquía social que definen la estructura social y las relaciones de clase, dentro de la sociedad. Estas características están relacionadas con la distribución del poder, el prestigio y los recursos. Esta estratificación de los grupos sociales por los ingresos, el género, la etnia, la educación, la ocupación y otros factores conlleva la creación de desigualdades sociales en las condiciones de vida y de trabajo, afectando el derecho a la salud, por lo cual es fundamental el empoderamiento de los grupos vulnerables para tener mejor control sobre los factores que determinan su salud y mayor capacidad para tomar decisiones.
- ❖ Los factores intermedios, que incluyen a las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores fisiológicos, factores relacionados con el comportamiento, que actúan junto a los determinantes estructurales de la salud. El sistema de salud se incorpora al modelo, como un determinante social más de la salud. La capacidad del sector sanitario para producir salud, se manifiesta a través de las diferencias en la vulnerabilidad, en la exposición y en las consecuencias de la enfermedad.

La mesa del diálogo, considerando todos estos modelos y los elementos analizados del diagnóstico, decide priorizar algunos grupos relevantes de determinantes de la salud, definiendo un eje de trabajo para tres etapas, con metas, acciones estratégicas y resultados esperados según cada etapa definida.

Estos grupos de determinantes son los laborales, educativos, físico-ambientales, seguridad y justicia, económico y social, transporte y red vial, vivienda, sanitarios, migración interna y externa y seguridad alimentaria.

4.1.1. A. Laborales

El trabajo es considerado como un elemento imprescindible para una vida saludable, tanto por la retribución económica que otorga, como por el hecho social que contribuye a la realización de la persona y al progreso de la comunidad. Sin embargo, este aspecto positivo puede acompañarse de otro negativo, como son las alteraciones del estado de salud derivadas de las condiciones y medio ambiente del trabajo en las que se desarrolla.

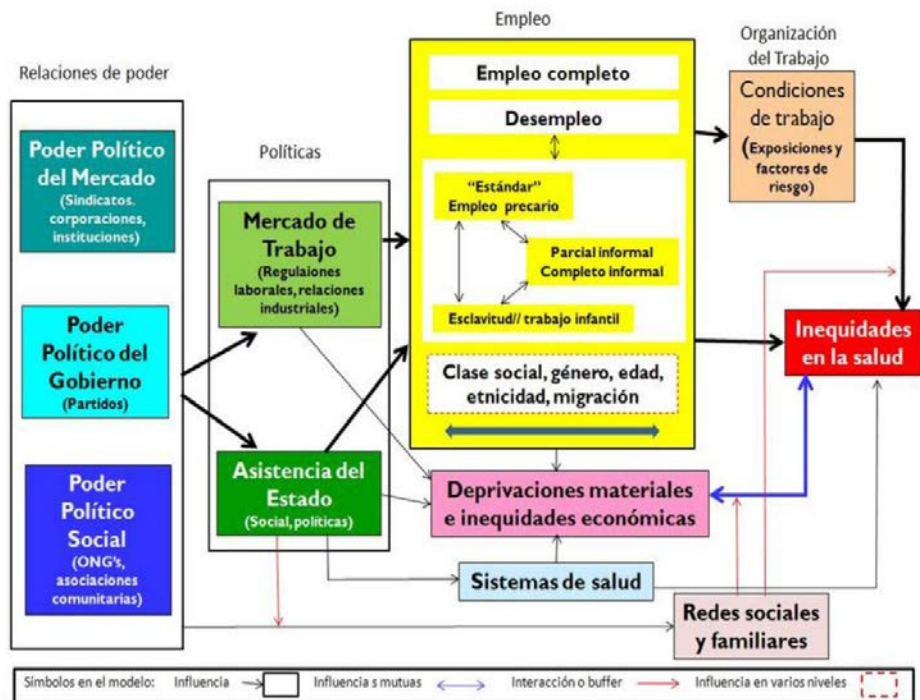
La visión tradicional de la salud ocupacional y/o medicina del trabajo han restringido sus intervenciones exclusivamente a los aspectos concernientes a la seguridad e higiene, o a las repercusiones médicas de la inseguridad e insalubridad. Desde esta perspectiva no interesaría conocer los elementos que conforman el proceso de trabajo, pues lo importante no sería el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo, sino el control operativo del riesgo físico, etc. y/o la calificación del riesgo profesional. En otras palabras, esta concepción escinde al hombre que trabaja en el componente ocupacional y el no ocupacional.

Cuando hablamos de salud de los trabajadores o salud integral de los trabajadores o de salud en el trabajo, se plantea una concepción integral que supera la dicotomía, antes mencionada, y transforma al trabajador de un objeto de producción a ser sujeto de producción y reproducción de la salud. Consideramos imperativo abordar la problemática desde una visión integral entre los distintos momentos que vive el hombre.

En base a lo antes expuesto hay dos escenarios donde interactúan los determinantes de la salud laborales.

El primero comprende los fenómenos macro (tales como las relaciones de poder, el desarrollo de políticas, las condiciones de empleo y la organización del trabajo que en su conjunto determinan las inequidades de salud en relación a los trabajadores y su familia).

Macro - Marco teórico de las relaciones de trabajo y las inequidades en salud

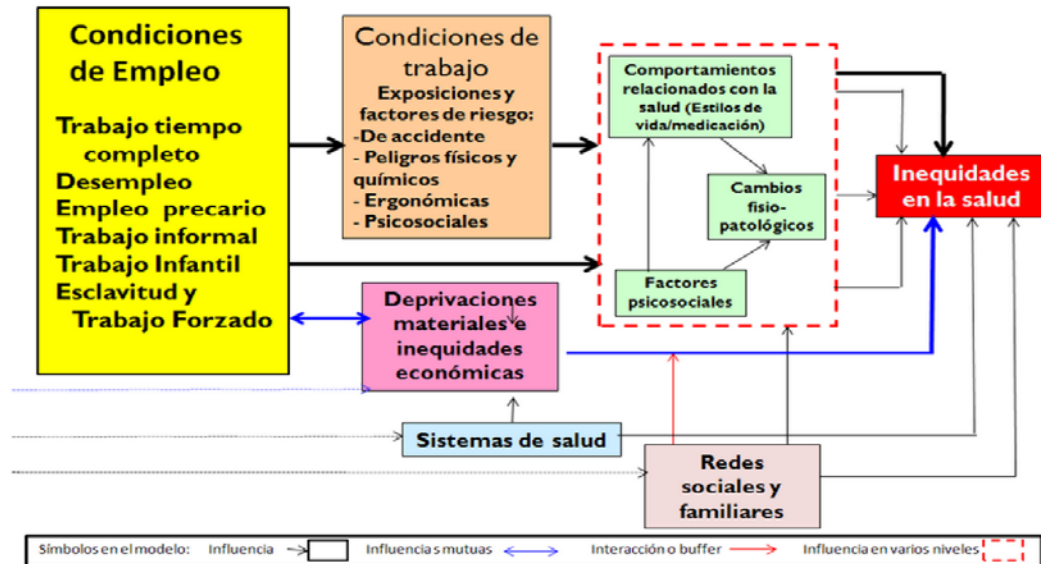


Fuente: Benach, J., Muntaner, C. & Santana, V (2008) Employment Work & Health Inequalities: a Global Perspective. WHO CSDH, In: Proceedings Global strategies: Improving labor conditions for working poor.. IHSP, McGill University, Montreal, May 2008

23

El segundo se sitúa en el contexto de los niveles micro en la empresa y comprende las condiciones de empleo, las condiciones de trabajo (las exposiciones a riesgos), comportamiento relacionados con la salud, los cambios fisiológicos y factores psicosociales que se expresan en inequidades en salud.

Micro - Marco teórico de las relaciones de trabajo y las inequidades en salud



Fuente: Benach, J., Muntaner, C. & Santana, V (2008) Employment Work & Health Inequalities: a Global Perspective. WHO CSDH, In: Proceedings Global strategies: Improving labor conditions for working poor.. IHSP, McGill University, Montreal, May 2008

24

El eje de trabajo definido para los determinantes de salud laborales, es la *Salud y Seguridad en el Trabajo*.

Para cumplir con este eje, se definen las metas por etapas, de manera tal, que permitan lograr la construcción de un Sistema de Salud y Seguridad Ocupacional coordinado y articulado en las acciones de Promoción y Prevención con todos los actores responsables involucrados al final del proceso.

Estas etapas, metas, acciones estratégicas y resultados esperados, definidos en el grupo de determinantes laborales, son los siguientes:

I Etapa:

Meta:

Establecer una coordinación intersectorial entre los diferentes actores, bajo la rectoría del MINSA.

Acciones Estratégicas:

- Establecer una coordinación intersectorial entre diferentes actores involucrados (MINSA, Ministerio de Trabajo y otros), para definir competencias de cada institución en materia de prevención de salud y seguridad del trabajo.
- Activar la comisión interinstitucional ampliada a los empleadores y trabajadores organizados bajo la rectoría del MINSA.
- Elaborar un Plan Nacional de Trabajo para:
 - a. Establecer un Sistema de Información y comunicación a nivel nacional en su primera fase para la notificación del problema de salud, fuera del sistema institucional.
 - b. Elaborar un Diagnóstico de Salud y Seguridad en el trabajo nacional.
 - c. Revisar el marco legal para el ejercicio inicial de las acciones preventivas de salud y seguridad del trabajo con los ajustes respectivos meritorios.
 - d. Elaborar y Homologar los Estándares, reglamentos de salud y seguridad en el trabajo en áreas críticas fundamentales (sustancias químicas peligrosas, turnos rotativos, construcción, instalaciones de salud, radiaciones ionizantes, plaguicidas, industrias farmacéuticas,).
 - e. Elaborar y Homologar los Estándares, reglamentos de salud y seguridad en el trabajo en todas las otras áreas no críticas.
 - f. Elaborar las guías y protocolos para la clasificación y calificación del riesgo profesional y sus secuelas.
- Formar y Capacitar a todos los agentes a nivel intersectorial en SSO y todos los procesos relacionados existentes.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa.

Resultados esperados:

- Coordinación efectiva con las competencias definidas de cada institución para la prevención en salud y seguridad del trabajo.
- Comisión interinstitucional ampliada y activada bajo la rectoría del MINSA con la estructura organizativa creada respectivamente.
- Plan Nacional de Trabajo elaborado con inclusión de:
 - a. Evaluación Actual del Proceso de Registro y Notificación de los Problemas de Salud laborales.

b. Diseño estructural establecido para el sistema de información y comunicación a nivel nacional que incluya a trabajadores formales e informales (Fase de registro y notificación)

c. Implementación inicial del Sistema de información y comunicación para el registro y notificación.

- Diagnóstico de Salud y Seguridad en el trabajo realizado
- Marco legal revisado y ajustado para iniciar el ejercicio de las acciones preventivas de salud y seguridad del trabajo.
- Estándares, reglamentos elaborados y homologados para áreas críticas en salud y seguridad en el trabajo
- Estándares, reglamentos de salud y seguridad en el trabajo elaborados y homologados en todas las áreas pendientes
- Guías y protocolos elaborados para la clasificación y calificación del riesgo profesional y sus secuelas.

LABORALES	
EJE DE TRABAJO	METAS POR ETAPAS
SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	I° ETAPA Establecer una coordinación intersectorial entre diferentes actores bajo la rectoría del MINSA
	II° ETAPA Red intersectorial establecida y funcionando para las acciones de Promoción y Prevención en Salud y SSO
	III° ETAPA Sistema Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional articuladamente en las acciones de promoción y prevención.

- Agentes intersectoriales formados y capacitados en los procesos existentes relacionados a los temas de SSO
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa.

II Etapa:

Meta:

Red Intersectorial establecida y funcionando para las acciones de Promoción y Prevención en Salud y Seguridad Ocupacional.

Acciones Estratégicas:

- Conducir el trabajo del Sector de Salud bajo la Dirección de Salud y Seguridad Ocupacional del MINSA, con la formación de comisiones nacionales intersectoriales de Salud y Seguridad Ocupacional, según las actividades económicas.
- Establecer la Planificación estratégica conjunta intersectorial con las comisiones establecidas para las acciones de Promoción y Prevención en Salud y Seguridad Ocupacional (SSO).
- Establecer la articulación operativa intersectorial, para la implementación de acciones de promoción y prevención de Salud y Seguridad Ocupacional (SSO) de todos los trabajadores del país con la utilización de guías y protocolos.
- Completar la implementación del Sistema de Información en su fase de registro y notificación con seguimiento, evaluación intermedia e implementación del sistema de vigilancia en SSO.
- Determinar los Programas Específicos para la Promoción, Prevención y Vigilancia de la SSO de los trabajadores con ajuste en la normativa legal.
- Continuar ajustes del marco legal según procesos implementados intersectorialmente en el tema de Promoción y Prevención de SSO para todos los trabajadores a nivel nacional.
- Implementar los estándares, reglamentos de salud y seguridad en el trabajo en áreas críticas fundamentales
- Implementar los estándares, reglamentos de salud y seguridad en el trabajo en todas las áreas pendientes.
- Implementar las guías y protocolos para la clasificación y calificación del riesgo profesional y sus secuelas.
- Capacitar de forma continua a los agentes intersectoriales formados, para el ejercicio de las funciones que se deben implementar
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso.

Resultados Esperados:

- Comisiones nacionales de SSO intersectoriales, formadas bajo la rectoría del MINSA.
- Plan Nacional Estratégico de acciones de Promoción y Prevención en SSO elaborado.
- Equipos de trabajo intersectoriales, articulados operativamente para la implementación de acciones de promoción y prevención de SSO de los trabajadores del país.
 - a. Sistema de información y comunicación implementado en el registro y notificación
 - b. Monitoreo y Evaluación intermedia del sistema de información.
 - c. Retroalimentación con información del sistema de información institucional en materia de SSO
 - d. Implementación del Sistema de Vigilancia en SSO
- Programas específicos para la Promoción, Prevención y Vigilancia de la SSO de los trabajadores con ajustes en la normativa legal
- Revisión completada del Marco Legal con ajustes respectivos
- Estándares y reglamentos implementados en áreas críticas en salud y seguridad en el trabajo
- Estándares y reglamentos de salud y seguridad en el trabajo en todas las áreas pendientes.
- Guías y Protocolos implementados para la clasificación y calificación del riesgo profesional y sus secuelas.
- Agentes intersectoriales capacitados de forma continua para el ejercicio de todas las funciones definidas
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa.

III Etapa:**Meta:**

Sistema Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional articuladamente en las acciones de Promoción y Prevención.

Acciones Estratégicas:

- Insertar el tema Salud y Seguridad Ocupacional (SSO) en todas las Políticas Públicas del país.

- Establecer un Proceso continuo intersectorial de planificación estratégica, con monitoreo y evaluación del tema de SSO.
- Promover y desarrollar la Cultura de SSO intersectorialmente para minimizar los riesgos.
- Establecer el sistema de Información intersectorial para el registro y notificación de SSO fortalecido y articulado con todo el sistema de información institucional de salud
- Establecer un proceso de revisión permanente de la normativa legal frente a los cambios organizacionales y tecnológicos.

Resultados Esperados:

- Políticas de SSO insertadas en las políticas públicas laborales del país.
- Proceso continuo de Planificación estratégica, con monitoreo y evaluación del tema de SSO establecido.
- Cultura de SSO intersectorialmente promovida y desarrollado
- Sistema de información intersectorial fortalecido en el registro y notificación de SSO y articulado con el sistema institucional de salud
- Normativa legal bajo proceso de revisión continua frente a los cambios organizacionales y tecnológicos.

4.1.1. B. Educativos

Las acciones educativas deben combinar los abordajes del **enfoque intercultural**, para analizar la realidad de las personas y comprender su medio ambiente y del **enfoque de riesgo** que permita identificar todo los elementos que puedan afectar la salud, mitigando los riesgos mediante el autocuidado de la salud con el fortalecimiento de la educación en salud, dentro del sistema educativo.

La educación en salud no es dominio exclusivo del sector salud. El propósito de las acciones educativas es elevar los conocimientos de la población en relación a la salud de forma general al igual que otros temas y lograr su participación en el autocuidado de su salud, empoderando a la población para que participen en la prevención de enfermedades futuras.

La provisión de servicios de salud y educación, son acciones sociales que brindan y garantizan a las comunidades el desarrollo de la población. Por esto, la comunidad debe

jugar un rol activo de participación, iniciativa, responsabilidad, sostenibilidad y autogestión en la solución de sus problemas de salud con el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y desarrollo social, logrando finalmente que las personas se hagan responsables de su propia salud.

La educación como proceso formador, permite a las personas incrementar el conocimiento para poder controlar su salud.

En cambio la educación de la salud, es un instrumento transversal inherente a cada uno de los niveles descritos de la atención integral que debe ser incorporado al sistema educativo asumiéndolo toda la comunidad escolar: profesores, alumnos, padres y madres con el objetivo de conseguir la formación integral del alumno para el fomento de su salud.

El eje de trabajo para los determinantes educativos es la Salud ***Integral Escolar con educación en salud y enfoque intercultural***, para el cual se definieron tres etapas con metas, acciones estratégicas y resultados esperados que son:

I Etapa:

Meta:

Coordinación efectiva intersectorial establecida para el tema de educación en salud dentro de todo el sistema educativo.

Acciones Estratégicas

- Establecer la coordinación intersectorial convocando a todos los actores involucrados para el abordaje de los determinantes de salud en el sistema educativo
- Actualizar el Diagnóstico de Salud Integral Escolar a nivel nacional y elaborar planes de trabajo priorizados intersectorialmente.
- Revisar y actualizar la normativa legal para el trabajo intersectorial en el sistema educativo.
- Elaborar planes educativos conjuntos según priorización de los problemas de salud nacionales y regionales obtenidos del diagnóstico con enfoque intercultural y énfasis en promoción y prevención.
- Revisar en fase inicial los currículos educativos para definir los temas existentes relacionados con la educación de salud integral.

- Revisar y actualizar los Programas de Salud existentes según grupos poblacionales, para el sistema educativo
- Realizar una capacitación inicial intersectorialmente para el tema de determinante de salud en el sistema educativo y en todos los niveles
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa.

Resultados Esperados:

- Coordinación efectiva intersectorial para el abordaje de los determinantes de salud en el sistema educativo
- Diagnóstico Actualizado de Salud Integral Escolar a nivel nacional con planes de trabajo priorizados intersectorialmente
- Normativa legal revisada y actualizada para el trabajo intersectorial en el sistema educativo.
- Planes educativos conjuntos elaborados para el tema de salud integral con énfasis en promoción y prevención a nivel nacional, regional y local
- Currículos educativos revisados inicialmente a nivel nacional, regional y salud para definir los temas existentes de educación en salud
- Programas de Salud revisados y articulados según grupos poblacionales para el sistema educativo
- Capacitación inicial completada en el tema de los determinantes de salud dentro del sistema educativo
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa.

II Etapa:

Meta:

Redes intersectoriales establecidas y articuladas para el abordaje de los determinantes de salud en todo el sistema educativo y la introducción del tema de educación en salud en el perfil curricular.

Acciones Estratégicas:

- Implementar los planes de trabajo en el sistema educativo para el abordaje de los determinantes de salud
- Capacitar de forma continua por niveles a los equipos de trabajo y padres de familia que implementan los planes en el sistema educativo
- Completar el análisis del perfil curricular con inserción del componente de Educación en Salud integral, a nivel nacional, según etapas.
- Actualizar la normativa legal según cambios requeridos en el perfil curricular revisado y actualizado relacionado con el componente de salud.
- Realizar una Planificación estratégica intersectorial con el nuevo perfil curricular revisado, actualizado y legalmente aprobado.

EDUCATIVOS	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
SALUD INTEGRAL ESCOLAR CON EDUCACIÓN EN SALUD Y ENFOQUE INTERCULTURAL	I° ETAPA Coordinación efectiva intersectorial establecida para el tema de educación en salud dentro de todo el sistema educativo
	II° ETAPA Redes intersectoriales establecidas y articuladas para el abordaje de los determinantes de salud en todo el sistema educativo y la introducción del tema Educación en Salud en el perfil curricular
	III° ETAPA Inserción del tema Educación en Salud en todo el Sistema Educativo con trabajo intersectorial y empoderamiento de la población para el control de su salud.

- Elaborar, implementar y evaluar nuevas intervenciones (proyectos especiales) con enfoque de riesgo según las necesidades de población.
- Establecer los procesos de formación y capacitación continua de los educadores en temas relacionados con la Educación en Salud, cónsono con el nuevo perfil curricular.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso y decidir continuar a la III Etapa.

Resultados Esperados:

- Planes de trabajo implementados en el sistema educativo para el abordaje de los determinantes de salud
- Equipos de trabajo intersectoriales y padres de familia capacitados de forma continua por niveles.
- Perfil curricular analizado y actualizado con el componente de Educación en Salud integral incluido a nivel nacional según etapas.
- Normativa legal actualizada según los cambios requeridos en el perfil curricular revisado y actualizado con el componente de salud.
- Planes estratégicos elaborados con el nuevo perfil curricular a nivel intersectorial.
- Intervenciones o proyectos especiales con enfoque de riesgo elaborados, implementados y evaluados según las necesidades de la población.
- Educadores formados y capacitados de forma continua en temas relacionados a la Educación en Salud, cónsono con el nuevo perfil curricular.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa.

III Etapa:

Meta:

Lograr la inserción del tema de Educación en Salud en todo el sistema educativo con trabajo intersectorial y empoderamiento de la población para el control de su salud.

Acciones Estratégicas:

- Fomentar la organización de las comunidades para el control y autocuidado de la salud individual familiar y comunitaria que favorezca la salud colectiva del país.
- Monitorear y Evaluar los procesos de formación y capacitación continua de educadores, estudiantes y padres de familia con el tema de Educación en Salud.
- Establecer la articulación intersectorial en los niveles locales organizados, con auto sostenibilidad para el empoderamiento del control y autocuidado de la salud.
- Monitorear y Evaluar los resultados en la salud de la población, con los cambios del nuevo perfil curricular definido que favorezca la salud colectiva del país
- Articular el Sistema de Información Educativo con el Sistema de Información institucional de Salud en los temas relacionados con los determinantes educativos de la salud.

Resultados Esperados:

- Comunidades organizadas trabajando en el control y autocuidado de la salud individual, familiar y comunitaria que favorezca la salud colectiva del país.
- Educadores, Estudiantes y Padres de Familia formados y capacitados de forma continua en Educación en Salud
- Empoderamiento de las comunidades organizadas para el control y autocuidado de la salud con articulación intersectorial sostenible.
- Monitoreo y Evaluación de los resultados de salud de la población realizado con el nuevo perfil curricular definido que favorezca la salud colectiva del país.
- Sistema de Información Educativo articulado al Sistema Institucional de Salud en los temas relacionados con los determinantes educativos de la salud.

4.1.1. C. Físico Ambientales

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Engloba factores ambientales con gran impacto en la salud pues se calcula que aproximadamente un 24% de la carga mundial de morbilidad y un 23% de la mortalidad son atribuibles a factores medioambientales. Logrando reducir los factores de riesgo, sería posible prevenir casi una cuarta parte de la carga de morbilidad a nivel mundial y se contribuiría a la creación de ambientes propicios para la salud. (Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente, OMS)

Como ejemplos de reducción de factores de riesgo se pueden citar el almacenamiento del agua de uso doméstico en condiciones seguras, la mejora de las medidas higiénicas o la mejora de la gestión de las sustancias tóxicas en el hogar y en el lugar de trabajo.

Para abordar los determinantes ambientales de la salud son necesarias acciones urgentes del Sector de la Salud, en colaboración con otros Sectores que permitan el cumplimiento del eje de trabajo definido en la mesa del diálogo que es el *Fomento de la Salud Ambiental*.

Las metas, acciones estratégicas y resultados esperados de los determinantes ambientales son:

I Etapa:

Meta:

Coordinación establecida intersectorial para los temas de salud ambiental, bajo la rectoría del MINSA.

Acciones Estratégicas:

- Identificar y articular los participantes según nivel de responsabilidad, bajo la rectoría del MINSA, en los temas de :
 - a. Contaminación de las aguas (superficiales y profundas), suelo, aire, flora, fauna y alimentos.
 - b. Monitoreo para cumplimiento de normativa vigente en la contaminación de las aguas, suelo, aire, flora, fauna y alimentos.
 - c. Producción, preservación y distribución de agua potable.
 - d. Sistema de Alcantarillado
 - e. Manejo de los desechos sólidos y peligrosos (químicos, biológicos y radiactivos)
 - f. Revisión y actualización de normativa nacional e internacional de comercialización y uso de sustancias químicas peligrosas (plaguicidas) y biológicos.
 - g. Contaminación de agentes físicos y biológicos
 - h. Centro Toxicológico para monitoreo y evaluación de contaminación
 - i. Sistema de información integral fortalecido
 - j. Mapeos para número, ubicación y capacidad de acuíferos.
- Realizar capacitación intersectorial sobre los determinantes de la salud ambiental que afectan la salud
- Revisar, actualizar y homologar de estándares, reglamentos de los agentes ambientales (físicos, químicos, biológicos, radiaciones) que afectan la salud
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa.

Resultados Esperados:

- Actores identificados y articulados según nivel de responsabilidad bajo la rectoría del MINSA en los temas de:
 - a. Contaminación de las aguas (superficiales y profundas), suelo, aire, flora, fauna y alimentos.
 - b. Monitoreo para cumplimiento de normativa vigente en la contaminación de las aguas, suelo, aire, flora, fauna y alimentos.
 - c. Producción, preservación y distribución de agua potable.
 - d. Sistema de Alcantarillado
 - e. Manejo de los desechos sólidos y peligrosos (químicos, biológicos y radiactivos)
 - f. Revisión y actualización de normativa nacional e internacional de comercialización y uso de sustancias químicas peligrosas (plaguicidas) y biológicos.
 - g. Contaminación de agentes físicos y biológicos
 - h. Centro Toxicológico para monitoreo y evaluación de contaminación
 - i. Sistema de información integral fortalecido
 - j. Mapeos para número, ubicación y capacidad de acuíferos.
- Capacitación intersectorial realizada sobre los determinantes de la salud ambiental que afectan la salud.
- Estándares, reglamentos revisados, actualizados y homologados sobre los agentes ambientales (físicos, químicos, biológicos, radiaciones) que afectan la salud
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa.

FÍSICO AMBIENTALES	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
FOMENTO DE LA SALUD AMBIENTAL	I° ETAPA Coordinación establecida intersectorial para los temas de salud ambiental, bajo la rectoría del MINSA
	II° ETAPA Desarrollar Intervenciones específicas intersectoriales para el fomento de la Salud Ambiental
	III° ETAPA Sistema Nacional Intersectorial de Salud Ambiental funcionando articuladamente en el país.

II Etapa:

Meta:

Desarrollar intervenciones específicas intersectoriales para el fomento de la salud ambiental.

Acciones Estratégicas:

- Elaborar un Plan Estratégico con articulación intersectorial para abordar los determinantes de salud ambiental
- Implementar el Plan Estratégico intersectorial elaborado para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental
- Establecer los procesos de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Intersectorial para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental.
- Crear Comisiones Nacionales intersectoriales para los procesos de Planificación, Monitoreo y Evaluación continua de los determinantes de la salud ambiental.
- Elaborar Programas Específicos para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental con enfoque intersectorial.
- Realizar capacitación continua intersectorial sobre todos los determinantes ambientales potenciales y existentes de la salud, según el avance obtenido en los procesos definidos.
- Realizar la evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso

Resultados Esperados:

- Plan Estratégico intersectorial elaborado con intervenciones específicas para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental.
- Plan Estratégico intersectorial implementado para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental
- Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico Intersectorial para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental.
- Comisiones Nacionales Intersectoriales creadas y funcionando para los procesos de planificación, monitoreo y evaluación continua de los determinantes de la salud ambiental.

- Programas Específicos para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental con enfoque intersectorial.
- Capacitación intersectorial continua realizada sobre los determinantes de la salud existentes y potenciales según el avance obtenido en los procesos definidos.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa.

III Etapa:

Meta:

Sistema Nacional Intersectorial de Salud Ambiental funcionando articuladamente en el país.

Acciones Estratégicas:

- Elaborar una Política de Salud Ambiental con participación intersectorial bajo la rectoría del MINSA
- Ajustar la Normativa Legal existente en base a los resultados obtenidos de los procesos de Monitoreo y Evaluación del Plan Estratégico de Salud Ambiental
- Implementar los Programas Específicos establecidos para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental definidos
- Establecer procesos continuos de planificación Estratégica, monitoreo y evaluación para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental.

Resultados Esperados:

- Política de Salud Ambiental elaborada y en ejecución con participación intersectorial bajo la rectoría del MINSA.
- Normativa Legal ajustada en base a los resultados obtenidos de los procesos de Monitoreo y Evaluación
- Programas Específicos establecidos implementados para el abordaje de los determinantes de la salud ambiental definidos.
- Procesos continuos establecidos de Planificación Estratégica, Monitoreo y Evaluación de los determinantes de la salud ambiental.

4.1.1. D. Seguridad y Justicia:

El tema de Seguridad y Justicia involucra a muchos actores donde la mayoría cumplen sus roles de forma directa con la temática específica para la que fueron instituidos y otros actores, tienen acciones más relacionadas con los factores y consecuencias que provocan la intervención directa del tema de seguridad y justicia. Es en este segundo grupo de actores, donde la mesa del diálogo se ubicó, para priorizar el tema de la Violencia, como el determinante de la salud relacionado con Seguridad y Justicia y que actualmente está afectando al país.

Las consecuencias de la Violencia inciden directa e indirectamente en la salud de la población.

La violencia se define como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad. Este uso intencional puede que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones.

En nuestro país, encontramos familias desintegradas, con carencias en sus recursos económicos para subsistir, con valores morales deteriorados en donde la violencia familiar es su modo de vida y a su vez se convierte en un modelo para las futuras generaciones. La violencia influye en los sentimientos de amor propio, autonomía, capacidad para sentir, actuar con independencia y en la capacidad para la toma de decisiones.

Las raíces de la violencia son históricas, culturales y sociopolíticas, e incluyen entre otros aspectos, la falta de oportunidades educativas y laborales, desigualdad en la distribución de ingresos, tolerancia social a la violencia, la falta de ejecución de las leyes y aumento del abuso de alcohol y drogas, expectativas tradicionales de género y machismo y la falta de seguridad social.

Es necesario pensar en intervenir a la violencia, desde su multicausalidad y no solamente pensando en que para reducirla, se debe combatir la miseria, como única meta.

El eje de trabajo definido para los determinantes de seguridad y justicia basándonos en lo expuesto, es ***Fomentar la Salud y Seguridad Social para prevenir la violencia en todas sus formas***. Las tres etapas, metas, acciones estratégicas y resultados esperados son expuestos a continuación:

I Etapa

Meta:

Elaboración y Divulgación del diagnóstico y Plan intersectorial para el abordaje de la violencia en todas sus formas.

Acciones Estratégicas:

- Establecer la Coordinación Intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud que producen violencia en todas sus formas.
- Realizar un diagnóstico de los determinantes sociales de la salud asociados a la violencia en todas sus formas según tipo a nivel nacional.
- Elaborar Plan con intervenciones específicas y enfoque intersectorial para el abordaje de la violencia en todas sus formas, basándonos en los determinantes sociales de salud identificados.
- Crear comisiones específicas intersectoriales según tipo de determinante social de la salud involucrado, con el tema de violencia.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa.

Resultados Esperados:

- Coordinación Intersectorial establecida para el abordaje de los determinantes sociales de la salud que producen violencia en todas sus formas.
- Diagnóstico realizado sobre los determinantes sociales de la salud asociados a la violencia en todas sus formas según tipo a nivel nacional.
- Plan de intervenciones específicas intersectoriales diseñado para el abordaje de los determinantes sociales de la salud que generan violencia en todas sus formas. Comisiones específicas creadas intersectoriales según tipo de determinante social de la salud involucrado con el tema de violencia.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa.

II Etapa:

Meta:

Redes intersectoriales trabajando articuladamente para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, que generan violencia.

Acciones Estratégicas:

- Implementar el Plan Estratégico intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, que generen violencia en todas sus formas.
- Monitorear y Evaluar el Plan Estratégico Intersectorial implementado para el abordaje de los determinantes sociales de la salud que generan violencia en todas sus formas.
- Articular a nivel intersectorial de los sistemas de información sobre determinantes sociales de la salud que generan violencia.
- Revisar y ajustar la normativa legal para el abordaje intersectorial del tema de violencia y sus determinantes sociales de la salud que la generan.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso.

SEGURIDAD Y JUSTICIA	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
FOMENTAR LA SALUD INTEGRAL Y SEGURIDAD SOCIAL PARA PREVENIR LA VIOLENCIA EN TODAS SUS FORMAS	I° ETAPA Elaboración y divulgación del Diagnóstico y Plan intersectorial para el abordaje de la violencia en todas sus formas.
	II° ETAPA Redes intersectoriales trabajando articuladamente para el abordaje de los determinantes sociales de la salud que generan violencia.
	III° ETAPA Sistema Nacional intersectorial establecido para el fomento de la salud integral y seguridad social que permita prevenir la violencia en todas sus formas.

Resultados Esperados:

- Plan Estratégico Intersectorial implementado para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, que generan violencia en todas sus formas.
- Plan Estratégico Intersectorial monitoreado y evaluado para el abordaje de los determinantes sociales de la salud que generan violencia en todas sus formas.
- Sistema de Información Intersectorial articulado sobre los determinantes sociales de la salud que generan violencia.
- Normativa legal revisada y ajustada para el abordaje intersectorial del tema de violencia y sus determinantes sociales de la salud que la generan
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa.

III Etapa:**Meta:**

Sistema Nacional Intersectorial establecido para el fomento de la Salud Integral y Seguridad Social que permita prevenir la violencia en todas sus formas.

Acciones Estratégicas:

- Establecer las Redes intersectoriales para el trabajo del fomento de la Salud Integral y Seguridad Social que contribuya a prevenir la violencia en todas sus formas.
- Establecer la Planificación, Monitoreo y Evaluación estratégica continua y permanente para el abordaje de los determinantes sociales que generan violencia
- Establecer procesos continuos de divulgación con transparencia del sistema de información sobre los determinantes sociales de la salud que generan violencia.
- Lograr los ajustes de manera continua de las normativas legales para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, que generen violencia.
- Incorporar nuevas estrategias de abordaje y/o nuevas instancias para el funcionamiento óptimo del Sistema Nacional Intersectorial para el fomento de la Salud Integral y Seguridad Social para prevenir la violencia en todas sus formas.

Resultados Esperados:

- Redes intersectoriales integradas y organizadas para el trabajo del fomento de la Salud Integral y Seguridad Social que contribuya a prevenir la violencia en todas sus formas.

- Planificación, Monitoreo y Evaluación estratégica continuada intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales que generan violencia.
- Procesos continuos establecidos de divulgación del sistema de información sobre los determinantes sociales de la salud que generan violencia.
- Normativas legales actualizadas para el abordaje continuo de los determinantes sociales de la salud, que generen violencia.
- Nuevas estrategias de abordaje y/o nuevas instancias integradas para el funcionamiento óptimo del Sistema Nacional Intersectorial para el fomento de la Salud Integral y Seguridad Social para prevenir la violencia en todas sus formas.

4.1.1. E. Económico y Social

Una de las principales causas que afectan nuestra sociedad en la consecución de una vida larga y plena es la distribución desigual de los recursos, el dinero y el poder.

La inequidad en las condiciones de vida, está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. La inequidad es sistemática, es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales y de acceso a éstos.

Los factores **económicos** son reflejados en la capacidad adquisitiva de bienes materiales e inmuebles que satisfagan las necesidades de la persona, tanto primarias como alimentación, vestido, vivienda, educación, como las secundarias.

En la mesa del diálogo, hemos tratado de revisar la actuación integral de todos los actores del sistema de salud actual, para procurar que el liderazgo se fortalezca dentro del sector público relacionado con la prestación de bienes y servicios básicos, que resultan esenciales para la salud.

También es importante, garantizar la representación justa de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones para permitir que la sociedad civil pueda organizarse para actuar en la promoción y respeto de los derechos políticos y sociales que afectan la equidad sanitaria.

Al final, se espera que sea el propio estado Panameño, el que promueva la equidad social como objetivo fundamental de los programas de desarrollo económico y utilice un marco basado en indicadores de los determinantes sociales para medir los progresos realizados.

El eje de trabajo definido para los determinantes de este grupo es, ***Mejorar las condiciones de vida que influyen en la salud de la población evidenciado en sus indicadores***, con las siguientes etapas, metas, acciones estratégicas y resultados esperados que a continuación se describen.

I Etapa:

Meta:

Evaluar Infraestructuras y servicios básicos funcionando, como también los resultados en salud de los subsidios económicos otorgados, para el mejoramiento de las condiciones de vida que influyen en la salud de la población con participación activa comunitaria.

Acciones Estratégicas:

- Crear Infraestructuras de servicios básicos para mejorar las condiciones de vida que afectan la salud de la población a nivel nacional, realizando:
 - a. Identificación de las áreas menos protegidas para la creación y mejoramiento de las infraestructuras básicas para el desarrollo nacional.
 - b. Identificación y priorización de las acciones de intervención con enfoque económico y social, para el desarrollo nacional con énfasis en las áreas menos protegidas, considerando aspectos culturales y problemas de salud.
 - c. Promover y fortalecer la organización y participación comunitaria en las áreas identificadas y priorizadas.
 - d. Elaborar Planes de Mantenimiento de Infraestructuras creadas a nivel intersectorial.
- Revisar y evaluar los resultados obtenidos en salud con los apoyos asistenciales económicos otorgados (subsidios), por edad, tipo de apoyo económico y región.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa.

Resultados Esperados:

- Infraestructuras de servicios básicos creados con planes de mantenimiento, para mejorar las condiciones de vida en áreas priorizadas, con participación activa de las comunidades organizadas.
- Evaluación de los resultados obtenidos en salud realizada, con la revisión de los apoyos asistenciales económicos establecidos (subsídios), por edad, tipo y región.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa.

ECONÓMICO Y SOCIAL	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA QUE INFLUYEN EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN EVIDENCIADO EN SUS INDICADORES	I° ETAPA Evaluar infraestructuras y servicios básicos funcionando, como también los resultados en salud de los subsidios económicos otorgados, para el mejoramiento de las condiciones de vida que influyen en la salud de la población con participación activa comunitaria.
	II° ETAPA Lograr la conservación y mantenimiento integral de las infraestructuras y servicios básicos existentes con la evaluación económica de los subsidios para el mejoramiento de las condiciones de vida que afectan la salud de la población, con participación comunitaria
	III° ETAPA Mejorar las condiciones de vida que influyen en la salud de la población a nivel nacional con la existencia de infraestructuras y servicios básicos adecuados evidenciado en sus indicadores.

II Etapa:

Meta:

Lograr la conservación y mantenimiento integral de las infraestructuras y servicios básicos existentes, con la evaluación económica de los subsidios para el mejoramiento de las condiciones de vida que afectan la salud de la población, con participación activa comunitaria.

Acciones Estratégicas:

- Identificar y priorizar de forma continua las áreas de intervención a nivel nacional para la creación y mantenimiento de las infraestructuras y servicios básicos que mejoren las condiciones de vida y la salud de la población.
- Establecer la Planificación estratégica intersectorial a nivel nacional, regional y local con participación comunitaria para el mejoramiento y creación de infraestructuras y servicios básicos en áreas priorizadas.
- Monitorear y Evaluar el Plan Estratégico Intersectorial implementado para el mejoramiento y creación de infraestructuras y servicios básicos en áreas priorizadas.
- Elaborar planes de capacitación continua en salud integral a las comunidades organizadas para el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.
- Realizar evaluación económica de salud, de los apoyos asistenciales económicos establecidos (subsídios) en el país
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso.

Resultados Esperados:

- Infraestructuras y servicios básicos creados en las áreas de intervención a nivel nacional priorizada que mejoren las condiciones de vida y la salud de población con planes de mantenimiento formulados.
- Planificación estratégica intersectorial establecida a nivel nacional, regional y local con participación activa de la comunidad para el mejoramiento y creación de infraestructuras y servicios básicos en áreas priorizadas.
- Plan Estratégico Intersectorial implementado, monitoreado y evaluado para el mejoramiento y creación de infraestructuras y servicios básicos en áreas priorizadas.
- Planes de Capacitación continua elaborados en salud integral, para las comunidades organizadas que mejoren las condiciones de vida y salud de su población.
- Evaluación económica de salud realizada, de los apoyos asistenciales económicos establecidos (subsídios) en el país.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa.

III Etapa:

Meta:

Mejorar las condiciones de vida que influyen en la salud de la población a nivel nacional con la existencia de infraestructuras y servicios básicos adecuados, evidenciado en sus indicadores.

Acciones Estratégicas:

- Establecer una red integrada intersectorial para la planificación, monitoreo y evaluación permanente de las infraestructuras y servicios básicos que afectan la salud de la población con participación de las comunidades organizadas.
- Establecer la articulación del sistema de información intersectorial para la divulgación y transparencia de los resultados obtenidos de forma continua.
- Implementar los Planes de Capacitación continua para el nivel intersectorial y comunidades organizadas que mejoren las condiciones de vida y salud de la población.
- Incorporar nuevas estrategias para los apoyos económicos establecidos (subsidios) en el país, según los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas.
- Realizar análisis comparativos continuos nacionales, con los parámetros internacionales convenidos, para evaluar avances obtenidos en los aspectos de infraestructuras y servicios básicos que mejoren las condiciones de vida y salud de la población.

Resultados Esperados:

- Red intersectorial integrada establecida para la planificación, monitoreo y evaluación permanente de las infraestructuras y servicios básicos que afectan la salud de la población con participación de las comunidades organizadas.
- Articulación establecida del sistema de información intersectorial para la divulgación y transparencia de los resultados obtenidos de forma continua.
- Planes de Capacitación continua para el nivel intersectorial y comunidades organizadas que mejoren las condiciones de vida y salud de la población.
- Nuevas estrategias incorporadas para el establecimiento de los apoyos económicos (subsidios) en el país, según los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas.
- Análisis comparativos nacionales realizados con parámetros internacionales convenidos, para evaluar los avances obtenidos en los aspectos de infraestructuras y servicios básicos que mejoren las condiciones de vida y salud de la población.

4.1.1. F. Transporte y Red Vial

En base al diagnóstico integral de Salud, el problema de Transporte y seguridad vial es tan severo que la OMS los considera la nueva epidemia del siglo XXI.

En Panamá la morbimortalidad producto de este tema, es de las primeras 10 causas de atención por nuestro sistema de salud.

Los accidentes viales y el mal sistema de transporte, impactan tanto en lo económico como en lo social y familiar, por los gastos que representan, los daños ocasionados en lo material y principalmente por las muertes producidas y el efecto en la calidad de vida o daños psicológicos de quienes sobreviven a los accidentes fatales.

Se tiene poca información sobre las características primordiales de las localidades y población, donde las muertes, enfermedades, gastos económicos y daño al medio ambiente, son producto del mal sistema de transporte.

Se requiere priorizar un proyecto de intervención para la promoción de la salud con actividades educativas y determinantes conductuales en el tema de la seguridad vial, con participación de la comunidad.

La mesa de diálogo prioriza como eje de trabajo para este grupo de determinantes, el lograr un *Sistema de Transporte Público, Nacional, Seguro, Oportuno, Eficiente, Económico*, con las siguientes metas, acciones estratégicas y resultados esperados por cada etapa.

I Etapa:

Meta:

Diagnóstico actualizado y Plan de intervención priorizado y elaborado del sistema de transporte, red vial y caminos de penetración nacional y regional.

Acciones Estratégicas:

- Revisión del sistema actual de transporte nacional y regional, que incluya rutas, condiciones y número del tipo de transporte.
- Evaluación de la red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional para coordinar la red sanitaria y otras redes relevantes para la población

- Elaborar el Plan de Intervención y mantenimiento para el Sistema de Transporte, red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional
- Priorizar áreas de intervención para la implementación del Plan del Sistema de Transporte y red vial a nivel nacional y regional.
- Fomentar los procesos de organización y participación comunitaria para desarrollar apoyos logísticos en el sistema de transporte.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa.

Resultados Esperados:

- Diagnóstico actualizado del sistema de transporte nacional y regional del país.
- Red vial y caminos de penetración evaluados a nivel nacional y regional con diagnóstico actualizado para beneficio de la salud de la población.
- Plan de Intervención y mantenimiento elaborado para el sistema de transporte, red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional.
- Áreas de intervención priorizadas para la implementación del Plan del Sistema de Transporte y red vial a nivel nacional y regional
- Comunidades organizadas y empoderadas para desarrollar apoyos logísticos en el sistema de transporte.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa.

TRANSPORTE Y RED VIAL	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
SISTEMA DE TRANSPORTE PÚBLICO NACIONAL , SEGURO, OPORTUNO, EFICIENTE Y ECONÓMICO	I° ETAPA Diagnóstico actualizado y Plan de Intervención priorizado y elaborado del sistema de transporte , red vial y caminos de penetración nacional y regional.
	II° ETAPA Plan de intervención implementado , monitoreado y evaluado para el sistema de transporte, red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional del país.
	III° ETAPA Sistema de Transporte público, nacional, seguro, oportuno, eficiente y económico funcionando de forma articulada en el país.

II Etapa:

Meta:

Plan de intervención implementado, monitoreado y evaluado para el sistema de transporte, red vial y caminos de penetración, a nivel nacional y regional del país.

Acciones Estratégicas:

- Implementar el Plan de intervención elaborado y priorizado para el sistema de transporte, red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional del país.
- Monitorear y Evaluar el Plan de intervención elaborado y priorizado para el sistema de transporte, red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional del país.
- Establecer la articulación del diseño del sistema de transporte a nivel nacional y regional en el país según tipo de transporte y necesidades de salud requeridas por la población y red vial funcionando.
- Implementar el Plan de Mantenimiento para el sistema de transporte, red vial y caminos de penetración elaborado.
- Articular la participación comunitaria organizada, con los diseños del sistema de transporte elaborados a nivel nacional y regional del país para facilitar su implementación.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso.

Resultados Esperados:

- Plan de Intervención implementado para el sistema de transporte, red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional del país.
- Plan de intervención monitoreado y evaluado con ajustes respectivos en el diseño del sistema de transporte, red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional del país.
- Articulación establecida del diseño del sistema de transporte a nivel nacional y regional, según tipo de transporte y necesidades de salud requeridas por la población y red vial funcionando.
- Plan de Mantenimiento implementado para el sistema de transporte, red vial y caminos de penetración.

- Participación comunitaria organizada y articulada con los diseños del sistema de transporte elaborados a nivel nacional y regional del país para facilitar su implementación.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa

III Etapa:

Meta:

Sistema de transporte público, nacional, seguro, oportuno, eficiente y económico, funcionando de forma articulada en el país.

Acciones Estratégicas:

- Establecer procesos continuos de planificación estratégica, monitoreo y evaluación del sistema de transporte, red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional del país.
- Evaluar continuamente la articulación física y económica del sistema de transporte, a nivel nacional y regional del país para realizar ajustes que beneficien a la población.
- Crear nuevas estrategias con apoyo tecnológico, en el diseño de transporte a nivel nacional y regional que beneficien a la población
- Incorporar nuevos sistemas de transportes ecológicos con la creación de red vial apropiada según tipo de transporte.
- Establecer articulación sostenible con evaluación continua, de las comunidades organizadas con el sistema de transporte diseñado y establecido
- Establecer sistemas de aseguramiento por daños a la salud de la población usuaria del sistema de transporte diseñado y establecido.

Resultados Esperados:

- Procesos continuos de planificación estratégica, monitoreo y evaluación establecidos para el sistema de transporte, red vial y caminos de penetración a nivel nacional y regional del país.

- Articulación física y económica del sistema de transporte evaluada de forma continua a nivel nacional y regional del país con los ajustes respectivos que beneficien a la población.
- Estrategias creadas con el apoyo de nuevas tecnologías para el diseño del transporte a nivel nacional y regional que beneficien a la población.
- Nuevos sistemas de transporte ecológicos incorporados con red vial apropiada según tipo de transporte.
- Articulación sostenible con evaluación continua establecida, de las comunidades organizadas con el sistema de transporte diseñado.
- Aseguramiento establecido por daños a la salud de la población usuaria del sistema de transporte diseñado y establecido.

4.1.1. G. Vivienda

Considerando que el ambiente es un factor fuertemente relacionado con las condiciones de salud y que las personas permanecen en la vivienda no menos del 50% de su tiempo diario, se hace necesario que estas estructuras, sean consideradas para la gerencia del riesgo y promoción de la salud, como importantes escenarios de la Salud Pública.

En este sentido, la vivienda se considera, un ente multifactorial cuyas dimensiones varían según los aspectos económicos, culturales, ambientales y de salud.

El tema de vivienda es complejo y las condiciones de la misma, pueden promover o limitar la salud física, mental y social de las personas. En términos generales, puede afectar a las poblaciones más pobres y a los más vulnerables como a los niños menores de cinco años, a los discapacitados, adultos mayores, porque pasan la mayor parte del tiempo dentro de sus viviendas.

Una manera eficaz para promover y proteger la salud de las personas de los peligros a los que se está expuesto dentro de la vivienda, es mediante la estrategia de promoción y evaluación de las viviendas dignas y seguras.

Para tal efecto, se requiere de un fuerte compromiso político, una sólida experiencia técnica e intercultural, la colaboración intersectorial permanente, el enfoque multidisciplinario y un gran nivel de participación y acción por parte de la comunidad.

Se deben considerar los factores económicos, culturales y geográficos asociados al lugar donde se vive y respetar los aspectos normativos de la legislación, con miras a mejorar el conocimiento de la población sobre sus derechos y deberes de una vivienda digna y saludable, aunado a la vigilancia del cumplimiento de los planes de ordenamiento territorial del estado, que buscan evitar viviendas en lugares de alto riesgo ambiental, respetando los diseños de las estructuras adecuadas.

El eje de trabajo definido es *Vivienda digna, segura y accesible en todas sus formas*, con las siguientes etapas, metas, acciones estratégicas y resultados esperados.

I Etapa:

Meta:

Realizar diagnóstico integral sobre el tema de vivienda y urbanismo.

Acciones Estratégicas:

- Identificar a los actores según nivel de responsabilidad en el tema de vivienda y urbanismo con inclusión de la comunidad organizada.
- Identificar las necesidades de vivienda según tipo de población o asentamiento humano.
- Dar seguimiento y culminar los procesos de titulaciones territoriales con la garantía de brindar lotes servidos a la población que lo requiera a nivel nacional
- Revisar y actualizar los Programas asistenciales para la construcción de viviendas dirigidos a la población menos protegida o en riesgo.
- Revisar y actualizar normativa legal para la construcción de viviendas a nivel nacional.
- Crear normativa legal para que los programas de vivienda cumplan con diseño mínimo de 12-15 metros cuadrados por persona para mejorar condiciones de salud.
- Elaborar estándares acordes con normativas internacionales para la construcción de viviendas saludables con enfoque de prevención de riesgo.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa

Resultados Esperados:

- Actores identificados según nivel de responsabilidad en el tema de vivienda y urbanismo con inclusión de la comunidad organizada.
- Diagnóstico realizado de necesidades de vivienda según población y asentamiento humano.
- Inventario elaborado de los procesos de titulaciones territoriales con asignación de lotes servidos a la población que lo requiera a nivel nacional.
- Evaluación realizada de los resultados obtenidos con los Programas asistenciales para la construcción de viviendas de población menos protegida o en riesgo.
- Normativa legal revisada y actualizada para la construcción de viviendas a nivel nacional
- Revisión y/o creación de normativa legal para que los Programas de vivienda cumplan con diseño mínimo de 12-15 metros cuadrados por persona.
- Estándares elaborados acordes con normativas internacionales para la construcción de viviendas saludables con enfoque de prevención de riesgo.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa

VIVIENDA	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
VIVIENDA DIGNA, SEGURA Y ACCESIBLE EN TODAS SUS FORMAS	I° ETAPA Realizar diagnóstico integral sobre el tema de vivienda y urbanismo
	II° ETAPA Plan Nacional de Desarrollo para vivienda y urbanismo elaborado, implementado, monitoreado y evaluado en todo el país, con creación de nuevos programas de vivienda según necesidades de la población.
	III° ETAPA Lograr que la población panameña tenga disponibilidad de viviendas dignas, seguras y accesibles en todas sus formas, según estándares establecidos a nivel nacional y regional en el país.

II Etapa:

Meta:

Plan Nacional de Desarrollo para vivienda y urbanismo elaborado, implementado, monitoreado y evaluado en todo el país, con creación de nuevos Programas de Vivienda según las necesidades de la población.

Acciones Estratégicas:

- Elaborar el Plan Nacional de desarrollo para intervención en vivienda y urbanismo para todo el país.
- Implementar el Plan Nacional de Desarrollo para vivienda y urbanismo para todo el país.
- Realizar Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Desarrollo para vivienda y urbanismo para todo el país.
- Desarrollar Programas de Vivienda ajustados a las necesidades de población, con participación comunitaria e intersectorial que puedan ser incluidos en una Política Nacional de vivienda.
- Vigilar el cumplimiento de la normativa legal revisada y actualizada para la construcción de viviendas a nivel nacional.
- Promover Programas de vivienda con el uso de tecnología apropiada para la construcción de viviendas ambientales, ecológicas, accesibles a todos los grupos poblacionales del país, según necesidades y nivel socioeconómico.
- Supervisar el cumplimiento de los estándares elaborados para la construcción de viviendas saludables con enfoque de prevención de riesgo.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso.

Resultados Esperados:

- Plan de intervención en vivienda y urbanismo elaborado, para todo el país.
- Plan Nacional de Desarrollo para vivienda y urbanismo implementado en todo el país.
- Plan Nacional de Desarrollo para vivienda y urbanismo monitoreado y evaluado en todo el país.

- Programas de vivienda desarrollados y ajustados según las necesidades de población con participación comunitaria e intersectorial incluidos en una Política Nacional de vivienda.
- Normativa legal revisada y actualizada vigilada en su cumplimiento para la construcción de viviendas a nivel nacional.
- Planes y Programas de vivienda elaborados con el uso de tecnología apropiada para que las viviendas sean ambientales, ecológicas y accesibles.
- Estándares elaborados supervisados en su cumplimiento para la construcción de viviendas saludables con enfoque de prevención de riesgo.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa.

III Etapa:

Meta:

Lograr que la población panameña tenga disponibilidad de Viviendas dignas, seguras y accesibles en todas sus formas, según estándares establecidos a nivel nacional y regional en el país.

Acciones Estratégicas:

- Mantener actualizado el inventario de vivienda según las necesidades de la población a nivel nacional y regional
- Establecer censos periódicos sobre necesidades de vivienda y urbanismo, considerando las proyecciones de la población y capacidad económica.
- Implementar de forma continua los Programas de vivienda ajustados a las necesidades de la población a nivel nacional y regional
- Desarrollar una evaluación cíclica o periódica de los procesos de planificación, implementación de planes, programas y supervisión de normativa y estándares de los programas de vivienda ajustados a las necesidades de la población y niveles de satisfacción.

Resultados Esperados:

- Inventario continuo y actualizado de las viviendas según las necesidades de la población a nivel nacional y regional.

- Censos periódicos realizados sobre necesidades de vivienda y urbanismo que considere las proyecciones de la población y capacidad económica.
- Programas de vivienda implementados de forma continua, ajustados a las necesidades de la población a nivel nacional y regional.
- Evaluación cíclica o periódica desarrollada para los procesos de planificación, implementación de planes, programas y supervisión de normativa y estándares de los programas de vivienda ajustados a las necesidades de la población y niveles de satisfacción.

4.1.1. H. Sanitarios

A nivel mundial las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos de salud. Por ello, son estas personas las que enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos sociales más privilegiados.

El problema principal de los determinantes sanitarios en toda la población, es el acceso universal a los servicios de salud de forma equitativa, oportuna, sin barreras, con calidad y calidez, que permita restaurar su salud cuando lo amerite y con todo lo que se requiera.

La mayoría de los problemas sanitarios de la población, son causados por problemas de otros entornos como sociales, económicos, culturales, ambientales y otros, que no tienen relación directa con la atención demandada y brindada en las instalaciones de salud, sin embargo; estos problemas mantienen las inequidades en salud porque no logran satisfacer la demanda aumentada por la atención sanitaria, debido a una oferta insuficiente y óptima, que al final se obtienen resultados inadecuados, insatisfactorios e incompletos en la recuperación de la salud, por intervenciones centradas solamente en los aspectos curativos, que no logran atacar las causas verdaderas que puedan resolver los problemas de la población.

Todo esto se agrava, por la carencia de un buen sistema de información, desde el nivel institucional de las entidades responsables por la atención curativa de la población hasta el nivel intersectorial que tiene repercusiones en todos los determinantes de la salud, para poder planificar en tiempo real y no en base a suposiciones históricas.

Todo esto se podrá realizar una vez se logre estandarizar los procesos de recolección y registros de datos, revisar el marco legal, para definir responsabilidades, garantizando los

niveles de confidencialidad de la información sensible de todas las instituciones involucradas y brindarle acceso transparente al usuario externo que quiere conocer todo lo relacionado con la salud y sus determinantes. Se aspira a un Sistema Nacional de Información que permita realizar consultas en tiempo real, tanto para los tomadores de decisiones como para la población en general.

El eje de trabajo definido para estos determinantes, es *Fomentar la Promoción de la Salud como estrategia para el bienestar de la salud de la población con un sistema de información articulado y fortalecido intersectorialmente*. A continuación se presentan las metas, acciones estratégicas y resultados esperados para cada etapa.

I Etapa:

Meta:

Sensibilización y capacitación de los actores intersectoriales en los temas de Promoción de la Salud con revisión y diseño del sistema de información intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Identificar a los usuarios y necesidades del sistema de información de salud a nivel intersectorial
- Identificar y evaluar los diferentes sistemas de información a nivel nacional e intersectorialmente.
- Revisión y ajustes de normativa legal que sustenta los diferentes sistemas de información intersectorialmente.
- Diseñar de forma conjunta un sistema nacional de información intersectorial que incluya los costos respectivos para una interfase de comunicación entre las instituciones.
- Elaborar programas de sensibilización y capacitación en el tema de Promoción y factores protectores de la salud a nivel de todos los actores intersectoriales.
- Fomentar los procesos de organización y participación comunitaria para insertarlos en todos los procesos de promoción de la salud.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa.

SANITARIOS	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
FOMENTAR LA PROMOCION DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA PARA EL BIENESTAR DE LA SALUD DE LA POBLACION CON UN SISTEMA DE INFORMACION ARTICULADO Y FORTALECIDO INTERSECTORIALMENTE	I° ETAPA Sensibilización y capacitación de los actores intersectoriales en los temas de promoción de la salud con revisión y diseño del sistema de información intersectorial
	II° ETAPA Red articulada promoviendo acciones de promoción intersectoriales, para el bienestar de la salud de la población, con un sistema de información articulado y funcionando entre las instituciones
	III° ETAPA Promoción de la salud como estrategia incluida en todas las acciones intersectoriales, con un sistema de información de salud articulado y fortalecido para el bienestar de la población.

Resultados Esperados:

- Mapeo de usuarios elaborado con necesidades de información de salud a nivel intersectorial nacional y regional
- Sistemas de información a nivel nacional e intersectoriales identificados y evaluados.
- Normativa legal del sistema de información nacional e intersectorial revisada con ajustes que permitan la interfase y comunicación.
- Sistema de Información nacional intersectorial diseñado con la creación de interfases para la comunicación entre las diferentes instituciones.
- Programas de capacitación elaborados en el tema de Promoción y factores protectores de la salud
- Comunidades organizadas y empoderadas con participación activa.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa.

II Etapa:

Meta:

Red Articulada promoviendo acciones de promoción intersectoriales para el bienestar de la salud de la población con un sistema de información articulado y funcionado entre las instituciones.

Acciones Estratégicas:

- Desarrollar Planificación Estratégica conjunta a nivel intersectorial para las acciones que beneficien a la población con integración de temas de Promoción de la salud.
- Realizar monitoreo y evaluación ajustada, del proceso de Planificación Estratégica establecido a nivel intersectorial.
- Implementar las nuevas normativas legales que favorezcan los procesos de interfase e intercomunicación entre los sistemas de información a nivel intersectorial
- Desarrollar e implementar el sistema de información diseñado a nivel intersectorial.
- Realizar capacitación continua en Promoción de la Salud a nivel intersectorial con base a los resultados del análisis de la información.
- Articulación de la participación comunitaria organizada con los planes establecidos a nivel intersectorial que promuevan la salud de la población
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso.

Resultados Esperados:

- Planificación Estratégica conjunta desarrollada a nivel intersectorial para las acciones que beneficien a la población con temas de Promoción de la Salud integrados.
- Monitoreo y evaluación ajustada realizada del proceso de Planificación Estratégica a nivel intersectorial
- Nuevas normativas legales implementadas que favorezcan los procesos de interfase e intercomunicación entre los sistemas de información a nivel intersectorial
- Sistema de información intersectorial desarrollado e implementado con análisis conjunto entre todos los actores.
- Capacitación continua en Promoción de la Salud realizada a nivel intersectorial con base a los resultados del análisis de los resultados de la información.
- Participación comunitaria organizada y articulada con los planes establecidos a nivel intersectorial que promuevan la salud de la población

- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa.

III Etapa:

Meta:

Promoción de la Salud como estrategia incluida en todas las acciones intersectoriales, con un sistema de información de salud articulado y fortalecido para el bienestar de la población.

Acciones Estratégicas:

- Incluir temas de Promoción de la Salud en todas las acciones que se ejecuten a nivel intersectorial para el bienestar de la población.
- Realizar evaluación y análisis conjunto de todas las acciones ejecutadas a nivel intersectorial para medir el impacto en la salud de la población.
- Realizar estudios o mediciones periódicas de la satisfacción de la población con las acciones realizadas a nivel intersectorial.
- Incorporar a las comunidades organizadas en todas las acciones intersectoriales que se ejecutan para el bienestar de la población
- Realizar análisis periódicos de la información para el diseño de las acciones intersectoriales que se ejecuten en beneficio de la población.

Resultados Esperados:

- Temas de Promoción de la Salud incluidos en todas las acciones ejecutadas a nivel intersectorial para el bienestar de la población.
- Evaluación y análisis conjunto de los resultados de las acciones intersectoriales ejecutadas para medir el impacto en la salud de la población.
- Estudios o mediciones periódicas realizadas en la población para evaluar la satisfacción con las acciones realizadas a nivel intersectorial.
- Comunidades organizadas empoderadas e incorporadas en todas las acciones intersectoriales que se ejecutan para el bienestar de la población.
- Análisis periódicos realizados de la información para el diseño de las acciones intersectoriales que se ejecuten en beneficio de la población.

4.1.1. I. Migración Interna y Externa de la población

La migración es un determinante social de la salud, que afecta a la población que migra, por su particular vulnerabilidad a las desigualdades en salud que se ve sometida, debido a Políticas inadecuadas y excluyentes, a las circunstancias en las que se migra y a las condiciones precarias de vida y trabajo que muchos enfrentan, tanto en los sitios donde llegan, como en sus lugares de origen.

Por estas razones, este tema requiere ser atendido adecuadamente por las Políticas de Salud Pública, mediante programas específicos, multisectoriales e incluso multiregionales.

Los patrones de migración están cambiando los perfiles epidemiológicos de los habitantes de la Región (migración externa) y los cambios de las poblaciones rurales a urbanas dentro de un país (migración interna), son una de las tendencias migratorias más importantes en los países.

Los migrantes suelen afrontar diversos riesgos de salud física y mental pero realmente se sabe poco sobre sus necesidades particulares en materia de salud, debido a la insuficiente disponibilidad de información de estos grupos, que se traduce en una falta de conocimiento para que los sistemas de salud, puedan estar preparados para atenderlos.

En Panamá, hace falta una verdadera caracterización y sistematización de la información de la población migrante según condiciones sociales, culturales, laborales, demográficas y de salud. Esta falta de información se atribuye principalmente a la escasez de datos relacionados con toda la información relevante que contenga un enfoque epidemiológico para establecer estrategias adecuadas para la atención de salud.

El eje de trabajo definido para este grupo de determinantes de la salud es la ***Caracterización Social, Cultural, Económica, Laboral, Demográfica y lugar de origen de los grupos migrantes del país***, y las metas, acciones estratégicas y resultados esperados por etapa se exponen a continuación.

I Etapa:

Meta:

Elaborar y divulgar el diagnóstico sobre los grupos migrantes internos y externos según la caracterización definida.

Acciones Estratégicas:

- Elaborar y divulgar el diagnóstico de los grupos migrantes internos y externos según caracterización social, cultural, económica, laboral, demográfica, de salud y origen de los grupos migrantes del país.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa.

Resultados Esperados:

- Diagnóstico elaborado y divulgado de los grupos migrantes internos y externos con toda la información útil requerida.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa.

II Etapa:**Meta:**

Plan estratégico intersectorial elaborado, implementado, monitoreado y evaluado para el abordaje integral de la población migrante del país.

Acciones Estratégicas:

- Elaborar, implementar, monitorear y evaluar el Plan estratégico intersectorial para el abordaje integral de la población migrante según el diagnóstico realizado.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso.

Resultados Esperados:

- Plan estratégico intersectorial elaborado e implementado para el abordaje de la población migrante según el diagnóstico realizado
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa.

MIGRACIÓN INTERNA Y EXTERNA

EJE DE TRABAJO	ETAPAS
CARACTERIZACIÓN SOCIAL, CULTURAL, ECONÓMICA, LABORAL, DEMOGRAFICA, DE SALUD Y LUGAR DE ORIGEN DE LOS GRUPOS MIGRANTES DEL PAIS	I° ETAPA Elaborar y divulgar el diagnóstico sobre los grupos migrantes internos y externos según la caracterización definida.
	II° ETAPA Plan estratégico intersectorial elaborado, implementado, monitoreado y evaluado para el abordaje integral de la población migrante del país.
	III° ETAPA Caracterización de la población migrante del país establecida según condiciones sociales, culturales, económicas, laborales, demográficas, salud y lugar de origen.

III Etapa:

Meta:

Caracterización de la población migrante del país establecida según condiciones sociales, culturales, económicas, laborales, demográficas, de salud y lugar de origen.

Acciones Estratégicas:

- Realizar Planificación, Monitoreo y Evaluación estratégica continua y permanente para el abordaje de los diferentes grupos migrantes en nuestro país según sus características.
- Establecer un sistema de vigilancia para identificar riesgos epidemiológicos de los nuevos grupos migrantes a nuestro país y planificar el abordaje integral por todos los sectores.

Resultados Esperados:

- Planificación, Monitoreo y Evaluación estratégica continua y permanente realizada para el abordaje de los diferentes grupos migrantes en nuestro país según sus características.
- Sistema de vigilancia establecido para identificar a los nuevos grupos migrantes con detección de riesgos y planificación integral del abordaje por todos los sectores.

4.1.1. J. Seguridad Alimentaria

La seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen acceso en todo momento desde el punto de vista físico, social, y económico, a los alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana y activa.

Todos tenemos la valiosa oportunidad de redoblar esfuerzos para garantizar el acceso a alimentos sanos y nutritivos, en consonancia con el derecho fundamental de toda persona de no padecer hambre, mediante acciones concretas que permitan resultados tangibles.

En los últimos 30 años, Panamá carece de una política de estado definida, para la producción de alimentos. Se descuidó al sector agropecuario, favoreciendo las importaciones que lo que ha ocasionado es auspiciar al campesino extranjero en detrimento del nacional. Estas importaciones son subsidiadas en los países de origen, perdiendo así el país, la capacidad de autoabastecerse de alimentos y también su competitividad en este proceso. Ejemplo: caso del arroz en la década de los 70 donde el país fue auto suficiente.

El concepto de **Seguridad Alimentaria** surge en la década del 70, basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional. En los años 80, se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico. En la década del 90, se llegó al concepto actual, que incorpora la inocuidad, las preferencias culturales y se reafirma la Seguridad Alimentaria como un derecho humano.

Panamá ha situado el derecho a la alimentación, como materia de Política de Estado pues en el ámbito legal, el país considera las necesidades nutricionales de la población, desde la Constitución Política. Se han aprobado nuevas y distintas leyes y decretos que institucionalizan los Programas Nutricionales, la Política Nacional de Seguridad

Alimentaria y Nutricional y entidades gubernamentales para dirigir y evaluar los avances en este ámbito.

A pesar de estos avances y el crecimiento económico del país, el hambre rural y la inseguridad alimentaria persiste, manteniendo los niveles de pobreza y pobreza extrema muy altos.

Esta situación es muy desigual en el interior del país, con una profunda desigualdad según las provincias y comarcas. Las más afectadas son las zonas rurales e indígenas, lo que expresa una vinculación estrecha entre la inseguridad alimentaria y las estructuras sociales, políticas y la inequidad que vive el país.

El Eje de Trabajo definido para este componente es el de ***“Fomentar la producción sostenible de alimentos agrícola, pecuaria e hidrobiológicos, seguros nutritivos, suficientes y accesible en todas sus formas considerando los patrones culturales de la población y mejoren los indicadores de producción”***. Las metas, acciones estratégicas y resultados esperados por etapa se exponen a continuación,

I Etapa

Meta:

Desarrollar acciones que establezcan las bases para la producción en el país, de alimentos agrícolas, pecuarias, e hidrobiológicos, seguros, nutritivos, suficientes y accesibles con participación comunitaria e intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Impulsar Políticas para establecer núcleos de bases de producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos y accesibles en todas sus formas.
- Promoción de creación de huertos comunitarios y escolares con participación comunitaria.
- Coordinación efectiva intersectorial para la producción sostenible de alimentos locales.
- Fortalecer la conducción del MINSA dentro de AUPSA como rector de la salud.

- Revisar la Política de importación de alimentos para asegurar la vigilancia, higiene e inocuidad de los alimentos para que no contravenga con la política agropecuaria nacional.
- Inventario del uso de la tierra para uso de producción de alimentos a nivel nacional.
- Establecer Programas de educación segmentados por diferentes grupos poblacionales dirigidos a la producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos con enfoque orgánico
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I Etapa del proceso y decidir continuar a la II Etapa

Resultados Esperados:

- Políticas elaboradas para el establecimiento de núcleos bases de producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos y accesibles en todas sus formas.
- Huertos comunitarios y escolares desarrollados con participación comunitaria activa
- Producción de alimentos incrementada a nivel local con participación intersectorial
- Definición clara de la rectoría del MINSA en la conducción de AUPSA.
- Política de importación de alimentos revisada y actualizada para la vigilancia, higiene e inocuidad de los alimentos sin contravenir con la política agropecuaria nacional.
- Inventario nacional elaborado del uso de la tierra para la adecuada producción de alimentos.
- Programas educativos establecidos y segmentados por diferentes grupos poblacionales para la producción de alimentos sostenibles, seguros, nutritivos con enfoque orgánico
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I Etapa del proceso con la decisión de continuar a la II Etapa.

SEGURIDAD ALIMENTARIA	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
FOMENTAR LA PRODUCCION SOSTENIBLE DE ALIMENTOS AGRÍCOLAS, PECUARIA E HIDROBIOLÓGICOS SEGUROS, NUTRITIVOS, SUFICIENTES Y ACCESIBLES EN TODAS SUS FORMAS.	I° ETAPA Desarrollar acciones que establezcan las bases para la producción en el país, de alimentos agrícolas, pecuarios, e hidrobiológicos, seguros, nutritivos, suficientes y accesibles con participación comunitaria e intersectorial.
	II° ETAPA Alcanzar la producción efectiva de alimentos agrícolas, pecuarios e hidrobiológicos, seguros, nutritivos, suficientes y accesibles con participación comunitaria e intersectorial.
	III° ETAPA Lograr el fortalecimiento del sector primario para la producción de forma sostenible de alimentos agrícolas, pecuarios e hidrobiológicos, seguros, nutritivos, suficientes y accesibles en todas sus formas, con las acciones definidas y que sea reflejado en los indicadores de producción.

II Etapa:

Meta:

Alcanzar la producción efectiva de alimentos agrícolas, pecuarios e hidrobiológicos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles con participación comunitaria e intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Elaborar, ejecutar, monitorear y evaluar planes estratégicos para la producción de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles con participación comunitaria e intersectorial.
- Establecer Programas de dotación de insumos y tecnología avanzada, accesible para estimular la producción de alimentos seguros, nutritivos según las necesidades identificadas.
- Establecer Programas de asistencia técnica para la producción de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.
- Fortalecer los Centros de formación e investigación agropecuaria para la producción de alimentos con capacitación del recurso humano técnico a nivel nacional y regional.
- Establecer programas de distribución y utilización adecuada de las tierras para la producción de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles
- Promover Programas cooperativismo en las comunidades para el fomento de la producción de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles

- Establecer los Programas de capacitación y actualización continua para la producción efectiva de alimentos sostenibles, seguros, nutritivos y accesibles.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II Etapa del proceso

Resultados Esperados:

- Planes estratégicos elaborados, ejecutados, monitoreados y evaluados para la producción de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles con participación comunitaria e intersectorial
- Programas de dotación de tecnología avanzada y accesible establecidos para estimular la producción de alimentos seguros, nutritivos según las necesidades identificadas.
- Programas de asistencia técnica establecidos para la producción de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.
- Centros de formación e investigación agropecuaria fortalecidos para la producción de alimentos, garantizando un recurso humano técnico capacitado a nivel nacional y regional.
- Programas establecidos para la distribución y utilización adecuada de las tierras en la producción de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.
- Sistemas de cooperativas comunitarias desarrolladas y funcionando en la producción de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles con enlaces intersectoriales establecidos para la distribución de la producción.
- Programas de capacitación y actualización continua establecidos para la producción efectiva de alimentos sostenibles, seguros, nutritivos y accesibles.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II Etapa del proceso con la decisión de continuar a la III Etapa

III Etapa:

Meta:

Lograr el fortalecimiento del Sector Primario para la producción de forma sostenible de alimentos agrícola, pecuaria e hidrobiológicos, seguros, nutritivos, suficientes y accesibles en todas sus formas, con las acciones definidas y sea reflejado en los indicadores de producción.

Acciones Estratégicas:

- Establecer de forma continua los procesos de Capacitación, Planificación, Monitoreo y Evaluación estratégica del sector primario, para la producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.
- Evaluar y ajustar todos los programas establecidos en el sector primario de forma continua para la producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.
- Establecer de forma permanente programas de créditos blandos para el sector primario que garantice la producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.
- Articular la participación comunitaria en todos los procesos de producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.

Resultados Esperados:

- Procesos de Capacitación, Planificación, monitoreo y evaluación estratégica del Sector Primario fortalecidos para la producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.
- Programas evaluados y ajustados del sector primario para la producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.
- Financiamiento permanente para el sector primario que garantice la producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.
- Comunidades organizadas, empoderadas y participando activamente en todos los procesos de producción sostenible de alimentos seguros, nutritivos, suficientes y accesibles.

4.1.2. Eje Institucional

Este eje considera los aspectos fundamentales que la mesa de diálogo definió como puntos de interés e impacto para las dos instituciones públicas que actualmente brindan servicios de salud: MINSA y CSS.

Sin embargo, aunque los temas se analizaron de forma primordial para estas dos instituciones, también se involucran a otras instituciones, tanto del Sector Salud como de otros Sectores del país, observando así la vinculación de algunos temas institucionales con temas intersectoriales.

Esto resulta importante, pues la concepción de nuestros lineamientos de transformación del sistema en dos ejes, no significa que sean totalmente excluyentes e independientes, sino que permite establecer claramente la relación e interdependencia entre la problemática institucional con la problemática intersectorial.

Se consideraron diez aspectos para analizar la problemática institucional, según la información presentada en la mesa del diálogo y se elaboraron lineamientos en la propuesta para el abordaje de esta problemática.

Estos aspectos son, infraestructura, programas de salud, cartera de servicios, insumos de salud donde se incluyen a los medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y otros productos de salud, materiales y suministros, el tema de equipos, transporte, la estructura organizativa y los recursos humanos.

Todos estos aspectos del eje institucional, están incluidos dentro del campo de las tecnologías en salud, las cuales son definidas como cualquier intervención que se puede utilizar para promover la salud, para prevenir, diagnosticar, tratar enfermedades, para rehabilitación, y tratar afecciones de cuidado a largo plazo. Esto incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, los productos farmacéuticos, dispositivos y sistemas organizacionales en los cuidados de la salud. También a los dispositivos médicos, de gran importancia para la atención sanitaria y la mejora de la salud de la población mundial.

Se decidió desarrollarlos como temas separados, por la relevancia e impacto que tienen en el proceso de atención de la población y la problemática existente en nuestro sistema.

Muchos de los dispositivos, cuentan con reglamentaciones específicas para el expendio de registros sanitarios, permisos de comercialización y vigilancia sanitaria, al igual que son clasificados según diferentes tipologías como son los consumibles, de medida y equipos biomédicos y para uso en diferentes instalaciones según su nivel y grado de complejidad.

EJES INSTITUCIONALES DE LA PROPUESTA	
EJES FUNDAMENTALES	Infraestructuras de Salud
	Programas de Salud
	Cartera de Servicios de Salud
	Insumos de Salud: Medicamentos
	Insumos de Salud: Médico Quirúrgicos y Otros productos de salud
	Materiales y Suministros
	Equipos
	Transporte
	Estructura Organizativa
	Recursos Humanos

A cada uno de estos aspectos se le definió un eje de trabajo para desarrollarlo en tres etapas, que a su vez, cada una contiene metas, acciones estratégicas y resultados esperados.

4.1.2. A. Infraestructura

El concepto de infraestructura, incluye todos los aspectos normados que ordenen el planeamiento, diseño, construcción y mantenimiento de las infraestructuras de salud, en concordancia con la organización de la red que brinda los servicios de salud, para contribuir a mejorar la calidad de atención, eficiencia y confort de los pacientes y del personal.

El proceso de coordinación interinstitucional en el tema de infraestructuras de salud, es considerado vital para brindar una verdadera cobertura a la población, evitando

duplicidades e ineficiencias destructivas del sistema de salud. Se debe incluir el marco legal, la definición de objetivos, los componentes asistenciales y administrativos requeridos para crear los diferentes ambientes de acuerdo al tipo y organización de la red, un buen sistema de información y todos los recursos donde resaltan los financieros, para poder hacer realmente efectivo el proceso de planificación conjunta de esta temática.

En nuestro país existe una red pública y privada de infraestructuras de salud, donde se brindan servicios de salud a la población de forma parcial o total, pero sin ninguna coordinación entre las actividades brindadas en cada una de estas infraestructuras de las redes existentes, provocando duplicidades, inequidades, ineficiencias y malas coberturas poblacionales.

El eje de trabajo definido para el tema institucional de infraestructura, es *Sistema Nacional Público de Salud con red de Infraestructuras nacionales institucionales e intersectoriales funcionando, con adecuada capacidad instalada, resolutive y financiera, para brindarle a la población, acciones integrales de Promoción de Salud y Prevención de las Enfermedades.*

Para cumplir con este eje, se definen las metas por etapas, de manera tal, que permitan lograr este eje de trabajo, con todos los actores responsables involucrados al final del proceso.

Estas etapas, metas, acciones estratégicas y resultados esperados definidos en el grupo institucional de infraestructuras de salud, son los siguientes:

I Etapa:

Meta:

Coordinación efectiva del Sector Salud y otros Sectores, para contar con un diagnóstico integral de las infraestructuras de salud a nivel nacional, creando un subsistema de información, elaborando e implementando, planes de acción y mantenimiento, con sustento legal y financiero en base a las necesidades de la población.

Acciones Estratégicas:

- Establecer una comisión coordinadora institucional MINSA/CSS para el tema de las infraestructuras de salud a nivel nacional de ambas instituciones.
- Ampliar la comisión coordinadora con todo el sector salud y otros sectores, que tienen infraestructuras para brindar servicios integrales de salud a nivel nacional.
- Realizar un diagnóstico en todas las instalaciones de salud (infraestructura) MINSA / CSS y otros sectores, que permita conocer su capacidad instalada y resolutive en el país, que incluya Áreas específicas para las acciones de Promoción y Prevención, Ubicación y accesibilidad, Niveles de atención, grado de complejidad, Condición de la Infraestructura, Equipamiento e insumos, Tipos o denominación de la infraestructura, Valor de la Infraestructura, Aseguramiento de la infraestructura, Horarios de la infraestructura, Nuevas construcciones en ejecución y programadas para construir, entre otros.
- Elaborar e implementar planes de acción y mantenimiento para dar respuesta a las necesidades detectadas en el diagnóstico, con la estimación de recursos y costos, priorizando las infraestructuras que requieran intervenciones urgentes actuales y aquellas, en procesos de construcción o programación futura con sus respectivos mantenimientos predictivos, preventivos y correctivos a nivel institucional e intersectorial.
- Revisar, homologar, ajustar y actualizar el marco legal institucional e intersectorial para que facilite todos los procesos de atención de toda la población en las infraestructuras existentes.
- Construir un subsistema de información de salud, con los insumos del diagnóstico de las infraestructuras y soportes tecnológicos para la intercomunicación a nivel nacional, institucional e intersectorial, que permitan su evaluación y actualización sostenible.
- Analizar y elaborar las proyecciones financieras requeridas para asegurar la adecuada capacidad instalada que requiere el Sistema Nacional Público de Salud lo cual se plasmará en los procesos de planificación conjunta institucional e intersectorial
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas en la etapa I del proceso y decidir continuar a la etapa II

Resultados Esperados:

- Comisión coordinadora institucional MINSA/CSS establecida, para el tema de las infraestructuras de salud a nivel nacional.
- Comisión coordinadora ampliada con todo el Sector Salud y otros Sectores que tienen infraestructuras para brindar servicios integrales de salud a nivel nacional
- Diagnóstico realizado de las instalaciones o infraestructuras de salud de MINSA/ CSS y otros sectores, que permita conocer su capacidad instalada y resolutive en el país.
- Planes de acción y de mantenimiento elaborados e implementados de acuerdo a las necesidades detectadas, con todos los recursos y costos, priorizando las infraestructuras que requieran intervenciones urgentes actuales y aquellas en proceso de construcción o programación futura con sus respectivos mantenimientos predictivos, preventivos y correctivos a nivel institucional e intersectorial.
- Marco legal institucional e intersectorial revisado, homologado y ajustado para facilitar todos los procesos de atención de toda la población en las infraestructuras existentes.
- Subsistema de información de salud con los insumos del diagnóstico de las infraestructuras y soportes tecnológicos para la intercomunicación a nivel nacional, institucional e intersectorial, que permitan su evaluación y actualización sostenible.
- Proyecciones financieras requeridas analizadas y elaboradas para asegurar la adecuada capacidad instalada que requiera el Sistema Nacional Público de Salud, plasmadas en los procesos de planificación conjunta institucional e intersectorial.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I etapa del proceso con la decisión de continuar a la etapa II

II Etapa:**Meta:**

Red articulada del Sector Salud y otros Sectores para la elaboración, implementación, ejecución, monitoreo y evaluación de planes de acción y de mantenimiento de las infraestructuras de salud, para ajustar la capacidad instalada y resolutive de las infraestructuras de salud, a nivel nacional y brindar a la población los servicios integrales de salud.

Acciones Estratégicas:

- Garantizar la continuidad de la comisión coordinadora integral funcionando para el tema de infraestructuras de salud a nivel nacional, tanto institucional como intersectorial.
- Mantener fortalecido el trabajo conjunto institucional con el área intersectorial para el tema de infraestructuras de salud que brinden servicios integrales de salud, a nivel nacional.
- Mantener actualizado el diagnóstico de las infraestructuras de salud de forma conjunta institucional e intersectorial con las nuevas infraestructuras de salud que respondan al Modelo de Gestión, Modelo de provisión de Servicios integrales de Salud y modelo económico-financiero.
- Mantener procesos de monitoreo, seguimiento, ejecución y evaluación sostenibles, de los planes de acción y mantenimiento de las infraestructuras de salud en todos los niveles, con la readecuación y ajustes de la capacidad instalada y resolutive de las mismas, en el área institucional e intersectorial.
- Continuar la modificación y actualización sostenible del marco legal para que se faciliten los procesos de atención de la población en las infraestructuras existentes y futuras.
- Fortalecer el Sistema de información Integral de Salud, con los subsistemas de infraestructuras creado, implementado, monitoreado y evaluado, junto a los soportes tecnológicos para la intercomunicación, a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Continuar los procesos de análisis financieros de forma sostenible, para asegurar la transformación continua de la red de infraestructuras y adecuación de su capacidad instalada para el SNPS
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas en la etapa II del proceso y decidir avanzar hacia la III etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión coordinadora integral funcionando con sostenibilidad para el tema de las infraestructuras de salud a nivel nacional, tanto institucional como intersectorial.
- Fortalecimiento del trabajo conjunto institucional e intersectorial para el tema de infraestructuras de salud que brinden servicios integrales de salud, a nivel nacional.
- Diagnóstico actualizado de las infraestructuras de salud de forma conjunta institucional e intersectorial con las nuevas infraestructuras de salud que respondan al modelo de gestión, modelo de Provisión de Servicios integrales de Salud y modelo económico-financiero.

- Procesos de monitoreo, seguimiento, ejecución y evaluación sostenibles de los planes de acción y de mantenimiento de las infraestructuras de salud en todos los niveles, con la readecuación y ajustes de la capacidad instalada y resolutive de las mismas en el área institucional e intersectorial.
- Marco legal modificado y actualizado de forma sostenible para que se faciliten los procesos de atención de la población en las infraestructuras existentes y futuras.
- Sistema de Información Integral de Salud fortalecido con la inclusión del subsistema de información de infraestructuras, creado, implementado, monitoreado y evaluado junto a los soportes tecnológicos para la intercomunicación, a nivel nacional institucional e intersectorial
- Procesos de análisis financieros sostenibles para asegurar la transformación continua de la red de infraestructuras y adecuación de su capacidad instalada para el SNPS
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II etapa del proceso con la decisión de continuar a la etapa III.

III Etapa:

Meta:

Sistema Nacional Público de Salud con red de Infraestructuras nacionales, institucionales e intersectoriales funcionando, con adecuada capacidad instalada, resolutive y financiera, para brindarle a la población, acciones integrales de Promoción de Salud y Prevención de las Enfermedades.

Acciones Estratégicas:

- Establecer en el SNPS un equipo permanente de trabajo conjunto y sostenible institucional articulado intersectorialmente, para el tema de infraestructuras de salud a nivel nacional.

INFRAESTRUCTURA	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
Sistema Nacional Público de Salud con red de Infraestructuras nacionales, institucionales e intersectoriales funcionando, con adecuada capacidad instalada, resolutive y financiera, para brindarle a la población, acciones integrales de Promoción de Salud y Prevención de las Enfermedades	I° ETAPA Coordinación efectiva del Sector Salud y otros Sectores, para contar con un diagnóstico integral de las infraestructuras de salud a nivel nacional, creando un subsistema de información, elaborando e implementando, planes de acción y mantenimiento, con sustento legal y financiero en base a las necesidades de la población.
	II° ETAPA Red articulada del Sector Salud y otros Sectores para la elaboración, implementación, ejecución, monitoreo y evaluación de planes de acción y de mantenimiento de las infraestructuras de salud, para ajustar la capacidad instalada y resolutive de las infraestructuras de salud, a nivel nacional y brindar a la población los servicios integrales de salud.
	III° ETAPA Sistema Nacional Público de Salud con red de Infraestructuras nacionales, institucionales e intersectoriales funcionando, con adecuada capacidad instalada, resolutive y financiera, para brindarle a la población, acciones integrales de Promoción de Salud y Prevención de las Enfermedades

-
-
-
-
-
- Lograr que el SNPS cuente con

Infraestructuras de salud locales regionales y nacionales funcionando con la debida capacidad instalada, resolutive y financiera, por niveles de atención y grados de complejidad para brindarle a la población

Servicios integrales de Promoción de Salud y Prevención de las Enfermedades a nivel institucional e intersectorial.

- Evaluar de forma periódica la reestructuración de la red de infraestructuras de salud, ajustando su organización administrativa y funcional según las necesidades de la población.
- Mantener en el SNPS, todos los procesos continuos de Planificación, Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de los planes de acción y mantenimiento de tipo predictivo, preventivo y correctivo en las Infraestructuras de Salud con los análisis financieros respectivos para la sostenibilidad de los procesos, a nivel nacional, institucional e intersectorial
- Mantener la vigilancia del marco normativo legal para que permita siempre, la atención de la población en todas las infraestructuras de salud del país a nivel institucional e intersectorial.
- Mantener el fortalecimiento del Sistema de Información integral de salud, con el subsistema de información de infraestructuras con soporte tecnológico y todas las interfases para intercambio de información sobre infraestructuras de salud a nivel nacional, con articulación intersectorial y acceso para la población.

Resultados Esperados:

- SNPS con equipo permanente de trabajo conjunto y de forma sostenible institucional articulado intersectorialmente, para el tema de infraestructuras de salud a nivel nacional
- SNPS con Infraestructuras de salud locales, regionales y nacionales funcionando con la debida capacidad instalada, resolutive y financiera, por niveles de atención y grados de complejidad para brindarle a la población servicios integrales de Promoción de Salud y Prevención de las Enfermedades a nivel institucional e intersectorial.
- Red de infraestructuras de salud reestructurada y evaluada periódicamente para el ajuste de su organización administrativa y funcional según las necesidades de la población.
- SNPS con procesos continuos de planificación, monitoreo, seguimiento y evaluación de planes de acción y mantenimiento de tipo predictivo, preventivo y correctivo en las infraestructuras de salud, con los análisis financieros respectivos para la sostenibilidad de los procesos, a nivel nacional en el área institucional e intersectorial.
- Marco legal en constante vigilancia para permitir con sostenibilidad en el tiempo, la atención de la población en todas las infraestructuras de salud del país, a nivel institucional e intersectorial.
- Sistema de Información integral de salud funcionando con todas las interfases para intercambio de información sobre infraestructuras de salud a nivel nacional, con articulación intersectorial y acceso para la población.

4.1.2. B. Programas de Salud

Los Programas de Salud, son un conjunto organizado, coherente e integrado de *actividades* y de servicios realizado simultánea o sucesivamente, con los *recursos* necesarios y con la finalidad de alcanzar los *objetivos* determinados en relación con los *problemas* de salud precisos y para una *población* determinada (Pineault).

Esta definición involucra los elementos fundamentales que tienen que estar incluidos en todos los programas de salud pública para funcionar adecuadamente y también se derivan los procesos implícitos de reflexión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de las acciones y objetivos definidos.

El eje de trabajo definido para este tema institucional, es *Sistema Nacional Público de Salud integral con Programas de salud, actualizados y fortalecidos brindando a la población intervenciones que mejoren su salud, individual y colectiva, evidenciado en los indicadores de salud, con un sistema de información integral y soporte tecnológico accesible y transparente para todos los usuarios, a nivel nacional tanto en el área institucional como intersectorial.*

Para cumplir con este eje, se definen las metas por etapas, de manera tal, que permitan lograr este eje de trabajo, con todos los actores responsables involucrados al final del proceso.

Estas etapas, metas, acciones estratégicas y resultados esperados definidos en el grupo institucional de Programas de salud, son los siguientes:

I Etapa:

Meta:

Programas de Salud integrales revisados, evaluados, actualizados , reorganizados, homologados y fortalecidos en su estructura organizativa-administrativa, normativa y financiera, con un sistema de información fortalecido, para mejorar las condiciones de salud de la población, mediante una coordinación efectiva a nivel nacional, en el área institucional e intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Establecer una comisión Salud (MINSA-CSS) que coordine el abordaje del tema programas y redes en salud.
- Ampliar la comisión de salud institucional MINSA/CSS para los Programas, con otros sectores y actores de la sociedad civil que tienen actualmente programas de salud, para los procesos de homologación, evitando duplicidad de acciones e incorporándolos al sistema de información nacional integral de salud.
- Revisar, homologar, evaluar y actualizar la normativa legal existente a nivel nacional en el área institucional e intersectorial, sobre los Programas de Salud, buscando los mejores lineamientos que permitan beneficiar a la población sin duplicidades en el mandato legal.

- Revisar, Homologar, evaluar y actualizar todos los Programas de salud existentes a nivel nacional, en el área institucional e intersectorial, tomando en cuenta el diagnóstico de salud, el ciclo de vida del ser humano y la influencia de los determinantes de la salud con la definición clara de responsabilidades con la salud y determinantes.
- Revisar, evaluar y actualizar todo el contexto de las estructuras organizativa, normativa, administrativa, financiera, operativa, guías y protocolos de los Programas de Salud a nivel nacional, en el área institucional e intersectorial, tomando en cuenta el ciclo de vida del ser humano, el diagnóstico actualizado de salud y la influencia de los determinantes de la salud.
- Reorganizar, coordinar y fortalecer los Programas de Salud, en sus componentes de Promoción y Prevención primaria, secundaria y terciaria a nivel nacional en el área institucional e intersectorial con la participación de la sociedad civil.
- Establecer la planificación conjunta para las actividades de los programas de salud, dirigidas a la población a nivel institucional e intersectorial, considerándose el tema de determinantes, la definición de objetivos, metas, indicadores y responsabilidades específicas por cada institución de cada sector responsable, con el financiamiento requerido y aportado por todos los involucrados.
- Implementar y ejecutar las acciones de los programas de salud a nivel nacional, dirigidas a la población de forma coordinada, planificadas conjuntamente con los actores institucionales e intersectoriales, con énfasis en la Promoción y Prevención.
- Establecer la articulación institucional e intersectorial para monitorear las acciones de promoción de la salud, determinantes y prevención de enfermedades, evaluando los primeros resultados obtenidos.
- Contar con un subsistema de Información para los programas de salud, accesible y oportuno que permita el ingreso de los datos sobre las actividades institucionales e intersectoriales realizadas, con soporte tecnológico para el intercambio de información sobre todos los cambios de salud obtenidos, individuales y colectivos de la población, asociado a las acciones implementadas en los Programas
- Formar, capacitar y actualizar al recurso humano en acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades con énfasis en los determinantes de Salud y llenado correcto de los instrumentos que registran las actividades de los programas de salud.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas en la etapa I del proceso y decidir continuar a la etapa II.

Resultados Esperados:

- Comisión establecida Salud (MINSA-CSS) desarrollando acciones de coordinación para el abordaje de los programas de Salud.
- Comisión ampliada de Salud establecida, articulada y funcionando intra y extrasectorial para el fortalecimiento de los Programas de Salud homologados.
- Marco legal revisado, homologado, evaluado, ajustado y actualizado a nivel nacional en el área institucional e intersectorial, sobre los Programas de Salud, buscando los mejores lineamientos que permitan beneficiar a la población sin duplicidades en el mandato legal.
- Todos los Programas de Salud revisados, homologados, evaluados y actualizados a nivel nacional, en el área institucional e intersectorial, considerando el diagnóstico de salud, el ciclo de vida del ser humano y la influencia de los determinantes de la salud.
- Estructuras organizativas, normativas, administrativas, financieras, operativas, guías y protocolos de los Programas de Salud, revisadas, evaluadas y actualizadas a nivel nacional en el área institucional e intersectorial, tomando en cuenta el ciclo de vida del ser humano, el diagnóstico actualizado de salud y la influencia de los determinantes de la salud.
- Programas de Salud reorganizados, coordinados y fortalecidos en sus componentes de Promoción, Prevención primaria, secundaria y terciaria a nivel nacional, en el área institucional e intersectorial con la participación de la sociedad civil.
- Planificación conjunta establecida para las actividades de los programas de salud dirigidas a la población, a nivel institucional e intersectorial, considerando el tema de determinantes, la definición de objetivos, metas, indicadores y responsabilidades específicas por cada institución de cada sector responsable, con el financiamiento requerido y aportado por todos los involucrados.
- Acciones de los programas de salud implementadas y ejecutadas en la población de forma coordinada, planificadas conjuntamente con todos los actores institucionales e intersectoriales, con énfasis en la Promoción y Prevención.
- Articulación institucional e intersectorial establecida para monitorear las acciones de promoción de la salud, determinantes y prevención de enfermedades con la evaluación de los primeros resultados obtenidos.
- Subsistema de Información para los programas de salud creado, de forma accesible y oportuna, para el registro de los datos de las actividades institucionales e intersectoriales realizadas con soporte tecnológico para el intercambio de información de todos los cambios de salud obtenidos, individuales y colectivos de la población, asociado a las acciones implementadas en los Programas.

- Recurso humano formado, capacitado y actualizado en acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades con énfasis en los determinantes de salud y el llenado correcto de los instrumentos que registran las actividades de los programas de salud.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la I etapa del proceso con la decisión de continuar a la etapa II.

II Etapa:

Meta:

Red articulada a nivel nacional, en el área institucional e intersectorial para implementar los Programas de salud reestructurados, con procesos conjuntos de planificación, monitoreo, seguimiento, ejecución, evaluación, ajuste y divulgación de los resultados y un sistema de información articulado y funcionando con soporte tecnológico y recursos financieros adecuados.

Acciones Estratégicas:

- Mantener la planificación conjunta y ajustada según resultados de las acciones de los Programas implementados, a nivel institucional e intersectorial
- Continuar de forma sostenible el Monitoreo, seguimiento, ejecución, evaluación, ajuste y divulgación de los resultados de las acciones de los Programas de Salud, a nivel institucional e intersectorial, para cumplir los objetivos y metas establecidas.
- Continuar los ajustes y actualización del marco legal, sobre los Programas de Salud con sostenibilidad a lo largo del tiempo para beneficiar a la población.
- Fortalecer el sistema de información integral de salud y determinantes a nivel nacional con el subsistema de información de los programas de salud para todo el Sector y otros sectores involucrados a nivel nacional.
- Mantener continua la capacitación al recurso humano en acciones de los Programas de Salud, en promoción de la salud, prevención de enfermedades y análisis de la información cuali-cuantitativa obtenida de los indicadores, para la toma de decisiones.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas en la etapa II del proceso y decidir avanzar hacia la III etapa.

Resultados Esperados:

- Planificación conjunta y ajustada continuada y sostenible, según los resultados de las acciones de los Programas implementados, a nivel institucional e intersectorial.
- Acciones de los Programas de Salud monitoreadas, ejecutadas, evaluadas, ajustadas y divulgadas a nivel institucional e intersectorial, para cumplir los objetivos y metas establecidas.
- Marco legal sobre los Programas de Salud, con ajustes y actualizaciones sostenidas para el beneficio de la población.
- Sistema de información integral de salud y determinantes a nivel nacional, fortalecido con el subsistema de información de los programas de salud para todo el sector y otros sectores involucrados a nivel nacional.
- Recurso humano capacitado y competente para las acciones de los Programas de Salud en, promoción de la salud, prevención de enfermedades y análisis de la información cuali-cuantitativa obtenida de los indicadores, para la toma de decisiones.
- Evaluación realizada del cumplimiento de las acciones definidas para la II etapa del proceso con la decisión de continuar a la etapa III.

PROGRAMAS DE SALUD	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
Sistema Nacional Público de Salud integral con Programas de salud, actualizados y fortalecidos brindando a la población intervenciones que mejoren su salud, individual y colectiva, evidenciado en los indicadores de salud, con un sistema de información integral y soporte tecnológico accesible y transparente para todos los usuarios, a nivel nacional tanto en el área institucional como intersectorial.	I° ETAPA Programas de Salud integrales revisados, evaluados, actualizados , reorganizados, homologados y fortalecidos en su estructura organizativa-administrativa, normativa y financiera, con un sistema de información fortalecido, para mejorar las condiciones de salud de la población, mediante una coordinación efectiva a nivel nacional, en el área institucional e intersectorial.
	II° ETAPA Red articulada a nivel nacional, en el área institucional e intersectorial para implementar los Programas de salud reestructurados, con procesos conjuntos de planificación, monitoreo, seguimiento, ejecución, evaluación, ajuste y divulgación de los resultados y un sistema de información articulado y funcionando con soporte tecnológico y recursos financieros adecuados.
	III° ETAPA Sistema Nacional Público de Salud integral con Programas de salud, actualizados y fortalecidos brindando a la población intervenciones que mejoren su salud, individual y colectiva, evidenciado en los indicadores de salud, con un sistema de información integral y soporte tecnológico accesible y transparente para todos los usuarios, a nivel nacional tanto en el área institucional como intersectorial.

III Etapa:

Meta:

Sistema Nacional Público de Salud integral con Programas de salud, actualizados y fortalecidos brindando a la población intervenciones que mejoren su salud, individual y colectiva, evidenciado en los indicadores de salud, con un sistema de información integral y soporte tecnológico accesible y transparente para todos los usuarios, a nivel nacional tanto en el área institucional como intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Mantener en forma sostenible, las acciones planificadas, monitoreadas y evaluadas de forma conjunta en los Programas Nacionales de Salud, del SNPS, que logren los mejores resultados para la salud integral de la población a nivel institucional e intersectorial.
- Divulgar con transparencia todos los resultados obtenidos con las acciones e intervenciones ejecutadas en los Programas Nacionales de Salud integral y determinantes del SNPS, a nivel institucional e intersectorial.
- Lograr mantener un sistema de vigilancia del marco legal para las nuevas normativas que puedan interferir con los Programas de Salud establecidos y existentes que benefician a la población.
- Continuar el fortalecimiento del Sistema de información integral de Salud, a nivel nacional, tanto del área institucional como intersectorial relacionado con todos los elementos del subsistema de información de los Programas de Salud a nivel nacional.
- Elaborar informes y publicaciones periódicas a la nación, sobre los Programas de Salud del SNPS y resultados, que se ejecutan a nivel nacional con participación del sector salud y otros involucrados.
- Formular y desarrollar nuevos Programas de salud en el nuevo SNPS según las necesidades dinámicas de la población sustentada en los diagnósticos actualizados de la salud y sus determinantes con participación de los actores del área institucional e intersectorial involucrada.

Resultados Esperados:

- Acciones planificadas, monitoreadas y evaluadas de forma sostenible y conjunta en los Programas Nacionales de Salud del SNPS, que logren los mejores resultados para la salud integral de la población a nivel institucional e intersectorial.

- Resultados obtenidos divulgados de forma transparente, con las acciones e intervenciones ejecutadas en los Programas de Salud integral y determinantes del SNPS, a nivel institucional e intersectorial.
- Sistema de vigilancia establecido para las normativas nuevas del marco legal relacionado con los Programas de Salud que pueda interferir con lo establecido y existente que está beneficiando a la población
- Sistema de información integral de Salud fortalecido con la inclusión de todos los elementos del subsistema de información de los Programas de Salud a nivel nacional, tanto del área institucional como intersectorial relacionado.
- Informes y publicaciones periódicos a la nación elaborados sobre los programas de salud del SNPS y resultados, que se ejecutan a nivel nacional con participación del sector salud y otros, involucrados.
- Nuevos Programas de salud formulados y desarrollados en el nuevo SNPS según las necesidades dinámicas de la población sustentada en los diagnósticos actualizados de la salud y sus determinantes con participación de todos los actores del área institucional e intersectorial involucrada.

4.1.2. C. Cartera de Servicios de Salud

La cartera de servicios de salud, se define como la forma más sencilla de mostrar el catálogo de servicios brindados a la población, en cada instalación de salud.

Para la definición, se consideran mayormente las necesidades de la población demandante, que la propia naturaleza del servicio definido en la instalación, por lo cual representa la fotografía más actualizada y fiel de las verdaderas prestaciones que se brindan a la población, por lo cual amerita revisiones, actualizaciones y ajustes frecuentes.

El eje de trabajo definido para este tema institucional es, *Sistema Nacional Público de Salud con una Cartera de Servicios Integrales para la población, que responda al modelo de gestión, al modelo de provisión de servicios, basado en la atención primaria (APS) y perfiles demográficos y epidemiológicos de todos los niveles de la organización de la red, con un modelo económico-financiero sostenible, con la incorporación del área institucional e intersectorial relacionado con salud.*

Para cumplir con este eje, se definen las siguientes metas por etapas, acciones estratégicas y resultados esperados que deben cumplirse, junto a todos los actores responsables involucrados:

I Etapa:

Meta:

Coordinación efectiva de todo el Sector Salud y otros Sectores relacionados para lograr una cartera de servicios integrales de salud revisada, homologada, ajustada, actualizada e implementada según los perfiles demográfico y epidemiológico de la población, en todos los niveles de atención de la organización, basada en la estrategia de atención primaria (APS) y enfoque de Promoción de la Salud y Prevención I, II y III de las enfermedades.

Acciones Estratégicas:

- Crear una comisión institucional (MINSA/CSS), para todos los aspectos relacionados con el tema de la Cartera de Servicios Integrales de Salud a nivel nacional.
- Ampliar y articular la comisión institucional para el tema de cartera de servicios integrales de salud, con enlaces de otros sectores que provean servicios de salud.
- Revisar, homologar, ajustar y actualizar una cartera de servicios integrales de salud a nivel nacional, que responda al modelo de provisión de servicios con enfoque biopsicosocial y modelo de gestión definido, basado en APS y perfiles demográficos y epidemiológicos según los niveles de atención y grado de complejidad de la red del área institucional e intersectorial.
- Revisar, ordenar y adecuar el marco legal institucional e intersectorial, para facilitar la implementación de la cartera básica de servicios integrales de salud a nivel nacional, que elimine las barreras para la ejecución de la misma.
- Planificar la formación, capacitación y dotación del Recurso Humano de salud profesionales, técnicos y administración a nivel de toda la red nacional, del área institucional e intersectorial, para la implementación de la cartera de servicios definida según las necesidades manifiestas en el perfil epidemiológico de la población.
- Planificar los insumos y equipos necesarios a nivel institucional e intersectorial, con el financiamiento necesario de todos los sectores, para la implementación de la cartera de servicios definida según las necesidades de la población.

- Implementar y divulgar la cartera de servicios integrales de salud definida, a nivel institucional e intersectorial, en toda la red nacional que brinde cobertura y beneficios a la población.
- Contar con un Sub sistema de Información integral, accesible y oportuno que permita el registro de datos de la ejecución de la cartera de servicios a nivel institucional e intersectorial con información de todos los cambios de salud obtenidos, con la implementación de la cartera de servicios definida y fortaleciendo todo el Sistema de Información de Salud.
- Revisar el cumplimiento de los lineamientos de la I Etapa y decidir el avance hacia la II Etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión institucional (MINSA/CSS) establecida para tratar todos los aspectos relacionados con el tema de la Cartera de Servicios Integrales de Salud a nivel nacional.
- Comisión institucional (MINSA/CSS) ampliada y articulada para el tema de cartera de servicios integrales de salud con enlaces de otros sectores.
- Cartera de servicios integrales de salud revisada, homologada, ajustada y actualizada a nivel nacional, que responda al modelo de provisión de servicios con enfoque biopsicosocial y modelo de gestión definido, basado en APS y perfiles demográficos y epidemiológicos según los niveles de atención y grado de complejidad de la red del área institucional e intersectorial.
- Marco legal institucional e intersectorial revisado, ordenado y adecuado para facilitar la implementación de la cartera básica de servicios integrales de salud a nivel nacional, que elimine las barreras para la ejecución de la misma.
- Recurso Humano de salud, profesional, técnico y administrativo formado, capacitado y dotado a nivel de toda la red nacional, del área institucional e intersectorial, para la implementación de la cartera de servicios definida según las necesidades manifiestas en el perfil epidemiológico de la población.
- Insumos y equipos necesarios planificados a nivel institucional e intersectorial, con el financiamiento necesario de todos los sectores, para la implementación de la cartera de servicios definida según las necesidades de la población.
- Cartera de servicios integrales de salud implementada y divulgada, a nivel institucional e intersectorial, en toda la red nacional que brinde cobertura y beneficios a la población.

- Subsistema de información integral accesible y oportuno con los datos de la ejecución de la cartera de servicios a nivel institucional e intersectorial, con información de todos los cambios de salud obtenidos con la implementación de la cartera de servicios definida y fortaleciendo todo el Sistema de Información de Salud.
- Lineamientos de la I Etapa cumplidos con la decisión de avanzar a la II Etapa.

II Etapa:

Meta:

Cartera de Servicios integrales de salud monitoreada, evaluada y adecuada, según las variaciones del perfil demográfico y epidemiológico de la población en todos los niveles de la red de instalaciones de salud, con un sistema de información y soporte tecnológico para la intercomunicación, a nivel nacional, institucional e intersectorial relacionada.

Acciones Estratégicas:

- Monitorear, evaluar, readecuar, la cartera de servicios de salud implementada, en base al diagnóstico de salud que contemple el perfil demográfico y epidemiológico actualizado de la población, por niveles de atención en toda la red de instalaciones de salud, a nivel institucional e intersectorial.
- Mantener el fortalecimiento la comisión institucional e intersectorial para el tema de la cartera de servicios integrales de salud
- Mantener de forma sostenible la Planificación conjunta sobre la cartera de servicios integrales, a nivel institucional e intersectorial, para el beneficio de la población.
- Continuar readecuando el marco legal institucional e intersectorial para facilitar la implementación de la cartera de servicios integrales de salud definida.
- Mantener la formación, capacitación y dotación de recursos humanos de salud, profesional, técnico y administrativo a nivel nacional, del área institucional e intersectorial, para la implementación continua de la cartera de servicios integrales definida según las necesidades de la población.
- Mantener la planificación continua a nivel institucional e intersectorial, de insumos y equipos para la implementación de la cartera de servicios definida con el financiamiento complementario de todos los sectores involucrados con el proceso.

- Continuar la implementación de la cartera de servicios, considerando los ajustes de forma sostenible, según los requerimientos de la población.
- Continuar el fortalecimiento del Sistema de Información de Salud con el subsistema de cartera de servicios integrales a nivel institucional e intersectorial, funcionando de forma accesible y oportuna.
- Revisar el cumplimiento de los lineamientos de la II Etapa y decidir el avance hacia la III Etapa.

Resultados Esperados:

- Cartera de servicios de salud implementada, monitoreada, evaluada y readecuada según el diagnóstico de salud que haya contemplado el perfil demográfico y epidemiológico de la población, por niveles de atención en toda la red de instalaciones de salud, a nivel institucional e intersectorial.
- Comisión institucional e intersectorial fortalecida para el tema de la cartera de servicios integrales de salud
- Planificación conjunta continuada y sostenible, sobre la Cartera de Servicios integrales a nivel institucional e intersectorial para el beneficio de la población.
- Marco legal institucional e intersectorial readecuado de forma constante, para la facilitación de la implementación de la cartera de servicios integrales de salud definida.
- Formación, capacitación y dotación continua de recursos humanos de salud profesional, técnico y administrativo a nivel nacional, del área institucional e intersectorial, para la implementación de la cartera de servicios integrales definida según las necesidades de la población.
- Planificación de insumos y equipos de manera continua para la implementación de la cartera de servicios definida con el financiamiento complementario de todos los sectores involucrados con el proceso.
- Implementación continua de la cartera de servicios, considerando los ajustes de forma sostenible, según los requerimientos de la población.
- Sistema de información de salud fortalecido con el subsistema de cartera de servicios integrales a nivel institucional e intersectorial, funcionando de forma accesible y oportuna.
- Lineamientos de la II Etapa cumplidos con la decisión de avanzar a la III Etapa.

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
Sistema Nacional Público de Salud con una Cartera de Servicios Integrales para la población, que responda al modelo de gestión, al modelo de provisión de servicios, basado en la atención primaria (APS) y perfiles demográficos y epidemiológicos de todos los niveles de la organización de la red, con financiamiento sostenible e incorporación del área institucional e intersectorial relacionado con salud.	I° ETAPA Cartera de Servicios Integrales de Salud revisada, homologada, ajustada, actualizada e implementada según los perfiles demográfico y epidemiológico a nivel nacional, regional y local de la población, basada en la estrategia de atención primaria (APS) con enfoque de Promoción de la Salud y Prevención I,II y III de las enfermedades, en el área institucional e intersectorial relacionado con salud.
	II° ETAPA Cartera de Servicios integrales de salud monitoreada, evaluada y adecuada, según las variaciones del perfil demográfico y epidemiológico de la población en todos los niveles de la red de instalaciones de salud, con un sistema de información y soporte tecnológico para la intercomunicación, a nivel nacional, institucional e intersectorial relacionada.
	III° ETAPA Sistema Nacional Público de Salud con una Cartera de Servicios Integrales para la población, que responda al modelo de gestión, al modelo de provisión de servicios, basado en la atención primaria (APS) y perfiles demográficos y epidemiológicos de todos los niveles de la organización de la red, con financiamiento sostenible e incorporación del área institucional e intersectorial relacionado con salud.

III Etapa:

Meta:

Sistema Nacional Público de Salud con una Cartera de Servicios Integrales para la población, que responda al modelo de gestión, al modelo de provisión de servicios, basado en la atención primaria (APS) y perfiles demográficos y epidemiológicos de todos los niveles de la organización de la red, con un modelo económico-financiero sostenible, con la incorporación del área institucional e intersectorial relacionado con salud.

Acciones Estratégicas:

- Mantener los procesos de planificación, monitoreo, evaluación, readecuación e implementación de una Cartera de Servicios Integrales para la población, que responda al modelo de gestión, modelo de provisión de servicios, basado en la APS y perfiles demográficos y epidemiológicos de todos los niveles de organización de la red, con financiamiento sostenible e incorporación del área institucional e intersectorial relacionado con salud.

- Establecer un sistema de vigilancia del marco legal, para facilitar con sostenibilidad en el tiempo, la implementación continua de la cartera de servicios integrales de salud que beneficie a la población, a nivel institucional e intersectorial.
- Lograr el fortalecimiento del sistema de información integral de salud a nivel del área institucional e intersectorial, con el subsistema de información de Cartera de servicios implementada en la población.
- Lograr fortalecer todos los procesos involucrados con la Cartera de Servicios integrales de Salud, según las necesidades de la población, para el fortalecimiento del modelo de gestión y de provisión de servicios definidos para el SNPS, a nivel institucional e intersectorial.

Resultados Esperados:

- Procesos continuados de planificación, monitoreo, evaluación, readecuación e implementación de la Cartera de Servicios Integrales para la población, que responda al modelo de gestión, modelo de provisión de servicios, basado en la APS y perfiles demográficos y epidemiológicos de todos los niveles de organización de la red, con financiamiento sostenible e incorporación del área institucional e intersectorial relacionado con salud.
- Sistema de vigilancia del Marco legal para facilitar con sostenibilidad en el tiempo, la implementación continua de la cartera de servicios integrales de salud que beneficie a la población, a nivel institucional e intersectorial.
- Sistema de información integral de salud fortalecido nivel institucional e intersectorial, con el subsistema de información de Cartera de servicios implementada en la población.
- Fortalecimiento del modelo de gestión y de provisión de servicios definidos para el SNPS, con el fortalecimiento de todos los procesos involucrados con la Cartera de Servicios integrales de Salud según las necesidades de la población a nivel institucional e intersectorial.

4.1.2. D. Medicamentos

Este tema tiene gran relevancia desde el punto de vista de lograr, mantener y ampliar el acceso de la población, como una prioridad mundial, vista dentro del contexto del Derecho a la salud para todos.

Siempre será mejor la Promoción y Prevención primaria de las enfermedades, sin embargo, al tener patologías diagnosticadas, éstas requieren ser tratadas con medicamentos de calidad y costo-efectivos, que puedan evitar el progreso hacia la discapacidad y muerte de la población afectada. Lamentablemente, siguen millones de personas a nivel mundial que no tienen acceso a los medicamentos que requieren y nuestro país no escapa de esta realidad.

Los servicios de salud de todo el mundo, enfrentan una serie de problemas sanitarios donde los medicamentos desempeñan una importante función, aunque la frecuencia relativa de determinadas enfermedades varía en los distintos países.

Se requiere de buenos sistemas de información, políticas, normas regulatorias y cadena logística adecuada que garanticen todos los procesos involucrados con el tema de abastecimientos de medicamentos que disminuyan la carga de morbi-mortalidad evitable manteniendo buena disponibilidad de medicamentos adecuados, desde su selección hasta su racional utilización.

La gestión apropiada del suministro de medicamentos es un componente primordial de los servicios de provisión de la salud integral, por lo cual debe ser eficaz, asequible, costo efectiva, de calidad, basada en la evidencia, fundamentada en políticas de estado, normativas legales cónsonas con la realidad del país, procesos de monitoreo, vigilancia y evaluación sistemática, sistema de información de tecnología apropiada para el mejoramiento de todos los procesos que afectan los abastecimientos de medicamentos a nivel nacional, relacionados con la población.

El eje de trabajo para este tema, el cual se establecen metas, acciones estratégicas y resultados esperados por etapas para lograr cumplirlo, es el siguiente: ***Sistema Nacional Público de Salud bajo una rectoría fortalecida del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la gestión operativa adecuada de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, considerando la industria farmacéutica nacional, al sistema de información integral de salud fortalecido***

con tecnología apropiada y soporte financiero sostenible que garantice los abastecimientos oportunos y las decisiones adecuadas, que beneficien a la población.

I Etapa:

Meta:

Coordinación efectiva entre todos los actores del Sector Salud y otros sectores involucrados, para la revisión, actualización, homologación, regulación, planificación e implementación de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales para consumo humano, incluyendo al subsistema de información requerido y la revisión e implementación de todos los sistemas tecnológicos existentes e interfases requeridas, para el proceso.

Acciones Estratégicas:

- Establecer una comisión MINSA/CSS para evaluar todos los procesos involucrados con toda la cadena logística de medicamentos de uso humano en el país.
- Ampliar la comisión MINSA/CSS con otros actores del sector salud y de otros sectores relacionados con la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de animales de consumo humano en el país.
- Revisar, actualizar y homologar los listados de medicamentos según la cartera de servicios definida por niveles de atención y grados de complejidad para garantizar la calidad de todos los procesos.
- Revisar, actualizar y homologar los listados de medicamentos de uso en animales para consumo humano según el tipo de clasificación para garantizar la inocuidad en el ser humano.
- Revisar, actualizar, homologar y ajustar toda la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial, la cual debe incluir entre otros, la definición del tipo del producto según necesidad demandada por la población, el registro sanitario vigente, disponibilidad en el país, la adquisición, abastecimiento, almacenamiento, distribución, despacho, datos de consumo, inventarios, costos involucrados, cadena de comercialización en el sector público y privado y todos los manuales de procedimientos y catálogos que requiera cada aspecto de la cadena logística.
- Fortalecer la gestión de calidad de los medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano para cumplir con los estándares definidos, evaluando

los efectos adversos, niveles terapéuticos y niveles de toxicidad en todos los casos a nivel nacional institucional e intersectorial.

- Revisar, homologar, e implementar todos los aspectos legales que afectan los procesos involucrados para la provisión, vigilancia, investigación, divulgación o publicidad actual de los medicamentos de uso humano y de uso en animales para el consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Identificar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del rol rector del MINSA en el tema de regulación, provisión e investigación de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales para el consumo humano que permitan guiar los procesos que fortalezcan la Rectoría.
- Establecer procesos de formación y capacitación continua de todos los actores involucrados con el tema de medicamentos
- Formular, desarrollar e implementar Políticas y estrategias que incluya acuerdos internacionales para el abastecimiento de medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano, cuando no exista un oferente local y así garantizar el pleno abastecimiento de medicamentos requeridos.
- Crear un subsistema de información digital que contemple, todos los aspectos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano que incluya, datos de demanda, consumo real y proyecciones, inventario, disponibilidad según área geográfica, porcentaje de merma, datos de trazabilidad y costos entre otros aspectos.
- Crear dentro del subsistema de información un acceso amigable a la población, que contemple todos los aspectos de interés público de los medicamentos, su cadena logística, efectos adversos, alertas, indicaciones, permitiendo los reportes en línea, resultados y en general, pueda mantener a la población informada.
- Fortalecer gradualmente todos los procesos de FARMACOVIGILANCIA a nivel nacional, regional y local, tanto en el área institucional como intersectorial en todo el país.
- Fortalecer los procesos de regulación de los medicamentos de uso por la medicina tradicional, naturopatía y otros tipos de medicina alternativa, para el beneficio de la población usuaria en el país.
- Elaborar e implementar un Plan de acción que incluya todos los aspectos relacionados con la cadena logística de medicamentos a nivel nacional institucional e intersectorial, que incluya los temas de Promoción y Prevención para la comunidad, los aspectos contemplados en el Plan de contingencia y los resultados de los diagnósticos realizados.

- Evaluar todos los aspectos que inciden en la producción de medicamentos a nivel nacional, coordinando con todos los sectores involucrados para buscar los mejores incentivos para el desarrollo nacional de la industria farmacéutica, que beneficie a la población con medicamentos de calidad, cantidad suficiente y precios asequibles.
- Revisar, evaluar, ajustar, homologar e implementar todos los sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar la cadena logística de los medicamentos y poder establecer los mejores controles en cada uno de sus procesos para mejorar los abastecimientos y beneficiar a la población.
- Gestionar y viabilizar el soporte financiero requerido para cumplir todas las acciones planificadas en el tema de medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Realizar evaluación y divulgación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa I del proceso y decidir continuar a la II etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión MINSA/CSS establecida y funcionando para evaluar los procesos involucrados con toda la cadena logística de medicamentos de uso humano en el país.
- Comisión ampliada establecida y funcionando, con otros actores del sector salud y de otros sectores relacionados a la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de animales de consumo humano en el país.
- Listados de medicamentos de uso humano revisados, actualizados y homologados según la cartera de servicios definida por niveles de atención y grados de complejidad, para garantizar la calidad de todos los procesos.
- Listados de medicamentos de animales para consumo humano revisada, actualizada y homologada, según el tipo de clasificación para garantizar la inocuidad en el ser humano.
- Cadena Logística de los medicamentos de uso humano y de uso en animales para el consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial, revisada, actualizada, homologada y ajustada según todos los requerimientos definidos.
- Gestión de calidad de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, fortalecida controlando los niveles terapéuticos, efectos adversos y niveles de toxicidad en todos los casos a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Marco Legal revisado, homologado e implementado de todos los procesos involucrados para la provisión, vigilancia, investigación, divulgación o publicidad actual de los

medicamentos de uso humano y de uso en animales para el consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial.

- Fortalezas, Debilidades, Amenazas y oportunidades del Rol rector del MINSA identificadas, analizadas en el tema de la regulación, provisión e investigación de medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano para guiar los procesos que fortalezcan la Rectoría.
- Actores involucrados con el tema de medicamentos, formados y capacitados de forma continua.
- Políticas y estrategias formuladas, desarrolladas e implementadas con acuerdos internacionales para el abastecimiento de medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, cuando no existan oferente locales para garantizar el pleno abastecimiento de medicamentos requeridos.
- Subsistema de información creado para todos los aspectos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano que incluya, datos de demanda, consumo real y proyecciones, inventario, disponibilidad según área geográfica, porcentajes de merma, trazabilidad y costos, entre otros aspectos.
- Subsistema de información creado con acceso a la población, que contemple todos los aspectos de interés público de los medicamentos, su cadena logística, efectos adversos, alertas, indicaciones permitiendo los reportes en línea, resultados y en general, pueda mantener a la población informada.
- Procesos fortalecidos gradualmente de FARMACOVIGILANCIA a nivel nacional, regional y local, tanto a nivel institucional como intersectorial en todo el país.
- Procesos de regulación fortalecidos de los medicamentos de uso por la medicina tradicional, naturopatía y otros tipos de medicina alternativa para beneficio de la población usuaria en el país
- Plan de acción elaborado e implementado con la inclusión de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de medicamentos a nivel nacional, institucional e intersectorial que incluya los temas de Promoción y Prevención para la comunidad, los aspectos contemplados en el Plan de contingencia y los resultados de los diagnósticos realizados.
- Diagnóstico concluido sobre todos los factores que inciden en la producción de medicamentos a nivel nacional, involucrando a todos los sectores, para implementar incentivos que permitan el desarrollo nacional de la industria farmacéutica que beneficie a la población con medicamentos de calidad, cantidad suficiente y precios asequibles.

- Sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar la cadena logística de los medicamentos y poder establecer mejores controles en cada uno de sus procesos para mejorar los abastecimientos y beneficiar a la población.
- Disponibilidad del soporte financiero para todas las acciones planificadas en el tema de medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Evaluación y divulgación realizada del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa I del proceso y decidir continuar a la II etapa.

MEDICAMENTOS	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
Sistema Nacional Público de Salud bajo una rectoría fortalecida del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la gestión operativa adecuada de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, considerando la industria farmacéutica nacional, al sistema de información integral de salud fortalecido con tecnología apropiada y soporte financiero sostenible que garantice los abastecimientos oportunos y las decisiones adecuadas, que beneficien a la población.	I° ETAPA Coordinación efectiva entre todos los actores del Sector Salud y otros sectores involucrados , para la revisión, actualización, homologación, regulación, planificación e implementación de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales para consumo humano, incluyendo al subsistema de información requerido y la revisión e implementación de todos los sistemas tecnológicos existentes e interfases requeridas, para el proceso.
	II° ETAPA Red articulada y ajustada del Sector Salud y otros Sectores, planificando, monitoreando, evaluando de manera conjunta todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, con un subsistema de información implementado dentro de un sistema tecnológico con interfases adecuadas para el intercambio de información a nivel nacional, institucional e intersectorial.
	III° ETAPA Sistema Nacional Público de Salud bajo una rectoría fortalecida del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la gestión operativa adecuada de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, considerando la industria farmacéutica nacional, al sistema de información integral de salud fortalecido con tecnología apropiada y soporte financiero sostenible que garantice los abastecimientos oportunos y las decisiones adecuadas, que beneficien a la población.

II Etapa:

Meta:

Red articulada y ajustada del Sector Salud y otros Sectores, planificando, monitoreando, evaluando de manera conjunta todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, con un subsistema de información implementado dentro de un sistema tecnológico con interfases adecuadas para el intercambio de información a nivel nacional, institucional e intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Garantizar la continuidad de la Comisión formada por todos los actores involucrados con el tema de los medicamentos a nivel nacional institucional e intersectorial.
- Mantener el monitoreo y evaluación del cumplimiento del plan de acción implementado con los ajustes establecidos en toda la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial, que permita la adecuada gestión de todos los procesos y mantener los abastecimientos adecuados que beneficien a la población
- Mantener actualizado de forma continua los listados homologados de medicamentos de uso humano, según la cartera de servicios definida por niveles de atención y grados de complejidad incluyendo a todo el sector salud y otros sectores, garantizando la calidad en todos los procesos
- Mantener actualizado los listados de medicamentos utilizados en los animales de consumo humano según el tipo de clasificación para garantizar la inocuidad en el ser humano.
- Mantener actualizada y funcionando de forma sostenible, la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales para consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial en todos sus componentes definidos.
- Mantener la Planificación conjunta, monitoreo y evaluación del cumplimiento de todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, incluyendo la gestión de calidad y vigilancia a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Continuar la actualización del marco legal homologado para garantizar la provisión, vigilancia, investigación, divulgación o publicidad de los medicamentos de uso humano y de uso en animales para el consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Fortalecer el sistema de información integral de salud a nivel nacional, institucional e intersectorial, con el nuevo subsistema de información creado, implementado y monitoreado para todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano.
- Mantener actualizados los procesos de formación y capacitación continua de todos los actores involucrados con el tema de medicamentos.

- Mantener el monitoreo y seguimiento a todo el proceso de articulación establecida para los procesos de FARMACOVIGILANCIA NACIONAL, REGIONAL Y LOCAL a nivel institucional e intersectorial
- Continuar con el fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional que permita la producción de medicamentos que beneficien a la población con calidad, cantidad suficiente y costos de producción que favorezcan la fácil adquisición de los mismos, en todo el país coordinando a nivel institucional e intersectorial.
- Lograr establecer el adecuado funcionamiento de los sistemas tecnológicos existentes, con las interfases requeridas a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos y así facilitar la generación de datos relevantes para el subsistema de información de medicamentos, que a su vez, fortalezca el sistema de información integral de salud para una buena toma de decisiones que beneficie a la población.
- Mantener los procesos de gestión y viabilización de todos los soportes financieros requeridos para cumplir todas las acciones planificadas en el tema de medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial.

Resultados Esperados:

- Comisión formada trabajando de forma continua con todos los actores involucrados con el tema de los medicamentos a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Plan de acción implementado monitoreado, evaluado y ajustado de forma dinámica y continua, para todos los aspectos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de animales de consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial, que permita la adecuada gestión de todos los procesos y mantener los abastecimientos adecuados que beneficien a la población
- Listados de medicamentos de uso humano actualizados de forma continua y sostenible según la cartera de servicios definida por niveles de atención y grados de complejidad incluyendo a todo el sector salud y otros sectores, garantizando la calidad en todos los procesos.
- Listados actualizados de forma sostenible de los medicamentos utilizados en los animales de consumo humano según el tipo de clasificación para garantizar la inocuidad en el ser humano.

- Cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales para consumo humano funcionando y actualizada de forma sostenible, a nivel nacional institucional e intersectorial en todos sus componentes definidos.
- Cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales para el consumo humano, planificada de forma conjunta, monitoreada y evaluada en el cumplimiento de todos los procesos, incluyendo la gestión de calidad y vigilancia a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Marco legal actualizado de forma continua para garantizar la provisión, vigilancia, investigación, divulgación o publicidad de los medicamentos de uso humano y de uso en animales para el consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Sistema de información integral de salud fortalecido a nivel nacional, institucional e intersectorial con el nuevo subsistema de información creado, implementado y monitoreado para todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano.
- Procesos de formación y capacitación continua de todos los actores involucrados con el tema de medicamentos actualizados de forma sostenible.
- Procesos articulados para la FARMACOVIGILANCIA a nivel Nacional, Regional y Local, institucional e intersectorial monitoreados y con seguimiento de forma dinámica y continua en el tiempo.
- Industria farmacéutica nacional fortaleciéndose para la producción de medicamentos que beneficien a la población con calidad, cantidad suficiente y costos de producción que favorezcan la fácil adquisición de los mismos en todo el país, coordinando a nivel institucional e intersectorial.
- Sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, funcionando adecuadamente con las interfases requeridas para abordar todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos generando datos para el subsistema de información de medicamentos que a su vez, fortalezca el Sistema de información integral de salud para una buena toma de decisiones que beneficie a la población.
- Disponibilidad sostenida en el tiempo, de los soportes financieros adecuados para todas las acciones planificadas en el tema de medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial.

III. Etapa:

Meta:

Sistema Nacional Público de Salud bajo una rectoría fortalecida del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la gestión operativa adecuada de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, considerando la industria farmacéutica nacional, al sistema de información integral de salud fortalecido con tecnología apropiada y soporte financiero sostenible que garantice los abastecimientos oportunos y las decisiones adecuadas, que beneficien a la población.

Acciones Estratégicas:

- Lograr fortalecer y establecer la rectoría del MINSA en el SNPS, para todas las acciones regulatorias y de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano para la garantía de calidad, seguridad, eficacia, uso racional, costos en todo el país, a nivel institucional e intersectorial
- SNPS con la garantía de medicamentos accesibles y oportunos para la población por la gestión operativa adecuada, actualizada y sostenible de todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, con transparencia y rendición de cuentas.
- Mantener el fortalecimiento del Sistema de Información Integral de Salud con el nuevo subsistema de información de medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano, accesible al usuario interno y externo, con soporte tecnológico con interfases adecuadas para el intercambio de información, a nivel nacional, institucional e intersectorial, que contemple entre otros aspectos, todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos, los listados de los mismos tanto de uso humano como de uso en animales de consumo humano registrados en el país, fichas técnicas farmacológicas aprobadas de los medicamentos, comunicados de notas informativas, medidas administrativas para gestionar el riesgo, alertas, eventos adversos, otros problemas de los medicamentos y reportes en línea.
- Mantener actualizado el sistema de vigilancia del Marco Legal ante todos los cambios que puedan surgir en la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Continuar dentro del SNPS, la Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación de todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, con todos los actores involucrados y componentes definidos para esta cadena.

- SNPS, con sostenibilidad actualizada del soporte financiero requerido para todos los procesos definidos de forma sostenible, en la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, considerando los recursos del Sector Salud y de otros Sectores relacionados.
- Lograr el funcionamiento del SNPS con sistemas instalados de FARMACOVIGILANCIA en todo el país, mediante centros integrados a nivel nacional, regional y local, tanto institucional como intersectorialmente.
- Lograr que el SNPS cuente con actores formados y capacitados en todo lo relacionado al tema de medicamentos, de forma actualizada, continua y sostenible en el tiempo.
- Lograr que el SNPS junto a todos los actores involucrados, cuente con una industria nacional farmacéutica bien establecida e incentivada, para la producción de medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano priorizados, con calidad, en cantidades y costos adecuados para beneficio de la población del país.

Resultados Esperados:

- Rectoría del MINSA en el SNPS fortalecida y establecida para todas las acciones regulatorias y de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano para la garantía de calidad, seguridad, eficacia, uso racional, costos en todo el país, a nivel institucional e intersectorial.
- Medicamentos accesibles y oportunos garantizados en el SNPS, por la Gestión operativa adecuada, actualizada y sostenible, de todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano con transparencia y rendición de cuentas.
- Sistema de Información de Salud fortalecido con el nuevo subsistema de información de medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano, accesible al usuario interno y externo, con soporte tecnológico con interfases adecuadas para el intercambio de información, a nivel nacional, institucional e intersectorial, que contemple entre otros aspectos, todos los procesos de la cadena logística de los medicamentos, los listados de los mismos tanto de uso humano como de uso en animales de consumo humano registrados en el país, fichas técnicas farmacológicas aprobadas de los medicamentos, comunicados de notas informativas, medidas administrativas para gestionar el riesgo, alertas, eventos adversos, otros problemas de los medicamentos y reportes en línea.

- Sistema de vigilancia del Marco legal actualizado de manera sostenida para todos los cambios que surjan en la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano a nivel nacional institucional e intersectorial.
- Procesos actualizados y con sostenibilidad, dentro del SNPS, de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación de todos los procesos de la cadena logística de medicamentos de uso humano y de los animales de consumo humano, con todos los actores involucrados y componentes definidos para esta cadena.
- SNPS con soporte financiero actualizado y sostenible en el tiempo para asegurar la continuidad de los procesos de la cadena logística de los medicamentos de uso humano y de uso en los animales de consumo humano, considerando los recursos del Sector Salud y otros Sectores relacionados.
- SNPS funcionando con un Sistema de FARMACOVIGILANCIA instalado en todo el país, mediante centros integrados a nivel nacional, regional y local, tanto institucional como intersectorialmente.
- SNPS con actores formados y capacitados en todo lo relacionado al tema de medicamentos, de forma, actualizada, continua y sostenible en el tiempo.
- SNPS contando junto a todos los actores involucrados, con una industria nacional farmacéutica bien establecida e incentivada, para la producción de medicamentos de uso humano y de uso en animales de consumo humano priorizados, con calidad, en cantidades y costos adecuados para beneficio de la población del país.

4.1.2. E. Insumos Médico-Quirúrgicos y Otros productos de uso humano

Los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano, son esenciales para que la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades y afecciones sean seguros y eficaces. El logro de muchos objetivos relacionados con la salud, dependerán de la disponibilidad de estos insumos y la buena gestión de toda la cadena logística desde la fabricación, regulación, planificación, adquisición, evaluación y utilización de insumos de buena calidad, seguros y compatibles con los diferentes entornos donde se emplean.

El eje de trabajo para este tema institucional, con sus respectivas metas, acciones estratégicas y resultados esperados por etapas, es el siguiente, *Sistema Nacional Público de Salud bajo la rectoría del MINSA, con procesos unificados a nivel*

nacional, institucional e intersectorial, garantizando la óptima gestión operativa de la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de consumo humano, con un sistema de información integral de salud fortalecido, tecnología adecuada y soporte financiero sostenible para garantizar los abastecimientos oportunos y toma de decisiones adecuadas que beneficien a la población.

I Etapa

Meta:

Coordinación efectiva nacional entre todos los actores del Sector Salud y otros sectores involucrados, para la revisión, actualización, homologación, regulación, planificación e implementación de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, incluyendo al subsistema de información requerido y la revisión e implementación de todos los sistemas tecnológicos existentes e interfases requeridas, para el proceso.

Acciones Estratégicas:

- Establecer una Comisión MINSA/CSS, para la revisión y coordinación de todos los aspectos relacionados con el tema de insumos médico quirúrgico y otros productos de uso humano.
- Ampliar la comisión a otros actores involucrados en el tema de los insumos médico-quirúrgico y otros productos de uso humano, incluyendo a todo el sector salud y otros sectores.
- Revisar, actualizar y homologar los listados de insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano en el país, a nivel institucional e intersectorial, según la cartera de servicios definida por niveles de atención y grados de complejidad, para garantizar la calidad de todos los procesos.
- Revisar, actualizar, homologar y ajustar toda la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, a nivel nacional, institucional e intersectorial, la cual incluye desde la definición de las características y volúmenes requeridos de los insumos, adquisición, abastecimiento, almacenamiento, distribución y despacho con los registros de consumo, inventarios y costos involucrados con la debida transparencia y rendición de cuentas.
- Revisar y ajustar el marco legal, institucional e intersectorial, para el cumplimiento de toda la cadena logística requerida para los insumos médico quirúrgicos y de otros

productos de uso humano, incluyendo los incumplimientos y sanciones en el proceso de adquisición

- Elaborar e implementar un Plan de acción para toda la cadena logística relacionada con los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, a nivel nacional, institucional e intersectorial, que garantice su adecuada gestión incluyendo las acciones de contingencia priorizadas.
- Homologar, readecuar, articular e implementar un subsistema de información nacional, entre MINSA/CSS y otros sectores, que considere todos los aspectos de la cadena logística de insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano, involucrada.
- Revisar, evaluar, ajustar, homologar e implementar todos los sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar la cadena logística de insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano para poder establecer los mejores controles en cada uno de sus procesos para mejorar los abastecimientos y beneficiar a la población.
- Gestionar y viabilizar el soporte financiero requerido para cumplir todas las acciones de la cadena logística relacionada con los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, donde se incluya a todo el Sector salud y otros sectores involucrados con el tema.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa I del proceso y decidir a continuar a la II etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión establecida con el MINSA/CSS, funcionando, para la revisión y coordinación de todos los aspectos relacionados con el tema de insumos médico-quirúrgico y otros productos de uso humano
- Comisión ampliada y establecida con todos los actores de los sectores involucrados en el tema de insumos médico-quirúrgico y de otros productos de uso humano.
- Listados de insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano en el país, a nivel institucional e intersectorial, revisados, actualizados y homologados según la cartera de servicios definida por niveles de atención y grados de complejidad, para garantizar la calidad de todos los procesos.
- Cadena logística revisada, actualizada, homologada y ajustada para los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, a nivel nacional, institucional e intersectorial, la cual incluye desde la definición de las características y volúmenes

requeridos de los insumos, adquisición, abastecimiento, almacenamiento, distribución y despacho con los registros de consumo, inventarios y costos involucrados con la debida transparencia y rendición de cuentas.

- Marco legal institucional e intersectorial, revisado y ajustado, para el cumplimiento de toda la cadena logística requerida para los insumos médico quirúrgicos y de otros productos de uso humano, incluyendo los incumplimientos y sanciones en el proceso de adquisición.
- Plan de acción para toda la cadena logística relacionada con los insumos médico quirúrgicos y de otros productos de uso humano, elaborada e implementada a nivel nacional, institucional e intersectorial, que incluya las acciones de contingencia prioritizadas.
- Sub Sistema de información homologado, readecuado, articulado e implementado a nivel nacional entre MINSA/CSS y otros sectores, que considere todos los aspectos de la cadena logística de insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, involucrada.
- Sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar la cadena logística de los insumos médico- quirúrgicos y otros productos de uso humano, para poder establecer los mejores controles en cada uno de sus procesos para mejorar los abastecimientos y beneficiar a la población.
- Soporte financiero gestionado y viabilizado para todas las acciones de la cadena logística relacionada con los insumos médico- quirúrgicos y otros productos de uso humano, donde se incluya a todo el Sector Salud y otros Sectores involucrados con el tema.
- Evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la etapa I del proceso completada para decidir continuar a la II etapa.

II Etapa:

Meta:

Red Nacional articulada y ajustada del Sector Salud y otros Sectores, planificando, monitoreando, evaluando de manera conjunta todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, con un subsistema de información implementado junto a un sistema tecnológico con las interfases adecuadas para el intercambio de información a nivel institucional e intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Garantizar la continuidad de la Comisión formada por todos los actores involucrados con el tema de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano.
- Monitorear, ajustar y evaluar el cumplimiento del Plan de acción implementado a nivel nacional, institucional e intersectorial, de toda la cadena logística de los insumos médicos quirúrgicos y otros productos de uso humano.
- Mantener actualizados y funcionando todos los procesos de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano a nivel nacional, institucional e intersectorial, que incluya los listados homologados de estos insumos, con transparencia y rendición de cuentas.
- Fortalecer el Sistema de Información de Salud con el subsistema de información creado para todos los procesos de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano, a nivel nacional, institucional e intersectorial para el beneficio de la población
- Monitorear y evaluar el cumplimiento del marco legal institucional e intersectorial, ajustado para los procesos de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y de otros productos de uso humano.
- Continuar la planificación conjunta a nivel nacional, institucional e intersectorial, para todos los procesos de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano.
- Lograr establecer el adecuado funcionamiento de los sistemas tecnológicos existentes, con las interfases requeridas a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar todos los procesos de la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, así facilitar la generación de datos relevantes para el subsistema de información, que a su vez, fortalezca el sistema de información integral de salud para una buena toma de decisiones que beneficie a la población.
- Mantener garantizado el soporte financiero para todas las acciones de la cadena logística relacionada con los insumos médico quirúrgicos y de otros productos de uso humano, del Sector Salud y otros Sectores involucrados.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa II del proceso y decidir continuar a la III etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión intra y extrasectorial funcionando activamente en el tema de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano.
- Plan de acción implementado, monitoreado, ajustado y evaluado a nivel nacional, institucional e intersectorial de toda la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano.
- Cadena logística de insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, actualizada y funcionando adecuadamente a nivel nacional institucional e intersectorial, que incluya los listados homologados de estos insumos, con transparencia y rendición de cuentas.
- Sistema de Información de Salud, fortalecido con el subsistema de información creado para todos los procesos de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano, a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Marco legal institucional e intersectorial ajustado, monitoreado y evaluado para los procesos de la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano.
- Planificación conjunta continuada a nivel nacional, institucional e intersectorial, para todos los procesos de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano.
- Sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, funcionando adecuadamente con las interfases requeridas para abordar todos los procesos de la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, generando datos para el subsistema de información que a su vez, fortalezca el Sistema de información integral de salud para una buena toma de decisiones que beneficie a la población.
- Soporte financiero garantizado con sostenibilidad para todas las acciones de la cadena logística de los insumos medico quirúrgicos y de otros productos de uso humano, del Sector Salud y otros sectores involucrados
- Evaluación realizada del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa II del proceso y decisión tomada para la III etapa.

INSUMOS MÉDICO QUIRÚRGICOS Y OTROS PRODUCTOS DE USO HUMANO	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
Sistema Nacional Público de Salud bajo la rectoría del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la óptima gestión operativa de la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de consumo humano, con un sistema de información integral de salud fortalecido, tecnología adecuada y soporte financiero sostenible para garantizar los abastecimientos oportunos y toma de decisiones adecuadas, que benefician a la población.	I° ETAPA Coordinación efectiva nacional entre todos los actores del Sector Salud y otros sectores involucrados , para la revisión, actualización, homologación, regulación, planificación e implementación de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, incluyendo al subsistema de información requerido y la revisión e implementación de todos los sistemas tecnológicos existentes e interfases requeridas, para el proceso.
	II° ETAPA Red Nacional articulada y ajustada del Sector Salud y otros Sectores, planificando, monitoreando, evaluando de manera conjunta todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, con un subsistema de información implementado junto a un sistema tecnológico con las interfases adecuadas para el intercambio de información a nivel institucional e intersectorial.
	III° ETAPA Sistema Nacional Público de Salud bajo la rectoría del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la óptima gestión operativa de la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de consumo humano, con un sistema de información integral de salud fortalecido, tecnología adecuada y soporte financiero sostenible para garantizar los abastecimientos oportunos y toma de decisiones adecuadas que benefician a la población.

III Etapa:

Meta:

Sistema Nacional Público de Salud bajo la rectoría del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la óptima gestión operativa de la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de consumo humano, con un sistema de información integral de salud fortalecido, tecnología adecuada y soporte financiero sostenible para garantizar los abastecimientos oportunos y toma de decisiones adecuadas que benefician a la población.

Acciones Estratégicas:

- Mantener en el SNPS, la gestión operativa adecuada y actualizada de los procesos involucrados en la cadena logística para los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano, a nivel institucional e intersectorial, con transparencia y rendición de cuentas.
- Mantener actualizado el Marco Legal del SNPS y otros sectores, ante todos los cambios de la cadena logística de los insumos médicos quirúrgicos y otros productos de uso humano.

- Continuar en el SNPS, con la Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación de todos los procesos de la cadena logística de los insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, con todos los actores involucrados.
- Mantener el fortalecimiento del Sistema de Información de Salud del SNPS, con todos los aspectos del subsistema de información de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano, a nivel nacional, institucional e intersectorial, con tecnología adecuada para el intercambio de información apoyando la toma de decisiones que beneficie a la población.
- Mantener el soporte financiero para todos los procesos continuados de la cadena logística de los insumos médico- quirúrgicos y otros productos de uso humano, del SNPS, considerando los recursos del Sector Salud y otros Sectores relacionados.

Resultados Esperados:

- SNPS con Gestión operativa adecuada y actualizada de manera sostenible, todos los procesos involucrados con la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano, a nivel institucional e intersectorial, con transparencia y rendición de cuentas.
- Marco legal del SNPS y otros sectores, actualizado de manera sostenida para todos los cambios de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano.
- SNPS, con procesos continuos de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación de todos los procesos de la cadena logística de insumos médico quirúrgicos y otros productos de uso humano, con todos los actores involucrados.
- SNPS con un Sistema de información de Salud, fortalecido con el subsistema de información de todos los procesos de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano, a nivel nacional, institucional e intersectorial, con tecnología adecuada para el intercambio de información apoyando la toma de decisiones que beneficie a la población.
- Soporte financiero sostenible en el tiempo para asegurar la continuidad de los procesos de la cadena logística de los insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano del SNPS, considerando los recursos del Sector Salud y otros Sectores relacionados.

4.1.2. F. Materiales y Suministros

Los materiales y suministros, constituyen uno de los pilares de apoyo importantes para la buena ejecución de todas las actividades de salud en las diferentes instalaciones según los niveles de atención.

Son los elementos básicos que se transforman en productos terminados a través del uso de la mano de obra y de los costos directos o indirectos de fabricación, en el proceso de producción.

Todos los procesos que se desarrollan entre la materia prima y el resultante de su elaboración, se denominan en conjunto, cadena de suministro y es establecida con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario, sea interno o externo.

Se incluyen en esta cadena, a todos los involucrados, desde el nivel externo como son los fabricantes, proveedores, vendedores, transportistas, hasta continuar con el nivel interno, donde se incluyen a todos los que forman la cadena institucional, previa al usuario interno quien requiere de estos materiales y/o suministros para transformarlos en productos terminados que beneficiarán al usuario externo o población demandante del sistema, y para quien debe ser dirigido todo el esfuerzo.

En este tema, hablamos de materiales y suministros para todos aquellos insumos que no estén incluidos dentro del concepto de medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y otros productos de uso humano.

El eje de trabajo, con metas, acciones estratégicas y resultados esperados por etapas es: ***Sistema Nacional Público de Salud bajo la rectoría del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la gestión operativa adecuada de la cadena logística de materiales y suministros, con un sistema de información integral de salud fortalecido con apoyo tecnológico y soporte financiero sostenible, garantizando los abastecimientos oportunos y decisiones adecuadas, que beneficien a la población.***

I Etapa

Meta:

Coordinación efectiva nacional entre todos los actores del Sector Salud y otros sectores involucrados, para la revisión, actualización, homologación, regulación, planificación e implementación de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los materiales y suministros requeridos en salud, incluyendo al subsistema de información y la revisión e implementación de todos los sistemas tecnológicos existentes e interfases requeridas, para el proceso de forma oportuna, con calidad, seguridad y eficacia.

Acciones Estratégicas:

- Establecer una Comisión con todos los actores institucionales MINSA/CSS, para la coordinación y planificación conjunta de todas las acciones relacionadas con el tema de materiales y suministros.
- Ampliar la comisión MINSA/CSS a otros actores de otros Sectores, para la planificación conjunta de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de materiales y suministros.
- Elaborar y/o actualizar los diagnósticos o Inventarios a nivel nacional sobre los materiales y suministros existentes en todas las instalaciones, incluyendo los depósitos centrales y regionales o centros de distribución (CEDI).
- Fortalecer el rol rector del MINSA en el tema de regulación de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los materiales y suministros utilizados en salud.
- Revisar, actualizar, homologar, ajustar, implementar y divulgar oficialmente, todos los procesos relacionados con la cadena logística de los materiales y suministros incluyendo entre otros, la elaboración de manuales de procedimientos, de compras, listados actualizados de materiales e insumos y buenas condiciones de almacenamiento en las instalaciones a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Revisar, actualizar, homologar y adecuar el marco legal en todos los aspectos relacionados al tema de materiales y suministros a nivel nacional, institucional e intersectorial que incluya entre otros, los aspectos de adjudicaciones de actos públicos, sanciones, incumplimientos, impugnaciones, contrataciones en el mercado nacional o internacional, comercialización y acuerdos para afrontar productos sin oferentes u oferentes onerosos.

- Elaborar e implementar en corto tiempo, las acciones de contingencia, en todas las instalaciones de salud a nivel nacional, para atender las prioridades en el tema de materiales y suministros.
- Crear e implementar un subsistema de información nacional, de los materiales y suministros, articulado entre MINSA/CSS y otros sectores, que contemple todos los datos relacionados con la cadena logística, desde su demanda hasta los despachos locales, con información actualizada y accesible a todos los usuarios, internos y externos del sistema.
- Evaluar, homologar, ajustar e implementar todos los sistemas de tecnología digital utilizados para la gestión operativa de todos los procesos relacionados con la cadena logística de los materiales y suministros utilizados en salud a nivel nacional tanto institucional como intersectorial.
- Gestionar y viabilizar el soporte financiero requerido para cumplir todas las acciones de la cadena logística relacionada con los materiales y suministros utilizados en salud, donde se incluya a todo el Sector salud y otros sectores involucrados con el tema.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa I del proceso y decidir continuar a la II etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión establecida con todos los actores institucionales MINSA/CSS para la coordinación y planificación conjunta de todas las acciones relacionadas con el tema de materiales y suministros.
- Comisión MINSA/CSS ampliada con actores de otros sectores para la planificación conjunta de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de materiales y suministros.
- Diagnóstico o Inventarios elaborados y/o actualizados a nivel nacional sobre materiales y suministros existentes en todas las instalaciones, incluyendo los depósitos centrales y regionales o CEDI.
- MINSA fortalecido en su rol rector para los temas de regulación de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los materiales y suministros utilizados en salud.
- Cadena logística de materiales y suministros, revisada, actualizada, homologada, ajustada, implementada y divulgada oficialmente con la elaboración entre otros, de manuales de procedimientos, manuales de compras, listados actualizados de materiales y suministros y buenas condiciones de almacenamiento en las instalaciones a nivel nacional, institucional e intersectorial.

- Marco legal revisado, actualizado, homologado y adecuado en todos los aspectos relacionados al tema de materiales y suministros a nivel nacional, institucional e intersectorial que incluya todos los aspectos requeridos y definidos.
- Acciones de contingencias elaboradas e implementadas en todas las instalaciones de salud a nivel nacional, para atender las prioridades en el tema de materiales y suministros.
- Subsistema de información nacional creado e implementado con los datos relacionados con la cadena logística de materiales y suministros, desde la demanda hasta los despachos locales con información actualizada y accesible a todos los usuarios, internos y externos del sistema.
- Sistemas de tecnología digital utilizados para la gestión operativa de todos los procesos relacionados con la cadena logística de los materiales y suministros utilizados en salud, evaluados, homologados, ajustados e implementados a nivel nacional, tanto institucional como intersectorial.
- Soporte financiero gestionado y viabilizado para todas las acciones de la cadena logística relacionada con los materiales y suministros utilizados en salud, donde se incluya a todo el Sector Salud y otros Sectores involucrados con el tema.
- Cumplimiento de todas las acciones definidas para la I etapa del proceso y con la decisión tomada de continuar a la II etapa.

II Etapa

Meta:

Red Nacional articulada y ajustada del Sector Salud y otros Sectores, planificando, monitoreando, evaluando de manera conjunta todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los materiales y suministros, con un subsistema de información implementado junto al sistema tecnológico con las interfases adecuadas para el intercambio de información y el soporte financiero, a nivel institucional e intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Garantizar la continuidad de la Comisión formada por los actores involucrados con la cadena logística de los materiales y suministros utilizados en salud.
- Continuar de forma sostenible, los procesos de planificación conjunta, monitoreo, seguimiento, evaluación y divulgación de todos los procesos de la cadena logística de

materiales y suministros utilizados en salud a nivel nacional, tanto institucional como intersectorialmente.

- Mantener actualizados y funcionando todos los procesos implementados de la cadena logística de los materiales y suministros utilizados en salud, nivel nacional, institucional e intersectorial, que incluya los listados homologados de estos insumos, con transparencia y rendición de cuentas.
- Mantener la actualización y cumplimiento de las regulaciones emitidas por el MINSA como ente rector, para todos los procesos relacionados con la cadena logística de materiales y suministros utilizados en salud a nivel nacional.
- Mantener la implementación, monitoreo, ajustes y evaluación del subsistema de información que incluya todos los procesos de la cadena logística de los materiales y suministros utilizados en salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial para el beneficio de la población
- Lograr establecer el adecuado funcionamiento de los sistemas tecnológicos existentes, con las interfases requeridas a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar todos los procesos de la cadena logística de los materiales y suministros y así facilitar la generación de datos relevantes para el subsistema de información que a su vez, fortalezca el sistema de información integral de salud para una buena toma de decisiones que beneficie a la población.
- Mantener garantizado el soporte financiero para todas las acciones de la cadena logística relacionada con los materiales y suministros del Sector Salud y otros Sectores involucrados.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa II del proceso y decidir continuar a la III etapa.

MATERIALES Y SUMINISTROS

EJE DE TRABAJO	ETAPAS
<p>Sistema Nacional Público de Salud bajo la rectoría del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la gestión operativa adecuada de la cadena logística de materiales y suministros, con un sistema de información integral de salud fortalecido con apoyo tecnológico y soporte financiero sostenible, garantizando los abastecimientos oportunos y decisiones adecuadas, que beneficien a la población.</p>	<p>I° ETAPA Coordinación efectiva nacional entre todos los actores del Sector Salud y otros sectores involucrados, para la revisión, actualización, homologación, regulación, planificación e implementación de todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los materiales y suministros requeridos en salud, incluyendo al subsistema de información y la revisión e implementación de todos los sistemas tecnológicos existentes e interfases requeridas, para el proceso de forma oportuna, con calidad, seguridad y eficacia.</p>
	<p>II° ETAPA Red Nacional articulada y ajustada del Sector Salud y otros Sectores, planificando, monitoreando, evaluando de manera conjunta todos los aspectos relacionados con la cadena logística de los materiales y suministros, con un subsistema de información implementado junto al sistema tecnológico con las interfases adecuadas para el intercambio de información y el soporte financiero, a nivel institucional e intersectorial.</p>
	<p>III° ETAPA Sistema Nacional Público de Salud bajo la rectoría del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la gestión operativa adecuada de la cadena logística de materiales y suministros, con un sistema de información integral de salud fortalecido con apoyo tecnológico y soporte financiero sostenible, garantizando los abastecimientos oportunos y decisiones adecuadas, que beneficien a la población.</p>

Resultados Esperados:

- Comisión funcionando de forma sostenible con los actores involucrados con la cadena logística de los materiales y suministros utilizados en salud
- Procesos continuados y sostenibles de planificación conjunta, monitoreo, seguimiento, evaluación y divulgación de la cadena logística de materiales y suministros utilizados en salud a nivel nacional, tanto institucional como intersectorialmente.
- Cadena logística implementada de materiales y suministros utilizados en salud, actualizada y funcionando adecuadamente a nivel nacional institucional e intersectorial, que incluya los listados homologados de estos insumos, con transparencia y rendición de cuentas.
- Regulaciones emitidas por el MINSA como ente rector, actualizadas y cumplidas para todos los procesos relacionados con la cadena logística de materiales y suministros utilizados en salud a nivel nacional.
- Sistema de Información de Salud, fortalecido con el subsistema de información que incluya todos los procesos de la cadena logística de los materiales y suministros, a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, funcionando adecuadamente con las interfases requeridas para abordar todos los procesos de la cadena logística de los materiales y suministros generando datos para

el subsistema de información que a su vez, fortalezca el Sistema de información integral de salud para una buena toma de decisiones que beneficie a la población.

- Soporte financiero garantizado con sostenibilidad para todas las acciones de la cadena logística de los materiales y suministros del Sector Salud y otros sectores involucrados.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa II del proceso y decidir continuar a la III etapa.

III Etapa

Meta:

Sistema Nacional Público de Salud bajo la rectoría del MINSA, con procesos unificados a nivel nacional, institucional e intersectorial, garantizando la gestión operativa adecuada de la cadena logística de materiales y suministros, con un sistema de información integral de salud fortalecido con apoyo tecnológico y soporte financiero sostenible, garantizando los abastecimientos oportunos y decisiones adecuadas, que beneficien a la población.

Acciones Estratégicas:

- Mantener en el SNPS, la gestión operativa adecuada y actualizada de los procesos de la cadena logística para los materiales y suministros, a nivel institucional e intersectorial, con transparencia y rendición de cuentas.
- Mantener actualizado el Marco Legal del SNPS y el de otros sectores involucrados, para todos los cambios de la cadena logística de los materiales y suministros.
- Mantener en el SNPS, los procesos de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación y Actualización, de toda la cadena logística de materiales y suministros utilizados en salud, con todos los actores involucrados.
- Mantener el fortalecimiento del Sistema de Información de Salud del SNPS, con todos los aspectos del subsistema de información de la cadena logística de materiales y suministros utilizados en salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial, con soporte tecnológico e interfases adecuadas que permita el intercambio de información para la toma adecuada de decisiones que beneficien a la población.
- Mantener en el SNPS, el soporte financiero para todos los procesos continuados de la cadena logística de materiales y suministros utilizados en salud, considerando los recursos del Sector Salud y otros Sectores relacionados.

Resultados Esperados:

- SNPS con Gestión operativa adecuada, actualizada y sostenible, de todos los procesos de la cadena logística de los materiales y suministros, a nivel institucional e intersectorial, con transparencia y rendición de cuentas.
- Marco legal del SNPS y de otros sectores involucrados, actualizado de manera sostenible para todos los cambios de la cadena logística de los materiales y suministros.
- SNPS con procesos de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación y Actualización sostenible de toda la cadena logística de materiales y suministros, con todos los actores involucrados.
- SNPS con un Sistema de información de Salud, fortalecido con el subsistema de información de toda la cadena logística de materiales y suministros utilizados en salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial, con soporte tecnológico e interfases adecuadas para el intercambio de información, que permita la toma adecuada de decisiones que beneficien a la población.
- SNPS con soporte financiero sostenible, para asegurar la continuidad de los procesos de la cadena logística de materiales y suministros utilizados en salud, considerando los recursos del Sector Salud y otros Sectores relacionados.

4.1.2. G. Equipos

Los equipos utilizados en salud incluyen los de tipo biomédico, equipos de índole administrativa y todos aquellos que no entran en la categoría de insumos y resultan necesarios o complementarios para la ejecución efectiva de las diferentes actividades que se realizan en salud.

La problemática de este tema dentro de nuestras instituciones, amerita un abordaje integral de toda la cadena logística involucrada con los equipos a nivel nacional, considerando desde la definición tecnológica hasta los procesos de planificación ajustados a los modelos definidos para brindar los servicios de salud, cadena logística de adquisición , entrega, mantenimiento y capacitación en el uso de los equipos.

El eje de trabajo para este tema institucional es: ***Sistema Nacional Público de Salud con equipamiento adecuado en todas las instalaciones de salud según la organización de la red, a nivel nacional, institucional e intersectorial, para***

cumplir con el modelo definido de provisión de servicios integrales de salud, con planes ejecutados de dotación y mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, con el sistema de información de salud, soporte tecnológico y recursos financieros adecuados y sostenibles.

Las metas, acciones estratégicas, resultados esperados por etapas que permitan el cumplimiento de este eje de trabajo, son las siguientes:

I Etapa

Meta:

Coordinación efectiva nacional entre todos los actores del Sector Salud y otros sectores involucrados, para la revisión, actualización, homologación, regulación, planificación e implementación de toda la cadena logística de los equipos requeridos en salud, incluyendo al subsistema de información, sistemas tecnológicos, interfases y recursos financieros necesarios.

Acciones Estratégicas:

- Establecer una Comisión MINSA/CSS, para la revisión y coordinación de todos los aspectos relacionados con los Equipos requeridos en salud.
- Ampliar la Comisión a otros actores, de otros sectores, involucrados con el tema de Equipos de salud.
- Realizar inventario y diagnóstico, sobre el equipamiento en todas las instalaciones de salud, incluyendo las condiciones de almacenamiento en dichas instalaciones, a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Revisar, actualizar, homologar, ajustar, implementar y divulgar oficialmente, todos los procesos relacionados con la cadena logística de los equipos requeridos en salud, incluyendo entre otros, la elaboración de manuales de procedimientos, de compras, listados actualizados de todos los equipos, planes de dotación y mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Elaborar e implementar planes continuos de capacitaciones para el recurso humano según tipos de equipos que utiliza para garantizar la actualización del personal y evitar los daños por mal uso de los mismos.
- Revisar, actualizar, homologar y adecuar el marco legal en todos los aspectos relacionados al tema de equipos requeridos en salud, a nivel nacional, institucional e

intersectorial que incluya entre otros, los aspectos de adjudicaciones de actos públicos, sanciones, incumplimientos, impugnaciones, contrataciones en el mercado nacional o internacional, comercialización y acuerdos para afrontar productos sin oferentes u oferentes onerosos.

- Elaborar e implementar las acciones del plan de contingencia, a corto plazo en todas las instalaciones de salud a nivel nacional, para atender las prioridades en el tema de equipos requeridos en salud.
- Crear e implementar un subsistema de información nacional, de los equipos requeridos en salud, articulado entre MINSA/CSS y otros sectores, que contemple todos los datos relacionados con la cadena logística, desde su demanda hasta los despachos locales, con información actualizada y accesible a todos los usuarios, internos y externos del sistema.
- Evaluar, homologar, ajustar e implementar todos los sistemas de tecnología digital utilizados para la gestión operativa de todos los procesos relacionados con la cadena logística de los equipos requeridos en salud a nivel nacional tanto institucional como intersectorial.
- Gestionar y viabilizar el soporte financiero requerido para cumplir todas las acciones de la cadena logística relacionada con los equipos requeridos en salud, donde se incluya a todo el Sector salud y otros sectores involucrados con el tema.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa I del proceso y decidir continuar a la II etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión MINSA/CSS establecida y funcionando para la revisión y coordinación de todos los aspectos relacionados con los equipos requeridos en salud.
- Comisión ampliada y funcionando con otros actores de otros sectores involucrados con el tema de equipos de salud.
- Diagnóstico e inventario realizado sobre el equipamiento en todas las instalaciones de salud incluyendo las condiciones de almacenamiento en dichas instalaciones, a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Cadena logística de equipos requeridos en salud, revisada, actualizada, homologada, ajustada, implementada y divulgada oficialmente con a elaboración entre otros, de manuales de procedimientos, manuales de compras, listados actualizados de todos los equipos, planes de dotación y mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, a nivel nacional, institucional e intersectorial.

- Planes de capacitación continua elaborados e implementados para el recurso humano según los tipos de equipos que utiliza, para garantizar la actualización del personal y evitar los daños por mal uso de los mismos.
- Marco legal revisado, actualizado, homologado y adecuado en todos los aspectos relacionados al tema de equipos requeridos en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial que incluya todos los aspectos solicitados y definidos.
- Acciones del plan de contingencias elaboradas e implementadas a corto plazo en todas las instalaciones de salud a nivel nacional, para atender las prioridades en el tema de equipos requeridos en salud.
- Subsistema de información nacional de toda la cadena logística de los equipos requeridos en salud, creado e implementado, desde la demanda hasta los despachos locales con información actualizada y accesible a todos los usuarios, internos y externos del sistema.
- Sistemas de tecnología digital utilizados para la gestión operativa de todos los procesos relacionados con la cadena logística de los equipos requeridos en salud, evaluados, homologados, ajustados e implementados a nivel nacional, tanto institucional como intersectorial.
- Soporte financiero gestionado y viabilizado para todas las acciones de la cadena logística relacionada con los equipos requeridos en salud, donde se incluya a todo el Sector Salud y otros Sectores involucrados con el tema.
- Evaluación realizada de todas las acciones definidas en la etapa I del proceso, con la decisión de continuar a la II etapa.

II Etapa:

Meta:

Red Nacional articulada y ajustada entre el Sector Salud y otros Sectores, planificando, monitoreando, evaluando de manera conjunta toda la cadena logística de los equipos requeridos en salud, con un subsistema de información implementado, sistema tecnológico e interfases adecuadas para el intercambio de información y recursos financieros, a nivel institucional e intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Garantizar la continuidad del trabajo unificado de la Comisión formada por todos los actores del Sector Salud y otros Sectores involucrados, con la cadena logística de los equipos requeridos en salud.

- Mantener actualizados y funcionando todos los procesos implementados de la cadena logística de los equipos requeridos en salud, nivel nacional, institucional e intersectorial, que incluya los listados homologados de estos equipos, con transparencia y rendición de cuentas.
- Mantener de forma sostenible, los procesos de planificación conjunta, monitoreo, seguimiento, evaluación y divulgación de todos los procesos relacionados de la cadena logística de equipos requeridos en salud, incluyendo planes de capacitación del recurso humano, de dotación y mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, a nivel nacional, tanto institucional como intersectorialmente.
- Mantener la actualización, implementación y cumplimiento de las normativas legales emitidas por el MINSA como ente rector, para todos los procesos relacionados con la cadena logística de equipos requeridos en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Mantener la implementación, monitoreo, ajustes y evaluación del subsistema de información que incluya todos los procesos de la cadena logística de los equipos requeridos en salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial para el beneficio de la población.
- Lograr establecer el adecuado funcionamiento de los sistemas tecnológicos existentes, con las interfases requeridas a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar todos los procesos de la cadena logística de los equipos requeridos en salud, facilitando la generación de datos relevantes para este subsistema de información que a su vez, fortalezca el sistema de información integral de salud, para una buena toma de decisiones que beneficie a la población.
- Mantener garantizado el soporte financiero para todas las acciones de la cadena logística relacionada con los equipos requeridos en salud, tanto del Sector Salud como de otros Sectores involucrados.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa II del proceso y decidir continuar a la III etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión fortalecida con evidencias del trabajo unificado para la cadena logística de los equipos requeridos en salud, por parte de todos los actores del Sector salud y otros Sectores involucrados a este proceso.
- Cadena logística implementada de equipos requeridos en salud, actualizada y funcionando adecuadamente a nivel nacional institucional e intersectorial, que incluya los listados homologados de estos equipos, con transparencia y rendición de cuentas.

- Procesos continuados de forma sostenible de planificación conjunta, monitoreo, seguimiento, evaluación y divulgación de la cadena logística de equipos requeridos en salud, incluyendo planes de capacitación del recurso humano, de dotación y mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, a nivel nacional, tanto institucional como intersectorialmente.
- Normativas legales emitidas por el MINSA como ente rector, actualizadas, implementadas y cumplidas para todos los procesos relacionados con la cadena logística de equipos requeridos en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Sistema de Información de Salud, fortalecido con el subsistema de información que incluya todos los procesos de la cadena logística de los equipos requeridos en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, funcionando adecuadamente con las interfases requeridas para abordar todos los procesos de la cadena logística de los equipos requeridos en salud, generando datos para el subsistema de información que a su vez, fortalezca el Sistema de información integral de salud para una buena toma de decisiones que beneficie a la población.
- Soporte financiero garantizado con sostenibilidad para todas las acciones de la cadena logística de los materiales e insumos del Sector Salud y otros sectores involucrados.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa II del proceso y decidir continuar a la III etapa.

EQUIPOS UTILIZADOS EN SALUD	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
Sistema Nacional Público de Salud con equipamiento adecuado en todas las instalaciones de salud según la organización de la red, a nivel nacional, institucional e intersectorial, para cumplir con el modelo definido de provisión de servicios integrales de salud, con planes ejecutados de dotación y mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, con el sistema de información de salud, soporte tecnológico y recursos financieros adecuados y sostenibles.	I° ETAPA Coordinación efectiva nacional entre todos los actores del Sector Salud y otros sectores involucrados, para la revisión, actualización, homologación, regulación, planificación e implementación de toda la cadena logística de los equipos requeridos en salud, incluyendo al subsistema de información, sistemas tecnológicos, interfases y recursos financieros necesarios.
	II° ETAPA Red Nacional articulada y ajustada entre el Sector Salud y otros Sectores, planificando, monitoreando, evaluando de manera conjunta toda la cadena logística de los equipos requeridos en salud, con un subsistema de información implementado, sistema tecnológico e interfases adecuadas para el intercambio de información y recursos financieros, a nivel institucional e intersectorial.
	III° ETAPA Sistema Nacional Público de Salud con equipamiento adecuado en todas las instalaciones de salud según la organización de la red, a nivel nacional, institucional e intersectorial, para cumplir con el modelo definido de provisión de servicios integrales de salud, con planes ejecutados de dotación y mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, con el sistema de información de salud, soporte tecnológico y recursos financieros adecuados y sostenibles.

III Etapa:

Meta:

Sistema Nacional Público de Salud con equipamiento adecuado en todas las instalaciones de salud según la organización de la red, a nivel nacional, institucional e intersectorial, para cumplir con el modelo definido de provisión de servicios integrales de salud, con planes ejecutados de dotación y mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, con el sistema de información de salud, soporte tecnológico y recursos financieros adecuados y sostenibles.

Acciones Estratégicas:

- Mantener en el SNPS, la gestión operativa adecuada y actualizada de la cadena logística de los equipos requeridos en salud, a nivel institucional e intersectorial, con transparencia y rendición de cuentas.
- Mantener actualizado el Marco Legal del SNPS y el de otros sectores involucrados, para todos los cambios de la cadena logística de los equipos requeridos en salud.
- Mantener en el SNPS, los procesos de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación y Actualización, de toda la cadena logística de equipos requeridos en salud, incluyendo planes de capacitación del recurso humano, de dotación y mantenimiento

preventivo, predictivo y correctivo, con todos los actores involucrados del sector salud y de otros sectores relacionados.

- Mantener el fortalecimiento del Sistema de Información de Salud del SNPS, con todos los aspectos del subsistema de información de la cadena logística de equipos requeridos en salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial, con soporte tecnológico e interfases adecuadas que permita el intercambio de información para la toma adecuada de decisiones que beneficien a la población.
- Mantener en el SNPS, los recursos financieros para todos los procesos continuados de la cadena logística de equipos requeridos en salud, considerando los recursos del Sector Salud y de otros Sectores relacionados.

Resultados Esperados:

- SNPS con Gestión operativa adecuada, actualizada y sostenible, de la cadena logística de los equipos requeridos en salud a nivel institucional e intersectorial, con transparencia y rendición de cuentas.
- Marco legal del SNPS y de otros sectores involucrados, actualizado de manera sostenible para todos los cambios de la cadena logística de los equipos requeridos en salud.
- SNPS con procesos de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación y Actualización sostenible de toda la cadena logística de equipos requeridos en salud, incluyendo planes de capacitación del recurso humano, de dotación y mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, con todos los actores involucrados del sector salud y de otros sectores relacionados.
- SNPS con un Sistema de información de Salud, fortalecido con el subsistema de información de toda la cadena logística de equipos requeridos en salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial, con soporte tecnológico e interfases adecuadas para el intercambio de información, que permita la toma adecuada de decisiones que beneficien a la población.
- SNPS con recursos financieros de forma sostenible, para asegurar la continuidad de los procesos de la cadena logística de equipos requeridos en salud, considerando los recursos del Sector Salud y de otros Sectores relacionados.

4.1.2. H. Transporte utilizado en salud

El transporte es una actividad entendida como el desplazamiento de objetos o personas de un lugar (punto de origen) a otro (punto de destino) en un vehículo (medio o sistema de transporte) que utiliza una determinada infraestructura (red de transporte).

Esta actividad ha logrado una gran expansión a lo largo de los últimos dos siglos, debido al aumento de los desplazamientos humanos tanto a escala nacional como internacional, al desarrollo específico del tema según el tipo de servicio o profesión, tipo de viaje, tipo de elemento transportado, tipo de acceso (público o privado), tipo de modelo y modos de transporte.

En salud, se experimentan todas estas variables del transporte, tanto para los pacientes como los insumos, equipos, materiales y suministros que se utilizan en los diferentes servicios.

El eje de trabajo definido para este tema desde el punto de vista institucional es, ***Sistema Nacional Público de Salud, funcionando con una flota de transporte nacional unificada institucionalmente y articulada a nivel intersectorial, organizada, bien dotada, estructurada, en óptimas condiciones, con protocolos de funcionamiento y mantenimiento ejecutados para cumplir con los requerimientos del nuevo sistema que beneficien a la población.***

Las metas, acciones estratégicas, resultados esperados por cada etapa, se detallan a continuación:

I Etapa:

Meta:

Coordinar a nivel del Sector Salud y otros Sectores, una Flota de transporte utilizada en salud, planificando de forma conjunta, la elaboración e implementación de protocolos organizativos, de funcionamiento y de mantenimiento de la flota, con sistema de información, tecnología y soporte financiero adecuado, para cumplir las acciones de Salud que beneficien a la población.

Acciones Estratégicas:

- Establecer una Comisión MINSA/CSS, para la revisión y coordinación de todos los aspectos relacionados con el tema de transporte en salud.
- Ampliar la Comisión a otros actores, de otros sectores, involucrados con el tema de transporte en salud.
- Realizar un diagnóstico de la flota de transporte terrestre, acuática y aérea en todas las instalaciones de salud del país institucional e intersectorial, para conocer entre otros aspectos, el número de unidades móviles, el tipo de transporte, las condiciones del medio de transporte, la ubicación y vida útil.
- Crear un subsistema de información para el tema de transporte, integral, nacional, institucional e intersectorial donde registre datos del diagnóstico inicial de la flota de transporte existente, con sus programas de mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, ubicación por regiones, instituciones públicas y privadas, tipo de transporte, entre otros, para mantener actualizado el diagnóstico y sea amigable, accesible, oportuno para los análisis requeridos y toma de decisiones conjuntas en este tema.
- Revisar, evaluar, ajustar, homologar e implementar todos los sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar el tema de transporte de todo tipo utilizado en salud, para poder establecer los mejores controles en cada uno de sus procesos y mejorar la dotación, organización y funcionamiento que beneficien a la población.
- Establecer Planificación conjunta para todos los aspectos relacionados con el Sistema Nacional de transporte de salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial, para responder a las necesidades manifiestas por la población en todo el país donde se incluya:
 - a. La cadena logística, desde su adquisición hasta la dotación específica.
 - b. Protocolos del diseño organizativo y dotación.
 - c. Mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo de toda la flota de transporte según tipo, por cada institución pública y/o privada de salud.
 - d. Revisión, homologación, actualización y coordinación de los listados de toda la flota terrestre, aérea y acuática por tipo y ubicación
- Revisar, actualizar, homologar, ajustar las normativas legales en el tema de transporte de salud a nivel institucional e intersectorial, para poder ejecutar las acciones requeridas que beneficien a la población.
- Revisar actualizar, implementar y ajustar, programas educativos integrales para el personal que labora en el área de transporte, incluyendo al sector institucional e

intersectorial relacionado con todos los servicios de transporte de salud, dirigidos al usuario.

- Gestionar y viabilizar el soporte financiero requerido para cumplir todas las acciones de los procesos de planificación relacionada con el tema de transporte utilizado en salud, donde se incluya a todo el nivel institucional e intersectorial relacionado.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I etapa del proceso y decidir continuar a la II etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión MINSA/CSS establecida y funcionando para la revisión y coordinación de todos los aspectos relacionados con el tema de transporte en salud.
- Comisión ampliada y funcionando con otros actores de otros sectores involucrados con el tema de transporte en salud.
- Diagnóstico realizado de la flota de transporte terrestre, acuática y aérea en todas las instalaciones de salud a nivel institucional e intersectorial detallando entre otros aspectos, el número de unidades móviles, el tipo de transporte, las condiciones del medio de transporte, la ubicación y vida útil.
- Subsistema de información creado para el tema de transporte de forma integral, nacional, actualizado, accesible y oportuno a nivel institucional e intersectorial.
- Sistemas tecnológicos existentes a nivel nacional, institucional e intersectorial, para abordar el tema de transporte de todo tipo, utilizado en salud, para poder establecer los mejores controles en cada uno de sus procesos y mejorar la dotación, organización y funcionamiento que beneficien a la población.
- Planificación conjunta establecida para todos los aspectos relacionados con el Sistema Nacional de transporte de salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial, para responder a las necesidades manifiestas por la población en todo el país donde se incluye:
 - a. La cadena logística, desde su adquisición hasta la dotación específica.
 - b. Protocolos del diseño organizativo y dotación.
 - c. Mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo de toda la flota de transporte según tipo, por cada institución pública y/o privada de salud.
 - d. Revisión, homologación, actualización y coordinación de los listados de toda la flota terrestre, aérea y acuática por tipo y ubicación

- Normativas legales revisadas actualizadas, homologadas y ajustadas en el tema de transporte de salud institucional e intersectorial para poder ejecutar las acciones requeridas que beneficien a la población.
- Programas educativos integrales revisados, actualizados, implementados y ajustados, para todo el personal que labora en el área de transporte, incluyendo al sector institucional e intersectorial relacionado con todos los servicios de transporte de salud, dirigidos al usuario.
- Soporte financiero gestionado y viabilizado para cumplir con todas las acciones de los procesos de planificación relacionada con el tema de transporte utilizado en salud, donde se incluya a todo el nivel institucional e intersectorial relacionado.
- Evaluación realizada del cumplimiento de todas las acciones definidas para la I etapa del proceso y decidir continuar a la II etapa.

TRANSPORTE UTILIZADO EN SALUD	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
Sistema Nacional Público de Salud, funcionando con una flota de transporte nacional unificada institucionalmente y articulada a nivel intersectorial, organizada, bien dotada, estructurada, en óptimas condiciones, con protocolos de funcionamiento y mantenimiento ejecutados para cumplir con los requerimientos del nuevo sistema que benefician a la población.	I° ETAPA Coordinar a nivel del Sector Salud y otros Sectores, una Flota de transporte utilizada en salud, planificando de forma conjunta, la elaboración e implementación de protocolos organizativos, de funcionamiento y de mantenimiento de la flota, con sistema de información, tecnología y soporte financiero adecuado, para cumplir las acciones de Salud que benefician a la población.
	II° ETAPA Red Nacional de transporte articulada y ajustada a nivel institucional e intersectorial, funcionando de forma eficiente, oportuna, eficaz, producto de la planificación, monitoreo y evaluación conjunta de los procesos organizativos y de mantenimiento de la flota de transporte, con un subsistema de información y tecnología con interfases adecuadas para el intercambio de información a nivel nacional, cumpliendo con las acciones requeridas de salud para beneficio de la población.
	III° ETAPA Sistema Nacional Público de Salud, funcionando con una flota de transporte nacional unificada institucionalmente y articulada a nivel intersectorial, organizada, bien dotada, estructurada, en óptimas condiciones, con protocolos de funcionamiento y mantenimiento ejecutados para cumplir con los requerimientos del nuevo sistema que benefician a la población.

II Etapa

Meta:

Red Nacional de transporte articulada y ajustada a nivel institucional e intersectorial, funcionando de forma eficiente, oportuna, eficaz, producto de la planificación, monitoreo y evaluación conjunta de los procesos organizativos y de mantenimiento de la flota de transporte, con un subsistema de información y tecnología con interfases adecuadas para

el intercambio de información a nivel nacional, cumpliendo con las acciones requeridas de salud para beneficio de la población.

Acciones Estratégicas:

- Mantener la continuidad de la Comisión unificada institucional e intersectorial para que funcione en el abordaje del tema de Transporte utilizado en salud.
- Fortalecer el sistema de información integral de salud, con el nuevo subsistema de información para el tema de transporte creado, implementado, monitoreado, ajustado y evaluado, manteniendo actualizado el diagnóstico de toda la flota de transporte terrestre, acuático y aéreo, a nivel nacional, institucional e intersectorial con interfases tecnológicas adecuadas para el intercambio de información.
- Mantener la Planificación conjunta, monitoreo, evaluación y divulgación de todos los procesos relacionados con el Sistema Nacional de Transporte de salud, incluyendo toda su cadena logística, Programas de mantenimiento, protocolos para la dotación, actualizaciones de listados homologados, la gestión de calidad y vigilancia a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Continuar la actualización del marco legal homologado y ajustado para garantizar un sistema nacional de transporte utilizado en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Continuar la Actualización, Ajustes, Monitoreo y Evaluación de los Programas educativos integrales implementados para el personal que labora en el área de transporte, incluyendo al sector institucional e intersectorial relacionados.
- Mantener los procesos de gestión y viabilización de todos los soportes financieros requeridos para cumplir todas las acciones planificadas en el tema de transporte a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II etapa del proceso y decidir continuar a la III etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión unificada institucional e intersectorial funcionando de forma continua para el abordaje de todos los aspectos relacionados con el transporte utilizado en salud.
- Sistema de información integral de salud fortalecido con el nuevo subsistema de información para el tema de transporte creado, implementado, monitoreado, ajustado y evaluado, manteniendo actualizado el diagnóstico de toda la flota de transporte

terrestre, acuático y aéreo a nivel nacional, institucional e intersectorial con interfases tecnológicas adecuadas para el intercambio de información.

- Planificación conjunta del Sistema Nacional de Transporte continuada, monitoreada, evaluada y divulgada, para el cumplimiento de todos los procesos, incluyendo toda su cadena logística, Programas de mantenimiento, protocolos para la dotación, actualizaciones de listados homologados, la gestión de calidad y vigilancia a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Marco legal actualizado de forma continua para garantizar un sistema nacional de transporte utilizado en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Programas educativos integrales, actualizados, ajustados, monitoreados y evaluados, para todo el personal que labora en el área de transporte, incluyendo al sector institucional e intersectorial relacionados.
- Disponibilidad sostenida en el tiempo, de los soportes financieros adecuados para todas las acciones planificadas en el tema de transporte nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Evaluación realizada del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II etapa del proceso y decidir continuar a la III etapa.

III Etapa:

Meta:

Sistema Nacional Público de Salud, funcionando con una flota de transporte nacional unificada institucionalmente y articulada a nivel intersectorial, organizada, bien dotada, estructurada, en óptimas condiciones, con protocolos de funcionamiento y mantenimiento ejecutados para cumplir con los requerimientos del nuevo sistema que beneficien a la población.

Acciones Estratégicas:

- Mantener el SNPS con un sistema nacional de transporte, formado por una flota terrestre, acuática y aérea, óptima, actualizada, en cantidad, calidad y gestión operativa adecuada, ejecutando las actividades institucionales e intersectoriales.
- Mantener el SNPS con un Sistema de Información Integral de Salud, fortalecido con el subsistema de información del transporte, a nivel nacional, institucional e

intersectorial, con soporte tecnológico e interfases adecuadas para el intercambio de información que facilite la toma adecuada de decisiones para beneficio de la población.

- Mantener en el SNPS, los procesos conjuntos y sostenibles de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación, relacionados con el sistema nacional de transporte, a nivel institucional e intersectorial.
- Mantener actualizado el Marco Legal del SNPS y el de otros sectores involucrados, para todos los cambios relacionados con el sistema nacional de transporte de salud.
- Disponer permanentemente de Programas educativos fortalecidos para el personal institucional e intersectorial, relacionado con el sistema nacional de transporte, en cada una de sus diferentes áreas laborales.
- Actualizar de forma permanente la gestión financiera requerida por el SNPS, para viabilizar los recursos de todas las acciones planificadas en el tema de transporte a nivel nacional, institucional e intersectorial.

Resultados Esperados:

- SNPS, con un sistema nacional de transporte formado por una flota terrestre, acuática y aérea, óptima, actualizada, en cantidad, calidad y gestión operativa adecuada, ejecutando las actividades institucionales e intersectoriales.
- SNPS con un Sistema de información Integral de Salud fortalecido con el subsistema de información del transporte, a nivel nacional, institucional e intersectorial, con soporte tecnológico e interfases adecuadas para el intercambio de información, que facilite la toma adecuada de decisiones para beneficio de la población.
- SNPS con procesos conjuntos y sostenibles de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación, relacionados con el sistema nacional de transporte, a nivel institucional e intersectorial.
- Marco Legal del SNPS y de otros sectores involucrados, para todos los cambios relacionados con el sistema nacional de transporte de salud.
- Programas educativos fortalecidos y disponibles de forma permanente para todo el personal institucional e intersectorial, relacionado con el sistema nacional de transporte, en cada una de sus diferentes áreas laborales.
- Gestión financiera actualizada y sostenible para viabilizar los recursos que permitan la ejecución de todas las acciones planificadas en el tema de transporte a nivel nacional, institucional e intersectorial.

4.1.2. I. Estructura Organizativa

La estructura organizativa de una institución, se constituye en el reflejo de su patrón de diseño estructural interno, para poder cumplir con los objetivos y metas definidos.

Para seleccionar la estructura adecuada, es necesario fundamentarse en las normativas legales existentes, las características propias de cada institución u organización, los objetivos para los que se crean las organizaciones, los recursos que cuentan, el modelo de gestión, provisión de servicios y económico-financiero, niveles de puestos y jerarquía necesarios para el mejor cumplimiento de las funciones.

En Panamá, se tienen dos instituciones públicas para brindar servicios de salud a la población y aunque la constitución marca los elementos fundamentales de cómo debe otorgarse este servicio, las estructuras organizativas actuales resultan tan complejas y burocráticas que no permiten poder desempeñarse de forma óptima para lograr los objetivos que benefician a la población.

El eje de trabajo para este tema institucional es, *Sistema nacional público de salud funcionando, bajo rectoría del MINSA, con una estructura organizativa unificada y articulada a nivel intersectorial, con un sistema de información de salud integral utilizando tecnología apropiada y un marco normativo legal actualizado y consensuado, para responder de forma permanente al modelo de gestión, modelo de provisión de servicios integrales y modelo económico-financiero, definidos en el nuevo sistema.*

Para cumplir con este eje de trabajo, se definen las siguientes etapas, con sus metas, acciones estratégicas y resultados esperados:

I Etapa

Meta:

Coordinación efectiva entre todos los actores del Sector Salud y otros Sectores, para la revisión, actualización, homologación, regulación, rediseño y planificación de todos los aspectos relacionados con las estructuras organizativas de todas las instituciones involucradas con la creación de un subsistema de información integral y los soportes financieros requeridos para la viabilidad operativa.

Acciones Estratégicas:

- Establecer la comisión MINSA/CSS para coordinar todos los aspectos relacionados con sus estructuras organizativas.
- Ampliar la comisión a los actores del sector salud y de otros sectores relacionados, para evaluar todos los aspectos de sus estructuras organizativas.
- Revisar, analizar, homologar, rediseñar, actualizar y planificar para fortalecer las estructuras organizativas de las Instituciones del Sector Salud y de otros Sectores relacionados, en todos los niveles, respondiendo a las necesidades de la población, misión, visión, valores, principios y objetivos de las instituciones, incluyendo sus cadenas y líneas de mando con el sustento legal que lo permita.
- Incorporar en el diseño de las estructuras organizativas de las instituciones del Sector Salud y otros Sectores, el enfoque de Promoción y Prevención de la Salud en todos sus niveles junto a la definición de los mecanismos de participación ciudadana formal e informal como ente fundamental en el autocuidado de la salud.
- Revisar, readecuar e implementar los mecanismos para el fortalecimiento del rol rector del MINSA, visibilizado en las estructuras organizativas, cadenas de mando y manuales de funcionamiento de toda la institución, todo el Sector salud y otros Sectores relacionados públicos y privados.
- Revisar, identificar, readecuar e implementar los mecanismos que permitan visibilizar en la estructura organizativa de la CSS, el fortalecimiento de su rol proveedor de todas las prestaciones económicas de la población, para los riesgos de maternidad, enfermedades comunes, profesionales y accidentes de trabajo.
- Revisar, analizar, actualizar, ajustar y adecuar el marco legal para permitir las homologaciones y rediseños de las estructuras organizativas de las instituciones del Sector Salud y de otros Sectores, que cumpla con los reales objetivos institucionales, para beneficiar a la población.
- Planificar los recursos financieros que viabilizan los ajustes administrativos de las estructuras organizativas homologadas y requeridas evitando la duplicidad y fortaleciendo la complementariedad en el Sector Salud y otros sectores involucrados.
- Desarrollar e implementar las readecuaciones de las estructuras presupuestarias y financieras para las nuevas estructuras organizativas formales definidas, homologadas y requeridas, que garanticen su funcionalidad operativa en las instituciones del Sector Salud y de otros Sectores relacionados.
- Revisar, analizar, homologar, actualizar o diseñar los manuales de organización de las diferentes instituciones del Sector Salud y de otros Sectores, para cumplir con la misión, visión y objetivos institucionales que benefician a la población.

- Elaborar un subsistema de información del nuevo SNPS, para todas las instituciones del Sector Salud y de otros sectores, que incluya las diferentes estructuras organizativas con las funcionalidades, complementariedades, e interrelaciones entre las diferentes unidades administrativas.
- Revisar, homologar, ajustar y coordinar los diversos soportes tecnológicos institucionales e intersectoriales existentes para el tema de diseños y registros de estructuras organizativas, viabilizando las interfases requeridas entre los entes involucrados.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas en la etapa I del proceso y decidir continuar a la etapa II.

Resultados Esperados:

- Comisión MINSA/CSS establecida coordinando todos los aspectos relacionados con sus estructuras organizativas.
- Comisión MINSA/CSS ampliada a todos los actores de otros sectores relacionados para evaluar sus estructuras organizativas.
- Estructura organizativa de las Instituciones del Sector Salud y de otros Sectores relacionados, revisadas, analizadas, homologadas, rediseñadas, actualizadas y planificadas para fortalecerlas en todos los niveles, respondiendo a las necesidades de la población , misión, visión, valores, principios y objetivos de las instituciones incluyendo sus cadenas y líneas de mando, con el sustento legal que lo permita.
- Estructuras organizativas de las instituciones del Sector Salud y otros Sectores, con diseños incorporados con enfoque de Promoción y Prevención de la Salud en todos sus niveles junto a la definición de los mecanismos de participación ciudadana formal e informal como ente fundamental en el autocuidado de la salud.
- Mecanismos revisados, readecuados e implementados para el fortalecimiento del rol rector del MINSA visibilizado en las estructuras organizativas, cadenas de mando y manuales de funcionamiento de toda la institución, todo el Sector Salud y otros sectores relacionados públicos y privados.
- Mecanismos revisados, identificados readecuados e implementados para visibilizar en la estructura organizativa de la CSS, el fortalecimiento de su rol proveedor de todas las prestaciones económicas de la población, para los riesgos de maternidad, enfermedades comunes, profesionales y accidentes de trabajo.
- Marco legal revisado, analizado, actualizado, ajustado y adecuado para permitir las homologaciones y rediseños de las estructuras organizativas de las instituciones del

Sector Salud y de otros Sectores, que cumpla con los reales objetivos institucionales, para beneficiar a la población.

- Recursos financieros planificados para viabilizar los ajustes administrativos de las estructuras organizativas homologadas y requeridas, evitando la duplicidad y fortaleciendo la complementariedad en el Sector Salud y otros sectores involucrados.
- Readequaciones presupuestarias y financieras para las nuevas estructuras organizativas formales definidas, homologadas y requeridas, que garanticen su funcionalidad operativa en las instituciones del Sector Salud y de otros Sectores.
- Manuales de organización revisados, analizados, homologados, actualizados o diseñados, de las diferentes instituciones del Sector Salud y de otros Sectores, para cumplir con la misión, visión y objetivos institucionales que beneficien a la población.
- Subsistema de información del nuevo SNPS, para todas las instituciones del Sector Salud y de otros Sectores, que incluya las diferentes estructuras organizativas con las funcionalidades, complementariedades e interrelaciones entre las diferentes unidades administrativas.
- Soportes tecnológicos para los diseños y registros de estructuras organizativas, revisados, homologados, ajustados y coordinados, viabilizando las interfases requeridas entre los entes involucrados a nivel institucional e intersectorial.
- Evaluación realizada del cumplimiento de todas las acciones definidas en la etapa I del proceso y decidir continuar a la etapa II.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
Sistema nacional público de salud funcionando, bajo rectoría del MINSA, con una estructura organizativa unificada y articulada a nivel intersectorial, con un sistema de información de salud integral utilizando tecnología apropiada y un marco normativo legal actualizado y consensado, para responder de forma permanente al modelo de gestión, modelo de provisión de servicios integrales y modelo económico-financiero, definidos en el nuevo sistema.	I° ETAPA Coordinación efectiva entre todos los actores del Sector Salud y otros Sectores, para la revisión, actualización, homologación, regulación, rediseño y planificación de todos los aspectos relacionados con las estructuras organizativas de todas las instituciones involucradas con la creación de un subsistema de información integral y los soportes financieros requeridos para la viabilidad operativa.
	II° ETAPA Red Nacional articulada y ajustada del Sector Salud y otros Sectores, monitoreando, evaluando y actualizando conjuntamente todos los aspectos relacionados con las estructuras organizativas, con soporte financiero para mantener la funcionalidad y un subsistema de información implementado con tecnología para el intercambio de información a nivel nacional.
	III° ETAPA Sistema nacional público de salud funcionando, bajo rectoría del MINSA, con una estructura organizativa unificada y articulada a nivel intersectorial, con un sistema de información de salud integral utilizando tecnología apropiada y un marco normativo legal actualizado y consensado, para responder de forma permanente al modelo de gestión, modelo de provisión de servicios integrales y modelo económico-financiero, definidos en el nuevo sistema.

II Etapa

Meta:

Red Nacional articulada y ajustada del Sector Salud y otros Sectores, monitoreando, evaluando y actualizando conjuntamente todos los aspectos relacionados con las estructuras organizativas, con soporte financiero para mantener la funcionalidad y un subsistema de información implementado con tecnología para el intercambio de información a nivel nacional.

Acciones Estratégicas:

- Mantener la continuidad de la Comisión unificada institucional e intersectorial para que funcione en el abordaje de todos los aspectos relacionados con sus estructuras organizativas.
- Fortalecer todas las estructuras organizativas institucionales e intersectoriales, mediante los procesos conjuntos y continuos de planificación, monitoreo, evaluación y actualización de todos los aspectos que incluyan:
 - a. La creación, modificación o eliminación de estructuras;
 - b. Ajustes de las funciones considerando el componente de promoción y prevención;
 - c. Ajustes en los manuales organizativos y cadenas de mando;
 - d. Ajustes de los recursos humanos, físicos y financieros requeridos para la ejecución de las funciones, que respondan a las necesidades de la población.
- Fortalecer el sistema de información integral de salud, con el nuevo subsistema de información para el tema de diseños y registros de estructuras organizativas, implementado, monitoreado, ajustado y evaluado, logrando mantener actualizado los diseños existentes de las estructuras organizativas a nivel nacional, institucional e intersectorial con interfases tecnológicas adecuadas para el intercambio de información.
- Fortalecer el rol rector del MINSA dentro de un sistema institucional de salud que se articule intersectorialmente y sea visibilizado en todas las estructuras organizativas de todos los sectores relacionados a nivel nacional, cumpliendo con el mandato constitucional.
- Continuar la vigilancia del marco legal homologado, implementado, monitoreado, evaluado y actualizado de las estructuras organizativas institucionales e intersectoriales, para que de forma sostenible sea adecuado y actualizado según las nuevas necesidades de la población.

- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II etapa del proceso y decidir continuar a la III etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión unificada institucional e intersectorial funcionando de forma continua para el abordaje de todos los aspectos relacionados con el tema de sus estructuras organizativas.
- Estructuras organizativas fortalecidas institucionales e intersectoriales, mediante procesos conjuntos y continuos de planificación, monitoreo, evaluación y actualización de todos los aspectos que incluyan:
 - a. La creación, modificación o eliminación de las estructuras.
 - b. Ajustes de las funciones considerando el componente de promoción y prevención.
 - c. Ajustes en los manuales organizativos y cadenas de mando.
 - d. Ajustes de los recursos humanos, físicos y financieros requeridos para la ejecución de las funciones que respondan a las necesidades de la población.
- Sistema de información integral de salud fortalecido con el nuevo subsistema de información para el tema de Recurso Humano creado, implementado, monitoreado, ajustado y evaluado, logrando mantener actualizado los diseños existentes de estructuras organizativas a nivel nacional, institucional e intersectorial con interfases tecnológicas adecuadas para el intercambio de información.
- Rol rector del MINSA fortalecido dentro de un sistema institucional de salud articulado intersectorialmente y se visibilice en todas las estructuras organizativas de todos los sectores relacionados, a nivel nacional, cumpliendo con el mandato constitucional.
- Marco legal de las estructuras organizativas institucionales e intersectoriales vigilado, homologado, implementado, monitoreado, evaluado y actualizado de forma sostenible, según las necesidades de la población.
- Evaluación realizada del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II etapa del proceso y decidir continuar a la III etapa.

III Etapa

Meta:

Sistema nacional público de salud funcionando, bajo rectoría del MINSA, con una estructura organizativa unificada y articulada a nivel intersectorial, con un sistema de

información de salud integral utilizando tecnología apropiada y un marco normativo legal actualizado y consensado, para responder de forma permanente al modelo de gestión, modelo de provisión de servicios integrales y modelo económico-financiero, definidos en el nuevo sistema.

Acciones Estratégicas:

- Lograr formalizar la estructura organizativa del Sistema Nacional Público de Salud de Panamá, bajo la rectoría del MINSA y articulada intersectorialmente, que funcione según el nuevo modelo de gestión, modelo de provisión de servicios integrales y modelo económico-financiero, definidos, con el sustento legal actualizado que cumpla con el mandato constitucional en el marco de una política de estado.
- Mantener un sistema de vigilancia del marco legal existente para la estructura organizativa del nuevo SNPS, ante todos los cambios futuros que puedan afectar la, incluyendo a todo el Sector Salud y otros sectores involucrados.
- Mantener en el SNPS, los procesos de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación de todos los aspectos relacionados con las estructuras organizativas de todo el sector salud y de otros sectores relacionados.
- Mantener el fortalecimiento del Sistema de Información de Salud del SNPS, con todos los aspectos del subsistema de información de diseños y registros de estructuras organizativas a nivel nacional, institucional e intersectorial, con soporte tecnológico que permita el intercambio de información.

Resultados Esperados:

- SNPS con estructura organizativa formalizada, bajo rectoría del MINSA y articulada intersectorialmente, funcionando según el nuevo modelo de gestión, modelo de provisión de servicios integrales y modelo económico-financiero, definidos con el sustento legal actualizado que cumpla con el mandato constitucional en el marco de política de estado.
- Sistema de vigilancia del marco legal existente para la estructura organizativa del nuevo SNPS, ante todos los cambios futuros que puedan afectarla, incluyendo a todo el Sector Salud y otros Sectores involucrados.
- SNPS, con procesos permanentes de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación de todos los aspectos relacionados con las estructuras organizativas de todo el sector salud y de otros sectores relacionados.

- SNPS con un Sistema de información Integral de Salud, fortalecido con el subsistema de información de diseños y registros de estructuras organizativas a nivel nacional, institucional e intersectorial con soporte tecnológico que permita el intercambio de información.
- SNPS con recursos financieros de forma sostenible, para asegurar la continuidad de los procesos relacionados con el recurso humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud, considerando los recursos del Sector Salud y de otros Sectores relacionados.

4.1.2. J. Recursos Humanos

El concepto de recursos humanos involucra a todas las personas con las que cuenta una organización para desarrollar y ejecutar las actividades y tareas que deben realizarse en línea del cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales. Se considera el motor de toda organización o institución, pues generan el trabajo por el conjunto de empleados o colaboradores de la organización.

Por lo expuesto, la gestión del recurso humano en las organizaciones, tiene gran importancia pues si resulta deficiente, también serán deficientes los resultados esperados en el accionar de su recurso humano.

El eje de trabajo definido para este tema del eje institucional es, ***Sistema Nacional de Salud Público funcionando con el recurso humano necesario y competente, para garantizar la oferta y cobertura permanente de los servicios de salud requeridos por la población, producto de una adecuada planificación conjunta con recursos financieros óptimos, un sistema de información de salud integral, con soporte tecnológico para la intercomunicación y la articulación sostenible a nivel nacional, institucional e intersectorial.***

Las etapas con sus metas, acciones estratégicas y resultados esperados que progresivamente pueden apoyar el cumplimiento del eje de trabajo son las siguientes:

I Etapa

Meta:

Coordinación efectiva entre todos los actores del Sector Salud y otros Sectores, para la revisión, actualización, homologación, regulación y planificación de todos los aspectos relacionados con el tema de Recurso Humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud en cada una de sus diferentes áreas, con un subsistema de información específico creado, implementado, ajustado con intercomunicación de la tecnología definida a nivel institucional e intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Establecer la comisión MINSA/CSS para coordinar todos los aspectos relacionados con el tema de Recurso Humano que labora en salud en todas sus diferentes áreas.
- Ampliar la comisión a todos los sectores involucrados con el tema de recurso humano que labora en salud en todas sus diferentes áreas.
- Actualizar el diagnóstico del recurso humano a nivel nacional, regional y local, del Sector Salud y otros Sectores involucrados, contemplando todos los aspectos que incluyan desde la formación, reclutamiento, selección, nombramiento, adiestramiento, capacitación continua, políticas de motivación, evaluación de desempeños, certificación y recertificación, tipo de recurso, ubicación, horario, generalidades del recurso humano, tipo de profesión, cargos, clasificaciones, descargas laborales, entre otros.
- Revisar, actualizar, homologar, readecuar e implementar el marco legal del recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud, en sus diferentes áreas, respetando las estabildades laborales de cada grupo.
- Establecer la Planificación conjunta entre el Sector Salud y otros Sectores para todos los aspectos del recurso humano a nivel nacional, que permita determinar la necesidad real del mismo, en función de las necesidades de la población, resultados del diagnóstico actualizado, el cumplimiento de la normativa legal y requerimientos del nuevo sistema, donde se incluyen entre otras, las siguientes acciones consideradas:
 - a. Formación y capacitación del recurso humano según tipo,
 - b. Distribución actual,
 - c. Coordinaciones establecidas para el apoyo interinstitucional del recurso humano en cada una de las instituciones.
 - d. Cargos y tiempos de jefatura por meritocracia y concursos.

- e. Revisión, actualización y creación de los reglamentos para los concursos y asignaciones técnicas, donde se tomen en cuenta el pensum académico, el tiempo, las competencias, el desempeño de su gestión, los logros obtenidos, entre otros.
- f. Creación de nuevas plazas para el nombramiento del recurso humano de salud, profesional, técnico y administrativo, suficiente para garantizar el modelo de provisión integral de servicios de salud, que incluya promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos), en todas las instalaciones, de acuerdo las necesidades nacionales, regionales y locales. Este recurso humano trabajará institucionalmente, a nivel de la comunidad y a nivel intersectorial, manteniendo la intercomunicación de trabajo.
- g. Incorporar el componente de Promoción y Prevención primaria, en la currícula de todas las carreras de salud y otras relacionadas
- h. Asignación dinámica del recurso humano profesional, técnico y administrativo requerido de las diferentes disciplinas en los niveles nacionales, regionales y locales para la promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria, en coordinación intersectorial, según caracterización epidemiológica y necesidades de las comunidades. Este recurso humano trabajará institucionalmente, a nivel comunitario y a nivel intersectorial, manteniendo la intercomunicación de trabajo.
- i. Coordinar con las entidades formadoras de recurso humano, las cantidades requeridas de éstos, en todas las carreras de salud que presenten déficit de recurso humano.
- j. Proponer y justificar a las entidades formadoras del recurso humano, la creación de nuevas carreras requeridas para el sector salud.
- k. Revisar y adecuar la jornada laboral y carga horaria de los equipos de salud, de acuerdo a los niveles de atención y grados de complejidad a nivel nacional.
- l. Coordinar y establecer alianzas estratégicas con instituciones de formación técnica para crear programas de entrenamiento y capacitación continua para el recurso humano técnico, profesional y administrativo del sector salud.
- m. Establecer estrategias que fortalezcan el compromiso y la mística del recurso humano institucional, con el usuario del sistema, que promueva actitudes de empatía, solidaridad y trato digno del personal en el desempeño de sus labores intra y extra institucionales.
- n. Diseñar e implementar un programa de incentivos y reconocimientos, en base a meritocracia para todos los grupos profesionales, técnicos y administrativos del sistema.

- ñ. Establecer mecanismos de evaluación que a través de la participación de los usuarios, permita valorar la calidad de la atención en los servicios de salud recibidos.
- o. Diseñar los Instrumentos de evaluación que permita evidenciar, el desempeño y la productividad del RRHH de todos los grupos ocupacionales
- p. Revisar y establecer periódicamente los cambios en los niveles de escala salarial según tipo de recurso humano profesional, técnico y administrativo, que labora en salud según competencias, grado de responsabilidad, perfil académico, riesgo, costo de vida, entre otros.
- q. Iniciar la evaluación de todos los mecanismos requeridos para la transición y adecuación de la dotación del recurso humano profesional, técnico y administrativo para el nuevo sistema nacional público de salud
- Revisar, actualizar, homologar, readecuar e implementar el nuevo modelo de gestión del recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud, en sus diferentes áreas, enfatizando en: educación continua, desarrollo de capacidades, evaluación de desempeño, condiciones laborales programas de inducción, bienestar del empleado, escalas salariales, entre otros.
 - Diseñar, implementar y homologar sub- sistema de información nacional con una base de datos institucional que recoja la información del recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud junto al recurso humano nuevo del sistema, alimentado continuamente, por diversas fuentes y disponible para usuarios internos y/o externos.
 - Revisar, homologar y adecuar los soportes tecnológicos existentes para lograr el intercambio de información requerido en el tema de recursos humanos en salud, con todo el Sector y otros sectores relacionados en cada una de las etapas de la gestión de recursos humanos.
 - Analizar, planificar, gestionar y viabilizar los recursos financieros para la ejecución adecuada de todas las acciones que cambien la gestión del recurso humano en salud a nivel nacional, tanto institucional como intersectorial.
 - Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas, para la etapa I del proceso y decidir a continuar a la II etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión MINSA/CSS establecida y funcionando coordinadamente en todos los aspectos relacionados con el tema de Recurso Humano que labora en salud en todas sus diferentes áreas.

- Comisión ampliada a todos los sectores involucrados con el tema de recurso humano que labora en salud en todas sus diferentes áreas.
- Diagnóstico del recurso humano a nivel nacional, regional y local, del Sector Salud y otros sectores involucrados actualizado y contemplando todos los aspectos que incluyan desde la formación, reclutamiento, selección, nombramiento, adiestramiento y capacitación continua, políticas de motivación, evaluación de desempeño, certificación y recertificación, tipo de recurso, ubicación, horario, generalidades del recurso humano, tipo de profesión, cargos, clasificaciones, descargas laborales, entre otros.
- Marco legal revisado, actualizado, homologado, readecuado e implementado de todo el recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud, en sus diferentes áreas respetando las estabildades laborales de cada grupo.
- Planificación conjunta establecida con elaboración e implementación de Planes, entre el Sector Salud y otros Sectores, para resolver las diferentes necesidades de recurso humano en función de las necesidades de la población, resultados del diagnóstico actualizado , el cumplimiento de la normativa legal y requerimientos del nuevo sistema, donde se incluyen entre otras, las siguientes acciones consideradas:
 - a. Formación y capacitación del recurso humano según tipo,
 - b. Distribución actual y futura,
 - c. Coordinaciones establecidas para el apoyo interinstitucional del recurso humano en cada una de las instituciones.
 - d. Cargos y tiempos de jefatura por meritocracia y concursos.
 - e. Revisión, actualización y creación de los reglamentos para los concursos y asignaciones técnicas, donde se tomen en cuenta el pensum académico, el tiempo, las competencias, el desempeño de su gestión, los logros obtenidos, entre otros.
 - f. Creación de nuevas plazas para el nombramiento del recurso humano de salud, profesional, técnico y administrativo, suficiente para garantizar el modelo de provisión integral de servicios de salud, que incluya promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos), en todas las instalaciones, de acuerdo las necesidades nacionales, regionales y locales. Este recurso humano trabajará institucionalmente a nivel de la comunidad y a nivel intersectorial, manteniendo la intercomunicación de trabajo.
 - g. Componente de Promoción y Prevención primaria incorporado en las currícula de todas las carreras de salud y otras relacionadas
 - h. Asignación requerida del recurso humano profesional, técnico y administrativo de las diferentes disciplinas en los niveles nacionales, regionales y locales para la

promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria, en coordinación intersectorial, según caracterización epidemiológica y necesidades de las comunidades. Este recurso humano trabajará institucionalmente, a nivel comunitario y a nivel intersectorial, manteniendo la intercomunicación de trabajo.

- i. Coordinar con las entidades formadoras de recurso humano, las cantidades requeridas de éstos, en todas las carreras de salud que presenten déficit de recurso humano.
- j. Proponer y justificar a las entidades formadoras del recurso humano, la creación de nuevas carreras requeridas para el sector salud.
- k. Revisar y adecuar la jornada laboral y carga horaria de los equipos de salud, de acuerdo a los niveles de atención y grados de complejidad a nivel nacional.
- l. Coordinar y establecer alianzas estratégicas con instituciones de formación técnica para crear programas de entrenamiento y capacitación continua para el recurso humano técnico, profesional y administrativo del sector salud.
- m. Establecer estrategias que fortalezcan el compromiso y la mística del recurso humano institucional, con el usuario del sistema, que promueva actitudes de empatía, solidaridad y trato digno del personal en el desempeño de sus labores intra y extra institucionales.
- n. Diseñar e implementar un programa de incentivos y reconocimientos, en base a meritocracia para todos los grupos profesionales, técnicos y administrativos del sistema.
- ñ. Establecer mecanismos de evaluación que a través de la participación de los usuarios, permita valorar la calidad de la atención en los servicios de salud recibidos.
- o. Diseñar los Instrumentos de evaluación que permita evidenciar, el desempeño y la productividad del RRHH de todos los grupos ocupacionales
- p. Revisar y establecer periódicamente los cambios en los niveles de escala salarial según tipo de recurso humano profesional, técnico y administrativo, que labora en salud según competencias, grado de responsabilidad, perfil académico, riesgo, costo de vida, entre otros.
- q. Iniciar la evaluación de todos los mecanismos requeridos para la transición y adecuación de la dotación del recurso humano profesional, técnico y administrativo para el nuevo sistema nacional público de salud
- Nuevo Modelo de gestión del recurso humano que labora en salud, en sus diferentes áreas, revisado, actualizado, homologado, readecuado e implementado, incluyendo a todo el sector y otros involucrados para el beneficio de la población.

- Un sub-sistema de información de recursos humanos diseñado, implementado, homologado, compatible y amigable para los usuarios internos y externos, acorde con las necesidades definidas.
- Soportes tecnológicos existentes a nivel del sector salud y otros sectores relacionados a la gestión de recursos humanos, revisados, homologados y adecuados para el establecimiento del intercambio de información requerida.
- Recursos financieros analizados, planificados, gestionados y viabilizados para la ejecución adecuada de todas las acciones que cambien la gestión del recurso humano en salud a nivel nacional, tanto institucional como intersectorial.
- Evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la etapa I del proceso completada para decidir continuar a la II etapa.

II Etapa

Meta:

Red articulada a nivel nacional, entre todo el Sector Salud y otros Sectores relacionados con el tema de recurso humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud, en cada una de sus diferentes áreas, para garantizar permanentemente la oferta y cobertura de servicios de salud requeridos por la población, con un sistema de información integral con interfases tecnológicas que permitan la intercomunicación para poder tomar las mejores decisiones que beneficien a la población.

Acciones Estratégicas:

- Mantener la continuidad de la Comisión unificada institucional e intersectorial para que funcione en el abordaje del tema de Recurso Humano en salud.
- Fortalecer el sistema de información integral de salud, con el nuevo subsistema de información para el tema de Recurso Humano creado, implementado, monitoreado, ajustado y evaluado, logrando mantener actualizado el diagnóstico del recurso humano en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial con interfases tecnológicas adecuadas para el intercambio de información.
- Mantener la Planificación conjunta, monitoreo y evaluación del cumplimiento de todos los procesos definidos en la I etapa para el tema de Recursos Humanos técnico, profesional y administrativo que labora en salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial.

- Continuar la actualización e implementación del marco legal homologado, ajustado del recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud para garantizar la oferta y cobertura de servicios de salud a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Continuar la Implementación, monitoreo, ajustes y evaluación del nuevo modelo de gestión del recurso humano producto de la conjunción de los nuevos aspectos positivos de todas las instituciones involucradas institucionales e intersectoriales, fundamentado en los mejores aspectos del marco legal actualizado y que beneficie a la población.
- Continuar la Actualización, Ajustes, Monitoreo y Evaluación de los Programas educativos integrales implementados para el recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud, considerando los programas de inducción, capacitación continua e incentivos, según las tipificaciones de riesgo de cada personal según tipo de labor y lugar donde la ejecuta a nivel nacional, institucional e intersectorial relacionado.
- Mantener los procesos de gestión y viabilización de todos los soportes financieros requeridos para cumplir todas las acciones planificadas en el tema de recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Realizar evaluación del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II etapa del proceso y decidir continuar a la III etapa.

Resultados Esperados:

- Comisión unificada institucional e intersectorial funcionando de forma continua para el abordaje de todos los aspectos relacionados con el tema de Recurso Humano en salud.
- Sistema de información integral de salud fortalecido con el nuevo subsistema de información para el tema de Recurso Humano creado, implementado, monitoreado, ajustado y evaluado, logrando mantener actualizado el diagnóstico del recurso humano en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial con interfases tecnológicas adecuadas para el intercambio de información.
- Planificación conjunta, monitoreo y evaluación de todos los procesos definidos en la I etapa para el tema del recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial.

- Marco legal actualizado, implementado, monitoreado y evaluado de forma continua sobre el recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud para garantizar la oferta y cobertura de servicios de salud a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Nuevo modelo de gestión del recurso humano implementado, monitoreado, ajustado y evaluado, producto de la conjunción de los nuevos aspectos positivos de todas las instituciones involucradas institucionales e intersectoriales, fundamentado en los mejores aspectos del marco legal actualizado y que beneficie a la población.
- Programas educativos integrales, actualizados, ajustados, monitoreados y evaluados, para todo el personal técnico, profesional y administrativo que labora en salud, considerando a los programas de inducción, capacitación continua e incentivos, según las tipificaciones de riesgo de cada personal según tipo de labor y lugar donde la ejecuta a nivel nacional, institucional e intersectorial relacionado.
- Disponibilidad sostenible en el tiempo, de los soportes financieros adecuados para todas las acciones planificadas en el tema de recurso humano técnico, profesional y administrativo que labora en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial.
- Evaluación realizada del cumplimiento de todas las acciones definidas para la II etapa del proceso y decidir continuar a la III etapa.

RECURSO HUMANO EN SALUD	
EJE DE TRABAJO	ETAPAS
Sistema Nacional de Salud Público funcionando con el recurso humano necesario y competente, para garantizar la oferta y cobertura permanente de los servicios de salud requeridos por la población, producto de una adecuada planificación conjunta con recursos financieros óptimos, un sistema de información de salud integral, con soporte tecnológico para la intercomunicación y la articulación sostenible a nivel nacional, institucional e intersectorial.	I° ETAPA Coordinación efectiva entre todos los actores del Sector Salud y otros Sectores, para la revisión, actualización, homologación, regulación y planificación de todos los aspectos relacionados con el tema de Recurso Humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud en cada una de sus diferentes áreas, con un subsistema de información específico creado, implementado, ajustado con intercomunicación de la tecnología definida a nivel institucional e intersectorial.
	II° ETAPA Red articulada a nivel nacional, entre todo el Sector Salud y otros Sectores relacionados con el tema de recurso humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud, en cada una de sus diferentes áreas, para garantizar permanentemente la oferta y cobertura de servicios de salud requeridos por la población, con un sistema de información integral con interfases tecnológicas que permitan la intercomunicación para poder tomar las mejores decisiones que benefician a la población.
	III° ETAPA Sistema Nacional de Salud Público funcionando con el recurso humano necesario y competente, para garantizar la oferta y cobertura permanente de los servicios de salud requeridos por la población, producto de una adecuada planificación conjunta con recursos financieros óptimos, un sistema de información de salud integral, con soporte tecnológico para la intercomunicación y la articulación sostenible a nivel nacional, institucional e intersectorial.

III Etapa

Meta:

Sistema Nacional de Salud Público funcionando con el recurso humano necesario y competente, para garantizar la oferta y cobertura permanente de los servicios de salud requeridos por la población, producto de una adecuada planificación conjunta con recursos financieros óptimos, un sistema de información de salud integral, con soporte tecnológico para la intercomunicación y la articulación sostenible a nivel nacional, institucional e intersectorial.

Acciones Estratégicas:

- Lograr un SNPS, con el recurso humano profesional, técnico y administrativo, necesario y competente para garantizar la oferta y cobertura de servicios de salud permanente requeridos por la población con un nuevo modelo de gestión adecuado y actualizado a nivel institucional e intersectorial.
- Mantener actualizado el Marco Legal del SNPS y el de otros sectores involucrados, para todos los cambios requeridos en la gestión de recurso humano
- Mantener en el SNPS, los procesos de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación de todos los aspectos del recurso humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud, con todos los actores involucrados del sector salud y de otros sectores relacionados.
- Mantener el fortalecimiento del Sistema de Información de Salud del SNPS, con todos los aspectos del subsistema de información de recurso humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud a nivel nacional, institucional e intersectorial, con soporte tecnológico e interfases adecuadas que permita el intercambio de información para la toma adecuada de decisiones que beneficien a la población.
- Mantener en el SNPS, los recursos financieros para todos los procesos continuados del tema de recurso humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud, considerando los recursos del Sector Salud y de otros Sectores relacionados.

Resultados Esperados:

- SNPS, con el recurso humano necesario y competente, para garantizar la oferta y cobertura permanente de los servicios de salud requeridos por la población con un nuevo modelo de gestión adecuado y actualizado a nivel institucional e intersectorial.

- SNPS y de otros sectores involucrados, actualizado de manera sostenible para todos los cambios de la cadena logística de los equipos requeridos en salud.
- SNPS, con procesos permanentes de Planificación, Monitoreo, Seguimiento, Evaluación, Actualización y Divulgación de todos los aspectos del recurso humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud, con todos los actores involucrados del sector salud y de otros sectores relacionados.
- SNPS con un Sistema de información Integral de Salud, fortalecido con el subsistema de información de recurso humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud, a nivel nacional, institucional e intersectorial, con soporte tecnológico e interfases adecuadas para el intercambio de información, que permita la toma adecuada de decisiones que beneficien a la población.
- SNPS con recursos financieros de forma sostenible, para asegurar la continuidad de los procesos relacionados con el recurso humano profesional, técnico y administrativo que labora en salud, considerando los recursos del Sector Salud y de otros Sectores relacionados.

4.2. Consideraciones del Marco Legal por etapas

La Constitución Política señala que es función esencial del Estado, velar por la Salud de la población y que corresponde al Estado el desarrollo de actividades en materia de salud, integrando funciones de prevención curación y rehabilitación.

El cuerpo legal de esta función se constituye en el Código Sanitario, en el cual se organiza la Salud Pública, determina los Organismos competentes que intervienen en problemas de Salud Pública y desde 1969 el Estado actúa a través del Ministerio de Salud.

Toda vez que es una legislación de más de 45 años y que ha sido objeto de algunas modificaciones, reglamentaciones y actualizaciones, consideramos que deben ser valoradas exhaustivamente todas las normas sobre el tema y tratar de organizar la Institución que representa al Estado, es decir que se dicte una Ley que reorganice el Ministerio de Salud.

Al unísono de esta organización, merece revisión y adecuación las normas que deben permanecer codificadas, incluso retrotraer algunas que han sido modificadas con legislación de menor jerarquía vigentes y surtiendo los efectos legales correspondientes.

Dentro de la Política Nacional de Alimentos y Nutrición, se debe evaluar lo descrito en el Código Sanitario sobre el tema y lo normado en el Decreto Ley 11 de 2006 que crea la Autoridad Panameña de Seguridad de Alimentos, puesto que le fueron otorgadas algunas competencia a esta Institución, creándola como entidad rectora del Estado para asegurar el cumplimiento y aplicación de las leyes y reglamentaciones en materia de seguridad de instrucción de alimentos al territorio nacional, menoscabando lo descrito en el citado Código.

En cuanto a la responsabilidad emanada de nuestra Carta Magna, de proteger a la madre, el niño y el adolescente garantizando la atención integral, el MINSA ha dictado resoluciones ministeriales de gratuidad para la atención de la madre embarazada y el menor, acción que debe ser evaluada y verificada a fin de constatar si se han cumplido los objetivos.

Entre las leyes que merecen ser revisadas en ese sentido, encontramos la legislación que protege la lactancia materna, por medio de la Ley 50 de 1995, a fin de valorar si responde o no, a los objetivos de la nueva propuesta.

Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, es un rol de rectoría del Ministerio de Salud, sin embargo, se ha dictado una Ley que le da competencia para el manejo del ambiente a un nuevo Ministerio, con igual jerarquía, con diferentes actividades pero para un mismo propósito. Esta legislación contempla las coordinaciones con el sector, por lo que deben evaluar ambas normas y delimitar las responsabilidades y las coordinaciones.

En relación a la disponibilidad de agua potable y el desarrollo de alcantarillado, se le ha dado competencia al Instituto de Alcantarillados Nacionales de aprobar o desaprobado los planos de las obras públicas y privadas relacionadas con los sistemas de acueducto y alcantarillado sanitario, la cual era una función del ente rector dentro de las atribuciones relacionadas con la Salud Pública, específicamente con la vivienda, según se describe en el Código Sanitario, sin embargo, se siguen otorgando permisos para obras sin considerar la disponibilidad de este servicio público de forma ininterrumpida. Por otro lado, las leyes que establecen el monopolio de la prestación del agua potable no fueron diseñadas para considerar la inversión del Estado en nuevos proyectos.

Se observan normas del Código Sanitario, incluso, dentro de la organización del MINSA y hasta en una Entidad Autónoma que regula los servicios públicos y establecen la regulación de la calidad de agua potable, pero en la actualidad no hay una fiscalización efectiva, del cumplimiento de estas disposiciones legales, por lo cual, consideramos que se deben valorar las mismas, para delimitar las competencias de cada área.

El estado debe desarrollar una Política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos, que mantiene vigente la Ley 1 de 2000 y sus reglamentos, pero sin embargo, existen desabastecimientos de algunos medicamentos e insumos necesarios, por lo que se requiere evaluación de las mismas, para determinar si se requerirá de mejorar los procesos o la legislación en el nuevo Sistema propuesto.

El derecho a la Seguridad de los medios económicos de Subsistencia en caso de incapacidad para el trabajo u obtener trabajo retribuido, ya es prestado o administrado por entidades autónomas con una legislación que cubre los casos de enfermedades, maternidad invalidez, subsidio de familiares, viudez, orfandad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, y demás contingencias que puedan ser objeto de provisión y seguridad social en atención a la exigencia de sus afiliados, según dispone la Ley 51

de 2005 y el Decreto de Gabinete 68 de 1970. Sin embargo, en el nuevo Sistema la provisión del servicio de Salud debe ser readecuada a un único prestador.

La CSS y el MINSA han realizando actividades conjuntas en distintos periodos y etapas, dictando en el tiempo acuerdos que norman el tema los cuales deben ser revisados para valorar si seria funcional en la primera etapa del proceso de transformación.

Los Lineamientos Propuestos

La Propuesta “para la Mejora y Fortalecimiento del Sistema de Salud Integral en el Marco de una Política de Estado”, se plantea en tres etapas, fundamentando su estrategia en dos Ejes que son: el intersectorial y el institucional.

Primera Etapa: Se ocupa de un ordenamiento institucional homologado intra-interinstitucional e intersectorialmente como paso obligatorio para establecer una efectiva articulación y coordinación en todos los niveles, de un sistema de salud integral.

Segunda Etapa: Identifica las oportunidades de sinergismo, complementariedades para la transformación del sistema logrando obtener mejores resultados de los recursos utilizados, con el cumplimiento de los indicadores.

Tercera etapa: Instalación de un Sistema Nacional Público de Salud bajo rectoría y autoridad del Ministerio de Salud, fortalecido y renovado.

Eje Intersectorial

Para el eje intersectorial, que comprende los actores sociales cuyas decisiones impactan a la salud de la población, teniendo como principales determinantes de la salud las áreas Laborales, Educativos, Físicos- ambientales, Seguridad y justicia, Económicos y Sociales, Migración Interna y Externa y Seguridad Alimentaria, se propone establecer una coordinación intersectorial entre los actores bajo la rectoría del MINSA, que permita influir sobre los determinantes de la salud que influyen en las enfermedades e iniciar acciones preventivas de salud, con intervenciones en el uso adecuado y oportuno de los recursos, direccionando los que se asignan a estas organizaciones que regulan cada una de estos determinantes, para un mejor abordaje de los mismos.

Para lograr una coordinación intersectorial de manera exitosa, es necesario realizar una revisión exhaustiva de las normas legales existentes, de manera que se puedan identificar los obstáculos jurídicos que existan actualmente, por faltas claras en las definiciones de las respectivas competencias.

Esta revisión o mapeo de las normas en salud, con una visión intersectorial, permitirá sugerir las herramientas jurídicas que se requieran para continuar con la implementación de la propuesta en cada una de las tres etapas y se pueda proponer finalmente un Marco Legal en Salud, que permita mejorar y fortalecer el sistema de manera integral.

Cada uno de los aspectos considerados en el eje intersectorial, tiene consideraciones específicas para la revisión del marco legal, por lo cual estos aspectos resultan prioritarios en el proceso de elaboración del mapeo de normas que se relacionan con el área intersectorial.

Eje Institucional

Este Eje comprende a las instituciones que brindan los servicios de salud públicos, Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, enfocado como una estrategia que se desarrolla a lo largo del tiempo con acciones de corto, mediano y largo plazo, con un ordenamiento institucional homologado para establecer una efectiva articulación y coordinación de los procesos internos.

Se incluyen los aspectos de: Infraestructura, Programas de salud, Cartera de servicios, Medicamentos, Insumos médico-quirúrgicos y otros productos de salud, Materiales y Suministros, Equipos, Transporte, Estructura Organizativa y Recursos Humanos para que de manera programática se identifiquen las oportunidades de interacción para la transformación del sistema, el cual tendrá como único objetivo la Instalación de un Sistema Nacional Público de Salud bajo rectoría del Ministerio de Salud, fortalecido y renovado.

Esta estrategia que evolucionará por etapas, requerirá de la verificación de normas para identificar la existencias de disposiciones legales que obstaculicen dicho proceso en su primera fase, puesto que a simple vista se puede observar, que las instituciones que brindan los servicios públicos de Salud, fueron creadas bajo un mismo marco constitucional, pero con objetivos distintos, en el caso del Ministerio de Salud como organismo de gobierno central, con la tarea de rectoría, y la Caja de Seguro Social,

constituida como entidad autónoma, cuya finalidad esta basada en garantizar a los asegurados sus derechos a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia.

A mediano plazo, el estudio y análisis de las normas, despejaron las dudas en cuanto a la necesidad de considerar la elaboración de un anteproyecto de Ley orgánica, puesto que un Sistema Nacional Público de Salud, como único prestador público, requerirá definitivamente la reforma de una de las leyes que contemplaba este servicio.

Modelo Económico Financiero

El modelo financiero propuesto, busca lograr que los recursos económicos asignados a la salud, sean destinados en coherencia al enfoque de promoción y prevención de la enfermedad en todos los niveles, hacia un Sistema Nacional Público de Salud, que sea público en su gestión, en la provisión y en lo financiero, bajo responsabilidad del Ministerio de Salud.

La propuesta está diseñada para implementarse de manera gradual a través de tres etapas que varían en cuanto a su alcance y duración en el tiempo, condicionando el avance a la siguiente etapa, una vez hayan sido logrados con éxito las intervenciones propuestas para cada momento:

La Primera Etapa de Coordinación e Inversión Inicial en Salud, conlleva un proceso de reingeniería sobre la base de una planificación conjunta entre el eje estratégico Institucional y el eje Intersectorial y sus distintos componentes organizacionales, funcionales y financieros, destacándose tres aspectos macrosituacionales a resolver a corto plazo:

- **La Equiparación de la Asignación Per Cápita** Poblacional en Salud del Sector Público con referencia al Per Cápita Población de la Caja de Seguro Social, a fin de homologar presupuesto del MINSA.
- **La Readecuación de las Estructuras Programáticas y Presupuestarias** del MINSA y la Caja de Seguro Social.
- **La Dotación de los recursos financieros** necesarios para la resolución de nudos críticos priorizados, sujeto a cumplirse en el inmediato corto plazo de año y medio.

La coordinación intersectorial en este modelo financiero permitirá considerar los recursos asignados presupuestariamente en instituciones intersectoriales, que inciden

en los factores determinantes de la salud de manera que el MINSA como ente rector, participe de la modulación de dichos recursos.

En esta etapa se requerirá un examen de todas las disposiciones legales, con la finalidad de identificar los obstáculos o limitantes jurídicos para la coordinación entre el MINSA y la CSS, y entre el MINSA y las demás instituciones que cuentan con asignación de recursos para abordar los determinantes de la salud, o que regulen el presupuesto estatal, puesto que las mismas pueden contar con normas internas o leyes que les impida o que les faculte a la renuencia de tal coordinación y/o se convierta en un obstáculo para poder dotar al MINSA de los recursos financieros para hacer frente a la resolución de los nudos críticos priorizados.

En ambos casos se tendrá que valorar la necesidad de la elaboración de un instrumento legal (a través de un Decreto Ejecutivo o una Resolución Ministerial en ejercicio de su rectoría), que permita dar paso a este proceso de reingeniería y al cumplimiento del Plan de Contingencia.

En la Segunda Etapa que conlleva la compensación de la Inversión Inicial o de Transformación, se propone la adición de un porcentaje de la asignación presupuestaria institucional per cápita promedio, MINSA-CSS, multiplicada por la cantidad de dependientes, para que cuente con la capacidad instalada y resolutive para la provisión de servicios de salud integral a toda la población panameña.

En esta etapa de compensación de la inversión inicial, que se requiere el aporte del Estado y de la CSS, es ineludible que se valore la viabilidad de la elaboración del anteproyecto de Ley Orgánica del MINSA, que incluya este proceso, dado que el primer obstáculo jurídico fehaciente, se encuentra en la ley orgánica de la CSS, en la cual se establece que el recurso económico destinado a las prestaciones médicas, solo cubre población asegurada y sus dependientes.

En la Tercera Etapa del modelo económico financiero, se da inicio a la transformación de la Fuente de Financiamiento MINSA, destinando sus recursos al Sistema Nacional Público de Salud, para sufragar la atención integral de salud a la población del país, con los aportes del Estado, calculados y actualizados con base a un porcentaje no menor al 8% del salario promedio registrado por la Caja de Seguro Social, al momento de iniciar el SNPS, y el Aporte económico de la CSS, para el cual se recalculará actuarialmente la cuota patronal del Programa de Enfermedad y Maternidad, convirtiéndola en su aporte sanitario para sufragar los servicios de salud integral a la población asegurada.

En esta Etapa, tanto el marco legal del sector salud, y la ley orgánica del MINSA, que comprenda el Sistema Nacional Público de Salud, deben estar constituidos.

Modelo de Gestión del Sistema Nacional Público de Salud Integral

Este modelo define los lineamientos estratégicos para la óptima conducción y administración del sistema institucional e intersectorial de salud y la articulación para la mejora y fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud Integral en el marco de una política de Estado.

En el análisis de los aspectos legales que constituyen el Sistema de Salud como son la Constitución, Código Sanitario, Decreto de Gabinete #1 que crea al MINSA, estatuto orgánico que lo reglamenta, entre otras normas, se consideró viable mantener la vigencia de los mismos y readecuar de forma impostergable algunos aspectos, que establecen las prioridades, funciones, actividades y las estructuras, cultura e incentivos y ambiente externo, que permitan el cumplimiento de lo establecido en la misión, visión y valores del modelo de gestión.

El modelo de gestión comprende la organización del Sistema Nacional Público de Salud estructural y funcional a nivel nacional, regional y local, desarrollado en tres etapas. Como un aspecto relevante dentro de la primera etapa, se destaca el desarrollo de los conceptos de la Carrera Sanitaria y Carrera Hospitalaria, con el marco legal que ésta permite, con la participación ciudadana, de los gremios profesionales, técnicos y administrativos del sector, como Ciencias de la Salud, y/o dentro de la actualización integral del Código Sanitario u otras normas y reglamentos.

La Constitución contempla en este sentido, la Carrera de Ciencias de la Salud, la cual requerirá la elaboración de un anteproyecto de Ley, o que se incorpore el tema en una Ley orgánica que reforme el MINSA, puesto que el Código Sanitario establecía disposiciones sobre Carrera Sanitaria y Carrera Hospitalaria, lo cual fue derogado al expedirse una Ley en el año 1984, que creaba y reglamentaba la Carrera Sanitaria y el Escalafón Sanitario, legislación que posteriormente fue derogada en los años por otra ley en el año 1990.

Dentro de la Organización del Sistema Nacional Público de Salud estructural y funcional a nivel nacional, regional y local del Modelo de Gestión, se dispone en la primera etapa contemplar, de forma prioritariamente en el marco legal, lo siguiente:

- Derogación de Ley 27 de 1 Mayo de 1998 (CONSALUD)
- Derogación Decreto Ejecutivo 600 de 8 de Junio de 2015, que dicta el reglamento de inspección sanitaria para Carne Bovina en la Rep. de Panamá
- Derogación de Ley 35 de Mayo de 1973, que crea el fondo de administración de hospitales, al completar la compensación gradual de los montos presupuestarios por parte del estado.
- Revisión de la Ley 48 de 7 de Diciembre de 2007, que regula el proceso de vacunación por el tema de la autogestión, la compensación gradual de los fondos presupuestarios por parte del estado y los deberes y derechos de la población.
- Revisión de las Leyes que crean los Patronatos
- Revisión de las leyes que crean los Comité de Salud y las Juntas Administradoras de acueductos rurales.
- Homologación del artículo 70 de la Ley 51 de la CSS, a todas las entidades del Sector Salud para el manejo de las externalizaciones con fiscalización de su aplicación

La revisión exhaustiva de las normas citadas, efectivamente permitirán observar la viabilidad de una modificación o que las mismas mantengan su vigencia actual, de igual manera, se requerirá el análisis jurídico previo que permitan identificar la existencia de algún obstáculo para la derogatoria de las leyes y decretos dispuesto en los tres primeros puntos. El resultado de la revisión de las normas, deberá ser parte del nuevo marco legal que se constituya.

La Organización del Sistema Nacional Público de Salud contempla también en su primera fase, la revisión de la estructura organizativa actual del MINSA y la CSS, para los ajustes graduales pertinentes con la nueva visión del Sistema Nacional Público de Salud, e iniciar la incorporación de los patronatos, institutos, fundaciones, autoridades, consejos de gestión, JAAR, Comités de Salud y otros, revisando y readecuando sus roles en el marco legal del nuevo SNPS.

En cuanto a la revisión de la estructura organizativa actual de las instituciones de Salud, se ha contemplado la coordinación de ambas instituciones, en el Eje estratégico Institucional y en el Modelo Económico Financiero, en la primera etapa, y en una

segunda etapa, se sugirió contemplarlo en el anteproyecto de la Ley Orgánica que reorganiza el MINSA.

Esta consideración que refieren la incorporación de instituciones en el marco legal del nuevo Sistema Nacional Público de Salud, sugiere preferiblemente su inclusión en el anteproyecto de la Ley Orgánica que reorganiza el MINSA, la cual se visualiza en el desarrollo de la Segunda Etapa, lo cual trae consigo, la derogatoria tácita de las leyes o disposiciones con la cual se les crearon, no obstante se debe realizar el análisis previo, que permita identificar limitantes u otras opciones.

Sistema de Información de Salud

La propuesta contempla dentro de las áreas transversales en los ejes institucional e intersectorial, la construcción de un Sistema de Información de Salud integrado, como un elemento indispensable que brindará los conocimientos reales y actualizados para la toma de decisiones efectivas, erradicando los sobrecostos y externalizaciones de servicios, que disminuyen los recursos y la poca cobertura.

Esto conlleva la depuración de los sistemas de información vigentes, tanto del sector institucional de salud, como el sector intersectorial, la estructuración de un sistema único nacional de información, para avanzar de forma gradual hacia la construcción de este sistema de manera coordinada.

En este punto, es indispensable la revisión del marco legal vigente, de manera que se puedan identificar las limitantes jurídicas de competencia. Un obstáculo percibido en el análisis sucinto de las normas legales vigentes en materia de salud, son las disposiciones de la Ley 10 de 22 de enero de 2009, que establece como organismo rector de las estadísticas nacionales al Instituto Nacional de Estadística, por lo que, es la que cuenta con disposiciones vinculante para que las entidades del sector público y privado suministren los datos y los informes que les solicite para la compilación de la estadística nacional.

No obstante y en esta misma línea, se observó cómo nudo crítico, la falta de homogeneidad o concordancia de las variables que permitían obtener del INEC, los indicadores sanitarios en el sector público y privado, por lo que, se recomendó la

coordinación con esta Institución para que se incluya los indicadores de salud pública que puedan medir los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La revisión y análisis del marco jurídico existente, debe permitir sugerir el instrumento legal que permita garantizar la regulación de la información de salud del país, delimitando competencia.

Modelo de Provisión de Servicios de Salud Integral

Este modelo de provisión de servicios de la salud integral, se basa principalmente en la ejecución de acción que conlleve la promoción de la salud y prevención de enfermedades como pilar fundamental para que la población tenga las herramientas necesarias que le permitan intervenir en la conservación de su salud a través del conocimiento y su empoderamiento con relación a su derecho a la salud, con lo cual se busca enfrentar el progresivo crecimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas, el incremento de las patologías sociales, como la violencia, manifestaciones de estrés físico y emocional individual y colectivamente.

Su efectividad dependerá de las adecuaciones que realice el Sistema Nacional Público de Salud en la organización de los servicios, verificar la eficacia y eficiencia; la formación apropiada de los recursos humanos, su especialización, la tecnología, el acceso, continuidad y la calidad de la atención.

Este modelo requiere estar respaldado por un marco jurídico fortalecido, previo análisis de las normas con la finalidad de detectar disposiciones legales que limiten o impidan su efectividad, y sugerir la conformación de este marco, mediante leyes revisadas, actualizadas y/o creadas, que permitan el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud.

Marco Legal de los Lineamientos Propuestos

El modelo de la Propuesta que comprende un proceso continuo e integral, cuyo pilar fundamental es la Promoción de la Salud, Prevención del daño, Curación, Rehabilitación y Cuidados Paliativos, con un abordaje intersectorial de los determinantes de la salud, con participación comunitaria y una atención con calidad y calidez humana, y una articulación intra-interinstitucional e intersectorial, requiere

un Marco Legal conformado por las leyes y disposiciones en materia de salud, renovado y concentrado, que no permita la intromisión de agentes externos que desagreguen aún más los recursos destinados a la salud, ni debiliten la rectoría.

Código Sanitario

Tal como se puede observar actualmente, en el marco legal de salud, se encuentran un número plural de normativas regulatorias y protocolos interrelacionados entre sí, que deben ser reevaluadas y homologadas en la primera fase de reorganización del sector.

Existen normas del Código Sanitarios abolidas por leyes generales, pero surtiendo sus efectos legales. Estas leyes deben ser reevaluadas, confrontadas y analizadas a fin de recomendar si requiere su derogatoria o se pueden reorganizar nuevamente en un Código Sanitarios. Es importante mencionar que se han hechos en distintos periodos intentos de actualizar el código sin resultados.

Como ejemplo, se puede mencionar las regulaciones sobre Régimen de Hospitales establecidas en el Código, sin embargo, existen regulaciones establecidas por Ley, para cada hospital del Ministerio de Salud y Resoluciones Ministeriales como la No. 53 de 1993, que también norma estos temas.

La organización del ente conductor de la salud debe definir las competencias de rol rector, es decir definir en una Ley Orgánica, en cuyas disposiciones debe privar la protección y promueven la salud de la población. Un ente organizado que garantiza cumple y legitima el papel estatal, que ordena las relaciones de producción y distribución de los recursos, bienes y servicios de salud.

A través de la Ley Orgánica, el Rector define de manera clara su rol de vigilancia y control de riesgos en materia de salud pública y ambiental, así como de regulación, control y vigilancia de medicamentos, atención integral a toda la población panameña y ejecuta funciones de financiación, regulación, aseguramiento y provisión

4.3. Modelo de Gestión del Sistema Nacional Público de Salud

El modelo de gestión contempla el conjunto de acciones orientadas al logro del primordial objetivo que es mantener la salud de toda la población por parte del estado a través del cumplimiento de los procesos administrativos.

Este modelo de gestión ha surgido del análisis de la situación de salud, sus determinantes, los procesos administrativos y legales. Estos aspectos los vemos contemplados al considerar en el Sistema de Salud:

- El Ser: la misión, visión, valores.
- El Hacer: prioridades, funciones, actividades.
- El Estar: estructuras, cultura e incentivos y ambiente externo.

La Mesa del Diálogo llegó a identificar los grandes desafíos del sector salud, entre ellos: mejorar los niveles de eficiencia, la capacidad de respuesta y la calidad de la atención.

Luego de haber analizado los aspectos legales, la Mesa de Diálogo concluyó mantener la vigencia de los mismos y readecuar de forma impostergable algunos aspectos del Hacer y Estar, que permitan el cumplimiento de lo establecido en el Ser.

El modelo de gestión de salud comprende el ser, hacer y estar de las instituciones, a través de los cuales se definen los lineamientos estratégicos para la óptima conducción y administración del sistema institucional e intersectorial de salud.

Este modelo de gestión presenta los principios, bases del modelo, lineamientos en cuanto al sistema de información, organización del sistema público, estructural y funcional, a nivel nacional, regional y local por etapas, implementación del modelo de gestión, institucional e intersectorial, actividades de soporte administrativos y correctivos prioritarios

Principios

- La Salud como Derecho Humano
- Carácter Público-Público-Público
- Cobertura Universal con sus tres componentes
- Estrategia de Atención Primaria Fuerte
- Solidaridad
- Equidad
- Transparencia
- Rendición de cuentas
- Participación Social y Consulta ciudadana
- Protección Social en Salud

- Gratuidad
- Justicia Social
- Libertad Gremial
- Atención con Calidez y Calidad
- Seguridad Social
- Protección Social en Salud
- Integralidad
- Responsabilidad
- Continuidad
- Credibilidad

Bases del Modelo de Gestión

- Un Sistema Nacional Público de Salud (SPNS) de carácter Público en su gestión, Público en la Provisión y Público en su financiamiento bajo la rectoría del MINSA.
- El modelo de gestión de salud, debe corresponder a la política del Estado, que favorezca el desarrollo integral de forma sostenible.
- Un modelo de gestión equitativo hacia la Cobertura Universal con acceso, cobertura y calidad, universales y prestaciones de salud integral.
- Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad es el eje principal del modelo de gestión, haciendo énfasis en resolver la deuda sanitaria acumulada en el país, tanto institucional como intersectorial.
- Fortalecer el rol Rector del MINSA institucional e intersectorial. Para cumplir este objetivo se debe considerar el reintegro de las entidades fragmentadas y segmentadas de la autoridad sanitaria.
- Atención primaria fuerte y la reestructuración articulada de una red de servicios que permita el trabajo en equipo intersectorial, comunitario e institucional por niveles de atención y grados de complejidad.
- Los Recursos Financieros tienen que estar destinados a la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en todos sus niveles, en respuesta a los nudos críticos identificados y a los impostergables detectados, debidamente visibilizados en las estructuras presupuestarias y programáticas de todas las instituciones del estado, involucradas.
- La gestión de salud debe promover el compromiso y la responsabilidad de todos los(as) Trabajadores(as) (Profesionales, Técnicos y Administrativos) para garantizar el cumplimiento de la misión, visión y valores institucionales.

- La gestión de salud debe estar respaldada por un marco jurídico fortalecido mediante leyes revisadas, actualizadas y/o creadas, que permitan el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud.
- Evaluar la creación de una futura Ley General de Salud, que responda al mandato constitucional en materia de salud.
- La participación ciudadana debe ser promovida por el modelo de gestión.
- El modelo debe ejecutar acciones de salud, oportunas, efectivas con calidad y calidez basadas en procesos, productos e impactos medibles.
- El modelo de gestión debe considerar los temas discutidos en la Mesa del Diálogo, relacionados con el Hacer y Estar de las instituciones.

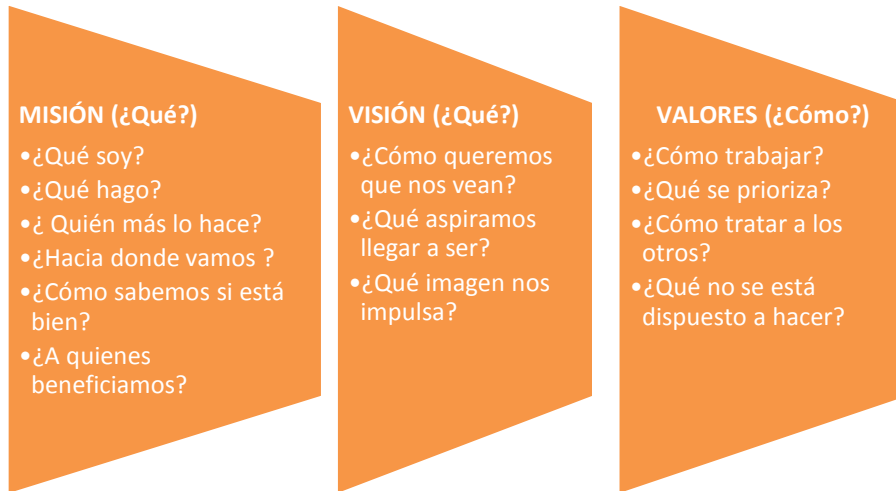
Componentes del Modelo de Gestión

Incluyen el SER, HACER y ESTAR de las organizaciones. El SER está constituido por la Misión, Visión y Valores institucionales. El HACER incluye las prioridades, funciones y actividades institucionales y el ESTAR se refiere a todo lo relativo con las estructuras, cultura e incentivos y el ambiente externo de las instituciones.



Componentes del SER

La Misión y Visión integran todo lo conceptual relacionado al **Qué** de la institución y los valores, los aspectos conceptuales del **Cómo** lo haremos.



Componentes del HACER

Las prioridades clasifican los aspectos de relevancia y riesgos de las acciones en función del cumplimiento de la visión. Las funciones se estructuran pensando más en la organización y las acciones o actividades pensando más en los funcionarios.



Componentes del ESTAR

Comprende la estructura organizativa, su división, departamentalización, cadena jerárquica de mando y representación gráfica. La Cultura e Incentivos incluyen todos los análisis funcionales de la organización con sus mecanismos de control, motivaciones e incentivos. El ambiente externo analiza todas las ventajas o amenazas y relaciones externas de la organización que puedan beneficiar o perjudicar.



Lineamientos del Modelo de Gestión

1. Sistema de Información

- ❖ Que sea un sistema único y nacional, oportuno y efectivo, que incluya el sector institucional e intersectorial, coherente, articulado, amigable y accesible a todos los actores sociales.
- ❖ Su diseño considere el acceso de acuerdo al nivel de competencia del Recurso Humano asegurando las habilidades acorde a su utilización
- ❖ Que provea la trazabilidad de la información para todos los procesos institucionales e intersectoriales.
- ❖ Que se alimente con datos procedentes de los sectores público y privado
- ❖ Que integre los 3 componentes, Gestión, Provisión de servicios integrales de salud y el Financiero que permita el análisis desagregado de los aspectos de promoción, prevención y atención.
- ❖ Que aporte los datos para generar información sobre necesidad, demanda, oferta, estructura, procesos, productos e impactos , que ayuden a la toma de decisiones en todos los niveles
- ❖ Que el sistema sea interoperable, que cumpla con protocolos de seguridad altos, que permita el desarrollo de la herramienta y que la administración del sistema de información y su propiedad sea del Estado panameño (llave pública).
- ❖ Que tenga soporte técnico oportuno y efectivo
- ❖ Que cuente con una red de infraestructura apropiada para la demanda del SNPS
- ❖ El sistema de información tendrá un marco legal coherente con el modelo de gestión propuesto.

2. Organización del Sistema Nacional Público de Salud Estructural y Funcional a nivel Nacional, Regional y Local.

La organización estructural y funcional del SNPS, a nivel nacional, regional y local se desarrollará en tres etapas que son:

Primera Etapa:

- Se establecerá una comisión extra institucional, para la supervisión, monitoreo y evaluación de los lineamientos de la implementación de mejora y fortalecimiento del Sistema de Salud integral en el marco de una Política de Estado, con representación dentro y fuera del Sector Salud.
- Se establecerán comisiones, en cada institución (MINSA y CSS) coordinadas entre sí, para la planificación conjunta, implementación, monitoreo y evaluación de los aspectos necesarios que permitan el ordenamiento gradual en todos los niveles de ambas instituciones e impulsen los lineamientos de mejora y fortalecimiento del Sistema de Salud Integral en el marco de una Política de Estado.
- El MINSA, deberá reasumir el rol pleno que le demanda el cumplimiento de sus seis dimensiones de Rectoría, como ente rector de la Salud de los panameños.
- Es necesario e impostergable por el MINSA, la operativización de las once Funciones Esenciales de Salud Pública que abarcan todos los puntos esenciales del Sistema Nacional Público de la Provisión Integral de la Salud como son:
 - El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población.
 - La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.
 - La Promoción de la Salud.
 - El Aseguramiento de la participación social en la salud.
 - La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
 - El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
 - La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
 - La capacitación y desarrollo de los recursos humanos
 - La seguridad de la calidad en los servicios de salud
 - La investigación en la salud pública
 - La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.
- Fortalecer el rol de la Dirección General de Salud del MINSA, en cumplimiento de lo establecido en el decreto de gabinete, estatuto orgánico y código sanitario, para recuperar la jerarquía necesaria para el cumplimiento de sus funciones.

- La Dirección General de Salud, liderizará todas las acciones de Salud Pública del país. Es la estructura técnica normativa dentro de la estructura organizativa institucional y coordina con las instituciones públicas, privadas e intersectoriales.
- Los cargos a todos los niveles de la organización, serán por concurso con perfiles establecidos, tiempo definido y evaluaciones periódicas en el ejercicio de sus funciones.
- El Ministro de Salud realizará las designaciones para su representación y ejercicio de rol rector en las entidades del sector separadas bajo normativas legales propias, acordes a las competencias que requiera la temática correspondiente.
- Iniciar la revisión del marco legal con el mapeo de las normativas por etapas, según el proceso de implementación de la propuesta.
- Para cumplir con el título constitucional previsto en el Artículo 305 y 306, se desarrollarán los conceptos de Carrera Sanitaria y Carrera Hospitalaria, con el marco legal que ésta permite, con la participación ciudadana, de los gremios profesionales, técnicos y administrativos del sector, como Ciencias de la Salud, y/o dentro de la actualización integral del Código Sanitario u otras normas y reglamentos.
- Se considera prioritariamente en el marco legal,
 - Derogación de Ley 27 de 1 Mayo de 1998 (CONSALUD)
 - Derogación Decreto Ejecutivo 600 de 8 de Junio de 2015, que dicta el reglamento de inspección sanitaria para Carne Bovina en Panamá.
 - Derogación de Ley 35 de Mayo de 1973, que crea el fondo de administración de hospitales, al completar la compensación gradual de los montos presupuestarios por parte del estado.
 - Revisión de la Ley 48 de 7 de Diciembre de 2007, que regula el proceso de vacunación por el tema de la autogestión, la compensación gradual de los fondos presupuestarios por parte del estado y los deberes y derechos de la población.
 - Revisión de las Leyes que crean los Patronatos
 - Revisión de las leyes que crean los Comité de Salud y las Juntas Administradoras de acueductos rurales.
 - Homologación del artículo 70 de la Ley 51 de la CSS, a todas las entidades del Sector Salud para el manejo de las externalizaciones con fiscalización de su aplicación.

- Revisar la estructura organizativa actual del MINSA y la CSS, para los ajustes graduales pertinentes con la nueva visión del Sistema Nacional Público de Salud.
- Iniciar la incorporación de los patronatos, institutos, fundaciones, autoridades, consejos de gestión, JAAR, Comités de Salud y otros, revisando y readecuando sus roles en el marco legal del nuevo SNPS.
- El SNPS asegurará el financiamiento oportuno, suficiente y total con la intención de eliminar gradualmente el cobro a la población en el lugar donde se le provean los servicios de salud.
- El financiamiento del SNPS no estará influenciado por intereses particulares ajenos al cumplimiento del objetivo primordial de la política sanitaria.
- El modelo de gestión impulsará la participación comunitaria en la implementación de las políticas de salud en el país.
- Realizar auditorías financieras, operativas y sociales de las OE's y todas las externalizaciones en salud, comprometiéndose el sistema estatal a asumir las actividades y procesos inherentes a estos proyectos y programas externalizados.
- Realizar el inicio del ordenamiento institucional homologado intra-interinstitucional e intersectorial, como paso obligatorio para establecer una efectiva articulación y coordinación en todos los niveles del sistema de salud integral en los siguientes aspectos:
 - Red territorial e infraestructuras
 - Procesos administrativos que incluyan todos los aspectos de la gestión administrativa.
 - Procesos financieros y presupuestarios
 - Recursos Humanos en todos sus aspectos
 - Normativas de Programas y Proyectos
 - Actualización de Protocolos de todos los procesos de gestión y atención en todos los niveles de prevención.
 - Convenios
 - Tratados Internacionales
 - Avalúos de Bienes
 - Investigación
 - Niveles de atención, carteras y redes de servicios de salud
 - Mecanismos de Transparencia, Rendición de Cuentas y Auditorías administrativas y sociales

- Herramientas para el análisis de producción de servicios de salud
- Sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación.

Segunda Etapa

- Articular ambas instituciones en todos los niveles organizacionales para ir estableciendo gradualmente una sola conducción operativa del SNPS, según el Marco Legal.
- Completar la incorporación de los patronatos, institutos, fundaciones, autoridades, consejos de gestión, JAAR, Comités de Salud y otros, revisando y readecuando sus roles en el marco legal del nuevo SNPS.
- Continuar con el fortalecimiento del Rol Rector del MINSA y reforzar la implementación de las once funciones esenciales de salud pública consideradas en la primera etapa.
- Completar la revisión, actualización e implementación de los cambios del marco legal que faciliten el desarrollo del modelo de gestión del SNPS.
- Completar el ordenamiento institucional, homologando las mejores condiciones a nivel intra-interinstitucional e intersectorial, los aspectos siguientes en todos los niveles del sistema de salud integral como son:
 - Red territorial e infraestructuras
 - Procesos administrativos que incluyan adquisición de equipos e insumos
 - Procesos financieros y presupuestarios
 - Recursos Humanos
 - Normativas de Programas y Proyectos
 - Convenios
 - Tratados Internacionales
 - Avalúo de Bienes
 - Investigación
 - Niveles de atención, carteras y redes de servicios de salud
 - Mecanismos de Transparencia, Rendición de Cuentas y Auditorías administrativas y sociales
 - Herramientas para el análisis de producción de servicios de salud
 - Sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación.

Tercera Etapa:

- SNPS implementado con un modelo de gestión público, único, ordenado en el ser, hacer y estar del MINSA, fortalecido en su rol rector.

- La CSS, mantiene su autonomía conservando su rol histórico, preservando la gestión de las prestaciones económicas de los Programas de:
 - Invalidez, Vejez y Muerte (IVM), para las prestaciones económicas que incluye indemnizaciones, subsidios y pensiones de invalidez, vejez y muerte.
 - Administración
 - Riesgos Profesionales (RP), para las prestaciones económicas del trabajador relacionado con los subsidios de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
 - Enfermedad y Maternidad (E y M), exclusivamente para las prestaciones económicas, de subsidios de maternidad y enfermedad común.
- Con la implementación del SNPS, la estabilidad y los derechos laborales, económicos y gremiales de los funcionarios al servicio del estado y de la Caja de Seguro Social, serán preservados o mejorados y no serán afectados adversamente, bajo la autoridad del MINSA.
- Evaluar y/o completar el cumplimiento de los ajustes previstos en la primera y segunda etapa, para el marco legal.
- Completar el proceso de homologación de las leyes, acuerdos, normas, decretos, reglamentos, manuales de procedimientos, basado en las mejores condiciones para los trabajadores dentro del SNPS y para la calidad de los servicios de salud integral brindados a la población.
- Evaluar la incorporación de los patronatos, institutos, fundaciones, autoridades, consejos de gestión, JAAR, Comités de Salud y otros, revisando y readecuando sus roles en el marco legal del nuevo SNPS.

3. Implementación del Modelo de Gestión a nivel Interinstitucional e Intersectorialmente

- Fortalecer las capacidades y el grado de sensibilización a todo el gabinete presidencial, social, secretaria de metas, instituciones autónomas, semiautónomas, empresas privadas, entidades formadoras y sociedad civil en general, para el tema de los determinantes, factores de riesgo y su impacto en la salud de la población que permita el trabajo conjunto en esta temática.
- Crear subcomisiones institucionales para cada uno de los grupos de los determinantes de la salud que incidirán gradualmente en los diferentes planes estratégicos, tácticos y operativos del país.

- Desarrollar los lineamientos definidos en la propuesta del eje intersectorial del SNPS para los determinantes de la salud priorizados, con planificación conjunta interinstitucional e intersectorial en cada una de las subcomisiones definidas
- El financiamiento del sector interinstitucional e intersectorial relacionado con el tema de los determinantes de salud, será ejecutado en cada institución y/o sector respectivo, con rendición de cuentas de los productos e impactos obtenidos con sus gestiones y cumpliendo con los lineamientos del ente rector MINSA.
- Revisión y ajustes del marco legal que afecten la implementación del modelo de gestión del SNPS a nivel interinstitucional e intersectorial.
- Establecer un sistema de información interinstitucional e intersectorial que permita el intercambio de todos los aspectos relacionados con el tema de determinantes de la salud.
- Revisión y ajustes de las funciones y responsabilidades delegadas a las diferentes instituciones del país, en el tema de salud y sus determinantes, para identificar duplicidades y/o efectividad, de las acciones realizadas y que pueden ser violatorias del marco constitucional o legal.
- Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del cumplimiento de todos los lineamientos del modelo de gestión ejecutados a nivel interinstitucional e intersectorial para el tema de los determinantes de la salud.

4. Actividades de Soporte Administrativo

Las actividades de soporte administrativo de cada una de las instituciones, continuarán sin cambio hasta tanto se inicie y complete el reordenamiento institucional para gradualmente coordinar los procesos de homologación.

5. Correctivos Prioritarios

Los correctivos señalados para los nudos críticos identificados a lo largo de nuestra propuesta, los temas para el ordenamiento institucional considerados y el plan de acciones para resolver el tema de los impostergables, serán prioritarios para su abordaje desde la primera etapa en que se inicie el proceso de construcción del SNPS, con el objetivo de simplificar y hacer más transparentes los procesos para que sean más efectivos, con tiempos límites razonables, desconcentrados y/o descentralizados a los niveles regionales y locales.

4.4. Modelo de Provisión de Servicios de Salud Integral del Sistema Nacional Público de Salud

El modelo de Provisión de Servicio de Salud Integral es una herramienta a través de la cual se ejecutan los lineamientos estratégicos definidos en el modelo de gestión.

El diagnóstico situacional de salud realizado por la Mesa del diálogo, evidenció la persistencia de inequidades socioeconómicas y en particular en el acceso y cobertura de salud a pesar del alto y sostenido crecimiento económico que ha mostrado el país en los últimos años. Tales brechas se expresan claramente, en las distintas circunstancias de acceso y calidad de la atención en salud que se originan por razones étnicas, geográficas, de género, edad, estado de salud, capacidad económica y educativa, entre otras.

En este contexto se plantea la necesidad de construir un modelo de provisión de servicios de salud integral enfocado en acciones que contemple lo Individual, Familiar, Comunitario, Ambiental y Laboral, para garantizar el apropiado abordaje de la salud desde los determinantes sociales (educación, económicos, empleo y seguridad laboral, vivienda transporte, etnicismo y migración, seguridad alimentaria y nutrición, medio ambiente, acceso servicios básicos), con lo cual se busca incrementar la protección social en salud.

El modelo de provisión de servicios de salud integral debe responder a la misión, visión y valores institucionales; procurando cumplir con el Hacer que incluye las prioridades, funciones, actividades y el Estar que considera a las estructuras, la cultura e incentivos y el ambiente externo, para la mejora y fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud Integral, en el marco de una política de Estado.

Este modelo esta cimentado en la promoción de la salud y prevención de enfermedad, para que la población tenga las herramientas necesarias que le permitan intervenir en la conservación de su salud a través del conocimiento y su empoderamiento con relación a su derecho a la salud.

El modelo busca enfrentar el progresivo crecimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas, también el incremento de las patologías sociales, como la violencia, manifestaciones de estrés físico, emocional individual y colectivamente.

Para hacer efectivo el modelo, el Sistema Nacional Público de Salud, debe realizar adecuaciones en la organización de los servicios, verificar la eficacia y eficiencia; la formación apropiada de los recursos humanos, su especialización, la tecnología, el acceso, continuidad y la calidad de la atención.

Este abordaje integral de salud se basa en la estrategia de Atención Primaria de Salud Fuerte y Renovada, facilitando el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) sobre todo en las áreas rurales, urbanas marginadas y en las Comarcas Indígenas.

El modelo de provisión de servicios de salud integral se robustece con la articulación efectiva a nivel institucional e intersectorial y se identifica como el principal instrumento para lograr los niveles óptimos de salud y desarrollo humano para toda la población con equidad, eficiencia, eficacia, calidad, pertinencia cultural y calidez humana.

Principios

- La Salud como Derecho Humano
- Carácter Público-Público-Público
- Compromiso, responsabilidad y competencia de los equipos de salud en todos los niveles.
- Cobertura Universal con sus tres componentes
- Estrategia de Atención Primaria de Salud, Fuerte y Renovada
- Énfasis en promoción y Prevención de la Salud
- Centrado en el Individuo, la familia, comunidad y el ambiente
- Solidaridad
- Equidad
- Transparencia
- Derecho al libre acceso de la información
- Rendición de cuentas
- Participación, compromiso y responsabilidad ciudadana
- Participación y responsabilidad de las organizaciones y gremios
- Protección Social en Salud
- Cuidado y protección del medio ambiente

- Accesible a todos los ciudadanos, cumpliendo con el punto N° 5 del artículo 110 de la Constitución Política.
- Ausencia de todo gasto de bolsillo obligatorio
- Justicia Social
- Atención con Calidez y Calidad
- Seguridad Social
- Protección Social en Salud
- Integralidad
- Responsabilidad
- Continuidad
- Credibilidad
- Intersectorialidad
- Gestión de Recurso Humano
- Descentralización

Bases del Modelo de Provisión de Servicios de Salud Integral

- Operacionalizar al Sistema Nacional Público de Salud (SNPS) que cumpla con el carácter Público de su gestión, Público de su Provisión y Público en el financiamiento bajo la rectoría del MINSA.
- El modelo de provisión de servicios de salud integral, debe responder a una gestión que se sustenta en una política del Estado, que favorezca el desarrollo integral de forma sostenible.
- El modelo de provisión de servicios de salud integral debe desarrollar el proceso de equidad hacia la Cobertura Universal con acceso, cobertura, calidad universal y prestaciones de salud integral.
- El modelo debe considerar los campos de la salud como son la biología humana, estilos de vida saludables, medio ambiente y servicios de salud. Considerando dentro del medio ambiente a todos los determinantes sociales de salud ampliados.
- Debe incluir los niveles de prevención como son el nivel Primordial, Primaria, Secundaria y Terciaria como eje principal del modelo de provisión de servicios de salud integral, tanto institucional como intersectorial.
- Este modelo debe incluir la atención de la persona en su aspecto mental, espiritual, su familia, comunidad, ambiente y laboral.

- El modelo de provisión de servicios de salud integral debe estar centrado en el diagnóstico comunitario y las acciones sociales y personales que produzcan mejoramiento permanente en el individuo, la satisfacción de la ciudadanía y la optimización de la calidad de vida.
- Este nuevo modelo debe fortalecer los procesos flexibles de adscripción de la población de acuerdo al lugar de residencia, al lugar de trabajo u otros; con el monitoreo constante de un buen sistema de información.
- El modelo debe tener un sistema de captación de datos, que permita analizar, cruzar información para elaborar diagnósticos que orienten la mejor toma de decisiones que haga eficiente los procesos, para el logro de productos e impactos.
- Este modelo debe tener el compromiso y la responsabilidad de todos los funcionarios para la ejecución de todas las acciones de salud, basada en procesos, productos e impactos medibles (cambios y resultados logrados).
- Se debe crear una política que promueva actitudes positivas de los servidores públicos y de los usuarios e incentive a todos los equipos de salud (profesionales, técnicos y administrativos) para lograr el cumplimiento de los objetivos de promoción y prevención, buen trato al paciente y atención del entorno, mejorando las condiciones de salud, según el tipo de riesgo.
- Este modelo debe articular la parte administrativa y operativa en el sistema de salud a través de mecanismos de comunicación adecuados involucrando a las autoridades en la gestión, a nivel de todas las instalaciones de salud, incluyendo las de menor complejidad.
- Contar con capacidad operativa y resolutive en las instalaciones de acuerdo al perfil epidemiológico y demanda de la población, en el marco de un ordenamiento de la red de servicios por niveles.
- Fortalecer el rol Rector del MINSA institucional e intersectorial, coordinando con las entidades fragmentadas y segmentadas de la autoridad sanitaria.
- Operacionalizar la atención primaria fuerte y la reestructuración articulada de una red de servicios que permita el trabajo en equipo, tanto intersectorial, como comunitario e institucional según los niveles de atención y grados de complejidad.
- Debe contar con Recursos Financieros para el desarrollo adecuado de todos los componentes del modelo de provisión de servicios de salud integral definidos en todos sus niveles, en respuesta a los nudos críticos identificados y a los impostergables detectados. Estos recursos deben estar debidamente visibilizados en las estructuras presupuestarias y programáticas de todas las instituciones del estado involucradas, para un trabajo coordinado intersectorialmente.
- Debe incluir la definición de los equipos de trabajo con el compromiso y la responsabilidad de todos los(as) Trabajadores(as) (Profesionales, Técnicos y Administrativos) de acuerdo a

sus competencias, y su dotación necesaria para garantizar el cumplimiento de la misión, visión y valores institucionales.

- El modelo debe estar respaldado por un marco jurídico fortalecido mediante leyes revisadas, actualizadas y/o creadas, que permitan el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud.
- La participación ciudadana debe ser incluida en el desarrollo del modelo de provisión de servicios de salud integral.
- El modelo debe ejecutar acciones de los Programas de salud de forma coordinada, oportuna y efectiva, con procesos de monitoreo, evaluación, retroalimentación y rendición de cuentas periódicamente.
- El modelo de provisión de servicios de salud integral tendrá como resultado una red de servicios basados en la atención primaria renovada y mejorada en sus infraestructuras y en los procesos que se ejecutan de forma integral.
- El modelo de provisión de servicios de salud integral, debe definir sus grupos poblacionales según factores de riesgos, para planificar las acciones pertinentes y distribuir los recursos.

Consideraciones Generales para el nuevo Modelo de Provisión de Servicios de Salud Integral según etapas

Primera Etapa

- Revisar, actualizar, definir, implementar y cumplir el ámbito territorial para la cobertura, responsabilidad y sectorización del sistema de salud.
- Sistema de información desarrollado integralmente para el análisis, monitoreo y evaluación de los problemas de salud de la población nacional y extranjera, según lugar de residencia, laboral y comunitario como base para la planificación y ordenamiento de los servicios de salud.
- Enfocar el sistema de información para que tenga la capacidad de producir los datos para el conocimiento necesario que permita analizar, caracterizar, dimensionar, monitorear y evaluar la situación y evolución de la salud y sus determinantes, en función de la mejora de los indicadores que defina el país cumplir. (ODS y otros).
- Desarrollar los siguientes subcomponentes dentro del sistema de información con enfoque regional y local para la ejecución adecuada del módulo de provisión de servicios de salud integral, junto a las instituciones del sector salud y otros sectores.
 - Subsistema de información socio-demográfico
 - Subsistema de Gestión Administrativa

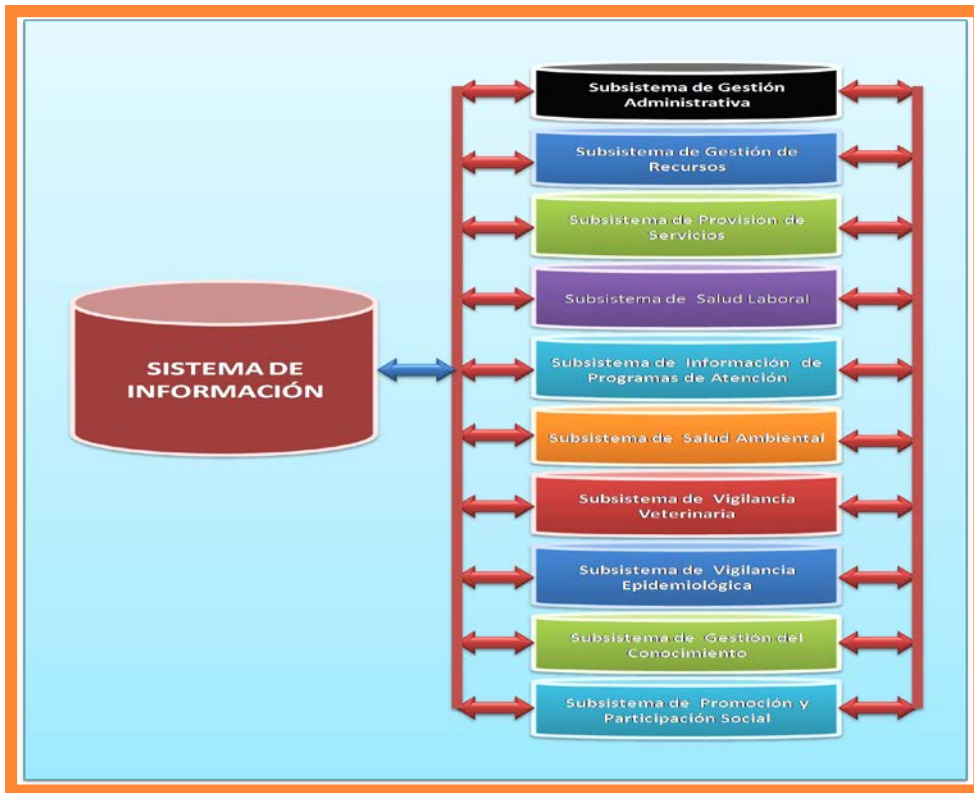
- Subsistema de Recursos Humanos
 - Subsistema de Gestión del Conocimiento
 - Subsistema de Salud Ambiental
 - Subsistema de Vigilancia Veterinaria
 - Subsistema de Vigilancia Epidemiológica
 - Subsistema de Provisión de Servicios
 - Subsistema de Salud Laboral
 - Subsistema de Programas de Atención
 - Subsistema de Promoción y Participación Social
- Caracterización de la cartera de servicios actualmente brindado en las instalaciones de salud, en función a sus niveles de atención y grados de complejidad para reestructurar el enfoque de atención primaria.
 - Caracterización de la capacidad instalada como base para la reorganización de la misma, para brindar los servicios de salud a la población.
 - Reestructurar la capacidad instalada de las instalaciones existentes, con dotación de todos los recursos que se amerita para su óptimo funcionamiento.
 - Características del tipo de población demandante, bajo la responsabilidad de cada instalación de salud, por distrito y región, considerando la clasificación que utilizan contraloría y tribunal electoral.
 - Definir y actualizar los estándares mínimos de operatividad de las instalaciones de salud existentes para que brinden la provisión adecuada de servicios integrales de salud.
 - Evitar nuevas construcciones de infraestructuras de salud, antes de completar la reestructuración de las instalaciones existentes.
 - Desarrollar un proceso de planificación conjunta en el marco del reordenamiento del sistema de salud integral.
 - Fortalecer la red fija de provisión de servicios de salud integrales para eliminar a corto plazo los servicios prestados por las organizaciones externalizadas (OE).
 - Evitar la duplicidad ineficiente e ineficaz demostrada en la provisión de los servicios de salud integral, para la población de una misma región, por diferentes actores institucionales tanto del sector salud, como de otros sectores.
 - Planificación oportuna y adecuada de las inversiones de infraestructuras en las regiones, de acuerdo a las necesidades reales de la población y tomando en cuenta el nuevo modelo de provisión de servicios de salud integral, evitando las decisiones políticas que vayan en contra del mismo.
 - Establecer y articular las redes integradas de servicios de salud por región en conjunto con el nivel nacional, que permitan la complementariedad de la provisión de servicios

integrales en los procesos; promoción, prevención, urgencias, consulta externa, hospitalización, cirugías, rehabilitación, servicios técnicos (Farmacia, Laboratorio e Imagenología), servicios de apoyo y un sistema de información que articule el modelo de gestión y de provisión de Salud integral para la satisfacción de las necesidades demandantes de la población.

- Definir e implementar en las Redes Integradas de Servicios de Salud establecidas, los procesos de gobernanza, el sistema de información y recursos tecnológicos, el sistema de referencia y contra referencia, el ciclo de todo el sistema (entrada, procesos, salida), rol de los hospitales, procesos de monitoreo y evaluación, indicadores, medición del desempeño y todos los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos requeridos.
- Planificación Normativa, Estratégica, Táctica, Operativa, conjunta y continua a nivel institucional e intersectorial orientada a garantizar el acceso universal y la provisión de servicios de salud integral durante todo el ciclo de vida de la población, en todas las regiones.
- Readecuar los mecanismos de asignación de recursos presupuestarios en todas las regiones, según niveles de atención y organización de la red de servicios, para poder cumplir con todas las acciones y procesos definidos en la provisión de servicios de salud integral, con énfasis en la estrategia de atención primaria.
- La asignación presupuestaria debe garantizar todos los procesos y actividades que se desarrollan a nivel de la promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria, en las instalaciones definidas por niveles de atención y grados de complejidad en las diferentes regiones del país.
- Planificación conjunta para la distribución del recurso humano existente, según necesidades de la población, evidenciadas mediante el perfil epidemiológico, demográfico y con enfoque de riesgo en las diferentes regiones y provincias, priorizando las áreas de mayor necesidad. De esta manera se garantiza que estas regiones, cuenten con los grupos ocupacionales requeridos ya sean profesionales, técnicos y/o administrativos de acuerdo al grado de complejidad de las instalaciones.
- Establecer una política de Recurso Humano que considere la rotación periódica de los funcionarios que laboran en áreas de difícil acceso.
- Planificación conjunta en la formación de nuevo recurso humano de salud y/o administrativo que se requiere en las diferentes regiones, en caso de no existir el mismo, para satisfacer las necesidades de la población.
- Definir los equipos de trabajo según competencias y nivel de atención, para cumplir con el ser y hacer institucional, con el compromiso y responsabilidad de todos los profesionales, técnicos y administrativos participantes.

- Definir y ajustar las normativas del marco legal actual para permitir la operatividad del nuevo modelo de provisión de servicios de salud integral, tanto a nivel institucional como intersectorial, priorizando aquellas normativas que actualmente impiden brindar la provisión de los servicios de salud, a toda la población en las instituciones públicas del país.
- Establecer el marco legal general y políticas para el nuevo modelo de Provisión de servicios de Salud Integral.
- Elaborar e implementar las normas, procedimientos y protocolos institucionales con énfasis de medicina basada en evidencia entre otros, que se constituyan en las herramientas para la ejecución del nuevo modelo de provisión de servicios de salud integral a nivel individual, familiar, comunitario, ambiental y laboral según niveles de atención y grados de complejidad institucionales.
- Identificar, coordinar y desarrollar la estructura de participación social a nivel nacional, regional y local con el establecimiento de alianzas entre la comunidad, los equipos de salud y el sector institucional e intersectorial que permitan desarrollar acciones de promoción y protección específica principalmente, que fortalezcan la prevención primaria de salud.
- Realizar mapeos de los recursos institucionales e intersectoriales para correlacionarlos con todos los factores de riesgo de los determinantes de la salud que afectan los niveles locales y regionales.
- Mantener actualizado el diagnóstico de salud nacional, regional, local, correlacionado con sus determinantes.
- Establecer, implementar, desarrollar y evaluar un sistema de comunicación eficiente, eficaz, efectivo, oportuno y fluido en todo el Sistema Nacional Público de Salud.(1)(2)(3)
- Potenciar la utilización de todos los avances tecnológicos (Expediente electrónico, Telemedicina, Medicina Robótica y otras) y las redes sociales en el Modelo de Provisión de los Servicios de Salud Integral.
- Garantizar las mejores condiciones de vivienda, transporte, seguridad, alimentación, comunicación, infraestructura laboral con equipos e insumos adecuados, para todos los funcionarios que integrarán los Equipos de Trabajo en todas las áreas catalogadas como de difícil acceso.
- Crear, desarrollar e Implementar una política de investigación en Salud por parte de los funcionarios en todos los niveles y otros actores de la sociedad civil.
- Crear, desarrollar, Ejecutar y evaluar un plan nacional que garantice la capacitación y Educación Continua permanente para todos los servidores públicos.
- Regular los aspectos de la Medicina Tradicional y Alternativa.

- Integrar los aspectos positivos regulados de la medicina tradicional y alternativa con el enfoque intercultural, al modelo de Provisión de los servicios de Salud Integral en todas las regiones del país.
- Ejecución inmediata, prioritaria y expedita del Plan de Contingencia para solucionar las situaciones críticas del sistema de salud actual.
- Diseñar e implementar mecanismos que aseguren la certeza del castigo (sistema sancionatorio) hacia aquellos servidores públicos que con su actitud, acciones u omisión, comprometan la calidad de los servicios de salud y afecten las condiciones de los usuarios, favoreciendo los procesos de privatización y externalización de dichos servicios.
- Desarrollar y divulgar programas educativos permanentes a los usuarios que incluya temas como los deberes y derechos, entre otros en todas las instalaciones de salud.
- Crear, desarrollar e implementar una cultura institucional organizativa que promueva los valores y principios institucionales, con calidad y calidez, tanto de los usuarios internos como de los externos.
- Desarrollar Auditorias, con normativas y sistema de información de acuerdo con los dictámenes internacionales de transparencia, que impidan la gestión en el Modelo de Provisión de los Servicios de Salud Integral, de las modalidades financieras que promuevan privatizaciones con posibles afectaciones económicas al sistema.
- La externalización representa la excepción a la regla, se realizarán análisis de conveniencia económica y organizativa, de forma previa, amplia y transparente en caso de considerar la viabilidad de implementar algunas de estas modalidad financieras:
 - Contratos de Gerencia
 - Comodato
 - Leasing
 - Asociaciones Públicas Privadas - APP
 - Externalizaciones
 - Tercerizaciones
 - Concesiones Administrativas y cualquier otra
- Definir las rutas críticas de los procesos institucionales que permitan la introducción de las modalidades privatizadoras en la provisión de servicios, identificando el incumplimiento de los diferentes actores según niveles de responsabilidad.



Segunda Etapa

- Completar la reestructuración de la capacidad instalada de las instalaciones existentes, con dotación de todos los recursos que se amerita para su óptimo funcionamiento.
- Completar la definición y actualización de los estándares mínimos de operatividad de las instalaciones de salud existentes para que brinden la provisión adecuada de servicios integrales de salud.
- Completar la reestructuración de las instalaciones existentes, evitando nuevas construcciones de infraestructuras de salud, antes de concluir y coordinar conjuntamente.
- Continuar con el desarrollo de los procesos de planificación conjunta en el marco del reordenamiento del sistema de salud integral.
- Evitar la duplicidad ineficiente e ineficaz demostrada en la provisión de los servicios de salud integral, para la población de una misma región, por diferentes actores institucionales tanto del sector salud, como de otros sectores.
- Completar los procesos de planificación oportuna y adecuada de las inversiones de infraestructuras en las regiones, de acuerdo a las necesidades reales de la población y

tomando en cuenta el nuevo modelo de provisión de servicios de salud integral, evitando las decisiones políticas que vayan en contra del mismo.

- Seguir el establecimiento y articulación de las redes integradas de servicios de salud por región en conjunto con el nivel nacional, que permitan la complementariedad de la provisión de servicios integrales en los procesos; promoción, prevención, urgencias, consulta externa, hospitalización, cirugías, rehabilitación, servicios técnicos (Farmacia, Laboratorio e Imagenología), servicios de apoyo y un sistema de información que articule el modelo de gestión y de provisión de Salud integral para la satisfacción de las necesidades demandantes de la población.
- Continuar la implementación en las Redes Integradas de Servicios de Salud establecidas, los procesos de gobernanza, el sistema de información y recursos tecnológicos, el sistema de referencia y contra referencia, el ciclo de todo el sistema (entrada, procesos, salida), rol de los hospitales, procesos de monitoreo y evaluación, indicadores, medición del desempeño y todos los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos requeridos.
- Avanzar en los procesos de Planificación Normativa, Estratégica, Táctica, Operativa, conjunta y continua a nivel institucional e intersectorial orientada a garantizar el acceso universal y la provisión de servicios de salud integral durante todo el ciclo de vida de la población, en todas las regiones.
- Completar la readecuación de los mecanismos de asignación de recursos presupuestarios en todas las regiones, según niveles de atención y organización de la red de servicios, para poder cumplir con todas las acciones y procesos definidos en la provisión de servicios de salud integral, con énfasis en la estrategia de atención primaria.
- Darle seguimiento a las asignaciones presupuestarias para garantizar todos los procesos y actividades que se desarrollan a nivel de la promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria, en las instalaciones definidas por niveles de atención y grados de complejidad en las diferentes regiones del país.
- Seguir los procesos de Planificación conjunta para la distribución del recurso humano existente, según necesidades de la población, evidenciadas mediante el perfil epidemiológico, demográfico y con enfoque de riesgo en las diferentes regiones y provincias, priorizando las áreas de mayor necesidad. De esta manera se garantiza que estas regiones, cuenten con los grupos ocupacionales requeridos ya sean profesionales, técnicos y/o administrativos de acuerdo al grado de complejidad de las instalaciones.
- Seguimiento y evaluación ajustada de las políticas de Recurso Humano que consideren la rotación periódica de los funcionarios que laboran en áreas de difícil acceso.

- Continuar los procesos de Planificación conjunta para la formación del recurso humano de salud y/o administrativo que se requiera en las diferentes regiones, para satisfacer las necesidades de la población.
- Continuar y completar la definición y ajustes respectivos de los equipos de trabajo según competencias, para cumplir con el ser y hacer institucional, con el compromiso y responsabilidad de todos los profesionales, técnicos y administrativos participantes.
- Completar la definición y ajustes de las normativas del marco legal actual para permitir la operatividad del nuevo modelo de provisión de servicios de salud integral, tanto a nivel institucional como intersectorial, priorizando aquellas normativas que actualmente impiden brindar la provisión de los servicios de salud, a toda la población en las instituciones públicas del país.
- Completar la elaboración e implementación de las normas, procedimientos y protocolos institucionales con énfasis de medicina basada en evidencia entre otros, que se constituyan en las herramientas para la ejecución del nuevo modelo de provisión de servicios de salud integral a nivel individual, familiar, comunitario, ambiental y laboral según niveles de atención y grados de complejidad institucionales.
- Seguir con los procesos de identificación, coordinación y desarrollo de la estructura de participación social a nivel nacional, regional y local con el establecimiento de alianzas entre la comunidad, los equipos de salud y el sector institucional e intersectorial que permitan desarrollar acciones de promoción y protección específica principalmente, que fortalezcan la prevención primaria de salud.
- Continuar los procesos de actualización del diagnóstico de salud nacional, regional, local, correlacionado con sus determinantes.
- Mantener los procesos de desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de los sistemas de comunicación eficiente, eficaz, efectivo, oportuno y fluido en todo el Sistema Nacional Público de Salud.
- Continuar los procesos para Potenciar la utilización de todos los avances tecnológicos (Expediente electrónico, Telemedicina, Medicina Robótica y otras) y las redes sociales en el Modelo de Provisión de los Servicios de Salud Integral.
- Seguir las actividades que permitan garantizar las mejores condiciones de vivienda, transporte, seguridad, alimentación, comunicación, infraestructura laboral con equipos e insumos adecuados, para todos los funcionarios que integrarán los Equipos de Trabajo en todas las áreas catalogadas como de difícil acceso.
- Continuar los procesos de desarrollo e Implementación de una Política de Investigación en Salud, ejecutada por parte de los funcionarios en todos los niveles y otros actores de la sociedad civil.

- Seguir fortaleciendo los procesos de desarrollo, ejecución, monitoreo y evaluación de un Plan Nacional que garantice la capacitación y Educación Continua permanente para todos los servidores públicos.
- Completar la regulación de los aspectos de la Medicina Tradicional y Alternativa.
- Concluir los procesos de integración de los aspectos positivos regulados de la medicina tradicional y alternativa con el enfoque intercultural, al modelo de Provisión de los servicios de Salud Integral en todas las regiones del país.
- Evaluar los resultados de la ejecución del Plan de Contingencia para solucionar las situaciones críticas del sistema de salud actual.
- Monitoreo y evaluación de la cultura institucional organizativa que promueva los valores y principios institucionales, con calidad y calidez.
- Seguimiento y Ajustes a los mecanismos que aseguren la certeza del castigo (sistema sancionatorio) hacia aquellos servidores públicos que con su actitud, acciones u omisión, comprometan la calidad de los servicios de salud y afecten las condiciones de los usuarios, favoreciendo los procesos de privatización y externalización de dichos servicios.
- Monitoreo y seguimiento de los programas educativos desarrollados y divulgados de forma permanente a los usuarios que incluya temas como los deberes y derechos, entre otros en todas las instalaciones de salud.
- Continuar con el desarrollo de las Auditorias, aplicando las normativas adecuadas, con un sistema de información adecuado y atendiendo los dictámenes internacionales de transparencia, que impidan la gestión de un Modelo de Provisión de los Servicios de Salud Integral, con modalidades financieras que promuevan las privatizaciones con posibles afectaciones económicas al sistema.
- La externalización representa la excepción a la regla y se realizarán análisis de conveniencia económica y organizativa, de forma previa, amplia y transparente en caso de considerar la viabilidad de implementar algunas de estas modalidad financieras como son:
 - Contratos de Gerencia
 - Comodato
 - Leasing
 - Asociaciones Públicas Privadas - APP
 - Externalizaciones
 - Tercerizaciones
 - Concesiones Administrativas y cualquier otra
- Monitoreo, seguimiento y evaluación de las rutas críticas definidas en los procesos institucionales, que favorecen la introducción de modalidades privatizadoras en la

provisión de servicios, identificando el incumplimiento de los actores según los diferentes niveles de responsabilidad.

Tercera Etapa

- Mantener los procesos continuos de monitoreo y evaluación de la capacidad instalada de las instalaciones, vigilando la dotación de todos los recursos que se amerita para su óptimo funcionamiento.
- Aplicar continuamente los estándares de operatividad de las instalaciones de salud existentes para que brinden la provisión adecuada de servicios integrales de salud.
- Mantener los procesos de planificación institucional e intersectorial en el marco del desarrollo continuo, del sistema de provisión de los servicios de salud integral
- Monitoreo y evaluación continua de los procesos de establecimiento y articulación de las redes integradas de servicios de salud por región en conjunto con el nivel nacional, para la provisión de servicios integrales en los procesos de promoción, prevención, urgencias, consulta externa, hospitalización, cirugías, rehabilitación, servicios técnicos (Farmacia, Laboratorio e Imagenología), servicios de apoyo y un sistema de información articulando el modelo de gestión y de provisión de servicios de Salud integral para la satisfacción de las necesidades demandantes de la población.
- Vigilar continuamente en las Redes Integradas de Servicios de Salud establecidas, los procesos de gobernanza, el sistema de información y recursos tecnológicos, el sistema de referencia y contra referencia, el ciclo de todo el sistema (entrada, procesos, salida), rol de los hospitales, procesos de monitoreo y evaluación, indicadores, medición del desempeño y todos los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos requeridos.
- Evaluación continua con los ajustes respectivos de los procesos de Planificación Normativa, Estratégica, Táctica, Operativa, conjunta a nivel interinstitucional e intersectorial orientada a garantizar el acceso universal y la provisión de servicios de salud integral durante todo el ciclo de vida de la población, en todas las regiones.
- Vigilar continuamente que las asignaciones presupuestarias permitan garantizar todos los procesos y actividades del Modelo de Provisión de Servicios de salud integral del SNPS, a nivel de la promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria, en las instalaciones definidas por niveles de atención y grados de complejidad en las diferentes regiones del país.
- Mantener los procesos de Planificación conjunta para la distribución del recurso humano existente, según necesidades evidenciadas de la población, por el perfil epidemiológico, demográfico y enfoque de riesgo en las diferentes regiones y provincias, priorizando las áreas de mayor necesidad para garantizar que estas regiones, cuenten con los grupos

ocupacionales requeridos ya sean profesionales, técnicos y/o administrativos de acuerdo al grado de complejidad de sus instalaciones.

- Mantener los procesos de seguimiento y evaluación con los ajustes respectivos de las políticas de Recurso Humano para la rotación de los funcionarios que laboran en áreas de difícil acceso.
- Continuar los procesos de Planificación conjunta para la formación del recurso humano de salud y/o administrativo que se requiere en las diferentes regiones y satisfacer las necesidades de la población.
- Mantener los procesos continuos de definición, evaluación y ajustes de los equipos de trabajo según competencias, para cumplir con el ser y hacer institucional.
- Mantener los procesos de evaluación y ajustes de las normas, procedimientos y protocolos institucionales utilizando los mejores sustentos científicos, para lograr herramientas actualizadas que permitan mantener la buena ejecución del modelo de provisión de servicios de salud integral a nivel individual, familiar, comunitario, ambiental y laboral según niveles de atención y grados de complejidad de las instalaciones del país.
- Darle continuidad a las alianzas establecidas entre la comunidad, equipos de salud y sectores institucionales e intersectoriales para el desarrollo de las acciones de promoción y protección específica que fortalezcan la prevención primaria de salud a nivel nacional, regional y local.
- Mantener los procesos de actualización del diagnóstico de salud nacional, regional, local, correlacionado con sus determinantes.
- Mantener la continuidad de los procesos de desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de sistemas de comunicación eficientes, eficaces, efectivos, oportunos y fluidos en todo el modelos de provisión de servicios de salud integrales del SNPS.
- Permanencia de los procesos que permitan Potenciar la utilización de todos los avances tecnológicos y las redes sociales en el Modelo de Provisión de los Servicios de Salud Integral.
- Conservar todos los procesos y actividades que permitan garantizar las mejores condiciones de vivienda, transporte, seguridad, alimentación, comunicación, infraestructura laboral con equipos e insumos adecuados, para todos los funcionarios que laboran en todas las áreas catalogadas como de difícil acceso.
- Monitoreo y evaluación de todas las políticas de investigación en Salud desarrolladas e implementadas para los servidores públicos y usuarios, en todos los niveles de atención.
- Evaluación sistemática y actualización de los planes de capacitación y educación continua para todos los servidores públicos que laboran en salud.

- Vigilancia continua del cumplimiento de los procesos interculturales regulados de la medicina tradicional y alternativa que fueron incorporados al modelo de provisión de servicios de salud integral.
- Evaluación permanente de la calidad y calidez de los procesos institucionales, fortaleciendo la cultura institucional establecida.
- Continuar con el desarrollo de los procesos de planificación conjunta en el marco del reordenamiento del sistema de salud integral.
- Trabajo conjunto coordinado con una estructura de participación social identificada a nivel nacional, regional y local mediante alianzas entre la comunidad, los equipos de salud y el sector institucional e intersectorial para el desarrollo de acciones de promoción y protección específica principalmente, que continúen fortaleciendo permanentemente la prevención primaria de salud.
- Diagnóstico de salud nacional, regional, local correlacionado con sus determinantes actualizado constantemente con el apoyo de un buen sistema de información integral tanto institucional como intersectorialmente.
- Mantener actualizados los procesos de desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de los sistemas de comunicación eficiente, eficaz, efectivo, oportuno y fluido en todo el Sistema Nacional Público de Salud.
- Mantener los procesos de ajustes para potenciar la utilización de los avances tecnológicos requeridos (Expediente electrónico, Telemedicina, Medicina Robótica y otras) junto a las redes sociales en el Modelo de Provisión de los Servicios de Salud Integral.
- Continuar la planificación conjunta para ejecutar acciones permanentes que permitan garantizar las mejores condiciones de vivienda, transporte, seguridad, alimentación, comunicación, infraestructura laboral con equipos e insumos adecuados, para todos los funcionarios que integrarán los Equipos de Trabajo en todas las áreas catalogadas como de difícil acceso.
- Mantener los procesos de evaluación y ajustes a la implementación de Políticas de Salud y Políticas de otros sectores donde se incluya a la salud y sus determinantes.
- Mantener los procesos de planificación, programación, implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Planes Nacionales, Regionales y Locales institucionales e intersectoriales que incluyan todos los aspectos de los ejes presentados en la propuesta.
- Monitoreo y Evaluación de todos los aspectos regulados de la Medicina Tradicional y Alternativa que se han integrado con enfoque intercultural al modelo de Provisión de los servicios de Salud Integral en todas las regiones del país.

- Mantener la vigilancia de todos los procesos que puedan afectar la cultura institucional organizativa, incluyendo los incentivos y sanciones para seguir promoviendo de forma permanente los valores y principios institucionales, con calidad y calidez.
- La externalización representa la excepción a la regla y se realizarán auditorías permanentes con las normativas adecuadas, buen sistema de información que permita el análisis de conveniencia económica y organizativa, de forma previa, durante y al final en caso de considerar la viabilidad de continuar o implementar algunas de estas modalidades financieras como son:
 - Contratos de Gerencia
 - Comodato
 - Leasing
 - Asociaciones Públicas Privadas - APP
 - Externalizaciones
 - Tercerizaciones
 - Concesiones Administrativas y cualquier otra
- Monitoreo, seguimiento y evaluación de las rutas críticas definidas en los procesos institucionales, que puedan continuar favoreciendo la introducción de modalidades privatizadoras en la provisión de servicios, identificando el incumplimiento de los actores según los diferentes niveles de responsabilidad.

4.5. Modelo Económico- Financiero del Sistema Nacional Público de Salud

El Modelo Económico o Financiero mantiene los desafíos del modelo de gestión institucional propuesto, donde se incluye el Ser, Hacer y Estar, pues tiene que existir una correspondencia planificada entre los modelos de gestión, provisión integral de servicios y el financiero para determinar el buen desempeño del Sistema Nacional Público de Salud (SNPS).

El Modelo Financiero es un componente del Modelo de Gestión y del Modelo de Provisión de Servicios Integrales del SNPS, fundamentando su ámbito y alcance en las conclusiones del diagnóstico integral de la situación de salud y sus determinantes, los nudos críticos, las recomendaciones y las propuestas de cambio por etapas y gradualidad, emanadas de la Mesa del Dialogo, a través de los ejes estratégicos institucional e intersectorial recomendados.

El rol del Modelo financiero como modulador del financiamiento implica la captación y aseguramiento del caudal y flujos financieros requeridos para sufragar las acciones e intervenciones a desarrollar en el Sistema Nacional Público de Salud, definidas en su Modelo de Gestión y Modelo de Provisión de Servicios Integrales de Salud, para brindarle a la población acceso, cobertura universal y servicios integrales, con calidad y calidez.

Este Modelo Financiero determinará el nivel o volumen de gastos óptimos necesarios, recomendando:

- La Política de prioridades para la asignación de recursos para que el SNPS, bajo la rectoría del Estado y el Ministerio de Salud, para que logre sus metas y objetivos.
- La manera y el momento en que estos recursos serán asignados a los niveles de atención nacional, regional y local.
- Mecanismos de supervisión y control, seguimiento, monitoreo y evaluación en el uso y aplicación de dichos recursos, a fin de medir los resultados logrados con la inversión en salud pública, y así conocer periódicamente, los impactos en términos de salud.
- El desarrollo, implementación, operación y evaluación de un sistema de costos de la provisión de servicios de salud integral, para determinar el costo real de las intervenciones de salud y sus productos, según tipo de patología y centros de producción de costos en todos los niveles de provisión; cuyos resultados e indicadores fortalecerán los procesos de planificación, programación y asignación de recursos presupuestarios del SNPS.

Este Modelo está conformado por sus propios subsistemas para viabilizar la gestión del mismo, en cuanto a oportunidad, precisión, transparencia y equidad, fundamentado y enmarcado en la propuesta de la Mesa del diálogo y en las normas y leyes fiscales vigentes en el país. Estos subsistemas o componentes son:

- La gestión económica, financiera y contable de los ingresos y la recaudación del SNPS.
- Los gastos y el pago a los compromisos adquiridos con los proveedores de bienes y servicios.
- Los registros periódicos contables y financieros.
- La formulación, programación, ejecución, control y evaluación del presupuesto asignado.
- La salvaguarda financiera de los activos patrimoniales.

Principios del Modelo Financiero

- Salud como Derecho Humano
- Carácter Público-Público-Público
- Integralidad
- Oportunidad
- Precisión
- Pertinencia, Adecuación, Eficiencia, Eficacia y Efectividad
- Equidad
- Impacto
- Rendición de Cuentas y Transparencia
- Credibilidad
- Factibilidad, Sostenibilidad y Continuidad
- Eliminación del Gasto de Bolsillo impositivo y condicionante

Bases del Modelo Financiero

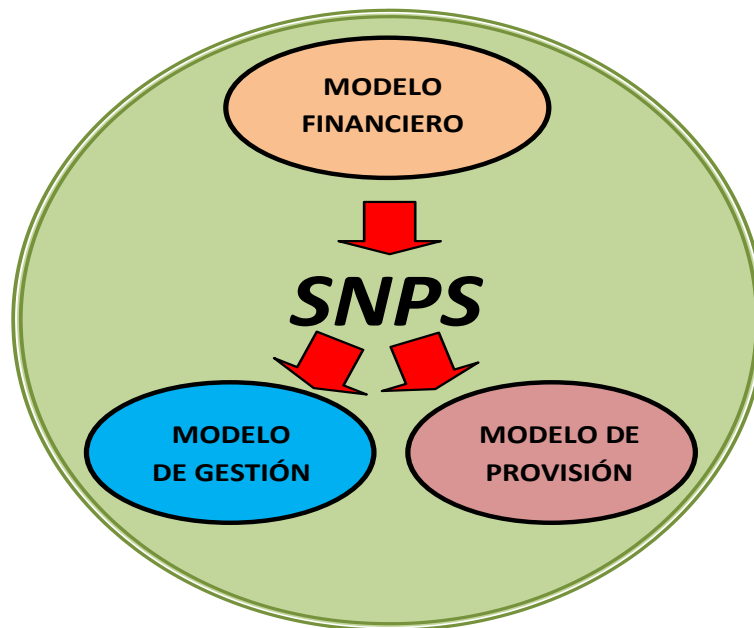
- Financiamiento Público para apoyar todas las acciones del Sistema Nacional de Salud, Público en su gestión y Público en la provisión, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.
- Marco Legal Normativo, Económico y Financiero reformulado, innovado, legalizado y vigente institucionalmente.

- Modelo Financiero del SNPS alineado con el Plan y Modelo Económico-Financiero del Estado, a través del Ministerio de Economía y Finanzas, considerando las adecuaciones presupuestarias y programáticas propuestas por la Mesa del Dialogo.
- El Modelo Financiero del SNPS deberá articularse en función de los dos ejes estratégicos definidos, con el Modelo Financiero de la Caja de Seguro Social y el resto de las dependencias intersectoriales relacionadas, para determinar y modular con fundamento y precisión, los recursos existentes y requeridos que permitan adecuar los valores reales del financiamiento de la salud en el país.
- La inversión sanitaria pública fortalecida, se orientará mediante un proceso de gradualidad, a las tecnologías e intervenciones, procedimientos, actividades e insumos en salud destinados a la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad en todos sus niveles; dando respuesta a los nudos críticos identificados y al plan de contingencia a corto plazo establecido, para resolver las áreas impostergables del Sector Público de Salud.
- El Modelo Financiero desarrollará una Gestión de Información Integral, articulada con los Ejes Estratégicos, requiriendo de un Sistema de Información tecnológicamente adecuado a su rol técnico, capaz de coleccionar, acopiar y procesar datos oportunamente; registrar, integrar y generar información de manera constante y sostenida, a un costo de operación razonable y eficiente, con la tecnología apropiada a su ámbito de responsabilidad financiera, lo que permitirá tomar decisiones sustentadas en información de calidad.
- Este modelo dispondrá de elementos de Economía de la Salud para la aplicación de nuevas metodologías para la planeación, implementación, y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; el desarrollo de capacidades y habilidades gerenciales financieras, técnicas operativas y logísticas, que incidan en la asignación y evaluación de la inversión pública en salud, dado el costo creciente de la asistencia sanitaria.
- Eliminar el gasto de bolsillo obligatorio o impuesto a la población residente en la República de Panamá, por la ineficiencia del sistema público de salud. El modelo financiero contemplará los aportes económicos necesarios para tal asimetría, al igual que los subsidios cruzados que resulten en los Ejes Estratégicos, como resultado de la gestión sanitaria y los determinantes de la salud.

Marco Conceptual del Modelo Financiero

El Modelo Financiero del SNPS, como componente del nuevo modelo de gestión y el modelo de provisión de servicios integrales, se desarrollará y gestionará a través de la estructura

organizacional y funcional del Ministerio de Salud, en su rol de institución centralizada del gobierno, Rectora de la Salud.



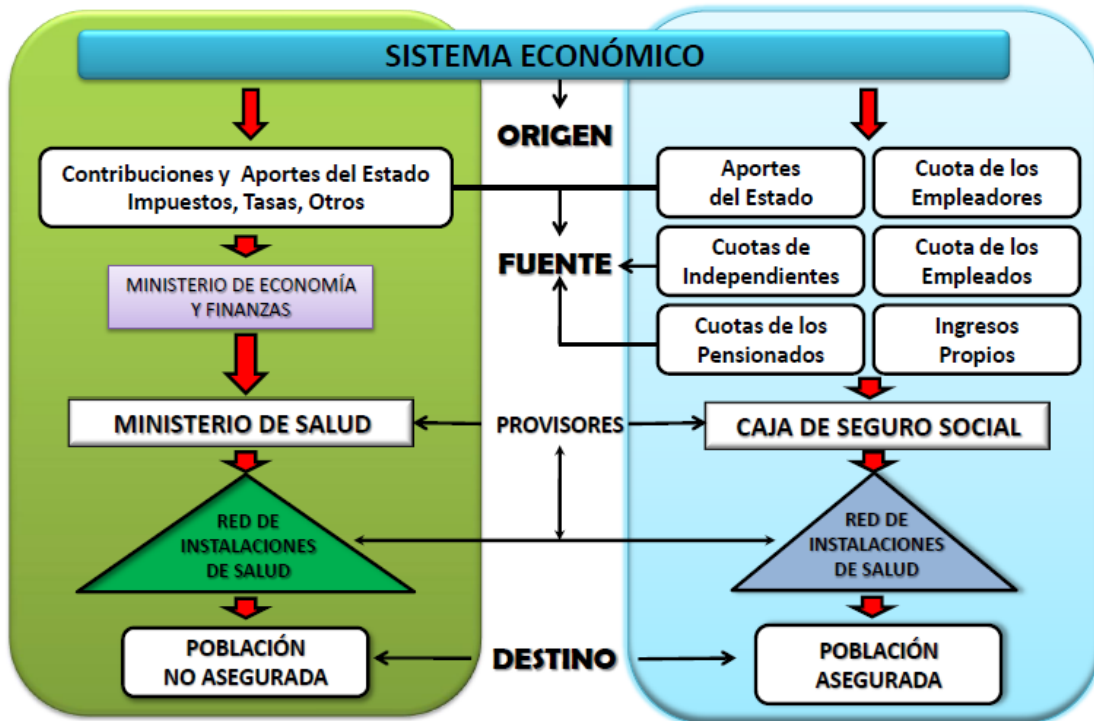
Este modelo, tendrá ámbito y cobertura a nivel nacional, regional y local para cumplir con la supervisión, control y evaluación de la gestión económica y financiera del SNPS, de manera sostenida, efectiva, coherente y congruente con sus objetivos y metas.

El modelo financiero gestionará sus procesos con fundamento a las disposiciones, normas y regulaciones vigentes, emanadas de la Dirección de Presupuesto de la Nación y la Dirección de Programación de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas, la Contraloría General de la República y el Banco Nacional entre otras, articulando permanentemente con el modelo de gestión y el modelo de provisión de los servicios integrales de salud definidos.

Origen, Fuente y Destino de los Recursos del Modelo Financiero Actual

Para ilustrar el actual Modelo Financiero del Sistema Público de Salud, señalamos que el mismo está inmerso en el Sistema Económico de la República de Panamá donde operan tres pilares esenciales para el análisis, diagnóstico, proyección y movimiento de los flujos financieros, denominados Origen, Fuente y Destino de los Fondos. *(Véase Grafica adjunta).*

ORIGEN, FUENTE Y DESTINO DE LOS RECURSOS DEL MODELO FINANCIERO ACTUAL



Fuente: Mesa del Diálogo por la Salud

Origen de los Fondos

Los fondos para sufragar la gestión de provisión de servicios sanitarios a la población, tanto para el Ministerio de Salud como para la Caja de Seguro Social, en el actual Modelo Financiero del Sistema Público de Salud, responden a los resultados y efectos del Sistema Económico de la República de Panamá y su tasa de crecimiento, fundamentada en la estructura productiva y la capacidad evolutiva del país para generar producto, empleo y riqueza; constituyendo el PIB Nacional en concordancia con la Política Económica vigente en el Estado. *(Véase Tablas adjuntas)*

REPÚBLICA DE PANAMÁ
ESTIMACIÓN DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO
AÑOS 2013, 2014 y 2015

AÑOS	TASA DE CRECIMIENTO ECONÓMICO PIB Real (%)
2013	8.0
2014	7.0
2015	6.5

Fuente: MEF

REPÚBLICA DE PANAMÁ
SERIE HISTÓRICA DEL PIB REAL
(En millones de Balboas)

AÑOS	PIB A PRECIOS DE 1996	CRECIMIENTO %
2004	13,099.2	7.5%
2005	14,041.2	7.2%
2006	15,238.6	8.5%
2007	17,084.4	12.1%
2008	18,812.9	10.1%
2009	19,538.4	3.9%
2010	20,994.4	7.5%
2011	23,274.5	10.9%
2012	25,787.1	10.8%
2013	27,850.1 (e)	8.0%

Fuente: CSS

Fuente de los Fondos

El Sistema Económico de acuerdo a la evolución y variación del PIB nacional, genera:

1. Capacidad contributiva de la población, para que a través del Sistema Tributario Nacional vigente y mediante impuestos, tasas, gravámenes, multas, contribuciones y otras medidas impositivas, se generen los recursos fiscales que anualmente constituyen la ***Fuente de los Ingresos Tributarios Corrientes y de Capital*** captados y recaudados, los que anualmente se asignan intersectorialmente a través del Presupuesto General del Estado, incluyendo los recursos financieros al Sector Salud (MINSAs, CSS y otras entidades), mediante los mecanismos normativos existentes.
2. Capacidad para crear nuevas empresas y negocios en el país, fortaleciendo las existentes, produciéndose riqueza, empleos y salarios básicos, lo que constituye la ***Fuente***

de los Ingresos de la seguridad social en concepto de aportes del estado, contribuciones obrero-patronales y otros ingresos financieros, recursos que conforman el presupuesto anual de gastos de funcionamiento e inversiones de la institución de seguridad social (CSS).

REPÚBLICA DE PANAMÁ
PRESUPUESTO DE GOBIERNO CENTRAL
RESUMEN DE INGRESOS
Año 2015
(En Balboas)

	TOTAL	11,490,756.695
1.	INGRESOS CORRIENTES	7,316,660.504
1.1.	INGRESOS TRIBUTARIOS	5,423,886.523
1.1.1.	IMPUESTOS DIRECTOS	2,818,649.950
1.1.2.	IMPUESTOS INDIRECTOS	2,604,236.573
1.2.	INGRESOS NO TRIBUTARIOS	1,826,925.057
1.2.1.	RENTA DE ACTIVOS	11,500.000
1.2.2.	PARTICIPACIÓN EN UTILIDADES EMPRESAS	848,104.268
1.2.3.	TRANSFERENCIAS CORRIENTES	12,003.809
1.2.4.	TASAS Y DERECHOS	645,092.168
1.2.5.	CONTRIBUCIÓN DE MEJORAS	8,436.700
1.2.6.	INGRESOS VARIOS	15,062.812
1.2.7.	APORTE AL FISCO	286,725.300
1.3.	OTROS INGRESOS CORRIENTES	15,141.900
1.3.2.	INTERESÉS Y COMISIONES GANADAS	15,000.000
1.3.4.	INTERESÉS POR REEMBOLSO AL GOB. CENTRAL	141.900
1.4.	SALDO EN CAJA Y BANCO	
1.4.2.	DISPONIBLE LIBRE EN BANCO	
1.5.	INGRESO DE GESTIÓN	30,707.024
2.	INGRESOS DE CAPITAL	4,174,096.191
2.1.	RECURSOS DEL PATRIMONIO	113,026.800
2.1.1.	VENTA DE ACTIVOS	107,000.000
2.1.3.	RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	6,026.800
2.1.4.	RECUPERACIÓN DE COLOCACIONES	
2.2.	RECURSOS DEL CRÉDITO	3,983,698.150
2.2.1.	CRÉDITO INTERNO	273,667.669
2.2.2.	CRÉDITO EXTERNO	3,710,030.481
2.3.	OTROS INGRESOS DE CAPITAL	70,235.141
2.3.2.	TRANSFERENCIA DE CAPITAL	70,235.141
2.4.	SALDO EN CAJA Y BANCO	7,136.100
2.4.2.	DISPONIBLE LIBRE EN BANCO	7,136.100

Fuente: Gaceta Oficial Digital, miércoles 03 de diciembre de 2014

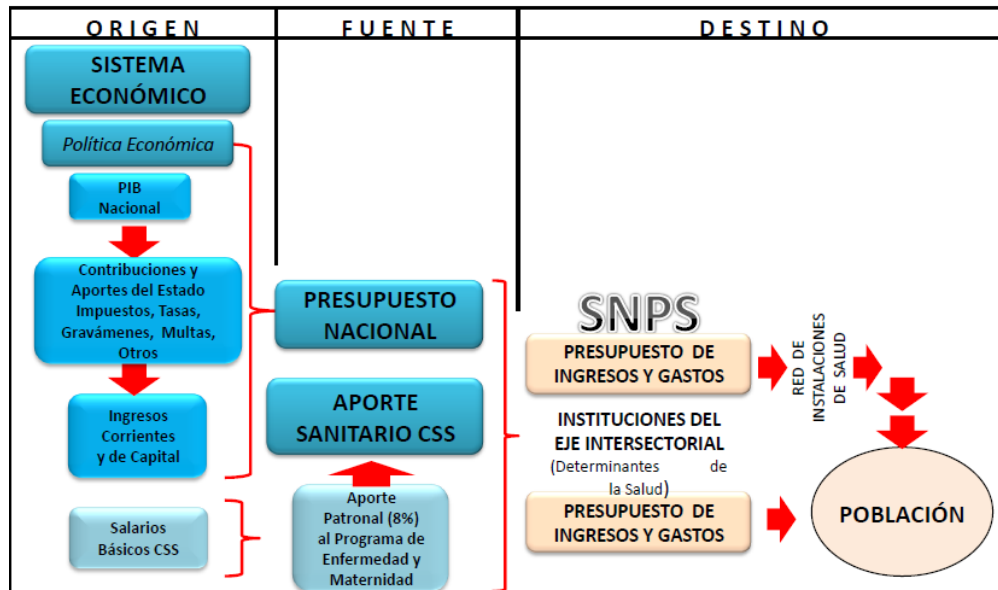
Destino de los Recursos

En el actual Modelo Financiero, el destino de los recursos dependerá de la misión y el rol correspondiente a cada institución pública del estado. En el sector salud, el Ministerio de Salud beneficia a la población no asegurada a través de los servicios de salud brindados en las instalaciones de su red sanitaria, mientras que la Caja de Seguro Social beneficia a la población de asegurados y pensionados, cotizantes activos, los dependientes de éstos y los no asegurados que por convenio entre ambas instituciones, se haya establecido brindar en toda la red de instalaciones a nivel nacional bajo su responsabilidad.

Origen, Fuente y Destino de los Recursos del Nuevo Modelo Financiero del SNPS

El nuevo Modelo Financiero del Sistema Nacional Público de Salud (SNPS), al igual que el modelo actual, mantiene la misma estructura operativa en cuanto al Origen, Fuente y Destino de los Recursos, no obstante, el nuevo modelo incorpora algunas nuevas variaciones en la estructura de composición de la fuente y destino, de la siguiente manera. (Véase Gráfica adjunta).

ORIGEN, FUENTE Y DESTINO DE LOS RECURSOS DEL NUEVO MODELO FINANCIERO DEL SNPS



Fuente: Mesa del Diálogo por la Salud

Origen de Recursos

El nuevo Modelo Financiero para el SNPS al igual que el Modelo Financiero actual, se desarrollará como parte del Sistema Económico Nacional donde la política económica contribuye a la generación del PIB, propiciando al Estado la posibilidad de captar y recaudar ingresos corrientes y de capital, para financiar el Presupuesto Anual del Gobierno, de donde se asigna y autoriza el Presupuesto de Gastos Corrientes y de Inversiones al Ministerio de Salud como regente del Sector Salud.

En la Caja de Seguro Social, el Sistema Económico con base a la Política Económica del país, fomenta y propicia el desarrollo de empresas que a través del empleo generan la masa de Salarios Básicos que a su vez, contribuyen con su aporte obrero-patronal para constituir los ingresos a la seguridad social para financiar el Presupuesto Anual de Gastos e Inversiones de la Caja de Seguro Social.

Fuente de Recursos

La fuente para el SNPS, lo constituirán de forma directa y en primera instancia, el aporte del Estado a través del Ministerio de Economía y Finanzas al Presupuesto de Gastos Corrientes y de Inversión del Ministerio de Salud, para sufragar gradualmente los Servicios Integrales de Salud a la población no asegurada, asegurada y dependiente, considerando además aquellos aportes que el Estado asigna y autoriza presupuestariamente a los programas presupuestarios que inciden en los Determinantes de la Salud y se incluyen en las instituciones y entidades intersectoriales, no adscritas al Sector Salud. En esto último, el Ministerio de Salud como Rector del Sector, tiene la responsabilidad de modular, vigilar, monitorear y evaluar los recursos financieros sectoriales en salud destinados a los determinantes de la salud, con fundamento a lo establecido en el Eje Intersectorial de la nueva propuesta y las Políticas de Salud vigentes. (Política N°8 de la Política Nacional de Salud 2015-2025).

En segunda instancia, otra Fuente de Ingresos para el nuevo Modelo Financiero del SNPS, lo constituirá el Aporte Sanitario proveniente de la Caja de Seguro Social mediante transferencia, no menor del 8%, correspondiente al aporte patronal que recauda actualmente el Programa de Enfermedad y Maternidad de la Institución de Seguridad Social, para sufragar gradualmente la cobertura de servicios integrales de salud en el nuevo SNPS, que demande la población definida como asegurada o cotizante activa. (*Véase Tabla adjunta*).

CAJA DE SEGURO SOCIAL
PORCENTAJE DE CUOTA DERIVADA DE LOS SALARIOS BÁSICOS
 (*) Ley N° 51 Orgánica de la Caja de Seguro Social 1 y 2a
 Año 2015

	TOTAL	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	ENFERMEDAD Y MATERNIDAD	INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE	RIESGOS PROFESIONALES
TOTAL	24.70	0.80	8.50	13.50	1.90
EMPLEADO	9.75	...	0.50 *	9.25	...
EMPLEADOR	14.15	...	8.00 *	4.25	1.90
ESTADO	0.80	0.80	...	...	...

Fuente: CSS

El proceso para realizar la transferencia corriente de recursos de la Caja de Seguro Social al Ministerio de Salud se realizará de acuerdo a disposiciones de la Ley N°51 Orgánica de la Caja de Seguro Social y las regulaciones y normas vigentes establecidas por la Dirección de Presupuesto de la Nación del Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República.

Destino de Recursos

Los recursos gestionados a través del Modelo Financiero para el SNPS y asignados al Presupuesto anual de gastos, bajo responsabilidad del nuevo Ministerio de Salud como Rector de la Salud en el país, en el ejercicio de todas sus dimensiones de rectoría, donde la de provisión es una de ellas, serán destinados a la provisión de servicios integrales de salud, para el beneficio de los individuos, las familias, las comunidades y general toda la sociedad panameña, quienes conforman la totalidad de la población nacional del país. Este proceso será conforme a las etapas y la gradualidad propuesta para el desarrollo, implementación, transformación y gestión permanente del SNPS.

Desde el punto de vista normativo y operativo, el nuevo modelo financiero cumplirá los procesos regulados para la formulación, programación, asignación, ejecución y evaluación anual de los recursos financieros, a través del presupuesto de gastos corrientes y de capital autorizado al Ministerio de Salud, para su aplicación efectiva y eficiente a través

de la red de instalaciones de salud a nivel nacional, regional y local, definidas por niveles de atención y grados de complejidad.

Este nuevo modelo, incluye el análisis y evaluación de las estructuras programáticas y presupuestarias de todas las instituciones que participan en el desarrollo del país, ya sean instituciones del gobierno central, instituciones descentralizadas, empresas públicas o intermediarios financieros, pues se evidenció en éstas, la disponibilidad de recursos presupuestarios dentro del marco legal establecido por el estado, destinados a la salud y sus determinantes.

Los recursos disponibles en las instituciones antes mencionadas, son gestionados y movilizados de manera directa por ellas, sin la modulación, coordinación, planificación conjunta, seguimiento y evaluación por parte del Ministerio de Salud, como ente rector del país, generando y profundizando la fragmentación y segmentación de los recursos destinados a la salud y sus determinantes.

En los ejes estratégicos de la propuesta de la mesa del diálogo, ya sea el institucional o el intersectorial, están involucradas algunas de estas instituciones con programas presupuestarios que atienden el tema de los determinantes de la salud. Algunas instituciones, fueron fragmentadas del sector salud mientras que otras, fueron creadas en tiempos recientes con el agravante de que su programación y ejecución presupuestaria no ha sido relacionada ni vinculada al Sector Salud.

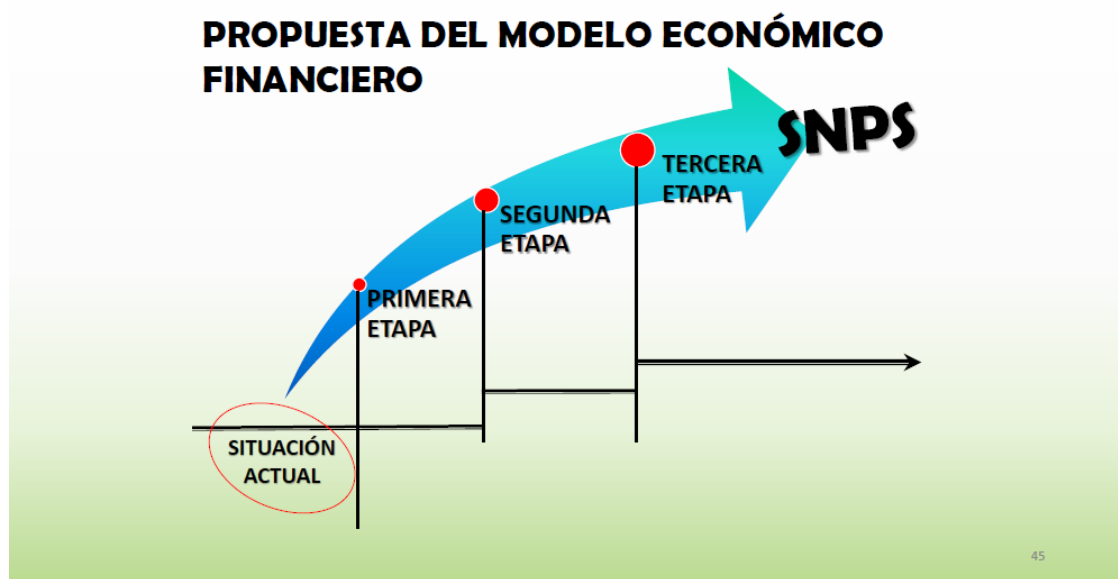
El Modelo Financiero del nuevo SNPS requiere contar con un sistema único de información y un marco legal sustentador y coherente, para lograr una buena gestión de seguimiento, monitoreo y evaluación con transparencia, rendición de cuentas y divulgación de todos sus procesos al país, permitiendo e incentivando la participación comunitaria efectiva.

Solamente fortaleciendo al nuevo Sector Salud, bajo un solo rector, se podrá garantizar a la población de la República de Panamá, la atención integral de salud con la provisión de servicios de Promoción, Prevención, Curación, Rehabilitación, Cuidados Paliativos, funcionando con calidad y calidez para su beneficio.

Gradualidad del Modelo Financiero

El Modelo Financiero propuesto para el SNPS, se desarrollará como un proceso continuo y sostenido a partir de los lineamientos propuestos en cada eje estratégico, producto del diagnóstico de la situación actual del sistema de salud, realizado por la Mesa del Diálogo.

Este modelo planeado para implementarse durante tres etapas o momentos graduales en el tiempo, incorporando progresivamente los cambios y transformaciones trascendentales de carácter normativo y operativo requeridos; como resultado de las conclusiones del diagnóstico, los nudos críticos, recomendaciones y la planificación de corto plazo para las áreas críticas impostergables. (Véase Gráfica adjunta).



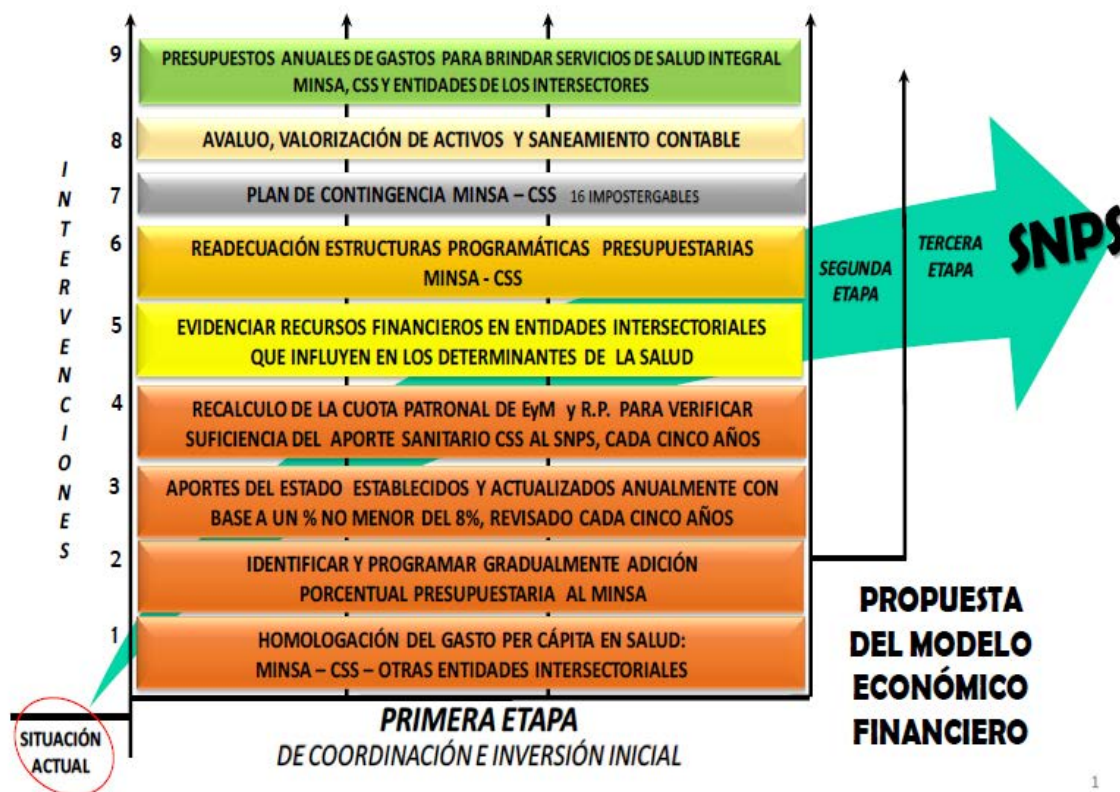
Consideraciones por etapas para el Modelo Financiero

Primera Etapa

- Sensibilizar y capacitar a los operadores del Modelo Financiero para que la visión y actitud sea congruente con los nuevos enfoques de los Modelos de Gestión y Provisión de Servicios de Salud Integral propuestos por la mesa del diálogo, enfatizando en las áreas de promoción de la salud, la prevención del daño, fortalecimiento de la estrategia de atención primaria, gestión financiera en salud y economía de la salud, con transformación positiva de conocimientos, habilidades, comportamientos, empoderamiento y nuevas investigaciones en términos de beneficios económicos y sociales relacionados con la salud pública.
- Realizar las inversiones institucionales e intersectoriales en salud requeridas por el SNPS, para el fortalecimiento y equiparación de la capacidad económica y financiera del Ministerio de Salud, cumpliendo con los procesos de gradualidad establecidos en el proceso de transformación.

- Revisar, actualizar, modificar, crear, derogar y evaluar la normativa del marco legal referente al tema de financiamiento en salud y sus determinantes, para disponer de una normativa ajustada y coherente con las propuestas e intervenciones graduales definidas para el SNPS.
- Dotar del financiamiento adecuado para establecer un sistema de información tecnológico y efectivo, que permita la integración de los datos sobre el tipo, cantidad, red de proveedores de los servicios integrales de salud, producción, costo, gasto, insumos y financiamiento, entre otros aspectos del SNPS, para potenciar las decisiones estratégicas y tácticas que permitan resolver los nudos críticos de salud, fortaleciendo el sistema de información actual.
- Cumplir con la financiación universal de las intervenciones, acciones y tecnologías sanitarias seguras, competentes y medibles que sean competencia y responsabilidad del SNPS, acorde a las necesidades de toda la población, en todo el territorio nacional.
- Sustentar la responsabilidad fundamental de salud pública, en el enfoque de derechos humanos, donde se provean los recursos financieros necesarios para brindar servicios integrales de salud a las personas y comunidades en un ciclo que va desde el control de los determinantes de la salud, la promoción de la salud, la prevención del daño, hasta el tratamiento especializado, rehabilitación, reinserción familiar, social, laboral, incluyendo las enfermedades raras y catastróficas, con el compromiso fundamental de mantener la salud.
- Conservar y consolidar el carácter público del Modelo Financiero, para fortalecer al SNPS, en su carácter público de gestión y público en la provisión.
- Programar y asignar los recursos financieros en función de: 1) Las necesidades y demandas reales y prioritarias en salud; 2) La generación de una oferta y estructura óptima para la gestión de provisión de servicios integrales de salud; 3) Lograr procesos a costos racionales, razonables y sufragables; 4) La producción y productos medidos por indicadores de impacto como la esperanza de vida y tasas de morbi-mortalidad; 5) Producir una gestión de salud y riesgo sanitario con características de eficiencia, eficacia, efectividad, calidad y calidez, en el desarrollo de las acciones para aumentar la vida saludable de la población; 6) Permitir el acceso equitativo a los servicios de toda la población; 7) Coherencia con los objetivos, trazabilidad, conservación de la información y la correspondencia de las decisiones tomadas.
- Establecer de forma relevante la coordinación interinstitucional MINSA-CSS y la coordinación intersectorial entre MINSA-CSS y todas las instituciones del Estado que inciden en los determinantes de salud dentro y fuera del Sector.

- Buscar las complementariedades en todos los procesos de cada institución quienes continuarán operando conforme a sus propios lineamientos de planes, programas, proyectos, leyes, normas, regulaciones, protocolos y procedimientos.
- Identificar las asimetrías existentes como son duplicidades, ineficiencias, ineficacias e inefectividades, subsidios cruzados, en las diferentes acciones y financiamiento de las instituciones.
- Determinar los momentos graduales oportunos para transformar, readecuar, articular, simplificar, reorientar, complementar y homologar todos los procesos de financiamiento para los modelos de gestión y provisión de servicios integrales de salud a la población. Aunque durante esta etapa de transformación y gradualidad cada institución mantendrá vigente sus respectivos modelos y esquemas financieros, será necesario definir los espacios de la planificación conjunta de manera continua.
- Realizar los aportes financieros requeridos en concepto de inversiones iniciales en salud por parte del Estado principalmente, para el proceso gradual de conversión y transformación del Ministerio de Salud, lo que fortalecerá su capacidad financiera, su oferta de servicios, su capacidad resolutive y de gestión.
- Instaurar y desarrollar procesos de reingeniería de sistemas y procesos orientados a los distintos componentes estructurales, organizacionales y funcionales, antecedidos de una tarea de planificación conjunta entre el eje estratégico institucional MINSA-CSS y el eje intersectorial.
- Considerar las grandes **intervenciones de cambio a nivel de macro gestión** que involucran la intervención del Estado para corregir las fallas y asimetrías actuales en la financiación de la salud pública y el establecimiento de una política de prioridades para la asignación de recursos, mediante acciones a cumplirse en el siguiente orden. (*Véase Gráfica adjunta*).



Fuente: Mesa del Diálogo por la Salud

1. Homologación del gasto per cápita en salud, en el Ministerio de Salud en función del gasto per cápita poblacional de la Caja de Seguro Social registrado durante los años 2011-2015.

Esta intervención requerirá la participación del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República, para realizar conjuntamente un análisis técnico de carácter económico, financiero, presupuestario, demográfico y actuarial, para determinar con el mayor grado de precisión, el nivel del gasto per cápita poblacional requerido a invertir en Salud Pública, con base a indicadores nacionales e internacionales preparados y registrados por instituciones que abordan el tema, durante el último quinquenio en la República de Panamá.

Será necesario realizar un minucioso ejercicio de análisis para establecer el valor neto de los importes presupuestarios asignados en el quinquenio a ambas instituciones, para conocer el nivel de gastos reales invertidos o pagados en concepto de salud integral a las personas (promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos), correspondientes al Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, para relacionar este

importe con sus respectivas poblaciones de responsabilidad y cobertura institucional, en aras de determinar y disponer del indicador de gasto per cápita poblacional real del sector público de salud.

Los resultados de este análisis técnico serán utilizados como indicador objetivo para el proceso de modulación y homologación del gasto per cápita poblacional aplicable al Ministerio de Salud, respecto al nivel registrado por la Caja de Seguro Social en el período, lo que permitirá equiparar el importe presupuestario anualmente asignable al Ministerio de Salud a partir de esta primera etapa, mediante una inversión inicial monetaria en salud aportada por parte del Estado.

Cumplida esta intervención, se iniciará el fortalecimiento de la capacidad de gestión financiera y rectora del Ministerio de Salud, mejorando su oferta sanitaria y aumentando su capacidad resolutive para la provisión de servicios de salud a la **población no asegurada**, iniciando así de manera concreta y visible, el proceso de mejora y fortalecimiento del Sistema Integral de Salud de la República de Panamá.

2. Identificar y programar gradualmente, la adición porcentual al presupuesto del MINSA, de la asignación presupuestaria institucional per cápita promedio MINSA-CSS, multiplicada por la cantidad de dependientes o población beneficiaria no cotizante.

Esta intervención corresponde a la complementación de la inversión inicial de transformación del SNPS y propone agregar valor presupuestario al Ministerio de Salud para sustentar el fortalecimiento de su capacidad instalada y resolutive para la adecuada provisión de servicios integrales de salud en todas sus fases y niveles, en beneficio de la **población no asegurada, incluyendo los dependientes** de la Seguridad Social.

Este proceso implicará desarrollar un análisis económico, financiero, demográfico y actuarial a realizarse conjuntamente entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, con la participación técnica de la Dirección de Presupuesto de la Nación del Ministerio de Economía y Finanzas, la Contraloría General de la República y la participación de la Comisión de Alto Nivel para la mejora del SNPS.

El resultado de este macro análisis determinará los siguientes parámetros e indicadores económicos y financieros, requeridos para la modulación, compensación y priorización de la inversión financiera inicial por parte del Estado.

- Volumen total del gasto real destinado conjuntamente a la provisión de servicios de salud integrales, por parte del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro, relacionado al total de la población del país.
- Valor de la asignación presupuestaria per cápita promedio generada por ambas instituciones, relacionada con el número de la población dependiente registrada por la Caja de Seguro Social.
- Valor del Aporte del Estado aplicándole un valor porcentual eficiente y racional, para determinar el valor de agregación adicional al presupuesto anual de gastos destinados por el Ministerio de Salud, a la provisión de servicios integrales de salud por efecto de la cobertura de salud que demande la **población dependiente**.

3. Los Aportes del Estado para brindar servicios de salud integral a los no asegurados y dependientes, serán establecidos y actualizados anualmente, sobre la base de un porcentaje no menor del 8%, el cual deberá ser revisado cada cinco años. El porcentaje antes indicado corresponde a la cuota patronal actual del Riesgo de Enfermedad y Maternidad que se utiliza para cubrir la atención de la salud.

Los Aportes del Estado serán establecidos desde la primera etapa al multiplicar este porcentaje por el salario básico promedio registrado por la Caja de Seguro Social, incluyendo el cálculo intersectorial de recursos para los determinantes de salud. Esto es indispensable para implementarse, al momento de la formulación legal del SNPS.

La cuantía del aporte establecido será responsabilidad exclusiva del Estado y su mecánica de transformación implica la necesidad de realizar análisis macroeconómicos, financieros, demográficos y presupuestarios, para actualizar y determinar los siguientes parámetros e indicadores:

- Valor del Salario Básico Promedio Estimado registrado por la Caja de Seguro Social en los últimos años clasificados por sector público y privado, considerando la relación entre su comportamiento y la variación del PIB.
- Valor del Salario Básico Promedio Estimado en función con el porcentaje de Contribución Patronal (% actualmente), al Riesgo de Enfermedad y Maternidad de la Caja de Seguro Social, para establecer el valor derivado del aporte patronal mensual y anual destinado al financiamiento de la cobertura de servicios de salud a los asegurados activos cotizantes.
- Relacionar el valor del Salario Básico Promedio Estimado determinado, con el número de la población no asegurada y dependiente registrada, para obtener y

modular el valor del Aporte del Estado, asignable al Presupuesto Anual de Gastos del Ministerio de Salud para sufragar las demandas sanitarias de este sub sector poblacional.

4. Recálculo de la Cuota Patronal de Enfermedad y Maternidad y Riesgos Profesionales para verificar suficiencias del aporte sanitario CSS al SNPS.

Para recalcular la cuota patronal en caso de que los recursos sean insuficientes, el artículo 100 de la Ley N°51 del 27 de diciembre del 2005 establece que la situación financiera de la Caja de Seguro Social y la suficiencia de sus recursos y reservas deberán ser verificados integralmente cada cinco años, por lo tanto, la cuota patronal correspondiente a los Riesgos de Enfermedad y Maternidad, al igual que los Riesgos Profesionales, deberán ser calculadas actuarialmente cada cinco años, con la finalidad de verificar que los recursos destinados por la Caja de Seguro Social al SNPS sean suficientes para cubrir los gastos en materia de atención de la salud que demande su población asegurada y pensionada cotizante.

5. Evidenciar los recursos económicos y financieros asignados en las distintas instituciones intersectoriales del estado, que influyen sobre los determinantes de la salud. (Véase Gráfica adjunta).



Fuente: Mesa del Diálogo por la Salud

Esta intervención, prevé la participación del Ministerio de Salud y otras Instituciones del Estado ubicadas en el eje intersectorial, con la intermediación del Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República, para realizar un análisis de los presupuestos de gastos e inversiones de dichas entidades, tendiente a identificar el valor real de los recursos presupuestarios destinados actualmente al financiamiento de los determinantes de salud.

Los resultados de esta intervención luego de una planificación conjunta, permitirán al Ministerio de Salud modular y alinear con dichas instituciones y entidades, los recursos presupuestarios a destinar a los determinantes de la salud, para ir reduciendo hasta su eliminación, la actual fragmentación y segmentación en cuanto a la ejecución de estos recursos para las acciones de salud y determinantes, con rendición de cuentas del uso ante el Rector de Salud y la sociedad en general. Esto fortalecerá el proceso de evaluación de los resultados e impacto a la salud, por efecto de la inversión en salud y los determinantes realizada a través de estas instituciones intersectoriales.

Revisando el presupuesto para el año 2016 del gobierno central en Panamá, específicamente el asignado a los 14 ministerios actuales, encontramos programas presupuestarios, relacionados con la salud y sus determinantes en una proporción de casi el 80% del monto total presupuestario asignado a estas entidades. Estos programas presupuestarios, son los que se tienen que definir y coordinar, de manera más específica, las acciones que son ejecutadas y tienen relación con la salud y sus determinantes, para evitar duplicidades y lograr una planificación efectiva de forma conjunta bajo las responsabilidades específicas de cada institución.

6. Readecuación de las estructuras programáticas y presupuestarias del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social

Esta intervención implica la participación del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, la Dirección de Presupuesto de la Nación del Ministerio de Economía y Finanzas y la Contraloría General de la República, para lograr la adecuación de las Estructuras Presupuestarias y Programáticas vigentes, en las dos primeras instituciones (MINSAL y CSS).

Se refiere a la necesidad de visibilizar clara y específicamente los importes presupuestarios ejecutados (asignados, comprometidos y pagados) anualmente por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, entendidos como el gasto real en salud, determinado por factores demográficos, de cobertura y utilización del servicio, para

cumplir y desarrollar acciones de provisión de servicios integrales de salud en las áreas de promoción de la salud y prevención del daño o la enfermedad, brindadas a sus poblaciones de responsabilidad en toda la red de instalaciones sanitarias, incluyendo los Patronatos del Hospital Santo Tomás, Hospital del Niño, Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, Instituto Oncológico Nacional y los Consejos de Gestión de los Hospitales San Miguel Arcángel, 24 de Diciembre, Nicolás A. Solano y Penonomé.

Esta readecuación permitirá evaluar con base a indicadores directos y reales, los resultados e impactos logrados en áreas específicas de la salud pública; como efecto del gasto o la inversión financiera aportada por el Estado y la Caja de Seguro Social, estableciendo además, mayores posibilidades de análisis para la priorización del gasto público en salud, la modulación y la gradualidad de los recursos financieros requeridos anualmente para el SNPS.

La readecuación de las actuales estructuras presupuestarias y programáticas en ambas instituciones, implicará análisis técnicos conjuntos relativos a salud pública, economía, presupuesto y finanzas para la modificación y conversión de las actuales clasificaciones presupuestarias, los códigos y programas presupuestarios, los objetivos y metas programáticas.

Esta intervención también requerirá adecuar las plataformas tecnológicas, electrónicas e informáticas del módulo de presupuesto de gastos corrientes y de capital en ambas instituciones y realizar un reordenamiento o modificación de las Normas Generales de Administración Presupuestaria y el Ciclo Presupuestario; cónsono a la readecuación de las estructuras programáticas presupuestarias en referencia.

El costo o inversión inicial y gradual de esta intervención será responsabilidad tanto del Estado y la Caja de Seguro Social, de acuerdo al esfuerzo y alcance requerido para la readecuación de sus respectivos procesos internos y plataformas electrónicas.

7. Plan de corto plazo para mejorar áreas prioritarias, críticas e impostergables de problemas en salud, generadoras de la mayor insatisfacción expresada por la población actualmente.

Esta intervención de carácter impostergable para el proceso de transformación del SNPS, implica mejorar las áreas de atención que requieren de manera urgente e inmediata realizar distintas acciones correctivas para la resolución de los nudos críticos priorizados y definidos en un plan de acción de corto plazo, para la efectiva provisión de servicios

integrales de salud tanto en el Ministerio de Salud como en la Caja de Seguro Social, como se detectó en el diagnóstico de la situación actual de salud.

Esta intervención incluye la recuperación, readecuación, mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones para mejorar su capacidad física instalada y bioseguridad, incentivar el cumplimiento de los protocolos, capacitación del recurso humano, fortalecimiento institucional y la dotación adicional de recursos financieros, humanos, físicos e insumos críticos, tecnológicos y logísticos.

Se debe dar la aportación financiera en concepto de inversión inicial de parte del Estado y la Caja de Seguro Social, para lo cual se tiene que desarrollar un proceso de planificación conjunta interinstitucional para determinar el importe gradual requerido a invertir financieramente. (Véase Tabla adjunta).

TABLA DE CONTINGENCIA DE LA PROPUESTA SEGÚN ÁREA CRÍTICA IMPOSTERGABLE

URGENCIAS	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	CIRUGÍAS
REHABILITACIÓN	BIOSEGURIDAD	MEDICAMENTOS (Abastecimiento)	LABORATORIO CLÍNICO
IMAGENOLOGÍA	PROCEDIMIENTOS (Diagnóstico y tratamiento)	ABASTECIMIENTO (Equipos e Insumos Críticos)	VACUNACIÓN (Inmunización)
GERENCIA DE RRHH DE SALUD	SISTEMA DE INFORMACIÓN E INFORMÁTICA	MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA	MANTENIMIENTO (Infraestructura y equipos)

Fuente: Mesa del Diálogo por la Salud

8. Avalúo y Valorización de Activos, y Saneamiento contable MINSA - CSS.

Esta intervención conlleva acciones de coordinación y homologación de los procesos de gestión contable y el valor de los bienes muebles e inmuebles patrimoniales entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social durante la primera etapa del proceso de transformación del SNPS. En este proceso, será necesaria la colaboración y participación

técnica de la Contraloría General de la República y el Ministerio de Economía y Finanzas para realizar las aclaraciones y peritajes pertinentes de este proceso el cual se refiere a los siguientes aspectos fundamentales en torno al patrimonio institucional y los registros del modelo financiero:

a. Avalúo y Valorización de la red de infraestructuras físicas del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

Actualmente la red de instalaciones físicas para la provisión de los servicios integrales de salud del sector público está conformado por (830) instalaciones del MINSA y (76) de la CSS, para un total de (906) establecimientos ubicados en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, que incluyen hospitales nacionales, regionales y rurales, Poli Centros y Policlínicas, ULAPS, CAPPS, Centros y Sub Centros de Salud, MINSA- CAPSI, Puestos de Salud.

En previsión al proceso gradual de transformación del SNPS, se comprende que al inicio de la Tercera Etapa cuando la provisión de servicios integrales de salud a toda la población del país, corresponda al Ministerio de Salud como rector y proveedor de estos servicios, éste asumirá bajo su control y responsabilidad el uso, operación, mantenimiento, aseguramiento, gestión, financiamiento y desarrollo de la red física de establecimientos de salud, incluyendo sus propias instalaciones y aquellas de la Caja de Seguro Social.

Ante esta situación se hace necesario iniciar desde la primera etapa un proceso destinado al avalúo de dichos activos fijos priorizando las instalaciones pertenecientes a la Caja de Seguro Social, para determinar todos los aspectos que intervinieron en su valor actual, ya sea catastral o de mercado, que permita establecer un valor de transacción adecuado y real.

b. Avalúo y Valorización del Contenido Físico y Tecnológico de la Red de Infraestructuras Físicas.

Será necesario realizar estudios para el avalúo de los contenidos físicos existentes en términos de equipamientos, facilidades y tecnologías existentes en la red de instalaciones del SNPS, tanto del MINSA como la Caja de Seguro Social. El estudio de avalúo debe determinar en función del estado físico, la vida útil de estos activos e inmuebles, las tablas y tasas de depreciación respectivas, un valor de rescate real y adecuado.

c. Saneamiento Contable y Financiero.

Se refiere a los procesos técnicos de carácter económico, financiero y contable, de auditoría y fiscalización forense, que llevarán a cabo el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social por separado, en sus registros y sistemas contables y financieros, a efecto de actualizar, adecuar y depurar los importes de sus activos y la liquidación de sus pasivos laborales con sus colaboradores y los pasivos externos con el mercado de proveedores de bienes y servicios, lo que garantizará y evidenciará el saneamiento y transparencia de todos los registros, transacciones, saldos y resultados de la gestión financiera, al finalizar el proceso de transformación del SNPS.

Este proceso, se enfocará única y exclusivamente a la gestión, manejo y aplicación de aquellos recursos correspondientes a los programas, proyectos y acciones relacionados con la provisión de servicios integrales de promoción de salud y prevención del daño en beneficio de la población. En el caso de la Caja de Seguro Social, corresponderá a los recursos financieros invertidos a través de los programas de enfermedad y maternidad y riesgos profesionales, destinados solamente, a la cobertura de atención de las personas.

En esta intervención, será importante incorporar los saldos del proceso de compensación de costos por la prestación de servicios de salud a la población, entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, vigente desde el año 1998.

9. Formulación y Programación de Presupuestos anuales de gastos corrientes y de capital, para la provisión de servicios integrales de salud a la población.

Esta intervención será la expresión final de los resultados alcanzados en cada una de las intervenciones anteriores de coordinación, articulación, readecuación y homologación de los procesos de gestión iniciados, para la transformación del SNPS.

Conllevará a la ejecución efectiva y readecuada del ciclo y proceso presupuestario en el MINSA, CSS y todas las instituciones relacionadas con el gasto y/o la inversión en la salud y sus determinantes, aplicando sus propios modelos financieros debidamente articulados y coordinados a través de una planificación conjunta con características, objetivos y metas homologadas y fortalecidas, mediante aportes de inversión financiera reestructurados programáticamente y saneados en su gestión, para la provisión de servicios integrales de salud para beneficio de la población panameña.

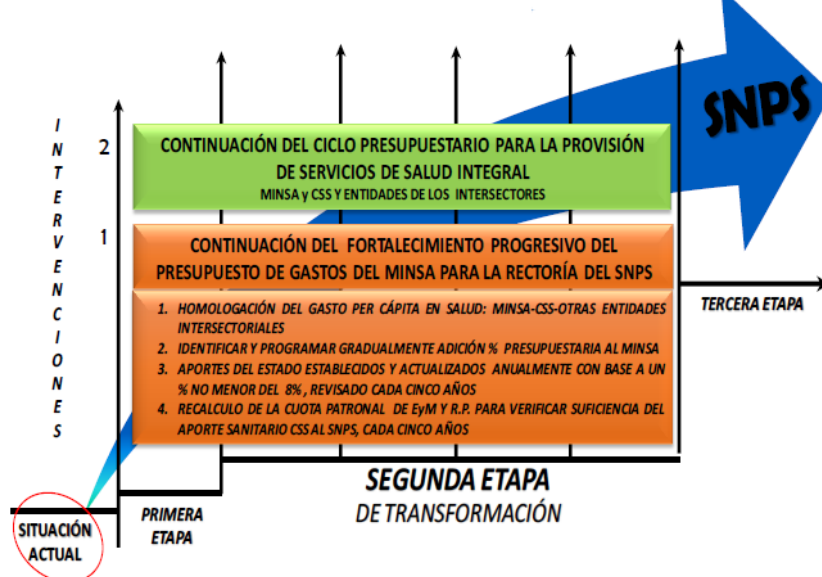
Por su parte, la Caja de Seguro Social ajustará sus presupuestos anuales de gastos corrientes y de capital, para actualizar y normalizar su nivel real de recursos financieros, como resultante del traslado al Ministerio de Salud de la responsabilidad del gasto en concepto de cobertura y provisión de servicios integrales de salud para la población dependiente.

En cuanto a las instituciones ubicadas en el eje intersectorial cuyas acciones inciden de alguna manera en los determinantes de la salud, ésta intervención contribuirá a reducir y eliminar gradualmente la segmentación, fragmentación, desalineación y desarticulación de los aportes del estado destinados a dichos determinantes.

Segunda Etapa:

Con base a la gradualidad del Modelo Financiero del SNPS, durante la segunda etapa se proponen intervenciones de cambio a nivel de macro gestión enfocadas al ajuste de las asimetrías económicas y financieras detectadas por la Mesa del Diálogo, las cuales complementan y dan continuidad al proceso de transformación emprendido durante la primera etapa. (*Véase Gráfica adjunta*)

PROPUESTA DEL MODELO ECONÓMICO FINANCIERO



Fuente: Mesa del Diálogo por la Salud

Estas intervenciones articuladas y complementarias entre sí, fortalecerán la capacidad financiera y presupuestaria del Ministerio de Salud, dotándole de los recursos requeridos para cumplir su deber como Rector y garante de la provisión de servicios integrales para toda la población de la República de Panamá.

Estas intervenciones comprenden:

1. Continuación del fortalecimiento progresivo del presupuesto de gastos del Ministerio de Salud para la rectoría del SNPS.

Se refiere a la ejecución continuada de las macro intervenciones iniciadas durante la Primera Etapa del Proceso de Transformación del SNPS, tendientes a incrementar la base presupuestaria del Ministerio de Salud en preparación para el rol programado a cumplir a partir de la tercera etapa.

2. Continuación fortalecida del Ciclo Presupuestario en el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y las Entidades del Eje Intersectorial vinculadas a los determinantes de la salud para la provisión de servicios integrales.

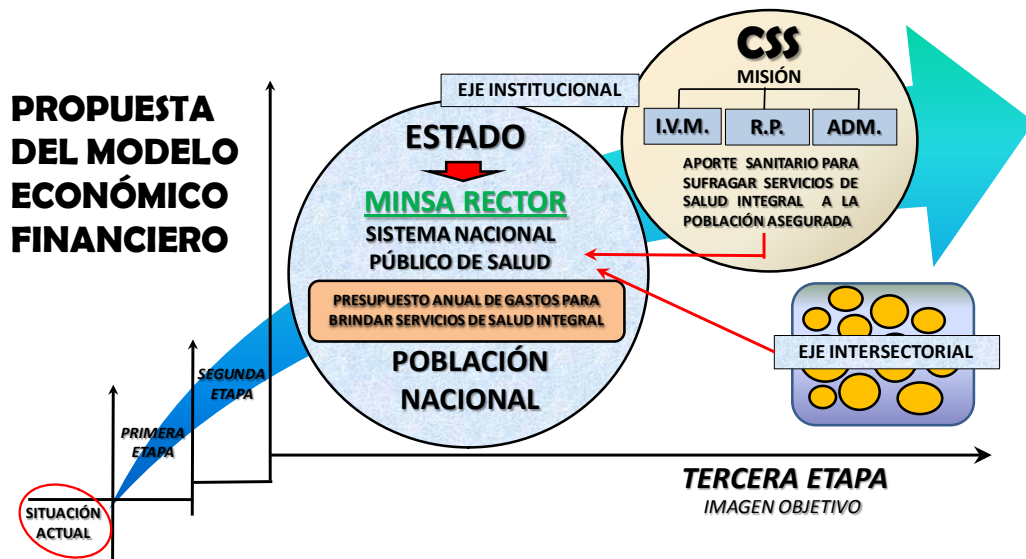
Cumplidas las intervenciones de ésta segunda etapa, el Ministerio de Salud debidamente fortalecido en su capacidad de gestión con la Inversión Inicial aportada y complementada

gradualmente por el Estado; podrá en lo sucesivo incorporar a sus presupuestos anuales de gastos corrientes y de capital, los recursos financieros necesarios para sufragar de manera adecuada y eficiente la provisión de servicios de salud integral a la población no asegurada, incluyendo la población dependiente a partir de esta segunda etapa.

Tercera Etapa

Concluidas las intervenciones de macrogestión emprendidas desde la primera etapa del proceso para la transformación del SNPS, paralelamente se habrán superado las etapas previstas para el análisis, evaluación e implementación del Modelo Financiero bajo rectoría del Ministerio de Salud, renovado y fortalecido, lográndose alcanzar gradualmente la imagen objetivo focalizada estratégicamente desde la primera etapa.

En esta imagen objetivo, el SNPS, podrá disponer anualmente de adecuados Presupuestos de Gastos tanto en el eje institucional, como en el eje intersectorial, para la Provisión de Servicios de Salud Integral a toda la población de la República de Panamá. (Véase Gráfica adjunta)



Fuente: Mesa del Diálogo por la Salud

Las intervenciones emprendidas a partir de la Primera y Segunda Etapa del Proceso, están orientadas para que en la Tercera Etapa se haya completado la transformación de las fuentes de financiamiento del SNPS siendo que el Estado, a través del Ministerio de

Salud, financiará los recursos para sufragar la provisión de servicios integrales de salud a la población panameña.

La transformación estructural de estas fuentes de financiamiento, responde a la necesidad de cumplir las siguientes estrategias:

- A. Cumplir con el principio del SNPS en cuanto a su carácter de **“público”** en su gestión, **“público”** en la provisión y **“público”** en su financiamiento.
- B. Considerar el crecimiento económico del país para definir, adecuar y modular el aporte de recursos financieros al SNPS, para su asignación coherente al enfoque de promoción de la salud y prevención del daño en todos sus niveles.
- C. Evitar que la carga creciente de los costos de provisión de los servicios de salud integral en la Caja de Seguro Social, represente un riesgo, desde la perspectiva que pueda amenazar la misión primordial de la entidad, cual es garantizar y salvaguardar la solvencia de las prestaciones económicas según establece la Ley.
- D. El desarrollo de intervenciones para la transformación gradual de las fuentes de financiamiento con el apoyo y gestión del Estado a través del Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Salud en su Rol Rector, la Caja de Seguro Social, las entidades del eje intersectorial, la Contraloría General de la República, el Sector Privado y toda la sociedad civil.

En el Modelo Financiero de la Tercera Etapa podemos vislumbrar los siguientes aspectos de cambio estructural y flujos de los recursos, a partir de los Ejes Estratégicos fundamentales de la propuesta:

A. EJE INSTITUCIONAL

- Donde el Estado queda representado y visibilizado a través del Ministerio de Salud en su Rol fortalecido de Rector del Sector; bajo el cual gestionará y operará el Sistema Nacional Público de Salud.
- El carácter que reviste el SNPS en cuanto a **“público en su financiamiento”**, permitirá viabilizar y modular recursos financieros a los presupuestos anuales dispuestos para la financiación sostenida de los Gastos de Provisión de Servicios Integrales de Salud y los determinantes de la salud, destinados a mejorar la calidad de vida de **toda la población** de la República de Panamá en el sucesivo del tiempo.

- La Caja de Seguro Social como entidad del Estado Panameño y de acuerdo a su naturaleza jurídica y fines de la seguridad social, recobrará su Misión Histórica de enfocarse potencialmente a garantizar la sostenibilidad financiera y económica del Programa de Invalidez, Vejez y Muerte, el Programa de Riesgos Profesionales y sus Prestaciones Económicas de Corto y Largo Plazo y el Programa de Administración Financiera de los valores y fideicomisos colocados en los Mercados de Valores nacionales e internacionales, con el fin de procurar y salvaguardar la seguridad económica institucional. En esta etapa la responsabilidad en cuanto a la cobertura de salud de la población asegurada y pensionada será del SNPS.

B. EJE INTERSECTORIAL

- En el cual diversas Instituciones y Dependencias del Estado gestionan y operan recursos vinculados a los determinantes de la salud, con fundamento a su naturaleza, visión y misión.
- En estas entidades, los fondos presupuestarios autorizados y asignados anualmente a sus respectivos presupuestos de gastos corrientes y de capital, destinados a los determinantes de la salud, serán modulados y alineados bajo la Rectoría del Ministerio de Salud, garantizando la eliminación de la fragmentación y la segmentación desarticulada de los recursos del Estado destinados al financiamiento de los Determinantes de Salud y los Subsidios Cruzados entre las instituciones del Estado.
- El Ministerio de Salud como Rector y Garante de la Salud Pública tendrá la facultad de evaluar los resultados e impactos logrados como efecto de la inversión de fondos del Estado para los Determinantes de Salud, que ejecutan las instituciones relacionadas al tema, en beneficio de la población panameña.

**4.6. PLAN DE CONTINGENCIA PARA LOS ASPECTOS DE ATENCIÓN
IMPOSTERGABLE EN EL SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD**

El Plan de Contingencia para los aspectos de atención importergable, incluye todos los temas que representan y generan mayor insatisfacción expresada por la población, por lo cual, deben ser abordados de forma inmediata y resolverlos en el menor plazo posible.

Estos temas son los siguientes:

1.URGENCIAS	2. CONSULTA EXTERNA	3. HOSPITALIZACIÓN	4. CIRUGÍAS
5. REHABILITACIÓN	6. BIOSEGURIDAD	7. MEDICAMENTOS (ABASTECIMIENTO)	8. LABORATORIO CLINICO
9. IMAGENOLÓGÍA	10. PROCEDIMIENTOS (DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO)	11.ABASTECIMIENTO (EQUIPOS E INSUMOS CRITICOS)	12.MANTENIMIENTO (INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS)
13.GERENCIA RECURSO HUMANO DE SALUD	14.SISTEMA DE INFORMACIÓN E INFORMÁTICA	15.MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA	

4.6.1. Urgencias

Conceptos claves

Las Urgencias se clasifican en Críticas y No Críticas. Las críticas son aquellas que ponen en peligro la vida de los pacientes.

Los Hospitales Nacionales y Regionales deben contar con cuartos de urgencia para atender los casos críticos, con la capacidad de respuesta para tratar urgencias que ponen en peligro la vida de las personas.

Los Hospitales Regionales de acuerdo a su nivel de complejidad, atenderán a los pacientes en estado crítico y/o trasladarán según necesidad, a los pacientes hacia los Hospitales Nacionales.

Las instalaciones que brindan consulta externa, definidas según el estudio demográfico epidemiológico, deben contar con cuartos de urgencia para atender a los pacientes No críticos. Tienen capacidad de respuesta para tratar las urgencias que no ponen en peligro la vida, y tienen la capacidad de trasladar a los pacientes con Urgencias Críticas.

Problema

Concentración de población demandante de atención de salud no crítica, en cuarto de urgencias de hospitales nacionales y regionales.

Acciones Específicas

- Los Hospitales Nacionales y Regionales tendrán cuartos de urgencia críticos las 24 horas con al menos siete (7) especialidades básicas que son: Urgenciólogo o Medicina Interna, Cirujano, Ortopedia, Anestesiólogo, Ginecólogo, Pediatra y Psiquiatría. Todos los Hospitales resolverán la Urgencias Críticas. La mayor respuesta será de acuerdo a la capacidad habitual de la instalación específica y de su reordenamiento en la red.
- Cada región debe habilitar los cuartos de urgencias para atender casos no críticos en Policlínicas, Policentros, Centros de Salud, ULAPS, MINSA CAPSI, de acuerdo a su nivel de complejidad según el estudio demográfico y epidemiológico, con el equipo básico de Medicina General y/o Urgenciólogo y/o Internistas, Pediatra y Ginecólogo que funcione entre 12 y 24 horas.
- Todos los cuartos de urgencias, deben contar con los equipos e insumos necesarios y capacitación del recurso humano existente, para garantizar la reanimación y estabilización de cualquier paciente.
- Todos los cuartos de urgencias, deben contar con sistemas de transporte adecuados para poder realizar los traslados de pacientes críticos.

4.6.2. Consulta Externa

Conceptos Claves

Médico general con competencia completa se refiere a todo médico que puede prescribir todos los medicamentos según los protocolos de atención y prescripción.

Especialidades troncales o básicas se consideran a Medicina Interna/Medicina Familiar, Pediatría, Ginecología, Cirugía y Psiquiatría.

Enfermedades no controladas se consideran aquellas simples, con niveles inadecuados de control.

Enfermedades complicadas se consideran aquellas con desarrollo de complicaciones inherentes a la patología base.

Las sub especialidades son las derivadas de las cinco (5) especialidades troncales básicas.

Problema

Largos tiempos de espera para la obtención de citas en la consulta externa.

Acciones Específicas:

- Apertura a los Médicos Generales con competencias completas, para la prescripción de todos los medicamentos del listado oficial. Pueden ordenar todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a los Protocolos de Atención establecidos a nivel Nacional, Regional y Local.
- La Primera referencia emitida por medicina general, debe ser para las cinco (5) especialidades troncales o básicas, en los casos de enfermedad complicada y según Protocolos de atención a nivel Nacional, Regional o Local. De acuerdo a los protocolos específicos se podrá referir al paciente a ciertas sub-especialidades.
- Modificar las citas diarias de las especialidades troncales y las subespecialidades dejando un margen de 10-25% de los cupos diarios para Interconsultas inmediatas del mismo día o de urgencias. Puede ser rotativo entre médicos de las diferentes especialidades.
- Establecer procesos temporales de Prima y Jornadas de Productividad extraordinaria, con sustento en información de la necesidad, productividad e impacto. Estos procesos temporales estarán asignados a funcionarios previa evaluación de su rendimiento y productividad.
- Contrareferencia obligatoria inmediata por parte del médico especialista ya que el control primario de las enfermedades crónicas, debe ser atendida por el médico general de cabecera.
- Evaluación de las necesidades del recurso humano según demanda poblacional, con redistribución del mismo, al proceso de Consulta Externa por Instalación ya sea en la propia Unidad Ejecutora o en una instalación de su propio distrito.
- Establecer estrategias para brindar vías expeditas de citas a los pacientes con prioridades evidentes de sus patologías.

4.6.3. Hospitalización

Conceptos Claves

Hospital de Día se define como la estructura sanitaria asistencial por la cual el paciente recibe la atención requerida sin necesidad de hospitalizarse, ni abandonar su entorno familiar.

El servicio de observación, se define como un servicio de pocas horas de estancia para algunos pacientes dadas sus condiciones de enfermedad, que requieren permanecer bajo observación médica y cuidados de enfermería, para estabilización, definición de diagnóstico, inicio de tratamiento o definición en pocas horas, si se puede seguir control ambulatorio o se requiere hospitalización. Estos servicios por lo general forman parte de los servicios de urgencias de los hospitales.

Los protocolos son normas que se establecen por consensos internacionales o nacionales en base a la medicina basada en evidencia, para que sirvan de guía a todas las acciones o procesos administrativos y técnicos específicos. En el caso nacional, el consenso se determina por lineamientos de las autoridades rectoras del país, luego de reunir a grupo de expertos nacionales y representativos de todas las regiones y niveles de atención del país. Todos los protocolos se deben actualizar periódicamente y ser de obligatorio cumplimiento en todas las instalaciones e instituciones del país.

Problema

Falta de cama a la hora de admitir a los pacientes

Acciones Específicas:

- Definir que el servicio de observación de un paciente en el hospital, nunca debe ser más de 12- 24 horas.
- Adoptar estrategias como el Hospital de Día en todo el país, para intervenciones y tratamientos de pacientes sin necesidad de hospitalizarlos. Incluyendo servicios de apoyo.
- No se aceptará prolongar la estancia Hospitalaria en espera de procedimientos Diagnósticos o tratamientos programados a un tiempo mayor de 48 horas.
- Dotar de capacidad de respuesta real a todos los Hospitales Nacionales y Regionales con personal, insumos y equipos críticos oportunos.

- Asignación real de la responsabilidad de la atención de un paciente a un médico específico. No diluir la responsabilidad del Médico tratante.
- Reglamentar la permanencia durante 24 horas de un médico idóneo en cada servicio, con sus turnos pagados.
- Programar en grupo desde su ingreso, la estancia Hospitalaria probable de los pacientes según el diagnóstico, pronóstico, tratamientos y metas esperada a sus respectivas salidas.
- Organizar la demanda, para que los pacientes sean atendidos según su patología en la instancia Local, Regional o Nacional correspondiente.
- Crear los protocolos de Atención en cada servicio Hospitalario para uso en todo el país.
- Establecer los protocolos de salida de acuerdo a la red establecida del proceso de hospitalización. Casos Agudos (<12 días), Casos de Media estancia (<21 días), Casos de larga estancia (<180 días) y Casos crónicos o residencias geriátricas (>180 días).

4.6.4. Cirugías

Conceptos Claves

Rendimiento se refiere al resultado obtenido de un proceso establecido, en relación a una normativa existente. Este proceso se aplica a cada actividad definida en la atención de los pacientes según tipo de profesional.

Productividad se refiere al resultado obtenido por proceso establecido, en relación al tiempo contratado y tipo de actividad ejecutada.

Problema

Largos tiempos de espera para las cirugías programadas de los pacientes.

Acciones Específicas:

- Redistribución real de los casos - horas asignados a cada funcionario por servicio, por semana y mes, para medir y analizar la productividad real.
- Utilización plena de las horas - quirófano asignadas a cada servicio y cirujano.
- Distribuir los casos según su nivel de complejidad, para ser tratados en las instalaciones correspondientes.
- Establecer procesos temporales de Prima y Jornadas de Productividad extraordinaria, con sustento en información de la necesidad, productividad e

impacto. Estos procesos temporales estarán asignados a funcionarios, previa evaluación de su rendimiento y productividad.

- Establecer Protocolos de Atención para las patologías quirúrgicas a nivel de hospitales Nacionales, Regionales e instalaciones locales en todo el país.
- Asegurar el funcionamiento y aprovisionamiento pleno, de los quirófanos en cada unidad ejecutora del país.
- Programar todo el equipo humano y material quirúrgico para las cirugías.
- Establecer estrategias para brindar vías expeditas de citas quirúrgicas a los pacientes con prioridades evidentes de sus patologías.

4.6.5. Rehabilitación

Conceptos Claves

Rehabilitación se define como todo el conjunto de los procesos de recuperación física, mental, social y laboral de los pacientes.

Problema

Pocos cupos para el acceso de los pacientes al proceso de rehabilitación

Acciones Específicas

- Establecer protocolos para el sistema de referencia de pacientes hospitalizados o ambulatorios que requieran servicio de rehabilitación.
- Habilitar en cada región una instalación de Rehabilitación, reinserción familiar, social y laboral.
- Instaurar un Sistema de rehabilitación temprana para cada paciente hospitalizado o ambulatorio, de acuerdo a su patología.
- Ampliación de los turnos de acceso a los servicios de rehabilitación, tanto para la atención hospitalaria como ambulatoria.
- Mejorar los tiempos para el acceso a los procesos de rehabilitación temprana desde antes del egreso hospitalario.
- Implementar sistema de prácticas de rehabilitación, a nivel domiciliario con participación familiar.

4.6.6. Bioseguridad de las Instalaciones y Equipos

Conceptos Claves

Bioseguridad se define como la producción y mantenimiento de ambientes físicos, químicos, biológicos seguros, tanto para el paciente como el personal que labora en las instalaciones de salud

Problema

Falta de bioseguridad en las instalaciones, equipos, procesos, procedimientos, insumos y medicamentos.

Acciones Específicas

- Protocolizar los siguientes aspectos,
- Lavado de manos con la garantía de jabón o espuma líquido, papel toalla, lavamanos de pedal, rodilla o codo.
- Cumplimiento de las normas internacionales para las distancias entre camas.
- Uso del uniforme de los trabajadores para ciertas áreas. El uso de la vestimenta desechable para las áreas de aislamiento y otras, según el tipo de pacientes (batas, mascarillas, botas, gorros, guantes).
- Procesos de limpieza, asepsia y antisepsia de pisos, paredes, techos, superficies y equipos.
- Tiempo y forma de limpieza de los ductos de aire acondicionado y del cielo raso
- Lavandería de los Uniformes de trabajo y batas.
- Lavandería de ropa de cama y ropa de pacientes.
- Asepsia y antisepsia del instrumental de uso diario
- Esterilización de Insumos reutilizables
- Disposición de ropas, excretas y fluidos de pacientes
- Disposición y Preparación de Medicamentos (sistema de unidosis parenteral)
- Manipulación de dispositivos
- Procedimientos invasivos
- Revisión de los protocolos de órdenes médicas incluyendo el expediente electrónico por el orden adecuado.
- Sistema de vigilancia de exposición radioactiva, magnética y material tóxico
- Revisión de todas las aguas negras y desechos de instalaciones
- Docencias de todo el personal de salud
- Monitoreo de aire, agua, luz, temperatura y radiaciones
- Cultivos periódicos de ductos de aire, superficies, alimentos y agua.

- Reconvertir las Instalaciones a Bioseguras cumpliendo los protocolos antes señalados con capacitación del recurso humano y readecuación de las estructuras físicas.

4.6.7. Farmacia

Conceptos Claves

Desabastecimiento de medicamentos se refiere a la ausencia de medicamentos al momento de presentar la prescripción médica en las diferentes farmacias institucionales.

El rechazo de recetas en ventanilla, ocurre cuando los pacientes ingresan sus recetas por los medicamentos y no se le dispensa en las farmacias institucionales debido a las normativas de prescripción existentes, interpretaciones burocráticas de las normativas y desabastecimiento de los medicamentos.

Problema

Inadecuado acceso de los pacientes a sus medicamentos por el desabastecimiento y/o rechazo en las ventanillas de las farmacias institucionales.

Largos tiempos de espera para el despacho de medicamentos en las farmacias institucionales.

Acciones Específicas

- Sistema informático automatizado para la elaboración oportuna de los pedidos según necesidades reales, que garantice el almacenamiento, aprovisionamiento, inventario con las fechas de expiración y despacho de los medicamentos.
- Dotar de las cantidades de medicamentos para atender la demanda plena.
- Interactuar con otras unidades ejecutoras, en la distribución de los medicamentos existentes.
- Habilitar los procesos que permitan que todo el cuerpo médico pueda prescribir todo el listado de medicamentos.
- Mejorar los procesos de eficiencia, eficacia y efectividad en todas las farmacias.
- Compra de medicamentos agotados a farmacias subrogadas en casos necesarios.
- Actualización de los procedimientos de compras de medicamentos.
- Aumentar el techo del monto máximo de las órdenes de compra de medicamentos.

- Revisión de la normativa de prescripción de medicamentos para que se facilite el acceso a la población de forma oportuna y evitar los rechazos en ventanilla.
- Monitoreo de los tiempos de dispensación de los medicamentos en las diferentes farmacias institucionales.
- Revisión integral de todos los eslabones establecidos en la cadena de abastecimiento de medicamentos.

4.6.8. Laboratorio Clínico

Conceptos Claves

El correo de muestras, se define como el sistema de toma de muestras y traslado de las mismas, de una unidad ejecutora de baja complejidad a otra de mayor complejidad, para su análisis respectivo con la devolución posterior.

Este proceso lo realiza el Licenciado de Tecnología Médica, de la unidad de mayor complejidad, con la utilización de un medio de transporte institucional determinado para esa labor.

Problema

Inadecuado acceso de los pacientes a sus exámenes e informes de laboratorio

Acciones Específicas:

- Dotar de la capacidad de respuesta de cada unidad de laboratorio clínico a nivel nacional, a fin de que pueda satisfacer la demanda de la población en cantidad y calidad suficiente (personal, equipo e insumo).
- Mejorar el horario y las condiciones en la atención, de cada centro de la unidad ejecutora.
- Establecer el sistema de “correo de muestras” para la realización de pruebas de laboratorio, donde las muestras sean tomadas en la instalación más cercana del domicilio de paciente (CAPPS, Sub Centros y Puestos de salud) siendo analizadas en otras unidades ejecutoras según criterios de redes, costo beneficio y devueltas a la unidad ejecutora de origen, preferiblemente por vía electrónica.
- Dotar de los reactivos necesarios o establecer otras estrategias que eliminen la incapacidad de la no realización de una prueba.
- Revisar la asignación de cupos asignados actuales para la realización de exámenes, a fin de aumentar los cupos para los mismos.

- Asignar una unidad para el análisis de laboratorio en cada cuarto de urgencias de las diferentes instalaciones de salud en horario completo.

4.6.9. Imagenología

Conceptos Claves

Tele radiología es la aplicación de tecnologías y recursos para posibilitar la interpretación de las imágenes médicas que se obtuvieron de los pacientes de lugares remotos, hacia el lugar de interpretación.

En nuestro país, por la escasez del recurso médico especialista en radiología, la tele radiología constituye un buen recurso para que los pacientes obtengan un diagnóstico oportuno.

Problema

Inadecuado acceso de los pacientes a sus exámenes e informes de imagenología.

Acciones Específicas:

- Dotar y redistribuir los equipos, según la capacidad instalada de acuerdo al nivel de complejidad de cada unidad ejecutora, a nivel de todas las regiones.
- Operativizar y monitorear el sistema del proceso de tele radiología.
- Mejorar los mecanismos de entrega de servicios, de manera que los pacientes sean citados con prontitud y atendido con calidad.
- Coordinar con las instalaciones del MINSA, la complementariedad de los servicios, a fin de poder intercambiar servicios y equipos.
- Establecer procesos temporales de Prima de Productividad extraordinaria, para la realización de estudios o informes de imagenología, basado en la información de necesidad de los pacientes y listas de espera establecidas para estos procedimientos. Estos procesos serán temporales y se deberá fortalecer la capacidad institucional mientras se ejecuten.

4.6.10. Procedimientos de Diagnóstico y tratamiento.

Conceptos Claves

Se denominan procedimientos diagnósticos a todos los estudios de gabinete o estudios no relacionados con fluidos o expresiones corporales, sino con imágenes de diferentes partes del cuerpo, mediciones de funcionamiento o estado de ciertos órganos. Se incluye biopsias y estudios de patología.

Los procedimientos de tratamiento incluyen a los estudios de gabinete con la adición de tratamientos medicamentosos y extracción de fluidos o cuerpos de extraño.

Problema

Inadecuado acceso de los pacientes a sus procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Acciones Específicas

- Dotar de los equipos, insumos y recurso humano capacitado para brindar respuesta a nivel institucional que pueda satisfacer la demanda normal y pendiente de los procedimientos diagnósticos y/o tratamientos.
- Establecer procesos temporales de Prima y Jornadas de Productividad extraordinaria, con sustento en la información de la necesidad de los pacientes. Estos procesos serán temporales y se deberá fortalecer la capacidad institucional mientras se ejecuten.
- Coordinar entre las instalaciones del MINSA y CSS, la realización de los procedimientos diagnósticos y tratamiento, que beneficien a los pacientes.

4.6.11. Abastecimiento de equipos e insumos críticos

Conceptos Claves

El inadecuado abastecimiento de equipos e insumos críticos, se refiere a la ausencia de los mismos, al momento de necesitarse para cualquier tipo de procedimiento de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, lo cual incrementa la mora e insatisfacción de la población.

Problema

Inadecuado abastecimiento de equipos e insumos críticos para todos los procesos de atención a los pacientes.

Acciones Específicas:

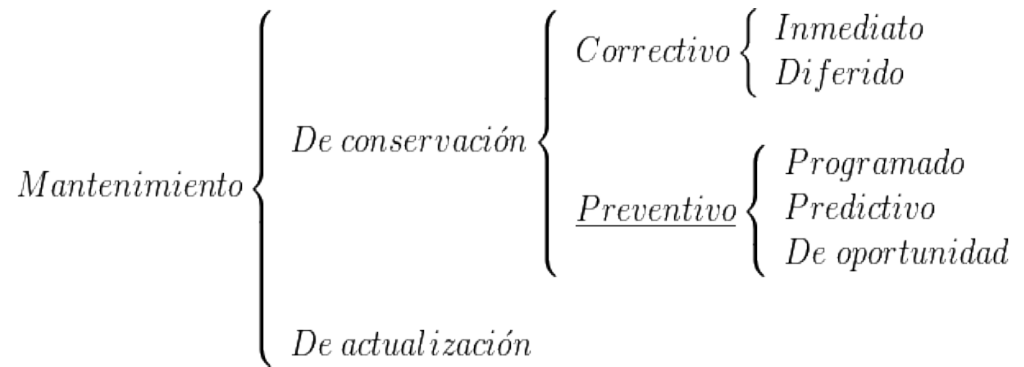
- Sistema informático automatizado para la elaboración oportuna de los pedidos según necesidades reales, que garantice el almacenamiento, aprovisionamiento, inventario con las fechas de expiración y despacho de los insumos.
- Sistema de inventario para los equipos de todas las instalaciones, con fechas de mantenimientos, vida útil y recambio de los mismos.
- Aumentar el techo del monto máximo de las órdenes de compras de equipos e insumos.
- Dotar de las cantidades de equipos e insumos para atender la demanda plena
- Mejorar los mecanismos de utilización de los productos e insumos críticos para aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad.
- Coordinar entre el MINSA y la CSS, el acceso de equipos e insumos según necesidades de los pacientes en cada institución.
- Actualización de los procedimientos de compras de insumos y equipos.
- Revisión integral de todos los eslabones establecidos en la cadena de abastecimiento de equipos e insumos críticos.

4.6.12. Mantenimiento de infraestructura y equipos.

Conceptos Claves

Tipos de mantenimiento.

En las operaciones de mantenimiento podemos diferenciar lo siguiente:



Mantenimiento: definido como el conjunto de operaciones para que un equipamiento reúna las condiciones para el propósito para el que fue construido.

I. Mantenimiento de conservación: es el destinado a compensar el deterioro sufrido por el uso, los agentes meteorológicos u otras causas. En el mantenimiento de conservación pueden diferenciarse:

- **Mantenimiento correctivo:** que corrige los defectos o averías observados.
- **Mantenimiento correctivo inmediato:** es el que se realiza inmediatamente de percibir la avería y defecto, con los medios disponibles, destinados a ese fin.
- **Mantenimiento correctivo diferido:** al producirse la avería o defecto, se produce un paro de la instalación o equipamiento de que se trate, para posteriormente afrontar la reparación, solicitándose los medios para ese fin.

II. Mantenimiento preventivo: como el destinado a garantizar la fiabilidad de equipos en funcionamiento antes de que pueda producirse un accidente o avería por deterioro. En el mantenimiento preventivo podemos ver:

- **Mantenimiento programado:** como el que se realiza por programa de revisiones, por tiempo de funcionamiento, kilometraje, etc.
- **Mantenimiento predictivo:** que realiza las intervenciones prediciendo el momento que el equipo quedara fuera de servicio mediante un seguimiento de su funcionamiento determinando su evolución, y por tanto el momento en el que las reparaciones deben efectuarse.
- **Mantenimiento de oportunidad:** que es el que aprovecha las paradas o periodos de no uso de los equipos para realizar las operaciones de mantenimiento, realizando las revisiones o reparaciones necesarias para garantizar el buen funcionamiento de los equipos en el nuevo periodo de utilización.

- **Mantenimiento de actualización:** cuyo propósito es compensar la obsolescencia tecnológica, o las nuevas exigencias, que en el momento de construcción no existían o no fueron tenidas en cuenta pero que en la actualidad si tienen que serlo.

Problema

Infraestructuras de salud y equipos sin adecuados mantenimientos por falta del desarrollo de una cultura institucional de cuidado de los bienes.

Acciones Específicas:

- Integrar en los pliegos de cargos, los aspectos de mantenimiento de los equipos que adquiera la institución.
- Sistema informático que permita gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo cumpliendo los requisitos en los Pliegos de Cargos.
- Descartar todos los equipos que han completado su vida útil, considerando la opción de venta como “chatarra” o “trading”, para la nueva adquisición de equipos.
- Establecer talleres de mantenimiento de Equipo Biomédico y de Transporte Institucional, con procesos de evaluación de productividad y auditorías forenses periódicas.
- Crear programas de mantenimiento preventivo y correctivo de todas las infraestructuras de salud en todo el país.
- Que el mantenimiento sea parte del presupuesto habitual de funcionamiento de la institución.

4.6.13. Gestión del Recurso Humano Profesional, Técnico y Administrativo.

Conceptos Claves

Se define como gestión del recurso humano de salud profesional, técnico y administrativo al planeamiento, organización y desarrollo de todo lo concerniente a promover el desempeño eficiente del personal que compone una estructura. Representan todas las acciones que hacen que el recurso humano permanezca dentro de las organizaciones.

Problema

- Falta de recurso humano de salud profesional, técnico y administrativo en las diferentes instalaciones de todo el país.
- Ausencia de asignación en cargos profesionales, técnicos y administrativos por competencias y meritocracia
- Falta de políticas de incentivos para la aceptación y permanencia del personal de salud en áreas geográficas de difícil acceso y condiciones laborales.
- Falta de programas para la inducción, capacitación, formación y actualización del recurso humano de salud
- Falta de planificación y gestión del recurso humano de salud profesional, técnico y administrativo para los procesos de inducción, capacitación, formación, actualización, recambio generacional y recambio programado de las zonas apartadas o de difícil acceso.

Acciones Específicas

- Creación de las plazas necesarias permanentes y utilizar todas la vacantes existentes para adecuar la capacidad de respuesta institucional.
- Todos los cargos profesionales, técnicos y administrativos deben ser asignados por concurso.
- Asignación del recurso humano especializado, en zonas geográficas que así lo ameriten, acompañados de políticas de incentivos por parte del Estado.
- Creación de instalaciones de salud con áreas residenciales para el personal de salud que labora en las zonas apartadas como Guna Yala, Bocas del Toro, Comarca Ngabe – Buglé, Darién, Colón entre otras, que incluya transporte y alimentación.
- Programar y asignar equipos de salud institucionales, para cubrir las áreas postergadas, que sean manejadas con eficacia, eficiencia y efectividad.
- Inducción, capacitación, formación y actualización del recurso humano de salud profesional, técnico y administrativo, según las necesidades y áreas de trabajo.
- Programar la actualización profesional, técnica y administrativa de forma continua.
- Planificar la formación del recurso humano de salud profesional, técnica y administrativa considerando el recambio generacional y las necesidades de la demanda poblacional.

- Considerar e incentivar la permanencia del recurso humano profesional, técnico y administrativo en el sistema público de salud.
- Planificar el recambio programado del recurso humano de salud profesional, técnico y administrativo designado a las áreas apartadas o de difícil acceso.
- Diseñar, planificar y consensuar los procesos de evaluación del recurso humano según tipo de profesional, responsabilidad y cadena de mando en las instituciones.

4.6.14. Sistema de Información e Informáticos

Conceptos Claves

Sistemas informáticos de “llave propietaria”, se definen como aquellos en los cuales el propietario o proveedor es el que controla cualquier cambio o adecuación del sistema, para satisfacer las necesidades del usuario. Este sistema genera un costo adicional para todas las adecuaciones futuras que se requieren pues el diseño está hecho a la conveniencia o plan del proveedor o propietario para mantener los controles sobre el mismo.

Sistemas informáticos de “llave pública”, se definen como aquellos en los cuales, el usuario tiene el acceso total al sistema, para adecuarlo cuando lo requieran sus necesidades, sin solicitarlo al proveedor. Esto no genera costos adicionales.

Problema

Sistema de información inadecuado, no diseñado para producir el conocimiento que apoye la toma de decisiones de las autoridades.

Falta de intercomunicación entre los sistemas de información existentes en las instituciones de salud del país.

Predominio de los Sistemas Informáticos de “llave propietaria” sin control por parte del usuario, sobre los sistemas de “llave pública”, que permita la adecuación a las necesidades propias del país.

Falta de acceso oportuno a la información.

Falta de soberanía de los datos de salud, lo cual se puede catalogar como un problema de seguridad nacional que va en contra de la normativa legal existente, la cual protege la privacidad de la misma.

Falta de competencias para la determinación del tipo de análisis que se requiere de la información existente, para la toma adecuada y oportuna de decisiones.

Acciones Específicas

- Efectuar un diagnóstico de los equipos y software existentes en CSS y MINSA, con sus capacidades y características particulares.
- Diseñar un sistema de información que incluya a todos los procesos de promoción, prevención, gestión administrativa y financiera, a través de un sistema informático, que genere datos útiles para la toma de decisiones.
- Lograr que los software existentes en la CSS y MINSA, puedan comunicarse e interactuar.
- Creación de un sistema de código abierto (sistemas informáticos de “llave pública”) para el mantenimiento y actualización de los sistemas.
- Diseñar programas de capacitación que permitan la adquisición de competencias para los análisis adecuados de la información.

4.6.15. Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna

Conceptos Claves

Se define la mortalidad infantil como las muertes que ocurren en los menores de un año por mil nacidos vivos. Es considerado como uno de los indicadores de mayor relevancia para los países pues tiene relación con los niveles de pobreza y sanidad básica sin limitaciones en el acceso. Incluye la mortalidad neonatal, la cual ocurre en los primeros 28 días de vida y la mortalidad post neonatal que ocurre desde los 28 días de vida hasta el primer año.

La mortalidad materna, se define como todas las muertes de las mujeres en estado de gestación, parto y puerperio por mil nacidos vivos.

Problema

Aumento de la mortalidad infantil del 2010 al 2013, sin cambios en la mortalidad materna y deterioro de otros indicadores como cobertura de vacunación, control de crecimiento y desarrollo, y control prenatal.

Acciones Específicas

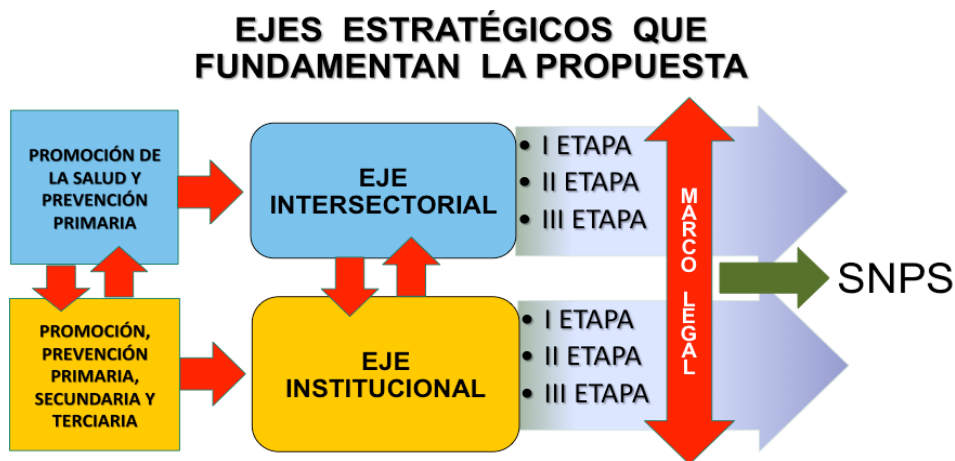
- Fortalecer todos los aspectos logísticos operativos y de apoyo institucional e intersectorial para toda la red de servicios, enfatizando en los puntos de entrega local.
- Identificar y actuar sobre las barreras de la población para la aceptación de los procesos de entrega local.
- Fortalecer los programas de atención infantil, atención materna y participación social con las instituciones intra y extra sectoriales para mejorar los problemas de salud.
- Activar la movilización intersectorial, para actuar sobre los determinantes que afectan la mortalidad infantil y materna.
- Auditoría forense de los resultados e impacto de las acciones de las organizaciones externalizadas (OE) que trabajan en las áreas postergadas (Comarcas, Darién, Bocas del Toro, Chiriquí, Panamá Este y Oeste, Coclé entre otras), pues los malos resultados de los indicadores, tienen relación directa con estas áreas, donde estas organizaciones tienen establecidas sus acciones.
- Las acciones que deben impactar en el mejoramiento de los indicadores de salud, tienen relación con el fortalecimiento y avance de la red fija existente con la coordinación intra y extrasectorial del país, aspecto que no pueden ejecutar las OE.

5. MECANISMO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD

El mecanismo de monitoreo y evaluación se presenta como parte del análisis realizado en la Mesa de Diálogo, por la *Mejora y Fortalecimiento de la Salud Integral en el Marco de una Política de Estado*, para darle seguimiento efectivo a las líneas estratégicas definidas en los dos ejes principales de los lineamientos propuestos, que son el eje intersectorial y el eje institucional.

Este mecanismo de monitoreo y evaluación se basa en macro metas establecidas previamente, conforme a las estrategias y objetivos diseñados para la implementación gradual de este proceso dinámico y continuo en el tiempo, en cada una de las tres etapas o fases de cada eje definido, para lo cual tiene que establecerse planes operativos, que den respuesta a los lineamientos estratégicos y así direccionar claramente este proceso de transformación.

Se propone un marco metodológico para desarrollar el mecanismo de monitoreo y la evaluación del proceso de transformación del Sistema de Salud, con suficiente flexibilidad para adaptarse a las necesidades particulares de cada escenario y los cambios que vayan surgiendo en cada uno de los macro ejes y etapas definidas, considerando los diferentes niveles de temporalidad, ámbito de acción, actividades y tareas a realizar.



El proceso debe responder a los aspectos relevantes del mecanismo de monitoreo y evaluación como son el qué, por qué, cómo, quién, con qué recursos se contará, marco conceptual y todas las consideraciones técnicas como son los indicadores, fuentes de información, instrumentos, codificadores, entre otros, del mecanismo de Monitoreo y Evaluación.

Marco Conceptual

El monitoreo y la evaluación están interrelacionados entre sí, pero no son sinónimos. Mientras que el monitoreo es un proceso continuo y permanente (diario, semanal, mensual) en la ejecución de un proyecto, la evaluación se realiza en periodos establecidos entre lapsos de tiempo más largos y al final de un proyecto (evaluación intermedia y final).

El monitoreo es un proceso continuo de análisis, observación y sugerencias de ajustes para asegurar que el proyecto esté encarrilado a alcanzar su objetivo. Se efectúa durante la etapa de ejecución de un proyecto al igual que una evaluación intermedia. Estos procedimientos sistemáticos, son diseñados para verificar la eficiencia y efectividad con que se está llevando a cabo la ejecución del proceso, identificando los logros, nudos críticos y las recomendaciones realizadas para los ajustes estratégicos que permitan mejorar el proceso que se esté implementando y/o ejecutando.

El monitoreo como procedimiento sistemático, implica:

- Vigilar el progreso de la implementación, especificando los avances, a qué costos y el cumplimiento de las metas y las actividades, en los plazos especificados.
- Compartir los resultados del análisis obtenido del monitoreo.
- Realizar ajustes estratégicos y operativos dirigidos a resolver los nudos críticos que se presenten durante la implementación del proceso de transformación, de tal manera que permitan que se llegue a buen término y no se desvíe de los objetivos planteados en un comienzo.

La evaluación presupone un análisis profundo y reflexión sobre el proceso de implementación, la eficiencia y la efectividad con la que se realiza el mismo, los procesos sustantivos para la implementación, los resultados (o el impacto) de todo el planteamiento referente a la transformación del sistema de salud.

La evaluación, permite la formulación de conclusiones acerca de lo que se observa a una escala mayor, donde incluye aspectos previstos y no previstos como el diseño del proyecto y sus impactos.¹.

¹ Ortigón, Edgar, Pacheco, Juan y Prieto, Adriana. 2005. Metodología de Marco Lógico. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) Área de proyectos y programación de inversiones. CEPAL.

Igualmente, la evaluación tiene que ver con el análisis de la eficiencia y efectividad del proceso, donde:

- El análisis de eficiencia indica en que medida se han realizado las actividades a tiempo y al menor costo para producir los componentes.
- El análisis de efectividad indica en que medida se produjeron los componentes y si se está logrando los objetivos de desarrollo del proyecto.

La intención es identificar los problemas de ejecución lo más temprano posible para que la solución pueda tener mayor efectividad y no seguir adelante arrastrando errores que finalmente no permitan cumplir con los plazos o con los objetivos del proyecto.

La evaluación, debe llenar los siguientes requisitos:

1. Objetivos de la evaluación
2. Asignar tiempo para realizar el trabajo de monitoreo y evaluación.
3. Participación de personal profesional con alto nivel de competencias para realizar este proceso.
4. Diseñar previamente los instrumentos de evaluación.
5. Elaborar previamente los indicadores de evaluación acorde con los objetivos
6. Recursos logísticos para realizar el monitoreo y evaluación del proceso tanto nacional como regional y local.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), ha definido la evaluación como: "... el proceso encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos. Se trata de un proceso organizado para mejorar las actividades todavía en marcha y ayudar a la administración en la planificación, programación y toma de decisiones futuras." ²

Consideraciones para el Monitoreo y Evaluación

Primera Etapa

- Definir para el proceso de Monitoreo de los lineamientos propuestos para la mejora y fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud Integral, las metas y resultados

² ONU, 1984 :18 "Pautas básicas para el seguimiento y evaluación de programas", Mimeo FECS

esperados, el alcance, la logística para todos los procesos de trabajo, el presupuesto requerido, el tiempo o periodicidad del proceso y la población objetivo a beneficiar. El monitoreo se realizará en varios periodos durante el año, dependiendo de la temática específica de cada tema a monitorear.

- Establecer para el proceso de Evaluación de los lineamientos propuestos, la asignación de tiempo, el personal competente y capacitado, los instrumentos de evaluación diseñados e implementados, los indicadores de evaluación elaborados e implementados, los recursos logísticos requeridos para todo el proceso a nivel nacional, regional y local.

La evaluación deberá realizarse una vez al año y al final de cada etapa durante la implementación de cada eje de la propuesta intersectorial o institucional, que se tenga que evaluar.

Los aspectos que se evaluarán son los siguientes:

- Los resultados del proceso de monitoreo establecido.
- Los resultados e impacto de cada una de las etapas de los ejes institucional e intersectorial, de los modelos de gestión, de los modelos de provisión de los servicios integrales de salud, el modelo financiero, aspectos del marco legal.

Los participantes del proceso de evaluación serán:

- Comisión evaluadora Nacional para cada eje
- Los equipos técnicos del MINSA-CSS
- Comisión ampliada evaluadora con el sector salud y otros sectores.

- Revisar, homologar, modificar, actualizar los aspectos normativos del marco legal para los procesos de monitoreo y evaluación que puedan obstaculizar el proceso inicial y futuro del trabajo coordinado entre las instituciones involucradas de salud, del sector y otros sectores involucrados.
- Realizar los procesos de divulgación de los resultados de los procesos de monitoreo y evaluación a toda la sociedad civil, periódicamente con transparencia y rendición de cuentas.
- Considerar para los procesos de monitoreo y evaluación de los lineamientos propuestos, los aspectos siguientes:
 - los niveles y grados de complejidad de la red de servicios,
 - las estructuras jerárquicas institucionales

- el nivel estratégico de ambas instituciones MINSA-CSS incluyendo a otros sectores involucrados
- el componente financiero y organizacional
- la definición, construcción e implementación de los instrumentos e indicadores de insumos, procesos, productos y efectos/impacto,
- las fuentes de datos, la recopilación de los mismos y vinculación con el sistema de información nacional de salud
- el componente financiero organizacional por la vinculación que debe tener con el plan de presupuesto general para ir creando la sostenibilidad en el tiempo ya que todo el proceso de monitoreo y evaluación debe disponer de una estructura presupuestaria y financiera para lograr su metas y objetivos.

Segunda Etapa

- Mantener la definición de metas programadas con los resultados esperados y alcances requeridos para el proceso de Monitoreo y Evaluación de los lineamientos propuestos para la mejora y fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud Integral, incluyendo además, la logística para todos los procesos de trabajo, la organización de la red de instalaciones según niveles y grados de complejidad de los servicios, las estructuras jerárquicas institucionales, el nivel estratégico del MINSA-CSS y de otros sectores involucrados, la implementación de los Instrumentos e Indicadores de insumos, procesos, productos, efectos/impacto, la fuente de los datos, la forma de recopilación de los mismos con la vinculación al sistema de información nacional de salud y la estructura presupuestaria y financiera requerida de manera que se pueda lograr la continuidad y sostenibilidad que permita lograr las metas y objetivos.

El monitoreo se realizará en varios periodos durante el año, dependiendo de la temática específica de cada tema a monitorear.

La evaluación se realizará una vez al año, al final de cada etapa de cada eje de los lineamientos propuestos a evaluar.

- Mantener las asignaciones para la evaluación de los lineamientos propuestos en cuanto al tiempo de los procesos, personal competente y capacitado, instrumentos e indicadores de evaluación diseñados e implementados, recursos logísticos para el proceso a nivel nacional, regional y local, evaluando los siguientes aspectos:
 - Los resultados del proceso de monitoreo establecido.

- ⊖ Los resultados e impacto de cada una de las etapas de los ejes institucional e intersectorial, del modelo de gestión, del modelo de provisión de los servicios integrales de salud, del modelo financiero y los aspectos del marco legal.
- Continuar con los participantes establecidos para el proceso de evaluación quienes son: La Comisión evaluadora nacional para cada eje; Los equipos técnicos de MINSA y CSS y la Comisión ampliada evaluadora con Sector Salud y otros Sectores, considerando siempre, la inclusión de nuevos participantes, según la temática específica.
- Seguir con la revisión, actualización, modificación y creación de las normativas del marco legal que permitan facilitar la implementación y buena ejecución de los procesos de Monitoreo y Evaluación de los lineamientos propuestos para la mejora y fortalecimiento del sistema nacional público de salud integral, involucrando a todo el sector salud y otros sectores involucrados.
- Seguir los procesos de divulgación de los resultados de los procesos de monitoreo y evaluación a toda la sociedad civil, de forma periódica, con transparencia y rendición de cuentas.

Tercera Etapa

- Mantener de forma continua y sostenible los procesos de Monitoreo y Evaluación en el nuevo Sistema Nacional Público de Salud Integral, considerando los aspectos siguientes:
 - La organización de la red de instalaciones donde se brindan los servicios de salud según los niveles y grados de complejidad de la red de servicios,
 - Las estructuras jerárquicas institucionales del sector y otros sectores involucrados
 - Personal competente y capacitado para cada proceso específico
 - La estructura presupuestaria y financiera sostenible en cada proceso
 - Las metas con alcance y resultados esperados
 - Procesos logísticos completos para todos los procesos de trabajo
 - Los tiempos o periodicidades para cada proceso según la temática específica. En el caso de la evaluación, se debe realizarse una vez al año, al finalizar cada etapa según eje implementado. En el caso del monitoreo, se puede realizar varias veces durante el año, según temática programada.

- Los instrumentos diseñados e implementados para los procesos de monitoreo y evaluación con indicadores de insumos, procesos, productos y efectos o impacto.
 - Las fuentes de datos, forma de recopilación de los mismos y vinculación al sistema de información nacional para cada uno de los procesos.
 - La población objetivo a beneficiar en las diferentes áreas o regiones del país donde se realicen los procesos respectivos.
- Contar con un marco legal actualizado y permisivo para la ejecución continua de los procesos de monitoreo y evaluación del nuevo sistema nacional público de salud integral, con la continua vigilancia y actualización de las normativas legales que puedan impedir esta labor.
- Continuar de forma sistemática con los procesos de divulgación de los resultados de los procesos de monitoreo y evaluación a toda la sociedad civil, con transparencia y rendición de cuentas.
- Continuar evaluando los siguientes aspectos:
 - Los resultados del proceso de monitoreo establecido
 - Los resultados e impacto de cada una de las etapas de los ejes institucional e intersectorial
 - El modelo de gestión implementado
 - El modelo de provisión de servicios integrales de salud implementado
 - El modelo financiero desarrollado y ejecutado
 - Aspectos del marco legal actualizados, derogados o creados.
- Mantener la continuidad en el tiempo de los participantes del proceso de evaluación como son:
 - Comisión evaluadora Nacional para cada eje
 - Los equipos técnicos del sistema nacional público de salud integral
 - Comisión ampliada evaluadora con el sector salud y otros sectores.

6. DIVULGACIÓN INICIAL DE LOS LINEAMIENTOS PROPUESTOS PARA EL SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD

El proceso de divulgación de los lineamientos propuestos para el Sistema Nacional Público de Salud Integral, se inició de forma gradual según el nivel de avances del trabajo de la mesa de diálogo.

Este proceso se mezcló con algunas comunicaciones enviadas al inicio del proceso por los gremios integrantes de la mesa, a las autoridades de salud y ejecutivo, ante situaciones que ocurrían paralelamente dentro del sistema de salud y sobre las cuales se ameritaban algunas aclaraciones, por parte de dichas autoridades. En este sentido se contó con la participación de las autoridades del MINSA y el Director General de la CSS para aclarar la temática solicitada respectivamente.

De igual manera, se invitó a la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa del país, para la presentación de la hoja de ruta consensuada para el trabajo realizado, quien desde este momento se suma con el envío de representantes de esta instancia, en la mesa de diálogo.

Al concluir el desarrollo de la hoja de ruta consensuada para este trabajo, se realizó un cronograma de convocatoria para la presentación de los lineamientos propuestos a las autoridades de salud, agrupaciones gremiales, organizaciones de la sociedad civil y al Sr Presidente, Su excelencia Juan Carlos Varela, quien fue el impulsor de esta iniciativa.

6.1. Participación y Aportes de la Sociedad Civil

La convocatoria de la Sociedad Civil fue programada para las semanas entre el 11 y 18 de noviembre de 2015, en dos jornadas diarias, matutina y vespertina, segmentando a las organizaciones según afinidad temática como fueron el sector económico, educativo, político, autoridades, sindicatos, usuarios del sistema y varios grupos de organizaciones de la sociedad civil.

A continuación detallamos la convocatoria realizada a la sociedad civil según tipo de agrupación y horario durante los días 11, 12, 13, 16, 17 y 18 de Noviembre del año 2015.

11 de Noviembre de 2015	
Horario Matutino	Horario Vespertino
Sector Económico	Sector Educativo
CONEP	Asociación de Educadores(primaria y secundaria)
CAMARA DE COMERCIO	ASOPROF
APEDE	Frente nacional de educadores independientes
SINDICATO DE INDUSTRIALES	AEVE
CAPAC	AMIA
ANAGAN	Magisterio Panameño Unido.
Asociaciones de Productores Agropecuarios	Asociación de profesores de la Universidad de Panamá
ANAVIP	Consejo de Rectores (Universidades Públicas y Privadas)
APROCERPA	Federación de padres de familia Pública y Privada
ANAPOR	Asociaciones y Organizaciones estudiantiles universitarias:
Asociación de la micro y pequeña empresa	Medicina, Enfermería, Farmacia, Psicología, Trabajo Social, Odontología, Veterinaria, Agronomía, Laboratorio, Radiología.
Consejo Nacional de Cooperativas de Panamá. CONALCOP	PAD ,FER, BPU
	Movimiento De Renovación Universitaria

12 de Noviembre de 2015	
Horario Matutino	Horario Vespertino
Sector Político	Sector Municipal y otros
Comisión de salud de la Asamblea de Diputados.	AMUPA
Secretarios Generales y Representantes de las comisiones de salud de cada uno de los partidos políticos(PRD,CD,PP,ARNULFISMO)	ADALPA,
Diputados independientes	CONARE
Ex candidatos presidenciales	Comités de salud
Partidos en formación	Consejo de Concertación Nacional
	Junta Directiva de la CSS
	Defensoría Del Pueblo

13 de Noviembre de 2015	
Horario Matutino	Horario Vespertino
Sector Sindical	Sector Sindical
CONATO	CONUSI
AECSS	FRENADESO (con representación de grupos de mujeres, barriales, INDIGENAS TRADICIONALES)
	SUNTRACS

17 de Noviembre de 2015	
Horario Matutino	Horario Vespertino
Sector Clubes Varios	Sector Ambiente y Profesionales
Pacientes de accidentes de situaciones catastróficas (Dietilenglicol)	Federación de Profesionales
NEONATOS	Ambientalistas:
Jubilados y pensionados confederación y federación	ANCON
Asociación de mujeres:	ALBATROS
CONAMU	AUDUBAN
UNAMUP	PRO MAR
Consejo Ecuménico en pleno	Colegio De Abogados
Asambleas de Dios	Colegio De Periodista
Casa de Oración	Otros gremios de salud que no están en la mesa.
Clubes cívicos:	ASOC.MEDICOS, ODONTOLOGOS Y AFINES DE LA CSS.
Rotarios	ASOC DE ESPECIALISTA DEL HOSP. SANTO TOMAS
Leones	ASOC. DE ESPECIALISTAS DEL H. DEL NIÑO
20-30,kiwanis	SPIA
Alianza Ciudadana	SINDICATO DE PERIODISTAS
Justicia y Paz	PATRONATO DE NUTRICION
Transparencia Internacional	NUTRE HOGAR
Conciencia ciudadana	CLUBES DE JARDINERIA DE PANAMA

18 de Noviembre de 2015
Horario Matutino. Otros Grupos
CONAPIP
Consejo Nacional de Población Indígena
CONEGPA. Coordinadora Nacional de la Etnia Negra
HOMBRES Y MUJERES NUEVOS

Los aportes de los representantes de la Sociedad Civil que asistieron a la convocatoria realizada por la mesa de diálogo, fueron dirigidos más, hacia los aspectos de la forma como se ejecutaría la implementación de los lineamientos presentados, que al contenido de la misma propuesta.

La mayoría de los asistentes, manifestaron su apoyo a los principios fundamentales de los lineamientos presentados.

Sus mayores inquietudes giraron en torno al tema del financiamiento, la sostenibilidad de algunos beneficios obtenidos con las prestaciones de salud existentes, los cambios en la normativa legal para la implementación de la propuesta de manera que no perjudicara las conquistas logradas.


Todos los participantes, estuvieron de acuerdo con el hecho de que el sistema actual de salud, tiene graves problemas, por lo cual los cambios en el mismo, tienen que darse de forma obligatoria.

A continuación se realiza un breve compendio de algunos aportes expresados por algunos de los participantes de la sociedad civil que asistieron a la presentación de la propuesta, luego de la invitación.

11 de Noviembre de 2015

Organización y Nombre del Participante	Aportes
<p>ASOCIACIÓN DE DISTRIBUIDORES DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (AREDIS) y APEDE. Participante: Lucas Verzbolovsky</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Estuvo muy de acuerdo con la propuesta. · Preguntó: En cuanto a las etapas y por otra parte, de los medicamentos; Otro aspecto, es organizar las finanzas de la institución. No hay la información adecuada; Hay que tomar los aspectos positivos de otras administraciones. · Hay que mejorar el abastecimiento de medicamentos, la Ley No. 1, es una herramienta extraordinaria. · Sí se ha medido el costo de atención, en lo posible contratar los servicios que pueda medir algunos de estos procesos. · El esfuerzo de esta Mesa es loable, hay grupos expertos. Hacer valoración de procesos humanos, bienes y raíces. · Un solo objetivo, es la buena prestación de servicio óptimo en la atención de salud.
<p>CÁMARA DE COMERCIO. Participante: Jorge García</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Primero, felicitar a la Mesa; la educación empieza por la salud. · Pregunta: ¿Qué cambios integrales o estructurales grandes vamos a hacer? · Debemos propugnar por cambios estructurales efectivos. No podemos privatizar los servicios, pero sí tomar en consideración a aquellos servicios que la Institución no brinda, para que otros presten el mismo. Medición de tiempos. · Felicitaciones a la Mesa del Diálogo. Es un esfuerzo enorme. · Como lograr esta transición de servicios cuando el ejercicio de gobierno es cada cinco años. · ¿Cuál será la relación directa del ciudadano de a pie que no tienen acceso a este sistema?
<p>UNIVERSIDAD DE PANAMA. FACULTAD DE ENFERMERÍA. VICEDECANA. Participante: Carmen De Bishop</p>	<ul style="list-style-type: none"> · No es fácil el trabajo realizado en función de los nudos críticos, pero van enfocados a todos los sectores. Si esta propuesta es aceptada, se dará un gran salto por primera vez en la vía correcta. · La única preocupación es que esta propuesta no sea una agenda de gobierno, sino que sea una Agenda de Estado · Es una propuesta ambiciosa; muy completa y con los deseos que esta idea cristalice.
<p>CONFEDERACIÓN DE PADRES DE FAMILIA. Participante: Abdiel A. Bedoya</p>	<ul style="list-style-type: none"> · La conformación de esta propuesta es excelente, que se permita la mejor divulgación de ésta. Estaremos vigilantes para que cuando ésta, se presente a la Asamblea Legislativa; darle la mayor cobertura para que pase sin ningún inconveniente.

17 de Noviembre de 2015	
Organización y Nombre del Participante	Aportes
ASOCIACIÓN DE JUBILADOS. Participante: Eladio Fernández	<ul style="list-style-type: none"> • Salud igual para todos, pero primero la prevención. La Constitución y la Ley 51, son los elementos claros de las políticas de salud.
	<ul style="list-style-type: none"> • Las Instituciones de Crédito no permiten que los pueblos tengan independencia económica, sino que estas son privativas de las empresas.
	<ul style="list-style-type: none"> • No se pueden fusionar las instituciones cuya naturaleza son distintas.
	<ul style="list-style-type: none"> • No se puede hablar de salud, sino se modifica el Código Sanitario, hay que modificar la Ley No.1 de Medicamentos.
FORO NACIONAL DE MUJERES DE PARTIDOS POLITICOS. FONAMUPP. Correo de participante: Lorite@hotmail.com / fonamupp@hotmail.com	Mortalidad infantil /En Comarcas, Darién
	1. Atraer a estas comunidades al sistema de salud, incluyendo en los programas sus necesidades y que a su vez se tome en cuenta sus patrones culturales, e incluso lingüísticamente, para que la población indígena tenga confianza en el sistema de salud.
	2. Sistema de información, debe fortalecer la comunicación interinstitucional MINSA/CSS
	3. Promover estilos de vida saludables, para prevenir enfermedades
	4. Eje estratégico institucional
5. Realizar análisis predictivos a todos los equipos, para lograr tener mantenimiento efectivo y oportuno.	
MINSA –OFICINA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD. Participante: Dra. Ingrid González.	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las 14 prioridades es más abarcador colocar solo Rehabilitación, ya que sería integral y además involucraría las áreas de rehabilitación sensorial (visual, auditiva), rehabilitación laboral, rehabilitación mental o psiquiátrica y rehabilitación física.
ASAMBLEA DE DIPUTADOS. Participante: Diputada Ana Matilde Gómez	<ul style="list-style-type: none"> • Pregunta: ¿si la propuesta al final lo que busca es la unificación del sistema de salud y que sea el MINSA quien brinde la provisión de servicios?
	<ul style="list-style-type: none"> • Sugirió que se dijeran las cosas más precisas y de forma clara.
	<ul style="list-style-type: none"> • Le pareció buena la propuesta
ASOCIACION DE PARLAMENTARIAS Y EXPARLAMENTARIAS DE PANAMA. APARLEXP.A. Participación: Presidenta. Ad Hoc. Arq. Janeth Cuestas De Caballero	<ul style="list-style-type: none"> • Entregan a la mesa la ponencia sobre el tema del parto humanizado, derechos del recién nacido y el no nacido, con lo cual solicitan que sea considerado entre las reformas al sistema.
	<ul style="list-style-type: none"> • El documento forma parte de una iniciativa legislativa para cubrir vacíos legales en el tema de los derechos de el binomio madre-hijo, ante, durante y después del parto. La participación del personal de salud, además aborda el tema de los derechos del no nacido.

18 de Noviembre de 2015	
Organización y Nombre del Participante	Aportes
Los aportes consignados se tomaron de las tarjetas que llenaron diferentes participantes, pero que no anotaron sus nombres ni el de la organización.	1. Articulación debe incluir el ataque a lo rezagado
	A) Modelo propuesto -50% / -75% = Rezago = e?
	B) Propuesta  Equipo de Ataque al rezago
	2. La reflexión va ¿quién debe ser el que se encargue de la Provisión de servicios?
	El fundamento para esta decisión es el aporte financiero por parte del Estado debe ser garantizado una vez establecido para la figura legal realizar un análisis de quién dará la provisión con la participación ciudadana.
	2. En el aspecto transversal es importante considerar:
	a. Instituto Nacional de la Mujer – INAMU
	b. SENADIS – Secretaria Nacional de Discapacidad. Coordinación Estrecha
c. Debe haber un aspecto de Salud en Valores todo no es presupuesto, tecnología y especialización.	

6.2. Divulgación de los Gremios y otras Organizaciones

Dentro del desarrollo de la mesa de diálogo, se inició el proceso de divulgación a nivel de las organizaciones y gremios participantes.

Este proceso fue gradual, en diferentes momentos y formas según las particularidades de cada grupo participante. Es probable que algunas presentaciones, se hayan realizado con todo el formalismo del proceso y otras hayan ocurrido de forma eventual o informal.

A continuación, señalamos a las organizaciones que informaron sobre los eventos oficiales ejecutados a lo interno de sus organizaciones y gremios, para divulgar los avances de la propuesta.

- **AFUSA.** Asociación de Funcionarios de Salud Administrativos del MINSA, quien realizó varias sesiones de divulgación con sus agremiados en diferentes capítulos del interior de la República como fueron: Ngabe Buglé, Chiriquí durante el mes de Agosto 2015 y en Coclé, en el mes de Octubre 2015.
- **MINSA y CSS.** Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. Se realizaron dos reuniones oficiales. La primera Reunión extraordinaria fue en el mes de Septiembre de 2015, con las

autoridades y el cuerpo de directores de ambas instituciones, para presentar los avances iniciales del proceso del diálogo, específicamente el diagnóstico y las posibles propuestas. La segunda reunión se realizó en Marzo de 2016, para presentar ante el Ministro, Director de la CSS y el Cuerpo de Directores de ambas instituciones, el Decreto Ejecutivo que crea la Comisión de Alto Nivel y sus funciones.

- **CONALFARM.** Colegio Nacional de Farmacéuticos, en Asamblea General Ordinaria de Septiembre de 2015, se presentaron los avances de la mesa del diálogo.
- **FENAECCD.** Federación Nacional de Pacientes con Enfermedades Críticas, Crónicas y Degenerativas, se presentaron algunos avances de la mesa del diálogo y la federación pide un espacio en la mesa para presentar y entregar sus propios lineamientos para el Sistema de Salud, en el mes de Septiembre de 2015.
- **ANEP.** Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá en sus asambleas extraordinarias, durante los meses de Noviembre y Diciembre 2015, se presentaron los lineamientos de la propuesta y los avances posteriores de la mesa del diálogo respectivamente, entregando a las socias en la última reunión, copia del resumen ejecutivo entregado al Sr. Presidente de la República el 25 de Noviembre de 2015.
- **SPSP.** Sociedad Panameña de Salud Pública, durante reunión extraordinaria para presentación de la propuesta a sus agremiados, el 13 de Octubre de 2015.
- **COMENENAL.** Comisión Médica Negociadora Nacional, durante las diferentes reuniones realizadas con las organizaciones agremiadas en Chiriquí, los días 22 y 28 de Enero, los días 3 y 4 Febrero y el 3 de Marzo. En Panamá, el 11 de Febrero con 34 dirigentes de asociaciones médicas agremiadas en la COMENENAL.

PRESENTACIONES DE LA PROPUESTA EN LAS ORGANIZACIONES Y GREMIOS DE LOS PARTICIPANTES DE LA MESA DE DIÁLOGO

EXPOSITORES	FECHA	PARTICIPANTES	APORTES O COMENTARIOS
Jorge Morales	12, 14 y 15 de Agosto 2015	<ul style="list-style-type: none"> • AFUSA. Asociación de Funcionarios de Salud Administrativos. Reuniones Ordinarias • Asociados del capítulo de Ngabe Bugle, San Félix. • Asociados del capítulo de Puerto Armuelles, Chiriquí. 	<ul style="list-style-type: none"> • Producto de la reunión generar la resolución n° 01-2015, donde resuelven apoyar la gestión de la mesa de salud. • Producto de la reunión generar la resolución n° 02-2015 donde resuelven identificarse y apoyar la gestión de la mesa de diálogo por la salud.
Luigi Vega. Humberto Aranguren	Septiembre de 2015	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA / CSS. Reunión especial. Ministro de Salud. Directores de CSS. Directores de ambas instituciones y Representantes institucionales en la mesa del diálogo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buenos comentarios sobre los avances, pero requieren concretar y documentar la propuesta final, sobre todo en el tema del financiamiento. Algunos se inclinaban para un Sistema integrado, otros para un único proveedor: la CSS y El MINSA como regulador y rector.
Ariava Córdoba	Septiembre de 2015	<ul style="list-style-type: none"> • CONALFARM. Comisión Nacional de Farmacéuticos • Asamblea General Ordinaria del Colegio Nacional de Farmacéuticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena acogida de la propuesta
Emma Pinzón; Beatriz Vergara;	Septiembre de 2015	<ul style="list-style-type: none"> • FENAECCD. Federación Nacional de Enfermedades Críticas, Crónicas y Degenerativas. • Información de la propuesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Puntualizan que no tienen oposición al sistema único pero urge una transformación en el sistema actual con mayor humanismo y atención con calidad y calidez. • Solicitan un espacio para presentar y entregar los aspectos que quieren sean considerados en el Sistema de Salud.
Jorge Morales	Octubre de 2015	<ul style="list-style-type: none"> • AFUSA. Asociación de Funcionarios de Salud Administrativos Reunión ordinaria en capítulos: • Coclé- Aguadulce. 1-10-2015 • David Chiriquí. 2-10-2015 • Chiriquí .H. de O. 3-10-2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena acogida de la propuesta y generación de resoluciones.
Francisco Díaz Mérida, Lizbeth de Benítez, Claude Betts, Eddy Cabrera, Carmen Betts y Virginia León.	8 de Octubre de 2015	<ul style="list-style-type: none"> • SPSP. Sociedad Panameña de Salud Pública. • Reunión docente con miembros de la sociedad, para la presentación de los avances de la propuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena acogida por los presentes y se recuerda la importancia del componente de Promoción, Prevención y la Participación Social relevante y exitosa en el país.
Ilda de Hernández; Humberto Aranguren, Ana Reyes de Serrano.	24 de Noviembre y 11 de Diciembre de 2015	<ul style="list-style-type: none"> • ANEP. Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá. • Asamblea extraordinaria para la presentación de la propuesta. • Presentación de avances de la propuesta en la asamblea ordinaria • Distribución a las socias del resumen ejecutivo entregado al Presidente el 25 de noviembre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consideran necesario los cambios en el sistema de salud, garantizar el financiamiento para la propuesta, aclarar bien la participación de la CSS. • En algunos sectores el tema de la integración del sistema genera dudas, plantean la necesidad de mayor divulgación a toda la población.
Julio Osorio, Domingo Moreno	22 y 28 Enero; 3, 4 y 11 de Febrero; 3 de Marzo de 2016	<ul style="list-style-type: none"> • COMENENAL. Coordinadora Médica Negociadora Nacional. • Reunión extraordinaria con miembros de las organizaciones agremiadas para la presentación de la propuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto relevante aportado es el de Indexar el per cápita anual al PIB
Luigi Vega	Marzo 2016	<ul style="list-style-type: none"> • MINSA / CSS. Reunión con Ministro, Director y Directores • Informar sobre Decreto Ejecutivo y funciones de Comisión de A.N 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las funciones descritas en el Decreto Ejecutivo para la Comisión de Alto Nivel.

6.3. Invitaciones a la Mesa para Divulgación de la Propuesta

La mesa de Diálogo recibió invitaciones para la presentación de la propuesta, aún en medio del desarrollo de la misma, pues ya se habían definido los elementos fundamentales sobre los que se conceptualizaba la misma.

Todas las invitaciones oficiales para la divulgación de la propuesta eran solicitadas a través del PNUD, quien fue el organismo facilitador de todo el proceso de diálogo.

La primera invitación, vino de la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa, quienes mostraron gran interés por el trabajo que estaba realizando la mesa.

La presentación a esta comisión, se realizó el 17 de Junio del 2015, en el sitio de reunión de esos momentos de la mesa, Hotel Royal Sonesta. Posteriormente, se unió la Comisión de Salud de la Asamblea, a la mesa de diálogo como observador, enviando a dos representantes quienes tuvieron una destacada e importante participación hasta el final del proceso.

Se recibieron invitaciones de sindicatos, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones ambientales y programas de televisión y radio, que a continuación documentamos.

PRESENTACIONES REALIZADAS POR INVITACIONES A LA MESA DE DIÁLOGO

EXPOSITORES	FECHA	PARTICIPANTES	APORTES
<ul style="list-style-type: none"> Luigi Vega, Humberto Aranguren 	24 de Septiembre de 2015	<ul style="list-style-type: none"> Corporación Central General de Trabajadores de Panamá Participantes de 200 miembros del sindicato. Hotel Ideal 	<ul style="list-style-type: none"> No hubo comentarios pero buena acogida.
<ul style="list-style-type: none"> Julio Osorio, Humberto Aranguren 	Noviembre de 2015	<ul style="list-style-type: none"> CTRP. En Local detrás del colegio Javier. 25 Miembros del sindicato. 	<ul style="list-style-type: none"> Reactivos a la propuesta, con acogida parcial y desconfianza a la misma.
<ul style="list-style-type: none"> Claude Betts, Humberto Aranguren, Carmen Carrington 	11 de Diciembre de 2015	<ul style="list-style-type: none"> Capítulo de Panamá de la asociación interamericana de ingeniería sanitaria y ambiental (PANAIIDIS). 	<ul style="list-style-type: none"> Enfatizar la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y del medio ambiente, que se ha descuidado y es una situación crítica.
<ul style="list-style-type: none"> Julio Osorio 	Enero de 2016	<ul style="list-style-type: none"> Miembros de la Fundación por un Panamá Mejor. Balboa 	<ul style="list-style-type: none"> Acogieron la propuesta y van a utilizarla para un foro que van a realizar en Febrero de 2016.
<ul style="list-style-type: none"> Eddy Cabrera 	20 de Enero de 2016	<ul style="list-style-type: none"> Parque Natural metropolitano (PNM) Red De Amigos De PNM y grupo de Ecologistas Programa de radio de CSS Programa de televisión 	<ul style="list-style-type: none"> Buena acogida de la propuesta.

6.4. Participación de los Medios de Comunicación

La participación de los medios de comunicación estuvo presente desde el inicio de la mesa del diálogo en el mes de Marzo de 2015, con las diversas entrevistas ejecutadas a los voceros de las diferentes organizaciones y gremios participantes del proceso.

Como invitación formal a los medios de comunicación mencionaremos dos procesos:

- Primera conferencia de Prensa en el Hotel Royal Sonesta el 14 de Julio del 2015, con la presentación de un pequeño documento con los elementos más relevantes que se iban encontrando del diagnóstico de la situación actual de salud.
- Segunda Conferencia de Prensa en el Hotel Miramar Intercontinental, el 3 de Diciembre del 2015, al término del proceso con la presentación de los lineamientos propuestos para la mejora del sistema nacional de salud, basado en el diagnóstico.

ACCIONES DE DIVULGACION UTILIZANDO LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

FECHA	ACCION	PARTICIPANTES
Marzo a Dic. de 2015	Diversas entrevistas en medios de comunicación dadas por integrantes de gremios que componen la mesa de salud.	Voceros de gremios y organizaciones participantes de la mesa de diálogo.
Marzo a Dic. de 2015	Pagina web administrada por el PNUD	Publicación de los avances de la mesa, acuerdos, información sobre los integrantes de la mesa, noticias sobre el tema
	Http://dialogosaludpanama.org/	
Julio de 2015	Primera conferencia de prensa para dar a conocer el primer informe a la nación	Voceros escogidos de los integrantes de la mesa
Octubre de 2015	• Filmación Especial de los integrantes de la mesa. SERTV en Hotel Raddison, Summit.	• Integrantes de la mesa. SERTV en Hotel Raddison, Summit.
	• Participación en el programa Educando en Salud producido por ANEP-SERTV	• Dr. Claude Betts. SERTV • Licda. Virginia León. SERTV • Licda. Ana Reyes. SERTV
28 de Noviembre 2015	Participación en emisora del interior en Chitré y Los Santos	Marta Escobar
3 de Diciembre de 2015	Segunda conferencia de prensa. Convocatoria a diversos medios del país. Hotel Miramar.	Julio Osorio.
		Humberto Aranguren
Diciembre de 2015	Participación en radio	Luigi Vega
Diciembre de 2015	Participación en RPC radio	Nadja Porcell
Diciembre de 2015	Participación en Radio Panamá	Javier López
14 de Diciembre 2015	Participación en NEXT TV	Humberto Aranguren, Nadja Porcell
Enero de 2016	Participación en el programa televisivo de la Caja de Seguro Social.	Eddy Cabrera, Humberto Aranguren, Ariava Córdoba, Luis Arispe
Enero de 2016	Participación en programas radiales de opinión. Emisora en Ricardo J. Alfaro	Eddy Cabrera, Humberto Aranguren, Ariava Córdoba, Luis Arispe

6.5. Divulgación a las Autoridades de Salud

El proceso de divulgación oficial a las Autoridades de Salud, se realizó al inicio del proceso con la presentación a la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa y también al término del mismo, con la presentación de los lineamientos propuestos para la mejora y fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud integral en el marco de una política de estado. Este último evento se celebró en el Hotel Radisson, Summit, el 16 de Octubre del 2015, donde se contó con la participación del Ministro de Salud, Director de la Caja de Seguro Social, Representante del PNUD en Panamá, Representante de OPS y Representante de las Naciones Unidas entre otros.

6.6. Divulgación al Presidente de la República

Se realizó la presentación formal al Sr Presidente, su Excelencia Juan Carlos Varela en el Salón Amarillo de la Presidencia de la República, el 25 de noviembre del 2015, con la entrega de un documento resumido con los lineamientos del Plan de contingencia para los temas impostergables que afectan principalmente a nuestro sistema institucional de salud. Estos temas son importantes para iniciar el proceso de coordinación efectiva entre ambas instituciones públicas que brindan servicios de salud, MINSA y CSS, apoyando el proceso de ordenamiento inicial interno que debe ejecutarse de manera individual y en primera instancia, antes de cualquier proceso efectivo de coordinación.

PRESENTACIONES REALIZADAS POR LA MESA DE DIÁLOGO A LAS AUTORIDADES

FECHA	GRUPOS AUTORIDADES PARTICIPANTES	EXPOSITORES POR LA MESA
16 de Julio 2015	Comisión de Salud de la Asamblea de Diputados	Ana Reyes Claude Betts Lizbeth Benítez
16 de Octubre 2015	Autoridades del MINSA –CSS Ministro de Salud Director de la Caja del Seguro Social Representante de las Naciones Unidas en Panamá Representante del PNUD Representante de OPS	Julio Osorio Humberto Aranguren Lizbeth Benítez Felipe Ríos
25 de Noviembre 2015	Presidente de la República, Ministro de Salud, Director de la Caja de Seguro Social, Representante del PNUD, Autoridades gubernamentales, Gremios y Organizaciones de la Mesa.	Julio Osorio Humberto Aranguren Ana Reyes

6.7. Consideraciones Futuras para el Proceso de Divulgación

La estrategia de divulgación e información es un componente esencial para la implementación del Sistema Nacional Público de Salud Integral, de manera que se garantice el acceso oportuno a la información necesaria, por los distintos actores y sectores sociales del país para poder participar de manera eficaz en las distintas decisiones y actividades sobre la temática divulgada.

Esta estrategia de acción se enmarca dentro de los postulados de la “Comunicación para la Transformación”, en los que la divulgación y movilización comunitaria incluyen diversos enfoques e intervenciones, entre los cuales mencionamos, las reuniones institucionales, las reuniones intersectoriales, las reuniones comunitarias, las sesiones de capacitación o concienciación con autoridades a través de medios de comunicación generalmente utilizados como son las conferencias magistrales, programas de radio y la televisión, carteles publicitarios u otros medios, para llegar a un amplio segmento de la comunidad.

Se busca profundizar los conocimientos del público sobre un tema educativo, fomentar actitudes favorables, modificar normas sociales y generar cambios positivos en la actitud y comportamiento de la población.

Objetivo

Dar a conocer y empoderar a todos los actores con la visión y proyección de los lineamientos propuestos para la mejora y fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud Integral, para actuar en perspectiva de lograr la participación activa de la población como una manifestación de su derecho a la salud.

Dimensiones

- 1) Institucional
- 2) Intersectorial
- 3) Medios de comunicación
- 4) Ciudadanía en general.

Fases de la Gestión del Plan de Comunicación

- 1) Determinar qué queremos conseguir y cuáles son nuestros objetivos
- 2) Decidir a quién vamos a dirigir nuestra comunicación
- 3) Pensar cuál es la idea que queremos transmitir
- 4) Fijar el presupuesto con el que contamos (cuánto)
- 5) Seleccionar los medios apropiados y su frecuencia de utilización
- 6) Ejecutar el plan de medios y medir su impacto

Planificación

- 1) Presentaciones a equipos de trabajo gerenciales
- 2) Presentaciones masivas a funcionarios por institución en el ámbito nacional
- 3) Elaborar los temas del mensaje a transmitir según los niveles
 - i. Institucional
 - ii. Intersectorial
 - iii. Los medios de comunicación
 - iv. Ciudadanía en general

Cronograma Propuesto para la Divulgación

Marzo a Junio de 2016 (3 meses)

Equipos que integrarán la campaña de divulgación

- 1) A nivel institucional (equipos nacionales, regionales y locales)
 - MINSA
 - CSS
 - Patronatos
 - Gabinete Social
 - Otras instituciones de Sectores involucrados
- 2) A nivel intersectorial
 - Autoridades gubernamentales regionales y locales (alcaldes, gobernadores, representantes)
 - Instituciones del Sector Salud (MINSA, IDAAN, AUPSA, CSS, ICGES)

- Instituciones de Otros Sectores involucrados (MEDUCA, MIDES, MIDA, Ministerio de Ambiente, Seguridad, MEF, Migración, Vivienda, entre otras)

3) Medios de Comunicación

- Televisión
- Radio
- Prensa Escrita
- Otros

4) Ciudadanía

- Todas las organizaciones formales e informales de la sociedad civil

7. RESULTADOS INMEDIATOS DE LOS LINEAMIENTOS PROPUESTOS PARA EL SISTEMA NACIONAL PÚBLICO DE SALUD

La primera fase del proceso de divulgación sobre los lineamientos propuestos, fue culminado con la presentación al Sr Presidente de la República, Juan Carlos Varela el 25 de Noviembre del 2015, permitiendo formularle varias solicitudes puntuales, para el apoyo al trabajo realizado como fueron:

- ❖ Divulgación de los Resultados de la Mesa del Diálogo de Salud.
- ❖ Conformación de una Comisión que tenga la responsabilidad de operativizar la Propuesta mediante Decreto Ejecutivo.
- ❖ Crear Ente Evaluador del Proceso de Transformación del Sistema Nacional de Salud Pública (SNPS).

De todas estas solicitudes, se obtuvo como resultado inmediato, la elaboración del Decreto Ejecutivo que crea la Comisión de alto nivel

7.1. Decreto Ejecutivo N° 1 de 8 de Enero de 2016

Este Decreto, crea la Comisión de Alto Nivel para mejorar el Sistema Público de Salud y garantizar que toda la población tenga un nivel óptimo de salud, adscrita al Ministerio de Salud. Publicado en Gaceta Oficial N° 27944-C del 8 de Enero de 2016.

8. GLOSARIO

Considerando la importancia de la homologación de los términos utilizados o que se podrían utilizar durante el desarrollo del diálogo, se estableció el siguiente glosario con la clasificación en conceptos (C), principios (P) y definiciones (D) según el término específico, por los participantes de la mesa.

➤ **Acceso Universal. (P/D):**

Ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresivo de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

➤ **Activos (C/D):**

Son los bienes, derechos y otros recursos controlados económicamente por la empresa, resultantes de sucesos pasados de los que se espera obtener beneficios o rendimientos económicos en el futuro.

➤ **Activo Corriente (C/D):**

Bienes y derechos adquiridos con intención de que permanezcan menos de un año, como es el caso de las existencias.

➤ **Activo Fijo (C/D):**

Bienes y derechos adquiridos con intención de que permanezcan en la empresa durante más de un año, que no se han adquirido con fines de venta, como maquinarias y bienes inmuebles.

➤ **Activo Financiero (C/D):**

Es el mismo activo intangible materializado en un título o simplemente en una anotación contable, por el que el comprador del título adquiere el derecho a recibir un ingreso futuro de parte del vendedor.

➤ **Ámbito (C/D) :**

Esfera, campo de actividad. Espacio comprendido dentro de unos límites determinados.

➤ **Asignación de Recursos (C/D):**

Es la distribución de activos productivos en sus diferentes usos. El asunto de la asignación de recursos se origina de cómo las sociedades buscan balancear los recursos limitados como el

capital, el trabajo y la tierra, frente a las diversas e ilimitadas necesidades de sus integrantes. Los mecanismos de asignación de recursos abarcan el sistema de precios en las economías de libre mercado y la planeación gubernamental, ya sea en las economías operadas por el estado o en sector público o de economías mixtas. La finalidad de distribuir los recursos es siempre la de obtener la máxima productividad posible a partir de una combinación dada de activos.

➤ **Asimetría (D):**

Es una propiedad de determinados cuerpos, funciones matemáticas y otros tipos de elementos, en los que, al aplicarles una regla de transformación efectiva, se observan cambios respecto al elemento original. En estadística, el concepto de asimetría de una distribución indica la deformación horizontal de las distribuciones de frecuencia.

➤ **Avalúo (D):**

Es la estimación del valor comercial de un inmueble o artículo reflejado en cifras monetarias por medio de un dictamen técnico imparcial, a través de sus características físicas, de uso, de investigación y el análisis de mercado, tomando en cuenta las condiciones físicas y urbanas del inmueble.

➤ **Avalúo Catastral (D):**

Valor de los inmuebles para efectos tributarios y de las relaciones fiscales con el Estado.

➤ **Análisis de Rentabilidad de la Inversión de Salud. (C):**

Es el análisis que mide la capacidad de generar beneficios o ganancia en salud, con los recursos invertidos en esta área.

➤ **Análisis de Situación.(C):**

Procesos analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud y enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos de competencia del sector salud o de otros sectores.

➤ **Articulación. (C /D):**

El concepto de articulación se refiere a la unión o enlace entre partes. Esto supone reconocer que las partes son distintas entre sí y a la vez forman parte de un todo. Es organizar diversos elementos para lograr un conjunto coherente y eficaz.

➤ **Aspectos Sociales de la Salud. (C):**

Es otra forma de referirse a los determinantes sociales de la salud y se refieren a las características específicas y a las diferentes maneras, mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, las cuales pueden ser alteradas a través de acciones documentadas. Una expresión que aparece en la literatura de la epidemiología social para resumir a los determinantes sociales de la salud es el "ambiente social". Esta metáfora alude a la noción de "ambiente", término que literalmente se refiere al "entorno" y que inicialmente se usó para referirse al ambiente físico "natural" y/o "construido". Este denominado "ambiente social" o "ecología social", son problemáticos en el sentido de que pueden enmascarar el papel de la *actuación humana* en la creación de las condiciones sociales, que constituyen a los verdaderos determinantes sociales de la salud.

➤ **Atención con Calidez y Calidad. (C):**

Es el proceso continuo y transversal, mediante el cual se ofrecen servicios de salud cumpliendo con los estándares y normas vigentes, con la tecnología apropiada y disponible según el nivel de atención y grados de complejidad, experiencia y competencia con amabilidad, respeto y humanización centrado en el individuo y su cultura, sin discriminación de ninguna clase, de manera que se logre la satisfacción del usuario. La calidad del servicio es medible objetivamente. La calidez es medible a través de la satisfacción subjetiva del individuo.

➤ **Atención Oportuna y Competencia. (C):**

Es una atención a tiempo, reducida en la espera y demora que resulta dañina para el paciente, brindada por personal de salud con habilidades para desempeñar eficientemente y con suficiencia sus funciones. La atención competente, para hacer algo bien, por lo general es medida contra un estándar y se adquiere a través de la experiencia o entrenamiento.

➤ **Atención Primaria de Salud. (C):**

Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

➤ **Atención Primaria de Salud Fuerte. (C):**

Elementos estructurales y funciones esenciales para alcanzar la cobertura y acceso universal en salud con equidad, basados en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables para el fortalecimiento de la promoción, prevención, provisión, curación y rehabilitación de la salud, de manera oportuna y aceptable para el individuo, familia, comunidad y ambiente, lo más cerca al lugar donde reside, estudia o trabaja y que el país pueda soportar en todas las etapas de su desarrollo. Incluye el fortalecimiento del equipo de salud desde su formación académica, educación continua en los servicios con el desarrollo de las competencias en los conceptos de salud integral de la población y ambiente.

➤ **Auditorías. (D):**

Proceso de revisión, análisis, examen periódico y de fiscalización objetivo y sistemático que realiza una entidad específica, con el objeto de velar por el cumplimiento de las normas jurídicas, operaciones financieras, sistemas, métodos administrativos y de control interno de una organización, practicado con posterioridad a la ejecución de sus acciones, para evaluar y determinar opiniones respecto a su funcionamiento, logrando así, mantener el resguardo del patrimonio público y la probidad administrativa.

➤ **Autonomía. (P/C):**

Potestad para decidir en las materias de su competencia, conforme a la Constitución y normativas legales vigentes.

El término de **Autonomía local**, se refiere a la capacidad de los gobiernos locales para autogobernarse en el marco de las competencias que tienen legalmente atribuidas. Esta capacidad debe ser *política* (la capacidad de elegir a los propios órganos de gobierno, de formular políticas y de tomar decisiones con independencia de cualquier otra esfera de gobierno), *financiera-fiscal* (la capacidad de acceso a recursos y de disponer libremente de éstos) o *administrativa* (la capacidad de auto-organizarse internamente).

➤ **Bienestar Social. (P/C):**

Satisfacción de las necesidades de la población, para que todos los seres humanos logren y mantengan el bien superior de la vida, con calidad en todo su ciclo vital, desde su concepción hasta la muerte.

➤ **Bienes Inmuebles(D):**

Aquellos considerados bienes raíces, por tener de común la circunstancia de estar íntimamente ligados al suelo, unidos de modo inseparable, física o jurídicamente, al terreno, tales como las parcelas, urbanizadas o no, casas, naves industriales, o sea, las llamadas fincas, en definitivas

que son bienes imposibles de trasladar o separar del suelo sin ocasionar daños a los mismos, porque forman parte del terreno o están anclados a él.

➤ **Bienes Muebles (D):**

Aquellos que pueden trasladarse fácilmente de un lugar u otro, manteniendo su integridad y la del inmueble en el que se hallen depositados.

➤ **Bienes Patrimoniales del Estado (D):**

Los bienes del Estado, se consideran clasificados en bienes patrimoniales o fiscales del Estado y bienes de uso público. Aquellos cuya titularidad corresponde siempre a una persona jurídica de derecho público de carácter nacional, provincial o municipal, y que sirven como medios necesarios para la prestación de las funciones y los servicios públicos.

➤ **Bonificación. (D/C):**

Este concepto se usa en el contexto de la Economía y las finanzas públicas. A veces también llamada bono, un pago que se concede a los trabajadores como consecuencia de circunstancias especiales.

Es una iniciativa creada para mejorar la capacitación profesional y desarrollo personal de los trabajadores, conseguir una mayor promoción e integración social de los trabajadores así como una mejora de la competitividad de las empresas, mediante la cual las empresas verán minimizados los costes de formación que ofrezcan a sus empleados.

En una relación laboral, un trabajador recibe pagos que la ley ha considerado que no constituyen salario. Al ser así, estos pagos no forman parte de la base para el cálculo y pago de Prestaciones sociales, Aportes parafiscales y Seguridad social. Las *Bonificaciones* son retribuciones que el empleador hace con motivo de la relación laboral.

En las reformas al código de trabajo se establece que las bonificaciones o aguinaldos de navidad., Al igual que las primas de producción, prima de antigüedad e indemnización por despido injustificado están exentos del pago del seguro educativo y de las cuotas de seguro social, con excepción del XIII, Ya que éste paga Seguro Social e Impuesto sobre la renta.

➤ **Capacidad Resolutiva. (C):**

Es la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de salud de la demanda, incluyendo su satisfacción (depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).

➤ **Capacitación del Recurso Humano. (C):**

Proceso sistemático de acciones educativas dirigidas a la dotación, perfeccionamiento y refrescamiento de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, requeridas para el exitoso desempeño laboral, considerando tanto, las exigencias específicas del trabajo, como el desarrollo personal y la adaptación a la cultura organizacional. La *capacitación profesional*, es brindar un suplemento de conocimientos teóricos y prácticos, a fin de aumentar la versatilidad y la movilidad ocupacionales de un trabajador o mejorar su desempeño en el puesto de trabajo, u obteniendo la competencia adicional requerida para ejercer otra ocupación afín o reconocidamente complementaria de la que posee.

➤ **Capacidad de Gestión Financiera (C/D):**

Gestión consistente de las finanzas públicas que además de ofrecer una garantía razonable sobre el uso de los fondos asignados a la institución, asegure que la administración de los fondos públicos se realiza en forma responsable y eficiente, y es el pilar fundamental del buen manejo institucional y la lucha contra la corrupción.

➤ **Capacidad Económica Financiera (C/D):**

Por medio del Análisis económico-financiero se diagnóstica la capacidad que tiene la organización para generar beneficios y atender adecuadamente los compromisos de pago, evalúa su viabilidad futura y facilita tomar decisiones encaminadas a reconducir y mejorar la gestión de los recursos institucionales para lograr crear valor y, así continuar cumpliendo sus metas y objetivos.

➤ **Clasificación Institucional del Sector Público (D):**

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, constituyen el eje de toda la codificación presupuestaria.

➤ **Cobertura (C/D):**

Puede aplicarse para referirse al porcentaje de personas protegidas por un medio, soporte o sistema habitualmente público en relación a las contingencias no deseables de un fenómeno, que se usa como una medida aproximada del grado de solidaridad social de dicho sistema.

➤ **Cobertura Física o Geográfica (C/D):**

Razón o ratio que hace referencia a la relación por cociente que se establece entre el número de instituciones o establecimientos sanitarios existentes y disponibles para la atención médica, respecto de las unidades administrativas existentes, del tamaño de la población u otras características del área geográfica examinada.

➤ **Cobertura Sanitaria Estatal (C/D):**

Modalidad de cobertura sanitaria asumida por el Estado a través de la Administración Pública y/o las entidades gestoras, tanto en lo que se refiere a la producción como a la provisión de servicios sanitarios.

➤ **Contenidos Físicos (D):**

Equipamiento de las instalaciones de salud. Se refiere a los bienes muebles y equipos: médicos, odontológicos, quirúrgicos, de laboratorio, de rayos X e imagenología, de comunicaciones, educacionales y recreativo, de oficina, de computación, transporte y otros equipos médicos, de oficina y de servicios; instalados para uso en las instalaciones de salud, que no forman parte de la infraestructura física del bien mueble.

➤ **Carácter Público-Público-Público. (P/C/D):**

Manejo público de los componentes del sistema de salud, en financiamiento, gestión y provisión de los servicios de salud.

➤ **Carrera Hospitalaria. (D):**

Según el código sanitario de Panamá, en su art. 77, “Declárase carrera pública especializada a la función técnica asistencial curativa y las funciones complementarias, desempeñada por profesionales de la medicina en instituciones asistenciales del Estado. La profesión de esta carrera da derecho a estabilidad en el cargo, remuneración adecuada, ascenso, indemnización en caso de separación, jubilación y pensión”. Igualmente hay disposiciones sobre esta materia en los artículos 78, 79, 80, 81, 82 y 83 de esta misma normativa.

➤ **Carrera Sanitaria. (D):**

La carrera sanitaria constituye el conjunto de normas y disposiciones que regulan el empleo público en salud, define la relación laboral de los trabajadores con las instituciones que conforman el componente público de los sistemas de servicios de salud y toma en consideración el indispensable reconocimiento de los derechos de la población en los procesos y actividades

de atención de la salud. Los orígenes de la carrera sanitaria se encuentran en el reconocimiento de las características de singularidad y especificidad de las funciones que deben cumplir las instituciones del sector salud y por consiguiente las condiciones que deben satisfacerlos trabajadores a ellas vinculados, en una relación laboral.

El marco general de la carrera sanitaria está determinado por la organización del servicio civil y los acuerdos que sustentan el estatuto del trabajador público en los diferentes contextos nacionales. La carrera sanitaria representa entonces el resultado de un esfuerzo sistematizado para conformar un conjunto de disposiciones e instrumentos cuyo propósito, en un contexto institucional definido, es ordenar la labor y el trabajo de los recursos humanos en salud y armonizarlos con los derechos de la población hacia una atención de salud oportuna, digna y de calidad.

La carrera sanitaria constituye un medio para ordenar el accionar, la labor o el trabajo de los recursos humanos en salud. En ella se expresan intereses de diferentes actores y debe ser abordada desde la perspectiva de:

- Los derechos del trabajador.
- Las necesidades del usuario de los servicios de salud.
- Los requerimientos institucionales.

➤ **Cartera de Servicios. (C/D):**

La Cartera constituye un conjunto de servicios que responden a necesidades y demanda de la población, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria. Son actividades desarrolladas o fomentadas por los profesionales, destinadas promover la salud, prevenir una enfermedad, atender un problema de salud, rehabilitar o simplemente satisfacer una demanda sanitaria. Se define como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias en los ámbitos preventivos, curativos, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento.

Esta cartera debe ser definida por la red en base a objetivos sanitarios del país y de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder.

Es un instrumento dinámico y flexible, que instaura un catálogo de prestaciones de servicios relacionados con los problemas de salud y necesidades sentidas susceptibles de resolución, en tiempo y ámbito geográfico, que se utiliza para la gestión del trabajo de los profesionales según el tipo de instalación de cada nivel de atención y grado de complejidad.

➤ **Cobertura. (C/D):**

Es la garantía de acceder al sistema de salud, por parte de la población. Se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento.

➤ **Cobertura Universal. (P):**

Implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad seguros, eficaces y accesibles a la vez que se aseguran que el uso de estos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población, sin embargo, no es suficiente por si sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.

➤ **Competencia Profesional. (C):**

La competencia profesional o laboral en salud, comporta e integra el conjunto de capacidades (conocimientos, habilidades y destrezas) desarrolladas a través de los procesos educacionales (formación académica y educación permanente) y la experiencia laboral alcanzada, sobre la base de los valores y actitudes conformados; que son aplicados para la identificación y solución de los problemas cotidianos que enfrenta en su práctica laboral en un área o servicio de salud determinado.

La competencia no reside en las capacidades que una persona posee, sino en su *movilización para resolver problemas*. La competencia exige saber encadenar diferentes actuaciones y no sólo aplicarlas aisladamente. Las competencias van a ser adquiridas a lo largo de toda la vida laboral activa, y no pueden entenderse al margen del contexto particular donde se ponen en juego, o sea, no pueden separarse de las condiciones específicas del escenario donde se evidencian.

➤ **Competencias en salud pública (C)**

Incluye todo lo que debe saber, saber hacer y cómo ser el personal sanitario en lo que respecta a cada uno de los dominios sustantivos de salud pública. El concepto de competencia, aunque dirigido al individuo integrante de la fuerza de trabajo en salud pública, es tributario de una función esencial (FESP) y por tanto la generación y sostenimiento de competencias, apunta a

fortalecer las capacidades institucionales en el uso y aplicación de múltiples disciplinas necesarias en la salud pública para su progreso.

➤ **Compras y Abastecimiento. (D/C):**

Compras se define como el proceso de adquirir bienes y servicios de la calidad adecuada, en el momento y al precio adecuado del proveedor más apropiado buscando la máxima rentabilidad de la organización. Requiere tener conocimiento de la necesidad.

Abastecimiento, significa procurar racional y técnicamente todos los recursos materiales que se requieren para el adecuado cumplimiento de las actividades y el logro de las metas propuestas, cualquiera que sea su magnitud o importancia, costo, lugar y tiempo. También requiere tener conocimiento de la necesidad.

➤ **Consulta Ciudadana. (P/D):**

La Consulta Ciudadana es un instrumento de participación para conocer la opinión, mediante votación, de los miembros de una comunidad, sobre asuntos de interés público de carácter local que le afectan. Es el mecanismo que permite a los ciudadanos involucrarse en la toma de decisiones de trascendencia nacional o local. Es un espacio que invita a participar e incorporar las propuestas y opiniones de la ciudadanía en la gestión pública a la hora de definir el destino de una parte de los recursos públicos.

➤ **Continuidad. (C/D):**

Es un término que se refiere al vínculo que mantienen aquellas cosas que están de alguna forma, en continuo. Otro de los usos que también presenta el término es para referir la duración o permanencia de una cosa sin interrupción.

En medicina la continuidad asistencial resulta ser aquel sistema a través del cual se asegura la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales mientras dure el proceso de diagnóstico y la terapia del paciente, independientemente del lugar y el tiempo en el cual sea atendido.

➤ **Coordinación. (C/ P):**

La conexión de los diferentes servicios necesarios para atender a un usuario (paciente) a lo largo del continuo asistencial, de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin conflicto.

➤ **Corto Plazo(C/D):**

Periodo temporal del proceso de producción durante el cual los factores de producción fijos no pueden cambiarse, pero pueden alterarse el nivel de utilización de los factores variables. En general, lapso de tiempo de escasa duración, que se considera a efectos económicos para créditos, planificación, análisis, entre otros aspectos. Debe ser menor a los doce meses.

➤ **Costo Beneficio (C/D):**

Es una técnica importante dentro del ámbito de la teoría de la decisión. Pretende determinar la conveniencia de proyecto mediante la enumeración y valorización posterior en términos monetarios de todos los costos y beneficios directa e indirectamente de dicho proyecto. Este método se aplica a obras sociales, proyectos colectivos o individuales, empresas privadas, planes de negocios; prestando atención a la importancia y cuantificación de sus consecuencias sociales y/o económicas. Valorización de evaluación que relaciona las utilidades en el capital invertido o el valor de la producción con los recursos empleados y el beneficio generado.

➤ **Costo Beneficio en Salud (C):**

El Análisis Costo Beneficio en salud, evalúa las consecuencias o resultados de las intervenciones en términos monetarios, con el objetivo de determinar si los beneficios obtenidos de un tratamiento o programa justifican sus costos. Consiste en establecer un marco para evaluar si el costo de una medida específica es mayor que los beneficios derivados de la misma. La utilización de esta herramienta es más restrictiva en salud, debido a la complicación de expresar todos los costos y beneficios en términos monetarios.

Es un conjunto de procedimientos analíticos que permiten evaluar y ofrecer alternativas diferentes para tomar la mejor decisión para tratar un problema. Se aplica en instituciones, hospitales, o centros de servicios, su propósito es saber si se continua o no trabajando en la misma forma como se venía haciendo. Es importante destacar que en el análisis costo-beneficio lo que se considera un beneficio para una persona (o grupo) puede no serlo para la sociedad en su conjunto y en este método se asume la perspectiva de la sociedad como un todo.

La evaluación económica en Salud, es un análisis comparativo de cursos alternativos de acción en términos de sus **costos** y **resultados**, con la finalidad de orientar la toma de decisiones sobre la base de la eficiencia. Las principales formas de estas evaluaciones son los estudios de impacto económico o costo de enfermedad (sólo examina costos); el análisis de costo-utilidad (observa si la calidad de vida es el resultado más importante); el análisis de costo-beneficio (cuando es una intervención preventiva) y el análisis de costo-efectividad, en todos los demás casos.

➤ **Costo Efectividad (C/D):**

Es una forma de análisis económico que compara los costos relativos con los resultados (efectos) de dos a más cursos de acción. El análisis de costo-efectividad es distinto del análisis de costo beneficio, que asigna un valor monetario a la medida del efecto. El análisis de costo-efectividad es de uso frecuente en el ámbito de los servicios de salud, donde puede ser inapropiado monetizar el efecto sobre la salud normalmente, el ACE se expresa en términos de una relación donde el denominador es una ganancia en la salud en cierta medida (años de vida, nacimientos prematuros evitados, vista-años ganados) y el numerador es el costo asociado con el aumento de la salud. La medida de resultado más utilizada son los años de vida ajustados por calidad (AVAC).

➤ **Costo Real (C/D):**

Constituido por el conjunto de gastos efectivamente incurridos por la empresa o unidad organizativa en determinado periodo de tiempo. Comprende los gastos ocasionados para garantizar la producción de bienes materiales y servicios prestados expresados en forma monetaria y que incluye fundamentalmente el valor de los objetos de trabajo insumidos, el trabajo vivo expresado como salario y los gastos relacionados con la depreciación de los activos fijos tangibles.

➤ **Credibilidad. (P):**

La credibilidad es aquella característica de las situaciones, que hacen que éstas, sean creíbles. Cuando decimos que observamos la credibilidad de algo, estamos haciendo una medición de lo que puede ser creíble y lo que no, frente a una serie de ejemplos de referencia para ejecutar una comparación al respecto.

El término procede del vocablo latino **CREDIBILIS**, el cual hace referencia a la capacidad de ser creído. No está vinculado a la veracidad del mensaje, sino a los componentes objetivos y subjetivos que hacen que otras personas creen (o no) en dichos contenidos. Para tener credibilidad, la persona o la información deben generar confianza en los demás. Sin embargo, es importante recordar que la base de la credibilidad debería ser siempre la honestidad, dado que ninguna persona logra construir un círculo de amigos que dure toda la vida si intenta sustentarlo con mentiras y falsedad.

La credibilidad a su vez está estrechamente relacionada con la capacidad que tenga alguien de convencer a otros, de este modo, el ser humano puede tener el poder de trabajar en su credibilidad a fin de dar a entender un mensaje correctamente.

No importa lo mucho que alguien haya conseguido influenciar a su entorno, si se descubre que no ha sido honesto, su estructura probablemente se desmoronará y desaparece.

En algunas profesiones y oficios, la credibilidad es un valor imprescindible, se basa en la confianza y en el conocimiento veraz del funcionamiento de las instituciones y de sus directivos y gestores.

➤ **Crisis. (C/D):**

Disturbio en situación coyuntural, provocado o precipitado por un problema percibido o un obstáculo hacia una meta importante, que provoca un desbalance interno para el cual no son suficientes los mecanismos disponibles que se han utilizado en momentos similares de resolución. La crisis demanda de un tipo de intervención inmediata, que plantea al menos la posibilidad de la reconceptualización y la recomposición de los elementos que la configuran. La crisis social, es una situación de desafío y enjuiciamiento que una estructura social se plantea en su normal desarrollo, con una categoría y tipo de problemas que no puede resolver sin transformarse y debe decidir tomar un nuevo camino.

➤ **Cultura. (C/D):**

El término cultura, que proviene del latín **CULTUS**, hace referencia al cultivo del espíritu humano y de las facultades intelectuales del hombre. La cultura ha sido asociada a la civilización y al progreso. En general, la cultura es el conjunto de formas y expresiones que caracterizarán en el tiempo a una sociedad determinada. Por el conjunto de formas y expresiones se entiende e incluye a las costumbres, creencias, prácticas comunes, reglas, normas, códigos, vestimenta, religión, rituales y maneras de ser que predominan en el común de la gente.

Para la **UNESCO**, la cultura permite al ser humano la capacidad de reflexión sobre sí mismo, a través de ella, el hombre discierne valores y busca nuevas significaciones. Al mencionar la palabra cultura se está haciendo alusión a un conjunto amplio de conocimientos referidos a un ámbito concreto.

Se puede hablar de cultura desde un enfoque personal, gremial o colectivo y también como idea referida a una globalidad de valores compartidos por una comunidad.

➤ **Decisiones Estratégicas (D):**

Normalmente son responsabilidad de la alta dirección, y se suelen tomar después de haberse estudiado concienzudamente; comprometen una cantidad sustancial de recursos, generan y orientan una cascada de posteriores decisiones, son complejas, es difícil estructurarlas, no son

rutinarias, en cuanto que se toman muy de cuando en cuando, pero que determinan el futuro de la organización a medio y largo plazo.

➤ **Decisiones Operativas (D):**

Son las relacionadas con las actividades corrientes de la organización. Sus características son las opuestas a las anteriores, como lo es su situación en la pirámide. El grado de repetitividad es elevado: se traducen a menudo en rutinas y procedimientos automáticos, por lo que la información necesaria es fácilmente disponible. Los errores se pueden corregir rápidamente y a que plazo de manifestación es muy corto y las sanciones son mínimas.

➤ **Decisiones Tácticas (D):**

Tratan de asignar eficientemente los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados a nivel estratégico. Sus características son algo difuminadas en relación con las anteriores, pueden ser repetitivas y el grado de repetición es suficiente para confiar en precedentes (en la medida en que el sistema subyacente sigue siendo el mismo). Sus consecuencias suelen producirse en un plazo no largo de tiempo y son generalmente reversibles. Los errores no implican sanciones muy fuertes a menos que se vayan acumulando.

➤ **Descentralización. (C):**

Proceso de reorganización del Estado y transferencia gradual de competencias originalmente concentradas en el Gobierno central a otras esferas territoriales de gobierno bien sean éstas Estados federales, gobiernos regionales, provinciales o municipales. La descentralización es la transferencia de autoridad y responsabilidad para el ejercicio de funciones públicas desde el gobierno central a gobiernos intermedios y locales o a organismos de gobierno casi independientes y/o al sector privado. Es un concepto complejo y multifacético. La descentralización exitosa está estrechamente ligada al cumplimiento de los siguientes principios como son: funciones acompañadas de una clara asignación de recursos; proceso de toma de decisiones bien informado; observancia de las prioridades locales; y la “accountability”.

➤ **Demanda. (C/D):**

La noción de demanda hace referencia a una solicitud, petición, súplica o pedido. Aquel que demanda solicita que se le entregue algo. Puede demandarse objetos materiales como alimentos, vivienda o ropa o pueden demandarse objetos inmateriales como salud, justicia o trabajo.

Se refiere al número de prestaciones que socialmente y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido.

Implica traducir las necesidades en salud de una población en solicitudes de prestaciones de salud.

➤ **Demanda Sanitaria. (C):**

Esta representada por las preferencias que tienen las personas en el modo de resolver a sus necesidades sanitarias. En el ámbito sanitario y como criterio de asignación de recursos, representa la expresión de las preferencias de los individuos en forma de su disposición a pagar a cambio de recibir servicios sanitarios y satisfacer así su utilidad individual a través de sistema de mercado. Los factores que fundamentalmente inciden en la demanda sanitaria son factores demográficos, es decir los que dependen de la edad de la población y de su distribución en áreas concretas.

➤ **Demandas Reales en Salud (C/D):**

Cantidades máximas de un bien o servicio sanitario que los consumidores o pacientes utilizan en un periodo dado, para resolver sus necesidades o problemas de salud. La demanda potencial es el límite superior de la demanda real que se ha de estimar para el supuesto en que la demanda real sea utilizada al máximo.

➤ **Derecho a la Salud. (P):**

Es la responsabilidad del estado de crear y proveer las condiciones que le permitan a las personas estar lo más saludable posible. Esas condiciones incluyen medio ambiente sano, alimentación inocua y nutritiva, vivienda digna, condiciones laborales con seguridad y la disponibilidad de servicios de salud accesibles, oportunos, aceptables, asequible y de calidad satisfactoria.

➤ **Derecho Humano. (P):**

Son el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de la persona que son intransferibles, irrevocables, indivisibles e irrenunciables, interdependientes sin distinción de nacionalidad, residencia, sexo, raza, religión, lengua y etnia.

➤ **Desarrollo Sostenible. (C):**

Aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Incorpora numerosos elementos y sectores, incluido el sector sanitario, que deben contribuir a lograr dicho desarrollo.

➤ **Desastres Naturales. (C):**

Acontecimiento repentino o de rápido desarrollo en el curso normal de la vida y ocasiona peligrosos daños, enfermedades, muerte, pérdidas materiales y otras privaciones graves a un gran número de personas.

La observación sistemática de los efectos de los desastres naturales sobre la salud humana, permitió llegar a conclusiones muy distintas en lo que se refiere a los efectos de los desastres sobre la salud. El término “desastre” suele aplicarse al fenómeno natural (por ejemplo, un huracán o un terremoto) combinado con sus efectos nocivos (por ejemplo, la pérdida de vidas o la destrucción de edificios).

➤ **Determinante de la Salud. (C):**

Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, es decir, las diferencias injustas y evitables, observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En sentido amplio, los determinantes sociales de la salud, condicionados históricamente, incluyen:

a) los sistemas económicos, políticos y jurídicos pasados y presentes de una sociedad, sus recursos materiales y tecnológicos, y su cumplimiento de las normas y prácticas acordes con las normas y estándares internacionales de los derechos humanos.

b) sus relaciones externas, políticas y económicas, con otros países, implementadas a través de interacciones entre los gobiernos, las organizaciones políticas y económicas internacionales y las organizaciones no gubernamentales.

➤ **Diagnóstico de Infraestructura. (C):**

El concepto diagnóstico incluye en su raíz el vocablo griego ‘gnosis’, que significa conocimiento. Mientras que la infraestructura es el conjunto de elementos o servicios que están considerados como necesarios para que una organización pueda funcionar o para que una actividad se desarrolle efectivamente en relación con los objetivos.

El diagnóstico de infraestructura es el procedimiento ordenado, sistemático, para obtener conocimiento de cómo se encuentran todos los elementos o servicios necesarios en una organización donde desarrolla sus actividades y evaluar su capacidad de funcionamiento. Este proceso implica observaciones, datos concretos, evaluación y valoración de las acciones dentro del área evaluada.

➤ **Diagnóstico en Salud. (C/D):**

El diagnóstico de salud lo constituye el conocimiento de la situación de salud de una comunidad y de los factores que la condicionan, de cuya precisión depende la calidad del tratamiento de la salud de la comunidad, la familia y el individuo. Se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico biológico, higiénico epidemiológico y social para la identificación de los problemas de salud. Es la medición del estado de salud de la población, en un momento determinado, por medio de los indicadores de salud. Debe expresar los fenómenos de forma cuantitativa y elegir criterios definidos para identificar y medir la importancia de cada problema de salud.

De acuerdo con el concepto ecológico de salud, el diagnóstico debe referirse a la comunidad que vive en una localidad o asentamiento humano con características geográficas, económicas, culturales, sanitarias, etc., suficientemente homogéneas, que configuren una unidad ecológica, lo cual constituye el sujeto de programación.

➤ **Economía de la Salud (D):**

Rama de la economía cuyo objeto de estudio es el consumo y cuidado de la salud (como bien económico), a través de las técnicas, conceptos y herramientas propias de la economía. Esta disciplina investiga, entre otros, la eficacia, la efectividad, valor y comportamiento de los tratamientos y políticas de salud. La economía de la salud es la aplicación de la teoría económica a los fenómenos y problemas asociados con la salud. Entre otros asuntos incluye el significado y medida de los estados de salud, la producción de los servicios sanitarios, la demanda por salud y por servicios de salud, análisis de costo efectividad y de costo beneficio; salud territorial, seguros de salud, mercados de servicios de salud, financiamiento, costeo de enfermedades, evaluación de opciones en los servicios de salud, planeamiento de recursos humanos, la oferta de las industrias conexas, equidad y determinantes de la inequidad en el uso de los servicios de salud, gestión económica de hospitales, presupuestos; asignación territorial de recursos, métodos de remuneración al personal y análisis comparativo de sistemas.

➤ **Efectividad. (D/C/P):**

Consiste en la medición del grado en que una forma eficaz de intervención puede aplicarse o ponerse a disposición de todos los miembros de un grupo definido que podría resultar beneficiado. Es una medida del grado en que se han logrado los objetivos deseados de una intervención (sus objetivos específicos).

➤ **Eficacia. (D/C/P):**

Es la capacidad de la ciencia y la tecnología para lograr un resultado favorable en casos individuales, con independencia de los recursos o insumos necesarios.

Consiste en determinar objetivamente que una forma de intervención, preventiva, diagnóstica, curativa o restaurativa, es más útil y beneficiosa que inútil o perjudicial para alcanzar la finalidad preconizada, o que es más eficaz que el tipo de intervención que reemplazará, o que en realidad es mejor que no hacer nada.

La probabilidad de beneficio que pueda proporcionar a los individuos la aplicación de determinada tecnología en condiciones ideales de uso. Es la capacidad para obrar o para producir el efecto deseado. Es el grado o extensión en que una intervención muestra mayores beneficios que daños bajo circunstancias ideales.

➤ **Eficiencia de Salud, Sanidad, Atención. (C/P/D):**

La eficiencia de salud es una dimensión del desempeño que resalta el grado de relación entre los resultados de la atención o intervención sanitaria que se presta y los recursos utilizados.

Consiste en la medición del grado en que se puede alcanzar un nivel determinado de efectividad con un costo mínimo de personal, de recursos y fondos.

Es la relación costo-beneficio por la que se obtiene la mejor calidad al menor costo posible. Expresa los resultados finales obtenidos en relación con los costos en términos de dinero, recursos y tiempo. Es la relación numérica entre la magnitud del logro del objetivo propuesto y la utilización de los recursos programados para ello.

➤ **Eficiencia del Sistema de Salud. (C):**

Es la capacidad de lograr un resultado sin malgastar energía, recursos, esfuerzos, tiempo o dinero. Por lo tanto, es la medida en la que se logran los objetivos, minimizando el uso de los recursos (es decir, obteniendo el mejor valor posible para los recursos utilizados).

Una mayor eficiencia se logra cuando la misma cantidad y calidad de los servicios o bienes se producen a un menor costo, es decir, equivale a sustituir actividades de mayor utilidad al mismo costo o eliminar actividades innecesarias.

➤ **Empresas Públicas (D):**

Son aquellas entidades que dentro del Sector Público se encargan de producir, vender o comercializar bienes y servicios en gran escala. Estas empresas pueden fijar sus precios más bajos que el costo total de producción, o seguir políticas para el bienestar del productor o consumidor. Las empresas públicas tienen patrimonio propio y plena capacidad jurídica para contraer compromisos con terceros, pudiendo decirse que la aprobación de su presupuesto y la fiscalización de la Contraloría General de la República, son los únicos vínculos con la administración financiera del Estado. Estas características de amplia capacidad en el manejo de sus activos y pasivos contrastan con la de las empresas adscritas, las cuales para ejecutar sus gastos dependen de las partidas que se les asignen en el Presupuesto Nacional. Finalmente, el límite entre el sector público y el privado se definió en términos de la propiedad de la empresa. En tal sentido se considera que las entidades públicas o los entes privados, son propietarios de una empresa, si poseen la mayoría de las acciones u otras formas de participación en el capital o en los activos netos de la empresa.

➤ **Epidemiología. (C/D):**

Ciencia y método de raciocinio inductivo que se utiliza en la investigación y solución de problemas de salud que conciernen a la comunidad.

Es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

Es una disciplina esencialmente sistémica, que descansa en entender los fenómenos de salud-enfermedad en su integridad, en su diversidad, en sus particularidades y en su dinamismo. Esto significa que la utilización del enfoque de sistema, no sólo es un aliado natural de la epidemiología, sino que extiende significativamente las posibilidades de la propia epidemiología para influir en alcanzar las metas de salud.

➤ **Equidad. (P/D/C):**

La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

Es la distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos por lo cual se define la equidad horizontal como dar los recursos iguales a iguales necesidades y la equidad vertical como dar los recursos diferentes a necesidades diferentes.

Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el *estado de salud*. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc.

En tales casos, las desigualdades en cuanto al *estado de salud* surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades de la vida.

Se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales.

➤ **Estado de Fuentes y Uso de Fondos (C/D):**

Llamado también, origen y aplicación de recursos, estados de cambio en la posición financiera o flujo de fondos, es una valiosa herramienta de análisis, tanto para la determinación del diagnóstico de la situación, como para las proyecciones financieras de la empresa

➤ **Estabilidad Laboral. (C/D):**

Se entiende como el derecho que tiene el trabajador de permanecer en su empleo y de no ser despedido salvo cuando sobrevengan circunstancias previamente señaladas en la ley, como causa justa.

Este derecho tiene por finalidad lo siguiente: otorgar el carácter de *PERMANENCIA* a la relación de trabajo, proteger al trabajador contra los despidos arbitrarios, proporcionar al trabajador mejores garantías para defender otros derechos, proteger al trabajador contra la inseguridad de sus ingresos, entre otros.

La Estabilidad Laboral es importante porque la misma otorga un carácter permanente a la relación de trabajo y garantiza que el trabajador no será despedido sin justa razón y de manera arbitraria por parte del empleador.

➤ **Estrategia. (C):**

La palabra estrategia deriva del latín *STRATEGÍA*, que a su vez procede de dos términos griegos: *STRATOS* (ejército) y *AGEIN* (conductor, guía). Por lo tanto, el significado primario de estrategia es el arte de dirigir las operaciones militares.

El concepto también se utiliza para referirse a un plan que especifica una serie de pasos o de conceptos nucleares que tienen como fin la consecución de un determinado objetivo. Se compone de una serie de acciones planificadas que ayudan a tomar decisiones y a conseguir los mejores resultados posibles. La estrategia está orientada a alcanzar un objetivo siguiendo una pauta de actuación.

➤ **Evaluación de Desempeño. (C/D):**

Es un instrumento que se utiliza para comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos a nivel individual. Este sistema permite una medición sistemática, objetiva e integral de la conducta profesional y el rendimiento o el logro de resultados, es decir lo que las personas son, hacen y logran.

Es un proceso completo que abarca desde la determinación de las principales responsabilidades del puesto y los principales compromisos especiales, al inicio del período de evaluación, el seguimiento continuo de su cumplimiento, hasta la evaluación formal de los mismos que se realiza una vez al año.

Es útil para determinar la existencia de problemas en cuanto se refiere a la integración de un empleado en la organización. Identifica los tipos de insuficiencias y problemas del personal evaluado, sus fortalezas, posibilidades, capacidades y los caracteriza.

Consiste en la revisión periódica y formal de los resultados de trabajo, que se efectúa de manera conjunta entre jefe y colaborador. Su valor principal reside en el hecho de que es un instrumento para que los jefes inmediatos de todos los niveles mantengan una comunicación sistemática con sus colaboradores, respecto a la forma en que se van cumpliendo los objetivos y metas de trabajo previamente acordados.

➤ **Factores de Riesgo. (C):**

Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados, o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.

Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes se pueden mencionar a la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

➤ **Factibilidad (C/D):**

Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas. La factibilidad económica se refiere a que se dispone del capital en efectivo o de los créditos de financiamiento necesario para invertir en el desarrollo del proyecto, mismo que deberá haber probado que sus beneficios a obtener son superiores a sus costos en que incurrirá al desarrollar e implementar el proyecto o sistema; tomando en cuenta la recesión económica y la inflación para determinar costos a futuro.

➤ **Farmacoeconomía. (D):**

Análisis comparativo de alternativas farmacológicas en términos de costes y resultados en salud.

➤ **Fideicomiso (D):**

Es un contrato en virtud del cual una o más personas (fideicomitente/s ó fiduciante/s) transmiten bienes, cantidades de dinero o derechos, presentes ó futuros, de su propiedad a otra persona (una persona física o persona jurídica, llamada fiduciaria) para que ésta administre o invierta los bienes en beneficio propio o en beneficio de un tercero, llamado beneficiario, y se transmita, al cumplimiento de un plazo o condición, al fiduciante, al beneficiario o a otra persona, llamada fideicomisario.

➤ **Financiamiento. (D):**

Función de un sistema de la salud que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individual o colectivamente, en el sistema de salud. (OMS, 2000)

➤ **Fiscalización. (C/D):**

Es un mecanismo de control que tiene una connotación muy amplia. Se entiende como sinónimo de inspección, de vigilancia, de seguimiento de auditoría, de supervisión, de control y de alguna manera de evaluación, pues evaluar es medir y la medición implica comparar. Se busca cuidar y comprobar que se proceda con apego a la ley y a las normas establecidas.

La fiscalización consiste en examinar una actividad para comprobar si cumple con las normativas vigentes.

En el sector privado, la fiscalización puede ser decretada por el Estado (para comprobar si una empresa cumple con la ley) o de manera interna por las propias compañías (para controlar los balances, el stock y destino de las mercaderías).

En el sector público, la fiscalización implica controlar las actividades del Estado para confirmar que se ajusten a los principios de legalidad y eficiencia. Los contratos establecidos por la administración pública y el uso del patrimonio estatal están entre los factores que suelen ser sometidos a fiscalización.

➤ **Fragmentación del Sistema de Salud. (C):**

Coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. Existencia de servicios que no cubren toda la gama de servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo y muchas veces son servicios de distintos niveles de atención y complejidad, que no se coordinan entre sí.

➤ **Focalización (C):**

Es dirigir el interés o los esfuerzos que se encuentran al alcance de la mano hacia un centro o foco determinado con la misión de conseguir determinados resultados.

➤ **Fuente de Ingresos (C):**

Conjunto de rentas que recibe el estado por los ciudadanos. Conjunto de rentas recibidas por los ciudadanos. Cantidades que recibe una empresa por la venta de sus productos o servicios.

➤ **Función de Regulación. (C):**

Regulación en salud, es la capacidad institucional para desarrollar el marco regulatorio con el fin de proteger la salud pública y su fiscalización. Es la capacidad de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a fomentar el desarrollo de entornos saludables y proteger a los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

➤ **Función Normativa. (C):**

Ejercer la función normativa en salud implica la emisión de normas como expresión de la función regulatoria, para controlar y resolver los problemas de salud pública. Estas normas deben responder al qué hacer, cómo debe ser y cómo hacer. La emisión de normas obedece a los principios del cumplimiento obligatorio, de la aplicación nacional, base científico-técnica, viabilidad operativa, concordancia con la realidad, defensa del bien público en salud y coherencia político-sanitaria.

➤ **Gasto Corriente (C/D):**

Comprende las erogaciones destinadas a las operaciones de producción de bienes y prestación de servicios, tales como gastos de consumo y gestión operativa, servicios básicos, prestaciones de la seguridad social, gastos financieros y otros. Están destinados a la gestión operativa de la entidad pública durante la vigencia del año fiscal y se consumen en dicho periodo.

➤ **Gasto de Bolsillo. (C):**

Se refiere a todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que la población, se beneficia del servicio de salud.

Incluye a los medicamentos, insumos y dispositivos médicos, lentes ópticos, aparatos ortopédicos y terapéuticos, consulta médica, intervención médica en operaciones, honorarios

de otros profesionales, servicio dental, análisis y servicios de laboratorio, servicios de radiología, servicio de hospitalización, servicio de emergencia móvil, medicina alternativa y tradicional y gastos en seguros de salud por cotizaciones voluntarias, entre otros.

El gasto de bolsillo en salud se refiere al que realizan las familias, aún si contribuyen a la seguridad social y tienen seguros privados de salud. A dicho gasto se le nombra de esa forma pues se considera como un gasto inesperado proveniente de ahorros, préstamos o venta de activos. Cuando el gasto excede 40% del ingreso disponible (ingreso restante después del gasto familiar en alimentos) se considera como un **gasto catastrófico**, pues pone en riesgo la viabilidad económica y financiera del hogar.

En la literatura especializada se considera que el gasto de bolsillo en salud, especialmente el catastrófico, es causa de empobrecimiento en la población. Este acercamiento es intuitivamente correcto si consideramos que la salud es un bien absoluto no intercambiable y que racionalmente busca ser preservado.

➤ **Gasto de Capital (C/D):**

Total de las asignaciones destinadas a la creación de bienes de capital y conservación de los ya existentes, a la adquisición de bienes inmuebles y valores por parte del estado, así como los recursos transferidos a otros sectores para los mismos fines que contribuyen a acrecentar y preservar los activos físicos, patrimoniales o financieros de la nación.

➤ **Gasto en Salud. (C):**

Valor promedio por persona de la suma del gasto público y privado en bienes y servicios por el cuidado de la salud para una determinada economía nacional, en un periodo dado de tiempo, usualmente un año, expresado en dólares estadounidenses corrientes.

El gasto nacional en salud incluye todos los gastos de un país con bienes y servicios para la atención de la salud.

El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud pública, investigación aplicada en salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no el suministro de agua y servicios sanitarios.(68.4% para Panamá, año 2013)

El gasto público en salud comprende el gasto recurrente y de capital proveniente del presupuesto público (central y local), el endeudamiento externo, las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud social obligatorio.

El gasto privado en salud incluye pagos y copagos de bolsillo de las familias por servicios formales e informales de salud, medicamentos, prótesis y seguros privados de salud; donaciones caritativas y gastos de las empresas con servicios y seguros de salud para sus empleados.

➤ **Gasto per cápita en Salud (D/C):**

Gasto total en salud es la suma de los gastos de salud públicos y privados, como proporción de la población total.

➤ **Gasto Público Social per cápita (C/D):**

Valor promedio que se le asigna a cada habitante del país, del total invertido en Gasto Público Social durante una vigencia fiscal.

➤ **Gasto Social (C/D):**

Aquel cuyo objetivo es la solución de las necesidades básicas insatisfechas en salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda, y las tendientes al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población, programado tanto en funcionamiento como en inversión.

➤ **Gestión Contable (C/D):**

Mecanismo útil para el registro y control de los movimientos financieros de la institución, obteniendo de esta manera un incremento en la productividad y un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Es un modelo que es complementado con un sistema de información que ofrece compatibilidad, control y flexibilidad, acompañado con una correcta relación entre costo y beneficio.

➤ **Gestión Económica (C/D):**

Procedimientos establecidos para la ejecución de los presupuestos de ingresos y gastos, ajustados a los principios de legalidad, eficacia y economía.

➤ **Gestión Financiera (C/D):**

Consiste en administrar los recursos institucionales para asegurar que serán suficientes para cubrir los gastos para el adecuado funcionamiento. Analiza y toma decisiones sobre las necesidades financieras de la institución tratando de utilizar los recursos financieros óptimos para la consecución de los objetivos sociales.

➤ **Gestión Normativa y Legal (C/D)**

Constituye un proceso transversal que brinda sustento a la gestión institucional y tiene como objetivo apoyar a los procesos institucionales con la gestión documental y el cumplimiento de requerimientos de tipo legal y acciones de orden jurídico.

➤ **Gestión Operativa (C/D)**

Llamada también "Gestión hacia abajo" que realiza el directivo público hacia el interior de su organización para aumentar su capacidad de conseguir los propósitos de sus políticas.

Abarca los cambios en la estructura de la organización y en el sistema de roles y funciones, la elección de personal directivo y asesor de mediano nivel, los procesos de capacitación del personal de planta permanente, la mejora continua del funcionamiento de la organización con su actual tecnología y la introducción de innovaciones técnicas acordes con los proyectos en curso.

➤ **Género. (C/D):**

El concepto de género hace referencia a una clasificación de individuos o cosas en las que los mismos pueden ser ordenados según sus rasgos o características particulares que los caractericen.

En las ciencias sociales el término género adquiere otro tipo de definición. En este caso se lo entiende al género como el conjunto de elementos determinados por las sociedades con respecto a la sexualidad de los individuos, es decir que se clasifica a las personas en género masculino o femenino.

A lo largo de la historia este concepto ha sufrido grandes cambios y se la ha interpretado de diversas maneras.

Hoy en día se concibe al género como una manera en que cada una de las personas se define, sin importar que su genitalidad haga referencia al sexo femenino o masculino.

En la actualidad, en el ámbito de las ciencias sociales, se habla del género como una construcción de las sociedades, sin ninguna base genética o biológica, donde se determinan muchos de los roles que se cumplirán en una sociedad.

➤ **Gobernanza. (C/D):**

Tiene que ver primordialmente con el proceso de crear una visión y misión de la organización, además de definir las metas y los objetivos que debe cumplir para lograr la visión y la misión. Se refiere a qué es lo que será y qué es lo que hará la organización.

La gobernanza incluye la articulación de la organización con sus integrantes y con las políticas que derivan de sus valores. Las políticas tienen relación con las opciones que sus miembros deben hacer de modo que logren los resultados deseados.

Incluye también la puesta en marcha de la gestión necesaria para lograr esos resultados y la evaluación del desempeño de los gerentes y de la organización.

La Gobernanza en salud, se refiere a la participación de los actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles.

➤ **Gratuidad. (C/D):**

Es una característica de lo que es gratuito o que no cuesta dinero. Se refiere al uso que se hace de una cosa sin tener que pagar nada por ello.

En Panamá, el Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, ordena la gratuidad en la prestación del servicio y asistencia de la maternidad, en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Este Decreto Ejecutivo, en su artículo 1 ordena la gratuidad en la atención preventiva y asistencia médico curativa y social de toda mujer en situación de pobreza y pobreza extrema, debidamente comprobada, durante el embarazo, parto y puerperio, en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.

➤ **Gravámen (C/D)**

Es una carga (obligación, impuesto o tributo que se aplica a un inmueble, a un caudal o a un bien y al uso que se hace de estos). Se conoce como tipo de gravamen a la tasa que se aplica a la base imponible y que supone la cuota tributaria. Esta tasa puede ser fija o variable y se expresa a través de un porcentaje. Puede decirse, en general, que el gravamen es un impuesto que grava los ingresos y las utilidades. Se trata de una carga que se impone a la persona o a un bien. El impuesto a la renta es un gravámen.

➤ **Homologación de Condiciones de Trabajo. (C):**

La homologación es un concepto ampliamente utilizado en diferentes contextos para referirse a la equiparación de dos cosas, especificaciones, características o documentos.

En el ámbito del trabajo se incluye la equiparación de las condiciones de trabajo, igualdad de reglas, normas y reglamentos que ordenan el funcionamiento de una entidad u organización, evaluando las condiciones laborales y la estructura de la organización.

➤ **Humanización. (P/D):**

Es poner en práctica los valores éticos que conducen nuestra conducta, hacia el ámbito de la salud, procurando tratar a las personas con dignidad y respeto fundamentado en modelos centrados en la persona, que a su vez producen políticas, programas, proyectos, estrategias, que conduzcan hacia el cuidado del ser humano de forma integral y con trato digno.

➤ **Idoneidad. (C):**

Evidencia práctica de capacidades, conocimientos, habilidades necesarias y cualidades personales para el desempeño eficiente de un puesto u ocupación.

➤ **Impactos. (C):**

El término impacto, se utiliza para hacer referencia a algún tipo de choque o golpe que ocurre entre dos o más partes.

También se refiere a todas las situaciones que no implican choques, pero son el resultado del efecto de determinados fenómenos sobre la realidad. En este caso, se aplica este concepto, al impacto o efectos que tendría sobre la población, la aplicación de ciertas medidas políticas, económicas o sociales que la afectarían positiva o negativamente.

➤ **Impuesto (C/D):**

Es una clase de tributo (obligaciones generalmente pecuniarias a favor del acreedor tributario) regido por derecho público. Se caracteriza por no requerir una contraprestación directa o determinada por parte de la administración hacendaria (acreedor tributario). Los impuestos en la mayoría de las legislaciones surgen exclusivamente por la "potestad tributaria del Estado", principalmente con el objetivo de financiar sus gastos. Su principio rector, denominado "Capacidad Contributiva", sugiere que quienes más tienen deben aportar en mayor medida al financiamiento estatal, para consagrar el principio constitucional de equidad y el principio social de la libertad.

➤ **Indicador Económico (C/D):**

Es un dato estadístico sobre la economía que permite el análisis de la situación y rendimiento económico pasado y presente así como realizar pronósticos para el futuro. Una de las aplicaciones de los indicadores económicos más destacada es el estudio de los ciclos económicos. Los indicadores económicos incluyen varios índices e informes de gastos y ganancias, por ejemplo, el Índice de desempleo, el Índice de Precios al Consumo, (que es una medida para la inflación), Producción Industrial, Producto Interno Bruto PIB, etc.

➤ **Indicador Financiero (C/D):**

También llamado índice financiero es una relación entre cifras extractadas de los estados financieros y otros informes contables, con el propósito de reflejar en forma objetiva el comportamiento de la organización. Refleja en forma numérica, el comportamiento o el desempeño de toda una organización o una de sus partes. Al ser comparada con algún nivel de referencia, el análisis de estos indicadores puede estar señalando alguna desviación sobre la cual se podrán tomar acciones correctivas o preventivas según el caso. Los indicadores financieros frecuentemente usados son: Indicador de Liquidez, Indicador de Endeudamiento, Indicador de Actividad, Índice de Apalancamiento y otros.

➤ **Ingreso (C/D):**

Tiene dos acepciones básicas. Las cantidades que recibe una empresa por la venta de sus productos o servicios (ingresos empresariales), y el conjunto de rentas recibidas por los ciudadanos.

➤ **Ingresos Corrientes (C/D):**

Comprende toda entrada proveniente de Impuestos, Seguro Educativo, Valorización y Fondos de Gestión y pagos con contraprestación o sin ella, que no provenga de donaciones de activos o de la venta de tierra, activos intangibles, existencias o activos de capital fijo.

➤ **Ingresos de Capital (C/D):**

Proviene de la venta de bienes de larga duración o activos, como inmuebles, terrenos, maquinarias, edificios, vehículos, entre otros, que son del Estado. Venta de intangibles como

los derechos de autor, propiedad intelectual, de recuperación de inversiones y de la recepción de fondos como transferencias o donaciones.

➤ **Instituciones de Gobierno Central (C/D):**

En este grupo se incluyen los diferentes Poderes y Órganos que constituyen el Estado Panameño, de acuerdo con la Constitución y las leyes que regulan la organización y funcionamiento del mismo. Por lo tanto, este grupo tiene la siguiente cobertura: Órgano Legislativo, Órgano Ejecutivo, Órgano Judicial, Organismos Independientes. Los elementos que caracterizan la administración financiera de este grupo, podrán sintetizarse en los siguientes aspectos: 1) Los recursos le son asignados a través del Presupuesto Nacional. 2) Están sujetos al control previo del gasto y a la fiscalización de la Contraloría General de la República. 3) Responden a normas generales y a escalas de remuneraciones comunes, en lo relativo a la administración de personal a través del Tesoro Nacional, salvo el manejo de Cajas Menudas y Fondos Rotativos. 4) Están sujetos a un sistema centralizado de pagos.

➤ **Instituciones Descentralizadas (C/D):**

Este sector agrupa las instituciones y organismos que prestan labores o servicios de utilidad pública, ya sea por delegación del Poder Central, de las leyes o de la propia Constitución. En general, puede decirse que las instituciones que componen esta área producen bienes o servicios que no compiten en el mercado; por lo tanto, estarían llenando una necesidad pública que corresponde satisfacer el Estado, si se desea que su oferta pueda llegar a todos los ámbitos de la comunidad. Dado que estas instituciones están al margen del juego del mercado, se las suele clasificar de acuerdo al propósito para el cual fueron creadas. Este propósito u objetivo de la institución vendría a constituir el giro de su actividad, si su finalidad económica fuese la de producir utilidades. Generalmente, una parte substancial de sus ingresos proviene de transferencias de otros organismos del sector público; pero estos recursos los administran independientemente de los sistemas que emplea el Gobierno Central, teniendo por ejemplo, su propio sistema de pagos y de adquisiciones; en todo caso, están sujetas a la aprobación de sus presupuestos por parte del Consejo de Gabinete y la Asamblea Nacional, y a la fiscalización que ejerce la Contraloría General de la República.

➤ **Intermediarios Financieros (C/D):**

Se utiliza este término de intermediario para destacar que se trata de entidades del Estado dedicadas principalmente a la aceptación de depósitos a la vista, a plazo o de ahorro, que incurren en pasivos y adquieren activos financieros en el mercado. Este grupo resulta muy amplio, por lo cual es conveniente desagregarlo conceptualmente para facilitar la clasificación de las diversas instituciones, de esta área. Los subsectores que pueden diferenciarse son los siguientes: a) Instituciones Monetarias, b) Compañías de Seguros y Fondos de Pensiones y c) Otras Instituciones Financieras.

➤ **Incentivos. (C):**

Un incentivo es un estímulo que tiene como objetivo motivar a los trabajadores, incrementar la producción y mejorar el rendimiento.

Se pueden traducir los incentivos en premios o gratificaciones económicas que se le ofrece o entrega a una persona por los resultados del trabajo realizado o los resultados que se esperan obtener, con el trabajo que se espera realicen.

El incentivo es la promesa de una compensación que también puede abarcar aspectos no financieros siempre condicionados a la medición del resultado de un trabajo o a la observancia de ciertas normas de conducta.

➤ **Individuo, Familia, Comunidad. (C/D):**

Individuo: Es un ser humano con el componente biopsicosocial en constante relación con su ambiente, impactado por éste y viceversa. Se considera perteneciente a una clase o grupo, considerada independientemente de las demás, en cierto modo único, en el que se le da la individualidad psicológica y física, indisolublemente unidas. En filosofía individuo es lo que no puede ser dividido, sin que pierda su carácter peculiar o su propia existencia.

Familia: En sentido estricto es un grupo que tiene sus fundamentos en lazos consanguíneos. Institución histórica y social, permanente y natural, compuesta por un grupo de personas ligadas por vínculos que emergen de la relación intersexual y de la filiación. Depende de la forma de organización social y de todo el contexto cultural donde se desenvuelva. Tiene funciones indispensables en la sociedad como son: La renovación y el crecimiento de la sociedad, a satisfacción de gran parte de las necesidades básicas del hombre, la socialización y educación de los individuos, la adquisición del lenguaje y la formación de los procesos fundamentales del desarrollo psíquico. Así mismo, es el grupo social en el que se satisfacen las necesidades afectivas y sexuales indispensables para la vida social de los individuos y donde se protegen las generaciones futuras. Es una unidad básica biopsicosocial, con leyes y dinámicas propias que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y

variaciones, sin perder la identidad como grupo primario de organización social mediante la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea.

Comunidad: Se trata de uno de los términos más usados en ciencias sociales y al mismo tiempo, de aplicaciones más diversas. Alude a lo que no es privativo de uno solo, sino que pertenece a varios. Desde el punto de vista sociológico es aquella organización social resultante de un proceso donde individuos o grupos comparten actividades objetivas comunes que posibilitan un sentido de pertenencia a ella y que pueden o no compartir un territorio común, caracterizada por fuertes lazos de solidaridad cooperación y ciertas garantías de pertenencia a ella, por tiempos que pueden ir hasta de generación en generación con el propósito de alcanzar determinados objetivos, satisfacer necesidades, resolver problemas o desempeñar funciones sociales relevantes a escala local.

Subgrupo que tiene muchas características de la sociedad, pero en pequeña escala y con intereses comunes menos amplios y coordinados. Implícitas en el concepto de “comunidad” encontramos un área territorial, un grupo considerable de conocimiento y contacto interpersonal y cierta base especial de cohesión que la separa de los grupos vecinos.

➤ **Infraestructura. (D):**

Son aquellos recursos humanos, materiales, estructuras organizativas y administrativas, políticas, reglamentaciones e incentivos, que facilitan una respuesta organizada, de los sistemas de salud en todos sus componentes, promocionales y preventivos, para los temas y desafíos de la *salud pública*.

➤ **Integración del Sistema. (C):**

Cambios en el sistema para unificar los esfuerzos institucionales que permitan mejorar la eficiencia de los recursos de financiamiento, de capacidad y de infraestructura de los servicios, involucrados en la prestación de los servicios de salud, mejorar la organización, gestión y provisión de los servicios, atendiendo las necesidades de toda la población de un país, sin disparidades innecesarias e injustas que afecten el ejercicio del derecho a la salud y el logro del nivel más alto de salud y bienestar posible. Toda integración, debe iniciar con un buen proceso de coordinación efectiva que permita valorar y evaluar los beneficios y limitaciones para subsanarlos antes de la integración.

➤ **Integralidad. (P/D):**

Consiste en realizar un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas, curativas, individuales y colectivas, en los diferentes grados de complejidad del sistema, donde los servicios deben estar organizados para realizar una atención ampliada de las necesidades de la población que atienden.

La integralidad tiene carácter incluyente, la cual tiene en cuenta a todos sus componentes, dándoles a todos la misma validez. Es decir, la integralidad radica en el reconocimiento del estar “incompleto”, aún cuando el todo pueda realizar sus funciones principales. El todo no es la suma de las partes, sino la articulación y correlación entre éstas.

De acuerdo con este principio, un ejemplo de integralidad ideal, serían las prestaciones de la seguridad social de un sistema ideal, las cuales deberían estar acordes a las necesidades de los colectivos que se pretende proteger. Las prestaciones no deberían quedarse en la protección de los riesgos clásicos (invalidez, vejez, muerte, enfermedad y maternidad), sino que deberían tener un crecimiento constante tendiente a detectar las diferentes necesidades sociales para la protección y satisfacer las diferentes necesidades de acuerdo a cada uno de los sectores protegidos, con beneficios adecuados establecidos, según las diferentes circunstancias.

➤ **Inversión en salud. (C):**

La inversión para la salud se refiere a aquellos recursos que se dedican explícitamente a la producción de *salud* y la *ganancia de salud*. Estos pueden ser invertidos por organismos públicos o privados y por los ciudadanos, a título individual o colectivo.

La inversión para la salud no está limitada a aquellos recursos que se dedican al suministro y uso de servicios sanitarios. Se puede incluir, por ejemplo, las inversiones que realizan los ciudadanos en educación, vivienda, el empoderamiento para la salud de las mujeres, o el desarrollo de la infancia.

Una mayor inversión sanitaria supone asimismo una reorientación de la distribución de los recursos existentes dentro del *sector sanitario* hacia la *promoción de la salud* y la *prevención de la enfermedad*.

Una proporción considerable de las inversiones para la salud son asumidas por los ciudadanos en el contexto de su vida cotidiana como parte de sus estrategias personales y familiares del mantenimiento de su salud.

➤ **Justicia Social. (P):**

La justicia social implica el compromiso del Estado para compensar las desigualdades que surgen en el mercado y en otros mecanismos propios de la sociedad.

El concepto de *justicia social* surgió a mediados del siglo XIX para referirse a la necesidad de lograr un reparto equitativo de los bienes sociales, pues en una sociedad con justicia social,

los derechos humanos son respetados y las clases sociales más desfavorecidas cuentan con oportunidades de desarrollo.

La justicia social es un valor, dado que se impone coactivamente, sin que pueda admitir actuaciones contrarias manifestadas bajo otros valores. Pretende llevar a cabo modernamente el principio clásico “**de dar a cada uno lo suyo**”, basándose en dos principios fundamentales: el de prestación y el de necesidad.

La justicia social ha puesto en función con mayor o menor éxito, los principios de distribución, igualdad, integración, asistencia y proteccionismo.

➤ **Largo Plazo (C/D)**

Lapso de tiempo que supera los diez años.

➤ **Libertad Gremial. (P):**

Gremio es un conjunto de personas que tienen un mismo ejercicio, profesión o estado social que se unen para un bien en común. Son organizaciones que suelen estar regidas por estatutos especiales y distintas ordenanzas y en algunas ocasiones se consideran como punto de partida para los sindicatos modernos, aunque sin jerarquías.

La libertad gremial es el derecho de actuación de estas organizaciones, en línea con sus estatutos y personería jurídica para el cumplimiento de las funciones detalladas en beneficio de sus agremiados.

➤ **Libertad Sindical (C/P):**

Los sindicatos son organizaciones creadas por los trabajadores para garantizar la defensa de sus salarios y condiciones de vida en general y disponer de una tribuna desde la cual hacer oír su voz sobre los problemas que se plantean en la sociedad a la cual pertenecen.

La libertad sindical es un derecho fundamental de los trabajadores y sus agrupaciones para organizarse y defender sus intereses comunes. Comprende todos los atributos de la libertad sindical, tanto en perspectiva individual como colectiva, garantizando la actividad previa y necesaria para constituir sindicatos, debiendo reconocerse sus pilares que son organización, regulación, representación, actuación, negociación, huelga y su objeto que es la defensa de los intereses comunes.

Es un derecho humano esencial reconocido al máximo nivel, a saber constitucional en armonía con los tratados vigentes en la materia que también están en dicho rango y por tanto gozan de supremacía.

➤ **Logística. (D):**

Logística es una red de medios, métodos e infraestructuras combinadas para garantizar el almacenamiento, el transporte y la entrega de bienes y servicios que permiten llevar a cabo la organización de una organización o de un servicio.

En las organizaciones, la logística implica tareas de planificación y gestión de recursos. Su función es implementar y controlar con eficiencia los materiales y los productos, desde el punto de origen hasta el consumo, con la intención de satisfacer las necesidades del consumidor al menor coste posible. La logística se puede definir “*como una función operativa que comprende todas las actividades y procesos necesarios para la administración estratégica del flujo y almacenamiento de materias primas y componentes, existencias en proceso y productos terminados, de tal manera, que éstos estén en la cantidad adecuada, en el lugar correcto y en el momento apropiado*”.

➤ **Macro análisis (Macro entorno) (C/D):**

Denominado también entorno lejano, es el conjunto de funcionamiento del Centro de Salud Público independiente derivado del hecho de que este actúa en un país, una región, una zona climática, un sistema político, jurídico y económico determinados. Un rasgo característico del macro entorno es que determina en gran medida las posibilidades de funcionamiento y desarrollo de la empresa, aunque es incapaz de cambiarlas. Debido a la fuerte influencia del macro entorno, cada empresa debe prever la formación de sus futuras oportunidades y amenazas y adaptar a ellas su estrategia de desarrollo.

➤ **Macro gestión (C/D):**

En juegos de estrategia, realizar acciones masivas que atañen a grandes grupos de unidades y/o construcciones, y que se centran en la estrategia global más que en las órdenes específicas a unidades concretas. La Macro gestión sanitaria consiste en la intervención de la administración sanitaria donde cada comunidad autónoma es competente, para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado.

➤ **Macro gestión Sanitaria (C/D)**

Consiste en la intervención de la administración sanitaria donde cada comunidad autónoma es competente, para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado.

➤ **Mediano Plazo (C/D):**

Periodo convencional generalmente aceptado de dos a seis años, en el que se define un conjunto coherente de objetivos y metas a alcanzar y de políticas de desarrollo a seguir, vinculados a los objetivos del plan a largo plazo.

➤ **Medio Ambiente. (C/ D):**

Espacio en el que se desarrolla la vida de los seres vivos y que permite la interacción de los mismos. Sin embargo este sistema no solo está conformado por seres vivos, sino también por elementos abióticos y por elementos artificiales.

Cuando se habla de seres vivos se hace referencia a los bióticos, sea flora fauna o incluso los seres humanos, en oposición, los abióticos son ellos que carecen de vida. Sin embargo estos elementos resultan esenciales para la subsistencia de los organismos vivos. Algunos de ellos son el aire, los suelos, el agua, entre otros. Cuando hablamos de los elementos artificiales incluimos a las relaciones socioeconómicas, donde existen las urbanizaciones y conflictos dentro de una sociedad. Existen autores que hablan del medio ambiente como la suma de las relaciones culturales y sociales, en un entorno dentro de un momento histórico y un lugar en particular. Esto quiere decir que esta definición incluye las costumbres y el folklore dentro del concepto de medio ambiente, entre muchas otras cosas.

➤ **Mercado de Valores (C/D):**

Es un tipo de mercado de capitales de los que operan alrededor del mundo en el que se negocia la renta variable y la renta fija de una forma estructurada, a través de la compraventa de valores negociables. Permite la canalización de capital a medio y largo plazo de los inversores a los usuarios.

➤ **Meso gestión Sanitaria (C/D):**

Denominada también Gestión de Centros, se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de un centro de salud, una aseguradora, un mayorista farmacéutico en un entorno muy regulado.

➤ **Micro análisis (Micro entorno) (C/D):**

Sector en el cual las empresas actúan, es decir, el conjunto de empresas que ofrecen los mismos productos o servicios y que interactúan con los proveedores, el mercado, los clientes, la banca, los competidores, la comunidad y el gobierno. El micro entorno en el cual la empresa desarrolla

sus actividades, determina su funcionamiento interno y, por lo tanto incide directamente en su resultado. Por esta razón, es necesario comprender cómo funciona dicho entorno y detectar cuáles son las fuerzas que lo componen y cómo se relacionan con la forma de funcionamiento de la empresa.

➤ **Micro gestión (C/D)**

En el sentido más amplio, es la práctica del personal de gestión de prestar una atención estricta a pequeños detalles en un empleo, en vez de permitir al personal completar sus tareas como vean bien y gestionar los resultados de su trabajo. A menudo, la micro gestión fija estándares y prácticas para el personal basadas en las preferencias personales del jefe, en vez de por el bien del empleado o de la organización en sí. La micro gestión se suele asociar con un estilo de gestión dictatorial, en el que las ideas de los empleados no se toman en consideración y casi todos los aspectos del puesto son controlados por las decisiones de un jefe.

➤ **Micro gestión Sanitaria (C/D):**

Es la gestión clínica, que parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (clínicos fundamentalmente) asignan los recursos sanitarios en función de sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre en una tarea que supone coordinar recursos y motivar personas.

➤ **Modelo de atención. (C/D):**

Descripción esquemática de la forma en que se organizan los recursos en un sistema de salud, niveles de atención, perfil de competencias, entre otros. También se refiere al tipo y la combinación de los servicios que se ofrecen generalmente en un país, una región, o un sistema.

➤ **Modelo de Gestión (C/D):**

Es el esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja. Es el esquema o marco de referencia para la administración de una entidad. Los modelos de gestión pueden ser aplicados tanto en las empresas y negocios privados como en la administración pública. Esto quiere decir que los gobiernos tienen un modelo de gestión en el que se basan para desarrollar sus políticas y acciones, y con el cual pretenden alcanzar sus objetivos. El modelo de gestión que utilizan las organizaciones públicas es diferente al modelo de gestión del ámbito privado. Mientras que el segundo se basa en la obtención de ganancias económicas, el primero pone en juego otras cuestiones, como el bienestar social de la población. Es la concepción básica que orienta la gestión de la entidad, describiendo su

filosofía, valores y principios y la forma de hacer el trabajo para mejorar la productividad y competitividad.

➤ **Modelo Económico (C/D):**

Representación o propuesta, ó más ampliamente, como un concepto ya sea proporcional o metodológico acerca de algún proceso o fenómeno económico. Como en otras disciplinas, los modelos son, en general, representaciones ideales o simplificadas, que ayudan a la comprensión de sistemas reales más complejos. Los modelos se usan comúnmente no solo para explicar cómo opera la economía o parte de ella, sino para realizar predicciones sobre el comportamiento de los hechos y determinar los efectos o tomar decisiones sobre los mismos.

➤ **Modelo Económico Financiero (C/D):**

Es el ideal y más adecuado para el estudio de operaciones de elevado importe. Se basa en el análisis de los estados financieros de la empresa a través de ratios que indiquen las tendencias y su situación respecto a otras empresas de su sector. También estudia, y es una parte muy importante, el encaje de la financiación sobre la proyección de resultados y flujos de tesorería del cliente para conocer su capacidad de pago futura.

➤ **Modelo Tradicional. (C/D):**

El modelo tradicional se refiere al patrón que hace referencia a la actitud o conducta de seguir las ideas, normas o costumbres del pasado. Supone una barrera ante el avance de la modernidad y la modificación de usos y costumbres. En este sentido, es equivalente a lo conservador, habitual, acostumbrado, típico, usual, enraizado o arraigado.

➤ **Modelo Tradicional de Atención. (C/D):**

Modelo basado en una concepción biológica y curativa, centrado en la enfermedad, con un eje dominante médico, de enfoque fragmentado y especializado con alto uso de tecnologías y de medicamentos, con fuerte impacto económico en el financiamiento de la atención. Este modelo está desvinculado de las formas de organización y necesidades de la población. La fragmentación, lo cual es una gran debilidad de este modelo, se debe a la atención reducida dentro de los servicios hacia los aspectos médicos individuales y también a la desarticulación entre los distintos servicios y sectores lo que hace imposible la construcción de un modelo de atención integral solidariamente conformado. Esta fragmentación es inherente al modelo exclusivo de la visión de la medicina científica que excluye la noción sistémica y de salud pública.

Lo que caracteriza a este modelo de atención o de gestión en salud es su incapacidad para trabajar en red, en donde la acción intersectorial como la articulación de los servicios de la red de cuidados, no son atendidas en esta concepción de organización y de gestión.

➤ **Modelos de Sistemas de Salud vs Modelo Sanitario. (C/D):**

El **Modelo** se refiere al ámbito de la Política y se le puede definir como “el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios”, en él se determinan aspectos como: población receptora, quién financia el sistema, prestaciones que se van a dar, actuaciones y competencias de la salud pública-autoridad sanitaria.

Mientras que el **Sistema** se refiere a la operatividad y ejecución del Modelo, pero al momento de definirlo aparecen distintas maneras de conceptualizarlo propio de las características y complejidades que guarda.

El Sistema de Salud es definido como “el conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de recursos generalizados en productos especializados en forma de servicios sanitarios de la sociedad”. Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

En cuanto al Modelo Sanitario, se reconocen tres modelos de sistemas de salud que son:

1) Modelo Universalista: caracterizado por Cobertura universal, Financiamiento público a través de impuestos y Provisión pública de servicios a través de hospitales y médicos asalariados. Ejemplo de Gran Bretaña, Cuba, Canadá, entre otros.

2) Modelo de seguro social (seguridad social o mixto): se caracteriza por la Cobertura por pertenencia laboral, nivel de ingreso y residencia; Financiamiento público a través de un seguro social y la Provisión de servicios público y privada o sólo privada como es el caso de Alemania, Holanda, Francia, Argentina.

3) Modelo privado: tiene Cobertura restringida, Financiamiento privado a través de prepagos y la Provisión privada de servicios privada. Este es el caso de EE.UU y actualmente las ISAPRES de Chile.

Los modelos de salud presentan diferentes formas, una de las maneras de clasificarlos es mediante su financiamiento, su forma de prestación y las formas de pago a los prestadores. En la mayoría de los países hay una mezcla de financiamiento pago de prestación y tipo prestación. Diferentes autores realizan clasificaciones para distinguir los subsistemas basados en las fuentes de financiamientos prestación y formas de pago. Se considera dos tipos básicos de

Financiamiento: Público (obligatorio) y Privado (voluntario)

➤ **Modulación. (C/D):**

La modulación es una función especializada que debe diferenciarse de la financiación y la provisión de servicios. Es a través de ella que se establecen reglas de juego claras, justas y transparentes, necesarias frente al gran número de transacciones que tienen lugar en el sistema de salud. Esta función debe estar a cargo de instancias neutrales que se encuentren por encima de cualquier interés particular.

La función de modulación exige una orientación consistente, permanente y sistemática, y está íntimamente asociada al quehacer del Estado. En ella confluyen tanto la nación como los entes territoriales. Son ellos los que permiten el desarrollo del Sistema, tanto en lo que respecta a la formulación de la política como a su implementación.

➤ **Nivel de Atención. (C /D):**

Es un conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad diferentes, necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. Constituye una de las formas de organización de los Servicios de Salud, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población.

Los Niveles de Atención en la Salud se definen como la capacidad que tienen todos los entes prestadores de servicios de salud y se clasifican de acuerdo a la infraestructura, recursos humanos y tecnológicos.

Esta definición parte de la necesidad del estado de disminuir los recursos que en verdad se deben utilizar y destinar a la parte más importante en una sociedad que es la salud, ya que presumen que la mayoría de la población tiene necesidades de salud de muy baja complejidad; y en esto se apoyan para solo invertir organismos de baja calidad y así no destinar todos los recursos.

➤ **Nivel de Complejidad. (C/D):**

Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento.

El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

El primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios,

Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.

En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría y otras.

El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología. Se refiere al número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma.

➤ **Origen de Fondos (C/D)**

Cualquiera de los recursos de los que dispone el estado para la obtención de efectivo y que son: los gravámenes o impuestos de la sociedad, los fondos generados por las operaciones financieras normales, las emisiones de deuda como letras de cambio y pagarés a corto y largo plazo o emisiones de obligaciones, la venta de activos, la emisión de acciones, etc.

➤ **Oferta. (C/D):**

Es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un determinado periodo.

Cantidad de un bien o servicio en condiciones de ser usado o consumido por una población objetivo, en un período determinado. También se considera como (aproximación de la) oferta a los recursos dispuestos para proveer esos bienes o servicios. Se concreta en servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente.

➤ **Oferta Sanitaria. (C/D):**

Conjunto de medios y recursos sanitarios que se ofrecen a la población para mejorar su salud., como por ejemplo: centros sanitarios, el personal hospitalario

➤ **Participación Social. (P/D):**

Es la actividad organizada, racional y consciente, por parte de un determinado grupo social, con el objeto de expresar iniciativas, necesidades o demandas, de defender intereses y valores comunes, de alcanzar objetivos económicos, sociales o políticos y de influir, directamente o indirectamente, en la toma de decisiones para mejorar la calidad de vida de la comunidad

Es la intervención de los ciudadanos en la toma de decisiones respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de sus comunidades.

En este sentido, la Participación Social se concibe como un legítimo derecho de los ciudadanos más que como una concesión de las instituciones y para que la misma se facilite, se requiere de un marco legal y de mecanismos democráticos que propicien las condiciones para que las comunidades organizadas hagan llegar su voz y sus propuestas a todos los niveles de gobierno.

➤ **Pasivo (C/D):**

En contabilidad, mientras el activo comprende los bienes y derechos financieros de la empresa, que tiene la persona o empresa, el pasivo recoge sus obligaciones; es el financiamiento provisto por un acreedor y representa lo que la persona o la empresa debe a terceros, como pago a bancos, proveedores, impuestos, salarios a empleados. Consiste en las deudas que la empresa posee, recogidas en el balance de situación, comprende las obligaciones actuales de la compañía que tienen origen en las transacciones financieras pasadas.

➤ **Pasivos Laborales (C/D)**

Todas aquellas cantidades que se le adeudan a los empleados de la institución al momento de cesar la relación y la actividad laboral y que deben estar previstas en unos fondos reservados y planificados.

➤ **Patrimonio Institucional (C/D):**

Comprende las transacciones y contribuciones de capital recibidas por los entes que integran el Sector Público.

➤ **Planes y Política de Desarrollo Social. (C):**

En su forma más simple el concepto de Plan se define como la intención y proyecto de hacer algo o como el proyecto para establecer determinados objetivos, a partir del conocimiento de las magnitudes de una economía. Asimismo se ha definido como un documento en que se describen las cosas que se pretenden hacer y se plasma la forma en que se piensa llevarlas a cabo. El plan se materializa en un documento, indicando las alternativas de solución al problema, necesidad o deseo que se plantea en la región y la forma de llevarlo a cabo, determinando las actividades a realizar y asignando recursos, tiempos y responsables a cada una de ellas.

Un plan de desarrollo es una herramienta de gestión que promueve el desarrollo social en un determinado territorio. De esta manera, sienta las bases para atender las necesidades insatisfechas de la población y para mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos. Por lo

general, el plan nacional de desarrollo tiene una duración de más de un año, de modo tal que el gobierno tenga el tiempo suficiente para implementar las medidas que considera necesarias para el desarrollo social. La intención de un plan de desarrollo es que las soluciones que ofrece logren mantenerse en el tiempo y ser sostenibles, para que la población no requiera de la asistencia social sino que pueda mantenerse con sus propios medios.

Se conceptualiza a la *Política Social* como el conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad. La función principal de la política social es la reducción y eliminación de las inequidades sociales a través de la redistribución de los recursos, servicios, oportunidades y capacidades.

➤ **Pobreza. (C/D):**

El concepto de la pobreza comprende diversos componentes o dimensiones, es decir, se trata de un fenómeno de naturaleza multidimensional que no puede ser considerado, única y exclusivamente, por los bienes y servicios que pueden adquirirse en el mercado.

La definición de pobreza usada en A. Latina por CEPAL se hace mediante el método del ingreso, basado en el cálculo de las líneas de pobreza. Estas representan el monto del ingreso que permite que cada hogar satisfaga las necesidades básicas de todos sus miembros. La línea de extrema pobreza se basa en la estimación del costo de una canasta básica de alimentos que cubre las necesidades nutricionales de la población y que considera sus hábitos de consumo, así como la disponibilidad efectiva de alimentos en el país y sus precios relativos. La línea de indigencia (extrema pobreza) se define teniendo en cuenta solamente el costo de la canasta básica de alimentos. A partir de la cantidad de hogares en extrema pobreza y la cantidad total de hogares se realiza la estimación de la población en extrema pobreza.

La pobreza es una situación social y económica caracterizada por una carencia marcada en la satisfacción de las necesidades básicas. Las circunstancias para especificar la calidad de vida y determinar a si un grupo en particular se cataloga como empobrecido suelen ser el acceso a recursos como la educación, la vivienda, el agua potable, la asistencia médica, etc.; asimismo, suelen considerarse como importantes para efectuar esta clasificación las circunstancias laborales y el nivel de ingresos.

➤ **Política de Estado. (C/D):**

Se entiende por política de estado, aquellas políticas que forman parte de las estrategias centrales de un país. Son políticas que no varían a pesar del color político-ideológico de cada gobierno. Son normas generales avaladas por el más alto nivel de conducción política del Estado y respaldadas por un amplio consenso social o político, para que un determinado sector

o actividad pueda alcanzar sus objetivos con un horizonte de cierta estabilidad y permanencia en el tiempo.

➤ **Política Salarial. (C/D):**

Conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a fijar las remuneraciones del factor trabajo, de conformidad con los intereses, necesidades y posibilidades del entorno económico.

➤ **Prestación de Servicios. (C/D):**

Está relacionada con la garantía de acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud y la búsqueda y generación de eficiencia. Hace referencia a todo aquello que sea considerado como un servicio que una persona, una institución, una entidad otorga a otra persona, entidad o cliente. En la mayoría de los casos, la palabra se utiliza para indicar aquellos servicios que tienen que ver con el área de la salud, es decir, todas aquellas prestaciones que se otorgan a las personas con el objetivo de proteger y cuidar su salud.

➤ **Presupuesto General del Estado (C/D):**

Es la estimación de los Ingresos y la asignación máxima de los gastos que podrán comprometer las Instituciones del Gobierno Central, las Instituciones Descentralizadas, las Empresas Públicas y los Intermediarios Financieros para ejecutar sus planes, programas y proyectos, así como lograr los objetivos y las metas institucionales de acuerdo con las políticas del Gobierno, en materia de desarrollo, económico y social.

➤ **Prevención. (C/D):**

Es la acción y efecto de prevenir o preparar con antelación lo necesario para un fin. Significa anticiparse a una dificultad o adoptarse de medidas para evitar algún peligro, enfermedad o accidente a través de actividades educativas y de información específica sobre el peligro que se desea evitar.

➤ **Prima de Antigüedad. (C/D):**

A la terminación de todo contrato por tiempo indefinido, cualquiera que sea la causa de terminación, el trabajador tendrá derecho a recibir de su empleador una prima de antigüedad, según la normativa establecida.

➤ **Productividad. (C/D):**

La productividad es la capacidad de algo o alguien de producir, ser útil y provechoso. Es la relación entre la producción obtenida por un sistema de fabricación de bienes o servicios y los recursos utilizados para obtenerla.

De acuerdo a la perspectiva con la que se analice este término puede hacer referencia a diversas cosas. En salud, se entiende como la razón entre los resultados de los procesos de producción sanitaria de un establecimiento o unidades funcionales y los recursos utilizados para ello en períodos determinados de tiempo.

➤ **Protección Social en salud. (P/C):**

Es el derecho que la sociedad otorga por medio de los poderes públicos y obliga al Estado para que todas las personas de forma individual y colectiva, puedan satisfacer sus necesidades y demandas de salud integral, donde se incluye el acceso adecuado a los servicios del sistema sanitario, garantizándole su bienestar biopsicosocial sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo; como vía para la paz social.

➤ **Rectoría. (C/D)**

Es la más importante de las funciones políticas de un sistema de salud. Es competencia característica del gobierno y es ejercida mediante la autoridad sanitaria. Busca el análisis de las prácticas y atributos que permiten direccionar los sistemas de salud en una forma sistemática. Tiene seis dimensiones que son: Conducción, Regulación, Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento, Funciones Esenciales de Salud Pública, Armonización de la Provisión de los Servicios.

➤ **Recursos del Patrimonio (D):**

Son todos los bienes nacionales existentes en el territorio de la República pertenecientes al Estado, los Municipios, Entidades Autónomas o Semiautónomas y que no sean ni individual, ni colectivamente de propiedad particular.

➤ **Recursos Humanos de Salud. (D):**

Los recursos humanos son, una de las fuentes de riqueza más importantes ya que son las responsables de la ejecución y desarrollo de todas las tareas y actividades que se necesiten para el buen funcionamiento de una organización.

El concepto de recursos humanos de salud, se refiere a las personas que dentro de la sociedad han adquirido una capacitación específica y asumen responsabilidades en la realización de actividades de salud, estén o no vinculadas a instituciones del sector. Son un factor productivo y también son agentes sociales.

La política de desarrollo de recursos humanos en salud es parte de la política de salud y de la política de desarrollo general.

El desarrollo de recursos humanos de salud es un proceso que pasa por distintas etapas, la identificación de las necesidades, la preparación de los recursos humanos, la utilización y el mantenimiento. Cada etapa es interdependiente y el análisis de una, no debe desconectarse de los otros factores.

➤ **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). (C):**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define las redes integradas de servicios de salud como “la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”.

Esta definición amplía y rescata la importancia de ofrecer dichos servicios basados en las necesidades de la población como factor principal para la configuración de las redes de servicios de salud y como objetivo de las distintas instituciones que componen los niveles de atención dentro del sistema de salud.

Las redes de servicios de salud, en general, involucran personas, procesos e infraestructura los cuales deben estar interrelacionados y coordinados para poder garantizar la atención adecuada y de calidad al usuario, teniendo en cuenta también la eficiencia de la organización y las necesidades de la población.

La articulación de la red se realiza mediante sistemas de referencia y contrareferencia y mecanismos de coordinación a lo largo de todo el espectro de servicios para asegurar e integrar el flujo de información a lo largo de toda la red, mediante sistemas de información que permitan la planificación, el monitoreo y la evaluación del desempeño y aseguren la continuidad de la atención con los enfoques basados en la evidencia para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

➤ **Región. (C/D)**

Unidad territorial en que se encuentra dividida la organización política administrativa del país. El concepto de región hace referencia a una división territorial, definida por cuestiones geográficas, históricas y sociales, que cuenta con varias subdivisiones, como departamentos, provincias, ciudades y otras. Está determinada por ciertas características comunes o

circunstancias especiales, como puede ser el clima, la topografía o la forma de gobierno. Una región administrativa es una división regional organizada por el Estado nacional para facilitar la administración y el gobierno de un país.

➤ **Registro de Datos. (C/D)**

Es la acción que se refiere a almacenar algo o a dejar constancia de ello en algún tipo de documento. Un dato, por su parte, es una información que posibilita el acceso a un conocimiento. La noción de registro de datos, por lo tanto, está vinculada a consignar determinadas informaciones en un soporte. El registro de datos puede desarrollarse tanto en un papel como en formato digital. En el ámbito de la Informática se conoce como Registro de datos al bloque con información que forma parte de una tabla. Esto quiere decir, que en una base de datos, el registro de datos es una fila.

➤ **Rendición de Cuentas. (C/P):**

Obligación de todo servidor público de responsabilizarse individualmente de sus actos en el ejercicio de sus funciones y en la comunicación de los resultados de su gestión ante la sociedad. Esta obligación de rendir cuentas también les corresponde a los cuerpos directivos colegiados de las instituciones públicas. (Ley 6 de 2002, artículo 1).

➤ **Rendimiento. (C/D):**

Proporción entre el producto o el resultado obtenido y los medios utilizados. Desde el punto de vista financiero, está vinculado a la proporción existente entre los recursos que se emplean para conseguir algo y el resultado que luego se obtiene. Es la ganancia que permite obtener cierta operación o el cálculo que se realiza tomando en cuenta la inversión realizada y la utilidad generada luego de un cierto período.

➤ **Responsabilidad. (P):**

Responsabilidad (accountability), se entiende como el deber de los funcionarios o empleados de rendir cuenta ante una autoridad superior y ante el público por los fondos o bienes públicos a su cargo y/o por una misión u objetivo encargado y aceptado.

Es una obligación que asume una persona que maneja fondos o bienes públicos y cumple con responder a otros sobre la manera cómo ha llevado sus tareas.

➤ **Retorno a la Inversión. (D/C):**

Es una de las medidas de rendimiento que se utilizan para valorar la eficacia de una inversión o poder comparar la eficacia de inversiones diferentes. Se puede aplicar a distintas inversiones. Es un *ratio expresado en un porcentaje* que utilizan muchas empresas, y se tiene en cuenta en muchas campañas de marketing, para llevar un control de las inversiones en las distintas áreas del negocio o incluso para saber en qué empresas invertir, ya que sirve para conocer la viabilidad y rentabilidad de cualquier negocio. En el ROI se tienen en cuenta muchas variables, una de las cuales es el tiempo, ya que se calcula en base al plazo establecido.

➤ **Salud. (P/C/D):**

Se define como "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". (OMS, 1964). Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud. Hoy en día, la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor. La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos.

➤ **Salud Integral. (P/C/D):**

La salud integral es el bienestar físico, psicológico y social y va mucho más allá del sistema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

➤ **Salud Mental. (P/C/D):**

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Implica también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos.

➤ **Salud Ocupacional. (P/C/D):**

Es la actividad que promueve la salud de las personas o los grupos en relación con su trabajo y su ambiente laboral. Incluye la capacidad de los individuos para adaptarse a su actividad laboral y a su vez, la adaptación del ambiente laboral a los individuos que en él trabajan. Es decir debe asegurarse condiciones de trabajo adecuadas, enmarcadas en normas de seguridad.

➤ **Salud Pública Veterinaria (SPV) (P/C/D):**

La SPV hace referencia a “*aquellas áreas de la Salud Pública en las que la medicina veterinaria tiene un interés especial*” y por tanto, el veterinario trabajará en las actividades en las que sus conocimientos puedan contribuir directamente en la solución de los problemas de salud y enfermedad de la especie humana. La SPV es un componente de la salud pública que trata de la aplicación de conocimientos y recursos veterinarios para la protección y mejora de la salud humana. Es un componente de las actividades de la salud pública dedicado a la aplicación de la capacidad profesional de los veterinarios, sus conocimientos y sus recursos a la protección y mejoramiento de la salud de las personas. La SPV busca la protección de la salud humana y el aumento de la disponibilidad de alimentos para ésta, mediante su intervención en la salud y en la producción animal. La salud pública veterinaria desde esta perspectiva es un puente entre la salud animal y humana. Como tal, requiere un conocimiento y manejo adecuado de los riesgos que la salud/enfermedad animal implican para el hombre, así como la correcta y rápida difusión de la información relativa a esos riesgos.

➤ **Sectorización. (C/D):**

Es la subdivisión de un área geo-demográfica de acuerdo a ciertos criterios, para obtener unidades más pequeñas, lo que facilita su conocimiento y favorece una relación más cercana entre la población que allí habita y quienes trabajan con ella, según criterios administrativos, epidemiológicos, demográficos, geográficos y de accesibilidad y culturales. Es el proceso mediante el cual se establecen los criterios para subdividir a la población en conglomerados más pequeños. Esto implica tomar decisiones respecto a cuáles serán los elementos que definirán los sectores, unido a un análisis de los recursos disponibles, se determinan los límites geográficos de los sectores y/o se delimitan grupos poblacionales específicos.

➤ **Segmentación. (D/C):**

Es el acto y consecuencia de segmentar, dividir o formar segmentos o porciones. En el caso de la segmentación demográfica, agrupa la población según características relevantes que pueden ser edad, género, estado civil, escolaridad, ingresos.

La segmentación, también se refiere a la coexistencia de subsistemas con diferentes modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos especializado en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y condición social.

➤ **Seguridad Alimentaria (Inocuidad). (D):**

Acceso de todas las personas, en todo momento, a los alimentos necesarios para cubrir las necesidades nutricionales y tener una vida activa y saludable. Los alimentos deben de ser inocuos, es decir, libres de contaminación.

➤ **Seguridad Social. (C/D):**

Tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

Comprende las obligaciones del Estado, la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios.

➤ **Servicios de Salud. (D):**

Son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria, cuya articulación constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, restauración y promoción de la salud de las personas. Los servicios toman en cuenta el concepto de integralidad, por lo cual no sólo contemplan el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades sino todo lo referente a la promoción y prevención para desarrollar una vida saludable. Los servicios de salud en la mayoría de los países son públicos y privados. Los públicos son gestionados por el Estado y los privados se brindan a través de empresas con fines de lucro.

➤ **Sistema de Información. (D/C):**

Conjunto de elementos orientados al tratamiento y administración de datos e información, organizados y listos para su uso posterior, generados para cubrir una necesidad o un objetivo. Dichos elementos incluyen, personas, actividades, datos, recursos materiales, entre otros. Todos estos elementos interactúan para procesar los datos y dar lugar a la información más elaborada, que se distribuye adecuadamente en una organización, en función de sus objetivos. Es el conjunto de tecnologías, procesos, aplicaciones y software disponible para las personas dentro de una organización.

➤ **Sistema de Salud vs Sistema Sanitario. (C/D):**

Sistema de Salud, es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y dirección general. Tiene que proporcionar tratamiento y servicios que respondan a las necesidades de la población. Un buen sistema de salud, mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible.

El Sistema Sanitario, se encuentra compuesto por todas aquellas organizaciones que se ocupan de prestar servicios de tipo sanitario, entre ellos, hospitales, profesionales, funcionarios, centros de atención de salud y los servicios de salud pública y también por aquellos otros actores, como redes, sectores, ministerios instituciones especializadas y organizaciones que ostentan una concreta y específica función e influencia en el área de la salud de una nación. La misión primordial que cumple el sistema sanitario es la promoción, mantenimiento, restauración de la salud de un país. Pueden tener diversas maneras de financiamientos y gestión de los sistemas sanitarios. Incluye al sector público, privado, mixto y toda la mezcla de intereses públicos, privados o entidades no gubernamentales.

➤ **Soberanía Alimentaria. (P/ C):**

Es la facultad de cada pueblo para definir sus propias políticas agrarias y alimentarias de acuerdo a los objetivos de desarrollo sostenible y seguridad. Ello implica la protección del mercado doméstico contra los productos excedentarios que se venden más baratos en el mercado internacional, y contra la práctica del dumping (venta por debajo de los costos de producción). Incide también en la importancia del modo de producción de los alimentos y su origen. Resalta la relación que tiene la importancia de alimentos baratos en el debilitamiento de producción y población agraria locales.

➤ **Solidaridad. (P):**

La Solidaridad es uno de los valores humanos más importantes y esenciales de todos. Es lo que hace una persona cuando otro necesita de su ayuda. Es la colaboración que alguien puede brindar para se pueda terminar una tarea en especial y es ese sentimiento que se experimenta para querer ayudar a los demás sin intención de recibir algo a cambio.

Es una condición del ser humano que complementa las actitudes sociales de un individuo, de forma pues que cuando una persona es solidaria con los demás, mantiene una naturaleza social en el entorno en el que se desarrolla personalmente.

La solidaridad conduce al desarrollo sostenible de los pueblos, por eso, es fundamental que sea empleada en pro de los beneficios que puede ofrecer a una determinada causa.

➤ **Tecnología, Digitalización e Informática. (C/D):**

Tecnología es la suma de los conocimientos de los medios y de los métodos destinados a producir bienes y servicios. Permite fabricar objetos y modificar el medio ambiente. La tecnología, por sí misma, no resulta ni buena ni mala, se puede usar para mejorar la productividad del trabajo humano, disminuir los esfuerzos físicos e incrementar la calidad de vida de la población. La tecnología también puede causar diferencias sociales, contaminar el medio ambiente y provocar desocupación al reemplazar a los trabajadores por máquinas. La tecnología, pues, abarca todo el proceso, desde la detección de la necesidad inicial hasta la fabricación y aplicación en concreto del artefacto creado.

Digitalización es convertir cualquier tipo de información gráfica, de audio o video en lenguaje máquina (en bits). Es la acción de convertir la información analógica en digital o cualquier señal de entrada continua (analógica) en una serie de valores numéricos. La digitalización permite el manejo electrónico de los datos.

Informática es el procesamiento automático de información mediante dispositivos electrónicos y sistemas computacionales. Su área de aplicación no tiene límites, se utiliza en la gestión de negocios, en el almacenamiento de información, en el control de procesos, en las comunicaciones, en los transportes, en la medicina y en muchos otros sectores. La informática abarca también los principales fundamentos de las ciencias de la computación, como la programación para el desarrollo de software, la arquitectura de las computadoras y del hardware, las redes como Internet y la inteligencia artificial.

➤ **Transferencia de Capital (D/C):**

Recursos no recuperables otorgados sin contraprestación, aportados entre entidades públicas con el propósito de que efectúen inversiones reales y/o financieras.

➤ **Transparencia. (P/C):**

Deber de la administración pública de exponer y someter al escrutinio de la ciudadanía la información relativa a la gestión pública, al manejo de los recursos que la sociedad le confía, a los criterios que sustentan sus decisiones y a la conducta de los servidores públicos

➤ **Universalidad. (P):**

El principio de universalidad deviene del reconocimiento de la dignidad que tienen todos los miembros de la raza humana sin distinción de nacionalidad, credo, edad, sexo, preferencias o

cualquier otra, por lo cual los derechos humanos los consideran prerrogativas que le corresponden a toda persona por el simple hecho de serlo.

➤ **Zoonosis. (C/D):**

La OMS define a las **zoonosis** como aquellas enfermedades que se transmiten de forma natural de los animales vertebrados al hombre y viceversa. Existen además otras enfermedades infecciosas (bacterianas y víricas) que aunque ordinariamente no se transmiten del hombre a los animales, pueden afectar a ambos, para las cuales también se utiliza el término zoonosis. Se trata de agentes que viven de forma saprofítica en ciertos medios y son fuente de infección tanto para el hombre como para los animales.

9. ANEXOS