



República de Panamá

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

INSTRUMENTO N° 4

**EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS EN
SALUD
ESQUEMA DE REFERENCIA PARA EL INFORME DEL PAÍS**

Mgter. Vicente Meneses R.

Panamá, agosto 2013

PRIMERA PARTE

Contexto General

A) CONTEXTO POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

La República de Panamá es un Estado Independiente y Soberano, asentado en un territorio propio, en donde se observan y respetan los derechos individuales y sociales, y donde la voluntad de las mayorías, está representada por el libre sufragio.

El Poder Público emana del pueblo y se ejerce por medio de tres Órganos: Legislativo, Ejecutivo y Judicial, armonizados en la separación, unidos en la cooperación y limitados por el clásico sistema de frenos y contrapesos.

Se encuentran tres organizaciones independientes cuyas responsabilidades están claramente definidas en la Constitución Política:

- La Contraloría General de la República: tiene la obligación de fiscalizar los fondos públicos.
- El Tribunal Electoral, que tiene que garantizar la libertad, la honradez y la eficacia del sufragio popular.
- El Ministerio Público, que vela por los intereses del Estado y de los municipios.

Panamá es un país ubicado en el extremo sureste de América Central. La república está formada por 9 provincias y por 5 comarcas indígenas. Limita al Norte con el mar Caribe, al Sur con el océano Pacífico, al Este con Colombia y al Oeste con Costa Rica. Tiene una extensión de 75.517 km².

Demografía

Según el censo del 2010, Panamá tiene una población de 3.405.813 habitantes, convirtiéndose en uno de los países menos poblado del continente americano. Entre 1950 y 2010 la población pasó de 839.000 habitantes a los 3,4 millones de habitantes. Más del 70% de los panameños habita en áreas urbanas y la mitad habita en la ciudad de Panamá. Por su parte el 30% de la población tiene menos de 14 años, el 63,6% tiene entre 15 y 64, y el 6,4% tiene más de 64 años.

Está clasificado dentro de los países que poseen Desarrollo Humano alto, con una puntuación de 0,768 (2011), que lo ubica en el puesto 58 de 169 países, siendo el

país con mejor desarrollo humano en América Central y el sexto en América Latina. La tasa de alfabetismo alcanzó en 2010 un 94,5%.

La densidad de población es de 45,9 habitantes por km², pero en la provincia de Panamá es de 151,7 habitantes por km². El crecimiento anual de la población fue de 1,7% en 2006, 1,6% en 2008 y 1,5% en 2010 y muestra una tendencia al envejecimiento: el grupo de menores de 15 años disminuyó de 32,0% en 2000 a 29,2% en 2010, y el de 65 y más años aumentó de 6,0% a 7,4% en el mismo período. En 2010, 63,4% de la población tenía de 15 a 64 años, es decir que se clasificó como población productiva.

La migración interna predominante se produce del área rural hacia la urbana, y en su mayoría se trata de jóvenes de 15 a 29 años de edad.

Su condición de país de tránsito lo convirtió tempranamente en un punto de encuentro de culturas provenientes de todo el mundo. El país es el escenario geográfico del Canal de Panamá, obra que facilita la comunicación entre las costas de los océanos Atlántico y Pacífico y que influye significativamente en el comercio mundial. Por su posición geográfica actualmente ofrece al mundo una amplia plataforma de servicios marítimos, comerciales, inmobiliarios y financieros, entre ellos la Zona Libre de Colón, la zona franca más grande del continente y la segunda del mundo.

El país está catalogado en términos absolutos, es decir, sin tener en cuenta la distribución de la riqueza, como de ingresos económicos mediano-altos. Además, según el Índice de Paz Global, Panamá es el segundo país más seguro de Centroamérica, después de Costa Rica.

Esperanza de vida

Para 2007 La esperanza de vida en Panamá alcanzó los 76 años según la OMS, y en el 2009 aumentó a los 77 años, para 2007 fue de 75,8 años según datos de la ONU. Según la OMS las panameñas tienen una esperanza de vida de 78 años, la cual es la tercera mejor en América Latina. Por su parte los panameños tienen una esperanza de vida de 74 años, la segunda más alta de América Latina.

Se espera que durante el siglo XXI la población panameña sufra un proceso de envejecimiento, con el aumento de la población de la tercera edad.

Educación

El sistema educativo panameño, a nivel primario y secundario está regido por el Ministerio de Educación de Panamá (Meduca), se basa en la Ley orgánica de educación, promulgada en 1946. El sistema educativo panameño está

estructurado en cuatro niveles de enseñanza: preescolar, primaria, secundaria y terciaria o universitaria. Los niños de 4 a 5 años de edad pueden acceder a la educación preescolar.

La educación superior está comandada por las dos principales universidades estatales: la Universidad de Panamá y la Universidad Tecnológica de Panamá. Los programas de estudios de las restantes universidades son fiscalizados y aprobados por estas dos instituciones. El país cuenta con una tasa bruta de matriculación de 79,7%, lo que lo convierte en el líder de la región centroamericana.

Sociedad

Hasta principios del siglo XX, la sociedad panameña estaba dividida en clases alta y baja inamovibles. Pero desde la década de 1970, el país ha logrado crear predominantes clases medias. Sin embargo en Panamá persiste la pobreza, la desigualdad social, pobreza y desempleo, pese al alto índice de desarrollo humano logrado en las últimas dos décadas. Para 2010, la pobreza cubrió a un 25,8% de la población, ubicándose por debajo de la media latinoamericana de un 31.4%.

Grupos étnicos

Panamá es uno de los países étnicamente más diversos del mundo. Su población está compuesta por mestizos, mulatos, negros, blancos, indígenas y de diversos orígenes nacionales: chinos, hindúes, judíos, españoles, estadounidenses, colombianos, italianos, argentinos, griegos, franceses, árabes, costarricenses, mexicanos, venezolanos, antillanos, dominicanos, chilenos, entre otros. Además habitan siete grupos indígenas. En lo relativo a la distribución étnica, el 68% de los panameños son mestizos, el 15% blancos, el 10% negros, el 6% indígenas y un 1% asiáticos, estos últimos en su mayoría de ascendencia china (principalmente de Taiwán).

Derechos humanos

En materia de derechos humanos, respecto a la pertenencia en los siete organismos de la Carta Internacional de Derechos Humanos, que incluyen al Comité de Derechos Humanos (HRC), Panamá ha firmado o ratificado distintos tratados, convenciones, pactos y protocolos vinculantes que establecen medidas específicas que deben ser adoptadas para proteger el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y otros derechos humanos.

Telecomunicaciones

Durante 1995 se introdujeron modificaciones en la *Ley 17 de 1991*, con el fin de someter a licitación pública la banda A de telefonía móvil; cuatro compañías ofrecen el servicio de telefonía móvil. Mientras que el promedio de abonados por cada 100 habitantes al servicio de telefonía celular en América Latina y el Caribe fue 106.9, en los países en desarrollo 77.8 y en el mundo 85.7 según informes. La proporción de Panamá es equivalente al reconocer que cada habitante en promedio contó con dos celulares en Panamá 203.9.

Internet

El salto definitivo a una utilización masiva de este medio se hace gracias a la creación de Internet en Panamá en 1995. El servicio de internet es ofrecido por diversas compañías de nivel nacional e internacional.

También es ofrecido el servicio de internet público, conocido como Red Nacional de Internet en áreas como parques públicos, colegios, hospitales y bibliotecas de todo el país. Según la Unión Internacional de Telecomunicaciones, Panamá es el país con mayor número de suscriptores a internet de América Central.

Medios de Comunicación

Prensa

Panamá cuenta con siete diarios de circulación nacional: La Prensa, Mi Diario, La Estrella de Panamá, El Siglo, Crítica, Día a Día y El Panamá América.

Radio

En Panamá existen en todo el país 184 frecuencias de radiodifusión comercial autorizadas por la ASEP en la banda FM y 101 en la banda de AM.

Televisión

En 2009 Panamá adoptó los estándares europeos de DVB-T (Digital Video Broadcasting) para la televisión digital terrestre. Existen más de diez canales de televisión que ofrecen el servicio público en todo el país.

Determinantes y desigualdades en salud

La Encuesta de Niveles de Vida de 2008 reveló que 32,7% de las personas son pobres. En el período 2003–2008 se redujo tanto la pobreza general (4,1 puntos porcentuales) como la pobreza extrema (2,2 puntos porcentuales).

La esperanza de vida al nacer era de 75,3 años en 2006 y 75,8 en 2009, y más alta en las mujeres (78,0 en 2006 y 78,5 en 2009) que en los hombres (72,8 años en 2006 y 73,2 en 2009).

El gasto social en salud como porcentaje del gasto público en 2009 (32,0%) sufrió una disminución de 3,5 puntos porcentuales, en comparación con el de 2005 (35,5%). Si bien en las últimas décadas la salud ha mejorado notablemente, los promedios nacionales esconden grandes desigualdades en materia de resultados y acceso a servicios de salud, en detrimento de la población rural e indígena.

Estos resultados no se deben a un bajo gasto en salud, sino a ineficiencias en la distribución y el uso de los recursos.

Medio ambiente y seguridad humana

En 2005, el monitoreo de la calidad del agua puso de manifiesto que 15% de los ríos estaban altamente contaminados con sustancias orgánicas biodegradables, pero en 2008 solo lo estaban 0,4% (8). A nivel nacional, un promedio de 91,8% de las viviendas recibe agua apta para el consumo humano a través de acueductos y 94,5% cuenta con servicios sanitarios.

En 2010, la mayoría de los sitios de acopio del país no cumplía con los requerimientos mínimos de vertederos controlados. Las tierras secas y degradadas ocupan 27% del territorio nacional y en ellas viven aproximadamente medio millón de personas, la mayoría en pobreza o pobreza extrema. El aumento de la extensión de las áreas protegidas, de 34,3% en 2006 a 38,7% en 2009, contribuye a la conservación de los bosques. En 2009 se establecieron políticas públicas sobre la prohibición del uso de combustibles con plomo, que impusieron límites permisibles a las emisiones de gases para todo tipo de vehículos.

Según la Dirección Nacional de Operaciones del Tránsito de la Policía Nacional, en el período 2005–2010 se registraron 249 defunciones por accidentes de tránsito. En 2007 se registraron 61.352 incidentes delictivos y 64.893 en 2008, de los cuales 54,4% se notificaron en la provincia de Panamá. De 2007 a 2010 se reconocieron 1.393 violaciones, con un aumento del riesgo de 12% anual. Según la Defensoría del Pueblo la violencia doméstica fue el segundo delito más denunciado (hubo 51 mujeres asesinadas en 2007 y 72 en 2010). Murieron 1.531 hombres y 306 mujeres en 2009 por accidentes, suicidios y homicidios, y otras causas externas. De acuerdo con el Boletín Estadístico 2009 del Ministerio de Salud, la tasa de homicidios por 100.000 habitantes aumentó de 19,3 en 2008 a 23,0 en 2009. Entre 2007 y 2010 ocurrieron 892 eventos generadores de emergencias y desastres (inundaciones 57,8%, incendios 15,4%, deslizamientos

de tierra 10,4%, desmoronamiento de estructuras 9,7% y vendavales 6,7%), que afectaron directamente a 4,9% de la población. En 2007 se aprobó la Política Nacional de Cambio Climático.

CONDICIONES DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

PROBLEMAS DE SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE POBLACIÓN

SALUD MATERNA Y REPRODUCTIVA

Los tumores malignos de mama aumentaron de 109 por 100.000 habitantes en 2002 a 169 por 100.000 en 2009, mientras que los tumores malignos cervicouterinos disminuyeron de 127 por 100.000 habitantes en 2002 a 112 por 100.000 en 2009.

En 2008, el Ministerio de Salud incorporó la vacuna contra el virus del papiloma humano para las adolescentes de 10 años, con una cobertura de 42% en 2009 y 67% en 2010.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2009, 48,8% de las mujeres casadas o unidas utilizan algún método moderno de planificación familiar; la esterilización femenina es el método más utilizado (16,8%).

En 2009, la tasa de natalidad fue de 19,8 por 1.000 habitantes. La tasa global de fecundidad fue de 2,4 hijos por mujer en 2006 y 2,3 en 2010.

La atención institucional del parto en 2009 ascendió a 95,7% a nivel nacional, y por profesional calificado, a 96,0% (99,9% en las zonas urbanas y 84,7% en las rurales). La tasa de mortalidad materna descendió de 83,6 por 100.000 nacidos vivos en 2006 a 24,9 por 100.000 en 2010. El 75% de las defunciones se atribuyeron a causas obstétricas directas: trastornos hipertensivos asociados al embarazo, hemorragia, aborto e infección.

Niños (menores de 5 años de edad)

La mortalidad infantil descendió de 14,8 por 1.000 nacidos vivos en 2006 a 11,9 por 1.000 en 2010, La tasa de mortalidad de los menores de 5 años descendió de 19,9 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 2006 a 17,1 por 1.000 en 2009. Para que en 2015 la tasa de mortalidad en los menores de 5 años disminuya dos tercios de la observada en 1990 (meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: 8,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos), el ritmo de descenso debería ser de 1,5 puntos por año desde 2009 hasta 2015.

Adolescentes (15 a 19 años de edad).

Los problemas de salud de los adolescentes se asocian con patrones de conducta que imponen riesgos, por ejemplo: 19,8% de las mujeres de 15 a 19 años son madres o están embarazadas. La morbilidad en este grupo incluye además la violencia. En el grupo de edad de 15 a 19 años se notificaron las siguientes infecciones de transmisión sexual: vaginitis aguda y vulvovaginitis; virus del papiloma humano; enfermedad pélvica inflamatoria; gonorrea, con una razón hombre/mujer de 5:1; sífilis, con una razón hombre/ mujer de 0,7:1, y herpes genital, con una razón hombre/mujer de 0,2:1.

Adultos mayores (60 y más años de edad)

Las proyecciones demográficas indican que en los próximos 50 años habrá un aumento del grupo de 65 y más años, que representará el 17% de la población y demandará mayor asistencia social y atención de salud. Panamá tiene el índice de envejecimiento más alto de América Central: 5,9%. En 2010, la esperanza de vida al nacer en la población fue de 78,6 años para las mujeres y 73,4 para los hombres).

Personas con discapacidades

La prevalencia nacional de discapacidad es de 11,3%. La prevalencia es mayor en las mujeres (12,4%) que en los hombres (10,4%) y aumenta con la edad: 6% en los menores de 20 años, 7% en los de 20 a 39, 20% en los de 40 a 64 años y 42% en los mayores de 65 años.

Mortalidad

La tasa de mortalidad general no ha presentado mayores cambios entre 2006 (4,4 defunciones por 1.000 habitantes) y 2009 (4,5 por 1.000). Fue mayor en los hombres (5,3 por 1.000) que en las mujeres (3,7 por 1.000). Las 10 principales causas de mortalidad agrupadas en 2010 enfermedades del sistema circulatorio, Tumores (neoplasias) causas externas, enfermedades del sistema respiratorio, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema genitourinario, enfermedades del sistema nervioso, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, demás causas. La tasa de mortalidad infantil descendió de 14,8 por 1.000 nacidos vivos en 2006 a 12,2 por 1.000 en 2009 y 11,9 por 1.000 en 2010.

MORBILIDAD - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La tasa de morbilidad por malaria disminuyó de 50,6 por 100.000 habitantes en 2006 a 1,9 en 2010. Se observó la misma tendencia en el índice parasitario anual (IPA), que bajó de 0,5 en 2006 a 0,1 en 2010, así como en la mortalidad (tres defunciones entre 2006 y 2008). De 2006 a 2010 se notificaron 18.987 casos de dengue, con una tasa de letalidad de 10,6%. El año 2009 fue el de mayor incidencia en el período, con 7.469 casos (131,0 por 100.000 habitantes); en 2006 hubo 4.326 casos (75,89 por 100.000 habitantes). Circularon los serotipos del dengue 1, 2 y 3.

Enfermedades prevenibles por vacunación

En diciembre de 2007 se aprobó la Ley de Vacunas. Entre 2007 y 2010, la cobertura de vacunación en los menores de 1 año aumentó de 88,0% a 93,6% para la pentavalente (DPT-Hib-HepB), de 88% a 95% para la anti poliomielítica y de 66% a 88% para la vacuna contra rotavirus. La cobertura con la BCG se mantuvo en 100%, y con la antineumococcica conjugada, introducida en 2010, se logró una cobertura de 47,5%. En los niños de 1 año, la cobertura con la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola aumentó de 84% a 100%. La introducción de nuevas vacunas en el esquema de inmunización, tales como contra la hepatitis A, el toxoide tetánico diftérico acelular (Tdap), la vacuna contra el virus del papiloma humano y la antineumococcica de polisacáridos, así como la búsqueda intensiva de desertores e inasistentes en los municipios y la oferta de una serie de oportunidades de vacunación dirigida a la población más vulnerable, han servido para aumentar las coberturas. No se han presentado casos autóctonos de sarampión desde 1995, de síndrome de rubéola congénita desde 2000 y de rubéola desde 2002. Tampoco se han notificado casos de tétanos neonatal ni de fiebre amarilla.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Entre los años 2005 y 2010 se notificaron 4.985 casos de sida y 4.379 de infección por el VIH con una prevalencia nacional de VIH/Sida de 0,9% en personas de 15 a 49 años. En 2010 la razón hombre/mujer fue de 3:1 para el sida y 1,8:1 para el VIH.

En 2009, la prevalencia en embarazadas de VIH/sida a nivel nacional fue de 0,3%. La cobertura con tratamiento antirretroviral en personas con infección avanzada fue de 56%. La cobertura con pruebas en mujeres embarazadas aumentó de 8,0% en 2003 a 74,9% en 2009.

En 2010, si se consideran únicamente los 11 casos confirmados de sífilis en recién nacidos, la tasa de sífilis congénita nacional fue de 0,16 por 1.000 nacidos vivos; los casos sospechosos sumaron 39.

Tuberculosis

La tasa de incidencia de tuberculosis disminuyó de 52,7 por 100.000 habitantes en 2006 a 40,5 por 100.000 en 2010. La enfermedad afecta a todos los grupos de edad y la incidencia es más elevada en los hombres. En más de 90% de los establecimientos de salud se aplica la estrategia de tratamiento acortado bajo observación directa. La tasa de éxito del tratamiento se mantuvo en 79% y el abandono superó el 10%.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la principal causa de muerte en la gran mayoría de las provincias. En 2007, la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio fue de 4.172 por 100.000 habitantes y en 2009, de 4.551 por 100.000.

Neoplasias malignas

La tasa de defunciones por tumores malignos mostró pocas variaciones: fue de 2.464 por 100.000 habitantes en 2007 y 2.433 por 100.000 en 2009. Las principales localizaciones fueron próstata; estómago; tráquea, bronquios y pulmón; colon, recto y ano, y mama.

Diabetes sacarina

La incidencia de diabetes sacarina fue de 180,3 por 100.000 habitantes en 2006 y 157,5 por 100.000 en 2009 (39). Entre 2006 y 2008, el número total de defunciones estuvo por encima de 800 por 100.000 habitantes, y en 2009 fue de 744 por 100.000 habitantes. En 2010 se notificó una tasa de mortalidad de 19,3 por 100.000 habitantes. Entre las principales causas de mortalidad en Panamá, la diabetes sacarina es la única que afecta más a las mujeres que a los hombres.

B) EL SISTEMA DE SALUD Y SU CONTEXTO SECTORIAL AMPLIO (POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS), CON ÉNFASIS EN LAS NUEVAS INICIATIVAS (SI ES EL CASO) EN EL CONTEXTO DE LA RENOVACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LA APS Y LOS COMPROMISOS REGIONALES DE SALUD (RESOLUCIONES DE LA OMS, LA OPS Y AFINES).

POLÍTICAS, SISTEMA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

El papel de la rectoría en salud

El Ministerio de Salud tiene a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno, de acuerdo con el Decreto de Gabinete No. 1 del 15 de enero de 1969 y el Estatuto Orgánico de Salud.

La regulación, la conducción y el desempeño de las funciones esenciales de salud pública son responsabilidades exclusivas del Ministerio de Salud, en tanto que la armonización de la provisión de los servicios de salud, el financiamiento y la vigilancia del aseguramiento son responsabilidades que comparte con la Caja de Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Economía y Finanzas. Comparte también algunas funciones de conducción con otras instituciones: el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; el Consejo Técnico de Salud, que es responsable de otorgar la autorización para el libre ejercicio de la profesión médica, y la Autoridad Nacional del Ambiente, encargada de la regulación ambiental.

Desempeño de los sistemas de salud

Panamá cuenta con un sistema de seguridad social clásico, administrado por la CSS, basado en dos marcos legales: la Constitución Nacional, que en el artículo 109 consagra el derecho de los ciudadanos a la seguridad social, y la Ley Orgánica de la CSS, que busca garantizar la sostenibilidad financiera del seguro de invalidez, vejez y muerte, y establece la obligatoriedad de la CSS de prestar servicios preventivos coordinar acciones y servicios con el Ministerio de Salud. Los programas de la CSS están orientados a la protección en caso de enfermedad.

Según el Departamento de Planificación de la CSS, en 2010 esta tenía 2.651.510 beneficiarios registrados, lo que representaba 75,6% de la población.

Gasto y financiamiento en salud

Panamá destina un importante porcentaje del PIB a la salud, con una tendencia al alza: 8,4% en 2006, 8,6% en 2008 y 10,5% en 2010. Aunque el gasto de bolsillo descendió entre 2006 y 2010, sigue siendo alto: 30,7% en 2010. De 2006 a 2009, el gasto público en salud se mantuvo en 5% y representó 14% del gasto público total. En 2010 se destinó el 77,8% del gasto público en salud para financiar la seguridad social. La inversión per cápita en salud del Estado fue de US\$962.

El Ministerio de Salud cuenta con la Ley de Gratuidad, orientada a la atención de la madre y el niño. Sin embargo, se cobran algunos de los servicios especializados destinados a este grupo de población, lo que repercute en el gasto de bolsillo y limita el acceso a los más pobres. Los hospitales del tercer nivel y los institutos especializados de carácter nacional poseen una figura administrativa denominada “Patronato”, presidida por una junta directiva encabezada por el Ministro de Salud, que complementa el financiamiento público asignado con las cuotas de recuperación o copagos; estos pagos no representan más de 1% del costo real del servicio ni más de 5% de los recursos disponibles. Aunque este mecanismo no es muy ágil ni eficiente, pues la red pública no puede identificar a los afiliados a la CSS y la recuperación es muy lenta, aporta recursos administrados directamente por la región o por los patronatos.

Servicios de salud

El sistema de salud está constituido por los sectores público y privado. El sector público, compuesto por el Ministerio de Salud y la CSS, cubre a 90% de la población; la Caja es la mayor proveedora de servicios de salud. El sistema está organizado en 14 regiones sanitarias (recientemente se crearon dos nuevas: la Región de Salud de Arraiján y la Región de Salud de Panamá Norte). Esta red está compuesta por 909 establecimientos de diversa complejidad y se caracteriza por una distribución inequitativa de los establecimientos y de los recursos humanos, que se concentran en las cabeceras urbanas, y por una segmentación en la cartera de servicios. Mantienen subsidios cruzados, duplican su oferta, compiten entre sí y no hay una clara separación de funciones. Esta situación provoca inequidad, un debilitamiento de la rectoría y un aumento de los costos.

En las comarcas indígenas el único proveedor es el Ministerio de Salud, que ofrece servicios ambulatorios con un paquete básico de incipiente adecuación cultural. La población indígena y la que habita en zonas apartadas no tienen acceso a los servicios debido a barreras económicas y geográficas, pero, sobre todo, por falta de infraestructura y personal técnico disponible.

La fragmentación del sistema también se refleja en que los hospitales de referencia nacional, financiados por el Estado, tienen independencia jurídica y modelos de gestión privada (patronatos), situación que limita y debilita la rectoría.

En 2010 el Ministerio de Salud elaboró el modelo de atención primaria de salud individual, familiar, comunitaria y ambiental. El mismo responde al Plan Estratégico de Gobierno y al Decreto Ejecutivo 531 de julio de 2009, que insta a crear los centros de atención primaria de salud innovadores en el marco de la estrategia renovada de atención primaria de salud. Con este mandato, el Ministerio inició la construcción y el equipamiento de 7 hospitales y 35 establecimientos de atención primaria bastante completos.

En materia de control de la calidad de la atención, se requieren mayores esfuerzos. El Ministerio de Salud y la CSS realizan convenios con otros países para la contratación de médicos extranjeros, y con las universidades, para la formación acelerada de técnicos profesionales y especialistas.

Medicamentos y otros productos sanitarios

El país cuenta con una política nacional de medicamentos orientada al acceso a medicamentos de calidad, con criterios de bioequivalencia e intercambiabilidad, como un mecanismo de abaratamiento de los costos; en este marco se constituyó la Comisión Nacional Sectorial de Farmaco_vigilancia.

Conocimiento, tecnología, información y gestión de recursos producción científica en salud

La investigación científico-técnica se rige por el Sistema Nacional de Investigación encargado de promover la investigación a través de acciones que conlleven el aumento del número y la calidad de los investigadores que trabajan en el desarrollo científico y tecnológico, así como del número de centros de investigación públicos y privados. Forman parte del Sistema Nacional de Investigación la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación; la Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental, y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

De acuerdo con el Plan Estratégico Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2010–2014 (50), Panamá presenta importantes debilidades tanto en materia de disponibilidad de recursos humanos altamente calificados como de infraestructura para el desarrollo de las actividades de ciencia, tecnología e innovación. El país invierte 0,26% del PIB en investigación, desarrollo e innovación, y cuenta con solo 476 investigadores que trabajan a tiempo completo. Estos son valores bajos, aun en el contexto latinoamericano en el que la inversión promedio en investigación, desarrollo e innovación es de 0,7% del PIB, y el promedio de investigadores es de 1,0 por 1.000 miembros de la población económicamente activa.

Recursos humanos

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censo, en las instalaciones de salud había 4.404 médicos (uno por cada 742 habitantes) en 2006 y 4.904 (uno por cada 700 habitantes) en 2009. En 2006 había un enfermero por cada 869 habitantes, proporción que ascendió a uno por cada 780 habitantes en 2009. Los médicos se concentran en la ciudad de Panamá, donde hay 2.561, un poco más de la mitad de todos los médicos para un tercio de la población total del país. En 2008, en la ciudad de Panamá había 32,3 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en la provincia de Darién había solo 5,7 médicos por 10.000 habitantes.

Las universidades públicas y privadas ofrecen una amplia oferta a nivel de grado, pero presentan un desarrollo incipiente de posgrados y de doctorados. Es notoria la carencia de infraestructura (equipamiento, laboratorios, acceso a bibliografía especializada) para llevar a cabo actividades de investigación y desarrollo.

Salud y cooperación internacional

Panamá es miembro del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y participa en diferentes organismos de coordinación en materia de salud: Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana, Consejo de Ministros de Salud de Centro América, Consejo de Ministras de la Mujer de Centro América, Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social, y Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento. Con la estrategia de la OPS/OMS de cooperación técnica entre países Panamá ejecutó 10 proyectos conjuntos con las naciones de América Central y el Caribe sobre salud mental, rehabilitación, violencia urbana y temas relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional. Con el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Organismo Internacional de Energía Atómica, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la OPS/ OMS, así como con México y el Fondo Argentino.

SEGUNDA PARTE CONTEXTO DE RHUS

A) CONTEXTO DEL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD (RHS), Y LAS PRÁCTICAS INNOVADORAS, ¿CÓMO LOS PAÍSES SE ACERCAN A LAS INICIATIVAS INTERNACIONALES?, ¿CÓMO LA LLAMADA A LA ACCIÓN DE TORONTO (2005), LAS 20 METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS SALUD 2007-2015 (2007), LA DECLARACIÓN DE KAMPALA (2008) Y OTROS DOCUMENTOS DE LA OMS Y LA OPS HAN INCIDIDO EN EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS EN RHUS? DESCRIPCIÓN DE LAS PRIORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA AGENDA DE LOS RHS, CON EL CONTENIDO OBTENIDO DE INSTRUMENTO # 1 - CONTEXTO GENERAL Y PRIORIDADES.

La Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud de la República de Panamá para el período 2010-2014, en el apartado VI titulado: Otros Lineamientos Orientadores de las Políticas de Salud, presenta en el punto VI-E las Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud período 2007-2015. Estas metas están organizadas según los desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el llamado a la acción de Toronto. Además de la inclusión de los desafíos, en la Política de Salud, las autoridades sanitarias se plantean como otro reto la definición de políticas y planes de largo plazo para preparar la fuerza laboral de tal manera que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrolle mejor la capacidad institucional. **Esta declaración se traduce en la definición de la Política N° 6 que a letra dice: Fortalecer el desarrollo de capacidades de los recursos humanos sectoriales en salud.**

Esta Política se lleva al plano operativo mediante el cumplimiento de varios objetivos estratégicos y líneas de acción que pretenden: 1.- Identificar y adecuar los perfiles del recurso humano a las necesidades de los servicios de salud del país, 2.- Desarrollo de programas de educación y formación continua a los profesionales de la salud en materia de salud pública, 3.- coordinar con instituciones, universidades, sociedades científicas el desarrollo de recursos humanos para el sector salud a nivel nacional e internacional.

Con bases a la información obtenida en la Segunda Medición de las Metas Regionales en el siguiente cuadro se presentas las tres prioridades de recurso humano para el Ministerio de Salud de la República de Panamá.

Desafíos	Priorización	Metas	Priorización
1 Políticas y planes	1	1 Densidad/distribución geográfica	1
		2 Proporción médicos en APS	3
		3 Existencia de Equipos de APS	2
		4 Razón enfermera / médico	4
		5 Unidad de conducción nacional de RHUS con capacidad de rectoría nacional	5
2 Personas adecuadas en lugares adecuados	2	6 brecha urbano / rural de médicos y enfermeras	3
		7 Proporción de trabajadores de APS con competencias en Salud publica	2
		8 Proporción de personal técnico y auxiliar con procesos de educación permanente	1
		9 Personal de APS reclutado en sus propias comunidades	4
3 Migración	5	10 Adopción del código internacional de reclutamiento en salud	3
		11 Política de autosuficiencia en RH	2
		12 Acuerdos mutuos para el reconocimiento profesional	1
4 Condiciones de trabajo	3	13 Proporción de empleo precario	3
		14 Política de salud y seguridad para los trabajadores	1
		15 Gerentes con competencias en salud pública y gestión	2
		16 Negociación de conflictos	4
5 Vínculos educación - servicios	4	17 Reorientación de la formación en salud hacia la APS	1
		18 Programas de formación en salud para poblaciones sub atendidas	2
		19 Tasa de deserción de escuelas de medicina	3
		20 Acreditación de facultades y escuelas de medicina y salud publica	4

B) PROCESO GENERAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE DESARROLLO DE LOS RHS EN EL PAÍS: LOS ÉXITOS, LAS PRINCIPALES DIFICULTADES, POSIBILIDADES DE SUPERAR ESTOS DESAFÍOS Y LECCIONES APRENDIDAS.

A continuación se presentan los Programas de Desarrollo de Recursos Humanos que fueron analizados para la evaluación de Programas de Recursos Humanos:

1-Ministerio de Salud

1.1.- Fortalecimiento de la red de Atención Primaria a través de la construcción de Centros de Atención Primaria de Salud Innovadores.

Entre sus principales éxitos de este programa aparece el fortalecimiento de la red de atención primaria para disminuir las desigualdades en el acceso sanitario, en especial a la población rural e indígena. Esta respuesta a la población se contempla en el fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura. También se considera como éxito garantizarles a los beneficiarios la disponibilidad de medicamentos esenciales de calidad en forma oportuna y sostenible.

Al referirse a las principales dificultades aparece la contratación de personal médico especializado, en especial las áreas de difícil acceso.

La principal forma de enfrentar este desafío es considerar a los médicos que están en los programas de formación como también la contratación de médicos especialistas extranjeros.

En el desarrollo de este programa entre las lecciones aprendidas encontramos, que una iniciativa de esta naturaleza promueve la protección a la población de áreas rurales y/o de difícil accesos contra factores de riesgos que constituyen problema de salud pública, mediante las acciones de vigilancia y control de salud oportuno a nivel poblacional y ambiental, igualmente se fortalece el rol protagónico del recurso humano en la búsqueda de estrategias colectivas que promuevan la transformación y el perfeccionamiento del proceso de trabajo.

1.2.- Formación de Médicos Residentes:

Para dar respuesta a la población sobre el déficit de médicos especialista se pone en marcha un programa de formación de éste recurso, y de 25 plazas que se tenían para el año 2009, en el 2013 aumentó a 147 plazas para médicos especialistas.

1.3.-Unidades Docentes Regionales:

(Se explica más adelante por ser el programa seleccionado)

2.-Caja de Seguro Social:

2.1.- Formación de Residentes, Internos de Medicina General y Odontología:

Se considera un programa de formación muy valioso al cual se le debe dedicar los mayores esfuerzos en el seguimiento del desarrollo académico y la vigilancia sostenida del cumplimiento de los participantes, para el logro de este propósito se realizan visitas de manera permanente a los hospitales formadores, igualmente se ofrecen soluciones a corto plazo a las necesidades identificadas.

2.2.- Video Conferencias:

El programa consiste en un proceso de capacitación masiva dirigido al personal técnico y administrativo de la Caja del Seguro Social, ubicado en las unidades ejecutoras en el primer, segundo y tercer nivel de atención y que se ubican en diferentes puntos del país de manera simultánea.

Los principales éxitos de los programas precitados señalan la importancia en el desarrollo de la capacidad del recurso humano para la toma de decisiones cuando se han presentado emergencias de los diferentes contenidos desarrollados u otros momentos en que se ha tenido que dar respuesta a la población de manera oportuna frente a situaciones de riesgo. Vale destacar que la satisfacción de los usuarios expresados en las encuestas, igualmente la cobertura a diferentes puntos de la geografía nacional, ha sido considerada altamente beneficiosa.

Entre las dificultades encontradas, se puede señalar que esta contara con recurso propio para establecer salas de video conferencia en todas la unidades ejecutoras de la Caja del Seguro Social, también se considera que esta respuesta contribuiría a abaratar costos.

C) DE LOS PROGRAMAS ANALIZADOS SE SELECCIONÓ EL DE LAS UNIDADES DOCENTES REGIONALES (UDR) PARA SER EVALUADO A PROFUNDIDAD, RAZÓN POR LA CUAL SE PRESENTA A CONTINUACIÓN EL DESARROLLO ANALÍTICO Y DESCRIPTIVO SOBRE EL ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE ESTE PROGRAMA.

Definición operacional:

Unidad Docente Regional: Estructura técnica-administrativa, autónoma, funcional y dinámica, creada como un medio para el fortalecimiento de los servicios de salud y el desarrollo del recurso humano, mediante la ejecución del proceso de educación permanente, estableciendo prioridades de acuerdo a las realidades concretas, tanto de las regiones como de los niveles locales, sin que el recurso humano abandone su puesto de trabajo de manera continua para asistir a eventos de docencia.

La implementación de las UDR en el Ministerio de Salud de la República de Panamá se deriva de un proceso que inicia a finales de la década de los años ochenta, por medio de los siguientes organismos de cooperación: OPS, PASCAP, INCAP, UNICEF, cuyos representantes manifestaron a las autoridades sanitarias la definición de sus funciones para orientar y apoyar a los países de la subregión en el desarrollo e implementación de los procesos de Educación Permanente del personal de salud, de manera coherente con las políticas de descentralización y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, propuestas por los gobiernos de Centroamérica y Panamá.

Para este período se desarrollaba en el país el Plan de Supervivencia Infantil, razón por la cual a las autoridades nacionales consideraban oportuna la creación de las UDRs, acción que se inicia en 3 regiones sanitarias y posteriores a los éxitos alcanzados se extiende a las 14 regiones de salud del país, con la conformación de un equipo regional conductor multidisciplinario responsable de planificar, ejecutar, monitorear, evaluar el proceso educativo y el desempeño de los servicios en especial en los niveles locales donde se lleva a cabo la APS.

Un elemento primordial que justificó la creación de las UDRs fue el principio de que los procesos de reorientación y reorganización de los sistemas de salud dirigidos al cumplimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), exigen una fuerte correlación entre la capacitación local de los recursos humanos y su capacidad de dar una respuesta más satisfactoria a las necesidades de salud de la población, con base en los siguientes postulados de la educación permanente: se llevaría a cabo en forma continua; en el trabajo; orientado hacia la resolución de problemas y en equipo interdisciplinario.

Las Unidades Docentes Regionales (UDRs) estarían dirigidas a los niveles regionales y locales. Como parte de la iniciativa, se consideró importante promover la sinergia entre los niveles locales y los servicios asistenciales de alta complejidad, razón por la cual se propuso la organización o reforzamiento de los Centros Docentes de Referencia (CDR) para los niveles de alta complejidad asistencial como son los Hospitales, escuelas o departamentos de las Facultades de Medicina.

La organización y desarrollo de las UDRs ha evidenciado éxitos en el fortalecimiento del recurso humano y mejoramiento del servicio, algunos de ellos se presentan a continuación:

- Institucionalización de las UDR, mediante el respaldo de las autoridades nacionales, se consideró un elemento facilitador para la organización y desarrollo eficiente de la educación permanente en salud.

- Para el desarrollo de la educación permanente, se prioriza al recurso humano responsable de ofrecer servicios en la base del sistema de atención, con énfasis en la actualización de manera continua en su lugar de trabajo.
- Visión de trabajo en equipo para el análisis de la situación de salud, para la transformación del servicio y de los programas educación permanente.
- Formación de facilitadores regionales para el respaldo a los niveles locales.
- Un proceso de trabajo dinámico e integrado por representantes de las diferentes disciplinas que se desempeñan en los niveles locales.
- Ordenamiento de las actividades de educación permanente para evitar la duplicidad, en las acciones educativas rutinarias y el abandono del puesto de trabajo por el personal del nivel local para asistir a eventos docentes.
- Definición de temas prioritarios en educación permanente de acuerdo al perfil epidemiológico y la situación de salud identificada en cada nivel local, con participación de las diferentes disciplinas.
- El equipo local se apropia de un proceso de planificación estratégica que busca el mejoramiento continuo de la calidad de atención.
- Se fortalece el Departamento de Formación y Capacitación de recursos humanos.
- Se fortalecen los procesos de monitoreo y evaluación en los niveles regionales, y locales.

Las UDRs y su contribución al fortalecimiento de los RHS y/o mejorar la prestación de servicios de salud.

Entre los principios de las UDRs se promueve establecer un mecanismo de ordenamiento y optimización de la docencia fundamentada en la concepción de la educación permanente. Esta consideración ha tenido una incidencia en el mejoramiento de la capacidad del recurso humano, entre otras cosas, para el dominio de una metodología de análisis del proceso de trabajo en salud. Este análisis se convertiría en fuente de conocimiento y objeto de transformación a partir del reconocimiento, caracterización y enfrentamiento de los problemas de calidad por los equipos locales y la comunidad.

Esta metodología de análisis se fundamenta en la APS y sus consideraciones de: **Equidad**, para identificar poblaciones postergadas; **Eficiencia**, para analizar la producción y el rendimiento de los recursos de establecimiento y **Eficacia**, para el análisis de la calidad de la atención.

Otras contribuciones:

- Cultura de trabajo en equipo local, para evitar duplicación de las acciones de docencia.

- Aplicación de una metodología funcional para el análisis y resolución de problemas en los servicios y en el desarrollo de la educación permanente.
- Formación de un equipo regional conductor de los procesos de educación permanente.
- Reconocimiento del puesto de trabajo como fuente de conocimiento, en especial sobre la APS.
- Racionalización de los recursos al integrar las diferentes disciplinas a este proceso.
- Incorporación de la comunidad y otros actores en el análisis de situación de salud y búsqueda de solución.

Entre las contribuciones de las UDRs para el mejoramiento de los servicios encontramos, los siguientes:

La atención primaria se expandió: en todos los niveles locales se considera la existencia del equipo básico para la APS, ampliando de esta manera la cobertura.

La eficiencia del programa aumentó: la planificación, monitoreo y evaluación de la educación permanente facilita reconocer las debilidades y fortaleza, en el mismo sentido las propuestas de mejora. Esta vigilancia es garantía para procurar mantener la eficiencia.

La efectividad del programa ha mejorado: en las áreas de trabajo impacta sobre el recurso humano en cuanto al nivel de conocimiento habilidades y destrezas alrededor de los ejes: equidad, eficiencia y eficacia.

Equidad de los servicios: por medio de capacitación del recurso humano sobre la metodología análisis del desempeño se identifican los grupos humanos postergados y sectores geográficos, a los cuales se les presta la mayor atención para la oferta de los servicios.

El acceso a servicios ha mejorado: la capacitación a los equipos sobre la transformación del servicio considera como componente de trabajo promover estrategias de accesibilidad a lo interno o en la comunidad en especial en APS.

La integralidad de la atención mejoró: uno de los productos de análisis del desempeño demostró la necesidad del trabajo integrado para la cual se establece un trabajo coordinado y un sistema de referencia y contra referencia.

La satisfacción del paciente aumentó: existen niveles locales que al transformar los horarios y garantizar la oferta de los servicios como también la incorporación de la comunidad para el trabajo en salud demuestra la mejoría de la satisfacción el paciente.

Los tiempos de espera de los pacientes se han reducido: En algunos servicios en especial los que originan y controlan los equipos locales.

Las tasas de reingreso de pacientes se han reducido: no hay valoración de esta variable.

Porcentaje de los servicios prestados por personal cualificado aumentó: un objetivo principal del programa radica en fortalecer los servicios de salud mediante un proceso de educación permanente integrada, razón por la cual el porcentaje del personal interdisciplinario supera su capacidad técnica.

D) DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS PROGRAMAS O INTERVENCIONES NECESARIAS PARA AVANZAR EN LA AGENDA / RHS DE DESARROLLO DE POLÍTICAS.

Nombre del Programa - Ministerio de Salud	Breve Descripción
Construcción en el país de 21 de Centros de Atención Primaria de Salud Innovadores (MINSA-CAPSI) para el período 2011-2013	Las autoridades han priorizado el fortalecimiento de la red de atención primaria a través de la creación de nuevas instalaciones de salud llamadas MINSA-CAPSI, se pretende cumplir con la readecuación y mejoramiento de la red existente, el fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura y el fortalecimiento de la red de hospitales de primera referencia, para asegurar la continuidad de los servicios. El recurso humano proyectado es de 2,752 funcionarios de diferentes disciplinas técnicas y administrativas.
Formación de Médicos Residentes. MINSA	Se pretende cubrir el déficit de médicos especialistas a nivel nacional, se mantiene un incremento de las plazas de diferentes especialidades, a partir de 2010
Unidad Docente Regional (UDR). MINSA	Estructura administrativa – técnica como medio para el desarrollo de la educación permanente en salud, tiene definida su estructura orgánica, integrantes de la misma a nivel regional y local, los objetivos generales y específicos así como también las funciones técnicas y administrativas, acoge como línea de trabajo a la metodología Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud como herramienta funcional la identificación y resolución de los problemas del servicio y de la educación permanente.
Formación de Residentes, Internos y Odontólogos. Caja del Seguro Social (CSS)	Recurso humano cuya formación en Hospitales Formadores es valiosa para la Institución dándole un férreo seguimiento mensual y conocer sus necesidades, su rendimiento y aprovechamiento. Se le ofrece el apoyo requerido de manera oportuna, durante 2 años de formación.
Nombre del Programa- Caja del Seguro Social (CSS) Video Conferencias	Ciclos de Conferencias Multidisciplinaria para técnicos y administrativos de las distintas Unidades Ejecutoras de Salud (CAPS, ULAPS, Policlínicas Especializadas y Hospitales). La tecnología permite el desarrollo de capacitaciones masivas de gran importancia y llegar a todas las áreas al mismo tiempo.

TERCERA PARTE

ANÁLISIS CRÍTICO Y DESCRIPTIVO (ESTA PARTE PARA CADA PROGRAMA)

Análisis crítico y descriptivo del programa con base en las entrevistas con los grupos de interés identificados. Se espera que en este análisis se presenten los puntos de vista de los encuestados, señalando sus similitudes y diferencias, con el siguiente contenido básico:

Para la aplicación del instrumento N° 3 se cumplió con un procedimiento que iniciaba con la selección de informantes que demostrarán el interés para la resolución del instrumento. Se consideró que los informantes contarán con experiencia en la organización y desarrollo de las UDRs en diferentes regiones del País, igualmente haber asumido rol como de equipo conductor y/o facilitador en el proceso de educación permanente.

El instrumento fue entregado a cada informante para la que fuera auto administrado, con la advertencia de solicitar aclaración en caso de ser necesario.

Organización de los resultados

Posterior a la obtención de las encuestas con las respuestas aportadas por los informantes claves se procedió a una tabulación cualitativa y mediante una taxonomía se reconocieron las similitudes y diferencias en las respuestas las cuales fueron incorporándose tal como se presenta en el informe.

A) ÁRBOL DE CONSULTA Y DECISIONES DEL PROGRAMA.

B) LOS ÉXITOS, DIFICULTADES, DESAFÍOS Y LECCIONES APRENDIDAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

I. Los éxitos del programa se presentan se resumen en las siguientes líneas:

- Institucionalización las UDR, mediante el respaldo de las autoridades nacionales; se consideró un elemento facilitador para la organización y desarrollo eficiente.
- Para el desarrollo de la educación permanente se prioriza al recurso humano responsable de ofrecer servicios en la base del sistema de atención, con énfasis en la actualización de manera continua en su lugar de trabajo.
- Visión de trabajo en equipo para el análisis de la situación de salud, para la transformación del servicio y de los programas de educación permanente.

- Formación de facilitadores regionales para el respaldo a los niveles locales y para que conductores a nivel local asumieran un rol de facilitadores.
- Un proceso de trabajo dinámico e integrado por representantes de las diferentes disciplinas que se desempeñan en los niveles locales.
- Ordenamiento de las actividades de educación permanente para evitar la duplicidad, las acciones educativas rutinarias y el abandono del puesto de trabajo por el personal del nivel local para asistir a eventos docentes.
- Definición de temas prioritarios en educación permanente de acuerdo al perfil epidemiológico y la situación de salud identificada, con participación de las diferentes disciplinas evidenciando en esta forma el trabajo en equipo.
- Un proceso de planificación estratégica que busca el mejoramiento continuo de la calidad.
- Se fortalece el Departamento de Formación y Capacitación de recursos humanos.
- Se fortalecen los procesos de supervisión y evaluación en los niveles regionales y locales.

II. Desafíos

Se reconocen diferentes desafíos que hay que afrontar para el mejoramiento del desarrollo del programa:

- Que la UDR mantenga el respaldo de las autoridades nacionales y regionales: en ocasiones los cambios de gerentes debilita el proceso porque definen nuevas prioridades como también asignación en cargos gerenciales de recurso humano sin conocimiento de los procesos en marcha.
- Cumplimiento de lo propuesto en la Política Nacional de Salud y Los Lineamientos Estratégicos para el desarrollo de los recursos humanos.
- Formación y actualización a los recursos humanos en servicio y de nuevo ingreso, planificación didáctica, pedagogía – andragogía, investigación participativa, tecnología, información y comunicación (Tics), para el desempeño docente: en ocasiones el recurso humano debe asumir rol docente y sin poseer la formación mínima para su desempeño docente, por otro lado es necesario mantener al personal de salud actualizado para su desempeño eficiente.
- Desarrollar procesos de educación permanente, conjuntamente MINSA-Caja de Seguro Social en especial en los niveles locales donde ambos comparten espacio poblacional: existen diversas instalaciones del Ministerio y la Caja de Seguro Social que ofrecen servicios de salud en un mismo sector geográfico, la coordinación permitiría llevar a cabo acciones conjunta

de manera integrada para mejoramiento del desempeño del recurso humano y por consiguiente de los servicios.

- Fortalecer las acciones de supervisión y evaluación continúa con enfoque capacitante en el sitio de trabajo: este mecanismo permite identificar debilidades y tomar decisiones de manera oportuna.
- Asignación presupuestaria para la capacitación permanente.
- Promover que el recurso humano que asume posiciones para la educación permanente tenga el perfil y actitud que permitan dar continuidad al proceso iniciado.
- Acompañamiento administrativo para dar respuesta a los problemas percibidos y priorizados por los equipos locales y regionales.

III. Lecciones aprendidas:

La organización de la UDR permite ordenar, sistematizar la educación permanente, como también ahorrar recursos y esfuerzos. (Optimización).

- El respaldo y participación de las máximas autoridades fortalece el desarrollo de las UDR para la ejecución de la educación permanente.
- Los procesos de educación permanente se nutren de la identificación de las necesidades de los servicios de salud.
- La aplicación de métodos y técnicas para el aprendizaje del adulto permite a los equipos locales desarrollar habilidades para tomar decisiones autónomas.
- La dinámica metodológica de la UDR facilita a los recursos humanos la apropiación progresiva de procesos de análisis de la situación de salud, identificación de las necesidades y proponer en equipo alternativas de respuestas, en el sitio de trabajo.
- La aplicación de los principios de la educación permanente puede constituirse en una de las principales estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud.
- Es factible la participación social y otros actores comunitarios durante procesos de análisis de situación de los servicios, búsqueda de soluciones integrales y en la educación permanente en los niveles locales.

C) LOS FACTORES QUE CONTRIBUYERON AL LOGRO DE LOS RESULTADOS ESPERADOS O NO.

- I. EL APOYO POLÍTICO:** Es crucial para que tenga la aceptación y el desarrollo adecuado en todos los ámbitos.
- II. LOS NIVELES DE PARTICIPACIÓN:** Importante el trabajo integrado en equipo interdisciplinario.

- III. EL PRESUPUESTO DEL PROGRAMA:** Básico para la gestión de los procesos mediante la obtención de los insumos de manera oportuna, durante la mayor parte de este proceso la OPS/ PASCAP ofrecieron la cooperación técnica y financiera.
- IV. LA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA:** Facilita la cohesión y la dirección del proceso para la alcanzar los objetivos y metas propuestas de manera interdisciplinaria.
- V. LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA:** Transformó un desempeño de la educación permanente de una manera rutinaria a una más dinámica, funcional, en equipo, sobre realidades concretas.
- VI. CLARIDAD DE LOS OBJETIVOS:** Importante para la definición de las actividades, recursos humanos, materiales, metodología de trabajo, manejo presupuestario
- VII. DISEÑO DEL PROGRAMA:** La definición teórica metodológica de la UDR permitió la implementación de la misma con facilidad.

D) LAS BRECHAS QUE TODAVÍA EXISTEN PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS.

- El presupuesto del programa. No existe un renglón presupuestario para la Unidad Docente. El presupuesto es centralizado, se requiere retomar las jornadas de planificación de los programas de las UDR, ligado al plan de monitoreo y evaluación.
- El reconocimiento, por algunos tomadores de decisión, de la contribución del programa para fortalecer y mejorar el desarrollo de personal de salud y la prestación de servicios de salud.
- Gerentes responsables de unidades ejecutoras y/o programas y servicios de salud sin compromiso ni perfil para dirigir los procesos de educación permanente.
- Recurso humano desmotivado y con sobre carga de trabajo.
- Escasa investigación.
- Revisión de los principio teóricos metodológicos de la UDR para ajustarlo a los nuevos enfoques de desarrollo del recurso humano con fundamento en las políticas de salud actuales, como también en las nuevas necesidades de los servicio y del personal.
- Deserción del recurso humano en áreas rurales por la distancia y poca accesibilidad produce un desgaste en los equipos de trabajo y en la puesta en marcha de la educación permanente.
- Verticalidad de responsables de algunos programas del nivel nacional y/o regional hacia los niveles locales.

E) LA CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA PARA FORTALECER Y MEJORAR EL DESARROLLO DE PERSONAL DE SALUD Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

- La atención primaria se expandió: en todos los niveles locales se considera la existencia del equipo básico para la APS, ampliando de esta manera la cobertura.
- La eficiencia del programa aumentó: la planificación, monitoreo y evaluación de la educación permanente facilita reconocer las debilidades y fortalecer, en el mismo sentido las propuestas de mejora. Esta vigilancia es garantía para procurar mantener la eficiencia.
- La efectividad del programa ha mejorado: en las áreas de trabajo impacta sobre el recurso humano en cuanto al nivel de conocimiento habilidades y destrezas.
- Equidad de los servicios: por medio de capacitación del recurso humano sobre la metodología análisis del desempeño se identifican los grupos humanos postergados a los cuales se les presta la mayor atención para la oferta de los servicios, según la capacidad resolutive y por medio de equipos itinerantes.
- El acceso a servicios ha mejorado: la capacitación a los equipos sobre la transformación del servicio considera como componente de trabajo promover estrategias de accesibilidad de la población a los servicios en especial en la APS.
- La integralidad de la atención mejoró: uno de los productos de análisis del desempeño demostró la necesidad del trabajo integrado para la cual se establece un trabajo coordinado y un sistema de referencia y contra referencia.
- La satisfacción del paciente aumentó: existen niveles locales que han tenido que modificar los horarios y garantizar la oferta de los servicios, evidenciado mediante la aplicación de encuesta de satisfacción del cliente, con énfasis en los grupos humanos postergados.
- La incorporación de la participación social y de la comunidad para la gestión del trabajo en salud ha mejorado la eficacia de los programas de salud
- Los tiempos de espera de los pacientes se han reducido. En algunos servicios en especial los que originan y controlan los equipos locales.
- Las tasas de reingreso de pacientes se han reducido: no hay valoración de esta variable.
- Porcentaje de los servicios prestados por personal cualificado aumentó: un objetivo principal del programa radica en fortalecer los servicios de salud mediante un proceso de educación permanente integrada, razón por la cual el porcentaje del personal interdisciplinario supera su capacidad técnica.

- Mejoras en las coberturas de los programas de salud de la población y el ambiente

F) PROGRAMA FUTURO DE NUEVAS INTERVENCIONES, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN.

Es necesario continuar con procesos sostenidos de desarrollo de los recursos humanos sobre nuevos conocimientos, metodologías y técnicas innovadoras para fortalecer los procesos de la educación permanente en respuesta a las necesidades de la situación de salud, del servicio y del recurso humano.

- Se requiere formar recursos humanos en metodología de investigación, a fin de incrementar la investigación en salud, especialmente la investigación participativa con prioridad en lo relacionado con la APS.
- Desarrollar o fortalecer la competencia del recurso humano del nivel local en el área de análisis de situación de salud, del servicio y de la educación permanente y proponer las alternativas de mejora.
- Realizar cursos de Gerencia en Salud, APS en el contexto de un nuevo modelo de atención en salud: individual, familiar y comunitario.
- Promover acciones docentes con el recurso humano sobre metodologías y técnicas innovadoras para fortalecer a los equipos conductores de la educación permanente, en respuesta a las necesidades de la situación de salud, la globalización, cambio climático, los servicios de salud con calidez, calidad y eficiencia.