



GACETA OFICIAL

DIGITAL

Año CXVII

Panamá, R. de Panamá viernes 14 de diciembre de 2018

N° 28676-A

CONTENIDO

MINISTERIO DE SALUD

Decreto Ejecutivo N° 420
(De miércoles 12 de diciembre de 2018)

QUE ESTABLECE EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD DE PANAMÁ

**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD**

DECRETO EJECUTIVO N.º 420
De 12 de Diciembre de 2018



Que establece el Modelo de Atención de Salud de Panamá.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA,
en uso de sus facultades constitucionales y legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población y el individuo como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social del individuo, por lo que, la salud y el bienestar humano no puede ser desatendida por razones de riesgo inminente;

Que el numeral 5 del artículo 110 de la Constitución Política además, señala que el Estado, tiene la obligación de crear de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral;

Que la prestación de los servicios de salud, constituye un derecho humano que tiene todo ciudadano y un deber del Estado; en tanto, la planificación y organización de la cobertura de la demanda de los servicios de salud, de acuerdo a la necesidad en todo el territorio nacional es prerrogativa del Ministerio de Salud, como rector en esta materia, según lo dispuesto en el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, que crea dicho Ministerio;

Que corresponderá al Ministerio de Salud el estudio, formulación y ejecución del Plan Nacional de Salud y la supervisión y evaluación de todas las actividades que se realicen en el Sector en concordancia con la planificación del desarrollo y 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;

Que mediante Decreto Ejecutivo No.119 de 9 de mayo de 2017, se aprueba la Política Nacional de Salud, sus objetivos estratégicos y líneas de acción para el periodo 2016 al 2025, por lo que en cumplimiento del mismo, el Ministerio de Salud, replantea su modelo de atención para garantizar el derecho a la salud, su apropiado abordaje desde los determinantes sociales, incrementa la protección social en salud, basados en la Estrategia de Atención Primaria de Salud, y facilitando el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) sobre todo en las Comarcas Indígenas y en la población urbano marginal y rural;

Que en ese sentido, la Política Nacional de Salud, establece que se debe lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad, implementando estrategias en el marco de la Atención Primaria en Salud, con un modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental y redefiniendo la red de servicios de salud a nivel nacional, implementando las Redes Integradas de Servicios de Salud, para el abordaje de las necesidades de

salud de la población y el fortalecimiento de los servicios de salud con enfoque de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud;

Que con el objetivo de desarrollar el sistema de salud, el ente rector en esta materia, reconociendo que se requiere fortalecer el primer nivel de atención, y la capacidad resolutoria de sus servicios de salud, principalmente los de la puerta de entrada para preservar la salud, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud, como factores protectores de la salud o factores de riesgo, plantea la reubicación de los grados de complejidad entre el primero y el segundo nivel de atención, lo cual permitirá que los hospitales jueguen su rol dentro de la red, de atender la referencia de casos propios de su complejidad a nivel provincial y nacional;

Que aunado a lo anterior, se observa la necesidad de reorganizar los servicios en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que permitan la participación social y comunitaria, el abordaje intersectorial, la coordinación entre los proveedores de servicios de salud para el acceso efectivo a la atención integral, integrada, continua y de calidad de acuerdo a las diferentes necesidades de las personas en el curso de vida y en el marco de la bioética;

Que con este modelo de atención de salud, se procuran las transformaciones conceptuales, estructurales e institucionales del sistema de salud, las actuaciones del personal de salud, de la familia, las personas y las comunidades promoviendo un cambio de enfoque orientado a priorizar la salud, como un derecho que tiene todo ser humano;

Que todo lo antes expresado nos permite concluir que es necesario que se adopte un modelo de atención de salud individual, familiar, comunitario y ambiental, único, que exprese la manera como el Estado organiza y brinda la atención en salud a su población, que justifique el esfuerzo nacional de renovarlo, y además requiere del concurso de toda la sociedad panameña para su implementación, entendiendo la salud como un derecho y un deber de todos, por lo que,

DECRETA:

Artículo 1. Establecer el Modelo de Atención de Salud de Panamá, basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), cuyo objetivo responde a las necesidades de la salud individual, familiar, comunitaria y ambiental.

Artículo 2. Adoptar el Modelo de Atención de Salud Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental 2018, de la forma como se describe en el Anexo I, que es parte integral de este Decreto Ejecutivo.

Artículo 3. Determinar que los servicios de salud panameños están conformados por instalaciones de salud ambulatorias y hospitalarias, con diferente capacidad resolutoria, que se articularán en Redes Integradas de Servicios de Salud para facilitar el acceso y la cobertura a los servicios de salud, de manera continua, con calidad y calidez en la atención, centrado en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente.

Artículo 4. Iniciar el ordenamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) conforme al Modelo de Atención adoptado, de manera coordinada por región y/o provincia y comarcas. El Ministerio de Salud establecerá los lineamientos para dicho ordenamiento mediante resolución.

Artículo 5. Mantener la organización de la red de servicios públicos de salud actual, de conformidad con lo dispuesto en el documento denominado: “La Red Pública de Servicios de Salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad 2003”, como se describe en el Anexo II, que es parte integral de este Decreto Ejecutivo, hasta tanto el Ministerio de Salud establezca la organización por Redes Integradas de Servicios de Salud, al que se hace referencia en el artículo 4 del presente Decreto Ejecutivo.

Artículo 6. Este Decreto Ejecutivo es de obligatorio cumplimiento, para todos los servicios de salud del país y rige a partir del día siguiente de su publicación en Gaceta Oficial.

Artículo 7. Este Decreto Ejecutivo deroga cualquier disposición que le sea contraria.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969 y Decreto Ejecutivo No.119 de 9 de mayo de 2017.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dado en la ciudad de Panamá, a los *Doce (12)* días del mes de *Diciembre* del año dos mil dieciocho (2018).

JUAN CARLOS VARELA RODRIGUEZ
Presidente de la República

MIGUEL MAYO DE BELLEO
Ministro de Salud



Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

ANEXO I



**Modelo de Atención de Salud de Panamá
Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental**



Panamá, 2018

“Juntos por un Sistema de Salud humano, con equidad y calidad, un derecho de todos”

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

El País es consciente de la persistencia de brechas de equidad y de desarrollo social, aún en el entorno del alto y sostenido crecimiento económico que ha evidenciado el país. Tales brechas se expresan claramente en las distintas circunstancias de acceso y calidad de la atención en salud que se originan por razones étnicas, de género, edad, estado de salud, capacidad económica, educativa, ruralidad, entre otras.

Para enfrentar el progresivo crecimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas, el incremento de las patologías sociales, el Sistema de Salud Panameño debe realizar adecuaciones en la organización de los servicios, verificar su eficacia y eficiencia; las competencias del personal de salud, su especialización, la tecnología, el acceso a los servicios y la continuidad de la atención. Simultáneamente a este esfuerzo necesario y urgente se requiere que la sociedad cuente con el conocimiento y las herramientas necesarias para exigir el derecho a la protección social y a la salud, corresponsablemente, realizando sustantivas modificaciones en sus estilos de vida y en la preservación de ambientes comunitarios, escolares y de trabajo saludables.

En este contexto, el Ministerio de Salud, en cumplimiento con las Políticas de Salud 2016-2025 y la Hoja de Ruta de Acceso Universal y Cobertura Universal de Salud replantea su modelo de atención para garantizar el derecho a la salud, el apropiado abordaje de la salud desde los determinantes sociales, incrementar la protección social en salud, basados en la Estrategia de Atención Primaria de Salud, facilitando el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) sobre todo en las Comarcas Indígenas y en la población urbano marginal y rural.

El modelo de atención busca eliminar las asimetrías y las brechas de inequidad en salud, tanto a nivel individual, familiar, comunitario, como ambiental, a través de la implementación de las redes integradas de servicios de salud.

El Modelo de Atención individual, familiar, comunitario y ambiental se identifica como el principal instrumento para lograr los niveles óptimos de salud y desarrollo humano para todos los ciudadanos panameños. Juntos por un Sistema de Salud humano, con equidad y calidad, un derecho de todos.

Ministro de Salud

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Nota Metodológica

El modelo de atención individual, familiar comunitario y ambiental está sustentado en la Constitución Política de la República, el Plan de Gobierno; Política de Salud, Plan Nacional Intersectorial de Salud que incluye el compromiso de País en lograr los ODS, e implementar la Estrategia de APS. Así como el compromiso explícito de los Ministros de Salud de los estados de América de implementar *Redes Integradas de Servicios de Salud, basadas en la Atención Primaria de Salud para alcanzar el acceso y la cobertura universal de salud.*

Para la elaboración del presente documento se efectuó una amplia consulta. Inicialmente correspondió a una Comisión Ministerial integrada por personal de las Direcciones Nacionales de: Provisión de Servicios de Salud, Planificación, Promoción de la Salud y Dirección General de Salud, quienes consolidaron las innumerables y valiosas lecciones aprendidas desarrolladas y propuestas generadas en distintos escenarios y espacios de diálogos y de acción, en los distintos niveles y en los servicios de salud.

Este documento fue enriquecido con los aportes de las Direcciones Nacionales y Regionales y por la Representación de país y Regional de la Organización Panamericana de la Salud. Un valioso aporte lo constituyó el producto del trabajo de la Comisión de Alto Nivel documentada en el "libro blanco" descrita en los documentos de referencia, los cuales fueron analizadas y adaptados a la realidad panameña.

La consolidación de este documento del modelo de atención se alcanzó producto del debate y consenso con los niveles regionales y locales del Ministerio de Salud, la Caja del Seguro Social, Federaciones de Comités de Salud, Asociaciones de Usuarios y Pacientes, Gremios, Universidades y Centros de Formación en Salud y Organismos de Cooperación Internacional, las cuales fueron consideradas con el objeto de presentar un marco consensuado del modelo de atención que requieren los panameños, tanto conceptual como operativo, aplicable a todo el sistema de salud.

La puesta en marcha del Modelo, se ha iniciado aplicando la metodología de gestión productiva de servicios de salud (MGPSS) que permitirá progresivamente generar la organización de las redes integradas de servicios de salud como estrategia para cerrar las brechas y alcanzar la salud universal.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

CONTENIDO

I- ANTECEDENTES.....	5
1. Marco legal e institucional del Sistema de Salud de Panamá.....	5
2. Procesos de Reforma del Sistema de Salud de Panamá.....	7
3. Políticas, Estrategias y Plan Nacional de Salud 2016 – 2025.....	10
II- JUSTIFICACIÓN.....	13
III- MARCO CONCEPTUAL Y enfoque DEL MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL.....	16
1. CONCEPTUALIZACIÓN.....	16
2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN.....	18
Salud Integral del Individuo.....	19
Salud Integral de la Familia.....	20
Salud Integral de la Comunidad CON ENFOQUE INTERCULTURAL.....	21
Salud Integral del Ambiente.....	22
IV- OBJETIVOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL.....	23
OBJETIVO GENERAL.....	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
V- ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN y Estructura para la sostenibilidad DEL MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL.....	24
1. ELEMENTOS ESTRUCTURALES.....	24
VI- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL.....	26
1. ORGANIZACIÓN.....	26
A. Definición del territorio y población.....	26
B. GOBERNANZA DEL TERRITORIO POBLACION Y DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD.....	26

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

C. LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD, SU PUERTA DE ENTRADA Y EL ROL DE LOS HOSPITALES.....	28
2. Gestión de las redes integradas de servicios de salud	33
A. Planificación Estratégica,	34
B. Recursos Humanos.....	34
C. Sistema de Información.....	47
D- sistema de monitoreo y evaluacion DEL MODELO DE ATENCIÓN	49
E- SISTEMA DE REFERENCIA Y RESPUESTA DENTRO DE LOS SERVICIOS DE LA RED integrada.....	51
VI- Financiación y sostenibilidad DE LOS SERVICIOS DE LA RED integrada	51
VII- BIBLIOGRAFÍA.....	54

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

I- ANTECEDENTES

1. MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD DE PANAMÁ.

La **Constitución Política de la República de Panamá de 1972** reformada por los actos de 1978, por el acto constitucional de 1983 y por los actos legislativos no. 1 de 1993, N°. 2 de 1994 y el N°. 1 de 2004. **establece:**

Artículo 109. - Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

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

Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, por el cual se aprueba el Código Sanitario.

Ley 23 de 21 de marzo de 1941, por la cual se crea la CSS.

Decreto Ley 17 de 23 de agosto de 1958, por el cual se crea el Hospital de Niño

Decreto de Gabinete No.1 del 15 de enero de 1969 mediante el cual se establece la creación del Ministerio de Salud y por medio del Decreto Ejecutivo No.75 del 27 de febrero de 1969, su Estatuto Orgánico. En el Art. 9 establece las direcciones regionales.

Decreto de Gabinete N° 401 de 29 de diciembre de 1970, cerca de la constitución legal de los Comités de Salud para promover su participación en la planificación y ejecución de los programas de salud. Se reglamenta mediante el Decreto Ejecutivo 389 de 9 de septiembre 1997.

Ley 35 de 8 de mayo de 1973, para la creación del Fondo de administración de hospitales destinado a la contratación de servicios de mantenimiento, reparación y la compra de material y equipo para los centros de salud.

Decreto Ejecutivo No. 40 de 18 de abril de 1994 y la Resolución MINSA No 028 de 31 de mayo de 1994, Creación de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JARR) Orientados a "promover la protección y conservación del sistema, incluyendo la fuente de agua y su área de influencia para asegurar el suministro en cantidad suficiente y mantener su buena calidad sanitaria, de modo que se preserve y fomente la salud de la población". Además, procura la "creación de conciencia y responsabilidad en el uso racional del acueducto, incrementando las prácticas de higiene individual y colectiva".

Que las comunidades en su necesidad de promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de sus miembros, deberán contar con un instrumento de organización popular con capacidad de plantear sus necesidades y participar en la planificación y ejecución de los programas del Ministerio de Salud.

Que es necesario conceder a los Comités de Salud de las comunidades el nivel de organismos de interés público, como un medio eficaz de defensa de los derechos que en materia de salud tienen ellas.

Fuente: Considerando del Decreto No.401 del 29 de diciembre de 1970

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Resolución 58 de 1 de enero 1995, en que se constituyen los equipos distritales (municipales) de salud responsables de brindar atención a la población y al medio ambiente en su respectiva área geográfica.

Resuelto de Gabinete No 129 de 15 de mayo de 1995 por medio del cual se autoriza la descentralización administrativa y financiera de las regiones de salud de: Chiriquí, Bocas del Toro, Coclé, Colón, San Blas, Darién, Veraguas, Los Santos, Herrera, Panamá Oeste, Panamá Este, Metropolitana, San Miguelito. Se recomienda autorizar a la Contraloría y al Ministerio de Hacienda para implantar unidades de auditoría y planes sectoriales de compra.

Ley N° 27 de 1 de mayo de 1998, por medio de la cual se crea la Coordinadora Nacional de la Salud (CONSALUD).

Ley N° 28 de 11 de mayo de 1998, por la cual se crea el Consejo de Gestión del Hospital San Miguel Arcángel.

Resolución 334, de 13 de agosto 1998, en que instituye la estructura orgánica de los Sistemas Regionales de Salud.

Ley N° 4 de 10 de abril de 2000 por el cual se crea el Patronato del Hospital Santo Tomas.

Resolución de la Procuraduría del 27 de octubre de 2000, definen el marco legal para coordinación CSS - MINSA. Firma del acuerdo interinstitucional MINSA – CSS para conformar una alianza estratégica y coordinación funcional en el país. 31 de agosto de 2001.

Resolución N° 771 del 26 de diciembre 2002, (modifica la resolución 367 de junio del 2002) para delegar a los directores y subdirectores la facultad de firmar documentos de afectación presupuestaria que requieren refrendo de la Contraloría.

Ley 1 de enero del 2001. Sobre medicamentos y otros productos para la salud humana.

Ley 68 de 20 noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.

Resolución Ministerial N° 422 de 9 de diciembre de 2003 que regula el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SURCO).

Resolución N° 435 de 23 de agosto de 2004, Del Subsistema de Atención Clínica.

Ley 51 de 27 de diciembre del 2005 reforma la Ley Orgánica de la Caja de Seguro Social y dicta otras disposiciones

DECRETO EJECUTIVO No.373 De 16 de noviembre de 2006 "Que reglamenta la Ley 43 de 21 de julio de 2004, Del Régimen de Certificación y Recertificación de los Profesionales, Especialistas y Técnicos de las Disciplinas de la Salud". Y las Normas legales que

La Ley No. 68 de 20 de noviembre de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada mandata en el Artículo 38 (Capítulo VII) lo siguiente:

"Los expedientes clínicos deberán ser claramente legibles, evitándose, en lo posible, la utilización de símbolos y abreviaturas, y estarán normalizados en cuanto a su estructura lógica de conformidad con lo que se disponga reglamentariamente.

Cualquier información incorporada al expediente clínico debe ser datada y firmada, de manera que se identifique claramente la persona que la realice".

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

regulan el ejercicio de los trabajadores de la salud y acuerdos vigentes.

La organización del sector salud panameño, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), está conformado por:

- Ministerio de Salud
- Caja de Seguro Social
- Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales
- Autoridad Nacional de Aseo Urbano y Domiciliario
- Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud
- Centro Nacional de Estudios y Técnicas de Imágenes Moleculares (CENETIM)

El sistema de servicios de salud está compuesto por dos sub sistemas, el sub sistema de salud del estado y el sub sistema de salud privado.

El Ministerio de Salud tiene por mandato constitucional, la responsabilidad de velar por la salud de la población y garantizar servicios que sean adecuados para el logro de este objetivo. Tiene la responsabilidad legal y formal de fijar la política del sector y coordinar a las otras instituciones del sector público y privado.

Ejerce el rol de vigilancia y control de riesgos en materia de salud pública y ambiental, así como de regulación, control y vigilancia de medicamentos y otros productos para la salud humana. Además ofrece servicios de salud a toda la población panameña y ejecuta funciones de financiación, regulación, aseguramiento y provisión.

La Caja de Seguro Social es una entidad de Derecho Público autónoma que tiene a su cargo la administración de la Seguridad Social. Está fundamentada en la Ley N°51 del 27 de diciembre de 2005 cuyos artículos establecen que se brindara atención para preservar y restaurar la salud de la población asegurada y dependientes a través de una atención integral en el ámbito de la red de servicios de atención institucional, con enfoque **biopsicosocial** en salud a través de cuatro áreas programáticas a saber: Gestión y Capacitación, Promoción y Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la Salud y Salud de los Trabajadores y el Ambiente. (Panamá, 2008).

La CSS entrega servicios de atención directa a la población protegida, incluye las prestaciones por enfermedad y maternidad, el programa de riesgos profesionales, así como los servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de vejez, invalidez y muerte.

Las dos entidades financiadas con recursos públicos para la atención de la salud en el país son el MINSA y la CSS, quienes gastan cerca del 70% de los recursos del financiamiento de la salud, dejando un 30% al gasto de bolsillo de los ciudadanos. (INEC 2013).

2. PROCESOS DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE PANAMÁ.

Es importante resaltar la experiencia y los diferentes esfuerzos que se han realizado para fortalecer la estrategia de atención primaria de salud (APS) en el país.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Contamos con un pasado histórico abundante en actividades de salud pública preventiva y ambiental, a partir de 1903 durante la construcción del canal, se aplicaron medidas importantes de saneamiento, cuyo resultado fue que para el año 1914 se lograra una tasa de mortalidad para los obreros del canal de 7.92 por 1.000.

MEDIDAS AMBIENTALES APLICADAS EN LA ZONA DEL CANAL

Recolección de excretas y basuras, Pavimento en las calles, Abastecimiento de agua potable en todas las casas, Alcantarillado, Uso de mosquiteros, Programa de fumigación y vacuna, Instalaciones de atención primaria complementadas con instalaciones con cama, Sistema de transporte y transferencia de enfermo, Investigación en salud y epidemiología.

Fuente: Atención Primaria en Panamá, MINSA / Representación OPS / OMS en Panamá.

La creación de Ministerio de Salud en el año de 1969 con el lema "Salud Igual para Todos" con enfoque de APS, 10 años antes de Alma Ata, tiene sus antecedentes en el Código Sanitario que establece que el Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública debe estudiar todo problema nacional que pueda afectar la salud, dar orientación y lineamientos generales de la acción oficial de gobierno.

En la década de los setenta se desarrolló un trabajo comunitario sostenido con la participación de la sociedad organizada en comités de salud, que dieron como resultado el establecimiento de 900 acueductos rurales, la mayoría de ellos construidos y administrados por los comités de salud. Desde entonces se encuentran funcionando en el país más de 1000 comités de salud con personería jurídica.

En los años 70 las políticas del sector salud en Panamá eran:

Participación organizada de la comunidad, Atención Integral, Acciones preventivas, Extensión de cobertura, Descentralización.

Fuente: Atención Primaria en Panamá, MINSA Representación de OPS/OMS en Panamá, Junio 2004

En esta década surge la discusión de un proyecto de integración de los servicios de salud entre la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud, con el interés de hacer eficiente el gasto en salud, inicia en las provincias de Bocas del Toro, Colón, y la región de salud de Azuero, posteriormente se fueron sumando otras provincias, exceptuándose de la integración la región Metropolitana de salud y la región de salud de San Miguelito.

En el año de 1979, como parte de la estrategia de extensión de cobertura a las poblaciones de difícil acceso, tiene lugar un hito importante, con la creación de los puestos de salud y la capacitación de los asistentes de salud.

A partir de los años noventa se da continuidad, mediante préstamos a las instituciones financieras internacionales, al desarrollo del saneamiento ambiental, construcción de acueductos y letración, se crea la figura de acueducto rural y se fortalecen la participación comunitaria en salud creando las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAAR), fortaleciendo a los comités de salud.

De igual manera, en la década de los 90 se desarrollaron tres experiencias impulsadas por la OPS/OMS la primera los *sistemas locales de salud "SILOS"*, relacionadas con la Meta de "Salud para todos en el año 2000" definida en 1977 y la necesidad de reforzar la implementación la estrategia de atención primaria aprobada en Alma Ata en 1978, promovía la reorganización y reorientación de los sistemas de salud en base a los procesos de descentralización, desarrollo

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

local, intersectorialidad y participación ciudadana en salud, dándole mayor relevancia a la búsqueda de equidad con solidaridad y justicia social. La segunda experiencia en el año 95, es la aplicación de la metodología del "análisis del desempeño del equipo de salud", que permitió a los equipos de salud de 19 instalaciones, identificar las fortalezas y debilidades en su desempeño como equipo interdisciplinario; su nivel de compromiso con la comunidad; y lo más importante en conjunto equipo de salud-comunidad priorizar las necesidades de salud y buscar las alternativas de solución. La tercera experiencia en el año 1996 la estrategia "Municipio Saludable", en 14 municipios del país, bajo el nombre de "Municipio Siglo XXI", se logra el compromiso de algunos gobiernos locales en la gestión de la salud de la comunidad, un diagnóstico de salud participativo, y la presentación de proyectos prioritarios, elaborados mediante metodología de marco lógico, igualmente participativa.

Entre los años 1996 y 1999 las Regiones de Salud de San Miguelito, Coclé y Metropolitana diseñaron una propuesta de modificación de la atención a las personas y al ambiente hasta concretar el modelo de atención familiar, comunitario y ambiental bajo un enfoque de Atención Primaria en Salud.

En 1998 el proceso de modernización del Estado impulso dentro del proyecto de "Reforma del Sector Salud", la integración del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social en un nuevo modelo de gestión, basado en la externalización de servicios de salud, para el Hospital Integrado San Miguel Arcángel (HISMA) ubicado en la región de salud de San Miguelito. La meta, lograr equidad, eficiencia y eficacia de las acciones de salud, la calidad y satisfacción óptima de la demanda y de la oferta de servicios, expresada en su participación consciente y efectiva del proceso de producción social de salud. (MINSAL, 2007).

Los componentes del Modelo de atención en las Regiones de Salud de San Miguelito, Coclé y Metropolitana, son:

Familiar: analiza los problemas de salud del individuo y la familia en relación con el ambiente en que vive.

Comunitario: aborda los problemas de salud de la gente en los contextos sociales en que interactúan.

Ambiental: analiza los problemas de salud del individuo y la familia en su relación con el medio natural que lo rodea.

Para el año 1999, dentro del programa de extensión de cobertura se implementan los denominados "Paquetes de Atención Integral de Servicios de Salud y Nutrición" (PAISS + N) y "Paquete de Atención Integral de Salud + Nutrición y Protección de Salud para Poblaciones Vulnerables" (PSPV). Esta estrategia aun continua por 19 años y su nomenclatura ha variado en el tiempo.

En el año 2001, la **Atención integral de la niñez en la comunidad (AIN-C)** se presenta como estrategia fundamental para fortalecer los servicios de nutrición del PAISS+N y PSPV.

En el año 2002. El Ministro de Salud y el Director General de la Caja de Seguro Social firman el documento "Lineamientos para la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud Propuesta Conjunta MINSAL –CSS"

A finales del año 2004 como parte de la estrategia de extensión de cobertura se inician las giras integrales de atención mediante la utilización de unidades móviles de diagnóstico y tratamiento quirúrgico y las ferias de la salud, dirigidas a la atención de la población y el ambiente.

En el año 2008, para las Regiones de Salud de Coclé, Chiriquí, Herrera, Los Santos y Veraguas, se retoman lineamientos para el reordenamiento de los servicios, contemplando aquellas

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) vinculadas. Esta implicaba:

- Adoptar el modelo de atención familiar, ambiental y comunitaria y adecuarlo a las necesidades de servicios de salud pública y atención a la población.
- Regionalizar el proceso de atención, conformando redes integradas de servicios de salud considerándose los tres niveles de atención y en coordinación a nivel de corregimiento con el programa de protección social.
- Reorganizar la demanda mediante la sectorización geográfica poblacional por lugar de vivienda, utilizando como base el corregimiento.
- Garantizar la interrelación entre los servicios de las instalaciones de salud de un mismo o diferentes niveles de atención o grado de complejidad, mediante el Sistema Único de Referencia y Contrareferencia (SURCO), bajo el principio de la complementariedad y el continuo de la atención.

A finales del año 2007 surge una Propuesta de Anteproyecto de Ley para la Transformación del Sistema Público de Servicios de Salud, como producto del trabajo multisectorial de la mesa de salud del Diálogo de Concertación Nacional para el Desarrollo, conducida por el PNUD.

A finales del año 2015 la Mesa de Diálogo por la Mejora y Fortalecimiento del Sistema de Salud Integral hace entrega formal de la propuesta para transformar y mejorar el sistema público de salud. La propuesta preparada por 16 gremios de profesionales de la salud, por los principales actores del Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS), es el resultado de un exhaustivo análisis de la situación de salud del país y sus instituciones, de las necesidades y pertinencia poblacional, factores de riesgo y determinantes sociales de la salud. Este documento incluye además una serie de estrategias de intervención diseñadas a corto, mediano y largo plazo que sin lugar a dudas impactarán el estado de salud, calidad y nivel de vida de los panameños y panameñas.

A través del Decreto Ejecutivo N°1 del 8 de enero de 2016 se creó la Comisión de Alto Nivel (CAN), que tiene como objetivo iniciar la transformación del Sistema Nacional Público de Salud. En este marco inicia la divulgación del "Libro Blanco", documento que define los lineamientos para la Mejora y el Fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud, cuenta con 419 paginas incluye un análisis del sistema de salud público, el marco legal vigente, las tendencias de la morbilidad, los factores determinantes y la hoja de ruta con recomendaciones para mejorar la salud del país.

3. POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PLAN NACIONAL DE SALUD 2016 – 2025

La Política Nacional de Salud Y Lineamientos Estratégicos 2016 – 2025, en su Política 3, establece: Lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad. Objetivos Estratégicos (OE). 3.1. Implementar la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS). Y las Líneas de Acción (L.A) 3.1.1. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades 3.1.2. Mapeo de áreas de riesgos, amenazas y vulnerabilidades para identificación de brechas de acceso. 3.1.3.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Definición del conjunto de prestaciones diferenciadas por grupos vulnerables. 3.1.5. Implementación del modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental 3.1.4. Redefinición de la red de servicios de salud 3.1.6. Desarrollo de la estrategia eSalud para el uso costo efectivo y seguro de la tecnología de la información y las comunicaciones en el campo de la salud pública y finalmente la línea de acción 3.1.7. que establece, el Desarrollo del Sistema Nacional Público de Salud de carácter público en su gestión, público en la provisión y público en su financiamiento.

En la política 4, establece: Garantizar la promoción de la salud mediante la educación, el mercadeo social y la participación social, incorporando los derechos humanos, el enfoque de género e interculturalidad OE 4.1. Impactar en los determinantes de la salud de la población, a través de la implementación del plan Nacional de Promoción de la Salud. OE 4.4: Fortalecer modelos de atención integral con participación comunitaria que incorporen de manera efectiva la promoción y prevención de la salud priorizando el enfoque de riesgo.

En su política 9 establece Modernizar la red de servicios de salud a nivel nacional. OE 9.1. Reorganizar la red pública de servicios de salud de acuerdo al modelo de atención, los niveles de atención y grados de complejidad a nivel nacional para el desarrollo de las Redes integradas de Servicios de Salud (RISS). L.A. 9.1.5. Implementación de las RISS a nivel nacional para el abordaje de las necesidades de salud de la población y el fortalecimiento de los servicios de salud con enfoque de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud.

METAS PRIORIZADAS, EN MATERIA DE SALUD PARA LOS PRÓXIMOS DIEZ AÑOS.

- AUMENTO EN LA COBERTURA Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.

En las últimas décadas la salud de los panameños ha mejorado notablemente. Sin embargo, los promedios nacionales esconden grandes desigualdades en resultados y acceso a servicios de salud en detrimento de la población rural e indígena y marginal periurbana. Estos resultados no se deben a un bajo gasto en salud sino a ineficiencias en la distribución y uso de recursos. Para eliminar estas desigualdades y disminuir las ineficiencias, este modelo de atención expresa el desarrollo de redes integradas de servicios salud, el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención, articulando las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, sociales y comunitarias vinculadas a las determinantes sociales de la salud, la redefinición del rol de los hospitales en la RISS.

- FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION

El MINSA con el objetivo de desarrollar el sistema de salud reconoce que se requiere fortalecer el primer nivel de atención, dado que, la evidencia producto del análisis de la capacidad instalada de los servicios de salud en el primer nivel de atención muestra que las instalaciones de salud de este nivel tiene escasa capacidad resolutive, por lo que se hace necesario fortalecerlo iniciando por replantear la ubicación de los grados de complejidad entre el primero y el segundo nivel de atención, específicamente el escalón de complejidad cinco que cuenta con capacidad de hacer diagnóstico de laboratorio, diagnóstico por imágenes,

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

atención médica especializada y capacidad de hacer cirugías ambulatorias, fortaleciendo con esta capacidad instalada el primer nivel de atención, esto permitirá que los hospitales jueguen su rol dentro de la red, de atender la referencia de casos propios de su complejidad a nivel provincial y nacional.

En este marco se establece que el primer nivel de atención esté compuesto por el mayor número de instalaciones de salud, que estén ampliamente distribuidas en el territorio nacional. Este nivel lo conformaran las siguientes instalaciones, de acuerdo a la denominación que tenemos actualmente: CAPPs (Centro de Atención de Promoción y Prevención en Salud); Centros de Salud Básicos; ULAPS (Unidad Local de Atención Primaria en Salud); Centros de Salud con Cama/Anexo Materno-Infantil; Centro de Atención Primaria en Salud innovador MINSA-CAPSI; Policlínicas Básicas; Policentro; Policlínica

especializada con o sin quirófano en la búsqueda de asegurar una mayor equidad y calidad de atención a la población usuaria. Los Puestos de Salud/Subcentros de Salud se consideran instalaciones satélites que dependen de una donde existe un equipo de salud compuesto como mínimo por médico general y enfermera.

Al reubicar instalaciones de más alto nivel de complejidad en el primer nivel de atención, se incorporan recursos humanos y tecnología para brindar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, enfatizando en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, asegurando el primer contacto y la puerta de entrada del individuo al sistema, optimiza el uso de los recursos hospitalarios para resolver los problemas propios de su complejidad, aquellos que no pueden ni deben resolver los servicios de la puerta de entrada. Facilitará la atención oportuna y continua en la red de servicios de salud a nivel provincial/regional y nacional, a través del Sistema Único de Referencia, haciendo realidad la estrategia de salud universal en el marco APS.

• FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

El Modelo de Atención de Salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) establece la organización de las instalaciones del sector salud y sus servicios en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

La OMS define las Redes Integradas de Servicios de Salud como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve". Y define los servicios de salud integrales como la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo

Que por la limitada accesibilidad de la población a los servicios de atención integral de salud, de la familia, la comunidad y el ambiente en que se desarrollan, se hace necesario un nuevo modelo de atención primaria de salud, que busca fortalecer la atención sustentada en condiciones estructurales renovadas, con inclusión social y equidad, orientadas al acceso y cobertura universal.

Que el primer nivel de atención, constituye la puerta de entrada y el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios de salud, que deben poseer la capacidad de resolución necesaria para atender la mayor cantidad de problemas de salud de la población.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. Por otra parte, el concepto de continuidad de la atención se refiere a como las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, y puede definirse como: "el grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud".

El marco establecido en el Modelo define las Redes Integradas de Servicios de Salud como la forma de organización, integrada por instalaciones de salud y sus servicios (MINSA-CSS); organizaciones comunitarias, gubernamentales y no gubernamentales; privadas y todas aquellas relacionadas a los determinantes sociales de la salud; establecidas en un territorio y población definido, que se complementan y coordinan de forma tal que se garantice el fortalecimiento de la promoción y prevención; enfatiza los factores protectores y limita los factores de riesgo para la salud; asegura los servicios integrales de diagnóstico y tratamiento, la gestión de enfermedades, la rehabilitación y los cuidados paliativos, a lo largo del curso de vida en el marco del derecho a la salud. La RISS está dispuesta a rendir cuentas a la población de la eficiencia, efectividad y el impacto de sus intervenciones en la salud y serán organizadas por Provincia, Regiones y Distritos.

La planificación, organización e implementación de la RISS inicia en 5 provincias y una comarca, con un proceso paralelo de capacitación, en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y Salud Universal, en la metodología de gestión productiva de servicios de salud (MGPSS) y sus herramientas y en metodología de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y sus herramientas, al personal profesional, técnico y administrativo vinculado a esta propósito, necesarios para liderar el abordaje, la búsqueda de la solución o mitigar los problemas de salud en forma conjunta población, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones gubernamentales y no gubernamentales y así lograr el desarrollo de distritos, regiones y provincias saludables.

II- JUSTIFICACIÓN

La Atención Primaria de Salud en las Américas y el Mundo son referencia obligada y orientan el Modelo Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental, el cual se ajusta a sus conceptos y principios.

El Modelo de Atención orienta las transformaciones conceptuales, estructurales e institucionales del sistema de salud, las actuaciones del personal de salud, de la familia, las personas y sus comunidades promoviendo un cambio de enfoque orientado a priorizar la salud.

La salud está intrínsecamente unida al desarrollo humano. El enfoque de salud y desarrollo humano dirige sus estrategias hacia los encargados de formular las políticas públicas que determinan las condiciones de vida y de desarrollo humano, incluidas las relacionadas con los sistemas de salud, por ello, desde el sistema de salud, se puede y se debe contribuir a disminuir el impacto de la pobreza y la exclusión social, reduciendo las brechas de acceso a servicios integrales de salud por medio de la equidad.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

El gasto en salud de Panamá comparativamente con el gasto en salud de otros países de la región es apto, pero existen evidencias de países que han logrado mejores resultados en salud con menor gasto.

Aun cuando los indicadores de salud del país han mejorado, y existe consenso en cuáles son las intervenciones que debemos realizar para mejorar y que muchas de ellas se han implementado, existen brechas de inequidad y poblaciones vulnerables en lo que respecta a desarrollo humano y condiciones de salud que no se justifican. El Modelo de Gestión actual altamente segmentado y fragmentado, con su inherente ineficiencia, duplicidad, falta de coordinación, integralidad y continuidad, donde las brechas de calidad son evidentes, es insostenible.

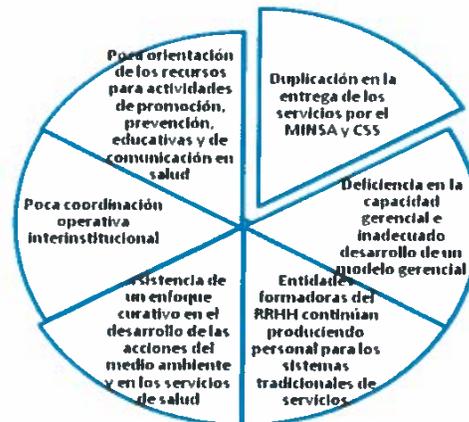
La multicausalidad de los problemas de salud, determinados por factores individuales como las preferencias en los estilos de vida; las condiciones de vida y de trabajo, condicionantes socioeconómica, culturales y ambientales y el acceso a los servicios de salud, requieren de un abordaje interinstitucional, con participación social, que fortalezca nuestra capacidad multidisciplinaria para promover o elevar el nivel de salud del individuo y la familia; mejorando su contexto comunitario y ambiental, así también se requiere de la capacidad de hacer diagnóstico precoz y oportuno, con enfoque de riesgo, sin soslayar nuestra competencia para recuperar la salud perdida y rehabilitar.

La brecha existente entre el número y las competencias del recurso humano que se forma y el que se necesita para abordar la salud y sus determinantes requiere articular el sector formador del personal de salud con las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), de tal manera que la formación inicie con la vinculación a la familia y la comunidad y sea continua en toda su extensión de la RISS.

Los nuevos desafíos de las enfermedades crónicas, la violencia ligada al estrés al consumo del alcohol y otras drogas, los desastres naturales y las infecciones re emergentes, entre otras, requieren de revitalizar la capacidad de reorganizar los recursos de manera, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes y afrontar los nuevos desafíos en salud ya sea mediante nuevas estrategias o reincorporando las que han demostrado resultados con impacto positivo sobre la salud, con el objetivo primordial de garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud con equidad y en una forma concreta hacer realidad el respeto al derecho a la salud.

Se hace necesario corregir los diferentes enfoques que en el país ha tenido la Atención Primaria de Salud tales como: la atención primaria en salud selectiva centrada en un número limitado de servicios, o la centrada en la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar. Es necesario reencausarnos hacia la Atención Primaria de Salud como estrategia de organización de los sistemas de atención que promueven la salud; desarrollar nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas; del uso y acceso a nuevas tecnologías de información, comunicación, diagnóstico y tratamiento; de la incorporación de esta tecnología de

Figura No. 1. Algunas razones que justifican el modelo Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental



Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

forma equilibrada, con calidad, visión integral y bioética; del fortalecimiento de la capacidad de la sociedad de legitimar políticas públicas de protección social y minimizar las desigualdades sociales y en salud. E innovar con la reorganización de los servicios, de manera renovada y extendida a nivel nacional, en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

La voluntad política existente, la capacidad manifiesta para hacerlo, el marco legal suficiente y la disponibilidad de recursos coinciden con los compromisos gubernamentales de alcanzar los Objetivos y Metas de Desarrollo Sostenible(ODS), así como el compromiso adquirido en conjunto con los Estados de la Región de impulsar sistemas de salud basados en la Estrategia de Atención Primaria de Salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud, para asegurar el alcance de la Estrategia de Salud Universal (Acceso Universal y Cobertura Universal) y la aplicación de metodologías y herramientas de la Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud (MGPSS), contexto, que justifica plenamente el esfuerzo nacional de renovar el Modelo de Atención en Salud, el cual requerirá para su implementación del concurso de toda la sociedad panameña, porque la salud es un derecho y un deber de todos y para todos.

El ASIS 2017 en la Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta Prioridades, concluye que el sistema público de salud requiere de un Modelo de Atención Individual, familiar, Comunitario y Ambiental unificado que facilite la organización de las redes integradas de servicios de salud, que incluya instalaciones del MINSA y de la CSS, con base geográfica poblacional regional/distrital claramente definida, que responda a las características demográficas, epidemiológicas, socioeconómicas y culturales de la población de responsabilidad, con una cartera de servicios definida con base a las necesidades de salud identificadas en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y con la tecnología necesaria para la aplicación y cumplimiento de las normas de los programas de salud y de las guías de atención clínica de los problemas de salud más prevalentes.

Mientras que en la Fotografía N° 8. Instrumentos de gestión se prioriza que el Modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitaria y Ambiental debe identificarse como el principal instrumento para lograr los niveles óptimos de salud y desarrollo humano para toda la población en el territorio panameño con equidad, eficiencia, eficacia, calidad, pertinencia cultural y calidez humana.

Dentro de esta fotografía las recomendaciones fueron: Establecer la Estrategia de Atención Primaria de Salud como instrumento para el desarrollo y ejecución del Nuevo Modelo de Atención de Salud. Promover la participación ciudadana. Desarrollar intervenciones de prevención primaria que involucren actividades realizadas por el personal de salud, por la comunidad o por el gobierno local, para el seguimiento y control de los determinantes de la salud, antes de que aparezca un problema que afecte la salud. Promover en los servicios las intervenciones de prevención secundaria que implican diagnóstico temprano, la aplicación del tratamiento oportuno de las enfermedades en estadios muy tempranos para impedir o retrasar el desarrollo de las complicaciones, contener las secuelas y rehabilitar a las personas logrando su integración a la sociedad como personas productivas.

Los servicios deben actuar centrados en las personas y en el derecho a la salud, con un enfoque de promoción, prevención, atención y rehabilitación, asegurando el trato humanizado. Actuando intersectorialmente, gestionará el sistema de información que cumpla con criterios de oportunidad, calidad, accesibilidad e implementará con base a la gestión integral de los servicios de salud, de manera que modernice la gerencia hacia la toma decisiones basadas en evidencias, como plantea la MGPSS, a fin de que se logre el fortalecimiento de la gestión de la RISS.

III- MARCO CONCEPTUAL Y ENFOQUE DEL MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL

1. CONCEPTUALIZACIÓN

El Modelo de Atención orienta las transformaciones conceptuales, estructurales e institucionales del sistema de salud, las actuaciones del personal de salud, de las personas, la familia y sus comunidades promoviendo un cambio de enfoque orientado a priorizar la salud.

El Modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental, expresa, la filosofía, contenidos, principios, valores y la manera como el Estado organiza y brinda la atención en salud a su población. Está basado en el derecho humano a la salud, la protección social en salud de la persona y la familia, en la operatividad de la Estrategia de APS, mediante la organización de redes Integradas de Servicios de Salud, asegurando la equidad, la cobertura universal y se sostiene en la participación social activa, con instrumentación de la transparencia y rendición de cuentas.

- **AUMENTO EN LA COBERTURA Y CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.**

En las últimas décadas la salud de los panameños ha mejorado notablemente. Sin embargo, los promedios nacionales esconden grandes desigualdades en resultados y acceso a servicios de salud en detrimento de la población periurbana, rural e indígena. Estos resultados no se deben a un bajo gasto en salud sino a ineficiencias en la distribución y uso de los recursos. Para eliminar estas desigualdades y disminuir las ineficiencias, este modelo de atención expresa el desarrollo de redes integradas de servicios salud, el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención, articulando las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, sociales y comunitarias vinculadas a los determinantes sociales de la salud y la redefinición del rol de los hospitales en la RISS.

- **FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

El MINSA con el objetivo de renovar el sistema de salud reconoce que se requiere fortalecer el primer nivel de atención. La evidencia, producto del análisis de la capacidad instalada de los servicios de salud en el primer nivel de atención, muestra que las instalaciones de salud de este nivel tienen escasa capacidad resolutive, por lo que se hace necesario fortalecerlo. Debemos iniciar por replantear la ubicación de los grados de complejidad entre el primero y el segundo nivel de atención, específicamente el escalón de complejidad cinco que cuenta con capacidad de hacer diagnóstico de laboratorio, diagnóstico por imágenes, atención médica especializada y capacidad de hacer cirugías ambulatorias, fortaleciendo con esta capacidad instalada el primer nivel de atención, esto permitirá que los hospitales jueguen su rol dentro de la red, de atender la referencia de casos propios de su complejidad a nivel provincial y nacional.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

En este marco se establece que el primer nivel de atención esté compuesto por el mayor número de instalaciones de salud, que estén ampliamente distribuidas en el territorio nacional. Este nivel lo conformaran las siguientes instalaciones, de acuerdo a la denominación actual: CAPPs (Centro de Atención de Promoción y Prevención en Salud); Centros de Salud Básicos; ULAPS (Unidad Local de Atención Primaria en Salud); Centros de Salud con Cama/Anexo Materno-Infantil; Centro de Atención Primaria en Salud innovador MINSA-CAPSI; Policlínicas Básicas; Policentro; Policlínica especializada con o sin quirófano en la búsqueda de asegurar una mayor equidad y calidad de atención a la población usuaria. Los Puestos de Salud/Subcentros de Salud se consideran instalaciones satélites que dependen de otra en donde existe como mínimo un equipo de salud compuesto por médico general y enfermera.

Al reubicar instalaciones de más alto nivel de complejidad en el primer nivel de atención, se incorporan recursos humanos y tecnología para brindar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, enfatizando en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Considerando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, asegurando el primer contacto y la puerta de entrada del individuo al sistema, se optimiza el uso de los recursos hospitalarios para resolver los problemas propios de su complejidad, o sea aquellos que no pueden ni deben resolver los servicios de la puerta de entrada. La atención oportuna y continua en la red de servicios de salud a nivel provincial/regional y nacional, se facilitará a través del Sistema Único de Referencia, haciendo realidad la estrategia de salud universal en el marco APS.

Que por la limitada accesibilidad de la población a los servicios de atención integral de salud, de la familia, la comunidad y el ambiente en que se desarrollan, se hace necesario un nuevo modelo de atención primaria de salud, que busca fortalecer la atención sustentada en condiciones estructurales renovadas, con inclusión social y equidad, orientadas al acceso y cobertura universal.

Que el primer nivel de atención, constituye la puerta de entrada y el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios de salud, que deben poseer la capacidad de resolución necesaria para atender la mayor cantidad de problemas de salud de la población.

• FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

El Modelo de Atención de Salud basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) establece la organización de los servicios del sector salud y las instituciones vinculadas a los determinantes sociales de la salud en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

La OMS define las Redes Integradas de Servicios de Salud como una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve". Y define los servicios de salud integrales como la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. Por otra parte, el

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

concepto de continuidad de la atención se refiere a como las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, y puede definirse como: "el grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud".

El marco establecido en el Modelo define las Redes Integradas de Servicios de Salud como la forma de organización, integrada por instalaciones de salud y sus servicios (MINSAL-CSS); organizaciones comunitarias, gubernamentales y no gubernamentales y todas aquellas relacionadas a los determinantes sociales de la salud; establecidas en un territorio y población definido, que se complementan y coordinan de forma tal que se garantice el fortalecimiento de la promoción y prevención; enfatiza los factores protectores y limita los factores de riesgo para la salud; asegura los servicios integrales de diagnóstico y tratamiento, la limitar el avance de enfermedades o complicaciones, la rehabilitación y los cuidados paliativos, a lo largo del curso de vida en el marco del derecho a la salud. La RISS está dispuesta a rendir cuentas a la población de la eficiencia, efectividad y el impacto de sus intervenciones en la salud y serán organizadas por Provincia / Regiones y Distritos.

La planificación, organización e implementación de la RISS inicia en 5 provincias y una comarca, con un proceso paralelo de capacitación, en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y Salud Universal, en la metodología de gestión productiva de servicios de salud (MGPSS) y sus herramientas y en metodología de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y sus herramientas, al personal profesional, técnico y administrativo vinculado a esta propósito, necesarios para liderar el abordaje, la búsqueda de la solución o mitigar los problemas de salud en forma conjunta población, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones gubernamentales y no gubernamentales y así lograr el desarrollo de distritos, regiones y provincias saludables. Avanzando en la implementación del modelo de Atención en todo el país.

El modelo precisa que la atención en salud sea aceptable socialmente, técnicamente eficaz y eficiente, continua, integral, cumpliendo con normas de calidad, seguridad y bioética, accesible sin discriminación de etnia, cultura, género, edad, estado de salud, capacidad económica y procedencia geográfica. Es solidario de tal manera que se organiza para que el Estado sea responsable del financiamiento de la atención pública, garantizando la cobertura de los servicios de salud a todos los habitantes, superando las limitantes geográficas, de funcionamiento de los servicios, las barreras del idioma y la cultura, buscando incidir en la reducción y/o eliminación del gasto de bolsillo.

Busca resultados concretos en mantener la salud, articula todos los recursos del sistema de salud, disminuye la segmentación y fragmentación en donde sea necesario, conduce y articula el esfuerzo comunitario y se fortalece con la participación social y la rendición de cuentas. Dado que la salud es un derecho y un deber, el mantener y mejorar la situación de salud implica un trabajo conjunto sociedad /sector salud /instituciones vinculadas a los determinantes sociales de la salud.

2. ÁMBITO DE ACTUACIÓN

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

SALUD INTEGRAL DEL INDIVIDUO

El Modelo de Atención implica garantizar el derecho a la salud de las personas de manera integral desde sus múltiples dimensiones: física, mental, social y espiritual; abordándola desde la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidado domiciliar y paliativo; en todo el curso de su vida y en su relación con la comunidad y el ambiente.

Prioriza a los individuos, familias y grupos humanos con mayores riesgos de salud y brechas sociales, ya que la salud es el medio para conseguir el desarrollo humano que permite a las personas gozar de vida social y económica productiva y satisfactoria; en éste contexto el Modelo de Atención es un medio para articular la red de protección social del país.

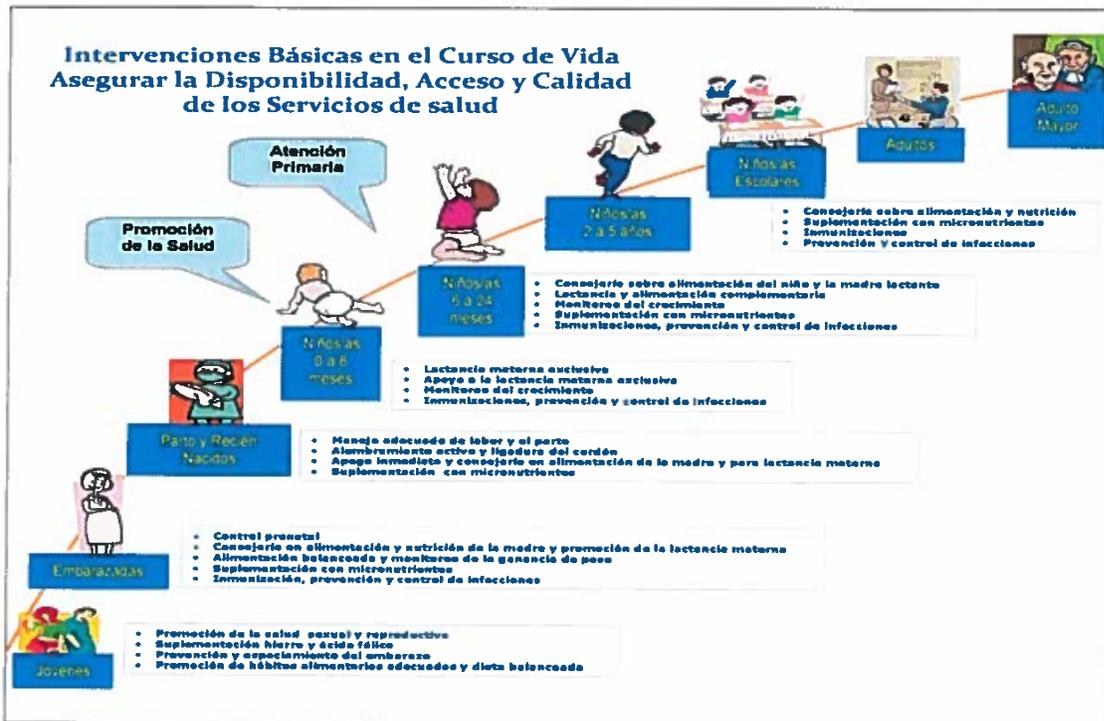
Los servicios en la RISS están organizados de manera que garantizan la respuesta al derecho de salud de las personas y la continuidad de la atención en el curso de la vida, acompaña a los individuos y sus familias en sus distintas etapas del curso de vida y en cada etapa va identificando los determinantes de salud como factores protectores o factores de riesgo a su salud.

Entiende que para abordar un problema individual concreto necesita acercarse a la familia y ver su funcionamiento, observar como esta responde ante ese problema individual; o, alejarse para entender y conocer las respuestas de la comunidad frente a esa situación, que puede verse afectada de manera positiva o negativa por la familia o los ambientes socioeconómicos y culturales donde se desarrollan. O a la inversa partir de la familia o la comunidad como "problema" y acercarse al individuo. Se trata de considerar a la familia y a la comunidad como determinantes del proceso de mantener y mejorar la salud en todo el curso de vida, o sea como recursos claves a considerar en la práctica cotidiana.

Para que las intervenciones de los servicios de salud impacten positivamente la salud, debe fortalecer los servicios de atención para los adolescentes, como se muestra en la figura 3. la promoción de: la salud sexual y reproductiva, la alimentación saludable y balanceada fortificada con hierro y ácido fólico, la prevención y el espaciamiento de los embarazos, el ejercicio físico, en este grupo de intervención básica son prácticas basadas en evidencias que impacta positivamente la calidad de vida del ser humano.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Figura No. 3.



SALUD INTEGRAL DE LA FAMILIA

El Modelo de Atención genera en las familias las capacidades y el auto cuidado; fortalece el conocimiento y genera en ellas las habilidades para que identifiquen los determinantes sociales de la salud, potencien los factores protectores de la salud y limiten los factores de riesgo a la salud; en el contexto integral de: sus circunstancias familiares y culturales; sus condición de vida, trabajo y recreación y su participación activa en políticas de salud locales.

La familia es una institución irremplazable en la sociedad que funciona como un sistema, con capacidad de transformarse constantemente y cumple con funciones básicas aparte de la reproducción, entrega afecto a sus miembros, protege, educa, socializa, transmite valores, elementos que el Modelo afianzará y hará propios.

El Modelo incorpora todas las estructuras de familia existentes, ellas en sí mismas son receptoras y prestadoras de servicios básicos de salud, por lo tanto la concepción que tenga la familia de la salud es importante para lograr el auto cuidado. La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en primera instancia en el contexto familiar, el Modelo busca influir en las familias afianzando las conductas positivas y limitando las de riesgo, estas conductas deben ser reforzadas o modificadas en el contexto escolar. Contexto que también el Modelo contempla para intervenir positivamente en la salud.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Promueve la participación de la familia en las actividades de promoción y preventivas, como en las de recuperación, rehabilitación, cuidado domiciliario y paliativo. Lo que implica introducir a la familia como unidad de atención, con una oferta específica de atenciones cuándo sea pertinente, o como factor protector y terapéutico para los individuos.

Especialmente fortalece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos y su importante papel al interior de la familia; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas con discapacidad, personas encamadas o en fase terminal de alguna enfermedad. Y la aplicación del enfoque de género con la participación activa y protagónica de las mujeres que juegan cada vez más un importante papel en el ámbito laboral y comunitario. Para ello, el personal de salud dispone de capacitación en género que le permite identificar las necesidades, demandas y expectativas.

El modelo toma en cuenta que la pertenencia a una familia constituye la matriz de la identidad individual, de donde se aprende "el proceso de socialización" y las "pautas de transacción y transferencia" que permiten funcionar a lo largo de la existencia y evolución individual así como desarrollar la capacidad de influir en otras familias, en la comunidad y en el ambiente.

Tiene conciencia que la complejidad de la problemática que afecta la familia cotidianamente los cuales se han visto incrementados con determinados efectos perjudiciales producto del desarrollo tecnológico y de los mensajes perjudiciales a la salud difundidos a través de los medios de comunicación social.

SALUD INTEGRAL DE LA COMUNIDAD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

El Modelo de Atención fortalece la corresponsabilidad comunitaria, facilitando el conocimiento a través de la educación para la salud, la participación social, la promoción de espacios comunitarios saludables: viviendas, escuelas, sitios de recreación, sitios de trabajo. Empodera a través del equipo de salud a la comunidad en la gestión de la salud de sus miembros, a la vigilancia de los riesgos que amenazan la salud, a la búsqueda de la atención en etapas tempranas de la enfermedad, para detener su avance y evitar complicaciones y muertes prevenibles.

Abordar la pertinencia intercultural entendida como el proceso gradual de adecuación a la cultura local, fortalece el proceso de asimilación lo que implica la complementación y articulación de los diferentes marcos conceptuales y prácticas de salud, involucra respeto, validez, aceptación y comprensión de las conceptualizaciones culturales. En él se reconocen un enfoque integral que incluye aspectos culturales, espirituales, religiosos y ambientales.

Dentro de "El saber y el Que Hacer" de la medicina tradicional, el Modelo busca, fortalecer aquellas prácticas positivas transmitidas de generación en generación y limitar aquellas que han demostrado ser negativas para la salud. Se requiere el ejercicio permanente y proactivo de generar el intercambio de saberes, articuladores para su actuación dentro de la RISS, así como del rol de vigilancia y regulación para identificar y rechazar algunas prácticas nocivas que enmascaran acciones de "fraude" con consecuencias negativas para la salud.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

El modelo considerará las poblaciones migrantes y desplazadas por situaciones laborales desfavorables, desastres, condiciones sociales de inseguridad en sus países de origen, asegurando que su ingreso al sistema sea en base a la salud como derecho humano.

SALUD INTEGRAL DEL AMBIENTE

Panamá es signataria de una serie de convenios, acuerdos y lineamientos nacionales e internacionales, que orientan el desarrollo en materia de ambiente y salud que el modelo considerará, para incidir en esta determinante de la salud.

El Modelo de Atención aborda la Salud Ambiental evaluando, corrigiendo, mitigando, controlando y previniendo aquellos factores del medio ambiente potencialmente adversos a la salud de presentes y futuras generaciones, promoviendo aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, la prevención y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales que tienen que ver con el equilibrio ecológico que ha de existir entre el ser humano y su medio ambiente, de manera que se haga posible su bienestar.

Contribuye a desarrollar la cultura ambiental, promoviendo espacios de recreación, de estudio, de trabajo y viviendas seguras que mantengan y fomenten la salud, esto supone un nuevo escenario de estudio y mejoramiento. Hechos antropogénicos, son factores que el ser humano debe aprender a manejar, estos sumados a la pobreza y la exclusión, constituyen determinantes que impactan a la salud pública; como efecto de ello, tenemos el deterioro a la capa de ozono, cambio climático, la inadecuada gestión de residuos sólidos y líquidos, la calidad del agua y los riesgos ambientales.

El Modelo interviene, basado en las normas existentes y en futuras disposiciones, en conjunto con otros sectores, para el control de la contaminación atmosférica, visual, acústica, los peligros ambientales, la propaganda engañosa y todas aquellas que afecten la salud humana. El medio ambiente y la consecuencia directa en la regulación de los genes animal y vegetal demanda una vigilancia de la interacción de la herencia y el ambiente. Los factores atmosféricos que influyen en los cambios climáticos, inciden en la salud y en el bienestar. Ejemplo de ello es, la influencia que causa en personas, las oleadas de calor o los cambios meteorológicos súbitos o estacionales originando enfermedades.

El agua potable y el saneamiento básico como elementos del desarrollo humano sostenible, son considerados con responsabilidad dentro del Modelo en los aspectos de educación y en el ejercicio del rol de vigilancia y aseguramiento. Promueve y establece coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales con los responsables del acceso para que se incremente la cobertura, continuidad y asegure la calidad del agua, el manejo adecuado de los desechos sólidos y líquidos peligrosos y no peligrosos, el alimento seguro desde el lugar de la producción, transporte, almacenamiento, distribución, mercadeo, expendio y consumo, control de la fauna nociva (domiciliar, peri domiciliar y áreas sociales), sobre todo en aquellas poblaciones más vulnerables.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

IV- OBJETIVOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL**OBJETIVO GENERAL**

Establecer la organización de los servicios de salud del Estado panameño en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) a nivel nacional, en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que asegure el Derecho a la Salud, el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud y que desarrolle el abordaje individual, familiar, comunitario y ambiental para incidir positivamente y de manera efectiva en la salud de la población del país.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Defender el derecho a la salud de las personas como seres integrales desde sus múltiples dimensiones: física, mental, social y espiritual; en todo el curso de su vida y en su relación con la comunidad y el ambiente
2. Reducir las brechas en la situación de salud entre los distintos grupos de población, eliminando las barreras al acceso que por razones de pobreza, sexo, edad, etnia, cultura, geografía y otras características, existen; disminuyendo la iniquidad y fortaleciendo la protección social en salud.
3. Asegurar la participación social activa, como un derecho y un deber, desde la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación del modelo de atención.
4. Disminuir y eventualmente eliminar el gasto individual y familiar de bolsillo en que se incurre al requerir los servicios de salud, protegiendo principalmente a los más vulnerables, haciendo más eficiente el sistema de salud.
5. Fortalecer la articulación/coordinación entre los diferentes integrantes del sector salud así como las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y con la sociedad, de manera que se garantice la solución de los problemas de salud del individuo, la familia, su comunidad y el ambiente, mediante el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS),
6. Contribuir a implementar la política de recursos humanos de salud que permitirá desarrollar y dar sostenibilidad al modelo de atención y a las redes integradas de servicios de salud.
7. Incrementar la calidad técnica del cuidado a las personas y la seguridad de los servicios de salud, dando así respuesta al derecho a la salud de la población y mitigando los riesgos sanitarios.
8. Alinear las diferentes fuentes de financiamiento en pro de garantizar la sostenibilidad del Modelo de Atención individual, familiar, comunitaria y ambiental.

V- ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN Y ESTRUCTURA PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL

El modelo está centrado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), su herramienta es la planificación estratégica y su mecanismo operativo es la organización de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), que permite el derecho a la salud a través de la salud universal (acceso y cobertura), la equidad, la continuidad del cuidado de salud y la participación social.

Las intervenciones estratégicas que se llevarán a cabo sistemáticamente en el tiempo para lograr la implementación y sostenibilidad del modelo son:

1. Definición del Territorio / Población
2. Análisis de Situación de Salud y sus Determinantes sociales
3. Definición de la Red Integrada de Servicios de Salud: su puerta entrada y el rol de los hospitales.
4. Mapeo de los recursos del sector y de los sectores vinculados a las determinantes de la salud
5. Planificación Estratégica orientada a garantizar la salud universal y la continuidad de la atención en el curso de vida.
6. Mecanismos de gestión de la red integrada de servicios de salud, aplicación de las herramientas, sistema de información unificado, sistema de referencia y respuesta, sistema de monitoreo y evaluación, sistema de evaluación del desempeño, desarrollo de los recursos humanos y tecnológicos, acuerdos de gestión
7. Definición del órgano único de Gobernanza de la RISS.
8. Establecimiento de espacios de diálogo, concertación y auditoría social
9. Mecanismos de Financiamiento y sostenibilidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

El equipo de gestión irá resolviendo aquellos nudos críticos que limitan el avance de la implementación, asegurando la sostenibilidad del modelo, para ello se basará en la metodología de gestión productiva de servicios de salud (MGPSS).

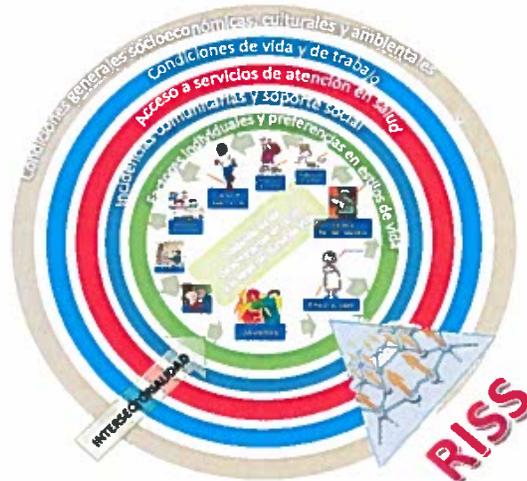
1. ELEMENTOS ESTRUCTURALES

El Modelo de Atención, toma en cuenta la definición de salud de completo estado de bienestar biopsicosocial y no solo la ausencia de enfermedad (OMS-1946), la organización de la estructura, los recursos de salud, el financiamiento, los actores, el alcance y la forma como la población accede al sistema y recibe respuesta del mismo a su derecho a la salud, además enfatiza en:

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

- 1) Las diferencias positivas específicas, existentes en cada comunidad, municipio, provincia o región, porque se estructura y define sobre el contexto nacional, aunque su aplicación es diferenciada dependiendo de cada contexto ya sea regional o local. Se piensa nacionalmente pero se aplica con soluciones locales.
- 2) Las Redes Integradas de Servicios de Salud que responden al derecho de salud de los personas y a sus necesidades diferenciadas en el curso de vida. Con servicios de salud que responden a las necesidades de la población y las familias bajo su responsabilidad.
- 3) El equipo de salud, crucial para gestionar, implementar y mantener la dinámica y la sostenibilidad del Modelo de Atención de salud, ya que es el recurso más valioso del Sistema de Salud, con claras competencias en el abordaje integral e integrado de la salud, liderazgo, negociación, organización y trabajo en equipo, actitudes y aptitudes que fortalecen tanto los valores de salud en la sociedad en general, como la misión institucional de la RISS en particular; competencias logradas mediante la planeación estratégica que incluye: la formación, incorporación al sistema, asignación para cerrar brechas, su capacitación permanente, estabilidad, clima laboral óptimo y los incentivos ligados al desempeño que aseguren el impacto sostenido.
- 4) El modelo de gestión y financiamiento reforzado por la metodología de gestión productiva de servicios de salud (MGPS) y su herramientas de valoración de las condiciones esenciales (VCE) y producción, eficiencia, rendimiento y costos (PERC).
- 5) Las metodologías y herramientas necesarias para fortalecer en las personas y en el personal de salud el enfoque de determinantes sociales de la salud como son los estilos de vida; los ambientes sociales, económicos, culturales y físicos; la herencia y la biología humana; y el acceso a los servicios de salud, como factores que pueden proteger o poner en riesgo la salud. Todas aquellas que fortalezcan el conocimiento, generen habilidades y motiven a priorizar la salud y permita empoderarse de la responsabilidad compartida ya sea individual, familiar o comunitaria con el sistema de salud en la intervenciones preventivas, de conservación, recuperación de la salud, la rehabilitación física y/o psicosocial y el cuidado domiciliar y paliativo.
- 6) El Presupuesto para fortalecer el actuar en RISS, dotar de estructura y tecnología, equipos, normas, guías y protocolos, insumos y materiales suficientes, apropiados, de buena calidad, culturalmente aceptables a la diversidad étnica, etaria, de género, y geográfica del país, para dar respuesta al derecho de salud del individuo, la familia y la comunidad así como la atención continuada dentro de la RISS.
- 7) Sistema de información y comunicación necesarios para la toma de decisiones basadas en evidencias para el monitoreo y evaluación y la rendición de cuentas.
- 8) Alianzas entre la comunidad y los equipos de salud para actuar intersectorialmente, responsables de la población / territorio asignados, abordar la reducción de las brechas y alcanzar el derecho a la salud.
- 9) Los planes de mitigación de riesgo, preparación y respuesta ante situaciones de

Figura No. 4. Determinantes sociales de la salud y su abordaje Inter institucional en la RISS



Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

emergencias y desastre, con la conducción del SISED y en coordinación con SINAPROC para asegurar el continuo de la atención de emergencia en la RISS.

VI- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO Y AMBIENTAL

1. ORGANIZACIÓN

El Modelo de Atención parte de la salud como un derecho humano, instrumenta la Estrategia de Acceso y Cobertura Universal, organiza las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), considerando para ello la definición del territorio y población de responsabilidad; su gobernanza y las gestiona ejecutando la Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud (MGPS).

A. DEFINICIÓN DEL TERRITORIO Y POBLACIÓN

En este contexto del territorio y población de responsabilidad, las Redes integradas de Servicios de Salud (RISS), establecen aspectos como la puerta de entrada; el alcance de la cobertura y acceso universal; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; personal suficiente y con competencias; recursos adecuados y sostenibles; la gestión óptima y la orientación central: el individuo en el curso de vida, la familia y la comunidad y la acciones intersectoriales, para materializar el cumplimiento de los elementos más esenciales de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Para lograr lo anterior, las RISS deben ser capaces de identificar la población y área geográfica bajo su responsabilidad, apoyarse en la participación social y en la intersectorialidad para elaborar con los sectores y actores el análisis de situación social y de salud, donde se identifican principalmente: -los grupos más vulnerables y su entorno, -los problemas de salud y sus determinantes, -los actores sociales implicados (mapas de riesgo social y ambiental), -los recursos y medios disponibles en el territorio población (mapas parlantes).

De manera conjunta se diseñan acciones a seguir para cerrar brechas de inequidad, organizan o gestionan la prestación de servicios de forma tal que la población reciba de acuerdo a sus necesidades los servicios de promoción, prevención (diagnóstico y tratamiento oportuno), gestión de enfermedades, rehabilitación, cuidado domiciliar y paliativos, de manera humanizada, continua a lo largo del curso de vida y a través de los diferentes servicios que se encuentran en las RISS y está dispuesta a rendir cuentas por el estado de salud de la población a la que sirve.

Figura No. 4



B. GOBERNANZA DEL TERRITORIO POBLACION Y DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

El modelo fortalece el establecimiento de arreglos institucionales que regulen a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud (OPS). Fortalece la interacción entre el Gobierno y la Sociedad, a través de varios mecanismos, principalmente la auditoría social donde la sociedad empoderada ejerce su capacidad de acción colectiva, para legitimar, impulsar e implementar el derecho a la salud, genera espacios de diálogo, rendición de cuentas y planificación conjunta de soluciones o alternativas que aseguren el acceso universal y equitativo. Favorece el acceso de la sociedad a la información relevante y oportuna que le permite ejercer la participación representativa, legitimada y efectiva en la toma de decisiones al momento de definir prioridades y el control sobre la implementación de las políticas públicas de salud y el modelo de salud que requiere el país

En un nivel local, existen iniciativas intersectoriales que regulan la relación entre la prestación de servicios de salud con otros sectores o servicios que influyen en los determinantes de la salud. En este sentido, la Gobernanza de los servicios requiere de establecer normas de organización de la atención en el primer nivel de atención y en los hospitales; normas de gestión centralizada y/o descentralizada; (ejemplo normas de registro de producción, horarios de trabajo, horarios de extensión, horas de atención, horas administrativas, horas de docencia y capacitación, horas extramuros); normas de atención que definen estándares de producción, calidad y seguridad de los servicios y modelos de organización del trabajo interdisciplinario, creación de espacios y mecanismos de coordinación o participación comunitaria, donde quedan explícitos los derechos de las personas, comunidades y la sociedad civil; regulaciones intersectoriales entre los servicios y otros sectores sociales (salud en todas las políticas) para impactar en los determinantes sociales de la salud.

En cuanto a la gobernanza de los RRHH, el modelo plantea la necesidad de establecer regulaciones e intervenciones para que la formación de los recursos humanos responda a las competencias necesarias para el desempeño de sus funciones y responsabilidades. Además, es importante la definición de estándares de la práctica y de instrumentos e instancias de evaluación del desempeño del profesional de la salud, condiciones de trabajo, carga laboral, características de la contratación, estabilidad laboral, formas de pago.

En el campo de la gobernanza de la tecnología y los medicamentos y otros insumos sanitarios se plantea regular el acceso a medicamentos y a tecnologías de salud de alta calidad, seguridad, eficacia y accesibilidad mediante la Evaluación de Tecnología Sanitaria y Evaluación Económica (ETS y EE) como mecanismo para la racionalización y la inclusión de dichas tecnologías en las normas de atención en el curso de vida y en los protocolos de atención así como guías de práctica clínica.

La gobernanza del financiamiento implica la identificación de las fuentes de generación de recursos, los mecanismos de asignación; modulación del aseguramiento, los mecanismos de integración de tales recursos, y los mecanismos de pago a los servicios de salud.

El fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud se manifiesta en el desarrollo y el perfeccionamiento de la regulación de: -la producción y el consumo de bienes masivos relativos a la industria alimentaria, -el uso de pesticidas; -la regulación del consumo de alcohol, drogas y

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

tabaco y -el cuidado del medio ambiente para actuar sobre los factores de riesgo con impacto sobre la salud de la población

El modelo requiere de la **creación de un Órgano único de Gobernanza de la RISS** a nivel nacional y provincial / regional que cumpla con todas las características citadas. Que requiere de un marco legal para su implementación.

C. LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD, SU PUERTA DE ENTRADA Y EL ROL DE LOS HOSPITALES

Los servicios organizados en redes integradas de servicios de salud son un conjunto de intervenciones que incluyen la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud perdida, rehabilitación y cuidado domiciliar y paliativo que se brindan tanto en el seno familiar, como los distintos sectores sociales y actores en la comunidad, a través de políticas saludables y comprende desde las acciones de salud pública, las acciones intersectoriales e interinstitucionales, las atenciones en las instalaciones de salud de la puerta de entrada y de ser necesario en un continuo hasta los hospitales.

La **integración** combina los eventos clínicos y la información en salud que acontece en distintos ambientes físicos, niveles de salud, y tiempos cronológicos, a lo largo de todo el curso de vida, integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública. La **integralidad** incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud, la limitación de las complicaciones, la rehabilitación y el cuidado domiciliar y paliativo, la perspectiva física, psicológica, social y espiritual de las personas y los aspectos clínicos, humanísticos y éticos de la relación entre los prestadores y los usuarios de los servicios. (OPS/OMS)

El modelo establece en el primer nivel de atención las instalaciones de la puerta de entrada, mismas que tendrán a cargo un territorio y una población de responsabilidad, la cual deben conocer de manera nominal, su caracterización socioeconómica, cultural y de salud y su distribución geográfica, debe gestionar su acceso al sistema, mantener primordialmente la salud del individuo, la familia y la comunidad, limitar los factores de riesgo y las complicaciones de los problemas de la salud que les afecten. También es responsable de gestionar, cuando sea necesaria, la continuidad de la atención en los servicios de la RISS. Esta gestión se realizará de acuerdo a la necesidad de atención de la personas, de acuerdo a lo establecido en las normas administrativas y de funcionamiento de la RISS y lo establecido en el protocolo o guía de práctica clínica.

La estructura organizativa de la red integrada se establece en el ámbito distrital, provincial/regional y nacional con un equipo gestor provincial y nacional.

La red integrada de servicios de salud en el ámbito local cuentan con:

- Un equipo gestor local, de las instalaciones de la puerta de entrada que asegura el acceso universal equitativo de la salud, dinamiza el mantener la salud con los servicios que se

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

prestan desde el interior de las familias, la comunidad organizada y no organizada, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, las redes sociales y comunitarias. Capaz de analizar la situación de salud desde sus determinantes, planificar, organizar, movilizar y gestionar los recursos locales.

- Metodologías que articulan en red los servicios orientados a la protección social en salud.
- Instrumentos que permiten el registro de los datos individuales, familiares, comunitarios e institucionales que dan origen al sistema de información.
- Instrumentos de referencia y respuesta que aseguran la continuidad de la atención, la integralidad y articulación con el resto de los servicios que presta la RISS.
- Espacios de Auditoría Social donde la población con el equipo gestor analizan riesgos y recursos, planifican, asignan responsabilidades y recursos para avanzar y mantener la salud; mitigar y reducir riesgos, y ejercen la rendición de cuentas.
- Espacios de comunicación no solo de carácter técnico sino también de debate crítico donde los miembros del equipo de salud en igualdad de oportunidades abordan las necesidades, proponen, deciden y juzgan el trabajo y logran el consenso colectivo.
- Normas de atención en el curso de vida que aplican; además se vigila el cumplimiento de las normas sanitarias.
- Guías y Protocolos para la atención de los problemas de salud más prevalentes en su territorio población de responsabilidad

La red integrada de servicios de salud en el ámbito distrital cuenta con:

- Un equipo gestor que planifica, organiza, moviliza y gestiona los recursos del distrito. Acompaña sistemáticamente al nivel local, lo que asegurará la equidad, continuidad y la calidad de la atención y el impacto sobre los indicadores de salud distritales y dinamiza el mantener la salud a través de las redes locales y la del distrito.
- Ejerce la vigilancia de la salud desde los determinantes de la salud, es decir, su interrelación con el gobierno municipal y las instituciones relacionadas a las mismas, espacio donde la agenda de salud se discuta de manera prioritaria y permanente.
- Armoniza la provisión de los servicios desde las instalaciones de la puerta de entrada hasta las instalaciones de salud de referencia regional y nacional.
- Herramientas que le permiten el análisis de la producción de los servicios frente a los recursos y los retos, al logro de objetivos y metas y la transformación de los indicadores de salud distrital.

La red integrada de servicios de salud provincial o regional, cuenta con un órgano de gobernanza único, capaz de:

- Generar políticas públicas regionales, vinculadas a las políticas nacionales orientadas a la protección social y adecuada a la salud del territorio y población. Mantener la salud de su territorio en la agenda política regional, por lo tanto en el consejo provincial será tema prioritario y permanente.
- Ejercer la vigilancia de la salud y su interrelación con el gobierno provincial o regional como parte del mismo. Adecua al contexto local considerando las variables, étnicas, cultural,

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

demográficas, epidemiológica, socioeconómica para cumplir las normas de atención en el curso de vida y vigila las normas sanitarias y las vinculadas a las determinantes

- Armonizar la provisión de los servicios, desde las instalaciones de la puerta de entrada hasta el hospital de referencia distrital, incluyendo la continuidad de la atención en el hospital de referencia regional y nacional.
- Monitorizar y evaluar sistemáticamente la RISS distrital, lo que asegurará la equidad, continuidad y la calidad de la atención y el impacto sobre los indicadores de salud distritales y dinamiza el mantener la salud a través de las redes locales y la del distrito. Estará compuesta por las RISS distritales (todas las instalaciones del distrito o de otros distritos accesibles) y Provincial (todos los distritos o de otros distritos accesibles).
- Asegura el funcionamiento del sistema de referencia y respuesta en las RISS distritales y regional, manteniendo la dinámica de la RISS.
- Gestiona con el nivel nacional los recursos presupuestarios, humanos y tecnológicos que requiere para alcanzar el logro de los objetivos de salud y su contribución a los indicadores de salud nacionales mediante el establecimiento de Acuerdos de Gestión

Para garantizar el funcionamiento de las RISS provinciales o regionales, el órgano de gobernanza de la RISS negocia con la institución, con el órgano Ejecutivo, Legislativo y Judicial para movilizar los recursos que se requieren.

El análisis de situación de salud (ASIS), evidencia las necesidades de salud de la población y estas necesidades determinan los servicios de salud de la RISS. Estos servicios están organizados en:

Servicios de promoción de la salud, que alcanzan un proceso social y político amplio. Involucran las acciones dirigidas a reforzar conocimientos, aprendizajes sociales y a desarrollar capacidades individuales y comunitarias, además aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar la enfermedad y recuperar sobre todo la salud del individuo, las familias, la comunidad y el ambiente. De esta manera permite que las personas controlen en mayor medida los determinantes de su salud, contribuyendo así a mejorarla.

Servicios de Prevención que realizan intervenciones, las cuales se expresan en primordiales, primarias, secundarias y terciarias, no deben confundirse con los niveles de atención. La intervenciones de prevención primaria, involucran actividades realizadas por el personal de salud, por la comunidad o por el gobierno local, antes de que aparezca un problema que afecte la salud eliminando los factores causales, para impedir o retrasar su aparición ya sea mediante la investigación epidemiológica identificando los determinantes del proceso concretando las intervenciones para su prevención; o mediante la clínica con actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Este es el campo de la educación para la salud que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, incluyendo los factores y comportamientos saludables, además del uso de los servicios de salud. Ejemplo de estas intervenciones son: vacunación o

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

inmunización, fluoración de las aguas, consejo del cepillado dental, administración de fármacos para prevenir enfermedades (la prescripción de ácido fólico en mujeres fértiles que planean embarazarse para prevenir la espina bífida en los recién nacidos, o la administración de yodo en alimentos como la sal para prevenir el hipotiroidismo, entre otras).

Las intervenciones de prevención secundaria implican detección y aplicación del tratamiento a las enfermedades en estados muy tempranos para impedir o retrasar el desarrollo de la misma. Las pruebas de tamizaje de laboratorios y de imágenes, establecidas en los programas de salud en el curso de la vida que contemplan los factores de riesgo según la edad y el sexo, persigue la detección precoz de la enfermedad e intentan evitar la progresión en personas que no presentan síntomas o que manifiestan pocos síntomas, seguida del tratamiento oportuno, logrando la reducción real de la mortalidad. La ética de salud compromete al personal de salud a realizar intervenciones necesarias para evitar o disminuir la condición de enfermedad. Algunos ejemplos de acciones de prevención secundaria son los tamizados establecidos en nuestras normas de atención: el análisis de gota de sangre obtenida del talón de los recién nacidos para la detección precoz de fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito, la mamografía a las mujeres a partir de los 40 años para detección de cáncer de mama, la citología cérvico uterina en mujeres en edad fértil, la determinación del antígeno prostático específico en sangre en hombres y prueba de sangre oculta en heces en mayores de 50 años para el cáncer colo rectal.

Las intervenciones de prevención terciaria consisten en evitar que se produzcan complicaciones, en la clínica con actuaciones dirigidas a hacer más lenta la progresión de la enfermedad y con ello la aparición de complicaciones o invalidez, siempre intentando mejorar la calidad de vida del individuo, ya sea mediante el tratamiento o la rehabilitación física y/o biopsicosocial. Como ejemplo de estas intervenciones tenemos: el tratamiento quirúrgico, la farmacoterapia, fisioterapia, logopedia, ortopedia, prótesis, psicoterapia, quimioterapia, radioterapia, terapia ocupacional. Los servicios para la recuperación o restauración de la salud perdida, rehabilitación, cuidado domiciliar y paliativo aplicaran las guías de atención o los protocolos clínicos de atención de acuerdo a la patología que presente el individuo, estas guías o protocolos deben ser únicos para la RISS y actualizados con un máximo de cada dos o tres años.

Los profesionales de estos servicios serán todos aquellos vinculados a la labor proactiva de diagnóstico y acciones de mitigación y control de riesgos, a definición de necesidades y riesgos en salud pública, al tratamiento oportuno, al fortalecimiento de los factores protectores y la gestión de las soluciones mediante la intersectorialidad. Todos los que requieran para la aplicación de las normas de salud en el curso de vida y las guías clínicas o protocolos de atención. La presencia efectiva de los mismos cerca a la puerta de entrada se fortalecerá progresivamente, considerando el análisis de situación de salud y utilizando, para esta transición diferentes tecnologías como la telemedicina y teleradiología, entre otras.

La red integrada de servicios de salud debe avanzar desde la óptica bio-psico-social y espiritual, en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y al mantenimiento de la población sana. Para tales efectos los servicios de salud deben generar la capacidad de establecer objetivos medibles en salud, programar las acciones para cumplirlos y evaluarlos en

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

forma sistemática.

Las redes integradas de servicios de salud, definidas en un territorio, integran al hospital en su nuevo rol, para la resolución y la atención continuada, brindando atención especializada de manera continua 24 horas 7 días a la semana con capacidad de recuperar, mantener y mejorar la salud de la población, contribuyendo con el fortalecimiento de la credibilidad de la puerta de entrada y con la continuidad de la atención, constituyéndose en un espacio saludable y humanizado para el paciente, el trabajador y el entorno. Mantiene la excelencia de sus componentes, la atención de aquellos que ameriten internamiento de patologías complicadas y en la docencia e investigación, con un recurso humano con sentido de pertenencia de la RISS, que trabaja en equipo con capacidad de realizar diversas funciones, logrando optimizar los recursos existentes, apoyándose en la tecnología apropiada. Asegura el acceso universal, contribuye hacer eficiente el gasto en salud, interactúa dentro de la RISS, siempre dispuestos al cambio para el mejoramiento continuo, la rendición de cuentas en base a resultados; por lo tanto contribuye a elevar la calidad de vida y a reducir el gasto de bolsillo.

La Telemedicina, consiste en la utilización de tecnologías de comunicación e información para proveer cuidados de salud, atención médica oportuna y de calidad y educación médica a distancia, sobre todo, garantizar el acceso a los servicios de salud a la población que reside en áreas rurales dispersas, pobres y excluidas, que se han caracterizado por insuficiencia de especialistas, escasez de recursos, servicios médicos limitados y dificultades de comunicación geográfica; de esta manera se ha logrado el objetivo de equidad en proveer igualdad de servicios de salud, sin importar la localización geográfica, ni poder económico; combinando tecnología y salud a favor de los más necesitados.

Los equipos de salud, gestores y actores sociales deben contar con información y usarla regularmente en los procesos de análisis y toma de decisiones; para la planificación a corto, mediano y largo plazo, en situaciones rutinarias, y ante factores externos que condicionan crisis sanitarias, desastres naturales, haciéndose responsables por resultados alcanzables y tangibles.

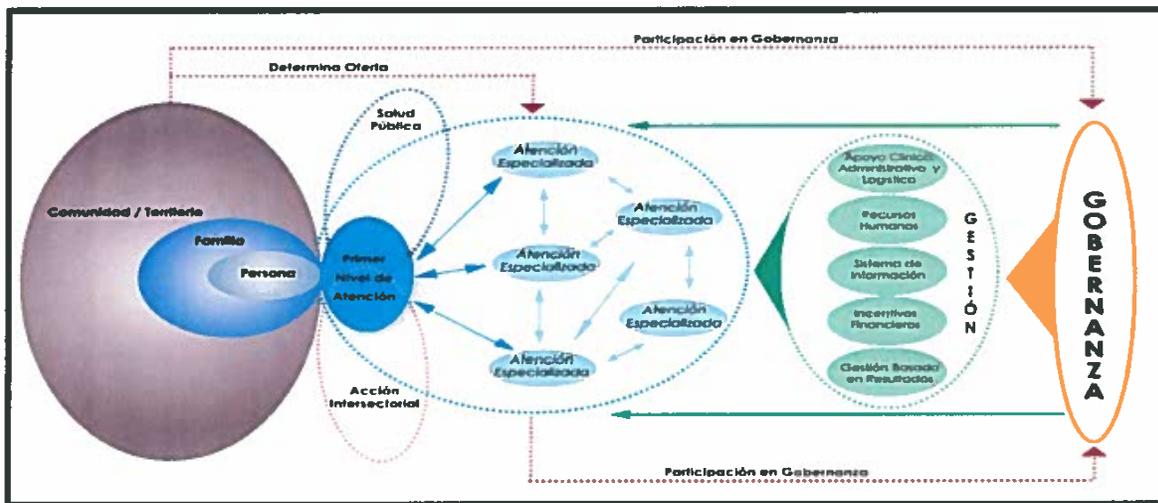
La figura a continuación muestra los elementos constitutivos para que los servicios actúen en RISS; no visualiza los niveles de atención como una estructura gerárquica de tipo piramidal, sino como una estructura horizontal que garantiza el acceso y la continuidad de los servicios.

Establece centrar el enfoque en las necesidades de salud de las personas y familias ubicadas en un territorio definido que cuentan con:

- Instalaciones de salud del **Primer Nivel de Atención** con capacidad de responder a las necesidades identificadas de atención y salud pública, sus determinantes y gestionar un continuo de atención hasta procurar el máximo nivel de salud posible.
- Instalaciones de salud de **Segundo Nivel de Atención** con hospitalización y capacidad de atender las referencias a nivel de la provincia
- Instalaciones de salud de **Tercer Nivel de Atención** con hospitalización y capacidad de atender las referencias a nivel nacional

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Figura N° 5
Organización de la Red Integrada de Servicios de Salud



2. GESTIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

En la redes integradas de servicios de salud los recursos se gestionan y se asignan equitativamente, se controlan para lograr la capacidad resolutoria que necesita la población de responsabilidad misma que se determina mediante el análisis de la situación de salud con y en la comunidad basado en datos oportunos y reales, procurando el acceso y cobertura universal, mediante una respuesta basada en una atención de calidad, segura, oportuna y continua tomando en cuenta las diferencias del curso de vida.

En el proceso de transición de mejorar el acceso y la cobertura de atención de salud a la población el país ha desarrollado diferentes modalidades que incluyen atención por asistentes de salud, atención itinerantes (con grupos institucionales o extra institucionales) giras integrales de salud, jornadas de atención ambulatoria, estos equipos brindan servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y están administrativamente a cargo de la instalación de Salud responsable del área geográfica-poblacional delimitada, pero este modelo establece que toda la población este adscrita a servicios de la puerta de entrada que le garanticen la oportunidad y continuidad de la atención de salud en el curso de vida.

Las buenas prácticas de gestión productiva de los servicios de salud hacen parte integral del Modelo de APS y trascienden la gestión de instituciones individuales, a la gestión de Redes Integradas de Servicios de Salud, con un concepto claro de uso eficiente de los recursos, conservando e incrementando la calidad de los resultados.

La Metodológica de Gestión productiva de servicios de salud (MGPSS) impulsado por la APS, adoptado y adaptado para el Modelo de Atención en Salud de Panamá, estimula la aplicación de buenas prácticas gerenciales, a través del uso de herramientas de planificación estratégica y

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

territorial, como la Gestión Basada en Resultados (GBR); sistema de apoyo clínico, administrativo y logístico eficientes y homologado; el uso del Sistema de Información para el análisis de la situación de salud, la investigación operativa para la toma de decisiones basada en evidencias y la evaluación de la gestión del Recurso Humano de Salud, fundamentada en el resultado del desempeño de los equipos, que orientan los incentivos, así como el financiamiento sostenible.

La relación entre el nivel central con las redes integradas de servicios de salud serán pactadas a través de acuerdos de gestión que pueden incluir diversos actores intra y extra sectoriales

A. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA,

En el marco de las políticas nacionales de salud, la Red Integrada de Servicios de Salud definirá su plan estratégico, tomando en cuenta el contexto del análisis de situación social y de salud del territorio población de responsabilidad, en este aspecto el modelo incluye el análisis de los escenarios comunitarios y contempla los contextos dinámicos y cambiantes de las comunidades..

En este plan estratégico la RISS planteará su visión, misión y objetivos resultados prioritarios, esta acción asegura el uso ordenado de los recursos que se requieren para su operación, por ello la planificación local también es un elemento central del modelo de atención.

Para ello cada uno de los servicios que componen la RISS deberá formular un Plan Operativo Anual (POA) participativo que incluye a la comunidad, de carácter intersectorial e interinstitucional y que orienta al logro del objetivo y resultado de la RISS. Identifica, describe y aborda los principales problemas de salud factores protectores y de riesgo individual, familiar, comunitario y ambiental, concreta las intervenciones y metas, según actor, recursos, resultados y cronología.

B. RECURSOS HUMANOS

El Modelo de atención contempla la reorganización de los servicios de la RISS en función de la necesidad de la población, con un equipo humano con capacidades, destrezas y habilidades necesarias y articulándose en un mismo paradigma, generando una alianza teórica/práctica para la comprensión del problema y actuando en concordancia, incluirán sistemáticamente agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.

Por ello el Modelo requiere de una planificación de recursos humanos que considere la definición del equipo, con competencias, fuerza laboral suficiente, motivada en un ambiente laboral saludable; distribuidos de acuerdo a las necesidades de salud de la población, reduciendo las inequidades. Esto amerita una política nacional de desarrollo de los recursos humanos e inversiones a corto, mediano y largo plazo en formación y capacitación, carrera administrativa e incentivos, elaborada en conjunto con las instituciones formadoras, gremios y las instituciones empleadoras en el sector salud.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Equipo humano del Primer Nivel de Atención de Salud

Estos equipos deben contar con competencias para garantizar que prevalezca las acciones preventivas sobre las curativas, siempre buscando gestionar primordialmente la salud y gestionar la solución de manera proactiva a los factores de riesgo y los problemas de salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente dentro de su territorio/población, enfrentando la realidad cambiante, con respuestas sanitarias innovadoras. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población. Estará integrado por los profesionales que entregan servicios de salud en la comunidad y servicios preventivos primarios y secundarios principalmente. Variarán de acuerdo a las necesidades de salud de la población de responsabilidad, aplicarán un abordaje intersectorial e interinstitucional, en conjunto con la comunidad empoderada de sus deberes y derecho a la salud.

Se establecen tres equipos de salud en el primer nivel de atención:

1. Equipo de Salud Nuclear (ESN)

El modelo establece que los equipos de salud del primer nivel de atención estarán integrados idealmente por un médico, una enfermera, un técnico de enfermería y un promotor de la salud y su población de responsabilidad estará en el rango de los 2,500 a 3,500 habitantes.

2. Equipo de Salud Técnico del Primer Nivel de Atención (EST)

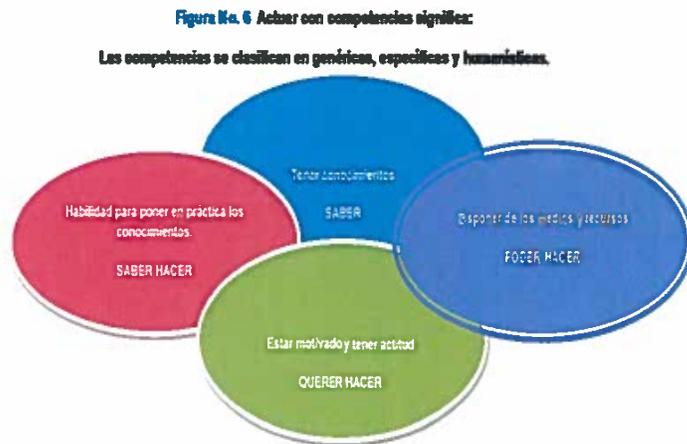
Estará integrado por personal técnico especializado en promoción y educación a la comunidad, organización social y comunitaria, atención de problemas sociales, personal técnico especializado en realizar estudios de diagnóstico (tecnólogo médico, tecnólogos en radiología, y técnicos en EKG y Espirometría entre otros), personal técnico especializado en el tratamiento (nutricionistas, psicólogos, farmacéuticos, fisioterapeutas, estimuladores tempranos, salud ocupacional), personal técnico especializado en la vigilancia en salud pública.

3. Equipos de Salud Especializado (ESE)

Estará compuesto por el personal médico especialista (pediatras, ginecó-obstetras, internistas, médicos familiares, cirujanos entre otros)

Competencias del equipo humano basado en la APS:

Las competencias constituyen en la actualidad una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación, son pues, una combinación integrada de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. La



Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

convivencia, interacción, sensibilidad y conciencia social son también necesarias ya que se puede tener el conocimiento, las habilidades y los recursos pero los procesos no se desarrollan por la falta de sensibilidad y conciencia social.

Competencias genéricas: son comunes y compartidas por el equipo APS. Son las que permiten que los profesionales se adapten a nuevas condiciones de trabajo, se mantengan actualizados y superen los problemas que deben enfrentar en sus respectivos puestos de trabajo. Las competencias Genéricas incluyen: la comunicación, el manejo de la información, la gestión de los recursos y la salud pública.

- **La comunicación eficaz:** es la principal herramienta de los integrantes del equipo APS, tanto Para la correcta relación entre los miembros del equipo; para con las personas, la familia, los grupos intra institucional que interactúan con la comunidad, así como interinstitucionales, niveles políticos y gerenciales. El equipo debe trascender más, allá de la instalación y contar con las habilidades de comunicación requeridas para esta proyección comunitaria, debe existir una capacidad de razonamiento adecuado para distinguir aquellas situaciones más complejas de gravedad, tanto en los servicios de salud como en la comunidad. Esto nos permite un diagnóstico más concreto orientado a partir de una queja muy indefinida.
- **Manejo de la Información:** Los sistemas de información de salud permiten establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado paliativos.
- **Gestión de Recursos:** Ésta tiene que ver con las habilidades para poder hacer una evaluación del problema específico que los equipos de APS enfrentan y poder determinar de forma racional cuáles son los recursos que se van a necesitar para proporcionar la respuesta adecuada desde la puerta de entrada incluyendo otros sectores públicos y privados. Se determinan a través del ASIS (Análisis de Situación de Salud) y la priorización de problemas.
- **Salud Pública y sus funciones esenciales:** Persigue mejorar, proteger o mantener la salud de las poblaciones. Para fortalecer la salud pública se debe profundizar en la coherencia de sus objetivos, así como apoyarse en un conjunto de profesionales que demuestren que tienen el conocimiento, habilidades y destrezas en el ejercicio de las competencias necesarias para la realización de las FESP en el territorio población de responsabilidad.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

		TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.			
Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
1. Acceso y cobertura universal	Eliminar barreras de acceso	Identificar las barreras de acceso: <ul style="list-style-type: none"> • Geográficas. • Económicas. • Organizacionales Sociales y Culturales. • De género, étnicas, etarias. • Grupo social. • Actitudinal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las poblaciones que tienen barreras de acceso. • Identificar las brechas de acceso. • Dispone de capacitación en género que le permite identificar las necesidades, demandas y expectativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad laboral • Clima laboral adecuado. • Capacitaciones continuas. • Pasantía, intercambios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura, insumos, recurso humano necesarios • TICs.
		<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la población de responsabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interactuar, facilitar el diálogo, negociar y lograr consensos para eliminar barreras y reducir las inequidades. 		<ul style="list-style-type: none"> • Programa de inducción.
		<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los actores para el diálogo social de la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y mapeo de actores. • Aplicación de metodología andragógica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de la Comunidad con el servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de capacitación.
		<ul style="list-style-type: none"> • Conocer estrategias que permitan extender la protección social en salud hacia una cobertura universal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Logro de Objetivos y metas locales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Convenios de gestión entre las RISS y los servicios que presta. • Incentivos ligados al desempeño.
		<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones de emergencias, desastres naturales y epidemiológicos. 			

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.					
Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	
2. Atención integral e integrada	Proporcionar atención integral e integrada a la población. Longitudinalidad	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento asociado a las buenas prácticas de su profesión sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidado paliativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliar la capacidad de resolutiveidad en relación a los problemas de salud prevalentes de la comunidad y el ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> Visión continuada e integral de los procesos en salud. Interactuar con el individuo la familia y la comunidad. 	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer la situación de salud y los problemas prevalentes en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Captar necesidades percibidas y no percibidas del individuo y la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar la comunicación correctamente. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer los programas de salud, normas, protocolos y guías de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar las normas, guías y los protocolos clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Talleres de actualización de protocolos de manera participativa. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer las técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover en la comunidad el auto cuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer la red integrada de servicios de salud funcional y los mecanismos de referencia y respuesta. 		<ul style="list-style-type: none"> El sistema debe manejar la comunicación en todos los componentes y servicios de la RISS 	
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer el curso de vida y la atención continuada en salud, visión biopsicosocial de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar los conocimientos de cada disciplina (campos del saber), para el abordaje del curso de vida y utilizar adecuadamente las evidencias para resolver los problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo en equipo. Orientación a resultados. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento de la bioética. 			

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.					
Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
3. Énfasis en promoción y prevención de la salud	Promoción de la salud y prevención de las enfermedades	Conocer la situación de salud de la comunidad, su distribución y sus determinantes.	Establecer compromisos y/o alianzas intersectoriales para la producción social de la salud.	Participar en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con otros componentes del sistema de salud y otros actores.	
		Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.	Facilitar el aprendizaje conjunto del equipo de salud y la comunidad.		
		Conocer la estrategia de promoción de la salud y sus componentes.	Aplicar las estrategias de promoción y prevención de la enfermedad con base en la evidencia.	Visión de la promoción de la salud como las acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su repercusión sobre la salud familiar, comunitaria y poblacional.	> Capacitación en promoción de la salud como proceso que permite que las personas controlen en mayor medida los factores que determinan su salud, contribuyendo de este modo a mejorarla.
		Conocimientos de la estrategia de mercadeo social de la salud.	Diseñar programas locales de promoción y prevención basadas en las necesidades de su comunidad.		> Modalidades y ejecución de investigaciones.
			Aplicar la estrategia de Mercadeo social de la salud.		

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

		TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.			
Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
4. Atención apropiada	Atender las necesidades de salud de las personas basándose en la evidencia y utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia, efectividad y equidad.	Conocer las buenas prácticas profesionales para responder a las necesidades (físicas, sociales, mentales y de salud de las personas, de la familia y de las comunidades.	Dar atención apropiada basada en la evidencia en los distintos escenarios (intra y extramural).	Adecuada utilización de los recursos disponibles.	
		Conoce, las nuevas tecnologías y métodos apropiados de acuerdo a la cultura y recursos locales.	Aplicar las nuevas tecnologías, métodos y procedimientos de manera oportuna y eficiente y en el uso de la RISS		
		Conocer las buenas prácticas de la gestión clínica.	Integrar los conocimientos del ASIS con las prioridades de atención y la asignación y disponibilidad de recursos. Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo para garantizar una atención integral e integrada. Realizar la coordinación de los cuidados.	Actitud de aprendizaje y de mejora continua.	
		Promover en la comunidad la importancia del auto cuidado de la salud (autonomía, participación en las decisiones clínicas			Disponer del perfil profesional adecuado para las intervenciones con la comunidad.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.					
Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
5. Orientación familiar y comunitaria	Planificar para intervenir, focalizando en la familia y la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Conocer acerca de planificación y programación participativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Definir las necesidades de servicios y establecer las prioridades de atención. Hacer planificación y programación participativa. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer metodologías y herramientas para identificar: <ul style="list-style-type: none"> Situación de salud. Determinantes de salud. RISS. Recursos financieros. Situación socioeconómica y cultural. Situación familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar fuentes de información y actores claves en la comunidad. <ul style="list-style-type: none"> Recolectar, analizar y utilizar la información adecuada y pertinente. Definir las necesidades de salud de la comunidad y de sus condicionantes para establecer las prioridades de intervención con participación comunitaria. <ul style="list-style-type: none"> Realizar entrevistas familiares. Abordaje a grupos específicos. Ver al individuo como parte de su contexto familiar. Manejar y aplicar las herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria. 		<ul style="list-style-type: none"> Medios de movilización. Medios de comunicación Logística (viáticos etc...) Cobertura de riesgos profesional. Equipo de bioseguridad.
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer el curso de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad dialógica y competencia intercultural. 		

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.				
Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias		
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)
6. Mecanismos activos de participación	Facilitar y promover la participación social en salud.	<ul style="list-style-type: none"> Conocer técnicas y metodologías para el análisis de actores e instituciones claves. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar metodologías para optimizar la información, comunicación y educación efectivas. Manejar las herramientas para identificar los actores e instituciones existentes en la comunidad, para el trabajo conjunto en la atención integral en salud. Desarrollar la negociación. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer los espacios de concertación, así como las metodologías participativas existentes en el sistema de salud y en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Establecer mecanismos de cooperación y corresponsabilidad del equipo con el individuo y la comunidad. Desarrollar instrumentos para la participación, abogacía y la capacidad de adaptación. 	<ul style="list-style-type: none"> Abogacía como un medio.
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer metodologías para la comunicación efectiva entre los miembros del equipo y la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Comprender el rol de la comunidad en el desarrollo de su salud. Auditoría Social en Salud. Aplicación de indicadores de participación comunitaria. Estimular la participación activa de la comunidad en la priorización, gestión. Habilidad del equipo para trabajar en forma conjunta con la comunidad, evaluación y regulación del sector salud. Reconocer y valorar, a través de la entrevista, los problemas de salud (económicos, sociales, etc.) que repercutan en la salud - enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> Actitudes y valores hacia el compromiso social Acuerdos y compromisos con la comunidad.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.					
Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
7. Marco legal e institucional	Promover y fortalecer políticas públicas y marco legal del sector Salud.	<ul style="list-style-type: none"> Conocer políticas públicas y Políticas sociales. 		<ul style="list-style-type: none"> Corresponsabilidad en la aplicación de la ley entre instituciones intra y extra sectoriales. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer: Políticas del sector salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Divulgar las leyes normas y políticas y convenios y/o acuerdo. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer los proyectos del sector salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestionar los beneficios de los proyectos de salud a las poblaciones objetivo. 		
		<ul style="list-style-type: none"> Marcos legales existentes vinculados con el sector de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar y Vigilar que se aplique la normativa legal existente en los ámbitos individual, familiar, comunitario y ambiental. 	<ul style="list-style-type: none"> Compromiso con el Monitoreo y vigilancia del cumplimiento a las normas y la aplicación de sanciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar la figura del juez ejecutor.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD					
Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
8 Organización y gestión óptimo	Aplicar prácticas adecuadas de gestión	<ul style="list-style-type: none"> Conocer políticas y el marco legal e institucional y organizacional. Conocer las etapas de gestión administrativa. Y los instrumentos de evaluación de la gestión. Conocer las competencias de los recursos humanos en los distintos ámbitos: laborales, gremiales, sindicales, servicios, administrativo, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Planificar, organizar, dirigir, monitorear y evaluar la gestión de la red integrada y de los servicios que a componen. Gestionar el uso óptimo de los recursos. Identificar las organizaciones sociales, gremiales y sus actores y conocer el rol que desempeñan. 		

TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.					
Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
9. Políticas y programas que estimulan la equidad	Incorporar criterios de equidad en las propuestas programáticas	<ul style="list-style-type: none"> Conocer las estrategias de abordaje para la resolución de las inequidades en salud y sus marcos políticos y legales. Conocer las limitaciones existentes en las políticas planes y programas del sector salud que limitan la equidad. 	Reconocer y analizar las inequidades existentes en la comunidad. Gestionar con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales redes sociales y comunitarias medidas tendientes a superar las inequidades que repercuten en la salud.		<ul style="list-style-type: none"> Compromiso social. Adaptación y aceptación de las prácticas interculturales. Ética de mínimos.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.

Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
10. Puerta de Entrada	Establecer la puerta de entrada Favorecer la accesibilidad y la utilización de sus servicios	<ul style="list-style-type: none"> > Conocer el rol a desempeñar por el equipo en su conjunto y cada uno de sus miembros para realizar una adecuada acogida al individuo. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover estrategias para garantizar un buen acceso a los servicios de salud a través de los servicios de la puerta de entrada. 		<ul style="list-style-type: none"> ASIS Metodologías para priorización de riesgos y daños a la salud.
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer que la estrategia de APS establece la capacidad de gestión a los problemas en los servicios de atención primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la capacidad de los servicios de atención primaria para gestionar la solución del 80% de los problemas de salud. Fortalecer el sistema para que sea cual fuere la puerta de entrada al mismo, prevalezca la atención primaria sobre la hospitalaria en la solución de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad. 		<ul style="list-style-type: none"> Metodología de optimización de recursos. Indicadores de gestión de calidad.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

TABLA DE LAS COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD.

Elementos esenciales de la APS	Función estructural	Competencias			
		Conocimientos (saber)	Habilidades (saber hacer)	Motivación y actitud (querer hacer)	Disponer de medios y recursos (poder hacer)
11. Recursos humanos apropiados	Trabajar en equipo	<ul style="list-style-type: none"> Conocer los roles y responsabilidades dentro del equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> Definir los roles y aplicar el código ético entre ellos y con la comunidad. Aplicar las metodologías de evaluación del desempeño. 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo transdisciplinario. Compromiso de trabajo en equipo. Respeto mutuo. Valoración individual y colectiva del equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivos económicos y morales. Inversión en la generación de conocimientos.
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de reconocer e identificar la necesidad de mantener actualizado los conocimientos a través de la formación continua. Definir las necesidades de capacitación y recertificación de los trabajadores del equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> Planes de capacitación continua aplicando diversas modalidades. Espacios para la investigación y sistematización de experiencias. Inclusión de resultados de las investigaciones en la web de las instituciones. Desarrollo de portales. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Conocer la RISS en el sistema de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestionar el personal de salud de acuerdo a los perfiles requeridos por los servicios. 		

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

C. SISTEMA DE INFORMACIÓN

El sistema de información en salud (SIS) es uno de los componentes de gestión del modelo, está basado en normas, procedimientos e instrumentos que permiten obtener, integrar, organizar, almacenar, procesar, analizar y difundir la información en salud que le permite al equipo gestor de los servicios de salud y a la RISS la toma de decisiones. Es por ello que el modelo de atención promueve la calidad, oportunidad y veracidad del registro de salud.

La RISS cuenta con un sistema de información único e integral, las fuentes primarias son el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente. Está integrado por subsistemas que producen datos estadísticos de diferentes variables que articuladas entre sí permiten producir información para el análisis de la situación de salud de la población y desde las determinantes, las tendencias, las brechas, la regulación, gestión y administración de las tecnologías de los servicios otorgados, financiamiento de la salud, cobertura de servicios, productividad, eficiencia, eficacia y calidad.

La información necesaria se clasifica en: clínica, epidemiológica y administrativa.

- **Información clínica:** Ésta permite identificar grupos de riesgo y facilitar la toma de decisiones clínicas y requiere de algunos documentos básicos: la historia clínica, el registro de morbilidad y las hojas de consulta. En la APS también se utilizan con frecuencia las hojas de interconsultas – derivación a hospitales, atención domiciliaria, utilización de pruebas diagnósticas, entre otras.
- **Información epidemiológica:** el **Análisis de la Situación de Salud (ASIS)** se cataloga como la primera actividad que debe realizar el equipo de APS en la comunidad, con el objetivo de medir el estado de salud de su población, identificar los problemas de salud y cuáles son los grupos de población más afectados para, posteriormente, elaborar un plan de acción que permita actuar según prioridades.
- **Información administrativa:** Está relacionada con la planificación, la entrega de servicios de salud, la evaluación del desempeño de los servicios respecto a las poblaciones a los que van dirigidos y el conocimiento básico en que descansa la mejora de la provisión sanitaria.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Cuadro No. 1. Sistema de Información de Salud

1. Subsistema de estadísticas Demográficas y vitales	Estadísticas vitales	La información sobre hechos vitales (nacimientos y defunciones) se produce en forma coordinada entre varias instituciones, principalmente intervienen el Servicio de salud, que registra la ocurrencia del hecho nacimientos o defunciones desde el punto de vista médico - biológico, Registro Civil, que realiza el registro y certificación legal del hecho Contraloría General de la República, que consolida, procesa y oficializa las estadísticas sobre estos hechos, las cuales se difunden por medio de su página Web y publicaciones impresas.
	Estadísticas de morbilidad	Los datos estadísticos sobre morbilidad en el país son generados y procesados por los servicios (públicos y privados) de la RISS. Incluyen la morbilidad atendida en los servicios ambulatorios y los egresos hospitalarios, así como las enfermedades de notificación obligatoria sujetas a vigilancia epidemiológica de todos los servicios de la RISS
2. Subsistema de Estadísticas de Provisión de servicios y recursos		La información de la provisión de servicios de salud registra y analiza la cartera, cobertura, producción, rendimiento, recurso, financiamiento, suministros, medicamentos, insumo y tecnología médica, para equilibrar la asignación de los recursos de salud dentro de la RISS. Los datos corresponden básicamente a los establecimientos de salud por capacidad resolutive y territorio población de responsabilidad. La producción a registrar y analizar incluye: intervenciones del ambiente, la comunidad, familia y del individuo, tanto promocionales, preventivas como de recuperación de la salud, de rehabilitación, cuidado paliativo y los indicadores hospitalarios. Los servicios de la red envían la información al distrito donde se realiza la primera consolidación y análisis, la que a su vez es referida a la región donde es consolidada, analizada y enviada a la Dirección de provisión de servicios de salud, según norma e instrumentos creados para tal efecto. La CGR realiza un levantamiento anual de información de algunos datos sobre recursos, directamente de las instalaciones de salud pública y privada.
3. Subsistema de estadísticas de Vigilancia de la Salud		Se tendrá especial cuidado en mantener la vigilancia y el registro de las enfermedades de notificación obligatoria de los servicios públicos y privados de la RISS, realizando la notificación obligatoria según se establece en la norma y legislación vigente en el país.
4. Otros Subsistemas	Recursos Humanos	El país cuenta con el Observatorio de Recursos de Humanos, que incluye el Ministerio de salud como ente rector, las instituciones formadoras de personal de salud y la RISS. Los registros del equipo de salud categorizado por tipo de profesional, cantidad, ubicación y desempeño. A través de encuestas anuales de recursos humanos de salud, la CGR cuenta con información de Recursos Humanos en Salud, tanto del Sector Público como Privado.
	Promoción y Participación Social	Las intervenciones de promoción de la salud producidas en los servicios de la red integrada y en las instituciones vinculadas con las determinantes, que se realizan de manera integral con un aprovechamiento de oportunidades desde el primer contacto, se registran diariamente, se consolidan se analizan y se verifica si responden o están en coherencia con las determinantes y las causalidades del análisis epidemiológico y de contexto del territorio población de responsabilidad. Siendo esa información de gran utilidad para desarrollar estrategias distritales regionales y nacionales con el fin de mantener la salud y mejorar la calidad de vida de la población.
	Económico y Financiero	Los registros de presupuesto (planificado, asignado y ejecutado) de funcionamiento e inversión, gasto, costos, fuentes de financiamiento, son elementos del componente económico financiero, que la RISS debe tener en cuenta para establecer sus mecanismos y modalidades de financiamiento, analizando la variables de epidemiológica, demográfica, culturales, geográficas y los costos de vida. Las encuestas nacionales son conducidas por la Contraloría General de la República, a través de su Dirección de Estadística y Censo y recogen los aspectos principalmente económicos y sociales (condiciones y estilos de vida, ingreso, percepciones y satisfacción, entre otros) y en las que participan varias instituciones: centros de investigación social y económica, universidades, organismos internacionales entre otros a tomar en cuenta.
	Regulación y Conducción	Este componente permite el monitoreo, seguimiento y evaluación de las Políticas de Salud y el desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Cada servicio de la RISS es responsable de la producción de estadísticas salud, todo el personal de salud tiene la capacidad y responsabilidad para llenar los registros, y cuenta con los recursos y la tecnología que le facilita realizar esta tarea de manera eficiente, efectiva oportuna y con calidad.

El Ministerio de salud como ente Rector en salud, es responsable de velar por el flujo integrado de los datos estadísticos en materia de salud, para el análisis e interpretación de los mismos con la traducción en acciones específicas de **políticas, programas y proyectos** que garanticen la cobertura universal y la equidad en salud

Para que el modelo se pueda implementar se requiere que el sistema de información contemple las variables de las determinantes de la salud, prácticas de estilos de vida, variables, económicas, sociales y culturales, biológicas y de la herencia, y de acceso a los servicios de salud, permitiendo visualizarlas como factores protectores o de riesgos individuales, familiares y comunitarios. Que incorpore la información de salud de la familia, la comunidad y el ambiente. Diseñar instrumentos y metodología que nos permitan captar la información que el modelo requiere para ser operativo.

También incluye las variables establecidas por los programas de salud para la atención preventiva primaria y secundaria trazadas en las normas de atención de salud en el curso de vida que permitirán la evaluación de cumplimiento y cobertura.

Los indicadores contemplados en el sistema de monitoreo y evaluación formaran parte del sistema de información.

Se establece un sistema de información que permita obtener datos en materia de recursos humanos para conocer los procesos económicos, políticos, técnicos, culturales, inherentes al trabajador, que le sirvan de sustento de política de recursos humanos de salud.

D- SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL MODELO DE ATENCIÓN

El sistema de monitoreo y evaluación del modelo de atención, como función esencial de salud pública, es un mandato de la rectoría por lo que se organiza para que se ejerza en la institucionalidad en su conjunto, está liderada por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud a nivel nacional. Acompaña a las redes integradas de servicios de salud en la implementación del modelo, a alcanzar su desarrollo y a evaluar el alcance de sus resultados en la salud de la población, a través de mecanismos, e instrumentos que la RISS definirá, en base al contexto de territorio y población y alineados al sistema nacional de monitoreo y evaluación.

Las herramientas operativas de las RISS se construyen a partir de las normas en el curso de vida, la planificación estratégica y la planificación operativa de las redes integradas, la programación local así como el sistema de información.

Los resultados del monitoreo y la evaluación alimentarán las políticas y los procesos de cambio para desarrollar y modernizar el sistema de salud, en el marco de las Funciones Esenciales de

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

Salud Pública, analizando las brechas al interior y al exterior del país, sobre la base de estudios e investigaciones como referentes.

El sistema de monitoreo y evaluación nacional definirá estándares de calidad y seguridad de los usuarios, sobre la base de estándares nacionales e internacionales, adecuados a cada RISS. Para la mejora continua de tal manera que los servicios de la red integrada sean equitativos, oportunos, efectivos, eficientes, éticos, culturalmente aceptables, legitimados, y humanizados.

El equipo de monitoreo y evaluación está integrado por personal multidisciplinario con competencias para acompañar y capacitar continuamente a los equipos de la RISS provincial en sus procesos de análisis tanto rutinarios como continuos, expuestos o no en las salas de situación, a fin de que permitan tomar decisiones y realizar ajustes necesarios para que la RISS mantenga la salud y asegure el acceso con calidad, universal y equitativo.

Este equipo multidisciplinario a través de un mecanismo capacitante asegura que el sistema de referencia y respuesta y el sistema de información están implementados, funcionando de manera óptima, oportuna y con datos confiables.

El equipo de monitoreo y evaluación en conjunto con la RISS gestiona las alternativas de solución a los nudos críticos teniendo el equilibrio de no reemplazar al equipo de gestión de la RISS ni limitar su desarrollo.

En la dinámica del monitoreo se detectarán las prioridades de estudios e investigaciones a realizar al interior de las RISS, que permitan conocer la causalidad o las determinantes que limitan la salud y el acceso universal en el territorio y la población de responsabilidad.

Los estudios e investigaciones realizadas nacional e internacionalmente que presentan evidencias de intervenciones costo-efectivas para preservar o recuperar la salud formaran parte del análisis y la toma de decisiones.

Utilizando la metodología de evaluación de cumplimiento y cobertura establecidos por los programas de salud en el curso de vida para la atención preventiva se programaran las actividades de monitoreo y evaluación. Esta actividad permitirá además definir la logística de personal, insumos, materiales, entre otros, corregir las desviaciones en caso necesario en la asignación de los recursos que se requieren para llevarla a cabo con éxito

Todos los años el plan operativo de salud y el cumplimiento de la programación de cobertura establecido por los programas de salud para la atención preventiva se evaluará en forma plenaria y participativa y tanto el plan como su evaluación, serán divulgados en la página web de las RISS regionales y otros medios de comunicación.

El plan operativo anual y la programación local y su respectiva evaluación serán con criterio obligatorio y clave para la asignación de recursos en el presupuesto de la Red Integrada de Servicios de Salud, y una de las actividades obligatorias del acuerdo de gestión entre esta y sus servicios y entre la RISS y el nivel central.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

E- SISTEMA DE REFERENCIA Y RESPUESTA DENTRO DE LOS SERVICIOS DE LA RED INTEGRADA

Este sistema de referencia y respuesta está compuesto por el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que garantizan el acceso universal, el cuidado continuo y oportuno y la capacidad de dar respuesta a las necesidades de salud del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente entre los diferentes servicios que ofrece la red integrada y otras instancias proveedores de servicios de salud.

La **Referencia** es el procedimiento administrativo que consulta a otro servicio, para asegurar la continuidad de la atención. La **Respuesta** es el procedimiento, mediante el cual se retorna lo

El sistema de Referencia y Respuesta forma parte de la estrategia de ejecución, análisis, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud y el modelo de atención.

resuelto en los servicios de salud de la puerta de entrada y/o en el servicio que le corresponda darle la continuidad al cuidado. El modelo establece que ante los eventos urgentes, los usuarios, dependiendo de la complejidad de los mismos, tendrán la opción de solucionarlo en una instalación de la puerta de entrada o en un hospital de referencia regional según sea el caso específico de la RISS regional o en un hospital de referencia nacional.

El equipo gestor provincial o regional a través de la instancia técnica correspondiente guiará y acompañará la coordinación y articulación operativa entre la RISS con los hospitales nacionales, encargándose de dar seguimiento y monitorear el cumplimiento de la Normativa y Procedimientos establecida en el Sistema de Referencia y Respuesta dentro de los servicios de salud.

VI- FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA RED INTEGRADA

El modelo para su implementación y sostenibilidad priorizará y optimizará el gasto público incluyendo las asignadas al MINSA y a la Caja de Seguro Social;

- Disminuir progresivamente hasta eliminar el copago.
- Por ello el equipo de atención del modelo identificará población con derecho o potencial de acogerse a la CSS y promoverá su afiliación y protección social para claramente disminuir la brecha de protección social en salud y mejorar la eficiencia global del sistema.
- Las necesidades de financiamiento para la implementación del modelo deberán ser cubiertas por el presupuesto regular del sistema público de salud, utilizando la planificación y programación local y regional anual.
- Para su implementación se requieren recursos adicionales, por ello al primer año de implementación se formulará un plan quinquenal nacional de inversión en infraestructura y equipamiento y personal de salud que se requiere para los servicios de la puerta de

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

entrada y los hospitales por región de salud, se definirá la dotación necesaria para su formación y capacitación.

- Todos los proyectos de salud en ejecución asociados con la entrega de servicios, la protección social, el acceso a la atención, extensión de cobertura o calidad de la atención, programas especiales (HIV; entre otros) serán integrados al modelo de atención
- La asignación de la financiación propuesta para el primer nivel de atención es la Per-Cápita, asociadas a variables de acceso geográfico, socioeconómicas y epidemiológicas. Por un lado y por otro lado otros mecanismos de pago que promuevan los objetivos del modelo de atención.

FINANCIAMIENTO PÚBLICO Y PRIVADO

El modelo establece la necesidad de implementar estrategias innovadoras de búsqueda de financiamiento, fortaleciendo los impuestos de salud de manera que se puedan robustecer los presupuestos para la financiación del modelo de atención.

Las RISS podrán articular acciones de salud y realizar alianzas con las empresas, alianzas estratégicas con el sector privado No Gubernamental que reciba subsidios de estado.

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS PARA EL FINANCIAMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN

POLITICA 8. MODULAR Y VIGILAR LOS RECURSOS FINANCIEROS SECTORIALES EN SALUD HACIA LA EQUIDAD

OE 8.1. Fortalecer al Ministerio de Salud en el ejercicio de Autoridad Sanitaria Nacional para la modulación financiera sectorial

L.A. 8.1.2. Análisis y evaluación de la distribución del gasto e inversión total, según patrones de utilización de los servicios en salud

L.A. 8.1.3. Desarrollo e Institucionalización de las cuentas nacionales con un enfoque de contabilidad de costos, según las necesidades y condiciones de salud, así como de los niveles de financiamiento

L.A. 8.1.5. Coordinación para la formulación y ejecución presupuestaria a nivel sectorial nacional

L.A. 8.1.6. Coordinación y movilización de los recursos financieros del sector salud e involucrados

L.A. 8.1.7. Desarrollo de mecanismos de asignación equitativa de fondos y desconcentración de recursos, de acuerdo a las prioridades de salud pública y a la capacidad resolutoria de las instalaciones de salud en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

L.A. 8.1.8. Aumento y mejoramiento del financiamiento, con equidad y eficiencia, avanzando hacia la eliminación del pago directo por la población en el momento de la prestación de los servicios de salud

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

FINANCIAMIENTO INTERNACIONAL

POLITICA 8. MODULAR Y VIGILAR LOS RECURSOS FINANCIEROS SECTORIALES EN SALUD HACIA LA EQUIDAD

OE 8.3. Contar con recursos complementarios nacionales e internacionales para el financiamiento de acciones prioritarias de salud pública orientadas al logro de la equidad

L.A. 8.3.3. Desarrollo de iniciativas coordinadas y consensuadas para incorporar recursos complementarios nacionales e internacionales al financiamiento sectorial

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

VII- BIBLIOGRAFÍA

Campos Navarro, Roberto. s/f. La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud. México : s/f.

Colombia, República de. s/f. Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. *Protocolo de Referencia y Contrareferencia, Anexo 20. s/f.*

Comité Técnico Interinstitucional -Proyecto Red Métrica de Salud. 2007: Diseño y Plan Estratégico del Sistema de Información de Salud, Panamá, septiembre 2007.

CSS.

—2011: Memoria 2010

—2009.*Plan Estratégico Institucional 2009 - 2014.* 2009.

CSS, MINSA -. 2010. Normas y Procedimientos del Sistema Único de Referencia y Contrareferencia SURCO. 2010.

Davis, Enriqueta.

—2009b.*Kunas y Emberá Waunaan en la Ciudad de Panamá. Entre la invisibilidad y la incorporación de la interculturalidad en la atención a su salud y a su calidad de vida. Consultoría realizada para la OPS/OMS.* Panamá : 2009b.

—2009a.*Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Estado actual del Pueblo Ngöbe Buglé. Consultoría realizada para la OPS/OMS.* Panamá : 2009a.

EUROsocial. 2009: Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Análisis de la Integración de la Atención Primaria en salud en la Red de Servicios en Europa y América Latina, marzo 2009.

EUROsocial - MINSA. 2008.*Dossier Integración de la APS con otros niveles de atención.* Panamá : 2008.

EUROsocial. 2007.*Dossier Nacional sobre gobierno de Hospitales: marco y documentación clave. Documento de Trabajo.* Panamá : 2007.

Instituto Nacional de Salud Pública - México, 2009: Proyecto Integración y Desarrollo Mesoamérica, Grupo de Sistemas de Información en Salud, Monitoreo y Evaluación (SISMEI) Subgrupo de Sistemas de Información en Salud: Diagnóstico del Sistema de Información en Salud de la Región Mesoamérica, 30 de octubre de 2009 en www.insp.mx/relacsis.

MINSA.

—2011: Memoria 2010.

Modelo de Atención de Salud de Panamá: Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental

—2010. *Provisión del PAISS + N y PSPV a través de Giras Institucionales. Reglamento Operativo Versión 3.0.* Octubre 2010.

—2010: Desarrollo de Recursos Humanos en el marco de la integración centroamericana, Comisión Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, San Salvador, 27 al 29 de octubre de 2010, en www.nrw.paho.org

—2007. *Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención.* Panamá : s.n., 2007.

—2009. Informe de la Nación. 2009.

—Octubre, 2010. Provisión del PAISS + N Y PSPV a través de Organizaciones Extra Institucionales (OE), Reglamento Operativo, Versión 3.0. Octubre, 2010.

MINSA-BIRF. 2009. *Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud, Manual Operativo, Anexo 1.* 2009.

OPS - MINSA. 2010. Documento Guía Sistema de Información de Salud, Panamá, noviembre 2010.

OPS/OMS. 2008. *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS.* Washington : 2008.

—2007. *Perfil de los sistemas de salud. Panamá. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Tercera Edición.* 2007.

—2002. Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y República Dominicana, 2da edición, julio 2002.

—1995. *Revisión y Desarrollo de los Modelos de Atención en Salud.* 1995.

Panamá, República de. 2009. *Gaceta Oficial Digital No. 26333 -A.* 2009.

—2010. *Gaceta Oficial Digital No. 26445 - A.* 2010.

—2010. *Gaceta Oficial Digital No. 26684. Resolución de Gabinete No 215 Que aprueba el Plan Estratégico Nacional para el Desarrollo de la Ciencia, Tecnología e Innovación (PENCYT) 2010 - 2014.* 2010.

República de Panamá, Ministerio de Salud. 2009. *Perfil del Programa. Construcción de 32 Centros de Atención Primaria en Salud Innovador MINSA - CAPSi, Dr. Ricardo Martinelli Pardini.* 2009.

SENACYT. 2010. Ficha Técnica del Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud (SIS) de Panamá. 2010.

ANEXO II

Ministerio de Salud

**La Red Pública de Servicios de Salud,
Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y
Grados de Complejidad**



**Departamento de Desarrollo de Modelos de Gestión
Departamento de Organización y Desarrollo para la
Provisión de los Servicios de Salud**

2003



Ministerio de Salud
Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Departamento de
Organización y Desarrollo para la Provisión
de los Servicios de Salud

y
Desarrollo de Modelos de Gestión

La Red Pública de Servicios de Salud,
Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y
Grados de Complejidad



Septiembre 2003

**La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003**

**Publicación Financiada
por la Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS)**

362.1

G935 La red de servicios públicos de salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad / Enéida J. Guerra, Ilka E. Tejada de Urriola. - Panamá, Ministerio de Salud, 2003

680p.; 27cm

ISBN 9962-621-16-X

I. SALUD PÚBLICA- PANAMÁ I. Título

por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003

Dr. Fernando Gracia
Ministro de Salud

Dr. Alexis Pinzón
Vice Ministro de Salud

Dr. Eric Ulloa
Director Nacional
De Provisión de Servicios de Salud

Dra. Walkiria Willson
Sub Directora Nacional
De Provisión de Servicios de Salud

Elaboración del Documento

Lic. Enélida J. Guerra
Jefa del Departamento de Organización y
Desarrollo para la Provisión de los Servicios de Salud

Dra. Ilka Tejada de Urriola
Jefa del Departamento de Desarrollo de Modelos de Gestión

Con la colaboración de:

Dra. Itzel Smith
Jefa del Departamento de Políticas Poblacionales

Dr. Abdiel Velarde
Dra. Gloriela de Gordón.
Consejo Nacional de Hospitales

Dr. Enrique Mayo
Dr. Harys Marcussi
Dr. Miguel Cedeño
Departamento de Organización y Desarrollo

Dra. Luz Mery Lasso
Dra. Fania de Roach
Departamento de Desarrollo de Modelos de Gestión

Dra. Beatriz Vergara
Dra. Arsenia Cabrera
Dr. Cirilo Lawson
Caja de Seguro Social

Dra. Marlene Agudo
Jefa del Departamento de Provisión de Servicios de la
Región de Salud de San Miguelito

Dra. Marta de Gardellini
Jefa del Departamento de Provisión de Servicios de la
Región Metropolitana de Salud

Dra. Mayra Návalos
Jefa del Departamento de Provisión de Servicios de la
Región de Salud de Colón

Lic. Marta de Guerra
Dra. Marta de Wilson
Dr. Jorge Martínez
Hospital Integrado San Miguel Arcángel

Dr. Luis Coronado
Consultor Internacional

CONTENIDO

Presentación	8
Introducción	9
I. Objetivos Generales	10
II. Objetivos Específicos.....	10
III. Antecedentes	10
IV. Marco Regulatorio	12
V. Marco Conceptual	12
A. Organización de la Red Pública de Servicios de Salud	12
B. Red Pública de Servicios de Salud	13
1. Definición	13
2. Principio de organización.....	13
3. Misión de la Gestión de la Red Pública de Servicios de Salud	13
C. Regionalización de la Gestión de los Servicios de Salud	13
D. Sectorización	14
1. Fundamentos para la Sectorización.....	15
2. Metodología de la Sectorización.....	15
a. Objetivo general	15
b. Objetivo específicos	15
c. Metodología operativa	15
d. Evaluación y monitoreo.....	16
E. Niveles de Atención.....	17
1. Primer Nivel de Atención.....	18
2. Segundo Nivel de Atención.....	18
3. Tercer Nivel de Atención	19
F Grados de Complejidad de las instalaciones.....	19
1. Puesto de Salud	20
2. Subcentros de Salud	20
3. Centro de Promoción de la Salud	21
4. Centros de Salud Básicos	21

5.Centros de Atención Promoción y Prevención de Salud (CAPPS)	22
6. Policlínicas Básicas/ Centros de Salud con Especialidades/ Centros de Salud con Camas.....	22
6.1 Policlínicas Básicas.....	22
6. 2 Centros de Salud con Especialidades	23
6.3 Centros de Salud con Camas	23
7. Policlínicas Especializadas.....	23
8. Policentros de Salud.....	24
9. Hospitales de Área	24
10. Hospitales Sectoriales	25
11. Hospitales de Crónicos.....	25
12. Hospitales Regionales	25
13. Hospitales Nacionales de Referencia Generales y Especializados	26
14. Hospitales Supra Regionales	26
15. Institutos Especializados	28
16. Centros Nacionales Especializados en Salud	28
G. Sistema de Referencia y Contrarreferencia	30
1. Objetivos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia:	31
a. General.....	31
b. Específicos.....	31
2. Monitoreo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	31
3. Metodología para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia ...	31
a. Mecanismos de Coordinación.....	32
b. Protocolos de Referencia.....	32
c. Sistema de Coordinación de la Atención y Gestión.....	34
VI. Glosario	35
VII. Bibliografía	38
VIII. Anexos	40
Anexo 1	41
Anexo 2	42

Presentación

La conducción y gestión de la red de los servicios de salud, busca articular las instalaciones con un máximo de eficacia a un costo razonable y su finalidad debe ser alcanzar niveles de equidad y calidad en la provisión de los servicios de salud, así como la solidaridad y universalidad en el acceso y la cobertura de la población y del ambiente.

Por consiguiente, la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud, a través de sus Departamentos de Organización y Desarrollo y Desarrollo de Modelos de Gestión, presenta el documento La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición por Niveles de Atención y Grados de Complejidad; con el propósito de servir de guía a los equipos de salud para la reorganización de sus respectivas regiones de salud.

Los contenidos de este documento son el resultado de una amplia revisión bibliográfica y recopilación de la documentación internacional y de los lineamientos nacionales relacionados con el tema y han sido concertados con profesionales de las diversas disciplinas de la salud del nivel nacional y de algunas regiones de salud.

Consta este documento, entre otros puntos, con los antecedentes que originaron la necesidad de reorganizar los servicios de salud y un marco legal y conceptual.

El esfuerzo realizado en promover estos conceptos y estas definiciones, tiene el propósito de exhortar a los tomadores de decisiones en las políticas de salud a compartir una visión común y establecer relaciones de trabajo para el logro y cumplimiento de las metas y objetivos sectoriales.

Esperamos que el documento sea de utilidad y la adaptación de su contenido sea factible para cada caso particular, facilitando los procesos de reorganización de los servicios de los niveles regionales y de las instalaciones locales de salud.

**Lic. Enélida Guerra
Dra. Ilka Tejada de Urriola**

Introducción

El Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de entidades públicas y privadas regidas por el Ministerio de Salud, que realizan actividades vinculadas con la salud de la población y del ambiente e involucra al sistema Público de Salud, la Seguridad Social, las Entidades Privadas con o sin fines de lucro y otras afines.

Para atender los requerimientos de salud de la población y del ambiente, en forma equitativa, eficaz, eficiente y con calidad, los servicios de salud deben organizarse y funcionar como un sistema a escala nacional, en una red articulada de servicios por niveles de atención.

La organización de los servicios de salud, debe hacerse de tal manera, que pueda resolver desde los más simples hasta los más complejos problemas de salud. El modelo debe partir del énfasis en el primer nivel de atención, sustentado en la evidencia de que la mayoría de los problemas de salud de la gente pueden ser resueltos en forma simple con tecnología sencilla, sin recargar la atención más compleja.

La organización de la red de servicios de salud, debe tomar en cuenta la infraestructura disponible y su capacidad resolutive en un área geográfica, acordes a las necesidades poblacionales y ambientales, manteniendo y reforzando la unidad normativa y técnica que esta bajo la dirección del Ministerio de Salud.

De lo expuesto anteriormente, se deduce que la mejora en la calidad, (eficiencia, eficacia y equidad) en la provisión de los servicios de salud, pasa por la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta de la red de servicios mediante la reorganización de ésta por niveles de atención y grados de complejidad crecientes.

I. Objetivos Generales

- Fortalecer la reorganización de los servicios de salud para mejorar su capacidad de respuesta.
- Establecer el marco de referencia para la reorganización de la red pública de servicios de salud en Panamá.

II. Objetivos Específicos

- Definir los niveles de atención y grados de complejidad de la red de los servicios públicos de salud.
- Elaborar conceptos de readecuación organizacional y funcional de los servicios públicos de salud.
- Definir un sistema de referencia y contrarreferencia funcional y capaz, mediante el cual se facilite la atención de las necesidades de salud de la población y el ambiente según niveles de atención y grados de complejidad.

III. Antecedentes

La reforma del sector salud, es el proceso más debatido en salud pública en la actualidad, ya que los cambios propuestos y en curso son los más trascendentales que el sector salud ha enfrentado en su historia reciente. Esta transformación acelerada, centrada en los modelos de gestión y financiamiento que afectan la organización y provisión de los servicios de salud, se encuentra en curso en la mayoría de los países de América Latina.

El reorganizar los servicios de salud se hace cada día más inminente, debido a la necesidad de brindar una atención de salud acorde a las necesidades crecientes de la población.

Las instalaciones de salud y sus servicios se encuentran ampliamente distribuidas en la geografía nacional, prueba de ello es el incremento registrado desde los años sesenta, cuando existían 179 instalaciones de salud y actualmente se cuenta con 762; esta situación se traduce en una garantía potencial de accesibilidad geográfica para la población panameña.

El Ministerio de Salud, consciente de su misión de propiciar mejores condiciones de bienestar y calidad de vida para todos y cada uno de los panameños, enfatiza la promoción, estilos de vida y condiciones de salud, como la vía principal para disminuir las iniquidades y mejorar el acceso de la población a los servicios de atención primaria, priorizando sus esfuerzos en los grupos marginados.

Por ello en diciembre del año 2000, se inauguraron y habilitaron cuatro Centros de Promoción de la Salud, lo que amplía la red de servicios del primer nivel de atención,

como forma de prestar una nueva oferta de servicios de salud a la población, para el desarrollo de procesos de organización comunitaria de la salud, atención a grupos de riesgo y rehabilitación psicosocial, con la participación activa y responsable de la comunidad y la sociedad civil.

La Caja de Seguro Social, también, incluye nuevas instalaciones a la red de servicios de salud, como lo son: los Centros de Atención, Promoción y Prevención de Salud (CAPPS), que completan la red de seguridad social en el primer nivel de atención y se ha programado la apertura de los hospitales supraregionales en el tercer nivel de atención.

Ambas instituciones de salud, han realizado esfuerzos que han llevado a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud. No obstante, se han detectado problemas en la organización de la red de servicios, entre los cuales podemos mencionar, la falta de una clara definición de la capacidad resolutive.

En este sentido, el Estudio de Reforma de la Provisión de Servicios de Atención a la Salud en la República de Panamá, realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el año 1996, indica entre otros resultados, que en la oferta de servicios, no se diferencian claramente los niveles de atención; así el nivel hospitalario proporciona servicios propios del primer nivel de atención, incluso en hospitales del nivel nacional. El problema radica en la poca respuesta del primer y segundo nivel que sobrecargan al tercer nivel.

La falta de un plan de desarrollo de la red de servicios de atención y de normas que establezcan las formas de organización, acreditación, así como la capacidad resolutive; han traído como consecuencia problemas de la calidad de los servicios, en el acceso, en los costos de los mismos, y escaso desarrollo de los sistemas de referencia y contrarreferencia a lo largo de los años.

La inadecuada planificación desarrollada en el ámbito central con algún nivel de participación regional y con una visión vertical, es otro problema que ha influido en el desarrollo de la planificación de los servicios de salud, de manera integrada y global.

Ha dificultado igualmente, la descentralización de los procesos a regiones, distritos o corregimientos; ha interferido en el desarrollo de la coordinación por parte de los equipos y la comunidad; también ha afectado el mejoramiento de la equidad y eficiencia a través de la falta de optimización de los recursos y la elección de intervenciones sin base a costo efectividad.

Agregado a esta situación, nos encontramos con diferentes clasificaciones de los grados de complejidad de las instalaciones de salud y confusión entre grados de complejidad y niveles de atención.

Esto nos motivó a unificar criterios con todos los entes involucrados, de tal manera que se cuente con un sistema de información acorde a los criterios técnicos de clasificación establecidos, cumpliendo con los Lineamientos para la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud, presentados por la Comisión Interinstitucional de Coordinación Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

Todo esto evidencia la necesidad de reorganizar los servicios de salud en una red nacional que permita articular las instalaciones con un máximo de eficacia y eficiencia.

IV. Marco Regulatorio

El Gobierno Nacional impulsa a través del Ministerio de Salud, las Políticas y Estrategias 2000 – 2004, que es el marco de referencia para la reorganización de los servicios de salud, ya que la Política #9 expresa la necesidad de modernizar la red pública de servicios de salud para mejorar su capacidad de respuesta, mediante la reorganización de la red de servicios según niveles de atención y complejidad, articulados por un sistema de referencia y contrarreferencia.

Asimismo en los Lineamientos para la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud, que se presenta como una propuesta conjunta del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, se esquematizan claramente, los puntos sobre los cuales deberá basarse la organización de los servicios de salud.

V. Marco Conceptual

A. Organización de la Red Pública de Servicios de Salud

La organización se refiere a la estructura de una empresa que resulta de la división y agrupación del trabajo en funciones, subfunciones y tareas, según relaciones de autoridad, jerarquía coordinación y comunicación entre los factores activos y en conexión con los factores pasivos, para el cumplimiento de la misión.

La organización de la red pública de servicios de salud, debe tomar en cuenta, el perfil demográfico y epidemiológico, además de la infraestructura disponible y su capacidad resolutive en un área geográfica para facilitar la provisión de servicios en forma íntegra, eficiente y de calidad acordes a las necesidades de la población y el ambiente.

En los sistemas de salud se pueden reconocer diferentes niveles jerárquicos para la toma de decisiones correspondientes. Se consideran tres (3) niveles fundamentales:

- **Central:** es la cúpula de una organización; donde se ubica el máximo poder de decisión y responsabilidad. En el sector público se ubica el Ministro de Salud y su gabinete, los directores de instituciones autónomas y los grupos de asesores, supervisores y técnicos de alto nivel jerárquico. En este nivel se formulan y evalúan las políticas y estrategias, presupuestos, reglamentos, normas y otras disposiciones que regulan los servicios de salud.
- **Regional:** se da cuando se reconoce la necesidad de un nivel intermedio. Está justificado por la magnitud de la organización del sistema y por consideraciones de orden político – administrativo, territorialidad y características ecológicas – sociales. En este nivel se adoptan, evalúan y supervisan el desarrollo de las políticas y estrategias, planes, reglamentos y normas en el contexto regional; además de la administración de los recursos humanos, físicos y financieros asignados.

- **Local:** constituido por las instalaciones proveedoras directas de servicios al espacio-población de responsabilidad, independiente de su complejidad. En este nivel se programa, ejecuta y monitorean las acciones de los servicios de salud que operativiza el nivel local; además de la administración de los recursos humanos, físicos y financieros asignados a este nivel

B. Red Pública de Servicios de Salud

Para la provisión de los servicios, las regiones de salud cuentan con una red de instalaciones organizadas según niveles de atención y diferentes grados de complejidad con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios de las instalaciones de salud.

1. Definición

La red pública de servicios de salud es el conjunto de instalaciones de salud que se organizan para facilitar la provisión de servicios según niveles de atención y grados de complejidad creciente, de acuerdo a un modelo de atención definido y que se relacionan entre sí, mediante un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

2. Principio de organización

Las instalaciones de salud se organizan por niveles de atención sobre la base de criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive. La conducción y gestión de la red pública de los servicios de salud busca articular las instalaciones con un máximo de eficacia y un costo razonable.

3. Misión de la Gestión de la Red Pública de Servicios de Salud

Proveer servicios de salud poblacionales y ambientales, facilitando el acceso a los servicios públicos de salud mediante la continuidad de la atención de una instalación de salud de menor a otra de mayor capacidad resolutive o entre servicios, bajo un modelo de atención integral orientado al individuo, la familia y la comunidad que satisfagan las necesidades y demandas de salud, con eficiencia, eficacia, equidad y calidad.

C. Regionalización de la Gestión de los Servicios de Salud

Es la organización o agrupación de los servicios de salud en áreas geográficas de acuerdo a criterios demográficos, epidemiológicos, culturales, sociales económicos, entre otros, que es necesaria para alcanzar la descentralización, por medio de la cual se articulan horizontal y verticalmente los diferentes servicios de salud conformando una red que facilite la atención integral a la población y el ambiente, con eficiencia, eficacia, calidad y equidad.

El proceso de regionalización está determinado por la oferta y por la demanda. Debe permitir la coordinación de los esfuerzos de las instituciones de salud públicas y privadas para gestionar la capacidad de desarrollo; por lo que otras instituciones (organizaciones no gubernamentales - ONGs, fundaciones, cooperativas de salud, asociaciones cívicas, entre otros) deben estar integradas a la organización de la red de los servicios de salud.

D. Sectorización

La sectorización es la división de la población en grupos, en un espacio geográfico a la que se asignan una oferta sostenida de atención en una instalación de salud, de acuerdo al lugar de residencia o trabajo y otros criterios, con el propósito de conseguir la máxima operatividad y eficacia en la provisión de los servicios de salud.

La sectorización tiene como objetivos:

- Racionalizar la utilización de los recursos de salud
- Facilitar la gestión de los servicios de salud
- Facilitar el proceso de atención programada
- Sistematizar el proceso de toma de decisiones
- Canalizar la demanda

A la hora de establecer la sectorización se deben considerar algunas situaciones que la población puede demandar, tal es el caso de la libertad de selección del profesional que ofrece el servicio; las limitaciones de recurso humano para integrar los equipos de salud de los sectores; los riesgos que afectan cada uno de estos sectores, toda vez que ello implica la priorización para la asignación y focalización de los recursos.

Con el fin de lograr la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios, en el primer nivel; los distritos y corregimientos se dividirán en sectores y esta delimitación se realiza tomando en cuenta factores como: la distancia máxima de la población más alejada de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido, el grado de concentración o dispersión de la población, las características socioepidemiológicas de la zona, las instalaciones y recursos sanitarios existentes.

Los sectores son el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan su actividad las instalaciones de salud, por medio de un equipo básico de salud. En la sectorización, los corregimientos para las Regiones de Salud de San Miguelito y Metropolitana y el distrito para el resto de las regiones de salud, son las estructuras fundamentales del sistema de salud local en la actualidad.

Para la sectorización se deben realizar los siguientes pasos básicos:

- Elaborar un inventario de los recursos
- Definir los sectores en conjunto con el nivel regional, local y la comunidad.
- Conformar los equipos técnicos básicos.
- Asignar el o los sectores de responsabilidad a cada equipo.
- Incorporar a la comunidad en la divulgación del proceso de sectorización mediante la capacitación y el compromiso.
- Identificar mediante colores los sectores en el mapa del corregimiento y dar a conocer el mismo.
- Identificar las ventanillas de atención y los expedientes clínicos con los respectivos colores, según los sectores.
- Firmar un convenio o contrato para garantizar la estabilidad del proceso
- Realizar la evaluación y monitoreo de los procesos.

1. Fundamentos para la Sectorización

Los distritos se dividen en corregimientos y éstos, serán divididos en sectores, los cuales serán las unidades técnicas-administrativas y geográficas-poblacionales mínimas que estarán formadas, en los corregimientos, por un promedio de diez zonas de supervisión censal, de acuerdo a los mapas de la Contraloría General de la República.

Una zona de supervisión censal contiene de diez a quince segmentos censales; un segmento censal contiene de diez a quince viviendas y cada vivienda contiene un promedio de 4.4 habitantes, según el censo de 2000.

Esta sectorización tiene como objeto responsable a un equipo básico de salud y la comunidad, de un espacio geográfico poblacional más factible de manejar y así, brindar las acciones de salud de manera más eficaz y eficiente. Las unidades programáticas y estadísticas para producir y manejar información de población y ambiente serán los sectores, por medio de indicadores definidos.

2. Metodología de la Sectorización

a. Objetivo general

Implementar la división del distrito o sectorización del corregimiento sobre la base de un Modelo de Atención de Salud.

b. Objetivo específicos

1. Definir los conceptos básicos de la sectorización.
2. Establecer la metodología del proceso de sectorización.
3. Monitorcar y evaluar el proceso de sectorización.

c. Metodología operativa

Con base a las zonas censales utilizadas por la Contraloría General de la República, se conforman los sectores que serán responsabilidad de los diferentes equipos técnicos de salud. Para la operativización de éstos, en el Nivel Local se sugieren los siguientes pasos:

1. Ubicar un mapa del corregimiento donde se marquen las distintas zonas de supervisión censal para definir los diferentes sectores, según las zonas asignadas.
2. Conformación de los equipos técnicos básicos de los sectores y la designación del o los sectores de responsabilidad de cada equipo.
3. Luego cada equipo de sector debe hacer un reconocimiento en el campo del área y establecer los puntos de referencia prácticos para la definición territorial de cada sector, para lo cual se recomienda la utilización de los puntos de referencia más conocidos según el área como son: iglesias, abarroterías, escuelas, etc.
4. Realizar una reunión general de todos los equipos o su representante para establecer de manera concreta y clara los diferentes límites de los sectores y áreas de responsabilidad.
5. Confeccionar una guía de los puntos de referencia donde indiquen los límites y áreas de responsabilidad específicos de cada sector.

6. Colocar anuncios en el área de espera, de que todos los pacientes van a ser atendidos independientemente de su residencia.
7. Colocar en la instalación de salud mapas con la sectorización del corregimiento, con el color asignado, tanto al público como al personal de salud, para que sirva como una guía en la ubicación de los sectores.
8. Las ventanillas de atención a los usuarios serán abiertas sin identificación de programas ni sectores.
9. Luego de elaborar la historia clínica, la misma será enviada a los consultorios de atención. Su elaboración incluye la verificación de la dirección y los formularios necesarios para la atención. A medida que avance el proceso y según la capacidad local se podrá iniciar la sectorización del paciente.
10. En la fase inicial del proceso de sectorización, la historia clínica del paciente será enviada al funcionario (médico o enfermera) del sector que corresponda según el funcionario de registro médico asignado a este sector independiente de su procedencia; posteriormente cuando se avance en el proceso, la asignación de los pacientes se hará al sector correspondiente.
11. Para facilitar la iniciación del proceso de sectorización, se formarán comisiones a nivel del centro de salud con participación de todos los funcionarios, cuya función será realizar la sectorización de los expedientes. Todos los expedientes serán devueltos al departamento de registro, con tiempo suficiente, para que sea archivado el mismo día de la atención.
12. Para la identificación de las historias clínicas se utilizarán los siguientes colores según sectores como un tipo de modelo, los cuales se ubicarán junto a la codificación:

Sector 1:	Rojo	Sector 6:	Morado
Sector 2:	Verde	Sector 7:	Naranja
Sector 3:	Azul	Sector 8:	Chocolate
Sector 4:	Rosado	Sector 9:	Negro
Sector 5:	Celeste	Sector 10:	Amarillo
13. En la hoja de registro diario de consulta, en el aspecto de residencia, se pondrá el corregimiento y el sector. Será responsable del llenado, el usuario de este formulario.

d. Evaluación y monitoreo

El monitoreo y evaluación son procesos analíticos para producir información referente al cumplimiento y a las consecuencias de los procedimientos que se realizan para instrumentar una norma establecida. Deben ser procesos rutinarios y continuos que permitan al gerente, el ajuste necesario de las actividades en ejecución. Para que sea eficaz, se requiere la colaboración activa y conjunta de todos los funcionarios, desde los gerentes hasta los ejecutores de las actividades, que a su vez son los protagonistas principales del perfeccionamiento del proceso.

Se propone monitorear semanalmente el proceso de sectorización con los siguientes indicadores:

1. Número de historias clínicas sectorizadas a la semana x100
Total de historias clínicas manejadas en la semana
2. Número de historias clínicas sectorizadas desde el inicio del proceso x 100

Total de historias clínicas existentes en la institución.

En este proceso se debe utilizar el formulario de control de historias clínicas existentes en el nivel local. Para evaluar la calidad de la sectorización, a inicios del proceso se realizará quincenalmente en cada instalación de salud, una auditoría conjunta entre el nivel local y regional donde se verificará el porcentaje de expedientes sectorizados, de una muestra al azar de expedientes y el porcentaje de expedientes correctos e incorrectamente sectorizados en la muestra evaluada.

Se recomienda un proceso similar a realizar semanalmente, por el nivel local, para un monitoreo más oportuno. Además del monitoreo semanal, se debe realizar bimestralmente una encuesta cualitativa con una muestra aleatoria de los usuarios de las instalaciones de salud de salud, sobre su percepción de las ventajas y desventajas de la sectorización durante el primer año de la puesta en práctica del modelo.

En la sectorización, se debe elaborar un flujograma de atención al paciente, el cual será evaluado periódicamente.

E. Niveles de Atención

Se definen los niveles de atención, como la forma ordenada y estratificada de agrupar las instalaciones de salud basadas en procedimientos de atención para satisfacer las necesidades de las personas que demandan los servicios de salud. Es la clasificación de las acciones en niveles de atención relativos y crecientes de acuerdo a la complejidad relativa.

Los niveles de atención correlacionan dos aspectos:

- las necesidades de salud y
- los recursos necesarios para satisfacer estas necesidades.

La idea principal en esta definición es, que las necesidades se pueden ordenar en una escala, con un gran número de ellas, fáciles de resolver con tecnología simple y un pequeño número de necesidades que requieren tecnologías de alta complejidad. Los recursos en salud también presentan una escala, en la que predominan los de menor complejidad y primer nivel de atención, con un reducido número de recursos complejos de alto costo (hospitales de especialidades).

Los elementos que caracterizan los niveles de atención están dados por:

La misión institucional que debe fijar las políticas con relación al nivel de atención.

El perfil epidemiológico y desarrollo de las actividades.

El nivel tecnológico de recursos humanos, equipamiento y de infraestructura.

Esta definición de clasificación presenta como eje principal al recurso humano, por ser éste el motor del sistema de salud. Luego el diseño de la infraestructura adecuada; la dotación, cantidad y calidad de equipos y los suministros para hacerlos operativos y finalmente, se determinan las actividades que se deban fijar de acuerdo a los recursos obtenidos.

Las actividades de promoción, prevención, comunicación y educación para la salud, se realizan en todos los niveles de atención.

La provisión de los servicios de salud, se organiza y clasifica, en tres niveles de atención:

1. Primer Nivel de Atención

Es el nivel de organización en que se desarrollan actividades dirigidas a mejorar y elevar el nivel de salud de la población por medio de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y que da respuesta a las necesidades básicas y más frecuentes en salud, situaciones de alta frecuencia cuya resolución es posible con recursos sencillos, generalmente poco costosos y tecnología simple. Corresponde a aquellos servicios, procedimientos y tipo de personal que se considera deben estar accesibles en forma inmediata y permanente a la población.

En el primer nivel también se realizan algunas y permanentes tareas básicas orientadas a la rehabilitación. Se enfatiza en la participación activa de la comunidad y en la atención al ambiente, donde se realizan acciones de tipo promocional y preventivo, así como de vigilancia, control y rehabilitación de problemas de tipo ambiental.

Está integrado básicamente por la red pública y privada de servicios de salud y por la red social. La cartera de servicios se ofrece en el ámbito individual, familiar, comunitario, laboral y ambiental; generalmente ambulatoria y con casos de hospitalizaciones de corta estancia para patologías agudas de alta frecuencia y fácil manejo. Se enmarca en atención integral a la población y el ambiente, procurando con ello, la solución de problemas biológicos, psicológicos y sociales que afectan al individuo, la familia y la comunidad.

Las instalaciones de salud que se ubican en este nivel son: puestos, subcentros y centros de salud, centros de promoción de la salud y centros de atención, promoción y prevención de salud.

2. Segundo Nivel de Atención

Es el nivel de organización que desarrolla un conjunto de actividades dirigidas a la reparación del daño, con tecnología de mediana complejidad. Corresponde a la atención especializada de la medicina con el apoyo de tecnologías de diagnóstico y tratamiento de igual complejidad.

Es el primer nivel de referencia para las instalaciones del primer nivel de atención de su área de responsabilidad. En este nivel se atienden y resuelven las demandas asistenciales más complejas que exigen recursos, procedimientos y tecnología en general un poco más elaboradas con tendencia a requerir internación en instalaciones hospitalarias.

Se caracteriza porque enfatiza aspectos de prevención secundaria y se refiere a problemas de salud que no pueden ser atendidos y resueltos en el primer nivel de atención. Conjuga la atención hospitalaria con la consulta externa de pre y post hospitalización y la atención

ambulatoria especializada y subespecializada que no se brinda en el primer nivel de atención.

Posee las cinco especialidades básicas, servicio de urgencia, imagenología, laboratorio y especialidades de alta demanda según perfil epidemiológico. En aspectos de protección, vigilancia y prevención de riesgos relacionados a la salud ambiental que no pueden ser resueltos o sobrepasan la capacidad resolutoria del primer nivel de atención; los programas y servicios son ejecutados por un equipo regional de salud ambiental.

Las instalaciones que se ubican en este nivel son: los hospitales de área, sectoriales y regionales, generales o especializados, policlínicas especializadas y los policentros. En este nivel laboran principalmente profesionales de la salud de las cinco especialidades médicas básicas y las especialidades de alta demanda y según perfil epidemiológico.

3. Tercer Nivel de Atención

Es el nivel de organización que desarrolla actividades de atención médica muy especializada para resolver problemas de salud que requieren alto grado de instrumentación. Se ocupa de problemas de salud poco frecuentes, complicados y de mayor gravedad, por lo que el tratamiento y limitación del daño son la base de su funcionamiento. Las actividades de rehabilitación física y especializada forman parte del conjunto de acciones que desarrollan.

Sirve a grupos de poblaciones muy grandes con un ámbito interregional, regional o nacional, constituye centro de concentración y referencia en el ámbito nacional. Los pacientes por lo general son referidos del segundo nivel de atención.

En este nivel se ubican los hospitales nacionales, institutos especializados, centros nacionales especializados y los futuros hospitales supraregionales. Cumple funciones de diagnóstico y tratamiento con personal altamente especializado que a su vez es escaso. El personal de salud que labora en este nivel incluye especialistas para la atención de problemas patológicos complejos que necesitan equipos con alta tecnología apropiada e instalaciones especiales.

F. Grados de Complejidad de las instalaciones

La complejidad se refiere al grado de diferenciación de las tareas, número y tipo de recursos que comprenden las actividades de una instalación de salud y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas y está condicionado por el nivel de atención.

El nivel operativo con sus diferentes niveles de atención está articulado por una red de instalaciones en las Regiones de Salud. Las instalaciones tienen diferentes capacidades de resolución de acuerdo con la tecnología de atención que utilizan, constituyéndose en distintos grados de complejidad.

La distinción es necesaria en las instalaciones de salud, para diferenciar los grados de complejidad de los niveles de atención; de tal manera que no son sinónimos. El grado de

complejidad en la instalación se determinará de acuerdo a la medida más alta de atención que brinde, lo que no excluye la atención de niveles menos complejos.

El grado de complejidad se puede determinar, según los siguientes criterios:

- Grado de diferenciación de todos los servicios que se oferten en cada instalación de salud.
- Grado de desarrollo y especialización tanto del recurso humano, como de la tecnología y del equipamiento de la instalación.

La definición de las instalaciones de salud por grados de complejidad en la organización de los servicios de salud permite:

- Diferenciar y comparar las instalaciones
- Indicar la vía más conveniente para la referencia y contrareferencia de pacientes dentro de un sistema escalonado de atención progresiva.

En el sistema público de salud de Panamá, se cuenta en la actualidad, para el primer nivel de atención, con los siguientes grados de complejidad en sus instalaciones de salud.

1. Puesto de Salud

Es la instalación del Ministerio de Salud del primer nivel de atención, más sencilla desde el punto de vista arquitectónico, equipos e instrumental, por lo tanto el menor grado de complejidad y capacidad resolutoria y los servicios de salud son provistos por el ayudante o asistente de salud, generalmente originario del área, que recibe entrenamiento para proveer servicios de promoción de la salud y prevención a la comunidad.

En el Puesto de Salud se desarrollan actividades de atención integral de salud de baja complejidad, dirigidas principalmente a la promoción de la salud, prevención, y primeros auxilios, con la participación activa de la comunidad y de todos los actores sociales, constituyéndose en el referente de su ámbito de responsabilidad.

En la organización de la red de servicios, el puesto de salud está bajo la dependencia de un centro de salud. Se encuentran ubicados generalmente en áreas rurales de difícil acceso y son atendidos periódicamente por equipos básicos de salud del centro de salud responsable, o por equipos de salud itinerantes.

En el Puesto de Salud se inicia la participación comunitaria, lo que debe permitir planificar, programar y ejecutar las actividades de promoción, prevención y control de su espacio geográfico poblacional de responsabilidad.

2. Subcentros de Salud

Es la instalación del Ministerio de Salud, del primer nivel de atención de complejidad creciente, cuyo personal realiza actividades similares a las del puesto de salud, como lo son promoción de la salud y prevención, y primeros auxilios brindados por un auxiliar de enfermería o enfermera permanente.

Estas instalaciones están ubicadas en áreas de difícil acceso, a las mismas acuden periódicamente los equipos básicos de salud del centro de salud del cual dependen o equipos de salud itinerantes para brindar atención de enfermería y atención médica programada a la población, y el mismo apoya y supervisa el desarrollo de los programas del sub centro de salud. Esta situación incrementa la capacidad resolutive y el nivel de complejidad de este tipo de instalaciones.

3. Centro de Promoción de la Salud

Son instalaciones del Ministerio de Salud del primer nivel de atención, que dadas sus funciones de educación, fomento de la salud, así como algunos servicios dirigidos a la prevención específica pueden ser incluidos en el tercer grado de complejidad.

Los centros de promoción de la salud, son instalaciones de la comunidad, en las que se facilitan los procesos de organización comunitaria y la participación social, mediante la educación y la comunicación para la salud; en las que los funcionarios de salud buscan promover la participación activa y responsable de cada uno de los miembros de la comunidad y la adopción de estilos de vida saludables.

Dependen jerárquicamente de un centro de salud y coordinan con las comunidades organizadas los programas dirigidos a satisfacer las necesidades de salud de la población y del ambiente. Además, deben establecer mecanismos de coordinación con las otras instituciones públicas y privadas a fin de garantizar el mejoramiento de los servicios de salud.

Las actividades básicas que se prestan en los centros de promoción están dirigidas a promover la salud por medio de la educación y orientación nutricional, cuidados del embarazo, del puerperio, de niños, vacunación, orientación en los programas de saneamiento básico y agua potable y apoyo a la lucha contra enfermedades endémicas o epidémicas, así como la atención de contingencias.

Para lograr estilos de vida saludables entre los miembros de la comunidad, el centro de promoción de la salud, lleva a cabo diversos programas dirigidos a la atención integral del niño (a), del adolescente y del adulto mayor.

El centro de promoción debe contar un personal capacitado en educación para la salud.

4. Centros de Salud Básicos

Es la instalación del Ministerio de Salud del primer nivel de atención, caracterizado por la presencia de un equipo de salud permanente (médico, odontólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, farmacia y saneamiento ambiental) y una mayor capacidad resolutive que le permite actuar como centro de referencia para los puestos y subcentros de salud.

Se realizan actividades de promoción de la salud y prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud que se resuelven con tecnología atendida por un médico general. Se encuentran ubicados tanto en áreas urbanas como rurales.

5. Centros de Atención Promoción y Prevención de Salud (CAPPS)

Es la instalación de la Caja de Seguro Social del primer nivel de atención, que desarrolla acciones fundamentalmente encaminadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y a la resolución de problemas de salud de baja complejidad a través de una atención oportuna.

Se sitúan estratégicamente en áreas geográficas poblacionales prioritarias para la atención por médico general y/o familiar, basado en un sistema de adscripción de la demanda, deben establecerse lo más cercano posible a las policlínicas básicas que le sirven como referencia.

Podrán situarse además en centros de concentración de empresas y de alta densidad de trabajadores y/o de riesgo laborales de alto potencial epidémico, en aseguramiento de la práctica de las acciones de prevención primaria y secundaria para estos grupos laborales sujetos a riesgos.

Los equipos básicos de salud y los médicos generales y/o familiares, constituyen el recurso nuclear para la atención en estas instalaciones de salud. Las visitas comunitarias y domiciliarias las realizarán diariamente los equipos básicos de salud, a través del uso optimizado y racionalizado de los recursos requeridos. Las actividades extra e intramurales deberán ser el producto del proceso de planificación y programación de la instalación.

Las actividades extramurales serán de carácter promocional y preventivo además de la atención a pacientes encamados y de seguimiento para la atención de pacientes de patologías crónicas, así como las inspecciones de seguridad y salud en el trabajo a las empresas ubicadas en el sector correspondiente.

La cartera de servicios básica es de medicina general y atenciones de urgencias menores; de enfermería (vacunaciones, inyecciones, curaciones, inhaloterapia); controles de salud; visitas domiciliarias y comunitarias; vigilancia e inspecciones de las empresas aseguradas del sector; farmacia básica; odontología en CAPPS con tres o más equipos básicos, laboratorio básico o flebotomista.

6. Policlínicas Básicas/ Centros de Salud con Especialidades/ Centros de Salud con Camas

En este grado de complejidad y por sus características se incluyen 3 tipos de instalaciones de salud

6.1 Policlínicas Básicas

Es la instalación de la Caja de Seguro Social del primer nivel de atención, que representa el centro primario de referencias para las patologías que superan la oferta de los CAPPS, por lo que su ubicación deberá permitir la articulación operativa de un número plural de estos centros con esta unidad, basados en criterios de accesibilidad geográfica, económica, cultural y funcional.

La cartera de servicios está dada básicamente por actividades de medicina general y actividades promocionales y preventivas, y cinco especialidades básicas, atención de urgencia, de enfermería, farmacia, laboratorio, rayos x, consultas técnicas profesionales, odontología, salud ocupacional, servicio de gerontología. Se puede considerar la inclusión de subespecialidades por alta demanda y de acuerdo al perfil epidemiológico de la población de responsabilidad.

6.2 Centros de Salud con Especialidades

Es la instalación del Ministerio de Salud del primer nivel de atención, que vincula a equipos multidisciplinarios de profesionales de atención primaria, que desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención y atención, al igual que de apoyo técnico, diagnóstico y/o terapéutico, para la contención de urgencia al primer nivel y para el desarrollo de programas de salud.

Los centros de salud con especialidades constituyen el escenario adecuado de encuentro entre los profesionales de la atención primaria entre sí, y con los de la atención especializada de mayor nivel de complejidad.

Se caracteriza por la presencia de un equipo de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, farmacia y saneamiento ambiental) y una mayor capacidad resolutive que le permite actuar como centro de referencia para los centros de salud básicos. La cartera de servicios incluye medicina general, odontología, enfermería, consultas en las especialidades de medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría y otras según perfil epidemiológico. Además de los servicios de apoyo tales como farmacia, laboratorio, radiografías, se prestan servicios de urgencia.

6.3 Centros de Salud con Camas

Es la instalación del Ministerio de Salud del primer nivel de atención, caracterizado por la presencia de un equipo de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, farmacia, saneamiento ambiental, y especialidades médicas según perfil epidemiológico) y una mayor capacidad resolutive; dotado con camas, que le permite actuar como centro de referencia para los centros de salud básicos.

Sus actividades de promoción de la salud y prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud simples se resuelven con tecnología no compleja. Prestan también los servicios de enfermería, servicios de medicina general y odontología, farmacia y de saneamiento básico ambiental; además de los servicios de parto normal y atención al recién nacido.

Para el segundo nivel de atención, se incluyen en grado creciente de complejidad las siguientes instalaciones de salud:

7. Policlínicas Especializadas

Es la instalación de la Caja de Seguro Social del segundo nivel de atención, que por las acciones que desarrollan se convierten en el centro de referencia de las policlínicas básicas y centro de salud de la red de servicios.

La cartera de servicios está dada por: medicina general; especialidades básicas; subespecialidades, medicina del trabajo o salud ocupacional, servicios de urgencias; laboratorio; farmacia; radiología médica, servicios de rehabilitación; consulta técnicas; odontología; general y especializada, hospitalización de corta estancia; atención de partos y cirugía ambulatoria.

La rehabilitación en estas unidades ejecutoras, deberá estar instrumentada para el tratamiento de rehabilitación del usuario en todas sus facetas en procura de su reinserción social y/o laboral.

8. Policentros de Salud

Es la instalación del Ministerio de Salud del segundo nivel de atención, es un centro ambulatorio que sirve de referencia a todos los centros de salud de menor complejidad de la red de servicios de salud.

Con acciones encauzadas a las soluciones de problemas médicos sanitarios que exigen intervenciones en las esferas preventivas y promocionales; así como de recuperación y rehabilitación de la salud.

Brinda atención enfatizando en el diagnóstico oportuno, la terapia eficaz y eficiente y la rehabilitación precoz, la investigación clínica y biopsicosocial.

La oferta de recurso humano está formada por médicos, odontólogos generales y especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, laboratoristas, trabajadores sociales, educadores para la salud y otros técnicos.

La cartera de servicios está dada por urgencia, atención de medicina general y especializada en medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría y otras especialidades, odontología general y especializada, fisioterapia, y se practica cirugía ambulatoria, servicio completo de laboratorio, imagenología, EKG, farmacia y otros necesarios según el perfil epidemiológico.

9. Hospitales de Área

Es la instalación del Ministerio de Salud, del segundo nivel de atención, de ascenso en la atención creciente de complejidad; completa la capacidad resolutive instalaciones de menor complejidad, realizan servicios ambulatorios y de hospitalización, proporcionando internación y atención que se resuelve con tecnología menor.

La provisión de la atención de los servicios de salud, es prestada por profesionales generales de la salud: médicos generales, enfermeras, auxiliares de enfermería servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, atención de urgencia durante 24 horas del día y se establecen en áreas rurales y alejadas de las cabeceras de las provincias.

10. Hospitales Sectoriales

Es la instalación de la Caja de Seguro Social del segundo nivel de atención, que dentro de la red de hospitales de la Caja de Seguro Social son los de menor complejidad, se realizan servicios ambulatorios.

Constituyen los centros de referencia para las policlínicas especializadas y los centros de promoción y prevención en salud. Se sitúan generalmente en áreas rurales, alejadas de las cabeceras de provincias.

La cartera de servicios está dada por medicina general, especialidades básicas, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, atención de urgencias, servicios de odontología general y especializada, cirugías.

11. Hospitales de Crónicos

Es la instalación del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, del segundo nivel de atención, que se dedica a la atención de pacientes que por causa de su edad o de la naturaleza de sus males requieren de un tratamiento continuo a largo plazo antes de alcanzar a restaurar, al menos, parcialmente su salud si es que tal recuperación ocurre.

Los servicios que se brindan deben contribuir al establecimiento de un diagnóstico correcto como al tratamiento en su conjunto. El tratamiento de los casos de enfermos de estancia prolongada debe llevarse a cabo por un equipo que incluye un grupo médico y de enfermería, además de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

La tendencia a nivel mundial es, que en el futuro este tipo de hospitales se convertirán en un área dentro un hospital de segundo nivel.

12. Hospitales Regionales

Es la instalación del segundo nivel de atención, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social, que se constituyen en centros de referencia final de la demanda de la atención en las regiones de salud.

La oferta de recursos humanos está dada por médicos especialistas y subespecialistas según el perfil epidemiológico; enfermeras, auxiliares de enfermería, laboratoristas, farmacéuticos y otros técnicos.

Ofrece servicios de atención ambulatoria y de hospitalización en las áreas de medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría y cirugía; y pueden agregar otras especialidades y subespecialidades médico quirúrgicas.

La vía de referencia de pacientes para estos hospitales es proveniente de las instalaciones del primer y segundo nivel de atención de la red de servicios.

La instrumentación de los hospitales regionales deberá fundamentarse para la atención, considerando la demanda real y potencial de la población de la región y los recursos que

le confieren una alta capacidad resolutive para evitar la referencia a los hospitales de mayor complejidad de la red.

Para el tercer nivel de atención, se incluyen en grado creciente de complejidad las siguientes instalaciones de salud:

13. Hospitales Nacionales de Referencia Generales y Especializados

Es la instalación del Ministerio de Salud, del tercer nivel de atención, que le corresponde la atención ambulatoria pre y post hospitalaria de alta complejidad y de especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas. Constituyen instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad.

La oferta de recursos humanos incluye médicos especialistas y subespecialistas, enfermeras generales y especialistas, auxiliares de enfermería, laboratoristas, farmacéuticos, trabajadores sociales, nutricionistas, técnicos de electrocardiograma, técnicos de radiología médica y otros técnicos especializados.

La cartera de servicios está dada por la atención médica especializada y subespecialidades médico quirúrgicas, enfermería, unidad coronaria, cuidados intensivos, servicios de urgencias de alta resolución, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento altamente especializados. Son de alta tecnología y utilizados como sedes para educación universitaria en Salud, tanto en pregrado como en postgrado, en su campo específico de acción.

14. Hospitales Supra Regionales

Es la instalación de la Caja de Seguro Social del tercer nivel de atención, que se constituyen en establecimientos de salud de mayor capacidad instalada y de resolución de la red de servicios de salud. Por su ámbito de actuación interregional, se constituyen en los centros de referencia final de pacientes cuyos problemas de salud superen la capacidad resolutive de los hospitales regionales.

El nuevo modelo de atención de la Caja de Seguro Social se plantea la construcción y/o adecuación de hospitales en otras áreas geográficas del país; para ofertar una mayor capacidad resolutive lo más próximo posible a la del Complejo Hospitalario Metropolitano. El propósito de estas instalaciones es la reducción de tiempo, costos y riesgos resultantes de la movilización de pacientes graves a grandes distancias, lo cual deberá coadyuvar a mejorar la oportunidad de la atención y la preservación de la vida de los asegurados

Para lograr el desarrollo de estos hospitales supraregionales se propone se articule la atención de la demanda referida del siguiente conjunto de regiones:

- **Región de Chiriquí:** para la atención de la referencia emanada de los hospitales de Bocas del Toro y de Chiriquí.
- **Provincias Centrales:** para la atención de referencia de los hospitales regionales de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas.

- **Región Metropolitana:** para la atención de las referencias de los hospitales Regionales de Panamá, Colón, Darién y Kuna Yala.

La cartera de servicios estaría dada por las subespecialidades quirúrgicas, unidad coronaria, cuidados intensivos, trasplante de órganos y tejidos, servicios de urgencias de alta resolución, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento altamente especializado.

15. Institutos Especializados

Es la instalación del Ministerio de Salud del tercer nivel de atención, que le corresponde la atención ambulatoria pre y post hospitalaria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades.

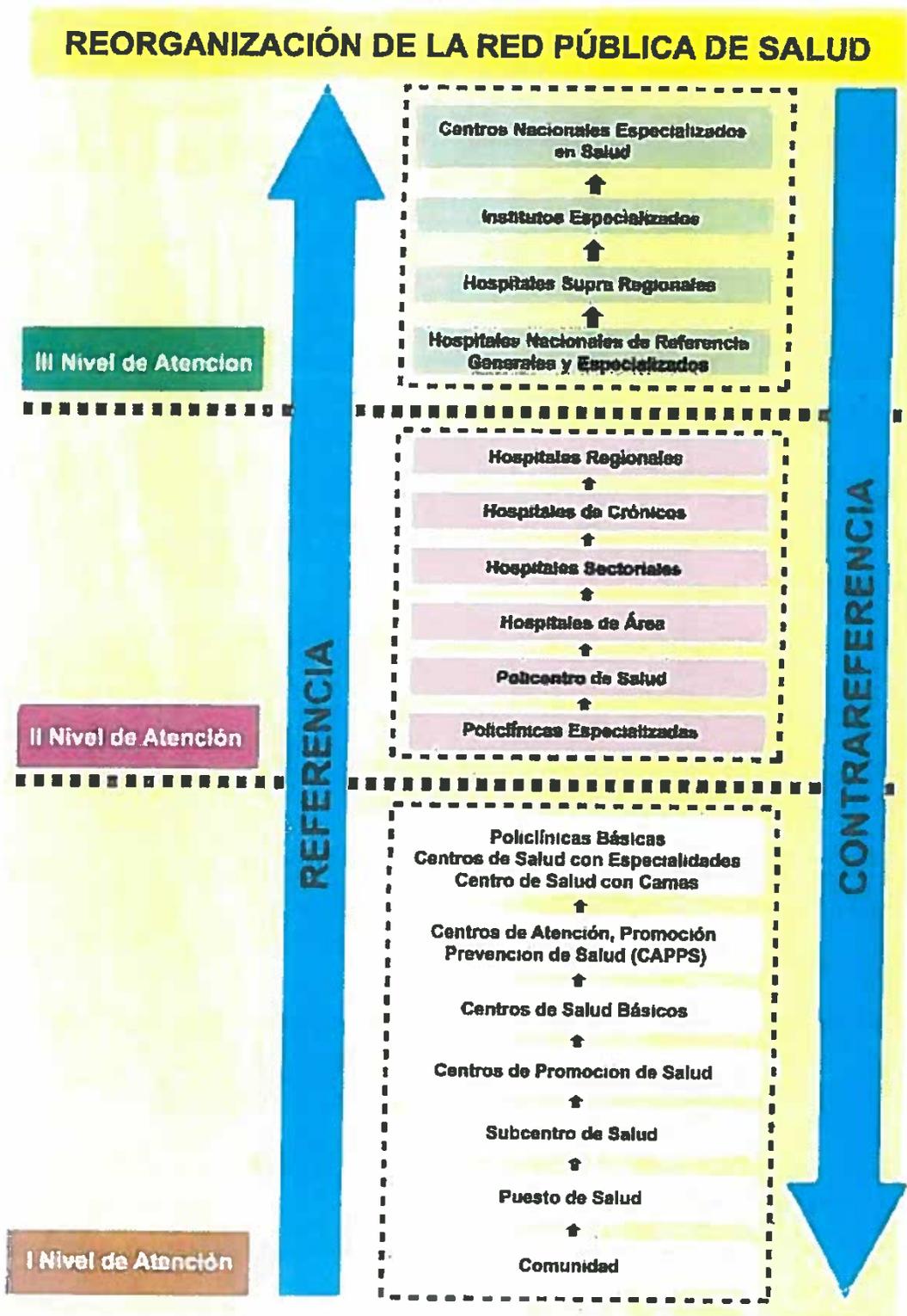
Constituyen instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad. Están dirigidos a ofrecer la más alta tecnología de servicios para satisfacer las necesidades de un sistema orgánico, para investigaciones científicas y/o atención de patologías específicas como el cáncer y rehabilitación.

16. Centros Nacionales Especializados en Salud

Es la instalación de la Caja de Seguro Social del tercer nivel de atención, que le corresponde la atención ambulatoria pre y post hospitalaria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades. Constituyen instalaciones de referencia para la atención de todos los niveles de complejidad; están dirigidos a ofrecer la más alta tecnología.

En estas unidades serán previstas las atenciones de los asegurados por patologías específicas que requieran de alta tecnología. Estos problemas de salud constituyen los de menor frecuencia en el proceso de atención en los servicios de salud, lo cual implica que estas unidades deberán situarse en áreas geográficas de alta densidad poblacional para justificar su estructuración y costos de funcionamiento.

La cartera estaría dada por transplante de órganos y tejidos, centros toxicológicos, "tratamiento del cáncer", politraumatismos, quemaduras de gran extensión corporal y atención de enfermedades secuelizantes.



G. Sistema de Referencia y Contrarreferencia

El sistema de referencia y contrarreferencia es el mecanismo de interrelación que existe entre los servicios de las instalaciones de salud de un mismo o diferentes niveles de atención o grados de complejidad. Utiliza un instrumento o formulario oficial de transferencia de pacientes entre las diferentes instalaciones de la red de atención que tiene como finalidad dar soluciones a aquellos problemas de salud que demanden un manejo de diferente complejidad para su diagnóstico y/o tratamiento.

Es una herramienta básica para la provisión de los servicios de salud, contribuyendo a mejorar su organización y en consecuencia, permite brindar una atención de salud con oportunidad, equidad, calidad y eficiencia mediante la coordinación de un conjunto de acciones, que siguiendo una secuencia coherente, orgánica y funcional aseguren finalmente un adecuado procedimiento de la provisión de servicios de salud al paciente, en el desplazamiento de éste o de elementos diagnósticos a través de una instalación de salud de menor a otra de mayor capacidad resolutive.

La referencia se refiere por lo general, a la transferencia de un paciente de instalaciones de menor complejidad hacia otras de mayor complejidad, sin embargo, en ocasiones menos frecuentes esto puede darse a la inversa. La contrarreferencia en cambio, es la transferencia de los pacientes mediante la cual se retorna a la instalación o servicio de la primera atención.

Así mismo, el instrumento de gestión que utiliza el sistema de referencia y contrarreferencia, permite la evaluación de la provisión de salud en la red de servicios. Este sistema adecuadamente organizado y utilizado contribuye en la eficiencia de la red de servicios, ya que permite el uso eficiente de los recursos humanos y materiales, participando de esta manera en el proceso de reducción de costos, al resolver las patologías en los niveles correspondientes con recursos ubicados estratégicamente para lograr mayor eficiencia en el rendimiento de los mismos.

En el sistema de referencia y contrarreferencia es importante, la capacidad resolutive de las instalaciones de la red de servicios para satisfacer las demandas de la población y la oportunidad con que esta se realiza. Se deben implementar o institucionalizar como acuerdos de gestión o herramienta obligatoria del sistema de salud para evaluar la calidad de la atención

Operacionalmente el sistema de referencia y contrarreferencia, debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- El área de influencia de cada instalación de salud
- Perfil epidemiológico de la población de responsabilidad
- Protocolos de atención
- Cartera de Servicios de las instalaciones de salud
- Normas técnico administrativas
- Los mecanismos de transferencia de pacientes
- La capacidad resolutive de las instalaciones de salud, según niveles de atención y grados de complejidad
- Los procesos de comunicación y coordinación entre los equipos de salud.

- Educación continua

Para que el sistema de referencia y contrarreferencia funcione adecuadamente exige como elementos importantes de soporte y de desarrollo, la implantación oportuna y adecuada de los sistemas de información, de comunicación y de transporte, así como su difusión a través de un sistema de capacitación. Cada instalación debe tener claramente definido que puede y debe hacer en materia de salud: ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Cuándo?, debe aplicar la referencia de los pacientes cuando su capacidad resolutive se encuentra rebasada.

Se considera que una condición esencial para la optimización de un buen sistema de referencia y contrarreferencia, es la calificación y competencia del recurso humano, asignación de equipamiento así como la combinación adecuada y eficiente de los recursos materiales e insumos asignados a dichas instalaciones. Esta combinación eficiente de servicios establece precisamente los grados de complejidad de las instalaciones.

1 .Objetivos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia:

a. General

- Establecer un sistema coherente, articulado y funcional en la red de instalaciones de salud, según la capacidad resolutive, para la provisión de los servicios con oportunidad, equidad, calidad y eficiencia.

b. Específicos

- Garantizar la continuidad de los servicios de salud, mediante un modelo de atención integral.
- Brindar la provisión de los servicios de salud basados en la capacidad de resolución de las instalaciones correspondientes.

2 .Monitoreo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia

El monitoreo se realizará a través de un conjunto de indicadores, que permitirán evaluar los resultados desde diversos criterios:

- Gestión
- Calidad
- Impacto

Por consiguiente, permitirán identificar y corroborar el perfil epidemiológico de la población atendida y la referida.

3. Metodología para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia

El sistema público de salud cuenta con una red de instalaciones de primer, segundo y tercer nivel de atención, no obstante, esta debe ajustarse al principio de utilización racional de los recursos institucionales de manera eficiente y eficaz, entendiéndose por

esto, la no duplicación de los servicios y en consecuencia la contención de sus costos de atención.

Los casos de urgencia tendrán acceso expedito a la atención, sin necesidad de referencia. Siempre que sea posible debe haber comunicación entre el sistema prehospitalario y/o la instalación de salud que refiere al paciente con la instalación de salud que recibirá al mismo.

Los mecanismos de coordinación conllevan la comunicación entre los funcionarios para que la atención de los usuarios se brinde en forma integral y continua, oportuna, eficiente, eficaz, así como la comunicación de tipo técnico – administrativa.

a. Mecanismos de Coordinación

La situación actual del sector salud amerita la reorganización de los servicios de salud y la racionalización de la demanda, por lo que es necesario establecer niveles de servicios organizados desde el nivel I hasta el nivel III. El paciente entra al sistema según sus necesidades de salud y es referido de acuerdo a la severidad de la patología al nivel de atención correspondiente, de acuerdo a protocolos de atención establecidos.

b. Protocolos de Referencia

Las instalaciones de salud deberán organizarse para ofrecer un servicio óptimo que sirva de contención al uso inadecuado de los servicios de salud y de las referencias innecesarias.

Cuando la referencia se da entre médicos de la misma instalación, es interna, ya sea entre un médico general y un especialista o entre dos médicos especialistas. Si la referencia del paciente se da hacia médicos, por lo general a especialistas, a instalaciones de mayor nivel de complejidad, es una referencia externa, que puede originarse de médicos generales a especialistas o de un especialista a otro.

• Normas

El equipo de salud deberá disponer de protocolos y normas técnicas administrativas para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Todo paciente que sea evaluado por su médico tratante y éste considere que amerita una consulta especializada, debe ser referido a la especialidad con el formulario que para esta finalidad tiene la institución. Se solicitará evaluación tomando en consideración los protocolos de atención por patologías de los diferentes servicios.

En el formulario debe llenarse en forma clara y legible la siguiente información, correspondiente a la fase de referencia:

1. Nombre de la instalación que refiere al paciente.
2. Nombre de la instalación y servicio receptor.
3. Fecha y hora de la referencia.
4. Nombre y apellido del Paciente.
5. Numero de cédula y número de seguro social.
6. Número telefónico del domicilio del paciente.

7. Sexo y edad.
8. Dirección del domicilio, distrito, corregimiento y sector o zona sanitaria, lo que corresponda
9. Clasificación de la atención
10. Motivo de referencia
11. Historia del paciente y examen físico
12. Resultados de exámenes/diagnóstico (Copia de resultados de estudios de laboratorios y de gabinete realizados de acuerdo a los protocolos de atención).
13. Diagnósticos y tratamiento.
14. Datos del profesional (sello y firma) que refiere.

El médico especialista fungirá como consultor de los casos que les sean referidos de la consulta externa de medicina general o de otra especialidad y de la consulta de urgencia. Se le solicitará evaluación especializada en los siguientes casos:

- Pacientes con dudas diagnósticas y terapéuticas apremiantes, después que el médico tratante haya realizado los estudios pertinentes que requiere cada caso.
- Pacientes con padecimientos de difícil manejo médico.
- Pacientes complicados que ameriten evaluación y tratamiento de la especialidad correspondiente.
- Pacientes que ameriten estudios y/o tratamientos especializados.

Al médico especialista se le referirán aquellos casos en que el nivel o la capacidad de resolución no exista o sea insuficiente.

El médico antes de proceder con la referencia debe asegurarse de anexar a la misma, copia de los resultados de rayos x, laboratorio, EKG y otros estudios pertinentes según protocolo de atención.

Para cada referencia se utilizará como guía los protocolos de atención.

Una vez que el paciente sea evaluado u hospitalizado por parte del especialista, y se concluya con su atención, este deberá enviar la contrarreferencia (en letra clara y legible), al médico que elevó la consulta y consignará lo siguiente:

1. Instalación que responde e instalación receptora
2. Fecha y hora del envío de la contrarreferencia.
3. Respuesta a la referencia
4. Diagnóstico
5. Manejo y tratamiento
6. Recomendaciones / Plan terapéutico
7. Requiere reevaluación especializada
8. Datos del profesional que contrarrefiere (registro, sello y firma)

El especialista consultor dará cita de control en los siguientes casos:

- Pacientes de difícil manejo y / o complicados de la especialidad.
- Pacientes que no han concluido los procedimientos y exámenes de la especialidad.

Pacientes que requieran un seguimiento y continuidad en el tratamiento especializado, que no puede ser efectuado por el médico que ha generado la referencia.

Una vez evaluado el paciente por el especialista, establecido el diagnóstico e instaurada la terapia, al paciente se le llenará el formulario con la contrarreferencia, para que el médico referente continúe con el seguimiento. En caso de requerir otras citas de control con el especialista, éste igualmente deberá enviar al paciente con el formulario de contrarreferencia a su médico tratante.

Cada vez que se origina una nueva referencia debe llenarse un nuevo formulario.

c. Sistema de Coordinación de la Atención y Gestión

La evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia se realizará mediante el monitoreo de la atención de salud y los expedientes clínicos por el jefe del servicio.

El sistema nos permite evaluar el diagnóstico del perfil epidemiológico de los casos referidos, planificar el recurso humano especializado y el sistema de información de la estructura, procesos y resultados de las referencias.

El gerente del servicio, evaluará el sistema de referencia y contrarreferencia mediante el monitoreo de la atención de salud y los expedientes clínicos.

Además de la comunicación entre el personal que se encarga de la atención de los pacientes, deben existir mecanismos que permitan la coordinación y comunicación de la gestión, con el propósito que la atención que se brinde a los usuarios cumpla con indicadores de eficiencia, eficacia y calidad. Entre algunos mecanismos se sugieren:

- Auditorias médicas periódicas efectuadas por comisiones evaluadoras que revisen los expedientes clínicos de los pacientes
- Reuniones de evaluación trimestral entre el jefe y los funcionarios del equipo para analizar indicadores y estándares de salud, para revisar el sistema de referencia y el comportamiento de la demanda.

VI. Glosario

Accesibilidad a los servicios de salud: Posibilidad que tiene la población de recibir una atención en las instalaciones de la red de servicios de salud. La accesibilidad se determina por factores socio-económicos, geográficos, medios de comunicación, entre otros.

Acciones: Son un grupo de actividades programadas con resultados esperados para alcanzar uno o varios objetivos a corto y/o mediano plazo.

Actividad: Conjunto de tareas propias del cargo, programa o entidad.

Atención Integral de Salud: Modalidad de provisión de servicios de salud en que coexisten en el pensamiento, la provisión y la práctica, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación en su caso.

Capacidad resolutive: Es la facultad que tiene una instalación de salud en responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención de salud, determinado por su grado de complejidad.

Cartera de servicios: Se refiere a la relación pormenorizada de la clase / tipo y cantidad de servicios sanitarios que pueden ser prestados a la población y al ambiente por parte de una instalación de salud.

Continuidad de la atención: Es la seguridad que ofrece la red de instalaciones de salud de brindar atención integral al paciente en todos los procesos involucrados.

Contra referencia: Es el procedimiento, mediante el cual se retorna el paciente a los servicios de salud de origen que asegure la continuidad de la atención.

Demanda: Cantidades de un bien o servicio que un consumidor puede y está dispuesto a adquirir. En salud es la expresión de las preferencias de los individuos en forma de su disposición a pagar a cambio de recibir servicios de salud y satisfacer así su utilidad individual, mediante el sistema de mercado.

Equipo Básico de Salud: Equipo compuesto por capital humano que tiene la responsabilidad de establecer actividades de promoción, prevención, rehabilitación a los pacientes que vivan en el sector de su responsabilidad, para mejorar el nivel de calidad de la atención.

Instalación de salud: Estructura física donde se brindan servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación de salud de la población y el ambiente.

Instalación emisora: Es la instalación de salud de origen o que refiere; donde se inicia la atención y determina la referencia del paciente.

Instalación receptora: Es aquella instalación de salud con mayor capacidad resolutive, que recibe al paciente remitido por la instalación de salud que refiere, para su tratamiento o examen solicitado.

Médico tratante (emisor): Es el que refiere el paciente hacia otro servicio, al médico consultor (receptor) u otro profesional de la salud.

Médico consultor (receptor): Es el médico a quien se refiere el paciente de parte del médico tratante (emisor).

Modelo de atención en salud: Organización compleja que establece la forma de organización de los niveles de atención y los sistemas de derivación dentro de la red asistencial; las modalidades de atención, (ambulatorias y hospitalarias), tipo de recurso humano. Determina el tipo de servicios que se entregarán por nivel y los recursos necesarios para ello; entidades proveedoras y las interrelaciones entre ellas y los usuarios, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y los mecanismos de funcionamiento, debe incluir además, el sistema tradicional comunitario donde existe.

Necesidad de atención en salud: Situaciones en las que un individuo padece una carencia de salud, para la cual existe un tratamiento efectivo y aceptable.

Participación comunitaria: Participación activa de las personas que viven juntas en algún tipo de comunidad, en el proceso de definición de problemas, la toma de decisiones y las actividades encaminadas a promover la salud y orientar o controlar los recursos sanitarios.

Primer nivel de atención: Es un nivel de organización, cuyas instalaciones tienen diferentes grados de complejidad, ofreciendo servicios de atención integral a la población y el medio ambiente, que en materia de salud trata de resolver los problemas bio-psico-sociales que afectan al individuo, la familia y la comunidad.

Priorizar: Proceso de jerarquización de problemas utilizando criterios preestablecidos.

Problemas: Estado de insatisfacción con posibilidades de ser resueltas.

Procedimiento: Secuencia y modo como se realizan un conjunto de operaciones, para el cumplimiento de funciones.

Red de servicios: Es el conjunto de instalaciones de salud que se organizan para la provisión de servicios, según niveles de atención y grados de complejidad creciente, de acuerdo a un modelo de atención definido y que se relacionan entre sí, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Referencia: Es el procedimiento administrativo y asistencial por el cual se remite a un paciente de un servicio de salud de menor complejidad a otra de mayor complejidad. (Referencia vertical o externa) al igual que se remite al paciente entre servicios de la misma instalaciones de salud (Referencia horizontal o interna), para asegurar la continuidad de la atención.

Segundo Nivel de Atención: Es el nivel de organización de atención intermedio que se caracteriza porque enfatiza aspectos de la prevención secundaria; es decir de tratamiento oportuno de problemas que no pueden ser atendidos y resueltos en el primer nivel de atención.

Servicios de Salud: Sistema organizado formalmente y compuesto de instituciones cuyo objetivo es hacer frente a las diversas necesidades y demandas de salud de la población.

Sistema de referencia y contra referencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, mediante las cuales se facilita la continuidad en la atención del paciente, transfiriéndolo entre los servicios o instalaciones de salud de un mismo o diferentes niveles de atención o grados de complejidad, con el retorno del paciente a la instalación de origen o instalación emisora.

Tercer nivel de atención: Es el nivel de organización que desarrolla actividades de atención médica muy especializada para resolver problemas de salud que requieren alto grado de instrumentación.

VII. Bibliografía

- **Administración Hospitalaria**, Gustavo Malagón Londoño, editorial Médica Panamericana, 1997.
- **Análisis Prospectivo de la Red de Servicios del Ministerio de Salud**, Minsa, 2000.
- **Anexo 2, Convenio entre la Caja de Seguro Social y el Patronato del Hospital del Niño para la prestación de servicios externos de pediatría a los beneficiarios menores de quince (15) años, vigencia fiscal 2003-2004**
- **Cartera de Servicios para las Instalaciones del Ministerio de Salud, según tipo de Intervención**, Departamento de Desarrollo de Modelos de Gestión, julio 2002.
- **El cuidado del anciano crónicamente enfermo**, Salud Pública de México, Volumen 38 (6): 525-532, Marjory W. Warren, M. R.C.S, 2003, Internet
- **Estudio de Reforma de la Provisión de Servicios de Atención a la Salud en la República de Panamá, primera etapa**, Consultores Internacionales BID, Jaime Puig Junoy; José Luis Segu, 21 de octubre de 1996.
- **Glosario de economía de la Salud**, Santiago Rubio Cebrian, 1995.
- **Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La Contribución del Médico de Familia**. Organización Panamericana de la Salud De la Conferencia conjunta OMS/WONCA, realizada en London, Ontario, Canadá, noviembre, 6-8, 1994.
- **Instalaciones del Primer Nivel de Atención**, MINSA, Dirección Nacional de Planificación de la Salud, Departamento de Formulación, Monitoreo y Evaluación de Programas y Proyectos y Planificación de Recursos Humanos.
- **La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe**, Organización Panamericana de la Salud, Asociación de Cooperación para el Desafío de los Servicios de Salud, 2001
- **Lineamientos para la Reorganización de la Red de Servicios de Salud**, Documento Interno No Oficial. Ministerio de Salud, septiembre 2001.
- **Lineamientos para la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud, Propuesta Conjunta Minsa/CSS**. Comisión Interinstitucional de Coordinación MINSA/CSS, febrero 2002.
- **Listado de Instalaciones del Salud de la República de Panamá**. Departamento de Análisis y Tendencia en Salud, Sección de Estadística.
- **Manual de Orientación Técnico Normativo para la Implantación del Nuevo Modelo Sanitario**, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud, Dirección del Sistema Público de Salud., Bolivia, 1997.
- **Manual de Procedimientos y funcionamiento del Centro de Promoción de la Salud**, Prof. Hernila Muñoz Ávila, Dirección de Promoción de la Salud, Proyecto MINSA/BID, 2001
- **Monitoreo y Evaluación Centro de Promoción de la Salud**, Dirección de Promoción de la Salud, Proyecto MINSA/BID-UCP 803-OC-PN, julio 2001.
- **Nuevos Modelos e Instrumentos de Gestión para la Provisión de Servicios de Salud Utilizados en Panamá**, Departamento de Desarrollo de Modelos de Gestión, julio 2002.

- **Nuevo modelo de atención sanitaria, Salud familiar, ambiental y comunitaria**, Aida Libia Moreno de Rivera; Marianela Landau Herrera, Imprenta de la Universidad de Panamá, 2000.
- **Organización, Gestión y Evaluación de los Servicios de Salud: más allá de la Reforma Prescrita**, Edgar Barillas, 2 al 6 de junio de 1997, México, IV Congreso Latinoamericana de Ciencias Sociales y Medicina.
Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004, Ministerio de Salud, 2000.
Programa de Rehabilitación de los servicios de salud MINSA/BID, Componente: Descentralización y Modernización Gerencial, CHC Consultoría Gestión S.A., 20 junio de 1997
- **Propuesta de un Modelo de Salud Familiar, Ambiental y Comunitario**, Región de Salud de San Miguelito, Minsa, octubre 1996.
- **Propuesta de Organización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y Comunicaciones**, Proyecto Salud y Nutrición Básica. Ministerio de Salud, Internet
- **Recursos necesarios con los que deben contar las diferentes instalaciones de Salud del Primer Nivel de Atención**, Ministerio de Salud, Dirección de Provisión de Servicios de Salud, septiembre 2001.
- **Reorganización de los Servicios de Salud**, Región Metropolitana de Salud, Minsa, julio 1997.
Resolución 5261 de 5 de agosto 1994, Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia, 1994.
- **Rubros o Categorías para las instalaciones**, Ministerio de Salud, Panamá, 1999.
- **Serie 3 Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud**, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Dras. Concha, Marisol; Aguilera, Ximena, Washington, D.C., marzo 1998.
- **Sistema de Costeo y Compensación de Costos**, Charla, Dirección de Administración y Finanzas, Lic. Rosa Berdiales, 8 de julio 2002.

**La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003**

VIII. Anexos

La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003

Anexo 2

Manual de Procedimiento del Surco



Manual de Procedimientos del

Sistema Único de Referencia y

Contra Referencia

(Surco)

MINSA-CSS

2003

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	47
II. GENERALIDADES.....	49
A. Propósito.....	50
B. Objetivos.....	50
1. Generales.....	50
2. Específicos.....	50
C. Alcance.....	50
D. Base Legal.....	50
E. Responsabilidad.....	50
III. CONCEPTOS Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	51
IV. ENFOQUE ESTRATÉGICO.....	54
V. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD ...	56
VI. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SURCO.....	58
A. Normas.....	59
B. Procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia	61
VII. SISTEMA DE CONTROL Y EVALUACIÓN DEL SURCO.....	63
A. Comisión conjunta MINSA – CSS.....	64
B. Registro de la Referencia y Contrarreferencia.....	64
C. Procesamiento y Análisis de la Información del SURCO.....	64
D. Toma de decisiones.....	65
E. Indicadores.....	66
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	68

Elaboración del Manual del SURCO

Lic. Enélida Guerra
Jefa del Departamento de Organización y Desarrollo MINSA
Dra. Ilka Tejada de Urriola
Jefa del Departamento de Desarrollo de Modelos de Gestión MINSA
Dra. Arsenia Cabrera
Sub dirección de Planificación de la CSS
Dra. Beatriz Vergara
Prestaciones Médicas de la CSS
Dr. Gaspar Da Costa
Coordinador Nacional de Salud Mental MINSA
Dra. Mayra Navalo
Jefa de Planificación de la Región de Salud de Colón
Dra. Marlene Agudo
Jefa de Provisión de Servicios de Salud de la Región de San Miguelito
Dra. Anayansi Correa
Planificadora Local CSS
Dra. Mitsila Caballero
Coordinadora del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Centro de Salud de
Torrijos Carter
Lic. Marta de Guerra
Subdirección de los Servicios Hospitalarios del HISMA
Dra. Marta de Wilson
Jefa de la Unidad de Análisis de Gestión Hospitalaria del HISMA
Dr. Jorge Martínez
Coordinador Ejecutivo de la Calidad del HISMA

**La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003**

I. INTRODUCCIÓN

I. Introducción

La reorganización del sistema de atención de la salud por niveles, implica establecer un mecanismo efectivo de integración que garantice la continuidad y el manejo integral del paciente, según sus necesidades con la oferta o capacidad instalada.

Uno de estos mecanismos, consiste en la referencia del paciente de un nivel de atención a otro, mediante un sistema estructurado organizado y funcional denominado en nuestro medio como “El Sistema de Referencia y Contrarreferencia”.

Una de las estrategias de la comisión nacional (MINSÁ-CSS) de la reorganización de la red de servicios de salud fue la de analizar y evaluar el proceso existente mediante las experiencias llevada a cabo en cuatro regiones de salud (Colón, Coclé, Veraguas, Panamá Este) y de la Región de Salud de San Miguelito (RSSM). En seminarios talleres realizados con las diferentes regiones de salud se llegó al consenso de que la experiencia llevada a cabo en la RSSM sería el modelo a seguir a nivel nacional posterior a las adecuaciones pertinentes.

Por esta razón se hace necesario elaborar un manual de procedimientos del Sistema Único de Referencia y Contra Referencia (SURCO), como se ha denominado a este sistema actualmente; incorporando adecuaciones de forma y contenido del procedimiento original puesto en práctica y evaluado cuali-cuantitativamente por espacio de cuatro años, por la red de atención de la Región de Salud de San Miguelito.

En el primer capítulo de este manual de procedimientos, Las Generalidades, da a conocer los puntos esenciales de este documento técnico de gestión, en el cual se describe la finalidad, los objetivos, su base legal y la responsabilidad que corresponde a su fiel cumplimiento.

En el segundo capítulo se define los conceptos básicos que se utilizarán en el desarrollo de las actividades de este manual luego en el siguiente capítulo se describe el sistema de referencia y contra referencia, complementándose en el capítulo cuarto con la explicación en lo referente para la aplicación de nuestro sistema.

En el quinto capítulo se explica la ejecución del SURCO por cada nivel de atención y los encargados que intervienen en el proceso de remitir de una instalación de salud de menor complejidad a una de mayor complejidad y el retorno del paciente a su instalación de origen.

Por último, resulta necesario manifestar que la implementación de este Manual de Procedimiento del SURCO permitirá la unificación de criterios y la mejora de la calidad en la referencia de pacientes de las instalaciones de la red pública de salud.

La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003

II. GENERALIDADES

II. Generalidades

A. Propósito

Promover la eficiencia y efectividad del sector salud permitiendo mayor equidad en el acceso a los servicios de salud y la atención oportuna al paciente.

B. Objetivos

1. Generales

- Proporcionar una guía metodológica a los equipos de salud para la referencia adecuada de los pacientes a los distintos niveles de salud y el retorno del mismo a su instalación de origen.
Homologar los criterios de cumplimiento para la coordinación y ejecución de los procedimientos del SURCO en el ámbito de su responsabilidad.

2. Específicos

- Establecer los procedimientos del Surco
- Definir la reorganización y articulación del SURCO.
- Fortalecer la comunicación rápida y efectiva entre el médico emisor y el médico receptor.
- Mejorar la calidad de la información del SURCO.
- Monitorear la utilización de los protocolos de atención en la red pública de servicios de salud
- Controlar el sistema por medio de los indicadores establecidos.

C. Alcance

Los procedimientos y disposiciones contenidos en el presente manual alcanzan a los equipos de salud responsables de la prestación de servicios de salud de cada una de las instalaciones que conforman la red pública a nivel nacional.

D. Base Legal

Documento de Lineamientos para la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud MINSA y CSS

E. Responsabilidad

Autoridad Nacional, Regional y Local del MINSA-CSS.

**La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003**

III. CONCEPTOS Y DEFINICIONES OPERACIONALES.

III. Conceptos y Definiciones Operacionales

1. **Accesibilidad a los servicios de salud**
Posibilidad que tiene la población de recibir una atención en las instalaciones de la red de servicios de salud. La accesibilidad se determina por factores socio-económicos, geográficos, medios de comunicación, entre otros.
2. **Actividad**
Conjunto de tareas propias del cargo, programa o entidad.
3. **Acción**
Son un grupo de actividades programadas con resultados esperados para alcanzar uno o varios objetivos a corto y/o mediano plazo.
4. **Capacidad resolutive**
Es la facultad que tiene una instalación de salud en responder de manera Integral y oportuna a una demanda de atención de salud, determinado por su grado de complejidad.
5. **Cartera de servicios.**
Se refiere a la relación pormenorizada de la clase / tipo y cantidad de servicios sanitarios que pueden ser prestados a la población y al ambiente por parte de una instalación de salud.
- 6.. **Continuidad de la atención**
Es la seguridad que ofrece la red de instalaciones de salud de brindar atención integral al paciente en todos los procesos involucrados .
7. **Contra referencia**
Es el procedimiento, mediante el cual se retorna el paciente a los servicios de salud de origen que asegure la continuidad de la atención.
8. **Eficiencia del surco.**
Es el cumplimiento de objetivos y actividades del SURCO, mediante el uso adecuado de los recursos y al menor costo posible sin desmejorar la calidad de atención a nuestro paciente.
9. **Equipo básico de salud**
Equipo compuesto por capital humano que tiene la responsabilidad de establecer actividades de promoción, prevención, rehabilitación a los pacientes que vivan en el sector de su responsabilidad, para mejorar el nivel de calidad de la atención.
10. **Grado de complejidad**
Se refiere al grado de diferenciación de las tareas, número y tipo de recursos que comprenden las actividades de una instalación de salud y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas.
11. **Instalación de salud**
Estructura física donde se brindan servicios de promoción, prevención y rehabilitación a la población y el ambiente.
12. **Instalación que refiere.**
Es la instalación de salud donde se inicia la atención y determina la referencia del paciente.
13. **Instalación receptora.**
Es aquella instalación de salud con mayor capacidad resolutive, que recibe al paciente remitido por la instalación de salud que refiere, para su tratamiento o examen solicitado.
14. **Médico tratante (emisor)**

-
- Es el que refiere el paciente hacia otro servicio, al médico consultor (receptor) u otro profesional de la salud.
15. **Médico consultor (receptor)**
Es el médico a quien se refiere el paciente de parte del médico tratante (emisor).
16. **Primer nivel de atención.**
Es un nivel de organización, cuyas instalaciones tienen diferentes grados de complejidad, ofreciendo servicios de atención integral a la población y el medio ambiente, que en materia de salud trata de resolver los problemas bio-psico-sociales que afectan al individuo, la familia y la comunidad.
17. **Procedimiento**
Secuencia y modo como se realizan un conjunto de operaciones, para el cumplimiento de funciones.
18. **Red de servicios.**
Es el conjunto de instalaciones de salud que se organizan para la provisión de servicios, según niveles de atención y grados de complejidad creciente, de acuerdo a un modelo de atención definido y que se relacionan entre sí, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
19. **Referencia**
Es el procedimiento administrativo y asistencial por el cual se remite a un paciente de un servicio de salud de menor complejidad a otra de mayor complejidad (Referencia vertical o externa) al igual que se remite al paciente entre servicios de la misma instalaciones de salud (Referencia horizontal o interna), para asegurar la continuidad de la atención.
20. **Segundo nivel de atención**
Es el nivel de organización de atención intermedio que se caracteriza porque enfatiza aspectos de la prevención secundaria; es decir de tratamiento oportuno de problemas que no pueden ser atendidos y resueltos en el primer nivel de atención.
20. **Sistema de referencia y contra referencia**
Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, mediante las cuales se facilita la continuidad en la atención del paciente, transfiriéndolo entre los servicios de salud de un mismo o diferentes niveles de atención o grados de complejidad, con el retorno del paciente a la instalación de origen.
21. **Tercer nivel de atención**
Es el nivel de organización que desarrolla actividades de atención médica muy especializada para resolver problemas de salud que requieren alto grado de instrumentación.

**La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003**

IV ENFOQUE ESTRATÉGICO

IV. Enfoque estratégico del surco

Las nuevas tendencias de las reformas del sector salud proponen entre otros aspectos, la racionalización de la inversión y el uso eficiente de los recursos, más la desconcentración de los hospitales especializados con la contención de la demanda en los niveles básicos o menos especializados.

Ante este escenario, es imperativo contar con un sistema funcional de referencia y contrareferencia, que permita ofrecerle al paciente la atención que requiera en los diferentes servicios de salud según capacidad resolutive.

El SURCO tiene sus bases en el enfoque de sectorización y reorganización de la red de servicios de salud, la cual define diferentes niveles de atención y grados de complejidad. Se obliga entonces a referir al paciente para dar continuidad en la atención y facilitar su retorno a la instalación de origen, con la información completa y clara de lo acontecido en las diferentes instalaciones de salud a las cuales concurrió.

En conclusión, el enfoque estratégico del SURCO es facilitar la resolución de las necesidades de salud del paciente en el nivel de atención adecuado.

**La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003**

**V. ORGANIZACIÓN DE LA
RED DE SERVICIOS DE SALUD**

V. Organización de la red de servicios de salud

La Red de Servicios de Salud de la República de Panamá se encuentra dividida en 14 regiones de salud, las cuales son la base de la reorganización de la red, para la provisión de servicios de mejor calidad y eficiencia con igualdad de oportunidades a toda la población.

La organización de la red de servicios de salud, debe tomar en cuenta, el perfil demográfico y epidemiológico, además de la infraestructura disponible y su capacidad resolutive en un área geográfica para proveer servicios en forma íntegra, eficiente y de calidad acordes a las necesidades de la población y el ambiente.

Las instalaciones de salud se organizan por niveles de atención sobre la base de criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive. La conducción y gestión de la red de los servicios de salud, busca articular las instalaciones con un máximo de eficacia y un costo razonable.

La cartera de servicios de las diferentes instalaciones de la red por niveles de atención y grados de complejidad deberá divulgarse para la adecuada articulación del SURCO.

Todos los servicios deben contar con guías o protocolos de atención que determinen o consignen el manejo integral de los pacientes y las patologías que serán referidas a los diferentes niveles de atención.

La provisión de los servicios de salud, se organiza y clasifica, en tres niveles de atención:

- **Primer Nivel de Atención**

Las instalaciones de salud que se ubican en este nivel son: puestos, subcentros y centros de salud, centros de promoción de la salud y centros de atención, promocional y preventivo de salud. En este nivel se desarrollan acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a las necesidades básicas y más frecuentes en salud.

- **Segundo Nivel de Atención**

Las instalaciones que se ubican en este nivel son: los hospitales de área, sectoriales y regionales, generales o especializados, policlínicas especializadas y los policentros. En este nivel laboran principalmente profesionales de la salud de las cinco especialidades médicas básicas y las especialidades de alta demanda y según perfil epidemiológico.

- **Tercer Nivel de Atención**

En este nivel se ubican los hospitales nacionales, institutos especializados, centros nacionales especializados y los futuros hospitales supraregionales. Cumple funciones de diagnóstico y tratamiento con personal altamente especializado.

La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003

VI. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SURCO

VI. Normas y procedimiento del surco.

A. Normas

Para que el Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia (SURCO) sea eficaz, oportuno y eficiente, debe existir una comunicación efectiva y rápida entre el médico tratante o emisor y el médico consultor o receptor, de manera que se facilite la continuidad a la atención de los pacientes.

Para hacer efectivo este sistema, es necesario unificar los procedimientos con la guía de manejo adecuada para la referencia y la contrarreferencia de los pacientes en los distintos niveles de atención y grados de complejidad.

Todo paciente que sea evaluado por su médico tratante y considere que amerita una consulta médica especializada o de otros colaboradores del equipo de salud, debe ser referido al nivel de atención que se requiera de acuerdo a la complejidad del diagnóstico.

Debe seguir los siguientes pasos:

1. El médico tratante debe llenar el formulario del SURCO en forma clara y legible, al igual que consignará la siguiente información:
 1. Nombre de la instalación que refiere al paciente.
 2. Nombre de la instalación y servicio receptor.
 3. Fecha y hora de la referencia.
 4. Nombre y apellido del Paciente.
 5. Numero de cédula y número de seguro social.
 6. Número telefónico del domicilio del paciente.
 7. Sexo y edad.
 8. Dirección del domicilio, distrito, corregimiento y sector o zona sanitaria, lo que corresponda
 9. Clasificación de la atención
 10. Motivo de referencia
 11. Historia del paciente y examen físico
 12. Resultados de exámenes/diagnóstico (Copia de resultados de estudios de laboratorios y de gabinete realizados de acuerdo a los protocolos de atención).
 13. Diagnósticos y tratamiento.
 14. Datos del profesional (sello y firma) que refiere.
2. El médico especialista del centro de salud, policlínica y hospital fungirá como consultor de los pacientes que le sean referidos del médico general o de otra especialidad. Se le solicitará evaluación especializada en los siguientes casos:
 - a. Pacientes con dudas diagnósticas y terapéuticas apremiantes, después de que el médico tratante le haya realizado los estudios pertinentes que requiere el paciente.
 - b. Pacientes con padecimientos de difícil manejo médico.

-
- c. Pacientes complicados que ameriten una evaluación y tratamiento de una especialidad correspondiente.
 - d. Pacientes que ameriten estudios y/o tratamientos especializados.
3. El médico tratante o emisor debe asegurarse antes de proceder con la referencia, de adjuntar al mismo copia de los resultados de Rx, Laboratorios, EKG y otros estudios pertinentes según protocolo de atención. En los casos de urgencias deberá notificar vía telefónica al médico coordinador del servicio de urgencias sobre la condición del paciente.
 4. Para cada referencia se utilizará como guía los Protocolos de Atención.
 5. Una vez que el paciente sea evaluado u hospitalizado por parte del especialista, éste deberá enviar la contrarreferencia (en letra clara y legible), al médico que elevó la consulta y deberá consignar lo siguiente:
 - a. Instalación que responde e instalación receptora
 - b. Fecha y hora del envío de la contrarreferencia.
 - c. Respuesta a la referencia
 - d. Diagnóstico
 - e. Manejo y tratamiento
 - f. Recomendaciones / Plan terapéutico
 - g. Requiere reevaluación especializada
 - h. Datos del profesional que contrarrefiere (registro, sello y firma)
 6. Cada vez que se origina una nueva referencia debe llenarse un nuevo formulario del SURCO.
 7. Todo formulario de SURCO tendrá original y tres copias, todas de color blanco en papel químico y se utilizará de la siguiente manera:
 - a. Al paciente se le entregará el formulario del SURCO original y dos copias al referirlo quien lo llevará a la instalación receptora.
 - b. Una copia quedará en la instalación emisora, para su posterior evaluación cuali-cuantitativa de las referencias.
 - c. El médico consultor que atiende al paciente devolverá a éste el formulario original con la contrarreferencia, que el paciente llevará a su médico tratante (emisor).
 - d. Una copia debe quedar en el expediente del paciente en la instalación receptora
 - e. Otra copia se enviará a la instalación de salud emisora y se utilizará para el monitoreo y evaluación del SURCO, (previa coordinación de los niveles de atención con la comisión evaluadora regional y local).
 8. El monitoreo y la evaluación del SURCO se realizará mediante control interno, auditorías e indicadores establecidos para el procedimiento, por parte de una comisión evaluadora regional y local, que se reunirá una vez al mes.

B. Procedimientos del sistema de referencia y contrarreferencia

1. Como política general el primer nivel refiere al segundo nivel de atención y el segundo nivel refiere al tercer nivel, interna y externamente, las consultas ambulatorias y de urgencias que no puedan ser atendidas en su nivel de complejidad y según su capacidad resolutive.
2. El primer nivel refiere directo al tercer nivel de atención cuando la patología y el protocolo de atención así lo indique.
3. El médico y odontólogo de los diferentes niveles de atención serán los responsables de emitir la referencia. En ausencia de éstos, el profesional de salud responsable de la atención del paciente emitirá la referencia.
4. Los hospitales del segundo y tercer nivel referirán a los pacientes internamente a los especialistas y externamente a otros hospitales de igual o mayor especialización.
5. Los hospitales del segundo y tercer nivel referirán a los pacientes con patologías de menor complejidad a su nivel correspondiente según protocolos de atención.
6. Los hospitales del segundo nivel de atención refieren al tercer nivel las urgencias y hospitalizaciones protocolizadas como complejidades no ofertadas en la cartera de servicios. Las urgencias y hospitalizaciones se refieren al servicio de urgencia de la instalación receptora.
7. Al recibir las referencias, las instalaciones hospitalarias del segundo y tercer nivel de atención, deben realizar de una a dos consultas pre internamiento médico o quirúrgico y una a dos consultas post egreso.
8. Los pacientes ambulatorios referidos a la consulta externa hospitalaria para programar intervención quirúrgica o procedimiento médico deben ser atendidos con un tiempo de espera no mayor de treinta días.
9. Los pacientes referidos para la atención de urgencia a una instalación de mayor complejidad deben ser trasladados en ambulancia según criterio médico y protocolos de atención.
10. En los casos de urgencias el médico responsable de la referencia del paciente a otro nivel de atención, debe coordinar con el médico coordinador de turno del servicio de urgencias de la instalación de salud receptora a través de un sistema de comunicación (telefónica, fax, sistema radial fijo o móvil).
11. Los pacientes referidos a la consulta externa ambulatoria de medicina especializada y/o servicios técnicos de apoyo deben ser evaluados por los profesionales y contrarreferidos una vez resuelto el motivo de la consulta especializada, lo más pronto posible.
12. Los pacientes contrarreferidos de la consulta externa especializada que ameriten citas de control posterior no deben ser evaluados más de dos veces al año, excepto pacientes de con patologías complicadas o de difícil manejo.

**La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003**

13. Todo profesional consultor o receptor está obligado a contestar la contrarreferencia al servicio o profesional de la instalación de salud emisora.
14. Las referencias internas dentro de la misma instalación de salud, de servicio a servicio, no necesitan utilizar el formulario de referencia y contrarreferencia

La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003

**VII. SISTEMA DE CONTROL
Y EVALUACIÓN DEL SURCO**

VII. Sistema de control y evaluación del SURCO

Una atención médica adecuada no puede efectuarse sin la articulación y la coordinación entre los diferentes niveles de atención y grados de complejidad de las instalaciones ubicadas en las distintas regiones de salud del país.

Es necesario que se establezca un sistema de registros de información y mecanismos de supervisión y evaluación, que facilite el adecuado funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, se garantice el uso eficiente de los recursos disponibles, se actualice la oferta de servicios acuerdo a la demanda logrando así la satisfacción de los usuarios del sistema de salud.

Para el fiel cumplimiento del sistema de referencia y contrarreferencia entre las instalaciones de salud de las regiones, se han establecido los siguientes mecanismos de control y de evaluación:

A. Comisión conjunta MINSA – CSS

Cada nivel funcional del sector salud local, regional y normativo nacional, debe asignar los responsables de evaluar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia. La autoridad regional y local deben asignar los responsables del SURCO en los niveles correspondientes.

Se conformará una comisión conjunta MINSA-CSS en cada región de salud, la cual se reunirá periódicamente de acuerdo a lo establecido en los indicadores de evaluación del sistema (SURCO), con la finalidad de identificar los nudos críticos que afecten su adecuado funcionamiento.

B. Registro de la Referencia y Contrarreferencia:

La fuente de datos que alimenta al sistema de supervisión y evaluación del SURCO, la contiene principalmente el formulario establecido para tal fin; el cual es el formulario unificado de uso obligatorio para todos los niveles de atención de la Red de Servicios de Salud.

C. Procesamiento y Análisis de la Información del SURCO.

El procesamiento de la información se inicia a partir de los datos contenidos en la copia del instrumento que reposa en el expediente de la instalación de salud emisora, es decir a partir de la emisión de una referencia y/o contrarreferencia; siendo esta una responsabilidad del nivel local.

El responsable de la instalación de salud emisora consolida los datos procesados mensualmente y emite un informe cuali-cuantitativo al nivel regional, quien a su vez debe analizar la información consolidada de todas las instalaciones de salud y envía la información pertinente al nivel normativo nacional.

Para facilitar el análisis del SURCO se han definido una serie de criterios y/o indicadores, con el objetivo de analizar cuali- cuantitativamente la calidad de la

referencia y contrarreferencia de los pacientes enviados a los diferentes niveles de atención y grados de complejidad, además del cumplimiento de los protocolos o guías de atención y el llenado correcto de los formularios por los prestadores de servicios.

D. Toma de decisiones.

El análisis y evaluación de la información del SURCO permitirá tomar acciones y/o determinar los siguientes aspectos:

1. Definir el perfil epidemiológico de la población atendida.
2. Determinar las necesidades de capacitación del recurso humano.
3. Planificar el recurso humano de acuerdo a la demanda.
4. Definir el mercadeo interno y externo de los procedimientos del sistema.
5. Educar al paciente respecto a su participación en el sistema.
6. Evaluar el desempeño del proveedor de servicio.
7. Priorizar las intervenciones de salud en los diferentes grupos poblacionales.
8. Mejorar los costos y la calidad de la atención.
9. Definir un soporte informático tecnológico.

E. Cuadro de Indicadores

Algunos indicadores propuestos

Indicador	Guía de Evaluación	Fuente de verificación	Periodicidad	Responsable
1 Porcentaje de implantación de las normas del SURCO por las Regiones de Salud	Nº de Regiones que cumplen con las normas establecidas en el SURCO Nº total de Regiones X 100	Informes Ejecutivos de cada Región de Salud	Anual	Nivel Nacional
2 Porcentajes de regiones	No de Regiones capacitadas en el SURCO	Programas y Listas de	Anual	Nivel Nacional y

La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003

capacidades en el SURCO	No total de Regiones X 100	Participantes por regiones		Regional
3. Evidencia de la Ejecución de un Plan de Mejoramiento del SURCO	Plan de Mejoramiento del SURCO	Actas e informes de reuniones sobre el Plan de Mejoramiento	Trimestral Semestral y Anual	Local Regional Nacional
4 Porcentaje de Regiones que cuentan con las Comisiones Evaluadoras Conjuntas MINSA-CSS	Nº de Regiones que con Comisiones Evaluadora Conjuntas MINSA-CSS Nº total de Regiones X 100	Documentos que evidencien la conformación de las Comisiones por Regiones	Anual	Nivel Nacional
5 Porcentaje de instalaciones que cumplen con la calidad del llenado de la hoja de referencia de los datos	Nº de instalaciones que cumplen con la calidad del llenado de la referencia Nº total de instalaciones por Región X 100	Informe del Nivel Local	Mensual	Nivel Regional
6 Porcentaje de instalaciones que cumplen con la calidad del llenado de la hoja de contrarreferencia de los datos	Nº de instalaciones que cumplen con la calidad del llenado de la contrarreferencia Nº total de instalaciones por Región X 100	Informe del Nivel Local	Mensual	Nivel Regional
7 Porcentaje de cumplimiento de la contrarreferencia	Nº de contrarreferencia Nº total de pacientes referidos X 100	Informe de cuantificación de la contrarreferencia	Mensual	Nivel Local y Regional
8 Porcentaje de referencias que cumplen con el llenado completo de los datos	Nº de referencia que cumplen con el llenado completo de los datos Nº total de referencias X 100	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local
9 Porcentaje de contrarreferencias que cumplen con el llenado completo de los datos	Nº de contrarreferencia que cumplen con el llenado completo de los datos Nº total de contrarreferencias X 100	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local
10. Porcentaje de referencia emitidas por servicios	Nº referencia emitidas por servicio Nº de consultas o egresos del servicio	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local

La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y Definición
por Niveles de Atención y Grados de Complejidad
2003

	X 100			
11. Porcentaje de casos referidos a Urgencias hospitalarias	Nº de referencia a Urgencia hospitalaria Nº total de referencias de la instalación X 100	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local
12. Porcentaje de casos referidos a consulta externa hospitalaria	Nº de referencias a consulta externa hospitalaria Nº total de referencias de la instalación X 100	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local
13. Porcentajes de casos referidos por tipo instalación de salud	Nº de casos referidos por instalación Nº total de referencias recibidas en las instalación X 100	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local (Segundo y Tercer Nivel de Atención)
14. Porcentajes de casos contrarreferidos por tipo instalación de salud	Nº de casos contrarreferidos por instalación Nº total de referencias emitidas por instalación X 100	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local (Primer y Segundo Nivel de Atención Ambulatorio)
15. Morbilidad referida	Listado cuantitativo de las morbilidades referidas por instalación	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local
16. Porcentaje de las causas de referencias	No. de referidos según motivo No. total de referencias por instalación X 100	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local
17. Porcentaje de casos referidos justificados	No. de casos referidos justificados No. total de casos referidos por instalación X 100	Hoja de registro del SURCO	Mensual	Nivel Local

VIII. Bibliografía

1. **Sistemas de Referencia y Contra Referencia en los Servicios de Salud: Experiencia Internacional.** Cecilia Má. Bitrán & asociados. Marzo 2003.
2. **Lineamientos para la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud, Propuesta Conjunta Minsa/CSS.** Comisión Interinstitucional de Coordinación MINSA/CSS, febrero 2002.
3. **Sistema de Referencia y Contrarreferencias.** Marlene Agudo. RSSM. 2002.
4. **Contrato Programa 2002-2005.** CONSALUD – HISMA.
5. **Manual de Procedimientos del Sistema de Referencia y Contra referencia.** MINSA, Perú. 2000.
6. **Caracterización y Evaluación de la Pertinencia de la Remisiones generadas en la Red Adscrita de la secretaria distrital de Santa Fe de Bogota.** Noviembre 2000.
7. **Políticas y Estrategias de Salud 2000-2004,** Ministerio de Salud, 2000
8. **Administración Hospitalaria,** Gustavo Malagón Londoño, editorial Médica Panamericana 1997.
9. **La Red Pública de Servicios de Salud su Reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad, documento borrador,** agosto 2003, MINSA, Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Departamentos de Desarrollo de Modelos de Gestión y Organización y Desarrollo.