

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author



UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE CATALUNYA

Escola Tècnica Superior
d'Enginyeria Industrial de Barcelona



Tesis doctoral

**La inversión pública para la salud comunitaria,
una herramienta eficaz para mejorar la atención de los
servicios de salud en la comunidad: el caso de la
República de Panamá**

Realizada por
Jaime R. Pérez Souza

Director:
Dr. Humberto Álvarez

Codirector:
Dr. Christian Estay

Codirector Ponente:
Dr. Lazaro Cremades

Tesis presentada para obtener el título de Doctor
Departamento de Proyecto en la Ingeniería
Universitat Politècnica de Catalunya
Barcelona España

Nov. 2015

[Resumen](#)

[Abstract](#)

[Dedicatoria](#)

[Agradecimientos](#)

[Presentación](#)

[Siglas](#)

[Indice](#)

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas (NU) responsable de la salud que, a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) de Almá-Atá (1978) viene fortaleciendo el sistema de valores de salud para todos en el mundo.

Esta investigación aborda el tema de la salud pública en función de dos variables altamente ligadas al proceso de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS), la inversión pública y la salud comunitaria: la primera, controlada por los sistemas nacionales de inversión pública (SINIP), como es el caso de América latina; y la segunda, por los sistemas nacionales de salud pública (SNSP), como en el resto del mundo; tema que revela un estado de ineficiencia del uso de la inversión pública. El trabajo sigue una metodología de corte exploratorio, por no haber sido la cuestión estudiada con anterioridad.

En esencia, la actual tesis, con una imagen objetivo-estratégica, intenta proyectar el rol y el impacto que una herramienta financiera como la inversión pública utilizada de manera eficaz puede causar sobre el bienestar y la calidad de vida de una población en su entorno comunitario, desde la perspectiva desafiante que asume la ingeniería de proyectos, al abrir un abanico multidisciplinario de líneas de especialización que dan paso a diversos enfoques de estudios doctorales.

Se realizó bajo las técnicas de acción participativa, con el propósito de buscar datos altamente confiables mediante encuestas y entrevistas a funcionarios de los Ministerios de Economía y Finanzas (MEF) y Salud (MINSa) de la República de Panamá, en las esferas de inversión pública y salud local, respectivamente.

Palabras clave: inversión, inversión pública, salud, salud pública, salud comunitaria, atención primaria de salud, eficiencia, eficaz

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) is the international agency within the United Nations (UN) responsible for health and, since the International Conference on Primary Health Care (PHC) in Alma-Ata (1978), it has strengthening the value system of health for all in the world.

This research addresses the issue of public health function of two variables highly related to the process of primary health care, public investment and community health; being the first controlled by National Public Investment Systems (SINIP) for Latin America and the second, by the National Health System (SNSP) for the world. This study reveals an inefficiency state in the use of public investment and is investigated under an exploratory methodology, since it has not been studied previously.

In essence, the current thesis, from a strategic target image, tries to project the role and impact that a financial tool such as public investment used effectively can cause to population's welfare and life quality in their community environment, based on the challenging approach of Project Engineering of opening a multidisciplinary range of areas of specialization that lead to different approaches in doctoral studies.

It was conducted under the methodology of participatory action with the purpose of seeking highly reliable data through surveys and interviews with officials from the Ministry of Economy and Finance (MEF) and the Ministry of Health (MOH), in the areas of public investment and local health respectively.

Keywords: Investment, Public Investment, Health, Public Health, Community Health, Primary Health Care, Efficiency, effective.

DEDICATORIA

Al comenzar esta tesis doctoral, solo hice partícipes a mi adorada abuelita Lola (Aurora Ponce viuda de Souza), a mi madre Tita (Marta Sofía Souza) —ambas fallecidas (q. e. p. d.)— y a mi esposa Lourdes, quien hasta el final se ha mantenido a mi lado velando y dejando huellas imborrables de apoyo para que alcanzara la meta anhelada.

A las dos primeras, abuela y madre, hasta el cielo, les dedico este logro como una ofrenda de amor a su memoria, con la fe cristiana de que, desde el más allá, seguirán guiando nuestros pasos y abonando la sabiduría necesaria para seguir adelante.

A Lourdes, quien sigue a mi lado, le dedico esta tesis y le otorgo el privilegio espiritual de compartir este logro como propio, en virtud del sacrificio de privaciones que, en silencio y con humildad, soportó para que yo llegase a la meta; y más aún: en medio de la llegada de Jaime Josué (Rodney R.) a nuestro seno familiar, con 40 días de nacido, a quien también le dedico este trabajo con la promesa de compensar por partida doble el tiempo que a partir de su llegada le tomé prestado para finalizar esta tarea.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que, a lo largo de estos cinco años, me han proporcionado su apoyo y su tiempo para hacer posible esta tesis doctoral.

Al profesor Humberto Álvarez, director, por brindarme su valioso apoyo en todo momento, por asistirme con sus pertinentes observaciones en metodología cualitativa y por su estímulo y motivación a lo largo del trabajo, al profesor Christian Estay, codirector, por su asesoramiento y asistencia y fundamentalmente porque sus aportaciones y sugerencias fueron siempre oportunas y generosas, también especial agradecimiento al profesor Lazaro Cremades, tutor-ponente, quien a la distancia nunca reparo, ni escatimo esfuerzo para aclarar o brindar una respuesta oportuna a dudas surgidas.

Especial agradecimiento tengo hacia dos compañeros doctorandos con quienes formamos el equipo de mutuo apoyo para compartir sinergia académica: Víctor López C. y Zenaida Campbell G., aunque reconozco haber cruzado la línea académica y encontrar la asistencia psicológica de Zenaida para conservar el ánimo, la fortaleza y el espíritu de entrega que demanda esta clase de proyectos en los momentos de crisis y abandono.

Quiero extender este agradecimiento a dos compañeros de trabajo del Ministerio de Economía y Finanzas: Julio Diéguez, quien me extendió su apoyo en técnicas estadísticas y a Omar Moreno, por su participación no solo en el análisis estadístico, sino también por sus intervenciones contundentes, sugerencias acertadas en la metodología cualitativa y críticas constructivas.

Este agradecimiento quedaría incompleto si no invoco la participación activa del personal técnico-profesional del Departamento de Programación de Inversiones (del Ministerio de Economía y Finanzas), y de la Dirección Nacional de Salud, la Dirección de Planificación, la Dirección Regional de Salud de Panamá y de quince centros de salud del distrito capital de Panamá (del Ministerio de Salud) que gentilmente cedieron entrevistas y respondieron cuestionarios para la presente investigación.

A todos, gracias de corazón.

PRESENTACIÓN

Inversión pública y salud comunitaria...



Una simbiosis, que mezcla finanzas con salud, dentro del campo de la ingeniería de proyectos.

¿Cómo es esto?

Es el efecto de una visión multidisciplinaria, que emerge como producto de la velocidad de cambio que experimentan las universidades del planeta, particularmente la Universidad Politécnica de Cataluña (UPC).

¿Por qué el tema?

Sin salud no hay vida.

Sin inversión pública no hay salud pública.

Sin inversión pública no hay vida.

En esencia, la actual tesis, con una imagen objetivo-estratégica, intenta proyectar el rol y el impacto que una herramienta financiera como la inversión pública utilizada de manera eficaz puede causar sobre el bienestar y la calidad de vida de una población en su entorno comunitario, desde la perspectiva desafiante que asume la ingeniería de proyectos, al abrir un abanico multidisciplinario de líneas de especialización que dan paso a diversos enfoques de estudios doctorales.

Teléfono: 6624-6612

Direcciones electrónicas: n°1 jrperezs07@gmail.com , n°2 jrperezs52@outlook.es

SIGLAS

- APS: Atención Primaria en Salud
- ASIS: Análisis de Situación de Salud
- BID: Banco Interamericano de Desarrollo
- CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CdeS: Centro de Salud
- DPI: Dirección de Programación de Inversiones
- DP: Dirección de Planificación
- ILPES: Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social
- IAP: Investigación-acción participativa (IAP)
- FESP: Función esencial de la salud pública
- MEF: Ministerio de Economía y Finanzas
- MINSA: Ministerio de Salud
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PIP: Proyecto de inversión pública
- PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
- PEQ: Plan Estratégico de Gobierno
- RAAN: Región Autónoma del Atlántico Norte
- RAAS: Región Autónoma del Atlántico Sur
- RIS: Revista Internacional de Sociología
- SILAIS: Sistemas locales de atención integral en salud
- SILOS: Sistemas locales de salud
- SINIP: Sistema Nacional de Inversión Pública
- SNSP: Sistema Nacional de Salud Pública
- ONU: Organización de las Naciones Unidas
- UTP: Universidad Tecnológica de Panamá
- UPC: Universidad Politécnica de Cataluña

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 15 |
| CAPÍTULO I..... | 18 |
| 1 MARCO DE REFERENCIA | 18 |
| 1.1 Antecedentes | 20 |
| 1.1.1 Sistema Nacional de Inversión Pública (SINIP) | 21 |
| 1.1.2 Sistema Nacional de Salud Pública (SNSP) | 22 |
| 1.2 Planteamiento del problema de investigación..... | 23 |
| 1.3 Justificación de la investigación | 28 |
| 1.3.1 La pregunta de investigación..... | 29 |
| 1.3.2 Visión orientadora | 29 |
| 1.4 Objetivos | 33 |
| 1.4.1 General | 33 |
| 1.4.2 Específicos | 33 |
| CAPÍTULO II..... | 35 |
| 2 MARCO TEÓRICO..... | 35 |
| 2.1 El rol de la inversión pública en salud | 36 |
| 2.1.1 Inversión para la salud..... | 36 |
| 2.1.2 Conocimiento sobre la salud | 37 |
| 2.1.3 Situación de la salud comunitaria en América latina | 40 |
| 2.1.3.1 Los determinantes y el perfil epidemiológico en la salud comunitaria..... | 42 |
| 2.1.3.2 El análisis de la situación de la salud | 45 |
| 2.1.3.3 La situación de la salud en países vecinos..... | 46 |
| 2.1.3.4 Lineamientos de programación presupuestaria para viabilizar una propuesta de inversión para la salud comunitaria | 51 |
| 2.1.4 Relación sistema nacional de inversión pública-sistema nacional de salud pública-sociedad civil | 53 |
| 2.2 Conceptos..... | 58 |
| 2.2.1 Salud | 58 |
| 2.2.2 Salud pública | 58 |
| 2.2.3 Salud comunitaria..... | 59 |
| 2.2.4 Inversión | 59 |
| 2.2.5 Inversión pública | 60 |
| 2.2.6 Presupuesto de inversión pública | 60 |
| 2.2.7 Eficaz..... | 60 |
| 2.2.8 Equidad..... | 61 |

| | | |
|-------------------|---|-----|
| 2.3 | Funcionalidad | 61 |
| 2.4 | Características | 65 |
| CAPÍTULO III..... | | 67 |
| 3 | METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 67 |
| 3.1 | Tipo de investigación..... | 67 |
| 3.2 | El enfoque cualitativo..... | 67 |
| 3.3 | Población y muestra | 68 |
| 3.3.1 | Población y unidad de análisis..... | 68 |
| 3.3.2 | Muestreo y muestra | 70 |
| 3.3.3 | Criterios de inclusión y exclusión | 70 |
| 3.4 | Definición de variables | 73 |
| 3.4.1 | Operacionalización de las variables | 73 |
| 3.5 | Recolección de datos..... | 74 |
| 3.5.1 | El instrumento de la investigación | 75 |
| 3.5.2 | Diseño del cuestionario..... | 76 |
| 3.5.3 | Aplicación del instrumento | 77 |
| 3.6 | Delimitación | 78 |
| 3.7 | Limitaciones..... | 79 |
| CAPÍTULO IV | | 80 |
| 4 | CARACTERÍSTICAS DEL ANALISIS DE LOS DATOS..... | 80 |
| 4.1 | La entrevista | 82 |
| 4.1.1 | Entrevistas-Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) | 82 |
| 4.1.2 | Entrevistas-Ministerio de Salud (MINSA)..... | 88 |
| 4.1.3 | Entrevistas-centros de salud (CdeS)..... | 94 |
| 4.2 | La encuesta..... | 101 |
| 4.2.1 | Encuesta a los funcionarios del MEF | 101 |
| 4.2.2 | Encuesta a los funcionarios del MINSA | 104 |
| 4.2.3 | Encuesta a los funcionarios de centros de salud..... | 107 |
| CAPÍTULO V | | 115 |
| 5 | ALCANCE Y EXTRACTOS DE OPINIÓN EXPLORATORIOS | 115 |
| 5.1 | Introducción | 115 |
| 5.2 | En busca de los fines y metas..... | 115 |
| 5.3 | Ventaja de la metodología aplicada | 120 |
| 5.3.1 | Situación actual | 120 |
| 5.3.2 | Limitaciones..... | 121 |
| 5.3.3 | Descentralización | 122 |

| | | |
|--------------------|---|-----|
| 5.3.4 | Uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública | 123 |
| 5.3.5 | Opinión final | 124 |
| 5.4 | Importancia sobre los aspectos técnicos de la investigación..... | 124 |
| 5.5 | Reflexiones | 125 |
| 5.6 | Proposición..... | 125 |
| 5.6.1 | Visión estratégica | 126 |
| 5.6.2 | Propuesta | 128 |
| CAPÍTULO VI | | 133 |
| 6 | CONCLUSIONES | 133 |
| 6.1 | Relación de objetivos | 133 |
| 6.2 | Precisión metodológica | 134 |
| 6.3 | Doctorado en Ingeniería de Proyectos, una amplia gama de líneas de investigación al servicio de la ciencia..... | 135 |
| 6.4 | La planificación local..... | 136 |
| 6.5 | Tareas futuras de investigación y trabajos adicionales..... | 136 |
| BIBLIOGRAFÍA | | 138 |

TABLAS

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabla N° 1. | Glosario de promoción de la salud, principales estrategias desarrolladas por la OMS en el mundo entero a partir de la declaración de Almá-Atá, 1978 | 38 |
| Tabla N° 2. | Operacionalización de la variable | 73 |
| Tabla N° 3. | Extracto de opinión de entrevista realizada a médico del centro de salud de Curundú, por su amplia experiencia, dominio y gestión de programas comunitarios..... | 95 |
| Tabla N° 4. | Cifras significativas de resultados de opinión en Entrevistas y data de encuesta..... | 126 |

CUADROS

| | | |
|--------------|--|----|
| Cuadro N° 1. | Población bajo estudio..... | 69 |
| Cuadro N° 2. | Unidad de análisis | 69 |
| Cuadro N° 3. | Lista de centros de salud del distrito de Panamá | 77 |
| Cuadro N° 4. | Opinión de único entrevistado sobre la situación del presupuesto de inversión de salud en el MEF..... | 87 |
| Cuadro N° 5. | Opinión de único entrevistado sobre las limitantes del presupuesto de inversión de salud en el MEF | 87 |
| Cuadro N° 6. | Opinión de único entrevistado sobre la descentralización del presupuesto de inversión de salud en el MEF | 87 |
| Cuadro N° 7. | Opinión de único entrevistado sobre el uso eficaz del presupuesto de inversión de salud en el MEF..... | 87 |
| Cuadro N° 8. | Opinión final de único entrevistado sobre el presupuesto de inversión de salud en el MEF..... | 88 |

| | |
|---|-----|
| Cuadro N° 9. Síntesis de entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre la situación del presupuesto de inversión de salud..... | 93 |
| Cuadro N° 10. Síntesis de entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre limitantes al ejercicio de programación de presupuesto de inversión de salud..... | 93 |
| Cuadro N° 11. Síntesis de opinión en entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre el tema de la descentralización del presupuesto de inversión de salud | 93 |
| Cuadro N° 12. Opinión compartida de entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre el uso eficaz del recurso de inversión para salud | 93 |
| Cuadro N° 13. Opinión final resumida de entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre el manejo del presupuesto de inversión para salud | 94 |
| Cuadro N° 14. Opinión codificada de funcionarios de centros de salud sobre la situación actual de la inversión en salud..... | 98 |
| Cuadro N° 15. Opinión codificada de funcionarios de centros de salud sobre las limitantes de la inversión en salud..... | 98 |
| Cuadro N° 16. Opinión codificada de funcionarios de centros de salud sobre la descentralización | 99 |
| Cuadro N° 17. Opinión codificada de funcionarios de centros de salud con respecto al uso eficaz de la inversión pública. | 99 |
| Cuadro N° 18. Opinión final codificada de funcionarios de centros de salud con respecto a la gestión de proyectos de inversión de salud comunitaria | 100 |
| Cuadro N° 19. ¿Tiene experiencia en preparación o ejecución de programas o proyectos de salud comunitaria? | 101 |
| Cuadro N° 20. En su opinión, ¿la inversión pública para la salud comunitaria es una herramienta eficaz para solucionar los problemas detectados? | 101 |
| Cuadro N° 21. ¿En la actualidad las instalaciones de salud son capaces de manejar sus inversiones preparando y ejecutando sus proyectos de salud?..... | 102 |
| Cuadro N° 22. ¿Cree que los centros de salud tienen la capacidad de asumir el proceso de gestión de sus proyectos de inversión en salud comunitaria por medio de la ley de descentralización? | 102 |
| Cuadro N° 23. Resultados tabulados de preguntas abiertas a funcionarios del MEF | 103 |
| Cuadro N° 24. ¿Tiene experiencia en preparación o ejecución de programas o proyectos de salud comunitaria? | 104 |
| Cuadro N° 25. ¿En la actualidad las instalaciones de salud son capaces de manejar sus inversiones preparando y ejecutando sus proyectos de salud?..... | 105 |
| Cuadro N° 26. ¿Cuántos de los proyectos aprobados en presupuesto, llegan preparados por los centros de salud conjuntamente con la comunidad? | 106 |
| Cuadro N° 27. Resultados tabulados de preguntas abiertas a funcionarios del MINSA..... | 106 |
| Cuadro N° 28. Cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad? | 108 |
| Cuadro N° 29. ¿La comunidad tiene la capacidad y condiciones para preparar el plan de las inversiones de salud que necesita la comunidad? | 108 |
| Cuadro N° 30. ¿La práctica de preparar proyectos de inversión comunitaria con las autoridades locales y del centro de salud ha dado resultados positivos para la comunidad? | 109 |
| Cuadro N° 31. ¿Las actividades de salud comunitaria colectiva entre la población y las autoridades locales representa una estrategia positiva la comunidad? | 109 |

| | |
|---|-----|
| Cuadro N° 32. ¿Durante su experiencia como funcionario o voluntario de salud comunitaria ha experimentado el proceso de preparar perfiles de proyectos de salud exitosos? | 110 |
| Cuadro N° 33. ¿Los miembros de su comunidad estarían dispuestos a preparar sus propios proyectos de salud comunitaria para hacer más eficaz la inversión pública? | 110 |
| Cuadro N° 34. ¿De las actividades que desarrolló el centro de salud el año pasado, participó en la preparación de programas y proyectos de salud comunitaria?..... | 111 |
| Cuadro N° 35. La mayoría de las veces, ¿de dónde o de quién viene la idea de los programas y proyectos de salud comunitaria que se están desarrollando? | 111 |
| Cuadro N° 36. La mayoría de las veces, ¿de dónde o de quién viene la idea de los programas y proyectos de salud comunitaria que se están desarrollando? | 112 |
| Cuadro N° 37. ¿La inversión en salud comunitaria que administra el centro de salud responde al deseo y necesidades de la comunidad? | 112 |
| Cuadro N° 38. Establezca el orden de importancia de los curso técnicos en preparación de proyectos de salud comunitaria dentro de las actividades que realiza un centro de salud, según su punto de vista (1: mayor, 10: menor) | 112 |
| Cuadro N° 39. Establezca el orden de importancia de los seminarios de planificación estratégica e inversión comunitaria dentro de las actividades que realiza un centro de salud, según su punto de vista (1: mayor, 10: menor)..... | 113 |
| Cuadro N° 40. Experiencia y función local en hacer y estudiar tema de proyecto | 113 |
| Cuadro N° 41. Participación-acción en elaborar proyectos de salud comunitaria, qué y cómo..... | 114 |
| Cuadro N° 42. ¿Cómo es la salud del pueblo y qué cree que hay que mejorar? | 114 |

ESQUEMAS

| | |
|---|-----|
| Esquema N° 1. Sistema Nacional de Inversión Pública (SINIP), Sistema Nacional de Salud Pública (SNSP) | 18 |
| Esquema N° 2. Constructo imaginario de un nuevo sistema de gestión de inversión pública para la salud comunitaria | 31 |
| Esquema N° 3. Línea argumental (a) | 32 |
| Esquema N° 4. Línea argumental (b) | 32 |
| Esquema N° 5. Línea argumental (c) | 33 |
| Esquema N° 6. Imagen conceptual-operacional-estratégica hacia la salud para todos | 54 |
| Esquema N° 7. La sociedad civil percibe buena calidad de vida en la comunidad..... | 57 |
| Esquema N° 8. Configuración en cascada del principio salud para todos..... | 63 |
| Esquema N° 9. Proceso de planificación participativa transversal | 64 |
| Esquema N° 10. Visión de un proceso de consulta presupuestaria para identificar las necesidades de inversiones para la salud local..... | 66 |
| Esquema N° 11. Propuesta transversal de gestión de presupuesto de salud comunitaria | 128 |

FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura N° 1. Visión estratégica de salud comunitaria, con planificación participativa, asignación de inversión pública y mejor calidad de vida | 16 |
| Figura N° 2. ¿Qué es un SINIP? | 24 |
| Figura N° 3. Problemas usuales en inversión pública..... | 24 |
| Figura N° 4. Causas típicas de los problemas | 25 |
| Figura N° 5. Líneas de especialización del programa de doctorado en Ingeniería de Proyectos..... | 30 |
| Figura N° 6. Determinantes de la salud, según Lalonde, M. | 43 |
| Figura N° 7. Los determinantes según Dalgren & Whitehead..... | 44 |
| Figura N° 8. El ASIS en el Perú | 49 |
| Figura N° 9. SINIP es un sistema administrativo..... | 55 |
| Figura N° 10. El ciclo de la inversión..... | 56 |
| Figura N° 11. El ciclo de proyecto..... | 57 |

ANEXOS

| | |
|---|-----|
| ANEXO A. CUADERNILLOS DE ENCUESTAS MEF, MINSA, CdeS | 151 |
| ANEXO B. CUADROS MEF, MINSA Y CdeS | 161 |
| ANEXO C. ENTREVISTAS..... | 164 |
| ANEXO D. PREGUNTAS ABIERTAS..... | 167 |

INTRODUCCIÓN

El análisis de la inversión pública en el sector salud es un tema de relevancia universal y muy complejo; sin embargo, no basta considerar el volumen total de la inversión, sino también su eficiencia, en virtud del grado de ineficiencia detectado en los sistemas actuales que regulan ambas variables en el entorno mundial, regional y local.

En la actualidad, la inversión pública de cada país de América latina es procesada por el Sistema Nacional de Inversión Pública (en adelante SINIP) y la salud por el Sistema Nacional de Salud Pública (en adelante SNSP), cuyos objetivos persiguen eficiencia, lo que, en suma, produce buenos proyectos que mejoran la calidad de vida de la población.

En tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), como entidad responsable de guiar a los gobiernos del mundo sobre los rumbos que deben seguir para mejorar los sistemas de salud, junto a organismos regionales como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (en adelante CEPAL) y el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (en adelante ILPES), que siguen de cerca el desempeño del SINIP en América latina, informan sobre problemas de ineficiencia de ambos sistemas, llamando a la reflexión sobre un problema que merece explorarse con miras a sentar las bases y fundamentos de una investigación futura más exhaustiva con mayor alcance.

La idea naciente de solución alternativa para contrarrestar las falencias de ambos sistemas encendió las alarmas sobre los SINIP y los SNSP, por mayor eficiencia y eficacia en el uso de las inversiones públicas para mantener la calidad y bienestar de la salud de la gente, generando la motivación de explorar un tema nuevo, analizando variables como “inversión pública” y “salud comunitaria”.

Esta tesis contiene una fuerte dosis de experiencia en la materia objeto de estudio y, en consecuencia, tiene una mirada que apunta hacia una nueva visión enmarcada en la investigación cualitativa, en la cual la salud del barrio, comunidad o pueblo sea producto de la acción participativa de la gente en la comunidad, al priorizar sus necesidades y preparar sus propios proyectos de salud comunitaria, dejando de ser simples invitados de piedra en el proceso de programación de inversión presupuestaria que anualmente administra y ejecuta el SINIP y el SNSP, respectivamente.

La citada visión se proyecta en el horizonte comunitario en el que la salud de la población es una de las necesidades apremiantes por atender. Así, en la siguiente figura (n.º1) se describe a la comunidad organizada, reunida, planificando estrategias y aprobando proyectos de salud local para ser incluidos en el presupuesto oficial del Estado y luego ser ejecutados por el mismo grupo comunitario de base en busca de mejorar los servicios de atención primaria, modernizar la infraestructura y alcanzar niveles de calidad de vida óptimos.

Figura N° 1. Visión estratégica de salud comunitaria, con planificación participativa, asignación de inversión pública y mejor calidad de vida



Fuente: Elaboración propia

La evolución del SINIP y el SNSP constituye el marco teórico y conceptual de apoyo para la presente investigación, por ser los referentes históricos que permiten el análisis sobre el comportamiento de la variable “inversión en el campo de la salud” y sobre los cuales esta investigación podrá esquematizar soluciones exploratorias, en calidad de proposición alternativa para futuras investigaciones.

Construir un estado del arte sobre investigación cualitativa implica confrontar los conocimientos propios con el saber acumulado presente en las fuentes documentales consultadas para identificar y evidenciar las pautas que conectan, diferencian y relacionan lo epistemológico, lo teórico, lo metodológico y lo instrumental presente en ellas. No busca homogenizar la producción que por naturaleza es heterogénea, su propósito apunta al reconocimiento y rescate de la pluralidad de enfoques, métodos, posturas y tradiciones presentes en la investigación cualitativa. (Galeano M., y Vélez O., 2002)

A lo largo de la investigación documental desarrollada, no se ha encontrado estudios que evalúen los efectos de la inversión pública en la salud comunitaria. Lo más reciente de la publicación especializada revisada, no reporta señales de estudios, artículos y noticias relacionando investigación científica sobre el tema, por lo que se puede afirmar que la presente investigación no cuenta con antecedentes asociados.

Partiendo de la premisa de abordar un tema novedoso, no estudiado con anterioridad, se asume el carácter exploratorio de la investigación para empezar a conocerlo y familiarizarse con el mismo, de tal forma que se precise mejor el problema que se intenta conocer, así como se aumente el grado de relación con fenómenos desconocidos para obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real y conocer los problemas que consideren cruciales los profesionales que manejan las inversiones de salud en el área del SINIP y el SNSP, dentro del distrito capital de la ciudad de Panamá, sitio escogido para el estudio.

En efecto, lo anterior es el reconocimiento de una situación donde se identifica un problema de ineficiencia en el uso de la inversión pública en la salud, el cual se irá examinando paulatinamente en función de múltiples declaraciones oficiales de funcionarios y autoridades responsables o vinculadas a la planificación, programación y ejecución presupuestaria de la inversión de la salud pública.

Como consecuencia, es válida la idea de examinar alguna nueva estrategia, para los SNSP, basada en planificar inversiones de salud desde el nivel comunitario en una perspectiva horizontal, con el concurso del SINIP. Así, se aporta al clamor de la OMS por la contribución ciudadana en aras de lograr equidad en una sociedad vulnerable.

Esta investigación se organiza de la siguiente manera: introducción; capítulo I. Marco de referencia, problemática, objetivos y pregunta de investigación; capítulo II. Marco teórico, descripción, relaciones entre variables y conceptos relevantes; capítulo III. Metodología de la investigación exploratoria de carácter cualitativa con uso de la herramienta de entrevista y énfasis en la acción participativa; capítulo IV. Caracterización y análisis de los datos de entrevistas y apoyo de encuestas; capítulo V. Extracto de opinión de funcionarios entrevistados; y el capítulo VI, que contiene las conclusiones más una serie de tareas futuras de investigación.

CAPÍTULO I

1 MARCO DE REFERENCIA

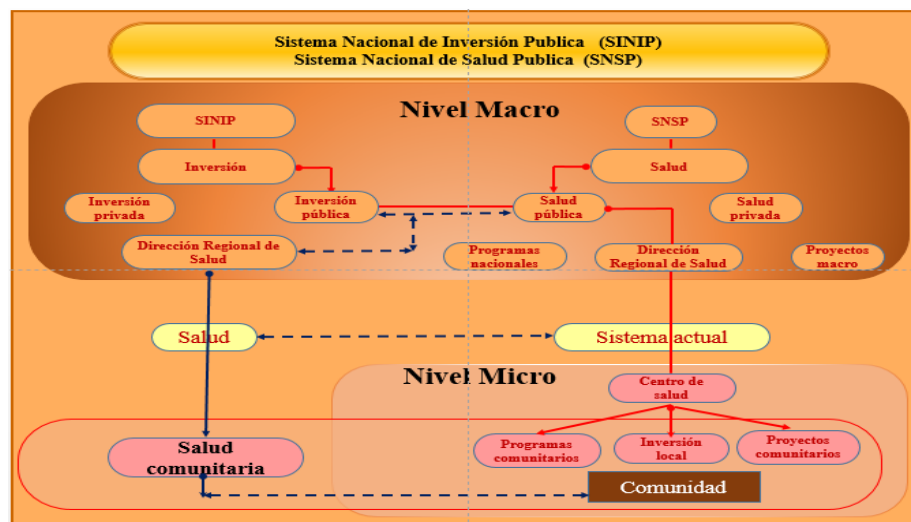
La presente investigación tiene la finalidad de conocer más a fondo las fallas por ineficiencia de la inversión pública asociada a programas y proyectos de salud comunitaria, desde la perspectiva de los SINIP y los SNSP en América latina.

Sobre el particular, la literatura disponible es rica y abundante en material bibliográfico de la inversión pública de gobierno, al igual que la salud por país; no obstante, la gran limitante radica en que la citada bibliografía asociada a la inversión pública para salud comunitaria es inexistente. Así considerada, esta información no existe, no se produce estadísticamente como registro de presupuesto de inversión y el caso panameño (por ser la unidad objeto de estudio) es la mejor evidencia sobre la ausencia de registro de partida oficial de presupuesto ley para hacer constar la inexistencia de proyectos de salud comunitaria.

Tal situación condujo la investigación a aplicar métodos alternativos de levantamiento de datos mediante técnicas de entrevistas y encuestas dirigidas aplicadas a funcionarios del MEF y el MINSA de la República de Panamá, y extendidas al personal de centros de salud de la región metropolitana.

A manera introductoria se presenta el esquema n.º1, ilustrativo de la representación conceptual de interacción entre el SINIP y el SNSP, donde opera la planificación central de la salud y donde nacen las principales causales de ineficiencia reconocidas por las autoridades nacionales y supranacionales. Muestra, en la parte inferior, a nivel micro, un apartado de salud comunitaria donde, a juicio del autor de esta investigación, tendrá lugar el diseño, dirección y gestión de la inversión pública para la salud comunitaria.

Esquema N° 1. Sistema Nacional de Inversión Pública (SINIP), Sistema Nacional de Salud Pública (SNSP)



Fuente: Elaboración propia

La atención de los servicios de salud normalmente atendidos por los gobiernos con recursos públicos es programada y alojada en el presupuesto anual del Estado a través del SINIP; no obstante, son recursos de inversión administrados por los SNSP del Estado, regidos por la institución ministerial o secretaría que determine cada país.

Para optimizar la inversión pública en salud y alcanzar mejores resultados sanitarios es necesario llevar a cabo una reestructuración técnica y conceptual del SINIP, incorporándole indispensables componentes de eficiencia social, calidad y solidaridad (Montenegro, 2007).

En esta dirección, la OMS estructuró una nueva definición de inversión en los siguientes términos:

“La inversión para la salud se refiere a aquellos recursos que se dedican explícitamente a la producción de salud y la ganancia de salud. Estos pueden ser invertidos por organismos públicos y privados, y por los ciudadanos, a título individual y de grupo. La inversión para estrategias está basada en el conocimiento acerca de los determinantes de la salud, siendo su objetivo conseguir un compromiso político para las políticas públicas saludables” (OMS, 1998, p.26.).

Los sistemas de salud de los países de Europa central y oriental están claramente menos desarrollados que los de los Estados miembros actuales, debido principalmente a la insuficiencia de recursos. Por este motivo, los problemas a los que se enfrentan son diferentes y es preciso ayudarles a mejorar la eficacia de sus sistemas de salud, además de estudiar las posibles repercusiones de la ampliación para la situación de la salud en los Estados miembros actuales (Europa, 1998).

En su mensaje sobre la salud en el mundo, la directora general de la OMS dejó un claro mensaje: “En un momento en el que el dinero escasea, mi consejo para los países es el siguiente: Antes de buscar de dónde recortar el gasto de la asistencia sanitaria, hay que buscar opciones que mejoren la eficiencia (OMS, 2010).

Lo anterior, que se ampliará con detalle en el marco teórico, permitirá ir presentando una visión holística de la salud comunitaria e ir conociendo cuán eficaz resulta la variable “inversión pública”, aplicada a programas y proyectos de salud comunitaria, como también su incidencia en el estado de bienestar de la población. Todo esto como corolario de inferir una situación anómala, que deriva de referencias tanto del SINIP como del SNSP.

Cada vez se habla más de salud integral. Parece que cada vez la población, los gobiernos, los expertos son más conscientes de que la salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona. Por eso todas las intervenciones en salud han de tener también una perspectiva holística, global, integral. Si

no fuera así, las profesiones humanas de salud se aproximarían a la práctica veterinaria sobre cuerpos humanos (Bermejo, 2015).

En referencia a la salud, el informe de la OMS de 1999 destaca que es necesario establecer sistemas de salud eficaces. En numerosas regiones del mundo los sistemas de salud están mal dotados para satisfacer las demandas actuales y menos todavía las que deberán afrontar en el futuro. Los problemas institucionales que limitan la eficacia del sector de la salud suelen ser comunes al conjunto de los servicios públicos de un país. Sin embargo, a pesar de su importancia, han sido desatendidos relativamente por los gobiernos y por los organismos de desarrollo.

Del evento 10 años de SINIP, uno de los expositores comentó lo siguiente:

“Antes de volar de Chile rumbo al Perú para este encuentro, me animé a preguntar ¿sabe usted qué es el sistema nacional de inversión en Chile? Se lo pregunté al taxista, a las chicas que me atendieron en la empresa aérea, al policía de migraciones, a mi compañero de vuelo, a la jefa de cabina... y descubrí que nadie lo conoce. Llegué al Perú e hice la misma pregunta a todos los que me encontré en el camino, sin que tampoco nadie supiera de qué le estaba hablando. **La conclusión es que el ciudadano común no conoce el SINIP, y eso es grave** (El resaltado es del autor). Los beneficiarios finales de la existencia de un SINIP debieran ser sus principales defensores, pero, si no lo conocen, ¿cómo podrían apoyar su existencia? Ahí ya tenemos una tarea pendiente” (Aldunate 2010).

Otro tema que, en resumidas cuentas, limita o afecta la efectividad del SINIP es la gestión central y el control de las decisiones sobre los proyectos que han de ejecutarse a nivel local, dejando sin expectativas ni motivación a quienes forman parte del quehacer de la salud día a día.

Es importante destacar que la gran mayoría de países mantiene en la actualidad el enfoque centralizador de la gestión gubernamental y los SINIP son parte de esta, como lo evidencia el caso chileno (Montenegro, 2007).

1.1 Antecedentes

Las bases en que se sustentan los actuales SINIP datan de hace muchos años, cuando un grupo de países comenzó sus esfuerzos en los años setenta, a través de la creación de sistemas nacionales de proyectos, mientras que otro grupo de países, en los años ochenta, siguió elaborando estas bases a partir de la implementación de bancos de proyectos, los cuales fueron básicamente concebidos como sistemas de información (Pacheco, 2010).

Hoy en día, las inversiones públicas se ejecutan en el marco de algún sistema de país, que regula el conjunto de normas, instrumentos y procedimientos comunes para el sector público y entidades del sector privado que

ejecuten inversión pública, mediante los cuales se relacionan y coordinan entre sí para preparar, evaluar, priorizar, financiar, dar seguimiento y ejecutar los proyectos de inversión pública, en el marco de las políticas, planes y programas de desarrollo (CEPAL/ILPES, 2008).

El riguroso seguimiento de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) a los SINIP en América latina, Centroamérica y el Caribe es permanente y, sin lugar a dudas, en el primer quinquenio de la década pasada, el énfasis del proceso de reforma y modernización del Estado y el análisis comparativo multivariado arrojó conclusiones interesantes.

“En resumen, al observar tanto las debilidades como las fortalezas que presentan los sistemas es posible concluir que la no aplicación de un modelo eficiente, eficaz y efectivo conducirá infaliblemente a una dilapidación de recursos tanto económicos como humanos y al resultante menoscabo del bienestar general de la población” (Pacheco F., Ortigón E., 2004).

Por otra parte, a nivel mundial un hito en la historia de la salud se registró durante la conferencia internacional sobre APS celebrada en Rusia, del 6 al 12 de septiembre de 1978, donde se proclamó la declaración de Almá-Atá. Allí se emite el siguiente considerando: “... la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo” (OMS, 1978).

Sumado a la rica experiencia en el campo laboral formulando programas y proyectos de inversión local con énfasis en salud local o comunitaria, esta tesis sigue la línea de pensamiento de que, dentro de estos sistemas con virtudes y defectos, la variable “inversión pública” ejerce un alto nivel de influencia en el producto esperado por los usuarios de los servicios de salud.

En consecuencia, es relevante conocer qué es un SINIP y qué un SNSP.

1.1.1 Sistema Nacional de Inversión Pública (SINIP)

El SINIP es un sistema para administrar a nivel nacional, con eficiencia y eficacia, las inversiones que realiza el sector público (CEPAL/ILPES, 2010).

Bolivia, uno de los primeros países que crea su SINIP mediante la ley 1178 (Gaceta Oficial de Bolivia, 1996), incluye entre sus objetivos principales:

- “lograr una eficiente asignación y administración de los recursos públicos destinados a la inversión, maximizando sus beneficios socio-económicos” y

- “asegurar una permanente coordinación y complementación entre el SINIP, el Sistema Nacional de Planificación y los otros sistemas establecidos en la mencionada ley 1178”.

En Panamá se creó el SINIP mediante decreto ejecutivo 148, de 2001; para entonces países de la región ya contaban con avances y experiencia significativa en el ejercicio operativo de la programación presupuestaria y ejecución sistematizada y ordenada con tecnología informática.

La mirada de la inversión pública dirigida al desarrollo regional y local, es un enfoque descentralizador que cobra impulso en muchas latitudes del planeta, pero, en esta tesis, apunta hacia la salud comunitaria, como una herramienta eficaz de fortalecimiento de hacer buenos proyectos para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la gente en su comunidad.

En el evento en Lima, Perú, de julio 2010, sobre los 10 años de SINIP y retos hacia el 2021, Máximo Torero, expuso: “Priorizar las inversiones para el desarrollo regional y local”.

Hay zonas críticas de alta pobreza, con escaso potencial y escasa eficiencia. En estas zonas no vamos a poder realizar proyectos con el sector privado. En estas tenemos que usar transferencias, sean directas o condicionadas. Aquí es donde debemos priorizar en programas de redes sociales, de transferencias condicionales y de alimentación escolar. Otras zonas tienen alta pobreza, baja eficiencia pero alto potencial agrícola. Acá hay oportunidades, pues la gente tiene capacidad de producir. El asunto es ver cómo se puede mejorar la eficiencia (Torero M., 2010).

1.1.2 Sistema Nacional de Salud Pública (SNSP)

En su informe anual 2009, la directora de la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) opinó: “Los sistemas de salud están diezmados por los costos elevados y las ineficiencias, y tienen dificultad para responder a los grandes cambios de las tendencias epidemiológicas y demográficas. Los presupuestos sanitarios nacionales están permanentemente subfinanciados, a pesar de la aceptación generalizada del mensaje de Alma-Atá de que la promoción y la protección de la salud son esenciales para el desarrollo social y económico sostenido y para una buena calidad de vida” (Periago, 2009).

Esta investigación presta atención a los sistemas de salud de países que, por razones geopolíticas, económicas y sociales, guardan similitudes con Panamá y permiten conocer por parte de la OMS su situación, problemas y desafíos, con énfasis en los mecanismos de asignación de recursos de inversión destinados a mejorar los servicios de salud a nivel local.

En la revisión realizada a los informes de la OMS, se ha observado de forma general que sus apreciaciones sobre el avance de los países en materia de salud muestran avances importantes de alto impacto,

trascendencia y relevancia, pero también anotan las debilidades, ineficiencias y baja calidad de los servicios de salud.

Hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario. “Las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen” influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad (OMS, 2010).

1.2 Planteamiento del problema de investigación

Los antecedentes descritos nos revelan la existencia de un problema latente de ineficiencia e ineficacia alrededor de los sistemas de inversión pública, lo mismo que los sistemas de la salud. La recurrencia es ratificada por organismos, gobiernos, agencias no gubernamentales, asociaciones médicas y particulares que, en forma directa e indirecta, declaran la necesidad e importancia de lograr correctivos dirigidos al nivel regional y local. La relevancia de esta situación es la procedencia de las declaraciones por parte de organismos de primer orden mundial como CEPAL/ILPES y OMS/OPS.

Las alertas sobre los SINIP y los SNSP por mayor eficiencia y eficacia en el uso de las inversiones públicas indiscutiblemente consolidaron la motivación de explorar un tema nuevo, analizando variables como “inversión pública” y “salud pública” al concebir problemas estructurales detrás de los sistemas nacionales de inversión pública para salud comunitaria”.

El hecho por parte de organismos regionales como la CEPAL, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y los sistemas de salud pública por parte de la OMS/OPS revela el reconocimiento de una problemática integral de muchos años que limita los avances y progresos esperados en una multiplicidad de esfuerzos.

El caso argentino se puede explicar debido a la implementación de un sistema de inversiones que no funcionó adecuadamente y a problemas estructurales y metodológicos que impidieron su institucionalización (Pacheco, 2010).

Los SINIP en Latinoamérica han atravesado durante casi cuatro décadas un proceso de implementación gradual que considera importantes éxitos, pero donde también se lamentan serios retrocesos (Pacheco, 2010).

Otra intervención en el marco de la celebración de los 10 años de SINIP y retos hacia el 2021 en Lima, Perú, en 2010, fue la de la “mejora de la eficiencia de la inversión pública en el Perú”. Un segundo punto que es necesario destacar, porque constituye un gran cambio, es la descentralización de la inversión. En 2003, menos de un tercio de los recursos de inversión pública se ejecutaban en forma descentralizada; hoy, estos alcanzan

los dos tercios. Este aspecto va de la mano con el proceso de descentralización, entre cuyas ventajas se cuentan la cercanía con los usuarios y una mayor rendición de cuentas” (Jaramillo, 2010).

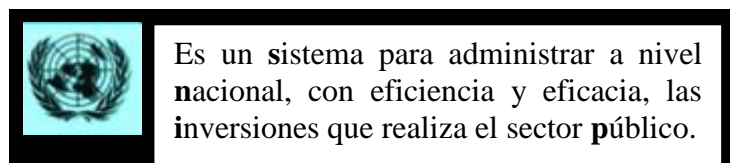
La experiencia latinoamericana acerca de la evolución de los SINIP viene cultivando grandes experiencias y así lo corroboran muchas publicaciones, que, sin demeritar los aciertos, reconocen falencias y causas que, de manera reiterada, acusan recibo de organismos multilaterales, bilaterales, entidades de gobierno, ONG y especialistas.

La inversión pública es una herramienta de prioridad para el desarrollo, pero los gobiernos, como tomadores de decisiones, están obligados a consolidar presupuestos que respondan a las prioridades nacionales establecidas en los planes de desarrollo de cada país. Así, en la medida en que los SINIP generen valor agregado a los presupuestos de gobierno, se convertirán en los referentes para las decisiones de inversión.

Como producto del monitoreo y evaluación del SINIP, por parte de CEPAL/ILPES, a nivel regional durante la última década, existen estudios que describen la problemática que atraviesan los SINIP en el cumplimiento de los objetivos para los cuales fueron creados. Al respecto, esta presentación en Microsoft Office PowerPoint que la CEPAL colgó en internet relativa al SINIP, enumerando los problemas usuales que enfrentan la inversión pública y sus causas.

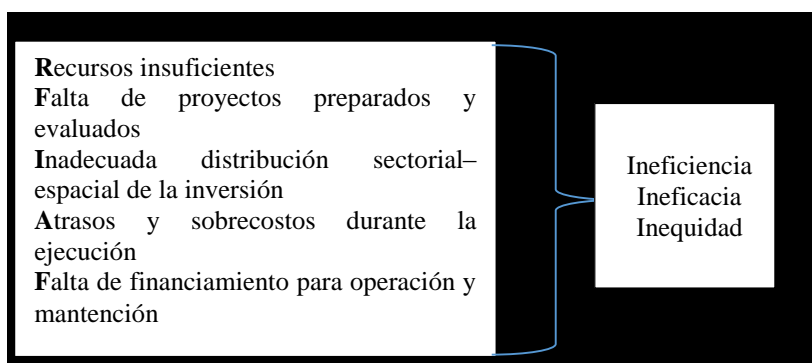
A manera ilustrativa se reproducen tres imágenes del citado documento en las figuras n.º 2, n.º 3 y n.º 4, cuyo contenido es explicado a la luz del planteamiento del problema.

Figura N° 2. ¿Qué es un SINIP?



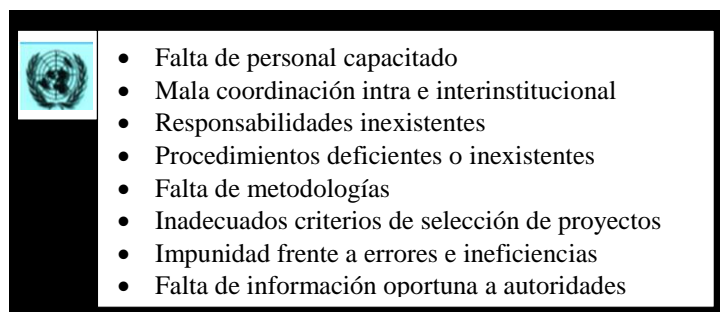
Fuente: SINIP, diseño, monitoreo y evaluación. La experiencia latinoamericana y metaevaluación en sistemas nacionales de inversión pública por su alta relevancia

Figura N° 3. Problemas usuales en inversión pública



Fuente: SNIP, diseño, monitoreo y evaluación. La experiencia latinoamericana y metaevaluación en sistemas nacionales de inversión pública por su alta relevancia

Figura N° 4. Causas típicas de los problemas



Fuente: SNIP, diseño, monitoreo y evaluación. La experiencia latinoamericana y metaevaluación en sistemas nacionales de inversión pública por su alta relevancia

Un problema de ineficiencia declarado al más alto nivel por la CEPAL (figuras n.º 2, n.º 3 y n.º 4) detalla las falencias del SINIP a nivel latinoamericano; en consecuencia, el proceso de gestión, programación y ejecución de inversión pública no cumple con el objetivo central de creación del sistema, que es hacer eficiente la inversión pública como medio de respuesta a las necesidades de la población.

Adicional, de acuerdo a la publicación serie manual n.º 64, **Meta evaluación en sistemas nacionales de inversión pública**, del mismo organismo, algunas conclusiones relevantes al tema dicen:

- En la mayoría de los países de la región no existe una cultura de proyectos consolidada.
- Los presupuestos destinados a inversión pública son más bien históricos y no responden a una selección y priorización.
- Los SINIP constituyen la forma en la que confluyen las voluntades políticas de los Estados.
- Se hace imperativo mejorar la calidad evaluativa de las políticas y programas públicos, potenciando, enmendando y mejorando todas las deficiencias metodológicas que se puedan advertir.
- Los SNIP no han cumplido cabalmente con la función de respaldar con mejor información la toma de decisiones de inversión en el Estado.
- Para generar una mejora real en la evaluación de la inversión pública, se necesita avanzar en muchos aspectos, como voluntad política, cultura de proyectos, disminuir la rigurosidad administrativa en los procesos de aprobación, transparencia y acceso a información de la ciudadanía, autonomía y descentralización (Pacheco, 2010).

En cuanto a salud, los Estados miembro de la OMS se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar.

Este objetivo se definió en el informe de 2010, titulado “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”, en el cual se sostiene que los gobiernos se enfrentan a tres cuestiones fundamentales en su lucha por alcanzar este objetivo: cómo se tiene que financiar dicho sistema sanitario, cómo pueden proteger a las personas de las consecuencias financieras de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios y cómo pueden fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles (OMS, 2010).

En la misma dirección, surge la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa, Canadá, el 21 de noviembre de 1986, que plasmó entre una de sus estrategias “el reforzamiento de la acción comunitaria”.

“La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos”. El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera” (OMS, 1986).

Dos décadas después de Almá-Atá, surge la cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, República de Indonesia, del 21 al 25 de julio de 1997, siendo la primera en celebrarse en país en vías de desarrollo con facultades para reconsiderar los factores determinantes de la salud y afrontar la dificultad de liberar el potencial de promoción de la salud inherente a muchos sectores de la sociedad en las comunidades locales y dentro de las familias, para lo cual señala las prioridades para la promoción de la salud en el siglo xxi, reconociendo la necesidad de nuevas respuestas para combatir las amenazas nacientes.

Existe una obvia necesidad de cruzar los límites tradicionales dentro del sector público, entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y entre los sectores público y privado. La cooperación es fundamental. En la práctica, esto exige la creación de nuevas alianzas estratégicas para la salud en pie de igualdad entre los diferentes sectores de todos los niveles de gobierno de las sociedades (OMS, 1997).

Dos de las cinco prioridades identificadas en la citada declaración, para la promoción de la salud, guardan relación con la idea central que aspira estructurar esta investigación como producto del cúmulo de opiniones rescatadas de entrevistas y cuestionarios a los funcionarios.

La primera: aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.

En muchos países, la inversión actual en salud es insuficiente y a menudo ineficaz. El aumento de la inversión en el desarrollo de la salud exige un enfoque verdaderamente multisectorial, que comprenda más recursos para los sectores de educación, vivienda y salud. Una mayor inversión en salud y la reorientación de la existente, en las esferas nacional e internacional, puede fomentar mucho el desarrollo humano, la salud y la calidad de la vida.

La segunda: ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo. La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona para obrar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud.

Posterior a Yakarta tiene lugar la quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud “Hacia una mayor equidad”, México, 2000, donde persistieron los retos.

En esta se volvió a expresar, en referencia al título de la conferencia, que para esto necesariamente se implicaba más debates sobre los métodos y las medidas eficientes y eficaces que pudiesen usarse apropiadamente para evaluar las estrategias pertinentes de promoción de la salud para la sociedad.

En el fondo, podemos afirmar que, al remarcar ineficiencia de los SNSP, algunos problemas usuales en salud pública señalados por la OMS son los siguientes:

- La falta de conciencia de las personas respecto de su propia salud, al no ser responsables de su propio desarrollo individual y colectivo.
- Los sistemas de salud están diezmados por los costos elevados.
- Los presupuestos sanitarios nacionales están permanentemente subfinanciados.
- Baja calidad de los servicios de salud.
- Los factores político-administrativos dan cuenta de un sistema de planificación de salud central con problemas de baja colaboración.
- La centralización de la inversión de la salud repercute en las decisiones de aprobación de los proyectos de salud, falta de voluntad política para viabilizar la administración autonómica de los centros de salud y el tema de la fuga de talentos.

1.3 Justificación de la investigación

Para esta investigación es necesario preocuparse por el problema de la ineficiencia, en razón de la relevancia social expuesta por los principales organismos rectores de los sistemas de inversión pública y salud a escala mundial, lo cual conduce a explorar nuevos conocimientos sobre alternativas de programación, manejo, control y ejecución de partidas de inversión para la salud comunitaria.

Los sistemas latinoamericanos se caracterizan por una amplia fragmentación en la provisión y financiación de los servicios de salud, con grandes fallas de coordinación entre subsistemas. El MINSA, con fuertes limitaciones presupuestarias, amplia capacidad instalada y bajo nivel de eficiencia, tiene como funciones no solo proveer servicios propios a grupos de ingresos menores, sino también garantizar mediante estructuras regulatorias la prestación de servicios por parte de las instituciones que conforman la estructura de seguridad social y el subsistema privado.

Por otro lado, en términos generales, la presencia de un sistema público centralizado y de amplia cobertura, como en el caso de las naciones de Europa, se enfrentan con un desafío: mantener un umbral de calidad de sus servicios, lo que requiere mayor inversión en el sector o dar paso al desarrollo de un sector privado que opere con un diferencial de calidad, ofreciendo servicios o seguros complementarios. A fin de evitar que esta incorporación afecte la eficiencia de los esquemas de aseguramiento o la equidad en la provisión, es necesario desarrollar salvaguardas regulatorias, desafío que fue tomado por las autoridades sanitarias de las cuatro naciones consideradas como ingrediente fundamental de sus planteos de reforma durante los noventa, conjuntamente con la descentralización (Maceira, 2007).

Es una situación que entraña problemas de carácter estructural a nivel gubernamental, dentro de dos sistemas vinculantes que tienen por finalidad la gestión, la formulación, la programación presupuestaria y la ejecución de inversiones de salud; y esta investigación examina ideas y opiniones que permitan explorar una propuesta viable o alternativa capaz de mejorar la salud de la gente en su comunidad, en particular la de una ciudadanía comprometida directamente con el quehacer de la inversión pública para la salud comunitaria, en centros de salud o unidades de salud comunitaria.

Ante un problema declarado y subsistente, la búsqueda de solución es de carácter permanente de parte de todas las instancias responsables del manejo operacional de los sistemas de salud e inversión pública. La diferencia y novedoso del caso está en el enfoque investigativo, donde se aborda un tema vinculante que presenta una situación problemática con un denominador común que sale a flote por dos vías, denotando una raíz de dos cabezas cuando en realidad es una causa común en dos dimensiones: el área financiera —donde tiene lugar el manejo de la inversión pública— y el área sanitaria —donde se atiende la salud de la población.

Si este tema no es atendido o se investiga a fondo y no se toman los correctivos necesarios, no existe la menor duda de que los alcances de metas y objetivos de los países seguirán cuestionados en sus logros. En consecuencia, esta tesis doctoral brinda una luz exploratoria sobre un nuevo enfoque de los alcances de la inversión pública, con una visión orientadora que potencia las posibles prioridades de organismos dedicados a investigar en profundidad temas de interés social en áreas de salud comunitaria.

1.3.1 La pregunta de investigación

Tomando en consideración el problema y su planteamiento, la pregunta que motiva, origina y da sentido al esfuerzo de investigación de esta tesis es *¿Cómo puede un Estado prestar un servicio de salud eficaz para contribuir a mejorar el bienestar de la gente en su comunidad?*

Esta investigación, exploratoria, prepara el camino para futuras investigaciones; se trata de un proceso continuo que busca dejar huellas que permitan delimitar con mayor precisión el tema y establecer preferencias para posteriores investigaciones. Esta es la pregunta que da fuerza a la investigación, orienta la metodología a seguir, guía los procedimientos y con base en este se concluye.

En resumidas cuentas, el enunciado holopráxico encierra el interés de la investigación y permite dejar en claro nuestra intencionalidad a futuro respecto de una visión estratégica novedosa.

1.3.2 Visión orientadora

El programa de doctorado en Ingeniería de Proyectos pretende establecer conceptos y metodologías de trabajo que faciliten la consideración de los factores: medioambiente, seguridad, calidad y necesidad de información y comunicación, en las diferentes etapas de los proyectos de ingeniería. El programa presenta diferentes factores que condicionan la viabilidad de las soluciones proyectuales, bajo criterios más amplios que los tradicionales de costo y plazo.

El objetivo principal de un proyecto es satisfacer las necesidades de la población o de los clientes, perturbando lo menos posible el entorno, en el más amplio sentido del término, el cual engloba al hombre, la naturaleza y las estructuras socioeconómicas. Conseguir este objetivo con los mínimos recursos es una de las misiones de la gestión integrada de la calidad, la seguridad y el medioambiente, por lo tanto, la columna axial de la propuesta curricular de este programa doctoral ilustrado en la página web de la UTP.

Su trazado, enmarcado en líneas de especialización, delimita un campo proyectual donde la ingeniería de proyectos interactúa con disciplinas sociales, económicas, etcétera. Así lo deja ver el programa que adoptó la Universidad Tecnológica de Panamá (en adelante UTP) en convenio con la Universidad Politécnica de Cataluña en adelante (UPC)

Figura N° 5. Líneas de especialización del programa de doctorado en Ingeniería de Proyectos



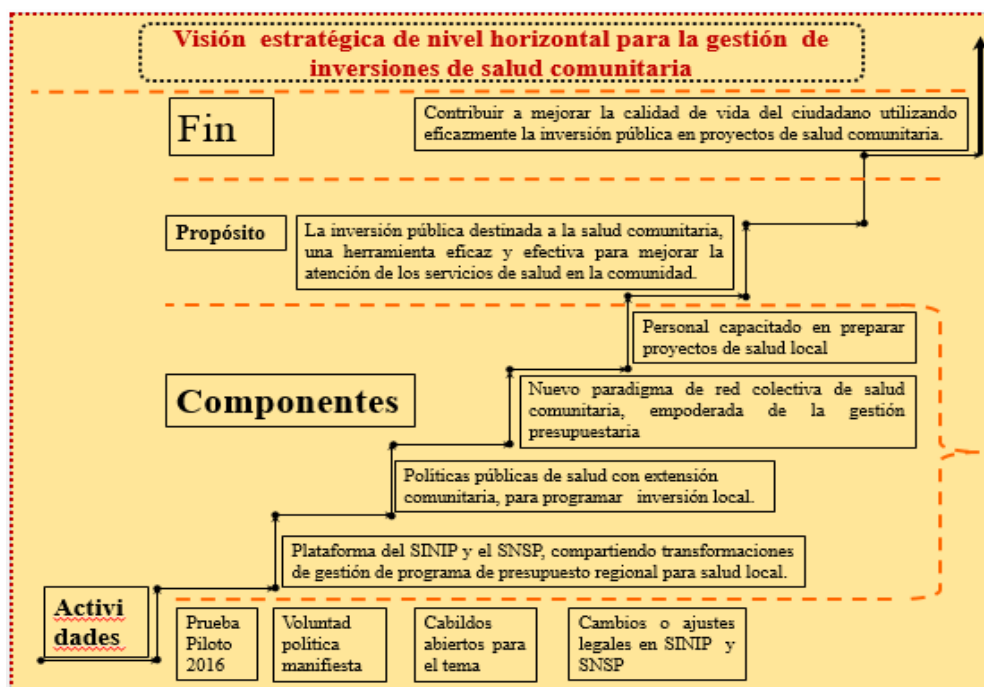
Fuente: Página web de la UTP, 2014

La amplitud interdisciplinaria de este doctorado, según muestra la figura n.º 5, es la plataforma óptica de círculos concéntricos que sostienen la imagen objetivo de una relación intersectorial que ligada al tema de estudio, coincide con algunos factores determinantes de la salud que amplían la gama de opciones temáticas susceptibles de estudio científico, que permite enlazar y mezclar algunas entre sí, estructurar entrevistas acompañada de cuestionarios dirigidos por grupos selectivos, obtener resultados exploratorios que como hallazgos novedosos definen nuevos temas, argumentos y futuras hipótesis de trabajo.

Esta coyuntura programática, es el soporte de una línea argumental que ha conducido a la decisión de iniciar esta investigación exploratoria, la cual se puede sintetizar y esquematizar de la siguiente forma:

Conocer sobre el tema de ineficiencia que pesa sobre los sistemas nacionales de inversión y salud pública comentada como parte del planteamiento del problema de la presente investigación, que ha dado lugar a presentar un constructo imaginario de una visión estratégica que aspira mejorar la calidad de vida del ciudadano. Para tal propósito el siguiente esquema n°2 modela una visión orientadora que tiene como finalidad mejorar la Atención Primaria de Salud, mediante el uso eficaz de la inversión pública.

Esquema N° 2. Constructo imaginario de un nuevo sistema de gestión de inversión pública para la salud comunitaria

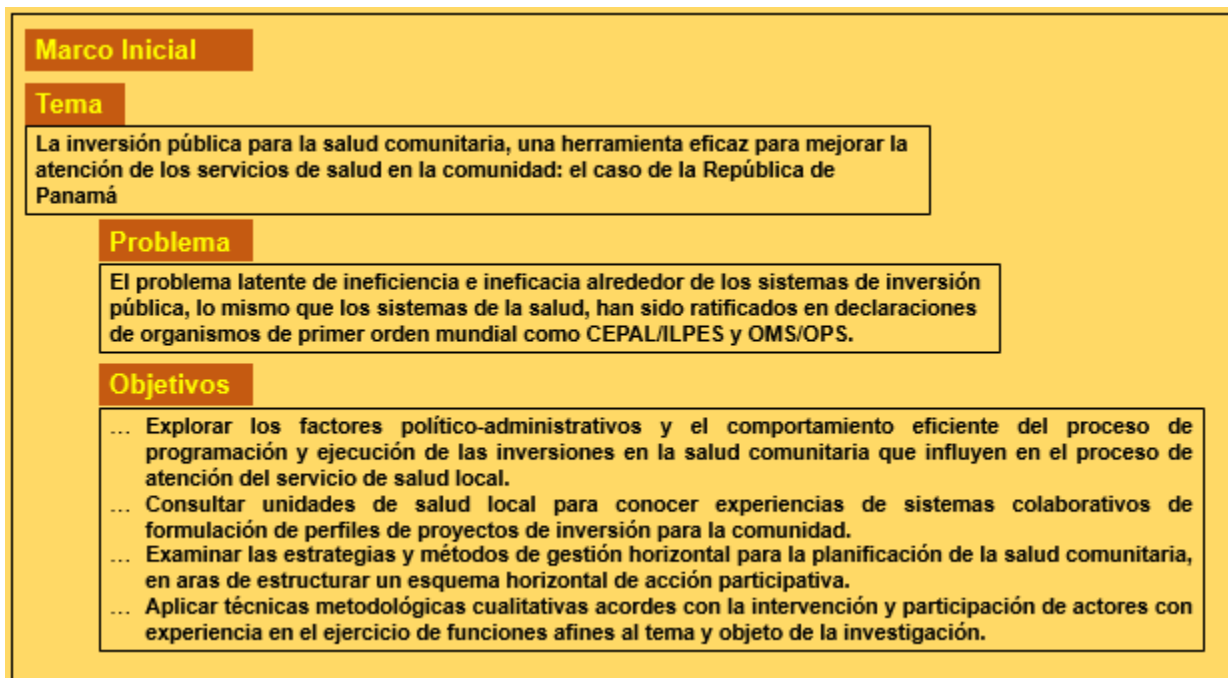


Fuente: Elaboración propia

Esta línea argumental nos orienta desde el inicio a estructurar el marco conceptual de un tema que busca explorar la situación de una comunidad que en el ejercicio de su actividad laboral, en su rol de beneficiario, en función de autoridad local y en calidad de miembro de la propia comunidad participan de la planificación y programación de la salud comunitaria, compartiendo fortalezas y oportunidades que ofrece el SINIP y el SNSP, en aras de encontrar nuevos esquemas transversales de atención primaria de salud, con acción participativa y el fin de mejorar la salud de todos.

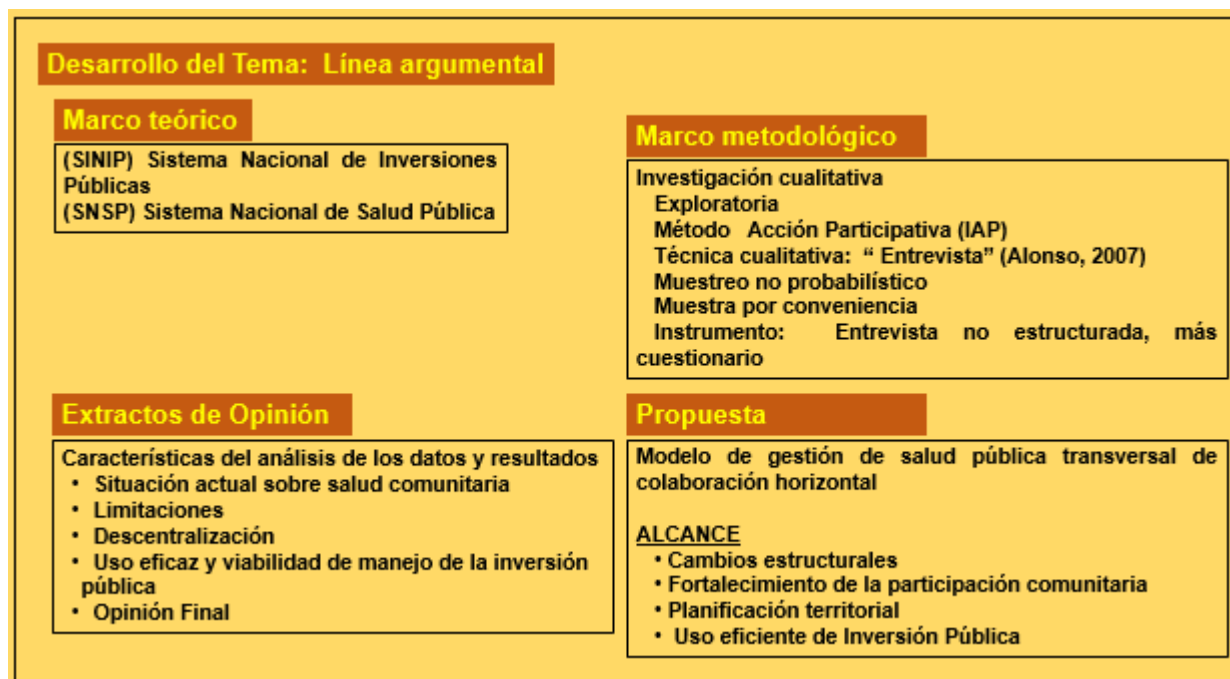
La línea argumental contempla antecedentes relativos al tema objeto de estudio, nos conduce en la identificación del problema tras un planteamiento categórico de revisión y análisis de las variables intervinientes, que forman parte alícuota del entorno conceptual de SINIP y el SNSP. Desde allí es posible justificar, formular los objetivos específicos y proporcionar un amplio conjunto de datos teóricos de gran utilidad comparativa con otros países, para luego encuadrar los aspectos metodológicos en la investigación cualitativa, en función del rol participativo de los funcionarios de salud local, las autoridades locales y los miembros de la propia comunidad compartiendo fortalezas y oportunidades

Esquema N° 3. Línea argumental (a)



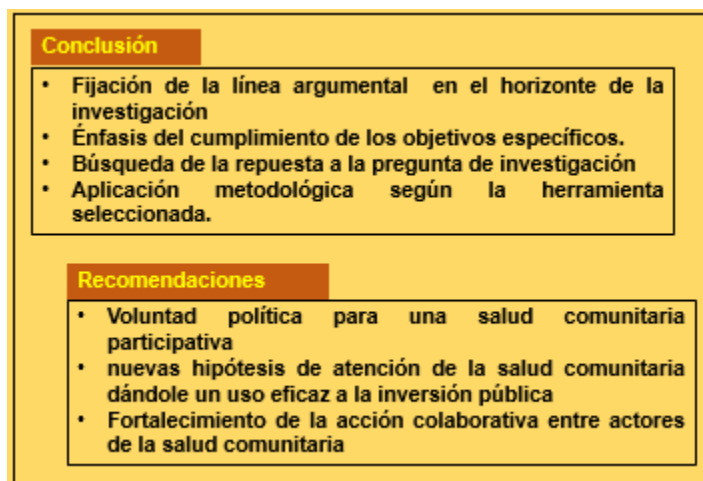
Testimonios y respuestas abiertas se convierten en los aportes de primera línea de la presente investigación y son la base para el análisis, conclusiones y tareas que pretende dejar como legado a las futuras generaciones interesadas por nuevas líneas de investigación que pone a disposición la carrera de ingeniería de proyectos.

Esquema N° 4. Línea argumental (b)



Siguiendo la línea argumental, se utilizó la entrevista como herramienta de captura de información confiable y verás de parte de los funcionarios del gobierno involucrados en la gestión de la programación de presupuesto de inversión pública. Los informantes produjeron importantes opiniones de muy grueso calibre apropiadas para extraer conclusiones y recomendar tareas futuras a las entidades rectoras del SINIP y SNSP, además del interés que algunos gobiernos o particulares muestren por el tema.

Esquema N° 5. Línea argumental (c)



El efecto resultante de la línea argumental se percibe una vez finalizado el análisis de datos, cuando se abre el capítulo V de “Alcance y Extractos de Opinión Exploratorios” que contiene el punto 5.6.1. “Visión Estratégica”, que es la respuesta trazada desde la visión orientadora de pasos coordinados para llegar a resultados esperados; mismos que aparecen como resumen en la tabla n°4 de cifras significativas de extracto de opinión y datos de encuesta, cuya finalidad es guiar al lector a través de los elementos más importantes que conducen a concluir y recomendar la propuesta concebida desde el inicio. [\(Ir\)](#)

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Estructurar una propuesta de lineamientos para mejorar el proceso de gestión, formulación, programación y ejecución de las inversiones públicas para la salud comunitaria, derivado del proceso de consulta con los funcionarios involucrados en el ejercicio de la programación de inversiones públicas.

1.4.2 Específicos

- ❖ Explorar los factores político-administrativos y el comportamiento eficiente del proceso de programación y ejecución de las inversiones en la salud comunitaria que influyen en el proceso de atención del servicio de salud local.

- ❖ Consultar unidades de salud local para conocer experiencias de sistemas colaborativos de formulación de perfiles de proyectos de inversión para la comunidad.
- ❖ Examinar las estrategias y métodos de gestión horizontal para la planificación de la salud comunitaria, en aras de estructurar un esquema horizontal de acción participativa.
- ❖ Aplicar técnicas metodológicas cualitativas acordes con la intervención y participación de actores con experiencia en el ejercicio de funciones afines al tema y objeto de la investigación.

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

El informe de la OMS de 2000 define un sistema de salud como el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos que se destinan a producir “acciones de salud”, es decir, todos aquellos esfuerzos cuyo propósito sea promover, restaurar y mantener la salud (Maceira, 2007).

La declaración de Almagro representa una revolución del pensamiento en salud, que promueve cambios políticos y técnicos en la asignación de recursos, porque expone que la salud es un derecho humano fundamental, que las desigualdades en salud entre y dentro de los países son política, social y económicamente inaceptables; reconoce la relación entre salud y desarrollo, el derecho y el deber que tiene el pueblo de participar en la planificación y aplicación de la atención en salud; y llama a la acción urgente de los gobiernos, el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial a sumarse a la atención primaria de salud (en adelante APS), para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (Nervi, 2007). La simbiosis inversión pública – salud comunitaria, impone una búsqueda relativa de aproximaciones conceptuales que caracterice el comportamiento paradigmático de ambas variables, desde la hermenéutica de la salud con la finalidad de comprender los hechos humanos teniendo en cuenta el contexto socio histórico en el que ocurren. El tema de la salud desde una perspectiva global permite limitar su radio de acción por región en el mundo en función de factores propios de países o regiones continentales como fuere el caso de los Estados Unidos cuyo nivel local de prestación de servicio de salud se practica bajo el sistema de salud privada. Igual sucede en Europa en la mayor parte de los países de corte capitalista, mientras en África y Asia la práctica de la salud es un laberinto de sistemas que en su mayoría practican esquemas combinados pero en esencia modelos de participación comunitaria, colectiva o asociativa entre gobierno local, población y unidad de salud local.

Determinar la relevancia y pertinencia de una estrategia de evaluación de la salud en distintos subsistemas de salud es una tarea que nos conduce al reconocimiento de muchos paradigmas que han evolucionado y marcado hitos sobre la salud en el mundo, llegando los últimos tiempos a experimentar modelos de atención, promoción y participación de la población en colaboración con las autoridades de salud local.

En 2005, el Ministerio de Salud de Canadá elaboró una Estrategia de Evaluación de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud (APS). Con vistas al desarrollo de un marco de evaluación útil para determinar y comparar el desempeño de la Atención Primaria de Salud en Latinoamérica, en 2006 se analizó la relevancia y pertinencia de la aplicación de dicha estrategia en escenarios latinoamericanos. En este contexto, expertos comprometidos con el desarrollo de la APS en, Latinoamérica reformularon la estrategia de evaluación canadiense, (Yavich N, et al. 2010).

Desde entonces, son muchos los paradigmas que han evolucionado y marcado hitos sobre la salud en el mundo, llegando los últimos tiempos a experimentar modelos de participación de la población en colaboración con las autoridades de salud local; en consecuencia, a falta del estado del arte de la presente investigación, lo propio es seguir la evolución del marco teórico de cada variable y en especial la salud que desde la óptica y perspectiva comunitaria ha sido influenciada con múltiples propuestas de acción dirigidas a mejorar el bienestar y calidad de vida de la población.

2.1 El rol de la inversión pública en salud

2.1.1 Inversión para la salud

En un contexto en el cual se busca un desarrollo económico y social sostenido y estable en el tiempo, los gobiernos de la región deben asignar sus recursos de manera óptima con el fin de dotar a sus proyectos de la eficacia y la eficiencia necesarias para capitalizar al máximo las potencialidades de cada país (Pacheco, 2010).

La Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) ya se hace eco de las inquietudes de la OMS y publica la necesidad de invertir en investigaciones para avanzar hacia la cobertura universal de salud, sostenida en el informe anual 2013: “Investigación se hace en todo el mundo, pero lo que queremos destacar es que la investigación se necesita en los países de renta baja, no solo en los de renta alta, porque los países de bajos ingresos tienen muchos problemas específicos que precisan resolver” (OMS, 2013).

Es una declaración que sugiere a los países mayor investigación en el tema de la salud, una propuesta global de cobertura universal donde los países pobres inviertan en investigaciones sobre su realidad de salud; aunque la realidad estructural de los grandes países manejan esquemas centralizados de profundas raíces político, jurídico, que no necesariamente responderán a la idea de una propuesta con regulación fiscal. Por ejemplo, el sistema de salud canadiense y su financiamiento, una investigación de campo cuyo objetivo principal fue identificar algunas de las virtudes y limitaciones de un sistema de salud que se considera uno de los más eficientes, eficaces y equitativos en el mundo. “En Canadá, la atención de salud es proporcionada por un sistema nacional de cooperación financiado conjuntamente por los proveedores de seguros de salud públicos y privados, los usuarios del sistema y el gobierno. Debido a que la Constitución canadiense delega la responsabilidad de la atención de salud a los gobiernos provinciales y territoriales, de hecho hay 12 sistemas de salud interconectados, cada uno correspondiente a una de las 10 provincias y dos territorios (Yukón y el Norte Territorios oeste), además de un sistema de jurisdicción federal. (Solórzano F., 1997)

Al asumir la metodología cualitativa en el desarrollo de la presente investigación y valorar la participación de la gente involucrada en el tema, de manera intencional, se escogió la técnica de la acción participativa, con la finalidad de captar el punto de vista, motivaciones, intenciones y expectativas que los planificadores,

programadores y gestores de inversión de la salud otorgan a los proyectos de inversión de salud que emergen del entorno sociocultural comunitario.

2.1.2 *Conocimiento sobre la salud*

Esta tesis toma el conocimiento de salud pública a partir de la aparición de la OMS en julio de 1946 como organismo de las NU, como fuente especializada en los aspectos relacionados con la salud.

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las NU. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. En el siglo xxi, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales (OMS, 2014).

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Almá-Atá, el 12 de septiembre de 1978, fue la respuesta que el conjunto de naciones propuso como vía para alcanzar salud para todos en el 2000, a través de la estrategia de la APS. Esta misma estrategia pasó a formar parte integral del sistema nacional de salud y representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad. Sin embargo, los sistemas de salud en el mundo entero no han logrado avanzar a la velocidad de cambio que imponen las necesidades sentidas por las poblaciones en los países industrializados y mucho menos en los países pobres.

Esta conferencia declara en los considerando iv, v y vi que

- *“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.*
- *”Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.*
- *”La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías proactivos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar” (OMS, 1978).*

Así, desde aquel momento quedó el legado de la segunda recomendación, que a la letra dice: “Recomienda que los gobiernos estimulen y aseguren la plena participación de la comunidad mediante la difusión eficaz de la información pertinente, el incremento de la alfabetización y el establecimiento del marco institucional

necesario que permita a los individuos, las familias y las comunidades hacerse responsables de su salud y bienestar” (OMS, 1978).

Diez años después, tiene lugar la conferencia de Ottawa, en Canadá, donde la toma de conciencia de múltiples fallas durante los últimos 20 años fue siempre el punto de partida de varios intentos para hallar el curso de acción más apropiado; y en Europa, este esfuerzo se expresó en la estrategia regional de salud para todos, adoptada por 32 países en 1984.

En este orden de ideas, basta revisar la segunda edición del Glosario para la promoción de la salud, donde se destaca en materia económica y financiera una nueva definición de ‘inversión’ en los siguientes términos: “La inversión para la salud se refiere a aquellos recursos que se dedican explícitamente a la producción de salud y la ganancia de salud. Estos pueden ser invertidos por organismos públicos y privados, y por los ciudadanos, a título individual y de grupo” (OMS, 1998).

Pero el glosario en mención, presentado durante la declaración de Yakarta, en 1997, significó para la OMS una herramienta para el desarrollo de estrategias y acciones prácticas de promoción de la salud con el rigor suficiente para evaluar su eficacia. Sin menoscabo de la interpretación que cada país le ha dado al tema de la salud dependiendo de sus características sociales y económicas y del grado de desarrollo de su sistema sanitario.

Este glosario contempla las estrategias de salud desde la aparición de la OMS en 1948 y del cual se ha organizado la tabla n.º 1, que condensa y enlista las estrategias de forma gráfica y resumida.

Tabla N° 1. Glosario de promoción de la salud, principales estrategias desarrolladas por la OMS en el mundo entero a partir de la declaración de Almá-Atá, 1978

| Glosario de promoción de la salud: Sección I: Lista de términos básicos | | | |
|--|----------------------------------|---|---|
| N.º | Estrategia | Evento/año | Explicación |
| 1 | Salud | Constitución de la OMS de 1948 | Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. |
| 2 | Atención primaria de salud (APS) | Declaración de Almá-Atá, OMS, Ginebra, 1978 | La APS es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. |
| 3 | Salud para todos | OMS, Ginebra, 1984 | La consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva. |
| 4 | Promoción de la salud | Carta de Ottawa, Ginebra, 1986 | La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. |
| 5 | Salud pública | Informe Acheson, Londres, 1988 | La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. |
| 6 | Política pública saludable | Conferencia de Adelaida, Ginebra, 1988 | Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. |

Tabla N° 1. Glosario de promoción de la salud, principales estrategias desarrolladas por la OMS en el mundo entero a partir de la declaración de Almá-Atá, 1978 (Continuación)

| | | | |
|----|--------------------------------------|---|---|
| 7 | Hospitales promotores de salud | Declaración de Budapest, Copenhague, 1991 | Un hospital promotor de salud no solo ofrece servicios médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que abarca los objetivos de la promoción de la salud. |
| 8 | Educación para la salud | Definición modificada | Supone una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento en relación con la salud y el desarrollo de habilidades hacia la salud de la comunidad. |
| 9 | Alianza (<i>Alliance</i>) | Nueva definición | Una alianza para la promoción de la salud es una colaboración entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de promoción de la salud decididos conjuntamente. |
| 10 | Acción comunitaria para la salud | Nueva definición | La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y consecuentemente mejorar la salud. |
| 11 | Equidad en salud | Equidad en salud, Ginebra, 1996 | Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. |
| 12 | Comunicación para la salud | OMS, Washington, 1996 | Es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. |
| 13 | Escuelas promotoras de salud | Informes técnicos, Ginebra, 1997 | Una escuela promotora de salud se define como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar. |
| 14 | Responsabilidad social para la salud | Declaración de Yakarta, OMS 1997 | La responsabilidad social para la salud se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como en el privado, para establecer políticas y prácticas. |
| 15 | Metas de salud | Nueva definición | Las metas de salud resumen los resultados de salud que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país puede alcanzar en un período de tiempo definido. |
| 16 | Resultados de salud | Nueva definición | Un cambio en el estado de salud de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas. |
| 17 | Política sanitaria | Definición modificada | Directriz oficial dentro de las instituciones de gobierno que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas. |
| 18 | Evaluación de la salud | Nueva definición | La evaluación de la promoción de la salud es una valoración del grado en que las acciones de promoción de la salud alcanzan un resultado “estimado”. |
| 19 | Inversión para la salud | Nueva definición | La inversión para estrategias está basada en el conocimiento acerca de los determinantes de la salud, siendo su objetivo conseguir un compromiso político para las políticas públicas saludables. |
| 20 | Capital social | Nueva definición | Se refiere a los procesos entre personas que establecen redes, normas y compromisos sociales y facilitan la cooperación para su beneficio mutuo. |

Fuente: Elaboración propia, adaptado de segunda edición del Glosario para la promoción de la salud (OMS, 1998)

Se desprende del anterior listado que el tema de inversión pública para la salud comunitaria, como se ha concebido en esta investigación no es un estilo o estrategia desarrollada en el pasado por país o entidad alguna para promover la atención primaria de la salud. Cuatro estrategias contemplan un mínimo de elementos semejantes parecidos o relacionados a aquellos que se plantean en esta investigación, como son: (n.º 9) alianza, (n.º 10) acción comunitaria para la salud, (n.º 17) política sanitaria y (n.º 19) inversión para la salud.

En cada caso, la política sanitaria como la inversión para la salud tienen una relación estrecha con la actual investigación; no obstante, a la luz del glosario comentado, su enfoque es macro y por definición es considerada una estrategia destinada a optimizar el impacto de las políticas públicas en materia de promoción de la salud a nivel global.

En tal sentido, queda evidenciado que históricamente los lineamientos y recomendaciones de la OMS realizados a los países para que practiquen estrategias de promoción de la salud son adoptados por los gobiernos con éxito en muchos casos, aunque por múltiples razones no siempre existen las condiciones de logística económica, financiera, material o humana para acometer las acciones pertinentes; pero, definitivamente, no hay evidencias ni rastros de una acción puesta en marcha sobre política o programa de salud comunitaria, con autonomía local para el manejo integral de la salud.

2.1.3 Situación de la salud comunitaria en América latina

La situación de salud de América latina, al igual que el resto del mundo, en proporciones guardadas, es vinculante a su proceso de desarrollo, historia y cultura. Una región con marcadas diferencias y situaciones de salud reconocidas por un perfil epidemiológico en evolución donde los estilos de vida y los comportamientos sociales son trascendentales, lo cual a la luz de las comunidades se torna más complejo, por el nivel de pobreza e inequidad social.

Esta tesis encuentra en los Análisis de Situación de Salud (en adelante ASIS), un método reciente de análisis empleado por expertos institucionales e investigadores particulares, basados en los determinantes de la salud, aplicando procesos analíticos, dirigidos a caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, además de definir necesidades y prioridades en salud y proveer información para el diseño, planificación e implementación de programas para abordarlas.

En Población y salud en América latina y el Caribe, un estudio que la CEPAL realiza con énfasis de los retos pendientes y nuevos desafíos, la situación actual confirma la persistencia de grandes diferencias en materia de acceso a los servicios y oportunidades en el área de la salud, que se traducen en un nivel dispar de los indicadores según países, áreas geográficas y grupos poblacionales.

“Se constatan especialmente las condiciones de exclusión que experimentan las personas residentes en zonas rurales, las que poseen menor nivel educativo, las poblaciones indígenas y afrodescendientes y los sectores más pobres de la sociedad. También se aprecian algunas de las brechas más preocupantes: en algunos países, el riesgo de morir antes del primer año de vida es casi tres veces más alto en el ámbito rural que en el urbano y hasta cuatro veces mayor entre los niños indígenas que los no indígenas; la mortalidad de los hijos de

madres con menor educación formal es cinco veces más elevada que la de aquellos cuya madre posee mayor escolaridad, incluso en países que ya han alcanzado valores bajos en este ámbito” (CEPAL, 2010).

En verdad, el anterior estudio destaca una realidad enmarcada en la situación actual regional de América latina, precisamente donde los SNSP, basados en los determinantes de la salud, están aplicando los ASIS como método de diagnóstico para reconocer el estatus de la salud.

Es tan acertada la línea investigativa de la CEPAL que el mismo estudio antes citado, coordinado por el comité especial sobre Población y Desarrollo profundiza y destaca:

“El análisis de las tendencias epidemiológicas regionales, íntimamente relacionadas con la etapa de la transición demográfica en la que se encuentran los países, permite concluir que el perfil epidemiológico de América latina y el Caribe se caracteriza por la superposición de etapas, de manera que todos los países tienen el doble desafío de seguir disminuyendo la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias y afrontar la creciente mortalidad que obedece a causas no transmisibles. Un reto adicional en este sentido es la necesidad de conocer y enfrentar las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (zoonosis, paludismo y tuberculosis, entre otras)” (CEPAL, 2010).

Los determinantes sociales —características específicas y vías por las cuales las condiciones de la sociedad influyen en la salud— son de extrema importancia para explicar la situación de salud y definir estrategias apropiadas de intervención en el continente. Es clara la relación que existe entre ambiente social y salud. Las relaciones sociales, la cultura, el barrio de residencia, el tipo y lugar de trabajo, el nivel socioeconómico, así como la raza y el género, entre otras han sido variables estudiadas con alta influencia en salud. La pobreza y la inequidad se manifiestan en toda la región y dificultan los avances en salud. Los niveles de pobreza en 2005 alcanzaron el 40.6 %. Diversos estudios muestran la relación entre la gradiente socioeconómica y la inequidad en el ingreso con los resultados de salud. En este contexto, la equidad y la superación de la pobreza como objetivo de las estrategias de promoción de salud resulta un imperativo ético (Sapag, 2007).

Frente a un nuevo escenario, que fusiona una relación bidimensional entre la inversión pública y la salud comunitaria, como estrategia horizontal para responder al clamor de la OMS de presentar una nueva propuesta de promoción de la salud, la actual tesis encuentra en el método de ASIS y la situación epidemiológica regional el soporte técnico conceptual estratégico para revisar nuevas ideas con la finalidad de orientar, concebir, ordenar y organizar una propuesta razonable que sirva de base a nuevos estudios de esta naturaleza.

“Las cosas cambian porque mucha gente trabaja mucho. Trabaja en sus comunidades, en sus lugares de trabajo, o en donde quiera que estén, construyendo la base de los movimientos populares que son los que provocarán los cambios. Así es como siempre ha sucedido en la historia”. —Noam Chomsky (García, 2012).

Se puede postular que hay una tensión principal en la construcción del nuevo paradigma sanitario que se puede resumir como el debate entre el enfoque poblacional y la gestión clínica. Pero no es una tensión nueva, sino que se trata de una reedición de un viejo dilema sanitario, el que se plantea los programas verticales versus aproximaciones horizontales. (Tobar, 2008).

Muchas de las iniciativas de promoción de salud implementadas en los últimos años, con foco en el nivel individual, no dieron los resultados esperados. Cada vez es más evidente que las estrategias de promoción de salud deben considerar un enfoque social, comunitario y político integral que permita el acceso equitativo a respuestas efectivas en salud (Sapag, 2007).

Se plantea entonces aprovechar la metodología de ASIS, creada por la OPS, con la finalidad de reconocer en el contexto comunitario cuál es la situación de salud de la población, quién vela por esta, de qué dispone y cómo resuelve, lo que con mayor precisión sobre los ASIS dictamina la epidemióloga colombiana María Belén S., especialista en servicios de salud: “Permite caracterizar, medir y explicar el contexto de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean competencia del sector salud o de otros sectores; también facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud” (Sanabria, 2010).

2.1.3.1 Los determinantes y el perfil epidemiológico en la salud comunitaria

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen, a su vez, de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias; esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (Secretaría de Salud del Estado de México, 2014).

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la OMS y de los ministerios de salud de varios países.

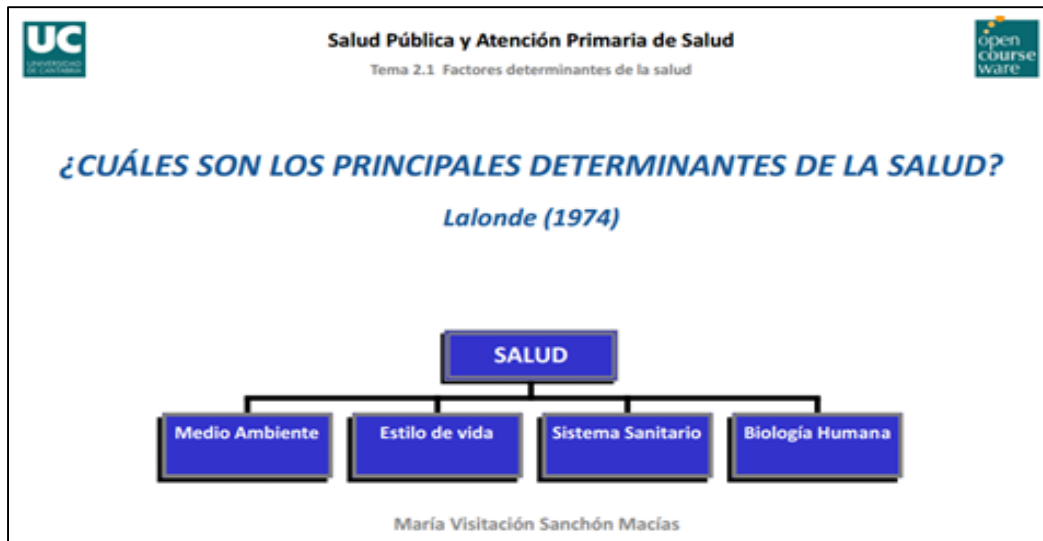
El informe elaborado en Canadá en 1974 por el entonces ministro de sanidad Lalonde partió de la base de que la salud o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos,

sino de tipo socioeconómico. De allí que sea considerado marco de referencia revolucionario para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología.

El informe Lalonde fue formalmente titulado “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” (en 1974), que fue anunciado por el secretario de Salud y Bienestar de Canadá Marc Lalonde y en el cual, por primera vez, se resalta que, si se quería mejorar la salud de la población, se tendría que mirar más allá de la atención de enfermedad. Su reporte destaca cuatro grupos de los determinantes de la salud: la biología y genética, el medioambiente y los entornos, los estilos de vida y el sistema de salud, que determinan la salud en un 27 %, 19 %, 43 % y 11 %, respectivamente (Secretaría de Salud del Estado de México, 2014)

(Sanchón, 2014) en su presentación “Salud pública y atención primaria de salud”, dentro de la Universidad de Cantabria, expone los factores determinantes de la salud según Lalonde.

Figura N° 6. Determinantes de la salud, según Lalonde, M.



Fuente: Tomado de la presentación de Microsoft Office PowerPoint, Sanchón Macías, M. V.

Esta figura n.º 6, refuerza la definición de los determinantes de salud como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Con esto permite conocer la procedencia directa de causas que provocan la equidad social.

Siguiendo el esquema Lalonde, es posible sustraer lo siguiente:

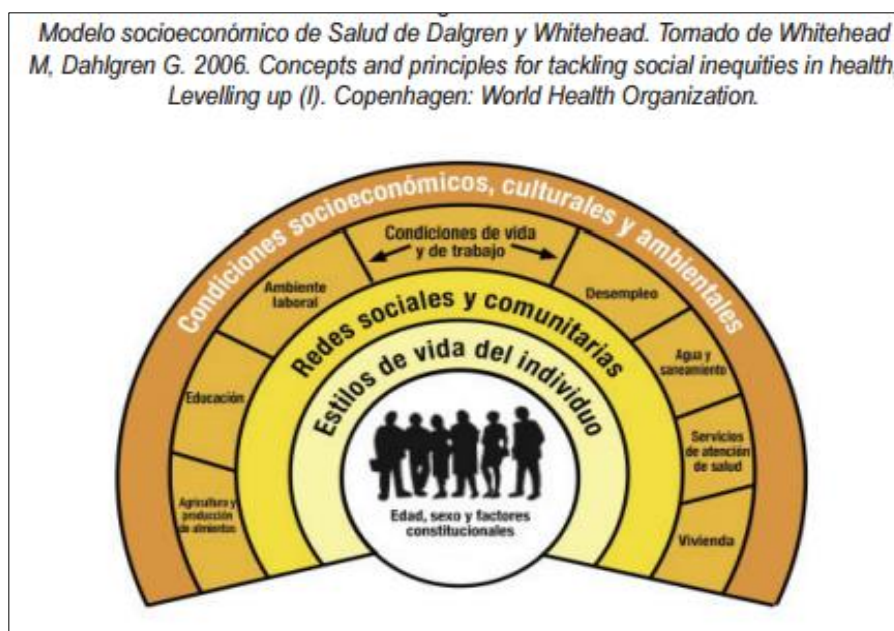
El marco ambiental y social presupone elementos como el agua y los alimentos, el transporte, la pobreza, la ignorancia, la cultura y el desempleo. El estilo de vida reconoce las características personales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental; el sistema sanitario considera los hábitos dietéticos, el ejercicio básico, el sedentarismo, el abuso de sustancias (alcohol, tabaco o drogas),

las actividades de riesgo, el abuso de medicinas, etcétera; y el factor biología humana se refiere a la fortaleza general y enfermedades genéticas.

Comprender los determinantes de la salud, además de ser una tarea muy compleja, es, para los efectos de esta investigación, una relación de suprema importancia, considerando que la salud no tiene fronteras y la cantidad de causas y efectos derivados del proceso de interacción entre los determinantes son productos que ineludiblemente son parte de la salud comunitaria.

Sobre este tema un grupo de enfermeros de la Universidad de Jaén, España, publica en la Revista Internacional de Sociología (RIS), el artículo “La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo xxi”, el cual destaca el modelo socioeconómico de salud, ampliamente utilizado por la OMS, propuesto por Dalgren y Whitehead.

Figura N° 7. Los determinantes según Dalgren & Whitehead



Fuente: Artículo “La salud y sus determinantes sociales” (RIS)

Desde la óptica de la presente investigación, la figura n.º 7 centra su atención en el estadio local de salud generalizado en comunidad y precisamente es allí donde los determinantes de la salud concentran su mayor relevancia de acción y reacción. El esquema no tiene rango; por el contrario es versátil, ingenioso y de alta definición para adecuar a situaciones donde la salud constituya el eje principal. Pero más que esto debe leerse lo que sostienen los autores del artículo “La salud y sus determinantes sociales”, publicado en la RIS, hace aproximadamente un año.

Este modelo trata de representar la interacción de los determinantes sociales. En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan su salud de carácter no modificable. A su alrededor se encuentran en forma de capa los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que son influenciados por la comunidad y las redes sociales. Los determinantes importantes tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa (Palomino, 2014).

2.1.3.2 El análisis de la situación de la salud

La revelación de los determinantes de la salud dio origen a la identificación del ASIS, una metodología coherente y consecuente con la toma de decisiones en el sector salud a todos los niveles, que permite comprender los contextos donde se genera salud, enfermedad y calidad de vida, facilitando la planeación de sitios, regiones y comunidades con la debida colaboración de la población.

El ASIS recoge una serie de procesos sistemáticos y analíticos que permiten caracterizar, medir y explicar el proceso salud-enfermedad del individuo, las familias y las comunidades. Es un instrumento que genera una mirada comprehensiva de las diversas dimensiones del proceso salud-enfermedad en el distrito de Bogotá, como insumo para orientar la construcción de políticas que se desarrollan a través de acciones concretas con ordenadores definidos sectoriales e intersectoriales que contribuyen a modificar la situación de salud de los individuos, familia y comunidad, traducido en bienestar (bogotá.gov.co., 2014).

Es importante destacar que cualquiera que sea el modelo de ASIS para una estructura de visión horizontal la participación ciudadana es perfectamente compatible bajo el paraguas de la descentralización de la salud y del énfasis en el desarrollo de intervenciones de base comunitaria y así se muestra en el caso de Venezuela, cuyo manual para la elaboración de los ASIS, expresa lo siguiente:

“El ASIS es fundamentalmente la primera función esencial de la salud pública (FESP): es una función generadora de inteligencia sanitaria para el ejercicio de la rectoría en salud y, por tanto, necesaria para la gobernanza y la conducción política de la agenda social en salud. El ASIS tiene metodológicamente cuatro grandes propósitos: 1) caracterizar el perfil de salud de la población, incluyendo el acceso a la atención y las inequidades en salud; 2) evaluar las necesidades de salud no satisfechas y facilitar la identificación de prioridades de salud; 3) generar evidencia para la formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y la evaluación de su pertinencia, eficacia e impacto; y 4) fortalecer las capacidades predictivas y resolutivas de la gestión sanitaria, apoyando la construcción de escenarios prospectivos de salud. En términos prácticos o de desempeño de los servicios de salud, el ASIS contribuye significativamente a 1) la determinación de las necesidades básicas en salud comunitaria; 2) el desarrollo de

políticas, prioridades y planes de acción comunitarios en salud; y 3) la implementación, la ejecución y el aseguramiento de programas y servicios prioritarios. Estas tres son precisamente las características básicas que indican una presencia efectiva de la salud pública en el nivel local. De ahí la importancia del ASIS en la práctica de la salud pública (Añez, 2010).

La situación de salud también refleja el impacto de las políticas, no solo de las sanitarias, sino también de los otros sectores y del plan de desarrollo del país; y, por supuesto, reflejan el desempeño del sistema de salud. He aquí la revelación de impacto sobre el alcance de los determinantes y la situación de la salud, cuyo fundamento descansa en el reconocimiento de temas cruciales asociados al buen o mal estado de la salud, que van relacionados con el grado de alfabetización, acceso gratuito a salud y educación básica, además de temas tan importantes como la seguridad alimentaria y nutricional, el fortalecimiento de la rectoría del sector salud y de los marcos regulatorios que ameritan una mayor intervención, entre otros de carácter ambiental como el manejo de desechos o basura y otros tipos de contaminación que afectan la calidad del agua sin contar los problemas de suministro, escasez, despilfarro de este líquido vital, entre otros.

Siguiendo el esquema de la Alcaldía Mayor de Bogotá, se reproduce lo que para ellos es el objetivo del ASIS: “Estudiar la relación de las condiciones de vida y el comportamiento diferencial del proceso salud y enfermedad de los grupos humanos, en una unidad geográfica-política, dentro de un contexto histórico, geográfico, ambiental, demográfico, social, cultural, político y de avance del conocimiento científico-técnico en salud pública, con el objeto de alimentar la planificación, ejecución y evaluación de las políticas y programas de salud pública” (bogotá.gov.co., 2014).

Hasta aquí observamos un método de última generación para el reconocimiento y atención de la problemática de salud, con la salvedad de mantener el estatus de dependencia del nivel central del sistema de salud vigente por país, el cual sin lugar a dudas responde a la gestión de planeación y control presupuestario centralizado; en otras palabras se trata de una herramienta novedosa puesta en marcha en América latina, donde el único país que da margen a la posibilidad de liberar recursos financieros para proyectos comunitarios es Perú, aunque bajo el modelo de la descentralización.

2.1.3.3 La situación de la salud en países vecinos

La mayoría de los países de América latina no han implementado o experimentado el ASIS como parte de una política de salud o plan nacional de salud por razones diversas, aunque en la práctica cuentan con métodos propios que destacan el estado de salud. Pero conozcamos casos vigentes como Colombia, Perú y Nicaragua.

ASIS COLOMBIA

La Presidencia de la República de Colombia, mediante decreto n.º 4107, de 2011, determinó los objetivos y la estructura del Ministerio de la Salud y Protección Social. Dentro de su nueva estructura, se creó la Dirección de Epidemiología y Demografía, estableciendo como una de sus funciones la de “promover, orientar y dirigir la elaboración del estudio de la situación de la salud”.

En este sentido, durante los últimos años se ha venido fortaleciendo el proceso de ASIS, que busca el máximo aprovechamiento de la evidencia para la conducción de normas, planes, políticas y proyectos en salud pública. Con el fin de asistir técnicamente a las direcciones territoriales de salud en la conducción del proceso, en 2010 se construyó la primera guía metodológica en ASIS. Esta herramienta significó un apoyo importante para que las entidades territoriales iniciaran la construcción de documentos útiles para la toma de decisiones y se sigue utilizando en la actualidad (Ministerio de Salud, 2013).

Para hacer frente a los cambios normativos y de abordaje de la salud pública que acarrea la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP), surgió la necesidad de diseñar la guía conceptual y metodológica que pretende orientar la construcción de ASIS integrales bajo los enfoques poblacional, de derechos y diferencial y de acuerdo con el marco conceptual de determinantes sociales de la salud (Ministerio de Salud, 2013).

Es importante destacar que ASIS Colombia cuenta con una guía muy completa que recoge normativa, marco conceptual, metodología y definición de consolidación y sistematización de resultados, que le permite con claridad meridiana esbozar la situación país en un momento determinado.

No obstante, después de todo el esfuerzo del país surgen algunas interrogantes como ¿qué inversiones componen el presupuesto de inversión de salud? y ¿qué normas aplican para la inversión en salud comunitaria, según la guía?

ASIS PERÚ

En el caso del ASIS local en Perú, es un procedimiento que permite conocer y analizar el proceso de salud-enfermedad de grupos, comunidades o poblaciones, identificar sus factores determinantes y evaluar el grado en que los servicios de salud responden a las necesidades de la población, con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades prioritarios de salud, los cuales deben servir como parte del proceso de planificación local y la toma de decisiones (Ministerio de Salud, 2012).

Para el Perú, el ASIS puede ser definido como un instrumento para el gobierno en salud, no solo del nivel nacional, sino también de los diferentes niveles del sistema de salud, ya que permite la identificación de los

principales problemas de salud de una población, incluidas sus factores condicionantes y determinantes, y por lo tanto poder realizar la priorización en salud, proceso de particular importancia en una situación de escasos recursos económicos; además, permite la identificación y caracterización de los diferentes estratos poblacionales según sus condiciones de vida, así como de sus riesgos y por lo tanto focalizar las acciones de salud sobre los grupos más vulnerables de la población (Gonzales, 1999).

El Perú es uno de los países de la región más avanzados en el proceso de descentralización municipal, proceso que viene acompañado del SINIP y que incluye el sector salud, donde se ha implementado el ASIS local como una estrategia de promoción comunitaria.

El ASIS local es una herramienta básica para la planificación y la gestión de la salud en el ámbito local que involucra la priorización de los problemas y la definición de estrategias interinstitucionales que vulneren estos problemas, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. El enfoque integral del ASIS facilita el conocimiento y análisis del perfil epidemiológico, los factores que lo determinan y la oferta de salud que intenta controlar estos problemas de salud en una determinada población (Ministerio de Salud, 2012).

Según el Ministerio de Salud del Perú antes señalado, entre los usos destacados del ASIS que se corresponden con el interés de la presente investigación por una planeación horizontal los siguientes:

Ámbito nacional y regional: desarrollo de políticas públicas en salud, incluyendo la determinación de prioridades y la evaluación del impacto de las políticas e intervenciones en salud.

Ámbitos locales: apoyo a la planificación y gestión de los servicios de salud.

Además, esquematiza gráficamente los determinantes de la situación de salud sobre los cuales las autoridades locales, técnicos y colaboradores de salud pueden actuar para promocionar y prevenir la atención primaria de salud

En el caso del Perú, el ASIS puede ser definido como una herramienta para el Gobierno en salud, en todos los niveles del sistema de salud que permite la identificación de los principales problemas de salud de una población y sirve de base al planeamiento estratégico en salud.

Así lo muestra gráficamente una de las diapositivas sobre el tema de “Análisis de la situación de salud” en el Perú.

Figura N° 8. El ASIS en el Perú



Fuente: OPS. Slideshare *on-line* 2014 (ASIS, 2003), Análisis de la situación de salud, Dr. Carlos Azañero, Médico at UNPRG, Published in: Health & Medicine. En <http://www.slideshare.net/>

El punto a rescatar de la gráfica n.º8 recae en el sentido holístico de la presente investigación, el cual coincide con marcos referenciales que hacen del ASIS una herramienta generacional que llega a la actualidad con marcada utilidad para los gobiernos con especial trascendencia a nivel de la salud local.

ASIS NICARAGUA

El informe sobre ASIS y recomendaciones para el desarrollo sanitario de Nicaragua 2006 contó con el respaldo de la OPS.

Esta publicación documenta la relación entre los determinantes sociales de la salud, especialmente de las desigualdades socioeconómicas sobre la salud de la población. Se demuestra cómo los problemas de salud se distribuyen de manera desigual e injusta, afectando principalmente a los más pobres y a quienes, por razones geográficas, se encuentran excluidos del desarrollo (OPS Nicaragua, 2006).

Los desafíos y recomendaciones planteados en el ASIS de Nicaragua contemplan aspectos que guardan relación con la visión estratégica de la presente investigación y coinciden en perspectiva sobre lo aconsejable para la funcionalidad de la salud horizontal con herramientas y condiciones propias del manejo, el control y el seguimiento de sus inversiones comunitarias para la salud.

El mismo documento incluye aspectos de salud y de otros sectores que determinan el estado de la población:

“En este país, la esperanza de vida al nacer para el período 2000-2005 se ha incrementado en 1.5 años desde el quinquenio anterior, estimándose en 69.5 años. Tiende a reducirse la tasa de mortalidad bruta pasando de 5.6 en 1995-2000 a 5.2 en 2000-2005. En todos los grupos etarios la mortalidad en hombres es superior al de las mujeres. Los mayores de 65 años y los menores de un año presentan las tasas de mortalidad específicas más altas, así como el mayor peso porcentual. Principalmente por la mayor proporción de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, tumores y diabetes mellitus. Las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y tumores son las tres primeras causas de muerte” (OPS Nicaragua, 2006).

Los mecanismos institucionales y el nivel de inversión pública en el sector de agua potable y saneamiento son insuficientes para alcanzar el 100 % de población con acceso sostenible a una fuente de agua potable para 2015, principalmente en el sector rural.

En el caso nicaragüense, la mayor parte de los determinantes sociales de la salud, económicos y ambientales inciden negativamente en el estado de salud de la población y en la capacidad de respuesta del sistema de salud, lo cual da lugar al tema de las recomendaciones para el desarrollo sanitario de Nicaragua, conforme el estudio precitado, del cual se extrae:

- **Fortalecimiento del marco legal**

A nivel estructural, se debe fortalecer el cumplimiento del marco constitucional y legal, en algunos temas fundamentales como derecho a salud y educación, la aprobación de la ley de carrera sanitaria.

- **Fortalecer el modelo de atención a la salud de la familia y la comunidad**

La política nacional de salud ya identifica algunos retos del sector salud relacionados con el modelo de atención: implementar un nuevo modelo de provisión de servicios, dirigir las inversiones en salud en función de las necesidades de y prioridades la población, eliminando las barreras de acceso e incrementar la cobertura de atención. A esto se agrega como desafío el fortalecimiento del enfoque de la atención a la familia y la comunidad.

- **Incrementar las acciones en los territorios con mayores inequidades en salud, sin olvidar los grupos poblacionales marginados dentro de los municipios con mayor desarrollo**

Actualmente un gran número de comunidades están excluidas de la salud, y lograr su incorporación al desarrollo sanitario posible para el país implica la inversión de recursos adicionales específicos.

Para reducir esta amplia brecha actual, se requiere de acciones urgentes de salud para extender la cobertura, tanto en lo curativo como en lo preventivo y en la promoción de la salud.

- **Equidad en la asignación de los recursos**

Se debe continuar con la desconcentración de recursos financieros hacia los sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS) y la descentralización hacia las secretarías de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS).

Se observa en líneas superiores que países con sistemas de promoción de atención primaria de salud a nivel horizontal poseen un sistema combinado de gestión vertical/horizontal de la inversión en salud comunitaria, explícitamente asociado al funcionamiento del SINIP y el SNSP, lo cual deja entrever con excepción del Perú que el ejercicio fiscal de asignación de partidas de inversión pública para proyectos de salud se define en última instancia en niveles intermedios con criterios de selección (OPS Nicaragua, 2006).

2.1.3.4 Lineamientos de programación presupuestaria para viabilizar una propuesta de inversión para la salud comunitaria

Tomando como referencia la metodología cualitativa y el método de análisis de situación social, es permisible enfocar la visión horizontal que persigue esta investigación para reforzar sus objetivos, aprovechando además el enfoque poblacional, que permite identificar, comprender y responder las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos a nivel local.

Cabe destacar que el nuevo Gobierno de Panamá (período 2014-2019) aprobó reformas a la ley de descentralización, otorgando a los municipios del país a partir de enero de 2016, dineros recaudados en Impuesto de Bienes Inmuebles para el desarrollo de proyectos comunitarios. ¿Qué sucederá en el caso de los proyectos de inversión de salud comunitaria? ¡Ya veremos!...

Desde una perspectiva horizontal, se puede visualizar el ejercicio de planificación y programación de la inversión para la salud comunitaria, anticipando y priorizando las necesidades de salud con base en un ASIS y la dinámica demográfica, incluyendo de manera efectiva la participación ciudadana.

Por lo tanto, reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. En este documento, se han considerado los determinantes sociales de la salud en los diferentes contextos propuestos. Los ASIS deben identificar de salud, la forma como se distribuyen en la población y los factores asociados a estos problemas.

A partir de estos se debe establecer un proceso de priorización y con esto definir, junto con los demás sectores, los planes y programas que permitan la resolución a estas situaciones problemáticas.

El punto a resaltar de esta investigación es que todas las estrategias descritas de Atención Primaria de Salud, en dirección del nivel local comunitario, proponen elementos comunes con intervención variable pero en busca del mismo fin,... mejorar la salud comunitaria. De ahí la importancia de la metodología para la confección del ASIS, cuyo origen es la propia comunidad organizada con su equipo de salud integral, dando paso al contacto directo del médico con el trabajador y su pequeño colectivo laboral, incluyendo información epidemiológica, historias clínicas, registros de enfermedades y la participación del resto de la población organizada interesada en la salud de todos.

El ASIS es un proceso continuo de identificación y priorización que permite, con un fundamento científico, señalar los principales problemas de salud, sus causas y condiciones para la orientación de un plan de acción integral, encaminado a dar solución a los problemas de mayor vitalidad identificados. A su vez, permite evidenciar comportamientos diferenciales sobre los que se pueden dirigir acciones específicas para su solución. Ello permite priorizar recursos para solucionar estas diferencias y monitorear los cambios que se van produciendo. Es importante involucrar a la población especial en el diagnóstico y solución de sus problemas, mediante la participación de toda la comunidad. (Velázquez, 2010)

Con relación a esto, la OMS plantea que “la insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su salud, es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita el producto salud que la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible, la salud nunca debe ‘darse’ o ‘facilitarse’ a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud” (OMS Ginebra, 1990).

Los esfuerzos de la presente investigación están encaminados a orientar la inversión pública para la salud comunitaria, en función de las prioridades de la población, con la intervención de los agentes comunitarios y el respaldo por consenso de los niveles medios y superiores para la puesta en marcha de programas y proyectos seleccionados.

Tales propósitos serán ampliados sobre la base de aspectos metodológicos y elementos económicos, legales y organizacionales revisados en la literatura de países, en calidad de marco conceptual a procesos de gobierno para actuar en el escenario regional, local y comunitario.

Como muestra, podemos incluir importantes elementos contemplados en la “Guía para realizar diagnósticos participativos comunitarios”, preparado con la asistencia financiera de la Unión Europea, en el marco del

proyecto “Participación comunitaria para la planeación del desarrollo, la inversión pública y la productividad”, entre estos:

- marco legal;
- equipo técnico: definición de involucrados en el ejercicio comunitario;
- mapeo de diversidad poblacional;
- diagnóstico participativo comunitario; y
- metodología empleada (López, J. A. y Tamariz, N., 2012).

La “Guía para realizar diagnósticos participativos comunitarios” pretende servir como herramienta de trabajo para el desarrollo de los ejercicios de consulta, ejecutados por la Alcaldía del Municipio San Cristóbal en las comunidades. Su contenido corresponde al paso a paso recomendado en las diferentes etapas que se requieren para la ejecución metódica para la identificación, priorización y análisis de problemáticas y necesidades de las comunidades, así como la sistematización de los resultados.

Es oportuno señalar que todo este mecanismo participativo, colaborativo y descentralizador es la plataforma ideal y práctica para introducir los lineamientos de formulación de la inversión pública para la salud comunitaria, en el seno del SINIP y el SNSP.

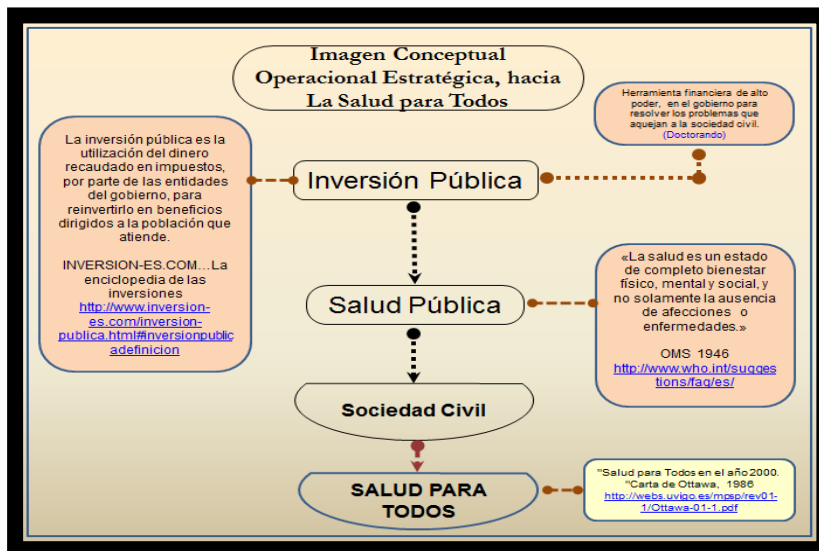
2.1.4 Relación sistema nacional de inversión pública-sistema nacional de salud pública-sociedad civil

Como una cadena de dependencia, se interpreta la relación del anterior numeral, destacando el efecto directo o influencia que ejerce la variable inversión pública sobre la variable salud, para alcanzar un fin social al brindar bienestar y mejorar la calidad de vida a la sociedad civil.

Posterior a Almá-Atá, la OMS realizó cinco conferencias internacionales sobre APS, ejecutando importantes programas y proyectos relativos a la promoción de la salud, emprendiendo a partir de ese momento múltiples investigaciones que resultaron en nuevas experiencias y lecciones aprendidas en el mundo entero y continúa hoy en día cuestionando la efectividad de la acción financiera de los gobiernos para alcanzar los objetivos globales de la salud en el mundo.

El sentido imaginario y representativo que viene madurando esta tesis pasa por un marco conceptual, diseñado desde una dimensión tridimensional financiera, sanitaria y sociológica, donde la inversión pública representa la clave estratégica que hace posible viabilizar presupuestariamente programas y proyectos para la salud, en el contexto comunitario; en tal sentido, se presenta el siguiente esquema:

Esquema N° 6. Imagen conceptual-operacional-estratégica hacia la salud para todos



Fuente: Elaboración propia

El marco conceptual de la relación descrita sitúa al lector ante una sociedad civil que demanda bienestar y exige al Estado cumplir con el mandato constitucional de proveer y garantizar buena salud, además de cumplir los acuerdos internacionales y supranacionales como la conferencia de Almá-Atá, donde los gobiernos del mundo se comprometieron a cumplir los acuerdos de salud y bienestar para la humanidad, así como defender el concepto de atención primaria de salud que promovía “la autonomía, la participación individual y comunitaria en la planificación, en la organización, en la operación y en el control”.

Mientras los SNSP experimentan cambios importantes a la luz de los servicios de atención a la población, los SINIP experimentan igual esfuerzo por ajustar cambios encaminados a suplir las demandas de los sistemas de salud y el resto del sistema sectorial del gobierno.

El SINIP es el conjunto de normas, instrumentos y procedimientos comunes para todas las entidades del sector público, mediante los cuales se relacionan y coordinan entre sí para formular, evaluar, priorizar, financiar y ejecutar los proyectos de inversión pública, que, en el marco de los planes de desarrollo nacional, departamentales y municipales, constituyan las opciones más convenientes desde el punto de vista económico y social (Gaceta Oficial de Bolivia, 1996).

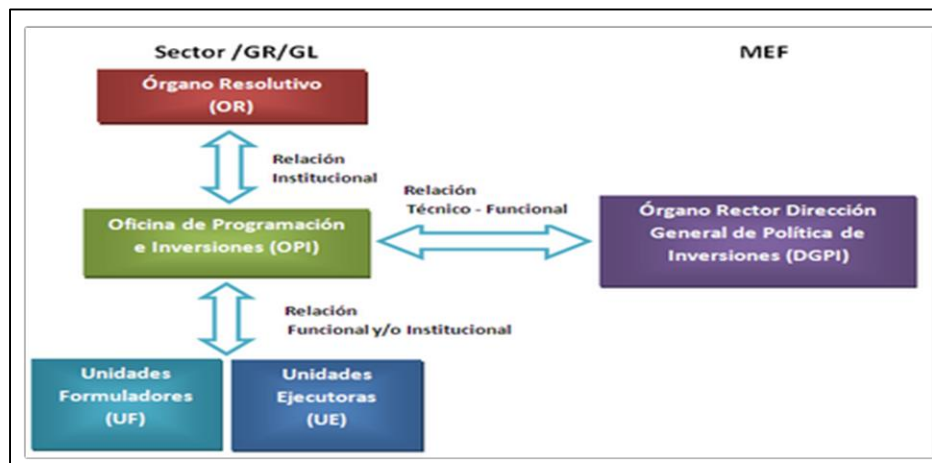
El SINIP considera varias etapas relacionadas con la inversión pública, desde la preinversión, la inversión misma y la posinversión. La etapa de estudios y proyectos es la primera de estas e incluye la elaboración de proyectos con diferentes niveles de profundidad como perfil, prefactibilidad y factibilidad, en función del

nivel de avance y profundidad, en una secuencia selectiva y evaluativa, donde llegar hacia la última etapa significa haber aprobado las anteriores (Ísmodes, 2014).

Este sistema es un instrumento de gestión que permite transformar las iniciativas de inversión en proyectos concretos, considerando el ciclo de vida del proyecto, y opera en el marco de las políticas macroeconómicas, sectoriales y regionales definidas por el Gobierno.

El SINIP establece que todo proyecto de inversión pública (PIP) debe seguir el ciclo de proyecto, que comprende las fases de preinversión, inversión y posinversión. Al respecto, es importante precisar que el SINIP es un sistema administrativo y no una institución (MEF) como habitualmente se señala (Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2014).

Figura N° 9. SINIP es un sistema administrativo



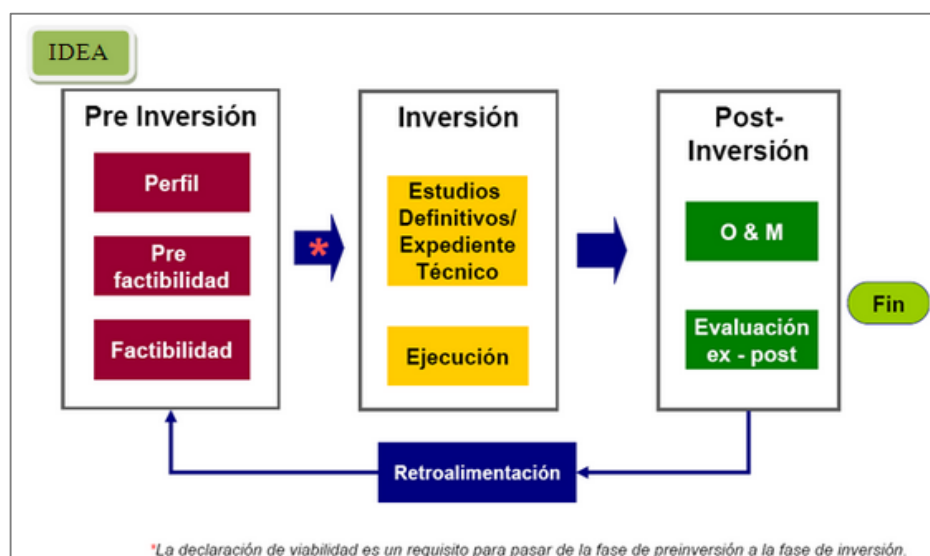
Fuente: Tomado del portal del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú

El efecto de la anterior figura (la n.º 9) deja en evidencia el interés de esta investigación por esclarecer operacionalmente la inversión pública como sinónimo de proyectos públicos y, en el caso de salud comunitaria, son parte del sistema administrativo normativo (SINIP), donde hay que agotar los trámites procedimentales de la ley de presupuesto para alcanzar los objetivos particulares de cada proyecto de salud.

Es una práctica extendida en todos los sistemas de planificación y que son la base legal, estratégica y operativa que emplean los gobiernos alrededor del mundo para procesar las inversiones públicas desde el inicio de los proyectos hasta el cierre final de cada proyecto, conocido como ciclo de proyecto. Es un proceso que inicia con la identificación de una iniciativa de inversión y concluye con la adopción de una decisión respecto a la operación; es decir, se busca que el proyecto preste los beneficios para los cuales fue pensado y posteriormente ejecutado.

En América latina, el ciclo de proyecto contempla las fases de preinversión, inversión y posinversión. Durante la fase de preinversión de un proyecto se identifica un problema determinado y luego se analizan y evalúan —en forma iterativa— alternativas de solución que permitan encontrar la de mayor rentabilidad social. En la fase de inversión se pone en marcha la ejecución del proyecto conforme a los parámetros aprobados en la declaratoria de viabilidad para la alternativa seleccionada, mientras que, en la fase de posinversión, el proyecto entra a operación y mantenimiento y se efectúa la evaluación ex post. El Ministerio de Economía y Finanzas del Perú tiene el siguiente esquema:

Figura N° 10. El ciclo de la inversión



Fuente: Tomado del portal del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú, 2014.

Dentro de este escenario (figura n.º 10), tiene lugar cantidad de iniciativas de inversión pública y eso incluye toda inversión de salud con origen en la comunidad, siendo este tipo de las de más alta repercusión social para el Estado; por eso, una estrategia de atención primaria de salud que consolide sus fortalezas financieras dentro del marco operacional del SINIP, con apoyo de una sólida estructura regional de salud, representa para esta investigación la fórmula ideal de elaborar una propuesta horizontal de promoción de la salud.

Sobre esta base instrumental descansa el modelo europeo y el de América latina, cuyos esquemas estratégicos facilitan los cambios y ajustes de forma y fondo que promueven los SINIP a nivel macro y extendidos a nivel micro como una nueva forma de invertir desde la perspectiva horizontal.

Para la (Comisión Europea, 2001), “los proyectos se planifican y se llevan a cabo según una secuencia bien establecida, que empieza con una estrategia convenida, que supone la idea de una acción precisa, que luego se formula, se ejecuta y se evalúa para mejorar la estrategia y las intervenciones futuras”.

Figura N° 11. El ciclo de proyecto

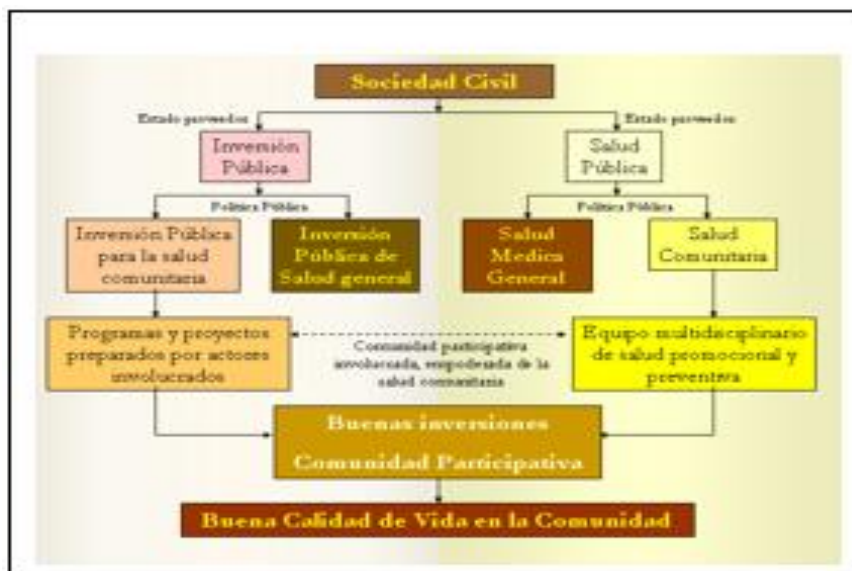


Fuente: Manual Gestión del Ciclo de Proyecto, Oficina de Cooperación.

La figura n.º 11 muestra un esquema de la Unión Europea cuya esencia y contenido con pequeñas variantes se asemeja al ciclo de proyecto aplicado alrededor del mundo, que define las etapas que atraviesa una idea desde su concepción, maduración, discusión hasta quedar elaborado como proyecto susceptible de evaluación y aprobación de financiamiento para finalmente ser ejecutado por alguna entidad pública o privada.

A continuación se presenta un esquema que traduce lo anterior en términos literales en un Estado donde **“la buena calidad de vida es producto de buenas sinergias entre pobladores y gobierno local”**, (el resaltado es nuestro) como producto de un compromiso de Estado por proveer salud con garantía de recursos, con método y alcance de cobertura definiendo quiénes y con qué han de lograr las metas propuestas.

Esquema N° 7. La sociedad civil percibe buena calidad de vida en la comunidad



Fuente: Elaboración propia

2.2 Conceptos

Con el ánimo de despejar cualquier duda razonable de tipo semántico u operacional, el marco conceptual de esta tesis pretende aclarar conceptos que, en el ámbito económico, financiero y de ingeniería, son sinónimos.

A los programas y proyectos, para los efectos de obras públicas y de desarrollo, se les denomina inversiones, fundamentalmente cuando son aprobados mediante presupuesto privado y público. Así, el presupuesto de inversión del Estado contempla programas y proyectos formulados o presentados, con recursos de partidas de dinero aprobados mediante ley para ser ejecutados por la entidad pública dueña del proyecto.

Los (PIP) son toda intervención limitada en el tiempo que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar, modernizar o recuperar la capacidad productora de bienes o servicios, cuyos beneficios se generen durante la vida útil del proyecto y estos sean independientes de los de otros proyectos (portal del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú).

2.2.1 Salud

“Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho” humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además de la salud (OMS 1978).

2.2.2 Salud pública

En relación con las diferentes concepciones sobre la salud pública, es oportuno señalar que no hay nada más complejo que tener definiciones claras y precisas en torno a la salud pública. “La noción de salud pública es polisémica y alberga por lo menos tres grandes grupos de significados: como saber, como práctica y como realidad social; la variedad de significados atribuidos al término ‘salud pública’ es el producto de situaciones históricas que se imponen a la construcción de la noción y configuran núcleos de poder alrededor de imaginarios donde anidan intereses opuestos; la polisemia es, entonces, producto de procesos políticos” (Rubén, 2002).

Esta tesis se acoge a la discusión conceptual de la salud pública como noción polisémica y busca, entre las múltiples definiciones encontradas, aquella que, de manera integral, aborde los tópicos significativos de atención primaria de salud en asuntos comunitarios, por ejemplo:

"La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medioambiente, controlar

las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (EPI-CENTRO, 2014).

Esta definición, una de las más antiguas, reconocidas y aceptadas en el mundo entero, brinda conceptos clave que, para los fines del marco conceptual de la presente investigación, son de alta importancia. Por ejemplo: La salud pública es integral. Su foco de análisis es tanto el individuo como las poblaciones (comunidades). El control de la enfermedad y su prevención son piedras angulares en el trabajo en salud pública y como concepto (salud pública) es susceptible de ser interpretado de diferentes formas.

2.2.3 *Salud comunitaria*

“Es un modelo de atención que implica integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad y desarrollo social a escala humana, que reclama principios que protegen y defienden la vida, los derechos humanos y el bien común; que compromete y responsabiliza al Estado, individuos, familias, comunidades y a toda la sociedad en su conjunto” (Vélez, 2003).

2.2.4 *Inversión*

Inversión, en el ámbito económico-financiero, es un término con varias acepciones relacionadas con el ahorro, la ubicación de capital y la postergación del consumo; en el contexto empresarial se mira desde la perspectiva que persigue, generalmente asociada al rendimiento.

Una inversión supone la renuncia a la satisfacción inmediata y cierta que producen los recursos financieros invertidos, a cambio de la esperanza de obtener en el futuro un beneficio incierto derivado de los bienes en los que se invierte. Por lo tanto, los elementos que definen una inversión son:

- el sujeto que invierte o inversor,
- la renuncia a una satisfacción en el presente,
- el producto en el que se invierte y
- la esperanza de una recompensa o ganancia en el futuro (Iturrioz, 2014).

La inversión per se se clasifica según su objeto por su función en la empresa y según el sujeto que la realiza, que puede ser privado y público.

La noción de inversión en el contexto socioeconómico, según el Diccionario de la lengua española, se define como: “Acción de destinar los bienes de capital a obtener algún beneficio: **fondos de inversión**”.

2.2.5 *Inversión pública*

Se entiende por inversión pública toda erogación de recursos de origen público destinada a crear, incrementar, mejorar o reponer las existencias de capital físico de dominio público, con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios y producción de bienes (portal del Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. Transparencia fiscal, 2014).

Cabe destacar que la salud pública es parte del capital físico de dominio público y, como tal, “la inversión para la salud” fue definida en el glosario de la OMS, en el punto 2.1.2. Conocimiento sobre la salud (p.22), el cual se reproduce a continuación: *“La inversión para la salud se refiere a aquellos recursos que se dedican explícitamente a la producción de salud y la ganancia de salud. Estos pueden ser invertidos por organismos públicos y privados, y por los ciudadanos, a título individual y de grupo”*.

2.2.6 *Presupuesto de inversión pública*

“Es una herramienta de política gubernativa, mediante la cual se asignan recursos y se determinan gastos, para cubrir los objetivos trazados en los planes de desarrollo económico y social en un período dado” (Colombia, decreto ejecutivo 111, Presupuesto público 1996).

El presupuesto es, según Fuentes Quintana, “la expresión contable del plan económico de la Hacienda Pública para un período determinado”. Atendiendo a sus características fundamentales, Neumark, lo define como “el resumen sistemático, confeccionado en períodos regulares, de las previsiones, en principio obligatorias, de los gastos proyectados y de las estimaciones de los ingresos previstos para cubrir dichos gastos” (Baeza, 1984).

2.2.7 *Eficaz*

Ser eficaz es conseguir metas y objetivos propuestos, independientemente del uso que se le haya dado a los recursos. La eficacia hace referencia a los resultados obtenidos en relación con las metas y el cumplimiento de los objetivos. Ser eficiente es conseguir metas y objetivos empleando los medios de la mejor manera (tiempo, recursos materiales, etcétera). Ser eficaz se mide, por lo tanto, por el grado de consecución de los objetivos, mientras que ser eficiente se centra en la forma de utilización de los recursos. Estos dos términos se utilizan en diversos campos, como en el área de la gestión y la administración de empresas (Significados.com, 2015).

2.2.8 Equidad

La equidad se centra en la idea de que todos los individuos de una sociedad deben tener la justa oportunidad de desenvolverse en su pleno potencial de salud. Entretanto, algunos factores determinantes, como las condiciones de vida definidas por los factores socioeconómicos y las variaciones biológicas naturales, hacen que los escasos recursos para la salud no cumplan con eficiencia y con cobertura suficiente en la satisfacción.

2.3 Funcionalidad

“El marco teórico cumple diversas funciones dentro de una investigación, de las cuales destacan seis (Sampieri, 2003).

De las seis, al menos tres han sido relevantes para esta investigación, sin excluir el uso parcial del resto, que en su propio texto dicen:

1. *“Orienta sobre cómo habrá de llevarse a cabo el estudio. En efecto, al acudir a los antecedentes, nos podemos dar cuenta de cómo ha sido tratado un problema específico de investigación (qué tipos de estudios se han efectuado, con qué tipo de sujetos, cómo se han recolectado los datos, en qué lugares se han llevado a cabo, qué diseños se han utilizado).*
2. *”Amplía el horizonte del estudio y guía al investigador para que este se centre en su problema evitando desviaciones del planteamiento original.*
3. *”Provee de un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio”.*

La funcionalidad del marco teórico-conceptual nos ha permitido en principio mantener una exposición coherente de un tema novedoso, no estudiado con anterioridad. Fundamentalmente, este nos ha permitido enmarcar una visión holística para encontrar el camino que ofrece el SINIP y el SNSP, en el ejercicio de la planificación y programación presupuestaria, al momento de examinar la relación y función de la variable inversión pública, respecto de la variable salud comunitaria.

Siguiendo esta línea de inspiración funcional (recién comentada en página anterior que señala Sampieri), se encuentra, por ejemplo, que los factores determinantes de la salud según el glosario de salud de la tabla n.º 1 son: “Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones” (OMS, 1998).

Así, al actuar sobre los determinantes de la salud, se busca subsanar las desigualdades generacionales y alcanzar la equidad sanitaria. Por ejemplo, la experiencia chilena fue publicada en la Revista Chilena de Salud Pública. En Chile, los gobiernos democráticos a partir de 1990 reafirman la prioridad de la salud y retoman la tradición de salud pública, dando inicio en el Gobierno del presidente Patricio Aylwin un proceso

de fortalecimiento del sistema, “cuyo objetivo central era el de promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud”. Así, desde esa fecha, se reafirma la equidad como preocupación declarada de las políticas sanitarias (Frenz, 2005).

En tal sentido, es de esperar que, después del involucramiento de las autoridades panameñas del MEF y el MINSA en la investigación y de haber encontrado alta receptividad y apoyo irrestricto al proceso de consulta de parte de las autoridades intermedias, los resultados esperados de la presente investigación puedan ser objeto de interés y seguimiento para fines institucionales.

En otro orden de ideas, el debate en salud pública está articulado a un contexto global donde se registran experiencias diversas a nivel mundial, como los modelos organizativos desarrollados en las Américas, conocidos como sistemas locales de salud (SILOS).

Para 1985, se habían logrado importantes conquistas en modelos organizativos para la ejecución de la APS. Por ejemplo, en las Américas se desarrolló el concepto del SILOS. En Europa se desarrolló el enfoque de “áreas de captación” o “pequeñas áreas” o “grupos intermedios” (OPS/OMS, 2004).

En Colombia, por su parte, “de acuerdo a la OPS/OMS y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (1990), los SILOS constituyeron el programa más ambicioso y articulador de la cooperación técnica de la OPS para la puesta en práctica de la estrategia de atención primaria y la descentralización de la salud en Colombia. Este programa buscaba dar salida al poco éxito de la salud para todos, 2000, y de la estrategia de APS, y al escaso desarrollo de la integración funcional del SNSP en su versión centralizada, particularmente en lo que se refería a la universalización y acceso equitativo a los servicios básicos. Más aún, si se reconocía el impacto sobre la salud de la crisis económica de los ochenta, de los procesos de reestructuración económica y “modernización” del Estado, y los cambios demográficos de la urbanización y el envejecimiento de la población (OPS, 2002).

Los SILOS, una rica experiencia latinoamericana enmarcada en el proceso de descentralización del Estado y que durante la mesa redonda, auspiciada por la Asociación Argentina de Medicina Social (AAMES, 2008), el representante de la Universidad de Campinas, Brasil, (Gastao, s/f), describió así:

“La descentralización del Poder Ejecutivo, en Brasil, en Colombia, significa que el señor presidente ya no manda más solo, ahora mandan los gobernadores, los jefes de las provincias. Los directores de salud y los gobernadores de las provincias no comandan, no dirigen solos ahora, ahora también intendentes, los secretarios municipales de salud, o sea, la descentralización es pensada como descentralización dentro del Poder Ejecutivo, no es pensada casi nunca como una democratización directa del poder ejecutivo, lo máximo que se admite son las elecciones generales, la participación comunitaria, o alguna cosa por el estilo. La

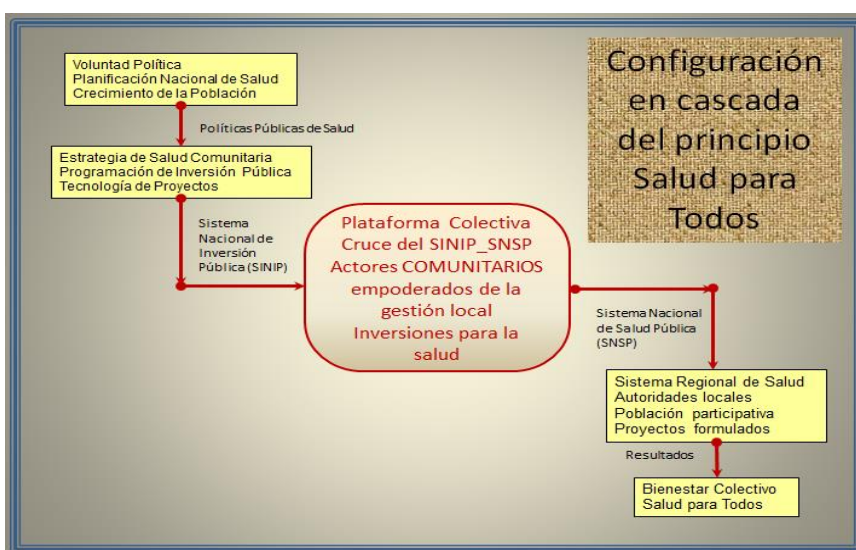
descentralización en las empresas tampoco entra en el mundo de la producción, lo mismo que el capitalismo. Todas las escuelas, todas las teorías de administración empresarial o administración pública invocan, de alguna forma, el control directo de los jefes, de los coordinadores de las fuerzas de trabajo. La idea de la administración pública, de la administración privada, es una idea de subordinación de los trabajadores, de la gente. Incluso en la salud no hubo una teoría que avanzara formas autogestionarias de administrar una empresa, de crear un consenso. Eso paró, por eso yo digo que incluso en la concepción neoliberal, en la concepción de la burguesía, la descentralización tiene límites muy claros” (Gastao, s/f).

La funcionalidad del marco teórico antes y durante el desarrollo de la tesis ha servido para expandir el alcance temático de la investigación, equilibrar un cúmulo de ideas de como concebir una propuesta de atención primaria de salud con enfoque horizontal donde el eje constructor repose sobre la acción participativa de los funcionarios que día a día lidian con las funciones de prestación de servicio de salud a la población comunitaria.

Además, el encuadre operacional de la variable “inversión pública” y “salud comunitaria”, bajo un prisma bidimensional, propició, para el examen de datos a la luz del SNSP, en paralelo con el SINIP, provee de un marco de referencia sui generis para analizar los resultados del estudio.

Así, funcionalmente el marco teórico tiene efectos que atañen a la voluntad política desde donde se podrá configurar la validez inicial de un proceso en cascada, que involucra autoridades con jurisdicción y mando, incluyendo niveles intermedios de jefatura, hasta contemplar la planta operativa de técnicos, especialistas, funcionarios y autoridades locales.

Esquema N° 8. Configuración en cascada del principio salud para todos



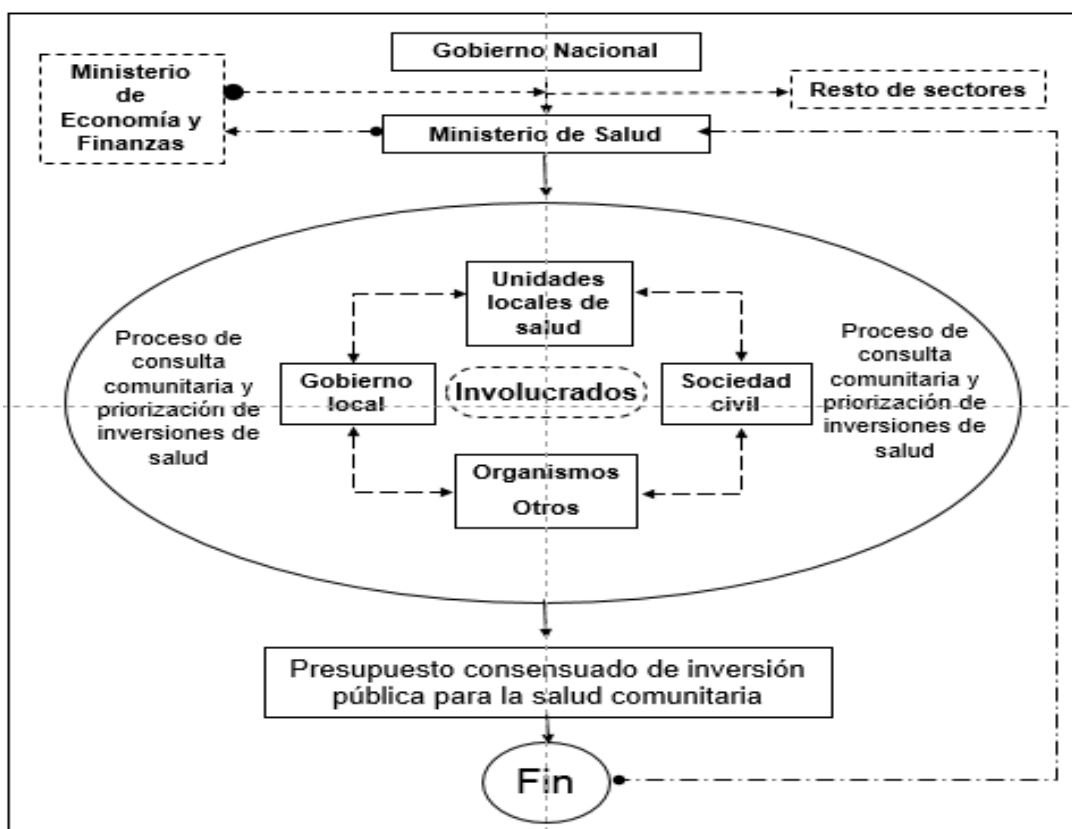
Fuente: Elaboración propia

Se observa la simplicidad operativa de un nuevo esquema (el n.º 5) que reconvierte el proceso de actuación vertical en una configuración transversal horizontal, que conserva el espacio decisorio del nivel superior actuando con voluntad positiva para hacer realidad los planes y programas que en consenso formulan los actores comunitarios en espera de alcanzar la anhelada salud para todos, que sería una de las grandes metas de la OMS.

La revisión del marco teórico ilustra sobre las aproximaciones históricas al nivel local como el modelo SILOS, la descentralización y las propuestas municipales no han mostrado el éxito esperado; por eso, con una visión orientadora, esta tesis explora y analiza una propuesta de gestión horizontal con fundamentos estratégicos operacionales del uso de la inversión pública en proyectos de salud comunitaria, cuya gestión configure un proceso encaminado a alcanzar la eficiencia como objetivo de lineamientos que darán sustento a futuras investigaciones.

Eso lo expresamos gráficamente como un proceso de planificación participativa transversal, en el siguiente esquema:

Esquema N° 9. Proceso de planificación participativa transversal



Fuente: Elaboración propia

2.4 Características

Las características que revisten el perfil del marco teórico, en cuanto a descripción y explicación del problema de investigación, dentro de un enfoque seleccionado en la teoría relativa al mismo, ha permitido en esta investigación adoptar una posición de base real al enfoque y a la problemática objeto de estudio.

Reconociendo la coexistencia de un sistema nacional de inversión pública y un sistema nacional de salud pública, en la gestión de planes y programas de gobierno, ha sido posible explorar la variable “inversión pública” y la variable “salud comunitaria”, sus relaciones funcionales en ámbitos regionales y locales, en la mayoría de los países de América latina y el Caribe.

Las referencias teóricas, asociadas a los sistemas comentados de inversión pública y de salud, nos permiten agrupar ideas alrededor de opiniones, comentarios y consenso de autores, investigadores, docentes y funcionarios de salud para caracterizar una propuesta de atención de salud comunitaria que privilegie el rol de la inversión pública como elemento dinamizador del proceso de planificación y programación presupuestaria al momento de formular proyectos de inversión para la salud local.

De manera resumida, se pueden rescatar lineamientos históricos que afianzan la idea central de esta investigación y que, en consecuencia, contribuyen a fundamentar los elementos estructurales de una propuesta final, entre estos:

- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud y ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo (OMS, 1997).
- Comunidad (*community*)-acción comunitaria para la salud (*community action for health*), política sanitaria (*health policy*) e inversión para la salud (*investment for health*) (OMS, 1998).
- Resulta imprescindible mejorar la calidad de la inversión pública y la focalización de la misma (Martín, 2008).
- Es preciso avanzar en el camino de otorgarles a los gobiernos regionales y comunales mayor autonomía respecto de las inversiones públicas que se realizan en su región (o comuna), ya que es el gobierno local, que conoce mejor las necesidades de inversión de la región o comuna (BID, 2008).
- La Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (CMMS) defiende un sistema de seguro universal de enfermedad como la opción más adecuada para garantizar la equidad y la eficiencia del sistema de salud (Spinaci, 2006).

El marco teórico ha contribuido a examinar y corroborar las falencias del SINIP y el SNSP por la falta de eficiencia y eficacia en el uso de la inversión destinada a los proyectos de salud, particularmente los orientados a mejorar las inequidades de los grupos vulnerables en localidades y sitios comunitarios.

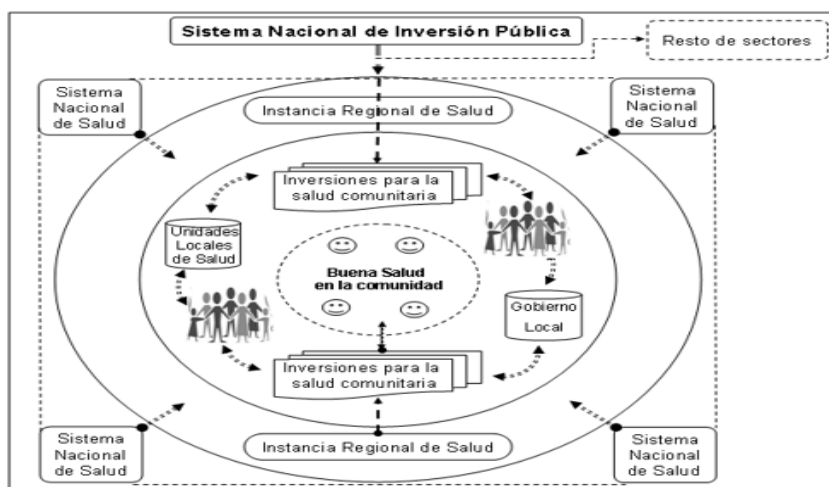
Estos resultados han inducido a fortalecer las ideas y encontrar los cimientos estructurales de formular una propuesta apegada a la eficiencia y eficacia del uso de la variable “inversión pública”, desde la perspectiva de las opiniones vertidas por los funcionarios entrevistados y encuestados durante esta investigación vinculados a los procesos de programación presupuestaria, de inversión pública para la salud comunitaria dentro de los Ministerios de Economía y Finanzas y Salud.

Todo eso bajo el supuesto que el gobierno actual (2014-2019) impulsa estrategias afines con esta entrega y contempla dentro del Plan Estratégico de Gobierno (PEQ) 2015-2019 la implementación de la ley 37 de 2009 que descentraliza la Administración Pública.

La descentralización del Estado será funcional al objetivo estratégico de “Un Solo País”, si se articulan, concretan y simplifican los mecanismos e instrumentos de concertación interinstitucional (administración nacional, provincial, comarcal y local) y si se superan los enfoques y marcos competenciales sectoriales estancos que hoy dominan la administración nacional en la gestión del desarrollo, que esterilizan plenamente su potencial y necesaria eficacia (PEQ, 2015).

Este escenario se traduce en una oportunidad de acción, con grandes posibilidades, en virtud del interés por el tema mostrado por las autoridades de Salud y Economía y Finanzas en el sentido de rescatar la propuesta de la tesis como insumo experimental de un plan piloto para la puesta en marcha de un modelo horizontal, dentro del marco gubernamental donde prevalezca la jerarquía institucional ministerial, pero se delegue la función normativa, operativa y ejecutiva al nivel regional y local, con funciones de planeación, programación, ejecución y evaluación de proyectos de inversión para la salud comunitaria, como se muestra en el siguiente esquema.

Esquema N° 10. Visión de un proceso de consulta presupuestaria para identificar las necesidades de inversiones para la salud local



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología cualitativa utilizada en esta investigación tiene el propósito de obtener explicaciones veraces, derivadas de la experiencia acumulada por el autor y empleados estatales del MEF y el MINSA comprometidos con la programación presupuestaria de la inversión pública para la salud, contactados para divulgar testimonios y vivencias de trabajo, apoyándose en la aplicación de encuestas y entrevistas para luego preparar el análisis de datos.

3.1 Tipo de investigación

Esta tesis es de tipo exploratoria y está basada en una realidad temática desconocida o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. No obstante, la naturaleza social del tema se aborda desde una perspectiva cualitativa con el interés de conocer cuál es y cómo se da a juicio de las personas que, de manera directa o indirecta, comparten la responsabilidad de gestionar, administrar, ejecutar y/o intervenir en la dinámica o proceso de programación de la inversión para la salud comunitaria.

3.2 El enfoque cualitativo

Este enfoque se justifica para la presente investigación por su dinámica flexible, con trazados variables en tiempo y espacio. Se fundamenta en un proceso inductivo que transita de lo particular a lo general *y no exige la prueba de una hipótesis previa*, que surge, por lo general, durante el proceso de análisis o bien como producto concluyente.

La investigación cualitativa es pragmática, interpretativa y está asentada en la experiencia de las personas. Es una amplia aproximación al estudio de los fenómenos sociales, sus varios géneros son naturalistas e interpretativos y recurre a múltiples métodos de investigación. De esta forma, el proceso de investigación cualitativa supone: a) la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio; b) la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos; y c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios (Vasilachis, 2006).

En una investigación inductiva-cualitativa es posible primero recolectar ciertos datos, luego desarrollar el marco teórico y, por último, decidir cuál será el rumbo de la investigación. Pero, aun en este caso, conviene

revisar lo que otros investigadores que siguieron el mismo enfoque han hecho con respecto al tema de estudio (Sampieri, 2003).

Basado en lo anterior, esta tesis recurre al método de la investigación-acción participativa (IAP) en virtud del ánimo e intención de hacer parte de la solución a los actores principales de la institucionalidad y de la comunidad organizada.

El trabajo científico de la presente investigación, y su aporte resultante, sigue una línea argumental fundamentada en la entrevista como un instrumento dentro de la investigación cualitativa, que la misma es, según Creswell (citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2005) más íntima, y flexible. Las entrevistas cualitativas deben ser abiertas, sin categorías preestablecidas, de tal forma que los participantes puedan expresar sus experiencias. Al respecto, Alonso (2007, p. 228) nos indica que:

La entrevista de investigación es, por tanto, una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una cierta línea argumental -no fragmentado, segmentado, precodificado y cerrado por un cuestionario previo - del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación. (Alonso, 2007).

Concluida la entrevista y siguiendo la línea de protocolo argumental del citado convenio, se analizaron los datos grupales obtenidos de funcionarios de presupuesto de inversión pública y salud comunitaria, con lo cual fue posible contrastar objetivos previstos, presentar conclusiones acompañada de una propuesta matizada de argumentos viables para futuras investigaciones.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población y unidad de análisis

La población identificada bajo estudio se circunscribe a aquellas entidades que administran y gestionan inversión pública para proyectos de salud en la esfera gubernamental, respecto de las cuales hemos formulado nuestra pregunta de investigación y a las cuales se refieren las conclusiones de la investigación.

Esto compromete el conjunto de entidades de gobierno intervinientes en la fase de análisis, programación y ejecución de las inversiones de salud pública, que para el presente caso son el MEF, el MINSA y los centros de salud.

Cuadro N° 1. Población bajo estudio

| Involucrados | Unidad de estudio |
|--|--|
| Empleados del Gobierno comprometidos con la tarea de analizar y programar las inversiones para la salud pública. | MEF-Dirección de Programación de Inversiones (DPI) MINSa-Dirección de Planificación |
| Empleados del Gobierno involucrados con la tarea de administrar y ejecutar las inversiones para la salud pública. | MINSa-Dirección de Planificación, centros de salud |

Fuente: Elaboración propia

Por unidad de análisis tenemos cada una de las entidades mencionadas comprometidas con la tarea de analizar, programar, evaluar y ejecutar las inversiones para la salud, interviniendo en el ciclo de proyectos con apego a la ley de presupuesto del Estado para cada período fiscal.

Por entidad se distinguen los sectorialistas y analistas de programación presupuestaria del MEF, los analistas de presupuesto, planificadores de la salud, estadísticos, técnicos de salud comunitaria y otros del MINSa. Adicional están los funcionarios de los centros de Salud, de la región metropolitana con jurisdicción y responsabilidades asociadas al quehacer de las inversiones comunitarias, incluyendo finalmente a miembros de la comunidad representados a través del comité de salud (en adelante CS) de cada centro en cada corregimiento.

Cuadro N° 2. Unidad de análisis

| Entidad | Instancia | Involucrados |
|---|---|--|
| MEF | Dirección de Programación de Inversiones | Jefes, técnicos, analistas |
| Técnicos profesionales del MINSa | Dirección de Planificación y Presupuesto (DPP), otras direcciones vinculadas a programas de salud comunitaria | Jefes, técnicos, analistas |
| Centros de salud (región metropolitana) del distrito de Panamá (15 centros) | Designación abierta por el director del centro de salud. | Director médico, administrador, planificador, enfermera, otros |
| Miembros de CS | Junta directiva de los CS, miembros, preseleccionados | Presidente, tesorero, otros |

Fuente: Elaboración propia

3.3.2 Muestreo y muestra

En la presente investigación se aplica el tipo de muestreo no probabilístico.

“Las *muestras no probabilísticas*, las cuales llamamos también *muestras dirigidas* suponen un procedimiento de selección informal y un poco arbitrario... La ventaja de una *muestra no probabilística* es su utilidad para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto de una ‘representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema’” (Sampieri, 1997).

La selección del tipo de muestreo se hizo con base en el muestreo por conveniencia:

- En primer lugar por la accesibilidad a las muestras alrededor de la ciudad capital.
- La selección de sujetos quedaban ubicados en el perímetro urbano metropolitano.
- La información necesaria para los fines perseguidos tras los objetivos específicos se ubicaban precisamente en el espacio geográfico muestral seleccionado.
- Las unidades objeto de estudio eran las más representativas comparativamente con el resto del país.
- Las limitaciones personales económicas y logísticas favorecían esta selección.
- Sobre el particular, considerada la unidad de análisis, definida la población y el tipo de muestra la selección, recayó en tres grupos:
 - Grupo MEF: profesionales de la Dirección de Programación Presupuestaria.
 - Grupo MINSA: profesionales de la dirección de Planificación dentro de lo que representa un tamaño de muestra arbitrario del 80 % de la población total.
 - Centros de salud: personal calificado y semicalificado preseleccionados en 15 de 19 centros de salud de la región metropolitana del distrito de Panamá, provincia de Panamá.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los tres grupos elegidos para aplicar el cuestionario fueron sometidos a un filtro selectivo de criterios de inclusión y exclusión de la siguiente manera:

Grupo 1: personal profesional y técnico del MEF

Criterios de inclusión

Dentro de este ministerio fue invitado a responder el cuestionario personal técnico-profesional de la Dirección de Programación de Inversiones, escogido con base en el siguiente perfil:

- Con cargo de analista de inversión y programación presupuestaria
- Sectorialista del área social
- Dos años de experiencia en análisis de programa e inversión social

Criterios de exclusión

Fueron excluidos los siguientes cargos técnico-profesionales:

- Analista de presupuesto para funcionamiento
- Técnicos de programación presupuestaria

Grupo 2: grupo profesional y técnico del MINSA

Criterios de inclusión

Fue invitado a responder el cuestionario personal técnico-profesional dentro de la Dirección de Planificación y Presupuesto, director y personal de la Dirección Regional de Salud del distrito de Panamá.

Las personas fueron seleccionadas y escogidas con base en el siguiente perfil, por la propia dirección:

- Cargo de planificador de la salud
- Cargo de analista de inversión presupuestaria
- Un año de experiencia en evaluación de programas y proyectos de salud general y eventualmente comunitaria.
- Analista o evaluador de programas y proyectos de salud

Criterios de exclusión

Fueron excluidos aquellos funcionarios

- Con funciones no afines a la planificación de la salud

- Personal de salud con funciones ajenas al tema de proyecto o inversión de salud.
- Técnicos que, siendo analistas o evaluadores, no ejercen en la práctica su función.

Grupo 3: funcionarios del centro de salud y miembros de los CS

Criterios de inclusión

La selección de este grupo fue producto de la recomendación exclusiva del director de cada centro, basado en la experiencia de cada funcionario en tareas y actividades relacionadas con los proyectos y programas de salud con énfasis en la formulación y ejecución de pequeñas inversiones para la salud comunitaria.

Se sumaron a este grupo los miembros voluntarios de los CS comprometidos con la salud de la población, poseedores de un inmenso conocimiento de la realidad epidemiológica de la comunidad.

Por tal motivo, fueron invitados a responder el cuestionario los funcionarios que contaran con al menos dos de los cinco aspectos del siguiente perfil:

- Experiencia en participar, apoyar o ser parte de la preparación de programas y proyectos de salud comunitaria
- Contar con el visto bueno del director del centro de salud, para responder el cuestionario sin presión alguna basado en criterio propio y experiencia institucional
- Mostrar evidencias de haber colaborado en programas de salud comunitaria
- Ser miembro activo del CS comunitario o de alguna organización local de salud
- No tener vínculos afectivos ni parentales con el doctorando ni intereses asociados al estudio

Criterios de exclusión

Se excluirán aquellos miembros voluntarios, si

- No tienen conocimiento sobre el tema de salud comunitaria
- Cuentan con el visto bueno del director del centro de salud, pero es señalado como activista político
- Su participación de voluntario en salud comunitaria no es representativa

3.4 Definición de variables

3.4.1 Operacionalización de las variables

Se operacionalizan las variables con la finalidad de establecer algunos indicadores de medición que permitan desarrollar las preguntas necesarias y suficientes para diseñar el instrumento adecuado y llevar adelante el proceso de levantamiento de los datos de la investigación.

Tabla N° 2. Operacionalización de la variable

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicadores |
|---|---|--|--|---|
| Independiente: inversión pública | Toda erogación de recursos de origen público destinados a crear, incrementar, mejorar o reponer las existencias de capital físico de dominio público y/o de capital humano, con el objeto de ampliar la capacidad del país para la prestación de servicios y/o producción de bienes en busca del bienestar colectivo. | Programas y proyectos para la salud local, formulados por los centros de salud, junto a las autoridades locales y miembros de la comunidad. Recursos que se dedican explícitamente a la producción de salud y la ganancia de salud. | Finanzas públicas Planificación estratégica regional Salud pública | Porcentaje de encuestados en favor de la descentralización de la salud pública. Cantidad absoluta, según encuesta, de funcionarios deseados de mayor capacitación en formulación y evaluación de proyectos de inversión local. |

Tabla N°2. Operacionalización de la variable (*Continuación*)

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicadores |
|---------------------------------------|--|--|--|---|
| Dependiente: salud comunitaria | Modelo de atención que implica integralidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad y desarrollo social a escala humana que reclama principios; que protegen y defienden la vida, los derechos humanos y el bien común; que compromete y responsabiliza al Estado, individuos, familias, comunidades y toda la sociedad en su conjunto. | Sistema de salud local, con participación de su propia gente y presupuesto de inversión estatal asegurado. Estado de salud que aspira la comunidad, cuando decide participar e intervenir en los programas de promoción y prevención de la salud local. | Estrategia de promoción de atención primaria de salud Planificación descentralizada de la salud comunitaria | Porcentaje de opinión en favor, de las intervenciones de la salud comunitaria con participación comunitaria. Conocimientos sobre la atención que se da en centro de salud. Percepción de la necesidad de mayor capacitación en preparar proyectos de salud. |

Fuente: Elaboración propia

Lograr la participación de un número plural representativo de autoridades de nivel medio del MINSA y MEF del Gobierno de Panamá es una manera de asegurar la calidad del diseño de esta investigación y garante del grado de confiabilidad que propone el criterio de la reproductibilidad del material analizado.

Por lo tanto, a partir de este criterio, las encuestas y entrevistas realizadas serán transcritas y ubicadas como anexo con la finalidad de que, toda vez que el lector lo estime conveniente, pueda dirigirse al material “puro” para constatar su existencia y su relación con los análisis realizados. Con respecto a la validez de la investigación, los cuestionarios fueron sometidos a revisión y validación por expertos en el tema; en los tres grupos considerados, los borradores en originales y escaneados se mantienen como evidencias del proceso de validación.

La encuesta fue elaborada para tres grupos y se repartió en tres tipos de cuestionarios, respetando el rol de cada grupo institucional (MEF, MINSA y centros de salud). La aplicación de la misma se efectuó en tiempo y espacio diferentes; cada formulario estuvo numerado y fue llenado de manera anónima, cumpliendo en rigor los criterios de selección, confidencialidad y validación.

Además de la encuesta, las entrevistas como elemento instrumental de captación de información jugaron un papel significativo por la condición jerárquica, profesión y experiencia de los entrevistados.

3.5 Recolección de datos

Finalizado el proceso de diseño de investigación apropiado y selección de la muestra, se pasó a la etapa de recolección de los datos pertinentes sobre las variables involucradas.

“Una vez que seleccionamos el diseño de investigación apropiado y la muestra adecuada de acuerdo con nuestro problema de estudio, *la siguiente etapa* consiste en *recolectar los datos* pertinentes sobre las variables involucradas en la investigación” (Sampieri, 1997)

Acto seguido, se cumplió con las actividades secuenciales de rigor, a saber:

- a.** Selección de un instrumento de medición
- b.** Aplicación del instrumento de medición
- c.** Preparación de las mediciones obtenidas para que pudieran analizarse correctamente (codificación de los datos).

La captura de datos para la presente investigación fue un proceso en etapa estructurado de manera similar para todas las fases, con la finalidad de mantener la consistencia analítica secuencial por grupo hasta la fase concluyente. Inició por el MEF, donde se abrió el compás de acercamiento con el director de Programación de Inversiones, se entrevistó al jefe de Inversión Social y al sectorialista de salud; luego se aplicó el cuestionario a los funcionarios elegidos sobre la base de los criterios de inclusión y exclusión.

Continuó el proceso en el MINSA, donde abrió las puertas de la institución el director nacional de Salud, junto con la directora de Planificación, dando autorización para aplicar la encuesta al personal de la Dirección de Planificación en todos sus departamentos.

Finalmente, la Dirección de la Región Metropolitana de Salud, mediante autorización escrita, permitió aplicar la encuesta a una muestra de 15 de los 19 centros de salud de la región metropolitana del distrito de Panamá.

3.5.1 El instrumento de la investigación

La instrumentación escogida consistió en aplicar una encuesta a través del diseño de un cuestionario y de una entrevista cara a cara.

Autores como Anderson y Burns (1989) o Walker (1989) le conceden al cuestionario la consideración de una entrevista, ya que ambas técnicas se basan en la formulación de preguntas con un objetivo prefijado (Pino, 2014).

Esta se aplicó a tres grupos vinculados al proceso de planificación de la inversión pública para la salud: funcionarios del MEF, del MINSA y de los centros de salud (en adelante CdeS) del distrito de Panamá (Anexo-1: Formulario MEF, MINSA y CdeS).

Para ser consistentes con el enfoque dual que caracteriza la investigación y lograr alcanzar una respuesta a los objetivos de la misma se hizo constar en el cuestionario dos grandes dimensiones: la dimensión financiera y la dimensión de salud. La primera, en función del presupuesto de inversión. Y la segunda, desde la perspectiva participativa de la comunidad, caracterizada por la intervención de la ciudadanía, vinculante por el grado de dependencia entre variables para que el financiamiento de la salud comunitaria por parte del Estado sea una acción de beneficio real y efectivo para la población.

- **La dimensión financiera**

Se esbozó con el propósito de plasmar cómo el MINSA formula los programas de inversión de salud pública, cómo selecciona y prioriza sus proyectos del año entrante y cómo gestiona la programación presupuestaria hasta alcanzar la aprobación anual de asignación de partida en el SINIP, para finalmente, el año entrante, ejecutar las inversiones programadas, realizar el control, seguimiento y evaluación de los resultados esperados.

Para abordar este campo y explorar su complejidad, se preparó un cuadro de criterios de inclusión y exclusión de técnico-profesionales idóneos del MEF y el MINSA, a quienes se invitó a responder un cuestionario elaborado minuciosamente, contemplando, en principio, el nivel técnico de desempeño en el cumplimiento de funciones de asignación de partidas de inversión.

Aquí fue fundamental la revisión minuciosa del funcionamiento del SINIP (que coordina el MEF) y el SNSP (que regenta el MINSA), en virtud del ejercicio fiscal presupuestario que anualmente ejercitan ambas instancias en procura de incorporar nuevas inversiones para la salud, conforme ordena la ley de presupuesto de la nación.

- **Dimensión de salud desde la perspectiva de la participación de la comunidad**

Para la muestra de esta investigación, esta dimensión tiene lugar en los CdeS del distrito de Panamá, por ser el punto focal de cobertura objeto de estudio para explorar las reacciones, experiencias, testimonios, resultados y situaciones derivadas del uso de la inversión pública en la salud comunitaria. Al igual que en la dimensión financiera se preparó un cuadro de criterios, para pre seleccionar los funcionarios de los CdeS, miembros de CS y personas de la comunidad.

El contexto comunitario, en el caso panameño, resulta especial por su legitimidad constitucional y existencia de un marco geopolítico, que consagra la división político-administrativa de corregimientos por distritos en el país. El caso del distrito de Panamá cuenta con 24 corregimientos y una población de aproximadamente 890 mil habitantes, en una superficie de 2011.9 km².

El citado distrito, escogido como muestra, tiene la particularidad de reunir una gama de profesionales, especialistas, técnicos, comités ciudadanos de salud y autoridades locales debidamente constituidas con bases legales para la acción comunitaria, lo cual representa una ventaja comparativa sustancial con el resto de los distritos para los fines de la presente investigación.

3.5.2 Diseño del cuestionario

La muestra por grupo fue la siguiente

Grupo 1: MEF, donde se escogieron los directivos de Planificación y Presupuesto, jefes de áreas sectoriales de sanidad, analista de salud y analistas del área social, para totalizar 6 funcionarios de planta.

Grupo 2: MINSA. Con respaldo de la dirección, se escogieron funcionarios de Planificación y Presupuesto, planificadores jefe de algunas provincias del país, analista de salud y otros funcionarios a discreción de directivos de Planificación vinculados al proceso de gestión presupuestaria de las inversiones de salud.

Grupo 3: finalmente la dirección de la Región Metropolitana de Salud validó el cuestionario para los 15 centros seleccionados, donde cada uno respondió 6 cuestionarios, considerando siempre al director, al planificador, el administrador, un médico, psicólogo o trabajador social y dos personas de la comunidad miembros del comité directivo del CdeS.

Cuadro N° 3. Lista de centros de salud del distrito de Panamá

| N.º | Centro de salud | Corregimiento | Director médico |
|-----|-------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| 1 | San Felipe | San Felipe | Dra. María de Jaén |
| 2 | Santa Ana | Santa Ana | Dra. Danita Guerra |
| 3 | Guillermo Lewis-El Chorrillo | El Chorrillo | Dr. Indalecio Navarro |
| 4 | Emiliano Ponce | Calidonia | Dr. Arturo Schwartz |
| 5 | Curundú | Curundú | Dra. Aleyda Aguilar |
| 6 | Rómulo Roux-Pueblo Nuevo | Pueblo Nuevo | Dra. Magally de Jordán |
| 7 | Luis H. Moreno-Parque Lefevre | Parque Lefevre | Dr. Pedro Martez |
| 8 | Río Abajo | Río Abajo | Dra. Aura de Batista |
| 9 | Hernando Matriz Pujol- Boca La Caja | San Francisco | Dra. Dilma Vega |
| 10 | Heraclio Barleta- Juan Díaz | Juan Díaz | Dr. Marco Moreno |
| 11 | Pedregal | Pedregal | Dra. Ruth Ávila |
| 12 | Tocumen | Tocumen | Dra. Rosa Estenoz |
| 13 | Paraíso | Ancón | Dr. Leonardo Labrador |
| 14 | Mañanitas | Las Mañanitas | Dr. Carlos Sánchez |
| 15 | Cheses Kiwanis-24 de Diciembre | 24 de Diciembre | Dr. Aurelio Rangel Flores |

Fuente: Elaboración propia

Este grupo respondió un cuestionario de 22 preguntas clasificadas por tipo, prevaleciendo las preguntas cerradas por tratarse de un tema exploratorio y en circunstancias limitadas de cobertura; un número de 3 preguntas abiertas y 4 basadas en la escala de Likert, buscando equilibrar al máximo el estado de objetividad del encuestado sin perder la meta a lograr tras los objetivos específicos propuestos de la investigación.

3.5.3 Aplicación del instrumento

La técnica de participación-acción fue puesta en práctica tras un ejercicio de interacción con personas elegidas de los grupos seleccionados, quienes por experiencia de la labor diaria aportaron opiniones de relevancia para la interpretación y análisis de los datos.

Así, mediante la entrevista no estructurada, se realizaron entrevistas cara a cara con los jefes de cada entidad y cada uno de los funcionarios escogidos por los jefes, utilizando grabación magnetofónica con la debida aprobación y consentimiento de todos y cada uno de los entrevistados. Este tipo de entrevistas facilitó al investigador orientar la entrevista, teniendo en cuenta todos los temas relevantes y por tanto, sobre los que habría que indagar; también brindó mayor confianza y libertad de pensamiento al entrevistado para responder con plenitud las interrogantes y planteamientos del investigador para clarificar dudas o ampliar respuestas trascendentes.

Es importante destacar que por consenso de las partes intervinientes, para los temas de fondo a considerar en las entrevistas, a pesar de ser abiertas y de plena libertad, era necesario delinear aspectos relevantes orientados por los objetivos, el alcance, la problemática y el contexto conceptual que enmarca la presente investigación. En tal sentido, las entrevistas fueron abiertas sin guion ni libreto, espontáneas y, en algunos casos, acompañadas de terceros, sin restricción alguna al estilo de un diálogo, pero orientadas a conocer de

cada entrevistado aspectos sobre la situación actual, limitaciones, descentralización, uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública y opinión personal, tópicos cuyo único propósito es facilitar el análisis de resultado en función de la segmentación y codificación de la opinión de cada entrevistado.

El proceso incluyó la transcripción integral de la entrevista, luego su codificación en rescate de las categorías arriba anotadas con la finalidad de encontrar posiciones relevantes, opiniones divergentes, temas coincidentes, incluso posiciones afines a los objetivos de la investigación.

Para tal propósito, fue necesario recurrir a cuadros de referencia por tema, elaborados con frecuencia en las entrevistas semiestructuradas para consignar en estas la información de mayor relevancia relativa a las narrativas del protagonista de cada entrevista. Más adelante, en el próximo capítulo de análisis de datos de encuestas y entrevistas, se presentan en resumen extractos de opinión que, en palabras de cada entrevistado, destacan: *la situación actual, limitaciones, descentralización, uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública y opinión personal*.

Esto finaliza con la síntesis de las entrevistas que se expondrán en los siguientes numerales para cada unidad de análisis, con la salvedad de que su carácter de anonimato exige nominar cada participante por clave, así:

Entrevistados en el MEF:(MEF₁, MEF₂, ... MEF..._n)

Entrevistados en el MINSA:(MINSA₁, MINSA₂, ... MINSA_n)

Entrevistados en CdeS:(CdeS₁, CdeS₂, ... CdeS_n)

El número de entrevista por grupo fue el siguiente:

MEF...₁, MINSA...₂, CdeS...₃.

3.6 Delimitación

Por tratarse de un tema nuevo no estudiado con anterioridad, al querer observar y contrastar algunas evidencias del comportamiento actual de la inversión en salud comunitaria en los últimos presupuestos de Estado de la República de Panamá, **no fue posible encontrar registros históricos**.

Esta investigación limita el examen a 15 CdeS del distrito de Panamá, por ser los más representativos en términos de recursos humanos, infraestructura, capacidad y logística disponible. Oportuno entonces sondear opinión y experiencia consumada de todo participante en relación con el presupuesto anual de salud y la existencia de inversiones para la salud comunitaria, asignadas a las unidades locales o respectivos CdeS comunitarios. El presupuesto de salud es parte del presupuesto ley de la República y lo aprueba a fin de año

la Asamblea Nacional. Allí reposan listados proyectos y programas de inversión emanados de las necesidades de la población, generalmente consignados por el sistema.

3.7 Limitaciones

Factor tiempo

A pesar de la voluntad expresa y excelente actitud manifiesta de colaboración para responder las encuestas, no fue posible coordinar una convocatoria grupal o asistir personalmente a los encuestados debido a las presiones de atención al público en diferentes servicios de atención médica que presta la unidad de salud.

La labor diaria de cada funcionario es intensa y no dispone de tiempo extra para completar una encuesta que, sumado al número de encuestados de cada centro, representa una limitación crítica. Superar esta limitación fue posible solo entregando formularios a la dirección y retirándolos dos o tres días después.

Factor seguridad

La percepción de restricción a la libertad de expresión fue sintomática durante el período de entrevistas limitando el testimonio abierto y libre del entrevistado.

No por impedimento oficial, sino por temor o desconfianza personal. Algunos funcionarios de planta no acostumbrados a responder temas de competencia superior mostraban inseguridad y temor al ser abordados. Tal situación fue del conocimiento de los jefes locales mejorando la situación de respuesta al cuestionario.

Factor institucional

A pesar de los resultados positivos obtenidos de las entidades colaboradoras, la desconfianza y el temor político se apodera de la mayoría de los funcionarios al momento de atender una solicitud de estudio de variables dentro de la institución. Peor aún al momento de conocer que se aplicará una encuesta y se harán entrevistas. Es la burocracia en su mejor rostro.

Es un factor que, una vez superado, empieza a escalar positivamente, aunque el caso panameño es preocupante por el carácter permanente de la alerta roja de la variable política. Cualquier solicitud, pedido o entrega requiere de un protocolo que no existe, pero que muchos funcionarios los practican según su modo de pensar y actuar.

CAPÍTULO IV

4 CARACTERÍSTICAS DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para abordar la fase analítica de los datos el autor se vale de la interpretación de estos al difundir que son recogidos mediante cuestionarios y entrevistas. Tienen carácter objetivo, pues se han recolectado dentro de un contexto interactivo, donde prevalece el testimonio o declaración de los participantes en concordancia con la investigación-acción, reconocidos en la literatura como tipo de observación participante muy relacionada con la observación no sistemática.

No obstante, según (Bisquerra, 2004), la observación participante es una modalidad de observación que se ha desarrollado desde la antropología y la sociología y que actualmente se utiliza en el ámbito educativo. (Guasch, 1997) señala a Malinowski como el primer autor la observación participante. Él considera que la única manera de comprender una cultura y el estilo de vida de un grupo humano es mediante la inmersión en los mismos e ir recogiendo datos sobre su vida cotidiana (Fernández, 2015).

Como se observa en el tercer capítulo, las unidades de análisis están representadas por las direcciones de Planificación y Programación de la Inversión Pública de los ministerios de Economía y Finanzas y de Salud, y especialmente las unidades de salud local territorial (centros de salud) como responsables de la atención primaria de salud a nivel comunitario.

Como características más sobresalientes identificadas mediante la técnica de participación empleada y observada en esta investigación, se señalan:

- La acción participativa genera la captura de datos y, al tomar parte en las entrevistas con declaraciones y respuestas de cuestionarios, profundizan y explican situaciones relacionadas con los propósitos y alcance que persigue la investigación.
- Permite valorar con sentido crítico los acontecimientos e interrogantes que plantea la entrevista, generando resultados colectivos y compartiendo la responsabilidad del cambio a partir de una reflexión de los problemas.
- La investigación-acción parte de una preocupación temática ya conocida por los entrevistados, donde los miembros describen su preocupación, comentan sus inquietudes, interpretan lo que piensan los demás e intentan sugerir recomendaciones como posible solución.

El tema de análisis e interpretación de los datos en esta investigación se abordó siguiendo el criterio de expertos investigadores que coinciden en señalar que la investigación cualitativa por ser flexible, gradual y no numérica le brinda al investigador la facilidad de emplear técnicas o métodos reconocidos en la literatura,

acompañados de ajustes o variantes suscitadas en medio de las circunstancias y acontecimientos propios del proceso transitorio entre el inicio de la investigación y los momentos de interpretación de los datos y sus resultados.

En concordancia con lo anterior esta tesis mantiene el principio de la continuidad, entendiendo el análisis como un proceso continuo que se lleva a cabo a lo largo de la investigación, razón por la cual se organiza e interpreta en base a la forma, la naturaleza y la organización de los datos.

Las encuestas fueron preelaboradas, validadas en cada entidad, distribuidas a cada funcionario en su puesto de trabajo, recopiladas, tabuladas y procesadas con la aplicación estadística, muy usada en las ciencias sociales, conocida por sus siglas en inglés **SPSS**, creado como el acrónimo de *Statistical Package for the Social Sciences*, aunque también se ha referido como *Statistical Product and Service Solutions*. Dada la naturaleza de las preguntas del cuestionario, las respuestas ofrecidas por los entrevistados y encuestados estaban limitadas a condiciones preestablecidas guardando orden numérico para facilidad del resumen analítico.

Finalmente, la organización de los datos permitió reducir su longitud y alcance para analizar el conjunto de datos ya organizados, abstrayendo a partir de estos y llamando la atención sobre lo que se considera más importante o significativo a fin de brindar una información adecuada y útil.

Desde esta perspectiva, el análisis e interpretación de los datos se realiza con base en la técnica de la entrevista no estructurada de la investigación cualitativa, acompañada de algunos recursos de acción participativa compartidos entre el investigador y los participantes, con la idea de clarificar los términos, condiciones y propósitos de la entrevista y el cuestionario; aclarar y despejar dudas sobre la naturaleza de los datos y diseñar la organización de los mismos, con base en técnicas de codificación para simplificar y estandarizar las respuestas.

La idea de codificar las respuestas tiene la finalidad de fragmentarlas o segmentarlas en datos en función de su significado para con las preguntas y objetivos de investigación: implica un trabajo de depuración para convertirlos en insumos para el análisis interpretativo, para finalmente traducirlas a ideas y hallazgos estructurados resultantes de la investigación.

La recogida y organización de datos atravesó por un proceso de reunión cara a cara con los entrevistados, empleando equipo de grabación magnetofónica para luego hacer una transcripción total, que es evaluada siguiendo la técnica de codificación mediante filtros de opinión relevantes.

4.1 La entrevista

La búsqueda de información acerca de las variables de estudio es el fin primordial de la entrevista y de acuerdo a la metodología descrita en el capítulo III, la entrevista no estructurada allana el camino para elegir el personal idóneo en las condiciones y situación que permitan profundizar y recabar los datos afines a los objetivos específicos de la tesis.

4.1.1 Entrevistas-Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

El primer grupo visitado y entrevistado correspondió a los funcionarios del MEF, unidad cuya particularidad consistió en limitar la entrevista a uno de los jefes de área dentro de la Dirección de Programación de Inversiones en virtud que los integrantes de esta dirección son reducidos y los sectorialitas institucionales están repartidos por entidad, entre las cuales está el coordinador del sector salud.

- MEF1

Nuestro único entrevistado fue extenso en sus narraciones, debido a su interés por exponer con claridad todo el proceso de programación de inversiones que sistematiza el departamento para el Estado en apego al SINIP.

Sus palabras introductorias dan fe del cumplimiento operacional del SINIP cuyo procedimiento lo explica en letra y espíritu del contenido del manual de usuario del propio sistema, en los siguientes términos como “la situación actual”, diciendo:

Te voy a comentar cómo fluyen los proyectos que conforman los presupuestos de inversión pública de Panamá. Las solicitudes de financiamiento de los proyectos surgen de cada ministerio, Salud, Caja de Seguro Social (CSS), Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN) (agua y saneamiento ambiental). Cada ministerio es responsable de elaborar sus propios proyectos y nosotros, basándonos en el SINIP, tenemos un banco de proyectos donde los diferentes ministerios registran sus iniciativas de inversión, que corresponden a sus proyectos y programas. Ellos llenan todos los módulos del banco de proyectos (BP), nuestros sectorialitas que ven cada institución evaluarán los módulos que pueden ser de continuidad o nuevos. Ellos registran su información en la parte del módulo de elegibilidad, donde ellos dan las características generales del proyecto, y, si este corresponde al ministerio que está solicitando el dinero, como en este caso MINSA, se le aprueba el proyecto. Allí se genera un código SINIP que viene siendo como la cédula del proyecto y ya el próximo paso, después de ser aceptado, viene el

proceso de formulación, donde va a generar más información relativa al proceso que quiere realizar.

En resumen, el primer entrevistado, en una primera etapa, describe el trámite anual por el cual atraviesan todas las solicitudes de aprobación de proyectos y programas de las entidades públicas. Señala el criterio de elegibilidad como requisito indispensable de aprobación, para luego generar un código único de cada proyecto y proceder con la fase de búsqueda de financiamiento.

Seguidamente el funcionario del MEF comenta lo siguiente:

Después de la formulación viene la parte de solicitud de financiamiento, donde dicen cuánto necesitan para la próxima vigencia fiscal en la que quieren invertir; allí se le da un dictamen técnico aprobado, el cual es utilizado para poder ingresar al sistema SIPRES, donde ellos registran todos los datos que el SIPRES les pide; luego de aceptado, el SIPRES abre su sistema y ellos registran su proyecto: significa que el proyecto que no ha pasado por el SINIP no puede pasar al SIPRES, entonces no se le puede dar financiamiento al proyecto. Tiene que pasar primero por nuestra dirección, para después pasar a Presupuesto de la Nación. Allí, en el caso de DIPRENA, a ellos el dinero que se les fija a cada proyecto depende de las proyecciones financieras que tiene el Estado donde le corresponde a cada ministerio una cantidad de dinero y ellos sabrán cómo distribuyen los presupuestos de la Nación en cada vigencia fiscal. La capacidad de identificar si es a nivel de programa nacional o a nivel de proyecto de comunidad la variable utilizamos el área de influencia del proyecto, porque dentro del presupuesto de la Nación hay programas nacionales que no te dicen el área de impacto, mientras que en los programas micro sí se identifica el área donde se está construyendo o haciendo la acción de inversión, en lo que se refiere al corregimiento, qué distrito y en qué provincia. Dentro del cuestionario de preguntas que hacen los módulos de identificación y formulación de los proyectos, se hacen preguntas referidas sobre dónde se origina el proyecto... Si a nivel de la comunidad o si es producto de una programación a nivel del ministerio o también puede ser un proyecto que se originó en la Presidencia de la República, ya que generalmente la Presidencia escoge qué proyecto hacer dentro del presupuesto de la Nación. Si se puede identificar si la comunidad participó en la solicitud de las necesidades que hay en la comunidad, ellos solicitan algunas inversiones que dependen de la política que hay en el ministerio, y son aprobados para ejecutarse.

En su amplia explicación, continúa el funcionario del MEF comentando que, después del dictamen técnico aprobado por el sectorialita del SINIP, la entidad entra a negociar financiamiento con la Dirección de

Presupuesto de la Nación (DIPRENA) y su clasificación espacial es muy subjetiva por depender del área de influencia señalada en el caso de grandes inversiones, mientras que en los programas micro sí se registra su localización mediante un cuestionario, como parte de un esfuerzo por registrar la ubicación de las inversiones.

Finalmente, explica que el origen de los programas y proyectos es variable, y que no se maneja con certeza dónde nace la idea y quiénes preparan los proyectos.

El siguiente tópico a resaltar fueron las limitantes sistémicas reconocidas en el proceso de programación presupuestaria, planteadas en los siguientes términos:

Considero que hay un problema en cuanto a la selección de los proyectos de acuerdo a mi experiencia, es que hay proyectos que se originan en provincia y, cuando llegan a nivel central del ministerio, son desechados porque la planificación la hacen a nivel del ministerio en la ciudad de Panamá. Porque los técnicos de planta en el ministerio no conocen la realidad de las necesidades de salud en la comunidad, porque la decisión las toman los ministros o los directores de planificación.

El entrevistado corrobora uno de los tópicos sensitivos de la actual investigación: “la existencia de un sistema centralizado” de las inversiones gubernamentales; en consecuencia, el grado de distorsión entre las necesidades sentidas de una comunidad y la respuesta entregada por un ministerio o entidad descentralizada puede considerarse en sentido opuesto (180°). Es decir, las inversiones comunitarias no necesariamente son producto de las necesidades sentidas por la comunidad y, como consecuencia, la inversión pública para la salud comunitaria enfrenta como limitante la fuerza de poder político que domina por la ruta vertical las decisiones del quehacer a nivel comunitario.

Siguiendo los lineamientos de la entrevista no estructurada, se abordó el tema de la descentralización como modelo en marcha alrededor del mundo para gobernar y gestionar procesos de planificación desde el nivel local municipal, el cual fue respondido en los siguientes términos:

*Lo que le comento es que sobre ese proceso a Panamá le falta mucho, porque la política está de por medio, ejemplo: En Santiago de Veraguas, los alcaldes, jefes de los municipios, nombran sus familias (parientes, sobrinos, hijos, primos, hermanos) con ciertas responsabilidades que realmente considero (tengo duda) que lo hagan bien como técnicos. Casos del alcalde de Santiago de Veraguas, que nombra una hija como jefa de un área donde hay gente más capacitada para ejercer las funciones, pero, por ser hija, la nombró como jefa... Si lo vemos desde ese punto de vista, no creo que la **descentralización** sea algo suficientemente hasta que se*

tome con seriedad de que las cosas se hacen con la gente más capacitada, no porque son familiares. Allá, el que tiene que ver con la recolección de basura es el primo del alcalde y ese es un ejemplo nada más; eso es algo que igual se da en otros municipios. Uno de los municipios que más capacidad tiene para ser descentralizado considero que es el municipio de la ciudad de Panamá pero, si vamos a hacer un análisis de funcionarios que tienen que ver con esto, vemos que la mayoría es por razones políticas o familiares de los alcaldes. Con respecto a los centros de salud del distrito capital, la única experiencia que he tenido es con el centro de salud de Curundú y lo conozco porque cuando participé de un curso nos correspondió hacer un proyecto sobre la construcción (remodelación) de un centro que estaba totalmente deteriorado. Allí pude observar que estaban bastante organizados y que posiblemente con un poquito más de esfuerzo o de apoyo de gobierno ese centro podría funcionar mejor. Si los demás CdeS del distrito capital funcionaran como el de Curundú, quizá la descentralización podría existir sin mayor dificultad.

La anterior opinión se produce como respuesta al estilo no estructurado que sigue la entrevista y mayor profundidad se produce en la narración de fondo que describe una realidad latente respecto del tema de la descentralización, cuya viabilidad es precaria, a juicio del entrevistado, debido al alto grado de nepotismo a nivel municipal, la nula voluntad política y la muy limitada potencialidad de los estamentos de base para promover una participación estructural con fundamento legal y debidamente organizada.

La entrevista de fondo rinde frutos a la investigación puesto que, como resultado de la codificación, un extracto de opinión permite colegir que la descentralización es viable siempre y cuando exista voluntad política y se abra paso a la participación comunitaria con la fortaleza que muestra el centro de salud de Curundú.

Aprovechar al entrevistado de turno representaba un dividendo investigativo positivo, por sus características profesionales, experiencia dividida en más de dos décadas en funciones de planificador regional, sectorialista de inversión pública, coordinador de área, etcétera. Esa condición permitió indagar sobre el tema del uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública, con énfasis en la inversión para la salud comunitaria, el cual enfocó y respondió con cautela y escepticismo por ser un tópico que en el ejercicio del cargo no reconoce esta realidad. Los comentarios al respecto fueron:

Posiblemente la capacidad del gobierno financieramente en cierto punto ha tenido capacidad para mejorar los CdeS, el asunto es la selección de los proyectos, la participación de la comunidad como órgano para seleccionar o identificar las necesidades de cada población es lo que no está existiendo, en Panamá se puede ver que existe una infraestructura que fue diseñada y construida para hacer un CdeS pero internamente no tiene nada, no tiene medicinas, los médicos

no atienden, entonces posiblemente... parece ser que se hizo para llenar un espacio político, pero no tiene el apoyo de la labor de funcionamiento... Hubo una inversión, pero no hubo capacidad para mantener el costo o gastos de funcionamiento del lugar, la cual se refiere a medicamentos, enfermeras, médicos, y el Gobierno no tiene tanta capacidad para dar ese servicio, porque todo se concentra en la ciudad de Panamá. Si usted hace una observación, vemos que el alto porcentaje de inversión del Estado está concentrado en la ciudad de Panamá, y nos olvidamos de los CdeS del interior.

Para cerrar con el funcionario del MEF, se le pidió esgrimir una opinión final de carácter personal ligada al tema de la tesis que motivó la entrevista... Esto fue lo que comentó:

Nosotros, como se supone que administramos la inversión pública, la parte de la formulación y evaluación de los proyectos, siempre hemos considerado que la debilidad que presenta la inversión pública en Panamá es la parte de la formulación y evaluación de los proyectos. Nosotros hemos tratado mediante la capacitación a nivel nacional, hemos capacitado alrededor de mil a mil quinientos funcionarios en cinco o diez años, con la intención de mejorar la formulación y evaluación de proyectos incluyendo los de salud. Nosotros hemos tratado de mantener a los funcionarios públicos [sic] en provincia... Se han dado muchas capacitaciones que buscan que ellos, con base en el proceso de inversión pública o proceso de cultura de proyectos, realmente seleccionen los mejores proyectos que se necesitan en la comunidad para descentralizar por lo menos lo que es la toma de decisión... que ellos, en cierta forma, basados en la teoría de la cultura de proyectos, escojan los mejores proyectos que la comunidad necesite, para así, de esa forma, no generar cosas imposibles, como crear hospitales en lugares donde solo necesitan un CdeS y tomar las mejores decisiones para ayudar a la salud de la población; y nuestro interés es ese, pero, con el correr de los tiempos, cada cinco años que hay un nuevo gobierno tenemos que anexar nuevamente ciclo, porque los nuevos gobiernos no saben: lo estamos haciendo y se olvidan de eso, y nuestro interés es siempre fortalecer esto y cada cinco años es un proceso que se inicia continuamente.

Interesantes los comentarios finales del funcionario del MEF, al sentenciar que es una larga aspiración de la Dirección de Programación de Inversiones procurar levantar proyectos debidamente formulados desde la base comunitaria, para lo cual se ha invertido en capacitación constante a nivel nacional en preparación y evaluación de proyectos, muy en especial los de salud, por su carácter prioritario de atención a una población vulnerable urgida de atención día a día.

- [Síntesis del análisis de resultados en la entrevista del MEF](#)

Como resumen final del análisis a la entrevista del único funcionario del MEF, se presenta el extracto de la opinión consolidada que sintetiza los fragmentos relevantes que dan paso a las conclusiones y hallazgos referenciales de la investigación.

Cuadro N° 4. Opinión de único entrevistado sobre la situación del presupuesto de inversión de salud en el MEF

| Situación actual | | |
|---|---|--|
| La programación presupuestaria de inversión pública se da a nivel central. Cada entidad del Estado es responsable de identificar, priorizar, formular y evaluar sus proyectos de inversión para la siguiente vigencia fiscal. | El MEF reconoce proyectos de inversión macro y micro dependiendo del área de influencia de los proyectos. Así, los clasifica por nivel provincial, distrital o de corregimiento, pero sin discriminar la autoría técnica de formulador y evaluador. | Un cuestionario es la herramienta eventual de identificación del origen de un proyecto, pero sus resultados son nulos porque solo muestran el nivel ministerial, regional y, muchas veces, la Presidencia de la República. |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 5. Opinión de único entrevistado sobre las limitantes del presupuesto de inversión de salud en el MEF

| Limitantes | | |
|---|--|--|
| Hay proyectos que se originan en provincia y, cuando llegan a nivel central del ministerio, son desechados. | La planificación la hacen a nivel del ministerio en la ciudad de Panamá. El MEF no conoce la realidad de las necesidades de salud en la comunidad. | La centralización distorsiona todos los esfuerzos de actividades regionales y locales entre autoridades y la comunidad organizada. |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 6. Opinión de único entrevistado sobre la descentralización del presupuesto de inversión de salud en el MEF

| Descentralización | | |
|--|--|---|
| Mientras la política interfiera en los municipios la descentralización no arranca en Panamá. | A pesar de que el Municipio de Panamá está listo para la descentralización, la política y las preferencias de familia no permiten su avance. | Casos como el de Curundú son modelos a seguir para la descentralización en la ciudad de Panamá. |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 7. Opinión de único entrevistado sobre el uso eficaz del presupuesto de inversión de salud en el MEF

| Uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública | | |
|---|---|---|
| El gobierno financieramente tiene la capacidad de apoyo a los CdeS, pero no da paso a la comunidad y las autoridades locales para manejar sus inversiones de salud local o comunitaria. | Los centros de salud representan un salto de atracción de votos para los políticos y luego pasan al olvido. | No existe apertura para que a nivel local se abra el compás del trabajo comunitario entre la población y los funcionarios de la salud, con autoridad y respaldo financiero. |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 8. Opinión final de único entrevistado sobre el presupuesto de inversión de salud en el MEF

| Opinión final | | |
|---|--|---|
| La formulación y evaluación de proyectos es el talón de Aquiles de la inversión pública: es su debilidad. | Se ha fortalecido la capacitación de más de mil quinientos funcionarios en diez años, en el proceso de inversión pública (ciclo de inversión) con el objeto que seleccionen los mejores proyectos que se necesitan en la comunidad para descentralizar por lo menos la toma de decisión... | La rueda de la política de cada cinco años obliga a repetir el ciclo de inversión e iniciar nuevos aprendizajes para nuevos analistas de inversiones. |

Fuente: Elaboración propia

La frase lacónica que se desprende de la entrevista con el funcionario del MEF se resume en lo siguiente: “La planificación centralizada del presupuesto de inversión pública y el peso de la acción política municipal impiden la puesta en marcha del proceso de descentralización y uso eficaz de la inversión pública como herramienta de apalancamiento financiero para mejorar la salud comunitaria”.

4.1.2 Entrevistas-Ministerio de Salud (MINSa)

En el MINSa de Panamá se involucró a la Dirección Nacional de Salud y a la Dirección de Planificación, con resultados favorables para la investigación, tanto en las entrevistas como en la aplicación del cuestionario, siguiendo el patrón exitoso aplicado metodológicamente al funcionario del MEF.

Lo interesante de la metodología cualitativa no estructurada es el hecho de poder replicar el mismo patrón experimental utilizado con el funcionario del MEF en el sentido de que al conversar con expertos del SINIP, sobre el mismo SINIP, surgieron elementos rigurosos de evaluación y análisis cualitativo de alta especificidad respecto de su relación con las variables en estudio.

En cada dirección fue entrevistado personal de alto nivel, cuya identidad es resguardada por motivos de anonimato, de manera que de acuerdo a la nomenclatura señalada en relación al tema de las entrevistas se presenta la exposición de los entrevistados MINSa_1 y MINSa_2.

- **MINSa_1**

Médico de profesión, veterano de edad y antiguo funcionario en el MINSa, describe la situación actual de la planificación y programación de las inversiones públicas de la salud dirigida a la comunidad con gran dominio y conocimiento del ciclo de inversión presupuestaria que se repite cada año por medio del SINIP en los siguientes términos:

En la actualidad, la inversión pública parte de los niveles regionales, donde la dirección regional resume las necesidades y las convierte en una expresión de solicitud al MEF, que luego de una primera aprobación presenta a la Asamblea Nacional para su aprobación final.

Claro y preciso en sus respuestas, el médico describe la situación actual de la planificación y programación de las inversiones públicas de la salud como un ciclo que inicia a nivel regional del MINSA, pasa al MEF para evaluar, aprobar y que finalmente ratifica la Asamblea Nacional.

Como veterano en la entidad ministerial y conocedor de la materia, por los cargos medios desempeñados, el entrevistado abordó el punto de las limitaciones en función de su quehacer programático y gestor de iniciativas de salud en el país y comentaba sobre las limitantes, así:

Dada la situación actual en la realidad, no es cierto que la dirección regional recoja todas las necesidades locales, si la definición de salud comunitaria es la de la propia comunidad o la que ejercen los CdeS sobre la población. Esto provoca que la comunidad en la realidad no participe en la planificación de sus inversiones locales. El punto deficitario es que los CS no tienen la preparación contable ni fiscal para planificar ni ejecutar esos fondos..., por eso se han visto en muchos casos comprometidos legalmente. Aunque esto representa una forma descentralizada y funcional de operar en pequeña o mínima escala.

La interpretación del enfoque sobre las limitaciones por parte del médico entrevistado reconoce, en primer lugar, la ausencia de participación de la comunidad en la planificación de sus inversiones, básicamente por la falta de formación de los miembros de los CS, que son los llamados a colaborar e intervenir en los CdeS, en representación del pueblo. Pero añade que, en algunos casos, esta limitante los ha llevado a enfrentar procesos legales ante autoridades competentes del sistema judicial, en razón primordial del déficit en la preparación contable y fiscal para planificar y ejecutar los fondos de inversión.

Al referirse a la descentralización, señaló categóricamente lo siguiente:

La descentralización en Panamá pudiese operar con las debidas restricciones y requisitos (por ejemplo, los CdeS operan descentralizadamente); sin embargo, ellos han variado sus funciones y dedican los recursos al pago de funcionarios en detrimento de su destino original y, por otro, en algunos casos, le han dado un matiz político para pagar personas vinculadas a autoridades locales. Para mí, la descentralización es eficaz, pero debe estar bien reglamentada, evaluada, auditada, porque, al final, se trata de supervisar dinero.

El carácter exploratorio de la presente investigación empieza a revelar manifestaciones de consideración relacionadas con el modo de administrar y operar el SINIP y el SNSP sobre la inversión destinada a la salud pública; en otras palabras, voces autorizadas reconocen la potencialidad de un sistema descentralizado eficaz debidamente controlado.

Ver y escuchar cara a cara al personaje entrevistado permite percibir una declaración contundente, veraz y firme en convicción y realidad; en consecuencia, el conocimiento y dominio del tema tratado es, indiscutiblemente, una experiencia reveladora de la ventaja detrás del patrón metodológico aplicado.

Al abordar el tema sobre el uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública, el funcionario de MINSA, cuenta que

En realidad, Panamá ya tiene experiencia en el manejo de recursos, aunque con frecuencia los cambios de directores y personal directivo ha ido tergiversando los principios de la administración de fondos locales, porque lo que era una idea o la forma de hacer participar a la comunidad y al mismo tiempo devolverle la acción con fondos el servicios se deteriora y empiezan los señalamientos de mal uso y al final se queda limitada a pocas unidades.

El efecto de la entrevista es desbordante: el médico, funcionario de alto rango, es muy cuidadoso en su discurso, pero su mensaje es claro y transparente; nos permite interpretar la existencia de un modelo central caduco y una práctica descentralizada irregular en el **uso eficaz de fondos**, pero que pudiese corregirse.

Para concluir, la primera entrevista al médico del MINSA, se cerró con la opinión final transcrita tal cual:

Se requiere una transformación integral en MINSA. No veo posibilidad de que en el corto o mediano plazo Panamá vaya incursionando en la descentralización por razones de prácticas opuestas que no dan visos de tal expectativa y además el hecho de poner de acuerdo muchas instancias involucradas en la tarea de aprobación de presupuesto.

La pregunta que surge es cómo interpretar este cierre de opinión. Un funcionario de alto rango que reconoce la operación descentralizada en pequeña escala, experimentada en centros de salud, aunque necesitada de normas y reglas nuevas y en contraste piensa que no es viable.

La opinión final del médico directivo del MINSA, provoca una seria reflexión de impacto para los resultados de la presente investigación, llegando a la conclusión de que, a pesar de observar un panorama sombrío para la descentralización en el corto plazo, sí siente confianza por el uso eficaz de la inversión pública para hacer cambios importantes a nivel de salud local, procurando mayor autonomía financiera, más capacitación en formulación y evaluación de proyectos y mayor participación comunitaria.

- **MINSA_2:**

La segunda entrevista del MINSA central correspondió a una ingeniera planificadora experimentada en la institución con vasta experiencia en el proceso de operación del ciclo de inversión de salud pública, incluyendo la salud comunitaria.

A partir de esta entrevista quedó establecido el esquema de captura de información para guardar la consistencia informativa de todos los entrevistados, con temas puntuales registrados a los dos primeros convocados.

Al iniciar la entrevista, la ingeniera describe la situación actual de la planificación y programación de las inversiones públicas por parte del MINSA, en los siguientes términos:

La comunidad no participa totalmente en esto... En la década de los años de 1970, cuando el doctor Renán Esquivel creó los primeros CS, sí hubo injerencia de la comunidad: se crearon para eso; pero con el pasar de los años, esta se ha desvirtuado. Eso se ve mejor organizado en Panamá, pero el resto del país ya no funcionan los CdeS.

La interpretación de su comentario es que la situación actual de la planificación y programación de las inversiones públicas de la salud dejó de tener participación de la comunidad a través de los CS y todo el proceso se mantiene a nivel central como filtro de aprobación.

A la pregunta sobre limitantes del sistema, la respuesta fue dirigida a los CdeS:

Si el presupuesto lo trabajaran ellos mismos, no tendríamos el problema de personal que existe en cada CdeS, porque los nombramientos se manejan del nivel nacional cuando esto debiera ser allá mismo y con las mismas personas del área.

Básicamente, el enfoque es hacia la base y deja saber que incluso quienes conocen del problema son excluidos de la solución. Se entiende un rechazo a la centralización y se reconoce la idea de la participación en la elaboración del presupuesto de inversión como fórmula de solución al problema de personal calificado para formular los proyectos de salud comunitaria.

En el caso del segundo entrevistado del MINSA no fue necesario profundizar sobre el tema de la descentralización, ya que su interés era decir lo que sabe de este tema y rápidamente comentó:

Totalmente de acuerdo con la descentralización. El presupuesto de inversión debe ser descentralizado.

Recoger los errores de otros países para no repetir los mismos, considerando que Panamá no está municipalizado.

Creo que se trabajaría mejor con una municipalidad que si nosotros tenemos centralizados todos estos insumos.

El mensaje es directo y sugiere una medida de descentralización, haciendo hincapié en el aprendizaje de los errores de otros países y mejor aún si la centralización da paso a la municipalidad en aras de mejorar las etapas del ciclo de inversión.

Aprovechando las pautas de pensamiento de la persona entrevistada se le consultó acerca del uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública conforme su experiencia, y esto fue lo que respondió:

El modelo actual que se maneja año por año no es lo mejor. El modelo de la descentralización... cada provincia sabe cuáles son sus necesidades y medida de sus necesidades. Ellos trabajan mejor. A veces, los funcionarios del MINSA se imaginan muchas cosas desde el nivel central y nunca como estar en el sitio para poder decidir a dónde deben ir los proyectos para resolver las necesidades.

Analizando el texto anterior y organizando los argumentos de fondo, se observa que la entrevistada conjuga la conveniencia de reemplazo de un sistema central de planificación por un modelo de descentralización participativo con actores locales vigilantes responsable del manejo y uso eficaz de los recursos de inversión destinados a la salud comunitaria.

La expresión generalizada de la funcionaria en oposición a la centralización facilitó el cierre de la entrevista con la siguiente opinión final:

Si seguimos con el modelo de la centralización, siempre vamos a tener mala atención en todas las unidades básicas de salud.

Tal expresión es una conclusión categórica para los fines previstos de la investigación, por ser una revelación contundente de una funcionaria que, por muchos años, ha experimentado un proceso de rutina presupuestaria dentro de un ministerio de alto perfil gubernamental como el MINSA.

- [Síntesis del análisis de resultados de las entrevistas del MINSA](#)

Dos entrevistas realizadas a experimentados funcionarios del MINSA, por jerarquía y antigüedad, dejan un cúmulo de evidencias testimoniales relativas al cuestionamiento de rutina preconcebido con énfasis en el uso

eficaz de la inversión pública para la salud comunitaria, en el proceso de gestión, planeación y programación presupuestaria que, año tras año, lleva adelante el gobierno. El extracto de opinión se muestra en el siguiente resultado:

Cuadro N° 9. Síntesis de entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre la situación del presupuesto de inversión de salud

| Situación actual |
|--|
| A pesar de que la inversión para la salud comunitaria se genera en los niveles regionales la centralización, prevalece como modelo de planificación, anulando la participación de la comunidad en la generación de proyectos. El MEF ejerce el filtro de solicitud y la Asamblea Nacional finalmente aprueba el presupuesto. |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 10. Síntesis de entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre limitantes al ejercicio de programación de presupuesto de inversión de salud

| Limitantes |
|--|
| La centralización se reitera como factor limitante a la iniciativa y desempeño de la acción local. El recurso humano viene designado desde el despacho superior por criterio político sin conocimiento de la realidad local y dominio de los procesos de planificación regional. Escasez de recursos para la formación y capacitación de los comités locales de salud. |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 11. Síntesis de opinión en entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre el tema de la descentralización del presupuesto de inversión de salud

| Descentralización |
|---|
| Voces autorizadas reconocen el carácter viable y eficaz de implantar la descentralización. Para eso es inminente mitigar la injerencia política en la planeación estratégica local de salud y reforzar la programación presupuestaria desde la órbita horizontal. La falta de planificación hace perder de vista los objetivos de salud comunitaria y el rol de intervención de la población local. |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 12. Opinión compartida de entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre el uso eficaz del recurso de inversión para salud

| Uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública |
|---|
| El modelo actual es ineficaz y caduco y, peor aún: las autoridades directivas han tergiversado los principios de manejo de fondos locales. Existe una visión errónea proyectada desde el nivel central que afecta el uso eficaz y viabilidad de manejo de proyectos de salud comunitarios. Hay capacitación, hay experiencia, hay oportunidades, pero la alta rotación de personal afecta considerablemente la sostenibilidad y el manejo de inversión local. |

Fuente: Elaboración propia

Cuadro N° 13. Opinión final resumida de entrevistas a dos funcionarios del MINSA sobre el manejo del presupuesto de inversión para salud

| Opinión final |
|--|
| Ante la ineficiencia de la centralización, se impone un cambio radical que priorice la participación ciudadana bajo un esquema horizontal, que defina una gestión eficaz con resultados de calidad. Las posibilidades que en el corto o mediano plazo Panamá vaya incursionando en la descentralización son muy escasas. Si seguimos con el modelo de la centralización, siempre vamos a tener mala atención en todas las unidades básicas de salud. |

Fuente: Elaboración propia

Condensar la opinión del equipo ministerial en un solo texto es una conclusión magistral por el nivel profesional, cargo y experiencia de los entrevistados, cuyo valor para esta tesis representa un hallazgo significativo que repercute en las recomendaciones y propuesta final de futuras acciones, y dice así: “El modelo de planificación centralizada del presupuesto de inversión pública vigente es ineficaz e ineficiente, actúa sin consulta y desconocimiento de las necesidades reales de la población y afecta el uso eficaz de las inversiones públicas como instrumento financiero de apoyo a los programas de salud comunitaria. Un nuevo esquema horizontal de participación colectiva se impone por voluntad de las partes involucradas”.

4.1.3 Entrevistas-centros de salud (CdeS)

El punto cardinal de levantamiento de datos de la presente investigación exploratoria son los centros de salud, por tanto se realizaron cinco entrevistas y un total de catorce encuestas. Cabe reconocer el alto nivel de participación y contribución a la investigación por parte de los centros de salud preseleccionados.

Siguiendo el patrón analítico de la entrevista no estructurada con el MEF y el MINSA, pasamos al análisis de las entrevistas realizadas a los funcionarios de los CdeS, introduciendo la variante de codificación, segmentando los datos en función de su significación para con las preguntas y objetivos de investigación y preparando los insumos de interpretación para condensar los datos en unidades analizables, que serán las ideas resultantes finales.

Para ilustrar lo anterior, en primer lugar, se presenta la tabla n.º 3 de transcripción de la entrevista realizada a un médico del centro de salud de Curundú, cuyo patrón había sido preconcebido, por el uso del método de entrevista no estructurada seguido en las visitas al MEF y el MINSA.

No obstante, la amplitud de diálogo, el intercambio abierto, la confianza al declarar y el dominio de la situación de la salud comunitaria por parte del médico de Curundú, alentó a separar sus comentarios y aportes al proceso analítico de la presente investigación.

Como siguiente paso por separado, se presenta la tabulación de cada entrevista codificada, o sea, etiqueta creada con el objetivo de compilar la significación de un fragmento de texto o de información (unidad de significado), lo cual facilitará el análisis de resultado del proceso investigativo. Así, el resto de las entrevistas completas a cuatro especialistas de CdeS del distrito de Panamá se presentan como Anexo_C de referencia.

A continuación la entrevista a médico del centro de salud de Curundú.

Tabla N° 3. Extracto de opinión de entrevista realizada a médico del centro de salud de Curundú, por su amplia experiencia, dominio y gestión de programas comunitarios

| Códigos | Datos_ Unidades de significado |
|------------------|--|
| Situación actual | Declara el entrevistado: Afirmativo, la inversión pública bien administrada tiene como una de sus principales funciones mejorar todo el sistema sanitario, desde niveles primarios hasta el nivel terciario. La participación de la comunidad es efectiva en Curundú a través de los CS. |

Tabla N°.3. Extracto de opinión de entrevista realizada a médico del centro de salud de Curundú, por su amplia experiencia, dominio y gestión de programas comunitarios (Continuación)

| | |
|---|--|
| Limitantes | El rol de los CS se ha tergiversado ya que, cuando de inversión pública o privada se trata, cuando se parcializan algunos procesos en lo político, se entorpece la gestión... El CS se elige a través de un proceso electoral; sin embargo, no necesariamente se escoge al más adecuado para llevar. Todos los CdeS están adscritos a la decisión del CS para hacer inversiones locales, porque estos trabajan en parte en el manejo de los ingresos del CS en concepto de consultas, de laboratorio, etcétera. El caso Curundú no tiene la mejor relación con el nivel directivo y, en consecuencia, las inversiones no son bien llevadas por la dirección y el comité, el cual se maneja con una actitud política. |
| Descentralización | Se ha comprobado en muchos países que es buena y mejora la gestión porque vas eliminando el tiempo prolongado en la toma de decisiones de las inversiones. Bien llevada ayuda a tomar decisiones más rápidas, a hacer mejores inversiones y mejor elección e implantación de proyectos. Es una tendencia mundial que está funcionando en muchos países aunque en Panamá todavía no se está aplicando como debe, pero se espera que en los próximos gobiernos la implementen. |
| Uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública | El centro de salud de Curundú sí tiene la capacidad de administrar eficazmente sus proyectos con su actual estructura; habría que capacitar el personal, en el proceso para que desarrolle los proyectos de inversión a través del proceso de descentralización. |
| Opinión final | Ojalá tomen conciencia de que es una opción valadera, viable, factible para mejorar la gestión pública específicamente en el área de salud, sobre todo en el MINSA, que es uno de los ministerios que más centralizado está. Todo tiene que pasar por el despacho superior y eso entorpece la gestión. |

Fuente: Elaboración propia

La entrevista anterior al médico designado cobró relevancia inmediata al identificarse como investigador de la salud y funcionario preocupado por problemas que, a la luz de la situación actual, cree en la inversión pública como una herramienta positiva al servicio de la salud comunitaria y, de hecho, la falta de recursos de inversión para atender programas y proyectos de salud en Curundú es una falla que urge corregir de parte del Estado.

A su juicio, las limitantes conocidas que afectan la atención primaria de salud son:

- La injerencia política sobre las decisiones de manejo de las inversiones locales
- Los procesos electorales para elegir los CS no son transparentes
- Los CS han rebasado niveles de intervención en el manejo de los ingresos del CdeS en concepto de consultas, de laboratorio, etcétera

- Las relaciones del CS y el nivel directivo del centro de salud de Curundú no son las mejores y esto afecta la programación y la ejecución de las inversiones

Al abordar el tema de la descentralización con firmeza y conocimiento del tema, respondió: “Es una buena determinación para mejorar la planificación y programación de las inversiones de salud comunitaria y una tendencia regional que viene experimentando resultados positivos en América Latina”.

En cuanto al uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública, considera el entrevistado que es perfectamente viable y propone capacitar el personal en técnicas de hacer proyectos.

Como reflexión final, de manera contundente el médico de Curundú apunta hacia una gestión no centralizada de la inversión para la salud comunitaria como alternativa valedera, viable y factible.

- Codificación y categorización de las transcripciones

Avanzado el análisis de entrevistas con los cuatro CdeS restantes del distrito de Panamá, Las Mañanitas (CdeS_1), 24 de Diciembre (CdeS_2), Tocumen (CdeS_3) y El Chorrillo (CdeS_4) se parte de la premisa de trabajar bajo parámetros similares a los anteriores análisis del MEF, MINSA y el CdeS de Curundú.

En esta oportunidad, se hace un alto estratégico para dar lugar a la codificación con el objeto de fragmentar las transcripciones en categorías de temas o estados de detalle de citas y opiniones. Para los efectos de integrar la información por medio de la codificación, se unen cinco entrevistas de los CdeS, con base en las categorías construidas con antelación, revisando detalles de cada cita textual y analizando sus aportes, para luego hacer relaciones que nos permitan elaborar explicaciones integrales.

Esto implica un trabajo intelectual y mecánico que permite codificar los datos, encontrar patrones, etiquetar los temas y desarrollar sistemas de categorías. Significa analizar el contenido central de las entrevistas, observaciones u otros documentos para determinar qué es significativo y, a partir de eso, reconocer patrones en esos datos cualitativos y transformar esos patrones en categorías significativas y temas (Patton, 2002).

Para no ser extensivo, ahorrar espacio y mantener la rigurosidad de este trabajo investigativo, se colocan tablas de extracto de opinión, registradas como anexos, que consolidan las entrevistas codificadas y, a la vez, sintetizan el sentir de cada entrevistado respecto de los temas concordantes.

Acto seguido, se muestran cuadros con resúmenes de opinión integral extraídos de los citados anexos cuyo carácter de síntesis permite consolidar párrafos concluyentes de la visión global de funcionarios de planta de los CdeS relativos a las categorías consultadas para todos los casos.

En primer lugar, el resumen de opinión sobre la situación actual en los CdeS, el pensar colectivo se interpreta en los siguientes términos:

Cuadro N° 14. Opinión codificada de funcionarios de centros de salud sobre la situación actual de la inversión en salud

| Situación actual |
|---|
| La inversión pública, a pesar de estar centralizada, es una herramienta eficaz, que, mediante la dotación de los recursos necesarios y políticas públicas, pudiese operar de manera horizontal con participación comunitaria. |

Fuente: Elaboración propia

Analíticamente, es posible sentenciar que los funcionarios de los CdeS reconocen la inversión pública como una herramienta eficaz y sienten que la centralización debe abrir paso a la participación activa de abajo hacia arriba con mayor recurso para la salud comunitaria.

El próximo cuadro es un extracto de las dificultades o limitantes que reconocen los entrevistados, dentro de sus unidades de trabajo, asociadas al tema de las inversiones.

Cuadro N° 15. Opinión codificada de funcionarios de centros de salud sobre las limitantes de la inversión en salud

| Limitantes |
|---|
| El tema de la centralización de la inversión para la salud impide el ejercicio participativo de la gente en los proyectos de salud local. La falta de claridad de políticas públicas y objetivos de salud local han dado margen al deterioro de relación de los CS y las autoridades locales. Como consecuencia, hay ausencia de planificación de salud comunitaria y se ha politizado la generación de inversión en lo interno de los CdeS. |

Fuente: Elaboración propia

Un examen sumario sobre las limitaciones que deben enfrentar los servidores públicos, para brindar un servicio de salud eficiente a la comunidad, requirió una fragmentación muy puntual de casos para puntualizar las limitantes de mayor trascendencia pública. Para las personas que trabajan en CdeS, unidad básica de salud de la comunidad, el tema de la calidad y bienestar de la salud es una utopía y una esperanza perdida muy difícil de superar, por las razones antes numeradas.

Buena táctica resultó recordar a los entrevistados la retoma del tema de la descentralización de parte del nuevo Gobierno panameño a partir de julio de 2014 y el anuncio de implementar la ley aprobada a partir de enero del 2016. Eso fue parte del aporte de esta tesis al diálogo para preservar el ánimo positivo de los entrevistados. Así, la secuencia lógica de la entrevista resalta seguidamente del tema de la descentralización que, de manera espontánea, emerge al diálogo y eleva el nivel de narración del entrevistado como si la ocasión determinase algún resultado inmediato de consideración.

El siguiente cuadro muestra los detalles más relevantes de opinión relacionada con la descentralización y la salud comunitaria.

Cuadro N° 16. Opinión codificada de funcionarios de centros de salud sobre la descentralización

| Descentralización |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Es viable, eficaz y ayuda a mejorar las decisiones de inversión.• Sensibiliza a las autoridades locales.• Propicia la puesta en marcha del modelo horizontal.• Demanda capacitación integral sobre la descentralización. |

Fuente: Elaboración propia

Por consenso, los entrevistados se manifestaron en favor de la descentralización, considerando un modelo viable y factible de ayuda para una gestión eficaz de manejo de la inversión pública destinada a la salud comunitaria. Con tal beligerancia y notoriedad los argumentos esgrimidos por cada entrevistado, eran resumidos con profundidad y conocimiento, expresando preferencia en favor de un nuevo modelo tipo horizontal que privilegie una planificación de inversión territorial donde los miembros de una comunidad participen armónicamente con las autoridades en la formulación y evaluación de los programas y proyectos de salud (ver anexos).

En síntesis, la codificación para la segmentación de ideas, extraídas de las entrevistas a los funcionarios de los CdeS en relación al tema de la descentralización, produjo los siguientes resultados:

- La descentralización para el manejo de la inversión de la salud comunitaria es viable y factible.
- Eficaz porque ayuda a priorizar las inversiones.
- Modelo incluyente, exhorta la participación comunitaria a la gestión de planificación de la inversión de la salud.
- Reconoce y prioriza la necesidad de mayor capacitación local sobre el tema.

Lo sorprendente en esta investigación se produjo durante la codificación de ideas segmentadas derivadas de los coloquios, cuando el funcionario entrevistado se refería a la necesidad de manejo de la inversión pública como una herramienta eficaz para mejorar los sistemas de atención de salud de la comunidad.

Cuadro N° 17. Opinión codificada de funcionarios de centros de salud con respecto al uso eficaz de la inversión pública.

| Uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública |
|---|
| Es viable el trabajo participativo sobre la inversión para la salud comunitaria, con mayor capacitación para técnicos y miembros de la comunidad. Se impone la necesidad de un mayor presupuesto con prioridad en la salud local. |

Fuente: Elaboración propia

Sobre el mismo punto, los entrevistados añaden interés por el tema de la capacitación y el trabajo conjunto de autoridades y comunidad para elaborar el presupuesto de salud local.

La percepción concluyente a este nivel es única y constituye un hallazgo subjetivo pero cargado de emotividad circunstancial, que hace palpable el deseo de quienes hablan por una oportunidad de gobierno que les permita hacer proyectos por la gente, con la gente, para la gente.

Al concluir la entrevista se pidió a cada entrevistado una opinión final respecto del tema de las inversiones públicas como una herramienta eficaz para mejorar los servicios de salud comunitaria, y solo uno se abstuvo de opinar, mientras que los cuatro restantes respaldaron categóricamente una acción descentralizadora.

Cuadro N° 18. Opinión final codificada de funcionarios de centros de salud con respecto a la gestión de proyectos de inversión de salud comunitaria

| |
|--|
| Opinión final |
| Por consenso priva la idea del manejo horizontal de la inversión pública como herramienta viable y eficaz para producir mayor bienestar y calidad de vida en la salud comunitaria. |

Fuente: Elaboración propia

Se desprende del cuadro anterior un alto grado de concordancia y consistencia en cuanto a modo y forma de pensar o percibir el manejo administrativo y operativo de las inversiones para la salud pública a nivel de las unidades de salud local. Opinaron directores del centro, médicos, enfermeras, técnicos, administrativos, vecinos de la comunidad, etcétera que vieron en la presente investigación la oportunidad de exteriorizar sentimientos naturales asociados a la salud comunitaria, de la cual son responsables, pero sin capacidad de decisión para gestionar recursos financieros de presupuesto en obras de salud comunitaria.

- [Síntesis del análisis de resultados de las entrevistas de los centros de salud](#)

Del resumen por extracto de opinión anterior, emerge una opinión general resumida, de los entrevistados en los CdeS que hace alusión al sentir del colectivo respecto de los temas específicos tratados, convirtiéndose en una de las recomendaciones más importante de esta investigación y queda como sigue:

Para mejorar la salud comunitaria, producir bienestar y buena calidad de vida es necesario eliminar la centralización y poner en marcha un plan de políticas públicas que respalden un modelo de planificación estratégica horizontal, de participación solidaria, con objetivos claramente definidos de salud comunitaria que incluyan programas y actividades complementarias de capacitación en gestión por resultados, formulación y evaluación de proyectos, para hacer de la inversión pública la herramienta eficaz y efectiva de impacto al SNSP con énfasis en la APS desde el nivel comunitario.

En síntesis:

- La descentralización es viable y factible
- El trabajo conjunto produce mejor bienestar y calidad de vida
- La inversión con presupuesto local es eficaz

4.2 La encuesta

Se aplicó un cuestionario a los tres grupos seleccionados, MEF, MINSA y CdeS.

4.2.1 Encuesta a los funcionarios del MEF

En el Departamento de Programación de Inversiones del MEF de Panamá, la encuesta fue aplicada a 6 funcionarios, los cuales desempeñan el cargo de analista y evaluador de proyectos de inversión. El 50 % declaró tener experiencia en la preparación o ejecución de programas o proyectos de salud comunitaria y el resto del personal respondió que no.

Cuadro N° 19. ¿Tiene experiencia en preparación o ejecución de programas o proyectos de salud comunitaria?

| Cargo | Sí | No |
|--|----------|----------|
| Total | 3 | 3 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión | 3 | 3 |

Fuente: Elaboración propia

Casi en su totalidad, menos una persona, declaró que la inversión pública para la salud comunitaria es una herramienta eficaz para solucionar los problemas que se detecten en estas. Cuatro de ellos consideraron que, en la actualidad, las instalaciones de salud se encuentran en capacidad de manejar sus inversiones, sea preparando o ejecutando sus proyectos de salud. No obstante, cuando se les preguntó sobre si los CdeS tienen la capacidad de asumir el proceso de gestión de sus proyectos de inversión en salud comunitaria por medio de la ley de descentralización, las respuestas estuvieron divididas en un 50 % a favor y en contra.

Cuadro N° 20. En su opinión, ¿la inversión pública para la salud comunitaria es una herramienta eficaz para solucionar los problemas detectados?

| Cargo | Sí | No |
|--|----------|----------|
| Total | 5 | 1 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión | 5 | 1 |

Fuente: Elaboración propia

Los funcionarios confirman que, de los proyectos que son aprobados en el presupuesto, muy pocos (83.3 % del total de respuestas) o ninguno (16.7 % del total de respuestas) llegan preparados por los CdeS

conjuntamente con la comunidad. Según sus criterios, la concentración y centralización de decisiones a nivel ministerial es el principal factor por la cual las inversiones locales de salud se ven limitadas. Tal es el peso de esta limitante en contraposición a la falta de liderazgo del consejo municipal, falta de capacitación en gestión de proyectos y al desconocimiento de las leyes locales, etcétera, que nadie consideró como limitante cada uno de estos factores frente a la centralización.

Reconocen (16.7 % definitivamente sí y 66.7 % probablemente sí) que los proyectos de inversión pública para la salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad y consideran que una mayor participación de los pobladores sería un instrumento eficaz en el uso de la inversión pública para la mejora de la salud comunitaria (83.3 % del total de respuestas), más que un tema de un nuevo modelo (16.7 % del total de respuestas).

Cuadro N° 21. ¿En la actualidad las instalaciones de salud son capaces de manejar sus inversiones preparando y ejecutando sus proyectos de salud?

| Cargo | Sí | No |
|--|-----------|-----------|
| Total | 4 | 2 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión | 4 | 2 |

Fuente: Elaboración propia

En tanto, según la opinión de la mayoría (66.7 %), los mayores impactos de la inversión pública destinada a la salud comunitaria, si se llegara a trabajar de forma más conjunta entre las autoridades locales, los CS y personal eventual serían directamente la reducción de los problemas de salud y la priorización de necesidades, sin dar cabida a la oportunidad de un nuevo modelo con la comunidad (16.7 %) y a una mayor coordinación de todos los actores (16.7 %).

Cuadro N° 22. ¿Cree que los centros de salud tienen la capacidad de asumir el proceso de gestión de sus proyectos de inversión en salud comunitaria por medio de la ley de descentralización?

| Cargo | Sí | No |
|--|-----------|-----------|
| Total | 3 | 3 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión | 3 | 3 |

Fuente: Elaboración propia

PREGUNTAS ABIERTAS (MEF)

En relación con el tema de las preguntas abiertas a los funcionarios del MEF, el cuestionario contempla las preguntas 20, 21 y 22 (idénticas para el MINSa):

P_20)¿Como técnico planificador cuál recomendación haría para hacer más eficaz el uso de la inversión pública como instrumento de mejora para la salud comunitaria?

P_21)¿Cuál es su opinión en relación con la idea de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria sería de mayor impacto si se trabaja conjuntamente entre autoridades locales, los comités de salud y eventualmente voluntarios colaboradores?

P_22)Durante su experiencia profesional institucional formulando proyectos de inversión en salud comunitaria, ¿cuál ha sido su principal aprendizaje y qué cambios recomienda para que la inversión pública en salud brinde mejores resultados a la población?

El análisis de las preguntas abiertas para cada grupo pasó por el mismo proceso de codificación de las entrevistas, a efectos de fragmentar y categorizar las ideas centrales que expresan las respuestas escritas de los encuestados, como ilustra el siguiente cuadro:

Cuadro N° 23. Resultados tabulados de preguntas abiertas a funcionarios del MEF

| N.º de pregunta / categoría_codificada | 20 | 21 | 22 | Total | 20 | 21 | 22 | Total |
|--|----|----|----|-------|--------|--------|--------|--------|
| Planificación estratégica con inversión local | 1 | 0 | 3 | 4 | 16.67 | 0.00 | 50.00 | 22.22 |
| Nuevo modelo horizontal-descentralización y más capacitación | 1 | 1 | 3 | 5 | 16.67 | 16.67 | 50.00 | 27.78 |
| Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos | 4 | 2 | 0 | 6 | 66.67 | 33.33 | 0.00 | 33.33 |
| Es una medida eficaz, conocen sus necesidades y saben lo que quieren | 0 | 3 | 0 | 3 | 0.00 | 50.00 | 0.00 | 16.67 |
| | 6 | 6 | 6 | 18 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 |

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro anterior se observa un cruce interesante de respuestas que mezclan los encuestados al responder diferentes preguntas, concluyendo con puntualidad en opiniones y criterios coincidentes sobre sus respuestas a un problema general.

En términos generales, un tercio del personal coincidió en sus apreciaciones al responder las preguntas 20 y 21, en un 66 % y 33 % remarcando como recomendación para hacer más eficaz el uso de la inversión pública como instrumento de mejora para la salud comunitaria la necesidad de empoderamiento y mayor capacitación en proyectos.

Mientras que al responder sobre la base de su experiencia formulando proyectos de inversión en salud comunitaria, para sugerir cambios, aludiendo a la pregunta 22, la mitad dividió su opinión (50 %) en los temas de planificación estratégica con inversión local y nuevo modelo horizontal-descentralización con mayor capacitación en proyectos.

Finalmente, las respuestas a la pregunta 21, enfocada a la participación comunitaria y su impacto sobre la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria, arrojó una respuesta dividida considerando que es una medida eficaz, conocen sus necesidades y saben lo que quieren en un 50 %, empoderamiento y mayor capacitación en proyectos en 33 % y nuevo modelo horizontal-descentralización y más capacitación en un 16.7 %.

En resumen, un 50 % de los encuestados divide preferencias al 22 % para una planificación estratégica con inversión local, y un 28 % considera como prioridad la necesidad de un nuevo modelo horizontal con mayor capacitación, mientras que el otro 50 % también dividido, 33 % aboga por empoderamiento y mayor capacitación en proyectos y el 17 % reconoce que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria es una medida eficaz.

4.2.2 Encuesta a los funcionarios del MINSA

En el MINSA, la encuesta se le aplicó a 14 funcionarios: 2 directores, 3 jefes de departamento, 1 analista de presupuesto, 4 **planificadores regionales**, **1 médico**, **1 técnico de salud** y **2 personas que no declararon su cargo**.

Cuadro N° 24. ¿Tiene experiencia en preparación o ejecución de programas o proyectos de salud comunitaria?

| Cargo | Sí | No |
|--------------------------|------------------|-----------------|
| Total | <u>11</u> | <u>2</u> |
| Director | 2 | 0 |
| Subdirector | 0 | 0 |
| Jefe de departamento | 2 | 1 |
| Subjefe de departamento | 0 | 0 |
| Jefe de unidad o sección | 0 | 0 |
| Supervisor de área | 0 | 0 |
| Analista de presupuesto | 0 | 0 |
| Planificador regional | 4 | 0 |
| Médico | 1 | 0 |
| Enfermero | 0 | 0 |
| Técnico de salud | 0 | 1 |
| Otro | 0 | 0 |
| No declarado | 2 | 0 |

Fuente: Elaboración propia

El 78.6 % de los encuestados respondió tener experiencia en la preparación o ejecución de programas o proyectos de salud comunitaria, solo un jefe de departamento (de los 3 encuestados) y el técnico de salud respondieron que no contaban con tal experiencia. Las opiniones estuvieron divididas en un 50 %, cuando se

abordó sobre si en la actualidad las instalaciones de salud serían capaces de manejar sus inversiones preparando y ejecutando sus proyectos de salud.

Cuadro N° 25. ¿En la actualidad las instalaciones de salud son capaces de manejar sus inversiones preparando y ejecutando sus proyectos de salud?

| Cargo | Sí | No |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Total | 7 | 7 |
| Director | 1 | 1 |
| Subdirector | 0 | 0 |
| Jefe de departamento | 2 | 1 |
| Subjefe de departamento | 0 | 0 |
| Jefe de unidad o sección | 0 | 0 |
| Supervisor de área | 0 | 0 |
| Analista de presupuesto | 1 | 0 |
| Planificador regional | 2 | 2 |
| Médico | 0 | 1 |
| Enfermero | 0 | 0 |
| Técnico de salud | 0 | 1 |
| Otro | 0 | 0 |
| No declarado | 1 | 1 |

Fuente: Elaboración propia

Al igual que los funcionarios del MEF concuerdan que muy poco de los proyectos aprobados en el presupuesto llegan preparados por los CdeS conjuntamente con la comunidad (64.3 % del total de respuestas), un tercio de las respuestas fueron dadas por los planificadores regionales; mientras que un 14.3% opinó que ninguno, un director respondió que la mayoría, un médico declaró que la mitad y hubo 1 sin respuesta por parte de otro director. Más de la mitad (57.1 %) concuerda con que la falta de capacitación en gestión de proyectos y de recurso humano capacitado son los factores principales que impiden que desde nivel local se gestionen recursos de inversión para la salud comunitaria.

No obstante, sí consideran (57.1 % definitivamente sí y 21.7 % probablemente sí, de estas dos respuestas el 72.7 % estuvo dada por jefes de departamentos, analista de presupuesto y planificadores regionales) que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria, deben ser preparados por la propia comunidad. Por otro lado, en coincidencia con los funcionarios del MEF, el 64.3 % de los funcionarios encuestados en el MINSA declaró que la inversión pública destinada a la salud comunitaria sería una medida eficaz si fuera más participativa con las autoridades locales, los CS y personal eventual, y consideran (14.3 %) que esta medida se debe impulsar.

Cuadro N° 26. ¿Cuántos de los proyectos aprobados en presupuesto, llegan preparados por los centros de salud conjuntamente con la comunidad?

| Cargo | La mayoría | Casi la mitad | La mitad | Muy pocos | Ninguno | N/E |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Total | <u>1</u> | <u>0</u> | <u>1</u> | <u>9</u> | <u>2</u> | <u>1</u> |
| Director | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Subdirector | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jefe de departamento | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| Subjefe de departamento | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jefe de unidad o sección | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Supervisor de área | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Analista de presupuesto | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Planificador regional | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| Médico | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Técnico de salud | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Otro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No declarado | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia

PREGUNTAS ABIERTAS (MINSa)

En relación con el tema de las preguntas abiertas a los funcionarios del MINSa, se les repite la mecánica de análisis anterior con el MEF, en virtud que las preguntas de fondo del cuestionario fueron similares y eran tres con los números 18, 19 y 20. Además, el ejercicio de codificación para segmentar las opiniones y categorizar las ideas se repitió igual, dando como resultado el siguiente balance:

Cuadro N° 27. Resultados tabulados de preguntas abiertas a funcionarios del MINSa

| Preguntas por número | 18 | 19 | 20 | Total | 18 | 19 | 20 | Total |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|---------------|---------------|-------------|
| Valor | Abs. | | | | Porcentaje (%) | | | |
| Planificación estratégica con inversión local | 3 | 2 | 3 | 8 | 21.43 | 14.29 | 21.43 | 0.19 |
| Nuevo modelo horizontal-descentralización y más capacitación | 7 | 0 | 1 | 8 | 50.00 | 0.00 | 7.14 | 0.19 |
| Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos | 3 | 2 | 2 | 7 | 21.43 | 14.29 | 14.29 | 0.17 |
| Es una medida eficaz, conocen sus necesidades y saben lo que quieren | 0 | 10 | 1 | 11 | 0.00 | 71.43 | 7.14 | 0.26 |
| N/R | 1 | 0 | 7 | 8 | 7.14 | 0.00 | 50.00 | 0.19 |
| | 14 | 14 | 14 | 42 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 1.00 |

Fuente: Elaboración propia

El 50 % de los 14 encuestados del MINSA, en su calidad de técnicos planificadores, recomiendan un nuevo modelo horizontal de descentralización y más capacitación, para hacer más eficaz el uso de la inversión pública como instrumento de mejora para la salud comunitaria, al responder la pregunta n.º 18; y dividen en 21.4 % el interés de una planificación estratégica con inversión local, así como en igual porcentaje (21.4 %) empoderamiento y mayor capacitación en proyectos.

Al responder la pregunta n.º 19, sobre la idea de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria sería de mayor impacto si se trabaja conjuntamente entre autoridades locales, CS y eventualmente voluntarios colaboradores, 71.4 % lo consideró como una medida eficaz, conocen sus necesidades y saben lo que quieren, transmitiendo un mensaje subliminal que revela la nueva fórmula de hacer salud comunitaria de abajo hacia arriba.

El otro 28 % se repartió en dos temas de preferencia y abiertamente los encuestados respondieron 14.3 % por una planificación estratégica con inversión local y empoderamiento y mayor capacitación en proyectos con igual 14.3 %.

Finalmente, el balance de la pregunta n.º 20, referida a la experiencia de preparar proyecto de parte de los encuestados en salud comunitaria, mostró que el 50 % no fue capaz de responder esta pregunta. No obstante, un 14.3 % opina sobre la necesidad de mayor capacitación en proyectos y empoderamiento, tomando ventaja que un 21.4 % ha tenido aprendizaje en planificación estratégica con inversión local en 21.4 %.

Como corolario de esta sumatoria contextual resultante de preguntas abiertas, la expresión libre y espontánea de los encuestados, en este caso de técnicos y directivos del MINSA de Panamá, revelan abiertamente su consideración positiva en reconocimiento de la inversión pública como herramienta eficaz para mejorar la salud comunitaria y en igual consideración piensan que un modelo horizontal apoyado de la planificación estratégica mejora los servicios de salud y el bienestar de la población.

4.2.3 Encuesta a los funcionarios de centros de salud

En los centros de salud se realizaron 86 encuestas, de las cuales 82 resultaron válidas. De los 82 informantes, estos, según su cargo, se distribuyeron de la siguiente forma: 62 funcionarios de salud, 16 miembros del CS, 2 miembros de la comunidad y otras 2 personas que no declararon su estatus.

Cuadro N° 28. Cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad?

| Cargo | Sí | | No | | Total | % SÍ | % NO |
|--------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-------|--------|-------|
| TOTAL | 53 | % | 27 | % | 80 | 66.25 | 33.75 |
| Funcionarios de salud | 39 | 73.58 | 21 | 77.78 | 60 | 65.00 | 35.00 |
| Miembros del CS | 11 | 20.75 | 5 | 18.52 | 16 | 68.75 | 31.25 |
| Miembros de la comunidad | 2 | 3.77 | 0 | 0.00 | 2 | 100.00 | 0.00 |
| Otros | 1 | 1.89 | 1 | 3.70 | 2 | 50.00 | 50.00 |
| | | 100.00 | | 100.00 | | | |

Fuente: Elaboración propia

Al igual que en los casos anteriores (MEF y MINSA), de un total de 80 personas que respondieron que, si creían que los proyectos de inversión pública de salud comunitaria deberían ser preparados por la propia comunidad, el 66.3 % respondió que sí; de los grupos con mayor cantidad de encuestados (funcionarios de salud y miembros del CS), en promedio (66.9 %) las respuestas fueron afirmativas. Sin embargo, de un total de 79 personas, el 58.2 % reconoce que las comunidades **no** tienen la capacidad y condiciones para preparar el plan de salud de inversiones de salud que necesita la comunidad; pero las mayoría (funcionarios de salud) concuerda con que no (64.4 %), a diferencia de los miembro del CS (62.5 %) y los miembros de la comunidad (100 %), que en este caso solo son dos personas.

Cuadro N° 29. ¿La comunidad tiene la capacidad y condiciones para preparar el plan de las inversiones de salud que necesita la comunidad?

| Cargo | Sí | | No | | Total | % SÍ | % NO |
|--------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-------|--------|--------|
| TOTAL | 33 | % | 46 | % | 79 | 41.77 | 58.23 |
| Funcionarios de salud | 21 | 63.64 | 38 | 82.61 | 59 | 35.59 | 64.41 |
| Miembros del CS | 10 | 30.30 | 6 | 13.04 | 16 | 62.50 | 37.50 |
| Miembros de la comunidad | 2 | 6.06 | 0 | 0.00 | 2 | 100.00 | 0.00 |
| Otros | 0 | 0.00 | 2 | 4.35 | 2 | 0.00 | 100.00 |
| | | 100.00 | | 100.00 | | | |

Fuente: Elaboración propia

Lo anterior deja entrever que existe una percepción equivocada de los informantes, aun cuando son los más cercanos a la comunidad e incluso fueron ellos los que respondieron si tomamos en consideración a 77 personas (Cuadro n.º 30), el 64.9 % cree que la práctica de preparar proyectos de inversión comunitaria con las autoridades locales y del centro de salud han dado resultados positivos para la comunidad.

Cuadro N° 30. ¿La práctica de preparar proyectos de inversión comunitaria con las autoridades locales y del centro de salud ha dado resultados positivos para la comunidad?

| Cargo | Sí | | No | | Total | % SÍ | % NO |
|--------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|-------------|-------------|
| TOTAL | 50 | % | 27 | % | 77 | 64.94 | 35.06 |
| Funcionarios de salud | 37 | 74.00 | 22 | 81.48 | 59 | 62.71 | 37.29 |
| Miembros del CS | 10 | 20.00 | 5 | 18.52 | 15 | 66.67 | 33.33 |
| Miembros de la comunidad | 1 | 2.00 | 0 | 0.00 | 1 | 100.00 | 0.00 |
| Otro s | 2 | 4.00 | 0 | 0.00 | 2 | 100.00 | 0.00 |
| | | 100.00 | | 100.00 | | | |

Fuente: Elaboración propia

Es importante extraer la diferencia entre capacidad de preparar un plan de inversiones y la práctica de preparar proyectos de inversión comunitaria, de manera que no poder hacer lo primero no impide resultados positivos en lo otro.

En tanto, la mayoría (de 81 personas que respondieron), 72, considera que las actividades de salud comunitaria colectiva, entre la población y las autoridades locales (Cuadro n.º 31), sí representa una estrategia positiva para la comunidad.

Cuadro N° 31. ¿Las actividades de salud comunitaria colectiva entre la población y las autoridades locales representa una estrategia positiva la comunidad?

| Cargo | Sí | | No | | Total | % SÍ | % NO |
|--------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|-------------|-------------|
| TOTAL | 72 | % | 9 | % | 81 | 88.89 | 11.11 |
| Funcionarios de salud | 55 | 76.39 | 7 | 77.78 | 62 | 88.71 | 11.29 |
| Miembros del CS | 14 | 19.44 | 1 | 11.11 | 15 | 93.33 | 6.67 |
| Miembros de la comunidad | 2 | 2.78 | 0 | 0.00 | 2 | 100.00 | 0.00 |
| Otros | 1 | 1.39 | 1 | 11.11 | 2 | 50.00 | 50.00 |
| | | 100.00 | | 100.0 | | | |

Fuente: Elaboración propia

No obstante, el 59.8 % contestó que, durante su experiencia como funcionario o voluntario de salud comunitaria, ha experimentado el proceso de preparar perfiles de proyectos de salud exitosos (Cuadro n.º 32). Como quiera, las respuestas estuvieron divididas en un 50.0 %.

Cuadro N° 32. ¿Durante su experiencia como funcionario o voluntario de salud comunitaria ha experimentado el proceso de preparar perfiles de proyectos de salud exitosos?

| Cargo | Sí | | No | | Total | % SÍ | % NO |
|--------------------------|------------------|-----------------|------------------|----------|--------------|-------------|-------------|
| TOTAL | <u>49</u> | <u>%</u> | <u>33</u> | % | 82 | 59.76 | 40.24 |
| Funcionarios de salud | 39 | 79.59 | 23 | 69.70 | 62 | 62.90 | 37.10 |
| Miembros del CS | 8 | 16.33 | 8 | 24.24 | 16 | 50.00 | 50.00 |
| Miembros de la comunidad | 1 | 2.04 | 1 | 3.03 | 2 | 50.00 | 50.00 |
| Otros | 1 | 2.04 | 1 | 3.03 | 2 | 50.00 | 50.00 |
| | | 100.00 | | 100.00 | | | |

Fuente: Elaboración propia

De un total de 78 respuestas, el 73.1 % de los informantes considera que los miembros de su comunidad están dispuestos a preparar sus proyectos de salud comunitaria para hacer más eficaz la inversión pública (Cuadro n.º 34), solo 17 funcionarios de salud (de 58 que respondieron a tal pregunta) y 3 miembros de CS (de 16 que respondieron a tal pregunta) y una persona sin estatus dentro de la encuesta (de 2 que respondieron a tal pregunta) consideraron que no.

Cuadro N° 33. ¿Los miembros de su comunidad estarían dispuestos a preparar sus propios proyectos de salud comunitaria para hacer más eficaz la inversión pública?

| Cargo | Sí | | No | | Total | % SÍ | % NO |
|--------------------------|------------------|-----------------|------------------|----------|--------------|-------------|-------------|
| TOTAL | <u>57</u> | <u>%</u> | <u>21</u> | % | 78 | 73.08 | 26.92 |
| Funcionarios de salud | 41 | 71.93 | 17 | 80.95 | 58 | 70.69 | 29.31 |
| Miembros del CS | 13 | 22.81 | 3 | 14.29 | 16 | 81.25 | 18.75 |
| Miembros de la comunidad | 2 | 3.51 | 0 | 0.00 | 2 | 100.00 | 0.00 |
| Otros | 1 | 1.75 | 1 | 4.76 | 2 | 50.00 | 50.00 |
| | | 100.00 | | 100.00 | | | |

Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar que, de 24 personas (Cuadro n.º 34) a las cuales se les preguntó sobre si de las actividades que desarrolló el CdeS el año anterior habían participado en la preparación de programas y proyectos de salud comunitaria, todos contestaron que sí.

Cuadro N° 34. ¿De las actividades que desarrolló el centro de salud el año pasado, participó en la preparación de programas y proyectos de salud comunitaria?

| Cargo | Sí | % | No | % | Total | % SÍ | % NO |
|--------------------------|-----------|----------|----------|----------|-------|--------|------|
| TOTAL | 24 | % | 0 | % | 24 | 100.00 | 0.00 |
| Funcionarios de salud | 19 | 79.17 | 0 | 0 | 19 | 100.00 | 0.00 |
| Miembros del CS | 4 | 16.67 | 0 | 0 | 4 | 100.00 | 0.00 |
| Miembros de la comunidad | 1 | 4.17 | 0 | 0 | 1 | 100.00 | 0.00 |
| Otros | 0 | 0.00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | 100.00 | | | | | |

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la importancia de los cursos técnicos en preparación de proyectos de salud comunitaria de un centro de salud, un 32.8 % consideró que son de gran importancia, mientras que un 29.9 %, también a los relacionados a los seminarios de planificación estratégica e inversión comunitaria de un centro de salud (en ambos casos es la suma de la priorización 1 y 2).

Por otro lado, dado a que la repuesta era de tipo múltiple, de un total de 108 el 35.2 % piensa que, de la mayoría de las veces la idea de los programas y proyectos de salud comunitaria que se están desarrollando, provienen de recomendaciones de organismos regionales un 20.4 % del despacho del ministro, y un 22.2 % del despacho del director de salud.

Cuadro N° 35. La mayoría de las veces, ¿de dónde o de quién viene la idea de los programas y proyectos de salud comunitaria que se están desarrollando?

| | | |
|---|-----|--------|
| | 108 | 100.00 |
| De alguna persona de la comunidad | 4 | 3.70 |
| Recomendaciones de organismos regionales | 38 | 35.19 |
| Despacho del ministro | 22 | 20.37 |
| Despacho del director del centro de salud | 24 | 22.22 |
| Propuestas presentadas por los comités de salud | 11 | 10.19 |
| Otro. Especifique | 9 | 8.33 |

Fuente: Elaboración propia

A pesar de que la mayoría de estas opiniones son de los funcionarios de salud (73.7 %, 77.3 % y 66.7 %, respectivamente), porque son los más numerosos dentro de la población estudiada, se observa la mayor relación o presencia que tienen los organismos regionales en los centros de salud o las comunidades.

Cuadro N° 36. La mayoría de las veces, ¿de dónde o de quién viene la idea de los programas y proyectos de salud comunitaria que se están desarrollando?

| Cargo | De algunas personas de la comunidad | Recomendaciones de organismos regionales | Despacho del ministro | Despacho del director del centro de salud | Propuestas presentadas por los comités de salud | Otra personas o entidades |
|--------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------|---|---|---------------------------|
| TOTAL | <u>4</u> | <u>38</u> | <u>22</u> | <u>24</u> | <u>11</u> | <u>9</u> |
| Funcionarios de salud | 2 | 28 | 17 | 16 | 7 | 8 |
| Miembros del CS | 0 | 8 | 3 | 6 | 3 | 1 |
| Miembros de la comunidad | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Otro | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 |

Fuente: Elaboración propia

Solo un 34.2 % de un total de 79 personas consideró que la inversión en salud comunitaria que administra el CdeS responde eficazmente al deseo y necesidades de la comunidad, un 48.1 % que solo parcialmente, un 15.2 % que muy pocas veces y un 2.5 % que nunca.

Cuadro N° 37. ¿La inversión en salud comunitaria que administra el centro de salud responde al deseo y necesidades de la comunidad?

| | | |
|-------------------|----|--------|
| | 80 | 100.00 |
| Eficazmente | 27 | 33.75 |
| Solo parcialmente | 39 | 48.75 |
| Muy pocas veces | 12 | 15.00 |
| Nunca | 2 | 2.50 |

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de los encuestados, de un total de 80 que respondieron a la pregunta relacionada con que si la planificación comunitaria se realiza con la participación de la población, las autoridades locales y el personal del centro de salud, el 48.8 % respondió entre rara vez y nunca.

Cuadro N° 38. Establezca el orden de importancia de los curso técnicos en preparación de proyectos de salud comunitaria dentro de las actividades que realiza un centro de salud, según su punto de vista (1: mayor, 10: menor)

| Cargo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| TOTAL | <u>9</u> | <u>13</u> | <u>7</u> | <u>11</u> | <u>8</u> | <u>4</u> | <u>3</u> | <u>3</u> | <u>2</u> | <u>7</u> |
| Funcionarios de salud | 7 | 11 | 3 | 9 | 7 | 3 | 3 | 2 | 2 | 7 |
| Miembros del CS | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Miembros de la comunidad | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Otros | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia

De un total de 123 respuestas, dado a que la pregunta daba cabida a selección múltiple, un 25.2 % participó en capacitaciones de formulación de proyectos, 27.6 % en los relacionados a planificación estratégica, 26.0 % en primeros auxilios, 12.2 % en economía de la salud y 8.9 % en otros de salud comunitaria.

Cuadro N° 39. Establezca el orden de importancia de los seminarios de planificación estratégica e inversión comunitaria dentro de las actividades que realiza un centro de salud, según su punto de vista (1: mayor, 10: menor)

| Cargo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| TOTAL | 11 | 9 | 4 | 7 | 12 | 5 | 4 | 7 | 4 | 4 |
| Funcionarios de salud | 7 | 6 | 4 | 5 | 12 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| Miembros del CS | 4 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Miembros de la comunidad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Otros | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia

Por último, de un total de 79 informantes, un 49.4 % cree que algunas personas en la comunidad estarían interesadas y otras no respaldaría un proyecto tipo taller donde la comunidad prepare su plan de salud y un 25.3 % que muy pocos estarían interesados, casi todas opiniones de funcionarios y miembros de los CS. Un 21.5 % respondió que sí, entre los comentarios más relevantes por parte de los funcionarios de salud estuvieron directores de CdeS, administradores, enfermeras y médicos, miembros del CS básicamente presidentes y tesoreros, de los dos miembros de la comunidad escogidos al azar y de una persona sin estatus dentro de la encuesta.

Las preguntas abiertas del cuestionario fueron las números 20, 21 y 22 y en conjunto han dejado un conjunto de opiniones de alto valor investigativo por el número y nivel técnico profesional de cada uno de los encuestados. Siendo así, el proceso de codificación de las expresiones escritas de cada persona demandó una revisión metódica y exhaustiva, para extraer un consenso del sentir de la mayoría con respecto a los objetivos de la encuesta y de hecho de la investigación. Graficados los resultados, se obtienen los cuadros resumen a continuación:

Cuadro N° 40. Experiencia y función local en hacer y estudiar tema de proyecto

| Cuando ha participado en la preparación de proyectos de salud para una o más comunidades, ¿cuáles han sido tus funciones principales? Diga si tiene conocimientos y habilidades en las funciones que hace y si le interesa más capacitación en el tema de preparar proyectos. | | |
|---|----|------|
| P_20 | Q | % |
| Más capacitación | 26 | 0.29 |
| Coordinador de grupo | 6 | 0.07 |
| Sin experiencia en proyecto | 14 | 0.16 |
| Con experiencia en proyecto | 10 | 0.11 |
| Facilitador | 8 | 0.09 |
| No respondió | 26 | 0.29 |
| | 90 | 1.00 |

Fuente: Elaboración propia

De manera contundente, el 29 % respondió que le interesa recibir más capacitación en el tema de proyecto, considerando que un 20 % tiene experiencia y ha trabajado como facilitador en eventos de hacer proyectos; sin embargo, cabe destacar en forma negativa que un 45 % divide opiniones en un 16 % por falta de experiencia y un 29 % no responde la pregunta.

Cuadro N° 41. Participación-acción en elaborar proyectos de salud comunitaria, qué y cómo

| Muy brevemente, cuéntenos cómo fue su participación en la preparación de proyectos de inversión pública en salud comunitaria en el centro de salud donde trabaja o participa. ¿Qué y cómo hicieron? | | |
|---|----|------|
| P_21 | Q | % |
| Construcciones y obras menores de centros de salud | 9 | 0.10 |
| Capacitación | 4 | 0.04 |
| Promoción APS comunidad | 5 | 0.06 |
| Planificación salud comunitaria | 16 | 0.18 |
| Sin experiencia en proyecto | 19 | 0.21 |
| No respondió | 37 | 0.41 |
| | 90 | 1.00 |

Fuente: Elaboración propia

Contundente el resultado derivado del ejercicio de codificación. No responde un 41 % y sin experiencia en proyecto el 21 %, totalizando un 62 % de funcionarios que no disponen de experiencia en hacer proyectos de salud comunitaria. Aunque en contraposición el resto de los encuestados confiesa haber participado en planificación para la salud comunitaria en 18 %, construcciones y obras menores de los CdeS un 10 %, el otro 10 % entre capacitación y hacer promoción de salud comunitaria.

Cuadro N° 42. ¿Cómo es la salud del pueblo y qué cree que hay que mejorar?

| Empleando su propio lenguaje, describa cómo es la salud del pueblo o comunidad donde se encuentra el centro de salud donde trabaja o participa como miembro del comité directivo y qué cree que hay que mejorar. Sea breve. | | |
|---|----|------|
| P_22 | Q | % |
| La salud de la comunidad donde está el centro de salud no es buena | 7 | 0.08 |
| Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción | 18 | 0.20 |
| La salud de la comunidad donde está el centro de salud es buena | 13 | 0.14 |
| Hay que invertir en el centro de salud | 18 | 0.20 |
| La autogestión y mayor participación de la comunidad | 10 | 0.11 |
| No respondió | 24 | 0.27 |
| | 90 | 1.00 |

Fuente: Elaboración propia

El sentir de los funcionarios hacia su centro de trabajo les hace ver la necesidad de mayor inversión y mejoras a los servicios que presta la entidad, en 40 % de opinión; es decir, un 20 % sostiene que hay que invertir en el CdeS y otro 20 % propone mejorar los servicios de salud. No obstante, el servicio es bueno en opinión del 14 % de los encuestados.

CAPÍTULO V

5 ALCANCE Y EXTRACTOS DE OPINIÓN EXPLORATORIOS

5.1 Introducción

Este trabajo se inició haciéndose el autor eco de las reiteradas manifestaciones de parte de organismos internacionales, gobiernos y técnicos de la planificación y la salud pública sobre problemas usuales de ineficiencia en inversión pública y salud, así como de falta de recursos de inversión para resolver los problemas de salud con énfasis en la salud comunitaria. Ambas manifestaciones vienen de parte de ILPES/CEPAL, gobiernos y consultores al evaluar y monitorear los SINIP y los SNSP, por parte de la OMS/OPS y ministerios de salud en referencia a la inversión para la salud.

La idea de concebir una visión orientadora para estudiar la situación problemática fue clave al momento de abordar un tema novedoso, no estudiado con anterioridad, que como punto de partida demandó elaborar una estrategia en perspectiva holística ante el efecto de la variable inversión pública sobre la salud comunitaria, con la finalidad de encontrar elementos de valor potencial para estructurar una propuesta potable para fijar argumentos iniciales de futuras investigaciones encaminadas a mejorar la calidad y salud de la población.

Este desafío pudo superarse metodológicamente al abordar el tema mediante la técnica cualitativa de participación-acción, con entrevistas no estructuradas que hicieron posible levantar datos directos de funcionarios de planta en las instancias de programación presupuestarias del MEF y planificación del MINSA, extendidas a las unidades de salud local, que para el caso de la República de Panamá, son los CdeS.

El fin último de la investigación contempló responder contundentemente a la pregunta principal de investigación, dar alcance a los objetivos específicos, optimizar la metodología cualitativa para extraer por la vía directa información personalizada, confiable y de calidad primaria, extraer opinión de primer orden y levantar propuesta concluyente de sólida base para futuras investigaciones.

5.2 En busca de los fines y metas

Los cuatro objetivos delimitados desde el principio de esta investigación han sido atendidos en función de las acciones de colaboración y participación de un numeroso grupo de empleados de gobierno involucrados en la gestión del planeamiento y programación de la inversión pública para la salud comunitaria.

Tener presente esta meta fue el horizonte que definió el rumbo de la investigación, hasta concebir la idea de estructurar una propuesta de lineamientos para mejorar el proceso de gestión, formulación, programación y ejecución de las inversiones públicas para la salud comunitaria, derivado del proceso de consulta con los

funcionarios involucrados en el ejercicio de la programación de inversiones públicas y, además, satisfacer el compromiso intelectual de culminar la investigación doctoral.

- En relación con el primer objetivo, producto de entrevistas y encuestas, han emergido factores políticos administrativos que confirman:

La muestra grupal encuestada y entrevistada ratifica 100% la centralización como modelo caduco predominante de gestión para la planificación y programación presupuestaria de la inversión pública para la salud. Pero en contraposición el 60% de los encuestados en centros de salud reconocen que la masa trabajadora **no** tiene la capacidad y condiciones para preparar el plan de salud de inversiones de salud que necesita la comunidad.

En cuanto a la exploración del comportamiento eficiente del proceso de programación y ejecución de las inversiones se pudo observar un estado contrario corroborado por los agentes nacionales e internacionales que regulan los sistemas de inversión pública y salud. Tanto la CEPAL/ILPES en Latinoamérica reconocen ineficiencia del SINIP y la OMS junto a gobiernos expresan la necesidad de mayores esfuerzos por mejorar la eficiencia de los SNSP en los países.

- Con respecto al segundo objetivo específico, se cumplió la consulta con las unidades de salud local en el distrito de Panamá, en su totalidad. El nivel de consulta por entrevista y encuesta a funcionarios de nivel directivo, técnico y especialista fue contundente y exitoso por el aporte informativo de su experiencia asociado a las variables dependientes e independientes de la tesis y particularmente el nivel de experiencia, sin descontar la aprobación de autoridades ministeriales que facilitaron todo el proceso.

El 78.6 % de los encuestados a nivel central respondió tener experiencia en la preparación o ejecución de programas o proyectos de salud comunitaria, mientras que el 60% en los centros de salud ha tenido intervención en la formulación de proyectos de salud local. Pero para fortalecer esta área el 32.8 % demanda cursos de técnicos en preparación de proyectos de salud comunitaria de un centro de salud, mientras que un 30%, se inclina por temas de planificación estratégica e inversión comunitaria de un centro de salud.

El tema de la salud por su carácter universal no cesa de estudiarse y muchos aspectos se repiten en forma y contenido, facilitando un ejercicio comparativo con mejores resultados, como el caso chileno de la participación social de la salud.

En los años noventa, las reformas se orientaron a promover la equidad, la calidad y la eficiencia en la utilización de los recursos, descentralizar los servicios y fortalecer las instancias de participación social en el sector. Hasta hoy, sin embargo, las evaluaciones en materia de participación social y su impacto en los sistemas de salud han sido escasas. No fue ajeno a este contexto el sistema de salud de

Chile, que en los años ochenta fue protagonista de una de sus reformas más radicales, caracterizada por una fuerte descentralización de la gestión pública que incluyó el establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el traspaso de la atención primaria a los municipios y la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Estos cambios impactaron significativamente en los esquemas de seguro médico y en el acceso a los servicios, además de provocar un severo desfinanciamiento del sector. Como era de esperar, una vez restablecido el régimen democrático a inicios de los años noventa, los esfuerzos se concentraron particularmente en recuperar la inversión en salud y mejorar la infraestructura y el acceso a los servicios. (Claudio A. Méndez C., Vanegas J., 2010),

- El tercer objetivo derivó de manera espontánea del sentir personal de los entrevistados y encuestados. Se examinó y detectó por consenso del 100% de la muestra grupal, que en la actualidad existe un sistema centralizado de gestión de la programación presupuestaria de la inversión pública, el cual está agotado en virtud que no responde a una voluntad colectiva. En muchas ocasiones, los proyectos de salud local son formulados en las unidades de salud local, pero en la instancia regional son congelados y no siguen el ciclo normal; el 64.3% del grupo del MINSA, reconoce esta situación, mientras el 48% en los CdeS respondió entre rara vez y nunca la pregunta relacionada con que si la planificación comunitaria se realiza con la participación de la población, las autoridades locales y el personal del centro de salud.

Alcanzar este tercer objetivo resultó una tarea interesante por la direccionalidad que orienta esta investigación hacia la salud comunitaria, propósito altamente estudiado y aplicado en muchos países, con la gran diferencia que **en ningún caso** ha sido acompañado del manejo de la variable inversión pública, algunas de ellas revisadas en el marco teórico por su orientación horizontal y proyecciones alineadas con la propuesta que busca presentar esta investigación, entre estas:

- Estrategia comunitaria para el empoderamiento en salud sexual de actores sociales vinculados a niños preescolares, del municipio Plaza, Venezuela. (Díaz G., 2010)
- Estrategia de Evaluación de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud (APS) en Canadá.
- Estrategia regional de “Salud para Todos” 1984, Conferencia de Ottawa, (OMS)
- Estrategias desarrolladas por la OMS en el mundo entero a partir de la declaración de Almatá, 1978. Tabla N° 1. Glosario de promoción de la salud, (pág.xx)
- Estrategia de Análisis de la Situación de Salud, (ASIS) (América Latina).

“Los problemas identificados mediante esta metodología deben ser priorizados con la participación de los diferentes actores sociales de la comunidad. Las actividades y tareas se diseñarán de forma tal que contribuyan al cambio y deberán ser medibles, por lo cual deben proponerse indicadores que permitan evaluar el plan de acción, en el que se

establecerá el cronograma con límites temporales, participantes y responsables”, (Velázquez, 2010).

- Estrategia en el campo de la participación comunitaria en salud:
 - Uno)** Un análisis de caso en un municipio del Gran La Plata, Argentina (Castrillo, 2013)
 - Dos)** La participación comunitaria en la construcción de un modelo de salud contra hegemónico en Venezuela..... Como desafío y reto pendiente, Romero plantea que: “Las políticas y programas de salud deben contribuir al fortalecimiento de las condiciones de poder de la población, como mecanismo para impulsar la construcción de un modelo de salud contra hegemónico. Ello requiere de la integración del equipo de salud con los consejos comunales en un proceso político-pedagógico para contribuir en la conformación de la conciencia crítica colectiva, a partir de la cual se formulen propuestas para transformar las condiciones de vida”. (Romero Y., et al., 2010).
 - Tres)** La participación social en salud: el desafío de Chile, (Méndez. y Vanegas L., 2010)
- Health system review. Health Systems in Transition, United States of America. (Rosenau, 2013)
- Estrategia de “Participación social en salud”, Colombia.
 - “El personal de salud otorgaba sentido de participación social a las actividades de las instituciones con la comunidad, así como al uso de los servicios y la vinculación al sistema de salud. Los formuladores de políticas lo dotaban de un sentido de evaluación y control de los servicios de salud por parte de la comunidad, para mejorar su calidad” (Delgado, 2005).
- Strategy in Local health systems in 21st century: who cares? An exploratory study on health system governance in Amsterdam, (T. Plochg, D. M. J. Delnoij, et al., 2006)
- Strategy active participation of health workers; Africa: One million community, Health workers Campaign, (on line) (OMS, 2015) <http://1millionhealthworkers.org/about-us/>
 - La Campaña trabajadores de la Salud, “Un millón de comunidad”, puesta en marcha en **África**, cuenta con más de 150 organizaciones de organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil, el sector privado y la academia, se puso en marcha en enero de 2013 en el Foro Económico Mundial de Davos. Es un modelo de participación activa de trabajadores de la salud para ayudar a construir comunidades saludables. Sin embargo, un sinnúmero de personas en todo el mundo carecen de acceso a servicios de salud de calidad y asequibles.

- Strategy: Access to Healthcare through Community Health Workers in East and Southern Africa. (Kumar M, et al., 2014)
- Estrategia de Inversión: Equity and investment in the public health system of the Republic of Peru, (Vargas J., 2011).

Extracto del Resumen

Introducción

La inversión pública del Estado peruano en salud se ha incrementado significativamente en los últimos cinco años. Sin embargo, persisten serios problemas de inequidad en la asignación de los recursos, en la concepción del sistema de inversión y en su gestión.

Objetivo Reflexionar en torno a la lógica de la inversión pública en salud que permita brindar oportuna asesoría.....

Métodos Revisión de documentación institucional, entrevistas estructuradas y consulta a expertos en inversión pública, políticas sociales y salud pública.....

Resultados Mayor porcentaje de desnutrición crónica en niños menores de cinco años y mayores tasas de mortalidad infantil, respectivamente, y sin embargo, no son precisamente las que invierten más en salud..... Se detectó falta de capacidad de gestión presupuestal y operativa en el personal a cargo del trabajo sobre inversión pública en salud. El Sistema Nacional de Inversión Pública tiene problemas estructurales, insuficiencia de mecanismos de planificación, seguimiento y evaluación y poca participación de la población destinataria.

Conclusiones Para optimizar la inversión pública en salud y alcanzar mejores resultados sanitarios, es necesario llevar a cabo una reestructuración técnica y conceptual del Sistema Nacional de Inversión Pública, incorporándole indispensables componentes de eficiencia social, calidad y solidaridad.

- Un exploración breve y directa sobre las estrategias desarrolladas por país para la promoción de la salud resultó efectiva y positiva para alcanza el objetivo trazado, máxime cuando el resultado de las entrevistas y encuesta coincidieron en los puntos neurálgicos concluyentes en otras latitudes con recomendaciones afines a la propuesta que sugiere esta tesis con el novedoso aporte de considerar la Inversión Pública como la herramienta óptima para la implementación de un sistema horizontal de salud comunitaria eficiente y eficaz.
- En contraposición, algo que rebasa los límites previsibles de esta tesis, está determinado por los esquemas de salud privada que operan en países grandes (desarrollados) donde la propia estructura geopolítica de gobierno avala y respalda la salud hospitalaria, de seguro y como estímulo el retorno de la Inversión en Salud Pública. Allí, no es posible comparar lineamientos a seguir por esta tesis.

- Por último, el cuarto objetivo se completó y desarrolló en el Capítulo III. Allí se detalla la metodología seleccionada con resultados analizados en el Capítulo IV.
- Al tener presente y trabajar para alcanzar los objetivos específicos se abrió la puerta que muestra el objetivo global y se allana el camino para delinear los lineamientos de una proposición horizontal que emerge de la voluntad expresa de los entrevistados y encuestados por un modelo de gestión que avale el trabajo conjunto entre la fuerza laboral de la salud comunitaria, las autoridades y la población activa en comités de salud local.

5.3 Ventaja de la metodología aplicada

La presente investigación de tesis doctoral tipo exploratoria, al poner en práctica correctamente la metodología cualitativa de acción participativa sobre la base de la técnica de entrevista no estructurada, facilitó el abordaje cara a cara con los grupos escogidos del MEF y el MINSA y liberó las cargas de tensión que pesan sobre cualquier entrevistado al enfrentar el momento de preguntas y respuestas. Fue evidente el grado de confianza y libertad de pensamiento de los entrevistados para responder con plenitud las interrogantes y planteamientos del investigador, clarificar dudas y ampliar respuestas importantes. Máxime cuando el tema era referido al propio sistema laboral de cada entrevistado con la intención de corroborar y explorar situaciones reales, limitaciones del servicio de salud, apreciaciones sobre temas como el uso eficaz de la inversión pública para la salud comunitaria y captar una opinión final sobre el tema de fondo.

En el marco del enfoque inductivo, una vez iniciado el proceso con el primer entrevistado, se adecuó un patrón de base para el levantamiento de la base de datos, el cual dio lugar a ponderar y analizar de manera interactiva elementos circunstanciales característicos del ciclo anual de la programación presupuestaria de la inversión pública que de paso se convirtieron en tópicos de referencia para las entrevistas a los grupos de salud.

5.3.1 Situación actual

Al considerar la situación actual de la salud en la comunidad, el factor político-administrativo más relevante identificado por consenso de todas las partes fue la centralización como modelo de gestión para la planificación y programación presupuestaria. Especialistas del MEF reconocen que cada entidad del Estado es responsable de identificar, priorizar, formular y evaluar sus proyectos de inversión para la siguiente vigencia fiscal. Los sectorialistas solo intervienen en la evaluación, efectúan los registros de cada proyecto y aprueban. El mismo tema es descrito desde el MINSA, como un ciclo que se inicia a nivel regional del MINSA, pasa por el MEF para evaluar y aprobar y, finalmente, ratifica la Asamblea Nacional. Pero desde otra perspectiva describen la centralización en función de la inactividad de los centros de salud, por falta de participación comunitaria, lo cual se traduce en el 72% de opinión de jefes de departamentos, analista de

presupuesto y planificadores regionales del MEF y el MINSA, en cuanto que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria, deben ser preparados por la propia comunidad.

Por otro lado, el 73.1 % de los funcionarios de los Centros de Salud, considera que los miembros de su comunidad están dispuestos a preparar sus proyectos de salud comunitaria para hacer más eficaz la inversión pública y el 66.3 % reconocen que por eficaz, la inversión pública como herramienta financiera, mediante dotación de recursos necesarios y políticas públicas, pudiese adecuar la planificación y la programación presupuestaria de manera horizontal con participación comunitaria.

5.3.2 Limitaciones

Las limitantes reconocidas y comentadas por los tres grupos entrevistados y encuestados sobre la relación de variables dependiente e independiente coincidieron en señalar que...

- La falta de claridad de políticas públicas y objetivos de salud local han dado margen al deterioro de relación de los CS y las autoridades locales. Como consecuencia, hay ausencia de planificación de salud comunitaria y se ha politizado la generación de inversión en lo interno de los CdeS.
- El recurso humano local viene designado desde el despacho superior por criterio político, igual que los proyectos de origen regional varían o desaparecen al llegar al nivel central.
- La falta de conocimiento de la realidad y necesidad local incide negativamente en el proceso de planificación regional limitando la formación y capacitación de los comités de salud local.
La manera coloquial de referirse al tema lo expresa uno de los profesionales del MINSA, con absoluta libertad de la siguiente forma: *“Si el presupuesto lo trabajaran ellos mismos no tendríamos el problema de personal que existe en cada uno de los centros de salud, porque los nombramientos se manejan del nivel nacional cuando esto debiera ser allá mismo y con las mismas personas del área”*.
- En el mismo orden de ideas, el punto que interesa dejar bien establecido es que, a pesar de una síntesis grupal, la relevancia individual tiene un carácter concluyente de muy alto valor en la exploración indagatoria. Así lo corrobora el juicio personal de uno de los médicos investigadores del centro de salud de Curundú, unidad de muy alta densidad de población en el centro del distrito capital, de la provincia de Panamá, cuando describe como **limitante**: la injerencia política, la falta de transparencia y las malas relaciones grupales afectan la programación y la ejecución de las inversiones.

5.3.3 *Descentralización*

El tema sobre la descentralización responde a una situación de conveniencia al abordar una entrevista de gestión de inversión pública por parte del Gobierno para la atención de los servicios de salud pública en el ámbito regional comunitario, sin pretender insinuar modelo de gestión como parte de esta investigación.

La manera de gestionar recursos del Estado por parte de las entidades públicas es lo que define el modelo centralizado o descentralizado. Sin embargo, conceptualmente la idea de actuación, manejo o gestión de programas y proyectos de salud en la esfera comunitaria, asociada al proceso de descentralización inexorablemente, enmarca el manejo de gestión pública entre lo central y lo regional, facilitando el intercambio y la práctica de diálogo abierto con los entrevistados en busca de opinión acerca de la situación actual y una nueva proposición para mejoras del sistema vigente.

Indudablemente y aun cuando parezca obvio afirmarlo, la descentralización es una novedad para la sociedad comunitaria. Panamá es uno de los pocos países que cuenta con una ley de descentralización y, a pesar de eso, esta investigación persigue constatar algo nuevo, que los empleados de salud conciban como una solución al tema de la inversión para apoyar la inversión de la salud en la comunidad, por una razón fundamental.

La experiencia sobre la descentralización en aquellos países donde está vigente, no tienen resultados contundentes que mostrar al mundo al día de hoy y en el caso nuestro compartimos la opinión en línea, del catedrático Marco A. Gandásegui, hijo, profesor de Sociología de la Universidad de Panamá e investigador asociado del CELA, quien sostiene lo siguiente:

“El proyecto de ley que promueve la ‘descentralización’ de la administración pública, actualmente en la Asamblea Nacional de Diputados, (octubre 2015) tiene como objetivo crear nuevas áreas para estimular los negocios basados en la especulación. Es un proyecto hecho a la medida de los sectores que se han especializado en los movimientos financieros, con pocos beneficios para la población. Panamá no tiene un Plan de Desarrollo Nacional como los demás países de la región (o del mundo) gracias a la oposición de los especuladores que controlan el gobierno. Sin embargo, un proyecto de ‘descentralización’ tiene que saber cuántos centros educativos hay en cada distrito y corregimiento. Además, cuántos centros de salud. Para que el proyecto pueda despegar (dudamos que lo logre por sus objetivos ajenos a lo que promete), los diputados tienen que incorporar a la legislación más información: comunicación terrestre y servicios urbanos en cada distrito (agua, aseo, electricidad). También tiene que contemplar los recursos con los cuales cuenta cada distrito en materia de justicia y policía”. (Gandásegui 2015)

No es propósito de esta investigación seguir la ruta o trayecto de la descentralización; sin embargo, es una imagen objetivo, que bordea cualquier esquema regional o local que se pretenda sugerir como modelo de actuación en un escenario comunitario.

Como respuesta al interés de la investigación un 50% de voces autorizadas de los grupos entrevistados de nivel medio superior (MEF/MINSA) reconocen el carácter viable y eficaz de implantar una fórmula participativa de actuación horizontal entre autoridades y comunidad, para mejorar las decisiones de inversión. Mientras los funcionarios de planta de los centros de salud por consenso, (100%) se manifestaron en favor de la descentralización. No obstante, para lograrlo es inminente mitigar la injerencia política en la planeación estratégica local de salud y reforzar la programación presupuestaria desde la órbita de la planificación horizontal, al punto de reflejar proyectos preparados desde la comunidad, gestionados conforme las normas del SINIP y el SNSP, logrando código de partida de presupuesto asignado a la unidad de salud local comunitaria, caso de los CdeS en Panamá.

Del extracto de opinión generalizada entre los grupos consultados surge la idea de fortalecimiento de la capacitación integral en las técnicas de formulación y evaluación de proyectos de inversión local.

5.3.4 Uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública

Recordando que en principio esta investigación presenta la inversión pública como una herramienta eficaz, su uso fue la clave intencional de consulta para conocer de viva voz de los entrevistados la viabilidad y eficacia de manejo de la inversión pública para la salud comunitaria en el entorno regional y local.

La reacción al tema fue extraordinaria, al punto que pareciese estar esperando alguna reacción de las autoridades que so pretexto de la descentralización, muchos políticos del nivel regional han abanderado frases o lemas de entrega de recursos a las bases para gestión de proyectos locales.

A manera de conclusión grupal, los participantes mostraron contundencia en sostener que el modelo actual es ineficaz y caduco y peor aún las autoridades directivas han tergiversado los principios de manejo de fondos locales. Existe una visión errónea proyectada desde el nivel central que afecta el uso eficaz y viabilidad de manejo de proyectos de salud comunitarios.

Recordando la pregunta clave, *¿Cómo puede un Estado prestar un servicio de salud eficaz para contribuir a mejorar el bienestar de la gente en su comunidad?*, la respuesta a esta pregunta no se resuelve en esta investigación; sin embargo, el enunciado holopráxico inicial responde categóricamente la intencionalidad de encontrar caminos hábiles para futuras investigaciones detrás de las opiniones autorizadas de profesionales comprometidos con la salud comunitaria. Afirmaciones del tenor siguiente quedan como reflexión o pistas futuras para nuevas investigaciones:

- El uso político de los centros de salud priva sobre el uso eficaz del recurso de inversión y eso hay que superarlo.
- Es viable el trabajo participativo sobre la inversión para la salud comunitaria, con mayor capacitación para técnicos y miembros de la comunidad.
- Financieramente existe capacidad del gobierno pero la carencia de voluntad política impide la viabilidad de manejo.
- Se impone la necesidad de un mayor presupuesto con prioridad en la salud local.

5.3.5 *Opinión final*

Después de una larga entrevista e intercambio con profesionales de la salud en su mayoría, rescatamos fragmentos de opinión llenos de confianza y esperanza, que sus palabras servirán de base para el inicio de las transformaciones que demandan los sistemas de inversión y salud comunitaria.

- Por consenso se reconoce la inversión pública como herramienta viable y eficaz para producir resultados de mayor bienestar y calidad de vida en la salud comunitaria.
- Ante la ineficacia de la centralización, se impone un cambio de modelo, que priorice la participación ciudadana bajo un esquema horizontal que defina una gestión eficaz con resultados de calidad.
- En opinión de la mayoría, la formulación y evaluación de proyectos es el talón de Aquiles de la inversión pública. En consecuencia, para superar esta debilidad, el Gobierno debe brindar mayor capacitación para fortalecer los procesos de presupuesto de inversión en salud comunitaria.
- Para el MEF la fuga de talentos es la principal debilidad del SINIP, ya que, a pesar de una capacitación permanente de técnicos dentro del sector público en materia de formulación y evaluación de proyectos, en su mayoría salen del sistema por diversas razones que no es el interés de esta tesis comentar.

5.4 **Importancia sobre los aspectos técnicos de la investigación**

La proposición de un nuevo esquema de gestión eficiente sobre un presupuesto de inversión pública para la salud comunitaria, en el caso panameño y casi la totalidad de países de Latinoamérica, pasa por la incondicional norma legislativa que regula el SINIP y el SNSP. Evidentemente tal condición caracteriza el marco técnico legal, ya que los gastos de inversión para salud consignados en el presupuesto del Estado, sea este nacional, regional, municipal o local, expresan de manera real y concreta las prioridades de salud, dentro del presupuesto de inversión del Gobierno.

Para obtener lo anterior es indispensable considerar detalles técnicos de primer orden, asociados a la gestión, formulación, evaluación, control, seguimiento de inversiones públicas, relacionados a aspectos sociológicos y

de salud pública comunitaria como parte de un constructo nuevo que se viene modelando como esquema de gestión horizontal para proponer una nueva estrategia de inversión en salud comunitaria con acción participativa.

La circunstancia coyuntural de promoción e implantación del modelo de descentralización en la región latinoamericana es el escenario ideal para realizar estudios con planes pilotos en centros de salud local para experimentar el ciclo de inversión pública de manera exitosa.

Técnicamente, el fortalecimiento del recurso humano a nivel regional, mejoras y dotación de infraestructura apropiada, más la logística normativa ajustada a los cambios, son aspectos de prioridad técnica para hacer realidad las transformaciones y recomendaciones que una nueva visión de corte horizontal demanda para hacer efectivo un proceso de gestión de proyectos de salud en forma descentralizada con capacidad para gestionar recursos económicos, identificar y preparar perfiles de proyectos, así como ejecutarlos al calor participativo de los mismos beneficiarios.

5.5 Reflexiones

Considerando que buena parte del fundamento investigativo se basó en el ciclo de inversiones, tanto los especialistas del MEF como de la Dirección de Planificación del MINSA, de Panamá, fueron enfáticos al responder que, para hacer más eficaz el uso de la inversión pública, se requiere empoderamiento y mayor capacitación en proyectos, para el 67 % del MEF y el 21.4 % del MINSA; y, en cuanto a cambios para que la inversión pública en salud brinde mejores resultados a la población, el 100 % del MEF recurre a la planificación estratégica con inversión local en 50 %, y el nuevo modelo horizontal/descentralización y más capacitación en 50 %. Mientras que los técnicos del MINSA dividen sus preferencias hacia la planificación estratégica con inversión local en 21.4 %, Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos en 14.3 %, otro 14.2 % divide preferencias por un nuevo modelo horizontal/descentralización y más capacitación, mientras que la mitad restante no hizo sugerencia de cambios.

5.6 Proposición

Como resultado de la presente investigación, algunas suposiciones razonables y los resultados obtenidos dentro de un contexto bidimensional entre la inversión pública y la salud comunitaria y en atención a la pregunta principal de la investigación, surge la proposición en busca de la eficiencia metodológica hacia un nuevo esquema de atención primaria de salud para mejorar la salud comunitaria.

Esta proposición tiene como objetivo central motivar futuras investigaciones sobre la base de una propuesta que brinda respuesta a la pregunta de investigación de esta tesis y que en la práctica pretende coexistir con la

actual estructura institucional y sistémica de inversión y salud, bajo el supuesto que los tomadores de decisión de gobierno accederán con voluntad política a abrir paso a nuevos paradigmas de gestión local, para dar paso a una nueva visión estratégica que imagina el potencial de la gente en su mismo sistema haciendo el mismo trabajo para la misma gente, pero con autonomía financiera.

5.6.1 Visión estratégica

La búsqueda de un prototipo de esquema operacional horizontal donde las autoridades superiores de salud, de gobierno local y la sociedad civil en conjunto adquieran las competencias de formular proyectos de inversión comunitaria con la aquiescencia del nivel superior responsable del control, cumplimiento y seguimiento de los productos generados, es la fórmula ideal para impulsar un esquema horizontal de atención primaria de salud, con participación solidaria de una comunidad integrada.

Retrocediendo a la visión orientadora del punto 1.3.2., podemos afirmar que la línea argumental de esta investigación rindió efectos positivos consecuentes con los objetivos y lineamientos trazados en razón de una nueva propuesta transversal para la gestión programática del presupuesto de inversión pública dirigida a la salud comunitaria.

La herramienta metodológica empleada permitió resultados significativos importantes, como muestra el siguiente cuadro:

Tabla N° 4. Cifras significativas de resultados de opinión en Entrevistas y data de encuesta. [\(volver\)](#)

| Aspectos relevantes | Entrevistas | Cuestionarios | Conclusión | | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----------|--------|--|-------|---|-------|---|-------|
| Modelo de gestión y planificación presupuestaria centralizado. | 100% reconoce el modelo centralizado | 64.3% reconoce el modelo centralizado 57.1% reconocen que no se les capacita en proyecto y esto limita su participación. | Los funcionarios de nivel medio e intermedio desean erradicar el modelo de planificación central de salud. | | | | | | | | |
| Descentralización | La descentralización es viable, pero la política no permite su avance. | 50% recomiendan un modelo horizontal de descentralización. 21.4% aboga por la planificación estratégica con inversión local. 21.4% sugiere mayor capacitación en proyectos. | Aunque los entrevistados opinaron estar de acuerdo con la descentralización, los funcionarios de los centros de salud, refuerzan con mayor inversión local y capacitación en proyecto | | | | | | | | |
| Participación ciudadana | Se impone un cambio radical que priorice la participación ciudadana bajo un esquema horizontal | Respuestas relacionadas a la participación ciudadana y uso eficaz de la inversión pública, extraídas de cuestionarios. | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Preguntas</th> <th>SI (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad?</td> <td>66.25</td> </tr> <tr> <td>¿La práctica de preparar proyectos de inversión comunitaria con las autoridades locales y del centro de salud ha dado resultados positivos para la comunidad?</td> <td>64.94</td> </tr> <tr> <td>¿Las actividades de salud comunitaria colectiva entre la población y las autoridades locales representa una estrategia positiva la comunidad?</td> <td>88.89</td> </tr> </tbody> </table> | Preguntas | SI (%) | ¿Cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad? | 66.25 | ¿La práctica de preparar proyectos de inversión comunitaria con las autoridades locales y del centro de salud ha dado resultados positivos para la comunidad? | 64.94 | ¿Las actividades de salud comunitaria colectiva entre la población y las autoridades locales representa una estrategia positiva la comunidad? | 88.89 |
| Preguntas | SI (%) | | | | | | | | | | |
| ¿Cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad? | 66.25 | | | | | | | | | | |
| ¿La práctica de preparar proyectos de inversión comunitaria con las autoridades locales y del centro de salud ha dado resultados positivos para la comunidad? | 64.94 | | | | | | | | | | |
| ¿Las actividades de salud comunitaria colectiva entre la población y las autoridades locales representa una estrategia positiva la comunidad? | 88.89 | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--|---|---|-------|--|
| Uso eficaz del recurso Inversión Pública | La idea del manejo horizontal de la inversión pública como herramienta viable y eficaz, es de consenso. | ¿Los miembros de su comunidad estarían dispuestos a preparar sus propios proyectos de salud comunitaria para hacer más eficaz la inversión pública? | 73.08 | |
| | | ¿De las actividades que desarrolló el centro de salud el año pasado, participó en la preparación de programas y proyectos de salud comunitaria? | 100 | |

Fuente: Elaboración propia ([volver](#))

Hacer realidad esta idea no es un imposible, se trata de erradicar un problema de ineficiencia, que por el lado de los gobiernos será determinante contemplar:

- **Voluntad política**

Requisito indispensable de cualquier gobierno que avale esta iniciativa y desee ensayar una solución compartida integradora en paz, armonía y espíritu de grupo.

- **Políticas públicas**

Tanto la inversión pública como la política sanitaria de algunos países es materia constitucional reflejada en las políticas públicas de gobierno. La nueva visión estratégica precisa incorporar políticas la salud comunitaria como nuevo esquema transversal de participación efectiva donde la gente en cada comunidad se sienta parte de la solución.

Lo anterior, basado en la experiencia de Panamá, tiene su retórica y fundamento en una gestión centralizada. Esto significa que las decisiones presupuestarias en salud comunitaria, aunque tengan origen a nivel regional o local, suelen priorizarse desde el nivel central, en consecuencia lo que surge en esta investigación es un sentimiento de incongruencia por el esfuerzo diluido muchas veces sin resultado. El impacto trascendental comienza a entenderse cuando observamos que profesionales de la salud del nivel regional y local exteriorizan su pensamiento sobre la eficiencia de la inversión pública para mejorar la salud comunitaria, en términos de limitaciones por parte de los rectores de la política central quienes no parecen estar inclinados a liberar poder para que más recursos se ejecuten desde el nivel local. En el fondo, queda un mensaje sublime que apela a la toma de conciencia de las autoridades políticas para que en algún momento definan políticas públicas de acción comunitarias en lugar de limitarse a patrocinar decisiones de control político sobre programas y proyectos concebidos a distancia que mutilan la acción participativa como modalidad estratégica de planeación para el desarrollo local.

- **Divulgación**

Fomentar la divulgación de los resultados concluyentes y respaldar la iniciativa de avanzar hacia una investigación experimental de mayor profundidad para comprobar nuevas hipótesis relacionadas con las

conclusiones es una sugerencia que surge de las revelaciones expresadas casi de consenso por la mayoría de los funcionarios entrevistados, quienes, de alguna manera, conocen y sienten que existe una transformación en el mundo que viene dando paso a nuevos paradigmas de atención primaria de salud.

No existe transformación social sin divulgación; por eso, cualquier intento de ir más allá de lo explorado merece informar y hacer participar a todos los involucrados en la gestión y atención de la salud comunitaria.

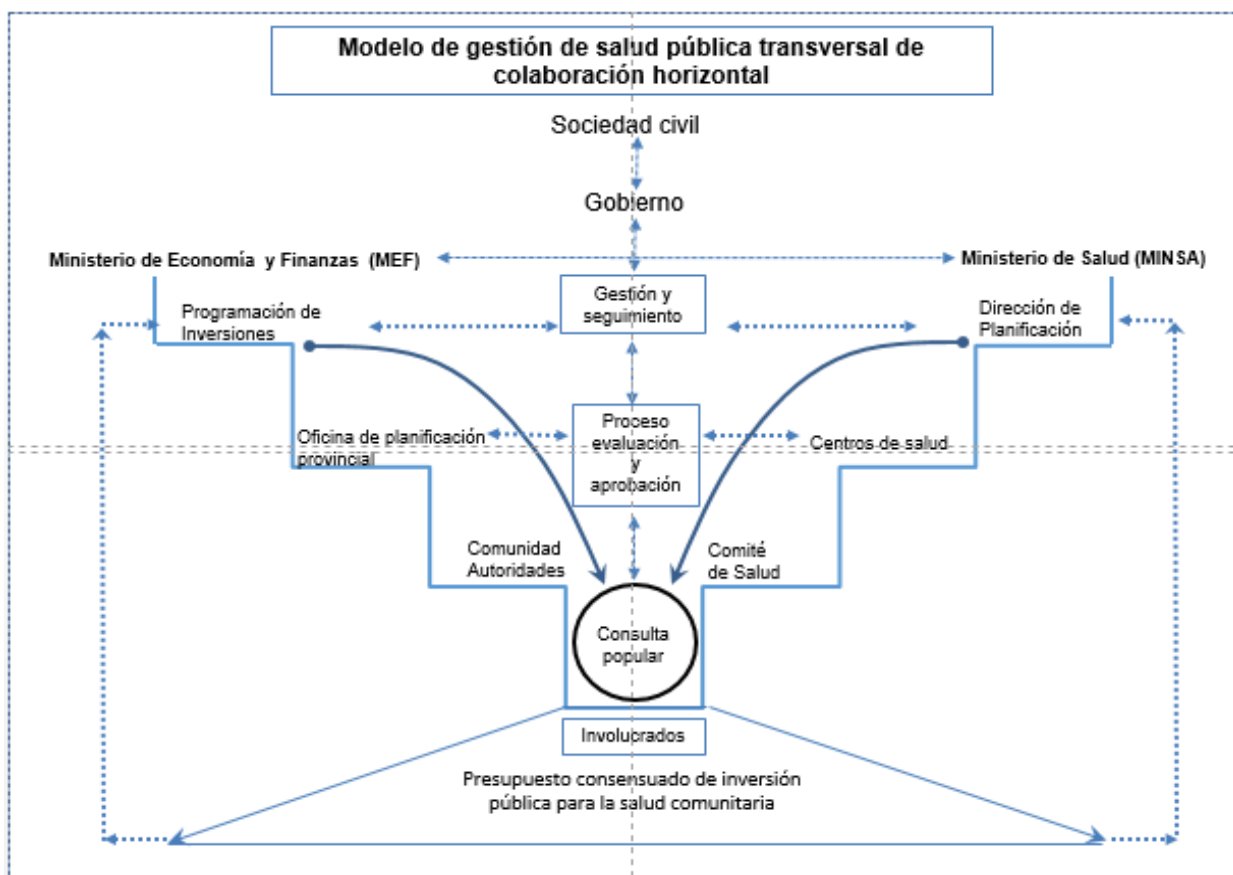
5.6.2 Propuesta

La siguiente propuesta responde la pregunta de investigación, bajo supuestos y lineamientos que dan lugar a nuevos temas de investigación experimental, asociados al problema de ineficiencia detectado en el SINIP y el SNSP.

En sentido figurado, se propone un esquema transversal entre el sistema de inversión pública con el sistema de salud, capaz de transformar, coexistir y funcionar con la misma figura central existente y donde la participación colectiva defina el modo operacional de gestión horizontal con libertad operativa invertida de abajo hacia arriba.

El siguiente esquema ilustra la idea propuesta:

Esquema N° 11. Propuesta transversal de gestión de presupuesto de salud comunitaria



Explicando el esquema, se observa que el punto de consulta, identificación y priorización de necesidades se efectúa a nivel local entre miembros de la comunidad, CS y autoridades locales incluyendo al personal del centro de salud local. A ese nivel, queda por indagar a futuro la fórmula conveniente de evaluación y aprobación de proyectos, para luego subir y entrar las inversiones al presupuesto oficial del Estado en el MEF a través de la Dirección de Planificación del MINSA. Eso significa, a grandes rasgos, un cambio de paradigma del proceso de programación de las inversiones de salud a nivel comunitario, con la gran novedad de que quienes participan y en un futuro decidirán sobre las inversiones para la salud comunitaria son las mismas personas que en la actualidad conviven con la comunidad ofreciendo un servicio que por siempre demandará recursos cuya eficiencia representa reformar la estructura organizacional de los CdeS; es un imperativo para lograr un cambio fundamental en la conducción del sector salud. La imagen del esquema anterior de un modelo transversal indica que la reforma utilizaría los recursos físicos y humanos que existen en las dependencias actuales, incorporando oficinas de planificación y presupuesto según corresponda, aunque para cada caso se trabajara con las unidades básicas de salud local haciendo los ajustes que correspondan.

Sin embargo, la eficiencia no llega sola, requiere condiciones favorables, infraestructura apropiada, normas claras y tecnología digital para la salud. Asimismo, los galenos y el personal de salud deberán recibir una capacitación suficiente y adecuada acerca de los determinantes sociales, salud familiar y medicina preventiva, al punto de seguir las directrices de la OMS en cuanto a promover una visión multisectorial de la salud, como resultado de las condiciones en que vive la población, incluyendo su nutrición, vivienda, educación, trabajo/empleo, recreación, transporte, ambientes saludables, acceso a servicios públicos y al espacio público.

En paralelo, el SINIP tomará en cuenta los canales pertinentes para adecuar la gestión presupuestaria al nuevo esquema transversal que paulatinamente irá definiendo el proceso a seguir para consolidar la eficiencia esperada en lo que a inversión para la salud corresponde.

A continuación, se esbozan los lineamientos estratégicos básicos y los componentes de la estructura organizacional de salud comunitaria propuesta, que deberán validarse en campo como resultado de una prueba piloto que deberá ser parte de una futura investigación experimental. Vale consignar que el diseño innovador deseado responde a las expectativas testimoniales de funcionarios que expresaron su opinión de un cambio estructural en el sistema, sea dentro del ministerio de salud o secretaría de salud. Los de mayor relevancia y que podrán examinarse en una investigación de seguimiento futuro podrán ser: la organización de salud comunitaria, sólida/débil, la participación comunitaria, la planificación en el contexto local y el uso eficiente de la inversión pública.

- **La organización de salud comunitaria, sólida/débil**

La unidad de salud, examinada en el ámbito territorial regional o local, estudiada en la presente investigación son los CdeS, distribuidos uno por cada corregimiento del país. En el caso de Panamá, equivalente a la unidad básica local de salud en el resto de países.

La misma cuenta con un Director, o Secretario de Salud, cuyas funciones están definidas en el manual de organización del estado o en su defecto por norma regional, municipal o ley de descentralización.

La experiencia exploratoria de esta tesis reveló un sinnúmero de situaciones variables que describen el estado y condición de operación de cada centro de salud, entre sólida y débil; sin embargo, la propuesta actual rescata lo bueno como punto de partida y propende equiparar todas las unidades administrativas incorporando escalonadamente cambios estructurales de dirección, administración, servicio, planificación, atención de los determinantes sociales y comunidad activa.

- **La participación comunitaria**

El sentido literal del término, participar está dirigido al desarrollo de actividades de promoción de salud que comúnmente llevan adelante los miembros de la comunidad, como también la evaluación de las necesidades sentidas y estrategias para satisfacer esas necesidades.

El punto 5.2 sobre fines y metas, en referencia al objetivo tres, destaca la participación comunitaria como elemento obligado en cualquier modelo de interés social alrededor del planeta y también lo reafirman las entrevistas grupales de esta investigación, con el atenuante que a los efectos y fines del tema perse, los entrevistados reconocen su accionar hasta un 50% en el proceso del ciclo de inversión.

Es importante profundizar este tema para conocer detalles de factores que condicionan la participación efectiva de la gente; de lo contrario, seguirá el escenario de apatía y desgano que muestra un nivel bajo de participación de los últimos años.

Por ejemplo, las políticas locales de salud para fortalecer e incentivar la participación, las estrategias informativas y educativas, los esquemas horizontales con autonomía procesal para gestionar presupuesto de inversión desde lo local con participación de la comunidad de forma espontánea y representativa y, finalmente, la relación operacional entre las autoridades y la población que da lugar al control y medición de los beneficios asociados con la participación comunitaria.

- **Planificación del contexto local**

El principio de la planificación territorial para la selección de la inversión pública en salud comunitaria, contextualmente involucra el entorno espacial predeterminado por la organización administrativa del gobierno distrital, municipal o federal. Allí tiene lugar la vida comunitaria donde la población ejerce sus actividades de trabajo, los niños y jóvenes estudian y asisten al colegio, la cultura y el esparcimiento demandan escenarios para su realización así como el deporte y otras actividades que cuando carecen de espacio y presencia interfieren indirectamente en la salud de la población.

Es necesario en esta propuesta considerar como parte del contexto la planificación territorial, que muy probablemente realiza el municipio y del cual podrán surgir insumos comunitarios para los planes de salud.

El contexto local involucra indefectiblemente los determinantes de la salud, también los escenarios promotores de salud e inclusive es parte de la acción de responsabilidad social empresarial, lo cual permite aprovechar la planificación territorial para conocer y controlar eventos de salud en el entorno local.

- **El uso eficiente de la inversión pública**

Corregir los males de la ineficiencia reconocidos dentro del SINIP y el SNSP es la clave de una estrategia de solución integral que sugiere una propuesta novedosa de mejorar la salud comunitaria, utilizando la inversión pública como herramienta eficaz.

La estrategia tiene por objeto propiciar la capacidad técnica local de formular y evaluar proyectos (inversiones) de salud en conjunto con la sociedad y autoridades locales, cumpliendo con algunos objetivos en paralelo que garanticen la efectividad de medidas financieras que respaldan la estrategia.

Entre estos objetivos específicos destaca la fijación de voluntades políticas de examinar y respaldar la idea de asignación de recursos de presupuesto de inversión en proyectos de salud comunitarios, que serán luego ejecutados por la unidad básica de salud local que los preparó. Es, en esencia, el esquema horizontal, que, además, deberá cumplir con otros objetivos que permitan equilibrar la función eficaz de las inversiones, como sería contar con una oficina de planificación comunitaria dotada de sección de proyectos, sección de presupuesto, sección de planes y programas y la unidad de seguimiento.

Se desprende de tal pretensión asumir de manera complementaria el fortalecimiento de la capacitación para todos los actores involucrados en la gestión del ciclo de inversión pública de salud local, por ser uno de los principales factores reconocidos para concebir y preparar buenos proyectos.

La idea de un nuevo modelo horizontal de organización de salud comunitaria es un desafío transformador que, desde sus inicios, sentara las bases del cambio en función del uso eficiente de la inversión pública para mejorar los estándares de salud de la comunidad, recordando la relación sistémica que caracteriza esta tesis entre la inversión pública y la salud comunitaria.

Uso eficiente de la inversión pública en salud comunitaria es un tema de tarea. Es el punto de partida para probar que buenos proyectos, asistidos técnicamente y preparados con la gente en comunidad, ejecutados por empresas y equipos técnicos ante los ojos vigilantes de la comunidad, con partida de inversión asignada en presupuesto del Estado, dan resultados que, en materia de salud comunitaria, definen el antes y el después de uso eficaz de la herramienta financiera para mejorar la salud comunitaria.

CAPÍTULO VI

6 CONCLUSIONES

6.1 Relación de objetivos

Uno de los puntos más importantes de la investigación considerado desde el momento de prepararla fue la congruencia entre los objetivos, la pregunta y el título de la investigación. La anterior relación fue tan estrecha que la ruta de exploración, en todos los aspectos, vigiló la finalidad y el alcance de los productos esperados.

Conforme el primer objetivo, el principal factor, ineficiencia 100% se asocia a la centralización que constituye una barrera burocrática a las pretensiones participativas de todo un ejército de profesionales de la salud del ámbito territorial local, cuyos vínculos a la gestión presupuestaria les ha permitido exteriorizar una visión estratégica de acción colectiva en pro de construir un nuevo esquema de gestión horizontal de preparar y ejecutar proyectos de salud comunitaria.

Entrevistar y encuestar casi un centenar de profesionales comprometidos con la salud comunitaria le otorgó un alto grado de validación a esta proposición al prever detrás de un segundo objetivo conocer de viva voz de los involucrados aspectos íntimos de manejo y desempeño de la inversión en salud comunitaria. Paralelamente, dio como resultado ventajoso una respuesta masiva y espontánea al tercer objetivo, rescatando por consenso de opinión el deseo de impulsar un esquema horizontal de gestión de planificación y programación de inversión para la salud comunitaria.

De manera relevante y concluyente cabe anotar:

- Que el 73.1 % de los informantes de CdeS reconocen la inversión pública como herramienta eficaz para mejorar la salud comunitaria y están dispuestos a preparar sus proyectos de salud comunitaria
- Que el 100% de Voces autorizadas de nivel medio alto reconocen el carácter viable y eficaz de implantar la descentralización.
- Que es imperativo erradicar la política en la inversión de salud.
- Que todos los funcionarios entrevistados en los CdeS consideran necesario eliminar la centralización y poner en marcha un plan de políticas públicas que respalden un modelo de planificación estratégica horizontal.
- Que la importancia de la capacitación en formulación y evaluación de proyecto, marcó 32.8 % mientras que un 29.9 % marcaron seminarios de planificación estratégica e inversión comunitaria.

- Que sobre la idea de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria sería de mayor impacto con la intervención de la comunidad el 71.4% lo consideró como una medida eficaz.

Todo lo anterior explorado a tres niveles institucionales, cobra mayor sentido cuando repasamos la opinión compartida de los grupos entrevistados, observando que casi en su totalidad la autonomía financiera en inversiones de salud comunitaria, es el componente independiente que puede hacer realidad la propuesta presentada en esta investigación.

Habrà que considerar un acierto de esta tesis: señalar como cuarto objetivo la idea de aplicar técnicas metodológicas cualitativas de acción participativa por el hecho de tener como resultado el privilegio de contar con funcionarios de la Dirección de Programación de Inversiones Públicas del MEF y de la Dirección de Planificación del MINSA, incluyendo los centros de salud arriba señalados cuyos aportes son considerados ultra trascendentales para futuras investigaciones.

6.2 Precisión metodológica

Al abordar una investigación científica de un tema que involucra una variable financiera como la inversión pública con salud comunitaria, otra variable de tipo sanitaria, dentro de una carrera de ingeniería de proyectos solo fue posible en la medida de escoger la metodología apropiada que ofrece el marco teórico de técnicas metodológicas de investigación científica que ofrece la literatura moderna.

Se trata de un enfoque sinérgico cualitativo, con discernimiento abierto para definir tipo de investigación, metodología a seguir, técnicas y herramientas de captura de datos, así como procesos de análisis para alcanzar resultados óptimos dentro de las limitantes e inconvenientes que confronta el método cualitativo para generalizar la población.

Al respecto, investigadores del Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo, de la Coruña, España, en la Investigación cuantitativa y cualitativa, al referirse a las ventajas e inconvenientes de ambos métodos sostienen que: “En general los métodos cuantitativos son muy potentes en términos de validez externa ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población a partir de una muestra con una seguridad y precisión definida. Por tanto una limitación de los métodos cualitativos es su dificultad para generalizar. (Fernández y Díaz, 2002)”.

Conviene destacar que, por consenso de las partes intervinientes, los temas de fondo a considerar en las entrevistas, a pesar de ser abiertas y de plena libertad para el entrevistado, era necesario delinear aspectos relevantes orientados por los objetivos, el alcance, la problemática y el contexto conceptual que enmarca la

presente investigación. En tal sentido, las entrevistas fueron abiertas sin guion, espontáneas y, en algunos casos, acompañadas de terceros, sin restricción alguna al estilo de un diálogo, pero orientadas a conocer de cada entrevistado aspecto sobre la situación actual, limitaciones, descentralización, uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública y opinión personal

La precisión metodológica de esta investigación descansa en la técnica de entrevista no estructurada, de la metodología cualitativa para conocer de primera mano y de viva voz de los sujetos entrevistados datos fieles y confiables para validar los resultados exploratorios que permitan profundizar nuevos temas con nuevas hipótesis o como expresaran los autores del “Análisis de contenido en investigaciones que utilizan la metodología clínico-cualitativa”: Aplicación y perspectivas dentro de la Facultad de Ciências Médicas de la Universidade de Campinas, Brasil:

“Producir inferencias sobre un texto, tal como un conjunto de entrevistas, le confiere al método una relevancia teórica, vinculando, por ejemplo, el conjunto de los diálogos a alguna forma de teoría a ser establecida. Y, en cierta peculiaridad, partiendo del discurso de los sujetos, se está respetando el principio émico de la investigación, o sea, la interpretación es realizada bajo la perspectiva de los individuos bajo estudio y no en la cosmovisión del científico. Según esa concepción, para que se produzcan inferencias en análisis de contenido, se debe principalmente, producir conocimientos subyacentes a determinado mensaje, y también vincularlos a un cuadro de marcos teóricos, situándose en un paradigma académico, situación concreta que es visualizada según el contexto histórico y social de su producción. (Gomes C. y Ribeiro E., 2009).

La mayoría de los expertos, estudiosos de la investigación cualitativa no comparten la idea de inferencia de resultados con la población.

La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica (Fernández y Díaz, 2002)”.

6.3 Doctorado en Ingeniería de Proyectos, una amplia gama de líneas de investigación al servicio de la ciencia

La ingeniería de proyectos, en el ámbito de la formulación y evaluación de inversiones para la salud comunitaria, propicia un escenario ideal para examinar los alcances y bondades de la inversión pública como

herramienta financiera capaz de transformar las necesidades de salud de una comunidad en proyectos ejecutables que produzcan calidad, seguridad, ambiente saludable, información y comunicación, todo en beneficio de la comunidad.

En el transcurso de la presente investigación un hecho que se ha podido confrontar es el carácter amplio que rodea la ingeniería de proyectos hacia una realidad concreta en la cual el entorno multisectorial es susceptible de interacción y atención para concebir técnicamente investigaciones en líneas de especialización, dentro de la órbita del saber de las ciencias económicas, sociales, ambientales, etcétera.

Este carácter vasto en relación con el objetivo estratégico de encauzar dos variables de diferentes dimensiones (salud y finanzas) dentro del entorno multisectorial de la ingeniería de proyectos, con visión holística, ha contribuido con posibilidades reales a examinar el estado del arte del tema de esta tesis e identificar y analizar el problema de ineficiencia en razón de la relevancia social que atribuyen organismos como CEPAL a los SINIP y la OMS a los SNSP.

6.4 La planificación local

La consideración de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria sería de mayor impacto si se trabaja conjuntamente entre autoridades locales, CS y eventualmente voluntarios colaboradores. Así, resultó de alta preferencia, para el 71.4 %, mientras que 14.3 % favoreció la planificación estratégica con inversión local y el otro 14.3 % votó por el empoderamiento y mayor capacitación en proyectos.

Las fortalezas y debilidades de los grupos de base se hicieron evidentes por revelaciones personales de funcionarios deseosos de compartir experiencias de mayor responsabilidad social, dentro de su entorno laboral. Sin embargo, es importante considerar la fortaleza técnica como parte de las implicaciones que demanda el hacer o formular proyectos y descubrir mediante el análisis de resultados que este aspecto representa una debilidad para la mayoría de los encuestados.

Pero eso, no es impedimento para que esta investigación rescate como conclusión el llamado colectivo de los encuestados en los centros de salud, para ser considerados dentro o fuera de una prueba piloto como parte de un plan de capacitación en planificación estratégica con énfasis en programación presupuestaria de inversión pública para la salud comunitaria.

6.5 Tareas futuras de investigación y trabajos adicionales

- La actual propuesta representa un reto para cualquier gobierno, organización o particular que acepte y crea en la viabilidad de la misma poniendo a prueba nuevas hipótesis de atención de la salud

comunitaria dándole un uso eficaz a la inversión pública, bajo cualquier modalidad de gestión descentralizada que privilegie la acción participativa como eje conductor de un nuevo esquema de atención primaria de salud.

- La experiencia latinoamericana y resto del mundo en materia de provisión de servicios de salud, Participación comunitaria y Gestión de inversiones en salud comunitaria registrada en el “Glosario de promoción de salud” es una pista que vinculada a la presente investigación permite estructurar nuevas hipótesis y tejer experiencias de sanidad comunitaria muy sólidas contrarias a la actual programación presupuestaria estatal centralizada, que históricamente, por vía de la cooperación multilateral, ejecutan organismos internacionales aplicando un modelo cuasi experimental de inversiones en salud comunitaria con plena participación de la comunidad.
- La consulta directa por entrevista a funcionarios en CdeS, en el distrito de Panamá, República de Panamá, dejó un mensaje “alto y claro” en el sentido manifiesto de colaborar directamente en la gestión, preparación y ejecución de proyectos de salud. Para tal propósito, se abre una ventana de acción futura de coexistencia con la actual estructura sistémica de inversión y salud bajo el supuesto que los tomadores de decisión de gobierno accederán con voluntad política a abrir paso a nuevos esquemas de gestión local, a revisar las políticas públicas, revisar normas y procedimientos del SINIP y el SNSP y diseñar modernas estrategias de acción participativa en armonía con el equipo de base de salud comunitaria.
- Casos parecidos al Gobierno de Panamá, que priorizan reforzar e implementar la descentralización, tienen la prerrogativa de ajustar diseño y elementos operacionales para examinar una puesta en marcha controlada por el MINSA y el resguardo administrativo del SINIP. La planificación centralizada está cediendo espacio, la búsqueda de mayor eficiencia sistémica es un objetivo supranacional; en consecuencia, esta investigación es un aldabonazo para seguir la pista experimental de variables que inciden en la salud comunitaria

♣ *Sin salud no hay vida*

♣ *Sin inversión pública no hay salud pública*

♣ *Sin inversión no hay vida*

El autor

BIBLIOGRAFÍA

- ... Aldunate E., (2010), Encuentro Nacional, *10 años del SNIP* y retos hacia el 2021, Ministerio de Economía y Finanzas, *Auspiciada por CAF*. (p.25)
http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/capacidades/boletin_SNIP_agosto_2010.pdf
- ... Alonso, L. E. (2007). Sujetos y Discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado y J. M. Gutiérrez (Coord.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 225-240). España: Editorial Síntesis.
<https://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/alonso-cap-2-sujeto-y-discurso-el-lugar-de-la-entrevista-abierta.pdf>
- ... (Añez E. et al., 2010) *Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud*, Gobierno Bolivariano de Venezuela, Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldon, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), (p.59)
http://www.bvs.gob.ve/libros/manual_asis.pdf
- ... (Baeza A., Ruiz M., et al.1984). *Estudio presupuestario 1976-1981 y Análisis del déficit público*. Dialnet, Revista Española de Financiación y Contabilidad, Vol. XIII, n.º 44, Mayo-agosto 1984, (p.83),
<file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Dialnet-EstudioPresupuestario19761981YAnalisisDelDeficitPu-2481691.pdf>
- ... (Begoña M., 2014), *Universidad del País Vasco*, Técnicas y métodos en investigación cualitativa. [PDF]Técnicas y métodos en Investigación cualitativa - RUC
- ... (Beltrán A., 2010), *Encuentro Nacional, 10 años del SNIP* y retos hacia el 2021, Ministerio de Economía y Finanzas, *Auspiciada por CAF*. Decana de la Facultad de Economía de la Universidad del Pacífico) (p.8)
http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/capacidades/boletin_SNIP_agosto_2010.pdf
- ... (Bermejo C.,) *Hacia una salud holística*, (p.23)
http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_Hacia_una_salud_holistica.pdf
- ... (BID, 2008), Banco Interamericano de Desarrollo, Libertad, Desarrollo, Temas públicos. Inversión Pública: ¿Cuán descentralizada?, Chile- Bolivia: Negociaciones Peligrosas N.º 550, 12 de octubre de 2001. ISSN 0717 – 1528, p.1 [Leído en enero 10-2011] [Enlace:
<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/231477/libertaddesarrollo.pdf>], (p.90).
- ... (bogotá.gov.co., 2014) (p.57) Alcaldía Mayor de Bogotá D. C., Bogotá Humana, Vigilancia en Salud Pública
<http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/Analisisdesituaciondesalud.aspx>

- ... (Braveman P., y Mora F., 1987) Training physicians for community-oriented primary care in Latin America: model programs in Mexico, Nicaragua, and Costa Rica. *Am J Public Health*. 1987 April; 77(4): 485–490. PMID: PMC1646944 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1646944/>
- ... (Briones G., 2002) Metodología de la Investigación **Cuantitativa** en las ciencias sociales, Instituto colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES, Dirección general Bogotá, Colombia, <http://contrasentido.net/wp-content/uploads/2007/08/modulo3.pdf>
- ... (CARDOSO, Leticia Silveira et al. 2013) Promoción de la salud y participación comunitaria en grupos locales organizados. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.6, pp. 928-934. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600018>.
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/18.pdf>
- ... (Casado V., 2015) Reflexões sobre a experiência no programa de residência em Medicina de Família e Comunidade na Espanha, Reflections on the experience in the Family and Community Medicine residency programme in Spain. (Revista Brasileira de Medicina de Família y Comunidad, En Línea, 2015) www.rbmf.org.br
- ... (Castrillo M., 2013), El campo de la participación comunitaria en salud: un análisis de caso en un municipio del Gran La Plata, Universidad Nacional de La Plata (Argentina), *Questión*; vol. 1, no. 40, ISSN: 1669-6581, María Belén Castrillo http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/32828/Documento_completo.pdf?sequence=1
- ... (CEPAL/ILPES, 2008) (Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación, Económica y Social (ILPES), 2008, p.22), Serie Manuales N.º 58, *Manual metodológico de evaluación multicriterio para programas y proyectos*, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación, Económica y Social (ILPES), Santiago de Chile, julio de 2008. (p.25) <http://www.cepal.org/ilpes/publicaciones/xml/6/34576/manual58.pdf>
- ... (CEPAL/ILPES, 2010), *Los SINIP en Latinoamérica—CEPAL, Diseño, monitoreo y evaluación. La experiencia latinoamericana... Qué es un SINIP* (p.27) <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1167069>
- ... (CEPAL, 2010), Comité especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, Santiago, 12 a 14 de mayo de 2010. *Población y salud en América latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos*. distr. limitada lc/l.3216(cep.2010/3) 5 de mayo de 2010 original: español http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/22422/S2010205_es.pdf?sequence=1
- ... (Claudio A. Méndez C., Vanegas J., 2010), La participación social en salud: el desafío de Chile Community participation in health: the challenge in Chile, *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2010;27(2)144-148, ISSN: 1020-4989 (Print); 1680-5348 (Online), United States, Organización

- Panamericana de la Salud http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000200009
- ... (Colombia. Decreto Ejecutivo 111, 1996) El presupuesto público, Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación. La Ley 111 del 5 de enero de 1996, compila la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994, y la Ley 225 de 1995, conformando de esta manera el, Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 15 de enero de 1996 http://www.javeriana.edu.co/personales/jramirez/PDF/presupuesto_publico.pdf
- ... (Comisión Europea, 2001) *Manual Gestión del ciclo de proyecto*: Europeaid, Oficina de Cooperación, Asuntos Generales, Evaluación, http://www.centroubal.com/sicat2/documentos/36_20065171532_PU-mp1-spa.pdf
- ... (Dankhe L., 1986) *Tipos de investigación según grado de profundidad y complejidad*. Ver: obras, “Investigación y comunicación”, en Fernández Collado, C. y G. L. Dankhe (comps.), *La comunicación humana: ciencia social*, McGraw-Hill, México, (1989). [file:///C:/Users/Administrator/Downloads/tipos-de-investigacion-%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/tipos-de-investigacion-%20(2).pdf)
http://www.iupuebla.com/Doctorado/Docto_derecho/Material_profe/g2t/Metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf
- ... (Díaz G., 2010) Estrategia comunitaria para el empoderamiento en salud sexual de actores sociales vinculados a niños preescolares Community strategy for the strengthening in sexual health of social actors linked to preschool children, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, ISSN: 0864-2125 (Print); 1561-3038 (Online), ECIMED. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300002
- ... (Delgado M., et al., 2005) Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev Esp Salud Publica*. Scielo, 2005;79:697–707, versión impresa ISSN 1135-5727 [[Links](#)]
<http://www.scielosp.org/pdf/resp/v79n6/original6.pdf>
- ... (*Diccionario de la lengua española*, 2014) <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=salud>
- ... EPI-CENTRO, Universidad Católica de Chile, Salud pública ¿Qué es y qué hace? Página web, *online*, <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/PDF/INTRODUCTORIOS1.pdf>
- ... (“EUROPA” Síntesis de la legislación de la UE, 1998), Desarrollo de la política comunitaria en materia de salud pública Resolución del Consejo, de 8 de junio de 1999, sobre la futura acción de la Comunidad en el ámbito de la salud pública [Diario Oficial C 200 de 15.07.1999]. Comunicación de la Comisión, de 15 de abril de 1998, sobre el desarrollo de la política de salud pública en la Comunidad Europea. (p.23)

- ... (Fontanella BJ, et al., 2006) Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006 Septiembre-October;14(5):812-20.
- ... (Fernández et al. 2015), Observación no sistemática, asignatura: Metodología de investigación avanzada, Máster de mejora y calidad de la educación, https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Observacion_No_Sistematica_%28Trabajo%29.pdf
- ... (Fernández L., 2006) *¿Cómo analizar datos cualitativos?* Fichas para investigadores, Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona. Butlletí La Recerca ISSN: 1886-1946 / Depósito legal: B.20973- <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
- ... (Fernández P. y Díaz P., 2002) Investigación cuantitativa y cualitativa, Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. A Coruña (España).
- ... (Frenz P., 2005), *Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud*, *Rev. Chil Salud Pública* 2005; Vol 9 (2): 103- 110, Ministerio de Salud. pfrenz@minsal.cl, Subsecretaría de Salud Pública. <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/21293>
- ... (Figueroa I., 2008), Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Propuesta de incorporación del enfoque de género en el SINIP –sinip- Programa Regional, “la agenda económica de las mujeres”, segunda fase 2006-2010, ISBN: 978-1-936291-06-9. [http://www.gemlac.org/recursos/13Prop%20inc%20enf%20gen%20sist%20inversion%20publica%20-%20Panama%20\(2010\).pdf](http://www.gemlac.org/recursos/13Prop%20inc%20enf%20gen%20sist%20inversion%20publica%20-%20Panama%20(2010).pdf)
- ... (Gaceta oficial de Bolivia, 1996), Resolución suprema N° 216768, Normas Básicas del SINIP, (p.27) http://archivo.vipfe.gob.bo/PR/documentos/UNC/Normas/RS_216768.pdf
- ... (Gaceta Oficial de Bolivia, 1996), Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Estado Plurinacional de Bolivia. Edición Especial, 18 de junio de 1996, Resolución Suprema N.° 216768. Normas Básicas del SINIP <http://medios.economiayfinanzas.gob.bo/VPC/documentos/resoluciones/supremas/216768.pdf>
- ... (Galeano M., y Vélez O., 2002) Estado del arte sobre fuentes documentales en investigación cualitativa, ISBN: 655-418-X (segunda reimpresión), Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Sociales y Humanas, (CISH) <http://josemramon.com.ar/wp-content/uploads/Estado-Del-Arte-Sobre-Fuentes-Documentales-en-Investig-Cualitativa.pdf>
- ... (Gandásegui M., on line, 2015), El negocio de la descentralización, Opinión Panamá. <http://www.elmercuriodigital.net/2015/10/panama-el-negocio-de-la.html>

- ... (García F., 2012), *El arte de ponerse de acuerdo*. Taller urquiamaru.blogspot.com ISBN: 978-980-376-398-5 Impreso en Venezuela, <http://www.colectivocaracol.org/wp-content/uploads/2014/04/>
- ... (García A., 2009) Tesis doctoral, Estudio de los efectos de la post inyección sobre el proceso de combustión y la formación de hollín en motores diésel, Universidad Politécnica de Valencia.
- ... (Gastao W, s/f) APS, descentralización y SILOS: *¿Propuestas tecnocráticas o alternativas en Salud?* Mesa redonda, Asociación Argentina de Medicina Social. AAMES. Coordinadora, Celia Iriart, s/f. <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/D6a10.pdf>
- ... (Gil, G., Arana, C, s/f) *Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II)* <http://stel.ub.edu/sites/default/files/Tipos%20de%20an%C3%A1lisis%20y%20codificaci%C3%B3n.pdf>
- ... (Gomes C. y Ribeiro E., 2009) Análisis de contenido en investigaciones que utilizan la metodología clínico-cualitativa: aplicación y perspectivas, Revista Latino-Americana de Enfermagem, On-line version ISSN 1518-8345, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000200019&script=sci_arttext&tlng=es
- ... (Gonzales R., 1999), Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología, Proyecto “Salud y Nutrición Básica”, Guía Metodológica para el Análisis de la Situación de Salud y la identificación de los Principales Problemas de Salud, http://www.msal.gov.ar/saladesituacion/Biblio/Guia_Metodologica_para_ASIS_Peru.pdf
- ... (Harzheim E., Álvarez C., 2010) Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, ISSN: 1809-5909 (Print); 2179-7994 (Online), <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/84>
- ... (Ibáñez L. et al., 2008) Metodologías de la investigación en las ciencias sociales: Fases, fuentes y selección de técnicas. Revista-Escuela de Administración de Negocios, Núm. 64, septiembre-diciembre, 2008, pp. 5-18, Universidad EAN, Colombia
- ... (Ísmodes J., 2014), *Los proyectos de inversión*, el SINIP y los gobiernos locales en el Perú, eumed.net, Enciclopedia Virtual. <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/403/el%20sistema%20nacional%20de%20inversion%20publica%20y%20los%20gobier%20nos%20locales%20en%20el%20peru.htm>
- ... (Iturrioz J., 2014) *Diccionario económico*, Expansión.com, en línea, <http://www.expansion.com/diccionario-economico/inversion.html>

- ... (Jaramillo F., 2010) Encuentro Nacional, 10 años del *SNIP* y retos hacia el 2021, Ministerio de Economía y Finanzas, p-20 *Auspiciada por CAF.* (p.8)
http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/capacidades/boletin_SNIP_agosto_2010.pdf
- ... (Kumar M, et al., 2014) Access to Healthcare through Community Health Workers in East and Southern Africa, Knowledge Management and Implementation Research Unit, Health Section, Program Division UNICEF 3 UN Plaza, New York, NY 10017 July 2014
http://www.unicef.org/health/files/Access_to_healthcare_through_community_health_workers_in_East_and_Southern_Africa.pdf
- ... (LABASTIDA F., 2009) Wilhelm Dilthey, MERCADO, Juan Andrés (editores), *Philosophica: Enciclopedia filosófica on line*, URL:
<http://www.philosophica.info/archivo/2009/voces/dilthey/Dilthey.html>
- ... (Labonté R., 2010) Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections Gobernanza de sistemas de salud para lograr equidad: reflexiones críticas, *Revista de Salud Pública*. 2010;1262-76, *Revista de Salud Pública*, ISSN: 0124-0064 (Print), Universidad Nacional de Colombia.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700005
- ... (López, J.A., y Tamariz, N., 2013) Guía para realizar diagnósticos participativos comunitarios, **Unión Europea** “*Participación comunitaria para la planeación del desarrollo, la inversión pública y la productividad*”, <http://www.sancristobal-tachira.gob.ve/files/files/CIUDAD%20PARTICIPATIVA/Gu+%C2%A1a%20DPC%20FINAL%20COR.pdf>
- ... (Maceira D., 2007), *Documento técnico sobre financiación y reforma del sector salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América latina y Europa*, <http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Salud5.pdf>
- ... (Magaña A., 2010) Salud comunitaria en América latina y el Desarrollo de la salud comunitaria en El Salvador <https://es.scribd.com/doc/37653342/Salud-Comunitaria-America-Latina-y-El-Salvador>
- ... (Martín D., 2008) *Metodología genérica para la formulación y evaluación de proyectos de inversión pública* Documento 91.1-versión 2, Programa BID 1430, p. 2-169 [Leído en enero 19, 2011] [Enlace: <https://www.mef.gob.pa/Portal/index.html>]
- ... (Martínez J., 2004) Estrategias metodológicas y técnicas para la investigación social, Universidad Mesoamericana, México d.f., enero del 2004. <http://www.geiuma-oax.net/sam/estrategiasmetytecnicas.pdf>
- ... (Martínez M, ; Benedicto A., 2007) Working conditions of public health workers in the primary care in Catalonia, Spain, *Gaceta Sanitaria, versión impresa* ISSN 0213-9111.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300015

- ... (Méndez CA, Vanegas López JJ., 2010) La participación social en salud: el desafío de Chile. Rev Panam Salud, Publica. 2010;27(2):144–8.
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a09v27n2.pdf>
- ... Miguel M., La investigación cualitativa (Síntesis conceptual), Revista IIPSI, Facultad de Psicología, UN M S M http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf
- ... (Ministerio de Economía y Finanzas, 2014), Plan Estratégico de Gobierno 2015-2019 (PEQ), (2015), *Un Solo País*. Panamá
<http://www.mef.gob.pa/es/Documents/PEG%20PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20GOBIERNO%202015-2019.pdf>
- ... (Ministerio de Economía y Finanzas, 2014), SINIP, página web,... Portal de Transparencia Fiscal, Gobierno del Perú.
http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=875&Itemid=100272&lang=es
- ... (Ministerio de Hacienda, 2014), Portal de Transparencia Fiscal, Gobierno de El Salvador, página web. http://www.transparenciafiscal.gob.sv/portal/page/portal/PTF/inversion_publica
- ... (Ministerio de Salud, 2012) Avance del análisis situacional de salud ASIS 2012, Hospital Nacional María Auxiliadora, (HMA), Dirección de Epidemiología y Salud Ambiental, http://www.minsa.gob.pe/hama/Informaci%C3%B3n_Hma/Indicadores/2012%20HMA%20ASIS.pdf
- ... (Ministerio de Salud, 2013), *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS Colombia,. <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Guia%20ASIS%202012013.pdf>
- ... Modern Healthcare, The leader in healthcarebusiness news, research & data
<http://www.modernhealthcare.com/article/20150803/NEWS/150809993>
- ... (Monografías.com, 2014) *La investigación etnográfica*, Estudio Social, 1
<http://www.monografias.com/trabajos96/la-investigacion-etnografica/la-investigacion-etnografica.shtml#investigaa#ixzz3OpYwvzmi>
- ... (Montenegro X. et al. 2007), Informe final de evaluación Programa Sistema Nacional de Inversiones, Ministerio de Planificación, Subsecretaría. Dirección Monje Nacional de Presupuesto de Chile. Obtenido el 3 de marzo del 2009, (p.25) http://www.dipres.gob.cl/595/articles-31759_doc_pdf.pdf
- ... (Nancy Molina N., 2005) Herramientas para investigar ¿Qué es el estado del arte? Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular no 5: 73-75 / julio - diciembre 2005, ISSN 1692-8415
<http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/1666/1542>
- ... (Nervi, L. 2007), *Almá-Atá y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud*. P.1. [Leído en enero 10-2011][Enlace:

- http://www.cisas.org.ni/files/El_Salvador/dia_1/Renovaci%C3%B3n%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20de%20la%20Salud.pdf]
- ... (OMS, 1978), Declaración, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Almá-Atá, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, p.1
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19004&Itemid=270&lang=es
- ... (OMS, 1986), Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Salud Pública Educ. Salud 2001; 1 (1): Pp. 1-4.] [Leído en septiembre 9, 2010] [Enlace: <http://webs.uvigo.es/mppsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>]
- ... (OMS, Ginebra, 1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: OMS Community mental health Service, ISBN 92 4 356136 7.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243561367.pdf>
- ... (OMS, 1997), Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, Conferencia Internacional, Julio 21-25, 1997; pp. 5-6. [Leído en noviembre 9, 2010] [Enlace: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf]
- ... (OMS, 1998). Promoción de la Salud Glosario, World Health Organization. Ginebra 35 p.23, [Leído en abril 29-2011]), [Enlace: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>]
- ... (OMS, 1999), Informe sobre la salud en el mundo “Cambiar la situación”, p.6
http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_dgmessage_es.pdf?ua=1
- ... (OMS, 2000), Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Promoción de la salud: hacia una mayor equidad, Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000, p.3, [Enlace: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>]
- ... (OMS, 2008), *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, La atención primaria de salud, más necesaria que nunca,http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- ... (OMS, 2010). Informe sobre la salud en el mundo 2010: La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal Ginebra: OMS. [Leído Febrero 2, 2011] [Enlace: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf] (pp.23-29).
- ... (OMS, 2013), Noticias, Centro de noticias ONU, 15 de agosto, 2013, OMS llama a invertir en investigación para avanzar hacia la cobertura universal de salud
<http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=27195#.U8UbqZRdW0c>
- ... (OMS, 2014), Acerca de la OMS página web, <http://www.who.int/about/es/>

- ... OMS, 2015, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, conceptos clave http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
- ... One million community, Health workers Campaign, <http://1millionhealthworkers.org/about-us/>
- ... (OMS, 2015) One million community, Health workers Campaign, (on line) <http://1millionhealthworkers.org/about-us/>
- ... (OPS, 2002) La OPS y El Estado colombiano, cien años de historia 1902 - 2002, Bogotá, octubre de 2002
https://www.google.com/?gws_rd=ssl#q=mesa+redonda+aps%2C+descentralizaci%C3%B3n+y+SIL+OS
- ... (OPS/OMS, 2004), Atención primaria de salud: Una revisión de prácticas y tendencias, Ministerio de Salud de Panamá, Representación de OPS/OMS en Panamá, junio 2004, pdf. https://www.google.com/?gws_rd=ssl#q=Una+revisi%C3%B3n+de+pr%C3%A1cticas+y+tendencias
- ... (OPS, Nicaragua, 2006). ASIS y recomendaciones para el desarrollo sanitario de Nicaragua, Oficina Regional para las Américas de la OMS. [file:///C:/Users/Administrator/Downloads/OPS%20Nicaragua%20ASIS%202006%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Administrator/Downloads/OPS%20Nicaragua%20ASIS%202006%20(2).pdf)
- ... (Pacheco et al., 2010) *Los SINIP de América latina y el Caribe: Historia, evolución y lecciones aprendidas*, Documentos de trabajo, Serie Gestión, N.º 124, (p.24) <http://www.dii.uchile.cl/~ceges/publicaciones/ceges%20124%20EC.pdf>
- ... (Pacheco F., 2010) *Meta evaluación en Sistemas Nacionales de Inversión Pública*, Serie Manuales 64, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación, Económica y Social (ILPES), Naciones Unidas, Santiago de Chile, p9. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/uneclac/unpan042343.pdf>
- ... (Pacheco F., Ortigón E., 2004). *Los sistemas nacionales de inversión pública en Centroamérica: marco teórico y análisis comparativo multivariado*, Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas. (p.26), <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/19748/manual34.pdf>
- ... (Palomino et al., 2014) *La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI*, Revista Internacional de Sociología (RIS). Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre, Vol. 72, extra 1, 71-91, junio 2014 ISSN: 0034-9712; e ISSN: 1988-429X
o <http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2014/08/laSaludYSusDeterminantes.pdf>
- ... PAUL A. ARNOLD, *Cómo se gobiernan Estados Unidos*, *howtheusisgoverned_sp*, https://www.google.com/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=howtheusisgoverned_sp http://photos.state.gov/libraries/amgov/30145/publications-spanish/howtheusisgoverned_sp.pdf

- ... (Periago M., 2009), Informe anual del director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Hacia la “salud para todos”, Oficina Sanitaria Panamericana, p.29. CP23805S. [Leído en diciembre 4, 2010] [Enlace: <http://www.scm.oas.org/pdfs/2010/PAHO/CP23805S.pdf>]
- ... (PDF.Internet, on line 2015) Cap. 14 Recolección y análisis de los datos cualitativos, el proceso de investigación cualitativa. <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/04/Met-Inv/14.pdf>
- ... (PDF.Internet, on line 2015) Metodología de investigación en educación infantil y primaria, Análisis de los datos cualitativos, pdf. [on line, 2015] https://www.google.com/?gws_rd=ssl#q=Análisis+de+los+datos+cualitativos%2C+metodología+de+investigaci%C3%B3n+en+educaci%C3%B3n+infantil+y+primaria
- ... (Pierdant A., y Franco J.,) Algunas consideraciones para el diseño de encuestas, cuestionarios y muestras en ciencias sociales http://148.206.107.15/biblioteca_digital/capitulos/210-3491nmu.pdf
- ... (Pino M., 2014) *Algunos métodos y técnicas de recogida y análisis de datos*, Universidad de Vigo, Facultad de Ciencias de la Educación, Campus de Ourense, pdf. <http://webs.uvigo.es/mpino/tecnicasdeinv.pdf>
- ... (Quintana A., 2006) *Metodología de Investigación Científica Cualitativa, Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM. <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/3634305-Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana.pdf>
- ... (Rosenau R. et al., 2013) United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(3): 1– 431. ISSN 1817–6127 Vol. 15 No. 3 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf
- ... (Rodríguez L., 2004), *El planteamiento ideológico de Alma-Atá*, Escuela Nacional de Salud Pública, Miramar. Playa. Ciudad de La Habana. Cuba. http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/spu11205.htm
- ... (Rodríguez C., et al., 2005), *Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad*, Universidad de Granada, España, SOCIOTAM Vol. XV, N. 2. <http://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>
- ... (Romero Y., et al., 2010), La participación comunitaria en la construcción de un modelo de salud contra hegemónico *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura* [en línea] 2010, XVI (Julio-Diciembre) : [Fecha de consulta: 3 de octubre de 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36418856007> ISSN 1315-3617 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36418856007>

- ... (Rubén A., 2014), *La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia*, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, ISSN: 0120-386X, Universidad de Antioquia.png, vol. 20, núm. 1, enero-junio, 2002, Colombia, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12020109>
- ... (Sampieri et al. 2003), *Metodología de la investigación*: McGraw-Hill Interamericana. México, D. F. Primera edición: 1991. Segunda edición: 1998. Tercera edición: 2003, p.10 <http://www.terras.edu.ar/aula/tecnicatura/15/biblio/SAMPIERI-HERNANDEZ-R-Cap-4-Elaboracion-del-marco.pdf>
- ... (Sánchez, M.B., et al., 2012) Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. Vol 6, No 2, Ene Revista de enfermería. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/18/16>
- ... (Sanchón V., 2014), *Salud pública y atención primaria de salud, Factores determinantes de la salud*, Universidad de Cantabria. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/material-de-clase/bloque-ii/2.1 factores determinantes salud.pdf>
- ... (Sandoval C., 2002) Investigación **Cualitativa**, Instituto colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES, Dirección general Bogotá, Colombia http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/humanas/mtria_edu/2021085/und_2/pdf/casilimas.pdf
- ... (Sapag J. C., Kawachi I., 2007), *Capital social y promoción de la salud en América latina*, Revista de Saúde Pública, *Print version* ISSN 0034-8910, vol. 41 n.º1, São Paulo, feb. 2007, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100019
- ... (Sanabria B., 2010), *Guía metodológica para el análisis de la situación de salud*, Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20Metodo%20Metodol%C3%B3gica%20para%20ASIS.pdf>
- ... (Secretaría de Salud del Estado de México, 2014), *Promoción de la salud*, Dirección General de Promoción de la Salud, pdf., http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/determinantes_y_compromisos.pdf
- ... Serbia J.M., *Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa*, Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año IV, Número 7, V3 (2007), pp. 123 - 146 - ISSN 1668-5024 www.hologramatica.com.ar o www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica
- ... (Significados.com, 2015). Significado de eficaz, Diccionario en línea, <http://www.significados.com/eficaz/>
- ... (Solórzano F., 1997) *The Canadian health system and its financing* Revista Panamericana de Salud Pública, *Print version* ISSN 1020-4989, Rev Panam Salud Publica vol.2 n.1 Washington Jul. 1997,

- <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891997000700005>
- <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v2n1/v2n1a5.pdf>
- ... (Spinaci et al., 2006) *Decisiones difíciles: invertir en salud para el desarrollo*. OMS. 131 pp.13 [Leído en enero 23, 2011] [Enlace: http://www.who.int/macrohealth/documents/Spanish_Final.pdf
- ... (Spinelli H., 2010) The dimensions of the health field in Argentina, *Salud colectiva*, Buenos Aires, 6(3):275-293, Septiembre - Diciembre, 2010.
https://www.google.com/?gws_rd=ssl#q=las+dimensiones+del+campo+de+la+salud+en+argentina.+salud+colectiva
- ... (Suárez A., 2014). *Metodología de la investigación, diseños y técnicas*, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Santa Fe de Bogotá, febrero de 2001. Página web Scribd.
<http://www.scribd.com/doc/79303843/23/CARACTERISTICAS-DEL-MARCO-TEORICO>
- ... (T. Plochg, D. M. J. Delnoij, et al., 2006) Local health systems in 21st century: who cares?—an exploratory study on health system governance in Amsterdam, *The European Journal of Public Health*, Vol. 16, Issue 5. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/16/5/559>
- ... (Tobar F., 2008), *Cambios de paradigma en salud pública*. XII Congreso del Clad. Buenos Aires.
http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/Cambios.pdf
- ... (Torero M., 2010), Encuentro Nacional, 10 años del SNIP y retos hacia el 2021, Ministerio de Economía y Finanzas, *Auspiciada por CAF*. (p.28)
http://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/capacidades/boletin_SNIP_agosto_2010.pdf
- ... (Torres et al., 1998), *Métodos de recolección de datos para una investigación*, Facultad de Ingeniería - Universidad Rafael Landívar Boletín Electrónico No. 03 URL_03_BAS01.doc, Pág. 10 de21
- ... (Ugalde H., 2005) Why neoliberal health reform have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005;71:83–96.
- ... (Vargas J.A., 2011). *Equidad e inversión en salud pública de la República del Perú*. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2011, vol.37, n.4, pp. 452-461. ISSN 0864-3466. (p.21),
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662011000400009&lng=es&nrm=iso
- ... (Uzcátegui ,R. et al., 2010) La participación comunitaria en la construcción de un modelo de salud contra hegemónico, *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, vol. XVI, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 135-153 Universidad Central de Venezuela Caracas, Venezuela,
<http://www.redalyc.org/revista.oa?id=364>, <http://www.redalyc.org/articulo.oa>
- ... (Vargas I., 2012) The interview in the qualitative research: trends and challengers, *Revista Calidad en la Educación Superior Programa de Autoevaluación Académica Universidad Estatal a Distancia* ISSN 1659-4703 Costa Rica revistacalidad@uned.ac.cr, Volumen 3, Número 1 Mayo 2012 pp. 119-139.

- ... (Vasilachis I., 2006) *Estrategias de investigación cualitativa*, primera edición, noviembre de 2006, Barcelona. Derechos, http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015_1/investigacion_genero/u_3/vas_ire.pdf
- ... (Velázquez A., et al., 2010), Análisis de la situación de salud en una comunidad especial Analysis of the health situation in a special community, MEDISAN. 2010;14(2)0, ISSN: 1029-3019 (Print), Centro Provincial de Ciencias Médicas http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200020
- ... (Vélez R., 2003), *Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía?* Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- ... Weser, D., Community-based education of the health professions in Latin America and the US. National Institute of Health, US National Library of Medicine, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1646933/>
- ... (Wood R., Foundation, 2013) Return on Investments in Public Health, Saving Lives and Money, December 2013, Publisher: Robert Wood Johnson Foundation <http://www.rwjf.org/en/library/research/2013/12/return-on-investments-in-public-health.html>
- ... (Yavich N, et al. 2010), Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica Building a PHC evaluation framework for Latin America, Salud Pública de México, ISSN: 0036-3634 (Print), Instituto Nacional de Salud Pública, <https://doaj.org/article/12f01745649742359544d0c8a0cc6e36>.

ANEXOS

ANEXO A. CUADERNILLOS DE ENCUESTAS MEF, MINSA, CdeS

MEF

(día) de (mes) de 2014

La encuesta que responderá corresponde a una investigación social, que realiza el doctorando panameño Jaime R. Pérez Souza, para optar por el título de doctor en Ingeniería de Proyectos en la Universidad Politécnica de Cataluña, en Barcelona, España.

El objetivo de este cuestionario es conocer la opinión de funcionarios que intervienen en la programación presupuestaria de las inversiones públicas de salud, considerando la inclusión de programas y proyectos de salud comunitaria, con la finalidad de mejorar la salud de la población. En consecuencia, está dirigido al personal técnico-profesional del Ministerio de Economía y Finanzas, involucrado en la ejecución de proyectos de inversión pública.

Para completar la encuesta, SOLICITAMOS MARCAR CON UN GANCHO la respuesta correspondiente a las preguntas de SÍ o NO y aquellas donde deba escoger la mejor respuesta. Finalmente, se le pide una respuesta breve cuando tenga que expresar su opinión.

La información que suministre es anónima, el resultado obtenido será de gran valía, alta confidencialidad y de uso exclusivo para el estudio doctoral, por lo cual agradecemos su interés y colaboración con este proyecto.

Cordialmente,



Jaime Pérez Souza
Estudiante doctorando
UPC-Barcelona, España

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas tienen diferentes respuestas posibles y usted debe escoger únicamente aquella que le convenga más. Marque una sola respuesta con un gancho (✓) en cada pregunta, a no ser que se le indique lo contrario.

DATOS GENERALES

Provincia * _____
Distrito * _____
Corregimiento * _____
Lugar poblado (barrio) * _____
Sexo. * _____
Nacionalidad * _____

Rango de edad

- Mayor de 61 años * _____
- Entre 51 y 60 años * _____
- Entre 41 y 50 años * _____
- Entre 31 y 40 años * _____
- Entre 20 y 30 años * _____
- No responde * _____

PERFIL LABORAL

| | | | |
|-------------------|---|--|--|
| 1 | ¿Cuál es el cargo que ocupa en la institución o unidad administrativa donde labora? | Director | |
| | | Subdirector | |
| | | Jefe de departamento | |
| | | Subjefe de departamento | |
| | | Jefe de unidad o sección | |
| | | Supervisor de área | |
| | | Analista y evaluador de proyectos de inversión | |
| | | Enfermero | |
| | | Técnico de salud | |
| Otro. Especifique | | | |

| | | | |
|---|--|-------------------|--|
| 2 | ¿Qué tiempo de servicio tiene en el cargo? (en años) | Más de 10 años | |
| | | Entre 5 y 10 años | |
| | | Entre 2 y 4 años | |
| | | Menos de 2 años | |

| Responda con un gancho (✓) para sí o para no . | | Sí | No |
|--|---|----|----|
| 3 | ¿Tiene experiencia en preparación o ejecución de programas o proyectos de salud comunitaria? | | |
| 4 | ¿Es positiva la puesta en marcha de la descentralización para la selección y priorización de proyectos? | | |
| 5 | ¿Conoce la política sanitaria del país? | | |
| 6 | ¿Sabe si las autoridades municipales discuten y participan con la comunidad en la toma de decisiones sobre inversiones de salud comunitaria? | | |
| 7 | En su opinión, ¿la inversión pública para la salud comunitaria es una herramienta eficaz para solucionar los problemas detectados? | | |
| 8 | ¿El seguimiento de ejecución del proyecto contempla la evaluación <i>in situ</i> ? | | |
| 9 | ¿En la actualidad las instalaciones de salud son capaces de manejar sus inversiones preparando y ejecutando sus proyectos de salud? | | |
| 10 | ¿Las inversiones en salud son evaluadas técnicamente después de ser realizadas? | | |
| 11 | ¿Cree que los centros de salud tienen la capacidad de asumir el proceso de gestión de sus proyectos de inversión en salud comunitaria por medio de la ley de descentralización? | | |
| 12 | ¿Existe una política pública de salud comunitaria en Panamá? | | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 13 | Las inversiones de salud comunitaria incluidas en los programas de salud son el producto de | Políticas públicas sanitarias | |
| | | Políticas de salud comunitaria | |
| | | Programas de salud comunitaria | |
| | | Plan de gobierno | |
| | | Política partidista | |
| | | Propuestas de proyectos de los centros de salud | |
| | | Proyectos de los comités de salud de la comunidad | |

| | | | |
|----|--|---|--|
| 14 | ¿En las vistas presupuestarias de salud, quién sustenta el presupuesto de inversión comunitaria? | Ministro/viceministro del MINSa | |
| | | Técnicos de planificación del MINSa | |
| | | Director de la instalación de salud | |
| | | Funcionarios de la instalación de salud | |
| | | Miembros de comités de salud | |
| | | Líderes comunitarios | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 15 | Los programas y proyectos de inversión pública para salud comunitaria, incluidos en presupuesto del MINSA, son para | Desarrollo de infraestructura | |
| | | Mejora de servicio de salud a la población | |
| | | Nutrición | |
| | | Compra de ambulancias | |
| | | Capacitación | |
| | Otro. Especifique | | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 16 | La participación de la población en la preparación de proyectos para la comunidad | Debe reforzarse dentro del MINSA y el MEF | |
| | | Debe fortalecerse en los centros de salud | |
| | | Debe convertirse en una responsabilidad legal de los centros de salud | |
| | | Es parte de la ley de descentralización | |
| | | Debe ser objeto de un plan de salud | |
| | | Otros | |

| | | | |
|----|---|---------------|--|
| 17 | ¿Cuántos de los proyectos aprobados en presupuesto llegan preparados por los centros de salud conjuntamente con la comunidad? | La mayoría | |
| | | Casi la mitad | |
| | | La mitad | |
| | | Muy pocos | |
| | | Ninguno | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 18 | Señale uno o más factores que limitan las inversiones locales de salud. | Concentración y centralización de decisiones a nivel ministerial | |
| | | Falta de liderazgo del Consejo Municipal | |
| | | Falta de consenso entre directivos de MINSA central y autoridades locales de salud comunitaria | |
| | | Falta de capacitación en gestión de proyectos | |
| | | Recurso humano no capacitado | |
| | | Desconocimiento de las leyes locales | |
| | | Desconfianza por parte del Ejecutivo | |

| | | | |
|----|---|--------------------|--|
| 19 | En su opinión, ¿cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad? | Definitivamente sí | |
| | | Probablemente sí | |
| | | No estoy seguro | |
| | | Probablemente no | |
| | | Definitivamente no | |

| | | |
|----|--|--|
| 20 | ¿Como técnico planificador cuál recomendación haría usted para hacer más eficaz el uso de la inversión pública como instrumento de mejora para la salud comunitaria? | |
|----|--|--|

| | | |
|----|---|--|
| 21 | ¿Cuál es su opinión en relación con la idea de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria, sería de mayor impacto si se trabaja conjuntamente entre autoridades locales, los comités de salud y eventualmente voluntarios colaboradores? | |
|----|---|--|

| | |
|----|---|
| 22 | Durante su experiencia profesional institucional formulando proyectos de inversión en salud comunitaria, ¿cuál ha sido su principal aprendizaje y qué cambios recomienda para que la inversión pública en salud brinde mejores resultados a la población? |
|----|---|

MINSA

(día) de (mes) de 2014

La encuesta que responderá corresponde a una investigación social, que realiza el doctorando panameño Jaime R. Pérez Souza, para optar por el título de doctor en Ingeniería de Proyectos en la Universidad Politécnica de Cataluña, en Barcelona, España.

El objetivo de este cuestionario es conocer la opinión de funcionarios que intervienen en la programación presupuestaria de las inversiones públicas de salud, considerando la inclusión de programas y proyectos de salud comunitaria, con la finalidad de mejorar la salud de la población.

Para completar la encuesta, SOLICITAMOS MARCAR CON UN GANCHO la respuesta correspondiente a las preguntas de SÍ o NO y aquellas donde deba escoger la mejor respuesta. Finalmente, se le pide una respuesta breve cuando tenga que expresar su opinión.

La información que suministre es anónima, el resultado obtenido será de gran valía, alta confidencialidad y de uso exclusivo para el estudio doctoral, por lo cual agradecemos su interés y colaboración con este proyecto.

Cordialmente,



Jaime Pérez Souza
Estudiante doctorando
UPC-Barcelona, España

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas tienen diferentes respuestas posibles y usted debe escoger únicamente aquella que le convenga más. Marque una sola respuesta con un gancho (✓) en cada pregunta, a no ser que se le indique lo contrario.

DATOS GENERALES

Provincia * _____
 Distrito * _____
 Corregimiento * _____
 Lugar poblado (barrio) * _____
 Sexo * _____
 Nacionalidad * _____

Rango de edad

- Mayor de 61 años * _____
- Entre 51 y 60 años * _____
- Entre 41 y 50 años * _____
- Entre 31 y 40 años * _____
- Entre 20 y 30 años * _____
- No responde * _____

PERFIL LABORAL

| | | | |
|-------------------|--|--------------------------|--|
| 1 | ¿Cuál es el cargo que ocupa en la institución o unidad departamental donde labora? | Director | |
| | | Subdirector | |
| | | Jefe de departamento | |
| | | Subjefe de departamento | |
| | | Jefe de unidad o sección | |
| | | Supervisor de área | |
| | | Analista de presupuesto | |
| | | Planificador regional | |
| | | Médico | |
| | | Enfermero | |
| | | Técnico de salud | |
| Otro. Especifique | | | |

| | | | |
|----------|--|-------------------|--|
| 2 | ¿Qué tiempo de servicio tiene en el cargo? (en años) | Más de 10 años | |
| | | Entre 5 y 10 años | |
| | | Entre 2 y 5 años | |
| | | Menos de 2 años | |

| Responda con un gancho (✓) para sí o para no . | | Sí | No |
|--|--|----|----|
| 3 | ¿Tiene experiencia en preparación o ejecución de programas o proyectos de salud comunitaria? | | |
| 4 | ¿Conoce el tema de la descentralización gubernamental? | | |
| 5 | ¿Conoce la política sanitaria del país? | | |
| 6 | ¿Sabe si las autoridades municipales discuten y participan con la comunidad en la toma de decisiones sobre inversiones de salud comunitaria? | | |
| 7 | ¿En la actualidad las instalaciones de salud son capaces de manejar sus inversiones preparando y ejecutando sus proyectos de salud? | | |
| 8 | ¿Las inversiones en salud son evaluadas técnicamente después de ser realizadas? | | |
| 9 | ¿Cree que es viable la descentralización de la salud en Panamá? | | |
| 10 | ¿Existe una política pública de salud comunitaria en Panamá? | | |

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| 11 | Las solicitudes de proyectos de las comunidades, incluidas en el presupuesto de salud, son el producto de | Políticas públicas sanitarias | |
| | | Políticas de salud comunitaria | |
| | | Programas de salud comunitaria | |
| | | Plan de gobierno | |
| | | Política partidista | |
| | | Propuestas de proyectos de los centros de salud | |
| | | Proyectos de los comités de salud de la comunidad | |

| | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|--|
| 12 | ¿En las vistas presupuestarias de salud, quién sustenta el | Ministro/viceministro del MINSA | |
| | | Técnicos de planificación del MINSA | |
| | | Director de la instalación de salud | |

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| | presupuesto de inversión comunitaria? | Funcionarios de la instalación de salud | |
| | | Miembros de comités de salud | |
| | | Líderes comunitarios | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 13 | Los programas y proyectos de inversión pública para salud comunitaria, incluidos en presupuesto del MINSA, son para | Desarrollo de infraestructura | |
| | | Mejora de servicio de salud a la población | |
| | | Nutrición | |
| | | Compra de ambulancia | |
| | | Capacitación | |
| | | Otro. Especifique | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 14 | La participación de la población en la preparación de proyectos para la comunidad | Debe reforzarse dentro del MINSA | |
| | | Debe fortalecerse en los centros de salud | |
| | | Debe convertirse en una responsabilidad legal de los centros de salud | |
| | | Es parte de la ley de descentralización | |
| | | Debe ser objeto de un plan de salud | |
| | | Otros | |

| | | | |
|----|---|---------------|--|
| 15 | ¿Cuántos de los proyectos aprobados en presupuesto llegan preparados por los centros de salud conjuntamente con la comunidad? | La mayoría | |
| | | Casi la mitad | |
| | | La mitad | |
| | | Muy pocos | |
| | | Ninguno | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 16 | Señale uno o más factores que impiden que desde el nivel local se gestionen recursos de inversión para la salud comunitaria. | Falta de liderazgo del Consejo Municipal | |
| | | Falta de consenso entre directivos de MINSA central y autoridades locales de salud comunitaria | |
| | | Falta de capacitación en gestión de proyectos | |
| | | Recurso humano no capacitado | |
| | | Desconocimiento de las leyes locales | |
| | | Desconfianza por parte del Ejecutivo | |

| | | | |
|----|---|--------------------|--|
| 17 | En su opinión, ¿cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad? | Definitivamente sí | |
| | | Probablemente sí | |
| | | No estoy seguro | |
| | | Probablemente no | |
| | | Definitivamente no | |

| | | |
|----|--|--|
| 18 | ¿Como técnico planificador cuál recomendación haría usted para hacer más eficaz el uso de la inversión pública como instrumento de mejora para la salud comunitaria? | |
|----|--|--|

| | | |
|----|---|--|
| 19 | ¿Cuál es su opinión en relación con la idea de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria, sería de mayor impacto si se trabaja conjuntamente entre autoridades locales, los comités de salud y eventualmente voluntarios colaboradores? | |
|----|---|--|

| | |
|-----------|---|
| 20 | Durante su experiencia profesional institucional formulando proyectos de inversión en salud comunitaria, ¿cuál ha sido su principal aprendizaje y qué cambios recomienda para que la inversión pública en salud brinde mejores resultados a la población? |
|-----------|---|

CdeS

Funcionarios de centro de salud y miembros de comités de salud

16 de enero de 2014

La encuesta que responderá corresponde a una investigación social, que realiza el doctorando panameño Jaime R. Pérez Souza, para optar por el título de doctor en Ingeniería de Proyectos en la Universidad Politécnica de Cataluña, en Barcelona, España.

El objetivo de este cuestionario es conocer la opinión de funcionarios que intervienen en la programación presupuestaria de las inversiones públicas de salud, considerando la inclusión de programas y proyectos de salud comunitaria, con la finalidad de mejorar la salud de la población. En consecuencia está dirigido a funcionarios del Ministerio de Salud, centros de salud y miembros de los comités de salud de corregimiento seleccionados previamente.

Para completar la encuesta, SOLICITAMOS MARCAR CON UN GANCHO la respuesta correspondiente a las preguntas de SÍ o NO y aquellas donde deba escoger la mejor respuesta. Finalmente, se le pide una respuesta breve cuando tenga que expresar su opinión.

La información que suministre es anónima, el resultado obtenido será de gran valía, alta confidencialidad y de uso exclusivo para el estudio doctoral, por lo cual agradecemos su interés y colaboración con este proyecto.

Cordialmente,



Jaime Pérez Souza
Estudiante doctorando
UPC-Barcelona, España

INSTRUCCIONES

Las siguientes preguntas tienen diferentes respuestas posibles y usted debe escoger únicamente aquella que le convenga más. Marque una sola respuesta con un gancho (✓) en cada pregunta, a no ser que se le indique lo contrario.

DATOS GENERALES

- Provincia * _____
- Distrito * _____
- Corregimiento * _____
- Lugar poblado (barrio) * _____
- Sexo. * _____
- Nacionalidad * _____

Rango de edad

- Mayor de 61 años * _____
- Entre 51 y 60 años * _____
- Entre 41 y 50 años * _____
- Entre 31 y 40 años * _____
- Entre 20 y 30 años * _____
- No responde * _____

Es usted

- Funcionario de salud * _____
- Miembro del comité de salud * _____
- Miembro de la comunidad * _____
- Otro * _____

| Responda con un gancho (✓) para sí o para no . | | Sí | No |
|--|--|---|----|
| 1 | En su opinión, ¿cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad? | | |
| 2 | ¿Durante los últimos años ha intervenido en la preparación de proyectos de salud comunitaria? | | |
| 3 | ¿Está de acuerdo con que se ponga en marcha la descentralización? | | |
| 4 | En su opinión, ¿la comunidad tiene la capacidad y condiciones como para preparar el plan de las inversiones de salud que necesita la comunidad? | | |
| 5 | ¿La práctica de preparar proyectos de inversión comunitaria con las autoridades locales y del centro de salud ha dado resultados positivos para la comunidad? | | |
| 6 | En su opinión, ¿Las actividades de salud comunitaria colectiva entre la población y las autoridades locales, representa una estrategia positiva para la comunidad? | | |
| 7 | ¿Durante su experiencia como funcionario o voluntario de salud comunitaria, ha experimentado el proceso de preparar perfiles de proyectos de salud exitosos? | | |
| 8 | En su opinión, ¿los miembros de su comunidad estarían dispuestos a preparar sus proyectos de salud comunitaria, para hacer más eficaz la inversión pública? | | |
| 9 | Su colaboración en este tipo de propuesta sería de carácter voluntario... | | |
| 10 | De las actividades que desarrolló el centro de salud el año pasado, ¿en cuáles participó? (Puede marcar más de una opción). | Giras médicas | |
| | | Jornadas de capacitación en salud | |
| | | Curso de salud (variados) | |
| | | Preparación de programas y proyectos de salud comunitaria | |
| | | Ferias de salud | |
| | | Jornadas de conservación del ambiente | |
| | | Otras. Especifique | |

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| 11 | Establezca el orden de importancia de las siguientes actividades de un centro de salud, según su punto de vista. | <i>(Indique de 1 a 10 en cada caso según su punto de vista,...considerando 1: mayor y 10: menor)</i> | |
| | | Ferias de salud comunitaria | |
| | | Jornadas de capacitación en salud | |
| | | Curso de salud (variados) | |
| | | Curso técnicos en preparación de proyectos de salud | |
| | | Jornadas de conservación del ambiente | |
| | | Giras médicas de salud (variadas) | |
| | | Seminarios de planificación estratégica e inversión | |
| | | Visitas domiciliarias | |
| | | Asistencia en salud pública a personas que lo requieran | |
| Otros. Especifique | | | |

| | | | |
|-----------|--|------------|--|
| 12 | ¿Cómo considera que es la relación entre las autoridades locales (por ejemplo, representante de corregimiento, director regional de Salud) y los funcionarios del centro de salud, cuando preparan y desarrollan los proyectos de salud de la comunidad? | Muy buenas | |
| | | Buenas | |
| | | Regulares | |
| | | Malas | |
| | | Muy malas | |

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| 13 | La mayoría de las veces, ¿de dónde o de quién viene la idea de los programas y proyectos de salud comunitaria que se están desarrollando? | De alguna persona de la comunidad | |
| | | Recomendaciones de organismos regionales | |
| | | Despacho del ministro | |
| | | Despacho del director del centro de salud | |
| | | Propuestas presentadas por los comités de salud | |
| | | Otro. Especifique | |

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| 14 | Mi aporte principal como funcionario de salud o miembro del comité de salud ha sido | Colaborar en la elaboración de proyectos de salud para la comunidad | |
| | | Asuntos deportivos | |
| | | Charlas comunales con médicos | |
| | | Participar en ferias de la salud | |
| | | Capacitación a madres y padres en temas de salud | |
| | | Visitas domiciliarias de promoción y prevención | |
| | | Otros. Especifique | |

| | | | |
|-----------|---|-------------------|--|
| 15 | ¿La inversión en salud comunitaria que administra el centro de salud responde al deseo y necesidades de la comunidad? | Eficazmente | |
| | | Solo parcialmente | |
| | | Muy pocas veces | |
| | | Nunca | |

| | | | |
|-----------|---|--------------|--|
| 16 | ¿La planificación comunitaria se realiza con la participación de la población, las autoridades locales y el personal del centro de salud? | Siempre | |
| | | Casi siempre | |
| | | Rara vez | |
| | | Nunca | |

| | | | |
|-----------|--|--------------------------------------|--|
| 17 | ¿Ha participado en alguna de estas capacitaciones? | Formulación de proyectos de salud | |
| | | Planificación estratégica | |
| | | Primeros auxilios | |
| | | Economía de la salud | |
| | | Otros de salud comunitaria. ¿Cuáles? | |

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| 18 | En su opinión, ¿cree que la comunidad respaldaría un proyecto tipo taller donde la comunidad prepare su propio plan de salud? | Sí... Amplié. | |
| | | Algunos estarían interesados; otros, no | |
| | | Muy pocos estarían interesados | |
| | | No... Amplié | |

| | | | |
|-----------|--|-------------------------------|--|
| 19 | ¿En algún momento ha escuchado del interés de la comunidad por preparar sus proyectos de inversión de salud? ¿Dónde? | Sesiones del Consejo | |
| | | Centro de salud | |
| | | Reuniones del comité de salud | |
| | | Parque | |
| | | Mercado público | |
| | | Otro lugar... Amplié | |

| | |
|-----------|--|
| 20 | ¿Cuándo has participado en la preparación de proyectos de salud para una o más comunidades, cuáles han sido tus funciones principales? Diga si tiene conocimientos y habilidades en las funciones que hace y si le interesa más capacitación en el tema de preparar proyectos. |
|-----------|--|

| | |
|-----------|--|
| 21 | Muy brevemente, cuente cómo fue su participación en la preparación de proyectos de inversión pública en salud comunitaria en el centro de salud donde trabaja o participa. ¿Qué y cómo hicieron? |
|-----------|--|

| | |
|-----------|--|
| 22 | Empleando su lenguaje, describa brevemente cómo es la salud del pueblo o comunidad donde se encuentra el centro de salud donde trabaja o participa como miembro del comité directivo y qué cree que hay que mejorar. |
|-----------|--|

ANEXO B. CUADROS MEF, MINSA Y CdeS

CUADROSMEF (MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS)

Anexo-B_MEF1. ¿Cuántos de los proyectos aprobados en presupuesto llegan preparados por los centros de salud conjuntamente con la comunidad?

| Cargo | La mayoría | Casi la mitad | La mitad | Muy pocos | Ninguno |
|--|------------|---------------|----------|-----------|----------|
| TOTAL | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_MEF2. Señale uno o más factores que limitan las inversiones locales de salud

| Cargo | Falta de liderazgo del Consejo Municipal |
|--|--|
| TOTAL | 6 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión | 6 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_MEF3. En su opinión, ¿cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la propia comunidad?

| Cargo | Definitivamente sí | Probablemente sí | No estoy seguro | Probablemente no | Definitivamente no |
|---|--------------------|------------------|-----------------|------------------|--------------------|
| TOTAL | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión..... | 1 | 4 | 0 | 1 | 0 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_MEF4. ¿Como técnico planificador cuál recomendación haría para hacer más eficaz el uso de la inversión pública como instrumento de mejora para la salud comunitaria?

| Cargo | Mayor participación de la comunidad | Nuevo modelo de gestión de proyectos | Planificación de largo plazo, priorización y mayor presupuesto |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| TOTAL | 4 | 1 | 1 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión..... | 4 | 1 | 1 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_MEF5. ¿Cuál es su opinión en relación con la idea de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria, sería de mayor impacto si se trabaja conjuntamente entre autoridades locales, los comités de salud y personal eventual?

| Cargo | Buena oportunidad para nuevo modelo con la comunidad | Mayor coordinación de todos los actores | Mejor opción para reducir problemas de salud | Participación comunitaria y priorización de necesidades |
|---|--|---|--|---|
| TOTAL | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión..... | 1 | 1 | 2 | 2 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_MEF6. Durante su experiencia profesional institucional formulando proyectos de inversión en salud comunitaria, ¿cuál ha sido su principal aprendizaje y qué cambios recomienda para que la inversión pública en salud brinde mejores resultados?

| Cargo | La participación de la gente es la clave. La descentralización es el mecanismo. | Más capacitación | No aplica. | Participación con liderazgo y mayor capacitación a planificadores | Planificación integral con actores de la salud |
|---|---|------------------|------------|---|--|
| TOTAL | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Analista y evaluador de proyectos de inversión..... | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

CUADROS MINSA (MINISTERIO DE SALUD)

Anexo-B_MINSA2. Señale uno o más factores que impiden que desde el nivel local se gestionen recursos de inversión para la salud comunitaria

| Cargo | Falta de liderazgo del Consejo Municipal | Falta de consenso entre directivos de MINSA central y autoridades locales de salud comunitaria | Falta de capacitación en gestión de proyectos | Recurso humano no capacitado | Desconocimiento de las leyes locales | Desconfianza por parte del ejecutivo |
|-----------------------------|--|--|---|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| TOTAL | 3 | 0 | 5 | 3 | 1 | 2 |
| Director | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Subdirector..... | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jefe de departamento..... | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Subjefe de departamento .. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jefe de unidad o sección.. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Supervisor de área..... | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Analista de presupuesto .. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Planificador regional | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| Médico | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Técnico de salud | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Otro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No declarado | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_MINSA2. En su opinión, ¿cree que los proyectos de inversión pública para salud comunitaria deben ser preparados por la comunidad?

| Cargo | Definitivamente sí | Probablemente sí | No estoy seguro | Probablemente no | Definitivamente no |
|--------------------------------|--------------------|------------------|-----------------|------------------|--------------------|
| TOTAL | 8 | 3 | 1 | 2 | 0 |
| Director..... | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Subdirector | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jefe de departamento | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Subjefe de departamento | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jefe de unidad o sección | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Supervisor de área | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Analista de presupuesto | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Planificador regional | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Médico..... | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermero | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Técnico de salud | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Otro..... | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No declarado..... | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_MINSA3. ¿Cuál es su opinión en relación con la idea de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria, sería de mayor impacto si se trabaja conjuntamente entre autoridades locales, los comités de salud y personal eventual?

| Cargo | Claridad de objetivos a lograr | Es una medida eficaz y participativa | Impulsar la participación comunitaria | No declarado |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| TOTAL | 1 | 9 | 2 | 2 |
| Director | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Subdirector | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jefe de departamento | 0 | 2 | 0 | 1 |
| Subjefe de departamento | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jefe de unidad o sección | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Supervisor de área | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Analista de presupuesto | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Planificador regional | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Médico | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermero | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Técnico de salud | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Otro | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No declarado | 0 | 1 | 0 | 1 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

CUADROS CdeS (CENTROS DE SALUD)

Anexo-B_CdeS3. ¿La inversión en salud comunitaria que administra el centro de salud responde al deseo y necesidades de la comunidad?

| Cargo | Eficazmente | Solo parcialmente | Muy pocas veces | unca |
|------------------------------------|-------------|-------------------|-----------------|----------|
| TOTAL | 27 | 38 | 12 | 2 |
| Funcionaria de salud | 17 | 29 | 11 | 2 |
| Miembros del comité de salud | 8 | 7 | 1 | 0 |
| Miembros de la comunidad | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Otro | 1 | 1 | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_CdeS2. ¿La planificación comunitaria se realiza con la participación de la población, las autoridades locales y el personal del centro de salud?

| Cargo | Siempre | Casi siempre | Rara vez | Nunca |
|------------------------------------|-----------|--------------|-----------|----------|
| TOTAL | 15 | 26 | 35 | 4 |
| Funcionaria de salud | 11 | 17 | 29 | 3 |
| Miembros del comité de salud | 3 | 7 | 5 | 1 |
| Miembros de la comunidad | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Otro | 1 | 0 | 1 | 0 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_CdeS3. ¿Ha participado en alguna de estas capacitaciones?

| Cargo | Formulación de proyectos de salud | Planificación estratégica | Primeros auxilios | Economía de salud | Otros de salud comunitaria |
|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|
| TOTAL | 31 | 34 | 32 | 15 | 11 |
| Funcionaria de salud | 23 | 28 | 27 | 14 | 8 |
| Miembros del comité de salud | 7 | 5 | 4 | 1 | 2 |
| Miembros de la comunidad | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Otro | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

Anexo-B_CdeS4. En su opinión, ¿cree que la comunidad respaldaría un proyecto tipo taller donde la comunidad prepare su plan de salud?

| Cargo | Sí | Algunos estarían interesados; otros, no | Muy pocos estarían interesados | No | Respondió categoría 1 y categoría 2 |
|---------------------------------|------------------|---|--------------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| TOTAL | <u>17</u> | <u>39</u> | <u>20</u> | <u>1</u> | <u>2</u> |
| Funcionaria de salud..... | 11 | 30 | 18 | 1 | 1 |
| Miembros del comité de salud... | 3 | 8 | 2 | 0 | 1 |
| Miembros de la comunidad | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Otro | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Elaboración propia, información procesada en el *software* estadístico SPSS

ANEXO C. ENTREVISTAS

Nota: La entrevista al CdeS_1_Curundú, como parte del análisis e interpretación de los datos se describe en la tabla n°3 y describe la opinión del médico entrevistado en dicha unidad de salud.

Anexo-C_CdeS4. Entrevista a funcionario del centro de salud de Las Mañanitas

| Datos_Unidades de significado | Códigos |
|--|---|
| <p>CdeS_2_Las Mañanitas_Médico_Entrv. [...]</p> <p>Muy centralizado en la actualidad.</p> <p>Carencia de insumos, recursos Humanos. La centralización afecta la iniciativa y creatividad en los centros.</p> <p>Es posible mediante un ente fiscalizador garante como el CS.</p> <p>Existe una mancuerna eficaz de trabajo entre el centro y los CS, que hace viable y exitoso el manejo de proyectos.</p> <p>Si eso fuera una realidad, el resultado sería una mejor atención de salud para la población.</p> | <p>Situación actual</p> <p>Limitantes</p> <p>Descentralización</p> <p>Uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública</p> <p>Opinión final</p> |

Fuente: Elaboración propia

Anexo-C_CdeS2. Entrevista a funcionario del centro de salud de la 24 de Diciembre

| Datos _ Unidades de significado | Códigos |
|---|---|
| <p>CdeS_3_24 de Diciembre_Médico_Entrv. [...]</p> <p>Es necesario tomar en consideración que las políticas públicas deben estar dirigidas desde los niveles locales donde nace hacia el nivel central. Hacer política sin tomar en cuenta la comunidad y sin tomar en consideración los niveles locales de atención primarios definitivamente no es camino correcto para solucionar los problemas de la comunidad.</p> <p>Las autoridades centrales sienten que los problemas de salud son unos y los sentidos por la comunidad son otros. Falta de planificadores de salud. Déficit de recursos humanos. Déficit de presupuesto para los primeros niveles de atención.</p> <p>Las condiciones estructurales de los CdeS requieren reforzar mucho en la parte técnica con respecto al recurso humano para lograr objetivos claros de salud. Grandes dudas... Se requiere un crecimiento y madurez política para llevar adelante la descentralización. Esto implica asignar presupuesto al municipio y luego estos implementar la acción. Tal como está diseñada la ley el riesgo es alto, depender de un alcalde como que no es propio para el sistema de salud local.</p> <p>Se hace muy necesario trabajar en conjunto los equipos técnicos de salud con la comunidad, ya que las necesidades son sentidas siempre por la comunidad. Seguir pensando que con nuevos hospitales se va a mejorar la salud; eso no es cierto, los primeros niveles de atención demandan los presupuestos para mejorar la salud de la población.</p> <p>Dentro del MINSA con un presupuesto asignado y una coordinación con buenos planificadores, con buen intercambio de información entre los niveles locales.</p> | <p>Situación Actual</p> <p>Limitantes</p> <p>Descentralización</p> <p>Uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública</p> <p>Opinión final</p> |

Fuente: Elaboración propia

Anexo-C_CdeS3. Entrevista a funcionario del centro de salud de Tocumen

| Datos _ Unidades de significado | Códigos |
|---|--|
| <p>CdeS_4 Tocumen_Licenciada_Entrv. [...]</p> <p>Siento que falta mayor inversión para el centro. Se manejan con los ingresos propios generados por el centro. El gobierno debe invertir más.</p> <p>En la actualidad, la región de salud es la que maneja el presupuesto. Muy poca inversión por parte del gobierno.</p> <p>Sería fantástico que cada centro, junto con la comunidad, viera las necesidades del centro y poder hacerlo, como es el caso de la infraestructura que son necesarias pero no se ha podido hacer.</p> <p>Cada centro debería manejar su propio presupuesto pero en actualidad se maneja a través de la Región Metropolitana de Salud, Departamento de Planificación.</p> <p>La inversión pública sería una herramienta eficaz y de apoyo.</p> | <p>Situación Actual</p> <p>Limitantes</p> <p>Descentralización</p> <p>Uso eficaz y viabilidad de man N/R</p> <p>Opinión final</p> |

Fuente: Elaboración propia

Anexo-C_CdeS4. Entrevista a funcionario del centro de salud de El Chorrillo

| Datos _ Unidades de significado | Códigos |
|---|---|
| <p>CdeS_5_El Chorrillo_Médico_Entrv. [...]</p> <p>Siempre hay trabajo conjunto con la comunidad cuando los proyectos les interesan.</p> <hr/> <p>Un modelo horizontal sería más conveniente por el ahorro de tiempo de respuesta para la comunidad. Sí se podría asumir la descentralización, ya que el centro cuenta con planificadores y personal capacitado que pueden desarrollar los proyectos y, además, se cuenta con las presidencias del consejo de la comunidad.</p> <p>Es más directa la consecución de recursos para atender las necesidades de salud del centro de haber un presupuesto asignado para una institución de primer nivel de atención de salud y la comunidad.</p> <hr/> | <p>Situación Actual</p> <p>Limitantes</p> <p>Descentralización</p> <p>Uso eficaz y viabilidad de manejo de la inversión pública</p> <p>Opinión final</p> |

Fuente: Elaboración propia

ANEXO D. PREGUNTAS ABIERTAS

MEF (Ministerio de Economía y Finanzas)

Anexo-D_MEF5. Respuestas a la pregunta 20

| ¿Como técnico planificador cuál recomendación haría para hacer más eficaz el uso de la inversión pública como instrumento de mejora para la salud comunitaria? | | | | |
|--|----|---|--|--|
| 20 | E1 | Se debe planificar más a largo plazo para que se prevean las necesidades y se tomen las medidas necesarias para garantizar la salud pública. Dotar de mayor presupuesto para el mantenimiento y funcionamiento de las distintas instalaciones y servicios de salud. | Planificación de largo plazo, priorización y mayor presupuesto | Planificación estratégica con inversión local |
| | E2 | Seguimiento y evaluación de los proyectos en ejecución. Un nuevo sistema de gestión por resultados. Descentralización. Mayor articulación de los planes de gobierno y los proyectos de inversión en materia de salud pública. | Nuevo modelo local de gestión de proyectos | Nuevo modelo horizontal/descentralización y más capacitación |
| | E3 | Considero que deben involucrar directamente a la población afectada; es un instrumento que debe ser explotado, ya que la inversión se destinaría de manera directa con los afectados. | Mayor participación de la comunidad | Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos |
| | E4 | Que se considere la participación de los afectados en la toma de decisiones de sus proyectos. Que se establezca la gestión por resultados. | Mayor participación de la comunidad | Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos |
| | E5 | Los proyectos deben salir de las necesidades de las comunidades. Las comunidades son las que conocen que problemas afectan el sector salud. | Mayor participación de la comunidad | Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos |
| | E6 | Los problemas de salud comunitaria deben ser discutidos a ese nivel, con participación de profesionales del tema y la población afectada. | Mayor participación de la comunidad. | Empoderamiento y Mayor Capacitación en proyectos. |

Anexo-D_MEF2. Respuestas a la pregunta 21

| ¿Cuál es su opinión en relación con la idea de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria, sería de mayor impacto si se trabaja conjuntamente entre autoridades locales, los comités de salud y eventualmente voluntarios colaboradores? | | | | |
|---|----|--|---|--|
| 21 | E1 | Lógicamente los más involucrados deberían ser los más necesitados, ya que son la fuente de la demanda de los servicios de salud. Escuchar sus necesidades debe ser el factor determinante a la hora de dar un servicio de salud. | Participación comunitaria y priorización de necesidades | Es una medida eficaz, conocen sus necesidades y saben lo que quieren |
| | E2 | Entre mayor sea el nivel de coordinación por las partes involucradas, será de mayor preocupación por parte de ellos en alcanzar las metas propuestas. | Mayor coordinación de todos los actores | Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos |
| | E3 | Considero es una buena oportunidad para que todos puedan consensuar los problemas que afectan la comunidad y poder cubrir y / o resolver la mayor parte de ellos. | Nuevo modelo de gestión de proyectos local | Nuevo modelo horizontal/descentralización y más capacitación |
| | E4 | Esto es correcto, se debe considerar que los proyectos de salud comunitaria sean consecuentes con las necesidades sentidas por la comunidad FODA-POA. | Participación comunitaria y priorización de necesidades | Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos |
| | E5 | Es, desde mi punto de vista, la mejor opción para reducir los problemas que afectan el sector salud actualmente, ya que ellos conocen las necesidades del área donde se encuentren. | Mejor opción para reducir problemas de salud | Es una medida eficaz, conocen sus necesidades y saben lo que quieren |
| | E6 | Me parece una idea fantástica, ya que, como dije anteriormente, se debe discutir desde el nivel más bajo e ir subiendo. | Mejor opción para reducir problemas de salud | Es una medida eficaz, conocen sus necesidades y saben lo que quieren |

Anexo-D_MEF3. Respuestas a la pregunta 22

| | | | | |
|---|----|--|---|--|
| Durante su experiencia profesional institucional formulando proyectos de inversión en salud comunitaria, ¿cuál ha sido su principal aprendizaje y qué cambios recomienda para que la inversión pública en salud brinde mejores resultados a la población? | | | | |
| 22 | E1 | Que debe coordinarse entre todos los actores de la salud para mejorar los servicios, no solo el sector, sino todas las instalaciones de salud deben trabajar de manera coordinada con un plan sectorial que busquen los fines comunes. | Planificación integral con actores de la salud | Planificación estratégica con inversión local |
| | E2 | No he trabajado en inversión en salud comunitaria. | No aplica | Nuevo modelo horizontal/descentralización y más capacitación |
| | E3 | El mayor aprendizaje que puedo extraer es que como formulador de un proyecto debe relacionarse e involucrarse con los afectados con la comunidad; es de ahí donde se extrae las más evidentes necesidades y propuestas que puedan ayudar a elaborar el proyecto. La descentralización de las decisiones en cuanto a proyectos se refiere daría mejores resultados que los obtenidos actualmente. | La participación de la gente es la clave. La descentralización es el mecanismo. | Nuevo modelo horizontal/descentralización y más capacitación |
| | E4 | Tenemos que considerar a la población objeto del proyecto, buscar el liderazgo de la comunidad, para que se sienta comprometida con los proyectos. Capacitar a los beneficiarios en las comunidades sobre un determinado proyecto. Capacitar a más planificadores. | Participación con liderazgo y mayor capacitación a planificadores | Planificación estratégica con inversión local |
| | E5 | Hasta el momento, no he formulado proyecto de inversión en el sector salud; pero, desde la perspectiva de analista de proyecto, el mayor aprendizaje ha sido que las necesidades son infinitas; y los recursos, escasos. Para que se brinde un mejor resultado, se debe descentralizar los recursos; se debe involucrar la comunidad en la formulación de proyecto. | La participación de la gente es la clave. La descentralización es el mecanismo | Nuevo modelo horizontal/descentralización y más capacitación |
| | E6 | No los formulo, los evalúo, y en ese aspecto, la capacitación del personal que formula debe ser un factor importante. | Más capacitación | Planificación estratégica con inversión local |

Anexo-D_MEF4. Balance total de respuestas a PA

| | 20 | 21 | 22 | Total | 20 | 21 | 22 | Total |
|--|----|----|----|-------|--------|--------|--------|-------|
| Planificación estratégica con inversión local | 1 | 0 | 3 | 4 | 16.67 | 0.00 | 50.00 | 0.22 |
| Nuevo modelo horizontal/descentralización y más capacitación | 1 | 1 | 3 | 5 | 16.67 | 16.67 | 50.00 | 0.28 |
| Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos. | 4 | 2 | 0 | 6 | 66.67 | 33.33 | 0.00 | 0.33 |
| Es una medida eficaz, conocen sus necesidades y saben lo que quieren | 0 | 3 | 0 | 3 | 0.00 | 50.00 | 0.00 | 0.17 |
| | 6 | 6 | 6 | 18 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 1.00 |

MINSA (Ministerio de Salud)

Anexo-D_MINSA1. Respuestas a la pregunta 18

| ¿Como técnico planificador cuál recomendación haría para hacer más eficaz el uso de la inversión pública como instrumento de mejora para la salud comunitaria? | | | |
|--|-----|---|--|
| 18 | E1 | Para empoderar a la comunidad se debe minimizar el desconocimiento, o sea, que se requiere mayor capacitación para las comunidades, de manera que puedan priorizar sus necesidades. | Empoderamiento de proyectos y mayor capacitación en proyectos |
| | E2 | Coordinar la gestión administrativa gerencial con los niveles locales. Capacitar y adquirir el recurso humano idóneo para la ejecución de formulación de los proyectos. Priorizar y tomar en cuenta la necesidad sentida de la comunidad. | Mayor participación de la comunidad |
| | E3 | Tomar en cuenta los todos los actores sociales. Capacitar a la población para el empoderamiento de los proyectos. | Empoderamiento de proyectos y mayor capacitación en proyectos |
| | E4 | Apoyar a que se destine el dinero a disposición. Que pueda ser utilizado sin demora por el director y administrador, más el planificador para dirigir el bien a la comunidad. | Descentralización de la salud |
| | E5 | Descentralización, capacitación, educación comunitaria. | Empoderamiento de proyectos y mayor capacitación en proyectos |
| | E6 | Para hacer más eficaz la inversión pública como instrumento se debe tener un proceso de formulación más participativo en el área local para la formulación de los proyectos que se realizan. | Mayor participación de la comunidad. |
| | E7 | Involucrar a las autoridades locales y provinciales en la definición de los proyectos de salud comunitaria requerida. | Mayor participación de la comunidad |
| | E8 | Más consulta con la comunidad. Tomar en cuenta la opinión de la población. | Mayor participación de la comunidad |
| | E9 | La inversión pública debe estar dirigida a las necesidades de la población y no obedecer a intereses políticos. | Mayor participación de la comunidad y exclusión de la política |
| | E10 | N/R | N/R |
| | E11 | Que se aplique la ley de descentralización, ya que son ellos [los grupos locales] los que conocen sus problemas. | Descentralización de la salud |
| | E12 | Capacitar a todo nivel en la formulación de proyectos de inversión. | Empoderamiento de proyectos y mayor capacitación en proyectos |
| | E13 | Mejor planificación a la hora de hacer una inversión, no hacerlo por capricho sino que esta sea realmente necesaria y que lleve el perfil para el cual se hizo. | Mayor planificación = mejor decisión |
| | E14 | N/R | N/R |

Anexo-D_MINSA2. Respuestas a la pregunta 19

| ¿Cuál es su opinión en relación con la idea de que la planificación de la inversión pública destinada a la salud comunitaria, sería de mayor impacto si se trabaja conjuntamente entre autoridades locales, los comités de salud y eventualmente voluntarios colaboradores? | | | |
|---|-----|---|---------------------------------------|
| 19 | E1 | Definitivamente hay que seguir esfuerzos para lograr llegar a donde se debe llegar y cualquier acción en ese camino puede ayudarnos al logro de los objetivos. | Claridad de objetivos a lograr |
| | E2 | Hacerla participativo con los diferentes actores permite visualizar el proyecto de inversión comunitaria desde diferentes puntos de vista y apartando las injerencias políticas. Es efectivo el tomarlos en cuenta debido a que se determinan las responsabilidades de cada uno de los participantes. | Es una medida eficaz y participativa |
| | E3 | Definitivamente sería lo más saludable. | Es una medida eficaz y participativa |
| | E4 | Me parece excelente. | Es una medida eficaz y participativa |
| | E5 | Tomar en cuenta a la comunidad la hace partícipe de las decisiones y desarrollo de los proyectos que realmente necesita. | Es una medida eficaz y participativa |
| | E6 | Todo proyecto de inversión pública debe ser elaborado por un equipo de expertos, pero también que los equipos de gestión local adquieran algunas habilidades y en equipo formular adecuadamente. | Es una medida eficaz y participativa |
| | E7 | Completamente de acuerdo. | Es una medida eficaz y participativa |
| | E8 | Trabajar en conjunto con la comunidad y su participación en la planificación de proyectos comunitarios causaría mayor impacto en la comunidad. | Impulsar la participación comunitaria |
| | E9 | Me parece que es la mejor manera de resolver los problemas o priorizar los más importantes de cada región en lo referente a inversión de salud de cada área al ser esta consensuada por todos los actores. | Es una medida eficaz y participativa |
| | E10 | N/R | N/R |
| | E11 | Mi opinión es que esto debe ser así mismo; debe trabajarse en conjunto entre autoridades locales y la ciudadanía particulares. | Es una medida eficaz y participativa |
| | E12 | Excelente porque de esa forma evitaríamos la pérdida de recursos en estos temas. | Es una medida eficaz y participativa |
| | E13 | Se debe dar una planificación en conjunto con la comunidad, ya que es la que realmente conoce las necesidades de salud comunitaria, y no planificar una inversión en un lugar lejos de donde realmente no se requiere el servicio de salud y, si se da, quede muy distante a la comunidad. | Impulsar la participación comunitaria |
| | E14 | N/R | N/R |

Anexo-D_MINSA3. Respuestas a la pregunta 20

| Durante su experiencia profesional institucional formulando proyectos de inversión en salud comunitaria, ¿cuál ha sido su principal aprendizaje y qué cambios recomienda para que la inversión pública en salud brinde mejores resultados a la población? | | | |
|---|-----|---|--|
| 20 | E1 | Se omitió pregunta 20 en formulario. | No se aplicó |
| | E2 | Se omitió pregunta 20 en formulario. | No se aplicó |
| | E3 | Se omitió pregunta 20 en formulario. | No se aplicó |
| | E4 | Se omitió pregunta 20 en formulario. | No se aplicó |
| | E5 | Se omitió pregunta 20 en formulario. | No se aplicó |
| | E6 | Se omitió pregunta 20 en formulario. | No se aplicó |
| | E7 | Debe realizarse una debida sustentación de los beneficios e impacto del proyecto para la comunidad que justifique la inversión. | Evaluar y justificar |
| | E8 | Se omitió pregunta 20 en formulario. | No se aplicó |
| | E9 | Es importante conocer las prioridades de la comunidad, sus necesidades y con base en esto enfocar los proyectos de inversión pública. | Definir prioridades y sobre esta base formular los proyectos de inversión pública |
| | E10 | N/R | N/R |
| | E11 | El mayor aprendizaje es que se debe mejorar la burocracia que existe actualmente para que los procesos comiencen rápido. | Eliminar la burocracia |
| | E12 | En este tipo de proyectos se mejora el acceso a los servicios de salud comunitaria o equidad de los mismos. | Se mejora el acceso a los servicios de salud |
| | E13 | Que no se hagan inversiones en salud solo por caprichos políticos, estos se deben dar orientados a suplir una necesidad general de salud. Realmente a los cambios se debe incrementar el presupuesto a quien lo necesite, pero esto es una política de Estado y al final se le recorta el presupuesto y quedamos nuevamente con el problema en las comunidades. | Definir prioridades y sobre esta base formular los proyectos de inversión pública. |
| | E14 | N/R | N/R |

Anexo-D_MINSA. Balance total de respuestas a PA

| Preguntas por número | 18 | 19 | 20 | Total | 18 | 19 | 20 | Total |
|--|------|----|----|-------|--------|--------|--------|-------|
| Valor | Abs. | | | | % | | | |
| Planificación estratégica con inversión local | 3 | 2 | 3 | 8 | 21.43 | 14.29 | 21.43 | 0.19 |
| Nuevo modelo horizontal/descentralización y más capacitación | 7 | 0 | 1 | 8 | 50.00 | 0.00 | 7.14 | 0.19 |
| Empoderamiento y mayor capacitación en proyectos | 3 | 2 | 2 | 7 | 21.43 | 14.29 | 14.29 | 0.17 |
| Es una medida eficaz, conocen sus necesidades y saben lo que quieren | 0 | 10 | 1 | 11 | 0.00 | 71.43 | 7.14 | 0.26 |
| N/R | 1 | 0 | 7 | 8 | 7.14 | 0.00 | 50.00 | 0.19 |
| | 14 | 14 | 14 | 42 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 1.00 |

CdeS CENTROS DE SALUD

Anexo-D_CdeS1. Tabulado resumen de 15 encuestas aplicadas en 15 centros de salud de la región metropolitana del distrito de Panamá, a 6 funcionarios en cada centro

| N.º | CdeS | N.º | CdeS | N.º | CdeS |
|-----|--------------|-----|----------------|-----|-----------------|
| 1 | El Chorrillo | 6 | Ancón | 11 | Juan Díaz |
| 2 | San Felipe | 7 | San Francisco | 12 | Pedregal |
| 3 | Santa Ana | 8 | Pueblo Nuevo | 13 | Tocumen |
| 4 | Calidonia | 9 | Río Abajo | 14 | Las Mañanitas |
| 5 | Curundú | 10 | Parque Lefevre | 15 | 24 de Diciembre |

| | |
|------------------------------|----|
| Número de CdeS | 15 |
| Número de encuesta por CdeS | 6 |
| Total de encuesta en 15 CdeS | 90 |

Preguntas abiertas de la encuesta

| | |
|----------|--------|
| Pregunta | N.º 20 |
| Pregunta | N.º 21 |
| Pregunta | N.º 22 |

Anexo-D_CdeS2. Respuestas a la pregunta 20

| | | | |
|------------|---|----------|----------|
| P20 | ¿Cuándo ha participado en la preparación de proyectos de salud para una o más comunidades, cuáles han sido tus funciones principales?... Diga si tiene conocimientos y habilidades en las funciones que hace y si le interesa más capacitación en el tema de preparar proyecto. | | |
| | P20 | Q | % |
| | Más capacitación | 26 | 0.29 |
| | Coordinador de grupo | 6 | 0.07 |
| | Sin experiencia en proyecto | 14 | 0.16 |
| | Con experiencia en proyecto | 10 | 0.11 |
| | Facilitador | 8 | 0.09 |
| | No respondió | 26 | 0.29 |
| | | 90 | 1.00 |

Anexo-D_CdeS3. Respuestas a la pregunta 21

| | | | |
|------------|---|----------|----------|
| P21 | Muy brevemente, cuente cómo fue su participación en la preparación de proyecto de inversión pública en salud comunitaria en el centro de salud donde trabaja o participa. ¿Qué y cómo hicieron? | | |
| | P21 | Q | % |
| | Construcciones y obras menores en centros de salud | 9 | 0.10 |
| | Capacitación | 4 | 0.04 |
| | Promoción de APS comunidad | 5 | 0.06 |
| | Planificación salud comunitaria | 16 | 0.18 |
| | Sin experiencia en proyecto | 19 | 0.21 |
| | No respondió | 37 | 0.41 |
| | | 90 | 1.00 |

Anexo-D_CdeS4. Respuestas a la pregunta 22

| | | | |
|------------|--|----------|----------|
| P22 | Empleando su lenguaje, describa brevemente cómo es la salud del pueblo o comunidad donde se encuentra el centro de salud donde trabaja o participa como miembro del comité directivo y qué cree que hay que mejorar. | | |
| | P22 | Q | % |
| | La salud de la comunidad donde está el centro de salud no es buena. | 7 | 0.08 |
| | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades, y la promoción de APS. | 18 | 0.20 |
| | La salud de la comunidad donde está el centro de salud es buena. | 13 | 0.14 |
| | Hay que invertir en el centro de salud. | 18 | 0.20 |
| | La autogestión y mayor participación de la comunidad. | 10 | 0.11 |
| | No respondió | 24 | 0.27 |
| | | 90 | 1.00 |

Anexo-D_CdeS5. Detalle por filtro de opinión, para la pregunta n.º 20

| PREGUNTA N.º 20 | | | | | | |
|-----------------|----|---|------------------------------|----|----|-----------|
| Santa Ana | E4 | Participación en proyecto en ampliación del centro de salud de Santa Ana para beneficio de la comunidad santanera. | Con experiencia en proyectos | 16 | 1 | |
| Curundú | E6 | He coordinado y dirigido proyectos comunitarios de capacitación y producción. | Con experiencia en proyectos | 30 | 2 | |
| Ancón | E6 | Preparar el plan y programa de las actividades y temas o simplemente participar a nivel local. | Con experiencia en proyectos | 36 | 3 | |
| San Francisco | E5 | Sí tengo capacidad y habilidades. Simplemente esto no se da porque se maneja políticamente. | Con experiencia en proyectos | 41 | 4 | |
| Pueblo Nuevo | E6 | Siempre he preparado proyectos para mejorar las condiciones sociales y de valores morales. Mantengo contactos con los residentes para conocer los problemas ambientales y de salud. Nunca se debe desaprovechar. Las capacitaciones son necesarias. | Con experiencia en proyectos | 48 | 5 | |
| Juan Díaz | E1 | Participar en el proceso de diagnóstico e identificación de problemas-priorización de los mismos. Elaboración de proyectos-asignación de recursos, seguimiento y evaluación de proyectos. | Con experiencia en proyectos | 61 | 6 | |
| Juan Díaz | E4 | Siempre he participado en la parte de costos del proyecto. | Con experiencia en proyectos | 64 | 7 | |
| Las Mañanitas | E1 | Coordinador y gestor del proyecto. Temporalmente en gerencia de salud. Sí me interesa más capacitación. | Con experiencia en proyectos | 79 | 8 | |
| 24 de Diciembre | E4 | Giras y ferias de salud, supervisión y seguimiento de acueductos rurales, ejecución de actividades de mediación comunitaria. Siempre es importante realimentarse, así que no estaría de más lo de capacitarse. | Con experiencia en proyectos | 88 | 9 | |
| 24 de Diciembre | E5 | En todos los proyectos que lleva el centro de salud en los diferentes programas en las comunidades, escuelas, instituciones, entre otros sitios. | Con experiencia en proyectos | 89 | 10 | 10 |

| | | | | | | |
|---------------|----|---|----------------------|----|---|----------|
| El Chorrillo | E6 | Personal de apoyo, promoción de salud. | Coordinador de grupo | 6 | 1 | |
| Santa Ana | E3 | Asesoría y coordinación de grupo de trabajo. | Coordinador de grupo | 15 | 2 | |
| Santa Ana | E5 | Organizar las entidades que participen en el operativo, distribuir al personal en las diferentes actividades que se llenen. | Coordinador de grupo | 17 | 3 | |
| Ancón | E5 | Invitar a las personas. | Coordinador de grupo | 35 | 4 | |
| San Francisco | E2 | Mi función principal ha sido coordinación. Considero que sí conozco mis funciones y nunca está de más capacitarse en este tema. | Coordinador de grupo | 38 | 5 | |
| Pueblo Nuevo | E3 | He participado en la organización de la actividad a realizar en la comunidad. | Coordinador de grupo | 45 | 6 | 6 |

| | | | | | | |
|---------------|----|---|-------------|----|---|----------|
| Calidonia | E2 | Mi participación es más bien de educación, trabajando principalmente con las escuelas del área. | Facilitador | 20 | 1 | |
| Calidonia | E3 | Divulgar y promover las necesidades que tiene la población en cuanto las enfermedades y cuidado. Si es posible, sí me interesaría más capacitación en el tema de preparar proyectos. Siempre se necesitan más orientaciones respecto a las enfermedades, cómo prevenirlas y el cuidado que se requiere. | Facilitador | 21 | 2 | |
| Calidonia | E4 | Hacer un diagnóstico de la población que recibirá el beneficio del proyecto y enlace que sirva para ampliar la comunicación con autoridades del corregimiento. | Facilitador | 22 | 3 | |
| Curundú | E4 | Facilitador. | Facilitador | 28 | 4 | |
| Curundú | E5 | Evaluación y monitoreo de EGI, dengue, coordinador de Epidemiología, conocimiento y experiencia: MPH, MBA, PhD, salud ocupacional, doctor en Medicina. | Facilitador | 29 | 5 | |
| Ancón | E2 | Tengo una maestría en Gerencia de Servicios de Salud, he organizado proyectos para la atención de madres adolescentes reuniendo recursos humanos, donaciones organización de ferias de salud. | Facilitador | 32 | 6 | |
| San Francisco | E3 | Diversos roles: formulador de proyectos de inversión, coordinador de proyectos de estudio de factibilidad, miembro de equipo de colaboradores sobre planificación estratégica, creación de región de salud. | Facilitador | 39 | 7 | |
| Río Abajo | E3 | Durante mis funciones como director de salud comunitaria en el MINSA y fungí como planificador y asesor a las comunidades. | Facilitador | 51 | 8 | 8 |

| | | | | | | |
|--------------|----|--|------------------|----|---|--|
| El Chorrillo | E3 | Moderador, participación en lluvia de ideas, tenemos conocimiento, pero siempre es indispensable la realización de nuevas capacitaciones. | Más capacitación | 3 | 1 | |
| El Chorrillo | E4 | Planificación, abordaje, capacitación. | Más capacitación | 4 | 2 | |
| San Felipe | E1 | Dar más capacitación en el tema. | Más capacitación | 7 | 3 | |
| San Felipe | E2 | En el nivel regional y sí tengo habilidades en mis funciones y no está de más tener más capacitación. | Más capacitación | 8 | 4 | |
| San Felipe | E5 | En las capacitaciones que han realizado sí me pueden dar más capacitación y he conocido muchas cosas que no sabía y aprendí algunas cosas más. | Más capacitación | 11 | 5 | |
| Santa Ana | E2 | Coordinación, y me gustaría. | Más capacitación | 14 | 6 | |

| | | | | | | |
|-----------------|----|--|------------------|----|----|-----------|
| Calidonia | E6 | Sí he participado en preparación de proyectos como apoyo de planificación... Sí estaría interesada a recibir más capacitación en este y otros proyectos. | Más capacitación | 24 | 7 | |
| Curundú | E1 | Participo, me interesa más capacitación. | Más capacitación | 25 | 8 | |
| Ancón | E3 | Si me interesa saber más de los proyectos. | Más capacitación | 33 | 9 | |
| Ancón | E4 | Me falta capacitación, Estoy muy interesada. | Más capacitación | 34 | 10 | |
| Pueblo Nuevo | E1 | Más capacitación en el tema de preparar proyecto. | Más capacitación | 43 | 11 | |
| Pueblo Nuevo | E2 | Motivación al equipo de salud. Estoy interesado. | Más capacitación | 44 | 12 | |
| Río Abajo | E1 | Sí me interesa más capacitación en la elaboración de proyectos de salud y sí tengo las habilidades y conocimientos para elaborar proyectos. | Más capacitación | 49 | 13 | |
| Río Abajo | E2 | Me gustaría capacitarme en el tema porque, en realidad, no he tenido función específica, sí lo apoyo. | Más capacitación | 50 | 14 | |
| Río Abajo | E4 | He desarrollado las habilidades de forma paulatina. Parte teórica. | Más capacitación | 52 | 15 | |
| Río Abajo | E6 | 1) Logística, 2) recopilación de datos y 3) secretaria en general. | Más capacitación | 54 | 16 | |
| Parque Lefevre | E2 | He participado pero en la ejecución de proyectos, no en la preparación, ya que no me he involucrado mucho. | Más capacitación | 56 | 17 | |
| Pedregal | E3 | Más capacitación. | Más capacitación | 69 | 18 | |
| Pedregal | E4 | Sí me interesaría preparación para el tema, pero esto nunca se ha dado. | Más capacitación | 70 | 19 | |
| Pedregal | E5 | Me interesa más capacitarme en el tema para, de esa forma, poder cooperar con las comunidades. | Más capacitación | 71 | 20 | |
| Pedregal | E6 | Nunca he participado. La invitación es para directores de centros de promoción del centro y jefes de departamento. | Más capacitación | 72 | 21 | |
| Tocumen | E2 | Poner o estimar los costos de las atenciones. Sí me interesaría más capacitación en el tema. | Más capacitación | 74 | 22 | |
| Tocumen | E3 | Opinar y escoger lo mejor para la comunidad, claro que me interesa más capacitación. | Más capacitación | 75 | 23 | |
| Las Mañanitas | E2 | El tema de preparar proyectos es importante, siempre con la comunidad, ya que es allí donde tienen la necesidad sentida y donde viven los problemas y los sufren. Me interesa más capacitación en el tema de preparar proyectos. | Más capacitación | 80 | 24 | |
| Las Mañanitas | E3 | Como enlace entre el MINSA y la comunidad supervisando proyectos. Sí estoy interesado en más capacitación. | Más capacitación | 81 | 25 | |
| 24 de Diciembre | E1 | 1) Organizador, 2) orientador y 3) coordinador. Es necesaria más capacitación y actualización. | Más capacitación | 85 | 26 | 26 |

| | | | | | | |
|------------|----|-----------------------|------------------------------|---|---|--|
| San Felipe | E3 | Nunca he participado. | Sin experiencia en proyectos | 9 | 1 | |
|------------|----|-----------------------|------------------------------|---|---|--|

| | | | | | | |
|-----------------|----|--|------------------------------|----|----|-----------|
| San Felipe | E4 | No tengo experiencia en preparar proyectos de salud comunitaria. (Solo participo en ejecución de ferias, promoción, educación, visita al hogar). | Sin experiencia en proyectos | 10 | 2 | |
| San Felipe | E6 | No sé nada. | Sin experiencia en proyectos | 12 | 3 | |
| Calidonia | E1 | No. | Sin experiencia en proyectos | 19 | 4 | |
| Calidonia | E5 | No. | Sin experiencia en proyectos | 23 | 5 | |
| Curundú | E3 | No he participado. | Sin experiencia en proyectos | 27 | 6 | |
| San Francisco | E6 | No he participado. | Sin experiencia en proyectos | 42 | 7 | |
| Río Abajo | E5 | Nunca he participado, pero sería interesante recibir capacitación sobre el tema. | Sin experiencia en proyectos | 53 | 8 | |
| Parque Lefevre | E1 | No he participado. Realmente mi interés es mantener mi actividad profesional clínica y capacitarme en esta. | Sin experiencia en proyectos | 55 | 9 | |
| Tocumen | E1 | Ninguna. | Sin experiencia en proyectos | 73 | 10 | |
| Tocumen | E4 | Nunca. | Sin experiencia en proyectos | 76 | 11 | |
| Tocumen | E5 | No he participado. | Sin experiencia en proyectos | 77 | 12 | |
| Tocumen | E6 | Ninguna. | Sin experiencia en proyectos | 78 | 13 | |
| 24 de Diciembre | E2 | No he participado. | Sin experiencia en proyectos | 86 | 14 | 14 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|-----------|--|----|----|-----------|
| El Chorrillo | E1 | | | 1 | 1 | |
| El Chorrillo | E2 | | | 2 | 2 | |
| El Chorrillo | E5 | | | 5 | 3 | |
| Santa Ana | E1 | | | 13 | 4 | |
| Santa Ana | E6 | | | 18 | 5 | |
| Curundú | E2 | | | 26 | 6 | |
| Ancón | E1 | | | 31 | 7 | |
| San Francisco | E1 | | | 37 | 8 | |
| San Francisco | E4 | | | 40 | 9 | |
| Pueblo Nuevo | E4 | | | 46 | 10 | |
| Pueblo Nuevo | E5 | | | 47 | 11 | |
| Parque Lefevre | E3 | | | 57 | 12 | |
| Parque Lefevre | E4 | | | 58 | 13 | |
| Parque Lefevre | E5 | | | 59 | 14 | |
| Parque Lefevre | E6 | | | 60 | 15 | |
| Juan Díaz | E2 | | | 62 | 16 | |
| Juan Díaz | E3 | | | 63 | 17 | |
| Juan Díaz | E5 | PENDIENTE | | 65 | 18 | |
| Juan Díaz | E6 | | | 66 | 19 | |
| Pedregal | E1 | | | 67 | 20 | |
| Pedregal | E2 | | | 68 | 21 | |
| Las Mañanitas | E4 | | | 82 | 22 | |
| Las Mañanitas | E5 | | | 83 | 23 | |
| Las Mañanitas | E6 | | | 84 | 24 | |
| 24 de Diciembre | | | | 87 | 25 | |
| 24 de Diciembre | E6 | | | 90 | 26 | 26 |
| | | | | | | 90 |

Anexo-D_CdeS6. Detalle por filtro de opinión para la pregunta n.º 21

| PREGUNTA N.º 21 | | | | | |
|-----------------|----|---|------------------------------|----|-----------|
| Santa Ana | E4 | Participación en proyectos en ampliación del centro de salud de Santa Ana para beneficio de la comunidad santanera. | Con experiencia en proyectos | 16 | 1 |
| Curundú | E6 | He coordinado y dirigido proyectos comunitarios de capacitación y producción. | Con experiencia en proyectos | 30 | 2 |
| Ancón | E6 | Preparar el plan y programa de las actividades y temas o simplemente participar a nivel local. | Con experiencia en proyectos | 36 | 3 |
| San Francisco | E5 | Sí tengo capacidades y habilidades. Simplemente esto no se da porque se maneja políticamente. | Con experiencia en proyectos | 41 | 4 |
| Pueblo Nuevo | E6 | Siempre he preparado proyectos para mejorar las condiciones sociales y de valores morales. Mantengo contactos con los residentes para conocer los problemas ambientales y de salud. Nunca se debe desaprovechar. Las capacitaciones son necesarias. | Con experiencia en proyectos | 48 | 5 |
| Juan Díaz | E1 | Participar en el proceso de diagnóstico e identificación de problemas-priorización de los mismos. Elaboración de proyectos-asignación de recursos, seguimiento y evaluación de proyectos. | Con experiencia en proyectos | 61 | 6 |
| Juan Díaz | E4 | Siempre he participado en la parte de costos del proyecto. | Con experiencia en proyectos | 64 | 7 |
| Las Mañanitas | E1 | Coordinador y gestor del proyecto. Temporalmente en gerencia de salud. Sí me interesa más capacitación. | Con experiencia en proyecto | 79 | 8 |
| 24 de Diciembre | E4 | Giras y ferias de salud, supervisión y seguimiento de acueductos rurales, ejecución de actividades de mediación comunitaria. Siempre es importante realimentarse, así que no estaría de más lo de capacitarse. | Con experiencia en proyectos | 88 | 9 |
| 24 de Diciembre | E5 | En todos los proyectos que lleva el centro de salud en los diferentes programas en las comunidades, escuelas, instituciones, entre otros. | Con experiencia en proyectos | 89 | 10 |
| | | | | | 10 |

| | | | | | | |
|---------------|----|---|----------------------|----|---|----------|
| El Chorrillo | E6 | Personal de apoyo, promoción de salud. | Coordinador de grupo | 6 | 1 | |
| Santa Ana | E3 | Asesoría y coordinación de grupo de trabajo. | Coordinador de grupo | 15 | 2 | |
| Santa Ana | E5 | Organizar las entidades que participaran en el operativo, distribuir al personal en las diferentes actividades que se llenen. | Coordinador de grupo | 17 | 3 | |
| Ancón | E5 | Invitar a las personas. | Coordinador de grupo | 35 | 4 | |
| San Francisco | E2 | Mi función principal ha sido coordinación. Considero que sí conozco mis funciones y nunca está de más capacitarse en este tema. | Coordinador de grupo | 38 | 5 | |
| Pueblo Nuevo | E3 | He participado en la organización de la actividad a realizar en la comunidad. | Coordinador de grupo | 45 | 6 | 6 |

| | | | | | | |
|---------------|----|--|-------------|----|---|----------|
| Calidonia | E2 | Mi participación es más bien de educación, trabajando principalmente con las escuelas del área. | Facilitador | 20 | 1 | |
| Calidonia | E3 | Divulgar y promover las necesidades que tiene la población en cuanto las enfermedades y cuidado. Si es posible, sí me interesaría más capacitación en el tema de preparar proyectos, se necesita más orientaciones respecto a las enfermedades, cómo prevenirles y el cuidado que se requiere. | Facilitador | 21 | 2 | |
| Calidonia | E4 | Hacer un diagnóstico de la población que recibirá el beneficio del proyecto y enlace que sirva para ampliar la comunicación con autoridades del corregimiento. | Facilitador | 22 | 3 | |
| Curundú | E4 | Facilitador. | Facilitador | 28 | 4 | |
| Curundú | E5 | Evaluación y monitoreo de EGI, dengue, coordinador de Epidemiología, conocimiento y experiencia: MPH, MBA, PhD, salud ocupacional, doctor en Medicina. | Facilitador | 29 | 5 | |
| Ancón | E2 | Tengo una maestría en Gerencia de Servicios de Salud, he organizado proyectos para la atención de madres adolescentes reuniendo recursos humanos, donaciones y organización de ferias de salud. | Facilitador | 32 | 6 | |
| San Francisco | E3 | Diversos roles: formulador de proyectos de inversión, coordinador de proyectos de estudio de factibilidad, miembro de equipo de colaboradores sobre planificación estratégica, creación de región de salud. | Facilitador | 39 | 7 | |
| Río Abajo | E3 | Durante mis funciones como director de salud comunitaria en el MINSA, fungí como planificador y asesor a las comunidades. | Facilitador | 51 | 8 | 8 |

| | | | | | |
|----------------|----|--|------------------|----|----|
| El Chorrillo | E3 | Moderador, participación en lluvia de ideas tenemos conocimiento, pero siempre es indispensable la realización de nuevas capacitaciones. | Más capacitación | 3 | 1 |
| El Chorrillo | E4 | Planificación, abordaje, capacitación. | Más capacitación | 4 | 2 |
| San Felipe | E1 | Dar más capacitación en el tema. | Más capacitación | 7 | 3 |
| San Felipe | E2 | En el nivel regional y sí tengo habilidades en mis funciones y no está de más tener más capacitación. | Más capacitación | 8 | 4 |
| San Felipe | E5 | En las capacitaciones que han realizado sí me pueden dar más capacitación y he conocido muchas cosas que no sabía y aprendí algunas cosas más. | Más capacitación | 11 | 5 |
| Santa Ana | E2 | Coordinación, y me gustaría. | Más capacitación | 14 | 6 |
| Calidonia | E6 | Sí he participado en preparación de proyectos como apoyo de planificación... Sí estaría interesada a recibir más capacitación en este y otros proyectos. | Más capacitación | 24 | 7 |
| Curundú | E1 | Participo, me interesa más capacitación. | Más capacitación | 25 | 8 |
| Ancón | E3 | Sí me interesa saber más de los proyectos. | Más capacitación | 33 | 9 |
| Ancón | E4 | Me falta capacitación, estoy muy interesada. | Más capacitación | 34 | 10 |
| Pueblo Nuevo | E1 | Más capacitación en el tema de preparar proyectos. | Más capacitación | 43 | 11 |
| Pueblo Nuevo | E2 | Motivación al equipo de salud. Estoy interesado. | Más capacitación | 44 | 12 |
| Río Abajo | E1 | Sí me interesa más capacitación en la elaboración de proyectos de salud y sí tengo las habilidades y conocimientos para elaborar proyectos | Más capacitación | 49 | 13 |
| Río Abajo | E2 | Me gustaría capacitarme en el tema porque, en realidad, no he tenido función específica, sí lo apoyo. | Más capacitación | 50 | 14 |
| Río Abajo | E4 | He desarrollado las habilidades de forma paulatina. Parte teórica. | Más capacitación | 52 | 15 |
| Río Abajo | E6 | 1) Logística, 2) recopilación de datos y 3) secretaria en general. | Más capacitación | 54 | 16 |
| Parque Lefevre | E2 | He participado pero en la ejecución de proyectos, no en la preparación, ya que no me he involucrado mucho. | Más capacitación | 56 | 17 |
| Pedregal | E3 | Más capacitación. | Más capacitación | 69 | 18 |
| Pedregal | E4 | Sí me interesaría preparación para el tema, pero esto nunca se ha dado. | Más capacitación | 70 | 19 |
| Pedregal | E5 | Me interesa más capacitarme en el tema para, de esa forma, poder cooperar con las comunidades. | Más capacitación | 71 | 20 |
| Pedregal | E6 | Nunca he participado. La invitación es para directores de centros promoción del centro y jefes de departamentos. | Más capacitación | 72 | 21 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|---|------------------|----|----|-----------|
| Tocumen | E2 | Poner o estimar los costos de las atenciones. Sí me interesaría más capacitación en el tema. | Más capacitación | 74 | 22 | |
| Tocumen | E3 | Opinar y escoger lo mejor para la comunidad, claro que me interesa más capacitación. | Más capacitación | 75 | 23 | |
| Las Mañanitas | E2 | El tema de preparar proyectos es importante, siempre con la comunidad, ya es allí donde tienen la necesidad sentida y donde tienen los problemas y los sufren. Me interesa más capacitación en el tema de preparar proyectos. | Más capacitación | 80 | 24 | |
| Las Mañanitas | E3 | Como enlace entre el MINSA y la comunidad, supervisando el proyecto. Sí estoy interesado en más capacitación. | Más capacitación | 81 | 25 | |
| 24 de Diciembre | E1 | 1) Organizador, 2) orientador y 3) coordinador. Es necesario más capacitación y actualización. | Más capacitación | 85 | 26 | 26 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|--|------------------------------|----|----|-----------|
| San Felipe | E3 | Nunca he participado. | Sin experiencia en proyectos | 9 | 1 | |
| San Felipe | E4 | No tengo experiencia en preparar proyectos de salud comunitaria. (Solo participo en ejecución de ferias, promoción, educación, visita al hogar). | Sin experiencia en proyectos | 10 | 2 | |
| San Felipe | E6 | No sé nada. | Sin experiencia en proyectos | 12 | 3 | |
| Calidonia | E1 | No. | Sin experiencia en proyectos | 19 | 4 | |
| Calidonia | E5 | No. | Sin experiencia en proyectos | 23 | 5 | |
| Curundú | E3 | No he participado. | Sin experiencia en proyectos | 27 | 6 | |
| San Francisco | E6 | No he participado. | Sin experiencia en proyectos | 42 | 7 | |
| Río Abajo | E5 | Nunca he participado, pero sería interesante recibir capacitación sobre el tema. | Sin experiencia en proyectos | 53 | 8 | |
| Parque Lefevre | E1 | No he participado. Realmente mi interés es mantener mi actividad profesional clínica y capacitarme en esta. | Sin experiencia en proyectos | 55 | 9 | |
| Tocumen | E1 | Ninguna. | Sin experiencia en proyectos | 73 | 10 | |
| Tocumen | E4 | Nunca. | Sin experiencia en proyectos | 76 | 11 | |
| Tocumen | E5 | No he participado. | Sin experiencia en proyectos | 77 | 12 | |
| Tocumen | E6 | Ninguna. | Sin experiencia en proyectos | 78 | 13 | |
| 24 de Diciembre | E2 | No he participado. | Sin experiencia en proyectos | 86 | 14 | 14 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|-----------|--|----|----|----|
| El Chorrillo | E1 | | | 1 | 1 | |
| El Chorrillo | E2 | | | 2 | 2 | |
| El Chorrillo | E5 | | | 5 | 3 | |
| Santa Ana | E1 | | | 13 | 4 | |
| Santa Ana | E6 | | | 18 | 5 | |
| Curundú | E2 | | | 26 | 6 | |
| Ancón | E1 | | | 31 | 7 | |
| San Francisco | E1 | | | 37 | 8 | |
| San Francisco | E4 | | | 40 | 9 | |
| Pueblo Nuevo | E4 | | | 46 | 10 | |
| Pueblo Nuevo | E5 | | | 47 | 11 | |
| Parque Lefevre | E3 | | | 57 | 12 | |
| Parque Lefevre | E4 | | | 58 | 13 | |
| Parque Lefevre | E5 | | | 59 | 14 | |
| Parque Lefevre | E6 | | | 60 | 15 | |
| Juan Díaz | E2 | | | 62 | 16 | |
| Juan Díaz | E3 | | | 63 | 17 | |
| Juan Díaz | E5 | PENDIENTE | | 65 | 18 | |
| Juan Díaz | E6 | | | 66 | 19 | |
| Pedregal | E1 | | | 67 | 20 | |
| Pedregal | E2 | | | 68 | 21 | |
| Las Mañanitas | E4 | | | 82 | 22 | |
| Las Mañanitas | E5 | | | 83 | 23 | |
| Las Mañanitas | E6 | | | 84 | 24 | |
| 24 de Diciembre | | | | 87 | 25 | |
| 24 de Diciembre | E6 | | | 90 | 26 | 26 |
| | | | | | | 90 |

Anexo-D_CdeS7. Detalle por filtro de opinión para la pregunta n.º 22

| PREGUNTA N.º 22 | | | | | |
|-----------------|----|---|-----------------------------|----|----|
| El Chorrillo | E4 | Contar con servicios laborales de promoción. Psicólogo, medicina interna, ginecología, nutricionista, educador para la salud. | Hay que invertir en el CdeS | 4 | 1 |
| San Felipe | E5 | Centro de salud de San Felipe. | Hay que invertir en el CdeS | 11 | 2 |
| Calidonia | E5 | Las de atención, seguir solo el problema y todo depende si el funcionario local tiene cómo resolver el problema. | Hay que invertir en el CdeS | 23 | 3 |
| Ancón | E1 | El lugar donde laboro (centro de salud) se encuentra en un lugar donde las personas que viven en esa comunidad no utilizan mucho el centro de salud, ya que son personas que prefieren utilizar atención privada, la mayoría que se atiende es de otras comunidades que no son parte del corregimiento. En el caso de Guna Nega, sí se utiliza mucho el puesto de salud por ser personas de escasos recursos y es una población muy enferma debido a su ubicación (Cerro Patacón). | Hay que invertir en el CdeS | 31 | 4 |
| Ancón | E2 | El centro de salud de Paraíso tiene bajo su responsabilidad el subcentro de Guna Nega, donde la comunidad es indígena y de muy bajos recursos. Vive en hacinamiento y no acude al [sub]centro. No se vacunan y cuando se dan charlas de interés sanitario no prestan atención. El resto de la población que acude tiene poder adquisitivo, utilizan el centro para vacunarse y no participan en actividades dirigidas a la comunidad. Se debe buscar un mecanismo para que ambas poblaciones se empoderen de su salud y comprendan que los centros hacen actividades más que curativas. | Hay que invertir en el CdeS | 32 | 5 |
| Ancón | E3 | En la comunidad de Guna Nega y muchas cosas que mejor no ampliar, más el centro de salud, la carretera y alguna veces no hay. | Hay que invertir en el CdeS | 33 | 6 |
| Ancón | E5 | Ancianos. Desnutrición en Guna Nega. | Hay que invertir en el CdeS | 35 | 7 |
| San Francisco | E3 | Los indicadores de salud de la población diría que están en el rango promedio. Recomendaría fortalecer el cumplimiento de las funciones de salud pública. | Hay que invertir en el CdeS | 39 | 8 |
| Parque Lefevre | E1 | Podría ser mejor. Los niños necesitan más atención, más personal para atenderlos a todos, pues son muchos. | Hay que invertir en el CdeS | 55 | 9 |
| Pedregal | E1 | Bueno, tenemos que una población bien grande, el centro de salud es muy chico, necesitamos ampliarlo y contar con otro pediatra. Solo tenemos una <i>doctora</i> . | Hay que invertir en el CdeS | 67 | 10 |
| Pedregal | E2 | Es muy eficiente, pero necesita ser modificado... hacerlo nuevo. | Hay que invertir en el CdeS | 68 | 11 |
| Pedregal | E4 | Se debe mejorar todo el CdeS. No recibe apoyo a nivel regional ni nacional. El ministro y su delegación deben acudir al nivel local y conocer cuáles son las reales necesidades y cómo se trabaja y no crear cosas que no se pueden aplicar con carencia de recursos. | Hay que invertir en el CdeS | 70 | 12 |
| Pedregal | E5 | La salud es bastante controlable, pero hay que ampliar el centro porque no hay espacio físico suficiente, ya que la población ha aumentado. | Hay que invertir en el CdeS | 71 | 13 |
| Tocumen | E1 | Es bastante bueno, pero creo que hay que mejorar las instalaciones y el recurso humano; día con día la población crece y la instalación se queda chica para la cantidad de pacientes que se atienden en esta institución. | Hay que invertir en el CdeS | 73 | 14 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|---|-----------------------------|----|----|-----------|
| Las Mañanitas | E1 | Necesitamos mejorar el recurso y la instalación para poder realizar una verdadera atención con calidad mejorando el mínimo necesario del establecimiento. | Hay que invertir en el CdeS | 79 | 15 | |
| Las Mañanitas | E2 | La comunidad tiene buena salud, pero tiene muchos problemas económicos que le impiden tener las comodidades como vivienda, agua potable, servicios higiénicos, transporte, seguridad. Sus miembros están preocupados por la forma como se manejan los proyectos sociales que no les permiten mejorar su vida. | Hay que invertir en el CdeS | 80 | 16 | |
| Las Mañanitas | E3 | En términos generales, la población tiene buena salud, pero hay que buscar la manera de mejorar temas básicos como son agua potable, alcantarillado, vivienda, educación, violencia y transporte. | Hay que invertir en el CdeS | 81 | 17 | |
| 24 de Diciembre | E4 | Existen muchas necesidades en concepto de salud, ya que, por ser un corregimiento semiurbano, la comunidad carece de algunos servicios básicos en salud. Mejoraría (si se le facilita al centro de salud) más recursos humanos como pediatra, ginecólogo, siquiatria, que son demandas altas de atención y que muchas veces no se llega a cubrir. | Hay que invertir en el CdeS | 88 | 18 | 18 |

| | | | | | | |
|------------|----|--|--|----|---|--|
| San Felipe | E6 | No sé nada. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 12 | 1 | |
| Santa Ana | E4 | Contar con servicios laborales de promoción. Psicólogo, medicina interna, ginecología, nutricionista, educador para la salud. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 16 | 2 | |
| Calidonia | E2 | Pienso que la participación de los miembros de la comunidad es muy escasa, se debe orientar a grupos comunitarios para que participen en las actividades para las que fueron creados. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 20 | 3 | |
| Calidonia | E4 | Primero es que la educación de esta población es pobre, su concepto de salud es individual y no colectivo. Se ha creado la idea de lo gratuito sin base racional y no sostenible. Hay que mejorar la educación base de las buenas decisiones. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 22 | 4 | |
| Calidonia | E6 | Debemos mejorar la forma de comportamiento de la población con respecto a la forma de alimentación. Se tiene que concientizar de la gravedad de las enfermedades que cada día se acrecientan más. Los estilos de vida saludable no se practican, la comunidad de esta área no toma en cuenta nada de esto y no están dispuestos a cambiar su estilo de vida. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 24 | 5 | |
| Curundú | E1 | Por la idiosincrasia e irresponsabilidad de la comunidad; inasistencia a las consultas por ende déficit en autocuidado. Reforzar: 1) en la educación, promoción en salud, 2) dar accesibilidad al cliente, mayoría de médicos se van a la 12 mediodía o 1 de la tarde. Participación de médicos generales y especialistas en giras y ferias. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 25 | 6 | |
| Curundú | E6 | El aspecto salud es aceptable... se debe hacer énfasis en lograr mayor participación comunitaria. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 30 | 7 | |

| | | | | | | |
|-----------------|----|--|--|----|----|-----------|
| Ancón | E6 | La mayoría son adultos mayores tienen enfermedades crónicas y los diabéticos asisten al hospital Santo Tomás, a la Caja de Seguro Social ya nuestra instalación, al igual los hipertensos. En Guna Nega hay desnutrición parasitaria, adicciones a drogas de obrero, violencia intrafamiliar y comunitaria. Escasez de alimentación adecuada, falta de más profesionales de salud para atender el subcentro. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 36 | 8 | |
| San Francisco | E2 | Pienso que los mayores problemas tienen que ver con estilos de vida y de actitudes y prácticas (comportamientos). | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 38 | 9 | |
| San Francisco | E5 | La comunidad donde está mi centro de labores tiene acceso fácilmente a servicios de salud, pero hay una actitud paternalista, eludiendo su responsabilidad sobre la salud propia. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 41 | 10 | |
| Pueblo Nuevo | E2 | Aceptable. Promoción de los programas de salud. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 44 | 11 | |
| Pueblo Nuevo | E3 | Es una comunidad muy desorganizada, en su mayoría indígena y con niveles educativos muy bajos. Presenta problemas de salud como, por ejemplo, dermatitis, promiscuidad, embarazos en adolescentes. Se debería mejorar la participación e integración de la población, concientizar en la problemática de su salud haciendo énfasis en el tema de salud sexual y reproductiva. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 45 | 12 | |
| Río Abajo | E6 | En la comunidad de Río Abajo, las personas deberían tener un sistema médico atinado... no solo urgencia en la tarde... que atienda normal. Los pacientes tienen poca educación sobre la salud. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 54 | 13 | |
| Juan Díaz | E1 | Tomando en cuenta que la comunidad donde laboro está ubicada en la ciudad capital y con acceso a diferentes instalaciones de salud, educación, trabajo, etcétera, la población presenta una incidencia de enfermedades crónicas, características de una población de adultos mayores como es el caso. En este sentido, se deben mejorar las infraestructuras para atender este tipo de población, pero sobre todo fortalecer los programas de promoción y prevención dirigidos a esta población. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 61 | 14 | |
| Pedregal | E3 | Apoyar más al centro de salud para que pueda ayudar a las comunidades. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 69 | 15 | |
| Pedregal | E6 | No cuidan su salud. Por lo general, no acuden cuando están enfermos. A los niños los llevan a control del niño sano hasta el año y así ocurre con la vacunación. Por lo general, las embarazadas sí acuden a su control prenatal. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 72 | 16 | |
| Tocumen | E2 | La población solo viene cuando está enferma, no se cuida. No hacen prevención de las enfermedades, no cuidan para nada su salud... vienen ya enfermos. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 74 | 17 | |
| 24 de Diciembre | E1 | La salud de la población es regular, hay muchas enfermedades crónicas, que requieren medicamentos. Que hay que mejorar su suministro. Además se requiere personal como nutricionista y otros funcionarios para mejorar la atención. | Hay que mejorar los servicios de promoción, especialidades y la promoción de APS | 85 | 18 | 18 |

| | | | | | | |
|----------------|----|--|--|----|----|-----------|
| Pueblo Nuevo | E5 | Considero que la salud en el área de Pueblo Nuevo es regular, ya que la comunidad deja esto a las autoridades de salud y esto mejoraría siempre y cuando la comunidad participe en autogestión y promoción de la salud. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 47 | 1 | |
| Pueblo Nuevo | E6 | Considero muy [sic] regular la salud del corregimiento de Pueblo Nuevo, debido a la poca participación de la comunidad. No existe conciencia de que la salud la hacemos todos y no es solo una responsabilidad del Estado. Falta de elaboración de metas y proyectos, falta de actividades de prevención y promoción y, sobre todo, la participación comunitaria. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 48 | 2 | |
| Río Abajo | E1 | En general, la salud de la población del corregimiento es buena, ya que han tomado conciencia de la prevención de enfermedades a través del volanteo/charlas que se hacen en la comunidad y en el centro/promoción de la salud. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 49 | 3 | |
| Río Abajo | E2 | Lo que sucede con esta área es que generalmente los pacientes que son atendidos, en su mayoría son extranjeros que aprovechan más los servicios que ofrecemos. Es una lástima que los residentes del área no aprovechen las oportunidades que el MINSA les ofrece; hay algunas personas de la comunidad que se interesan, pero no se les da oportunidad de participar. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 50 | 4 | |
| Río Abajo | E3 | Considero que hay muchas situaciones que pueden mejorar sin manejar grandes presupuestos. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 51 | 5 | |
| Río Abajo | E4 | Buena salud. Hay que incentivar la participación comunitaria y de las autoridades locales. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 52 | 6 | |
| Río Abajo | E5 | La salud de la comunidad es regular, debería ser mejor, por ser un área urbana del distrito capital. La población necesita de promoción y capacitación continua sobre todos los aspectos relacionados a su salud y del medio ambiente. Hay que involucrarlos de lleno en las actividades que los benefician a ellos mismos. Eliminarles la cultura del paternalismo y de que el Estado (Gobierno) les debe hacer y resolver todo. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 53 | 7 | |
| Parque Lefevre | E2 | Pienso que la salud del pueblo está en términos medios, solo de búsqueda de alivio a la enfermedad, a pesar de que se le capacita para evitar pero, en realidad, la gran mayoría busca la prevención. Esto en el caso del dengue; son más visibles cambios de actitud prácticas y controles a través de 40 años, pero aún falta más empoderamiento de la comunidad, para que su salud mejore y se mantenga en estado óptimo que en lo deseado. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 56 | 8 | |
| Juan Díaz | E6 | Los índices y tasas son buenos (mortalidad infantil, inmunización, etcétera). Hay que mejorar aspectos de salubridad y responsabilidad de los ciudadanos en su salud y conservación del ambiente. Pero los modelos político-económicos occidentales actuales llevan a la salud comunitaria a categoría de “concepto” o “utopía” difíciles de implementar. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 66 | 9 | |
| Tocumen | E6 | Es regular. | La autogestión y mayor participación de la comunidad | 78 | 10 | 10 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|---|--|----|----|-----------|
| El Chorrillo | E6 | Se brinda un excelente servicio de salud a la población. Trabajo como miembro administrativo. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 6 | 1 | |
| San Felipe | E1 | La salud de nuestro pueblo es bastante buena, ya que acuden a sus controles de salud. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 7 | 2 | |
| San Felipe | E2 | Se le brinda la mejor atención a la comunidad pero, como se puede ver, no contamos con todos servicios, ya que la población tiene diversas necesidades. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 8 | 3 | |
| San Felipe | E4 | La salud de la comunidad donde se encuentra el centro de salud es buena. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 10 | 4 | |
| Santa Ana | E6 | Se brinda un excelente servicio de salud a la población. Trabajo como miembro administrativo. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 18 | 5 | |
| Calidonia | E3 | Es bastante nutrido diariamente. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 21 | 6 | |
| Ancón | E4 | La salud del pueblo es buena. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 34 | 7 | |
| Pueblo Nuevo | E1 | Es muy buena. Mejorar capacitación al personal. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 43 | 8 | |
| Juan Díaz | E4 | Como en todo el país, la salud de nuestra comunidad se ve de acuerdo a la temporada. Resfriados, diarrea y otras enfermedades comunes. En general, se puede decir que es buena. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 64 | 9 | |
| Tocumen | E4 | Buena. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 76 | 10 | |
| Tocumen | E5 | La salud de la población normalmente es buena, lo que está mal es las instalaciones de salud. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 77 | 11 | |
| 24 de Diciembre | E2 | Es bueno pero hace falta más recurso humano, para poder llevar a cabo más acciones de promoción y prevención y proyectarse a la comunidad. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 86 | 12 | |
| 24 de Diciembre | E5 | La salud de la población es buena con excepción de las situaciones que se nos presentan que se vuelven incontrolables como el dengue, la malaria, etcétera. | La salud de la comunidad donde está el CdeS es buena | 89 | 13 | 13 |

| | | | | | | |
|--------------|----|--|--|----|---|--|
| El Chorrillo | E3 | No es buena por la incidencia en hipertensión y diabetes, debido a la cultura alimenticia basada principalmente en frituras. | La salud de la comunidad donde está el CdeS no es buena | 3 | 1 | |
| Santa Ana | E3 | No es buena por la incidencia en hipertensión y diabetes, debido a la cultura alimenticia basada principalmente en frituras. | La salud de la comunidad donde está el CdeS no es buena | 15 | 2 | |
| Calidonia | E1 | Los CdeS en los programas de salud están deficientes, ya que no hay interés de los ciudadanos de involucrarse en el desarrollo de los mismos y se tiene una concepción equivocada de la responsabilidad gubernamental (se piensa que todo hay que dárselo gratis y que el Gobierno debe resolverles todo). Hay que buscar los mecanismos de manera que se pueda establecer un compromiso con la comunidad para que se interese en ser parte de los proyectos y programas de salud local. | La salud de la comunidad donde está el CdeS no es buena. | 19 | 3 | |

| | | | | | | |
|---------|----|--|---|----|---|----------|
| Curundú | E3 | El centro de salud es deplorable. Falta de insumos, estructura en malas condiciones. El CS no trabaja, no ejerce ninguna función. El MINSA debería invertir más en la atención primaria y no estar haciendo hospitales en áreas de difícil acceso con equipos que nadie usa. | La salud de la comunidad donde está el CdeS no es buena | 27 | 4 | |
| Curundú | E4 | La guerra entre pandillas impide el acceso de toda la comunidad al centro de salud. El personal requiere despojarse de prejuicios y educarse en servicios amigables. | La salud de la comunidad donde está el CdeS no es buena | 28 | 5 | |
| Curundú | E5 | La salud en general de Curundú es regular, mala promoción de la salud, deficiencia de recursos para programa de prevención de enfermedades o elaboración de proyectos sanitarios. | La salud de la comunidad donde está el CdeS no es buena | 29 | 6 | |
| Tocumen | E3 | La salud es mala porque no hacen caso a la promoción y prevención de salud. Hay que reforzar la promoción y prevención en la comunidad y desde el centro de salud. | La salud de la comunidad donde está el CdeS no es buena | 75 | 7 | 7 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|-----------|--|----|----|-----------|
| El Chorrillo | E1 | | | 1 | 1 | |
| El Chorrillo | E2 | | | 2 | 2 | |
| El Chorrillo | E5 | | | 5 | 3 | |
| San Felipe | E3 | N/R | | 9 | 4 | |
| Santa Ana | E1 | | | 13 | 5 | |
| Santa Ana | E2 | | | 14 | 6 | |
| Santa Ana | E5 | | | 17 | 7 | |
| Curundú | E2 | | | 26 | 8 | |
| San Francisco | E1 | | | 37 | 9 | |
| San Francisco | E4 | | | 40 | 10 | |
| San Francisco | E6 | | | 42 | 11 | |
| Pueblo Nuevo | E4 | | | 46 | 12 | |
| Parque Lefevre | E3 | | | 57 | 13 | |
| Parque Lefevre | E4 | | | 58 | 14 | |
| Parque Lefevre | E5 | | | 59 | 15 | |
| Parque Lefevre | E6 | | | 60 | 16 | |
| Juan Díaz | E2 | | | 62 | 17 | |
| Juan Díaz | E3 | | | 63 | 18 | |
| Juan Díaz | E5 | PENDIENTE | | 65 | 19 | |
| Las Mañanitas | E4 | | | 82 | 20 | |
| Las Mañanitas | E5 | | | 83 | 21 | |
| Las Mañanitas | E6 | | | 84 | 22 | |
| 24 de Diciembre | | | | 87 | 23 | |
| 24 de Diciembre | E6 | | | 90 | 24 | 24 |