

2017



DIAGNOSTICO DE SALUD NGABE BUGLE





REGION DE SALUD NGOBE BUGLE

CONTENIDO GENERAL DE LAS FOTOGRAFÍAS

Fotografía N° 1. EL CONTEXTO

1. Tendencias
2. Proyecciones del Desarrollo Económico
3. Impacto de los cambios climatológicos

Fotografía N° 2. ¿CUÁL ES LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS?

1. Aspectos demográficos
2. Aspectos epidemiológicos
3. Morbilidad
4. Mortalidad

Fotografía N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

1. Vigilancia Sanitaria.
2. Accesibilidad Geográfica
3. Complejidad de la red
4. Bolsones de desprotegidos
5. Recursos Humanos
6. Insumo Sanitario

Fotografía N° 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

1. Lista de Espera
2. Horario de Servicios
3. Mecanismos para la medición de la satisfacción del usuario
4. Control de Calidad

Fotografía N° 5: ACTORES Y RED SOCIAL

1. Comités, ONG'S, Clubes Cívicos, Iglesias, Grupos Organizados de Trabajadores de Salud, Otros

Fotografía N° 6: PROYECCIÓN DE LA RED

1. Adecuaciones a la oferta en términos de equipos básicos
2. Adecuación de la cartera de servicios
3. Ampliación de Cobertura a poblaciones desprotegidas y de difícil acceso
 - ampliación de horarios
 - giras de salud

Fotografía N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES

1. Organización y Funcionamiento

Fotografía N° 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

1. Planificación Regional y Programación Local
2. Presupuestación por Objetivos (DPO)
3. Incentivos
4. Sistema de Abastecimiento y Suministro
5. Sistema de Información en Salud
6. Catastro
7. Equipamiento y tecnología

Fotografía N° 9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Compensación de Costos
2. Fuentes de Financiación
 - Autogestión
 - Aportes
 - Presupuesto del Estado
 - Donaciones
 - Seguro Solidario

Fotografía N° 10: PROYECTOS DE INVERSIÓN

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE SALUD GUIA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

La Comarca Ngöbe Buglé cuenta con una extensión territorial de 6,994.06 kilómetro cuadrado. Está conformada de 3 regiones producto de la segregación de las Regiones de Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas con un total de 9 distritos y 71 corregimientos. En la actualidad las tres regiones se denominan:

- Ño Kribo: Distrito de Kankintú, Kusapín y Bledeshia, jironday
- Nedrini: Distrito de Besiko, Mirono y Nole Duima
- Kodri: Distrito de Muna y Ñurum

Localizada en el área Nor Oriental de la República de Panamá, limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con las Provincias de Chiriquí y Veraguas, al Este con la Provincia de Veraguas y al Oeste con las Provincias de Bocas del Toro y Chiriquí.

CARACTERÍSTICAS FÍSICO – GEOGRÁFICAS

La formación morfológica (relieve) y geológica de la extensión territorial de la comarca es en un 90 por ciento de origen volcánico destacándose de ella la Cordillera Central cuyo punto más alto supera los 1,600 metros, el mismo está dado por el Cerro Santiago.

Según la clasificación de Copen, predominan tres tipos fundamentales de clima en el área: Clima Tropical muy Húmedo, Clima Templado muy Húmedo de Altura y el Tropical Húmedo. La característica principal de estos climas es su abundante precipitación que varía en un rango de 1,200 a 5,000 mm anuales.

Las cuencas hidrográficas más importantes las conforman los ríos: Calovébora, Chiriquí, Cricamola, Guariviara y Guarumo en la Región Ñokribo; Fonseca y San Félix, en la Región Nedrini; Tabasará, Viguí y Cobre en la Región Kodriri.

Se puede distinguir varias zonas de vida de acuerdo a la clasificación de Holdridge y dos tipos de cobertura de vegetación en la comarca: área boscosa con intervención humana, en la Vertiente del Caribe; y área deforestada con vegetación secundaria (sabanas antropogénicas mantenida por el fuego, pastos naturales y rastrojos), en la vertiente del Pacífico.

FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

1. ¿Describa 3 ó 4 principales problemas político - económico - socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño? (Considerar inclusive como los conflictos de competencia entre instituciones públicas afecta el desempeño de Salud).

A pesar de que son muchos los problemas del orden político, económico, sociocultural y de género en la Región de Salud Ngabe Bugle que influyen en la situación de salud y su desempeño, consideramos los principales:

1 Socioculturales: Los población Ngabe Bugle demuestran que ser indígena equivale a ser pobre y que con el tiempo esa situación se ha perpetuado demuestran que ser indígena equivale a ser pobre y que con el tiempo esa situación se ha perpetuado, en las comunidades se tiene esa percepción en este sentido las políticas redistributivas podrían estar creando los propios determinantes sociales de la salud. Por ejemplo ahora con los subsidios (beca universal, red de oportunidades, etc) no se tiene un control con el uso de estos recursos lo que ha traído consigo el incremento de hábitos de fumar, alcoholismo especialmente en los jóvenes.

También está en peligro la pérdida de la identidad cultural por prácticas occidentales (vestido, idioma).

Practicas poligamias incrementan casos de VIH.

2 De género: La violencia física y sexual hacia las niñas y adolescentes de ambos sexos contribuyendo al incremento de los trastornos psicoemocionales, embarazos no deseados, embarazos en adolescentes y aumento de la infecciones de transmisión sexual incluso VIH.

3 Políticos y económicos: implica aspectos estructurales y funcionales de la organización social comarcal, que tiene gran influencia en la sociedad y por ende en las oportunidades de salud de la población en las respectivas comunidades. Hablamos de la toma de decisiones a nivel comunitario.

Por otro lado la jerarquía de las instituciones políticas, el sistema educativo y la oportunidad de trabajo están constituyendo los determinantes sociales de inequidad en salud.

Si es bien cierto que otros Ministerios con programas para mejorar las condiciones de vida de la población, desean realizar actividades que a su parecer son las prioritarias para nuestra población, sin embargo revisando un análisis de nuestra situación real de salud, debería ser Salud quien defina si estos apoyos e inversiones son realmente la necesidad que demanda la población y no meramente para decir que se construyeron espacios para ofrecer mejores servicios a la población, cuando debemos trabajar en

coordinación real y no a modo de imposiciones, finalmente los perjudicados no somos los funcionarios de salud sino la población bajo nuestra responsabilidad.

Podríamos revisar elementos básicos como políticas sociales y públicas, tomando en cuenta el tema de la interculturalidad, y finalmente los resultados epidemiológicos para que en conjunto interinstitucional tomemos las mejores decisiones para el beneficio real de la población Ngabe Bugle.

2. Una vez identificado los aspectos. ¿Cuáles son las prioridades identificadas?

Resumimos las prioridades de la siguiente manera:

Político y económico: La situación de la población indígena demanda un tratamiento particular, pues en ella parecen sumarse una serie de factores de exclusión para profundizar también su pobreza histórica.

Lo que se llama el “factor geográfico” y que se refiere en particular a la lejanía y difícil acceso de las comunidades en que viven los indígenas, es sin duda uno de esos factores de exclusión para los más de 216,000 panameños que habitan en las áreas geográficas predominantemente indígenas (ENCAVI 2007).

Socio-cultural: el surgimiento de grupo de corte religioso (mamatata) dificulta el acceso del personal de salud a algunas comunidades (Piedra Roja, Caño Sucio, Loma Yuca). Ya que sus creencias rechazan la intervención de la medicina moderna y cualquier otro matiz de avance tecnológico.

Además el problema de idiosincrasia (machista) y las prácticas poligámicas constituye un agravante en el tema de salud sexual y reproductiva vía controles ITS y VIH lo que ha provocado un crecimiento exponencial en los afectados por este tipo de enfermedades.

Debemos mirar con un enfoque intercultural ya que esta aporta la posibilidad de reconocer, valorar y respetar la diversidad cultural, este enfoque supera la mirada etnocéntrica que suele prevalecer en los estudios de género, abordando situaciones como la violencia o la salud desde sus propias cosmovisiones, conocimientos y prácticas, bajo el entendido que el género es una construcción cultural.

3. Identifique los aspectos que favorecen y/o afectan el desarrollo de los procesos en el MINSA (Nacional o Regional). Ejemplos: aspectos políticos prioritarios: como déficit público, la deuda externa, la excesiva, descentralización, la ineficiencia administrativa y de gestión o la insatisfacción del público, entre otros.

- Entre en principal aspecto que favorece el desarrollo del MINSA – Ngobe Bugle podemos mencionar la descentralización del presupuesto, ya que podemos ejecutar y realizar acciones de manera expedita desde la región a los equipos locales.

Entre los aspectos que afectan el desarrollo podemos mencionar:

- La centralización de algunos rubros por ejemplo (244 medicamentos, 275 laboratorios, entre otros) ya que debemos esperar las compras del nivel central para para abastecer de insumos los niveles locales.

4. ¿Conoce convenios, acuerdos, compromisos internacionales en donde nuestro país es signatario?

Sí

Si es si, comente cuales: Cooperacion española, Comunidad económica Europea, Cooperacion Andina de Fomento, Convenio de UGSAF, Convenios UNFPA, Comando sur.

No ___

Favor investigar _____

5. **Existen formulaciones explícitas o cooperación técnica financiera para realizar procesos de modernización, reformar, transformar y gestionar cambios en el Estado.**

Sí ___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ___

Favor investigar _____

6. La lucha contra la pobreza es una prioridad gubernamental.

Sí _x_

Si es si, cómo se aborda, con qué actores y con qué estrategias:

Actualmente se aborda con Programas que buscan concienciar a la población sobre sus deberes y derechos a la educación y a la salud, principalmente Ejemplos como SENAPAN con bonos canjeables por víveres priorizados para que la población pueda utilizar los fondos que les brindan de manera que redunde en beneficios para mejorar su estilo de vida y evitar el ausentismo a las escuelas por falta de materiales básicos; también con la Red de Oportunidades se busca involucrar a la población en la importancia de sus controles de salud incluyendo inmunizaciones , toma de muestras de Papanicolau, también la asistencia a las escuelas. Existen Programas de Alfabetización, programa de ayuda complementaria PACO para el control prenatal, también continúan los programas de granjas y Proyectos sostenibles de forma que la población tenga herramientas para mejorar sus condiciones de

vida y así salir del círculo de la pobreza. Existen Convenios con MEF quien apoya con Becas de estudios superiores de licenciaturas en diversas ramas a las diferentes Comarcas del país y los Convenios de Estudios a través de Becas del IFARHU para formar profesionales de diversas ramas incluyendo Salud. Convenio de estudios con los gobiernos de Cuba, Venezuela y Rusia entre otros para población de áreas comarcales a través del Ministerio de Relaciones Exteriores. Por mencionar algunos. Los actores, la población completa, líderes comunitarios y las entidades Estatales e internacionales

No_____

Favor investigar_____

7. ¿Cuáles son los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional? ¿Cuál es el grado de coordinación entre instituciones para garantizar la ejecución de esa política? ¿Cuál es su nivel de participación en el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal?

El grado de coordinación entre las instituciones es buena, en las juntas técnicas que se realizan mensualmente se llegan a consenso interinstitucional para llevar a cabo acciones en beneficio de la Comarca.

En la región existe el Consejo Técnico municipal que coordina las acciones de todas las instituciones estatales con funciones en la comarca. En esas reuniones los Directores de Instituciones Gubernamentales ofrecen un informe periódico de su gestión e informan sobre sus actividades y proyectos para lograr el apoyo de las otras direcciones con algún grado de coordinación interinstitucional. El MINSA en la región tiene relaciones con todos los otros ministerios, relacionados con la ejecución de programas y proyectos específicos. El MINSA asume su compromiso con las políticas sociales del estado mediante el cumplimiento de las políticas y metas institucionales, derivadas de las primeras y del análisis de la situación de salud.

8. ¿Cómo se incorpora la política de salud a los programas sociales regionales? Por ejemplo: Red de oportunidades, 120 a los 70, beca universal y otros proyectos de inversión social.

La política de salud se ha incorporado a través de la coordinación interinstitucional con las diferentes entidades encargadas de dirigir estos programas sociales a través de los compromisos y responsabilidades en salud por parte de los beneficiarios, cuyos controles o atenciones están integrados como prioridad en los diferentes programas de salud que lleva el Ministerio de Salud. Lo que concierne a coordinaciones interinstitucionales el MINSA fortalece sus acciones de liderazgo.

9. ¿Cuáles son las proyecciones y tendencias del contexto político-económico-socio cultural – y de género, su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud – enfermedad de la población tanto a nivel provincial, regional y distrito?

En el contexto político existe un marcado interés por el cumplimiento de las políticas derivadas de la Agenda Social. Para tal efecto se elaboran perfiles de proyectos que priorizan acciones dirigidas a fortalecer la gestión sanitaria, tomando en cuenta los aspectos socioculturales, principalmente de las áreas más postergadas de la región, contenida en los planes regionales (estratégico y operativo).

Con la descentralización de los municipios se está implementando el plan de desarrollo estratégico en coordinación con el MINSA priorizando los proyectos en las comunidades.

10. ¿Cuál ha sido el impacto de los cambios climáticos, contaminación ambiental (agua, suelo y aire) y ruido en el desarrollo económico y social de la población? ¿Qué áreas productivas han sido las más afectadas? ¿En qué áreas geográfico-poblacionales han impactado con mayor fuerza?

El impacto que ha generado el cambio climático es cada vez mas notable El evento de climas extremos, sequia e inundaciones, Escasez de abastecimiento de agua, Variedad y distribución de enfermedades de transmisión por vectores, afectara a las poblaciones exponiéndolas a altas o bajas temperaturas, incrementara la frecuencia de enfermedades diarreicas y habrá un mayor riesgo de enfermedades reemergentes. Durante el periodo 2014 a 2017 los eventos naturales que más efectos causaron en la población están las inundaciones, seguido de los deslizamientos de tierra en el área de montaña Kankintu y Nole Duima lo que ha costado vida de funcionarios y pobladores. El cambio climático amenaza con aumentar la vulnerabilidad de los sistemas humanos y ecológicos de Panamá.

11. ¿La legislación existente favorece la participación social en la gestión sanitaria? ¿Qué cambios son necesarios? ¿Cuáles son las formas de participación social en su área de responsabilidad?

La legislación actual es muy insuficiente para la participación social debe dar más autonomía a los comités de salud y juntas de agua. Se requiere que el estado le asigne fondo para el desarrollo de obras en las instalaciones y comunidad.

12. ¿Cuál es el índice de desarrollo humano general y por género de la región?
A nivel de país es de 1.828 y en la Comarca Ngobe Bugle es de 0.499

13. Se han establecido estrategias de concertación, de políticas y de gestión participativas?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: La legislación permite a las comunidades participar en las acciones de salud y en el manejo de proyectos que benefician al colectivo. Los cambios que serían necesarios implementar no serían precisamente en la ley, sino en la aplicación de la misma, ya que se requiere definir los espacios de participación que se le deben de dar a la comunidad, con compromisos específicos y relaciones concretas.

No ____

Favor investigar _____

14. Existe un marco legal que confiere al MINSA el ejercicio de la función regulatoria de manera directa o por medio de agencia especializadas

Si existe marco legal de manera directa, ya que Panamá, cuenta con un extenso marco legal en salud, con una amplitud de leyes y normas que rigen la salud en el territorio nacional. Por lo general, estas se enfocan en su quehacer, Vinculado a su función normativa y la de provisión de los servicios de salud. Sin embargo; Existen lagunas, conflictos e inconsistencias, entre las Diferentes partes que dan forma al marco legal en salud.

La Constitución Política de la República de Panamá y el Código Sanitario, son el principal Marco legal para el ejercicio de la salud en Panamá.

Como principales componente se destaca en:

El Código Sanitario de la República de Panamá: Ley 66 de 10 de noviembre de 1947. "Por

La cual se aprueba el Código Sanitario", (G.O. 10467 de 6 de diciembre de 1947) el cual

Define aspectos relevantes concernientes a la salud pública y su organización, es el otro

Referente legal.

El Código Sanitario, es el instrumento normativo que da cobertura a todas las actuaciones

del sector salud de Panamá; muy amplio y reglamenta lista, ya que regula desde la salud

Pública hasta la atención a la población, incluyendo la regulación de las profesiones, la

Industria sanitaria y la carrera administrativa de los funcionarios.

No ____

Favor investigar _____

15. Explique si el ejercicio de la función regulatoria ha resultado ser positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población.

Sí ___si_

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

En nuestro concepto si ha sido aceptable y positivo el ejercicio de la función regulatoria ya que es evidente los cambio y mejoramiento en cuanto al objeto y fin establecido; toda vez que paso a paso con la colaboración de todo un equipo institucional se hacen las labor en diferente departamento que a fin de cuenta el factor común es el bienestar de todos lo ciudadano en diversas regiones de salud, no obstante sin ignorar el fuerte y dedicado papel que juega **el componente** de dos entidades fundamental que por medio de toda norma hace valer lo preceptuado en cada una de esas ideas y esa entidades son:

Las dos entidades financiadoras de los servicios públicos de salud pública y atención Médica en el país son **el MINSA y la CSS**, quienes aportan cerca del 70% de los recursos dejándole una simbólica suma de gasto por parte de los ciudadano de un 30 %, lo que se sustenta con un resultado bueno.

No___

Favor investigar_____

16. Conoce el nivel de competencia establecido en materia de fiscalización para el nivel local, regional y nacional.

Sí ___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No___

Favor investigar_____

17. Existen normas sanitarias para el funcionamiento de establecimiento público y el MINSA fiscaliza el cumplimiento de éstas.

Sí si_

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Si existen normas sanitarias que regulan los procesos técnicos dentro de las áreas, los cuales están basados en protocolos, leyes, y manuales, asegurando así el buen acceso de los servicios. CODIGO SANITARIO 10 DE NOVIEMBRE DE 1947

No___

Favor investigar

FOTOGRAFÍA N° 2. ¿CUÁL ES LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS?

Cuadro No.1

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

A. Indicadores demográficos	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Densidad de población	26.8			29.7			30.4		
· Rural									
· Urbana									
· Indígena									
Tasa de crecimiento natural o anual	27.6								
Tasa bruta de natalidad	30.8			31.0			33.3		
Tasa global de fecundidad	4.63			3.9			4.1		
Tasa general de fecundidad	128.9			129.9			138.3		
Porcentaje de población urbana									
Porcentaje de población rural	100			100			100		
Porcentaje de población indígena	100			100			100		
Razón de dependencia									
% De población inmigrante									
% De población emigrante									
Saldo migratorio									
% De población discapacitada									
Estructura de población por grupo de edad (en años)	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	2E+05	94827	98035	197981	97389	100592	203185	100004	103181
Menor de un año	6473	3306	3167	6583	3362	3221	6688	3416	3272
1 a 4	24444	12458	11986	24771	12624	12147	25177	12831	12346
5 a 9	28907	14715	14192	29244	14883	14361	29547	15036	14511
10 a 14	26223	13358	12865	27287	13901	13386	27612	14060	13552
15 a 19	22123	11160	10963	22113	11178	10935	22919	11626	11293
20 a 59	74958	35100	39858	77848	36549	41299	80655	37954	42701
60 a 64	3228	1484	1744	3255	1481	1774	3306	1508	1798
65 y más	6506	3244	3262	6880	3411	3469	7281	3573	3708
Otras Tasas	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad General	3.2			3.4			3.4		

Tasa de mortalidad en < de 1 año	17.4			20.7			21.4		
Tasa de mortalidad perinatal	10.9			15.5			13.2		
Tasa de mortalidad neonatal	6.2			9.4			7.8		
Tasa de mortalidad postneonatal	11.1			11.2			13.6		
Tasa de mortalidad en menores de 5 años									
Tasa de mortalidad materna	39.1			16.9			22.5		
Esperanza de vida al nacer (total)									

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2000, 2014, 2015 y 2016 por cada uno de los distritos.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2000, 2010, 2013 y 2014 por cada uno de los distritos.

1. Qué conclusiones pueden surgir como producto del análisis de los indicadores demográficos en relación con la salud-enfermedad de la población de su área de influencia? Dr. Barry
2. Cómo afecta la transición demográfica las condiciones de salud de la población?

La migración en la población Ngöbe Buglé es notable sobre todo para la temporada de la cosecha del café en los distritos de Boquete y Bugaba (corregimiento de Volcán); la Safra en la Provincia de Veraguas y en el distrito de Alanje, Provincia de Chiriquí; cosecha de sandía para la provincia de Darien, y en la Provincia de Bocas del Toro en el distrito de Changuinola. Podemos mencionar, además, las migraciones que se dan en el área fronteriza de Panamá con la República de Costa Rica. La migración de la población indígena se da más que todo en busca de trabajo asalariado para sufragar los gastos de la familia.

La transición demográfica en la comarca tiende hacia la población adulta mayor, lo que incrementará el manejo de enfermedades crónicas como DM tipo 2, Hipertensión Arterial, Desgaste, Síndromes Reumáticos y deterioro de la conciencia por enfermedades degenerativas cerebrales, lo que requerirá de mayor esfuerzo y recurso para el manejo de las mismas.

3. Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?
- Entrenamiento intensivo del recurso Humano existente en el manejo VIH SIDA, y revisión de las guías del manejo del adulto mayor.
 - Mejorar las condiciones estructurales de la CTARV CNB y de la sala de aislamiento del HGOCH.
 - Entrenar el equipo básico de atención en VIH SIDA del área norte de la comarca y apertura de la CTARV del área Ño Kribo.
 - Crear el departamento de Salud del Adulto Mayor, para el adecuado seguimiento de los casos y de las necesidades de insumo.
 - Mejorar el abastecimiento según la necesidad real para el manejo de antihipertensivos, hipoglicemiantes, oxigenantes del SNC, Antirretrovirales, y alimentación complementaria y suplementaria así como de AINES.
 - Programación junto a los niveles locales de jornadas de educación y promoción en salud sexual.
 - Realización de jornadas masivas de toma de pruebas rápida por VIH.
 - Mejorar la oferta de los servicios de fisioterapia a la población de CNB que los requiera.
 - Mejorar los medios de transporte para la realización de las actividades periféricas antes mencionadas y así acercar los servicios a las comunidades.

Cuadro No. 2
Situación de Salud, Aspectos Económicos y Sociales

B. Aspectos económicos y sociales	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa				ND			72.6	87.0	59.6
Tasa de actividad				ND			78.2		
Tasa de desempleo				ND					
Tasa de empleo informal				ND			73.1%		
Porcentaje de población asegurada				ND			ND		
<input type="checkbox"/> asegurados activos									
<input type="checkbox"/> pensionados									
<input type="checkbox"/> jubilados									
<input type="checkbox"/> beneficiarios									
Porcentaje de analfabetismo	45.9			30.8			ND		

Escolaridad de la población									
<input type="checkbox"/> Básica completa				43.4			42.3		
<input type="checkbox"/> Media completa				28.0			29.0		
<input type="checkbox"/> Vocacional				2.6			3.0		
<input type="checkbox"/> Universidad completa				13.7			13.6		
Déficit habitacional	86.2								

Incidencia de la pobreza por distrito	% de Población		
	Total	Pobres	Pobres Extremos
1. 2000			91.5
2.			

¿Cuáles son las tendencias esperadas en los próximos años, en los indicadores de salud ambiental, educación, vivienda, saneamiento y desempleo?

Tendencias esperadas en saneamiento han ido mejorando para el 2017 en agua un 40% de las casas tiene acceso a agua y se espera que se mejore en un 15 % en saneamiento el 29% de las casas cuentan con unidades sanitarias se espera que se mejore en 40%

¿Cuáles son los principales riesgos a la salud y los distritos en los que se deben priorizar las intervenciones?

HACERLAS POR DISTRITO

¿Cuáles son los principales productos agrícolas y de alimentos procesados en la región?

- Entre los principales productos agrícolas y de alimentos procesados podemos mencionar. El café cultivado en tierras altas del Corregimiento de Hato Chami, el arroz, maíz, yuca, frijoles y plátanos en tierras altas de Besiko, Mirono, Nole Duima y Muna.

Cuál es el porcentaje de tierras dedicadas a la agricultura y ganadería extensiva intensiva?

El porcentaje de tierras dedicadas a la agricultura es un 60% según datos suministrados por el MIDA y el 2% a la ganadería intensiva.

¿Cuántos proyectos de reforestación con respaldo privado o del gobierno se desarrollan?

Actualmente Mi ambiente desarrolla proyectos de reforestación en el área de Chichica y Soloy.

¿Cuál es el porcentaje de comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales (inundación etc.)?

INUNDACION	SEQUIA	DESGLIZAMIENTO DE TIERRA	VIENTOS HURACANADOS
KANKINTU	SOLOY-BESIKO EN VERANO	Hato Chami Raton Soloy	HATO CHAMI
KUSAPIN	Buenos Aires	DISTRITO DE MUNA	CHICHICA
SOLOY		NURUN	AREA DE COORDILLERA
RIO CHIRIQUI		AREA DE COORDILLERA	

¿Cuáles son las principales actividades económicas de la región y que proporción de las poblaciones dedica a ellas?

. **La principal actividad económica** a la que se dedican los habitantes de la comarca **es la agricultura** de subsistencia, siendo los cultivos temporales como el Arroz, Maíz, Yuca, Frijoles, Ñame y Otoe sus principales bases alimenticias aunque la producción por hectáreas de estos rubros está por debajo de la mitad de la producción a nivel nacional. Los cultivos permanentes de mayor importancia económica dentro de este contexto son el Banano, Café y Cacao. Los cultivos de rentabilidad o su producción (además de servir para autoconsumo) que se comercializa en los mercados locales, regionales o nacionales son: en el área Ño Kribo el Arroz, Otoe y Cacao (éste último también se exporta), en las regiones Kodri y Nedrin solamente el Café (cuya producción se estima en más de 15 mil quintales en pergamino al año, lo cual representa el 4 por ciento de la producción nacional).

Las mujeres ngäbe elaboran, entre su artesanía tradicional, elementos que les sirven para su vestimenta y de sus familias y para la venta. Esto incluye bolsas tejidas de fibra vegetal (llamadas "kra"), coloridas batas largas para la mujer decoradas con motivos geométricos ("naguas") y pulseras y collares de cuentas y chaquiras, antes usados como adornos para la guerra. Los hombres tejen sombreros de fibra vegetal para uso cotidiano o para vender.

El aporte de los ngäbes al folclore panameño se aprecia en la "kra" (llamada "chácara" en español) y en los sombreros, Panamá. Ambos elementos han sido

incorporados a la vestimenta del campesino panameño. Del 100% de la población Ngobe Bugle, el 75 % se dedica a esta, labores.

¿Cuáles son los mecanismos de suministro de agua (acueductos, acueductos rurales, pozos); disposición de agua residuales (alcantarillado, fosa séptica, tanque séptico), residuos sólidos (rellenos sanitarios, enterramiento, incineradores y vertederos a cielo abierto) y otros? Incluir comunidades sin acceso a estos mecanismos y formas de gestión de los mismos.

De los mecanismos de suministros de agua podemos decir lo siguiente.

- 508 comunidades se abastecen de acueductos rurales por gravedad, el resto se abastece de ríos, quebrada, agua lluvia. No ay Alcantarillados, solo 302 casa cuentan con fosas sépticas, no existe relleno sanitario toda la basura que se genera va a cielo abierto, 1478 comunidades no cuentan con acceso a agua de sistema de acueductos.

**CUADRO 3
SANEAMIENTO BASICO**

Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)	2000	2010	2012
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
<input type="checkbox"/> Urbano			
<input type="checkbox"/> Rural			
<input type="checkbox"/> Indígena		12407	13586
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)			
<input type="checkbox"/> Urbano			
<input type="checkbox"/> Rural			
<input type="checkbox"/> Indígena		0	2018
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
<input type="checkbox"/> Urbano			
<input type="checkbox"/> Rural			
<input type="checkbox"/> Indígena		58	190
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)		0	1

Cuadro no.4

Principales Etnias Predominantes – Ngabe Bugle

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia		
	1	2	3
% de población según edad	1NGOBE	2BUGLES	
Menor de 1 año	94.%	6%	
1-4 años	3.0	3.3	
5-9 años	15.	15.	
10-14 años	18.	18.	
15-19 años	16.	15.	
20-59 años	10.	10.	
60-64 años	33.	34.	
65 y más	2.0	2.0	
Lenguaje y dialectos	3.3	3.3	
	NGOBERE	BUGLES	

Cuadro No. 7
Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo

C. Principales causas de mortalidad	2014			2015			2016		
	Tot al	Mas c	Fe m	Tot al	Mas c	Fe m	Tot al	Mas c	Fe m
Mortalidad general (1)									
1- Síntomas y signos no clasificados en otra parte	45.1			60.6					
1. Accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otras violencias	31.6			32.8				24.1	
2. Enfermedad por VIH	18.1			24.7				28.5	
2. Diarreas y gastroenteritis	36.8			36.4				37.9	
3. Tuberculosis	23.8			16.2					
3: Tumores	15.0			19.2					
4. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	15.5			17.7				20.7	
5. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	9.9			15.2				17.7	
4. Neumonías	16.6			18.1					
Mortalidad en menores de un año									
1. Otros síntomas y signos no clasificados en otra parte	1.1			1.5					
2. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.2			0.91					
3. Otras malformaciones congénitas	1.1			1.4					
4. Neumonía	1.4			2.4					
5. Malformaciones congénitas del corazón	1.5			2.1					
Mortalidad en menores de 1-4 años									
1. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias									
2. Enfermedades del sistema respiratorio									
3. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio									
4. Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas									
5. Enfermedades del sistema digestivo									
Mortalidad Perinatal – (datos incluidos en las tasas neonatales)									
Mortalidad Neonatal									
1. Otras malformaciones congénita	2.6			2.7					
2. Malformaciones congénitas del corazón	1.5			2.1					

3. Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	0.31			0.61					
4. Sepsis bacteriana del R.N.	0.61			1.4					
5. Otras afecciones respiratoria. R.N	1.1			0.46					
Mortalidad Materna (3)									
1. Causa obstétrica directa	2.0			1.1					
2. Causa obstétrica indirecta	0.46			0.16					
3. Embarazo terminado en aborto									

1) tasa de mortalidad según estimado de población al 1 de julio del año respectivo.

2) tasa de mortalidad menores de un año según el estimado de población de menores de un año

3) tasa de mortalidad materna x 1000 nacidos vivos

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República

D. Principales causas de Morbilidad	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Morbilidad general . Tasa X 10,000									
1.Resfriado Común				800.8	622	974	817.2	684.9	945.3
2.Parasitosis intestinal				245.0	209	640	215.1	192.1	237.4
3.Caries				573.4	474.1	669.7	278.4	219.3	335.7
4.Pioderma				162.2	159	165.5			
5.Gastroenteritis y colitis de presento origen infeccioso				147.1	139	155.5	266.2	261.8	270.5
5.Cefalea							173.1	57.8	284.8
Morbilidad en menores de un año . Tasa x 1000									
1. Resfriado Común				311.6	267	358.9	277.4	247.1	308.9
2. Pioderma				72.6	64.8	80.7	50.8	43.6	58.4
3. Diarreas				127.9	128	129.1	135.9	138.2	133.6
4. Inf. Aguda vias respiratorias				60.8	61.3	60.2	97.6	109.7	84.9
5. Influenza				31.7	28.5	35.1			
5. Bronquiolitis							31.5	33.1	29.9
Morbilidad de 1-4 años Tasa x 1000									
1. Resfriado común				217.4	206	229	221.9	218.2	225.9
2 Pioderma				63.2	65.9	60.3	48.3	51.3	45.2
3. Gastroenteritis				50.7	53.7	47.4	84.4	82.6	86.3
4. Inf. Aguda vias respiratoria							25.9	28.4	23.4
5. Parasitosis				53.2	51.8	54.7	42.7	46.2	39
5. Desnutricion leve				38.1	38.7	37.4			
Morbilidad materna									
1.Aumento pequeño de peso				294			558		
2. Desnutrición en el embarazo				130			167		
3.Amenaza de aborto				127			102		
4. Infeccion Vias urinarias				78			101		
5. Aumento excesivo de peso							73		
5. Embarazo prolongado				61					

E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1. NEUMONIA				46.8	45.6	47.8	38.9	38.1	39.8
2. DIARREA				215.4	205	225.9	309.2	305.6	312.7
3. VARICELA				7.7	7.5	7.9	6.4	7.3	5.6
4. INFLUENZA				87.7	74.2	100.7	60.2	57.3	63.1
5.									

Tasa x 10,000

Tasa x 10,000

F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles.	2014			2015			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. MALARIA				0	0	0	0.3	0.3	0.3
2. LEISHMANIASIS				11.2	10.7	11.7	13.1	12.3	63.1
5.									

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2014			2015			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.Obesidad no especificada				199	85.4	300.2	346.8	147.3	524.8
2.Hipertensión esencial primaria				172.5	142	199.8	219.8	180.8	254.7
3.EPOC				35.3	21.7	47.5	29.7	19.7	38.6
4.Artritis reumatoide				31.6	14.9	46.4	26.1	13	37.7
5.Diabetes				74.8	55.5	91.9	20.7	43.9	62.4
5.Artritis, no especificada				26.9	14.5	38	13.3	7.9	18

H. Principales causas de discapacidad	2014			2015			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Psiquiátrica (Mental)									
2. Visual									
3. Auditiva									
4.Física									
5. Intelectual (PCI)									
6.Múltiples									
7. Órganos y sistemas (otras)									

Observacion: Psiquiatria (mental) son pacientes en seguimiento en Centros de salud. (a)

Observacion: Psiquiatria (mental) son pacientes en seguimiento en Centros de salud.

I. Principales problemas de salud emergentes y reemergentes que afectan a la población (enfermedades y situaciones de riesgo)	2014			2015			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. VIH . TARV									
2. TUBERCULOSIS LIC. ALFREDO									
3. DR. BARRY									
4.									
5.									

J. Principales causas de egresos hospitalarios	2014			2015			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. ATENCION DEL PARTO				621	0	621	877	0	877
2. NEUMONIA				353	113	240	56	18	38
3. DIARREA				148	47	101	90	29	61
4. BRONCONEUMONIA				115	37	78	62	20	42
5. EPOC				106	34	72	90	31	59

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República

1. A partir de los principales problemas de salud identificados describa la situación de principales conductas y hábitos de riesgos de la población (tabaquismo, sedentarismo, hábitos de alimentación y nutrición, conductas y prácticas sexuales sin protección, consumo de alcohol, drogas, violencias, acoso, acoso entre niños/as y adolescentes (bulling), ruidos, accidentes, delitos, intoxicación por plaguicidas, otros). Existe programas dirigidos a promover o incentivar los estilos de vida saludables en la población, cuáles?

Entre los principales problemas identificados podemos enunciar los siguientes:

Nutrición: la población no varía los alimentos, comen siempre lo que está disponible que solo contiene almidones (yuca, arroz), además de esto podemos agregar que la desnutrición es multifactorial: las condiciones ambientales, de agua potable, disposición de excretas y practicas básicas de higiene, condiciones culturales y de educación e importante inseguridad alimentaria ósea falta de producción de alimentos, disponibilidad de alimentos y su consumo. La desnutrición aguda va alrededor del 23%. El acceso a los servicios básicos de salud, la dispersión geográfica también afecta e influye como factor en la desnutrición.

Conductas y prácticas sexuales: El continuo cambio de pareja sexual, la homosexualidad y el no uso de preservativos está influyendo en la creciente aparición de enfermedades ITS y el VIH.

Factores como estos favorecen la desintegración familiar.

Cabe destacar que el consumo de bebidas alcohólicas contribuye significativamente al aumento de estos problemas mencionados.

La población Ngobe Bugle tiene practicas peligrosas para la salud como la chichería la cual se realiza durante las balserias.

La violencia intrafamiliar o familiar es un elemento presente en la comunidad Ngobe Bugle.

El tabaquismo es otro factor que se ha venido incrementando sobre todo en la población joven (adolescente).

2. Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad.
- Los resultados presentan un panorama típico de las áreas pobres y rurales con niveles bajos en educación y de saneamiento básico, donde las enfermedades infecciosas ocupan los primeros lugares al igual que los producidos por contacto o consumo de aguas contaminadas. Dentro de las enfermedades producidas por vectores, la leishmaniasis y la malaria sigue siendo problema de salud aunque no se refleje en los cuadros anteriores. Las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA (tanto en la incidencia y la mortalidad). Las causas de morbilidad general en la población Ngäbe- buglé son en alguna de ellas debidas a mala práctica en el saneamiento básico en los hogares y la no aplicación de estilos de vida saludables como la higiene bucal y personal. Afectando de igual manera a menores de un año y de 1 a 4 años, siendo de los grupos más vulnerables. La mortalidad para el 2010 y 2012 por causas infecciosas aportan el 63% y 58% respectivamente. Las defunciones relacionadas a enfermedades crónicas presentan para el mismo periodo 13.2 % y 18.7, observándose un incremento de dichas enfermedades en esta población que predomina otro tipo de enfermedades como causa de muerte.

CARACTERIZAR POR DISTRITO SEGÚN SEXO Y EDAD

- 3.Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?
- La tendencia de las enfermedades de notificación obligatoria irán en aumento debido al número de profesionales de salud (médicos) ubicados en las instalaciones de la red primaria que se ha fortalecido con los equipos básicos o giras integrales que visitan los grupos poblacionales asignados (haciendo más diagnósticos).

4.Cuál es la situación de la Salud Ocupacional en las áreas de responsabilidad de la región? Cómo han venido comportándose los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales?

5. Se conoce cuál es la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afecta

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

La población con estudios y con mayor accesibilidad a los servicios conoce e identifican las causas y condiciones de salud, ya que estos acuden a las instalaciones de salud y constantemente reciben charlas de diferentes tipos sobre las enfermedades y sus consecuencias. La población no estudiada (no todas) pero con mayor grado de inaccesibilidad a los servicios de salud y a la promoción y prevención atribuyen sus enfermedades a factores mágicos o hechizos

No___

Favor investigar_____

Cómo lograron adquirir ese conocimiento?

A travez de la educación y la promoción de la salud entendiéndose que es un proceso permanente.

6. Presentar los avances de su región en relación a los ODM

- Referente a los avances de los Objetivos del milenio que nos corresponde como región de salud podemos decir lo siguiente:

***Objetivo N°4 REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL**

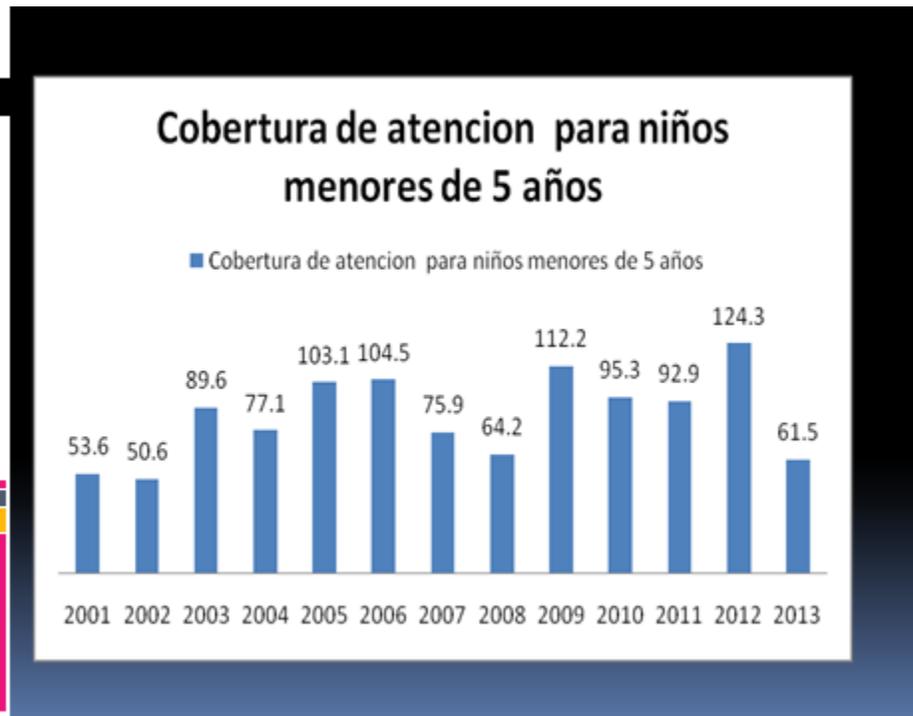
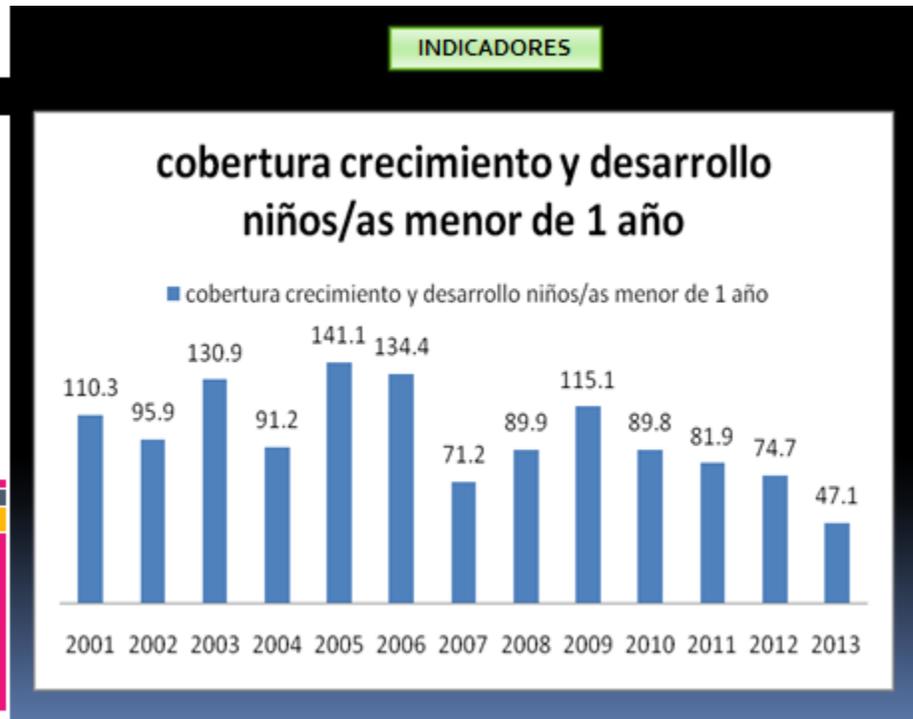
Meta “Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la mortalidad de niños menores de cinco años”

- **Indicadores**

4.1 tasa de mortalidad de niños menor de 5 años

4.2 tasa de mortalidad infantil

4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.

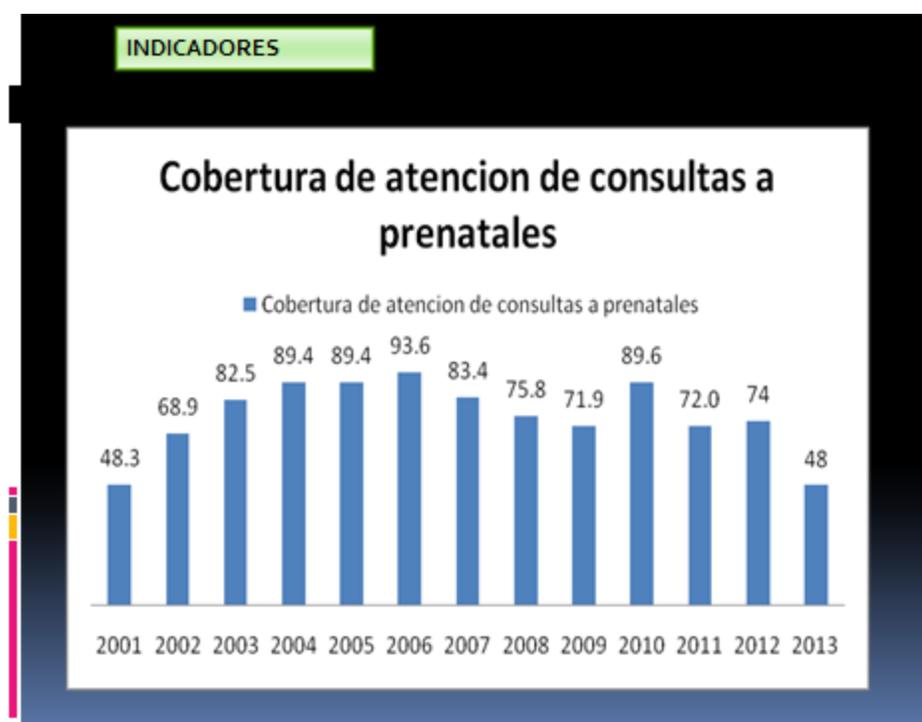


OBJETIVO 5 – MEJORAR LA SALUD MATERNA

META “Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes”

Indicadores:

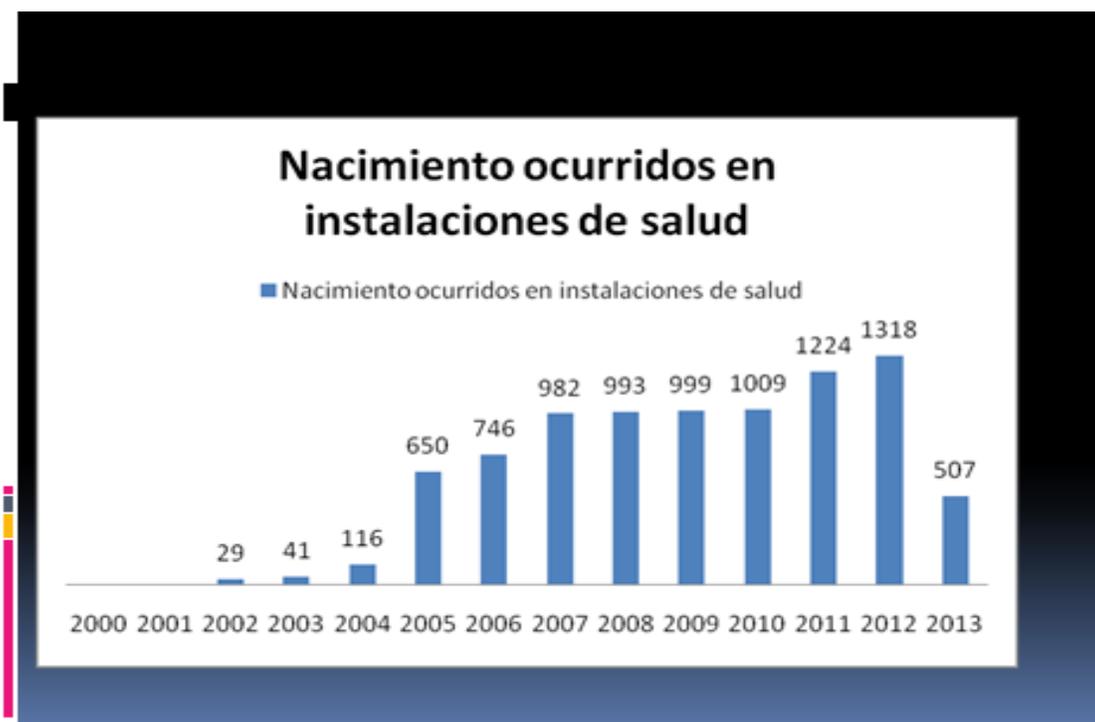
- 5.1. Tasa de mortalidad materna
- 5.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
- 5.3. Tasa de uso de anticonceptivos.
- 5.4. Tasa de natalidad entre las adolescentes.
- 5.5. Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas).
- 5.6. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar
-



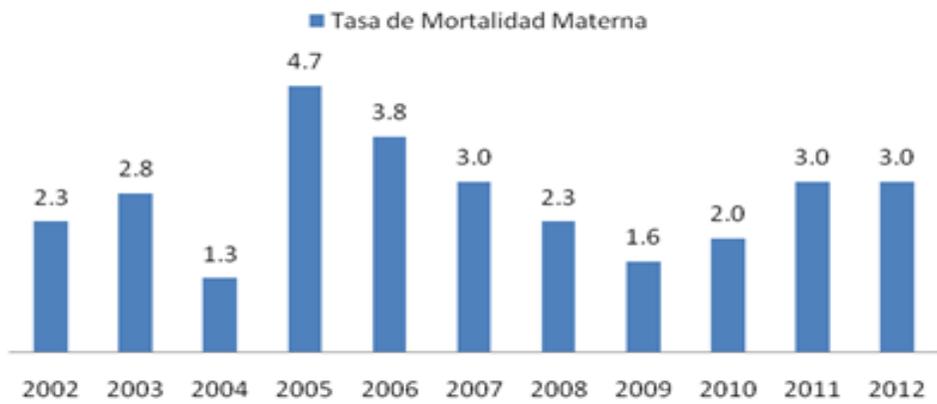
CONSOLIDADO DE MUERTES MATERNAS POR DISTRITO

DISTRITOS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013
BESIKO	0	4	2	4	3	3	4	3	3
MIRONO	0	4	3	1	2	1	1	2	0
MUNA	6	3	3	7	3	2	4	6	6

ÑURUM	3	0	3	2	2	1	0	0	0
NOLE DUI MA	2	1	2	2		4	0	1	0
KANK INTU	4	4	4	6	1	2	3	3	0
KUSA PIN	2	0	1	0		1	2	0	0
TOTAL	17	16	18	22	10	14	14	14	15 15



Tasa de Mortalidad Materna

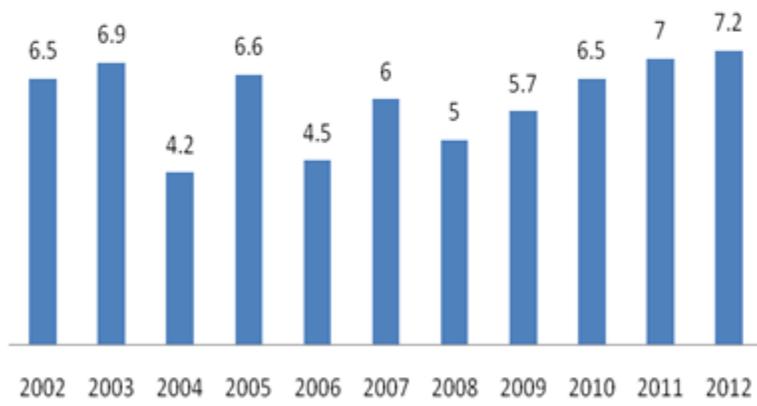


Tasa de Mortalidad perinatales



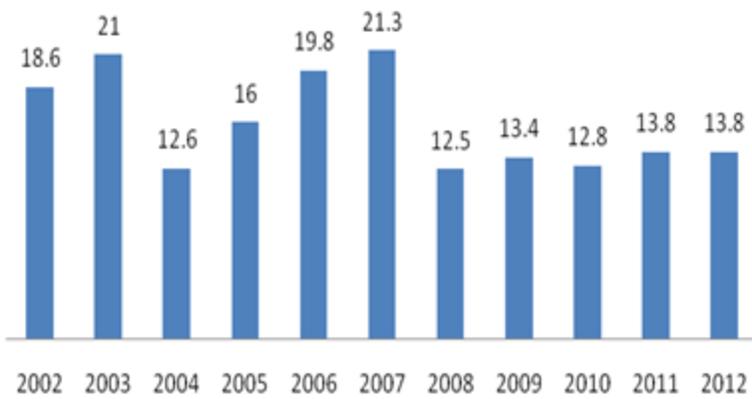
Tasa de Mortalidad neonatal

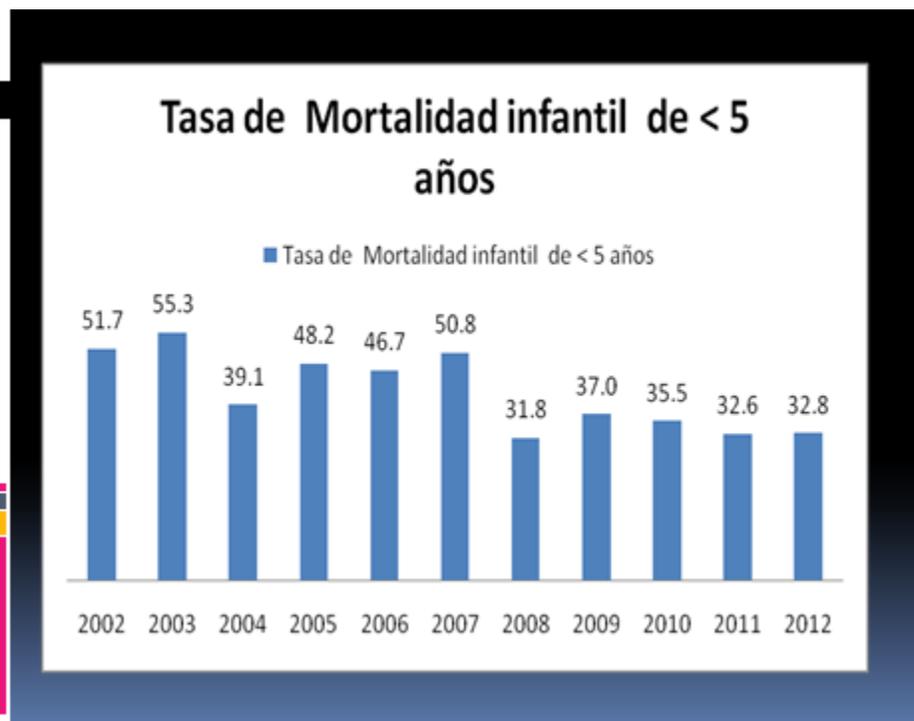
■ Tasa de Mortalidad neonatal



Tasa de Mortalidad Postneonatal

■ Tasa de Mortalidad Postneonatal





COBERTURA DE VACUNACION < 5 AÑOS (VACUNAS TRAZADORAS)

vacuna	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	*2012	*2013
BCG	95.7	132.8	167.7	160.9	115.4	140.8	146.8	224.6	124.8	112.2	93
POLIO	46.1	77	129.9	193.7	78	99.8	119.4	170.5	90.4	110.3	72.3
PENT A	56.1	99.7	122.6	206.2	87.9	101	118.7	170.5	87.1	97.4	71.4
MMR	61.3	71.1	33.7	32.6	109.7	156.9	152.5	181.2	114.5	96.2	80.6
HEPA	-	-	-				150.1	181.9	122.4	89.7	84.4
HEPB	-	-	8.3	63	44.7	45.8	41.3	41.3	48.7	47.6	36.7
ROTA VI	-	-	67.3	22.1	41.2	105.7	33.7	153.3	97.2	95.3	88.6
TDAP	-	-	-	-	-	-	74.4	145.8	166.8	89.6	76.6
VPH	-	-	-	-	-	-	13.9	98.7	72.7	84.6	65.3

FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. ¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria

Los aspectos fundamentales que considera la vigilancia sanitaria son las siguientes; Identifica, detecta, cuantifica y monitorea las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en la población. De igual manera observa los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y

huéspedes para la presencia de enfermedades. Detecta cambios en las prácticas de salud e investiga y controla las enfermedades con acciones desde el nivel local.

¿Qué problemas se deben vigilar?

Todos los problemas de salud de notificación obligatoria e inmediata establecidas en el decreto 268. Además, todo problema de salud emergente o reemergente o que no se conozca en la región siempre y cuando tengan interés sanitario.

1. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades para la vigilancia sanitaria a nivel regional?

La fortaleza es el equipo regional y local en la notificación de los problemas sanitarios detectados y la debilidad es la comunicación de la información del nivel local al regional.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

1. ¿Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por cada Distrito?

(referencias CS)

Podemos señalar que la mayoría de los corregimientos y comunidades de la Comarca Ngöbe Bugle son áreas de difícil acceso, ya sea por su accesibilidad geografía, acceso de caminos, dispersión de la población, condiciones naturales propias de la región dificultan los accesos a los servicios de salud y educación que son los principales componentes.

Pero hemos escogido algunos de los lugares más distantes e inaccesibles de la región por distrito.

DISTRITOS	COMUNIDADES
ÑURUM	Guibale, Guayabito
MUNA	Guayabal, Guacamaya, Alto Balsa
Nole Duima	Ratón
Mirono	Cascabel
Besiko	Shube, Cerro Patena
Gironday	Qda. Venado, Qda Zorra
Kankintu	Trinchera
Kusapin	Cañaverál
Bledeshia	Alto Bilingüe

2. ¿Cuáles son las distancias (en tiempo y en kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera?

DISTRITOS	COMUNIDADES	HORAS	KM	CS –	CABECERA
ÑURUM	Guibale, Guayabito			Buenos Aires	Buenos Aires
MUNA	Guayabal, Guacamaya, Alto Balsa			Llano ñopo	Llano Ñopo
Nole Duima	Raton			Hato Chami	Hato Chami
Mirono	Cascabel			Hato Chami	Hato July
Besiko	Shube			Soloy	Soloy
Gironday	Qda. Venado, Qda Zorra			Kankintu	Guariviara
Kankintu	Trinchera			kankintu	Kankintu
Kusapin	Cañaverál			Kusapin	Kusapin
Bledeshia	Alto Bilingüe			Santa Fe	Santa Catalina

3. ¿Cuáles son los medios usuales de transporte utilizados? Horario del sistema de transporte.

DISTRITOS	COMUNIDADES	HORAS	TRANSPORTE	HORARIO	SALIDA
ÑURUM	Guibale, Guayabito	5	Caminando – carro 4 x 4		
MUNA	Guayabal, hato Comun	4	Caminando		
Nole Duima	Raton	3	Camindando – carro 4x4		
Mirono	Cascabel	5	Caminando – carro 4 x4		
Besiko	Shube	4	Caminando carro 4x4		
Gironday	Qda. Venado, Qda Zorra	9	Caminado		
Kankintu	Trinchera	9	caminando		
Kusapin	Cañaverál	4	botes		
Bledeshia	Alto Bilingüe	8	Caminado – carro 4x4		

4. ¿Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.

DISTRITOS	COMUNIDADES	HORAS
ÑURUM	Guibale, Guayabito	5
MUNA	Guayabal, hato Comun	4
Nole Duima	Raton	3
Mirono	Cascabel	5
Besiko	Shube	4
Gironday	Qda. Venado, Qda Zorra	9
Kankintu	Trinchera	9
Kusapin	Cañaverál	4
Bledeshia	Alto Bilingüe	8

5. ¿Cuál es el costo de movilización para la población?

DISTRITOS	COMUNIDADES	COSTO	CS –	CABECERA
ÑURUM	Guibale, Guayabito		Buenos Aires	Buenos Aires
MUNA	Guayabal, Guacamaya, Alto Balsa		Llano ñoño	Llano Ñopo
Nole Duima	Raton		Hato Chami	Hato Chami
Mirono	Cascabel		Hato Chami	Hato July
Besiko	Shube		Soloy	Soloy
Gironday	Qda. Venado, Qda Zorra		Kankintu	Guariviara
Kankintu	Trinchera		Kankintu	Kankintu
Kusapin	Cañaverál		Kusapin	Kusapin
Bledeshia	Alto Bilingüe		Santa Fe	Santa Catalina

6. ¿Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujograma.

- Se realizan atención extramuro
- Visita de grupos itinerantes

COMPLEJIDAD DE LA RED

1. La región cuenta con una red integrada e integrales de servicios de salud (RIISS)?

Sí ___

Si es si, como se organiza: En este último quinquenio, con la introducción de la Estrategia CONE (que es una Estrategia de intervención logística para la reducción de la morbimortalidad materno e infantil) se ha intentado organizar en redes tomando en cuenta todos los servicios de salud que se brinda en cada una de nuestras instalaciones de acuerdo a sus respectivos grados de complejidad. El proceso en la ejecución del mismo es percibido un poco lento de acuerdo a lo que se ha pactado dentro de la misma estrategia; sin embargo se ha logrado avanzar; desde la selección de las instalaciones que serán sujetas a cambio en infraestructura para adecuarlas a los estándares en la atención de los Cuidados Obstétricos Neonatales así como la conformación de las redes y microredes para la atención de nuestros pacientes.

No__

Favor investigar

Tambie existen red integrada para brindar servicios de salud, sin embargo existen asociaciones como ASASTRAN (Asociacion de Medicina Tradicional y Parteras), quienes colaboran con la promoción, prevencion y atencion asi como referencias a la red institucional propia del Ministerio de Salud

2. Con base a los niveles de atención (primero y segundo) ¿Cómo caracteriza la complejidad de las instalaciones de la red pública regional de salud, tanto del MINSA como de la CSS?

- Red es totalmente primaria (Promocion, prevencion y atencion de morbilidades, urgencias y traslado a otros niveles de atencion). La Infraestructura esta conformada por red primaria, con Puestos de Salud , Subcentros de Salud, Centros de Salud, un Hospital Rural en San Felix que funciona como un Centro de Salud con mayor capacidad de estancia intrahospitalria e interconsulta de manera Presencial a través de las especialidades existentes (Ginecobstetricia, Pediatría y Medicina Interna). Contamos con apoyo del Programa de Mejoramiento de la equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud dentro de Convenios adquiridos Regionalmente con el Nivel Central a través de UGSAF con financiamiento del BID y BM, actualmente el Programa comprende 27 Grupos Poblacionales; 14 Grupos itinerantes o giras integrales bajo responsabilidad de OEs y DRS, 13 Grupos de Red Fija de las cuales 7 pasaron a modalidad Itinerante bajo responsabilidad de la DRS a través de un Equipo de Gestión (conformado por un coordinador de Proyecto, 3 coordinadores de salud, 2 supervisores de Salud, 1 experta en Registros Estadísticos en Salud y 1 coordinadora de Nutrividas) Estos grupos poblacionales también se dedican a la atención primaria.

3. ¿Cuáles son las características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos? Cuáles son los horarios de atención?

- Entre las principales características podemos enunciar las siguientes:
- Se han hecho adecuaciones y mejoras a algunas instalaciones de salud con presupuesto regional y ser ha hecho compra de equipos a los Centro de salud, tomando en cuenta la producción y evaluación del POA esto como un incentivo.
- En cuanto a los recursos humanos en los centros de salud se tiene al equipo básico completo para la atención de la población, pero los puestos de salud necesitan ser reforzados por lo menos con un técnico de enfermería, ya que en su mayoría solo cuentan con un asistente de salud que tiene poca capacidad resolutive a la población y la población tiene que caminar largas horas para recibir la atención de un médico en los centros de salud o esperar la

atención de giras integrales cada dos meses. Además podemos agregar que en la mayoría de los Centros de Salud la Infraestructura no está acorde con la necesidad y demanda real de la población, Faltan consultorios para Nutrición, Áreas para Saneamiento Ambiental, Área para toma de muestras de laboratorios, Área para atención de Trabajo social, Psicología, Salud Mental que podría compartirse según cronogramas, e inclusive se requieren Consultorios Médicos y Área de urgencias sobre todo en las instalaciones de la Costa. A pesar del espacio físico que falta para el recurso humano ya existente, es necesario mas recurso humano para poder cubrir con las demandas diarias de la población sin desatender las actividades de promoción y prevención que deben ser la prioridad en estas áreas; sin embargo se ha dotado a los Centros de Salud con equipo biomédico básico para los controles de salud y además para la atención de urgencias, ya que deben funcionar 24 horas dado que no existe en el área otro sistema o ente que ofrezca salud a esta población. Requerimos con urgencia un presupuesto para mantenimiento de equipos biomédicos (además del personal capacitado en la rama- Técnico Biomédico) ya que al dotar con Equipos Biomédicos en este último periodo administrativo a algunas de nuestras instalaciones periféricas de mayor grado de complejidad requiere consigo el compromiso como ente responsable administrativo del mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos, lo cual estamos limitados en este sentido por carecer de dicho Recurso Humano tan necesario en nuestra área y reemplazar otros, además de la reinstalación CON URGENCIA de Sistema de red de comunicación (sea Telesalud o radio de transferencias en todas las instalaciones ya que en muchas ocasiones es la única manera con la cual contamos en mantenernos en contacto con aquellas áreas muy remotas donde en perspectiva carecemos de ese personal altamente capacitado para la atención de nuestra población de responsabilidad- que en nuestro caso sería la Gran Mayoría). Los horarios regulares de atención son de 7am a 3pm y en 9 Centros de Salud y un Puesto de Salud-P/S Coclesito, con 24 horas de atención con personal Técnico Médico, con lo que se puede ver urgencias y programar controles de salud para programas específicos como manipuladores de alimentos, tomas de muestras diversas, seguimiento y terminación de pacientes odontológicos, etc.

- En la mayoría de nuestras instalaciones de salud (CS y PS) no contamos con los equipos tecnológicos básicos por ejemplo (computadoras, teléfonos, fax, etc). La comunicación se da por medio de celulares personales cuyo costo es asumido por personal técnico del área y solo en algunos casos muy contados con teléfonos públicos funcionante.
 - Nuestro horario de atención en los Centros de salud con cama (9) son las 24 horas, 365 días del año. En las otras instalaciones los horarios de atención son de 7:00 am a 3:00 pm.
4. ¿Qué instalaciones tienen horario extendido y en que horario funcionan?

DISTRITO	INSTALACION	HORARIO
Nurum	CS de Buenos Aires	24 horas
Muna	Cs Llano Nopo	24 horas
Nole Duima	Cs Hato Chami	24 horas
Besiko	Cs Soloy	24 horas
Kankintu	Cs Bisira	24 horas
Kankintu	Cs kankintu	24 horas
Kusapin	Cs Kusapin	24 horas
Kusapin	Cs Rio Chiriqui	24 horas
Bledeshia	Cs Santa Catalina	24 horas
Jirondai	P/S Coclesito	24 horas

5. ¿Cómo esta sectorizada la red de servicios? Cuáles son los criterios aplicados para la sectorización?

La Sectorización está dada por Distritos Sanitarios en áreas de tierra o sur (con 5 Distritos), y Norte o Costa (4 Distritos); en cada uno de los distritos contamos con una Instalación de Salud de mayor complejidad dentro del Primer Nivel de Atención que sería los Centros de Salud y en la cual cuenta con el Equipo Básico en Salud Completo con cada una de las disciplinas que corresponde; los Distritos están bajo la coordinación de la figura de un Director Médico que labora dentro del área y estos a su vez tienen a bajo su responsabilidad el resto de las instalaciones periféricas de menor grado de complejidad que en su gran mayoría solo cuenta con la figura de un Asistente de Salud para lo cual realiza actividades prioritarias en la Prevención Primaria (Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades); sin embargo, debido a las necesidades existentes en el área también realizan actividades de Atención de morbilidades, bajo la supervisión indirecta del coordinador Médico del Distrito correspondiente esto debido a lo difícil de la geografía en nuestro territorio de responsabilidad. Los criterios para sectorización son las divisiones políticas, la facilidad de acceso a instalaciones de salud de la población.

6. ¿Cómo se integran los equipos básicos de cada establecimiento de salud?

Actualmente la integración no se aprecia como tal debido a la escases del Recurso Humano evidente en cada una de nuestras instalaciones periféricas y como en cualquier otra Región de Sanitaria el personal de Salud a pesar de todas las dificultades y limitaciones inherentes al optar laborar en nuestra Región, intenta de cuidarse de cumplir con lo que estas establecido o normado de acuerdo a su perfil laboral cubriéndose claro está de situaciones Médico Legales que pudiesen surgir en un momento dado buscando siempre el bienestar de nuestros pacientes, situación que difícil de asumir por la escases del principal Recurso existente en toda organización-que es el Recurso Humano-, ya que cada funcionario se involucra en su perfil de atención, en realidad es un grupo de atención. En el pasado el Medico mantenía el rol de jefe del equipo y se funcionaba como tal, sin embargo, actualmente podemos decir que las actividades siguen realizándose a pesar de no ser parte del perfil de uno u otro funcionario; sin embargo conocemos que existen leyes y normas de los derechos de cada funcionario que hay que respetar. A pesar de ello se esta tratando de realizar todas las actividades sin desgastar al personal de salud existente, ellos crean o proponen estrategias de atención a la DRS. Se puede decir que la integración esta retomándose o en proceso.

7. ¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

Nº	PROFESIONAL	CANTIDAD
1	Medico general	1
2	Enfermero/a básico	1
3	Técnico en enfermería	1
4	Técnico saneamiento ambiental	1
5	Nutricionista	1

8. ¿Cuál es la población de responsabilidad de los equipos básicos de sector?

Toda la población es responsabilidad de la Region de Salud, incluyendo la que esta adscrita a través de Convenios de gestión con Prestadores de servicios externos a través de la Estrategia de extensión de Cobertura. Actualmente la población de Comarca Ngabe Bugle es de 192,862 hab. De estos los Equipos básicos de OE tienen responsabilidad de 78,189 hab.; la Red Fija 20,517 hab. ; la modalidad combinada que incluye las instalaciones de salud y OE

tienen 47,092 hab. Lo que nos deja aun una población que no estamos cubriendo de 47,062 hab.; posiblemente por las constantes migraciones en busca de ingresos económicos, así como oportunidades de empleos en otras provincias. Sin embargo con el proceso de nominalización de la población esperamos llegar a aumentar el numero de beneficiarios y disminuir la brecha del acceso a los servicios de salud.

DISTRITO	INSTALACION	Población responsabilidad
Nurum	CS de Buenos Aires	
Muna	Cs Llano Nopo	
Muna	Cs chichica	
Muna	SBCS Alto caballero	
Nole Duima	Cs Hato Chami	
Nole Duima	SBCS Cerro Iglesias	
Mirono	CS hatu July	
Besiko	Cs Soloy	
Kankintu	Cs Bisira	
Kankintu	Cs kankintu	
Kusapin	Cs Kusapin	
Kusapin	Cs Rio Chiriqui	
Bledeshia	Cs Santa Catalina	

9. ¿Cómo caracteriza la cartera de servicios y programas que se ofertan a la población?

La Cartera de Servicios esta enfocada en actividades de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades y Atención a la población. La Cartera de Servicios del Hospital de San Félix se actualizo en 2011. Actualmente está en proceso de revisión ya que ésta Unidad Sanitaria está incluida para adecuarla dentro de la Estrategia CONE a un CONE Completo que inclusive está diseñada en tener un Salón de operaciones de lo cual carece en estos momentos, con lo que podríamos decir que podría cumpliría con lo que está aprobado mediante la Ley del 15 de marzo del año 2012 constituirse en una Unidad Hospitalaria de Segundo nivel de Atención elevándose así su Grado de Complejidad.

Es un conjunto de prestaciones priorizada que se le brinda a la población mediante una cartera de oferta que intenta cubrir una demanda existente en cada área en particular y que se encuentra bajo la responsabilidad de cada instalación y por ende bajo la región de salud. Responde a las necesidades a las que son susceptibles de las comunidades y deben ser atendidas en el primer nivel de atención.

No hemos incluido los servicios de manera exhaustiva sino que la instalación de salud de red fija e itinerante trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las 15 actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres (3) modalidades de atención establecidas por el MINSA (promoción, prevención y atención). Contiene intervenciones básicas, enfocadas en el objetivo de garantizar un buen estado de salud en las comunidades.

10. ¿Presentar la cartera de servicios que ofrece la región para la red fija, por instalación y para la red itinerante?

Servicios de promoción de salud a nivel de la región estos servicios son de salud ambiental y anivel de los paquetes de atención si esta dentro de Promoción de la salud)

Servicios de promoción de salud

1. Saneamiento ambiental.

- El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura.
- Identificación de factores de riesgos en las viviendas

Servicios de promoción de salud

- Promoción de estilos de vida saludables y disminuyendo el riesgo del tabaquismo.
- La formación de jóvenes educadores de pares informan a sus compañeros escolarizados sobre el riesgo de las ITS, VIH, tabaquismo y promueven la elaboración de un plan de vida con metas claras a alcanzar tomando en cuenta las limitantes y fortalezas que poseen
- La formación de redes intersectoriales para hacerle frente a los problemas comunes que tienen nuestras comunidades. Como la violencia doméstica, dengue, etc.
- El desarrollo de ferias de la salud para la promoción de estilos de vida saludable.
- La elaboración y distribución de materiales educativos y promocionales sobre estilos de vida saludable.
- La conformación de adolescentes en los centros de salud que ingresan al programa de servicios amigables para el adolescente.
- La elaboración de material didáctico, juegos de mesas y rota folios para el desarrollo de habilidades para la vida en cada centro de salud en el programa de servicios amigables (13 centros).
- Reactivación o conformación de los comités intersectoriales de Guías de Gestión.
- Implementación del programa familias fuertes.

2. Educación para la salud.

- Promoción de las inmunizaciones
- Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
- Promoción de los controles prenatales
- Promoción de los controles puerperales
- Promoción de la lactancia materna
- Promoción de la salud bucal
- Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.

3. Educación sobre alimentación y nutrición.

- Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses
- Consejería individualizada a embarazadas
- Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
- Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses
- Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puérperas y madres lactantes

4. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

- Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas
- Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.
- Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.
- Identificación y capacitación de monitoras comunitarias

- Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses
- Reunión comunitaria con los líderes y autoridades
- Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

Servicios de prevención de salud

5. Inmunizaciones
6. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto
7. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses.
8. Controles a escolares y adolescente mediante la estrategia de fortaleciendo llamada servicios amigables.
9. Control puerperal
10. Atención integral para las mujeres en edad fértil.
 - Toma de muestra de Papanicolau a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
 - Examen de mamas
 - Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.
 - Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.
11. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario
 - Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
 - Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

Servicios de atención de salud

12. Atención a la morbilidad
 - Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.
 - Atención de enfermedades inmunoprevenibles
 - Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas
 - Atención primaria de las urgencias
 - Atención de morbilidad general
13. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso
14. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.
15. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.
16. Mejora de cobertura de atención a adolescentes por demanda espontánea y atención en los centros educativos para la detección oportuna de adolescentes embarazadas, uso de tabaco, droga y algún tipo de violencia.
17. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis
18. Captación y Atención de pacientes con enfermedad Inmunodeficientes (VIH) a través de 2 clínica organizadas (Clínica TARV) - Uno para la población de responsabilidad del Área Sur (5 Distritos y que apoya a su vez a los distritos del Oriente Chiricano- y el otro para la población de responsabilidad del área Norte (Costa) que incluye 4 Distritos.

19.

CARTERA DE SERVICIOS PARA EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (PMEFSS) EN EL CENTRO DE SALUD DE BISIRA (NB 29)

Servicios de promoción de salud

5. Saneamiento ambiental.

- El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura.
- Identificación de factores de riesgos en las viviendas

6. Educación para la salud.

- Promoción de las inmunizaciones
- Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
- Promoción de los controles prenatales
- Promoción de los controles puerperales
- Promoción de la lactancia materna
- Promoción de la salud bucal
- Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.

7. Educación sobre alimentación y nutrición.

- Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses
- Consejería individualizada a embarazadas
- Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
- Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses
- Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puérperas y madres lactantes

8. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

- Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas
- Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.
- Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.
- Identificación y capacitación de monitoras comunitarias
- Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses
- Reunión comunitaria con los líderes y autoridades
- Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

Servicios de prevención de salud

20. Inmunizaciones

21. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto

22. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.

23. Control puerperal

24. Atención integral para las mujeres en edad fértil.

- Toma de muestra de Papanicolau a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
- Examen de mamas
- Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.

- Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.

25. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario

- Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
- Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

Servicios de atención de salud

26. Atención a la morbilidad

- Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.
- Atención de enfermedades inmunoprevenibles
- Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas
- Atención primaria de las urgencias
- Atención de morbilidad general

27. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso

28. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.

29. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.

30. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar y adolescentes mediante una estrategia de fortalecimiento llamada servicios amigables.

31. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis

CARTERA DE SERVICIOS PARA EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (PMEFSS) EN EL CENTRO DE SALUD DE KUSAPIN (NB 35)

Servicios de promoción de salud

9. Saneamiento ambiental.

- El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura.
- Identificación de factores de riesgos en las viviendas

10. Educación para la salud.

- Promoción de las inmunizaciones
- Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
- Promoción de los controles prenatales
- Promoción de los controles puerperales
- Promoción de la lactancia materna
- Promoción de la salud bucal
- Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.

11. Educación sobre alimentación y nutrición.

- Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses
- Consejería individualizada a embarazadas
- Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
- Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses
- Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puérperas y madres lactantes

12. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

- Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas
- Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.
- Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.
- Identificación y capacitación de monitoras comunitarias
- Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses
- Reunión comunitaria con los líderes y autoridades
- Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

Servicios de prevención de salud

32. Inmunizaciones

33. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto

34. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.

35. Control puerperal

36. Atención integral para las mujeres en edad fértil.

- Toma de muestra de Papanicolau a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
- Examen de mamas
- Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.
- Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.

37. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario

- Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
- Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

Servicios de atención de salud

38. Atención a la morbilidad

- Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.
- Atención de enfermedades inmunoprevenibles
- Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas
- Atención primaria de las urgencias
- Atención de morbilidad general

39. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso

40. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.

41. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.

42. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis

CARTERA DE SERVICIOS PARA EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (PMEFSS) EN EL CENTRO DE SALUD DE SOLOY (NB 38)

Servicios de promoción de salud

13. Saneamiento ambiental.

- El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura.
- Identificación de factores de riesgos en las viviendas

14. Educación para la salud.

- Promoción de las inmunizaciones
- Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
- Promoción de los controles prenatales
- Promoción de los controles puerperales
- Promoción de la lactancia materna
- Promoción de la salud bucal
- Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.

15. Educación sobre alimentación y nutrición.

- Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses
- Consejería individualizada a embarazadas
- Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
- Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses
- Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puérperas y madres lactantes

16. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

- Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas
- Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.
- Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.
- Identificación y capacitación de monitoras comunitarias
- Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses
- Reunión comunitaria con los líderes y autoridades
- Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

Servicios de prevención de salud

43. Inmunizaciones

44. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto

45. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.

46. Control puerperal

47. Atención integral para las mujeres en edad fértil.

- Toma de muestra de Papanicolau a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
- Examen de mamas
- Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.

- Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.

48. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario

- Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
- Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

Servicios de atención de salud

49. Atención a la morbilidad

- Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.
- Atención de enfermedades inmunoprevenibles
- Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas
- Atención primaria de las urgencias
- Atención de morbilidad general

50. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso

51. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.

52. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.

53. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis

11. ¿Cuál es el costo de los productos incluidos en la cartera de servicio?

El costo en la atención percapita en la red fija es de 44.58 con variaciones un poco mayor tanto para la Oes como para los grupos itinerantes

12. ¿A qué tarifa se ofrecen los servicios para el usuario asegurado y no asegurado?

Los servicios son gratuitos en centros y Puestos de salud de la comarcal. En el Hospital de San Felix se recauda con exoneración según evaluación administrativa, ya que no cuenta con evaluador socio económico como tal. Se utiliza los precios de referencia del Ministerio de Salud y en algunos servicios se hace un ajuste debido al nivel socioeconómico de procedencia de los pacientes, es la misma tarifa para todos. Se estandariza. Los asegurados no pagan por el momento.

La cartera de servicio en la red itinerante no se cobra a los beneficiarios pues es gratuita y priorizada a los grupos protegidos por la ley de gratuidad (menores de 5 años, discapacitados y embarazadas); aunque se extiende más allá a los adultos con enfermedades crónicas y a la atención de las morbilidades encontradas aunque esta no es su prioridad.

Los servicios son gratuitos en centros y Puestos de salud de la comarca.

13. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?

Sí __SI existen los protocolos.__

Si es sí, ¿cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican?

Se aplican los Protocolos y Guías de Atención normados por el Ministerio de Salud a nivel nacional; el Hospital actualmente esta en proceso de revisión y adaptación de sus Protocolos, lo cual no se ha realizado antes.

Para la red fija y la itinerante

La metodología para la elaboración de los protocolos ha sido: revisión de las normas establecidas en el MINSA, reuniones técnicas con los responsables de programas del MINSA, revisiones con personal con experiencia en el trabajo de campo, y ajustes a la factibilidad real en las zonas rurales de difícil acceso.

Si es si, ¿cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican? ____En los centros de salud excepto el Hospital

En cada una de nuestras instalaciones se aplica las normas, Protocolos y Guías de Atención establecidas y normadas por el Ministerio de Salud a través de las Coordinaciones de cada uno de los Programas existentes (es importantes aclarar que algunas de ellas ya están desfasadas en el tiempo y necesitan con urgencia actualizarse ya que reconocemos que los conocimientos en medicina son dinámicos y cambiantes con los nuevos descubrimientos en el día a día)

¿Cada qué tiempo se revisan los protocolos de atención?

- Los Protocolos de atención se revisan a nivel central, generalmente cada 5 años. La Región Ngabe Bugle mas que revisión adapta el Protocolo Nacional según el área geográfica y la población, esto se hace por Programa cada año. De manera que se tengan estrategias para cumplir con normas básicas de atención a la población.

No ____

Favor investigar: En la red itinerante y fija se entregaron junto con el reglamento operativo los protocolos que responden a las normas de atención a la población del MINSA, pero no poseemos información de quienes la elaboraron ni quienes la revisan o cada cuanto tiempo son revisadas.

14. ¿Cómo se articula la red de servicios del MINSA con la de la CSS? Existe consenso firmado?

- No hay convenios con la CSS. No hay instalaciones de la CSS en la comarca.

15. ¿Cómo se articula la red formal de servicios de salud con la informal?

-
- La red informal está compuesta por curadores, parteras, médicos tradicionales los cuales tienen una organización denominado ASASTRAN, existe un convenio el cual está en revisión por el nivel nacional, en donde se establece un consenso o dinámica para dar atención a la población principalmente en los centros de salud, en donde la población puede escoger ser atendido por un médico tradicional o el médico de la instalación de salud tratando siempre de tener una armonía con las costumbres y tradiciones de nuestra población indígena.

16. ¿Cómo se articulan la red formal pública y la privada?

En el territorio de responsabilidad Comarca Ngabe Buglé No contamos con instalaciones de Salud tipo Privado sino mas bien todos pertenecen al sistema de Salud Público. hay articulación formal excepto en los casos de enfermedades de notificación obligatoria donde las instalaciones privadas deben reportar al ministerio de salud las mismas, sin embargo no hay un monitoreo que fortalezca esta interacción

17. El sistema de referencia – contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias

Sí __si__

Si es si, explique:

Si es si, explique: Si existe un formulario que se aplica en todas nuestras instalaciones periféricas con las otras instalaciones o Unidades sanitarias del país incluso con las de la CSS que es a través del Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia(SURCO). La debilidad

radica principalmente en que estos formularios una vez aplicados desde nuestras instalaciones periféricas hacia otras instalaciones de mayor grado de complejidad no son devueltas para su respectivo seguimiento de caso.

No_____

Favor investigar_____

18. ¿Cómo se da el flujo de pacientes a lo interno de cada instalación sanitaria y entre una y otra instalación de la red regional de salud?

Es importante recalcar que a nivel interno el paciente se acercara según su necesidad es canalizado por la ventanilla de Registros Estadísticos de salud a los servicios básicos como medicina general y enfermería, que contempla múltiples actividades, de allí son referidos hacia otras disciplinas dentro de la instalación como Odontología, Nutrición, Laboratorio u Saneamiento Ambiental y por último Farmacia (dependiendo de cada caso en particular). En algunos casos dentro de nuestra red de Servicios el paciente viene referido de una instalación de menor grado de complejidad (tipo Puesto de Salud o SubCentros de Salud) para la debida atención Médica de acuerdo al padecimiento en un momento dado siempre canalizado utilizando el Formulario unificado del Sistema Único de Referencia y Contra referencia.

El flujo de pacientes en Puestos de salud : Se da la promoción mientras se solicitan tarjetas de pacientes o identificación para sacar o hacer expedientes según sea el caso. El Paciente es llamado vacunado si lo requiere y luego el funcionario que finaliza la promoción a través de charlas o videos (Televisor con DVD uso con energía de panel solar donación por Soledusa Unión europea) procede a entregar medicamentos , nutricereales.

Centro de Salud: Un funcionario encargado de registros médicos solicita la identificación o tarjetas, se pregunta en que servicio desea ser visto, de aquí mientras se saca el expediente, el paciente va a la sala de espera donde se le da promoción según cronogramas realizados por el equipo de salud (temas de odontología, enfermería, Medicina, Ambiente y agua, temas de deberes y derechos de los pacientes , formas de uso de las instalaciones de salud, tipos de urgencias, etc.) el paciente es llamado a filtro donde es pesado, su expediente es revisados por personal de enfermería quien lo dirigen según su necesidad sin dejar de cumplir los controles; el paciente pasa a vacunación, atención con el medico o enfermera según sea el caso, debe pasar al odontólogo y luego a farmacia. Otro flujo es directo con el nutricionista y si presenta morbilidad se envía con el medico general. El medico general envía al paciente con el odontólogo si este no acude por su propia demanda.

19. ¿Cuáles son los mecanismos con qué funciona el sistema de referencia contra referencia entre el primero, segundo y tercer nivel de atención? ¿Es eficiente y efectivo en el sistema? ¿Cuáles son las debilidades del sistema de referencia y contra referencia?

Mecanismos con que funciona es a través del SURCO, el paciente es referido por urgencia o por consulta externa a través de citas conseguidas telefónicamente tanto en Hospitales, Patronatos, del Minsa y de CSS en diversas provincias del país dependiendo de la especialidad que le compete. Hasta ahora no se ha logrado verificar su efectividad, pero al realizarse todos los traslados desde nuestro nivel primario en el formato correspondiente logra ser eficiente

Si la consulta se realiza desde una de nuestras Instalaciones Periféricas tipo Centros de Salud donde contamos con la figura del Médico, y la misma se realiza con la Modalidad de Urgencia, utilizando siempre el Formulario del SURCO- Si corresponde a una Instalación del Área Norte (Costa)-Todas son referidas vía acuática hacia el Hospital de Rambala ubicada en el Distrito de Chiriquí Grande, provincia de Bocas del Toro- lo cual es una instalación perteneciente a la CSS que en este caso sería nuestra Unidad Sanitaria de Referencia por ser el de mayor

Grado de Complejidad más cercana. Si corresponde a una instalación del Área Sur (Tierra)- Existe 4 opciones de referencia 1. El Hospital de San Félix (para los Distritos de Mironó y Nole Duima) 2. El Hospital Regional Rafael Hernández (si el paciente corresponde de 14 años en adelante) 3. El Hospital José Domingo de Obaldía (si el paciente corresponde a Embarazadas, Neonatos o niños menos de 14 años) (Para el Distrito de Besikó) y 4. El Hospital Luis Chicho Fábrega (Para los Distritos de Ñurum y Muná)

- Es importante aclarar que para el Hospital de San Félix las unidades Sanitarias Hospitalarias de referencia sería igualmente el Hospital Regional Rafael Hernández y el Hospital José Domingo De Obaldía según sea el caso requerido.

Si la consulta se realiza desde una de nuestras Instalaciones Periféricas tipo Centros de Salud donde contamos con la figura del Médico, y la misma se realiza con la Modalidad de Consulta Externa, igualmente bajo esta modalidad utilizando el Formulario del SURCO con un factor agregado de asegurarnos de sacar la cita vía telefónica (en el momento en que se tenga una señal disponible) a pesar de que en nuestras instalaciones periféricas no contamos con un personal encargado para ello sino más bien que lo realiza el Médico General del área ya que hay un compromiso de que nuestros pacientes sean en realidad atendido si se amerita por otro Personal Técnico Médico en este caso Especializado en una Unidad Hospitalaria de Mayor Grado de Complejidad; sin embargo siempre se tiene el apoyo de la Jefatura Regional de REGES para colaborarnos para sacarnos las respectivas citas en los casos en que las vías de comunicación no estén en óptimas condiciones. Las debilidades son los retornos de la información en el formato correspondiente por parte del especialista, quienes usan los formatos establecidos por la unidad hospitalaria en la que laboran. La Herramienta es valiosa, pero aun no se logra dar el uso adecuado para lograr el objetivo principal por el cual fue creado.

Hay una plataforma sentada en la referencia del paciente, pero en un mínimo de porcentaje existe una contra referencia sobre los hallazgos y evolución de los paciente, para mejorar el seguimiento del mismo.

20. ¿Se utiliza el SURCO? ¿Conoce la base legal que lo sustenta?

Sí ____

Si es si, conoce la base legal, menciónela:

: El Sistema único de Referencia y Contrarreferencia se creó con el objetivo de proporcionar una guía metodológica a los equipos de salud para la referencia adecuada de los pacientes a los distintos niveles de salud y el retorno del mismo a su instalación de origen e igualmente Homologar los criterios de cumplimiento para la coordinación y ejecución de los procedimientos del mismo en el ámbito de su responsabilidad fortaleciendo así una forma de comunicación rápida y efectiva entre la instalación emisora y la instalación receptora en salud, mejorando así la calidad de información entre ambos. Amparado en que como Estado el ente regulador de la Salud de la población panameña es el Ministerio de Salud y siendo nuestro deber garantizar este estado de completo bienestar, se reconoce la necesidad de que todas las instancias de salud unificaran un mismo sistema de referir y contrareferir a los pacientes de manera que se le pueda dar el seguimiento oportuno manejando información completa y detallada de los procesos de salud a los que fue sometido dicho paciente, de forma tal que el resultado final de verificación de la mejoría completa del paciente se de apropiadamente.

No ____

Favor investigar _____

21. ¿Cuáles son las principales dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del SURCO?

Los principales dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del SURCO consideramos que radica en que las Unidades Sanitarias de Mayor Grado de Complejidad orienten al paciente en devolver a sus respectivas instalaciones de origen (Instalación emisora) para tener acceso a un control de seguimiento óptimo y adecuado que contenga todos los procedimientos realizados y las recomendaciones a seguir por el personal técnico Médico en cada una de nuestras instalaciones.

Como se explico en la pregunta anterior, la contrarefencia es la parte que presenta mayor dificultad, ya que en un bajo porcentaje es conocido los hallazgos para el seguimiento de los mismos.

22. ¿Cuáles son las necesidades de mejoras a la estructura física? ¿Las instalaciones de salud cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad?

Todas las instalaciones de salud necesitan ser remodeladas, y adecuadas para el buen funcionamiento de los servicios de salud y de esta manera brindar atención de calidad y calidez, que tanto la población como el personal que allí labora se sienta satisfecho de su área de atención.

Las necesidades de mejoras es una de las graves problemáticas con las que nos encontramos en casi todas las instalaciones (cambio de techo, pinturas, ampliaciones, reposición completa, construcciones nuevas de concreto) son algunas de las que podemos mencionar, aunado a esto, las casa de personal necesitan ser remodeladas y ampliadas.

Nuestras instalaciones de salud no cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad, solo el Centro de Salud de Soloy, Sub Centro de salud de Alto Caballero y Puesto de salud de El Piro, cuenta con rampa para la población con discapacidad.

23. ¿Existen en su región los centros reintegra?

Sí ___

Si es si, donde está ubicado:

No_NO__

Favor investigar: La Region Ngobe Bugle no cuenta con centros reintegra.

24. ¿Se tienen actualizados el censo de población de discapitados

Sí ___

No__*_

Favor investigar:

El MINSA de la Ngobe-Bugle no tiene un censo de la población discapacitada; ya que esta población es captada y atendida a través de los diferentes programas de salud y programas sociales dentro de la comarca.

Comarca Ngobe-Bugle:

Total de discapitados:	7,061
0 a 24 años:	2, 842
25 a 100 años:	4,219

25. ¿Cómo se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contra referencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así ¿Cómo? ¿A qué modelo de atención responden? Actualmente se esta retomando el seguimiento de las contrareferencias, sin embargo el problema no esta en el nivel primario, si no en los segundos y terceros niveles , para fortalecer este sistema debera realizarse una campaña de sensibilizacion en las areas de las diferentes especialidades que deben contrareferir, inclusive para recomendar al generalista y verificar si el paciente fue manejado de la forma correcta. Este aspecto esta en manos de las autoridades nacionales y Directores de Hospitales. El SURCO responde a un modelo de atencion integral, sin embargo al no darse como debe se esta fragmentando dicho modelo.

Se ha iniciado los primeros avances con reunión de coordinación a nivel interno con la visión de crear una red de servicios hacia los centros de referencia de mayor complejidad.

26. Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

**Cuadro No. 9
CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)	1(0.13)	40
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general	9(0.46)	60
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	NO HAY	
Total centros ambulatorios		
Sector Privado		
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
Total Centros de Salud		

Fuentes:

*** Fuentes recomendadas: Encuestas poblacionales sobre percepción de necesidades de salud y atención de salud.*

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

1. ¿En qué espacios de geográfico-poblaciones se ubican los bolsones de desprotegidos?
 - Los bolsones identificados en la comarca Ngäbe-Buglé se encuentran principalmente en las áreas más distantes de los centros de salud donde se encuentran, con poblaciones dispersas y el terreno muy quebrado sin carreteras ni caminos de penetración. Estas áreas se encuentran en los corregimientos de Piedra Roja, Mununi, Guoroni (Norte de Kankintú), Valle Bonito, Río Grande, Río Piedra (Norte de Santa Catalina), el norte de Muna (Peña Blanca, Krua), corregimiento de Paredón y Guibale de Nurun.
2. ¿Cuáles son los principales riesgos que los afectan?

La dispersión de la población y las áreas inaccesibles, la cultura, la religión, la irregularidad del terreno, son factores que influyen en la atención en nuestra población.

 - .
3. ¿Cómo están las coberturas de vacunación contra el DPT, Polio, Hexavalente, en los menores de un año, contra el Sarampión en los niños de 1-4 años y contra el Tétanos en las mujeres en edad fértil en esos bolsones desprotegidos? ¿Cómo están las coberturas de vacunación contra el VPH en niñas adolescentes?

ANEXO PRESENTACION DE COBERTURAS - GRAFICAS

LOS RECURSOS HUMANOS

1. ¿Cuáles han sido los principales cambios introducidos en la planificación y la gestión de los recursos humanos (por ejemplo en el reclutamiento, la asignación a puestos de trabajo, el número de trabajadores, los mecanismos de redistribución, el despido u otros)?

En el reclutamiento de personal es un conjunto de procedimientos orientado a atraer candidatos potencialmente calificados y capaces de ocupar cargos dentro de la empresa, por lo cual en el Ministerio no han variado los cambios en cuanto al reclutamiento de personal, se espera que cada día las personas sean más capaces de desempeñar sus responsabilidades. En cuanto al número de trabajadores, en el caso específico de la Comarca Ngäbe Bugle se espera que aumente la cantidad de nombramientos ya que en los últimos años han sido muy pocos y se requiere con urgencia de personal calificado para su ubicación en las diferentes instalaciones de Salud. En cuanto a los despidos es potestad de las autoridades a Nivel Central del MINSA.
2. ¿Cómo se capacitan los recursos que sirven en la red informal de salud (parteras, curadores y otros)? ¿Quién ejecuta esta actividad y quien la supervisa?

En la mayoría de los casos el MINSA capacita a través del Departamento de Docencia de Recursos Humanos, ofreciendo con ello una gama de conocimientos y experiencias, logrando con ello lograr obtener el máximo conocimiento; para enfrentarse y desempeñarse en las instalaciones donde serán ubicados. Esta acción es supervisada por el Medico Regional, el Medico Distrital monitoreando con ello las acciones del personal.
3. ¿Cómo se actualizan las competencias técnico-administrativas y clínicas del personal de salud, sus horas semanales asignadas en las actividades clínico-asistenciales, administrativas, docencias, capacitación, urgencias, de promoción y prevención, visitas comunitarias, giras de salud y otras?

En nuestra región existe una Unidad Docente Regional lo cual coordina las capacitaciones y docencias tanto del personal técnico y administrativo de la Región; sin embargo el Departamento Regional de Provisión de Servicios apoya a dicha coordinación con asignaciones mensuales de reuniones de coordinación tanto para el personal Médico y de Enfermería que a su vez son capacitantes con temas docentes dentro de un plan de acción de acuerdo a las debilidades encontradas en el desempeño de actividades dentro de las instalaciones periféricas con la obligación de que las mismas se permee hacia el resto del personal sanitario en cada uno de los distritos.

Los Directores Distritales cuentan con la autorización de realizar reuniones Distritales con todo el Equipo de Trabajo bajo su coordinación (Personal Técnico y Administrativo) con la participación de los Equipos Básicos Itinerantes proporcionado por la Estrategia FORIS para adoptar estrategias y plan de acciones en sus respectivas áreas de trabajo. En estas reuniones igualmente se tratan temas de capacitación docente para el personal de salud del área.

La docencia al personal de enfermería se realiza mensualmente a nivel local y a nivel regional bimensualmente a excepción de las actividades docentes alusivas a campañas y según la necesidad del momento.

4. ¿Cómo participa el equipo de salud en la decisión de prioridades de salud?

Mediante reuniones de consultorías y asesorías, conociendo las necesidades básicas, y en conjunto con los datos estadísticos, se traza el perfil epidemiológico para mejorar la situación actual, y también es importante la opinión de la comunidad.

También deben realizar por año un Plan Operativo con Metas según su recurso humano y apoyo externo, deben participar en la realización del presupuesto para realizar las actividades plasmadas en su Plan, donde ellos mismos deben priorizar sus acciones.

5. ¿Cómo determina el equipo de salud los costos de la atención sanitaria? ¿Cuáles son las actividades con mayor peso en la definición de estos costos? N/A

El equipo de salud no determina los costos de la atención sanitaria, tampoco tienen idea. El mayor peso lo tiene las Hospitalizaciones o admisiones a salas de corta estancia; Se les orienta sobre los costos promedios de los insumos, el gasto en pago de turnos extras, combustibles para giras y/o traslados, una vez cada año. (Por Provisión y Gestión Farmacéutica, Almacén de Medicamentos, Coord. Medico quirúrgica)

6. Las tarifas existentes contemplan los costos reales de los servicios?

No, además es un aporte, se garantiza el servicio gratuito.

7. Los costos estimados se utilizan en el proceso de compensación de costo pactado con la CSS (convenio o acuerdo con la CSS)

No existe.

No estamos estimando costos de compensación. A nivel del Hospital de San Félix se inicia un proceso de evaluación del gasto en conjunto con Provisión Regional, dado a la alta demanda de población del oriente Chiricano que estamos atendiendo solo con presupuesto Regional ngabe Bugle.

8. Existentes en sus región entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud (Lista de entidades formadoras de los profesionales, tendencia de la relación “Generalista vs. Especialistas” y con que periodicidad se revisan y se reformulan los currículos de formación profesional en pregrado y posgrado de las carreras de salud).

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No

Favor investigar: No se revisan currículos, Se recibe apoyo de UNFPA para la actualización y entrenamiento de personal de salud en el ambito materno infantil, principalmente medicos generales y enfermeras, además formación de tecnicos de enfermeria para licenciados en enfermeria. Becas de estudio para postgrados en salud materna e interculturalidad en su mayoría para personal enfermeras.

9. Incorporar la parte de condiciones de empleo en las regiones (Existen estudios de tipo de empleo en salud, flexibilidad laboral y protección social de los trabajadores, distribución del empleo entre sectores públicos y privados,

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No

Favor investigar: No se conocen estudios.

10. ¿Cuál es la relación de ingresos y nivel de calificación de los recursos humanos en el sector público?

No se ha realizado un analisis, pero lo que se percibe es un ingreso elevado mientras mas alejado estes de la accesibilidad, este o no calificado para el cargo.

11. ¿Cuál es su relación con el sistema de remuneración privado?

No tenemos existen instalaciones sanitarias privadas.

No se tiene relacion con remuneracion en el ambito privado, sobretodo en el caso de medicina general, enfermeras , tecnicos de enfermeria, nutricionistas, el resto de personal tecnico como paramedicos, odontologos según el area geografica donde se encuentren si perciben un ingreso privado.

12. ¿Se está incorporando las modalidades de tercerización o externalización en el sector?

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

¿En qué áreas?

Favor investigar

13. Comentar las acciones del MINSA para mejorar el desempeño en la evaluación de la FESP.

Cuadro No.12
RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
ULTIMO AÑO DISPONIBLE

INSTITUCION	Cargos									
	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmacet.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA										
CONTRATO							1	12		
PERMANENTE	37	1	47	13	102	3	52	279	8	10
RED FIJA	1		1		6		5	5		
RED ITENERANTE										
CSS			1		6	1				
PRIVADO										
TOTAL										

LOS INSUMOS SANITARIOS

(Medicamentos. Médico Quirúrgicos, Laboratorios, Odontología, Imagenología)

- ¿Cuál es el número de farmacias funcionando?
 En la región Ngobe Bugle actualmente tenemos funcionando 93 instalaciones con área para dispensación y almacenamiento de medicamento, sin embargo contamos con 5 farmacias con personal idóneo (CS Kankintu, CS SOLOY C/S Hato Chami, C/S Llano Ñopo y HGOCH)
 ¿Cuántas son farmacias comunitarias?
 No hay farmacias comunitarias
- Conocen la existencia de la política de medicamentos del 2009?
 Sí SI
 No
 Favor investigar _____
- Conocen sobre la existencia de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP)?
 Sí si
 No
 Favor investigar _____
- Conoce sobre el avance en la elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales y especializados?
 Sí Si Ya se publicó en gaceta oficial la lista nacional de medicamentos esenciales. Son 712 medicamentos.
 No

Favor investigar _____

5. ¿Existe un listado regional de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología que considera los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios y el perfil de salud-enfermedad de la población?

Sí si existe el listado regional y se revisa anualmente con los coordinadores de distritos

No _____

Favor investigar _____

6. ¿Cuál es el número de renglones de medicamentos (325), médicos quirúrgicos (159), laboratorios (418), odontología (152), imagenología (48) incluidos? ¿Quiénes lo utilizan?

Región

RENGLONES	CANTIDAD
Medicamentos	325
Medico quirúrgico	159
Laboratorio	418
Odontología	152
imagenología	48

Hospital General Oriente Chiricano

Renglones	Cantidad
Medicamentos	281
Medico Quirúrgico	208

7. ¿Conoce y utiliza la herramienta LSS/SUMA, para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología en su almacén regional, hospital regional o instalaciones de mayor capacidad resolutive?

Sí si la conozco

pero ahora se utiliza el sistema ISTMO y se factura en Word

No _____

Favor investigar _____

8. Se utilizan los informes gerenciales y transaccionales que generan el LSS/SUMA, para la toma de decisiones gerenciales oportunas?

En la región se utiliza para la confección del cuadernillo, toma de inventarios, informes de abastecimientos y desabastecimientos, confrontación de inventarios de auditoría vs kardex vs SUMA.

Actualmente se usa el sistema Istmo, el Sistema SEIS se implementó en el Hospital General Oriente chiricano y el SIES a nivel regional.

9. ¿Existen esquemas de distribución y/o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología por grupos poblacionales o por patologías,

Sí si existen, cada año hay nuevos protocolos para el año 2017 a todas las instalaciones por igual bimensual con pedidos de consumo mensual de tres meses .

Si es si, explicar el flujo de la distribución de los insumos de medicamentos y de los otros insumos sanitarios hacia el nivel local.

Se trabaja por distritos, por orden de entrega de cada instalación.

No___

Favor

investigar_____

10. ¿Se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios (medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología) en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos?

Sí Si formato SIAL para consumo diario, mensual y trimestral, planificado por los coOrdinadores de los insumos

No___

Favor investigar_____

11. ¿Están conformados los comité regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?

Sí si esta creado, resolución 037 del 23 de julio de 2014 , Como están conformados son 14 funcionarios y además participan todos los que fueron capacitados en el seminario de fármaco vigilancia.

No___

Favor investigar_____

12. ¿Existen y se aplican protocolos de tratamiento estandarizado para las patologías prevalentes en las instituciones?

Sí si esta elaborado, está en validación por el comité farmacoterapia y farmacovigilancia. La Dirección Regional de Provisión junto con la de Salud de Adultos han hecho énfasis en la distribución de los protocolos y los médicos los están utilizando.

Favor investigar_____

13. ¿Qué porcentaje de las farmacias privadas cuentan con farmacéutico. En qué horario del servicio se concentran estos profesionales? Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?
En la región Ngabe Bugle no tenemos farmacias privadas

14. ¿Qué porcentaje de las farmacias de la red pública de servicios de salud (CSS y MINSA) cuentan con farmacéutico.

EN EL HOSPITAL DE SAN FELIX y en los Centros de Salud de Hato July y Buenos Aires

15. En que horario del servicio se concentran estos profesionales?

Los horarios son los siguientes:

a) Días de semana (lunes a viernes)

El horario establecido es de 7:00am hasta las 3:00 pm

b) Feriados y fines de semana

El horario establecido es de 7:00 am hasta las 11.00 pm

Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?

En el lapso de tiempo en que no se cuenta con el servicio de farmacia dentro de nuestra instalación que sería de 11:00 pm hasta las 7:00 am, la demanda de consulta por morbilidad es baja, sin embargo si el paciente que acude a consulta amerita la receta de medicamentos ambulatoriamente se le indica que podrá retirarlo a las 7:00 am. Dejamos claro y sobre entendido que el manejo inicial la recibe en el momento de la consulta con los medicamentos disponibles dentro del cuarto de urgencia.

16. ¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?

NO TENEMOS BANCO DE SANGRE

17. ¿Cuántos laboratorios clínicos, de agua, de alimentos están funcionando?

Tenemos 4 laboratorio clínicos funcionando en los cs de soloy, kankintu. Alto Caballero y HGOCH.
, de agua (0), alimentos (0)

18. ¿Existe un laboratorio de referencia definido? ¿Qué criterios se aplicaron para su selección?

Sí SI, el Hospital general Oriente Chiricano, para los Centros de salud y el Hospital Jose Domingo de Obaldia. Para el hospital General oriente chiricano los criterios que se utilizan son la accesibilidad y disponibilidad de pruebas

No ___

Favor investigar _____

19. ¿Son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? ¿Con que criterios se definen esas tarifas? ¿Existe margen de ganancia para las instalaciones de salud? ¿Cuál es?

En todas las instalaciones comarcales el servicio de salud es gratuito, en el hospital general oriente chiricano son uniformes las tarifas de laboratorio y medicamentos hacia todos nuestros usuarios. estas tarifas están dictaminadas a través de un listado de costos aproximados dados por el

departamento de costos del nivel central que son acordes a nuestro grado de complejidad y situación socioeconómica del área de responsabilidad.

20. ¿Existe un laboratorio de referencia definido para citología?

Sí SI, Hospital Jose Domingo de Obaldia , Hospital Chicho Fabrega y Hospital de Rambala, dependiendo de la accesibilidad de las instalaciones.

No____

Favor investigar_____

21. ¿Cómo se prioriza la adquisición de medicamentos, insumos de odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología?

- Se trabaja en base a un cuadernillo de insumos sanitarios priorizando en base al perfil epidemiológico, morbilidades del año anterior, método logístico de consumo y método demográfico.
- Laboratorio envía cuadernillo con estimación de necesidades a nivel central para los insumos necesarios en los laboratorios de los centros de salud, sin embargo las distribuciones en algunas ocasiones están retrasadas por lo que con la finalidad de mantener abastecidos se realizan traslados de partidas a la 274. También se debe mencionar que cuando se envía estimaciones muchas veces se pide reducción de las mismas ya que se sobrepasa presupuesto asignado, así que la diferencia de insumos son comprados localmente. El HGOCH cuenta con asignación presupuestaria sin embargo solo cubre para 4 meses por lo cual también se realizan traslados a la 274 del HGOCH y así garantizar la adquisición de los insumos.

Cuadro No. 13
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS, INSUMOS DE
ODONTOLOGÍA, MÉDICO QUIRÚRGICO, LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA
EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

INDICADOR	2013	2014	2015	2016	2017
Gasto total en medicamentos por la CSS	No hay instalaciones				
Gasto total en medicamentos por MINSA	2,116,815.40	2,521,269.21	2,786,557.55	2,188,260.08	1,018,338.72
Gasto Per cápita en medicamentos	11.57	13.78	15.23	11.96	5.57
Gasto total en laboratorio por la CSS	No hay instalación				
Gasto total en laboratorio por MINSA	45,647 (274 región) 165000 (274 HGOCH) 2017 ADEMAS DE DESPACHOS NIVEL CENTRAL				
Gasto Per cápita en laboratorio					
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS	NO HAY INSTALACION				
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA	Centralizada				
Gasto Per cápita en médico quirúrgico					
Gasto total en odontología por la CSS	No hay				
Gasto total en odontología por MINSA		5,278.52	49,897.24	18,645.88	15,743.48
Gasto Per cápita en odontología					
Gasto total en imagenología por la CSS	NO HAY INSTALACION				
Gasto total en imagenología por MINSA	Nivel central				
Gasto Per cápita en imagenología	Nivel central				

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

1. ¿Se conoce el porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso?

Sí si el 60%

Si es si, comente cuales:

No ___

Favor

investigar _____

2. ¿Conoce el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil?

Si el 30%

3. ¿Existe algún listado de equipos para su reposición?

Sí si

Si es si, comente cuales:

Existe listado de equipo biomédico según necesidades y solicitudes de los Directores de Distritos, además la lista oficial de Bienes Patrimoniales y las fechas de adquisición permiten mantener un listado de lo que se requiere comprar cada año. También se toma en cuenta la cartera de servicios y los profesionales que laboran en cada instalación de salud así como la infraestructura para la elaboración de la necesidad de equipo biomédico básico anual. En los últimos 5 años no ha variado mucho. En la mayoría de los casos los equipos requieren energía eléctrica y para otros el mantenimiento preventivo que no se realiza más que una vez al año por el nivel Central ya que no contamos con el personal altamente capacitado e idóneo para ello. Generalmente los que más se reponen son equipos básicos pequeños que la región de salud adquiere a través de donaciones o compras locales por medio de traslados financieros, también a través del PMEFS, ya que la partida de Equipo biomédico está centralizada.

Principalmente lo que más se solicita son Esfigmomanómetros Aneroides para Adulto y pediátrico, estetoscopios adultos y pediátricos, Nebulizadores, Camillas ginecológicas, dopplers Fetales, Monitor Fetal, Saturómetro, Set de Diagnósticos, Set de Intubación.

De lo que no se solicita, pero se ha contemplado según el área geográfica, personal que labora, espacio físico, condiciones de energía son: Laringoscopios adultos y pediátricos, Monitores fetales, monitores de signos vitales, desfibriladores, Camas para partos, bacinetes, Doppler fetal portátil, Autoclaves, camas de Hospitalización.

No

Favor investigar _____

FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

1. ¿Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos? A nivel hospitalario se han establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica? ¿Han sido efectivos? Existe una lista de espera por servicio quirúrgico?

N/A ya que no contamos con salón de operaciones por el momento.

2. ¿En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios es espera por la atención demandada?

En los centros de Salud atención con el médico, ya sea por control o por morbilidad. En el Hospital la espera se concentra en el cuarto de urgencias, ya que la población acude por trastornos de salud crónicos de seguimiento o control que debe ser realizado por un médico de cabecera.

3. ¿Se registra el rechazo de pacientes?

Sí ____, ¿Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día y tipo de actividad o programa?

No x

No se registra. Generalmente no debe rechazarse ningún paciente, las actividades continúan hasta después del horario regular en los Centros de salud Habilitados para atención 24 horas.

Llegan quejas comunitarias hacia personal de salud específico a la DRS sobretodo en las áreas más accesibles donde los funcionarios entran y salen a diario.

Favor investigar _____

4. ¿En qué distritos existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención?

Según las última encuesta de satisfacción al cliente realizada en el 2007 los resultados por distritos fueron los siguientes: Besiko, Kankintu, Ñurum, Nole Duima por Cerro Iglesias.

5. ¿Qué mecanismos (redes sociales, presencial, centros de llamadas, otros) se utilizan para otorgar citas de medicina general y especializada?

El médico llena un formulario con datos del paciente y se envía a reges quien nos apoya consiguiendo las citas médicas en cualquier parte del país, se le comunica al paciente o familia a través de llamada a su celular, o se le da un día de cita para que regrese al Centro de salud a buscar respuesta.

HORARIO DE SERVICIOS

1. En qué horario se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud)

En los Centros de Salud comarcales de 7.00 am a 3.00 pm (excepto Centro de salud de Kusapin 8.00 am a 4.00 pm)

-Extensión de horarios en los centros de salud con cama de lunes a viernes de 3.00 pm a 11.00 pm y de 11.00 pm a 7.00 am y los fines de semana 7.00 am – 3.00 pm, 3.00 pm a 11.00 pm y 11.00 pm a 7.00 am.

_ En el Hospital General Oriente Chiricano las consultas externas se dan de la siguiente manera:

- **Sección de laboratorio**

- a) Días de semana (lunes a viernes)

En horario de 7:00 am hasta las 11.00 pm

b)feriado y días de semana

El horario establecido es de 7:00 am hasta las 1:00 pm

Sección de farmacia

- a) Días de semana (lunes a viernes)

En horario de 7:00 am hasta las 9.00 pm

b)feriado y días de semana

El horario establecido es de 7:00 am hasta las 10:00 pm

Sección de imagenología

- a) Días de semana (lunes a viernes)

En horario de 7:00 am hasta las 7.00 pm

b)feriado y días de semana

El horario establecido es de 7:00 am hasta las 7:00 pm

Sección de Reges

- a) días de semana, feriados y fines de semana

El horario establecido es de 7:00 am hasta las 11:00 pm

Sección de fisioterapia

El servicio brindado en este departamento esta consignado para ofrecer los días de semana (lunes a viernes) desde las 7:00 am hasta las 3:00 pm. No incluye feriados ni fines de semana.

Sección de recaudación

Este servicio es prestado todos los días de la semana, durante los 7 días de la semana, los 365 días del año, en un horario establecido desde las 7:00 am hasta las 10:00 pm.

2. La población está satisfecha con los horarios actuales
Sí, que mecanismo utiliza para responder afirmativamente

En los centros de salud Sí , en los Centros de Salud, puesto que contamos con buzón de sugerencias los directores resuelven las quejas y las que no están a su alcance las traen al nivel regional. Hasta ahora en los últimos 5 años no ha habido quejas referentes al horario de atención por parte de la población, sin embargo las quejas más frecuentes son la ausencia de personal de salud en las instalaciones, principalmente puestos de salud.

En el Hospital verdaderamente según nos hemos percatado la población esta en parte satisfecha con el horario ofrecido dentro de alguno de los servicios, pero hay otros que no. Nos basamos en algunas sugerencias establecidas dentro de los buzones de sugerencias que nuestro comité de calida de atención al cliente consigna en reuniones establecidas. Por ejemplo la población no esta satisfecha en el area de imagenologia, sin embargo hemos tenido que consignar este horario ya que contamos con un solo personal dentro del departamento que debe realizar sus respectivas jornadas ordinarias establecidas y una jornada extraordinaria diario los 7 días a la semana, durante los 365 días del año, incluyendo feriado y fines de semana. _____

No _____

Favor

investigar _____

3. Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, ya sea para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones?

Sí _____, sobre que base

En los centros de salud Sí , sobre la base de las distancias que muchos pacientes deben caminar para llegar a las instalaciones de salud, hoy en día se ha mejorado las vías de acceso como carreteras y transporte , pero aun así continuamos teniendo población postergada en areas de muy difícil acceso que es cubierta principalmente con el apoyo de OE, por lo que se debe revisar cada lugar. En ultima reunión celebrada entre la DRS y los Directores de centros de Salud y Distritos se llevo a la conclusión que todas las instalaciones deben tener el mismo horario.

En el hospital La respuesta ante esta pregunta seria si. Hemos hecho algunas sugerencias hacia el departamento de provisión y servicios, basándonos en las notas recibidas de satisfacción dentro del buzón de sugerencias y algunas recomendaciones recibidas de manera verbal. _____

No _____

Favor investigar _____

4. ¿Cuáles son los servicios que se brindan en los horarios ampliados? Qué limitantes se reportan en la implementación de los servicios en horario ampliado?

- En los Centros de Salud Urgencia, consultas de programas, inyectables, procedimientos menores, funciones administrativas, Citas de control, Charlas tipo talleres de nutrición, Laboratorio (Kankintú Y Soloy), Dispensación de medicamentos-Farmacia (C/S Hato Chami, C/S Soloy, C/S Buenos Aires Y C/S Kankintú) Conductores de Ambulancia (C/S Buenos Aires, C/S Llano Ñopo, C/S Soloy y SEDE Regional-Sección de Operación de Emergencias Y Motoristas de Vehículos Marítimos fuera de Borda (C/S de Santa Catalina, Río Chiriquí, Kusapín, Kankintú y Bisira); entre otras.

- Y en el Hospital General Oriente Chiricano los servicios ampliados serían:

- Laboratorio
- Imagenología
- REGES
- Farmacia
- Recaudación

La principal limitante en la implementación de los servicios en horario ampliado es la falta de Recurso Humano asignados a cada una de estas áreas, ya que toda vez el mismo funcionario que realiza sus respectivas jornadas ordinarias es el mismo que debe quedarse y cubrir el horario a la cual se debe ampliar, lo que conduce a un desgaste físico, psicológico, biológico y social del funcionario, resistencia laboral y disconformidad en su área de trabajo.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

1. ¿Los establecimientos de salud desarrollan encuestas de satisfacción de usuarios?

Sí , que tipo de encuestas En los últimos 2 meses se están aplicando encuesta de Satisfacción del usuario en cuanto a abastecimiento y atención del paciente pero solo en instalaciones que son escogidas por el Nivel Ejecutivo. Sin embargo igualmente en desde el mes pasado se han entregado buzones de sugerencias nuevas a cada una de las instalaciones de mayor grado de complejidad dentro de nuestra Red de Atención en Salud (Centros de Salud) para tratar de reforzar que haya un mecanismo de medir localmente el grado de satisfacción del usuario.

No no

Favor investigar

2. ¿Cuál es el porcentaje de establecimientos con aplicación periódica de estudios o encuestas de satisfacción del usuario, buzón de sugerencias, centro de llamadas u otras?

No hay, la mayoría de las quejas comunitarias llegan a la DRS directamente. Debe retomarse.

3. ¿Se consideran los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario para la toma de decisiones?

Sí x, cual es el resultado Mejorar abastecimiento de insumos en ciertas instalaciones de salud por lo general Puestos de salud que no realizan sus pedidos, personal de salud que no asiste a brindar los servicios en el horario señalado para los usuarios, quejas sobre el trato no muy cortez son las principales insatisfacciones comunitarias que llegan directamente a la DRS.

No___

Favor investigar_____

4. ¿Se realizan las auditorias sociales en su región?

Sí si, Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención Los resultados son buenos porque permite a la comunidad presentar las inquietudes y hacer un plan de trabajo para el año siguiente.

No___

Favor investigar_____

5. ¿Se comparten estos resultados?

Sí si, que mecanismo utiliza para compartirlos Se comparte con la comunidad a travez del auditor y los funcionarios de salud y las OE.

No___

Favor investigar_____

6. ¿Conocen el programa de humanización?

Sí SI,

Es el programa de acompañamiento espiritual, Decreto ejecutivo n° 4 de 2 de febrero de 2010.

No___

Favor investigar_____

7. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales?

Sí x, Cuáles es su nivel de avance

Se aplica con los pacientes de la Clinica TARV.

No___

Favor investigar_____

8. ¿Conoce usted la demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio?. Ejemplos: urgencias, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y otros.

Sí x, que mecanismo utilizó para mediar la demanda insatisfecha

Contratación de Recurso Humano o sustitución para cubrir vacaciones, apoyo de personal de otros Distritos sanitarios para realizar giras integrales, adquirir presupuesto para alimentación de pacientes admitidos, mantener los equipos biomédicos básicos en las instalaciones de mayor demanda; Programación de turnos extras para cubrir urgencias 24 horas y además atender pacientes de controles que llegan tarde a las instalaciones de salud por el muy difícil acceso. Se utiliza un formulario para medir la demanda no satisfecha en cuanto al despacho de insumos a la población desde las farmacias, el mismo se llena mensualmente; Además se realiza un informe semestral para verificar la causas más frecuentes de los traslados realizados desde las diferentes instalaciones de salud, para subsanar que no sea por falta de un personal de salud , de un equipo biomédico básico o de insumos de uso básico en nuestra área. También se verifican las especialidades a las cuales se refieren con más frecuencia a consulta externa de otras áreas del país.

No__no__

Favor investigar_____

CONTROL DE CALIDAD

1. ¿Han realizado auditorias de expedientes, auditorias médicas y administrativas.

Sí , Comentar aspectos de estos estudios y auditorias.

Auditoria de expedientes: se realizó en 9 instalaciones de salud desde el 18 de agosto al 26 de septiembre de 2017, ya fueron los resultados presentados en Nivel Nacional, Dirección Regional y a los Coordinadores Locales de cada distrito, el pasado 24 de Octubre del año en curso con su respectivo Plan de Acción.

No____

Favor investigar_____

2. ¿Qué programas de calidad se han establecido? ¿Qué impacto han tenido en el funcionamiento regional?

Los controles de calidad existentes solo a nivel de laboratorio, evaluando así la competencia del personal, además de apoyo a nivel del Gorgas de las evaluaciones de la pruebas de baciloscopia, VIH y dengue.

3. ¿Conoce sobre el observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando?

Sí ____, Utilizan estos indicadores de calidad y cuadro de mando para la toma de decisiones

No_x__

Favor investigar No conozco del Observatorio de calidad en la pagina Web del Minsa; sin embargo usamos los cuadros de mando para tomar decisiones rápidas basados en información real básica de la situación de salud, con esto establecemos prioridades y creamos estrategias ya sea para prevenir situaciones de salud o resolver en los caso que se amerite. Nos basamos en aspectos financieros, necesidad o demanda de la población, procesos que se llevan de manera interna en las áreas. Los indicadores que usamos dependen de la situación particular o problema que deseamos abordar; generalmente medimos procesos de prestación de servicios. Además comparo los resultados de manera semestral con las metas propuestas para la situación específica encontrada. Este aspecto es muy importante para lograr objetivos, con calidad y que a la vez cumplan con la demanda real de la población, de manera que no estemos invirtiendo recursos financieros en servicios de salud que no dejan de ser buenos, pero que en nuestra área no son la prioridad. La mayoría de las veces depende de las decisiones políticas.

Utilizan estos indicadores de calidad y cuadro de mando para la toma de decisiones: Algunos indicadores han sido utilizados para recomendar a DRS, y las decisiones tomadas todas han sido consultadas. Unos de los principales enfoques son la Estrategia de Extensión de Cobertura, Dotación de equipo biomédico e insumos para la prevención y atención oportuna, sobretodo de urgencias, Capacidades o destrezas del personal de salud, evitar traslados innecesarios que se convierten en un problema social para el paciente.

4. ¿Se ha desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios

Sí_x_ calidad en los servicios técnicos de salud, en la calidad de la parte administrativa no se que se hace

Si es si, comente cuales: Auditoria de Expedientes, Evaluación de los logros en las diferentes instalaciones, Verificación de cumplimiento de metas basados en los recursos disponibles para ello, Supervisiones de Abastecimientos y estado de equipos biomédicos. Existe un Plan de seguimiento de la calidad de los servicios de salud basadas en quejas atendidas a los usuarios, y evaluación de logros y verificación de actividades con auditorias de expediente, en los últimos 3 años se realiza una revisión de logros de metas por parte de los coordinadores de Distritos de acuerdo a lo que se habían propuestos como Meta dentro de su Plan Operativo Anual.

No____

Favor investigar_____

5. ¿Existe instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos?

Sí__x__

Si es si, comente cuales: : Actualmente usamos la Auditoria de Expedientes, Registros e informes de abastecimientos de diferentes tipos de insumos sanitarios, Requisito de entrenamiento en soporte vital básico como mínimo para el personal de salud que labora en la Región de Salud Ngabe Bugle por la dificultad del acceso (actualmente se están integrado al proceso personal de enfermería que no halla participado antes , se desea incluir además a odontólogos en primeros auxilios, y los conductores de ambulancia ya están siendo capacitados por el personal de emergencias medicas y SISED)

No___

Favor investigar_____

6. ¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector?

Sí__x__

Si es si, comente cuales: Esta establecido, los reclamos o quejas del usuario deben hacerse a través del buzón de sugerencias o de manera escrita o verbal con testigos de la comunidad en las instalaciones de salud, de aquí los directores de salud que generalmente son los coordinadores del comité de calidad en sus áreas deben resolver la situación, si esta no está en sus manos deben bajar la queja a nivel de provisión de servicios de de salud y dependiendo de cual sea la queja se realiza reunión con el departamento involucrado, finalmente se le expone a la DRS el o los casos y las recomendaciones para proceder con las acciones. Esto es como debe llevarse este proceso, sin embargo , la comunidad prefiere venir directamente a la Subdirección o la DRS para plantear formalmente sus quejas, generalmente en grupos o a través de un líder de la comunidad con notas que llevan firmas de quienes tienen el mismo problema o queja.

No___

Favor investigar_____

Nota: en este documento se incluyó indicadores de gestión de calidad.
Remitirse al anexo número dos.

FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

1. ¿Cómo se organiza la población para apoyar la gestión y oferta de servicios de salud?

Hasta ahora la población más que apoyar la gestión, se organiza para solicitar al nivel Regional lo que ellos consideran son sus prioridades. Lo hacen a través de autoridades de elección popular como portavoces , o líderes de la comunidad, en ocasiones son asociaciones quienes se acercan a la Región para que nosotros los apoyemos en sus acciones.

La organización comunitaria nace principalmente de los niveles locales o regionales a las comunidades, con jornadas de capacitación para el empoderamiento de las acciones en salud, responsabilidad compartida.

2. ¿Cuál es el inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud (Comités de Salud, Juntas de Agua, Iglesias, ONG´S, Clubes Cívicos, organizaciones de pacientes, Grupos Organizados de Trabajadores de Salud, Otros?

El inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud se detallan de la siguiente manera.

Lista de JAAR	Comité de Salud	Asociaciones
Kusapin (33)	13	ASMUNG
Kankintu (30)	8	MEDICO TRADICIONAL ASASTRAN
Besiko (66)	20	PARTERAS
Mirono (49)	40	COOPERATIVAS
Nole Duima (39)	17	ASOCIACION PADRES DE FAMILIA
Muna (151)	3	
Ñurum (39)	14	
Total 407	125	

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

Contribuyen a la mejora de la salud desarrollando actividades a nivel de las instalaciones y la comunidad en acciones de ornato, gestionan recursos, son vigilantes de una buena salud en la población, se reúnen periódicamente para buscar soluciones a los problemas.

4. ¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?

Sí__si_, ¿Cuáles son sus intereses? ¿Qué los hace de mayor o menor relevancia?

Hay diferentes organizaciones cada uno trabaja en lo que establece la ley, por ejemplo la JAAR (juntas administradoras de agua trabaja en la operación, mantenimiento, administración del sistema sanitario. Su interés es mejorar la salud de sus comunidades, tener un vínculo permanente con

los funcionarios de manera tal que puedan dar respuestas a las necesidades de sus comunidades

No___

Favor investigar_____

5. ¿Cómo se caracteriza el sector informal de atención en salud? ¿Qué número de curadores existe y a qué actividad se dedican? ¿Dónde están ubicados? ¿En qué distritos se concentran? ¿Qué población es la que demanda mayormente sus servicios? ¿Cómo se integran las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud?

El sector informal está compuesto por los médicos tradicionales y parteras tradicionales, están ubicados en todos los distritos de la región, la población acude a sus casas por atención en otros casos atienden en las instalaciones de salud por acuerdo entre ambas partes.

DISTRITO	CARGO	CANTIDAD
Nurum	Medico tradicional	12
Muna	Medico tradicional	19
Nole Duima	Medico tradicional	5
Mirono	Medico tradicional	10
Besiko	Medico tradicional	9
Kankintu	Medico tradicional	15
Kusapin	Medico tradicional	11
Total		112

DISTRITO	CARGO	CANTIDAD
Nurum	Partera tradicional	11
Muna	Partera tradicional	21
Nole Duima	Partera tradicional	8
Mirono	Partera tradicional	10
Besiko	Partera tradicional	11
Kankintu	Partera tradicional	10
Kusapin	Partera tradicional	11
Total		82

6. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del equipo de salud de su región para potenciar la red social de salud?

Fortalezas: Recurso Humano con deseos de mejorar las condiciones de salud de la población, Conocemos la cultura de la Región en la cual laboramos, Podemos contar con apoyo interinstitucional.

Debilidades: Poco Recurso Humano y múltiples funciones, lo que limita el tiempo para llevar a cabo actividades. No se realizan consensos en equipo, por lo que no todos manejamos la misma información. (en ocasiones nos encontramos trabajando las misma actividad en dos departamentos diferentes), hay que mejorar la comunicación.

7. ¿Cómo se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras) y la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/70.

En general la Estrategia de Extensión de Cobertura es percibida positivamente por la comunidad, ya que es lo que se revela en las auditorias sociales, la mayoría de las quejas van ligadas mas bien a la calidad y el trato el el servicio de salud y la falta de insumos; En el caso de las monitoras la percepción medida fue positiva, sin embargo al no haber desembolsos presupuestarios dejaron de funcionar, la estrategia ha perdido credibilidad y ya no encontramos personas en la comunidad que deseen formar parte de este programa para disminuir la desnutrición infantil. La percepción de la Red de Oportunidades en general es buena , sin embargo las quejas han sido la falta de seguimiento en el cumplimiento de los criterios para ingresar o salir de dicho Programa, además las comunidades son orientadas por MEDUCA o por MINSA en cuanto a la importancia real de las solicitudes que deben cumplir para obtener sus correspondientes pagos y no solo buscar una firma.

Desconozco la percepción de 120/70

8. ¿Cómo se perciben las resoluciones y decretos que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud (Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005 y Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005). ¿Se aplican estos decretos en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región?

Estos Decretos y Resoluciones son bien vistos sobre todo dentro del área comarcal, y desde su promulgación se han cumplido en todas las instalaciones de salud. Podemos mencionar que desde el 2005 aumentaron los Controles Prenatales y los partos en Centros de salud, también aumentaron los Controles de salud en menores de 5años; sin embargo debemos hacer más promoción de que la salud cuesta y que las comunidades tienen derecho a la salud, pero también tienen responsabilidades, puesto que en los centros de salud o cualquier instalación de esta región de salud no se recauda por ningún tipo de servicio la población ha dejado de darle la importancia debida (ejemplo los niños juegan con los insumos de salud que se les brindan y en ocasiones se rompen si usamos frascos de vidrio).

9. Identificación de actores (Favor remitirse al anexo uno y contestar la encuesta correspondiente a Mapeo de Actores).

FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

1. La promoción de la salud y la prevención de los daños forman parte de la concepción moderna de los modelos de atención. ¿Cómo deben concebirse en las nuevas formas de organización de los servicios?

Es necesario mostrar interés por otro tipo de sistemas como la educación no formal e informal, poniéndose de manifiesto el papel de la sociedad como agente educativo. Las diferentes formas de educación darán lugar al establecimiento de una red de educación permanente, que favorezca también el desarrollo de un auténtico sentido de comunidad. La educación permanente como proceso de desarrollo comunitario lleva implícito el aspecto formativo y de reciclaje de las habilidades profesionales y los aspectos socioculturales y socioeducativos.

La educación comunitaria y desarrollo comunitario estarían íntimamente ligados si los relacionamos con los problemas que sufren las comunidades.

2. ¿Es necesario la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud-enfermedad? ¿Cómo se debe adecuar la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud? ¿Cómo debe darse la alternabilidad de roles? ¿En qué aspectos puede ser considerada esta estrategia

Sí_x_ Si, es necesaria la conformación de más equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud enfermedad; la oferta esta claramente establecida en la cartera de Servicios que brindamos a la población (Promoción, Prevención y Atención mas lejos curación), sin embargo reconocemos que por el área de difícil acceso y lo espaciado de las atenciones sobretodo donde se cubre como giras de salud, la población debe ser mayormente abordada con la real oferta de promoción y prevención evitando así que se entienda que solo si se está enfermo se debe buscar ayuda.

No___

Favor investigar_____

3. ¿Se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, programa de atención a domicilio, Jornadas de Atención en salud (JAPAS), grupos itinerantes, entre otras?

Sí___, menciones cuales: Hemos proseguido con las JAPAS, y las giras de grupos itinerantes con el PMEFSS, Se han introducido la modalidad de visitas domiciliarias en el caso del Programa de Cuidados Paliativos, Se han

hecho 5 Jornadas de Atención Integral Ginecobstétrica y Pediátrica organizada por el Departamento Regional de Provisión de Servicios, en la cual llevamos los diferentes servicios in situ que no logramos ofertar de manera Integral y oportuna hacia algunas áreas prioritarias de nuestra población de Responsabilidad (con personal técnico Médico Especializado Ginecólogo Obstetra, Pediatra, Psicología y Nutrición). En algunas Instalaciones con extensión de Horario se logro ampliar la cobertura en la atención de pacientes adultos y adultos mayores con enfermedades crónicas y con realización aleatoria de electrocardiogramas en los pacientes con factores de riesgos. Para el 2015 se tiene planificado mejorar el Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor, así como manipuladores de alimentos extrapolando estrategias usadas en un Distrito Sanitario como lo es el sistema de citas durante fin de semana, para procedimientos específicos , tomas de muestras y otras actividades a las cuales la población no acude de lunes a viernes debido a la demanda principalmente materno infantil

No____

No____

Favor investigar_____

4. ¿Se utilizan las redes sociales (internet, twitter, Facebook, Instagram, correo electrónico u otros) como herramientas de divulgación de temas prioritarios como uso racional de medicamentos, polifarmacia, uso racional de antibióticos, automedicación, apego a la terapéutica, otros, de una manera continua y sistemática. Mensajes de promoción de la salud, mensajes preventivos, control y vigilancia en salud?

Sí_si__, ¿cuáles utilizan?

Se realizan divulgación radial una vez al mes, también boletines informativos, mensajes de promoción de la salud en Ngabere.

Favor investigar_____

5. ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel?

Sí x , Debido al crecimiento de la población y las principales causas de morbimortalidad en esta área, se ha realizado un plan para la elevación de la capacidad resolutive en las diferentes instalaciones de salud; además en el caso de los servicios ya ofertados mas que modificarlos se está trabajando para reforzar la calidad de dichos servicios, en ciertas instalaciones se tiene planificado abrir servicios que antes no se habían

ofertado como odontología y laboratorio. (Están dentro del Plan quinquenal de proyectos y acciones)

No___

Favor investigar_____

6. ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel?

Sí__x__

Sí, Dentro del Plan Nacional de Modernización Hospitalaria, se ha contemplado al Hospital de San Felix para ser elevado de Hospital rural básico contando solo una especialidad (medicina interna) en un Hospital que sirva para resolver los principales problemas de las especialidades básicas como Ginecobstetricia, Pediatría, Cirugía además de la existente en Medicina Interna. Hemos trabajado en la red CONE (Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia) para que dicho Hospital llegue a ser un CONE completo capaz de resolver las complicaciones Materno infantiles mas frecuentes, a la vez la Habilitación de equipo biomédico para resolver mayor tipo de urgencias de otras especialidades básicas.

No__NO__

Favor investigar_____

7. Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos de riesgo definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, edad, género, etnia o marginación? Si es así, cuáles?

Sí___

No_no__

Favor

investigar_____

8. ¿Se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de vida: niñez, adolescencia, edad adulta, vejez?

Sí__si__

No___

Favor investigar_____

9. ¿Cómo se da la planificación de servicios en el nivel local? ¿Qué participación tienen los diferentes actores sociales?

En los últimos 5 años la Planificación de los servicios se ha realizado regionalmente, se ha involucrado a la comunidad a través de visitas a las áreas y tomando en cuenta las opiniones o el sentir de las mismas. Finalmente se realiza un estudio con base en estadísticas de población, area geográficas y distancias, para el caso de anexar un servicio de salud nuevo e incluirlo como ampliación de la instalación de salud determinada.

10. ¿La organización con base a sectores implica la definición de espacios poblacionales específicos?

Sí x Sí, Debido a que se debe respetar los deberes y derechos de la población, lo que incluye sus creencias, no podemos aplicar las mismas estrategias para abordar iguales problemas de salud en toda la Comarca, lo que nos hace pensar en espacios específicos para determinado grupo de manera que podamos satisfacer su demanda sin afectar otros aspectos sociales, finalmente siempre tenemos el dialogo y la orientación con evidencias para educar a la población sobre lo más conveniente para ellos en materia de salud._

No ___

Favor investigar _____

11. ¿Se han definido y caracterizado estos espacios en la región?

Sí ____, Qué criterios utilizaron en la definición?

No x

Favor investigar En realidad no se han definido de manera formal, sin embargo la mística de trabajo implica el uso de estrategias específicas para espacios poblacionales específicos; los criterios usados son la etnia predominante, el lugar geográfico que habitan, la escolaridad (educación o acceso a ella), las condiciones de vida, a qué se dedican, las edades predominantes y quienes lideran a los grupos (tema de género: hombres o mujeres).

12. ¿Cómo deberán asumirse los derechos y deberes de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud, en un nuevo modelo de atención? Se conoce la existencia de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003. ¿Cómo se aplica?

Sí se conoce pero no se aplica del todo, depende de los actores involucrados y la divulgación de la ley ha sido limitada para el cliente externo. Se ha tratado de sensibilizar a todos los profesionales de la salud y sólo se ha tenido cambios en el sector técnico especialmente de registros médicos

13. ¿Tienen los equipos de salud la competencia técnica suficiente para asumir nuevos enfoque en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación?

Tienen la competencia técnica, pero aun así debe ser reforzada. Aspectos a fortalecer en el tema de incentivos: ambientes laborales saludables, facilidades de movilización a sus áreas de trabajo, áreas de descanso adecuadas, Evaluación de la escala salarial que incluya un incentivo monetario real para las áreas de difícil acceso, ya que el 40% actual es usado para compensar lo que el funcionario deberá invertir para llegar a su

puesto de trabajo. Esta mejora salarial puede ser estratificada según área geográfica. Las actualizaciones en congresos, seminarios, diplomados y pasantías anuales como mínimo dentro y fuera del país.

Sí__SI__, ¿Qué aspectos sería necesario fortalecer? ¿Qué estrategias sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud?

- Métodos de incentivos, Educación continua y permanente, Meritocracia, evaluación por resultados.

No__

Favor investigar_____

14. ¿Qué porcentaje de los trabajadores de salud reside en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora?

El 45% de los funcionarios de salud son de la periferia, los otros vienen de chiriqui y otras provincias.

15. ¿Integralidad de las acciones biopsicosocial, se utiliza este enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud y en el análisis de este enfoque?

Sí__,

No_x__

Favor investigar: Actualmente no se usa un enfoque biopsicosocial en todas las instalaciones de salud, se está en el proceso de orientación al personal de salud. Puesto que en su mayoría los servicios prestados ven al paciente solo por su control de salud o morbilidad, se involucran en la parte social, mas no en la psicológica o mental. Y a esto debemos añadirle la parte espiritual, en la cual tambien se esta iniciando un proceso de planificación para su abordaje.

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

1. La eficacia y calidad de las acciones deben ser evaluadas periódicamente. ¿Con base a qué criterios? ¿Quién y Cómo se evalúan?

La eficacia y calidad de las acciones se evalúan periódicamente por el Departamento Regional de Provisión de Servicios a través del Formato de Auditoría de expedientes ya que involucra todos los aspectos normados por nuestro ente rector (MINSa) con aspectos de cada uno de los programas que se ejecutan en todas nuestras instalaciones periféricas; en cual para el año en curso se ha logrado organizar y participar en el monitoreo, Evaluación y Supervisión a 12 de los 13 Grupos Poblacionales bajo nuestra responsabilidad Regional; en cada uno de estas Evaluaciones se intentó involucrar a la Jefatura de Enfermería y los diferentes coordinadores de Programas cuyo resultado

consecuentemente se discute con todo el Equipo de Salud in situ de cada una de las áreas en un plan de acción que se entrega a los coordinadores de instalaciones y las mismas se pasan a la Dirección Regional para toma de decisiones.

2. ¿Con que frecuencia se revisa y adecúa a las necesidades de salud de la población la cartera de servicios?

Se revisa cada 5 años tomando en cuenta infraestructura del área, equipamiento, Recurso Humano Existente, Materiales e incluso las necesidades de acuerdo al perfil epidemiológico existente en las áreas.

3. ¿En qué instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental?

- Solo se maneja el modelo de atención individual en todas las instalaciones de salud de la región.

4. ¿Cuáles considera usted que son las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido?

La red de servicios actual nos parece que se acopla bien a las demandas existentes en nuestra Región sanitaria ya que integra la Atención de las personas de manera individual (con el Abordaje de necesidades y problemas de salud, a través de Programas y Protocolos de Atención); La Atención a la Familia (con la Vigilancia de la salud familiar, atención a factores de riesgo familiares y estilos de Vida saludables) y la Atención Comunitaria (con acciones que garantizan espacios saludables con participación comunitaria y social). Consideramos prudente consignar el recurso financiero para mejorar la capacitación hacia las diferentes áreas involucradas con el Recurso Humano competente para realizarlo.

5. ¿Cómo debe mejorarse la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial?

La capacidad del Sistema de Urgencia ha mejorado en los últimos 3 años en nuestra Región Sanitaria ya que se han logrado equipar a algunas instalaciones dentro del Primer Nivel de Atención de Insumos Biomédicos mejorando la capacidad resolutive de los mismos; sin embargo hay muy que reforzar en la sensibilización del Recurso Humano tanto Emisor (en nuestras Instalaciones de Primer Nivel) como Receptor de las Unidades Hospitalarias de Referencia de Mayor Grado de Complejidad al recibir los pacientes de nuestras Instalaciones del Primer Nivel y que se entiendan que hay situaciones que se solo compete manejarla o tratarlas por la seguridad y Bienestar de Todo paciente en Instalaciones Hospitalarias de Mayor Grado de Complejidad, tomando en cuenta claro está, lo que esta estipulado en las Normas, protocolos de Atención de nuestro ente Rector a Nivel Nacional que es el MINSA.

6. ¿Se utiliza el TRIAGE?
Sí___, ¿Cuales han sido los resultados de su implementación?
No___

Debido a que las actividades que deben predominar en la red de servicios dentro de nuestras instalaciones Periféricas son de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades no es algo que se utiliza de manera rutinaria; sin embargo la Única instalación de Salud que logra ejecutarlo como tal Sería el Hospital de san Félix para lo cual ha sido un poco difícil ya que el nosocomio no cuenta con la cantidad de Recurso Humano Técnico optimo y adecuado para ponerlo en práctica; lo cual debería ser prioritariamente un Médico; Sin embargo la Unidad sólo cuenta con 5 Médicos Generales para cubrir un horario de 24 Horas considerando el desgaste Físico, Biológico, Emocional, Psicológico que con lleva el laborar en un área de estrés dentro de un nosocomio.

Favor investigar _____

7. ¿Los Proveedores públicos y privados están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios?

No contamos con proveedores de Salud Privados (Instalaciones de Salud Privada dentro del Territorio Comarcal Ngabe Buglé); solo la que se brinda a través de los grupos Itinerantes de las Oes para lo cual sus servicios están normado dentro de un Reglamento Operativo Evaluado por el MINSA en la cual debe cumplir con la Visión y Misión de nuestro ente Rector (Un Sistema de Salud Humano con Equidad y Calidad).

AMPLIACION DE COBERTURA

1. ¿Cómo debe organizarse la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención?

La red de servicios organizados por Niveles de Atención y Grados de Complejidad actualmente nos parece que se acopla bien a las necesidades existentes como país ya que se plasma por un modelo basado en la promoción de salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población. Los niveles de atención son una forma organizada de organizar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles o Grados de complejidad a el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma. La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa en 1986, donde se la define como: el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

2 ¿La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en término de mayor número de horas de apertura al día o con relación a un mayor número de días semanales para la provisión de servicios en función del análisis de comportamiento poblacional? En nuestro caso se puede considerar que involucraría ambas premisas ya que evidentemente contamos con una población de responsabilidad sectorizada en áreas de muy difícil acceso cuyas condiciones para acceder al sistema de salud público de manera oportuna se hace muchas veces imposible ya que involucra largas horas de camino a pie y en otras circunstancias deben utilizar vehículos de transporte marítimo (botes sin motor, pangas entre otros) con horas o días de anticipación para acceder a una instalación sanitaria en busca de una atención.

3¿Bajo qué normas deben realizarse las giras médicas integrales y las jornadas de atención primaria ambulatoria? ¿Quiénes deben participar?

Toda actividad extramuros debe regirse a través de la misma Normativa establecida por el Ministerio de Salud incluso las actividades realizadas por las Oes en la atención de la población contenidas dentro de un Reglamento Operativo Monitoreado, Evaluado y supervisado por el Ministerio de Salud.

En Ella debería participar un Equipo Básico de Salud completo conformado por (Médico, Enfermero/a, Técnico en Enfermería, Saneamiento Ambiental, Conductor de Vehículo o Motorista)

4¿Cuáles son los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios? ¿Cómo se incluyen en la cartera de servicios? Y ¿Cuáles son los servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en apoyo a este proceso? **Los Servicios Básicos Integrales que se debería incorporar para ampliar la cobertura de Servicios** sería a través de las siguientes disciplinas: Nutricionista, Tecnólogo Médico, promotor de TBC con capacidad para tomas de baciloscopias y posiblemente considerar a futuro incorporar la participación periódica de Médicos Especialistas (tipo Ginecólogos Obstetras Y pediatras) con Intervención Directa en la Reducción de la Morbimortalidad Materno Infantil de nuestra Población de Responsabilidad.

5¿La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? ¿Cómo y Cuándo se aplican? ¿Quién las aplica?

La estrategia de disminución de oportunidades perdidas como opción de ampliar coberturas, en realidad en nuestra área de responsabilidad lo aplica básicamente todo los integrantes del Equipo Básico de Salud, ya que reconocemos en todo momento la inaccesibilidad geográfica, cultural etc

existentes en nuestra área de responsabilidad y hemos tenido que aprender forzosamente a Trabajar en Equipo no solamente para sacar un trabajo rutinario sino pensando siempre en el bienestar de nuestros pacientes dejando atrás todas las limitantes existentes.

2. ¿Cuál es el mecanismo de coordinación administrativa (informes, archivo de expedientes y otras) establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales?

Se le da seguimiento por medio de informes, archivos y protocolos establecidos por el nivel nacional.

3. ¿En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija?
4. ¿Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado?
5. ¿Se cuenta con un sistema de información único?

6. Cuadro N°14 COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

Cuadro No.14

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD -

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
Periodos					
2000					
2010					
2017	80%	80 %			20%
Género					
Hombre		50%			
Mujeres		30%			
Base Poblacional					
Niños (menores de 1 años)					
Niños de 1 a 4 años					
Personas de 5 a 9 años					
Personas de 10 a 14 años					
Personas de 15 a 19 años					
Personas de 20 a 59 años					
personas de 60 a 64 años					
Adultos mayores (65 años y más)					
Zonas Geográficas					
Urbana					
Rural					
Pertenencia Étnica					
Blanco					
Indígenas					
Afro-descendientes					
Mestizo					
Otros					

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible

FOTOGRAFÍA N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL, REGIONAL Y PROYECCIONES

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

**Cuadro No. 15
MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD**

Funciones Organizaciones	Rectoría		Funcionamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno Central					
Min. Salud					
Min. Justicia					
Fuerzas Armadas					
Otros					
Instituciones de Seguro Social					
Gobierno regional (provincial)					
Gobierno local (Distrito, Corregimiento)					
Aseguradoras privadas					
Sin Lucro					
Con lucro					
Proveedores privados					
Sin lucro					
Con lucro					

FUENTE(S):

Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible

1. ¿En su región de salud como se ejerce el rol de rectoría de la autoridad sanitaria? ¿Se cumplen y vigilan las Funciones Esenciales de Salud Pública, las de regulación, las de conducción y las de armonización de la provisión de los servicios de salud? ¿Cómo lo hace? ¿Quiénes participan? ¿Cuándo se efectúan estas funciones?

El rol de rectoría es ejercida desde el nivel regional hasta el nivel local, la funciones esenciales de salud son una prioridad en el ejercicio de las funciones.

2. ¿Se conoce la misión, visión, organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, de la CSS y del sector privado? ¿Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización? explique.

Sí si

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Se conoce la misión, visión, organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA – Ngobe Bugle ya que las funciones están establecidas claramente en el manual de funciones del cual todos los funcionarios tienen acceso.

El organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo ya que sirve de asistencia y orientación de todas las unidades administrativas de la institución al reflejar la estructura organizativa y sus características.

No___

Favor investigar_____

3. ¿Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización? ¿Explique?

Si responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la institución ya que sirve para reflejar la estructura así como velar por su permanente revisión y actualización. También sirve como elemento de apoyo para la implementación, seguimiento y actualización de todos los sistemas de personal.

4. ¿En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria, es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente? ¿Es decir, crear nuevas regiones o modificar las existentes? ¿Por qué?

En cuanto al ordenamiento político administrativo existente consideramos que no es necesario crear nuevas regiones en la Comarca Ngobe Bugle, lo que si debe tomarse en cuenta es la descentralización de los distritos para que manejen sus propios recursos, siempre y cuando cuenten con todo el recurso humano y financiero necesario.

5. ¿Cuál es el grado de avance en el proceso de descentralización del nivel central hacia las regiones, de las regiones hacia los niveles locales (hospitalarios y ambulatorios)? ¿Cómo debe darse este proceso? ¿Qué aspectos deben ser tomados en consideración desde el punto de vista de los servicios y de la población?

En la actualidad no percibo avances en el proceso de descentralización del nivel central al regional, y se hacen esfuerzos para la descentralización de la región al nivel local, en la mayoría de las instalaciones de salud y áreas geográficas los diagnósticos situacionales se hacen a nivel regional, podemos pensar que hace falta capacitación y actualización en temas de gestión para los gerentes a estos niveles, sin embargo también es parte de la responsabilidad adquirida al aceptar tales cargos, el informarse o documentarse para realizar un buen o adecuado desempeño.; la información es generada en los niveles locales no debe haber excusas para que presenten sus problemáticas y estrategias, le toca al nivel regional orientar , recomendar y apoyar en dichas estrategias, mas no proponer y ejecutar en todos los casos.

6. Cuál es el rol de los patronatos y de los consejos de gestión en la prestación de servicios de salud y cómo se vinculan con las autoridades regionales y nacionales?

En nuestra región no tenemos Patronatos ni consejos de gestión, sin embargo, el rol de estos en la prestación de los servicios de salud es contribuir a mejorar la calidad de vida de la población ofertando servicios de salud requeridos por la comunidad, su vinculación con el nivel Regional y nacional es de apoyo mutuo en la atención de los pacientes y, además de gestionar los servicios de salud con recursos autofinanciados, el Ministerio de salud a nivel central y regional según sea el caso, deben brindar apoyo financiero para que se logre cumplir.

7. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios.

Sí si comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Por supuesto que la estructura orgánica debe guardar relación directa con los procesos sanitarios es decir en consecuencia se puede establecer que la estructura organizativa de la institución es el esquema de jerarquización y división de las funciones componentes de ella. Que es un punto clave a la hora de toma decisiones

La calidad de una estructura organizativa depende mucho de la calidad de la Departamentalización y de la consecuente delegación de funciones y autoridad para el desarrollo eficiente de las mismas.

No

Favor investigar _____

8. ¿Cuál considera el equipo regional qué debe ser la estructura de la región de salud?

La estructura de la región como está definida no debe tener cambios, la diferencia se notara cuando se cuente con todo el recurso humano necesario que cumplan con el perfil y estándares establecidos.

9. ¿Existen manuales de procedimiento administrativo? ¿Cómo se aplican? ¿Quién y cuándo se aplican?

Sí x

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Si existe un manual de procedimiento para la parte administrativa y es la resolución administrativa del 19 de marzo de 2001 conocido como el reglamento interno.

Entre sus principales componentes es subrayar de manera clara los deberes y derechos que goza todo funcionario dentro de esta institución.

No

Favor investigar _____

10. ¿Cómo se da la coordinación con la CSS? ¿Sobre qué bases debería darse? ¿Qué mecanismos han sido o pueden ser efectivos? ¿Quiénes

No___

Favor investigar_____

14. La planificación operativa y presupuestaria guarda relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción.

Sí_si__

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

La planificación operativa y presupuestaria guarda relación directa con las políticas, objetivos y líneas de acción en teoría, anualmente se desarrollan los planes operativos en base a las políticas, y el presupuesto en base a la producción. Pero cuando el presupuesto ley es aprobado, la región tiene que reestructurar sus planes en base al presupuesto asignado y no en base a los planes operativos iniciales y reales.

No___

Favor investigar_____

15. ¿Los POA son registrados en el SIMEPE como herramienta de monitoreo y evaluación de los mismos? ¿Con qué frecuencia se realiza el monitoreo? ¿Quién y cómo se efectúa?

El POA es registrado en el SIMEPLAN y su monitoreo es trimestral.

16. ¿Cómo incide el nivel central en el desempeño del nivel regional? ¿Cuáles son los puntos críticos de la burocracia administrativa? ¿Cómo pueden transformarse los nudos críticos?

Son pocos los aspectos en donde el nivel central se constituye en un punto crítico, esto se da puntualmente en la centralización de las compras de insumos médicos y medicamentos así como de algunos activos como lo es la adquisición de vehículos y la contratación inmediata del recurso humano necesario para dar respuesta a la necesidad de servicio de la población ngäbe

17. ¿Cómo se da la toma de decisiones? ¿Sobre qué criterios se prioriza?

Basado en la disponibilidad presupuestaria.

La toma de decisiones se da en base a los Planes operativos formulados, su prioridad es en base a la disponibilidad financiera.

18. ¿Quién(es) y como ejerce(n) las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud al sector público y privado?

Las funciones de supervisión y evaluación son realizadas por el nivel regional, también existen protocolos de medición del nivel nacional.

19. ¿Existe alguna instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región?

Sí_x__

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Actualmente las supervisiones, evaluaciones y controles de la provisión de servicios de salud en la parte pública (Región de salud) son realizadas por los departamentos involucrados directamente en mantener insumos o suministros sanitarios necesarios para la prestación, además los coordinadores de los diferentes Programas llevan a cabo estos procesos; dichas funciones son más bien de tipo capacitante o para verificación de que se halla corregido alguna falla, también se verifica el cumplimiento de normas y si las estrategias usadas han sido favorables.

No ___

Favor investigar _____

20. ¿Cuál es el porcentaje de centros de salud que disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, acceso a servicio de internet, al menos para la gestión administrativa, de personal, para la sistematización de los inventarios y para el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades?

- Solo el Hospital general Oriente Chiricano

21. ¿Cuáles son los hospitales e instalaciones ambulatorias que dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa? ¿Y para la gestión clínica (por ejemplo, expediente electrónico, LSS-SUMA, para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos, otros)?

- Hospital general Oriente Chiricano (LSS – SUMA) , Clínica TARV (expediente electrónico)

22. ¿Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica, (por ejemplo para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar el tipo de servicio a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitalización)?

La información suministrada a través de la tecnología informática es de gran uso para la gestión administrativa dentro de la unidad hospitalaria ya que con ellos hemos logrado optimizar el rendimiento de algunas de las salas de hospitalización por ejemplo en la sala de pediatría se ha logrado incrementar el índice de ocupación cama de 35% a 62% del año 2012-2013; igualmente a pesar de que no contamos con médicos especialistas pediatra dentro de la unidad se ha ampliado la cobertura de patología a hospitalizar de corta estancia dentro de la unidad.

23. ¿Conoce la existencia de la tele radiología, telemedicina, clínicas virtuales, espirometría y electrocardiografía digital, hospital virtual, expediente electrónico, son utilizados en su región, que beneficios brindan a la población y cuáles son sus debilidades?

Sí ___SI_

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Dentro de nuestra unidad contamos con la existencia de teleradiología, telemedicina, clínicas virtuales, lo cual son de gran beneficio tanto para nuestros prestatarios en salud dentro de la instalación como para nuestros pacientes cuando se amerita alguna consulta especializada ya que en estos momentos no contamos con médicos especialistas por ende es de gran utilidad para la unidad.

La debilidad es debido a la falta de personal técnico dentro de la unidad, nos limita en el uso adecuado de estos equipos tal es el caso de las clínicas virtuales ya que por falta de personal técnico no contamos con ese tiempo disponible para introducir la información necesaria y realizar las respectivas consultas.

En el área de telemedicina tenemos debilidades en la conformación de la red interregional con las diferentes instalaciones de atención primaria de nuestra región sanitaria .

No___

Favor investigar_____

FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

1. ¿Con qué frecuencia actualiza su análisis de situación de salud? ¿Quiénes participan y cómo participan?

La actualización del análisis de situación de salud se da anualmente es decir, se elaboran planes estratégicos anuales, planes operativos, proyecciones, boletines informativos anuales, se mide indicadores en base a metas establecidas, en donde participan todos los actores involucrados de la región.

2. ¿La planificación regional es participativa?

Sí ___x_

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

La planificación regional es dinámica y participativa, ya que todos los programas y departamentos funcionan en base a una planeación elaborada desde el año anterior. Analizan y comparan resultados en base a los indicadores anuales, y fortalecen o cambian estrategias dependiendo de los resultados.

No___

Favor investigar_____

3. ¿Quiénes participan? ¿Con qué frecuencia se efectúa este proceso?

La participan es masiva, ya que todo el personal de salud trabaja en base a planificación y programaciones, la frecuencia la determina cada programa o departamento de acuerdo a los objetivos establecidos.

4. ¿Existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS? Cómo se facilitan estos procesos?

Sí ___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No__no__x__

Favor investigar_____

5. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

Sí ___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No__NO__

Favor investigar_____

6. ¿Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo?

Sí ___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No__x__

Favor investigar_____

7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?

8. ¿La población participa del proceso de planificación sanitaria? ¿Cómo participa? ¿Desde qué momentos?

Sí__x__

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Si se le da participación a la población para la planificación sanitaria, esto se da en los equipos locales en donde la comunidad da sus aportes referentes a cambios o mejoras de la planificación, no directamente en términos científicos pero el personal de salud identifica cuales son las propuestas de la población.

No___

Favor investigar_____

9. ¿Cómo y quiénes efectúan la convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de planificación regional y de programación local?

Mayormente se da en el equipo local donde se hace reuniones mensuales, a su vez el equipo local y regional asiste a las juntas técnicas y consejos de representantes.

10. ¿Cómo se evalúan las metas establecidas? ¿Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, proceso y resultados? ¿Quién, Con qué, Cuándo, ¿Cómo se efectúa la evaluación?

Las metas establecidas se evalúan a través de indicadores de salud con la información de registros de estadísticas en salud regional; Los indicadores de evaluación de insumos se miden en base al abastecimientos y demandas no satisfecha de renglones agotados de diferentes tipos de insumos, indicadores de procesos y resultados medidos con actividades propuestas para alcanzar metas dentro de los planes anuales o semestrales; Las evaluaciones son realizadas por coordinaciones encargadas de los diferentes suministros, los programas también miden sus indicadores; estas actividades son programadas para realizarse 4 veces al año, sin embargo se está logrando dos veces por la limitante de recursos financieros. Estas metas se evalúan de manera independiente por cada coordinación y posteriormente se envía un informe al jefe inmediato y DRS quien debe convocar reunión de análisis de lo encontrado para buscar en conjunto estrategias que nos ayuden a mejorar.

11. ¿Existen los planes estratégicos quinquenales, los planes operativos anuales, están definidas las estrategias y ruta crítica?

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Los planes estratégicos quinquenales, los planes operativos anuales son unas de la base fundamental del buen funcionamiento de la región se elaboran anualmente y se definen las estrategias y rutas criticas del sistema regional, ya mediante los indicadores establecidos podemos determinar y analizar los punto que nos competen ya sea para la toma de decisiones , para mejoras o cambios dentro del sistema.

No

Favor investigar _____

12. ¿Se utilizan los análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos?

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Si se utilizan y se priorizan para elaboración de planes y programas estratégicos.

No

Favor investigar _____

13. ¿Estos planes incluyen a otras entidades del sector?

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:
Si se existe coordinación interinstitucional en el ámbito público y los comité de salud también fortalecen este proceso y aportan a su mejora y cambios.

No___

Favor investigar_____

14. ¿Conoce el sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento? **SIAL**

Sí ___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No___

Favor investigar_____

15. ¿Cuáles son los avances en la implementación Sistema de Administración Logística (SIAL)?

PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

1. Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación o en base a los resultados?

Sí __x__ Se realizan en base a la planificación del nivel local, son ellos los que priorizan sus necesidades

No___

Favor investigar_____

2. ¿Cuál es la proporción del presupuesto asignada a la atención de la población y cuál a las funciones de salud pública y del ambiente?

El presupuesto asignado es histórico, no tiene variantes de mayor magnitud, sin embargo la proporción depositada a la región es para atención a la población, ya que las que están asignadas a salud pública y el ambiente están centralizadas por ende desconocemos la proporción.

3. ¿Cuál es el nivel de responsabilidad de los directivos de instalaciones en el proceso de elaboración y seguimiento de presupuestos, rendición de cuentas por resultados de servicios según indicadores cualitativos y cuantitativos de actividades y de calidad?

A partir de este año se le hará monitoreo de sus POA en el SIMEPLAN, de igual manera los coordinadores de programas y el nivel local y administrativos cuentan con herramientas para medir los indicadores cualitativos y cuantitativos de calidad.

4. ¿Considera usted que reactivar los convenios de gestión son una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación? ¿Qué tipo de convenio sería el más conveniente?

Sí x

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Sí , los Convenios de gestión son una herramienta de apoyo para el monitoreo y evaluación de las metas trazadas, nos ayudan a tomar decisiones de forma oportuna y no tardíamente, es una manera formal y objetiva de involucrar sobretodo a los niveles locales en monitorear de cerca las actividades y estrategias que realizan; Seria conveniente mantener Convenios regionales con el Nivel Nacional, Convenios de Gestión del nivel Local con el Regional, y Convenio de gestión entre el Hospital y la región o con el Nivel Nacional dependiendo del tipo de hospital, para nuestra Región basta por este momento un Convenio del hospital con el Nivel Regional, que a su vez estaría inmerso en el CdG de la region con el nivel Nacional. Este Convenio de Gestión deberá llevar componentes de Gestión, %Metas, Calidad de la prestación del servicio, incluyendo capacidades del recurso humano, Monitoreo preliminar y Resultados o Productos finales

No

Favor investigar _____

5. ¿Se están introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud

Sí x

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Sí , como se menciona anteriormente, para el 2015, independientemente de las decisiones del Nivel Central, La Region de Salud Ngabe Bugle tiene planificado establecer Convenios de Gestión en base a los Planes Operativos Anuales de cada Distrito y Centro de Salud; Además se esta elaborando el Perfil y las responsabilidades que debe cumplir un gerente en el nivel local dándole previamente capacitación en el tema de Gestión Sanitaria y procesos de Planificación de actividades con sus respectivos presupuestos.

No

Favor investigar _____

6. ¿Cuáles y cómo se ha aumentado el porcentaje del presupuesto de salud para la Salud Pública.

Sí El presupuesto no ha mostrado variantes, es histórico.

Si es si, comente cuales:

No

Favor investigar _____

INCENTIVOS

1. ¿Se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Si es si, contamos con un incentivo en este caso una Bonificación anual que es desembolsada al final del año y en ella se evalúa el desempeño del colaborador.

No ____

Favor investigar _____

2. Consideran que la evaluación para obtener el bono responde a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales de salud?
RECURSOS HUMANOS

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

En la mayoría de los caso si, ya que ofrecen al colaborador una nueva oportunidad, logrando con ello estimular la productividad y mejoramiento de las relaciones humanas en el trabajo; a la vez se les permite conocer las reglas del juego, estableciendo con ello un estímulo por su buen desempeño, además de ello establece una relación de justicia y equidad con todo los colaboradores.

No ____

Favor investigar _____

3. ¿Cuáles han sido introducidos?

4. ¿Para qué categorías de personal?

Para todo el personal de salud.

5. Se aplican incentivos con base a la productividad o sólo en función de la antigüedad del personal de salud?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Si, en el caso del MINSA se han logrado en los dos casos, tanto en función de la antigüedad y en función de la productividad.

No ____

Favor investigar _____

6. Se considera que un sistema de incentivos impactará sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Si en definitiva si impactará, ya que el colaborador espera que se tome en cuenta su buen desempeño, productividad, perfeccionamiento, capacidad y responsabilidad y todas estas cualidades logran el BENEFICIO Y LA EFECTIVIDAD tan esperada por la institución; lograda a través del sistema de incentivos.

No___

Favor investigar_____

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

1. ¿Cómo se determinan las especificaciones técnicas por insumo sanitario para los diferentes servicios? ¿Quién las determina?
 - Esta en un cuadernillo de insumos establecidos por la dirección nacional de Provisión de los servicios de salud

2. ¿Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios?

Sí __si__

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

En cada almacen de insumos sanitarios se lleva un kardex ciego. EN la región se lleva un kardex institucional y se compara con el sistema de kardex de LSS SUMA

No___

Favor investigar_____

3. Descríbalo ¿Qué estándares se han definido y si se actualizan? ¿Quién y ¿Cómo se definieron?

-

4. ¿Cómo se da el proceso de compras, en términos de la competencia? ¿Cuáles son sus limitaciones? Cómo puede mejorarse?

- LA compra son centralizada en base a un cuadernillo. Cuando en el presupuesto del año vigente nos dan asignaciones en las partidas entonces se hace la gestión de compra a nivel local.

- Limitaciones : las compras centralizadas son para un año calendario: pero se trabaja con (octubre a octubre del siguiente año). Y para las compras locales depende de la asignación del nivel central que siempre son tardías y que depende de la ejecución presupuestaria.

- Las asignaciones se deben dar en el tiempo calendario vigente (marzo a septiembre)

5. ¿Conoce el proceso de compras conjuntas, compras a través de los organismos internacionales?

Sí __si__

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:
COMISCA (consejo de ministros de salud de centroamerica) Compra insumo sanitario con mejores precios internacionales. Convenio MINSA

UNFPA para la compra de insumos sanitarios con precios modicos, compra de los producto de TBC y VIH.

No ___

Favor investigar _____

6. ¿Cómo se evalúan los proveedores y qué mecanismos se aplican para el rechazo de los mismos?

Dirección nacional de Provisión de los servicios de salud.

7. ¿Conoce la existencia de las comisiones evaluadoras para cada uno de los 5 grupos de suministros sanitarios?

Sí si___

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

La dirección Nacional de Provisión de los servicios de salud.

No ___

Favor investigar _____

8. ¿Cómo se establecen los acuerdos de pago a proveedores, para cada una de las fuentes de financiamiento (presupuesto regular, autogestión y otras)?

El pago a proveedores se establece mediante el Presupuesto regular y al contado, solo en caso especiales como urgencia notoria, desastres, se pide al crédito o se llega a un acuerdo con el proveedor de cómo será el mecanismo de pago.

9. ¿Cuáles son los mecanismos establecidos para controlar las perdidas y fraudes, se coordina con la Dirección General de Salud y Dirección Nacional de Farmacias y Drogas el procedimiento para el descarte? ¿Son efectivos? Cómo podrían mejorarse?

Si es efectivo y está regulado por decreto. Podría mejorarse por asignación de presupuesto para el descarte de insumo vencidos durante el año calendario

10. ¿Conoce la información de los insumos vencidos que brinda en el LSS/SUMA.

Sí si___

Si es si, comente cuales:

El sistema DA EL INVENTARIO EN TIEMPO REAL.

No ___

Favor investigar el uso del LSS/SUMA en su almacén regional de insumos y suministros sanitarios

11. ¿Cómo se articula el sistema de abastecimiento y suministro entre el nivel nacional y regional y entre este último y las instalaciones locales? ¿Cuáles son sus limitantes?

En la primera semana de octubre de cada año hay que llenar el cuadernillo de insumos sanitarios. Esto va al sistema de compras nacional(licitación pública, homologación, revisión de precios, adjudicación ,órdenes de compra y entrega en el almacén nacional y es este el que entrega a los

almacenes regionales, según cronograma). Luego el almacén Regional entrega a las farmacias locales según cronograma de distribución.

Limitantes:

No se cuenta con un almacén Regional con las condiciones adecuadas.

Falta de Recurso Humano Capacitado en las labores propias del almacén

Falta de insumos básicos para trabajar(cajas de cartón, marcadores, cinta adhesiva)

Papelería

Tinta para impresión

12. ¿Cómo se coordina el abastecimiento y suministro entre la CSS y el MINSA? ¿Qué problemas se destacan? ¿Cómo pueden establecerse mejores acuerdos?

No hay convenios con la CSS, todas las instalaciones son MINSA

13. ¿Los criterios aplicables a la priorización de la compra consideran el perfil de morbi - mortalidad de la población y los principales riesgos a la que está sometida?

Sí si

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:
Todos los años entre agosto y septiembre se convoca a reunión a los miembros de Comité de Farmacoterapia y Farmacovigilancia, Coord. De Programas, Médicos Distritales y en base a los protocolos, morbilidades del año anterior, método demográfico, se hace el listado de compra del cuadernillo

No ___

Favor investigar _____

14. ¿Cómo se realiza la estimación de necesidades de insumos sanitarios?

En base a los seminarios PRISMA, se utilizan el método Logístico de Consumo, el Método epidemiológico, el Método Demográfico y el de morbilidades Regionales.

15. ¿Cómo se registra la información de consumo?

Se basa en el método SIAL (formatos de consumo diario , mensual y trimestral

16. Conoce las modalidades de compra?

Sí si ___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

El sistema de Precio Único, El Sistema de compra de bienes por Panamá Compra (Convenio Marco)

Compras Directas hasta 30 mil

No ___

Favor investigar _____

17. ¿Conoce el manual de buenas prácticas de almacenamiento, avances en su implementación?

Sí si___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

En este momento estamos en el proceso de capacitación al personal

Nuevo Manual de Procedimientos para almacenes de Salud

No___

Favor investigar_____

18. Han presentado perfiles de proyectos para mejorar su almacén regional de insumos sanitarios?

Sí si___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

En diferentes periodos se han presentado propuestas a la dirección regional, mas no perfiles de proyectos.

No___

Favor investigar_____

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

1. ¿Se dispone de sistemas de información sobre la situación de la salud, vigilancia de la salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, recursos humanos, promoción de la salud, estadísticas sociales y vitales, confiables y oportunos?

Sí si___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Sí , se dispone; sin embargo la gran debilidad es la falta de coordinación y comunicación al momento de tomar las decisiones. Dentro de sus principales componentes esta la Planificación de actividades para lograr las metas, monitorear si la información se acerca a la meta plasmada, Tomar las decisiones de cambiar o proseguir con las estrategias establecidas según sea el caso.

No___

Favor investigar_____

2. La información disponible ¿se utiliza en forma efectiva para la toma de decisiones regionales y locales?

Sí SI___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Sí , se utiliza para la toma de decisiones Regionales, sin embargo las decisiones locales también se toman a nivel Regional

No___

Favor investigar_____

3. ¿Cómo se evalúa la calidad de la información? ¿Quiénes y cuándo se evalúa? Se aplica la auditoría informática?

La calidad de la información no es evaluada, la herramienta usada aun posee fallas que no permiten obtener ciertos cruces de datos.

4. ¿Qué mecanismos aplica el equipo de salud para analizar la información que surge como producto del sistema? ¿Qué procesos transformadores aplica? ¿Y si es oportuno?

En los últimos 5 años el análisis se realiza a nivel regional, los equipos de salud en la mayoría de los casos no tienen idea de cómo van sus estadísticas. En Provisión de Servicios de Salud por ejemplo, se verifican las atenciones brindadas en promedio y cuantas corresponden a controles de salud, también se utiliza la información para tomar decisiones sobre extender horarios en Centros de Salud o redistribuir turnos extras donde haya mayor demanda en una situación no contemplada o inesperada, En todos los casos los cambios o ajustes realizados han sido oportunos.

5. ¿Se han definido los usos y contenidos de información? Quién los define?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Sí (esta definido en una ley o decreto ministerial y es deber de los funcionarios de salud proteger dicha información y darle el correcto uso

No ____

Favor investigar _____

6. ¿Con qué mecanismo establecen los usuarios sus necesidades de información?

Los usuarios hacen notas de solicitud formal de copias de sus expedientes y se les tramita de inmediato. Esto en el Hospital de San felix, dentro de las instalaciones del area comarcal generalmente son los juzgados quienes piden información de manera formal.

7. ¿El sistema de información gerencial contempla centro de producción claramente establecida, que responden a las necesidades y complejidad de la instalación de salud?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____

Favor investigar _____

8. Contamos con sistemas de información paralelos o un sistema de información único?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:
Sí . Contamos con SIREGES, sistema de información utilizado para la Estrategia de extensión de Cobertura. Sus componentes principales son datos basados en los 12 indicadores que pide el programa , además tenemos el SIAL, sistema de información para la administración logística que básicamente arroja información de suministros e insumos sanitarios en cuanto a existencias y consumos

No____
 Favor investigar_____

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Cuadro No. 16

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
No. de servicios de imagenología				
• No. De Ultrasonidos				
• No. De Rayos X				
• No. De Panorex				
• No. De Periapical				
• No. De CAT				
• No. De Mamógrafos				
• No. De Equipos de resonancias magnéticas				
No. de Laboratorios Clínicos				
No. de Bancos de Sangre				
No. de Farmacias				
No. de Sillones Dentales				
Completos				
Incompletos				

Analice la disponibilidad de camas con base a los siguientes cocientes:

No. De Camas por mil habitantes	Número de Habitantes
0.9	De 0 a 15 mil habitantes
1.4	De 15,001 a 40 mil habitantes
2.3	De 40,001 a 250 mil habitantes
4.0	Más de 250 mil habitantes

* El Hospital tiene 1 especialista de medicina interna, y la sala de medicina interna tiene 8 camas de varones y 8 camas de mujeres. En total 16 camas para una población de responsabilidad de 79,000 hab aprox. **Sale 2.02 camas por 10,000hab.**

Los Centros de Salud con camas (9) en total poseen 37 camas, para una población de 192,862 hab. Que tiene Comarca eso da 1.92 camas por 10,000hab.

1. Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?
 - El mecanismo utilizado dentro de la unidad hospitalaria para el reporte de estudios por imágenes realizados es a través del sistema de tele radiología en la cual las imágenes son captadas y procesadas a nivel local e interpretadas en el nivel central cuyo reporte es remitido nuevamente hacia la instalación en periodo aproximado de 10 días.
2. Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?

Dentro del departamento de imagen logia solo contamos con un personal que además de captar y procesar todas las imágenes simples que se realizan dentro de la instalación debe igualmente introducir los datos pertinentes de cada paciente de urgencia, ambulatoria y hospitalizados al sistema informático; además de realizar las pruebas ultrasonograficas y de mamografía. A pesar de todas estas actividades laborales los resultados de las imágenes de los pacientes también lo entrega esta misma persona dentro de sus jornadas ordinarias diariamente para evitar la demanda insatisfecha.
3. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?

B/ 23,490.00, esto incluye piezas, baterías solamente.
4. ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.

No tenemos personal de mantenimiento de equipos biomédicos.
5. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?

A nivel Regional B/ 875,000.00.

6. Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?

Criterio de equipamiento básico según tipo de instalación y servicio ofertado.

FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

COMPENSACION DE COSTOS

1. ¿Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, comente sus experiencias?

Sí x

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: _ El sistema de compensación existe, sin embargo este no se esta llevando a cabo. Actualmente estamos segregando los pacientes asegurados atendidos en el Hospital, para unirlo al total Regional que es un % muy bajo. Sin embargo el peso se siente en el área del Oriente Chiricano, ya que la farmacia del hospital abastece a la población que no encuentra insumo en los Centros de salud de la Región de Chiriquí, igual se brinda el servicio, pero existe población que no es contemplada en nuestros cuadernillos de suministros sanitarios, por ser del Oriente de la Región de Chiriquí; por tal razón debemos entablar algún convenio con la Región de salud de Chiriquí y con la CSS para que el Hospital cuente con recursos financieros suficientes para seguir dando respuesta a esa población asegurada sin dejar desprotegida al resto que son quienes en realidad contemplamos en nuestro presupuesto.

No___

Favor investigar_____

2. ¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento, los recursos y los resultados? ¿Qué decisiones se toman a partir de este análisis?

Regionalmente no se hacen análisis de costos, solo en el caso de turnos extras se aplica. Se realiza un análisis de las instalaciones 24 horas , la demanda, los resultados obtenidos y el costo que conlleva el mantener estos servicios abiertos durante todo el año. Por ello se debe usar el horario extra para realizar citas de control, procedimientos menores, capacitaciones, etc. Actividades programadas sin desgaste del personal de salud, pero con soluciones para la población que es quien en realidad demanda los servicios de salud y sabemos que no poseen otra alternativa de atención.

3. ¿Qué aspectos de la atención sanitaria determinan sus costos? ¿Cómo influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios?

Aspectos de la atención que determinan su costo: principalmente la promoción y prevención deficientes; que se tenga que realizar traslados por falta de insumos o equipo biomédico básico, enfermedad avanzada que no podrá ser resuelta en Centro de salud con camas. Distancias. Personal disponible para brindar la atención no calificado o ausencia del personal con mayor capacidad resolutive.

4. Las tarifas establecidas responden a los costos reales? Sobre qué bases se estiman? Cómo deben ajustarse?

Sí x

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Regionalmente no tenemos tarifas establecidas (el Hospital posee tarifas adecuadas a la población y su nivel socioeconómico basado en recomendaciones de tablas de tarifas del Ministerio de Salud)

No

Favor investigar _____

5. Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?

FUENTES DE FINANCIACION -

1. Se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto publico per cápita.

Sí

Si es si, comente cuales: _____

No x

Favor investigar: No, Para la region Ngabe Bugle han aumentado, pese a la existencia de Programas destinados a disminuir el índice de pobreza mediante el acceso a salud y educación, estos programas han perdido su enfoque y hacen que la población no le de la verdadera importancia a gozar de buena salud, mucho menos si no tiene costo alguno; sin embargo se invierten esos bonos en celulares, maquillajes, y sustancias no nutritivas y perjudiciales. Hace falta un adecuado seguimiento y orientación a la población del MIDES en conjunto o con apoyo del MEDUCA Y SALud

2. ¿Qué porcentaje del producto interno se destina al sector salud?

Favor investigar: Todo, en las áreas del país en las cuales se recauda

3. ¿Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?

100% casi

4. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios?

5. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios que gestionan?

Ningun aporte, ya que no están funcionando actualmente

6. El aporte de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios.

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No____ no, es gratuito.

Favor investigar_____

7. ¿Cómo funciona el sistema de evaluación socio-económica? ¿Permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios? ¿Qué modificaciones deben realizarse? ¿Se conoce la diferencia entre costos y tarifas?

No existe el sistema de evaluación socio económico.

8. ¿Cuál ha sido el impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en su presupuesto?

La oferta y demanda ha sido asumida al 100% por el MINSA por lo tanto, el presupuesto se ve afectado ya que todo es gasto y no hay ingresos.

9. ¿Dentro de su región de salud, a qué población debe subsidiar el Presupuesto del Estado?

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Se debe subsidiar a la población vulnerable (discapacidad, ancianos) se debe hacer una evaluación socioeconómica y en base a eso determinar quienes aplican. Tanto hombres como mujeres que pueden aportar a la economía y no padecen de ninguna enfermedad no deberían ser tomados en cuenta.

No____

Favor investigar_____

10. El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria?

Sí ____

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:
Hasta cierto punto si es garante de equidad sanitaria, pero es difícil medir el
impacto en toda la población.

No___

Favor
investigar_____

11. ¿Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultades para la organización del sistema? ¿Qué normas deberían regularlas?

Sí___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Las donaciones son bien recibidas en nuestra región ya embajadas extranjeras han modernizado algunas de nuestras instalaciones como por ejemplo Sub centro de salud de Alto Caballero

No___

Favor investigar_____

12. ¿Cuáles han sido los aportes técnicos-financieros de los organismos internacionales, empresas privadas u otro?

Los aportes que se han recibido de organismos internacionales (embajadas, son para compra de ambulancias y construcciones de instalaciones de salud.

13. ¿Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?

Sí___

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No___ existen tarifas ya que la prestación es gratuita.

Favor investigar_____

14. ¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto público en salud, privado y de bolsillo?

Sí___SI_

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No_x__no existe

Favor investigar_____

¿Cuál? ¿Quién la elabora y cómo?

15. Existen recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta (ancho de banda, servidores, contratación de servicios de internet).

Sí, si existe contrato con Cable and Wileres para el servicio de internet, lo que facilita

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

16. ¿Quién decide y sobre qué base, el proceso de gestionar, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes? (responsabilidad social, empresarial a nivel nacional, regional y local).

Se hace desde el nivel nacional en conjunto con el nivel regional.

17. ¿El sector salud está en conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud?

Sí___

Si es si, comente cuales:

No___

Favor investigar_____

FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN

1. ¿Con base en el análisis prospectivo de la red de servicios realizado cuáles son las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)?

2. ¿Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión? ¿Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?

Los criterios están establecido en la herramienta del SIMEPES, se ingresa el perfil del proyecto y este determina si es viable o no.

La mayor dificultad para la presentación de proyectos de inversión es no contar el recurso disponible y eficiente (internet) a la hora de ingresar la información al banco de datos del MEF.

3. ¿De los proyectos de inversión del año 2016 y los proyectados para el 2017, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)? ¿Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada?

De los proyectos presentados en el 2016 y 2017 todas están proyectadas para mejorar la red de servicios, y buscan fortalecer la atención primaria ya que todos son proyectos de mejoramiento de instalación de salud.

4. Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.

Sí_si__

Si es si, comente cuales:

Se recibió en el 2014 el Subcentro de salud de Alto Caballero financiado por la embajada de EU, actualmente se encuentra en la fase de planificación la construcción del Sub centro de Quebrada Hacha.

No___

Favor

investigar_____

5. ¿Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado?

Sí __x_

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Si se cuenta con un plan quinquenal de inversiones proyectado especialmente a la adecuación, remodelación y construcción de instalaciones de salud, al igual que su equipamiento.

No___

Favor investigar_____

6. ¿Consideran que el mismo debe ser revisado y adecuado a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales?

Sí __x_

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

A la hora de la elaboración del plan quinquenal se toman en cuenta las prioridades, necesidades y demandas de la población, así que de hacerse algún ajuste no afectara mucho.

No___

Favor investigar_____

ANEXOS

IDENTIFICACIÓN DE ACTORES
PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES:

1. Los procesos de cambios propuestos en salud fueron iniciados por el:

Sector económico

Público

Privado

Otro (especifique)

Cooperación Internacional (especifique la
agencia)_____

Sector político

[Sector Salud](#)

Otro (especifique)

Especifique si se responde a acuerdos internacionales o
nacionales:_____

2. ¿Están definidos los cambios por una acción de acuerdo entre [varios actores involucrados](#) o por una autoridad central? [Varios actores](#)

Si No

Favor especifique el tipo de Sistema de Salud del país:

[Segmentado](#)

Integrado

4. ¿Se adapta la propuesta de cambio al tipo de sistema de salud del país?

Si No ([Cual es la propuesta?](#)

5. ¿Quién o quiénes financian los Procesos de Cambio (reforma)?

[Fondos estatales](#)

Cooperación Internacional

Sector Privado

Fondos reembolsables con partida nacional

6. De los siguientes actores, señale quienes participaron en los procesos de cambio de los sistemas de salud:

Gubernamental (Poder Ejecutivo)

Poder Legislativo

Sociedad Civil organizada en temas de salud

Sociedad Civil organizada general

Sector Privado

Sector académico

Otro (Especifique). Gremios de diferentes tipos de profesionales de la salud

7. ¿Qué actores tienen poder de veto en las decisiones?

Legislativo Ejecutivo Ambo Ninguno

8. ¿Los cambios evidenciados en el sector salud aportan al proceso nacional de democracia?

Si la respuesta es afirmativa, señale en el siguiente cuadro los elementos del proceso democrático que se han fortalecido.

Si No

ELEMENTOS DEL PROCESO DEMOCRÁTICO	Si	No
Mayor Control Social		
Libre Elección		
Participación Social		
Gestión Participativa		
Toma de Decisiones		
Otros		

FUENTE(S):

Señale en qué etapa está el proceso de democracia en el país:

Transición Construcción Consolidación No Existe

9. ¿Qué poder confieren las leyes a los actores? Favor especifíquelo en el siguiente cuadro:

LEY	ACTOR	FUNCION O RESPONSABILIDAD

10. Posición de los Actores (PA)

Análisis de la posición de los actores en los procesos de cambio de los sistemas de salud. Para el análisis se sugieren las siguientes preguntas:

11. ¿Dónde se ubican las instituciones/organizaciones que representan en relación a su capacidad de acción?

Muy a Favor

Algo a Favor

Neutro

Algo en contra

En contra

12. ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor ante la sociedad?

Positivo

Negativo

Ninguno

ROL DE LOS ACTORES (RA)

13. ¿Cuál es la capacidad de acción (poder) de cada uno de los actores que participan en la reforma para afectar a favor o en contra los resultados de cada objetivo del proceso de cambio?

Alta Media Baja

14. ¿Tiene el actor control sobre la información de los procesos de cambio?

Si No

15. ¿Tiene el actor control sobre los medios de comunicación para la difusión de la información acerca de los procesos de cambio?

Si

Especifique cuáles:___Televisivos con entrevistas, Radio, Prensa escrita, Volantes informativas, Cuñas en TV.

No

