

---

# ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN SALUD

---

REGIÓN DE PANAMÁ OESTE

---

AÑO 2017

---



**REPÚBLICA DE PANAMÁ  
MINISTERIO DE SALUD  
REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE**



# **ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN PANAMÁ OESTE**

**LA CHORRERA, PANAMÁ OESTE.  
2017.**

## **AUTORIDADES REGIONALES DE SALUD**



*Dr. Joaquín Chang O.*  
**DIRECTOR REGIONAL DE SALUD**



*Dra. Dilma Vega*  
**SUBDIRECTORA REGIONAL DE SALUD**

***NIVEL ASESOR***

*Licda. Eira Lee*

**Asesoría Legal**

*Licdo. Mario Jiménez*

**Relaciones Públicas**

*Licdo. Euclides Sánchez*

**Gestión de Riesgos y Desastres**

*Dra. Josefina de Sánchez*

**Salud Integral para la Población con Discapacidad**

***NIVEL FISCALIZADOR***

*Licda. Jessica Vargas*

**Auditoría Interna**

***NIVEL AUXILIAR DE APOYO***

*Licda. Rubí de Cano*  
**Administración y Finanzas**

*Licda. Rosa Arguelles*  
**Recursos Humanos**

*Licdo. Ariel Montez*  
**Informática**

***NIVEL OPERATIVO-  
EJECUTIVO***

*Dra. Dilma Vega*  
**Salud Pública**

*Licda. María Elena Corrales*  
**Promoción de la Salud**

*Dra. Jeannette Gómez*  
**Provisión de los Servicios de  
Salud**

***NIVEL TÉCNICO***

*Licdo. Oscar Muñoz*  
**Planificación en Salud**

***NIVEL OPERATIVO***

**HOSPITAL NICOLÁS A.**

**SOLANO**

*Dr. Secundino Sugasti*

**Director Médico**

**CENTROS DE SALUD**

*Dra. Katherine Córdoba*

**Minsa-Capsi Burunga**

*Dra. Lilyana Diez*

**C.S. Nuevo Chorrillo**

*Dra. Evelyn Jiménez*

**C.S. Artemio Jaén**

*Dr. Emmanuel Castro*

**S.C.S Santa Clara**

*Dra. Lissette Riega*

**Minsa-Capsi Coco**

*Dra. Yarelis Carrasco*

**C.S. El Espino**

*Dra. Solkis Velasco*

**C.S. Altos de San Fco.**

*Dr. Mario Candanedo*

**C.S. Puerto Caimito**

*Dr. Jorge Oro*

**C.S. Capira**

*Dr. Daniel Maregocio*

**C.S. Lídice**

*Dra. Elisa Ching*

**C.S Bejuco**

*Dra. Nilcia Rodríguez*

**C.S. Chame**

*Dra. Zaydith Núñez*

**C.S. San Carlos**

## **EQUIPO TÉCNICO CONDUCTOR DEL PROCESO MINSA**

Licdo. Oscar Muñoz  
Planificador

Dra. Mercedes Henríquez  
Programa de Salud Ocupacional

Licda. Gretel Greco  
REGES

Dr. Andrés Cornejo  
Programa de Salud de Adultos

Licdo. Carlos Echeverría  
REGES

Licda. Ruth Robinson  
Programa de Salud de Adultos

Dra. Jeannette Gómez  
Provisión de los Servicios

Dra. Lilia García  
Programa TBC/VIH-SIDA

Dra. Leslie Gómez  
Monitoreo y Evaluación/Calidad

Licda. Estelia Castillo  
Programa TBC/VIH-SIDA

Licda. María Elena Corrales  
Promoción de la Salud

Téc. Marcelino Ramos  
Saneamiento Ambiental

Dr. Dilma Vega  
Salud Pública

Dra. Nilka Gálvez  
DEPA

Dra. Denia de Gómez  
Programa Escolar y Adolescente

Dra. Rafael Ortega  
Epidemiología

Licda. Yariela Jara  
Programa Infantil

Licda. Xiomara Núñez  
PAI

Licdo. Crescencio Gaona  
Programa de SSR

Licda. Sixta Ruíz  
Enfermería

Dra. Benilda Castillo  
Salud Bucal

Dra. Jasmín Arosemena  
Salud Bucal

Dra. Josefina de Sánchez  
Programa de Personas con  
Discapacidad

Dra. María Cañizales  
Programa de Cuidados Paliativos y  
Humanización

Licda. Laura Olivella  
Programa de Cuidados Paliativos y  
Humanización

Dra. Lucia Alleyne  
Programa de Salud Mental

Licda: Clelia Mariscal  
Programa de Salud Mental

Licdo. Oscar Price  
Laboratorio Clínico

Téc. Oscar Peña  
Control de Vectores

Dr. Roberto Córdoba  
Zoonosis

Licdo. Javier Dixon  
Farmacia

Licda. Lourdes Sánchez  
Almacén de Insumos Sanitarios

Licda. Perla Ochogavia  
Programa de Salud Nutricional

Licda. Reynelda Ávila  
Trabajo Social

Licdo. Julio Solís  
Costo 20

Licda. María Chong  
Planificadora Hosp. Nicolás Solano



## **INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

### **CSS**

Dr. Eric Perdomo

### **Cuerpo de Bomberos**

Comandante Virgilio Cedeño

### **MIDES**

Luisa Guillen

### **ANAM**

Ing. Pablo Rodríguez

### **MITRADEL**

Lic. Pierre A. Fontane

### **Gobiernos Locales**

Municipio de La Chorrera

Municipio de Chame

Municipio de Arraiján

Gobernación Provincial

### **MEDUCA**

Prof. Kassia Hernández

### **MIVIOT**

### **IDAAN**

### **MEF**

### **MOP**

### **MICI**

**Sociedad China de La Chorrera**

### **MIDA**

## **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 Cliente**

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

### **Fotografía N° 5: Red Social**

1. Comités, ONG'S, Clubes Cívicos, Iglesias, 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
  - Co-Pago
  - Presupuesto del Estado
  - Donaciones
  - Seguro Solidario

### **Fotografía N° 10: Proyectos de Inversión**

## FOTOGRAFÍA #1

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



## **FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO**

Entre los principales problemas político- económico - socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño están pandillerismo-drogadicción, embarazos en adolescentes, crecimiento poblacional no planificado (abastecimiento con agua potable de calidad a la población, recolección de basura y transporte público), falta de una verdadera organización inter-institucional, asignación presupuestaria no cónsona a la realidad y falta de recurso humano acorde a la población de responsabilidad.

Una vez identificados los aspectos, las prioridades son:

- Disminuir los embarazos en adolescentes,
- Abastecer con agua potable de calidad a la población, tener un sistema de recolección de basura eficiente.
- Mejorar la funcionalidad del Consejo Provincial
- Mejorar la coordinación MINSA-CSS

Entre los aspectos que favorecen el desarrollo de los procesos en el MINSA se pueden mencionar los servicios de atención gratuita, donación de cremas nutritivas, medicamentos a costos asequibles, exoneración de pagos de consulta y de exámenes, operaciones de salpingectomía llevadas a las comunidades; mientras los que limitan se encuentran asignación presupuestaria no acorde a la realidad de la necesidad, insuficiente recursos humano técnico para dar respuesta adecuada a la demanda e ineficiencia administrativa por falta de perfil.

Entre los convenios, acuerdos, compromisos internacionales en donde nuestro país es signatario están:

- Declaración y Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (2000)
- Ley 13 medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud
- Código sanitaria internacional

En nuestra Región tenemos formulaciones de cooperación técnica financiera para realizar procesos de modernización, reformar, transformar y gestionar cambios en el Estado como es el caso del Programa Fortalecimiento de Redes Integrada de Servicios de Salud.

Igualmente se mantiene una lucha contra la pobreza que es una prioridad gubernamental y se aborda desde distintos sectores con funciones específicas; entre los actores destacan el sector público, sector privado, cooperación internacional y sector político.

El sector Salud entre sus estrategias tiene: Pro-salud 5 donde la atención, laboratorios, medicamentos y todo servicio de salud es gratuito para embarazadas, menores de 5 años, discapacitados, pacientes con VIH-SIDA, pacientes con tuberculosis e indígenas de las comarcas.

Potencialmente el MIDES cuenta con una serie de programas como Centro de orientación y atención integral, Red de oportunidades, Redes territoriales, Padrino empresario, 120 a los 70, desarrollo social seguro, programa de alfabetización, Ángel guardián, centros de orientación infantil y familiar.

### ***CENTRO DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL (COAI)***

El Centro de Orientación y Atención Integral ha sido creado para brindarle respuestas eficientes a los problemas sociales que enfrentan los grupos de atención prioritaria. El centro funciona como una Ventanilla Única en materia social que canaliza los casos a las instancias que deben ofrecer los servicios de calidad a los que tienen derechos los hombres, mujeres, niños, niñas, jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores.

#### ***Objetivo General***

Brindar Orientación y Atención Integral a través de un equipo interdisciplinario (Trabajo Social, Psicología y Abogacía) a los Ciudadanos (as) que acudan al centro uniendo, esfuerzos del sector gubernamental y no gubernamental, realizando un trabajo efectivo, logrando eficiencia en la inversión del Estado en materia de desarrollo social y humano integral. Entre los actores se destacan el sector público, sector privado, cooperación internacional y sector político.

#### ***Objetivos Específicos***

- Brindar un servicio único de orientación y atención a los(as) usuarios(as) que acudan al centro.
- Hacer las referencias de las situaciones sociales que lo ameritan a las instancias pertinentes para su debida atención y seguimiento.
- Orientar a los grupos vulnerables sobre abusos contra niños, niñas y adolescentes a través de Tu Línea 147.
- Ofrecer orientación y capacitación en temas relacionados al servicio que brinda el centro.
- Realizar giras móviles de atención directa con el equipo interdisciplinario en áreas de grupos poblacionales prioritarios y en riesgo social.
- Fortalecer la capacidad de respuesta y manejo de las situaciones sociales a través de los grupos de autoayuda tanto de instituciones públicas como de fundaciones no gubernamentales.

### ***RED DE OPORTUNIDADES***

Es un proyecto de Estado, que desarrolla una acción permanente que cubre a miles de panameños registrados en el mapa de la Pobreza y en los estudios de la vulnerabilidad, como “personas que viven en condiciones de pobreza extrema”.

#### ***Objetivo***

Su objetivo principal es romper con el ciclo de pobreza intergeneracional, insertando a los hogares que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema a la dinámica del desarrollo nacional, a través del fortalecimiento de su capital humano.

#### ***Meta***

Está enmarcada a la erradicación de la pobreza y pobreza extrema a nivel nacional a través del contacto directo con las comunidades.

### *Población Beneficiada*

El programa se dirige a madres que tengan hijos en edades de vacunación de cero a cinco años o en edad escolar de cinco a diecisiete años en condiciones de pobreza extrema.

### *Ejecución del Programa*

El programa lo integran 4 componentes básicos: Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC), Oferta de Servicios, Acompañamiento Familiar, Infraestructura Territorial.

Se ejecuta a través de transferencias monetarias condicionada (TMC), limitando a los beneficiarios al cumplimiento de corresponsabilidades en materia de salud, educación y capacitación.

A la persona beneficiada con la TMC, se le desembolsa la suma de B/100.00 cada dos (2) meses por el Estado con fondo del Banco Mundial. La transferencia monetaria es el compromiso que asume el Gobierno Nacional de entregar un apoyo económico en efectivo a las beneficiarias registradas dentro del programa. La entrega se hace a las mujeres como jefas del hogar. Ese apoyo económico debe ser utilizado en los servicios básicos indispensables para potenciar el desarrollo humano de los miembros más jóvenes del hogar beneficiado. Existe una condicionalidad, para poder recibir la TMC que es el cumplimiento de las corresponsabilidades, las cuales son los compromisos adquiridos entre el Estado Panameño y los hogares beneficiados. Por otro lado el programa de la red de oportunidades conlleva un esfuerzo conjunto entre MIDES, MINSA Y MEDUCA de prestar los servicios de salud, y educación; mientras que la jefa del hogar debe velar para que los integrantes de su familia acudan a los centros de salud en busca de vacunación, controles de salud y otros, además de mantener dentro del sistema educativo a los niños y niñas miembros del hogar, así como participar activamente en las reuniones escolares.

### *El Estado se compromete:*

- Entregar la Transferencia Monetaria Condicionada bimestralmente a las jefas de hogares beneficiarias.
- Brindar y garantizar que la prestación de los servicios de educación estén disponibles para que sus hijos (niños, niñas, adolescentes en edad escolar) reciban la instrucción educativa adecuada.
- Ofrecer servicios de salud primaria, vacunaciones gratuitas a los menores de 5 años y controles de embarazo.
- Promover entre los integrantes de los hogares beneficiarios el desarrollo de capacidades, para la generación de ingresos lo que les permitirá que fortalezcan sus capacidades productivas.
- Facilitar la obtención de los documentos de identidad personal, en coordinación con el Tribunal Electoral.

### *Las Familias se comprometen:*

- Presentarse a las consultas de controles médicos.
- Mantener al día las vacunas de los niños y niñas menores de 5 años.
- Garantizar la asistencia de los niños y niñas a clases.
- Asistir a las reuniones de padres y madres de familia en la escuela.
- A que un miembro del hogar participe en las capacitaciones para el fortalecimiento productivo y generación de capital social ofrecida por diferentes instituciones.

### *Modalidad de Pago*

Se efectúan seis (6) pagos bimestrales cada dos meses. Los pagos se realizan a través de las sucursales del Banco Nacional, para los corregimientos céntricos; mientras que en los de difícil acceso el personal del MIDES se traslada a dichas áreas.

### **PROYECTO REDES TERRITORIALES**

Es un proyecto dirigido a comunidades de pobreza y pobreza extrema en condiciones de vulnerabilidad, que busca el desarrollo local sostenible a través de la integración de los Recursos del Gobierno, Sociedad Civil y la Empresa Privada.

#### *Objetivo General*

Dejar capacidades instaladas en los líderes y lideresas comunitarios para que sean los sujetos activos de su propio desarrollo.

#### *Objetivo Específico*

Impulsar el asociativismo y emprendimiento para lograr la sostenibilidad de las familias y el desarrollo de economías locales.

#### *Ejecución del Programa*

La Red Comunitaria se integra por cada uno de los líderes y grupos organizados que se encuentran en las comunidades y por medio de la misma se diagnostican los problemas más urgentes, se establece un plan de acción para la solución de estas necesidades, se desarrollan programas de autogestión (cursos de modistería y belleza). También se elabora con la ayuda de la Red Institucional un plan de desarrollo a la comunidad a largo plazo y participa en los procesos de seguimiento, evaluación y auditoría social. Además lleva a cabo Ferias Multisectoriales en comunidades de lugares muy alejadas mediante las cuales se benefician y ahorran en el costo de transporte desde sus hogares hasta lugares donde se adquieren los productos. Por otro lado fomenta la creación de huertos y cría de pollos con doble propósito, con la finalidad de que estas personas puedan obtener un producto para su consumo y venta generando así un ingreso para su hogar.

### **PROGRAMA PADRINO EMPRESARIO**

El Programa Padrino Empresario es de autogestión y nace como una alternativa de prevención, dirigido a adolescentes entre los 15 a 17 años de edad.

#### *Objetivo General*

Minimizar la vulnerabilidad a los problemas económicos y psicosociales propios de su entorno y núcleo familiar, a fin de que puedan continuar sus estudios y por ende mejore su calidad de vida.

#### *Objetivo Específico*

Promover el desarrollo biopsicosocial del adolescente de 15 a 17 años de edad, a través de una preparación laboral remunerada (becas), con la cual puedan sufragar parcialmente los gastos que incurran al seguir o reinsertarse en los sistemas educativos.



### *Ejecución del Programa*

Este programa se ejecuta con la responsabilidad social empresarial, a través de la donación que realizan las empresas al programa, la cual es deducible de impuesto en un 100% del impuesto sobre la renta. Además la empresa capacita al estudiante, para que adquiera una experiencia previa laboral con miras a contratarlo cuando éste sea adulto y de no ser asimilado por la empresa, sale preparado laboralmente para competir en el mercado laboral. Por otro lado no existe una relación laboral entre la empresa y el adolescente, ya que la misma le ofrece una beca laboral, lo avala un convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral.

Se asigna un funcionario del MIDES, como enlace entre la empresa, el joven y su familia de manera personalizada. Al adolescente se le cubre con una póliza contra accidente personal, una hora antes, durante y una hora después de su capacitación. La empresa ofrece su donación (beca) mensual directamente al programa y no al adolescente. El programa les paga quincenalmente las becas a los estudiantes.

Entre los compromisos de las empresas que colaboran con el Programa Padrino Empresario tenemos: contar con licencia comercial o natural, estar debidamente inscrita en el Registro Público, recibir las visitas previa que realiza el personal del programa, contar con una dirección fija donde realizan sus actividades comerciales. El Programa es auspiciado por las Empresas privadas, el Ministerio de Desarrollo Social, la Cámara de Comercio e Industrias y Agricultura de Panamá, Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral y la Sociedad civil; y cada una de estas tiene representantes ante el Consejo Directivo del Programa.

### **PROGRAMA 120 PARA LOS 70**

Es un programa de protección social dirigido a las personas adultas mayores de setenta años en adelante en condiciones de riesgo social, vulnerabilidad, marginación o pobreza. Son cinco pagos anuales distribuidos en dos pagos de tres meses y tres pagos de dos meses.

#### *Objetivo general*

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores de 70 años y más, que no gocen de una jubilación o pensión en la República de Panamá, mediante el otorgamiento de transferencias económicas, con el fin de apoyarlos en la satisfacción de sus necesidades básicas sociales y sus condiciones de vida.



#### *Misión y Visión*

La metas delineadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Desarrollo Social es guiar nuestro esfuerzo a los ancianos de nuestro país que han trabajado gran parte de su vida y no han recibido una jubilación, ni pensión a través de los años de manera tal que se les

garantice la igualdad de oportunidades donde la justa y apropiada distribución de los recursos sean de beneficio para los adultos mayores a fin de que los mismos tengan una mejor calidad de vida.

#### *Ejecución del Programa*

Este Programa inicio con la presentación del Proyecto Ley a la Asamblea Nacional de Diputados el 9 de Julio de 2009 y fue aprobado mediante la Ley N°44 del 4 de Agosto de 2009.

Los componentes principales del programa son las transferencias monetarias condicionadas distribuidas en:

- Cantidades monetarias a beneficiarios del programa en forma de transferencia económica, mediante entidades pagadoras como el Banco Nacional y la Caja de Ahorro.
- Cantidades Monetarias a beneficiarios del programa residentes en áreas de difícil acceso o remotas entregadas mediante los funcionarios de pagos directos.

#### **OFICINA DE DESARROLLO SOCIAL SEGURO (O.D.S.S.)**

Es un proyecto de carácter preventivo que procura contribuir con la reducción de los altos índices de delitos y episodios de violencia juvenil en las áreas suburbanas. Busca la reinserción escolar y ocupacional del joven, proporcionando opciones de educación formal y de formación para el trabajo, mediante un abordaje comunitario en las comunidades y barrios calificados como populares, marginales y/o zonas rojas, accionamos de forma integral, interinstitucional y participativamente, con la finalidad de atender a los jóvenes y adolescentes para fomentar cambios positivos y convertir estas áreas en lugares seguros y pacíficos para la mejor convivencia de los ciudadanos.

#### *Objetivo General*

Promover la cultura de paz, los valores el respeto y la inserción social desde los jóvenes y adolescentes.

#### *Objetivo Específico*

Desarrollar actividades que sirvan de enganche a los jóvenes pertenecientes a pandillas.

#### *Ejecución del programa*

Con una intervención integral y donde coordinamos con otras instituciones gubernamentales y organizaciones sin fines de lucro, el programa se orienta hacia acciones que previenen a los jóvenes y adolescentes a que no incurran en actividades delictivas, a través del uso positivo del tiempo (recreativas, culturales, deportivas, sociales y espirituales) y la inserción social de los adolescentes y jóvenes en riesgo, social muchos de los cuales tienen un historial de pandillerismo y/o miembros de bandas. Ello, a través de la promoción de la salud mental y recreación (Fase I). Complementado con formación y capacitación para motivar el cambio de vida (Fase II), con temas para el aprendizaje de nuevas habilidades sociales que los hagan funcionar diferente en su entorno social y

familiar. Al final del proceso, el individuo “inducido hacia una vida positiva ha de ser canalizado para la reinserción social, la formación vocacional, o en su efecto, para la autonomía económica (Fase III).

### **PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN**

El Proyecto de Alfabetización *Muévete por Panamá* utiliza un método flexible que permite que las personas aprendan a partir de la experiencia, ya que las clases son facilitadas con la ayuda de video clases que en combinación con los números y letras hacen que cada sesión sea entretenida. Para extender la cobertura e instalar ambientes de aprendizaje en áreas de difícil acceso, el Gobierno Nacional ha contado con la ayuda solidaria de miles de voluntarios que han aportado su tiempo libre para convertirse en los facilitadores de las clases de las personas iletradas de su propia comunidad.

Para que cada panameño y panameña acceda al derecho de la educación, el MIDES ha instalado ambientes de aprendizaje en diferentes puntos de la geografía nacional que van desde ranchos hasta escuelas, los cuales se equipan con los recursos necesarios para impartir las clases. Cada ambiente de aprendizaje es equipado con tablero, tizas, un televisor y un reproductor de DVD, asimismo se le entrega a los iletrados las cartillas, lápices y cuadernos del Proyecto a fin que puedan dedicarse plenamente en la asimilación de las clases. El MIDES, como entidad ejecutora del Proyecto *Muévete por Panamá* a nivel nacional realiza visitas periódicas a los ambientes de aprendizaje para supervisar en campo el desarrollo de la metodología y la participación activa de las personas iletradas. Además, cuenta con registros estadísticos que se actualizan mensualmente para conocer los avances del Proyecto en el territorio nacional.

De igual manera, se llevan registros fílmicos y fotográficos de los ambientes de aprendizaje a nivel nacional y de la evolución gradual de las personas iletradas a medida que van adquiriendo los conocimientos básicos de la lecto-escritura. Por otro lado, el Gobierno Nacional mantiene una alianza de cooperación con la UNESCO, que está brindando asesoría técnica para el buen desarrollo del Proyecto y la disminución del número de personas iletradas en el país. *Muévete por Panamá* es un proyecto integral que promueve el bienestar de las personas y su inclusión en la sociedad. Por ello de manera paralela en sus inicios se ejecuto el proyecto de anteojos, el cual le brindo de manera gratuita los exámenes y sus respectivos lentes para que el usuario pudiera leer y escribir con facilidad; el programa Operación Milagro, con el que las personas tuvieron la oportunidad de ser operadas de sus problemas de visión. Por otra parte, se contó con el programa de Becas con el IFHARU que les otorgaba una beca a los estudiantes menores de edad que lograron aprobar con éxito las clases y el programa de registro civil con el Tribunal Electoral para el trámite relacionado a cedulación, reconocimiento de nacimiento, entre otros. Cabe señalar que estos programas (lentes, operación milagro y becas) en la actualidad están inactivos.

### **PROGRAMA ANGEL GUARDIAN**

El Programa Ángel Guardián viene a ser uno de los pilares que mitiga y da respuesta a un sin número de necesidades que por la naturaleza de su condición demandan, incluyendo a las personas con discapacidad en el marco de promoción de un modelo de desarrollo inclusivo y del reconocimiento de estas personas como sujetos de derechos.

### *Objetivo General*

Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad severa en condición de dependencia y extrema pobreza, mediante el otorgamiento de un apoyo económico del B/.80.00 mensuales, cada dos meses (6 pagos al año), que les permita tener acceso a sus necesidades básicas, de alimentación, medicamentos y acceso a los servicios.

### *Corresponsabilidades*

El representante legal deberá procurar una compensación estructural del beneficiario activo, a fin de que este, no sea excluido de los beneficios de los servicios públicos. Para ello, ambos deberán cumplir una de las siguientes alternativas según la condición de discapacidad.

-Asistir regularmente a los servicios de salud para revisiones periódicas siempre que la condición de discapacidad severa se lo permita. Los beneficiarios cuya condición de discapacidad severa no les permita asistir a los servicios de salud podrán ser visitados por el equipo técnico.

-Asistir al centro de rehabilitación integral del área, si ha sido referido por las autoridades de salud competentes.

-Acceder a los servicios del sistema educativo, si se trata de menor de edad con discapacidad severa.

-Participar en charlas, cursos y seminarios de orientación psicológica, de salud y de otros, destinados a la atención de la discapacidad, organizados por el Estado en su beneficio y dictados en las áreas cercanas a su residencia o lugar de pago

### ***CENTROS DE ORIENTACIÓN INFANTIL Y FAMILIAR***

En los centros de Orientación Infantil y Familiar se les brinda afecto, atención, protección, alimentación, educación y estimulación a niños y niñas de 0 a 4 años de edad. Actualmente en el área oeste se cuenta con tres COIF. Los niños y niñas asisten en una jornada diurna, de lunes a viernes en un horario de 6:30 am a 12:00 pm y de 6:00 am a 5:00 pm cuando su madre trabaja fuera del hogar.

### *Ejecución Del Programa*

El trabajo educativo en los Centros de Orientación Infantil y Familiar se divide en tres niveles:

-Parvulario 1: Corresponde a los lactantes desde su nacimiento hasta los dos años de edad.

-Parvulario 2: Comprende a los preescolares, cuyas edades fluctúan entre los dos y cuatro años de edad.

-Parvulario 3: Comprende a los preescolares de cuatro a cinco años, los cuales se incluyen como parte del primer nivel de enseñanza pero bajo la responsabilidad técnica y administrativa de la Dirección Nacional de Educación Inicial del Ministerio de Educación.

Los Centros de Orientación Infantil y Familiar tienen una organización educativa conformada por una Educadora como Directora, Asistente de Maestra, Trabajadoras Manuales, Manipuladoras de Alimentos. Ellas son asesoradas por un equipo multidisciplinario de Pre-Escolares, y Nutricionista.

La Alimentación es sufragada por el Ministerio de Desarrollo Social, la cual consiste en una merienda y almuerzo.

Este programa conlleva a la autosugestión y a la participación de los padres de familia y la comunidad en la planificación, organización y desarrollo del mismo, asumiendo la toma de decisiones de acuerdo a los criterios de actividad, participación, relevancia, pertenencia cultural e integración.

El MEDUCA no solo se preocupa por brindarles a los estudiantes conocimientos académicos, sino también actividades extracurriculares para lograr que tengan una educación integral en cada aspecto de su vida; abrir escuelas técnicas para que los estudiantes con necesidades educativas especiales tengan la oportunidad de prepararse, ya que por sus limitaciones no pueden estudiar un bachillerato.

Los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional son de mediano impacto, puesto que muchos de los actores no acuden a las convocatorias de coordinación al menos que sea por contingencia, se hace mucha concientización, sin embargo los frecuentes cambios gerenciales influyen negativamente sobre el mismo. En cuanto a la intervención en el Consejo de coordinación Provincial y el Consejo Técnico Municipal la participación es más activa, tomando en cuenta que a partir de este año (2014) los distritos que integran nuestra región sanitaria fueron segregados para formar parte de una nueva Provincia (Panamá Oeste), por lo que esperamos que aumente significativamente el grado de participación y gestión de estas coordinaciones.

Las políticas de Salud se relacionan con los diversos proyectos de inversión social que crea el MIDES con el objetivo de insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, y a los mayores de 70 años que cumplan con uno de los cuatro criterios para recibir el beneficio (riesgo social, vulnerabilidad, marginación y pobreza), a fin de garantizarles los servicios de salud para mejorar su calidad de vida.

Las proyecciones y tendencias del contexto político-económico sociocultural y de género y su relación con la gestión sanitaria, van dirigida a mejorar o disminuir el gasto en salud con priorización en la atención primaria y atención integral, fortaleciendo la red de servicios, sin duplicidad para disminuir las enfermedades prevalentes e incidentes, a través de actividades de promoción y prevención.

Panamá Oeste por su posición estratégica tiene una variabilidad geográfica que se ha venido impactado gradualmente, en Distritos como Arraiján y La Chorrera por su cercanía a la ciudad capital se ha convertido en sitios atractivos para desarrollos urbanísticos a gran escala, por lo que la deforestación, contaminación de las aguas y deficiente sistema de recolección de basura nos afecta. En el Distrito de Capira los proyectos



residenciales están iniciando e igualmente no se refleja que existan medidas de mitigación que se apliquen a estas promotoras, aunado a esto la migración del interior hacia la capital por el abandono del agro ha producido el fenómeno de invasión de tierras sin ningún tipo de planificación. En Chame y San Carlos la deforestación de manglares y proyectos de tipo turísticos también ya reflejan impactos ambientales.

El marco legal que regula la participación social en salud en Panamá incorpora disposiciones legales y reglamentarias en el marco nacional e internacional de las cuales Panamá es signataria.

En el ámbito nacional, la participación social se consigna como derecho en la Constitución Política de la República de Panamá, **CAPÍTULO VI SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL**, que en el Artículo 105 establece:

“El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.”

“**ARTÍCULO 112:** Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud. El Ministerio de Salud cuenta con diferentes leyes, decretos, reglamentos especiales y específicos que legislan la materia de salud de materia que se trate.”

1977. Declaración de Alma Ata. Insta a los países a fortalecer la Atención Primaria de Salud, cuyo eje estratégico es la participación comunitaria en la gestión de la salud.

1986. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Canadá, de la cual emana la Carta de Ottawa (Canadá): “Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública”

1991. Declaración de Santa Fe de Bogotá. Foro sobre Descentralización y Municipios Saludables.

1998. Resolución sobre Promoción de la Salud adoptada durante la LI Asamblea Mundial de la Salud.

*El DECRETO DE GABINETE N° 401 de 29 de diciembre de 1970*

En el año 1973, mediante la Ley 105 se reglamentan las Juntas Comunales, que entre sus funciones está la de participar en los programas de producción de la salud.

Decreto Ejecutivo N° 40 de 18 de abril de 1994, DECRETO EJECUTIVO N° 389, de 9 de septiembre de 1997

*Ley N° 3 de 17 de mayo de 1994: “Por la cual se aprueba el Código de la Familia”.*

Artículo 692: La familia, en interacción con el apoyo de la comunidad y del Estado, debe realizar esfuerzo organizados para mejorar, proteger y mantener su salud integral.

Artículo 705: Todos los programas integrales de salud, desde su planeamiento y en el desarrollo de las acciones, se promoverán la participación de las familias y de la comunidad.

*Ley N° 4 de 29 de enero de 1999: “Por la cual se instituye la igualdad de oportunidades para las mujeres”.*

Artículo 7: Son acciones de política que el Estado desarrollará para estimular la participación de las mujeres en los puestos de dirección y en la política.

Artículo 9: Lograr que antes del año 2005, por lo menos el 30% de los integrantes de procesos de adopción de decisiones en los grupos comunitarios, organizaciones no gubernamentales, sindicatos, cooperativas, gremios profesionales, asociaciones y otros, sean mujeres.

*Decreto Ejecutivo N° 40 de 18 de abril de 1994: “Por el cual se crean las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, como organismos responsables de la administración, operación y mantenimiento, código sanitario 84, 85, 88 de abastecimiento.*

La legislación panameña establece el derecho de las comunidades, familias e individuos de participar en la gestión sanitaria a través de:

***¿Qué cambios son necesarios?***

- Generar una política nacional de participación social en salud que implique la inserción y el empoderamiento de la población, de los distintos actores sociales e institucionales y de la empresa privada en la gestión de la salud.
- Instrumentar nuevos modelos de participación ciudadana que incentiven las capacidades de autogestión, cogestión y producción de bienes y servicios para el desarrollo humano.
- Fortalecer la capacitación a los líderes comunitarios, directivos de las distintas organizaciones comunitarias y actores sociales.
- Crear un sistema de incentivos para la participación de los líderes y directivos de las organizaciones comunitarias

- Reorientar el trabajo comunitario e introduciendo metodologías de trabajo participativo.

***¿Cuáles son las formas de participación en su área de responsabilidad?***

Las formas de participación social en la Región de Panamá Oeste son:

- Mano de obra en los proyectos de construcción de acueductos rurales,
- Colaboración y apoyo en campañas y giras de salud.
- Apoyar económica y administrativamente a los Centros de Salud,
- Controles sociales en la provisión de salud en las modalidades de los paquetes integrales de salud, provistos por organizaciones extra sectoriales e institucionales.

Al igual que el MINSA, la CSS ha introducido un programa en donde la Promoción, Prevención y Participación Social es fundamental para lograr metas de impacto en la Salud de la Población, y hace unos años la Junta Directiva aprobó estos cambios inclusive en el Organigrama de la Institución creando la Subdirección Nacional de Atención Primaria de Salud, en donde una de las estrategias es la constitución de los Grupos Organizados de la Comunidad (GOC) para la Participación Social ya conformadas en varias Instalaciones de la Provincia



## FOTOGRAFÍA #2

- Aspectos demográficos
- Aspectos epidemiológicos
- Morbilidad
- Mortalidad



**FOTOGRAFIA #2**  
**DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS**

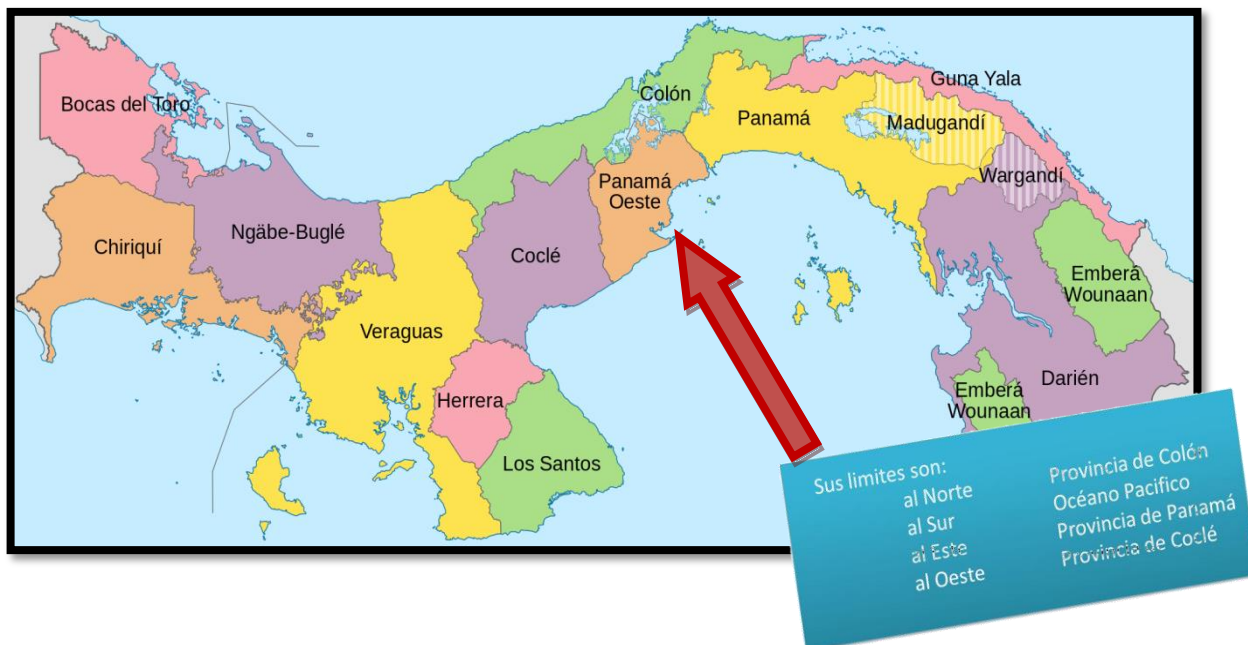
**INDICADORES DEMOGRÁFICOS**

Indicadores Demográficos	2000			2010			2017		
	Total			Total			Total	Masc.	Fem.
Densidad de la Población	104.5			182.3			224.8	279,921	274,793
Rural	...								
Urbana									
Tasa de crecimiento natural o anual	24.7			14.6			16.0		
tasa bruta de natalidad	27.3			18.3			20.1		
tasa global de fecundidad	79.2			67.7			70.2		
tasa general de fecundidad	104.1			68.2			75.1		
Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2018		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
<b>Total</b>	<b>257,823</b>	<b>131,109</b>	<b>126,714</b>	<b>449,633</b>	<b>227,974</b>	<b>221,659</b>	<b>587,497</b>	<b>296,283</b>	<b>291,214</b>
Menor de un año	5,612	2,751	2,861	9,404	4,822	4,582	9,054	4,671	4,383
1 a 4	21,526	11,027	10,499	37,554	19,224	18,330	38,872	19,881	18,991
5 a 9	25,678	13,202	12,476	46,384	23,763	22,621	51,105	26,036	25,069
10 a 14	25,170	12,394	12,776	41,685	21,497	20,188	49,548	25,305	24,243
15 a 19	24,862	12,626	12,236	35,671	18,657	17,014	44,697	22,764	21,933
20 a 59	135,111	69,125	65,986	243,794	122,419	121,375	331,827	167,729	164,098
60 y más	19,864	9,984	9,880	35,141	17,592	17,549	62,394	29,897	32,497

*Fuente(s): INEC, Contraloría General de la República. Otros Datos: Región de Salud Panamá Oeste, 2012. \*/por 100 hab. Toda la información de Estadística. Vitales (Nacimiento y Defunciones) es del 2012, ya que Contraloría G.R.P. no ha entregado al MINSA las mismas del 2013.*

## SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

### UBICACIÓN DE PANAMÁ OESTE



### Creación de la provincia de Panamá Oeste

La provincia de Panamá Oeste fue creada mediante la Ley 119 del 30 de diciembre de 2013, la cual convirtió la antigua región de la provincia de Panamá en una nueva provincia partir del 1 de enero del 2014 constituyendo así, la décima provincia.

### Ubicación

La provincia de Panamá Oeste está situada en la costa del océano Pacífico, al lado occidental del canal de Panamá. La máxima altitud es el Cerro Trinidad (1300 msnm), posee una geografía en la que se aprecian bosques, playas y montañas. Sus características demográficas incluyen zonas urbanas, semiurbanas y rurales algunas con muy difícil acceso. Está formado por todos los pueblos ubicados en al oeste del Canal de Panamá hasta la Provincia de Coclé. Comprende los distritos de: Arraiján, Capira, Chame La Chorrera y San Carlos.

### Arraiján

Está compuesta por 8 corregimientos: Arraiján, Veracruz, Nuevo Emperador, Burunga, Santa Clara, Cerro Silvestre, Juan Demóstenes Arosemena y Vista Alegre. La mayoría de sus habitantes trabaja o en la ciudad, aunque cada día aumenta la fuente de empleos por medio de centros comerciales como Westland Mall y por el desarrollo de la zona industrial y comercial de Panamá Pacifico y el Puerto de Vacamonte





## Capira

El distrito está conformado por los siguientes corregimientos: Capira, Caimito, Campana, Cermeño, Cirí de Los Sotos, Cirí Grande, El Cacao, La Trinidad, Las Ollas Arriba, Lídice, Villa Carmen, Villa Rosario, Santa Rosa. Posee el punto más alto de la provincia, el Cerro Trinidad y el parque Nacional Campana.

*Cerro Campana en Capira*



## Chame

Posee 11 corregimientos: Chame, Bejuco, Buenos Aires, Cabuya, Chicá, El Líbano, Las Lajas, Nueva Gorgona, Punta Chame, Sajalices, Sorá. La economía del distrito se basaba en la agricultura (el coco, el plátano, el tamarindo y la piña para la exportación), ganadería (raza Brahman) y pesca de subsistencia. En los últimos años se ha incrementado el turismo con la construcción de importantes hoteles y otras facilidades para el turismo interno y externo.

*Playa Gorgona - Chame*



## La Chorrera

Es la segunda ciudad más grande e importante del país tras la capital. Es reconocida por su feria internacional y reconocida como la ciudad del Bollo y el Chicheme.

En esta ciudad se celebra la Feria Internacional de La Chorrera, adicional el distrito tiene unos terrenos de sabana, un clima cálido y de lluvias fuertes (especialmente en la época lluviosa), lo que da lugar a extensos herbazales que favorecen una importante cría de ganado vacuno, y en menor medida



porcino. Las fértiles tierras dan buenas cosechas de la piña, el arroz, café, cítricos, yuca, frijoles y azúcar de caña.



### San Carlos

El distrito está conformado por los siguientes corregimientos: San Carlos, El espino, El Higo, Guayabito, La Ermita, La Laguna, Las Uvas, Los Llanitos, San José. Además, posee las playas más extensas y concurridas del país y es famoso por sus casas y condominios de playa.

### Generalidades de la Población

Para el año 2018, la región de Panamá Oeste se le ha estima una población de 565,482 habitantes. La esperanza de vida es de 79.6 años, 76.6 años para los varones y 82.3 años para las mujeres. Cuenta con una extensión territorial de 2467.1 Km<sup>2</sup>, y una densidad poblacional de 229.2 hab./Km<sup>2</sup> siendo una de las más altas a nivel nacional. El Distrito de Arraiján el de mayor densidad (1,713.6 hab./Km<sup>2</sup>) y Capira el de menor densidad (49.9 hab./Km<sup>2</sup>).

### Panamá Oeste por distrito y por sexo. Población estimada al 1° de julio 2018.

2018	ARRAIJAN	CAPIRA	CHAME	LA CHORRERA	SAN CARLOS	TOTAL
<b>TOTAL</b>	<b>267.831</b>	<b>46.585</b>	<b>30.843</b>	<b>196.610</b>	<b>23.613</b>	<b>565,482</b>
<b>Hombres</b>	143.622	24.500	16.319	99.237	12.605	296.283
<b>Mujeres</b>	146.224	22.085	14.524	97.373	11.008	291.214

Actualmente, esta población tiene una distribución porcentual de 50.43% hombres y 49.57% mujeres, con un 26.3% de mujeres en edad fértil es decir de 15 a 49 años. Según edad tenemos que los menores de 5 años eran el 9.3%, la población escolar era de 19.6% con un 7.9% de adolescentes, el 47.0% estaban entre los 20 a 50 años y 9.3% mayores de 60 años.

Las cifras reveladas por el X Censo de Población y el VI de Vivienda, en lo referente a Panamá Oeste, colocan al distrito de Arraiján como el mayor poblado. En tanto que, el menos habitado en el distrito de San Carlos, quizás por su característica de ser un sitio propicio para mantener casas de playa y que solo son ocupadas durante los fines de semana.

## Migración

4 de cada 10 personas que viven en Panamá Oeste nacieron en otra provincia. La cifra de contraloría referente a los inmigrantes es de 42.7%, ubicando la provincia como la de mayor recepción de migrantes, además es la provincia con menor tasa de emigrantes, datos de la contraloría del año 2010 reportan a penas 13.6%.

## Cultura

Panamá Oeste es conocida por su folklore y por ciertas tradiciones que hacen a la provincia un lugar atractivo para visitar: los famosos locales como el Chichemito, Quesos Chela y Quesos Mili, lugares donde se cocinan los diferentes platos típicos de la provincia y del país, paradas predilectas para los que hacen el viaje al interior del país; La confección de muñecos de año viejo, que son exhibidos a lo largo de la orilla de la carretera Interamericana, para deleite de propios y extraños; La celebración del Corpus Christi y la danza del gran diablo de La Chorrera, así como las fiestas del patrón de cada distrito y la muy popular Feria Internacional de La Chorrera, el Festival de la Cumbia Chorrerana, la Feria de la Piña y la Feria de Las Flores, en Chame.

Además de lo mencionado, el distrito de La Chorrera es hogar de Bandas de Música colegiales y las también conocidas como Independientes, en las cuales se destacan: La Banda de Música Virgilio Escala del Colegio Pedro Pablo Sánchez, y la Banda Víctor Raúl González, del Colegio Moisés Castillo Ocaña, las cuales han representado a la provincia y al país en eventos nacionales e internacionales, siendo muchas veces reconocidas por su calidad de interpretación.

### SUPERFICIE, POBLACIÓN Y DENSIDAD, EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AL 1º DE JULIO DEL 2018 (a)

DISTRITOS	SUPERFICIE (Km <sup>2</sup> ) <sup>(1)</sup>	POBLACIÓN <sup>(2)</sup>	HABITANTES (Km <sup>2</sup> )
<b>REGIÓN</b>	<b>2467.1</b>	<b>565,482</b>	<b>229.2</b>
ARRAIJÁN <sup>(2)</sup>	156.3	267,831	1713.6
CAPIRA	932.8	46,585	49.9
CHAME	352.9	30,843	87.4
LA CHORRERA	688.1	196,610	285.7
SAN CARLOS	337.0	23,613	70.1

(a) Cifras revisadas en 1988, por el Instituto Geográfico Nacional "TOMY GUARDIA" en base a información cartográfica existente a escala 1:50,00 e imagen de Satélite LAND-SAT, geoméricamente corregido.

(1) En base a la distribución Demográfica del censo de población 2010.

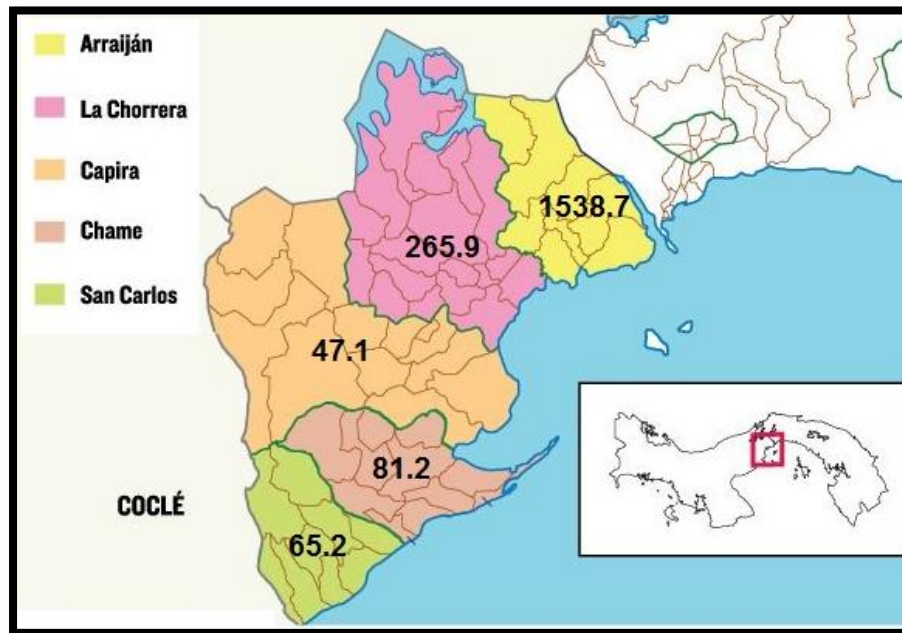
(2) Excluye el corregimiento de Veracruz.

Fuente: Sistema Regional de Salud Panamá Oeste. Departamento de Registros y Estadística de Salud

## Estructura y Dinámica Poblacional en Panamá Oeste

Como consecuencia de la posición geográfica de la Provincia y de una serie de factores que inciden por su cercanía a la ciudad capital, la población está constituida por diversos grupos humanos principalmente grupos Hispano-Indígenas, extranjeros y migrantes de otras Provincias.

### DENSIDAD DE POBLACIÓN DE PANAMÁ OESTE, SEGÚN DISTRITO. AÑO: 2018



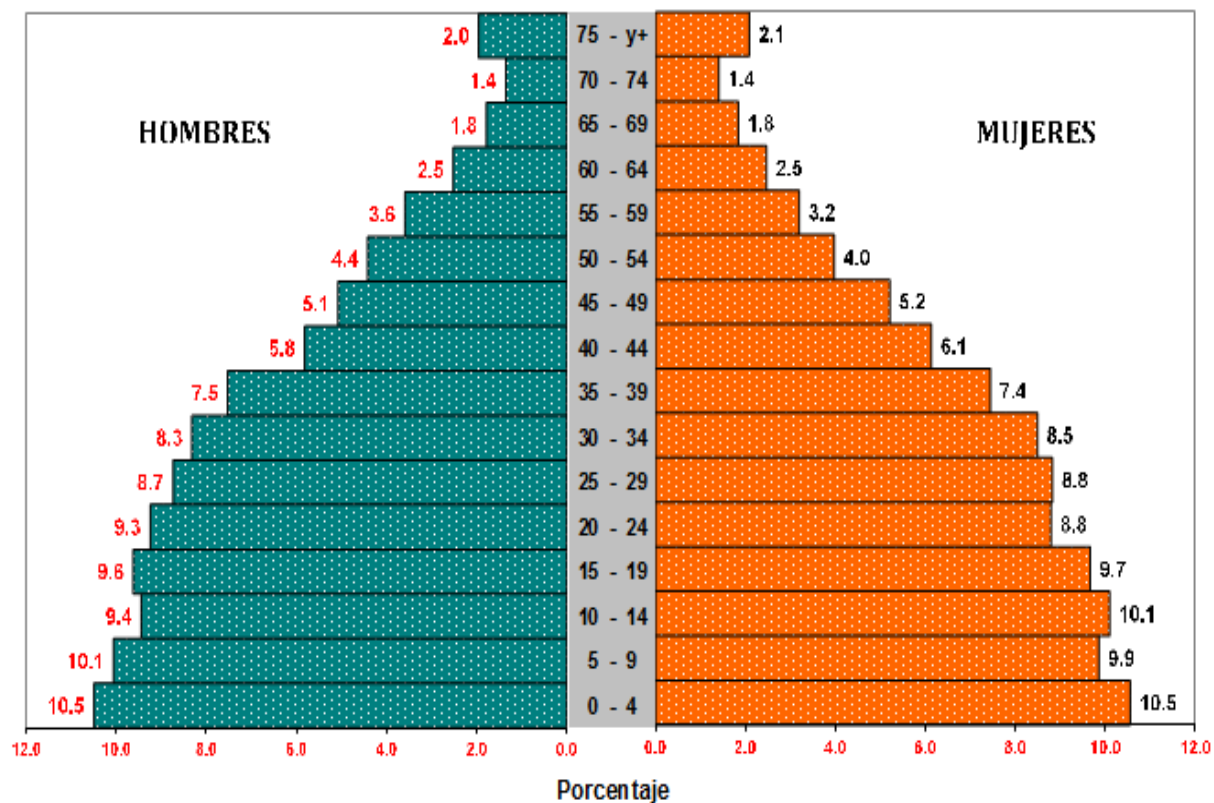
La población de esta Provincia, a partir del año 2000, cuando aún formaba parte de la Provincia de Panamá, se estableció en 257,823 habitantes; la cual para el año 2010 prácticamente se duplicó según el censo y para el año 2014 se estimó en 518,013 habitantes, lo que representa un crecimiento poblacional de 260,190 habitantes en 14 años.

De acuerdo a sus resultados, se puede señalar que nuestra región ha pasado de una tasa crecimiento natural alta (24.7 en el año 2000 y 17.5 en el 2001) a un crecimiento más lento (registrando una tasa anual de crecimiento promedio (TCP) de 15.2 entre 2002 y el 2012), situación que según las estimaciones se mantendrá durante los próximos 25 años, como consecuencia directa de la disminución de la fecundidad a nivel nacional.

Al analizar la estructura de la población, se observa que el 26.1% de los habitantes son menores de 15 años y el 6.3% son mayores de 65 años, El 67.6%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Los <5 años representan el 9.4 %, el grupo de 5 – 9 el 8.7%, el grupo de 10 – 14 años el 8.1% y de 15-19 años el 8.2%. El sexo masculino, constituye el 50.4% y el sexo femenino el 49.6%.

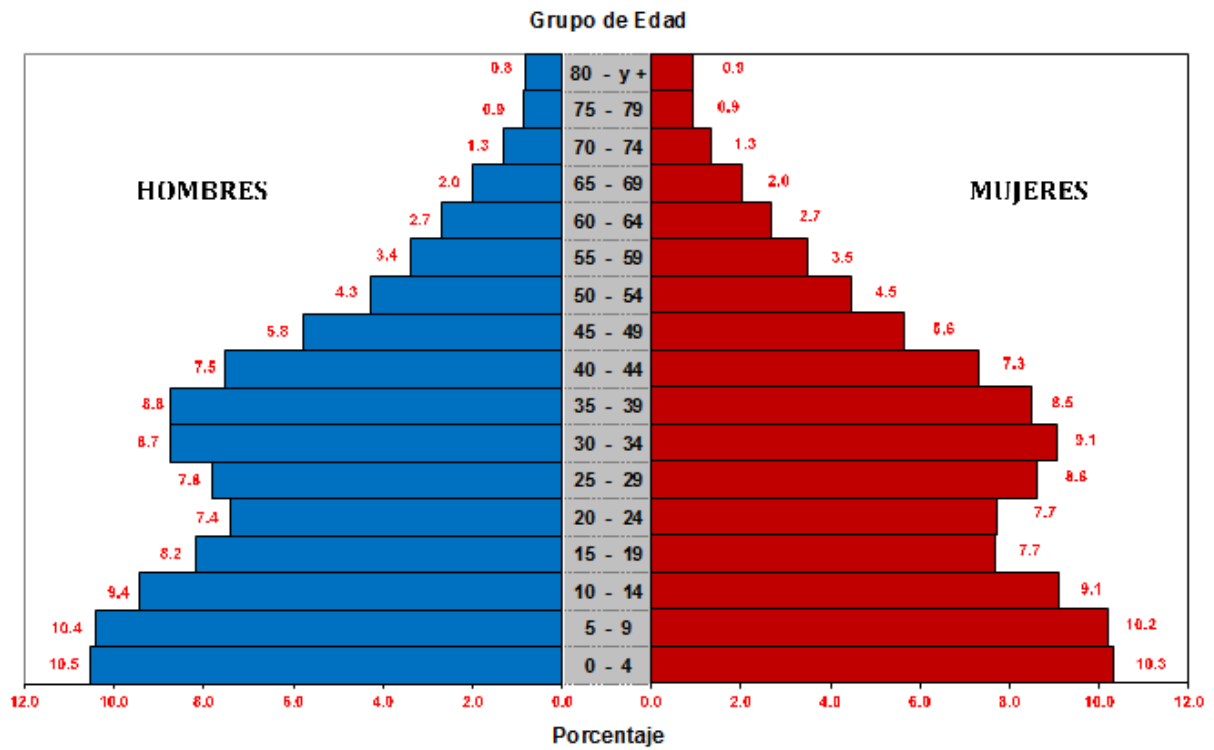
ESTRUCTURA PORCENTUAL DE PMA OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000

Grupo de Edad

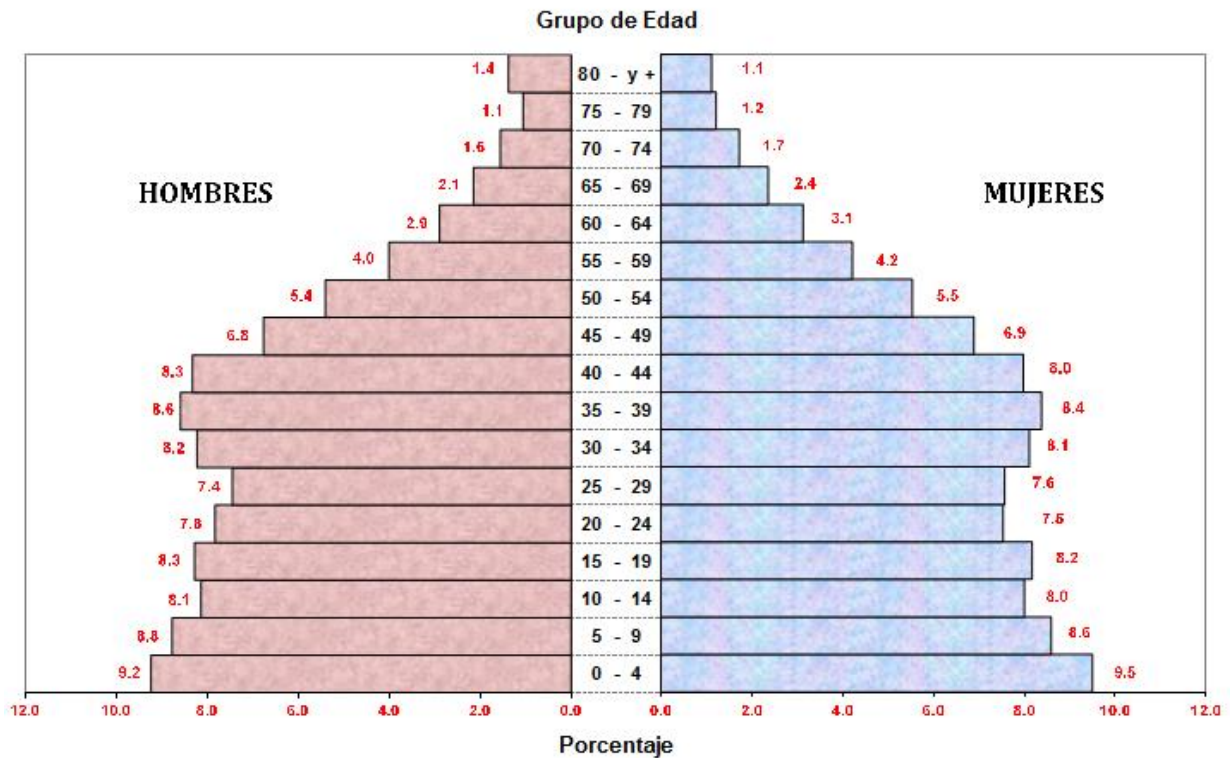




ESTRUCTURA PORCENTUAL DE PMA OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



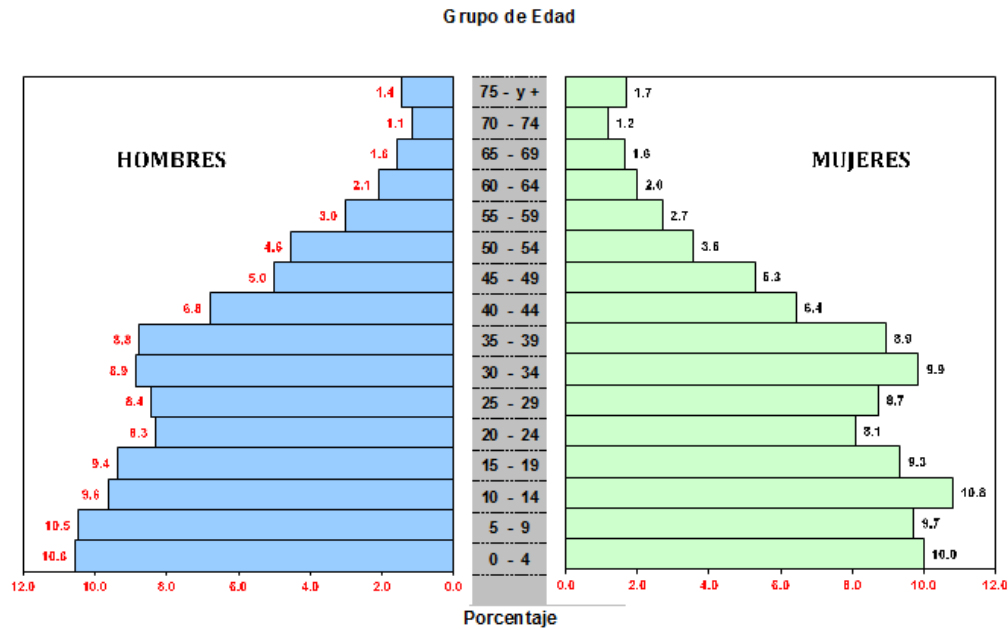
ESTRUCTURA PORCENTUAL DE PMA OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



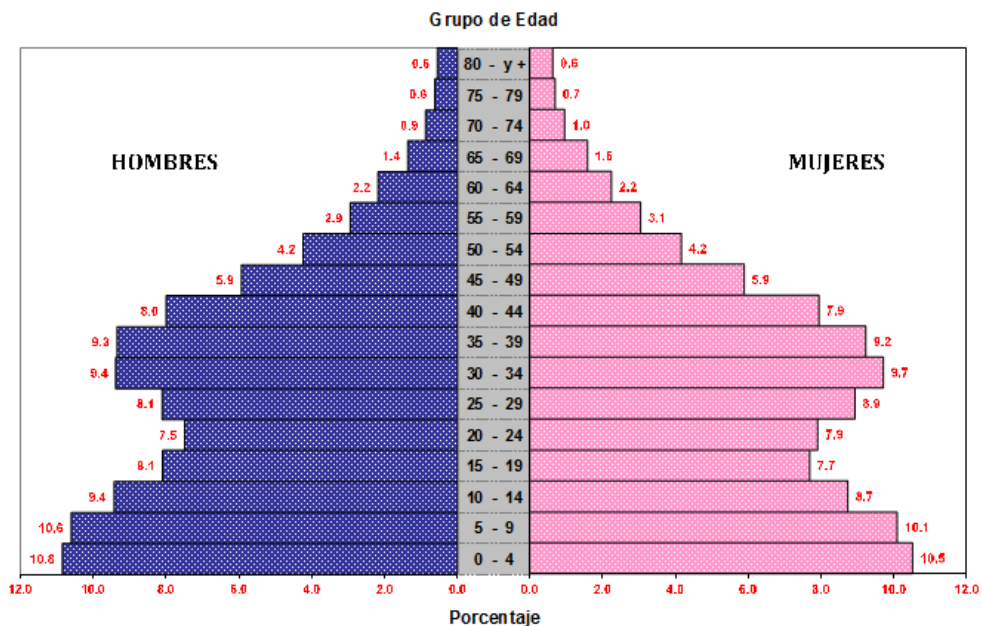
## Distrito de Arraján

Al analizar la estructura de la población, se observa que el 43.6% de los habitantes son menores de 15 años y el 5.0% son mayores de 65 años, El 68.4%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Los <5 años representan el 26.6 %, el grupo de 5 – 9 el 8.9%, el grupo de 10 – 14 años el 8.1% y de 15-19 años el 8.3%. El sexo masculino, constituye el 49.5% y el sexo femenino el 50.5%.

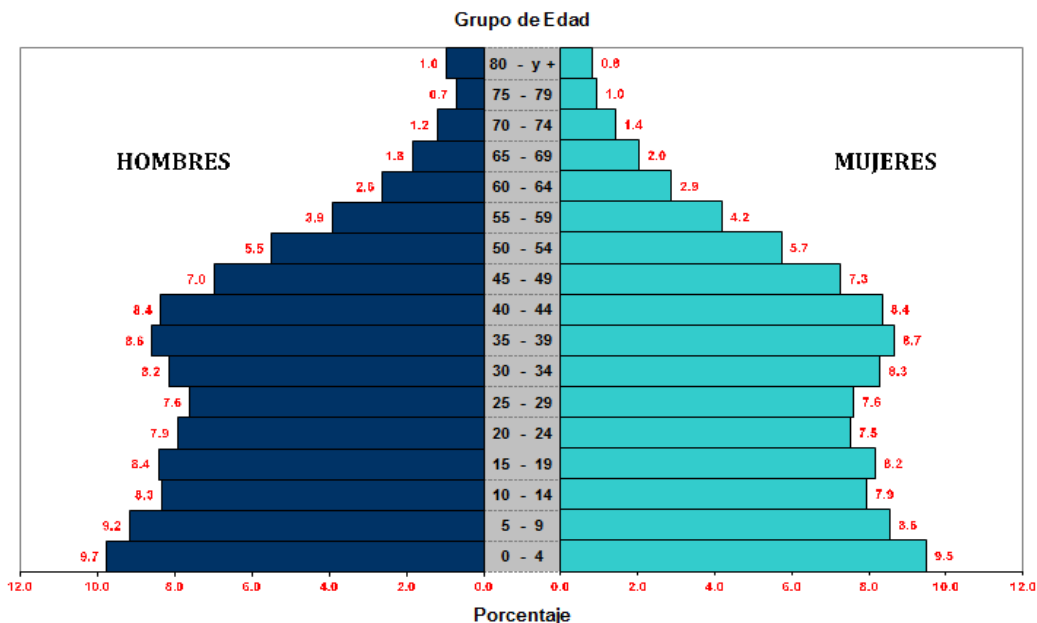
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE ARRAJAN, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE ARRAJAN, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



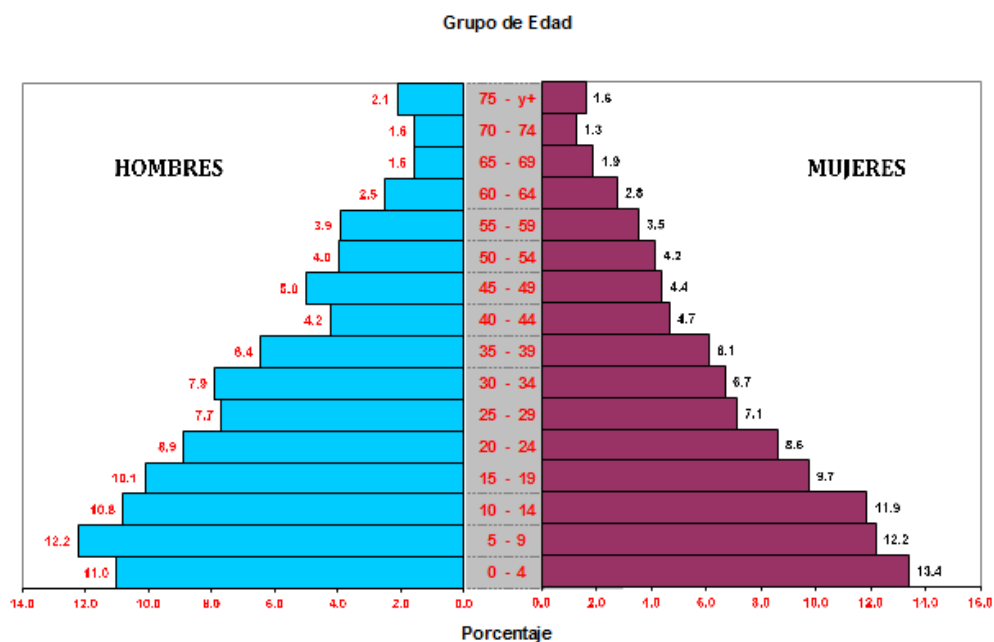
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE ARRAJAN, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



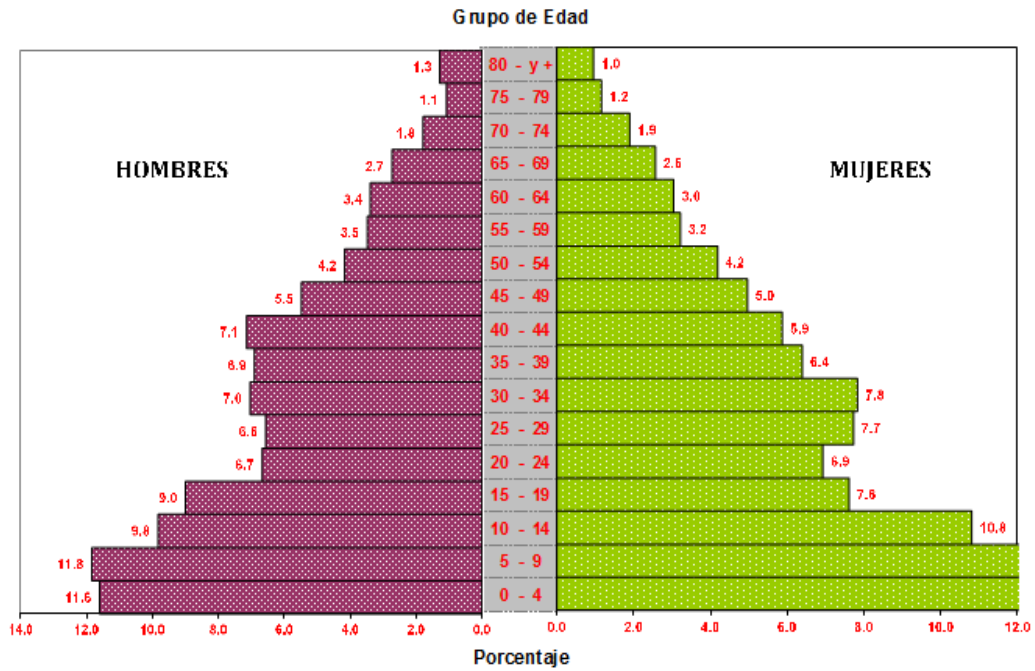
*Distrito de Capira*

En cuanto a la estructura de esta población, el sexo masculino, constituye el 52.7% y el sexo femenino el 47.3%; se observa que los <5 años representan el 10.1 %, el grupo de 5–9 el 10.0%, el grupo de 10 – 14 años el 10.1% y de 15-19 años el 8.9%. El 30.3% de los habitantes son menores de 15 años y el 7.5% son mayores de 65 años, El 62.2%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años.

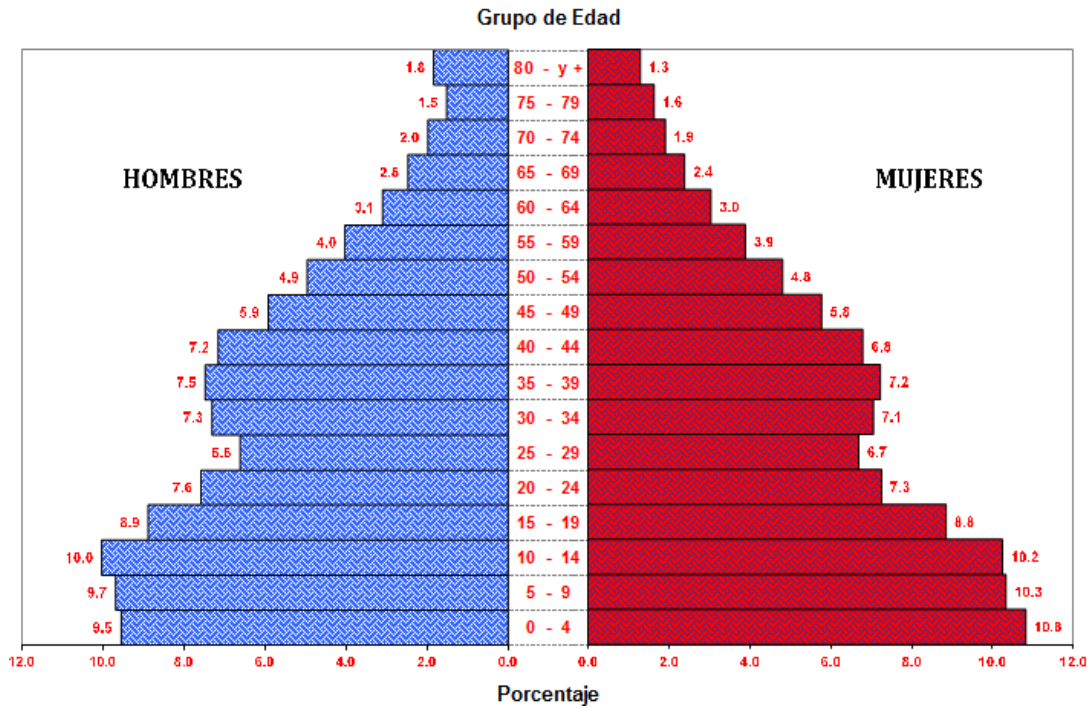
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



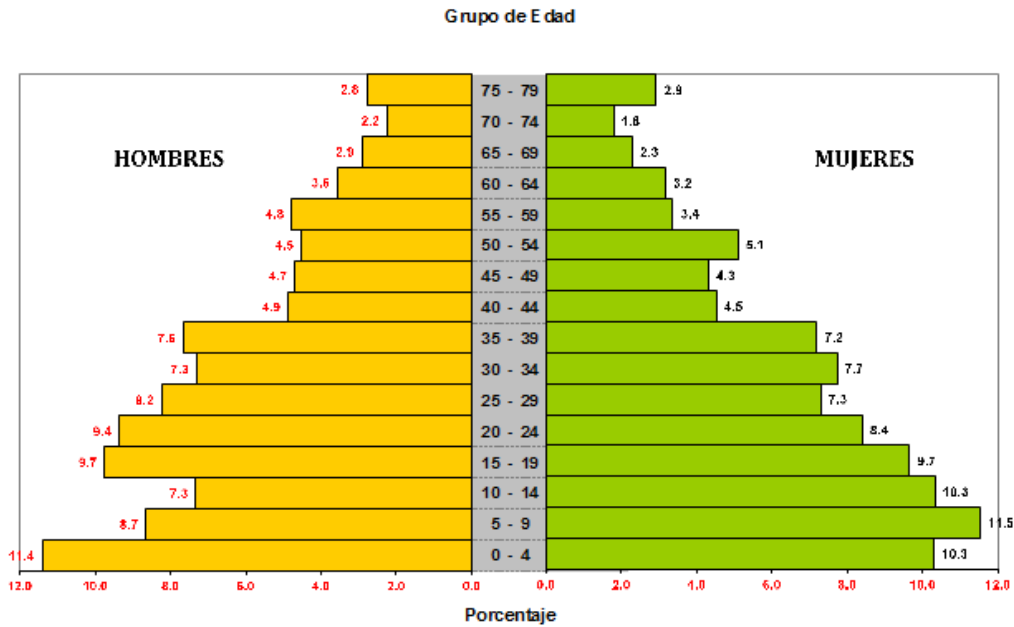
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



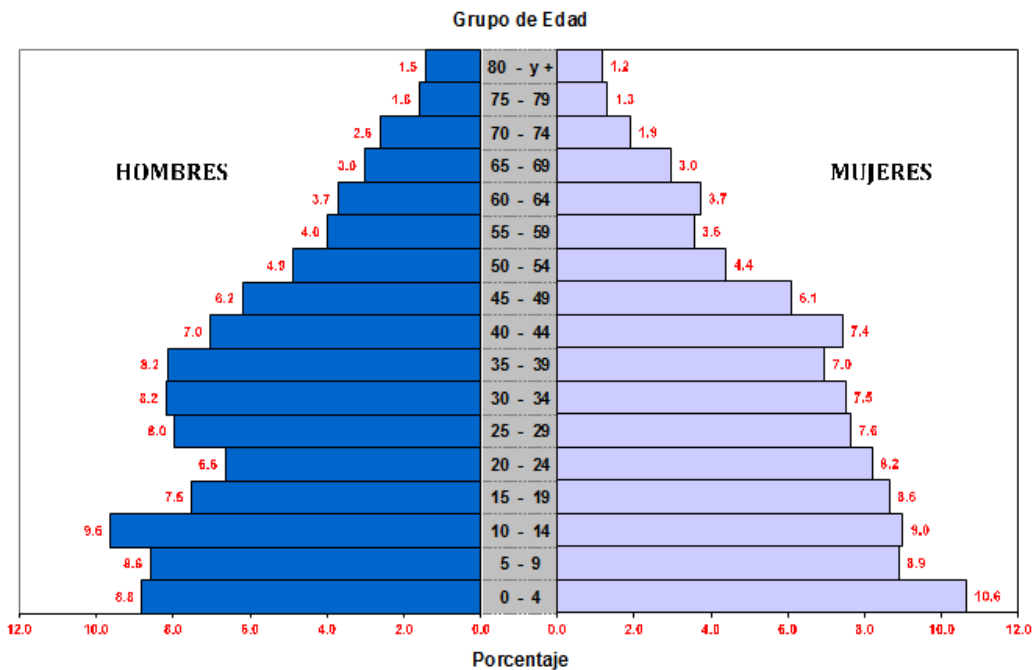
## Distrito de Chame

En cuanto a la estructura de esta población, el sexo masculino, constituye el 52.4% y el sexo femenino el 47.6%; se observa que los <5 años representan el 8.9 %, el grupo de 5-9 el 8.6%, el grupo de 10 - 14 años el 8.5% y de 15-19 años el 7.8%. El 26.0% de los habitantes son menores de 15 años y el 9.3% son mayores de 65 años, El 64.7%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años.

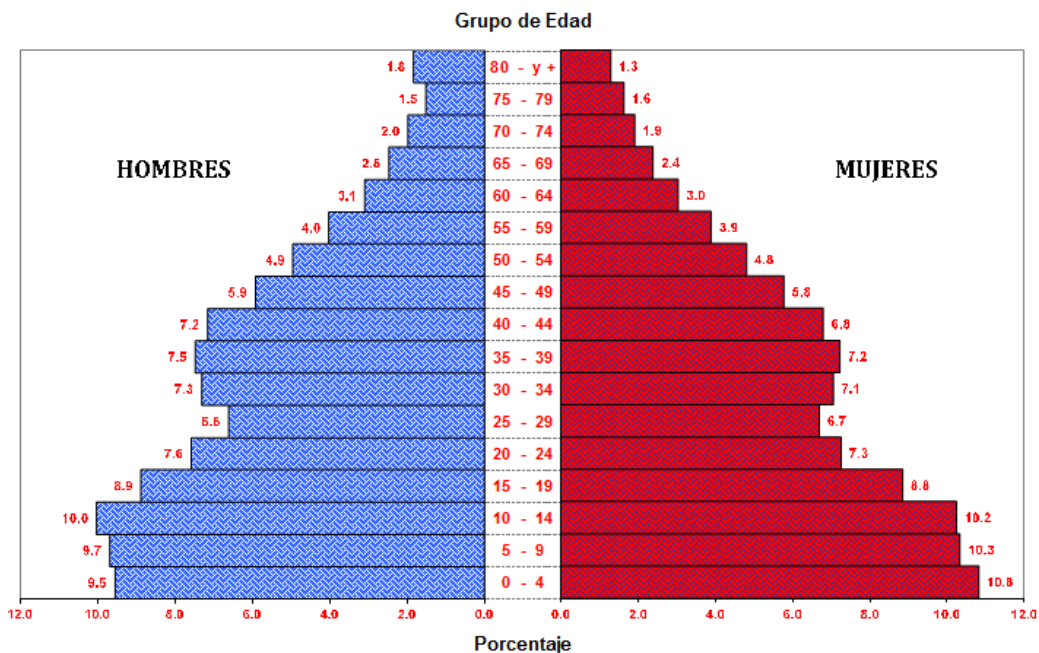
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CHAME, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CHAME, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



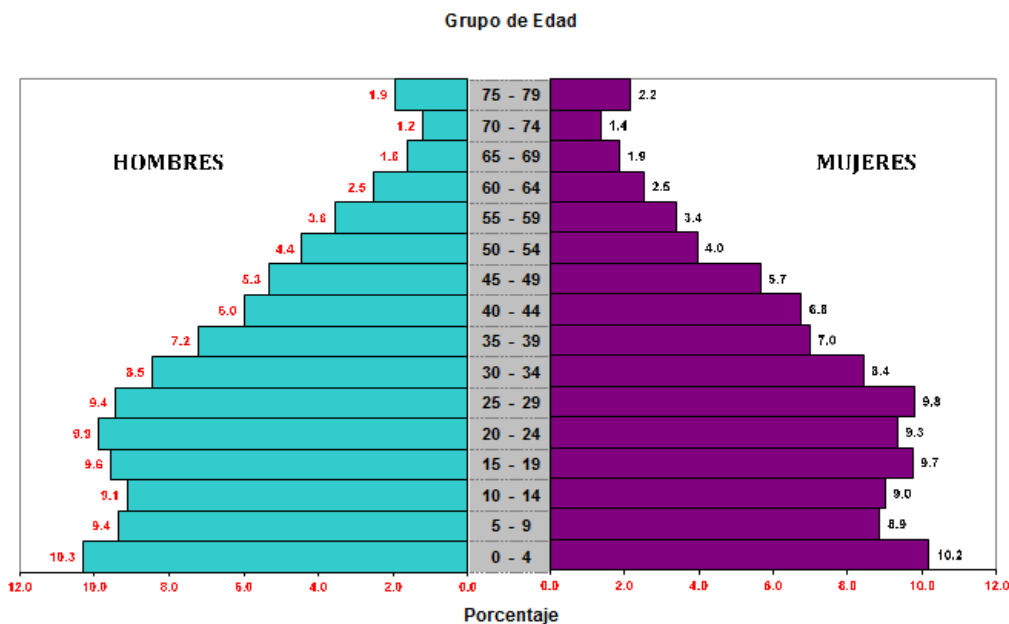
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



*Distrito de La Chorrera*

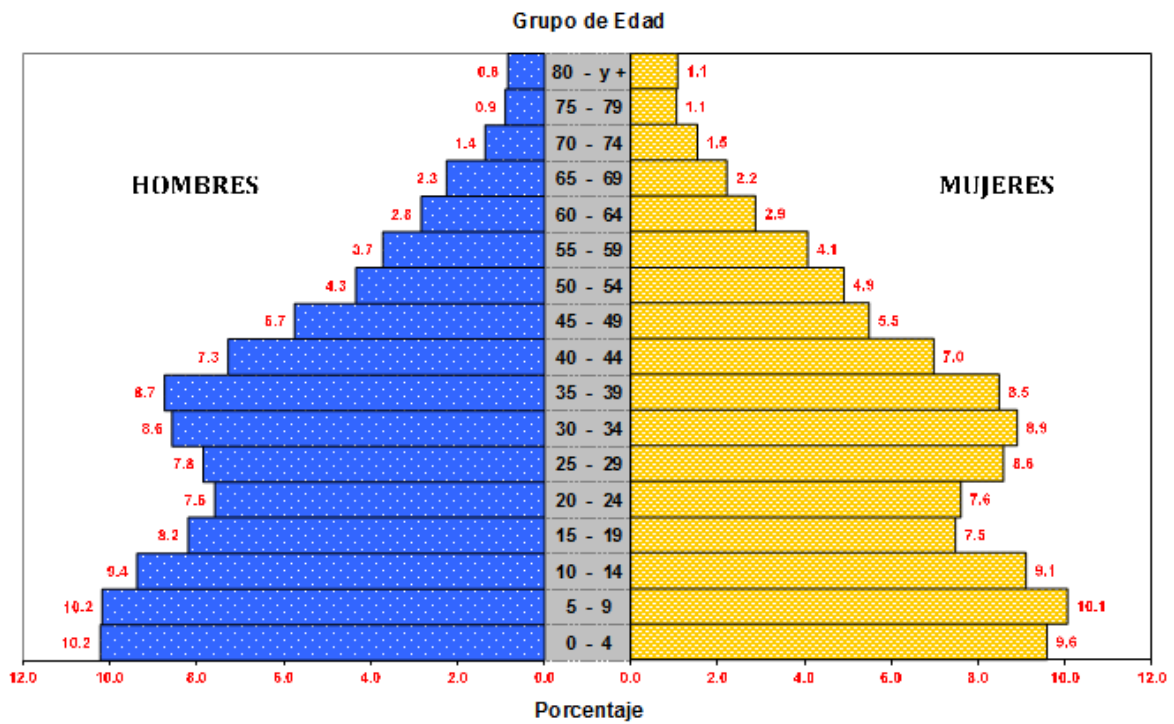
En cuanto a la estructura de esta población, se observa que los <5 años representan el 9.0 %, el grupo de 5–9 el 8.2%, el grupo de 10–14 años el 7.3% y de 15-19 años el 8.1%. El 24.5% de los habitantes son menores de 15 años y el 6.8% son mayores de 65 años, El 68.7%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. El sexo masculino, constituye el 50.5% y el sexo femenino el 49.5%.

ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE LA CHORRERA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000

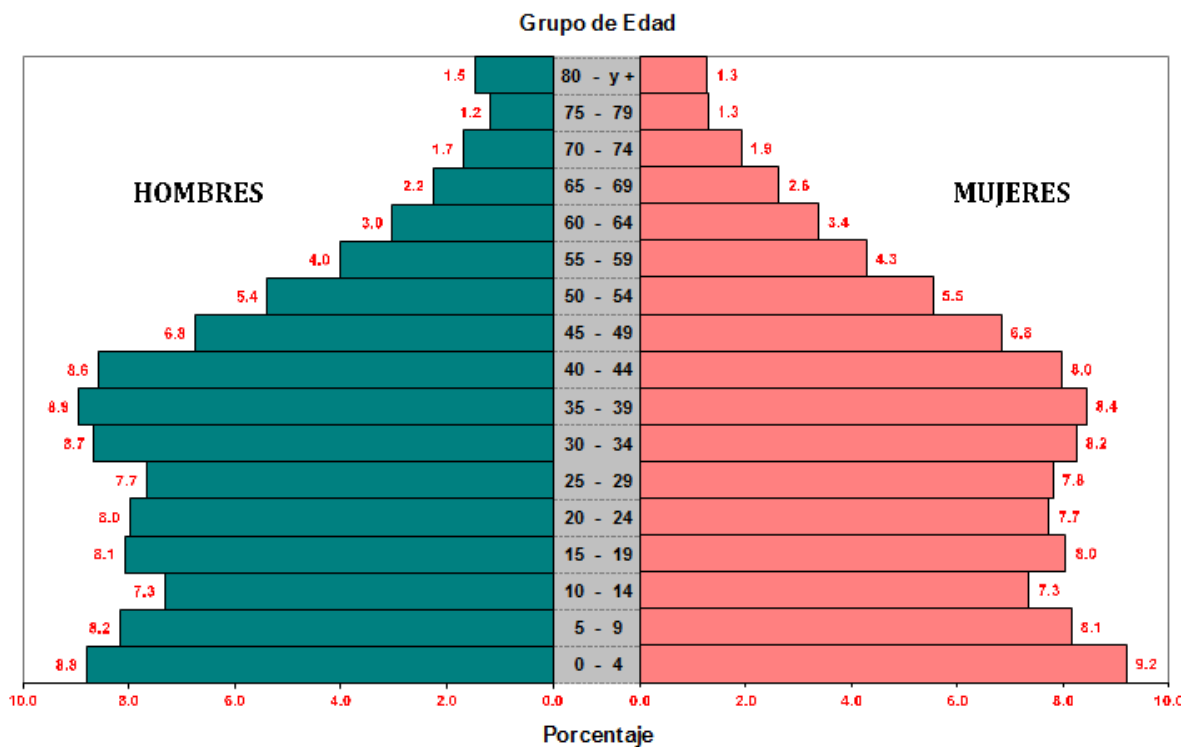




ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE LA CHORRERA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



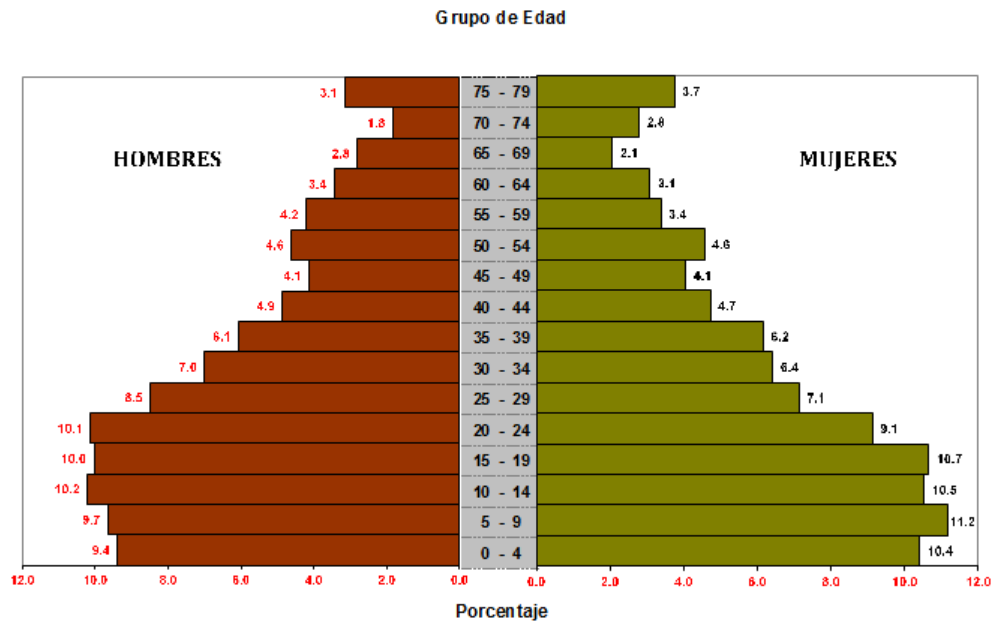
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE LA CHORRERA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



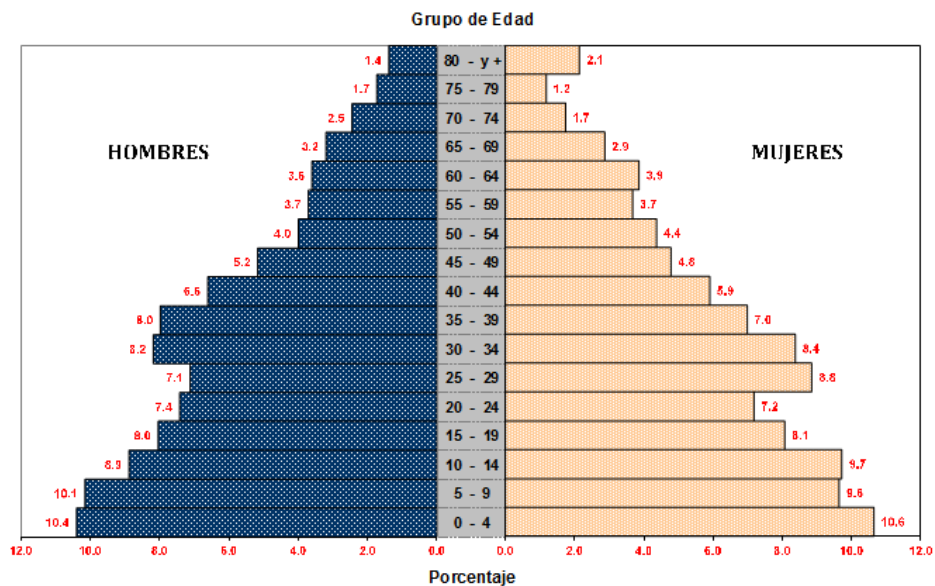
## Distrito de San Carlos

En la estructura poblacional de este distrito se puede observar que los <5 años representan el 8.8 %, el grupo de 5–9 el 8.6%, el grupo de 10 – 14 años el 8.7% y de 15-19 años el 8.0%. El 26.0% de los habitantes son menores de 15 años y el 9.1% son mayores de 65 años. El 64.9%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. El sexo masculino, constituye el 53.3% y el sexo femenino el 46.7%;

ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE SAN CARLOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000

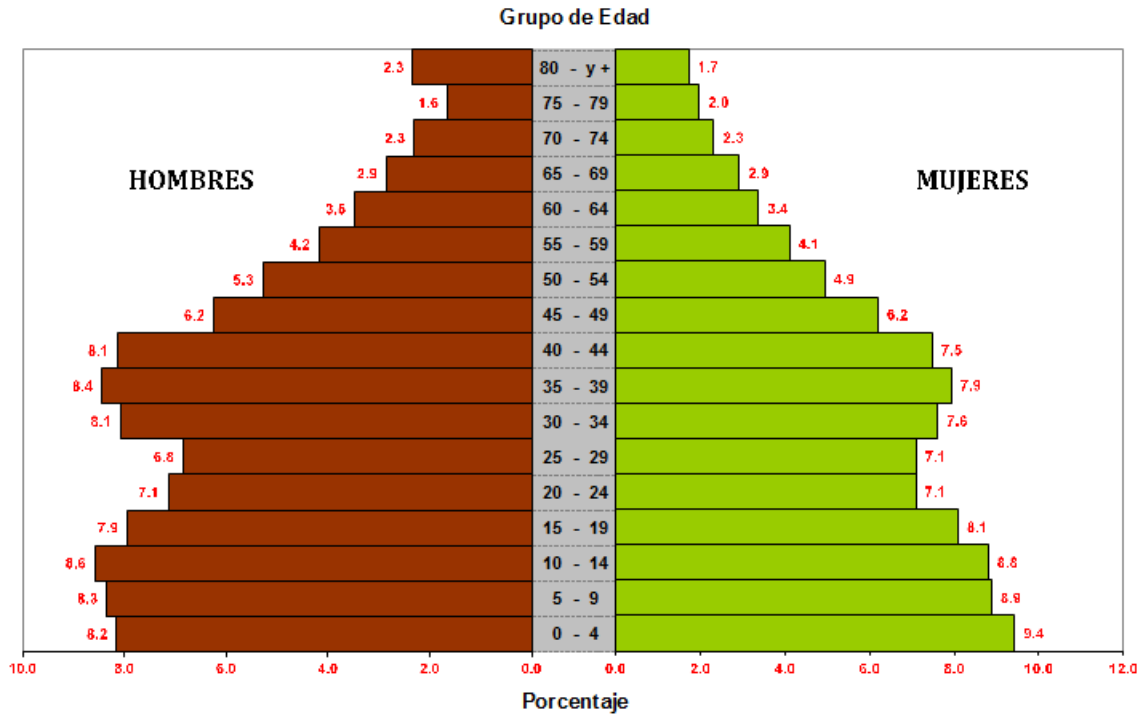


ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE SAN CARLOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010





ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE SAN CARLOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



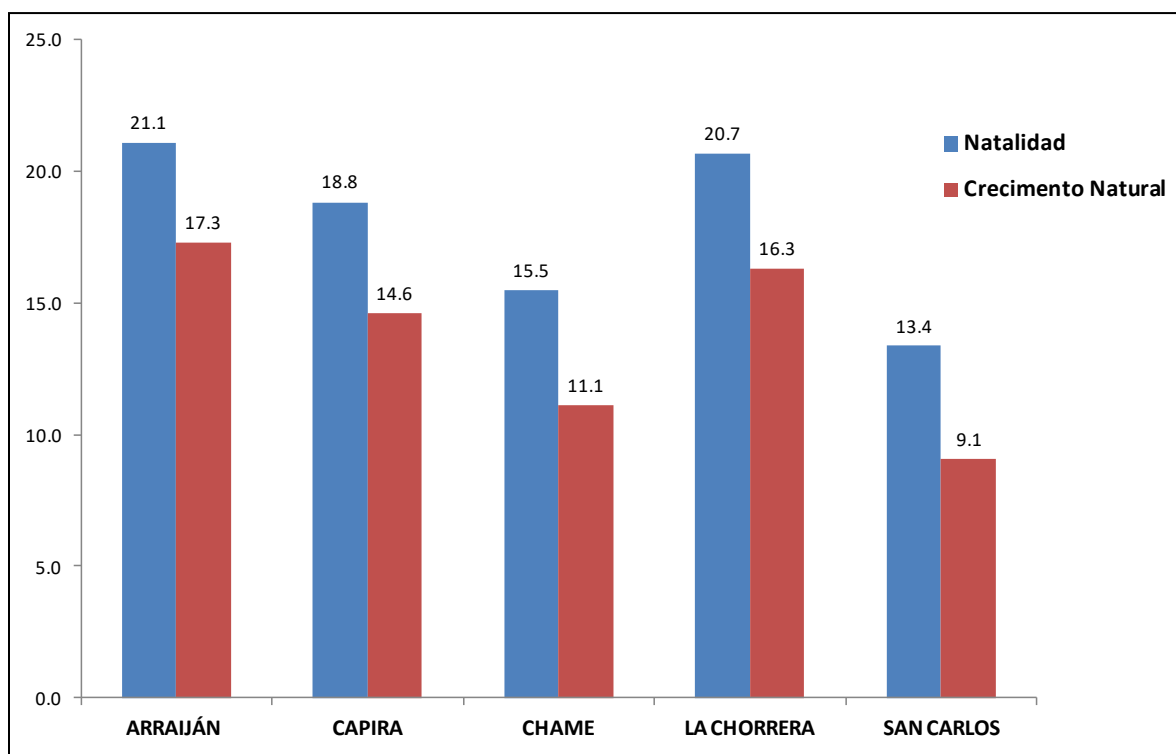
Basados a los indicadores demográficos se puede concluir que la población de Panamá Oeste pasa de un estado inicial de alta fecundidad, baja mortalidad y juventud a otro de menor fecundidad, mortalidad más alta y envejecimiento. Con muy pocas excepciones, la transición comienza con el aumento de la mortalidad y el aumento de la expectativa de vida. La fecundidad se mantiene alta durante años, de modo que la población comienza a crecer cada vez más rápido.

La misma tiene base ancha, además, una disminución rápida hacia el vértice. Se trata de una población joven con alta natalidad. Es característica de poblaciones subdesarrolladas.

Esta transición demográfica afecta las condiciones de salud de la población indudablemente, la cual está reflejando un paulatino aumento de las personas en edades mayores, lo que permite referirnos al inicio de un proceso de envejecimiento demográfico que aunque incipiente, se prevé gradual y sostenido en los próximos años.

Debemos plantear intervenciones puntuales sobre las brechas identificadas, como disminuir los riesgos que provocan enfermedades crónicas.

## TASAS DE NATALIDAD Y CRECIMIENTO NATURAL, EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AÑO 2013



## SITUACIÓN DE SALUD, ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES

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

B. Aspectos económicos y sociales	2000			2010			2012		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Población económicamente activa	161,954	105,833	56,121	208,864	130,614	78,250	248,273	149,017	99,256
Tasa de actividad	86.2	88.7	81.6	93.9	95.4	91.5	95.6	96.5	94.4
Tasa de desempleo	13.8	11.3	18.4	6.1	4.6	8.5	4.4	3.5	5.6
Tasa de empleo informal	-	-	-	35.7	36.6	34.4	31.4	32.3	30.2

### ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN

Se cuenta con cerca de 375 escuelas y una matrícula para el año 2013 de aproximadamente 95,000 estudiantes; de los cuales 84,139 acuden a los sistemas públicos de enseñanza distribuidos en 225 escuelas primarias, 31 premedias y 11 secundarias completas. Al sistema privado de educación acuden cerca de 11,000 estudiantes distribuidos en 108 escuelas.

La coordinación de Nutrición y Salud Escolar regula lo que venden en los kioscos y cafeterías escolares para asegurar que se les brinde a los estudiantes variados y buenos alimentos con el propósito de que tanto los estudiantes como toda la comunidad educativa puedan adquirir productos sanos y nutritivos cuidando las normas sanitarias. Se les ofrece las galletas nutricionales, la leche, la crema nutricional para las escuelas de difícil acceso, teniendo especial cuidado por los estudiantes de bajo peso y talla. Además se les brinda semilla para los huertos escolares para posteriormente brindar a los estudiantes vegetales frescos sembrados y cosechados por ellos mismos.

Grado de escolaridad	2000			2010			2012		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
<b>Públicas</b>									
Preescolar	5488	2831	2,657	8278	4228	4050	9285	4751	4534
Primaria	38727	20141	18586	46878	24331	22547	46011	23830	22181
Premedia	13317	6752	6565	20427			21073	10522	10551
Media	6845	3374	3471	8690			10705	4843	5862
<b>Privadas</b>									
Preescolar	1301	616	685	1211	599	612	3,761	1844	1917
Primaria	3782	1740	2042	3377	1698	1679	8974	4353	4621
Premedia	1335	645	690	1797	920	877	4048	2094	1954
Media	783	365	418	856	400	456	2450	1083	1367

La coordinación de Educación Ambiental y Gestión de Riesgo lleva varios programas en los diferentes Centros Educativos como:

- Lavado de manos en donde se destaca el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano, docente y de salud, en el tema para que en los centros escolares y comunidades se promueva entre los niños la práctica del lavado de manos con agua y jabón, para la prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.
- Control y prevención del Dengue con el propósito de activar todos los programas de salud para la prevención y erradicación del dengue intensificando las estrategias para la eliminación de criaderos y control del mismo.
- Grupo Caza Mosquito
- Reciclaje se busca reducir la proliferación de desechos sólidos por las calles y veredas, y por ende reducir los criaderos y proliferación de vectores a nivel de casa, escuela y comunidad.
- Guardianes de la Cuenca MEDUCA –ACP en donde se ve el tema de Calidad de Agua en las regiones de la cuenca.

- Manejo y uso de plaguicidas: Ley N° 19 sobre medidas de prevención, control y fiscalización en torno a la producción, preparación y otros precursores y sustancias químicas controladas.
- Control y limpieza de guano de murciélagos y palomas se supervisa, se hacen recomendaciones al director y en caso grave se procede a una evaluación por parte de Ingeniería y Arquitectura para la solución del problema.
- Se realizó un concurso de Ensayo Escolar ACU (Asociaciones Cívicas Unidas, en el mes de agosto 2014 con el tema ¿Qué relación hay entre la basura y los vectores?
- Programa de limpieza general en todos los Centros Educativos de Panamá Oeste.

**POBLACIÓN ESTUDIANTIL AÑO 2017  
PANAMÁ OESTE. Julio 2017\***

NIVEL O GRADO	TOTAL
Kínder oficial	6,613
CEFACEI dentro de las escuelas	777
Programas especiales (Educación en el hogar, madre animadora, CEI y CEFACEI fuera de las escuelas)	1382
Primaria	46,130
Premedia y Media	27,175
Terminación de Estudios Primarios	120
<b>TOTAL</b>	<b>82,197</b>

*\*Solo escuelas oficiales*

Las tendencias esperadas en los próximos años en los indicadores de salud ambiental y saneamiento es que los problemas de salud en relación a recolección de basura, desechos peligrosos, falta de agua potable, aguas residuales y la falta de personal traerán como consecuencia mayores problemas de salud en la provincia.

En cuanto a vivienda, se espera que se sigan desarrollando proyectos urbanísticos, aunque con deficiencia en la parte de medio ambiente. Con este auge en el área de la construcción se espera que sigan manteniendo los empleos para la población, siendo este el de mayor impacto en los últimos años.

En Educación, los índices de deserción escolar y los embarazos en adolescentes es la mayor preocupación.

*Todos los distritos de responsabilidad son importantes, sin embargo, la mayor preocupación para nuestra Región Sanitaria son los de mayor densidad poblacional (Arraiján y La Chorrera), puesto que no se cuenta con el Recurso Humano necesario para brindar adecuadamente la atención con eficiencia y calidez.*

## **ECONOMÍA**

La agricultura, la ganadería y la pesca son las actividades primarias más importantes en la provincia. Adicionalmente, en las localidades de Veracruz, Puerto Caimito y Vacamonte, donde se ubica un puerto, hay gran actividad pesquera. En La Chorrera, tiene una industria bien desarrollada, enfocada en la producción de piña. Nuestra Región se caracteriza por tener altos porcentajes de tierras específicamente dedicadas a la agricultura y ganadería extensiva –intensiva, especialmente en las áreas rurales.

En Arraiján se ubican la Zona Marítima de Petróleo y la Zona Libre de Howard (Panamá Pacífico) que es un importante polo industrial y comercial internacional. Adicionalmente, las localidades de Arraiján, Vista Alegre, Chorrera y Capira han tenido un auge económico con la apertura de centros comerciales, supermercados, almacenes, restaurantes y bancos, que responden al crecimiento demográfico de estas localidades como ciudades dormitorio de la capital.

En Veracruz, Chame y San Carlos se desarrolla la industria turística, con diversos hoteles de playa. En Capira y Chame, se desarrolla el turismo ecológico, sobre todo en las zonas montañosas del Parque Nacional Campana.

La injerencia de la ACP en áreas de nuestra responsabilidad contribuye a tener proyectos permanentes de reforestación, igualmente dentro de los compromisos pactados entre ANAM y las promotoras urbanísticas está contemplado presentar proyectos de reforestación, sin embargo esto no se cumple a cabalidad.

Es difícil determinar un porcentaje de las comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales a nivel regional, ya que por su topografía la misma presenta variables como áreas costeras, montañosas y ríos que en un momento dado representan sitios de vulnerabilidad tanto en las áreas urbanas y principalmente las rurales.

El suministro de agua potable es por medio de acueductos rurales que son administrados por Junta Administradora de Agua, los cuales utilizan pozos perforados, fuentes por gravedad ríos y quebradas; y el IDAAN que utiliza plantas de tratamiento.

La región oeste recibe agua de 6 plantas potabilizadoras: Miraflores y Biwater (Laguna Alta) abastecen a casi todo el distrito de Arraiján (99%), La Potabilizadora de El Trapichito abastece cerca del 30% del área urbana del distrito de la Chorrera y el 70% complementario de dicha área está dada por la Potabilizadora de Mendoza, esta última cuenta con un proyecto de ampliación que extenderá su cobertura a algunas áreas rurales, entre ellas, La Represa, Mendoza y Pueblo Nuevo. La quinta potabilizadora del área Oeste es la de Bejuco, la cual dota de agua a los corregimientos de Bejuco y Chame, por último, la potabilizadora de San Carlos brinda el servicio a la cabecera del distrito.

También existe en Cerro Cama una planta productora de agua que abastece a todo el poblado. El abastecimiento del agua de las áreas rurales de 4 los 5 distritos de la región está dado por un sistema de acueductos rurales. Algunos de estos acueductos están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y otros bajo responsabilidad del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacional. De los 330 acueductos rurales en 282 poblados que operan bajo la responsabilidad del MINSA, 175 funcionan con turbinas, 132 por gravedad y 23 emplean un sistema mixto. Además 142 carecen de sistemas de dosificadores de cloro y el recurso humano calificado para evaluar regularmente la calidad es insuficiente.

En la actualidad se realizan estudios hidráulicos para mejorar los sistemas de distribución a áreas de Nuevo Arraiján, Ciudad del Futuro, Las Palmeras, Hato Montaña, Mastranto, el Coco, Plaza Italia, Hospital Nicola A. Solano, San José y Altos de San Francisco.

CON AGUA POTABLE				
DISTRITO	POBLACION	VIVIENDAS	CONEXIÓN DOMICILIAR	POZO PLUMA PUBLICA
Arraiján	172708	42756	40560	328
La Chorrera	154306	38304	37027	352
Capira	219443	54135	52067	417
	546457	135195	129654	1097

En el sector oeste, existen 14 técnicos de saneamiento y de estos solo 11 se dedican a actividades de campo, sin mencionar que este departamento tiene un sin número de actividades de control.

### Condiciones de Saneamiento Básico

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			
- Urbano	95 %	96 %	96 %
- Rural	60 %	70 %	79.8 %
- Indígena			
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)			
- Urbano	50 %	85 %	88 %
- Rural	25 %	50 %	55 %
- Indígena			
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
- Urbano	10 %	13 %	15 %
- Rural	5 %	5 %	5 % "Chame"
- Indígena			
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	0 %	0 %	0 %

En relación a los residuos sólidos existe un vertedero controlado en La Chorrera que reciben los desechos de Arraiján, La Chorrera, Capira y San Carlos, se está tratando de que se construya un Relleno Sanitario.

En el Distrito de Chame existe un vertedero a Cielo Abierto el cual no reúne las condiciones mínimas.

En relación a las aguas residuales existe un sistema inadecuado que sirve a un 15% de la población de La Chorrera lo que causa problemas de aguas negras en diferente sector de la comunidad. En el Distrito de Capira no existe alcantarillado, solamente las barriadas nuevas tienen un sistema, San Carlos tiene un alcantarillado deficiente y Chame tiene un sistema deficiente que sirve a 5% de la población.

Entre las principales conductas y hábitos de riesgos de nuestra población podemos mencionar que la mayoría está en peligro, porque no utilizan prácticas seguras de protección durante las relaciones sexuales y tienen conductas sexuales de riesgos como homosexualidad, trabajadoras del sexo, los/as privadas de libertad, los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores migrantes y otros.

Las estrategia de protección contra las infecciones de transmisión sexual (como la Sífilis, la blenorragia, el Papiloma virus, el VIH y Sida, entre otras) están establecidos.

Es muy importante que esta estrategia de comunicación Social se enfoque hacia los jóvenes y las poblaciones especialmente vulnerables. La prevención del embarazo precoz, las relaciones sexuales seguras y la protección de los derechos humanos, con especial atención a la población más vulnerable, son estrategias que deben estar incluidas entre las actividades de prevención contra el VIH y promoción de la Salud.

Se debe proporcionar una atención integral a las personas, que debe comprender los siguientes aspectos:

- Promoción y Protección de la Salud Sexual.
- Actividades de Promoción de la Salud basada en la evidencia.
- Promoción del uso de los preservativos y comunicación para el cambio de comportamiento en individuos vulnerables o en situaciones de riesgo.
- Acceso a productos y otros bienes destinados a proteger a las persona de la transmisión de ITS / VIH (uso de preservativos y otros barrera mecánicas, Microbicidas y sangre segura).
- Prevención de la transmisión Materno – Infantil de la Sífilis, VIH y terapia antirretroviral para mujeres infectadas con VIH que lo necesiten.
- Manejos de caso de ITS, VIH y Sífilis en el punto del primer contacto.



En violencia, acoso entre **niño** no se puede hacer un diagnóstico, ya que este año se inicia el uso de la nueva página de control donde se registra la violencia o el acoso, lo que no se puede identificar o describir esta situación de conducta y hábito de riesgo.

**No existe programa para promover o incentivar estilo de vida saludable en la niñez.**

En relación al **Programa Escolar** tenemos el problema Nutricional (obesidad y bajo peso) entre las primeras causas biológicas, lo cual no ha motivado desde hace aproximadamente 10 años, trabajar en el Proyecto Escuela Saludable con 13 escuelas de la Región, a través de la Comisión Técnica Regional de Salud Escolar, conformada por varias instituciones como MINSA, MIDES, MIDA, IPHE, MEDUCA, ANAVIP y Comunidad, donde se realiza una serie de actividades con estas escuelas, bajo el perfil de los pilares de Escuelas Saludables, con el objetivo de alcanzar un ambiente armónico y saludable en éstas escuelas.

Entre las actividades que realizaremos de manera intersectorial e interinstitucional tenemos:

- a) Capacitación a docentes y estudiantes: talleres, seminarios, reuniones, encuentros, escuelas para padres.
- b) Promoción: desfile, ferias comunitarias, entrega de material didáctico (módulos de Habilidades para la Vida, primeros auxilios) y películas de Escuelas promotoras (apoyo OPS)
- c) Atención en salud a través de giras escolares y desarrollo del programa escolares con atención completa
- d) Monitoreo y evaluación: de Habilidades para la vida y talleres de cocina por parte del MIDA, supervisiones integrales.

A continuación detallaremos algunos aspectos de este proyecto:

#### *Escuela Saludable en Pro del Desarrollo Humano*

Escuela Saludable se refiere a un centro educativo en el cual los alumnos logran un armonioso desarrollo biológico, emocional y social, un ambiente de bienestar institucional y comunal, desarrollando estilos de vida saludable, lo cual es compartido con sus familias, los maestros, el personal de la escuela y la comunidad.

#### *Objetivo General del Proyecto Escuela Saludable*

“Lograr que los escolares y demás personas que integran la comunidad educativa gocen de un buen estado de salud física, mental y social en un ambiente de bienestar institucional y comunitario”.

#### *Grupo Meta:*

Focalización en los escolares; el proyecto debe empoderar a docentes, madres, padres, personal de salud, actores sociales, para que las acciones a realizar cumplan con lo establecido en las normas del Programa de Salud Escolar y objetivos del proyecto.

### *Visión*

Caminamos hacia el empoderamiento de los estudiantes, docentes y padres de familia con la participación activa de los actores sociales, para que la calidad de las acciones que se realizan en el programa de salud escolar, cumpla con las normas del mismo con la finalidad de tener una comunidad educativa en buen estado de salud física, mental y social, en ambientes de bienestar institucional y comunitario”.

### *Misión*

Proveer ambientes saludables que favorezcan el aprendizaje de los escolares, fortaleciendo el programa de salud escolar, capacitando a docentes con conocimientos y habilidades necesarias para lograr cambios de actitud y prácticas dirigidas a mejorar el desarrollo integral de los estudiantes.

### *MARCO INSTITUCIONAL DEL PROYECTO*

La Comisión Técnica Regional de Salud Escolar de Panamá Oeste, es la encargada de dirigir desde el nivel Regional, la ejecución del proyecto. Esta Comisión fue conformada en junio del 2002, bajo la Coordinación Regional de Escolar y Adolescente, de la Región de Salud de Panamá Oeste, participando así instituciones como: Ministerio de Salud (MINSA), Caja de Seguro Social (CSS), Ministerio de Educación (MEDUCA), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA) y Asociación de Padres de familia.

El Proyecto Escuela Saludable nace a finales del 2005, cuando la Comisión presenta ésta iniciativa a un grupo de directores de escuelas, que asumen el compromiso de forma voluntaria. Actualmente participan 13 centros educativos.

Entre los resultados esperados con este proyecto está: Mejoras en la infraestructura de las escuelas, mayor cobertura de atención en el Programa de Salud escolar, cambios de actitud sobre hábitos alimenticios, adquisición de habilidades para la vida y participación de la comunidad educativa y autoridades locales.

En relación a acoso entre niños/as y adolescentes (bulling) no contamos con registros estadísticos por parte de los Centros de Salud

En cuanto al **Programa de Adolescentes** las principales causas de Morbilidad son de carácter biológicos como son: la Enfermedad diarreica, las infecciones respiratorias y las nutricionales (obesidad), entre otras. No se registran como diagnósticos, los factores de riesgo como: Inicio de vida sexual activa, Problemas relacionados con el uso de tabaco y alcohol a pesar de que en la historia clínica del adolescente se realizan preguntas relacionadas a estos riesgos y aparecen registrados. Esta realidad a nivel Regional es comparable a las estadísticas nacionales, de allí que se ha iniciado una sensibilización y

orientación en relación a esta temática en particular con los médicos de los niveles locales, en las capacitaciones que se están brindando.

En cuanto a programas para incentivar estilos de vida saludable y el auto cuidado en la población adolescente, en Panamá Oeste se ha venido trabajando los servicios amigables para adolescentes y expondremos a continuación la experiencia en los últimos 5 años entre el 2009 al 2013 a partir de la actualización de las normas del programa de adolescentes en el año 2009.

Hemos realizado las siguientes actividades con miras a fortalecer los servicios amigables en las diferentes instalaciones del Ministerio de Salud que brindan este programa:

- Actualización de las normas técnicas administrativas 2009 con el nivel regional y local
- Se ha suministrado protocolos y guías de atención del adolescente
- Capacitación permanente del personal de salud sobre temas de salud sexual y reproductiva y habilidades para la vida. Clínicas de consejería
- Planificación anual (POA), Monitoreo supervisión, evaluación, auditoría de expedientes y encuestas de conocimientos al personal de salud
- Programas conjunto con instituciones y organismos: MIDES, FUNDESPA, MEDUCA, CSS.
- Conformación de REDES (Comité técnico regional de salud escolar y comisión intersectorial de las guías de gestión para la provisión de servicios integrales de los adolescentes de El Espino
- Proyectos con OPS y UNFPA.

Desde el nivel nacional nuestra región ha sido seleccionada en los últimos tres años para llevar a cabo dos proyectos en el Centro de Salud Miguel Martín Sayaguéz que son:

1. Pilotaje y sistematización de las guías de gestión para la provisión de servicios integrales a los adolescentes (OPS) y
2. Proyecto de Servicios Amigables para adolescentes (UNFPA).

Las Guías de Gestión para la provisión de servicios integrales está fundamentada en la APS y tiene como objetivo mejorar el nivel de salud de los adolescentes y jóvenes. Está conformada por un modulo básico y cuatro módulos más donde se revisan desde la atención integral del adolescente, el diagnóstico participativo de la demanda, la cartera de servicios, el rediseño de la oferta, y el monitoreo de evaluación del programa, lo cual permite de una manera autodidacta y fácilmente comprensible llevar adelante un proceso de planificación y ejecución del programa de adolescente a través de un personal de salud organizado y comprometido.

Dentro de este proceso se requiere la conformación de un equipo motor multidisciplinario de la instalación de salud, en este caso el Centro de Salud Miguel Martín Sayaguéz, y un

comité intersectorial con participación de la comunidad, los adolescentes y diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

El centro de Salud Miguel Martín Sayaguéz a través de una firma del convenio multidisciplinario e intersectorial para el abordaje de la salud integral del adolescente logró la conformación de una red integrada y funcional en la actualidad, donde la oferta de servicios para adolescentes, es coordinada con diferentes instituciones y organismos como son: comités de salud, grupo de adolescentes organizados, APLAFA, INADEH, Policía de Menores, CSS, MEDUCA, MIDES, ANAVIP. A través de este comité se han realizado diversas actividades con grupos adolescentes, entre ellos ferias de la salud, encuestas de satisfacción a los adolescentes, evaluación del programa de adolescentes entre otras.

Este centro de salud también ha sido beneficiado por el proyecto servicios amigables para adolescentes, auspiciados por UNFPA año 2012 – 2014, cuyo objetivo general es fortalecer el programa de adolescente, mediante la implementación de las guías de gestión y la participación activa de actores sociales que apoyen el desarrollo de los servicios amigables para los adolescente, con énfasis en la promoción de habilidades para la vida, prevención de embarazos en adolescentes, ITS/VIH/Sida y violencia.

Este proyecto tiene como meta en tres años, que el personal de salud en los centros seleccionados estarán en la capacidad de: brindar servicios amigables para adolescentes con calidad y calidez, contarán con un grupo de adolescentes activos y con un comité intersectorial que apoyará el trabajo.

Actualmente se cuenta con un grupo beneficiado de cuarenta (40) adolescentes entre 12 y 17 años en el proyecto, el cual se les está capacitando en Habilidades para la vida y prevención del embarazo en adolescentes, ITS/VIH/Sida y violencia, con miras a convertirlos en educadores de pares de sus comunidades. Para este fin se cuenta además con un Rota folio sobre Habilidades para la vida y temas de salud sexual y reproductiva, confeccionado por adultos y jóvenes panameños. También participan los padres y madres de familia de estos adolescentes en talleres de capacitación sobre salud sexual y reproductiva, así como el personal de salud y los miembros del Comité intersectorial de las guías de gestión en talleres de capacitación y planificación de las actividades del programa a nivel local.

A lo largo de este proceso de fortalecimiento de los servicios amigables en un punto focal de nuestra región, como lo es el Centro de Salud Dr. Miguel Martín Sayaguéz, detallamos a continuación las lecciones aprendidas:

- La participación de un trabajo conjunto con la comunidad, actores sociales, y jóvenes permite dar respuesta a los problemas de salud, en este caso, de los/as adolescentes.

- El empoderamiento de los/as adolescentes en acciones preventivas para la conservación de su salud.
- Fortalecimiento de las capacidades del equipo de salud para el trabajo con adolescentes.
- Compromisos de las instituciones del comité intersectorial para dar seguimiento y apoyo al cumplimiento de las normas integrales de salud integral del adolescente.
- Liderazgo institucional.
- Sustentación del nivel nacional del aumento de su presupuesto para cumplir con los programas.

En los avances y logros alcanzados tenemos:

- Coordinación efectiva a nivel local (intersectorial) y entre niveles.
- Personal capacitado y comprometido (talleres y diplomados)
- Organización gerencial
- Liderazgo institucional – capacidad de negociación (rectoría – gobernanza)
- Diagnóstico participativo y rediseño de la oferta.
- Involucramiento de actores sociales – compromiso en acciones de prevención y promoción de la salud.
- Coordinación colegiada: institucional, comunidad y adolescentes.
- Extensión de la experiencia en la región y en el resto del país.

Para finalizar, las Proyecciones que tenemos para nuestra Región son:

- Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud y el comité en el manejo con adolescentes.
- Fortalecimiento de capacidades en los adolescentes como educadores de pares.
- Redes de adolescentes.
- Fortalecimiento de las capacidades familiares y comunitarias en el tema de adolescentes.
- Instalaciones de salud con servicios amigables para adolescentes y centro diferenciado para adolescentes.

Incidir en la disminución de embarazos en adolescentes, ITS/VIH/Sida y violencia, en las comunidades con redes de jóvenes educadores de pares.

## **PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN**

- Presentamos coberturas de vacunación en casi todas las vacunas arriba del 80%, lo cual es positivo, pero debe mejorar hasta alcanzar el 85%. Sin embargo, es importante destacar que presentamos casos de tosferina principalmente en el Distrito de Arraiján en población indígena casi en un 90% de los casos por la gran migración de este grupo de población que no tiene empoderamiento de su responsabilidad en el cuidado de su salud ni del resto de la comunidad.
- En cuanto a las morbilidades las principales causas son Infecciones Respiratorias Agudas, obesidad, gastroenteritis y colitis, hipertensión arterial e Infecciones de las vías urinarias.
- El comportamiento de las morbilidades es fundamental, por tanto el abordaje del componente de enfermedades no trasmisibles las cuales son consideradas actualmente como una epidemia y nuestra población no se escapada de esta realidad, siendo la obesidad la más predominante, seguido de enfermedades hipertensivas, asma, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares.
- Analizando estos factores previos se puede predecir fácilmente que las principales causas de mortalidad están asociadas a ENT, por lo que, destacan las siguientes: tumores malignos, otras formas de enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, accidentes-suicidios-homicidios y otras causas externas, y diabetes mellitus.
- Se observa una tendencia a subir en los casos de diabetes e hipertensión a nivel de la población de 20 años y más. Igual ocurre con relación a la obesidad fenómeno que se presenta desde los menores de un año donde más del 50% de los niños con registro del estado nutricional son obesos.
- En cuanto las principales causas de notificación especial las diarreas, síndrome gripal, IRA, mordeduras de perro y dengue son las más relevantes. Aunque consideramos falta de registro en los casos de violencia.
- La proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años, es que estas van en aumento, por lo que se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica.
- La tuberculosis es una enfermedad infecciosa predominante todos los años siendo Arraiján el distrito más afectado; así como también TBC.
- Los niveles de violencia es la percepción que va en aumento con respecto a años anteriores.

**TASA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDADES, EN LA  
REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AÑO 2016**

MORBILIDAD GENERAL		TOTAL	
		Nº	TASA 1/
INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	(J00-J06)	35069	65.89
OBESIDAD NO ESPECIFICADA	(E66.9)	15011	28.20
GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	(A09.9)	33677	63.27
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	(I10.X)	14686	27.59
INFECCION DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	(N39.0)	5551	10.43
INFLUENZA DEBIDA A VIRUS NO IDENTIFICADO	(J11.0-8)	14473	27.19
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	(M54.5)	2684	5.04
DERMATITIS	(L20-L30)	3526	6.62
ESCABIOSIS	(B86.X)	2062	3.87
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	(D64.9)	1935	3.64
<b>TOTAL</b>		<b>295030</b>	<b>554.32</b>

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN LA REGION DE PANAMA OESTE,  
POR GRUPO DE EDAD: AÑO 2016**

GRUPO DE EDAD													
< 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-14 AÑOS		15 -19 AÑOS		20-59 AÑOS		60 Y MÁS	
CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°
<b>TOTAL</b>	<b>17513</b>	<b>TOTAL</b>	<b>38341</b>	<b>TOTAL</b>	<b>22897</b>	<b>TOTAL</b>	<b>16437</b>	<b>TOTAL</b>	<b>27140</b>	<b>TOTAL</b>	<b>141983</b>	<b>TOTAL</b>	<b>30719</b>
RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	4957	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	9125	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A09.0-9)	3948	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	1445	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A09.0-9)	1796	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A09.0-9)	12814	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (I10.X)	3963
GASTROENTERITIS Y COLITIS (A09.0-9)	2611	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A09.0-9)	8477	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	3611	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A09.0-9)	2044	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	763	OBESIDAD (E66.9)	7630	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A09.0-9)	2028
BRONQUIOLITIS AGUDA Y LAS N/E (J21.0-9)	2342	INFLUENZA (J11.0-9)	2147	INFLUENZA (J11.0-9)	1419	INFLUENZA (J11.0-9)	808	INFLUENZA (J11.0-9)	751	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	7237	OBESIDAD (E66.9)	1807
INFLUENZA (J11.0-9)	963	INFECC. AGUDA DE VIAS RESP SUPE. (J06.8-9)	1690	OBESIDAD (E66.9)	687	OBESIDAD (E66.9)	504	INF. DE VIAS URINARIAS (N39.0)	583	INFLUENZA (J11.0-9)	7177	INFLUENZA (J11.0-9)	1203
INFECCION VIRAL N/E (B34.9)	460	FARINGITIS AGUDA N/E (J02.9)	1382	INFECC. AGUDA DE VIAS RESP SUPE. (J06.8-9)	636	DESNUTRICION PROTEI N/E (E46.X)	314	OBESIDAD (E66.9)	321	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (I10.X)	4035	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	1135
DERMATITIS N/E (L30.9)	378	BRONQUIOLITIS AGUDA Y LAS N/E (J21.0-9)	1368	FARINGITIS AGUDA N/E (J02.9)	550	FARINGITIS AGUDA N/E (J02.9)	211	GASTRITIS Y LAS N/E (K29.0-9)	294	INF. DE VIAS URINARIAS (N39.0)	3508	INF. DE VIAS URINARIAS (N39.0)	955
FARINGITIS AGUDA N/E (J02.9)	377	ASMA Y LAS N/E (J45.0-9)	1235	DESNUTRICION PROTEI N/E (E46.X)	457	DERMATITIS N/E (L30.9)	180	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS N/E (R10.4)	216	LUMBAGO N/E (M54.5)	2217	DIABETE MELLITUS Y LAS N/E (E10.0-E14.9)	852
ESCABIOSIS (B86.X)	373	AMIGDALITIS AGUDA (J03.9)	911	PARASITOSIS INTEST. (B86.X)	382	INF. DE VIAS URINARIAS (N39.0)	169	INFECC. AGUDA DE VIAS RESP SUPE. (J06.8-9)	212	DIABETE MELLITUS Y LAS N/E (E10.0-E14.9)	1707	TRAST. DEL METAB. DE LAS LIPOPROTEINAS Y LAS N/E (E78.0-9)	714
OBESIDAD N/E (E66.9)	338	PIODERMA (L08.0)	837	AMIGDALITIS AGUDA (J03.9)	351	MORDEDURA DE PERRO Y LAS N/E (W54.0-9)	211	ASMA Y LAS N/E (J45.0-9)	157	CEFALEA (R51.X)	1306	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR N/E (I67.9)	625
INFECC. AGUDA DE VIAS RESP SUPE. (J06.9)	314	NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA (J18.0-9)	760	ESCABIOSIS (B86.X)	331	INFECC. AGUDA DE VIAS RESP SUPE. (J06.8-9)	246	INFECCION VIRAL N/E (B34.9)	143	GASTRITIS, N/E (K29.7)	1213	LUMBAGO N/E (M54.5)	476
NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA (J18.0-9)	312	ESCABIOSIS (B86.X)	747	PIODERMA (L08.0)	322	AMIGDALITIS AGUDA (J03.9)	141	ABSCESO CUTANEO Y LOS N/E (L02.0-9)	113	FARINGITIS AGUDA N/E (J02.9)	1161	DOLOR EN ARTICULACION (M25.5)	438
PIODERMA (L08.0)	237	INFECCION VIRAL N/E (B34.9)	733	ANEMIA N/E (D64.9)	317	GASTRITIS Y LAS N/E (K29.0-9)	132	DERMATITIS N/E (L30.9)	107	DOLOR EN ARTICULACION (M25.5)	933	GASTRITIS, Y LAS N/E (K29.0-9)	312
CONSTIPACION (K59.0)	188	DERMATITIS N/E (L30.9)	668	ASMA Y LAS N/E (J45.0-9)	304	ASMA Y LAS N/E (J45.0-9)	221	MORDEDURA DE PERRO Y LAS N/E (W54.0-9)	105	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS N/E (R10.4)	773	ANEMIA N/E (D64.9)	268
ANEMIA N/E (D64.9)	185	BRONQUITIS AGUDA Y LAS N/E (J20.0-9)	512	DERMATITIS N/E (L30.9)	279	ABSCESO CUTANEO Y LOS N/E (L02.0-9)	87	AMIGDALITIS AGUDA (J03.9)	89	DERMATITIS N/E (L30.9)	694	ASMA Y LAS N/E (J45.0-9)	248
<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>3478</b>	<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>7749</b>	<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>9303</b>	<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>9724</b>	<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>21490</b>	<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>89578</b>	<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>15695</b>



**TASA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE NOTIFICACIÓN ESPECIAL, EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AÑO 2016**

CAUSAS / CODIGO	TOTAL		D I S T R I T O S									
			ARRAIJÁN		CAPIRA		CHAME		LA CHORRERA		SAN CARLOS	
	Nº	TAS A 1/	Nº	TAS A 1/	Nº	TAS A 1/	Nº	TAS A 1/	Nº	TAS A 1/	Nº	TAS A 1/
DIARREA	<b>33,718</b>	<b>62.0</b>	9,956	<b>38.9</b>	1,518	<b>33.5</b>	382	<b>12.8</b>	18,574	<b>97.7</b>	3,288	<b>144.2</b>
SINDROME GRIPAL	<b>14,471</b>	<b>26.6</b>	4,471	<b>17.5</b>	1,509	<b>33.3</b>	137	<b>4.6</b>	7,681	<b>40.4</b>	673	<b>29.5</b>
BRONQUIOLITIS AGUDA, N/E, Y OTRAS	<b>3,842</b>	<b>14.0</b>	993	<b>7.8</b>	95	<b>4.0</b>	10	<b>0.6</b>	2,336	<b>24.3</b>	408	<b>33.6</b>
BRONCONEUOMONIA Y NEUMONIA	<b>2,546</b>	<b>4.7</b>	565	<b>2.2</b>	12	<b>0.3</b>	3	<b>0.1</b>	1,863	<b>9.8</b>	103	<b>4.5</b>
MORDEDURA DE PERRO EN LUGAR N / E	<b>1,605</b>	<b>3.0</b>	649	<b>2.5</b>	63	<b>1.4</b>	10	<b>0.3</b>	693	<b>3.6</b>	190	<b>8.3</b>
DENGUE	<b>1,243</b>	<b>2.3</b>	297	<b>1.2</b>	85	<b>1.9</b>	330	<b>11.1</b>	377	<b>2.0</b>	154	<b>6.8</b>
VULVOVAGINITIS , VAGINITIS AGUDA Y VULVITIS 2/	<b>1,149</b>	<b>4.3</b>	356	<b>2.8</b>	227	<b>10.6</b>	166	<b>11.8</b>	336	<b>3.6</b>	64	<b>6.0</b>
VARICELA	<b>1,066</b>	<b>2.0</b>	236	<b>0.9</b>	72	<b>1.6</b>	13	<b>0.4</b>	641	<b>3.4</b>	104	<b>4.6</b>
CONJUNTIVITIS N/E Y OTRAS CONJUNTIVITIS	<b>862</b>	<b>1.6</b>	141	<b>0.6</b>	227	<b>5.0</b>	16	<b>0.5</b>	423	<b>2.2</b>	55	<b>2.4</b>
ABUSO FÍSICO Y OTROS	<b>642</b>	<b>1.2</b>	130	<b>1.0</b>	4	<b>0.2</b>	9	<b>0.6</b>	446	<b>4.6</b>	53	<b>4.36</b>
OTRAS CAUSAS	<b>1,236</b>	<b>2.3</b>	310	<b>1.2</b>	86	<b>1.9</b>	17	<b>0.6</b>	644	<b>3.4</b>	185	<b>8.1</b>

**TASA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, EN LA REGIÓN  
DE SALUD PANAMÁ OESTE: AÑO 2016**

CAUSAS	NUMERO (Ing+Nvas)	TASA
OBSIDAD (E66.0- E66.9)	11,670	21.5
EMFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10-I15)	8,134	15.0
ASMA (J45.0 - J45.9)	3,376	6.2
DIABETES MELLITUS (E10 - E14)	3,324	6.1
ENFER. CEREBROVASCULARES (I60 - I69)	1,098	2.0
ENFERMEDAD DEL CORAZON (I30 - I52)	925	1.7
ARTROPATIAS (M00 - M03)	763	1.4
ENFER. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (J44.0 - J44.9)	535	1.0
HIPERCOLESTEROLEMIA PURA ( E78.0)	431	0.8
EPILEPSIA (G40.0 - G40.9)	424	0.8
ANEMIAS HEMOLITICAS (D55 - D59)	209	0.4
OTRAS CAUSAS	208	0.4

**PRINCIPALES TASAS DE MORTALIDAD,  
POR GRUPO DE EDAD AÑO 2015.**

<b>&lt; 1 AÑO</b>	<b>Nº.</b>	<b>TASA</b>	<b>1 A 4 AÑOS</b>	<b>Nº.</b>	<b>TASA</b>
Malformación Congénita	42	4.04	Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras causas externas	6	0.16
Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatal	39	3.75	Bronconeumonía/ Neumonía	4	0.11
Bronconeumonía/ Neumonía	6	0.58	Enfer. Del Sistema Nervioso	4	0.11
Fiebre n.e.	6	0.58	Tumores Malignos	4	0.11
Enf. Del Sistema Respiratorio	2	0.19	Malformación Congénita	3	0.08
			Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	2	0.05
Otras causas	6	0.58	Otras Causas	2	0.05
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>9.72</b>	<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>0.66</b>
<b>5 a 14 AÑOS</b>	<b>Nº</b>	<b>TASA</b>	<b>15 a 19 AÑOS</b>	<b>Nº</b>	<b>TASA</b>
Tumores Malignos	10	0.11	Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras causas externas	15	0.35
Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras causas externas	7	0.08	Bronconeumonía/Neumonía	3	0.07
Malformación Congénita	4	0.04	Enfermedades del Sistema Nervioso	2	0.05
Enfermedades del Sistema Nervioso	2	0.02	Diarrea y Gastroenteritis de Presunto origen infeccioso	1	0.02
Bronconeumonía/Neumonía	1	0.01	Enfermedades del Sistema Digestivo	1	0.02
Hemorragia Gastrointestinal no especificada	1	0.01	Paro Cardíaco	1	0.02
Otras causas	4	0.04	Otras Causas	6	0.14
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>0.32</b>	<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>0.68</b>
<b>20 A 59 AÑOS</b>	<b>Nº</b>	<b>TASA</b>	<b>60 AÑOS Y MÁS</b>	<b>Nº</b>	<b>TASA</b>
Tumores Malignos	128	0.43	Enfermedad Isquémica del Corazón	302	5.83
Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras causas externas	120	0.40	Tumores Malignos	260	5.02
Otras Formas de Enfermedad del Corazón	86	0.29	Enfermedad Cerebro Vascular	174	3.36
SIDA	61	0.20	Diabetes Mellitus	127	2.45
Diabetes Mellitus	37	0.12	Enfermedades del Sistema Respiratorio	124	2.40
Enfermedad Cerebro Vascular	21	0.07	Enfermedades Hipertensivas	71	1.37
Enfermedades del Sistema Genitourinario	18	0.06	Enfermedades del Sistema Genitourinario	54	1.04
Enfermedades del Hígado	16	0.05	Enfermedades del Hígado	40	0.77
Enfer. Del Sistema Nervioso	16	0.05	Bronconeumonía/Neumonía	39	0.75
Enfermedades del Sistema Respiratorio	11	0.04	Enfermedades del Sistema Digestivo	33	0.64
Enfermedades Hipertensivas	10	0.03	Enfer. de Alzheimer	27	0.52
Bronconeumonía/Neumonía	9	0.03	Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras causas externas	20	0.39
Enfermedades del Sistema Digestivo	8	0.03	Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	14	0.27
					0.00
Otras Causas	59	0.20	Otras Causas	<b>106</b>	<b>2.05</b>
<b>TOTAL</b>	<b>600</b>	<b>2.00</b>	<b>TOTAL</b>	<b>1391</b>	<b>26.87</b>
<b>No especificada</b>	<b>3</b>	<b>0.01</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>2178</b>	<b>4.09</b>			

## COMPOSICIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES POR DISTRITO, AÑO 2015

DEFUNCIONES GENERALES	TOTAL		ARRAJÁN		CAPIRA		CHAME		LA CHORRERA		SAN CARLOS	
	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/
TUMORES MALIGNOS (CO0-D09)	390	0.73	196	0.79	25	0.56	23	0.79	131	0.70	15	0.67
OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZÓN (I30-I52)	207	0.39	86	0.34	19	0.43	19	0.65	75	0.40	8	0.36
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR (I60-I69)	197	0.37	74	0.30	18	0.40	10	0.34	79	0.42	16	0.71
ACCIDENTES, SUICIDIOS, HOMICIDIOS Y OTRAS CAUSA EXTERNAS (V00-Y98)	178	0.33	75	0.30	20	0.45	12	0.41	60	0.32	11	0.49
DIABETES MELLITUS (E10-E14)	164	0.31	62	0.25	16	0.36	12	0.41	67	0.36	7	0.31
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (I21)	110	0.21	51	0.20	7	0.16	8	0.27	37	0.20	7	0.31
ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO (K00-K99)	100	0.19	38	0.15	9	0.20	6	0.21	39	0.21	8	0.36
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10-I15)	81	0.15	34	0.14	10	0.22	3	0.10	28	0.15	6	0.27
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO (N00-N99)	74	0.14	32	0.13	6	0.13	9	0.31	22	5.00	5	0.22
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	71	0.13	30	0.12	5	0.11	7	0.24	23	0.12	6	0.27
S.I.D.A. (B20-B24)	64	0.12	34	0.14	3	0.07	5	0.17	19	0.10	3	0.13
BRONCONEUMONÍA / NEUMONÍA (J18)	58	0.11	27	0.11	4	0.09	1	0.03	23	0.12	3	0.13
ENFERMEDAD DEL SISTEMA RESPIRATORIO (J00-J99)	54	0.10	21	0.08	4	0.09	3	0.10	24	0.13	2	0.09
ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN (I20-I25)	52	0.10	22	0.09	1	0.02	2	0.07	20	0.11	7	0.31
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDAD Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	52	0.10	26	0.10	2	0.04	3	0.10	20	0.11	1	0.04
ENFER. CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J40-J47)	50	0.09	19	0.08	4	0.09	7	0.24	19	0.10	1	0.04
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO (I00-I99)	44	0.08	15	0.06	4	0.09	0	0.00	20	0.11	5	0.22
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL (P00-P99)	39	0.07	13	0.05	2	0.04	1	0.03	19	0.10	4	0.18
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	37	0.07	12	0.05	3	0.07	4	0.14	18	0.10	0	0.00
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E99)	19	0.04	8	0.03	4	0.09	0	0.00	5	0.03	2	0.09
DEMÁS CAUSAS	137	0.26	60	0.24	15	0.34	10	0.34	49	0.26	3	0.13
<b>TOTAL</b>	<b>2178</b>	<b>4.09</b>	<b>935</b>	<b>3.75</b>	<b>181</b>	<b>4.06</b>	<b>145</b>	<b>4.97</b>	<b>797</b>	<b>4.27</b>	<b>120</b>	<b>0.23</b>

La Región de Salud de Panamá Oeste se caracteriza por contar con población urbana muy concentrada en dos de los cinco distritos de la región, mientras que en los otros distritos se componen de extensas áreas de difícil acceso con áreas montañosas y con población muy distante, de las áreas de atención.

Esta situación hace que los casos sean difícilmente atendidos y mucho más difícil notificados; además la cultura de la población dificulta que los casos se notifiquen oportunamente o se atiendan en alguna instalación de salud, ya que no acuden a atención oportuna; sin embargo el interés del personal por evidenciar los eventos de notificación obligatoria están logrando que se vea incrementos en el número de casos reportados de enfermedades.

El comportamiento de las enfermedades que se presentan en este informe es similar al comportamiento de las mismas en todo el territorio nacional tendiendo al aumento de casos en la mayoría de las enfermedades



Notamos que la tendencia de los casos de diarreas en menores de 5 años desde hace 10 años, ha ido en aumento con una estabilización de los casos en los últimos 3 años.

## TENDENCIA DE LA CONJUNTIVITIS 2007 - 2016 . RSPO.

6000  
5000  
4000  
3000  
2000  
1000  
0

	AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
● CONJUNTIVITIS		1139	109	5212	1960	2212	2459	2482	1285	762	895	801
● TENDENCIA		1139	624	2153.3	2105	2373.3	2960.8	2278.3	2109.5	1747	1356	935.75

Podemos observar que la tendencia de los casos de conjuntivitis en el transcurso de los últimos 10 años y notamos que a pesar que en algunos años los casos pueden ser elevados la tendencia general es de la disminución.

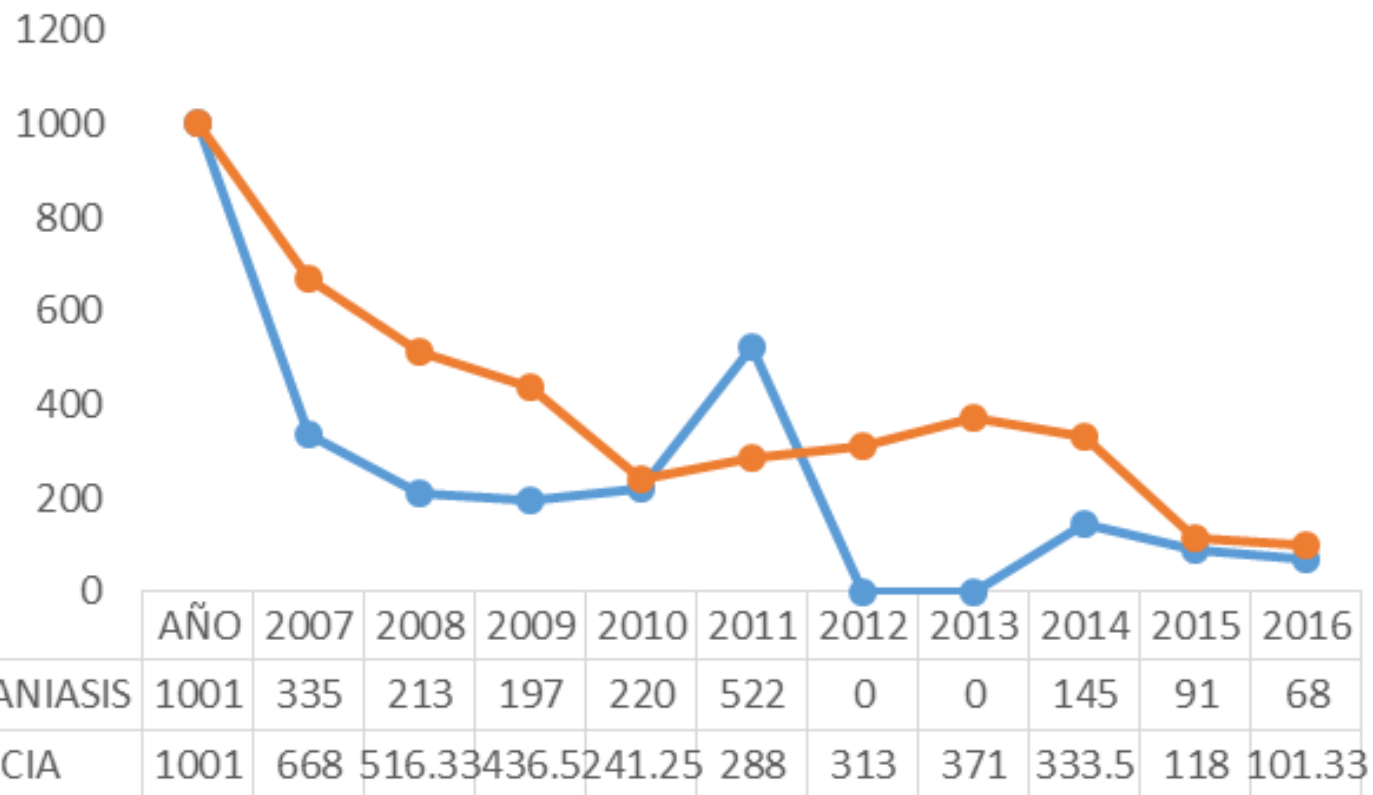
## TENDENCIA DEL DENGUE 2007 - 2016. RSPO.

3000  
2500  
2000  
1500  
1000  
500  
0

	AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
● DENGUES	316	208	83	2490	0	277	0	828	705	342	1633
● TENDENCIA	316	262	202.3	774.2	927	950	1383.	552.5	603.3	625	877

Observamos como la tendencia de los casos de dengue tuvo un incremento desde 2009 a 2012; a partir del 2013 ocurrió un descenso en la tendencia pero vemos que nuevamente va en aumento.

## TENDENCIA DE LA LEISHMANIASIS. 2007 - 2016. RSPO.



Podemos notar que la tendencia en la aparición de casos de leishmaniasis ha ido en descenso a través de los últimos 10 años, esto podría estar asociado a una disminución de casos, sin embargo lo más probable es que se deba a que hay menor número de atenciones y /o menor número de notificaciones.



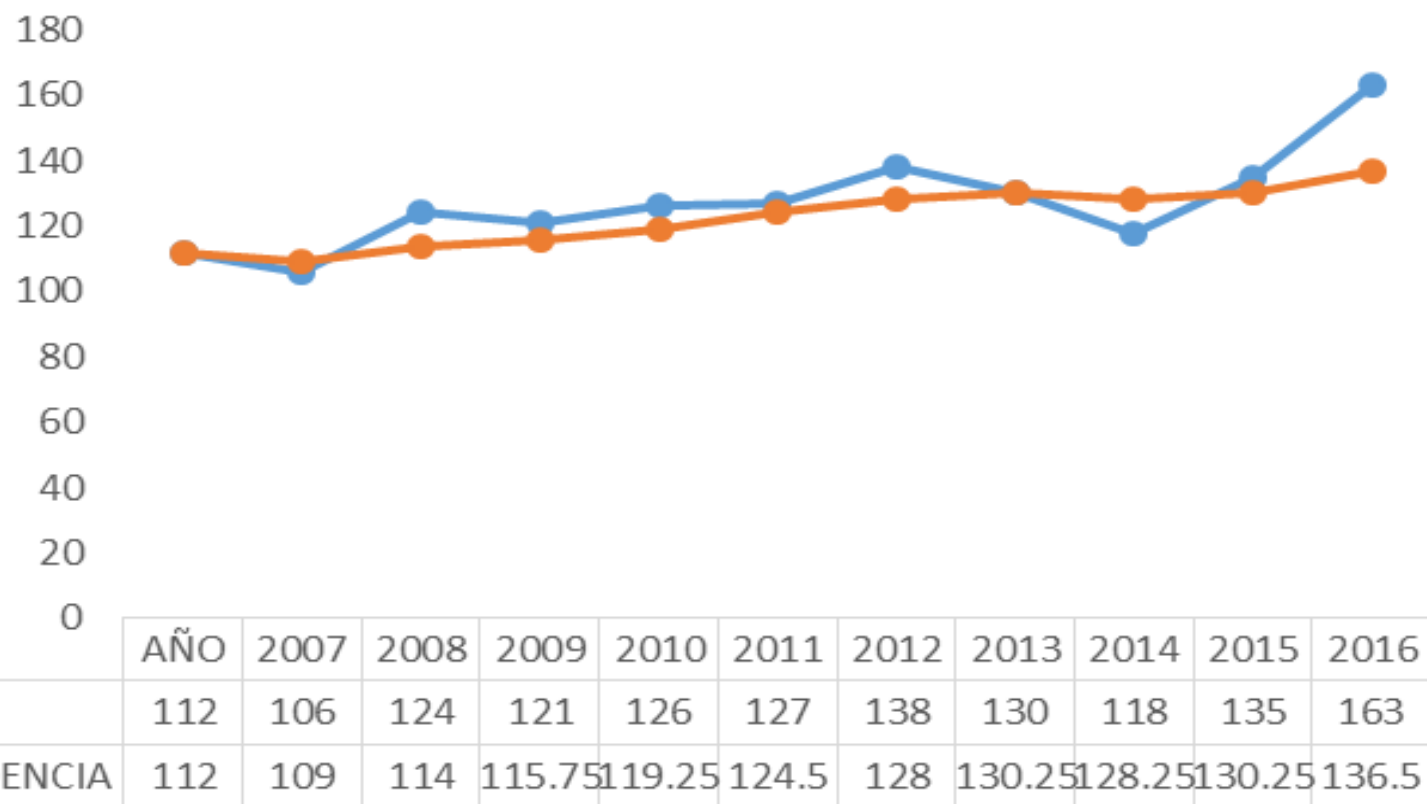
### TENDENCIA DE LAS IRAG. 2007 - 2016. RSPO.

3000  
2500  
2000  
1500  
1000  
500  
0

	AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
● IRAG	1178	1155	1251	1397	1403	1675	1778	1445	1376	1789	2614
● TENDENCIA	1178	1166.5	1194.7	1245.3	1301.5	1431.5	1563.3	1575.3	1568.5	1597	1806

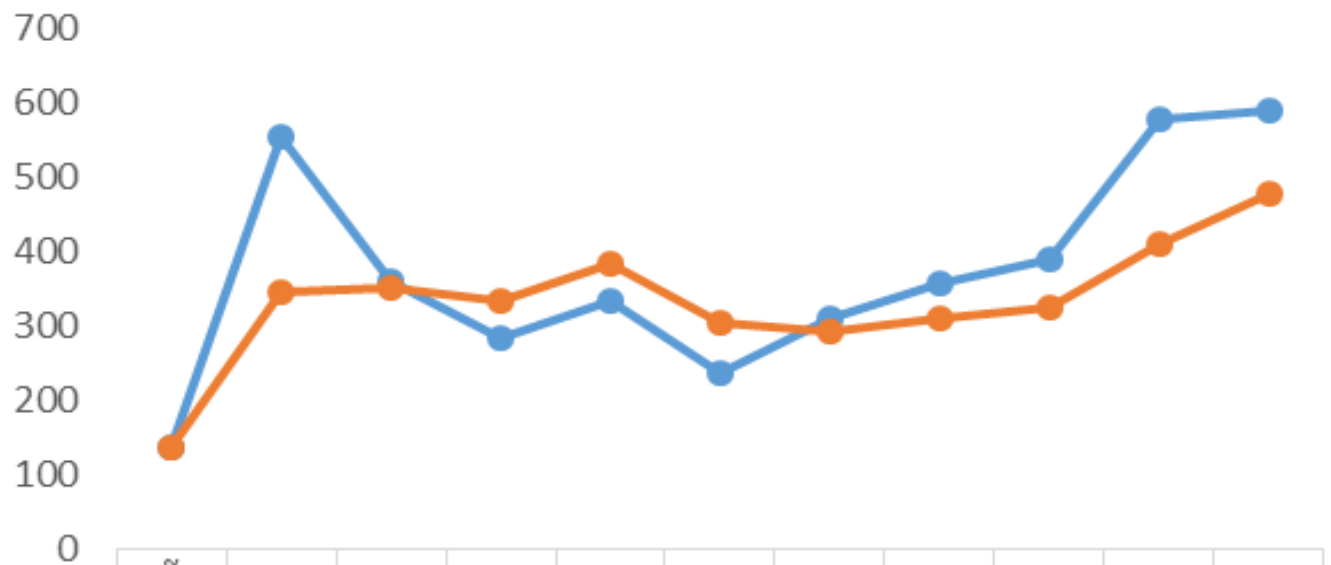
La tendencia de las IRAG en el transcurso de estos últimos 10 años se ha mantenido estable en el último año presento un incremento muy leve que puede estar asociado a la epidemia que se presento en este año.

## TENDENCIA DE TBC. 2007 - 2016. RSPO.



La tendencia de los casos de tuberculosis ha mantenido un comportamiento estable en el transcurrir de los últimos 10 años.

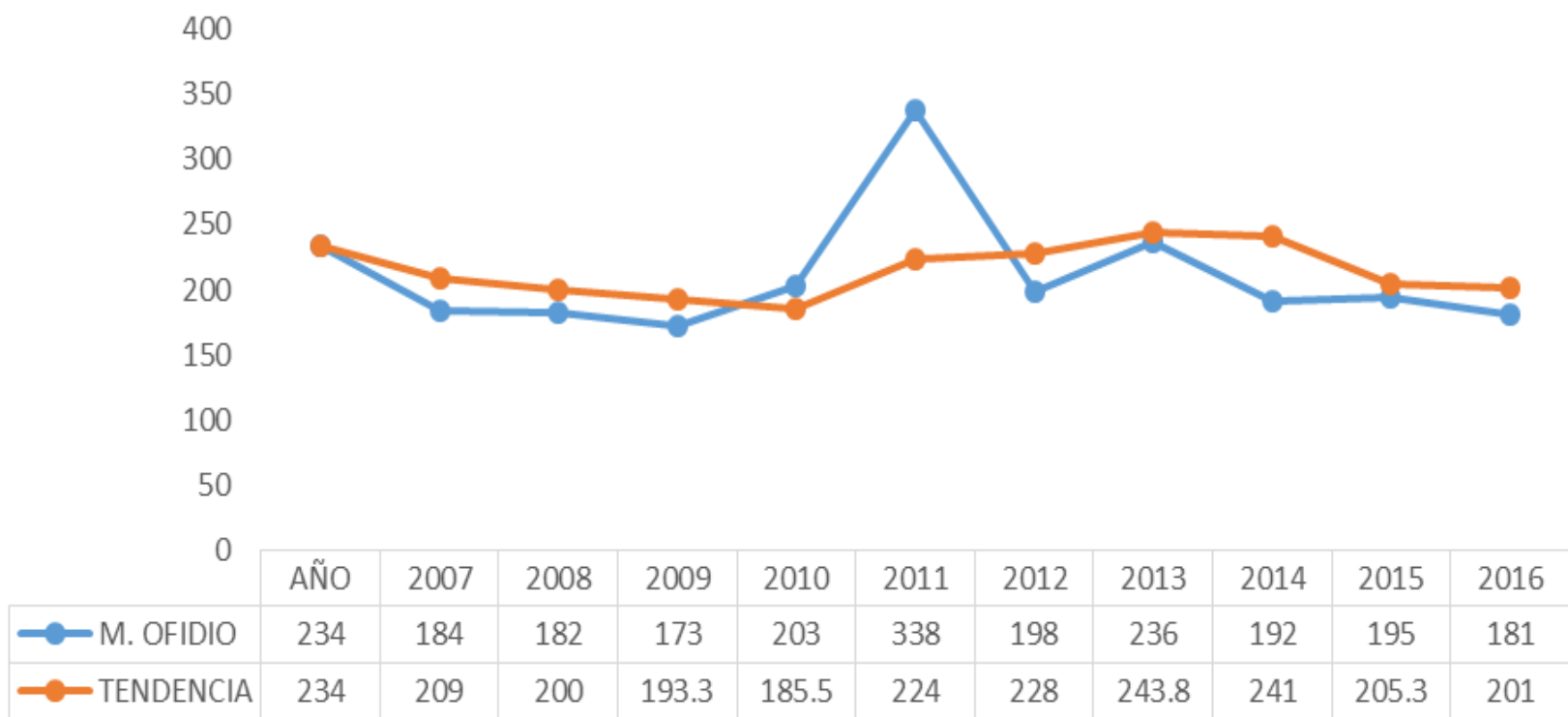
## TENDENCIA DE CONTACTO TRAUMÁTICO CON ESCORPION. 2007 - 2016. RSPO



	AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
● C. ESCORPION		138	557	363	285	336	239	311	360	392	578	590
● TENDENCIA		138	347.5	352.7	335.8	385.3	305.8	292.8	311.5	325.5	410.3	480

Podemos notar que la tendencia de los casos de contacto traumáticos con escorpión mantuvo un comportamiento estable y en los últimos 2 años han ido en aumento leve lo cual puede estar asociado a una mejor notificación de los casos.

## TENDENCIA DE MORDEDURA DE OFIDIO. 2007 - 2016. RSPO.



La tendencia de los casos de mordedura de ofidio se ha mantenido estable en el transcurrir de 10 años.

## TENDENCIA DE VIH. 2007 - 2016. RSPO



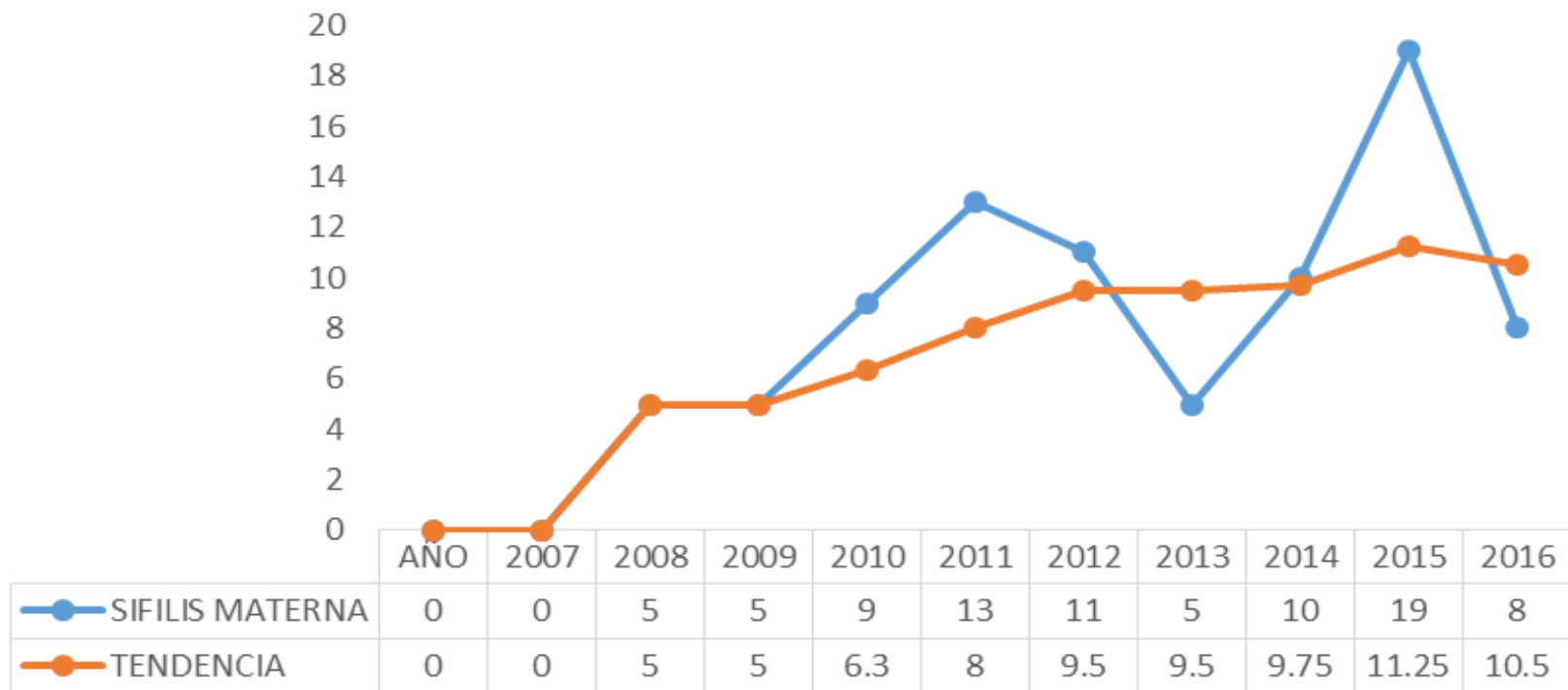
Evidenciamos que la tendencia en la aparición de los casos de VIH va en aumento constante desde el 2010

## TENDENCIA DE CASOS SIDA. 2007 - 2016. RSPO



En los últimos 10 años los casos de SIDA han aumentado sin embargo en el 2015 se evidencia un leve descenso en la tendencia lo cual puede deberse en primera instancia a una mejor adherencia a los tratamientos antiretrovirales y a la poca resistencia a los mismos.

## TENDENCIA DE SIFILIS MATERNA. 2007 - 2016. RSPO



La tendencia de los casos de sífilis materna ha ido en aumento constante en el transcurso de los últimos 10 años, lo cual puede estar asociado a una mejor notificación de los casos.

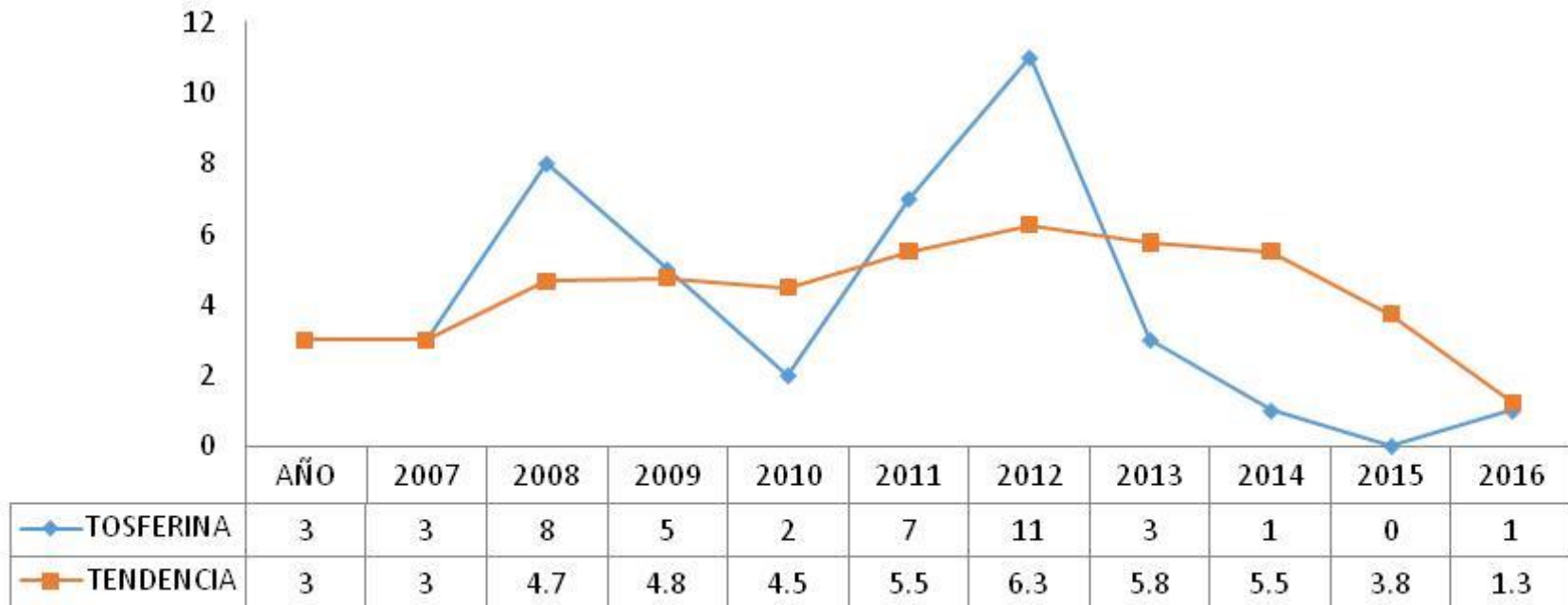
## TENDENCIA DE SIFILIS CONGENITA. 2007 - 2016. RSPO



La tendencia de los casos de sífilis congénita se mantuvo estable hasta el año 2013 a partir de este año hubo un incremento en la tendencia lo cual se puede explicar por el cambio en la definición de casos o que permitió ingresar otros individuos que anteriormente no entraban por definición como casos de sífilis congénita.



## TENDENCIA DE CASOS DE TOSFERINA. 2007 - 2016. RSPO



La tendencia de los casos de Tosferina se ha mantenido estable; en el 2008 se inicio la vacunación de puérperas, funcionarios de salud y perifocales de tosferina con Tdap. Se evidencia una disminución marcada en los últimos 2 años probablemente debido a ampliación en la vacunación de la población de riesgo (en el 2012 se inicia vacunación de niños y niñas de 10 y de embarazadas del 3r trimestre además de la población ya descrita anteriormente) y a se podría asumir que debido a un desabastecimiento de la vacuna Td en 2014 por lo cual se vacunaba con Tdap.

- El comportamiento de los eventos de notificación obligatoria en nuestra región es similar al comportamiento en otras regiones y a nivel nacional.
- Mejores mecanismos de notificación han evidenciado un incremento en el reportes de los casos lo que se traduce en tendencias que van en aumento para algunos eventos que anteriormente presentaban tendencias bajas o sin reporte.
- Enfermedades como conjuntivitis y leishmaniasis presentan tendencia al descenso probablemente no sea debido a menor cantidad de casos sino a que son enfermedades que culturalmente la población ve como "comunes" y que no producen incapacidad, lo cual conlleva que no acuda atención oportuna.
- Sabemos que la población de áreas distantes y de difícil acceso no acude a atención ante eventos que son endémicos de sus áreas a menos que presenten un agravamiento de estas enfermedades.
- Las Enfermedades inmunoprevenibles tienen un comportamiento al descenso y a la estabilidad en números muy bajos o ceros gracias a las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones para mantener control sobre estos eventos; enfermedades como Sarampión, Rubéola, Parálisis Flácida (asoc. A polio), Tétano presentan tendencias de cero casos reportados anualmente; otras como Varicela y Tosferina se encuentran en descenso franco.
- El VIH es un evento cuyo comportamiento indica un serio problema de Salud Pública marcando incremento constante en esta evaluación, sin embargo vemos por el contrario que el SIDA presenta en los últimos años una tendencia al descenso lo que podría suponer que los esfuerzos por mantener pacientes VIH positivos adherentes a tratamiento antiretrovirales está rindiendo frutos sin embargo debemos continuar las acciones encaminadas a prevenir el contagio de este virus.
- Eventos de salud pública como el Dengue y las IRAG que presentan comportamientos estables o cíclicos pueden ser prevenidos debido a que conocemos su comportamiento sin embargo la conciencia comunitaria es un factor importante en el control de estas.
- Eventos como las diarreas se mantienen en constante aumento, esto se podría explicar gracias al incremento de la población y la poca disponibilidad de acueductos y sistemas de aguas potables y servidas de gran parte de la población de nuestra región.

## **VIH EN PANAMÁ OESTE**

La Región de Salud de Panamá Oeste ocupa el cuarto lugar en índice de infección por el VIH/SIDA en la República.

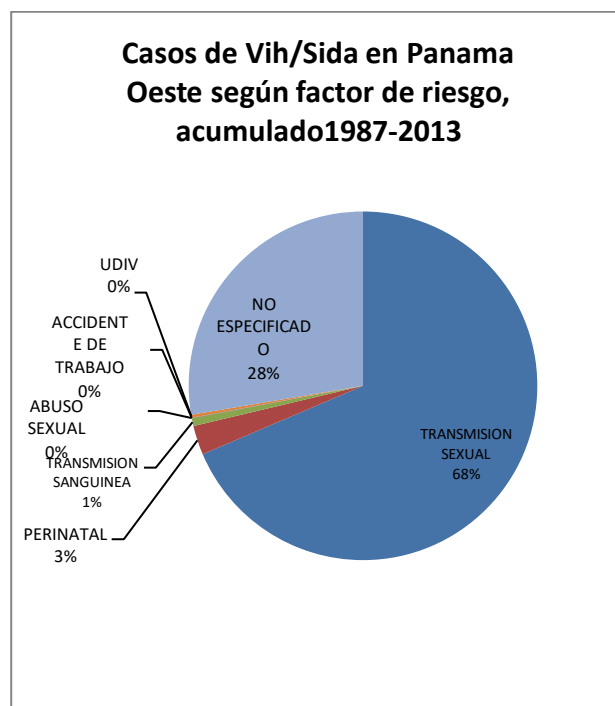
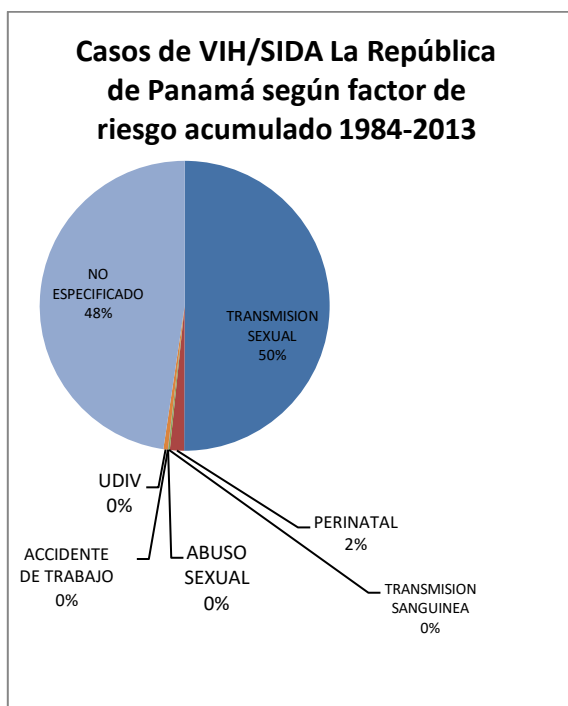
La mayor tasa de incidencia de VIH/SIDA se encuentra en los distritos de Arraiján y Chorrera. La edad más afectada es la comprendida entre los 15-49 años, la cual es nuestra población en edad fértil y económicamente productiva. Se observa un aumento de los casos femeninos, dentro de las edades de 15 a 19 años; porque a las embarazadas se les realiza el

examen de VIH obligatorio y totalmente gratuito. La mayoría de los pacientes son captados por las unidades de primer nivel de atención.

Se han reportaron 21,927 casos acumulados desde 1987 hasta el año 2013 de ellos, 13,745 (62.7%) son pacientes con SIDA y 8,182 (37.3%) son portadores del VIH. Observándose un alto índice de mortalidad por la enfermedad (41.7%) que representa un total de 9,165 pacientes fallecidos.

En la Región de Salud de Panamá Oeste se registraron 2473 casos, de los cuales 1,521 (61.5%) son pacientes de SIDA y 952 (38.5%) tienen el virus de VIH.

### FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DE VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN DE PANAMÁ OESTE. AÑO 2013.



*Fuente: Departamento de Epidemiología Región de Salud de Panamá Oeste, Junio 2014.*

La principal causa de transmisión del VIH/SIDA es por vía sexual, seguido por la transmisión perinatal y por los usuarios de drogas inyectables.

La mayor tasa de incidencia de casos de VIH/SIDA está dentro de las edades de 15 a 49 años. Según el sexo, entre las edades de 20-24 años, 121 casos corresponden el sexo femenino (36.3 %) y 212 (63.7%) al sexo masculino, para una relación de 2:1. Entre las edades de 25-29 años, según sexo, 110 casos femeninos (25.7 %) y 318 masculinos (74.3%), para una relación de 3:1, con prevalencia masculina. En los grupos de 35-39 años

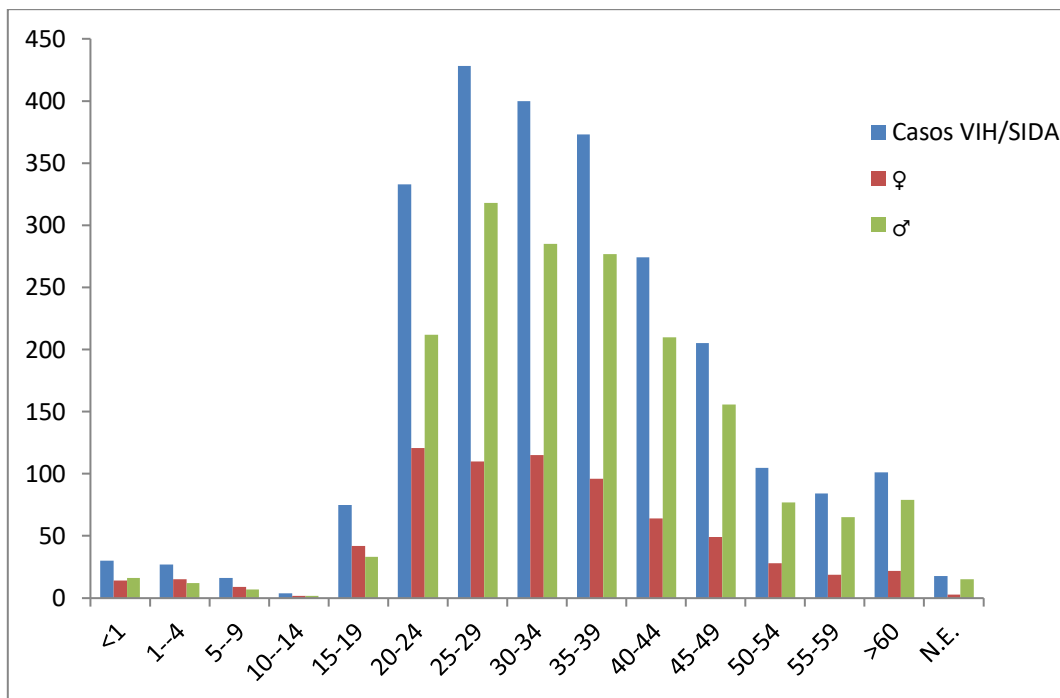
96 casos femeninos (25.7%) y 277 casos (74.3%) masculinos y de 40-44 años, 64 casos femeninos (23.4%), y 210 casos masculinos (76.6%) se observa una prevalencia de sexo masculino y una relación de 4:1.

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE VIH/SIDA SEGÚN EDAD Y SEXO EN LA  
REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE. AÑO 2013.**

<b>EDAD</b>	<b>Casos VIH/SIDA</b>	<b>♀</b>	<b>♂</b>
<1	30	14	16
1-4	27	15	12
5-9	16	9	7
10-14	4	2	2
15-19	75	42	33
20-24	333	121	212
25-29	428	110	318
30-34	400	115	285
35-39	373	96	277
40-44	274	64	210
45-49	205	49	156
50-54	105	28	77
55-59	84	19	65
>60	101	22	79
<b>N.E.</b>	18	3	15
<b>Total</b>	2473	709	1764

*Fuente: Departamento de epidemiología de la Región de Salud de Panamá Oeste, 2013.*

### CASOS DE VIH/SIDA SEGÚN SEXO Y EDAD



Fuente del grafico: Fuente: Departamento de Epidemiología Región de Salud de Panamá Oeste, Junio 2014.

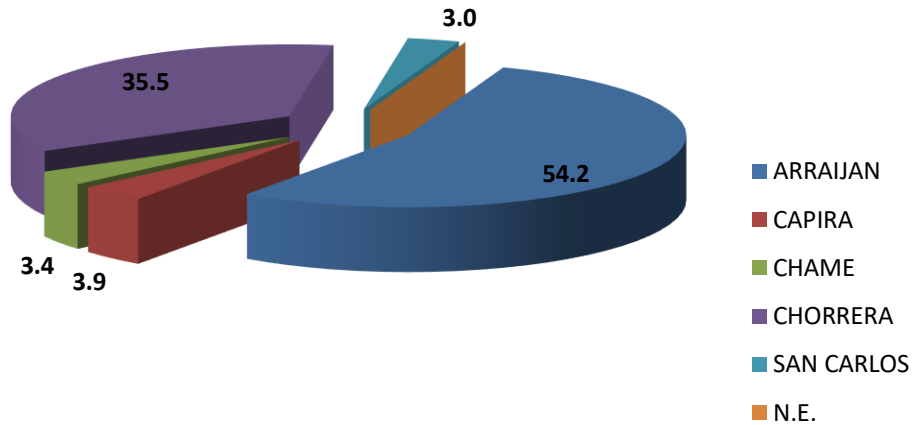
### CASOS DE VIH/SIDA SEGÚN DISTRITO EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE. AÑO 2013.

DISTRITO	SIDA	VIH	TOTAL
ARRAIJAN	825	439	1264
CAPIRA	59	28	87
CHAME	51	18	69
CHORRERA	540	415	955
SAN CARLOS	46	21	67
N.E.	0	31	31
<b>TOTAL</b>	<b>1521</b>	<b>952</b>	<b>2473</b>

Fuente: Departamento de epidemiología de la Región de Salud de Panamá Oeste, 2013.

El mayor porcentaje de incidencia de VIH/SIDA se registra en el distrito de Arraiján con un 51% de los casos, seguido por el distrito de Chorrera con 38.6%, luego Capira con 3.5%, Chame con 2.8% y San Carlos 2.7%. Mientras que los no especificados es del 1.3%.

**INCIDENCIA DE VIH/SIDA SEGÚN DISTRITO EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE. AÑO 2013.**



**CASOS DE VIH/SIDA POR AÑOS EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE.**

AÑO	SIDA	VIH	TOTAL
2000	75	5	80
2001	65	4	69
2002	72	44	116
2003	79	39	118
2004	68	59	127
2005	84	62	146
2006	77	85	162
2007	111	58	169
2008	97	71	168
2009	86	80	166
2010	101	71	172
2011	107	93	200
2012	87	120	207
2013	75	155	230

*Fuente: Departamento de Epidemiología de la Región de Salud de Panamá Oeste.*

## TASA SALUD OCUPACIONAL

La situación de en las áreas de responsabilidad es variable dependiendo de la Institución:

### *MINSA*

- 1- No se cuenta con el recurso humano necesario e indispensable para llevar de manera integral el programa de salud ocupacional regional
- 2- Se cuenta con un solo facultativo especializado en salud ocupacional, terapeuta ocupacional y una enfermera; siendo esta última compartida con otros programas.
- 3- No contamos con trabajo social, técnico ocupacional, psicología para llevar integralmente el programa.
- 4- No contamos con médico general en la clínica del empleado.
- 5- No se cuenta con los insumos necesarios médicos quirúrgicos y de rehabilitación para la ejecución de la atención médica ocupacional y de terapia ocupacional
- 6- Se realizan evaluaciones de peritaje médico ocupacional sobre enfermedades profesionales, ocupacionales y crónicas que podrían ser agravadas por la actividad laboral ejecutada.
- 7- Se realizan atención de control preocupacional y ocupacional a funcionarios pertenecientes a la región de salud panamá oeste y hospital Nicolás a. Solano
- 8- Se realizan inspecciones y control ocupacional preventivo en diversas empresas en conjunto con salud ocupacional de la CSS.
- 9- Monitoreo de departamentos que presentan riesgo ocupacional.
- 10- Capacitaciones continuas según factor de riesgo mayormente presentado y jornada anuales de salud ocupacional
- 11- Coordinación con el departamento de promoción de la salud, actividades de promoción y estilo de vida y conducta saludable a grupo de riesgo.
- 12- Vigilancia continua de factores de riesgo en el área laboral
- 13- Falta de transporte para el traslado a la evaluación y control de salud ocupacional empresarial.

<b>Personal evaluado en salud ocupacional pertenecientes a RSPO/HNAS</b>	<b>1403</b>
<b>Personal evaluado con patologías de salud ocupacional y enfermedad profesional</b>	841 (60%)
<b>Personal evaluado con enfermedades crónicas</b>	1192 (85%)

La notificación de los accidentes de trabajo ha mejorado a partir de finales de 2013. Han venido en aumento en comparación a otros años previos, aunque su reporte anteriormente no era continuo.

Año	No. De reportados	accidentes	Tipo de accidente más prevalente	Causas
2012	06		Biológico	Condición peligrosa y acto inseguro
2013	12		Biológico/trauma contuso	Condición peligrosa y acto inseguro
2014	06 (reporte hasta agosto 2014)		Trauma contuso/ accidente en auto (trayecto)	Condición peligrosa y acto inseguro

En las enfermedades ocupacionales su control y seguimiento se ha mejorado en comparación al año 2012.

Patología ocupacionales más frecuentes	Enfermedades crónicas más frecuentes	Grupo de trabajadores susceptibles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lumbopatías discales</li> <li>• Lumbopatías posturales</li> <li>• Escoliosis funcionales</li> <li>• Estrés laboral</li> <li>• SD. Ansioso depresivo y otras psicopatías</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad y sobrepeso</li> <li>• hipertensión arterial</li> <li>• Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 (67%)</li> <li>• Síndrome metabólico</li> <li>• Enfermedades óseas degenerativas (osteoartrosis)</li> <li>• Neoplasias operadas (ca. Mama, ca.cu)</li> </ul>	<p>Odontólogos</p> <p>Enfermería</p> <p>Médicos y laboratoristas</p> <p>Técnicos de vectores</p> <p>Administrativo</p>



## *CAJA DE SEGURO SOCIAL*

- Cuenta a nivel de la Provincia Panamá Oeste con Equipos Locales de Salud y Seguridad Ocupacional en las tres Policlínicas y en la ULAPS de Vacamonte.
- Disponen de un Recurso Humano especializado en diferentes disciplinas: Médico especialistas en Salud Ocupacional (6), Enfermeras especialistas en Salud Ocupacional (4), Técnicos (4), Higienista Ambiental (1), Químicas (2), Educadores en Salud Ocupacional (3), Trabajadores Sociales (2), Terapistas Ocupacionales (2), Captador de datos (1), Secretaria (1) y Psicólogo (1).
- En las Unidades Locales de Salud y Seguridad Ocupacional como: Pol. Dr. Santiago Barraza de La Chorrera y Pol. Juan Vega Méndez se han adquirido Equipo de Monitoreo básicos para realizar evaluaciones en campo de las condiciones de higiene y seguridad, sin embargo los mismos requieren calibración anual y la asignación del presupuesto para ello no se da.
- Se realizan las evaluaciones médicas de los trabajadores en campo y consulta:
  - Atención medica integral de los trabajadores referidos de consulta externa general, especializada y cuarto de urgencia
  - Calificación médica de la discapacidad
  - Control de la incapacidad temporal
  - Atención de pacientes por morbilidad laboral
  - Referencia al Centro de Rehabilitación Laboral
  - Referencia a Comisión médico calificadora
- Atención Integral a los Colaboradores Internos de la C.S.S.
- Vigilancia de la organización y ambientes de trabajo en las Empresas de la Provincia Panamá Oeste y de las Unidades Ejecutoras de la Provincia Panamá Oeste (área Psicosocial y Técnica)
- Capacitación y actualización en Promoción de la Salud y Educación para la salud de los trabajadores
- Implementación y Capacitación del Sistema de Información de Salud y Seguridad Ocupacional (SySO). El personal de Salud y Seguridad Ocupacional está capacitado en ésta nueva herramienta.

En cuanto a cómo se han venido comportando los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales:

### RIESGOS PROFESIONALES POR TIPO DE ACCIDENTE

Unidad ejecutora	Año	Tipos de accidentes				Días de incapacidad por accidente de trabajo	Días de incapacidad por enfermedad profesional	Total de accidentes	Enf. Profesional	Total de riesgos profesionales
		Traumas	Heridas cortantes	Quemaduras y fracturas	Otros					
Coord. de SYSO	2010	646	275	117	309	8237	758	1347	209	1556
	2011	408	163	68	299	7079	1062	938	139	1077
	2012	310	84	133	233	5781	1021	7203	117	7320
	2013	775	198	317	479	8510	552	1879	135	2014
	2014	69	80	183	185	4386	238	907	97	1004

Observación: la información del 2013 es de la Pol. Dr. Juan Vega Méndez (hasta octubre) y de la Pol. Dr. Santiago Barraza (todo el año). Para el año 2014 solo es de la Pol. Dr. Santiago Barraza.

Según los informes que nos envía las Agencias de la Caja de Seguro Social se han Tramitado los siguientes días de incapacidad por año:

Año	Agencia de Arraiján	Agencia de Chorrera	Total de días de Incapacidad
2010	5198	6043	11241
2011	13009	6970	19979
2012	14396	6608	21004
2013		7391	7391
2014		2712	2712

2014 sólo se registró hasta el mes de abril

Sobre la percepción de la población con respecto a sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afectan, en su gran mayoría es conocido, pero realmente no es prevenido.

Hay mucha falta de conocimiento en la población sobre diversas patologías que le pueden afectar, incluyendo la forma de medicación que se le da a los mismos.

En el área de Salud Ocupacional, cuando se atiende las enfermedades crónicas, la mayoría de los funcionarios no conocen como, ni de qué se trata su enfermedad, a pesar de tenerla y atenderse por años por un facultativo.

Se conoce estos datos posteriores al testimonio de cada paciente que es referido a la consulta médica.

Se requiere mayor control de salud, medidas preventivas y conocimiento.

Dentro de las instalaciones de la C.S.S, se observa que los colaboradores se manifiestan al percibir cualquier situación que pueda afectar su seguridad y la salud en el ambiente de trabajo, esto se puede atribuir a la presencia de cada uno de los miembros de los Equipos Locales de Salud y Seguridad Ocupacional en el trabajo cotidiano.

Sin embargo las Autoridades competentes de nuestras instalaciones, no adquieren la responsabilidad de suministrar equipos e insumos al personal que labora en ellas. (Ejemplo equipo de protección personal a los colaboradores que ingresan a las instalaciones con los trabajadores de las fumigadoras durante las fumigaciones). El Personal de Aseo y Mantenimiento de igual manera no se le suministra el Equipo de Protección Personal adecuado.

Cuando se realizan contrataciones para trabajos en nuestras instalaciones no se contempla los requerimientos en cuanto a la seguridad que se deben realizar en las mismas, y cuando el personal técnico emite las recomendaciones para realizar los trabajos de forma segura para nuestros colaboradores no se toman en cuenta y los trabajos de todas maneras se realizan por ejemplo: pintura, construcción de estacionamiento, cambio de techo de la Pol. Dr. Santiago Barraza; en la Pol. Dr. Blas D. Gómez Ch. de Arraiján: pintura externa del edificio, Pintura del tanque de almacenamiento de agua, mantenimiento de la cámara en microbiología.

Se han realizado análisis tomando en cuenta los diferentes programas ofertados por nuestra región por lo que detallaremos los aportes realizados a continuación:

### ***Salud Bucal***

En cada uno de los aspectos se evalúan varios criterios. La pérdida de un criterio indica calificación del aspecto. En relación a los aspectos de estructura y mobiliario, la pérdida de un criterio lo ubica en deficiente calidad. En los aspectos administrativos se realizará el porcentaje de los criterios alcanzados

Aspectos:

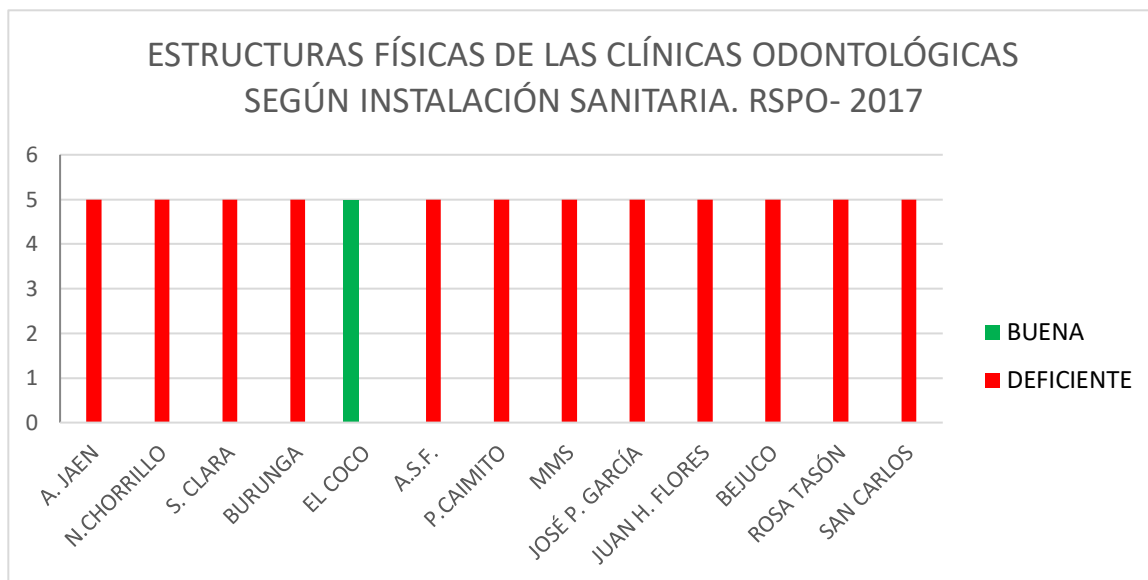
#### **1. Estructura física:**

7.7 % en buenas condiciones (Minsa Capsi El Coko)

92.3% deficientes condiciones (las otras instalaciones)

Espacio físico inadecuado, poco espacio para la circulación, sólo área clínica. Deficiente ventilación e inadecuada temperatura de trabajo. El área administrativa dentro del área clínica. La clínica de Artemio Jaén tiene las diversas áreas de un consultorio odontológico,

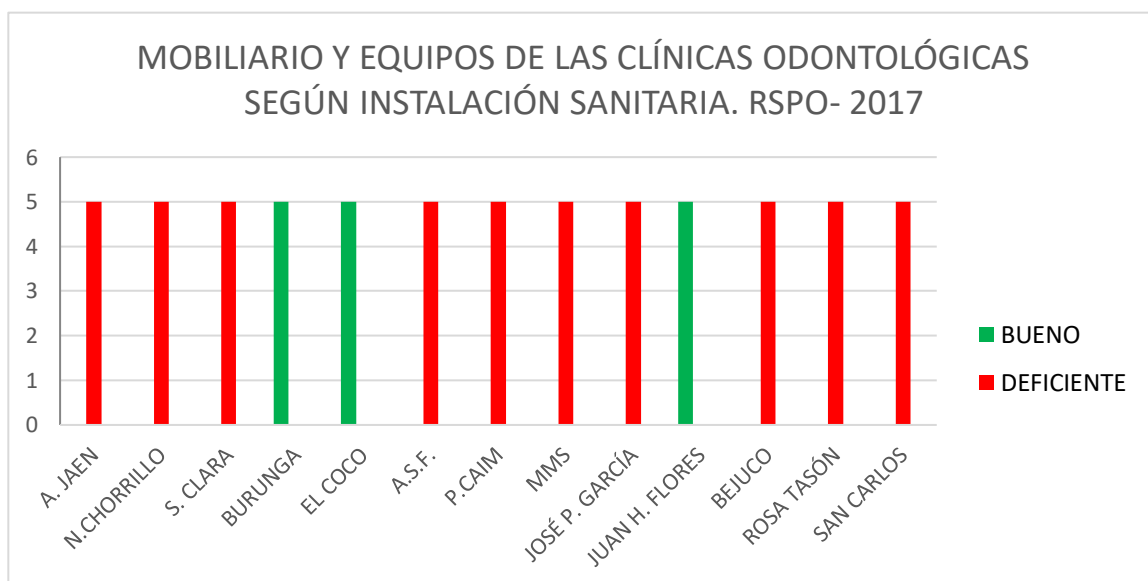
sin embargo, los consultorios no están independientes. Al momento del análisis el Minsa Capsi de Burunga se encontraba cerrado por reparaciones, sin embargo su clínica es buena.



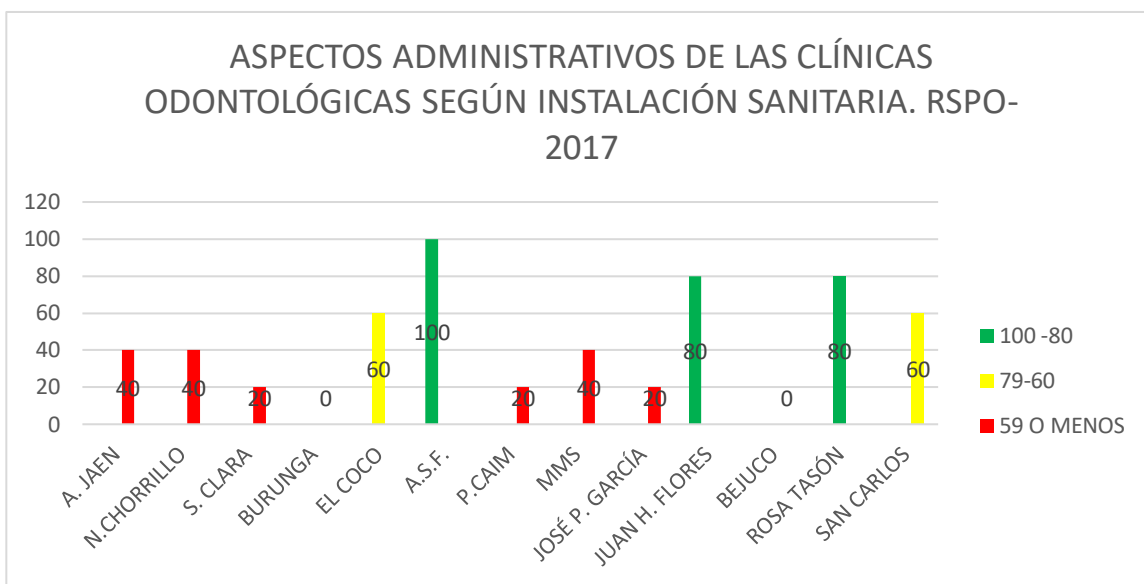
## 2. Mobiliario y equipo:

23.0 % en buenas condiciones

77% deficientes condiciones



### 3. Aspectos administrativos:



Se consideraron cinco (5) aspectos:

**Programación:** que verifica la elaboración de programación, informes y si se cuenta con la disponibilidad de las normas de salud bucal, bioseguridad, de registro estadístico de actividades y manual de flúor.

**Adquisición de insumos,** evidencias de solicitudes de insumos y de trámite de compra de insumos para su instalación, ambos siguiendo el debido proceso administrativo y el período de tiempo oportuno.

**Recepción de insumos:** de acuerdo al tiempo oportuno de recepción.

**Almacenamiento de insumos:** se refiere a la capacidad de recibir los insumos dentro del departamento o en coordinación con farmacia de la instalación, a los espacios requeridos para su almacenamiento de acuerdo a su fecha de vencimiento. Disponibilidad de espacio para el almacenamiento de insumos vencidos.

**Controles:** se refiere a los controles de mantenimiento de los equipos, de limpieza del departamento, de los programas, de la demanda insatisfecha, de la asistencia del recurso humano, del abastecimiento y desabastecimiento y registros de incidentes y accidentes.

Del las trece (13) instalaciones (Centros De Salud Y Minsa Capsi) supervisados:

- El 23 % alcanzó entre el 80 y el 100% de logro de los aspectos citados
- El 15.4% alcanzó entre el 79 y el 60% de logro de los aspectos citados
- El 46.2% alcanzó entre 59 y menos de logro de los aspectos citados
- El 15.4% alcanzó el 0% de logro de los aspectos citados (minsa capsí de burunga, que ha tenido períodos en los que ha permanecido cerrado por daños y/o reparaciones y el centro de salud de bejuco).

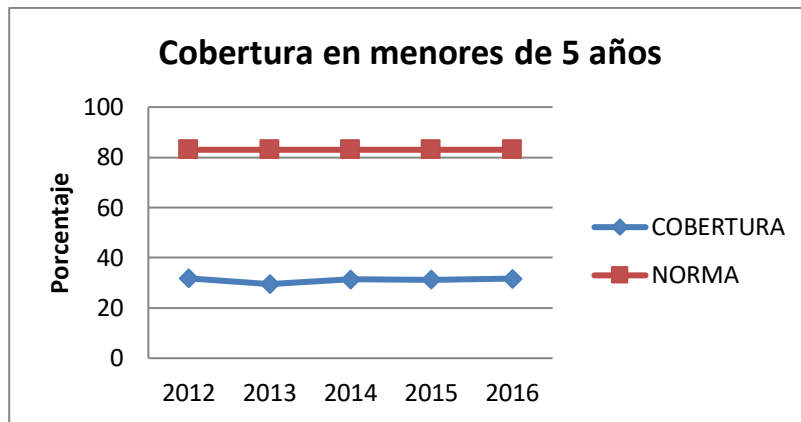
4. Coberturas alcanzadas en el período de cinco años (de 2012 al 2016)

Programa	Grupo etario	Años				
		2012	2013	2014	2015	2016
Servicio de salud bucal	Población total			17.1	15.4	15
Infantil	< de 5	31.8	29.5	31.4	31.3	31.7
En edad escolar	5-9	27.1	26.1	29.5	22.9	22.1
	10-14			21.1	14.6	16.2
Escolares				54.6	35.1	40.1
Adolescente	15-19	26.9	23.1	22.6	25.5	24.7
Salud de adultos	20-59	16.0	13.5	13.3	12.2	11.7
Tercera edad	60 y +	5.3	4.8	5.5	4.9	4.4
Maternales		53.4	65.3	43.7	48.7	48
Manipuladores de alimentos				99.4	97.6	100
Higiene social		20.1	7.1			

Comparando el porcentaje de cobertura normado versus el alcanzado, observamos que los programas prioritarios (infantil y maternal) se encuentran muy por debajo de la norma.

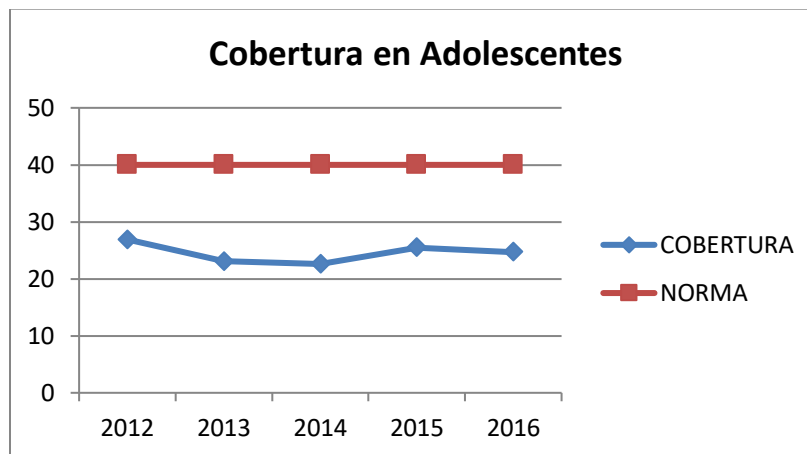
Los programas de 20 a 59 y 60 y más han sobrepasado la norma establecida. El programa de manipulador de alimentos influye en la mayor captación de personas en ambos grupos etarios.

La información proporcionada por REGES está agrupada de manera diferente en algunos años, y contiene o no datos que no pueden ser comparados (por ejemplo higiene social, manipuladores de alimentos, escolares, edad escolar.)



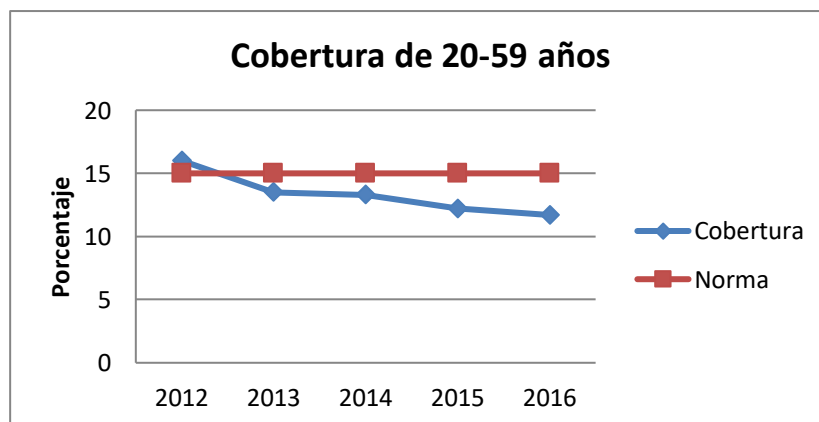
0-5

	2012	2013	2014	2015	2016
Cobertura	31.8	29.5	31.4	31.3	31.7
Norma	83	83	83	83	83



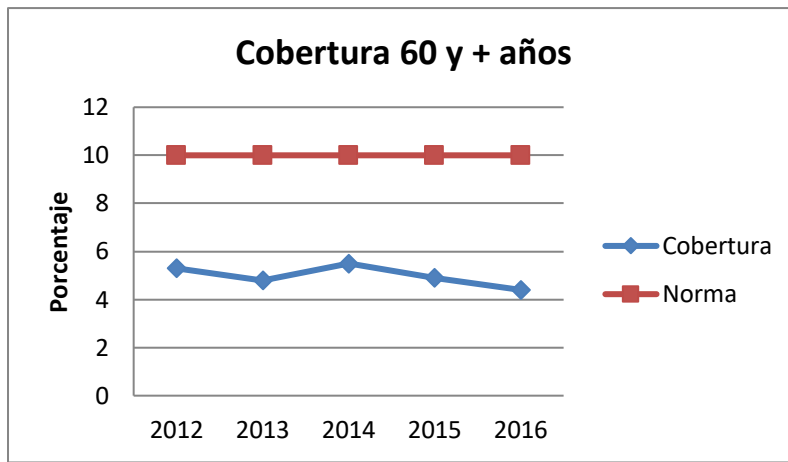
15-19

	2012	2013	2014	2015	2016
Cobertura	26.9	23.1	22.6	25.5	24.7
Norma	40	40	40	40	40



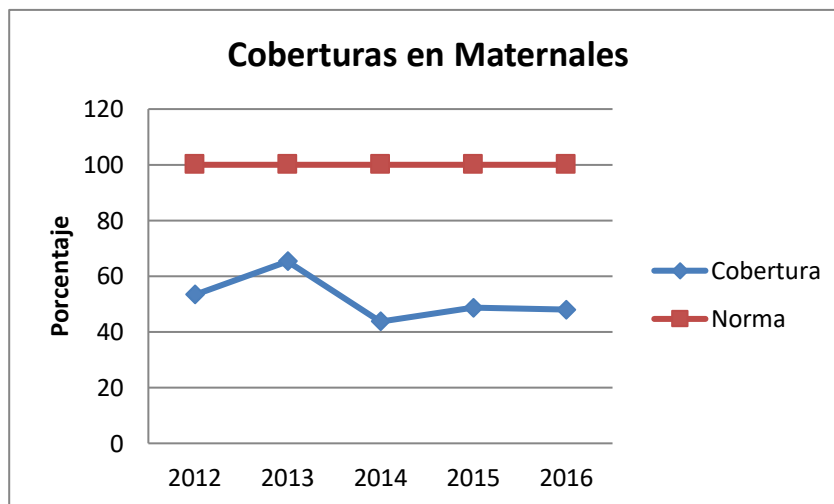
20-59

	2012	2013	2014	2015	2016
Cobertura	16	13.5	13.3	12.2	11.7
Norma	15	15	15	15	15



60 +

	2012	2013	2014	2015	2016
Cobertura	5.3	4.8	5.5	4.9	4.4
Norma	10	10	10	10	10



Maternales

	2012	2013	2014	2015	2016
Cobertura	53.4	65.3	43.7	48.7	48
Norma	100	100	100	100	100



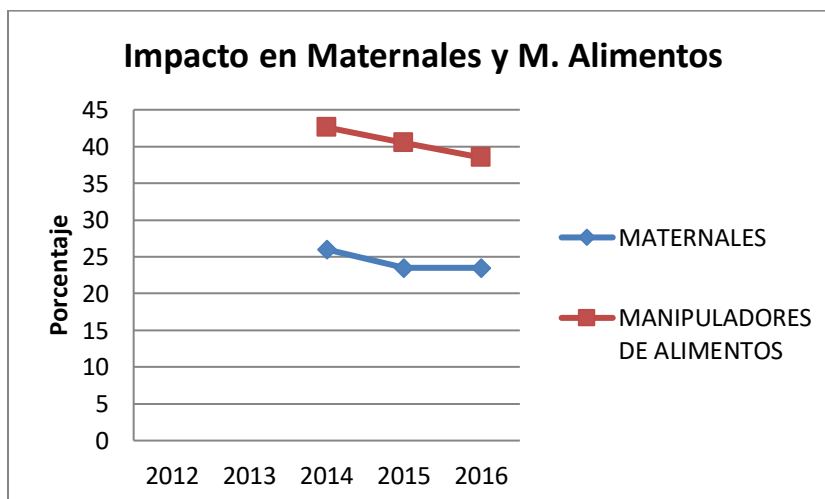
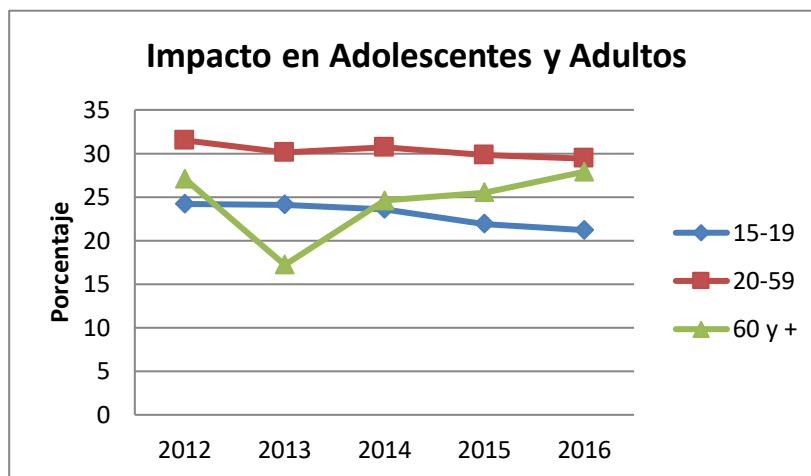
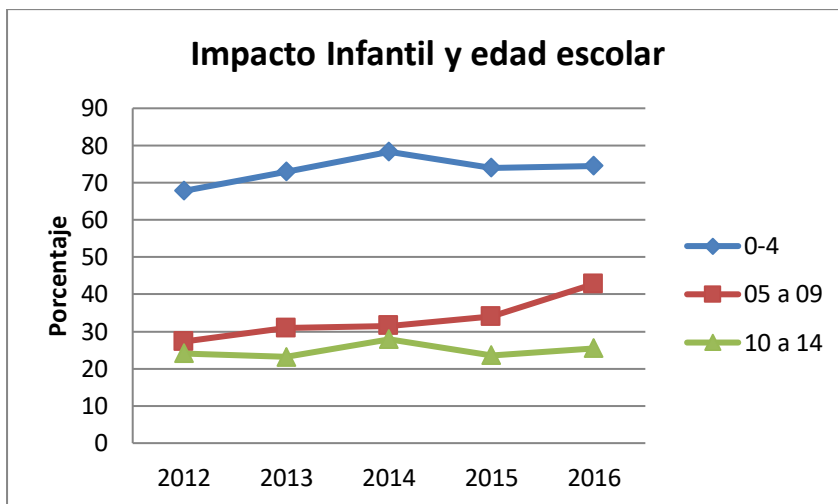
5. Impactos alcanzados por grupos de edad, en el período de cinco años (de 2012 al 2016)

Programa	Grupo etario	Años				
		2012	2013	2014	2015	2016
Infantil	0-4	67.8	73.0	78.3	74.0	74.5
En edad escolar	5-9	27.3	30.9	31.5	34.0	42.8
	10-14	24.1	23.2	27.9	23.6	25.5
Escolares				33.9	35.2	47.4
Adolescente	15-19	24.2	24.1	23.6	21.9	21.2
Salud de adultos	20-59	31.5	30.1	30.7	29.8	29.4
Tercera edad	60 y +	27.1	17.2	24.6	25.5	27.9
Maternales				26.	23.5	23.5
Manipuladores de alimentos				42.6	40.5	38.5

El impacto es un indicador que mide la terminación del tratamiento en el paciente captado. Este es un indicador que depende mucho del paciente, su interés en mejorar su salud bucal, su educación y sus recursos económicos. En el caso de las maternales y el programa infantil que no tiene costo alguno, pues depende del interés de los padres (en el caso de los menores) y en las características propias del embarazo (en las maternales.)

El impacto del grupo de menor de un año debe ser el 100 %, pero en los datos recibidos por REGES se encuentran consolidados los datos de < de 1 año y de 1-4 años.

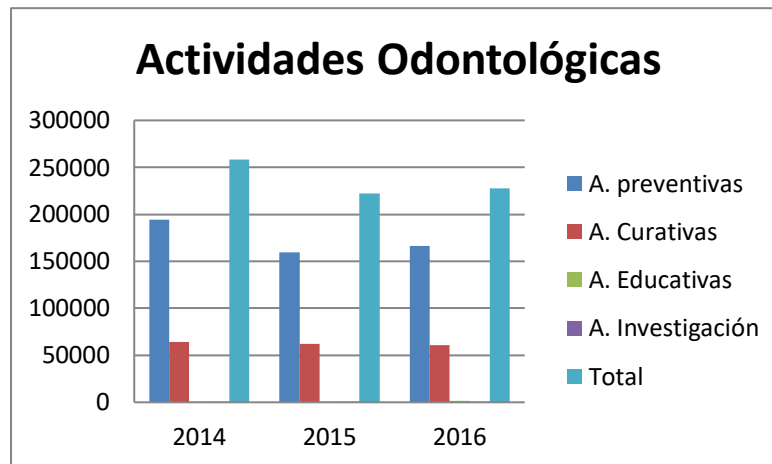
El impacto en las maternales se mantiene, a pesar de ser un programa gratuito, en cambio en los manipuladores de alimentos va decreciendo, indicando de los manipuladores de alimentos captados sólo entre el 38 y el 42% alcanzan un estado óptimo de salud bucal. Consideramos que las ferias de manipuladores de alimentos aumentan las coberturas de manipuladores de alimentos y los ingresos del centro de salud, sin embargo el impacto se va reduciendo y esto indica que los m.a. No alcanzan el óptimo estado de salud bucal que se desea.



## 6. Actividades

Presentamos los datos proporcionados por REGES, de las actividades realizadas por los odontólogos de 2014 a 2016. Observamos un franco predominio de actividades preventivas. Y escasas horas dirigidas a la educación e investigación.

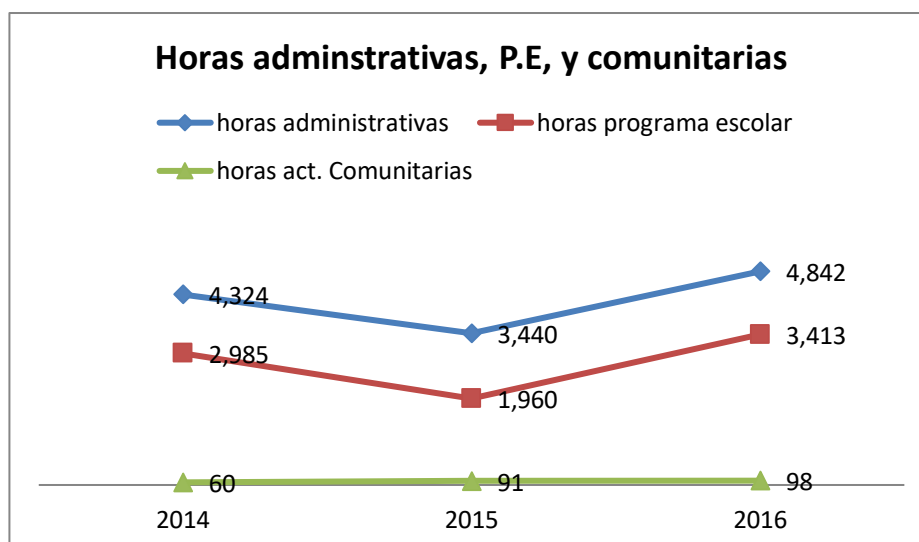
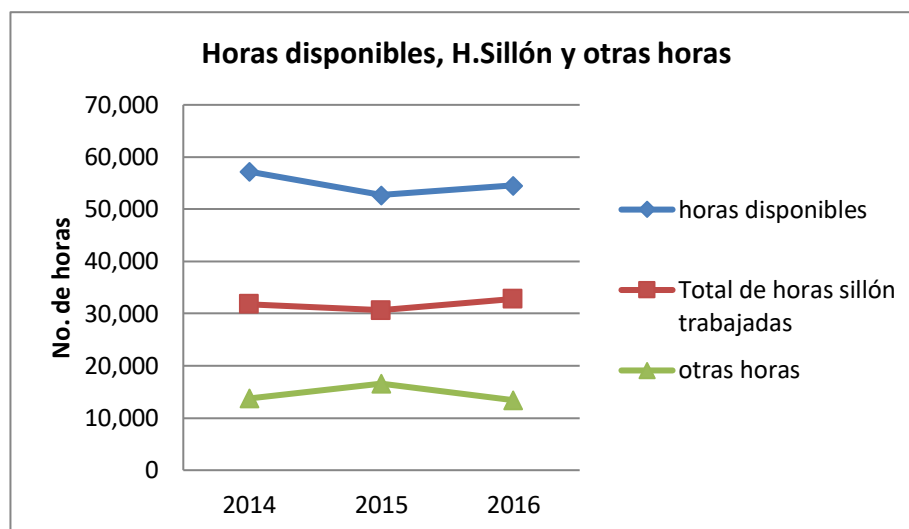
Actividades	2014	2015	2016
Preventivas	193961	159865	166536
Curativas	64222	62028	61147
Educativas	530	627	1317
Investigación	78	3	53
Total	258183	221893	227683



## 7. Horas disponibles y horas sillón

Las horas disponibles corresponden al total de horas por las que están contratados los odontólogos. Las horas sillón se refieren a las horas utilizadas en atención de pacientes en el sillón dental. No se tiene el desglose total de las horas en otras actividades (reuniones, docencias, daños de los equipos, etc.)

Horas	2012	2013	2014	2015	2016
Total de horas sillón trabajadas			31,788	30,666	32,818
Horas disponibles			57,200	52,744	54,576

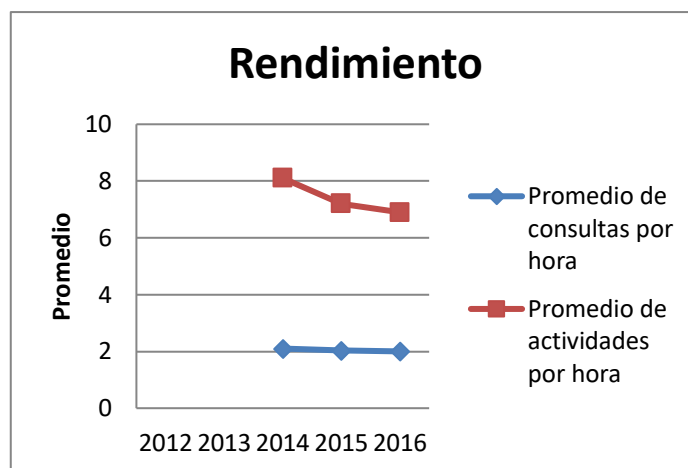


8. Rendimiento: se refiere a la producción de los odontólogos, se mide en dos indicadores (consultas / hora y actividades/horas)

Observamos que las consultas por hora se mantienen desde 2014 a 2016 en un rango de dos (2) consultas por hora (dentro de la norma establecida), sin embargo la cantidad de actividades realizadas a los pacientes van en disminución.

Esto parece indicar que como los pacientes en las instalaciones del minsa, tienen que pagar, se les realizan sólo las actividades que su presupuesto puede pagar. Por lo tanto la norma de dos pacientes por hora debe ser revisada para los odontólogos del ministerio de salud.

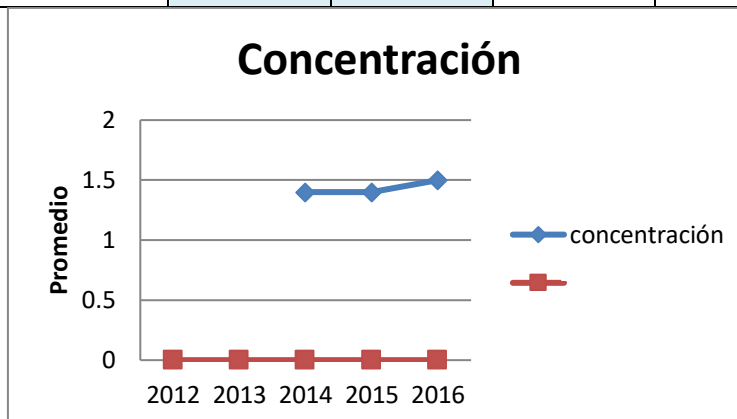
Rendimiento	2012	2013	2014	2015	2016
Promedio de consultas por hora			2.1	2.03	2
Promedio de actividades por hora			8.1	7.2	6.9



#### 9. Concentración

La concentración es un promedio que se obtiene de dividir el total de pacientes atendidos entre las primeras consultas. Nos indica cuántas veces al año se atiende un paciente. Observamos de acuerdo a los datos obtenidos que los pacientes de nuestra región acuden a la instalación, en promedio, una vez al año. Esto muestra que se requiere de más promoción de salud, de la cartera de servicios que ofrece salud bucal. Algunas instalaciones han llegado a su máxima capacidad de resolución, debido a las condiciones físicas de la instalación y que es necesario desglosar las otras horas para determinar si las horas odontológicas se están empleando en su totalidad.

	2012	2013	2014	2015	2016
Concentración			1.4	1.4	1.5

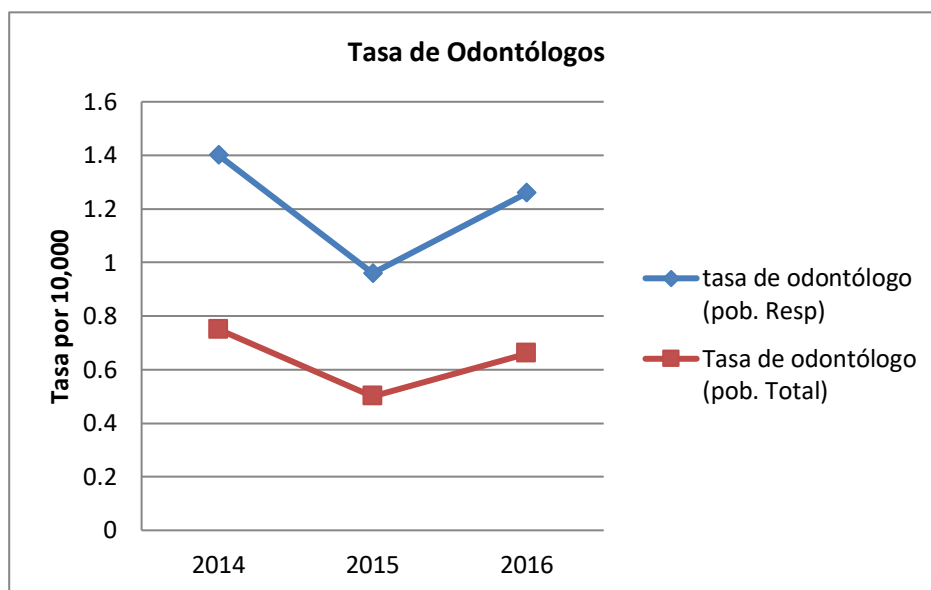


#### 10. Tasa de odontólogo x 10,000 habitantes

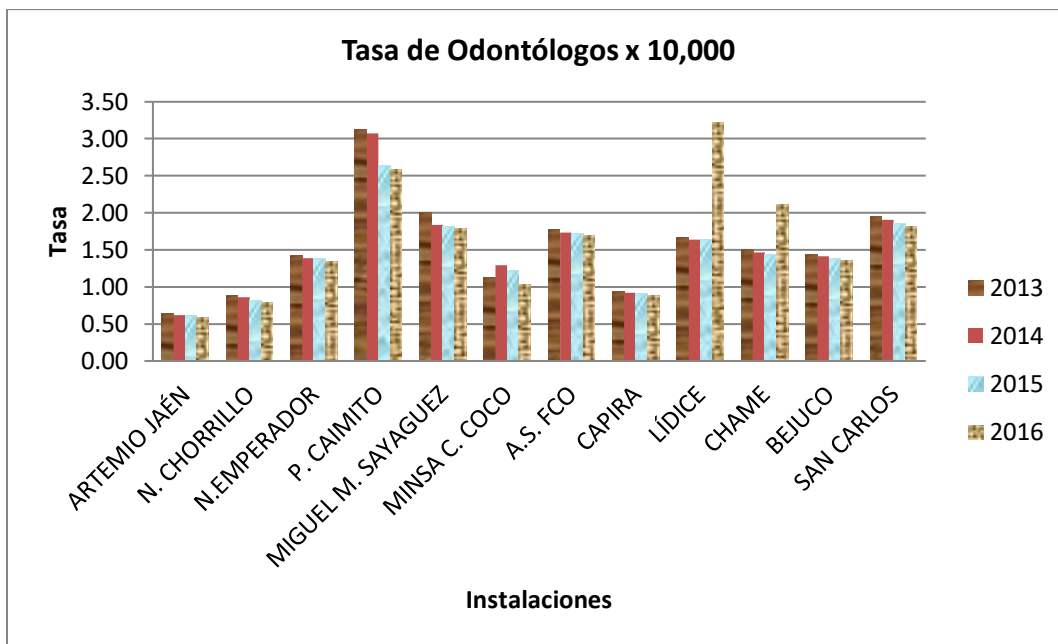
Este indicador muestra cuántos odontólogos cubren una población de 10,000 habitantes. Los resultados arrojan que para cada 10,000 habitantes hay disponible aproximadamente un (1) odontólogo.

Este es un indicador regional, sin embargo no es homogéneo para todas las instalaciones.

	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa de odontólogo (pob. Resp)			1.4	0.96	1.26
Tasa de odontólogo (pob. Total)	0	0	0.75	0.5	0.66



Instalación	2013			2014			2015			2016		
	Pob	Odon	Tasa	Pob	Odon	Tasa	Pob	Odon	Tasa	Pob	Odon	Tasa
Artemio Jaén	62128	4	0.64	64025	4	0.62	65875	4	0.61	67490	4	0.59
N. Chorrillo	22690	2	0.88	23379	2	0.86	24651	2	0.81	25305	2	0.79
N. Emperador	6976	1	1.43	7179	1	1.39	7258	1	1.38	7440	1	1.34
P. Caimito	6388	2	3.13	6515	2	3.07	7590	2	2.64	7762	2	2.58
Miguel m. Sayaguez	24886	5	2.01	27151	5	1.84	27531	5	1.82	27988	5	1.79
Minsa c. Coco	53297	6	1.13	54386	7	1.29	57156	7	1.22	58291	6	1.03
A.S. Fco	22604	4	1.77	23071	4	1.73	23238	4	1.72	23646	4	1.69
Capira	21295	2	0.94	21631	2	0.92	22089	2	0.91	22436	2	0.89
Lídice	5991	1	1.67	6096	1	1.64	6103	1	1.64	6203	2	3.22
Chame	13304	2	1.50	13596	2	1.47	13930	2	1.44	14199	3	2.11
Bejuco	13922	2	1.44	14218	2	1.41	14412	2	1.39	14672	2	1.36
San Carlos	10254	2	1.95	10447	2	1.91	10739	2	1.86	10959	2	1.82
Hospital		1			2			2			1	
		34			36			36			36	



La distribución del recurso humano está sujeta a la existencia de estructuras físicas dentro de un área geográfica determinada y a la capacidad instalada de las mismas. Podemos apreciar que instalaciones como Artemio Jaén (Nuevo Arraiján), Nuevo Chorrillo y Capira tiene una tasa por debajo de un odontólogo por cada 10,000 habitantes. Se requiere incrementar la cantidad de odontólogos, sin embargo la capacidad instalada y las condiciones actuales de dichos consultorios odontológicos no lo permiten.

En cambio instalaciones como Nuevo Emperador, Puerto Caimito, Miguel Martín Sayaguez, Altos De San Francisco, Lídice, Chame, Bejuco y San Carlos tienen una tasa que oscila entre 1.5 a 3 odontólogos x 10,000 habitantes y son consultorios con la posibilidad de asignar el recurso humano por la existencia de sillones dentales y /o por tener dentro de su área de responsabilidad, zonas de difícil acceso.

El Minsa Capsi El Coco engloba otras instalaciones (Escuela Pedro Pablo Sánchez, Escuela República de Costa Rica, Ciudad del Niño) donde hay sillones dentales y odontólogos asignados de manera permanente, situándolo en una tasa de 1 odontólogo x 10,000.

### ***Programa de Infantil y Niñez***

El incremento de la estimación de la población menor de año en el quinquenio no ha sido representativo.

La cobertura de Crecimiento y Desarrollo en menores de un año del 2009 al 2011 guarda una relación fluctuante en un porcentaje de 1 y 2, a excepción del año 2012 donde se refleja un Sub registro del 100.7% que no garantiza que todos son de nuestra jurisdicción ya que hay 66 niños por arriba de la población estimada.

Tomando en consideración que tenemos frontera con Coclé y por accesibilidad a los servicios de salud, se les hace más fácil y económico atenderse en el área de San Carlos.

La concentración de Crecimiento y Desarrollo se han mantenido como una constante a través del quinquenio.

La estimación de la población en < 1 año en el 2015 tiene un incremento de 108 más de menores que para el año 2016 pero eso nos indica que la población puede estar mal estimada o que se atiende fuera de área o de jurisdicción y en año 2014, la estimación de la población < de 1 año tiene una brecha que no guarda relación desde el 2009 al 2013 y luego continua esta relación de estimación hasta el año 2016.

El porcentaje de anemia en menor de un año ha fluctuado. Y como ejemplo tomé evidencia de los años 2012 y 2013 en edades 4 a 11 meses, y laboré un cuadro para mayor evidencia.

Año	2012	2013
Total de niños (as) menores esperados para atención	4,634	4976
Total de niños (as) atendidos en todas las Instalaciones	10,319	5309
Total de ingresos en programa de Sales de Hierro	1,897	3140

Lo que nos indica que para el 2012: 8,422 no recibieron sales de hierro y para el 2013: 2,169 quedaron desprotegidos, eso no significa que sea menos que en el 2012 sino que la población atendida fue menor.

Se puede considerar que el usuario no tiene accesibilidad al medicamento de sales de hierro, que debe recibir en cada control de forma terapéutica. Lo que nos indica que el usuario desconoce que existen Normas, Leyes que garantizan una atención integral gratuita.

Hay que concienciar a los Médicos para que cumplan con las entregas de sales de hierro establecidas por el sistema de salud y las normas y que no promocionen otros productos que son más costosos y que no están al alcance del usuario.

Las principales causas de morbilidad fueron:

	2009	2010	2011	2012
Rinofaringitis	✓	✓	✓	✓
Diarreas y Gastroenteritis	✓	✓	✓	✓
Síndrome Gripal	✓			✓
Influenza con altas Manifestaciones		✓	✓	

La rinofaringitis, Diarreas y Gastroenteritis se han mantenido en el mismo lugar en todo el quinquenio



Causas de la mortalidad en el quinquenio (2009 / 2012).

Menores de un año	De 1 a 4 años
Ciertas afecciones en el Periodo Perinatal	Enfermedades del corazón
Malformaciones congénitas deformidades y anomalía cromo somática	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Bronconeumonía	Bronconeumonía
	Malformaciones congénitas, deformidad y anomalías cromo somáticas
	Accidentes, suicidios, homicidios y otras causas externas.

Se mantuvo los mismos diagnósticos.

#### INDICADORES DEL PROGRAMA INFANTIL: AÑOS 2015-2017

INDICADORES	2015	2016	2017 1er Sem
Estimación de Población de niños >1 año	9344	9236	8922
Cobertura de C y D en < 8 días	1413/12.9		1541/12.7
Cobertura de Cy D <1año	98.4	102.5	
Estimación de Población de niños de 1-4	37969	38135	37681
Cobertura de Cy D de 1-4 años	50.6	71.2	21.1
Concentración de C Y D < 1 Año	5.4	5.3	5.3
1.4 años	2.4	1.9	1.7
Tasa de incidencia de Bronconeumonía y Neumonía en > 5 años 1/	21.3	22.6	5.55
Tasa de incidencia de E.D.A. en > 5 años 1/	376.2	234.1	119.7
% de Anemia en < 1 año	189/3.77	185/2.0	89/1.0
% de Anemia de 1 - 4 años	410/2.0	388/1.0	173/0.5
Mortalidad en < 1 año (Número y Tasa)	105/9.6	...	...
Mortalidad en 1 - 4 años (Número y Tasa)	26/0.13	...	...

#### *Programa Escolar y Adolescente*

A través de estos años se sigue llevando a cabo acciones de salud tendientes a la atención integral de la población infantil con el programa Infantil y el Programa de salud escolar, y en los adolescentes, con la atención del Programa en las instalaciones de salud y centros educativos.

Contamos inicialmente con 12 Centros de Salud que llevan adelante los programas escolar y adolescente, siguiendo las normativas establecidas en cada uno. Desde hace unos años se incorporan los MINSA/CAPSI El Coco y más recientemente Burunga. En el programa escolar tenemos como lineamiento las normas de 1993 y en adolescentes las de 2006.

Año tras año se brinda capacitación y actualización de las normas al personal multidisciplinario de centros de salud e instalaciones de la Caja del Seguro Social, sobre todo de los protocolos y guías que sustentan las Normas de ambos programas.

Ya hemos participado de la revisión de las normas del Programa Escolar en julio 2015 y esperamos que muy pronto se realice la implementación de Nuevas normas para este programa.

A continuación realizaremos un análisis de los principales indicadores de ambos programas en el periodo 2007 – 2016. Sin embargo, tenemos una brecha porque hasta el 2011 se obtenía información de la Caja del Seguro Social y desde el 2012 hasta la fecha los resultados de los indicadores provienen de los centros de salud:

#### **Escolar:**

Durante estos 10 años solo se han abierto 4 centros educativos nuevos, entre ellos uno de Excelencia en el distrito de La Chorrera. La atención completa ha ido en aumento por directrices regionales del programa, incluyendo las Escuelas saludables. Todavía es difícil llegar a algunas escuelas en área montañosa con atención completa, por la dificultad del transporte, esto especialmente en las áreas de Capira y El Espino.

En relación a la cobertura de atención del programa escolar, el MINSA generalmente cubre del 80-85 % de las escuelas y CSS el 15-20% . .

Durante todos estos años la región de salud Panamá Oeste ha suministrado vacunas, hierro preventivo y anti parasitarios, así como las acciones de control de vectores y saneamiento ambiental de manera permanente a las escuelas bajo responsabilidad de la Caja del Seguro Social.

A continuación algunos indicadores más relevantes:

1. **Crecimiento y Desarrollo:** se presenta una tendencia más o menos estable, con algunos incrementos en el 2011 y 2013. Con porcentajes de cobertura alrededor del 73%.
2. **Escolares que ingresan con esquema completo y los que fueron vacunados:** en los primeros 3 años se observa una tendencia por arriba del 100 % y luego un descenso en los últimos 3 años. Paro del sector educación, epidemias de influenza e inasistencia de escolares pueden haber afectado este indicador.
3. **La vacuna contra el virus del papiloma humano, entró al esquema de vacunación nacional en** octubre de 2008, para las niñas de 10 años y en los últimos 2 años se aplica a niños y niñas.

Las coberturas por distrito, comparadas de 2010 al 2012, se incrementaron en el 2011, gracias al esfuerzo del personal de enfermería y a que los padres están más receptivos a la información, pero en 2012 hemos bajado notablemente. No sabemos si por falta de recurso

humano u otras causas. El distrito de **Chame** hizo un gran esfuerzo y logró una cobertura de **142.7** en 2011; creemos que se vacunaron niñas que habían sido captadas en otros años

La cobertura acumulada, es decir terceras dosis versus población acumulada no superan el 80%, por distrito; pero si analizamos las primeras, observamos que excepto Arraiján, en el resto de los distritos se ha podido captar más del 80% de la población objetivo. Debemos analizar cuál es el factor que está impidiendo que logremos administrar las terceras dosis e implementar otras estrategias. Recordemos que la propuesta, es que se apliquen las tres (3) dosis en el año calendario. Sin embargo, a partir del año 2014 se aplican 2 dosis debido al cambio en el esquema.

Para mejorar las coberturas de las dosis aplicadas, se debe programar actividades de captación en las escuelas de pre-media, tanto públicas como privadas; así como continuar con la captación en las escuelas primarias. Analizar las coberturas por corregimiento, ya que se puede observar que hay algunos por arriba de 100% y otros hasta de 0.

Felicitamos a todos los equipos de la región, por los esfuerzos realizados y esperamos que cada año sea mejor.

## RECOMENDACIONES

- Que la Caja del Seguro Social se comprometa más con el programa, ya que tiene bajo su responsabilidad una gran población escolar; que se implementen estrategias para mejorar las coberturas.
  - Que el personal de las instalaciones locales de salud, le den mejor seguimiento a las dosis aplicadas (1ras y 2das) y así disminuir la deserción.
  - Que se incrementen los programas de promoción con VPH, en las escuelas (públicas y privadas) haciendo énfasis en la importancia de la aplicación de las 3ras dosis.
  - Se implementen estrategias dirigidas a la educación privada.
  - A los niveles locales de MINSA, soliciten apoyo, previa coordinación al nivel Regional para realizar actividades en las escuelas.
  - Verificar si se están registrando niñas/os por el lugar donde viven, o por la dirección de la escuela.
1. **Escolares encuestados:** hay una tendencia estable con aumento en el último año.
  2. **Encuestas a edificios escolares:** observamos un descenso del indicador y pudimos constar que se debe a un sub registro, por lo que se han realizado reuniones con el departamento de saneamiento ambiental para corregir las deficiencias encontradas.

3. **Escolares con técnica de cepillado:** se registra un descenso marcado en los últimos 3 años y puede deberse a sub registro, para lo cual se realiza docencia y talleres con las Jefas de clínicas de salud bucal de los niveles locales para mejorar estos indicadores.
4. **Escolares protegidos con flúor:** se registra un descenso marcado en los últimos 3 años y puede deberse a sub registro en los informes del área de Salud Bucal recopilados por la coordinación local de salud escolar, ya que en el departamento Salud Bucal Regional reposan todos los informes de los niveles locales y el porcentaje de cobertura es mayor.
5. **Escolares con hemoglobina baja:** se ha mantenido con una tendencia al descenso en los últimos años, lo cual puede deberse a la suplementación de hierro sostenida hasta el 2015, aunque en los últimos dos años el MINSA no ha suplido de este insumo a la región.

En cuanto a la morbilidad biológica prevalece entre las primeras 5 causas: el bajo peso, la obesidad, anemia no específica, infecciones respiratorias y caries dental. En la Morbilidad Psicológica: bajo rendimiento escolar, Trastorno del desarrollo en habilidades escolares y Trastorno de conducta no especificada.

En la morbilidad social: Problemas relacionadas con situación de familias atípicas, negligencia y abandono por parte de los padres.

En el área de Promoción se realizan charlas, talleres, conformación grupos caza mosquitos, caza humos, campañas de lavado de mano y prevención de Dengue, donde participen todo el personal multidisciplinario con diferentes temas relacionados a su departamento.

A nivel intersectorial contamos desde el 2002 con la Comisión Técnica Regional de Salud Escolar conformada por varias instituciones como: MEDUCA, CSS, MINSA, MIDES, IPHE, ANAVIP (Asociación Nacional de Avicultores de Panamá), UMECIT y la comunidad. Desde el 2005 llevando el desarrollo del programa de escuelas saludables, donde participan 13 escuelas de la región: El Higo (San Carlos), Berta E. Fernández (Bejuco), Hernando Bárcenas (Lídice), Harmodio Arias (Capira), Federico Boyd (Capira), Majara (Lídice), La Herradura (La Chorrera), Leopoldo Castillo (La Chorrera), IPHE (La Chorrera), Playa Chiquita (Puerto Caimito), Vista Bella, Fuente de Amor y Roberto Chiari en Arraiján.

Entre los resultados de este proyecto está: Mejoras en la infraestructura de las escuelas, mayor cobertura de atención en el Programa de Salud escolar, cambios de actitud sobre hábitos alimenticios, adquisición de habilidades para la vida y participación de la comunidad educativa y autoridades locales.

## **El proyecto ha desarrollado 5 aspectos fundamentales:**

1. Capacitación: Talleres Seminarios, reuniones, encuentros, Escuelas para padres.
2. Promoción: Desfile, feria, entrega material didáctico, reconocimiento de las escuelas (banners); entrega documentación (módulos de: Habilidades para la vida, Primeros Auxilios etc.) y películas de Escuelas promotoras (apoyo de OPS).
3. Formación a docentes: programa de salud escolar, Habilidades para la vida, Salud sexual y reproductiva, Primeros Auxilios.
4. Atención de Salud: Giras escolares y desarrollo del programa escolar.
5. Monitoreo y evaluación: Monitoreo de Habilidades para la vida y Talleres de cocina del MIDA, Supervisiones Integrales.

Algunas limitantes para la ejecución del programa son:

- Poco recurso humano (técnico) con múltiples asignaciones y responsabilidades...
- Poco apoyo de los educadores en actividades que son de su responsabilidad.
- Transporte limitado para el cumplimiento de las actividades programadas.
- Equipos básicos incompletos para la atención integral de esta población (enfermera, medico, psiquiatra, laboratorio, nutricionista, trabajador social, educador para la salud, etc.).
- Falta de un presupuesto acorde con las necesidades de los programas.
- Diversidad de culturas en nuestra región.
- Factor socio económico de la población (no hay gratuidad para estos programas escolar y adolescentes).
- El sub registro y sobre registro en los informes mensuales del escolar a pesar de las capacitaciones y actualizaciones que se brinda a los equipos locales.

## **II. Programa de salud integral de los/as adolescentes**

En cuanto a la población adolescente comprendida entre los 10 y 19 años, representan a lo largo de los años de 17% a 16% de la población total, con tendencia al descenso. El sexo masculino representa el 52.1% y el femenino el 47.9%. De acuerdo al censo del 2010 la población de adolescentes en nuestra región era de 86,314.

Muchas de las escuelas primarias han ido transformándose en lo que son los centros básicos donde se alcanza la educación hasta 9°. Existe un total de 40 escuelas entre básicas, pre-medias y medias, con una población de 41,569 estudiantes y la Región de Salud a través del Programa de Salud integral del adolescente cubre el 12% de ellas. Estos datos son

únicamente de los Centros de Salud, ya que desde el 2012 hasta la fecha no se cuenta con las estadísticas de la Caja del Seguro Social por problemas de registro de la información en esa Institución, lo cual no permite el análisis comparativo con los años anteriores (2007 al 2011), donde si se registró la información de ambas entidades (MINSA/CSS).

Cada año los Centros de Salud dan cobertura a 1 ó 2 escuelas secundarias bajo su responsabilidad, dependiendo del recurso humano disponible; atienden un nivel determinado (ejemplo: 7°, 9° ó 10°). Recordemos que esta atención en las escuelas es una estrategia para aumentar coberturas de crecimiento y desarrollo, ya que la Norma del Programa dice que “todo adolescente que acude a una instalación de salud, debe ser captado en el Programa para control de salud, por lo menos 1 control por cada año de edad, lo cual debe garantizar el cumplimiento de la meta que es el 40% de la población adolescente.

Analizaremos algunos indicadores:

#### **A) Crecimiento y desarrollo:**

En cuanto a la cobertura de crecimiento y desarrollo, alcanzamos coberturas entre 25% y 29 % en los últimos 5 años, lo cual es aceptable si lo comparamos con el nivel nacional que es de 20%.

Contribuye al aumento de las coberturas, los manipuladores de alimentos que acuden diariamente a los Centros de Salud y la aplicación del programa en algunas escuelas básicas y medias. Al analizar esta cobertura de los últimos 5 años, con datos exclusivos de la Región de Salud y por información de que pocas instalaciones de la Caja llevan este programa, como es el caso de la Policlínica de Arraiján, nos permite concluir que los centros de salud son los que en su mayoría aportan al aumento de ésta cobertura, dando así cumplimiento a la Norma. En el año 2011 durante la Planificación conjunta MINSA/CSS, el mismo personal de la Caja solicitó capacitación sobre la Implementación de las normas de adolescentes, la cual se realizó y contó con la asistencia de personal de algunas de las Unidades ejecutoras locales.

Cabe destacar que los Centros de Salud han implementado las normas técnico administrativas del Programa de Salud Integral del adolescente, con la Historia Clínica, la hoja de evolución y el formulario complementario de salud sexual y reproductiva, además cuentan con las herramientas o instrumentos necesarios para una adecuada atención del adolescente, garantizando un trabajo multidisciplinario, con capacitaciones y monitoreos (2 veces al año), así como evaluaciones de la atención a través de las auditorías de expedientes.

#### **B) Adolescentes embarazadas:**

Si lo analizamos desde el indicador de los **nacimientos vivos**, el cual es utilizado a nivel de país, mantenemos una tendencia al descenso, lo cual es positivo. Han ayudado a esta disminución los programas de promoción y prevención con adolescentes de los grupos organizados, así como la estrategia de la atención integral en las escuelas básicas.

En el año 2011 al observar los nacimientos vivos en la población adolescente, por distrito y corregimiento, nos encontramos que la cifra más alta se registró en el distrito de Arraiján con 729 nacimientos vivos y dentro de éste el mayor número en el corregimiento de Vista

Alegre (192), le sigue el distrito de La Chorrera con 656 nacimientos vivos y el mayor número en el corregimiento de Guadalupe (152). Todo esto nos llama a la reflexión sobre la necesidad de actividades de educación y promoción a edades más tempranas, en los niveles de 5° y 6° de las escuelas primarias y en 7° y 8° de las básicas, por lo que se debe priorizar la atención en estas edades. En los monitoreos se enfatiza en la necesidad de formar grupos adolescentes en la escuela o comunidad con miras a contrarrestar ésta problemática de las adolescentes.

Desde otro indicador como es el de los **ingresos de embarazos**, también se observa una tendencia al descenso, toda vez que este mide la proporción de embarazos en adolescentes en relación al total de embarazos captados.

Los porcentajes más altos de embarazo en adolescentes en los últimos años se registra en el MINSA/CAPSI El Coco (30.4%), Artemio Jaén (29.5%), Puerto Caimito (28.9 %), Lídice (28.8%).

### **C) Tasa de embarazos en adolescentes:**

Se observa una tendencia al descenso en los últimos años, toda vez que mide los embarazos en relación a la población femenina de 10 a 19 años.

*Según datos estadísticos de MEDUCA, en el año 2012 se registraron 1282 embarazos en adolescentes en las escuelas pre-medias y Media oficial en todo el país, siendo la provincia de **Panamá** la que presentaba mayor número y dentro de ella, la Región de **Panamá Oeste** con **193** embarazadas adolescentes, le sigue **Panamá Centro** con **186**, **Colón** con **159**, **Chiriquí** con **127** y la **Comarca Ngöbe Buglé** con **120** adolescentes embarazadas. En Panamá Oeste de las 193 embarazadas adolescentes, 167 estaban entre 10° y 12° lo que representa 86.5% y 26 entre 7° y 9° (13.4%). Se registró **un** embarazo en escolar de 6° con 12 años de edad.*

Cuando se revisa las principales causas de Morbilidad biológica tanto en el grupo de 10-14 como de 15-19 años, prevalece en los primeros lugares: la Enfermedad diarreica, las infecciones respiratorias y las nutricionales (obesidad).

En cuanto a las de Salud Mental están los Problemas relacionados con la adaptación cultural, Problemas relacionados con el uso de alcohol, Problemas relacionados con el patrón familiar.

En la Morbilidad social están: Problemas relacionados con situación familiar atípica, bajo rendimiento escolar, consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol y drogas, incluyendo el tabaco.

Se observa que dentro de las principales causas de morbilidad general, no aparece registrado los diagnósticos de riesgo biológico (Inicio de vida sexual, tabaquismo, drogas), lo cual se asemeja al nivel Nacional, de allí que se recalca en las actualizaciones con los médicos, el hecho de la importancia de registrar estos diagnósticos al momento de la captación del adolescente.

Cabe destacar la presencia de ITS en 10-19 años como: Vulvovaginitis, Enfermedad Inflamatoria pélvica, Verrugas Venéreas, IVPH lo cual es preocupante, ya que esto demuestra el inicio de vida sexual temprana sin protección, aunado a los riesgos de adquirir

VIH/Sida. En cuanto a VIH en adolescentes, acumulados desde 1987 hasta 2015 hay un total de 42 casos y de Sida, 12 casos.

Las primeras causas de Mortalidad se asemejan mucho a las del Nivel Nacional que son: 1. Accidentes, suicidios y homicidios, muy relacionados con las morbilidades psicosociales y la violencia (que pueden ser prevenibles) 2. Tumores malignos.

En este punto, las escuelas pre medias y medias oficiales de Panamá Oeste **NO** escapan a la violencia, registrándose en el 2012 lo siguiente:

- Hurto sin armas = 13 casos
- Agresión física con armas= 1 caso
- Agresión físico sin armas= 36 casos
- Agresión verbal= 46
- Drogas (posesión)= 1
- Consumo de drogas= 1
- Ataques a bienes materiales de la escuela= 80
- Uso arma blanca = 1

Si aunado a lo anterior analizamos la Deserción escolar en los adolescentes, según datos de MEDUCA en el año 2012 abandonaron la escuela 242 estudiantes de Pre-media y Medias oficial, de los cuales 135 eran hombres y 107 mujeres. Por datos estadísticos de la Dirección Regional de Educación Panamá Oeste el porcentaje de Deserción fue de 8.7%, entre las escuelas completas, tele básicas, pre – medias Multigrados y básicas general, sobre todo en el distrito de Capira, lo cual se considera bajo, ya que por arriba de 15% se convierte en un problema grave.

Para la escuela primaria la deserción fue de 5.3% y también en mayor número en el distrito de Capira. En el área de Capira se ve mayor deserción en la escuela de El Cacao, tanto en la primaria como en la completa (hasta 12°). Como vemos MEDUCA ha fortalecido ésta área con la educación completa, brindando la oportunidad de avanzar en el nivel educativo, nosotros como salud podríamos fortalecer el Puesto de Salud de Cacao con un médico permanente, para que pueda llevar un programa de adolescentes con calidez y calidad.

Factores como la deserción escolar, la violencia doméstica y la violencia en la escuela, así como los embarazados en adolescente, el uso de drogas, la desintegración familiar, disminuyen la posibilidad de un adecuado desarrollo Biosicosocioespiritual del adolescente, con metas definidas y un Proyecto de Vida concreto. Algunos de nuestros jóvenes terminan en Cárceles, producto del pandillerismo y desintegración familiar, para muestra tenemos las estadísticas del Centro Penitenciario de La Chorrera que a Mayo del 2013 contaba con 52 jóvenes privados de libertad, entre 18 y 24 años, 29 procedentes de Arraiján y 23 de La Chorrera.

Es por esto que la Coordinación Regional de adolescentes, lleva adelante varios Proyectos con el objetivo de hacer frente a las principales morbilidades que afectan el grupo de 10 a 19 años y los escolares, así tenemos: **Proyecto Escuela Saludable, Guías de gestión para**



**adolescentes, Servicios Amigables para adolescentes MINSA/ UNFPA, Programa Familias Fuertes. Participa también en el programa de Prevención de Erradicación de Trabajo infantil con el CETIPPAT.**

Actualmente los siete centros fortalecidos con Servicios amigables son: Miguel Martín Sayagüez (El Espino), José Pablo García (Capira), Altos de San Francisco, Artemio Jaén, Rosa Tasón, Puerto Caimito y Nuevo Chorrillo.

A los centros de salud se le dictan directrices cada año para la ejecución de ambos programas a través de actividades como:

1. Reuniones de coordinación con el nivel local, de carácter administrativo y docente (Evaluaciones cuantitativas de los programas).
2. Monitoreos dos veces al año centro por centro, Supervisiones integrales con el equipo de salud Regional y participación en auditorías de expediente.
3. Capacitaciones al personal de salud, actualizaciones y becas ganadas por los proyectos (Diplomado en adolescencia en el 2011 y 2012).
4. Evaluaciones del personal que trabaja con adolescente a través de encuestas de conocimientos sobre las normas y auditorías internas del llenado adecuado de los formularios del programa de adolescente.
5. Inducción a nuevo personal de salud que ingresa al sistema, esto es de vital importancia para un adecuado desenvolvimiento en el nivel local.
6. Fortalecimiento del manejo de los/as adolescentes, dirigido a padres y madres de familia a través del Programa de Familias Fuertes.
7. Conformación de redes como: Comisión Técnica de Salud Escolar y el Comité de Guías de gestión de La Chorrera.

Los centros de salud para dar cumplimiento a las Normas en lo relacionado a la Prevención y Promoción de la salud, realiza actividades como:

1. Organización de grupos comunitarios, de embarazadas adolescentes y escolarizados, para el fortalecimiento de la educación de pares.
2. Capacitaciones como charlas, seminarios y talleres
3. Actividades recreativas
4. Cine foro (películas)
5. Murales y distribución de material educativo
6. Ferias de la salud, etc.

Algunos aspectos administrativos que podrían contribuir a mejorar el trabajo que realiza el personal de salud a nivel local son:

1. Transporte para movilización a las escuelas y así dar cumplimiento a la ejecución de los programas.
2. Recurso humano de Salud Mental en la mayoría de los centros de salud.
3. Presupuesto desde el nivel nacional para actividades de Promoción de la salud.
4. Para el debido rendimiento del personal de salud, aplicación de la normativa de 2 pacientes nuevos por hora y 4 pacientes subsecuentes por hora, lo cual se puede lograr con el debido cumplimiento de las horas trabajo contratadas para cada funcionario.

5. Conformación de Red intersectorial e interinstitucional para la programación, ejecución y evaluación de los programas en cada centro de salud.
6. Compromiso de trabajo en equipo para llevar adelante programas de educación y promoción continuos (por ejemplo planes docentes con seguimiento a tres años) con las escuelas y/o grupos organizados.
7. Programas de Meritocracia al personal de salud desde el nivel Regional.
8. La habilitación de un Centro de atención para adolescentes.

Como **proyecciones** para ambos programas tenemos:

1. **Escolar:** Dos escuelas saludables (La Herradura y Hernando Bárcenas) como pilotos para implementar la Guía Básica de alimentos permitidos en los kioscos escolares, decreto del MEDUCA, con auspicio de la OPS y el INCAP, 2017-2018.

2. **Adolescente:**

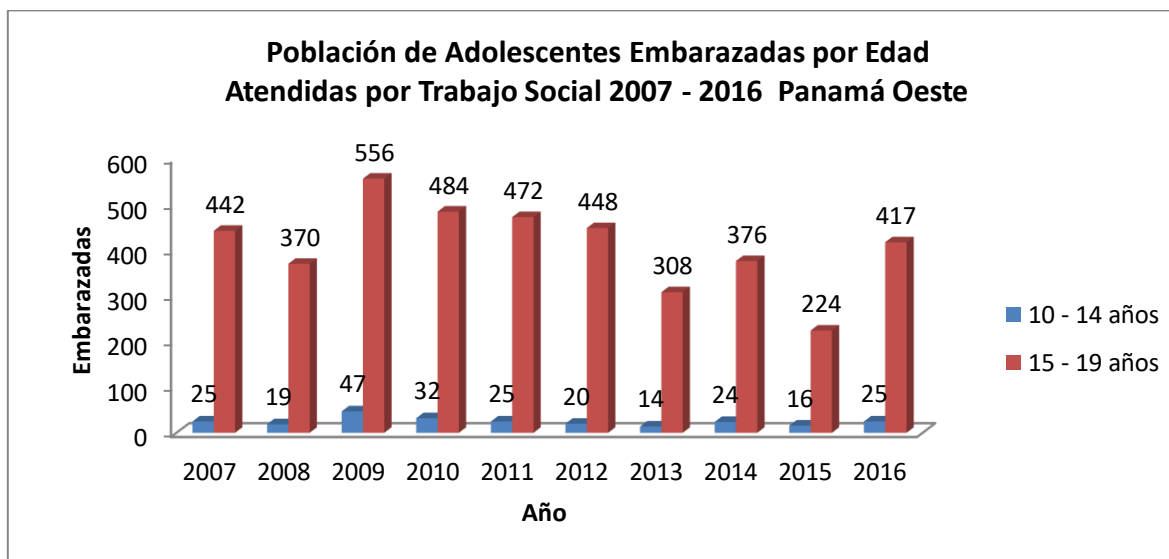
a) La construcción de un Módulo para adolescentes en el Centro de Salud Nuevo Chorrillo, que brinde servicios amigables, auspiciado por la Embajada de Japón, años 2017-2018.

b) La ampliación del Programa Familias Fuertes a toda la región, con la conformación de 6 equipos capacitados en la estrategia, siendo un total de 25 funcionarios de salud local y regional, años 2017-2018.

c) La aplicación de los estándares de calidad de atención a adolescentes, a dos de los centros de salud dentro del programa de servicios amigables, año 2018.

### **Trabajo Social**

En el periodo 2007 a 2016 la Sección de Trabajo Social ha atravesado con problemas de recurso humano para ofrecer el servicio en los doce centros de salud y hospital.



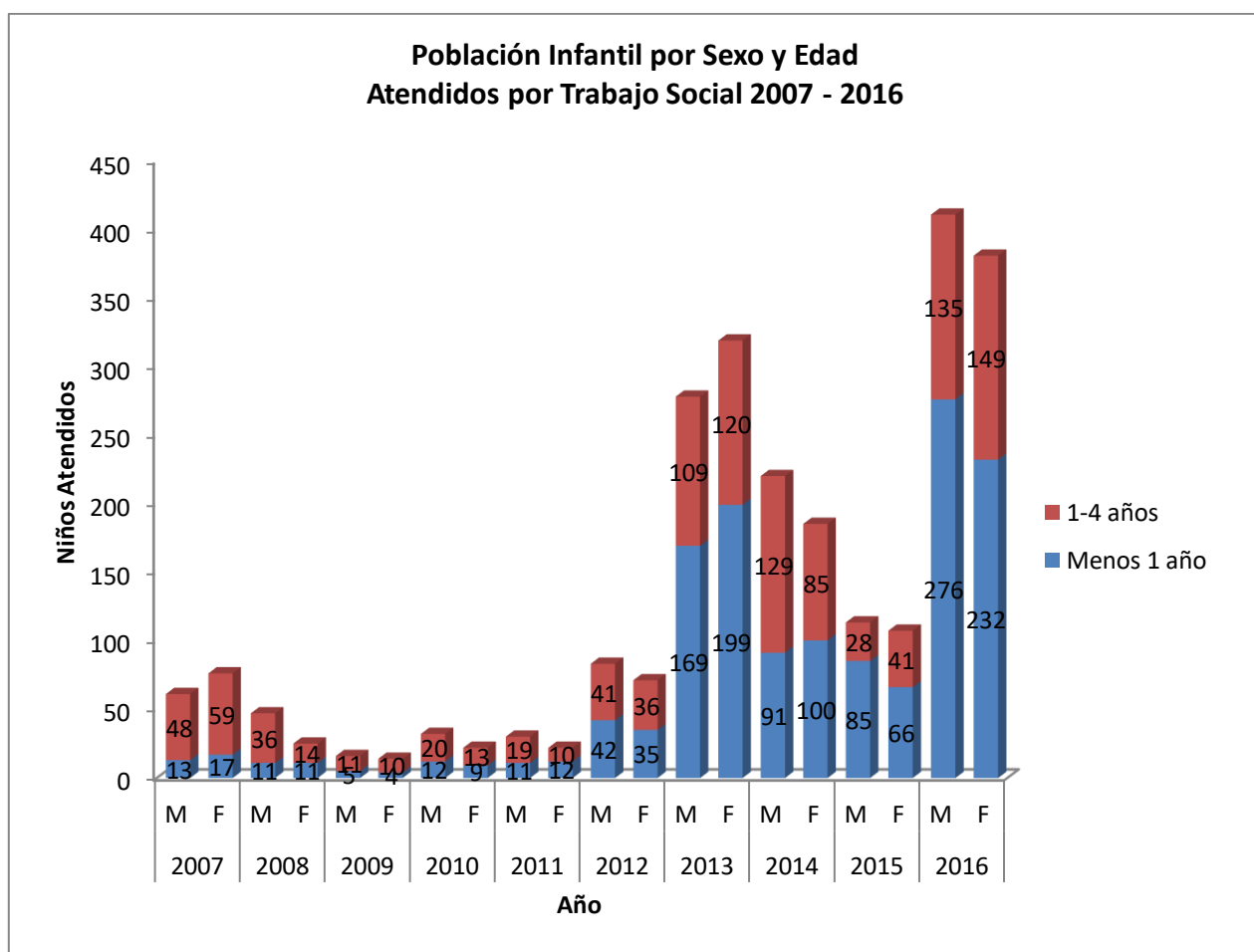
**Gráfica Población de Adolescentes Embarazadas por Edad Atendidas por Trabajo Social 2007-2016.**

En la gráfica se observa que en el periodo 2012 a 2016 la población de Adolescentes Embarazadas en edad de 10 a 14 años ha disminuido a un promedio de 20 por año con respecto al periodo 2007 al 2011 donde se atendió un promedio de 30 embarazadas.

De igual forma la atención de adolescentes embarazadas en edades de 15 a 19 años ha disminuido en el periodo 2012 a 2016 con una atención promedio de 355 embarazadas por año, sin embargo, en el periodo anterior 2007 a 2011, se atendió un promedio mayor reflejando una atención de 465 embarazadas por año.

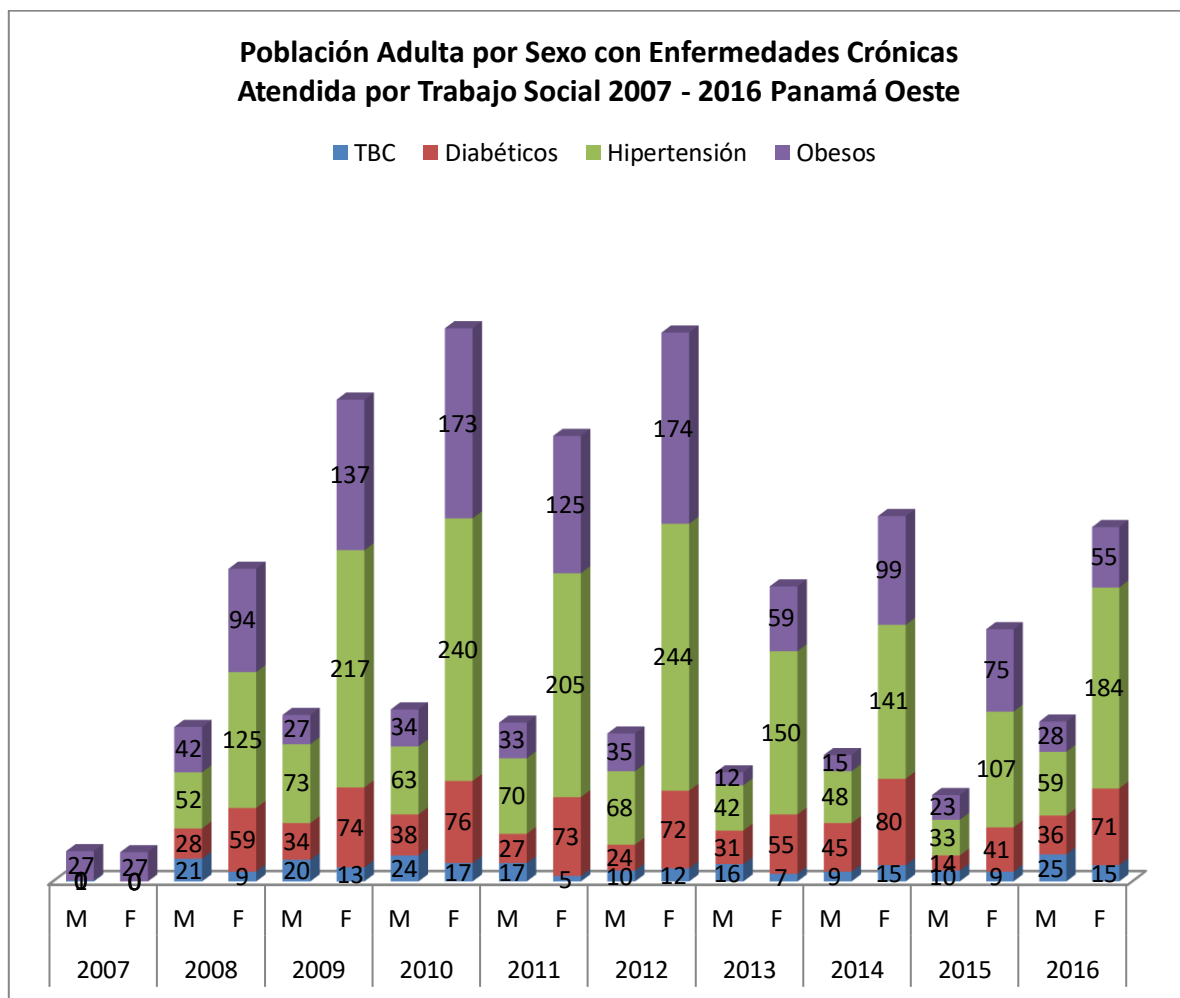
Podemos señalar que desde el 2010 la captación de adolescentes embarazadas ha disminuido lo cual puede estar relacionado a:

1. Culminación de contrato de dos trabajadoras sociales.
2. Jubilación de una trabajadora social en 2013, quedando solamente cuatro (4) trabajadoras sociales que atendían Centro de Salud de Nuevo Arraiján, Centro de Salud Nuevo Chorrillo, Centro de Salud Magally Ruiz y Hospital Nicolás A. Solano.



**Gráfica Población Infantil por Sexo y Edad Atendidos por Trabajo Social 2007 – 2016.**

Del 2007 al 2011, solo se referían a trabajo social los menores que presentaban durante la atención alguna conducta de riesgo, observándose poca atención en este periodo. A partir del 2012, por orden del nivel nacional se dio la instrucción que todos los menores debían tener un control social al año, se han hecho las coordinaciones con el equipo de salud y las referencias han mejorado pero no como se esperaba. Con la implementación del sistema SEIS en algunos Centros de Salud el formulario de Trabajo Social para la atención de niños de 0 a 4 años son de nueve páginas en el primer control social, lo que requiere una atención extensa razón por la que los padres de los menores no esperan para la atención.



**Gráfica Población Adulta por Sexo con Enfermedades Crónicas Atendida por Trabajo Social 2007-2016.**

Como se puede observar en la gráfica anterior al 2007, no se había asignado un código de la C-10 para la atención de los hipertensos y diabéticos por Trabajo Social. En el 2008 se realizaron las coordinaciones y se le asignó el Z86.3 para diabéticos, Z86.7 para hipertensos y Z86.1 para TBC. Se realizaron las coordinaciones con el equipo del programa de adulto

para las referencias a Trabajo Social. Podemos observar que a partir del 2008 empieza a hacerse el registro de estos pacientes, por las cinco trabajadoras Sociales que había en la Región de Salud Panamá Oeste. En general la gráfica presenta una disminución en la atención a partir del 2013, en este año se jubiló una Trabajadora Social.

### ***Cuidados Paliativos***

La carga de enfermedad en los países desarrollados ha cambiado drásticamente con la rápida mejora de la salud de la población, los cambios en el estilo de vida y el incremento de la esperanza de vida al nacer. Todo ello ha llevado a un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidades, prolongadas fases de convalecencia, etc.

Los pacientes afectados por una enfermedad avanzada o terminal y sus familias constituyen un reto para el sistema sanitario y para la sociedad en su conjunto. En este colectivo de pacientes y usuarios se imbrican requerimientos sanitarios, sociales y éticos, donde el objetivo fundamental es aliviar el sufrimiento y ayudar a mantener la dignidad de la persona como ser humano hasta el momento final de su vida.

El Programa Nacional de Cuidados Paliativos fue creado mediante Resolución # 499 de 21 de junio de 2010 y se establecen los lineamientos, responsabilidades de los diferentes niveles de atención y otros aspectos relevantes para el manejo adecuado de estos pacientes. Es así, como en las diferentes regiones de salud del país se da inicio a la implementación de dicho programa y se han logrado avances significativos en diferentes niveles.

La Región de Salud Panamá Oeste también busca dar cumplimiento a lo establecido en este programa. Por ello, y tomando como marco de referencia el documento marco, presentamos este informe, cuya finalidad es unificar aspectos teóricos y de planificación para la implementación y desarrollo del mismo en el Hospital Regional Nicolás A. Solano y Centros de Salud de la Región.

Para ello, se potencian recursos ya existentes, se dotará de nuevas estructuras, se fomentará la capacitación de los profesionales y se impulsan las herramientas necesarias para la evaluación y seguimiento de la calidad de la atención prestada a pacientes y familiares, así como aquellas otras que permitan profundizar en el conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios.

En la elaboración de este informe, se han analizado las características de la prestación de cuidados paliativos en el Hospital e instalaciones de atención primaria y se han contrastado con el Programa Nacional de Cuidado Paliativo.

A partir de aquí, se han realizado una serie de propuestas factibles y coherentes con las características y peculiaridades de nuestra área de responsabilidad, que se han traducido en el presente documento con claro enfoque integrador y centrado en el paciente y su familia como la unidad a atender.

La enfermedad y la muerte son un elemento integral de la propia vida del ser humano. La respuesta aportada a las necesidades de las personas ante una enfermedad avanzada y sin

posibilidades de curación o ante la agonía, así como el apoyo prestado a sus familias, es un indicador del grado de madurez de una sociedad.

Los avances tecnológicos posibilitan la curación de muchas enfermedades, pero también prolongan otras muchas que finalizan en numerosas ocasiones en fases avanzadas de la enfermedad sin posibilidad de curación pero con un importante sufrimiento para el paciente y su familia. La Organización Mundial de la Salud en el marco de “Salud para todos en el siglo XXI”, propone estrategias dirigidas a aliviar el sufrimiento del paciente y su familia en la fase final de la vida. Reconoce el derecho de los pacientes a decidir acerca de una muerte tan libre de dolor y angustia como sea posible.

A pesar de los continuos avances en el tratamiento del cáncer, cada año fallecen por esta enfermedad alrededor de dos mil personas en todo el territorio nacional con una tasa de mortalidad de 67.4 por 100 000 habitantes (2008). El 44.6 % de los fallecidos por cáncer para el año 2007 estaban en la edad productiva 20-59 años. Por otra parte, esta mortalidad ha aumentado, pasando de 1479 casos en 1994 a 2290 casos en 2008, colocándose ya como la sexta causa de muerte en los menores de 15 años con una tasa de 3.7 x 100 000 habitantes.<sup>1</sup>

Las neoplasias que ocupan los primeros lugares en mortalidad para el 2007 son el cáncer de próstata (Tasa de 40.2 - 472 muertes) en el hombre, el cáncer de cérvix (Tasa de 34.9 – 407 muertes) y el cáncer de mama (Tasa de 41.1 - 480 muertes) en la mujer, y para ambos sexos el cáncer de piel (Tasa de 11.5 - 383 muertes) el cáncer de colon (Tasa 5.1 - 169 muertes) y el cáncer gástrico (Tasa 6.3 - 212 muertes).

Su meta es la consecución de la mayor calidad de vida posible para el paciente y su familia, sin pretender acelerar o posponer la muerte, y contemplando ésta como un proceso normal.

La mayoría de los pacientes oncológicos en nuestros países, fallecen en condiciones deplorables: sin analgesia adecuada y sin los cuidados que una enfermedad terminal requiere.

Clásicamente, la atención de la persona con cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los Cuidados Paliativos.

Sin embargo, además del cáncer, otras condiciones tales como: la enfermedad de moto neuronas, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc.), el SIDA, llegan a ser enfermedades terminales.

Las personas en situación terminal tienen necesidades específicas que incluyen la correcta valoración y tratamiento de su sintomatología (dolor, náuseas, constipación, disnea, insomnio, etc.) el abordaje de los síntomas emocionales, la comunicación empática, soporte e información adecuada a la familia. Para todo ello, es necesario que el Sistema Nacional

---

de Salud (MINSA, CSS, ONGS y entidades privadas prestadoras de servicios en salud), se organicen para hacer frente a los nuevos retos promocionales, preventivos y asistenciales. Panamá obtuvo una puntuación global de 53.6 (de 100 puntos), quedando en el quinto lugar de América del análisis por región. El informe destaca que desde la implementación en el año 2010 del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, se triplicó el número de pacientes atendidos, pasando de mil a 3 mil en el 2014.

### **AVANCES DEL PROGRAMA**

En el año 2011 se realiza el lanzamiento del Programa Nacional de Cuidados Paliativos con el objetivo sensibilizar y capacitar al personal de salud de la Región de Panamá Oeste en Cuidados Paliativos para así contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales y sus familias estando como coordinadora regional la Enfermera Anzola capacitando a 50 personal de salud de Hospital y Centro de salud logrando conformarse el Equipo Regional, que luego se desintegro ese mismo año, quedando la enfermera Anzola sola en el programa

En el mes de agosto 2013 a mi llegada a la Región Panamá Oeste se me asigna como coordinadora de cuidados paliativos en el hospital con el objetivo de la implementación del programa, encontrado las siguientes limitantes:

- Falta de presupuesto asignado al programa,
- Escasa capacitación en CP por parte de personal hospitalario,
- Dificultad para realizar enlace efectivo con equipo de C.S.S,
- Poco recurso humano para cubrir el programa y con sobrecarga laboral
- Poca motivación del equipo médico para capacitaciones
- Desabastecimiento de medicamentos básicos para uso en CP

A pesar de todas estas limitante, continuamos trabajando para la implementación del programa entre las dos iniciamos las visitas domiciliarias a 14 paciente algunos eran referidos del ION y otros captado en el hospital.

En el año 2014 seguíamos trabajando con los siguiente indicador, conformación del equipo operativo de cuidados paliativos la meta esperada eran los grupos conformado y funcional,

Ese mismo año se integro al equipo la Dra. Fanny McPherson médico psiquiatra la cual curso una pasantía por el instituto Oncológico Nacional

Se capacitó a jefes de los Departamentos fundamentales en relación con los programas, logros, expectativas y necesidades.

En cuanto al desabastecimiento de opioides, el indicador era la farmacia abastecida con medicamentos e insumos de uso frecuente de cuidados paliativos, ya que actualmente la farmacia regional no cuenta con los medicamentos requeridos y la farmacia del hospital Nicolás A. Solano solo tiene algunos medicamentos de uso en el salón de operaciones y en el postquirúrgico, los médicos no los prescriben para cuidados paliativos.

En diciembre del 2014 la enfermera Anzola se trasladó a otra instalación, se le asignó la coordinación de cuidados paliativos regional.

En el año 2015 se continuó en la organización para la implementación del programa, se planteó la estrategia para conformar el equipo en los centros de salud, entre ellas la realización del primer seminario-taller los días 15 y 16 de octubre 2015 en el Minsa /Capsi del Coco, fueron capacitados 54 personal de salud, 17 médicos (31.5%), Enfermera 14 (25.9%), Enfermera de Salud Mental 2 (3.7%), Odontólogo 4 (7.4%), Tecnólogo Médico 1 (1.8%), Nutricionista 1 (1.8%), Trabajo Social 4 (7.4%), Administrativo 9 (16.6%), Promoción 2 (3.7%) es allí donde se asignó enfermera para el programa de cuidados paliativos en cada centro de salud.

Ese mismo año la Dra. McPherson desistió de seguir en el programa, se continuó trabajando, se continuó sin médico para la conformación regional del equipo y la integración de otros profesionales en el equipo básico en el nivel local.

En el año 2015 estos fueron los logros en el Programa de Cuidados Paliativos:

- Enfermeras asignadas al Programa de Cuidado Paliativo en cada Centro de Salud
- Se coordinó con el Dr. Barleta y la enfermera de quimioterapia para darle seguimiento a los pacientes de paliativo y/o ser referidos
- Intervención en crisis y seguimiento a pacientes de CP y familiares
- Visitas Domiciliarias a pacientes de CP de la cohorte



- Captación para la atención y seguimientos de casos nuevos de pacientes de Cuidados Paliativos en Centros de Salud (MINSA CPSI del Coco, Sub-Centro del Cacao).
- Participación de una enfermera en el Diplomado de Cuidado Paliativo en la Universidad de Panamá
- Se han realizado tres docencias formales para el equipo multidisciplinario.
- Participación de tres enfermeras del Programa de Cuidados Paliativos de Centro de Salud en el Seminario de Humanización realizados día 27/11/2015
- Integración de algunos médicos de atención primaria al programa.

En el año 2016 se logra la:

- Conformación de Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos en los siguientes Centro de Salud: El Espino, Puerto Caimito, Nuevo Arraiján, Nuevo Chorrillo, Bejuco, San Carlos y un sub-centro de salud Cacao.
- Conformación del Equipo Regional de Cuidados Paliativos (Médico, Enfermera generalista, Psicólogo, Nutricionista, Farmacéutica.
- Se realizó la primera reunión con el equipo regional el día 20 de Diciembre 2016
- Se coordinó con la Dra. Abad sub-directora médica del HRNAS y la enfermera de coordinadora de Cuidados Paliativos de dicho Nosocomio para la conformación del equipo
- Se coordinó con el Dr. Barleta y la enfermera de quimioterapia para darle seguimiento a los pacientes de paliativo y/o ser referidos
- Se realizó reunión con el Dr. Barleta y la licenciada Sandra de farmacia logrando la adquisición de opiodes
- Captación para la atención y seguimientos de casos nuevos de pacientes de Cuidados Paliativos en Centros de Salud (Chame, Capira, Bejuco).
- Se realizó investigación en sobre el nivel de conocimientos que tiene el personal de salud sobre Cuidados Paliativos en el MINSA/CAPSI del Coco de la Chorrera en el mes de Agosto 2016

- Capacitación en la temática de Cuidado Paliativo al equipo multidisciplinario de atención
- Capacitación a los Asistente de Salud (24), Personal de Salud del Espino (17), Personal del Centro de salud de San Carlos(24)
- Coordinación con Sadi de la Policlínica Santiago Barraza
- Se han realizado 4 docencias formales para el equipo multidisciplinario.
- Participación en el seminario como expositora con el Tema: Cuidados Paliativos dirigido a pacientes diabéticos en el auditorio del Hospital Nicolás Solano.
- Intervención en crisis y seguimiento a pacientes de CP y familiares
- Visitas Domiciliarias a pacientes de CP de la cohorte

En el mes de agosto 2016 se realizó una investigación: ¿Qué conocimiento tiene en cuidados paliativos el personal de salud que labora en el Minsa/Capsi el **objetivo** era Evaluar que conocimiento tiene en cuidados paliativos el personal de salud que labora en el MINSA/CAPSI del Coco. **Análisis:** de los 40 funcionarios encuestados el **15%** desconoce el tema de cuidados paliativos y el **20%** su conocimiento es mínimo.

El nudo crítico sigue siendo el hospital, a pesar que cuentan con una unidad de Oncológico y un Oncólogo no se ha podido instalar la Unidad Operativa de cuidados paliativos y la conformación del Equipo para la atención de los pacientes

Se sigue coordinando con autoridades del Hospital además de supervisiones y monitoreo

**Para este año 2017** se ha logrado capacitar y actualizar al personal de salud del Nivel Local en un 90%

Todos los centros de salud tienen conformado el equipo interdisciplinario de Cuidados Paliativos excepto el de San Carlos que estuvo conformado pero actualmente no está funcionando

A pesar que se realizó reunión el 18 de Mayo del 2017 con autoridades del hospital donde se hizo un acta de compromiso y la firmaron para la implementación del Programa y nos notificaron que se iba a reactivar el Equipo pero hasta no han cumplido con el compromiso

## Actividades realizadas por el equipo regional de cuidados paliativos

- Se realizó plenaria de actualización de conocimiento al equipo regional de cuidados paliativos sobre los conceptos básicos, misión, visión, Objetivos y ejecución del Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- Reuniones de coordinación del Equipo los jueves de cada semana
- Reunión con Dra. Leslie Gómez para la coordinación de Insumos médicos quirúrgicos para pacientes de cuidados paliativos.
- Coordinación la regional de farmacia para los medicamentos opioides de los pacientes.
- Coordinación con el SADIS-CSS por pacientes de cuidados paliativos.
- Visita Domiciliaria a paciente de cuidado paliativo en Puerto Caimito.
- Discusión de caso clínico de paciente

Se realiza monitoreo y supervisión la para evaluar a través del implementación del Programas Cuidados Paliativos en la Atención Hospitalaria y el Nivel Local.

### **Hallazgo encontrado:**

- Algunos centro de salud el equipo básico todavía no han tenido la experiencia del manejo de paciente en fase terminal en el domicilio
- Falta de Integración de otras disciplinas en el equipo Interdisciplinario de cuidados paliativos en algunos centros de salud.
- No se está realizando actividades de capacitación sobre cuidados paliativos a los demás miembros del equipo y la comunidad en algunos centros de salud
- Falta de transporte para realizar las visitas domiciliarias
- No se coordina e integran las acciones del Programa Nacional de Cuidados Paliativos con otros programas de salud
- Centros de Salud de Chame y Lídice al momento de la supervisión no cuenta con el Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Guías Operativas a pesar que se le fue entregado en Octubre del 2015

- No se ha logrado conformar el Equipo de Cuidados Paliativos en el Hospital

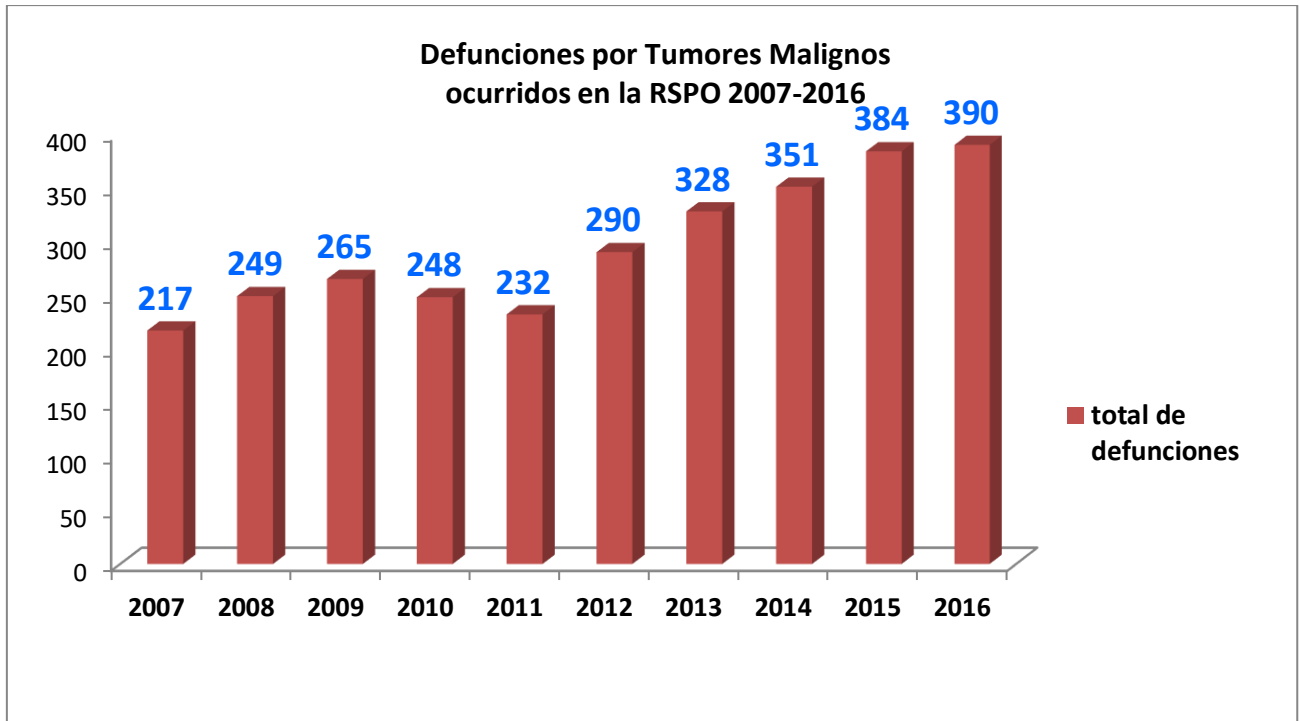
**Compromisos:**

- 1- Se le da respuesta a la problemática existente y se hace entrega de el Programa Nacional de Cuidados Paliativos y las Guías Operativas 1, 2,3 Centros de Salud de Chame y Lídice y Hospital
- 2- Autoridades del Hospital Regional Nicolás A. Solano se comprometen a reactivar el Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos.
- 3- El equipo de cuidados paliativos de los centros de salud supervisados dentro de su programación incluirán actividades de capacitación sobre cuidados paliativos a miembros del equipo de salud y a la comunidad.
- 4- El equipo interdisciplinario de cuidados paliativos coordinara e integrara acciones del Programa de Cuidados Paliativos con otros programas de salud.

Se continuara supervisando y monitoreando la implementación del Programa Nacional de Cuidados Paliativos en el Hospital y Nivel Local

La necesidad de brindar cuidados paliativos al enfermo crónico o en fase terminal adquiere cada vez más importancia dentro del sistema de salud. Para el personal de salud la existencia de un enfermo terminal es un reto, ya que el paciente y su familia tienen diferentes necesidades a lo largo del proceso de la enfermedad y ante la muerte. Es de suma importancia que el personal de salud asignado a los a las instalaciones de salud en los hospitales generales y atención primaria tenga un nivel de conocimientos suficiente acerca de lo que son y lo que engloba a los cuidados paliativos, pues estos están relacionados con pacientes a los que se enfrentan y cuidan comúnmente. Esto es fundamental para brindar una atención de calidad dentro de las instituciones de salud, por lo que es prioritario que el 100 % del personal tenga la capacitación y los conocimientos adecuados para aplicarlos; de esta manera, todos tendrán el mismo objetivo en común.

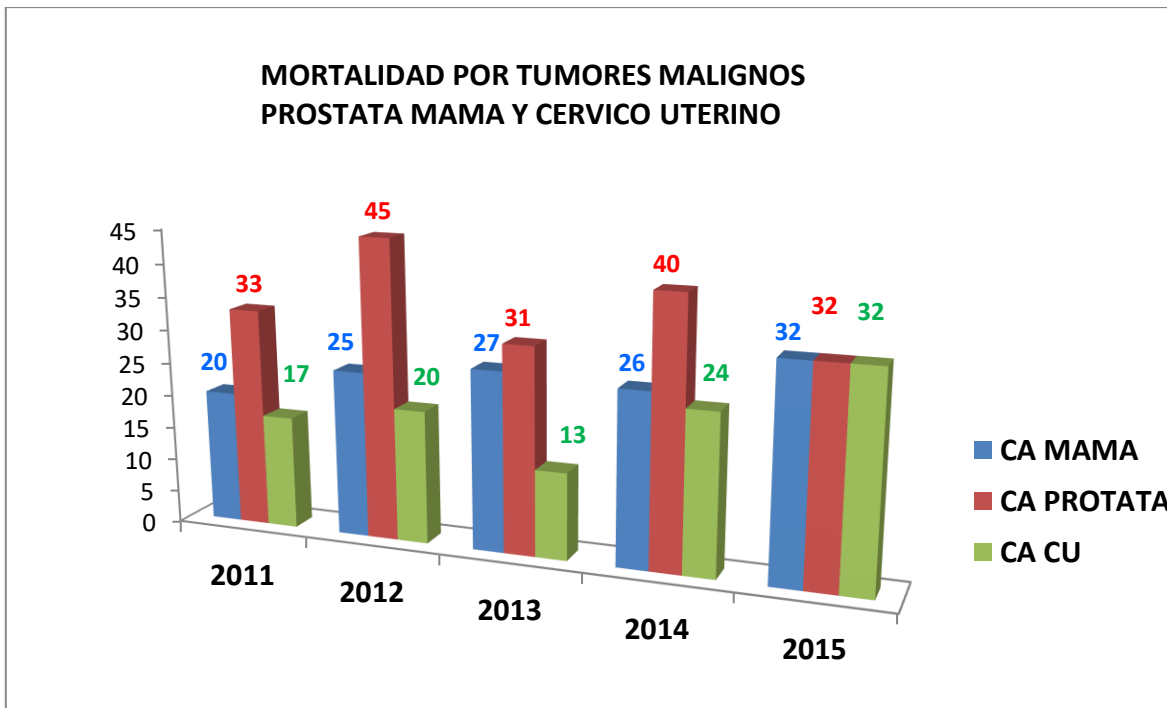
## GRAFICA



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud 5/10/2017

La tendencia de las defunciones por los tumores malignos va en aumento en el transcurso de los 10 años en la Región de Panamá Oeste. En el año 2016 se dieron **390** muertes, fue cuando hubo mayor número de defunciones marcando una tendencia hacia el ascenso. Este elevado número de defunciones. Si se analizan los datos del período **2007-2016** se evidencia que los valores de las tasas de defunción en general han mantenido una tendencia creciente, al igual que el comportamiento para la Región sin embargo, esta situación se debe en gran medida, al actual patrón demográfico y de morbilidad lo cual hace esperar que en los próximos años además del número de muertes por cáncer, aumenten las personas con enfermedades crónicas y degenerativas y el número de adultos mayores. Por lo tanto es mayor el número de personas que pueden verse enfrentadas a una situación terminal en sí mismos o en sus familiares

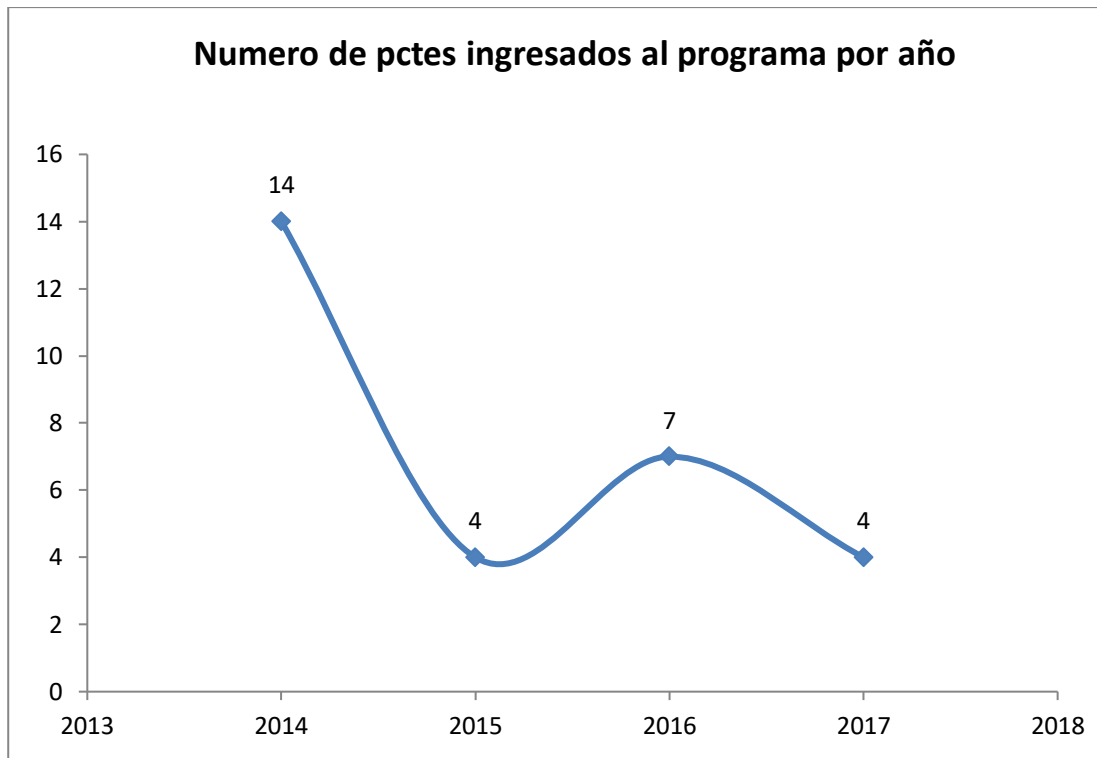
## GRAFICA



Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud 5/10/2017

La tendencia de las Mortalidad por cáncer de Próstata, Mamas, Cérvico Uterino va en aumento en el transcurso de estos 5 años en la Región de Panamá Oeste. En el año 2015 se dieron **32** muertes, fue cuando hubo mayor número de defunciones marcando una tendencia hacia el ascenso. Este elevado número de defunciones, Si se analizan los datos del período **2011-2015** se evidencia que los valores de las tasas de mortalidad es de 0.2% en general han mantenido una tendencia lo que podría atribuirse a que la población vive más tiempo y a que se diagnostica más (en los últimos años se han reforzado campañas de prevención para que más hombres se hagan las pruebas de PSA y tacto rectal, también tiene que ver con los estilos de vida y en la nutrición que favorece la obesidad, así como el comportamiento reproductivo, puede tener un impacto en la incidencia estos cáncer.

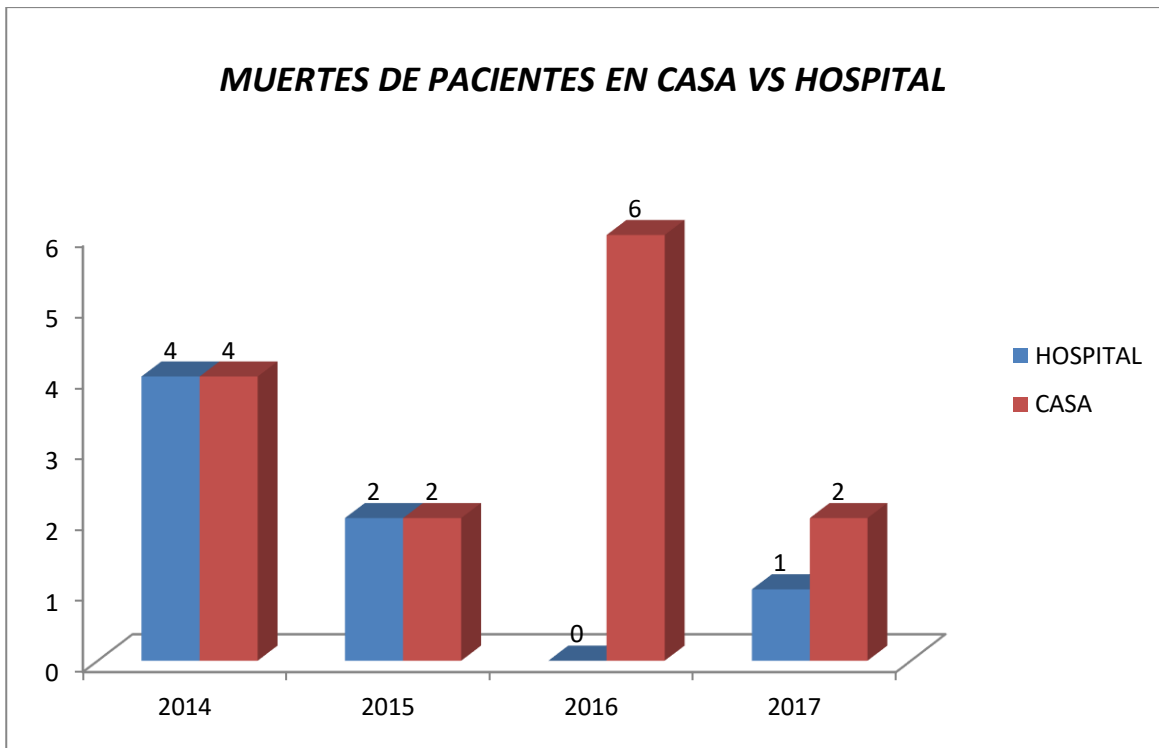
## GRÁFICA



Fuente: Datos recopilados de la cohorte de pacientes

En el año 2014 ingresaron al programa de cuidados paliativos 14 pacientes de estos 7 eran referidos del Instituto Oncológico Nacional y los otros 7 fueron captado en el Hospital Nicolás A. Solano, 7 asegurados y 7 no asegurados, 2016 ingresaron 7pacientes referido del ION solo 2 eran asegurado, en el 2015 ingresaron 4 pacientes de este total 2 fueron referido del ION, 1 del HST y uno captado en la comunidad, 3 asegurado y 1 no asegurado En el 2017 hasta mes octubre solo ha ingresado 4 pacientes de este total 3 son referidos del ION y 1 HST todos no asegurados

## GRAFICA



Fuente: Datos recopilados de la cohorte de pacientes

Estudios realizados en otros países sugiere que más del 90% de aquellos que padecen una enfermedad terminal pasan la mayor parte de su último año de vida en su casa de allí la importancia de esta modalidad de atención. Esta modalidad de atención permite que el paciente terminal suele ser consciente de los cambios que están ocurriendo en su entorno y tiene deseos de estar en su casa, ya que es allí donde están seres, mascotas, y objetos más queridos.

Es por ello que según la grafica en estos cuatros años la prevalece las muertes en casa en el 2016 todas fueron encasa



## Programa de Salud de Adultos

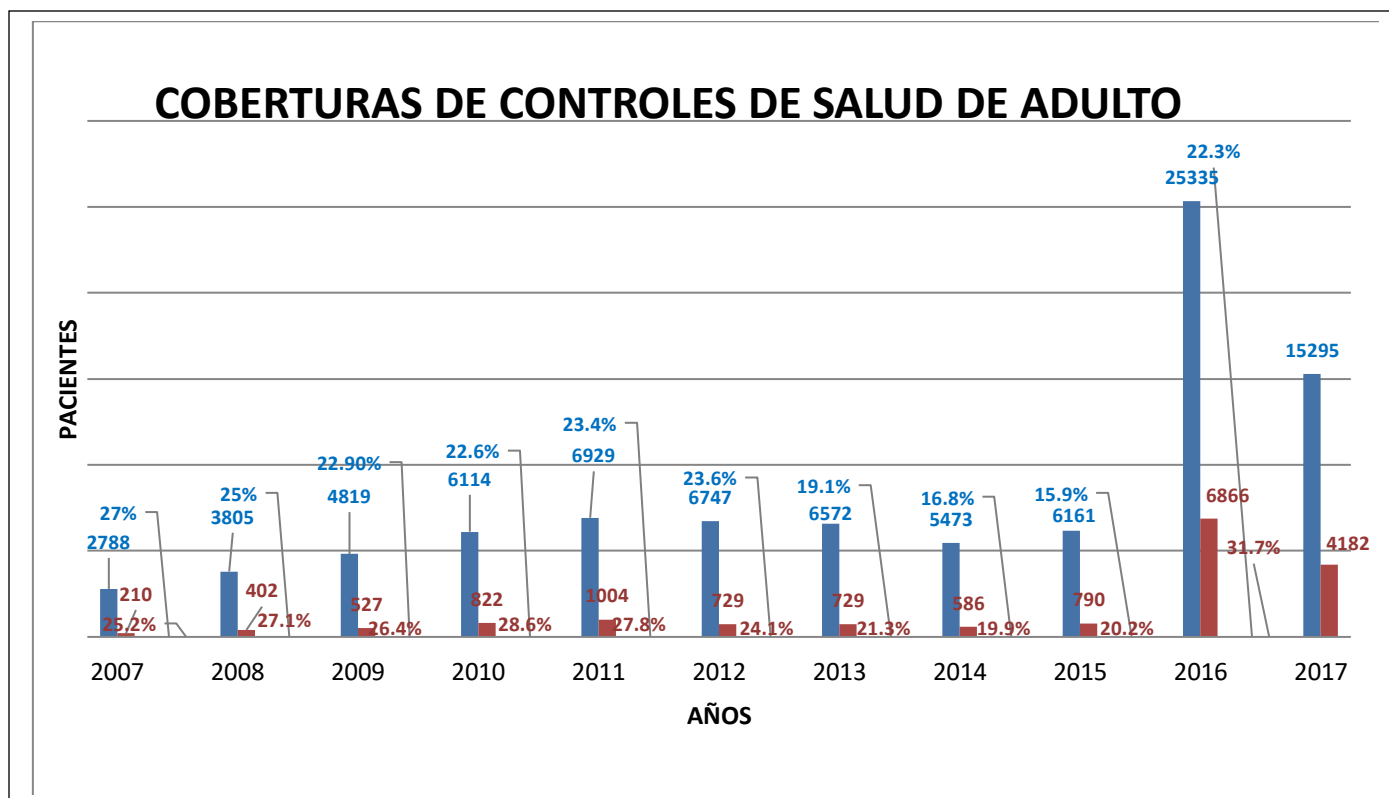
La población adulta tiene necesidades Biopsicosociales e interacción permanente con el medio ambiente y dicha atención debe enmarcarse con la existencia de un sistema de salud; que les brinde servicios de salud integrales.

Con énfasis en la educación continua, promoción, prevención y auto cuidado, sin descuidar la curación, recuperación y rehabilitación tanto en los usuarios internos como externos.

La atención integral debe ser realizada por funcionarios con actitud profesional con calidad, calidez con una respuesta efectiva y oportuna en respuesta al fenómeno Salud – enfermedad.

Es importante que mantengamos la adherencia, seguimiento e implementar estrategias para lograr el objetivo de incrementar la salud de la población adulta de la Región de Salud Panamá Oeste.

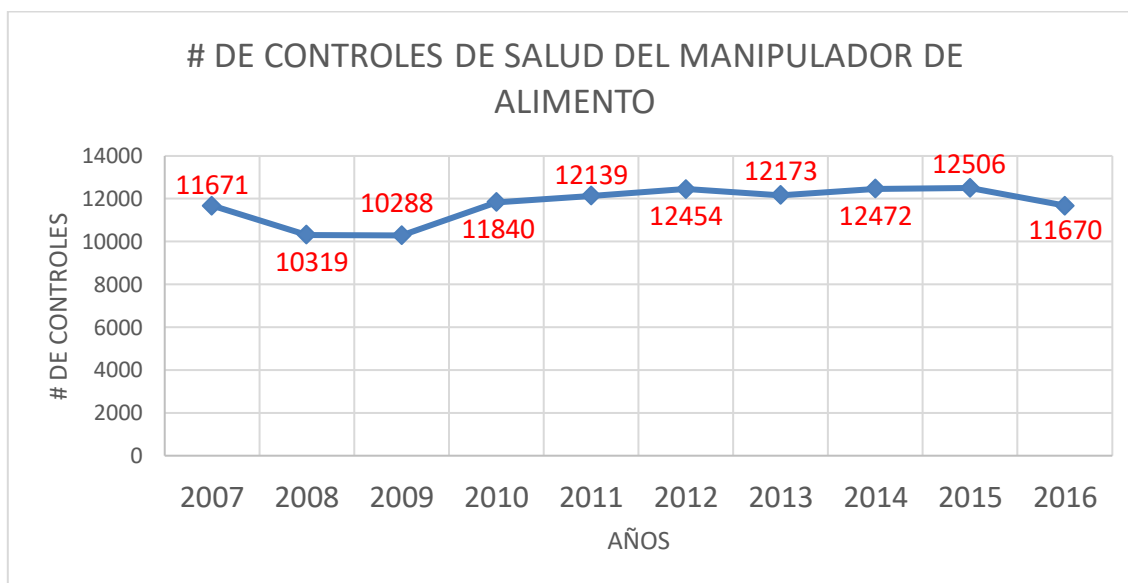
### Tendencias de coberturas controles de Salud de Adulto 2007- 2016



La tendencia de las coberturas de controles de salud para la primera década de este milenio promediaba el 27 %; sin embargo para los años 2012 hasta 2015 disminuyó preocupantemente a un 20%. Curiosamente para el 2016 y 2017 hemos visto un incremento aun más dramático y repentino a un 31%. haciendo un análisis de la población de Panamá Oeste hemos visto que la misma ha crecido aceleradamente en los últimos 5 años en contraste con el equipo de salud que ha introducido solo ciertas unidades en cada departamento haciendo que se diluya la fuerza de trabajo en la comunidad. Sin embargo, el nuevo programa de gobierno Censo Nacional centralizó sus fuerzas en el grupo etario

mayor de 20 desde el 2016 impactando favorablemente el incremento de controles realizados en estos dos últimos años. Cabe destacar que se percibido también un mejor registro del diagnóstico "**control de salud de adulto**" en las atenciones regulares; tomándose mejor conciencia de la importancia de la hoja de registro; documento y columna vertebral de la información diagnóstica.

### Tendencia de las consultas de control de manipuladores de alimento



Este gráfico llama la atención que en 10 años no haya mayor incremento en la cantidad de atención de manipuladores de alimento dada la explosión demográfica de la provincia y el evidente desarrollo comercial de la misma. Según gráfica, dentro de las deducciones de este comportamiento se puede plantear lo siguiente:

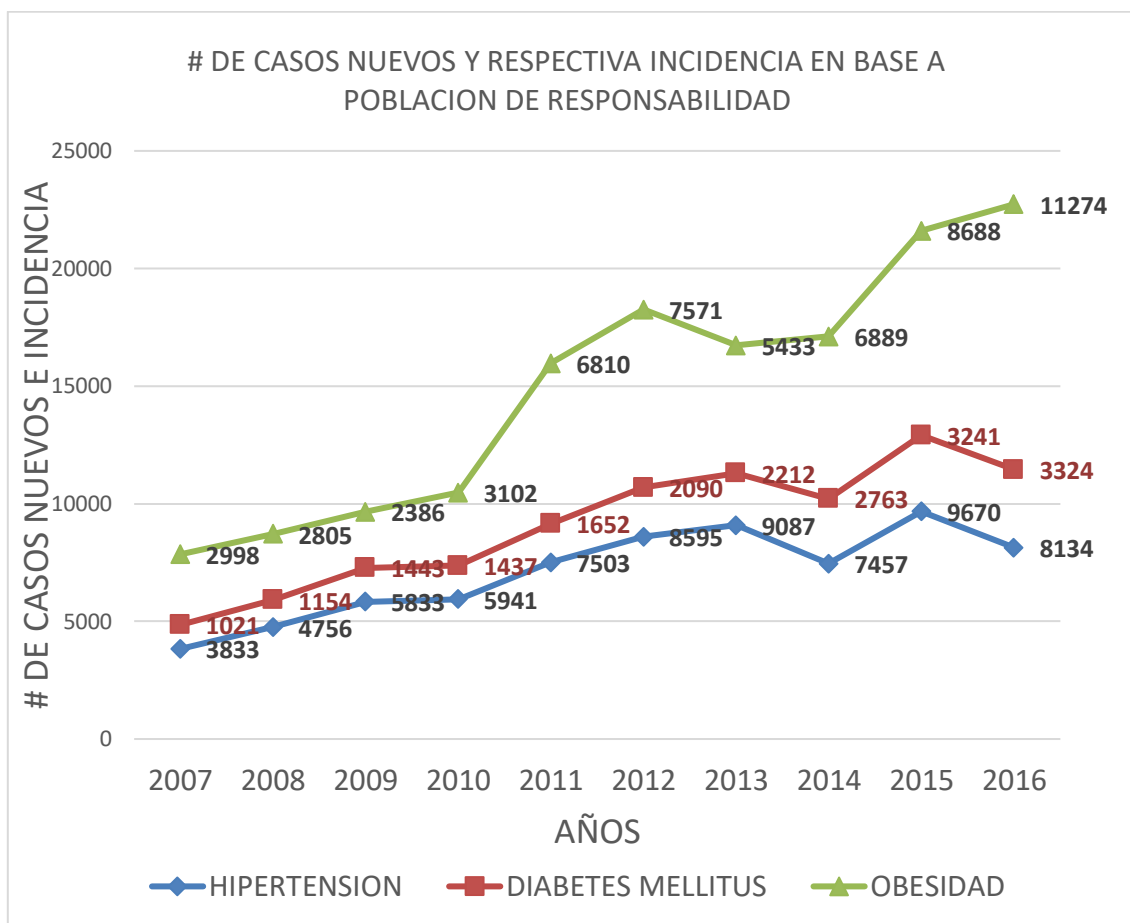
1. Que la población aún se transporta hacia la ciudad capital en busca de mejores opciones de trabajo.
2. Plantearse el hecho de un sub-registro de diagnóstico en la hoja de registro diario por parte del equipo de salud.
3. También hay que tomar en cuenta el énfasis que el gobierno central le ha dado a la atención del paciente mayor de 20 años en cuanto a los controles de salud.
4. El aumento de costo en los trámites para sacar el carné.

## Tendencias de las consultas de Higiene Social



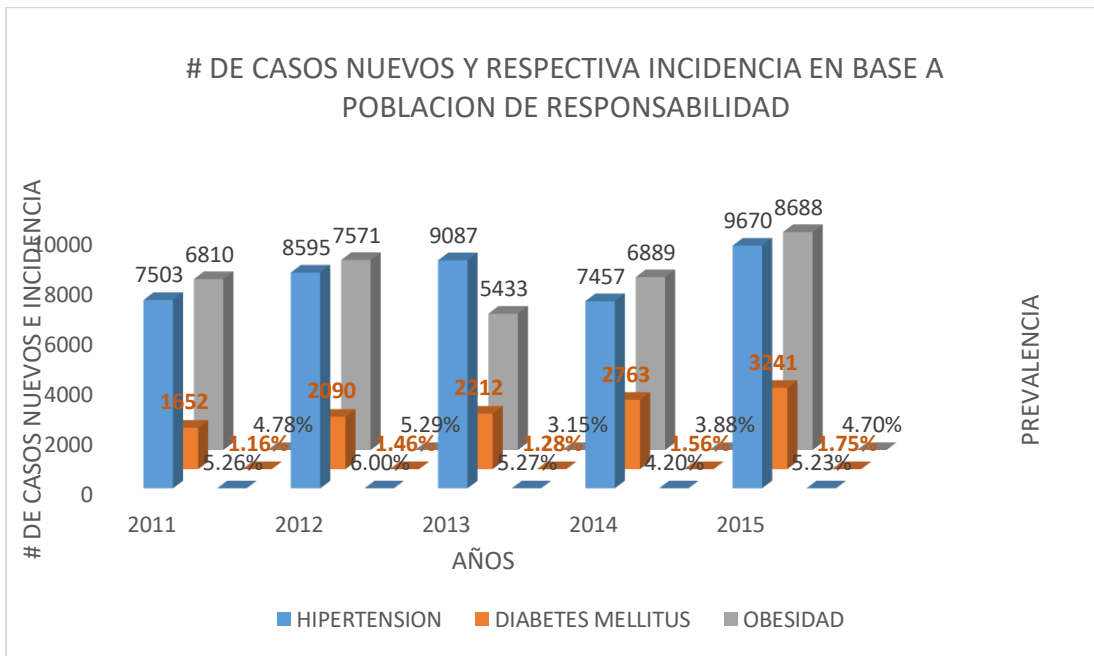
Este es un programa que no refleja la realidad de personas en este grupo de riesgo en la región. Solo se brinda atención de clínica de higiene en los centros de Minsa Capsi Coco y Nuevo Arrijan. Tampoco se ha hecho la fuerza con para pesquisar este grupo. Esto se debe al hecho que la mayoría de estas trabajadoras son clandestinas, nocturnas y sin empleo fijo. Fuera del horario ordinario de trabajo regular y debido a las implicaciones legales por parte de incursionar en una propiedad privada, requiere de la participación de autoridades municipales que en muchos de los casos no coincide con el calendario de nuestra institución MINSA. Hay que resaltar también la falta de interés por las autoridades para coordinar dichas actividades de forma más regular y disciplinada.

## Tendencia de las enfermedades crónicas

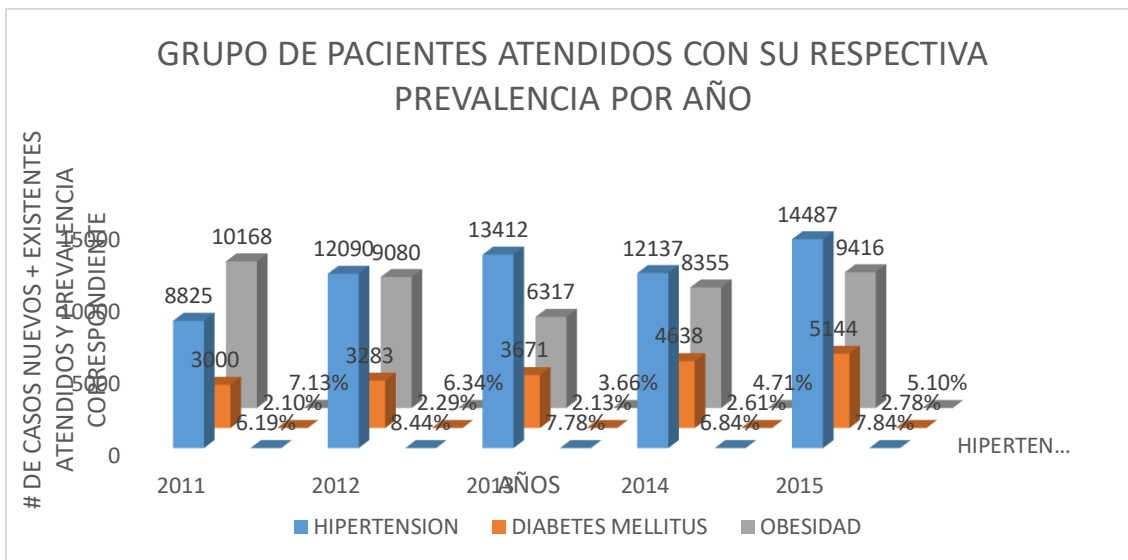


En la medida que ha aumentado la población en la región ha ido aumentando los números de casos de las mencionadas morbilidades. Se puede plantear que existe un subregistro percibido en los monitoreos que se han llevado a cabo.

La mayoría de las morbilidades diagnosticadas en atención primaria en la población adulta son enfermedades prevenibles que se pueden evitar a través de cambios de actitudes en el auto cuidado, estilos de vida saludables.



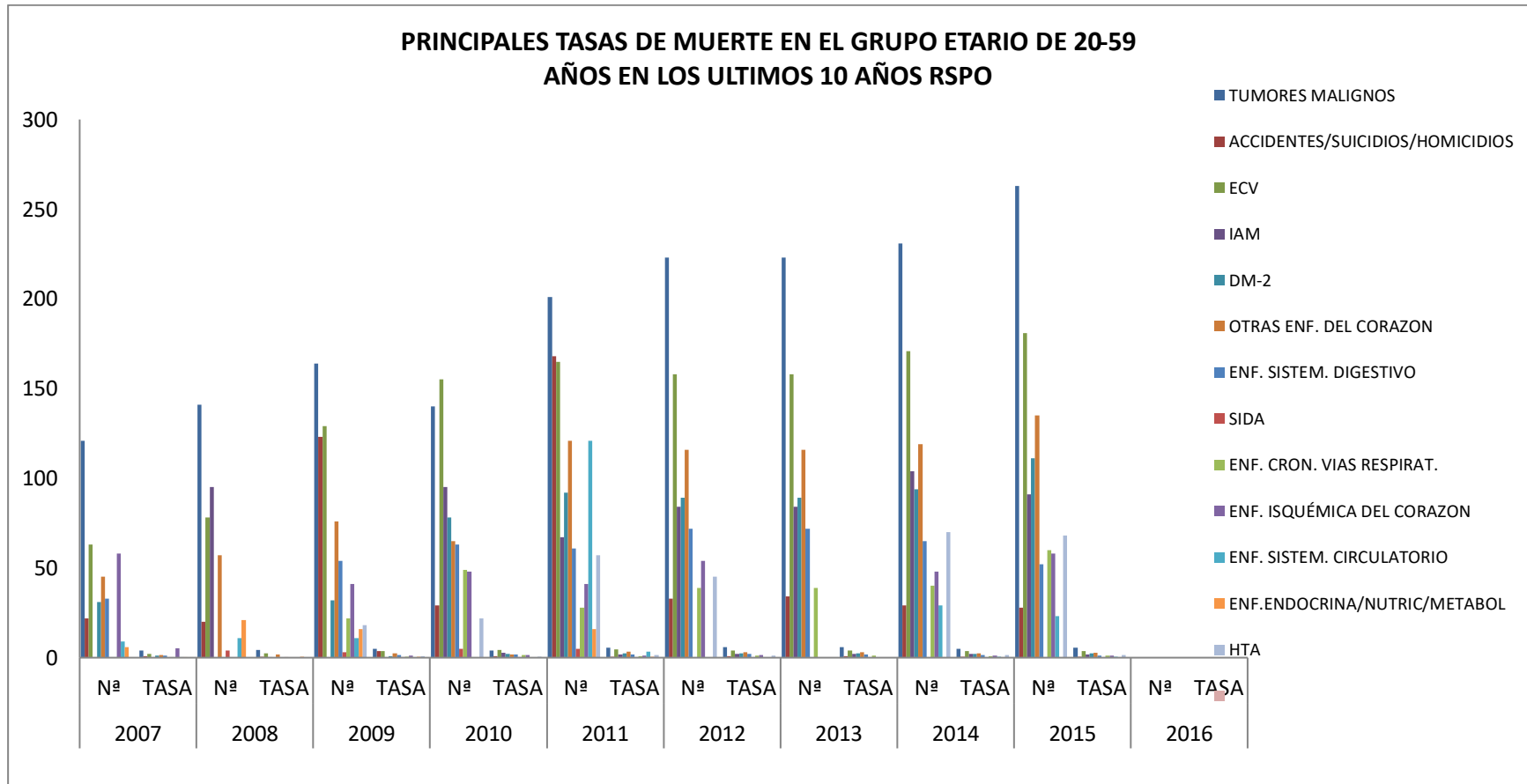
Efectivamente se observa la tendencia ascendente de las morbilidades descritas debido al aumento poblacional. Sin embargo este número no refleja la realidad que se observa en los monitoreos de los expedientes de los cuales se infiere un sub-registro de diagnósticos oportunos.



Al igual que la incidencia la prevalencia tiende al ascenso debido al aumento poblacional. De igual forma se infiere un sub-registro que enmascara la realidad que vemos en los monitoreo de los expedientes



### Principales tasas de defunciones en la población (20-59 años)



En la población de 20 -59 años se mantienen los diagnósticos incrementándose cada vez más en la población en edad productiva debido a que no hay cambios en el manejo y seguimiento de los diagnósticos de enfermedades crónicas de generativas por lo cual en estas edades, los servicios de salud se enfocan en la morbilidad y se han dejado de realizar acciones de prevención y promoción para evitar que se sigan incrementando las tasas de defunciones en la RSPO.

### Principales tasas de defunciones en la población (60 años y más)



En la población de 60 años y más se mantiene el incremento de las tasas de defunciones con diagnósticos que en la mayoría son prevenibles para que ocurran las defunciones a pesar que por la edad debido a que no realizaron cambios de actitudes en su auto cuidado y por consecuencia hay pérdidas humanas.



## **Recomendaciones**

- Contar con un presupuesto acorde con el incremento por año de la población adulta.
- Enfatizar que la atención del adulto, se brinde con calidad, eficiencia y calidez dando prioridad en la educación continua, promoción y prevención con la participación de un equipo multidisciplinario comprometido para incrementar la salud del usuario externo.
- Mejorar la calidad de atención a la población adulta detectando oportunamente los factores de riesgos para una intervención eficaz
- Desarrollar estrategias para el seguimiento de los usuarios internos/externos con diagnósticos de enfermedades Crónicas (citas, visita domiciliaria, llamadas telefónicas.)
- Crear clínica de atención de las morbilidades crónicas para poder cumplir con los protocolos de atención y mejorar beneficio a estos grupos de riesgos.
- Lograr la extensión de horario para el seguimiento oportuno a los usuarios con morbilidades crónicas.
- Los coordinadores de Salud de Adulto del nivel local deben involucrar a todos los usuarios de su comunidad para desarrollar un plan estratégico para formar grupos vigilantes de Salud a la población adulta.
- En pleno siglo XX continuamos dándole prioridad a la atención de la morbilidad descuidando las actividades preventivas.
- Hay que realizar cambios oportunos en la atención a la población adulta para disminuir la morbilidad y mortalidad ya que la mayoría de esos factores de riesgos lo podemos definir. Hacer cambio de estilo de vida saludable tanto en los usuarios internos y externos
- Incrementar el recurso humano multidisciplinario para conformar la clínica de la atención de los usuarios sanos y seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas.
- Cada centro de salud implementan un flujograma de atención a la población adulta enfocado en la promoción, prevención y seguimiento de las enfermedades crónicas.

## ***Oficina de Salud Integral para las Personas con Discapacidad***

El enlace de discapacidad inicia su gestión y organización en septiembre de 2016.

- Capacitando a 2 funcionarios en **lenguaje de señas** y
- Capacitando a 3 funcionarios en **prescripción de sillas de rueda personalizadas y coches con sistema de posicionamiento**.

Al finalizar el año se obtiene de fuente estadística regional la siguiente información:

- Bajo registro de atención de personas con discapacidad.

En el 2017 las acciones se fundamentan en las siguientes líneas estratégicas:

- Coordinar con el departamento de REGES y con el personal técnico de salud para mejorar el registro de atención de las PcD.
- Sensibilización y concienciación de la discapacidad
- Acceso a la información y a la comunicación
- Gestión del conocimiento para que los funcionarios de salud adquieran los conocimientos de las normativas y leyes de discapacidad en las capacitaciones.

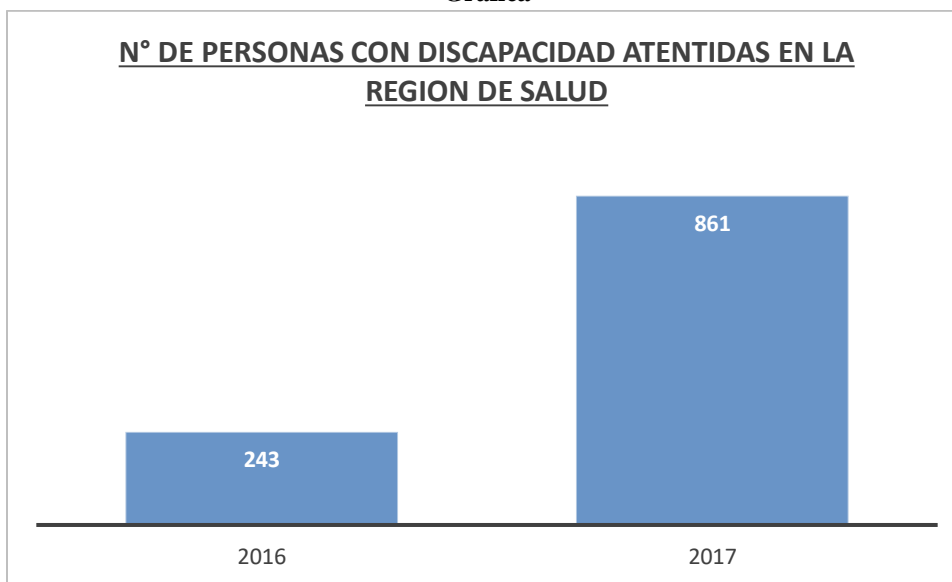
### **Avances**

Número de personas con discapacidad atendidas en la región de salud (hasta junio 2017):

**2016** en las instalaciones de salud      243

**2017** en las instalaciones de salud      861

**Grafica**



*Fuente: estadística regional*

Se puede observar mejoras en el registro de atención de PcD.

**Actividades de sensibilización** y que también promocionan la atención en salud

- **Conformar con el nivel local el comité de discapacidad** para coordinar las acciones concernientes a la atención de pcd, En ocasiones agilizar su atención, orientación a los familiares para el carné de discapacidad, garantizando la gratuidad de los servicios.
- **Taller viviendo la discapacidad**, dirigida a colaboradores de la región de salud y del hospital regional.
- Distribución de decretos y leyes de discapacidad a cada instalación.
- Participación de colaboradores de la región de salud en **caminatas** de pcd, apoyando la inclusión y promoción de la atención de salud.
- Confección de **murales y charlas** de autismo en salas de espera de centros de salud y en el H.R.N.A.S.
- Así como también charlas de estimulación temprana y prevención de la discapacidad.

**Acceso a la información y a la comunicación** para mejorar la calidad de la atención

- Realización del primer curso de **lengua de señas** en la región de salud de Panamá Oeste para capacitar a un funcionario por instalación incluyendo funcionarios del hospital regional.

**Capacitación sobre leyes de discapacidad:**

Docencia dirigida a funcionarios del departamento de recurso humano de los centros de salud y de la sede regional.

**Situación de la discapacidad en panamá:**

Por coordinación con senadas la información que se tiene de fuente estadística más vigente sobre la prevalencia de la discapacidad fue la **primera encuesta de personas con discapacidad** (SENADIS) elaborada en el 2016. Este estudio arroja que la prevalencia de las personas con discapacidad era de 11.3% de la población es decir 370mil 53 personas. Las comarcas indígenas las mujeres y los adultos mayores eran los más afectados por algún tipo de discapacidad. En la provincia de panamá se localiza el 46% dentro de la cual esta panamá oeste (todavía no se ha separado la población de panamá oeste).

SENADIS ya empieza la logística para la segunda encuesta nacional de personas con discapacidad prevista para el 2016.

Según senadis ésta encuesta es la base para actualizar las cifras de la prevalencia y caracterización de personas con discapacidad.

**Tipo de discapacidades:** discapacidad física, visual, intelectual auditiva, psiquiátrica o mental.

## ANALISIS DE DESIGUALDADES EN SALUD

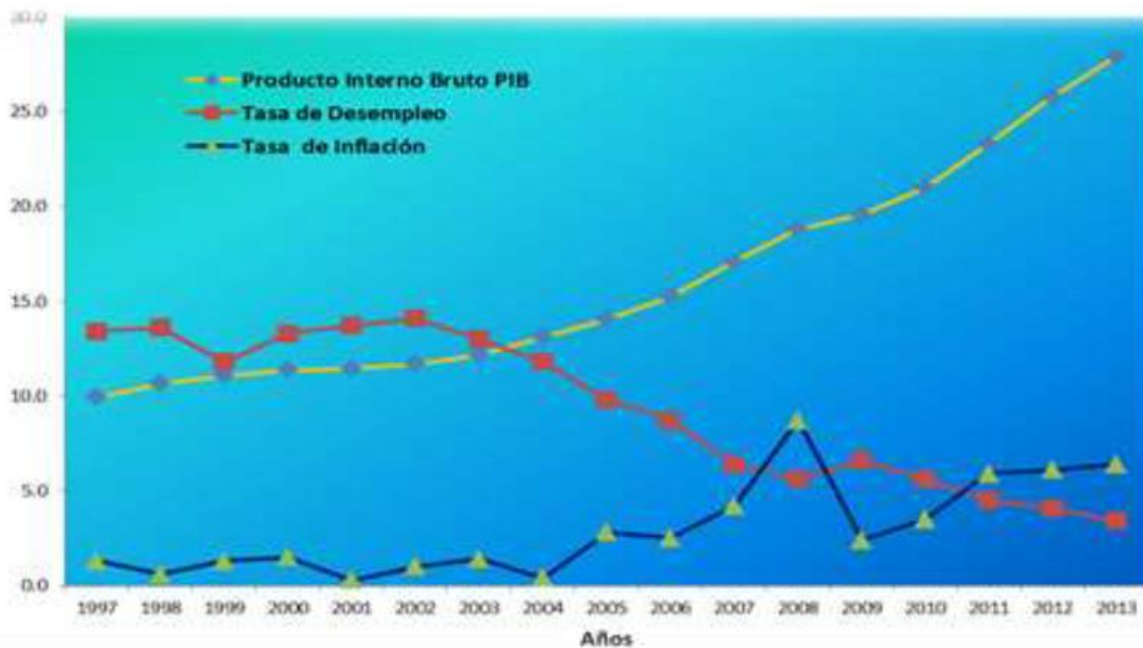
La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermarse y al riesgo de morir de forma prematura.

Vemos maravillados cómo la esperanza de vida y el estado de salud mejoran de forma constante en algunas partes del mundo, mientras nos alarmamos ante el hecho de que eso no ocurra en otros lugares.

### Situación Económica

Panamá es reconocida como una de las más importantes y pujantes economías de Centroamérica y de la Región, como se muestra en la gráfica el crecimiento del producto interno bruto ha sido sostenido a través de los años, y este incremento guarda una relación inversa con la tasa de desempleo. El alto nivel de crecimiento del PIB nos indica que Panamá no es un país pobre y que cuenta con los recursos necesarios para encaminarse hacia el desarrollo económico necesario. Sin embargo, se han observado diferencias importantes en la participación de este crecimiento en los últimos años entre los diferentes segmentos de la población.

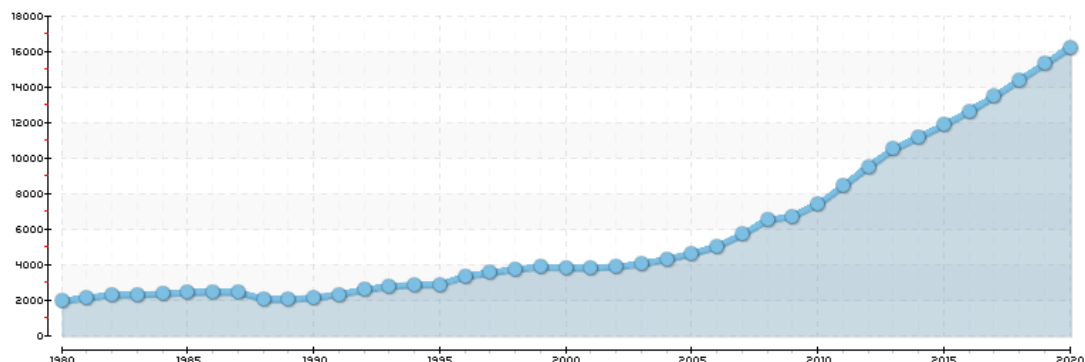
**Producto Interno Bruto y su efecto sobre la tasa de desempleo e inflación**



Para el periodo 2008 al 2013 hubo un aumento sostenido en el Producto Interno Bruto a Precios de Mercado de 1996, éste pasó de 18,812.9 millones de Balboas de 1996 (5,317.4 Balboas per cápita) a 27,919.0 millones de Balboas (7,622.9 Balboas per cápita) aproximadamente un 43.4% de incremento en 6 años lo que representa un incremento en el ingreso per cápita de 2,305.6 balboa promedio, el cual es de los más altos de la región.

## Evolución del PIB per Cápita en el periodo 1997-2013

### Panamá - El producto interior bruto per capita (Dólares)



Fuente : FMI  
Años : 2015

El ingreso per cápita de una región o país indica cómo se debería distribuir el ingreso nacional en función del PIB dividido entre el total de la población. Nuestro país está catalogado en términos absolutos, sin tener en cuenta la distribución de la riqueza, como un país de ingresos económicos medio-altos, sin embargo, el crecimiento sostenido del ingreso per cápita, el cual se muestra en la gráfica N°1, no necesariamente significa un aumento igual en el ingreso de los todos panameños.

Esta desigualdad económica en la distribución de los ingresos se puede medir a través del índice de Gini, el cual mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa.

De acuerdo con Naciones Unidas un coeficiente de Gini superior a 0,40 es alarmante, ya que esto indica una realidad de polarización entre ricos y pobres, siendo caldo de cultivo para el antagonismo entre las distintas clases sociales pudiendo llevar a un descontento o agitación social.

El Índice de Gini en Panamá es de aproximadamente 0.519 ocupando la posición número 140 de los 160 países que conforman el cuadro que al año 2012 publica el Banco Mundial. Panamá es uno de los países con una peor distribución de sus ingresos per cápita.

Al analizar el coeficiente de Gini de Panamá en 1990 (0.560), en 1999 (0.536) y en 2006 (0.548) comparado con el coeficiente del 2012 (0.519) notamos una leve mejoría en la equidad.

Las provincias de Panamá tienen diferentes situaciones de ingreso económico

Provincia / comarca	Estratificador de equidad	
	Ingreso 2000	Ingreso 2010
Comarca Ngäbe Buglé	60.0	60.0
Comarca Emberá	76.4	110.0
Comarca Guna Yala	79.7	170.0
Darién	116.5	200.0
Veraguas	166.9	300.0
Los Santos	220.6	360.0
Coclé	235.7	379.0
Bocas del Toro	249.8	380.0
Herrera	282.6	423.0
Chiriquí	302.1	426.0
Colón	377.6	550.0
Panamá	540.4	804.0

El ingreso medio mensual del hogar (en balboas) por provincia o comarca es un dato estimado según datos de los censos poblacionales y refleja la distancia entre el ingreso per cápita en el país y el ingreso verdadero del hogar.

La información de país muchas veces no refleja la situación verdadera de las provincias y comarcas, el ingreso medio de hogares por provincia en los años 2000 y 2010 que se observa en el cuadro, es evidencia significativa de las disparidades económicas entre provincias, lo cual nos hace reflexionar sobre, si estas diferencias pueden ser asociadas o no con las desigualdades de salud.

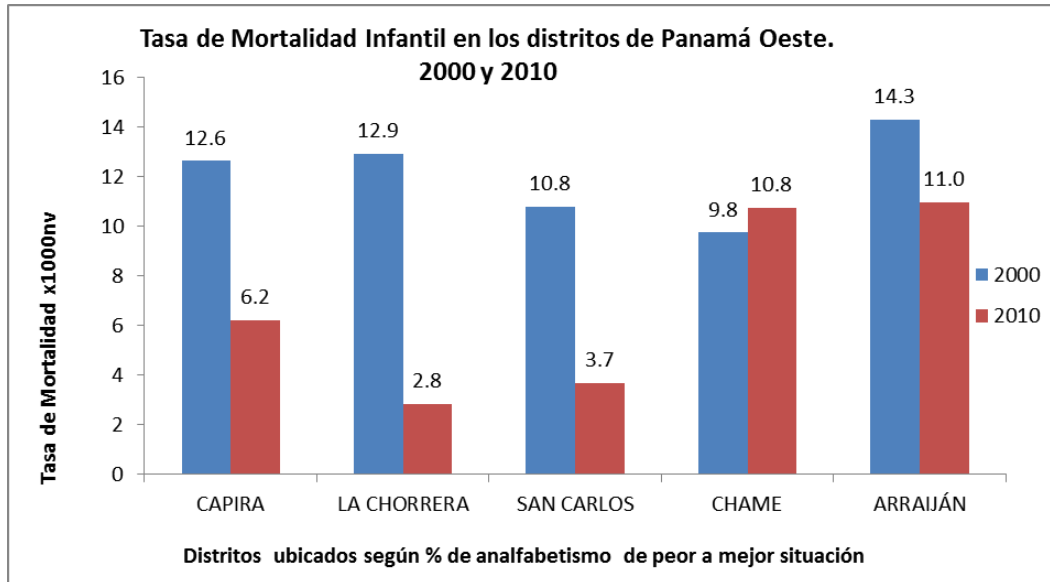
Panamá Oeste no escapa de la realidad de estas desigualdades por lo que hemos realizado un pequeño análisis utilizando algo algunas variables importantes.

### ***Tasa de Mortalidad Infantil***

El análisis exploratorio de las desigualdades sociales en la mortalidad infantil entre los distritos de Panamá Oeste en los años 2000 y 2010.

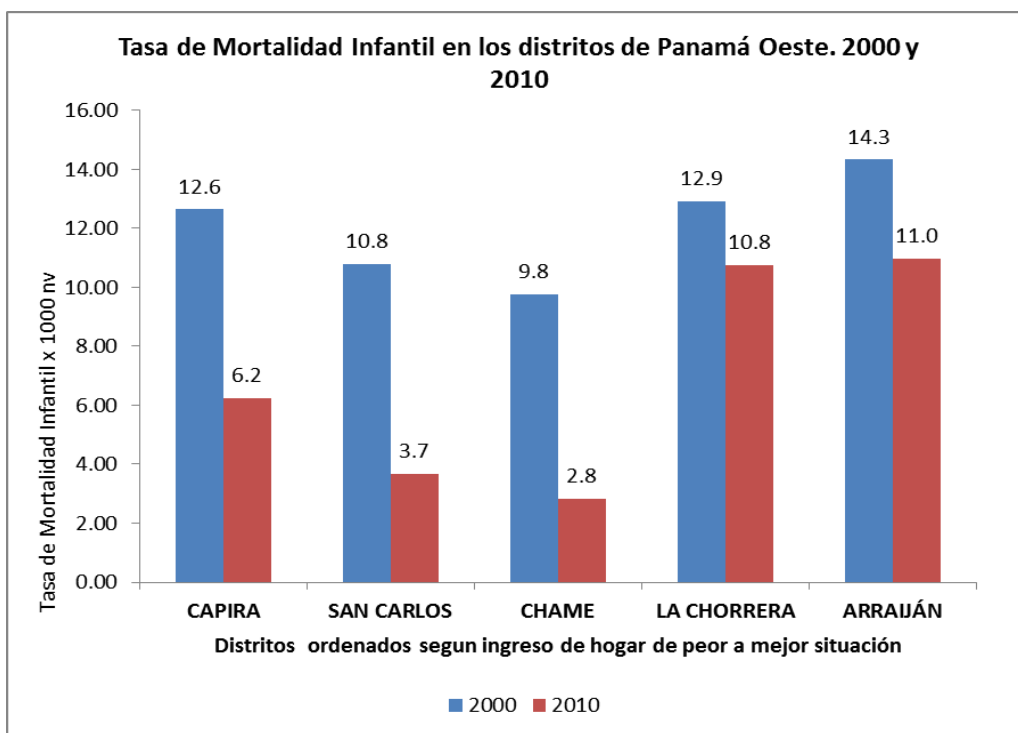
1. Analizando como indicador social el analfabetismo, nos percatamos de que el Distrito de Capiro tanto para el año 2000 como para 2010 mantiene la mayor tasa de analfabetismo de la provincia, superando dos veces al resto de los distritos. Cabe destacar que todos los distritos tuvieron una disminución del analfabetismo. La mortalidad infantil, utilizando como estratificador social el porcentaje de analfabetismo en el año 2010, se puede evidenciar que los distritos con menor porcentaje de analfabetismo que son Arraijan y Chame tienen las tasas de mortalidad infantil más alta e inclusive, en Chame mostró una tendencia al aumento. Si consideramos las brechas en función de los distritos con mayor y menor

analfabetismo tenemos un aumento de la brecha absoluta de 1.69 a 4.74. Esto nos dice que era muy poca la diferencia en la mortalidad infantil en las áreas geográficas con peor % analfabetismo respecto a las de mejor %, sin embargo la tasa de mortalidad infantil se redujo a la mitad en el Distrito de Capira.



- Analizando como indicador social el ingreso medio de hogar, podemos decir que el Distrito de Capira tanto para el año 2000 como para 2010 es el de menor ingreso y que todos los distritos han aumentado su ingreso promedio lo que es positivo para la población que en él reside. Las brechas entre ambos extremos son iguales que en el análisis de la TMI vs el analfabetismo, porque los distritos en ambos extremos son los mismos, sin embargo en función del ingreso, el distrito de la Chorrera se ubica en mejor posición en la estratificación de ingreso.

Es importante señalar que los distritos de Arraiján y La Chorrera a pesar de tener mejor situación respecto a los indicadores sociales evaluados, tienen tasas de mortalidad infantil mayor a los demás distritos, lo cual puede deberse a aspectos culturales, considerando que existen comunidades indígenas de varias etnias que muestran poca adherencia a los servicios brindados en los centros de salud, lo que significa un reto para la Región de Salud de Panamá Oeste en tema de interculturalidad.



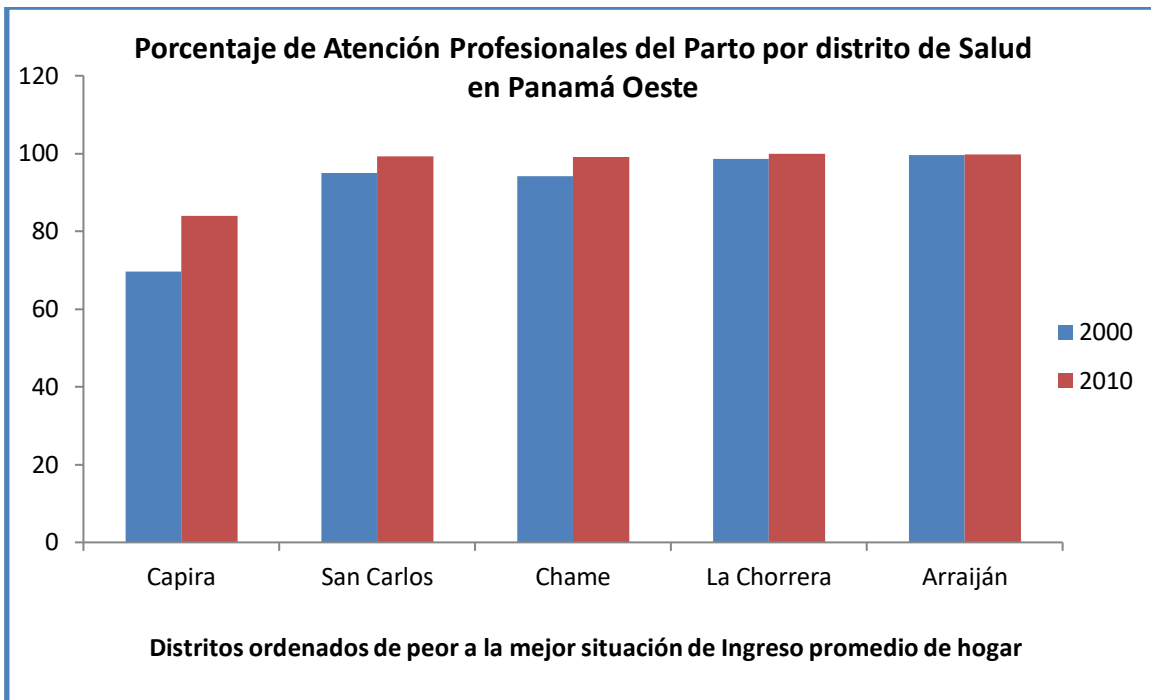
Ambos análisis, demuestran que existe desigualdad que en la Región de Panamá Oeste y que las mejoras han sido más significativas en los distritos de conpeor situación social (según los indicadores sociales evaluados), la desigualdad aumentó y el promedio regional disminuyó, lo que debería colocarnos en el cuadrante de mejoría con desigualdad pero en este caso en función de los de mejor situación social. Ver diagrama de Minujin y Delamónica (UNICEF, 2002).

### ***Atención Profesional del Parto***

El porcentaje de partos asistidos por personal profesional es un indicador que permite conocer la forma en que llegan a la población, los programas que se desarrollan dentro del sistema de salud. En este sentido, las cifras del 2000 indican que el 95.3% de los partos fueron atendidos por profesionales y solo el distrito de Capira con 69.7% mantenía un porcentaje inferior al promedio 96.5%. Para el 2010, todos los % aumentaron, alcanzando una cifra superior al 99% a excepción de Capira que logró el aumento a 84%.

En función de las desigualdades sociales, analizando el porcentaje de atención profesional del parto consideraremos como estratificador social el ingreso promedio de hogar y como base poblacional, los nacidos vivos.





El distrito con menor ingreso promedio de hogar es el que tiene menor porcentaje de partos atendidos por profesionales de salud pero con un significativo aumento entre los años evaluados. La brecha absoluta entre los distritos extremos pasó de 30 en el 2000 a 15.8 en el 2010, es decir, la brecha absoluta disminuyó a la mitad. Por todo antes expuesto podemos concluir que existe una desigualdad que en la Región de Panamá Oeste existe una tendencia hacia la equidad en cobertura de atención profesional del parto, lo nos coloca en el cuadrante de el mejor resultado según el diagrama de Minujin y Delamónica (UNICEF, 2002), y que debe repercutir de alguna manera, en una disminución de la mortalidad materna e infantil.



### FOTOGRAFÍA N° 3

- Vigilancia Sanitaria.
- Accesibilidad Geográfica
- Complejidad de la red
- Bolsones de desprotegidos
- Recursos Humanos
- Insumo Sanitario



## **FOTOGRAFÍA N° 3**

### **CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA**

#### *Vigilancia Sanitaria*

Su principal objetivo es servir de guía para la obtención de información y conocimientos epidemiológicos relevantes del área de responsabilidad, sobre los riesgos y daños de la salud a través del desarrollo y fortalecimiento del sistema nacional de Epidemiología a fin de coadyuvar en las acciones de prevención y protección de la salud, definidas por el ministerio de salud en sus políticas.

Propósitos:

- Disminuir la mortalidad causada por los brotes y epidemias.
- Asesorar las políticas de salud pública para un abordaje integral, intersectorial e interdisciplinario.
- Fortalecer la efectividad y sostenibilidad de las estrategias nacionales a través de la comunicación social y la participación comunitaria.
- Contar con personal de salud capacitado en el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de las enfermedades.

Entre los problemas que debe vigilar se encuentran:

- Vigilar los eventos de notificación obligatoria e inmediata.
- Control de las impurezas de las aguas, aire, residuos sólidos y líquidos y su tratamiento
- La salubridad de las ciudades,
- La circulación de mercaderías, de personas y
- Vigilar los productos y servicios que son consumidos diariamente
- Vigilancia de ambientes especiales (hospitales, laboral, etc.
- Vigilancia de las enfermedades transmisibles (Decreto 268)
- Vigilancia de enfermedades crónicas o no transmisibles
- Vigilancia de los factores de riesgo y de protección de la salud.
- Otras acciones que tenían todas ellas como finalidad la protección de la salud de la población.

En ese conjunto de reglas que disciplinaban comportamientos y relaciones, y en la fiscalización de su cumplimiento, se puede reconocer el origen de lo que hoy se denomina vigilancia sanitaria.

### **Fortalezas**

- Componentes básicos del abordaje existente en los sistemas de salud con sus normas protocolos y guías.
- Alto porcentaje de la población con acceso a los programas de salud.
- Conocimiento de la población sobre los problemas de salud.
- Reconocimiento de la salud como prioridad por parte de las demás instituciones.
- La existencia de una comisión interinstitucional e intersectorial
- Existencia de leyes, decretos y políticas de estado que transformen y modernicen los sistemas que apoyan a las actividades de salud, con participación intersectorial.
- Recurso humano capacitado, con experiencia y motivado.

### **Debilidades**

- Escasez de recurso humano, financiero y logístico para las acciones de prevención y control.
- Deficiencia en el cumplimiento de las normas, protocolos y guías.
- Poca disposición por parte del personal de salud.
- Desconocimiento de la magnitud de los problemas de salud por parte de la comunidad.
- Poca participación de la comunidad en las acciones de salud.

## **ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL**

Las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por distrito son:

- Arraján: Burunga, Playita de Bique y Loma Cová.
- La Chorrera: El lirio, Las Pavas y Arosemena
- Capira: Cirí de los Sotos, Tres Hermanas, Rio Indio, Sta. Rosa, Claras Arriba.
- Chame: Manglarito
- San Carlos: Mata ahogado, los Llanitos y Guayabito.

**Comunidad de Boyála (Loma Cová)**



El tiempo que demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana varía de acuerdo a la estación del año (lluviosa o seca), así como del medio de transporte utilizado.

DISTRITO	Comunidad/Lugar Poblado	Distancia a instalación más cercana (tiempo)	distancia a instalación más cercana (Km)	Transporte utilizado	Costo (por persona) B/.
<b>ARRAIJAN</b>	Sectores de Burunga, Playita de Bique, Loma Cová	45 min	7.2-11.1	auto	B1/3.00
<b>CAPIRA</b>	Rio Indio, Sta. Rosa, Claras Arriba.	1-3 horas	28.7 - 34.7	Pick up, caballo	B1/3.00- B1/5.00
<b>CHAME</b>	Manglarito, Pta. Chame	1-1:30	21-26	auto	B1/3.00
<b>LA CHORRERA</b>	Las Pavas			Pick up, bote	B1/3.00- B1/7.00
<b>SAN CARLOS</b>	Mata ahogado		27.1	Pick up, caballo	B1/5.00

Las distancias existentes entre las instalaciones de salud con personal más cercana y estas comunidades podrían variar desde horas, ya que en las mismas no se cuentan con transporte permanente y las carreteras de acceso en mal estado.

Ejm: Las Pavas-Hospital Nicolás A. Solano 2.5 horas

## COMPLEJIDAD DE LA RED

La Región de Salud de Panamá Oeste está compuesta por una red pública de atención con un total de 81 Instalaciones distribuidas de la siguiente manera: 45 Puestos de Salud, 10 Sub Centros de Salud, 1 CAPPs, 1 Centro de Promoción, 10 Centros de Salud, 5 ULAPS, 3 Policlínicas, 3 MINSAs-CAPSi y 1 Hospital Regional de Segundo Nivel que cubre la demanda de la Red Primaria del Ministerio de Salud y La Caja de Seguro Social.

### TOTAL DE INSTALACIONES DE SALUD, EN PANAMA OESTE, 2017

DISTRITO	PROVINCIA			CSS			MINSAs						
	MINSAs	CSS	TOTAL	ULAPS	CAPPs	POLICLINICA	HOSPITAL	CENTRO REINTEGRA *	MINSAs-CAPSi *	CENTRO DE PROMOCIÓN	CENTRO DE SALUD	SUBCENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD
<b>TOTAL</b>	72	9	81	5	1	3	1	2	3	1	10	10	45
<b>ARRAIJÁN</b>	5	4	9	2	1	1	0	0	1	0	2	1	1
<b>CAPIRA</b>	20	1	21	1	0	0	0	0	0	1	2	4	13
<b>CHAME</b>	13	0	13	0	0	0	0	1	0	0	2	0	10
<b>LA CHORRERA</b>	22	2	24	1	0	1	1	1	2	0	3	1	14
<b>SAN CARLOS</b>	12	2	14	1	0	1	0	0	0	0	1	4	7

\* Actualmente no se ha inaugurado el MC de Puerto Caimito (litigio) y los Reintegra están finalizando su construcciones.

Con base a los niveles de atención, las instalaciones de la red pública regional de salud y su caracterización con respecto a la complejidad tanto del MINSAs como de la CSS, el 92% pertenecen al I Nivel de Atención y el 8% al II Nivel de Atención; de las mismas el 89% están bajo la responsabilidad del MINSAs y el 11% a la CSS. En cuanto al II Nivel el 25% pertenece al MINSAs y el otro 75% a la CSS.

Los horarios de atención el 100% de las Instalaciones brindan atención en horario de 7:00 am-3:00 pm, sin embargo los Centros de Salud (Capira, Bejuco y Artemio Jaén) laboran en horario extendido; las policlínicas de la CSS y el Hospital Regional Nicolás A. Solano brindan atención de urgencias con sus servicios de apoyo las 24 horas.

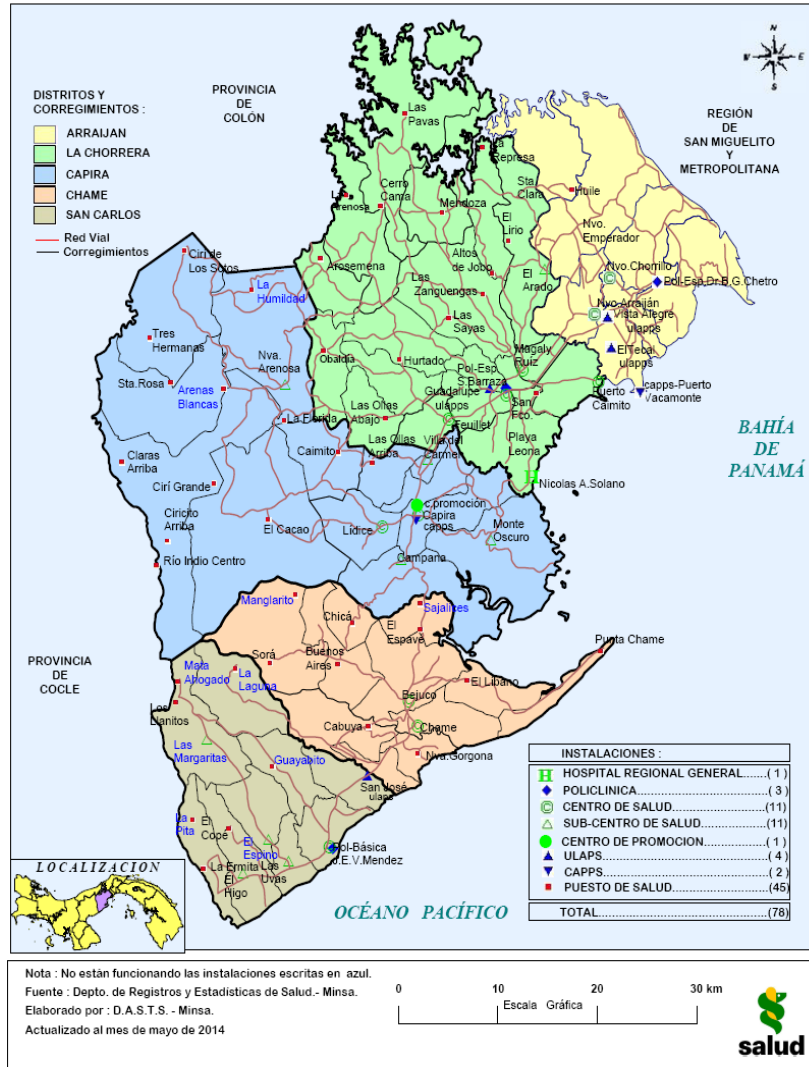
La red de servicios esta sectorizada basándose en una cantidad determinada de población de responsabilidad, en un espacio geográfico a la que se asignan una oferta sostenida de atención en una instalación de salud, de acuerdo al lugar de residencia o trabajo y otros criterios, con el propósito de conseguir la máxima operatividad y eficacia en la provisión de los servicios de salud.



Entre los criterios aplicados para la sectorización están:

- Facilitar el acceso a los servicios de salud
- Racionalizar la utilización de los recursos de salud
- Sistematizar el proceso de toma de decisiones
- Facilitar el proceso de atención programada
- Canalización de la demanda

## INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, PANAMÁ OESTE AÑO: 2015



Los equipos básicos de salud se integran a los establecimientos de salud, a través de coordinaciones internas para el monitoreo y seguimientos dirigidos por el director del centro de salud, donde la comunidad se incorpora en el momento que se le solicita.

Los equipos básicos de APS están constituidos por el Médico, Enfermería, Odontología, Educador para la Salud y/o Técnico en Salud Ambiental; a las cuales se les asigna una zona

de responsabilidad, apoyados por el equipo de atención complementario como son: Laboratorio, Farmacia, Trabajo social y Profesionales especialistas.

Convencionalmente, la disponibilidad de los equipos básicos se ha calculado de acuerdo al número de trabajadores por mil o 10 mil habitantes, incluyendo, generalmente, sólo tres categorías ocupacionales del conjunto de la fuerza de trabajo en salud (médicos, enfermeras y odontólogos). Sin embargo, esta proporción no refleja la real disponibilidad a nivel regional, urbano-rural, y por tipo de población, por lo que este indicador se considera inicialmente para efectos de contar con una referencia general sobre la disponibilidad de recursos humanos y hacer comparaciones globales entre los países de América Latina, el Caribe, y de otras latitudes

La cartera de servicios y programas que se ofertan a la población desarrolla estrategias de promoción de la salud, de vigilancia y control de factores de riesgo, de prevención de enfermedades y diagnóstico precoz, de apoyo para el auto-cuidado; y servicios de atención de morbilidades, rehabilitación, atención paliativa y domiciliaria; los mismos se asignan para asumir y facilitar la atención sanitaria y las prestaciones básicas correspondientes a su nivel de atención y debe responder a las necesidades de Salud colectivas e individuales de su población de responsabilidad.

### **CARTERA DE SERVICIOS Y UNIDAD DE PRODUCCIÓN PARA LA RED FIJA**

<b>PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA</b>	
<b>Promoción de estilos de vida saludables en la población</b>	Sesiones educativas realizadas
<b>Promoción de la Salud</b>	Sesiones educativas realizadas
<b>Promoción de Salud Ambiental, Ambientes Laborales, Escolares y Comunitarios Saludables</b>	Sesiones educativas realizadas
<b>Promoción de Salud Ambiental, Ambientes Laborales, Escolares y Comunitarios Saludables</b>	Visitas realizadas
<b>Capacitaciones de promoción de la salud.</b>	Capacitaciones realizadas
<b>Capacitaciones de promoción de la salud.</b>	Personas capacitadas
<b>Organización y reorganización de grupos comunitarios.</b>	Grupos organizados.
<b>Organización y reorganización de grupos comunitarios.</b>	Redes organizadas.
<b>Organización de juntas administradoras de acueductos rurales</b>	JAA organizadas
<b>Información a la comunidad sobre factores protectores a la salud y prevención de riesgos y daños a salud</b>	Vallas instaladas
<b>Comunicación para la Salud y mercadeo social</b>	Materiales impresos distribuidos (Trípticos, afiches y volantes).



	Artículos periodísticos publicados
	Anuncios radiales y televisivos presentados
	Campañas educativas realizadas
	Ferias de salud realizadas
	Investigaciones realizadas
<b>PROGRAMAS DE SALUD INTEGRAL, DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.</b>	
<b>Epidemiología</b>	
<b>Vigilancia Epidemiológica</b>	Investigaciones Epidemiológicas
<b>Niñez y Adolescencia</b>	
<b>Inmunización</b>	Dosis aplicadas
<b>Control Infantil ( de 0 a menores de 5 años)</b>	Consultas y/o actividades
<b>Escolar (de 5 a 14 años)</b>	Consultas y/o actividades
<b>Adolescentes (de 15 a 19 años)</b>	Consultas y/o actividades
<b>Salud Sexual y Reproductiva</b>	
<b>Toma de Papanicolaou</b>	Consultas y/o actividades
<b>Colposcopia</b>	Estudios
<b>Planificación familiar</b>	Consultas y/o actividades
<b>Control prenatal</b>	Consultas y/o actividades
<b>Control de Puerperio</b>	Consultas y/o actividades
<b>Clínica de embarazo de alto riesgo</b>	Consultas y/o actividades
<b>Inmunización de la embarazada</b>	Dosis aplicadas
<b>Salud de Adultos</b>	
<b>Salud de adultos de 20 a 59 años</b>	Consultas y/o actividades
<b>Salud de adultos de 60 y más años</b>	Consultas y/o actividades
<b>Control y seguimiento a Manipuladores de Alimentos y operarios de establecimientos de interés sanitario</b>	Consultas y/o actividades
<b>Higiene Social</b>	Consultas y/o actividades
<b>Inmunización del adulto</b>	Dosis aplicadas
<b>Control y Cesación del consumo de tabaco</b>	Consultas y/o actividades
<b>Control de VIH-SIDA</b>	Consultas y/o actividades
<b>Control de Tuberculosis</b>	Consultas y/o actividades
<b>Control y Tratamiento para Leishmaniasis</b>	Consultas y/o dosis aplicadas

<b>Extensión de Cobertura (ver la cartera de prestaciones priorizadas de las UBAS)</b>	Consultas y/o actividades
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN</b>	
<b>Medicina General</b>	Consulta
<b>Medicina Familiar</b>	Consulta
<b>Ginecología-Obstetricia</b>	Consulta
<b>Pediatría</b>	Consulta
<b>Psiquiatría</b>	Consulta
<b>Odontología</b>	Consulta y/o actividades
<b>Enfermería</b>	Consultas y/o actividades
<b>Psicología</b>	Consultas y/o evaluaciones
<b>Trabajo Social</b>	Consultas y/o actividades
<b>Nutrición</b>	Consulta y/o actividades
<b>Fisioterapia</b>	Sesiones
<b>Terapia ocupacional</b>	Sesiones
<b>Terapia de la voz/ Audición y lenguaje</b>	Sesiones
<b>Electrocardiograma</b>	Estudios
<b>Mamografía</b>	Estudios
<b>Ultrasonido</b>	Estudios
<b>Fonoaudiología</b>	Sesiones y/o actividades
<b>Imaginología</b>	Estudios y Placas.
<b>Telemedicina</b>	Consultas
<b>Inhaloterapia</b>	Nebulizaciones
<b>Laboratorio clínico</b>	Análisis y Estudios
<b>Farmacia</b>	Medicamentos despachados
<b>Urgencia</b>	Consultas y Procedimientos quirúrgicos menores
<b>Atención Domiciliaria</b>	Consulta y/o actividades
<b>PROGRAMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS DEL MEDIO AMBIENTE.</b>	
<b>Salud ambiental y Calidad Sanitaria del Ambiente.</b>	Inspección de viviendas y establecimientos de interés sanitario.

	Inspección y control de sistemas de disposición y manejo de desechos peligrosos y no peligrosos y residuos o basura.
	Control de ruidos,
	fuentes contaminantes, plaguicidas,
	ambientes libre de humo de tabaco y
	Radiaciones ionizantes.
<b>Construcción de letrinas</b>	Letrinas construidas
<b>Inspección de alcantarillados</b>	Alcantarillados inspeccionados
<b>Inspección de plantas de tratamiento aguas residuales</b>	Plantas de tratamiento inspeccionadas
<b>Atención de quejas sobre la mala inspección de excretas y aguas servidas</b>	Quejas atendidas
<b>Construcción de pozos excavados y perforados</b>	Pozos excavados y perforados construidos
<b>Construcción de acueductos rurales</b>	Acueductos rurales construidos
<b>Inspección y mejoras de acueductos</b>	Acueductos mejorados y/o inspeccionados
<b>Instalación de sistemas de desinfección de agua</b>	Sistema de cloración de agua instalados
<b>Toma de muestra de agua para análisis</b>	Muestra de agua tomadas
<b>Vigilancia sanitaria a establecimiento de plantas de procesamiento y/o manipulación de alimentos</b>	Inspecciones sanitarias realizadas
<b>Permisos sanitarios de operación a establecimientos</b>	Establecimientos con permisos sanitarios de operación
<b>Toma de muestra de alimentos para análisis de laboratorio</b>	Muestras tomadas para análisis
<b>Vigilancia de la disposición final de desechos peligrosos tratados</b>	Inspecciones de la disposición de desechos
<b>Vigilancia de los niveles de emisión</b>	Áreas evaluadas
<b>Vigilancia y evaluación de los niveles de ruidos ambientales</b>	Áreas evaluadas
	Establecimiento que producen contaminación acústica
<b>Control y evaluación de partículas en suspensión y detección de gases en el ambiente</b>	Áreas evaluadas
<b>Vigilancia y control de los plaguicidas de uso doméstico y agrícola</b>	Casos con intoxicación de plaguicidas

	Casas con buen almacenamiento de plaguicidas y equipos
	Personas que utilizan equipo de protección adecuada
<b>Evaluación y control de factores de riesgos en los ambientes de trabajo</b>	Inspecciones sanitarias realizadas en ambientes de trabajo
	Establecimientos con ambientes de trabajo no adecuado
<b>Atención de quejas</b>	Quejas atendidas y solucionadas
<b>Vigilancia y control de vectores y plagas</b>	Inspecciones sanitarias realizadas a locales y viviendas
<b>Tratamiento antipalúdico</b>	Dosis aplicadas.



Las tarifas mediante las cuales se ofrecen los servicios en las instalaciones del MINSA oscilan entre los BI/. 0.50 y BI/.2.00 para la atención y para tener acceso a los servicios de apoyo se establecen tarifas económicas distintas (sí el usuario no cuenta con la disponibilidad de pago se le realiza una evaluación socio-económica y se procede a prestar el servicio); estas tarifas incluyen la atención para usuarios no asegurados (los asegurados son atendidos mediante el Convenio de Compensación de Costos para la Provisión de Servicio de Atención de Salud) y es aplicable a usuarios que no se incluyen en la Ley de Gratuidad.

Mientras que en las instalaciones de la Caja de Seguro Social los asegurados tienen derecho a recibir:

- Atención hospitalaria.
- Medicamentos.
- Atención odontológica.
- Servicios de radiología y laboratorio.

Estos servicios pueden ser brindados en las instalaciones propias de la Caja de Seguro Social o en las instalaciones que la misma contrate. No obstante, la misma ley prevé que la Institución podrá reglamentar la amplitud de los servicios que conceda, a través de un reglamento de Prestaciones Médicas. Los pensionados y jubilados pueden recibir un reembolso por la adquisición de lentes y prótesis dentales de la mitad del gasto en que incurran. La población no asegurada que acuda a recibir atención a la CSS pagará tarifas económicas dependiendo el servicio, siempre y cuando no sea beneficiario por la Ley de Gratuidad.

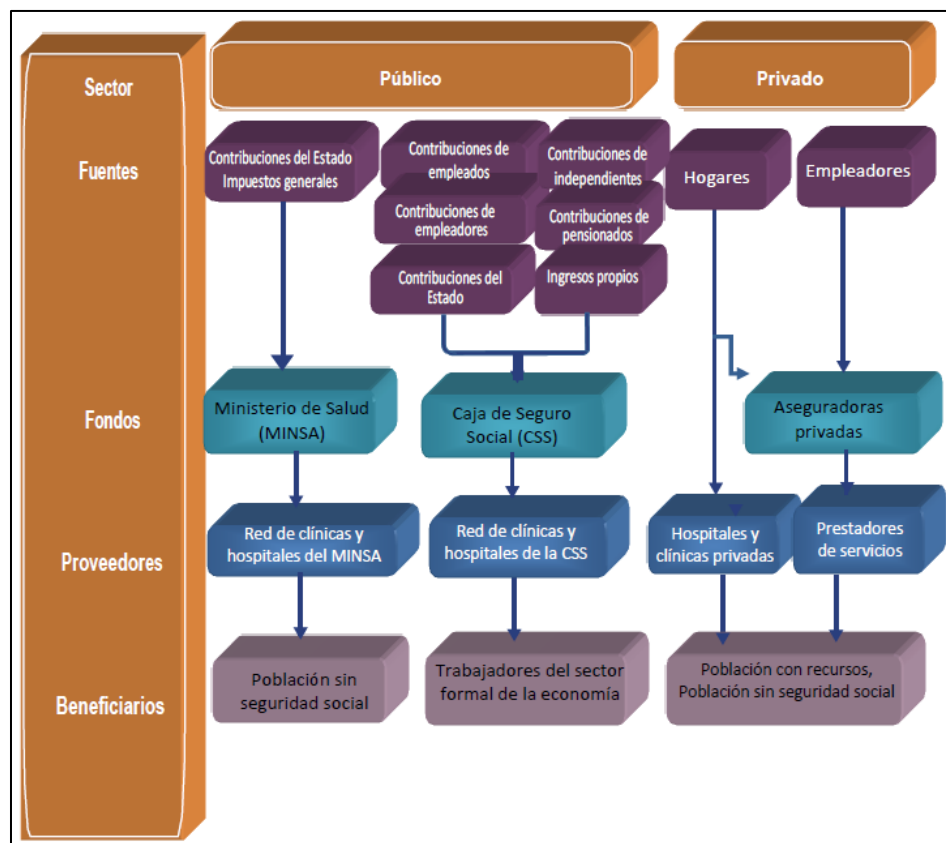
Para la prestación de servicios de salud se aplican en cada una de sus instalaciones y áreas Normas técnico-administrativas y Protocolos de atención, con el objetivo de tener guías y lineamientos de abordaje, podemos mencionar: protocolos de atención en los servicios de urgencia, enfermería, odontología y servicios médicos. Estas normas deben ser revisadas anualmente y realizar los correctivos necesarios para la mejor atención.

La red de servicios del MINSA con la de la CSS se articula con una red de instalaciones de primer y segundo nivel de atención, no obstante, esta debe ajustarse al principio de utilización racional de los recursos institucionales de manera eficiente y eficaz, entendiéndose por esto, la no duplicación de los servicios, y en consecuencia la contención de sus costos de atención, sin embargo no existe consenso en la aplicación de la Red de Servicios MINSA – CSS.

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

Se requiere de la formalización y firma de un convenio MINSA – CSS que exprese acuerdos Institucionales de Carácter Legal y operativa para la integración del Sistema de Salud Regional Integrada de Provisión de Servicios y la aplicación del Nuevo Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ambiental

### SISTEMA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



El sector público y el sector privado, prestan servicios a segmentos diferenciados de población. Este escenario donde diferentes subsistemas coexisten con distintos mecanismos de financiamiento, afiliación y provisión genera la segmentación. De igual manera, la existencia de múltiples agentes que se superponen y operan sin coordinación e integración dentro del sistema de salud induce a la fragmentación; así como a la separación de las funciones del sistema de salud. Esto aumenta el costo de atención de salud y obstaculiza la asignación eficiente de recursos dentro del sistema.

Ambos fenómenos, repercuten en el incremento de gastos de administración, la reducción del tamaño de beneficiarios y en el logro de la equidad y de la eficiencia. Asimismo, han impactado en las asimetrías que se observan en los procesos de descentralización; por el surgimiento de nuevos actores públicos y privados en el sector salud, progresivo aumento en la participación de los seguros privados; y un marcado deterioro de la salud pública.

No existe en la Región una real articulación de la red informal con los servicios de salud, a pesar que se brinda capacitación y monitoreo a parteras tradicionales no se ha recibido el impacto esperado.

El paciente entra al sistema según sus necesidades de salud y es referido de acuerdo a la severidad de la patología al nivel de atención correspondiente, de acuerdo a protocolos de atención establecidos.

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

El mecanismo para el flujo de pacientes a lo interno de los Centros de Salud, es regulado y supervisado por cada Instalación y otra se logra ordenadamente haciendo uso del sistema de Referencia – Contrarreferencia el cual consiste en un formulario de cuatro hojas de colores que deben ser llenadas por el médico y cuyo destino es el siguiente:

Hojas verde queda en el expediente del paciente referido con las hojas de color blanco, amarillo y rosado El especialista se queda con las hojas amarillo y rosado, y envió al paciente de regreso a su Centro con la Contrarreferencia ya contestada en la hoja blanca.

La hoja amarilla reposará en los archivos de la Instalación receptora de la Referencia, la hoja rosada se enviará al Departamento de P.S.S. para su evaluación.

No hay un mecanismo definido en el proceso de Referencia y Contrarreferencia entre el segundo y tercer nivel de atención; se utiliza el mismo formulario que se emplea a nivel regional; sin embargo este sistema a este nivel no es efectivo ni eficiente pues no hay supervisión en el flujo de las Referencias.

El sistema de referencia – contra referencia a pesar de considerar la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias, el mismo no es funcional.

En Panamá Oeste se utiliza el SURCO, el mismo está legalizado mediante la Resolución #422 del 9 de diciembre del 2003 del MINSA. La principal dificultad que incide en el funcionamiento efectivo del SURCO es que no hay contrarreferencia del hospital ni de los especialistas.

El 85% de las Instalaciones del MINSA necesitan mejoras en las estructuras físicas, entre estas reposiciones, ampliaciones y adecuaciones acordes al aumento de la población y cartera de servicios. Sin embargo, en la mayoría se cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad como rampas de acceso y pasillos amplios, no así en baños adecuados.



En Panamá Oeste se encuentra actualmente en construcción dos proyectos de Centros Reintegra, pero no se cuenta con censo actualizado de la población de discapacitados.

### **BOLSONES DE DESPROTEGIDOS**

El foco principal se localiza en el área de Loma Cová, entre los principales riesgos que los afectan están: las enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición y enfermedades reemergentes y las asociadas con el ambiente.

### **COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO POR DISTRITOS**

DISTRITO /CORREGIMIENTO	NACIMIENTOS OCURRIDOS	B.C.G.		PENTAVALENTE		POLIO		ROTA VIRUS	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL REGIONAL 2/</b>	<b>10,392</b>	<b>5,356</b>	<b>51.5</b>	<b>8,064</b>	<b>77.6</b>	<b>8,075</b>	<b>77.7</b>	<b>8,409</b>	<b>80.9</b>
<b>DISTRITO DE ARRAIJAN</b>	<b>4,804</b>	<b>1,621</b>	<b>33.7</b>	<b>3,397</b>	<b>70.7</b>	<b>3,390</b>	<b>70.6</b>	<b>3,623</b>	<b>75.4</b>
<b>DISTRITO DE CAPIRA</b>	<b>716</b>	<b>525</b>	<b>73.3</b>	<b>677</b>	<b>94.6</b>	<b>680</b>	<b>95.0</b>	<b>681</b>	<b>95.1</b>
<b>DISTRITO DE CHAME</b>	<b>461</b>	<b>330</b>	<b>71.6</b>	<b>429</b>	<b>93.1</b>	<b>431</b>	<b>93.5</b>	<b>461</b>	<b>100.0</b>
<b>DISTRITO DE LA CHORRERA</b>	<b>4,107</b>	<b>2,755</b>	<b>67.1</b>	<b>3,310</b>	<b>80.6</b>	<b>3,323</b>	<b>80.9</b>	<b>3,362</b>	<b>81.9</b>
<b>DISTRITO DE SAN CARLOS</b>	<b>304</b>	<b>125</b>	<b>63.2</b>	<b>251</b>	<b>82.6</b>	<b>251</b>	<b>82.6</b>	<b>282</b>	<b>92.8</b>

Los cambios han sido pocos, debido a que se ha centralizado en algunos recursos humanos el procedimiento de reclutamiento, asignación a puestos de trabajo, y número de trabajadores, sin embargo se han introducido mecanismos de orientación al recurso de primer ingreso, con el apoyo del personal técnico de cada disciplina con el aporte de documentación manual, elaborado por cada uno de ellos y con pasantías entre 1 a 5 días de orientación.

Los recursos que sirven en la red informal de salud (parteros) se capacitan semestralmente en la región de salud y es supervisada por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Las actualizaciones técnicas administrativas se actualizan a través de planes, cronogramas de capacitación continua y permanente mensualmente con duración de 4 horas, 4 días de atención en el centro de salud, un día de visitas a la comunidad o programa escolar y las giras se programan según estación del año en relación a los lugares lejanos.

Las decisiones tomadas por el equipo de salud son basadas en las necesidades y prioridades que el EBS identifica en los diagnósticos realizados por zona sanitaria de la cual elaboran sus planes de acciones.

El equipo de salud determina los costos de atención basados en los análisis de costos de producción de los servicios y los de mayor peso son los servicios personales (85% en salarios).

Las tarifas existentes no contemplan los costos reales de los servicios, ya que se fijan tarifas estimada para que sean accesibles a la población.

Los costos estimados no se utilizan en el proceso de compensación de costos pactado con la CSS, ya que las mismas no responden a los costos reales de la atención; lo que lleva a la CSS a desembolsar un monto anualmente por la atención de sus pacientes basados en una cartera consensuada, de los servicios que la CSS no tiene capacidad resolutive en Panamá Oeste.

En nuestra región existen entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, principalmente de enfermería, otras profesiones se trasladan a la ciudad capital para realizar su formación.

Entre las acciones del MINSA para mejorar el desempeño en la evaluación de las FESP están como primer paso la elaboración consultiva y participativa de un análisis situacional de salud, determinar las limitantes y las estrategias para mitigar las debilidades involucrando a todos los actores.

## LOS INSUMOS SANITARIOS

A nivel regional contamos con 23 farmacias funcionando en el sector público distribuidas de la siguiente manera: 1 Hospital Nicolás A. Solano, 3 Policlínicas, 2 MINSA- CAPSI, 10 Centros de Salud, 5 ULAPS, 1 SubCentro de Salud y 1 CAPPs; y no contamos con farmacias comunitarias; todas en pleno conocimiento de la Resolución No.632 de 2009 "Por medio de la cual se adopta la Política Nacional de Medicamentos".

Igualmente se conoce sobre la existencia de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) como estrategia para favorecer el acceso universal, con equidad e igualdad a los medicamentos y promover su uso racional. Dentro de ésta no se conoce sobre el avance en la elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales y especializados.

Actualmente existe un listado regional de medicamentos, médico-quirúrgicos, laboratorios, odontología, Imagenología que considera los niveles de atención (complejidad) en medicamento de uso Hospitalario, Centro de Salud, Sub-Centros y Puestos de Salud, el mismo está compuesto de 346 renglones, de los cuales los 341 están disponibles para uso a nivel Hospitalario, 290 a nivel de Centro de Salud, y 80 a nivel de Sub-Centro y 30 a nivel de Puesto de Salud. Son utilizados por los Médicos que consideren necesarios su restricción a un paciente y por indicaciones y seguimiento de las órdenes dadas por los Especialistas de Nivel de mayor grado de complejidad.

En la Región de Salud Panamá Oeste se conoce y utiliza la herramienta LSS/SUMA desde el año 2009, para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, Imagenología en el almacén regional de Insumos Sanitarios.

Los informes generados por LSS/ Suma son utilizados para la toma de dediciones gerenciales, tales como existencias, salidas generadas, inventario por Insumos, fechas próximas de vencimientos, Insumos con nada o poco rotación en un período de tiempo.

Los esquemas de distribución y/o entrega de Insumos son útiles para facilitar el acceso a los Medicamentos, Médico Quirúrgico, Laboratorio, Odontológico, a los grupos poblacionales de nuestra responsabilidad. El flujo de distribución de esos Insumos desde el Almacén Regional se origina con la solicitud que elabora cada unidad ejecutora (Centro, sub-Centros o Puestos de Salud). En dichas distribuciones se contempla la disponibilidad para 2 meses insumos, evitando los trámites mensuales y optimización de los pocos recursos.

A su vez cada Coordinación evalúa las solicitudes las cuales son remitidas posteriormente al Almacén Regional para su despacho y entrega dentro de los primeros 5 -10 días del mes.

También se utilizan formatos de consumo diario en el área de Farmacia de las instalaciones; los mismos se utilizan como herramienta, para la toma de decisión en la estimación de necesidades.

Los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapia no están activos, debido a la falta de recurso humano para apoyar y llevar los procesos que estos demandan.

Igualmente, se aplican protocolos de tratamiento estandarizado para las patologías prevalentes como es en el caso de TBC.

Hasta el momento no existe información disponible sobre los profesionales, horarios, ni sus disponibilidades en el sector privado.

Las farmacias de la red de Salud Pública de Servicios de Salud (MINSAL) está compuesta por 10 Centros de Salud y 2 Minsal-Capsi, de los cuales solo 2 (Burunga, Magally Ruíz y Capira) cuentan con Farmacéutico.

El horario de atención de estos profesionales es de 7:00 a.m. – 3:00 p.m. de lunes a viernes. Durante la falta del Farmacéutico el servicio es cubierto por personal Asistente de Farmacia.

El resto de los Centros de Salud (9) en su totalidad son Asistente de Farmacia bajo la supervisión del Coordinador Regional de Farmacia.

El laboratorio del Hospital Reg. Nicolás A. Solano cuenta con el servicio de Banco de Sangre, sin embargo no contamos con la información disponible sobre el número anual de donaciones de sangre.

A nivel del MINSAL existen 8 laboratorios clínicos (7 en el I nivel y 1 en el II nivel), y 1 laboratorio de agua y alimentos funcionando. Panamá Oeste no cuenta con laboratorio de referencia.

Los costos de los medicamentos son uniforme para los usuarios a lo largo de todas las Farmacias de la Red de Servicios, además se cumple las normativas establecidas en las leyes de gratuidad según el Decreto Ejecutivo # 546 y la Ley # 42 del 27/8/1999 de Discapacidad.

El usuario que no puede costear sus medicamentos se le realiza una evaluación Socio-Económica que le permite acceder a sus Tratamientos

Los criterios de las tarifas del costo de los Medicamentos para los usuarios se definen utilizando el precio de referencia del valor del producto adquirido mediante las licitaciones llevadas a cabo a Nivel Nacional. Este costo es el que se transfiere al usuario y las ganancias generadas por este rubro son manejados en su totalidad por la instalación de Salud por lo que el margen de ganancia sería total.

El laboratorio de referencia definido para citología es en el Hospital Nicolás A. Solano.

La adquisición de Medicamentos a nivel Regional se prioriza en base a la disponibilidad presupuestaria existente en el momento, posteriormente se toma en cuenta las morbilidades más frecuentes y la necesidad de los medicamentos más utilizados o demandados por la población y contenidos en la lista Básica de Medicamentos.

## FOTOGRAFÍA N° 4

- Lista de Espera
- Horario de Servicios
- Mecanismos para la medición de la satisfacción del cliente
- Control de Calidad



## **FOTOGRAFÍA N° 4**

### **SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

#### **LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA**

Actualmente se cuenta con dos quirófanos en el HRNAS (1 programados y 1 para urgencia) aunque se mantiene quirófano disponible, pero por déficit de recurso humano no se pueden habilitar. La mora quirúrgica actual se mantiene en el servicio de Gineco-Obstetricia. Se mantiene un registro y control efectivo, solo con una limitante: aquellas personas de áreas de difícil acceso que no se les puede contactar si hubiese el caso de omisión, para evitar los gastos.

El mayor número de usuarios en espera por la atención demandada se concentran en el servicio de ortopedia, cardiología y medicina interna.

No se lleva un registro de rechazo de pacientes a nivel de MINSA, sin embargo conocemos que se realiza la práctica por falta de recurso humano.

La mayor proporción existente de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención se concentra en los Distritos de San Arraiján y La Chorrera que son los más densamente poblados.

Entre los mecanismos utilizados para otorgar citas de medicina general y especializada están el centro de llamadas (CSS), citas y demanda espontanea (MINSA). Aunque es importante resaltar que el sistema de citas telefónicas de la CSS no le permite a las embarazadas acceder oportunamente a las citas

#### **HORARIO DE SERVICIOS**

Los servicios de salud se ofrecen en horario de 7:00 am-3:00pm de lunes a viernes (Consultas externa de hospital, Centros de Salud, policlínicas, ULAPS Y CAPPS); con servicios de urgencia las 24 horas en Hospital y Policlínicas y algunos Centros con horario extendido. No se ha recibido alguna insatisfacción por parte de los usuarios por el horario de atención.

Estas extensiones de horarios se llevaron a cabo después de recibir propuestas por parte de la comunidad y mediante la producción de las instalaciones, y se concretó la prolongación de las horas y días (feriados) de funcionamiento de las instalaciones.

## **MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE**

La Satisfacción del usuario la medimos por medio de buzones de sugerencias y encuestas (tipo cerradas).

El 95% de establecimientos aplica mensualmente encuestas de satisfacción del usuario, buzón de sugerencias, centro de llamadas u otras. Las recomendaciones recibidas son utilizadas para mejorar los servicios y la atención de salud.

Las auditorias sociales se realizan en los proyectos de red fija y red itinerante, los resultados se comparten primeramente en la instalación auditada y posteriormente al resto del equipo multidisciplinario para buscar estrategias y mejorar los hallazgos.

## **CONTROL DE CALIDAD**

Se realizan Auditoria de Expedientes con el objetivo de monitorear permanentemente el cumplimiento de las normas sobre el llenado adecuado de los expedientes y realizar recomendaciones para mejorar los mismos.

Se estableció un Comité Regional de Calidad con el objetivo de realizar monitoreo frecuentemente a las instalaciones de responsabilidad con respecto a las Normas y protocolos para tener un ambiente laboral acorde y brindar un servicio a la población con la mayor calidez posible; el impacto no fue el esperado, ya que, el mismo se inactivó y por la falta de recurso humano no se le logro dar el seguimiento adecuado.

En nuestra Región se 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, los mismos se utilizan para la toma de decisiones y planteamiento de estrategia para mejorar los servicios de salud.

Cada departamento ha desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios llevando controles de sus indicadores y a la vez se monitorea con el departamento de planificación y calidad.

Entre los instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos están la revisión de expediente por parte médica y de enfermería, realizado por la sección de monitoreo y evaluación del Departamento de Provisión de los Servicios, igualmente el comité de calidad da seguimiento a los indicadores de calidad periódicamente y aplicación del instrumento de optimización del desempeño y la calidad.

Los mecanismos para la canalización de reclamos y adjudicación de quejas están bien definidos, se cuenta con la modalidad para quejas directas y por escrito, igualmente se cuenta con el sistema 311, con todas las facilidades para exponer su opinión.



## FOTOGRAFÍA N°5

Comités, ONG's, Clubes Cívicos,  
Iglesias, Otros.



## FOTOGRAFÍA N°5

### ACTORES Y RED SOCIAL

La comunidad se organiza en Comité de Salud, Promotores Comunitarios para apoyar la gestión y oferta de servicios de salud.

Entre las organizaciones comunitarias que apoyan las acciones de salud tenemos:

Organización Comunitaria	Número
Comité de Salud	97
Juntas Administradoras	180
Iglesias	9
ONGs	4
Clubes Cívicos	8
Organizaciones de pacientes (Capítulo de APADI) Pmá. Oeste	1
SICAMOCH (Transportistas)	1
Grupos de 3era. Edad	8
Grupo de Adolescentes	9
Grupos Cazamosquitos	51
Grupos Cazahumo	51

Estas organizaciones generan apoyo valioso a la labor de Salud en campañas y giras, donan equipos e insumos al Hospital y algunos centros de salud, además las juntas de agua y los comités de salud participan en administración y mantenimiento de los acueductos rurales; también colaboran divulgando de acciones de salud, contactar pacientes con PAP cervical y vacunas atrasadas.

En Panamá Oeste no se han realizado análisis de actores sociales.

El sector informal de atención en salud se caracteriza, principalmente, por un grupo de personas que proveen servicios de salud no calificados en su comunidad, integrados por curanderos o hierberos, sobadores, parteras y parteros tradicionales con capacitación y sin capacitación, se ubican principalmente en las áreas de difícil acceso en los Distritos de Capira y La Chorrera, en las comunidades: Tres Hermanas, Santa Rosa, Claras Arriba, Cerro Cama, Nueva Arenosa y Cacao.

En total hay 58 curanderos, los cuales se dedican a santiguar, curar ojo, dar sobijos, baños para curar pasmo y atender partos en casa. Utilizan plantas, raíces o productos derivados de animales.

De éstos curanderos, sólo 17 están capacitados y vinculados al sistema de salud, los cuales hacen control de embarazo, puerperio y orientación en cuidados del recién nacido y la importancia de la inscripción de éstos en el registro Civil.

Los sobadores se dedican a atender pequeñas fracturas y luxaciones.

La población que demanda mayormente sus servicios son Mujeres embarazadas, madres de menores de cinco años y población en general del área rural.

Se integran las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud por medio de la capacitación que se brinda a los parteros tradicionales para la atención a la embarazada. A éstos se les ha proporcionado un maletín y set para la atención del parto.

Entre las fortalezas y debilidades del equipo de salud de nuestra región para potenciar la red social de salud están:

### **Fortalezas**

- Existencia de un marco legal que favorece y regula la participación social.
- Hay credibilidad por parte de la comunidad en el Equipo de Salud.
- Se cuenta en la Región con grupos organizados y con disponibilidad para apoyar las acciones de salud.
- Existencia de equipos comunitarios capacitados (promotores comunales, promotores comunitarios, asistentes de salud y monitoras).
- El actual modelo de atención propicia la promoción de la salud y la participación social.
- Se cuentan con organizaciones extrasectoriales (ONGs) que proveen servicios de salud.

### **Debilidades**

- Deficientes mecanismos de comunicación y coordinación con la comunidad.
- Falta de incentivos para la participación comunitaria.
- Los equipos de salud no cuentan con transporte.
- Poco recurso humano capacitado en promoción de la salud.
- Escasa coordinación intersectorial.
- Persistencia de la departamentalización y fragmentación de tareas en salud.
- 

La estrategia de extensión de cobertura se percibe como buena, de acuerdo con los informes de auditoría social. La atención integral a la niñez con base comunitaria (monitoras) aún no se está realizando en la Región, está en proceso de captación y capacitación de las monitoras.

La población que pertenece a la Red de Oportunidades y los que son beneficiarios de los 125/65 considera que la atención de salud que reciben es regular, ya que tienen que desplazarse a los Centros de Salud y algunas veces no encuentran cupos. No se están realizando giras de salud a las comunidades y sólo se brinda promoción de la salud por parte de los promotores comunitarios.

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 percibe como un beneficio, aunque hay que considerar que a pesar de no mantener un presupuesto para el mismo, la atención se da en un 100%.

La mayoría de las personas entrevistadas indicaron que les parece bien la gratuidad establecida en los decretos y resoluciones, ya que hay muchas personas con bajos ingresos que no pueden acudir a las instalaciones de salud.

Estos decretos se aplican en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región; sin embargo, algunas personas señalaron que desconocían las leyes porque no se les ha hecho divulgación.



## FOTOGRAFÍA N° 6

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° 6**

### **PROYECCIÓN DE LA RED**

#### **ADECUACIONES DE LA OFERTA**

La promoción de la salud y la prevención de los daños forman parte de la concepción moderna de los modelos de atención y las nuevas formas de organización deben concebirse promocionando a través de equipos básicos de salud en las comunidades los principales temas priorizados y de los controles de salud de los diferentes grupos etáreos, para este rol juega un papel importante el educador para la salud y el técnico de ambiente.

Es necesaria la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud-enfermedad y se debe adecuar la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud por medio de la asignación de población de responsabilidad a cada equipo básico a través de la metodología de sectorización de la población de comunidades.

También 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, Grupos itinerantes, modelo de gestión por resultados en red fija de atención

Además nuestra Región utiliza como herramientas de divulgación de temas prioritarios medios de comunicación radial para mensajes de promoción de la salud, mensajes preventivos, control y vigilancia en salud a través de un programa radial llamado Salud en tu comunidad.

Igualmente se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel con la apertura de los MINSAs-CAPSi y segundo nivel de atención con la clínica de oncología en el Hospital.

Asimismo se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos de riesgo definidos como Las Clínicas de cesación de tabaco, Clínica de Heridas, Clínica amigable en el Centro de Salud Altos de San Francisco y Servicios Amigables para Adolescentes en 2 instalaciones de salud.

De la misma forma se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de vida en los Grupos itinerantes y en los centros de salud capitados.

La planificación de servicios en el nivel local se da analizando la demanda insatisfecha que acude a otras instalaciones de salud en busca de un servicio, para llevar a cabo esta planificación participa la comunidad, las autoridades locales y los representantes de salud aportando opciones para buscar alternativas viables para el sistema y la población.

La organización implica la definición de espacios poblacionales específicos en base a la división geográfica, segmentos poblacional (número de pobladores), identificación de riesgos y postergación y por clasificación socioeconómica. La participación de los diferentes actores sociales es escasa en algunos sectores.

En los grupos itinerantes están bien definidos estos espacios y en los centros capitados, sin embargo estamos trabajando en reorganizar la sectorización debido al crecimiento urbanístico y poblacional.

Con respecto a la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada, contempla los deberes y derechos del ciudadano y se enmarcan en la promoción y prevención en salud que el nuevo modelo de atención pretende fortalecer. Concientizar a la comunidad en la importancia de la salud y su deber para con él.

Hay que actualizar a los equipos de salud en los nuevos enfoques de promoción, prevención y rehabilitación para la prestación de servicios. Se requiere nuevo planteamiento del modelo de atención centrado en la promoción y prevención con nuevo enfoque y el modelo de gestión por resultados. Se requiere actualizar a los trabajadores de salud en los nuevos enfoques del modelo de atención y de gestión, proveerles de competencias técnicas con los nuevos enfoques y evaluar resultados. También es necesario mejorar la infraestructura así como también una capacitación continua y permanente del recurso humano con un sistema de evaluación e incentivo.

Para mejorar el desempeño se prefiere que en buen porcentaje los trabajadores de salud residan en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora y evitar situaciones de estrés por las largas filas en el tráfico de ida y retorno a sus lugares de trabajo que disminuye la calidad de vida de los trabajadores de la salud.

### **ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS**

La eficacia y calidad de las acciones son evaluadas periódicamente estableciendo metas evaluando resultados, preparando un equipo de expertos evaluadores, ofreciendo incentivos tangibles incluso económicos, trabajar con población censada y no con población estimada.

Las necesidades de salud de la población y la cartera de servicios son revisadas y adecuadas anualmente, tomando en cuenta los recursos disponibles

El modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental se dejó de aplicar por falta de supervisión y evaluación. Tanto del nivel nacional como regional.

Entre las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental debe realizarse un replanteamiento del modelo de atención centrado en la promoción y prevención y no en la enfermedad, pero

con efectividad en la ejecución, ya que muchas veces solo queda en el planteamiento y no se ejecuta.

Para mejorar la capacidad del sistema de urgencias en ésta región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial se requiere actualizar al personal técnico en la atención de urgencias, ya que, los niveles locales no están realmente preparados para la atención de verdaderas urgencias. En cuanto al II nivel de atención el hospital lleva el proceso de triage en el mismo se debe realizar las evaluaciones de funcionamiento y mejoramiento del mismo.

En cuanto a la capacidad del cuarto de urgencias del Hospital Nicolás A. Solano presenta como limitantes la falta de personal y ambulancias, la coordinación intersectorial es buena, sin embargo, el poder resolutivo con los mismos es relativo, ya que presentan las mismas debilidades.

En los niveles locales no se utiliza el TRIAGE (solo en contingencia), mientras que en el HRNAS el mismo sí se aplica en los casos de contingencia y la atención espontánea diaria, esto ha permitido mejor uso del cuarto de urgencia, aunque se evidencia la cantidad de pacientes que deben ser manejados en la atención primaria.

Los Proveedores públicos y privados NO están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios, esto dependerá de su capacidad instalada y de la cartera de servicios de cada uno y de lo establecido en la normativa del MINSA.

### **AMPLIACION DE COBERTURA**

La red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención debe organizarse de una manera coordinada, para complementarse unos con otros y poder brindar un servicio más completo sin antagonizarse unos con los otros.

La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en mayor número de días semanales en función de la demanda y del comportamiento poblacional tratando de reducir la brecha de inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud.

Las giras médicas integrales y las jornadas de atención primaria ambulatoria deben realizarse bajo las normas de atención del MINSA y tomando en cuenta criterios de accesibilidad, condiciones de pobreza de la población. Debe participar todo el equipo de salud.

Los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios odontología en los casos que se requiera y que la capacidad instalada lo permita, para ser incluidos en la cartera de servicios debe haber primeramente una demanda insatisfecha.



La estrategia de disminución de oportunidades perdidas no es una opción para ampliar coberturas, sino para cubrir metas de cobertura. Se aplica cuando se lleva un seguimiento del estado de salud de la población, a través del conocimiento en particular de la población (Padrón de Población de responsabilidad).

El mecanismo de coordinación establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales queda plasmado en el convenio de gestión y el reglamento operativo a través de los informes técnicos y administrativos mensuales, bimestrales, cuatrimestrales anuales e iniciales, así como toda comunicación por escrito. Además por las supervisiones tanto a la Sede del prestador como a los Equipos Básicos en el campo. También se establece coordinación con los directores de cada uno de los centros de salud del área en que se ejecutan o prestan los servicios.

La estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija se articula a través del seguimiento a las acciones de salud de los beneficiarios tanto por la red fija como la itinerante. Se articula reflejándose en los indicadores de desempeño de los grupos priorizados y en las coberturas tanto del nivel local como regional, también para no duplicar acciones de salud en las mismas áreas, igualmente para complementar servicios de salud como es el caso de incluir el servicio de odontología en algunas de las actividades de la red itinerante con la red fija. De la misma forma en casos de contingencia y se potencian los servicios de salud al contar con Equipos básicos de Salud adicionales a los de la red fija.

Los datos de cobertura de instalaciones de la CSS y el sector privado se integran a los del MINSA en lo que conciernen a enfermedades de notificación obligatoria y toma de PAP faltando los controles de salud y morbilidades.

Todavía no contamos con un sistema de información único, se están realizando esfuerzos para tener un sistema de salud unificado que nos pueda perfilar el estado de salud de la población en general y que no sea segmentado como lo tenemos actualmente, no obstante, todavía se requiere de grandes esfuerzos, coordinaciones y voluntad política para lograr este objetivo.

<b>COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD</b>									
	<b>Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)</b>			<b>Porcentaje de personas cubierto por el Estado (MINSA)</b>					
Periodos									
2000	257823								
2010	449633			225223			244410		
2012	470404			229487			240917		
Género	2000	2010	2012	2000	2010	2012	2000	2010	2012
Hombre	50.9	50.7	50.7	ND	51.1	51.2	ND	50.3	50.3
Mujeres	49.1	49.3	49.3	ND	48.9	48.8	ND	49.7	49.7
Base Poblacional									
Niños (menores de 1 años)	2.17	2.1	2.0	ND	2.1	2.0	ND	2.1	2.0
Niños de 1 a 4 años	8.3	8.4	8.1	ND	8.4	8.1	ND	8.3	8.0
Personas de 5 a 9 años	9.9	10.3	10.1	ND	10.5	10.2	ND	10.2	10.1
Personas de 10 a 14 años	9.7	9.3	9.2	ND	9.5	9.4	ND	9.1	9.0
Personas de 15 a 19 años	9.6	7.9	7.9	ND	8.0	7.9	ND	7.9	7.9
Personas de 20 a 59 años	52.4	54.3	54.1	ND	53.0	53.3	ND	55.1	55.7
Adultos mayores (65 años y más)	7.7	7.8	8.3	ND	8.6	9.2	ND	7.0	7.4

# FOTOGRAFÍA N° 7



# **FOTOGRAFÍA N° 7**

## **CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES**

### **ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO**

El rol de rectoría de la autoridad sanitaria en nuestra Región Sanitaria esta bajo la responsabilidad del MINSA, 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. Estas funciones se realizan planteando estrategias y velando por el cumplimiento de las mismas con la colaboración de las instancias correspondientes.

Se conoce la misión, visión, organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, CSS y algunas instalaciones del sector privado, aunque consideramos que el organigrama debe ser revisado para responder armónicamente a las necesidades y el funcionamiento efectivo de la organización.

En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria, para nuestro concepto cambiar el ordenamiento político-administrativo existente no es de gran beneficio, es decir la división ya creada, pero, sin entrar en ejecución de la Región Sanitaria de Arraján, puesto que no responde a las necesidades reales, ya que, lo que se necesita en realidad es fortalecer el sistema y no dividirlo.

El grado de avance en el proceso de descentralización de las regiones hacia los niveles locales y del primer nivel de atención es aún lento.

Este paso debe darse desde el nivel nacional, donde aún procesos que pueden hacerse más expeditos, persisten aplicándose con cierto grado de burocracia.

Para estos aspectos debe ser tomado en consideración los niveles locales, que le dan la atención directa a la comunidad, tomando en cuenta sus criterios técnicos de aplicación de las realidades de la ejecución de los programas internos y comunitarios.

La Estructura Orgánica debe guardar relación con los procesos Sanitarios. El modelo de Organización de la RSPO se basa en principio del trabajo de equipo en donde la Dirección Regional y la Sub-dirección se ubican en el nivel político; las oficinas de Asesoría, Legal, Relaciones Públicas, Personas con Discapacidad y OGIRD se ubican en el Nivel Asesor. En el Nivel de Fiscalización se encuentra la Oficina de Auditoría Interna.

El Departamento de Administración y Finanzas, DIS y Oficina de Recursos Humanos en el Nivel Apoyo.

En el Nivel Técnico El Departamento de Planificación de Salud, en el Nivel Operativo-Ejecutivo se encuentran los Departamentos de Provisión de los Servicios, Promoción de la Salud y Salud Pública.

En el Nivel Operativo encontramos el Hospital Regional Nicolás Solano, y el resto de instalaciones que componen la RISS.

Existen manuales de procedimientos administrativos, se aplican en las funciones de los sistemas administrativos a nivel regional y nivel local a través de todos los departamentos, tales como compras, almacén, transporte, tesorería, presupuesto y Contabilidad.

La coordinación con la CSS se da, a través de la información Epidemiológica, Estadística, y a través del Sistema Referencias y Contrarreferencias del asegurado en los diferentes niveles de atención. Esta coordinación debe darse bajo una Planificación organizada, y una coordinación de base económica, a través de la compensación de costos real, para la ejecución de acciones de Salud; en estos procesos deben participar todos los funcionarios de salud (planificación consensual).

La Planificación es el primer momento de coordinación, el cual debe darse en todo el proceso administrativo de los servicios de salud. Se establecen nexos de coordinación para:

- 1- Mejorar comunicación
- 2- Mejor dirección y control
- 3- Evitar eventualidades
- 4- Mejorar la eficiencia y efectividad.

## Fortalezas

- Recursos Humanos capacitado y sensibilizado con los problemas de salud, económicos y sociales de los moradores del distrito.
- El Recurso Humano la importancia de trabajo con la comunidad, en la comunidad y para la comunidad.
- Instalaciones de los centros de Salud en las comunidades, lo que le hace accesible la atención de salud a los moradores y conocer sus problemas sociales y ambientales.
- Personal reconoce su responsabilidad en incrementar el nivel de Salud de la población y el ambiente.
- Con poco recurso humano y con responsabilidad resolvemos problemas epidemiológicos que amenazan a la comunidad.
- Existencia de especialistas en familia en los centros de Salud.
- Sistema de referencia y contra referencia que empieza a funcionar.
- Políticas regionales abiertas que permiten la participación de recurso humano en las políticas de salud establecidas.
- Fortalecimiento en la Dirección de Recursos Humanos

## Debilidades

- Poco Recurso Humano para brindar Atención Biopsicosocial de los Individuos, familias comunidades.
- Sin actualizar la misión y la visión regional
- Prevalece la demanda de atención por morbilidad.
- Cumplimiento de horarios de parte de un recurso humano importante.
- Falta de definición clara de modelo de atención.
- Transporte insuficiente para las actividades comunitarias y para efectuar supervisión capacitante en los servicios locales.
- Falta de participación de la comunidad.
- Falta de personal para efectuar la demandas de extensión de horario, trabajo extra muros. Los conflictos e intereses políticos prevalecen en las acciones de salud.
- Demostración del personal.
- Falta de trabajo en equipo.
- Problemas de implementación de acciones de salud y ambiente, que no sean solo teóricas sino prácticas.
- Nuevo modelo, que realmente no se implementa por falta de recursos materiales y humanos.
- Falta de un buen sistema de información.
- Falta de Seguridad Social para el desarrollo de actividades comunitarias.

Las políticas de salud responden a las necesidades regionales, sin embargo no se destinan los recursos necesarios e indispensables para la ejecución de las mismas. La planificación operativa y presupuestaria se relaciona directamente con las políticas, objetivos estratégicos

y líneas de acción. El registro de los POA's en la plataforma del SIMEPLANS se lleva a cabo y se monitorea periódicamente.

El nivel central incide en el desempeño del nivel regional, ya que la burocracia administrativa retrasa demasiado los procesos, siendo este uno de los principales nudos críticos de las gestiones; igualmente la centralización influye, puesto que, la distribución de recursos no es acorde a las necesidades.

Las decisiones se toman basadas en administración por objetivos y se prioriza según diagnósticos y necesidades.

Existe un Departamento de Provisión de Servicios que ejerce las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de servicios: estos netamente relacionados a insumos, equipos y materiales, como también el análisis del usuario externo, (encuestas de calidad), la oferta de los servicios las referencias y las contrareferencias. Por otra parte participan en el mismo proceso según área de competencia el Departamento de Salud Pública que supervisa, evalúa y control del cumplimiento de las normas en la provisión de servicios dentro de los programas.

La instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región, son coordinadas por el Departamento de Planificación apoyadas por el resto del equipo regional de salud

Todos los centros de salud disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, aunque el acceso al servicio de internet es no adecuado, 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.

Aun en nuestra región, no se dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa, para la gestión clínica se ha implementado el uso del Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS), el LSS-SUMA (solo a nivel regional), para registro de ingresos y egresos de insumos sanitarios, estadísticas clínicas (SIES) todas las instalaciones cuentan con acceso a esta data.

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

En nuestra región se utiliza tele radiología, espirometría y electrocardiografía digital, estos avances tecnológicos benefician grandemente a la población, ya que, les brinda la opción de obtener diagnósticos de profesionales que no estén en la instalación acudida. Con la apertura de los MINSA-CAPSi también se incursionara en otros tipos de tecnología que impactará positivamente en la salud de la población en el I nivel de atención.



## FOTOGRAFÍA N°8

- Planificación Regional y Programación Local
- Presupuestación por Objetivos (DPO)
- Incentivos
- Sistema de Abastecimiento y Suministro
- Sistema de Información en Salud
- Catastro
- Equipamiento y tecnología



## **FOTOGRAFÍA N°8**

### **INSTRUMENTOS DE GESTIÓN**

#### **PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL**

La situación de salud es examinada anualmente para así determinar las brechas y las estrategias para minimizar las mismas. En dicho análisis participan todos los actores involucrados previamente identificados.

La planificación regional es participativa, el análisis mensual de los indicadores permite analizar la dinámica de los indicadores para mejorar la toma de decisión e involucra los distintos actores.

Existe un cronograma anual establecido de reuniones de equipo conductor, coordinadores regionales, gerentes de salud, conjunta MINSA-CSS (bimestrales) e interinstitucional.

Dentro de la planificación anual están incluidas reuniones bimestrales de planificación conjunta MINSA-CSS, para facilitar estos procesos establecemos reuniones alternas en cada una de las sedes y la comunicación permanente entre encargados de diversas secciones influye positivamente sobre las mismas. Aunado a esto también existen convenios entre ambas instituciones.

El cumplimiento de la programación local en el último año ha sido irregular, sin embargo se cuenta con una comunicación permanente entre los involucrados.

Esta programación se realiza sobre la base de temas en comunes y se organizan dependiendo su grado de prioridad, como Planificación conjunta, Convenio de gestión, programas.

La población se hace participativa al momento de acudir a reuniones con departamentos como Promoción de la Salud o Salud Pública, así ellos transmiten las inquietudes de las comunidades y se contemplan estrategias para reducir dichas brechas.

Las convocatorias desde el nivel regional son realizadas por medio de salud pública o promoción de la salud, por conducto de la dirección, posteriormente se canaliza por planificación y finalmente se bajan los lineamientos al nivel local.

Las metas establecidas se evalúan mediante porcentaje de cumplimiento de cada uno de los indicadores de evaluación para insumos, procesos y programas, el encargado de cada sección es quien organiza las estrategias, actividades y periodo de ejecución.

Efectivamente existe un Plan estratégico quinquenal, basado en éste se realizan planes operativos anuales y en estos están definidas las estrategias y rutas críticas.



El análisis situacional se utiliza para identificar las prioridades y basado en estas se confecciona el Plan estratégico anual. Este plan es totalmente participativo, en el mismo todos los sectores se involucran para elaborar un documento totalmente integral.

El sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento permite llevar un control de aquellos insumos que están agotando y se monitorea semanalmente.

## **PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO**

Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación y en base a los resultados, sin embargo el presupuesto ley no responde a las necesidades verdaderas solicitadas.

La proporción del presupuesto asignado a la atención de la población es de 9:1 en relación a las funciones de salud pública y del ambiente, ya que, las designaciones presupuestarias son mínimas y no cubren toda la programación de las instalaciones.

Los directivos de las instalaciones son los responsables en el proceso de la elaboración de su anteproyecto de presupuesto, sin embargo lo solicitado no concuerda con el presupuesto ley; por lo que el presupuesto se distribuye desde el nivel regional priorizando las necesidades. Y la estrategia de rendición de cuentas por resultados no se aplica en nuestra región.

Consideramos que reactivar los convenios de gestión es una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación.

Se establecen compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud dependiendo los lineamientos recibidos y metas establecidas. Por ejemplo: mejoras de coberturas en área de responsabilidad, búsqueda de inasistentes, giras, entre otras.

En los últimos años el presupuesto ley regional ha aumentado, sin embargo este presupuesto de funcionamiento no se ajusta a las reales necesidades de la región sanitaria.

## **INCENTIVOS**

En los últimos años se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud y avalados desde el nivel Nacional

La evaluación para obtener el bono mantiene criterios específicos que permiten la evaluación del desempeño para todos los profesionales de salud en diversas actividades de su responsabilidad.

Entre otros incentivos introducidos están cambios de categorías, por antigüedad, con sus respectivos pagos retroactivos. Estos incluyen al personal técnico y administrativo, para ello no se contempla en base a su productividad.

Se considera que un sistema de incentivos impactará sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud, ya que la lógica nos indica que si tenemos un personal motivado el impacto se reflejará en la calidad de servicios que brindemos.

## **SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO**

La unidad solicitante es la que determina las especificaciones técnicas de los elementos o servicios requeridos, tomando en cuenta la política normas de establecidas para la demanda de población y los indicadores de salud.

Si hay un sistema de inventario establecido, mediante el criterio primero que entra, primero que sale, dadas las características de cada artículo o medicamento establecido a través del departamento de Administración y Finanzas en coordinación con los Jefes de Almacén. También se toma en cuenta la fecha de expiración de los medicamentos y reactivo de los laboratorios para darle salida a un determinado producto.

El proceso de compras, en términos de la competencia inicia cuando los proveedores deben llenar una serie de requisitos dependiendo del bien o servicio solicitado y tomando en cuenta los criterios técnicos. Entre las limitaciones están la calidad de los insumos (principalmente insumos no médico-quirúrgicos), el mismo puede mejorarse ampliando los criterios de empresas participantes en PanamaCompras.

Se aplica el rechazo de un proveedor cuando no cumple con las normas o requerimientos establecidos en la entrega del material solicitado en la orden de compra. Así mismo cuando no llevan todo los requisitos o especificaciones del producto o servicio solicitado en la orden de compra ya sea en el momento de cotizar o entregar en el Almacén el producto.

Las relaciones que existen entre el Nivel Regional y Nivel Nacional, para el abastecimiento y suministro consiste en la coordinación que se da con la Jefatura del Departamento de Medicamentos y la Coordinación de Farmacia a Nivel Regional, y esta a su vez con el Nivel Nacional, consideramos que el sistema de abastecimiento y suministro del Nivel Nacional al Nivel Regional necesita ser mejorado ya que hay mucha demora en la entrega de insumos y no se toma el criterio técnico del nivel regional.

El sistema de abastecimiento y suministro del nivel Regional al nivel local es aceptable ya que existe una estrecha comunicación entre ambos niveles locales tiene problemas de transporte, sus Limitantes: no se cumplen con los requerimientos reales de los niveles locales, al momento de abastecer y suministrar lo solicitado.

## **SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD**

Se dispone de algunos sistemas de información no tan oportunos como se desearía, sin embargo lo ideal sería que se pueda contar con un sistema que contemple todas las variables del sistema salud.

En la actualidad se cuenta con el Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS), el cual se ha implementado en la mayoría de nuestras instalaciones y el mismo tiene como objetivo permitir la interconexión con las diferentes áreas de Hospitales, Centros de Salud y/o MINSA-Capsi, para generar un ÚNICO Expediente Clínico del paciente y el mismo podrá ser consultado desde cualquier Instalación de Salud del MINSA a nivel nacional, en donde esté implementado el sistema.

La información disponible se utiliza de forma efectiva para la toma de decisiones a todos los niveles.

La calidad de la información se evalúa, a través del monitoreo que realizado por la sección de Registros Médicos y Estadísticos, Informática, seguimiento de contrato y en relación al HRNAS la unidad de Análisis de Gestión y REGES (monitoreo semanales, trimestrales. Semestrales y anuales)

Los mecanismos que aplica el equipo de salud para analizar la información que surge como producto del sistema son:

- ✓ Las coordinaciones continuas y permanentes
- ✓ Asesorías a los responsables de la información
- ✓ Capacitación y control
- ✓ Análisis de indicadores de producción, rendimiento y costo
- ✓ Indicadores de impacto
- ✓ Análisis para detección de limitantes

El uso y contenido de la información, es definido tanto por el nivel normativo (información única de producción) como del nivel local. La información del nivel local, es determinada según diagnóstico y necesidades de uso para toma de decisiones.

Los sistemas de información manejados a nivel regional son sistemas en paralelo con informaciones dispersas para cada uno de los servicios que involucran, sin embargo, se está a espera de la implementación de un sistema único de información.

## **EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA**

Según el Presupuesto Ley aprobado para el año 2014 en nuestra Región, los montos destinados a la adquisición de nuevos equipos fue de B/.25,500.00

Los criterios que utilizamos para priorizar la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías, es tener una base una datos actualizada con todas las necesidades del nivel local, de la mano con la asignación presupuestaria para estos rubros y el presupuesto ley modificado procedemos a distribuirlos tomando en cuenta el estado de los equipos a reemplazar, la demanda y el grado de complejidad de la instalación, el criterio técnico de la unidad ejecutora regional es fundamental para la adquisición de equipos.

## FOTOGRAFÍA N°9

### 1. Compensación de Costos

### 2. Fuentes de Financiación

- Autogestión
- Co-Pago
- Presupuesto del Estado
- Donaciones
- Seguro Solidario



## **FOTOGRAFÍA N°9**

### **FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS**

#### **COMPENSACION DE COSTOS**

Se cuenta con un convenio de compensación de Costos entre el Ministerio de Salud (Regiones de Salud) y Caja de Seguro Social, este convenio para la provisión de servicios de salud, incluyendo la separación y compensación de costos por los servicios prestados entre ambas instituciones a la población Asegurada y No Asegurada del país con excepción del Área Metropolitana de Salud y San Miguelito, las Cumbres y Chilibre. Entendiendo entonces que no es un convenio regional y mucho menos con una instalación específica.

Es importante aclarar que, en nuestra región tenemos el convenio entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social para la prestación de servicios hospitalarios de segundo nivel de atención, a la población beneficiaria de la Región Panamá Oeste, en “El Hospital Regional Nicolás A. Solano”. Debido a que; el único Hospital de referencia existente en nuestra provincia y pertenece al MINSA; lo que lleva a desembolsar un monto anualmente por la atención de nuestros los pacientes basados en una cartera consensuada, de los servicios que la CAJA no tiene capacidad resolutive en Panamá Oeste.

Para el análisis de la información de costos se usa serie de tiempo, es decir periodos que se comparan entre sí. Se analizan todos los componentes del gasto para evaluar el comportamiento de los mismos y la relación con los niveles de producción. En esta fase se analiza todo el proceso de producción de cada uno de los productos, de manera que permita a través de herramientas de mejora de procesos, señalar aquellas situaciones que afectan la eficiencia.

A partir de las recomendaciones que surgen del análisis y evaluación de los indicadores de costos, los niveles directivos dispondrán de instrumentos valiosos para la toma de decisiones correctas.

Estos grandes procesos a su vez están conformados por diversos servicios de salud, los que a su vez son consumidores de recursos humanos, materiales, de infraestructura, de equipos tecnológicos, que en términos económicos, se conoce como los componentes del costo.

En cuanto a cómo influye la tecnología de punta en las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud, y duplicidad de los servicios, podemos señalar lo siguiente: los datos estadísticos reflejan que los profesionales para los diagnósticos y tratamientos cada día se apoyan más en tecnologías modernas y de última generación, así como también ha elevado la capacidad resolutive de las instalaciones sanitarias. Por otro lado se mantiene en muchos casos la duplicidad de servicios de salud a lo interno de la Caja de Seguro Social y con el Ministerio de Salud.

Los aspectos de la atención sanitaria que determinan los costos se pueden agrupar en grandes procesos como son:

- Producción por Servicios (datos estadísticos).
- Recurso Humano (salarios, décimos, prestaciones).
- Gastos de servicios básicos (agua, luz, teléfono, impresión, viáticos, alquileres).
- Gastos de Infraestructura (mant. de edificio, mant. de equipo, factor de uso de edificio, factor de uso de equipo, otros mant. y reparaciones).
- Gastos de insumos # 1 (alimentación, vestuario, combustible, papelería y útiles de oficina, medicamentos).
- Gastos de insumos # 2 (artículos de farmacia, útiles de aseo, art. De laboratorio, Inst. quirúrgicos, otros materiales y suministros).

Las tarifas a cobrar a los pacientes No Asegurados, se señalan en la Cláusula DECIMA del convenio de Separación y Compensación de Costo y las mismas no responden a los costos reales de la atención. Tampoco la Caja de Seguro Social estima por si sola estas tarifas, ni participa en la estimación de las mismas con el Ministerio de Salud; ya que de acuerdo a la Cláusula DECIMA la fijación de las tarifas es potestad del Ministerio de Salud. La Caja de seguro Social de acuerdo al convenio no puede modificar o ajustar dichas tarifas, La institución es solo un usuario de las mismas. Dentro de los servicios de laboratorio y odontología se han unificado tarifas para ser establecidas en los niveles locales de la siguiente manera:

- **Laboratorio:** a través de la coordinación regional de laboratorio basado en un estudio de las ofertas que se brindaban en su momento dentro de las clínicas de salud privadas ubicadas dentro del entorno de nuestras instalaciones de salud se establecieron tarifas más bajas y accesibles a la población, las cuales, fueron presentadas y aprobadas por el Director Médico Regional para ser aplicadas en los centros de salud hasta la fecha.
- **Odontología:** a través de la coordinación de salud bucal y los jefes de clínica de los centros de salud se lograron unificar criterios para establecer las tarifas que serian aplicadas de forma unificada en los procedimientos odontológicos de nuestras instalaciones de salud. No se tomo en cuenta al Director médico para que fuesen abaladas.
- **Consultas y otros procedimientos:** Datan de muchos años atrás; deben hacerse estudios por parte de autoridades de salud, tomando en cuenta las áreas geográficas, complejidad, accesibilidad de nuestras instalaciones de salud

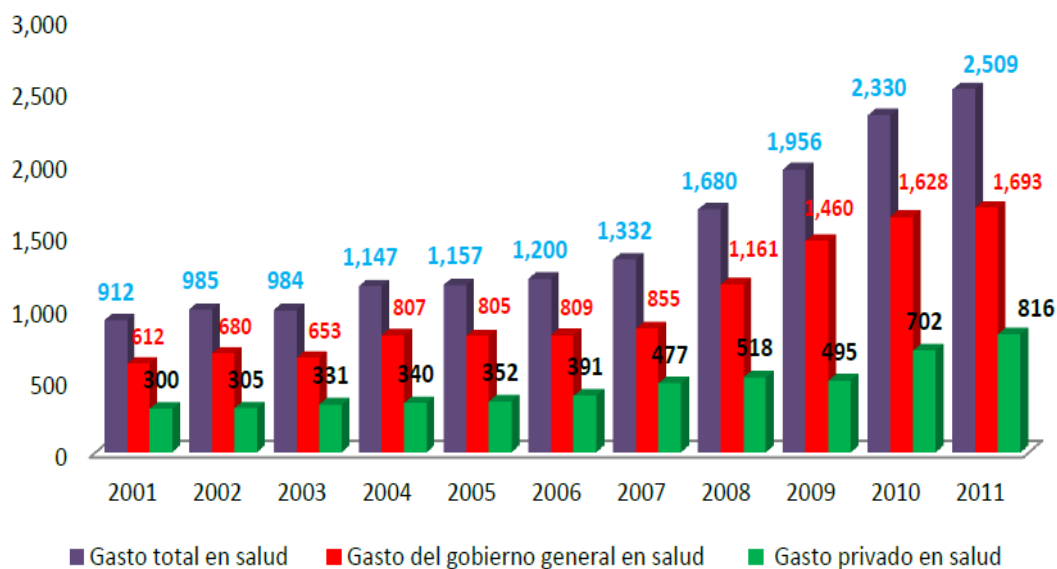
La duplicidad de servicios afecta la compensación de costo debido a la mala distribución de gastos de insumos y personal en algunos de servicios nos causa una desviación en el consumo de los servicios, lo que provoca palotear gastos trayendo como consecuencia se establezcan costos unitarios promedios no reales por servicios y tengamos fallas en el sistema de compensación.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

El financiamiento del gasto total en Salud por habitante de acuerdo con cifras publicadas por la OMS, estimado para el 2012 fue de B/. 1,260 por año.

Panamá es uno de los países de la región que proporcionalmente destina uno de los más altos porcentajes de su producto interno bruto para la salud (7.6% en el 2012). De esta cantidad se estima que para el mismo año, cerca de B/.673 millones (33%), fueron aportados directamente de los bolsillos de los ciudadanos, bien sea como compra directa de bolsillo o pago de seguros pre-pagados. El resto de los recursos (cerca de B/.1, 693 millones), son financiados entre el Sistema de Seguridad Social (B/. 602 Millones) y el Ministerio de Salud (B/.1,091 millones). Si analizamos los montos informados por el MINSÁ de los recursos que son financiados con inversión externa en salud, vemos como durante los últimos siete años, esta clase de recursos no retornables, no superaron los B/.10 millones de dólares al año, lo que representa menos del 0.3% del Gasto total en Salud. Esto es coincidente con el hecho que debido a los importantes logros en el PIB per cápita, la mortalidad infantil y los porcentajes relativamente bajos de pobreza total, el país no es considerado como prioritario para la inversión de agencias de cooperación externa.

### ESTIMACIONES DEL GASTO EN SALUD DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 2001-2011 (En Millones de Balboas)



Fuente: OPS/OMS, estimaciones anuales del gasto público y privado en salud  
1/PIB a precios corrientes (B/.30, 677,8 Millones), año 2011



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 67% del gasto total en salud en Panamá es público y 33% privado (gráfica 27). Dentro del gasto público, el gasto del MINSA representa 43% y el restante 24% corresponde a la CSS. Con respecto al gasto privado, el gasto de bolsillo representa 27% y el 6% corresponde a seguros médicos privados.

El gasto del MINSA se financia básicamente con impuestos generales, mientras que, la Caja de Seguro Social se financia con recursos provenientes de seis fuentes distintas: i) Estado, ii) empleados, iii) empleadores, iv) trabajadores independientes y afiliados voluntarios, v) pensionados y vi) ingresos provenientes de la gestión propia de la CSS. La primera contribución del Estado equivale a 0.8% del sueldos y otras bases de cotización de los afiliados cotizantes.

Además, el Estado participa con aportaciones vinculadas al impuesto a bebidas gaseosas, bebidas alcohólicas y cigarrillos, el pago de una compensación por la retención y la transferencia de impuestos a salarios, los ingresos del Fondo Fiduciario de la Caja y dos subsidios con montos fijos, uno anual de 20.5 millones de balboas (equivalentes a la misma cantidad de dólares americanos), destinado a compensar las fluctuaciones en las tasas de interés de las inversiones de los fondos de la CSS, y un subsidio temporal de 75 millones de balboas para financiar la racionalización del gasto en salud.

Desde enero de 2008 y hasta diciembre de 2010, los empleados participan con una cotización equivalente al 8% de su sueldo, proporción que se incrementará a 9% entre 2011 y 2012, y a 9.25% a partir de enero 2013. Además deben participar con otra cuota equivalente al 7.25% de una de las tres partidas del pago que reciben por el décimo tercer mes de salario. Los empleadores están obligados a pagar una cuota equivalente a 11.5% de los salarios pagados entre 2008 y 2010, cantidad que aumentará a 12% para el período 2011 – 2012 y a 12.25% a partir del 2013. También pagan una cuota por el seguro de riesgos profesionales, además del 10.75 del décimo tercer mes de salarios pagados.

Entre 2008 y 2010 los trabajadores independientes y los afiliados voluntarios participarán con 9.5% de sus ingresos mensuales declarados para el Seguro de Enfermedad y Maternidad y 20.25% por el paquete total que incluye salud y pensiones. Estos porcentajes cambiarán a 8.50% y 22.00%, respectivamente, a partir de 2013 pensionados, jubilados y afiliados que reciben subvenciones económicas participan con 6.75% de sus ingresos derivados de alguna de esas fuentes.

El co-pago se fija basándose en la situación económica de la población atendida y son ajustados en base al progreso económico de dicha población. La evaluación socioeconómica la hace la trabajadora social y el ajuste lo hacen los administradores.

Mediante la evaluación socioeconómica no se permite la recuperación de los costos; pero si los justifica, por lo general los arreglos de pago no se logran cobrar en su totalidad.

La diferencia entre costo y tarifas radica en que la primera es el valor monetario de los consumos de factores que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien o servicio y la segunda es el precio que pagan los usuarios o consumidores de estos servicios.

Económicamente el impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en el presupuesto influyen negativamente, puesto que el gasto generado es mayor a la ganancia obtenida, sin embargo el impacto sobre la población beneficiada no tiene precio.

Dentro de nuestra región consideramos que la población de áreas de difícil acceso debe ser subsidiadas por el presupuesto del Estado; aunque la mayoría es beneficiada por proyectos como red de oportunidades, 100/70, beca universal; no se refleja avance en los indicadores de salud.

El subsidio estatal intenta ser garante de la equidad sanitaria, sin embargo las brechas de inequidad son marcadas en nuestras áreas.

Algunas veces las donaciones son fuente financiera importante, pero en ocasiones generan dificultades en la organización, ya sea por antigüedad, insumos no acordes con el nivel de atención y para incorporarlos como activo se desconoce el valor costo, lo que impide obtener un inventario real para los análisis de costos (costos de operación). La norma que regularían estas donaciones debe basarse en necesidades prioritarias, en nivel de atención y además deben llevar un criterio técnico previo de clasificación para la depreciación.

Los costos actuales no facilitan la sobre utilización de los servicios de salud, porque la población es cada vez más pobre y los servicios están carentes de los recursos necesarios, además el uso de los servicios por los asegurados aumenta el gasto de salud, ya que no se compensan los costos, por lo tanto sí limitan la eficiencia del sistema.

Existe información confiable en Salud, pero no se da oportunamente, ya que la información se recauda por periodos de ejecución gubernamental, que es el desglose presupuestario asignado por dependencias y sus gastos finales. El grupo de financista del MINSA realiza el análisis del gasto en salud y son fiscalizados por la Contraloría General de la República.

Los recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta (ancho de banda, servidores, contratación de servicios de internet), no son incluidos en los presupuestos Ley, para tener acceso a estos servicios los trámites burocráticos retrasan las gestiones.

La decisión de iniciar un proceso de gestión, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes se lleva a cabo entre la Dirección Médica y Administración con el apoyo de Planificación, sobre la base de las necesidades manifestadas y con pleno conocimiento de presupuesto disponible.

FOTOGRAFÍA N°10



## **FOTOGRAFÍA N°10**

### **PROYECTOS DE INVERSIÓN**

En base al análisis prospectivo de la red de servicios realizados, el crecimiento demográfico y la red actual, se hace necesaria inversiones para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud entre estas reformar y aumentar los niveles de complejidad de instalaciones existentes y crear nuevas en algunos lugares determinados con factores de riesgo identificados previamente, dotar de equipos tecnológicos modernos a las instalaciones y contar con proporción acorde a la realidad de recurso humano en relación a la población de responsabilidad.

Para presentar proyectos de inversión debe cumplirse con los siguientes requisitos:

1. Debe cumplir con los requisitos del Banco de Proyectos del MEF
2. Sostenibilidad de los proyectos

Requisitos del S.I.N.I.P.:

1. Situación actual
2. Aspectos Socioeconómicas
3. Alternativas para la solución de problemas
4. Objetivos
5. Metas
6. Cronograma de actividades
7. Planes
8. Certificación del Terreno

Los criterios establecidos por el Ministerio de Economía y Finanzas que presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de Recursos en las Regiones.

Son los convenientes relacionados con los de certificarían de terreno, confección de planos e Infraestructura, ya que no se cuenta con Equipos completo de trabajo pertenecientes a la D.I.S.

De los proyectos de inversión del año 2014 y los proyectados para el 2019, el 86% 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).

Entre los que fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada: ampliar la Policlínica Básica de Arraján a una Especializada con un Cuarto de Urgencia moderno y con capacidad resolutive; Policlínica Básica en el área de Vista Alegre-El Tecal; crear otra Unidad de APS en La Chorrera para desconcentrar la Policlínica Especializada, en San Carlos es urgente ampliar los servicios de la Policlínica y el Cuarto de Urgencia, finalizar y poner en funcionamiento los MINSA-CAPSi de la región, Reposición del Centro de Salud de El Espino y Reconstrucción de el SubCentro de Nvo. Emperador, entre otros.

El 100% de estos proyectos tanto por parte del MINSA como de la CSS están incluidos en el Plan Quinquenal de Inversiones 2015-2019 el mismo fue revisado y adecuado acorde a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales

**“EL QUE CONSTRUYE SOBRE IDEAS,  
CONSTRUYE PARA LA ETERNIDAD”**

**EMERSON**

