

REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO

2016

ANÁLISIS DE SITUACION DE  
SALUD



**salud**

Ministerio de Salud

Panamá

**Ministerio de Salud**  
**Región de Salud de San Miguelito**  
**Análisis Prospectivo de la Red de Servicios**  
**Caracterización del Contexto**

**Fotografía No. 1**

1. ¿Cuáles son los 3 ó 4 principales problemas político – Sociales de la región de que influyen en la situación de salud y su desempeño? (considerar inclusive como los conflictos de competencia entre instituciones públicas afecta el desempeño de salud)
  - Se incrementa los grupos delincuenciales en las comunidades de de la Región de Salud de San Miguelito, sin control de las autoridades, altamente peligrosos que se han posesionado de territorios, en los cuales aterrorizan a la población, aplican tasas impositivas para circular, asaltan, roban, trafican, reclutan niños y jóvenes para incorporarlos a sus actividades ilícitas. Estos niveles de violencia están afectando la salud de la población y ponen en riesgo la seguridad de los miembros del equipo de salud para el desarrollo de sus actividades en la comunidad.
  - Migraciones de poblaciones extra nacionales ilegales, provenientes de países que presentan indicadores de salud de riesgo o con problemas de coberturas y accesos al sistema de salud, se establecen en asentamientos humanos en áreas de la Región de Salud de San Miguelito, generando riesgos a la salud individual y colectiva. Estas poblaciones por su condición irregular de entrada al país, poco acuden a los centros de salud y el sistema de información no registra su procedencia y otros datos de interés desde el punto de vista epidemiológico.
  - Incumplimiento en la aplicación de las normales legales de gratuidad para las mujeres y otros grupos vulnerables como son los menores de cinco (5) años y discapacitados, situación que vulnera derechos universales de estas poblaciones.
  - La carga económica de los comités de salud, producida por la contratación de recurso humano, genera demandas a los ingresos provenientes de la donación que aportan los usuarios de los centros de salud, situación que se toma como excusa para cobrarles a las personas exoneradas por disposición legal.
  - Mala disposición de los desechos sólidos y abastecimiento de agua potable
  
2. Una vez identificado los aspectos. ¿Cuáles son las prioridades identificadas?
  - Atención a las mujeres y menores embarazadas, mejorando sus controles de salud y disminuyendo infecciones de transmisión sexual en ellas.
  - Atención integrada a las enfermedades infantiles en todos los menores de 5 años;
  - programa ampliado de inmunización;
  - alimentación del lactante y del niño pequeño.
  - ampliar la disponibilidad del tratamiento VIH/SIDA
  - proporcionar la mejor atención posible a las personas infectadas con el VIH/SIDA y a sus familias.
  - Control de infestación del dengue.

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

**Aspectos que favorecen** el desarrollo de los procesos en el MINSA son:

- Políticas públicas claras en la Rectoría del sector salud.
- Descentralización de las Regiones para abordar los problemas inherentes a cada área de acuerdo a su perfil demográfico y epidemiológico.
- Recurso Humano Técnicamente preparado y comprometido en su rol de vigilar la salud.

**Aspectos que afectan** el desarrollo de los procesos en el MINSA son:

- La política partidista conlleva a rotación de personal técnico.
- Centralización en la contratación del RH necesario para cada región.
- Deficiencia en la gestión de los servicios sanitarios.
- Insatisfacción del usuario interno por instalaciones en mal estado y falta de tecnología de punta que acelere los resultados.
- Insatisfacción en el usuario externo por la demora en su atención y por las instalaciones en mal estado.

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

Panamá, es miembro del Sistema de Naciones Unidas, por lo que se allana a todos los acuerdos, compromisos y estrategias emanadas de dicha organización.

El minsa tiene por política de salud cumplir con los Objetivos del milenio y ahora con los objetivos desarrollos sostenibles, el Minsa se compromete en mejorar los indicadores país en

Son 17 OBJETIVOS DESARROLLOS SOSTENIBLES para transformar nuestro mundo

Los países han adoptado un nuevo programa de desarrollo sostenible y un nuevo acuerdo mundial sobre el cambio climático.

Objetivos N°2 Hambre y seguridad Alimentaria.

OBJETIVO N°3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

OBJETIVO N°6. Agua y Saneamiento.

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

- MINSA, aduana, OPS: programa de prevención del tabaquismo

- OPS , Colgate Palmolive comunidades libres de caries junio del 2008 (capacitación por partes de expertos de la OPS)
- UNFPA -fondo de población de las naciones unidas (UNFPA) formación de servicios amigables en adolescentes inscritos en san miguelito, formación de educadores de pares. En temas como prevención embarazo en adolescentes, VIH-SIDA.
- Proyecto de salud visual: exámenes visuales de los escolares y dotación de lentes, con el auspicio del despacho de la primera dama.
- Proyecto de Centro de Rehabilitación física del Club Activo 20-30 en el Centro de Salud Nuevo Veranillo
- BID proyecto de las libretas del niño y la niña
- Fundación Chagres, fundación natura, ACP, instituciones privadas: capacitación de las juntas administradoras de agua y mejoras de infraestructura de los sistemas de abastecimiento de agua, mejoras y construcción de instalaciones sanitarias

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

Dentro de la política de estado y en cumplimiento a los desarrollos sostenibles N°1 Pobreza,

Si es una prioridad gubernamental, para ello se han generado leyes y programas de protección social focalizados en poblaciones altamente vulnerables como son los niños menores de cinco años, personas con discapacidad, mujeres gestantes, adultos mayores , poblaciones indígenas y otros, para los cuales se han establecido transferencias monetarios condicionadas, como es la Red de Oportunidades, el Programa 120/65, la Beca Universal, el Programa Ángel Guardián, Programa techo de esperanza para los grupos originarios, beca universal, subsidio al transporte público

Cuyos beneficiarios deben controlar su salud en las instalaciones del MINSA y otros proveedores de salud.

En cuanto al Ministerio de Salud, en cada gestión de gobierno, se establece en los planes ministeriales Políticas, estrategias y líneas de trabajo en torno al abordaje de la salud como un derecho de los grupos vulnerables. Tales acciones se orientan a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional.

Por otro lado, las disposiciones de gratuidad de la atención de salud benefician principalmente a personas en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

Actores: MIVI, MIDES, MINSA, MEDUCA, autoridad de transporte metropolitana de Panamá. SENACYT, IFHARU.

Así mismo a través de la OMS la cual trabaja con los países los ODM, el estado busca disminuir esa brecha de pobreza y hambre contribuyendo a la planificación y la realización de encuestas sobre nutrición;

- Participando en el análisis y la interpretación de los resultados de las encuestas sobre nutrición;
  - respaldando el desarrollo de sistemas de vigilancia nutricional; velando por que la nutrición sea parte integrante de la atención y el apoyo a los afectados por el VIH y la TB;
  - elaborando planes y políticas nacionales de nutrición; y fomentando la ejecución de medidas fundamentales en materia de nutrición.
7. ¿Cuáles son los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional? Cuál es el grado de coordinación entre instituciones para garantizar la ejecución de esa política? Cuál es su nivel de participación en el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal?

Los mecanismos de Conducción de la Política social a Nivel Regional están limitados por cada Institución Pública. No hay ningún grado de coordinación entre Instituciones no hay información en cuanto como se trabaja. Se debe unir esfuerzos basadas en el Plan de Gobierno, la visión y misión de cómo trabajar para el pueblo.

En la actualidad se ha reactivado la participación de la región de salud al consejo técnico provincial y municipal.

8. Cómo se incorpora la política de salud a los programas sociales regionales? Por ejemplo: Red de oportunidades, 120 a los 65, beca universal y otros proyectos de inversión social.

Las políticas actuales de salud se articulan con los programas sociales de las siguientes maneras:

Siendo la salud una variable del desarrollo socio económico del país y una dimensión fundamental del desarrollo humano, en Panamá es una exigencia constitucional, la articulación de la Política de Salud con la política social y económica.

De hecho, algunos programas sociales, sobre todo los de protección social para grupos vulnerables, establecen entre sus condiciones para que sus usuarios reciban estos beneficios, el control de la salud. Tal es el caso de la Red de Oportunidades, 120/65, Beca Universal, Ángel Guardián entre otros.

- Gratuidad en los grupos vulnerables (menores de 5 años, embarazadas, discapacitados) para incrementar las coberturas y disminución de la morbilidad.
- Con el programa de red de oportunidades se enlaza directamente con la Región de San Miguelito y el departamento de provisión de los servicios garantizando que las personas que reciban el subsidio cumplan con su control de salud.
- Con la beca universal se trata de coordinar el programa escolar del MINSA con MEDUCA para lograr que los niños que reciban el subsidio presenten sus vacunas completas al igual que su control anual de salud.
- Con el programa del ángel guardián aun no contamos con un enlace directo sin embargo estamos en las negociaciones para crear los vínculos.

9. Cuáles son las proyecciones y tendencias del contexto político-económico-socio cultural – y de género, su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud – enfermedad de la población tanto a nivel provincial, regional y distrito? En el caso de las Regiones de Salud de San Miguelito y Metropolitana desagregar hasta nivel de corregimiento.

Como resultado de las buenas prácticas de género, realizadas en la región de salud de San Miguelito en el marco de la reforma y modernización de la red de servicios, se desarrolla el eje de transversalización de la dimensión de género en el sistema de información regional. Ello permite desagregar la información por corregimiento y comunidades.

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

Podemos decir que el impacto es negativo y en avanzada, por un lado mejoran las condiciones de la vivienda, sin embargo los sistemas de tratamiento de las aguas residuales no han soportado la capacidad de carga de los cuerpos receptores para la biodegradación de sustancias residuales, así como materiales sólidos o desechos de todo tipo, por tanto sigue la contaminación de los riachuelos por el colapso de los tanques sépticos y plantas de tratamiento.

La exposición a los rayos solares es cada vez mayor debido a la excesiva pavimentación, ausencia de aéreas verdes, uso de aires acondicionado, ventanas y puertas de vidrio.

En lo social, ya no se vive en comunidad propiamente dicho, sino que se estila vivir individualmente y se lucha por los intereses sociales, cuando algo le afecta directamente al momento que se resuelve su caso ya no le es de interés, en caso de que le moleste al vecino. Excesiva protección de las viviendas o negocios, ya que su propiedad le ha costado mucho más, mientras que la delincuencia aumenta gradualmente, se observa incremento en menores infractores.

En el distrito de San Miguelito, no hay aéreas reportadas en la producción de alimentos ni maderables que se vean afectadas,

Otra actividad altamente modificadora del clima y tal vez la más importante es el Transporte Terrestre en la región de San Miguelito, incrementado cada vez más el parque vehículos y manteniéndose exactamente las mismas vías de comunicación de hace 30 años, haciendo el acceso a las calles principales difícil. Ahora en Panamá usamos combustible con etanol, sin embargo, legislación resiente deja opcional su uso, manteniéndose la deposición de hollín y carbón al medio ambiente siendo altos diarios y a cada segundo, incrementando el CO<sub>2</sub>. En otras palabras nuestra legislación normativa para el transporte desde la perspectiva de salud ha logrado poco en las medidas sanitarias (gases tóxicos, ruido, basura arrojada desde los vehículos, manejo desordenado y conducta agresiva del conductor).

La incorporación y puesta en marcha del Metro de Panamá, cuya energía es eléctrica ha ayudado a disminuir un tanto la contaminación por ruido y la congestión causada por los autobuses así como las emanaciones de gases, sin embargo, la construcción de la ampliación hasta la entrada del valle de San Isidro, ha dado por resultado congestionamiento severo en esa área,

Las recicladoras de Baterías son otro modificador importante en la composición del aire, suelo y agua. Por el aporte constante de plomo en estos ambientes así como aceites y otros hidrocarburos.

La basura y aguas negras son los principales modificadores de la vida de especies animales y vegetales de los ríos y quebradas, en el sentido que proliferan unos y mueren otros.

Áreas geográfica - poblacional mayormente afectadas son: las Áreas periféricas de San Miguelito como: Santa Librada, El Milagro, Villa Libia, Naos, Progreso, Altos del Valle, Valle de Urraca, Roberto Durán, Cerro Batea, Los Andes, El Bosque, Limajo, Colinas de Panamá, Villa Lucre, Brisas del Golf, Cerro Viento, San Antonio, su excesiva pavimentación causan una escorrentía s los sistemas pluviales por supuesto, a los fluviales que se ven imposibilitados a desahogar las mismas al mar y afectan entonces como embudos a las inundaciones y deslizamientos. Ya que el cordón absorbente del suelo no trabaja en su equilibrio ecológico necesario.

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

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

**CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ:** Título III Derechos y Deberes Individuales y Sociales, Capítulo 6 Salud, Seguridad Social y Asistencia Social.

**Artículo 4:** La República de Panamá acata las normas Internacional.

Código Sanitario de la República de Panamá: Ley N° 66 de 10 de noviembre de 1947 "Por la cual se aprueba el Código Sanitario" (Gaceta Oficial 10,467 de 6 de diciembre de 1947). El cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.

Decreto de Gabinete N° 1 de 15 de enero de 1969 "Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las instituciones del sector salud". (Gaceta Oficial N° 16,292 de 4 de febrero de 1969).

Convenio para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer Ratificado por panamá mediante ley N° 4 de 22 de mayo de 1981.

Convenio Internacional para prevenir sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de Belem do Para. Ratificado por nuestro país mediante Ley N°12 de 20 de abril de 1995.

Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del Tabaco. Ratificado por Panamá a través de la Ley 40 de 7 de julio de 2004.

**Artículo 116:** Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

**Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970:** “Por el cual se constituyen los Comités de Salud de las comunidades, se definen sus objetivos y se coordinan e integran en su labor con los del Ministerio de Salud”.

**Decreto Ejecutivo N° 389 de 9 de septiembre de 1997:** “Por el cual se reglamenta el Decreto de Gabinete N° 401 del 29 de diciembre de 1970”.

**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.

**LEY N° 71 de 23 de diciembre de 2008: “Que crea el Instituto Nacional de la mujer”**

**Artículo 4:** El Instituto tendrá como objetivo lo siguiente:

- La coordinación, con las Instituciones públicas o privadas, de los programas y proyectos dirigidos a eliminar las causas estructurales de la desigualdad entre los géneros, promoviendo acciones tendientes a su reducción o eliminación...”.

**Artículo 5: El Instituto tendrá las siguientes atribuciones:**

- Servir de facilitador y colaborador para la formación y diseños De las políticas d igualdad de oportunidades para la mujer y equidad del genero...”.



**Artículo 6: El Instituto tendrá las siguientes funciones:**

- realizar acciones para fomentar una cultura de igualdad y de respeto de los derechos consagrados en la Constitución Política, en los instrumentos internacionales ratificados por la República de Panamá y en las demás leyes y reglamentos nacionales, especialmente a los que se refieren al reconocimiento de los derechos humanos y la libertades fundamentales de la mujer..”..

**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.

**12. Cuál es el índice de desarrollo humano general y por género de la región?**

El índice de Desarrollo Humano en el año 2013, para la República de Panamá es de 0.780y para el 2014 se mantiene en 0.78 aún no hay cifras 2016 y la provincia de Panamá es de 0.828 considerado muy alta, equivalente a Hungría.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Es los 59 países

En los últimos cinco años, no se han establecido estrategias de concertación

El índice de desigualdad de género es de 0:503 en 2013, ocupando la posición 108 de 186 países.

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

En las políticas y estrategias del Ministerio de Salud se incorporan elementos que dan la apertura a la participación de la población organizada en la gestión de salud, en el caso particular de la Región de Salud de San Miguelito, se suscribió un “Pacto por la Salud con 2013 líderes que participaron en el Primer Foro de Líderes Comunitarios por la Salud, realizado en 2010.

El pacto por la salud suscrito establece compromisos para que los líderes representante de las comunidades participen en la gestión local de salud mediante un conjunto de actividades de promoción y prevención de la salud en sus comunidades. Por su parte, la Dirección Regional de Salud se compromete a fortalecer las condiciones para la inclusión de los líderes en la gestión de la salud, así como a mejorar la oferta de servicios y la calidad de atención.

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

Sí, la Constitución Política de la República, el Código sanitario,

Funciones Esenciales de Salud Pública: es otra de las responsabilidades exclusivas del Ministerio de Salud, las cuales describen el espectro de competencias y acciones

necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública que es el de mejorar la salud de la población y el ambiente. Los campos de actuación de estas funciones esenciales se resumen en, Salud Ambiental, la salud ocupacional, la salud materno-infantil, las enfermedades crónicas.

FESP 1: Seguimiento, evaluación y Análisis de la situación de la Salud de la población

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, Investigación y control de riesgos y daños en salud pública

- FESP 3: Promoción de la Salud
- FESP 4: El aseguramiento de la Participación social en la salud
- FESP 5: Desarrollo de políticas y Capacidad institucional para Planificación y gestión en salud
- FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad Institucional de regulación y Fiscalización en salud
- FESP 7: Evaluación y promoción del Acceso equitativo de la población a los servicios de salud
- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- FESP 9: La seguridad de la calidad en los Servicios de salud
- FESP 10: Investigación en salud pública
- FESP 11: Reducción del impacto de las Emergencias y desastres en la salud

El ejercicio de la función regulatoria ha resultado positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población.

Sin embargo estas funciones regulatorias de salud publicas marchan de manera muy lenta debido a los diferentes intereses políticos partidistas.

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

Sí

La fiscalización del nivel local es llevada a cabo por el nivel regional, que supervisa y monitorea, no solo la parte técnica medica si no también administrativamente o gestión

Se hacen monitoreo y evaluaciones de las programaciones locales, así mismo los coordinadores de programas, (salud sexual y reproductiva, Niñez y adolescentes, materno infantil, inmunización, epidemiología, salud Bucal, salud Escolar, salud mental, salud nutricional, farmacia, laboratorio, salud adultos) supervisan y dan apoyo a los niveles locales, en cuanto administración, el acompañamiento es similar.

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

Sí, es la responsabilidad legal del MINSA velar por la Salud Publica por lo que se apoya en normas, leyes, decretos y resoluciones:

- Resolución 79,1989 gaceta 23621, “Salones de belleza, barberías y similares”.
- Resolución 94,1997gaceta 23266, “carnet manipulador alimento”.
- Resolución 0616, 2011gaceta 2011”procedimiento para obtener carnet MA”.
- Decreto 386 Gaceta 23344 regula uso de plaguicida por empres fumigadoras.

- Ley 40 modifica art de cód. Sanitario gaceta 25674, “actas de inspecciones”
- Decreto 40, 2010, gaceta 26463 “permisos sanitarios de operación”
- Decreto 1, 2004 gaceta 24970, “Nivel de ruido”.
- Decreto 306, 2002, gaceta 24635, “regula control de ruido espacios públicos”.
- Decreto 270, 2013, gaceta 24635, “re utilización aceite vegetal”.
- Decreto 157, 2004, gaceta 25062, “establecimiento expendio alimento”.
- Ley 13, 2008, gaceta 25966, “uso de tabaco”
- Decreto 230, 2008, gaceta 26033 “regula uso tabaco”.
- Resolución 869, 2011 regla uso de acta de inspección y boletas inspección.
- Resolución 792, para inspección de establecimiento no requieren permisos.

Sin embargo no se ha podido estrechar colaboración con el municipio para los procesos de vigilancia en el uso de tabaco en áreas públicas, ventas de alimentos ambulantes y otros.

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

Cuadro No.1

### INDICADORES DEMOGRÁFICOS

A. Indicadores demográficos	2000			2010			2014			2016
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
Densidad de población	6634			7474			7019			<b>7870</b>
· Rural	649			1020			2401			
· Urbana	5875			6300			4618			
· Indígena	110			154						
Tasa de crecimiento natural o anual	20.9			14.4						
Tasa bruta de natalidad	24			19						<b>19.10%</b>
Tasa global de fecundidad										
Tasa general de fecundidad	58.8			28.3						<b>2.44</b>
Porcentaje de población urbana										
Porcentaje de población rural										
Porcentaje de población indígena										
Razón de dependencia	0.49			0.47						

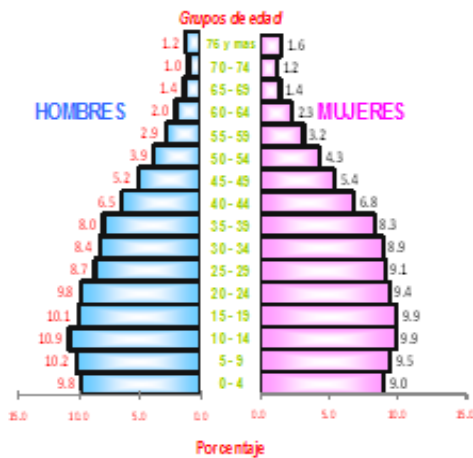
% De población inmigrante										4.70%
% De población emigrante										
Saldo migratorio										
% De población discapacitada	1.40%	1.60%	1.30%	1.90%	2.00%	1.90%				2.90%

Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2014			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	331692	161901	169791	373703	182468	191235	350949	171512	179437	360101	176055	184046
Menor de un año	6236	3241	2995	6555	3358	3197	5846	2853	2993	5611	2936	2675
1 a 4	24936	12688	12248	26170	13390	12780	22966	11502	11464	22466	11590	10876
5 a 9	32617	16569	16048	30853	15746	15107	27858	14181	13677	27783	14107	13676
10 a 14	34313	17576	16737	30995	15662	15333	27064	13654	13410	27203	13697	13506
15 a 19	33115	16322	16793	32950	16605	16345	26444	13220	13224	26761	13388	13373
20 a 59	180339	86345	93994	213959	103686	110273	200547	98616	101931	205048	101085	103963
60 a 64	7166	3310	3856	11188	5004	6184	13350	5909	7441	14604	6514	8090
65 y más	12970	5850	7120	21033	9017	12016	26874	11577	15297	30625	12738	17887

Otras Tasas	2000			2010			2012			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad	3.7	4.3	3.1	4.1	5.0	3.3	4.4	5.4	3.5	5.1		
Tasa de mortalidad en < de 1 año	12.8	12.5	13.1	9.5	9.2	9.9	10.8	8.7	13.0	9.6		
Tasa de mortalidad perinatal	11.3			10.0			8.7	2.9	6.2	5.2		
Tasa de mortalidad neonatal	7.7	7.5	8.0	6.4	6.3	6.4	7.1	4.2	10.1	7.2		
Tasa de mortalidad postneonatal	5.0	4.9	5.1	3.2	3.4	2.9	3.7	4.5	2.8	2.3		
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	3.9	4.1	3.7	2.4	1.6	1.1	2.8	2.3	3.2	2.7		
Tasa de mortalidad materna	0.12			0.43			0.95			0.3		
Esperanza de vida al nacer (total)	75.6	73.4	78.0	78.0	74.8	81.1	78.7	75.7	81.9	78.9	75.9	82

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

**MINISTERIO DE SALUD**  
**REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO**  
**PIRAMIDE POBLACIONAL**  
**AÑO 2000**



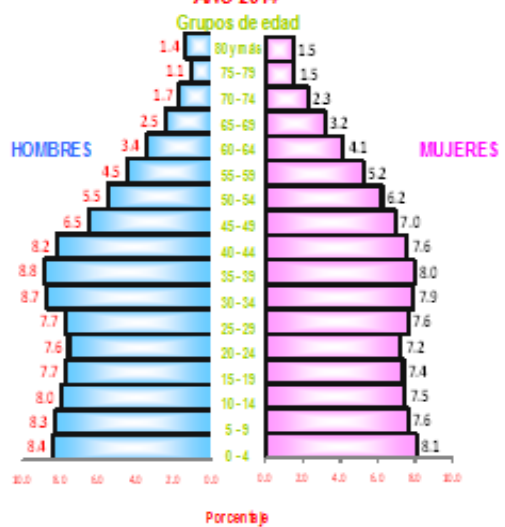
**MINISTERIO DE SALUD**  
**REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO LAS CUMBRES Y CHILBRE**  
**PIRAMIDE POBLACIONAL**  
**AÑO 2010**



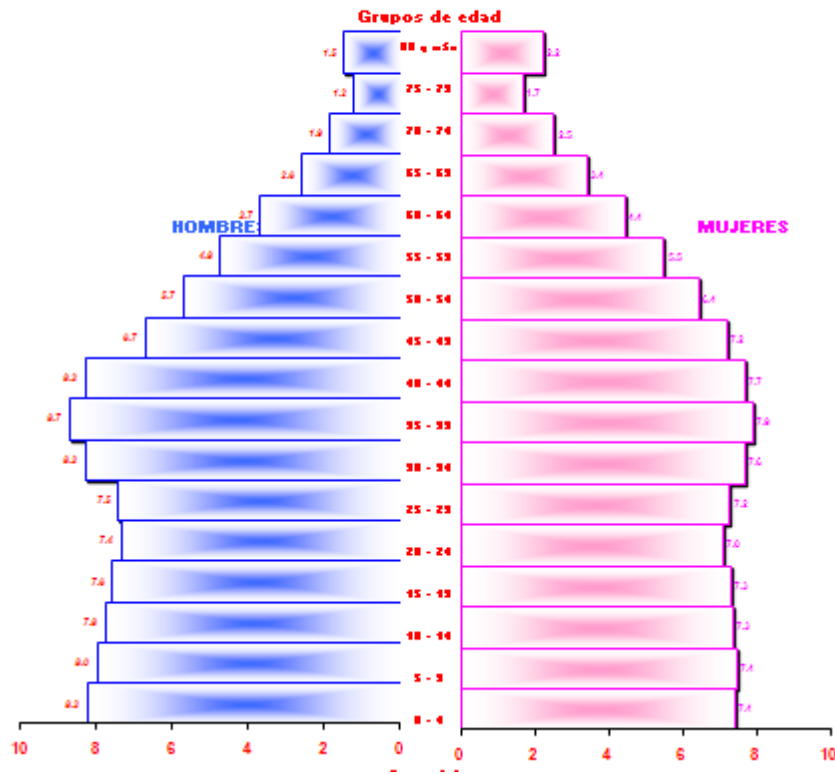
**MINISTERIO DE SALUD**  
**REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO**  
**PIRAMIDE POBLACIONAL**  
**AÑO 2013**



**MINISTERIO DE SALUD**  
**REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO**  
**PIRAMIDE POBLACIONAL**  
**AÑO 2014**



**MINISTERIO DE SALUD  
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO LAS CUMBRES Y CHILIBRE  
PIRAMIDE POBLACIONAL  
AÑO 2016**



1. Qué conclusiones pueden surgir como producto del análisis de los indicadores demográficos en relación con la salud enfermedad de la población de su área de influencia?

La población está envejeciendo, no hay políticas poblacionales para co-alinear el desarrollo económico con la población, en estos momentos hay severas debilidades con las necesidades a las que nos estamos enfrentando en el país la mano de obra extranjera está desplazando a la mano de obra panameña.

Según los indicadores demográficos la población del Distrito de San Miguelito presenta una densidad poblacional más concentrado en el área urbana 6634hab Km<sup>2</sup> según año 2,000 y 7019 hab/Km<sup>2</sup> para el 1er semestre del 2014, mostrando un aumento en la densidad observándose este comportamiento desde la década del 80 hasta 2,014, En 2016 la densidad aumento 7,202hab/Km<sup>2</sup>. sin embargo su crecimiento natural refleja una disminución que va muy relacionada con la tasa bruta de natalidad y la tasa global de fecundidad.



Se observa una concentración de la población en el área urbana.

Por otro lado vemos que la esperanza de vida al nacer va en aumento (78.7) tanto para el sexo masculino, como para el sexo femenino (81.9 mujer); (75.7 hombre). Con respecto a los años 2000 y 2010 (75.6 y 78.0) respectivamente.

En cuanto a las tasas de mortalidad ha registrado un leve aumento de 3.7 en el 2000, a 4.4 en el 2014, por c/1000 habitantes. Vemos en el menor de 1 año 12.8 para el 2000, 9.5 en el 2010, y un re punto muy preocupante de 10.8 por c/1000 nacidos vivos.

2. Como afecta la transición demográfica las condiciones de la salud enfermedad de la población?

En las pirámides poblacionales observamos un ensanchamiento en las edades medias de la vida además la esperanza de vida ha aumentado (78 años), sin embargo la población sufre de enfermedades crónicas los que encarece los costos de la salud ya que aumenta la morbilidad de la población y aumenta las personas con discapacidad.

3. Cuales serían las intervenciones según análisis realizado?

- Crear políticas poblacionales
- Intervenir en la mejora de los indicadores de salud para aumentar los controles de salud poblacional.
- Concientizar a la población en cuanto a prevención de las enfermedades y estilo de vida saludable.

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

<b>B. Aspectos económicos y sociales</b>	<b>2000</b>			<b>2010</b>			<b>2016</b>		
	<b>Total</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>	<b>Total</b>	<b>Masc</b>	<b>Fem</b>
Población económicamente activa									
Tasa de actividad									
Tasa de desempleo							19.1%		
Tasa de empleo informal							40.2%		
Porcentaje de población asegurada				56.86	27.67	29.19	75.11%		
<input type="checkbox"/> asegurados activos				104937	58475	46462	1,183,684		
<input type="checkbox"/> pensionados				3092	1363	1729	266,656		
<input type="checkbox"/> jubilados				19704	9221	10483			
<input type="checkbox"/> beneficiarios				84739	34330	50409	1,501,004		
Porcentaje de analfabetismo				1.4	1.2	1.6			
Escolaridad de la población									
<input type="checkbox"/> Básica completa				35789	23546	12243	11303		
<input type="checkbox"/> Media completa				91036	61088	29948	31140		
<input type="checkbox"/> Vocacional				6455	4159	2296	1863		

<input type="checkbox"/> Universidad completa				16789	6858	9931			
Déficit habitacional									

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

- **En ambiente**, la tendencia siguen siendo los desastres naturales, inundaciones, deslaves por construir en laderas de cerros, ráfagas de vientos y tornados, debido a la deforestación y al asentamiento por invasiones en áreas no aptas para edificar viviendas.
- **En educación**, sigue la deserción escolar, aunque ha mejorado el no abandono por la entrega de la beca universal,
- **Vivienda**, se ha avanzado por la construcción de viviendas de interés social, sin embargo estas barriadas se ubican lejos de las vías principales y con poco acceso al servicio público de transporte.
- **El saneamiento**, aumento el % de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano, la disposición de aguas residuales ha mejorado por el plan de saneamiento de la bahía, y la recolección de estas aguas residuales para su tratamiento.
- **Desempleo**, según el censo de 2010, la tasa de desempleo fue de 19.1%

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

Los Riesgos a la salud principalmente se encuentran en los corregimientos de BELISARIO FRIAS, BELISARIO PORRAS, ARNULFO ARIAS

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

Distrito de San Miguelito,

- Corregimiento de Mateo Iturralde: Inundaciones, Riesgo social.
- Corregimiento de José Domingo Espinar: Inundación
- Corregimiento de Amelia Denis de Icaza: Deslizamiento de Tierra, Incendio, Pobreza, Bandas delincuenciales
- Corregimiento de Belisario Porras: Inundaciones, deslizamiento
- Corregimiento de Omar Torrijos: Inundaciones Deslizamientos, Delincuencia Bandas
- Corregimiento de Belisario Frías: Inundaciones, Deslizamiento Bandas Delincuenciales

- Corregimiento de Arnulfo Arias: Inundaciones, Deslizamiento Pobreza, riesgo Social Bandas delincuenciales.
- Corregimiento de Victoriano Lorenzo: Inundación, Pobreza, riesgo Social, Banda delincuenciales.
- Corregimiento Rufina Alfaro: Inundación, riesgo social

7. ¿Cuáles son los principales productos agrícolas y de alimentos procesados en la región?  
No hay producción agrícola en San Miguelito, y los alimentos procesados, los industriales (embutidos, pollo, carnes, alimentos rápidos, etc.) toledano, Bonlac, Etc.

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

No hay tierras dedicadas a estas actividades en San Miguelito,

9. ¿Cuántos proyectos de reforestación con respaldo privado o del gobierno se desarrollan?  
No hay proyectos de este tipo en el distrito de San Miguelito

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

Los son el comercio, ventas de productos al de tal, economía informal, También encontramos fábricas de elaboración ,proceso, almacenamiento distribución y expendio de productos alimenticios, productos como bloques, agua embotelladas, insumos agrícolas, acopios de hierros, servicios de salones de belleza,. Aproximadamente 15% mano de obra local, siendo los centros comerciales de Los Andes y Metro mal los de mayor concentración laboral,

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

**Cuadro No. 3**

**Condiciones del Saneamiento Básico**

<b>Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2016</b>
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
<input type="checkbox"/> Urbano	100.0	100.0	100.0
<input type="checkbox"/> Rural	89.1	99.3	99.4
<input type="checkbox"/> Indígena	78.3	0.3	
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)			
<input type="checkbox"/> Urbano	100.0	98.6	98.6
<input type="checkbox"/> Rural	99.6	88.8	0
<input type="checkbox"/> Indígena	92.5	0.9	0
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
<input type="checkbox"/> Urbano	93.8	99.9	99.9
<input type="checkbox"/> Rural	38.2	96.6	0
<input type="checkbox"/> Indígena	3.3	0.3	0
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	83.0	91.0	100.0

**Cuadro No. 4**

**Incidencia de Pobreza por Distrito**

Incidencia de la pobreza por distrito	% de Población 2010		
	Total	Pobres	Pobres Extremos
1. SAN MIGUELITO	27.6	11.0	16.7
2. PANAMA	16.4	6.5	9.9

Incidencia de la pobreza por distrito 2015	% de Población 2015		
	Total	Pobres	Pobres Extremos
1. SAN MIGUELITO	15.1	12.7	2.4

**Cuadro no.5**

**Principales Etnias Predominantes**

<b>Cultura, Etnia y Colonias Predominantes</b>	<b>Etnia</b>		
	<b>Emberá</b>	<b>Guna</b>	<b>Ngäbe</b>
% de población según edad	0.9%	0.6%	0.3%
Población indígena	3360	2381	1005
0-4 años	361	195	72
5-9 años	361	222	84
10-14 años	382	205	72
15-19 años	376	270	122
20-59 años	1731	1266	592
60-64 años	51	72	23
65 y más	98	151	40
Lenguaje y dialectos	Emberá(ÉbêrâB'e'dea)	Dulegaya	Ngäbere

<b>Cultura, Etnia y Colonias Predominantes 2010</b>	<b>%</b>	<b>Etnia</b>		
		<b>Total</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
% de población	4.5	2.3	2.3	2.2
TOTAL	16982	8491	4216	4275
KUNA	0.6	2381	1171	1210
NGABE	0.3	1005	478	527
BUGLE	0.1	437	223	214
TERIBE/NAOO	0.01	35	17	18
BOKOTA	0.04	144	71	73
EMBERA	0.9	3360	1659	1701

WOUNAAN	0.05	170	91	79
BRI-BRI	0.03	101	45	56
OTRO	0.02	63	42	21
NO DECLARADO	0.2	795	419	376

Colonias Predominantes 2010	%	Etnia		
		Total	Hombre	Mujer
% De población según edad				
Total				
NEGRO (a) COLONIAL	3.2	11903	5948	5955
NEGRO (a) ANTILLANO	22.4	8368	4161	4207
NEGRO (a)	5.1	18904	9639	9265
Otro	0.7	2495	1212	1283
No declarado	0.2	824	441	383



**Cuadro No. 6 Principales Tasas de Mortalidad según Sexo**

C. Principales causas de mortalidad	2000			2010			2012			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
<b>Mortalidad general</b>												
1. Enfermedad circulatoria	350	177	173	221	125	96	449	239	210	516	262	254
2. Traumatismo	128	106	22	111	96	15	233	208	25	0		
3. Enfermedad infecciosas	148	90	58	48	31	17	106	82	24	91	65	26
4. Tumores	199	103	96	129	67	62	322	176	146	329	170	159
5. Enfermedad sistema respiratorio	162	87	75	66	39	27	155	81	74	114	58	56
<b>Mortalidad en menores de un año</b>												
1. Prematuridad	43	22	21	16	9	7	38	28	10			
	28	15	13	16	10	6	19			13	6	7
3. Hallazgos anormales clínicos				3		3				5	5	0
4. enfermedad sistema respiratorio	9	4	5	2		2	7	5	2	2	1	1
5. enfermedades infecciosas	18	7	11	1	1		1		1	1	1	0
6. Trauma obstétrico	1	1										
<b>Mortalidad en menores de 1-4 años</b>												
1. Prematuridad	43	22	21	16	9	7	38	28	10			
2. Anomalías	28	15	13	18	11	7	21	8	13	1	0	1
3. Enfermedad infecciosa	22	10	12	1	1		2		2	3	3	0
4. Enfermedad respiratoria	11	5	6	3	1	2	8	5	3	2	2	0
5. Traumatismo	5	4	1				6	3	3	0		
<b>Mortalidad perinatal</b>												
1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal				38			55					
2. Rn. afectados por trabajo de parto				16			13					
3. Signos morbosos mal definidos							7					
4. Trastornos relacionados con la gestación							3					
5. malformaciones congénitas				13			7					
6. Hipoxia				3			0					
<b>Mortalidad neonatal</b>												
								28	10	33	15	18

1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	40	20	20	16	9	7	38					
2. anomalias congénitas	14	8	6	14	10	4	7	5	2	6	0	6
3. enfermedad infecciosa	5	2	3	1	1							
4. enfermedad sistema respiratorio	2		2				1	1				
5. trauma obstétrico	1		1									
<b>Afecciones originadas en el periodo perinatal</b>				16	7	9						
1. Síntomas, signos y hallazgos morbosos anormales y de laboratorio				3		3	5	2	3			
2. Causas externas de morbilidad y mortalidad							1		1			
<b>Mortalidad Post neonatal</b>												
1. enfermedad infecciosa	14	6	8				1		1	1	1	0
2. anomalias congénitas	13	7	6	2	1	1	12	2	10	1	1	0
3. enfermedad respiratoria	6	4	2	2		2	6	4	2	2	1	1
4. ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	4	2	2							4	3	1
5. enfermedad sistema circulatorio	1		1	1		1						
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas				1	1							
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y laboratorio							2	2		5	5	0
<b>Mortalidad materna</b>												
1. Embarazo ectópico, no especificado				1		1						
2. mola hidatiforme, no especificada				1		1						
3. Muerte obstétrica indirecta, enf. Sistema respiratorio que complica en embarazo, parto y el puerperio				1		1	4		4			
4. Otras muertes obstétricas directas							3		3	2	0	2

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

**Cuadro No. 7**

**Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo**

	2000			2010			2012			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
% de sub registro de la mortalidad general	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
% de sub registro de la mortalidad infantil	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
% de sub registro de la mortalidad materna	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas	2.6	2.6		0.7	0.9	0.5	1.1	1.2	1.0	0.6	0.8	0.4
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	11.1	7.4	16	19.9	18.3	22.3	15.0	15.9	13.7	2.5	3.7	1.4
% de muertes por diarrea				0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0
% de muertes por infecciones respiratorias	13.3	12.6	14.3	10.2	8.3	12.8	9.0	7.9	10.5	3.2	3.3	3
% de muertes por TBC				1.5	0.7	1.0	0.8	1.0	0.4	0.3	0.4	0.2
% de muertes por VIH				3.5	4.6	1.9	3.3	4.8	1.1	0.2	0.3	0.1
% de otras	19.0	18.6	19.4	5.4	4.6	6.5	1.8	2.1	1.4			
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas				46.2	40.2	55.0	41.8	36.8	49.1			
% de muertes por tumores malignos	16.3	14.9	18.2	19.6	15.3	25.8	18.7	17.2	20.8	9.2	9.7	8.7
% de muertes por hipertensión arterial esencial				1.6	1.4	1.9	1.5	0.9	2.3	0.9	0.9	0.9

% de muertes por diabetes mellitus	2.9	1.9	4.2	6.8	4.9	9.5	7.2	4.4	11.2	3.4	3.1	3.8
% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón				12.8	13.7	11.6	10.9	4.4	11.2	4.8	5.8	3.9
% de muertes por otras enfermedades crónicas				5.4	4.8	6.2	3.6	3.7	3.4			
% de muertes por causas circulatorias	28.7	25.6	32.9	22.9	22.9	23.0	26.0	23.4	29.9			
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas	13.3	12.6	14.3	3.7	3.2	4.4	1.9	2.3	1.3			
% de muertes por insuficiencia renal crónica				0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	1.3	1.1	1.4	0.9
% de muertes por causas externas	10.5	15.3	4.2	15.0	33.3	2.4	13.5	20.4	3.6	3.9	6.9	1.2
% de muertes por suicidios				1.0	0.9	1.1	0.4	0.5	0.3			
% de muertes por homicidios				9.5	15.4	1.1	8.2	13.0	1.3	2.1	4	0.2
% de muertes por accidentes				1.2	1.6	0.5	3.1	4.1	1.6	0.2	0.5	0.05
% de muertes por accidentes de tránsito				2.5	4.0	0.3	2.2	3.2	0.7	0.7	1.1	0.5
% de muertes por violencia				9.5	15.4	1.0	9.4	14.4	2.1			
% Muertes por violencia social e intrafamiliar												

**Cuadro No. 8**

**Tasa de las Principales Causas Morbilidad  
de las principales causas por Sexo**

D. Principales causas de Morbilidad	2010			2013			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
<b>Morbilidad general</b>									
1.Rinofaringitis aguda		9943	11946	16195	6831	9364	21707	9623	12084
2.Caries de la dentina				16158	5982	10176	13490	5686	7804
3.Hipertensiòn esencial (primaria)				11646	2794	8852	8740	2694	6046
4.Obesidad, no especificada				8239	1587	6652	5863	1534	4329
5.Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso				6929	3009	3920	9706	4426	5280
<b>Morbilidad en menores de un año</b>									
1.Bronquiolitis aguda, no especificada				583	320	263	548	290	258
2.Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado				233	124	109	218	116	102
3.Neumonía, no especificada				28	14	14	10	3	7
4.Varicela sin complicaciones				22	7	15	18	12	6
5.Bronconeumonía, no especificada				19	11	8	26	21	5
<b>Morbilidad en menores de 1-4 años</b>									
1.Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado				534	237	297	639	320	319
2.Bronquiolitis aguda, no especificada				122	64	58	187	100	87

3.Varicela sin complicaciones				81	38	43	77	34	43
4.Bronconeumonía, no especificada				29	14	15	38	22	16
5.Neumonía, no especificada				9	5	4	17	12	5
<b>Morbilidad Perinatal</b>									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
<b>Morbilidad Neonatal</b>									
1.Sepsis neonatal				475	263	213			
2.Ictericia Neonatal				198	109	89	248	137	111
3. Taquipnea del R.N.				199	134	65			
4. Recién Nacido Excepcionalmente Grande				172	117	55			
5. Pequeño para la Edad Gestacional				136	59	77			
<b>Morbilidad Post neonatal</b>									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
<b>Morbilidad materna</b>									
1.Aumento excesivo de peso en el embarazo				633		541	206		206
2.Otras infecciones y las no especificadas de vías genitourinarias en el embarazo				484		484	252		

3. Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio				294		294	141		
4. Desnutrición en el embarazo				270		270	88		
5. Amenaza de aborto				230		230	212		

E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles	2010			2012			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1. Herpes zoster, sin complicaciones	0.5	0.3	0.5	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
2. Parotiditis	0.03	0.03	0.04	0.04	0.04	0.04	0.008	0.001	0.005
3. Síndrome de coqueluche	0.01	0.01	0.01						
4. Meningitis				0.002		0.005			
5. Neumonía				0.002	0.005		0.11	0.14	0.09

F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles.	2010			2012			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Herpes zoster, sin complicaciones	0.5	0.3	0.5	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
2. Neumonía				0.002	0.005				

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2010			2012			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Hipertensión Arterial	26.2	13.7	38.2	29.7	16.3	42.4	24.27	15.3	32.85
2. Obesidad	15.4	6.1	24.2	17.1	7.9	25.9	16.28	8.71	23.52
4. Asma	6.1	7.0	8.4	8.7	8.0	9.4	9.9	10.07	9.74
5. Artritis	0.6	0.3	0.9	0.6	0.3	0.8	0.35	0.2	0.5

Cuadro No.16

**REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO**  
**CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA REGION DE SAN MIGUELITO**  
**POR GRUPO DE EDAD**  
**AÑO 2016**

< 1 AÑO CAUSAS	Nº	1- 4 AÑOS CAUSAS	Nº	5-9 AÑOS CAUSAS	Nº	10-14AÑOS CAUSAS	Nº	15 -19 AÑOS CAUSAS	Nº	20-59 ANOS CAUSAS	Nº	60 Y MAS CAUSAS	Nº
ENFERMEDAD	NO.	ENFERMEDAD	NO.	ENFERMEDAD	NO.	ENFERMEDAD	NO.	ENFERMEDAD	NO.	ENFERMEDAD	NO.	ENFERMEDAD	NO.
RINOFARINGITIS AGUDA	4236	RINOFARINGITIS AGUDA	7128	CARIES DE LA DENTINA	3561	CARIES DE LA DENTINA	1789	PROBLEMAS RELACIONASA OTRA CIRCUNSTANCIA	1382	PROBLEMA RELACIONADO ORTAS	6268	HIPERTENSION ARTERIAL	3,521
GASTROENTERITIS	964	GASTROENTERITIS	2789	RINOFARINGITIS AGUDA	2326	RINOFARINGITIS AGUDA	844	CARIES DE LA DENTINA	1259	CARIES DE LA SENTINA	5859	OBESIDAD	1063
BRONQUIOLITIS AGUDA	548	ASMA	1336	DEPOSITOS EN LOS DIENTES	1524	DEPOSITOS EN LOS DIENTES	798	RINOFARINGITIS AGUDA	1004	RINOFARINGITIS AGUDA	5498	DIABETES MELLITUS	869
ANEMIA	317	FARINGITIS AGUDA	1154	GASTROENTERITIS	863	GASTROENTERITIS	400	DEPOSITOS EN LOS DIENTES	736	HIPERTENSION ARTERIAL	5046	RINOFARINGITIS AGUDA	671
BRONQUITIS AGUDA	313	OTRAS INFECCIONES AGUDAS	1134	FARINGITIS AGUDA	636	OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENFE.	341	OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENFERMEDADES	687	OBESIDAD	4144	SOSPECHA OTRAS ENFE.	612
ESCABIOSIS	308	PIODERMA	771	OTRAS INFECCIONES AGUDA	581	FARINGITIS AGUDA	318	INFECCION VIAS URINARIAS	626	DEPOSITOS EN LOS DIENTES	3939	INFECCION VIAS URINARIAS	489
PROBLEMAS BAJO INGRESO OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENF.	297	CARIES DE LA DENTINA	706	ASMA	478	ANOMALIAS DE LOS DIENTES	309	GASTROENTERITIS	609	GASTROENTERITIS	3832	LETRA NO LEGIBLE	424
ASMA	289	AMIGDALITIS AGUDA	657	NECROSIS DE LA PULPA	444	ASMA	256	GINGIVITIS CRONICA	375	OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENFE.	3693	CARIES DE LA DENTINA	309
ASMA	254	INFLUENZA	639	ANOMALIAS DE LA POSICION DE DIENTES	407	OTRAS INFECCIONES AGUDAS	256	FARINGITIS AGUDA	375	INFECCION VIAS URINARIAS	3432	LUMBAGO	276
FARINGITIS AGUDA	254	OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENF.	562	OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENF.	386	GINGIVITIS CRONICA	250	OTRAS INFECCIONES AGUDAS	285	GINGIVITIS CRONICAS	1961	GASTROENTERITIS	249
ICTERICIA NEONATAL	248	BRONQUITIS AGUDA	552	CARIES LIMITADAS	381	NECROSIS DE LA PULPA	189	LETRA NO LEGIBLE	264	LUMBAGO	1936	FARINGITIS AGUDA	224
DERMATITIS DEL PAÑAL	231	ESCABIOSIS	520	AMIGDALITIS AGUDA	315	OBESIDAD	180	NECROSIS DE LA PULPA	246	LETRA NO LEGIBLE	1918	INFLUENZA	192
RINITIS CRONICA	220	IMPETIGO	415	INFLUENZA	309	INFECCION VIAS URINARIAS	169	GINGIVITIS CRONICA	240	FARINGITIS AGUDA	1728	VENAS VARICOSAS	125
INFUENZA	218	ANEMIA	406	ESCABIOSIS	299	LETRA NO LEGIBLE	165	GASTRITIS	228	INFLUENZA	1361	ARTROSIS	122
CONJUNTIVITIS	210	LETRA NO LEGIBLE	374	PIODERMA	299	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	165	ASMA	194	NECROSIS DE LA PULPA	1232	ANEMIA	111



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

En relación al consumo de tabaco según la encuesta mundial de tabaco realizada en el 2013 encontramos una baja prevalencia en el consumo de este producto 5.3%, siendo para los hombre de 9.0% y las mujeres 1.3%. Por rango de edad, los grupos de 40-59 y el de 60 y más presentan prevalencias más altas con 7.6% y 4.8% respectivamente, mientras que la más baja, 1.7%, se estimo para el grupo de 15 a 19 años. El consumo de tabaco fumado, que es el principal tipo de consumo en el Distrito, reflejó una prevalencia de 5.0% en general, mientras que para los hombres es de 8.9% y en las mujeres 0.9%. Con relación al tabaco sin humo, la prevalencia general fue de 0.5%, teniendo los hombres 0.3% y las mujeres 0.7%.

En materia de exposición al humo del tabaco de segunda mano (HTSM) se refleja que el 95.9% de los adultos que trabajan en interiores están protegidos de la exposición a este humo, así como el 94.8% de los adultos en sus hogares y el 86.8% de los adultos que visitan restaurantes no están expuestos al HTSM.

La cesación del consumo de tabaco se refleja como una preocupación de los consumidores siendo que 6 de cada 10 fumadores actuales planearon o estaban pensando dejar de fumar y que 4 de cada 10 fumadores hicieron un intento para dejar de fumar en los últimos 12 meses.

Como parte de las políticas de control de tabaco que implementa Panamá desde el año 2005 está la impresión en las cajetillas de productos de tabaco de advertencias sanitarias con imágenes, el 71.3% de los adultos de 15 años y más notaron las advertencias sanitarias y que 4 de cada 10 consideraron dejar de fumar debido a la misma (40.4%). Cerca de 4 de cada 7 fumadores actuales (56.8%) que notaron advertencias, pensaron en dejar de fumar.

En lo referente a los anuncios de tabaquismo en los medios de comunicación 5 de cada 10 adultos había visto información contra el tabaco en la televisión o la radio. 2 de cada 10 adultos había visto mercadeo de cigarrillos en las tiendas donde se venden cigarrillos; 2 de cada 10 adultos había visto comercialización de cigarrillos ( que no sea en el comercio) o patrocinio de eventos deportivos.

En promedio, un fumador de cigarrillos actual gasta 109.90 USD por mes en cigarrillos manufacturados.

En general la población de San Miguelito esta consciente de los riesgos de enfermedades a las que se exponen al fumar (93.3%) cree que fumar causa enfermedades graves y un 98.4% de los adultos cree que le humo que respiran de otras personas fumadoras causa enfermedades graves en los no fumadores.

**Fuente: Encuesta mundial del tabaco, san Miguelito, 2013.**

Analizando las enfermedades crónicas no transmitirles, encontramos un aumento en las trazas de prevalencia , comparando 2010-2012, teniendo así, que la Hipertensión Arterial, mostro prevalencia de 26.2, para el 2010, y 29.7 en 2012. Con un aumento significativo en las mujeres de 38.2 y 42.4 para 2010 y 2012 respectivamente.

En cuanto Obesidad, también hay aumento en la prevalencia comparando 2010 y 2012, en 15.4 y 17.1 respectivamente. Es importante enfatizar que la prevalencia en mujeres en comparación a los hombres es alarmantemente alta, en 2010 6.1 en hombres y 24.2 en mujeres y para el 2012 7.9 hombre y 25.9 en mujeres.

Se observa dificultades con la conducta y prácticas sexuales, hay mucha incidencia de promiscuidad sexual ITS, por la falta de práctica sexual seguras

2. Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad.  
Principales causas de morbilidad general

1. 1er lugar **Rinofaringitis** aguda 9364 en femeninas y 6831 hombres
2. 2do Caries dentales
3. 3 er Hipertensión Arterial
4. 4to Obesidad, no especifica
5. 5to Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso.

3. Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?

Las enfermedades de notificación obligatorias en los últimos 5 años son:

	2012	2013	2014	2015	2016
Influenza	1er	1er	2do	2do	2do
Diarrea	2do	2do	1er	1er	1er
Conjuntivitis	3er	3er	3er	3er	3er

Del año 2012a 2016, el comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria mantuvo la constancia alternando siempre los puestos 1 y 2, ese comportamiento se ha mantenido a la fecha.

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

Datos no suministrados por la CSS.

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

Objetivamente no se conoce la percepción de la población sobre su condición de salud, sin embargo en la práctica de la medicina hemos podido constatar que la población sabe de los riesgo de enfermedad sin embargo persiste una conducta de poco control de salud y mal manejo de medicamentos, solo asistir al médico cuando sienten alguna morbilidad

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

#### ODM-4 REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL.

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años. En 1990 la mortalidad infantil fue de 24.5/1000 nacidos vivos

Para reducir la mortalidad infantil hemos estado monitorizando trimestralmente los indicadores involucrados logrando un aumento en la captación de los menores de un año, así como también el porcentaje de controles de salud y su concentración, además hemos logrado aumentar coberturas de vacunación.

INDICADOR	Cobertura 2016
NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD CAPTADOS EN EL PROGRAMA INFANTIL	7196
NÚMERO TOTAL DE CONTROLES DE SALUD REALIZADOS A MENORES DE 1 AÑO DE EDAD	26051
NÚMERO DE DOSIS DE VACUNA CONTRA POLIO QUE SE APLICÓ A MENORES DE 1 AÑO	73.2%
NÚMERO DE DOSIS DE VACUNA PENTAVALENTE QUE SE APLICÓ A MENORES DE 1 AÑO	73.8%
NÚMERO DE DOSIS DE VACUNA CONTRA ROTAVIRUS QUE SE APLICÓ A MENORES DE 1	73.9%

#### ODM-5 MEJORAR LA SALUD MATERNA.

Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015 la mortalidad materna.

En el 2012 la tasa de mortalidad materna fue de 4 por 100mil habitantes y en el 2013 no hubo muertes maternas.

Para reducir la mortalidad materna hemos estado monitorizando los indicadores de cobertura de atención trimestralmente

## Captación del embarazo

INDICADORES	2016
NÚMERO DE EMBARAZADAS CAPTADAS	18850
PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CAPTADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN (> O IGUAL AL 60%)	99%
PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CAPTADAS EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN (MENOS DEL 8%)	79%
NÚMERO DE PUERPARAS CAPTADAS	84%
NÚMERO DE EMBARAZADAS EVALUADAS POR ODONTOLOGÍA	20%

### FOTOGRAFÍA N° 3 CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

#### LA VIGILANCIA SANITARIA

1. Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?  
Se debe llegar a un consenso regional del concepto de vigilancia sanitaria.

Aspectos que Considera la Vigilancia Sanitaria

- Inspecciones
- Encuestas
- Monitoreo
- Promoción, capacitación, educación
- Marco Legal
- Participación social
- Determinanantes sociales

Intervenciones orientadas a la preservación de condiciones de salubridad de los servicios básicos de saneamiento y a la identificación y conexión de factores de riesgos.

La Vigilancia Sanitaria dentro de las actividades desarrolladas por el Departamento de Protección de Alimento, involucra la prevención de las enfermedades transmitidas por alimento, mediante las inspecciones a establecimientos de fabricación, transformación, distribución, almacenamiento y expendio de alimentos. Se realiza la vigilancia activa de las enfermedades transmitidas por alimentos, mediante la investigación de casos reportados en los diferentes centros de atención primaria de la región, así como las captadas por el Hospital San Miguel Arcangel. En menor escala pero con igual relevancia se encuentra la atención a quejas y denuncias sanitarias sobre establecimientos de expendio de alimentos. En el contexto de educación comunitaria se realizan charlas y exposiciones audiovisuales

en los Centros de Salud, sobre medidas de prevención de contaminación alimentaria. Se brinda capacitación y apoyo a la formación de los facilitadores en el centro de capacitación de manipuladores de alimento y establecimientos de interés sanitario.

Charlas de capacitación para reforzar los conocimientos en materia de implementación de planes de aseguramiento de calidad alimentaria, constituyen un pilar fundamental para prevención de contaminación alimentaria en la manufactura.

Médicos Veterinarios debidamente capacitados han sido asignados a las plantas de sacrificio y proceso de cárnicos de la región de Salud de San Miguelito. Estos funcionarios deben velar para que el proceso se lleve en condiciones de inocuidad, y además cumplir con los protocolos de muestreo para monitoreo de laboratorios de la microbiología de los alimentos y residuos de medicamentos.

## 2. Qué problemas se deben vigilar?

### Disposición inadecuada de aguas negras y servidas

- Disposición inadecuada de excretas
- Disposición inadecuada de desechos sólidos
- Falta de agua potable
- Manipulación y expendio de alimento
- Otros riesgos a la salud humana y ambiental de tipo físico, químico, biológicos, radiactivo.
- Vigilancia a las procesadoras o fábricas de alimentos
- Vigilancia en el control de vectores
- Se debe vigilar los factores asociados a la violencia, enfermedades crónicas, ambiente laboral ( y la del propio funcionario)

Se mantiene la cultura popular de automedicación por lo tanto, Existe un alto subregistro de las Toxiinfecciones alimentarias en la Región de Salud de San Miguelito, debido a que muchas personas afectadas toman remedios o medican y no acuden a los Centros de Salud y además porque al presentarse a los planteles de atención primaria, las etiologías que generaron las mismas no son especificadas debido a la falta de insumos para la tipificación laboratorios. Por otra parte la falta de programas de muestreo de alimentos en expendio, no permiten mantener estudios actualizados de prevalencia de enfermedades de transmisión alimentaria en la región, sin embargo el Departamento de Protección de Alimentos ejecuta programas con la finalidad de mantener la vigilancia pasiva mediante las inspecciones a alimentos, así como la vigilancia activa de las enfermedades de transmisión alimentaria que son reportadas al departamento.

También es necesario reforzar la vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria en las plantas de sacrificio de aves, ya sea por enfermedades zoonoticas mediante la toma frecuente de muestras con la debida representatividad estadística, así como por las no conformidades en la implementación de los programas de aseguramiento de la calidad alimentaria.

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

**Fortalezas** Existencias de decretos, códigos y leyes.

- El promedio de experiencia laboral en el espacio geográfico de los funcionarios es alto.
- Interés de pequeños grupos de la comunidad y del personal por la solución problemas de Salud poblacional y ambiental.
- Análisis de las situaciones de los niveles locales
- Recurso humano capacitado.

**Debilidades:** Desconocimientos de las percepciones de Salud – Enfermedad de las comunidades que estamos tratando.

- Insuficiencia de recurso humano,
- La no divulgación de capacitación a la comunidad.
- Ausencia de reglamentos específicos para vigilar higiene y seguridad.
- Limitada descentralización hacia los niveles locales
- Desconocimiento de la situación de salud de las áreas de difícil acceso.
- Falta de consulta en la implementación de las políticas en los niveles locales.
- No existe un análisis de causalidad periódico y continuo.
- Capacidad para reunirse y ventilar en plenaria.
- No existe un sistema de Vigilancia sobre riesgos sociales, entre ellos la violencia social y doméstica.
- Escasa vigilancia de factores de riesgos asociados a otros problemas Bio-Psico-Sociales.
- Falta de vigilancia de los planes
- Escaso compromiso para el desarrollo de los aspectos sociales de la salud en la planificación, provisión, vigilancia de la salud y acceso a la salud, sobre todo de los grupos protegidos por normas legales de gratuidad..
- Gestión medicalizada y biológica de los servicios de salud.
- No hay una coordinación ínter programática
- Escaso nombramiento de trabajadores sociales para atender las patologías sociales.
- Escasa coordinación intersectorial
- No hay verdadera planificación integral de todos los departamentos.
- Limitados mecanismos de negociación e inclusión de la comunidad organizada en la producción de la salud.

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

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

Accesibilidad geográfica: no aplica en san miguelito

Cultural y económico: limitaciones por violencia (pandillerismo y crimen organizado que restringen el flujo de las personas ajenas a la comunidad por las diversas aéreas). Alto costo del transporte.

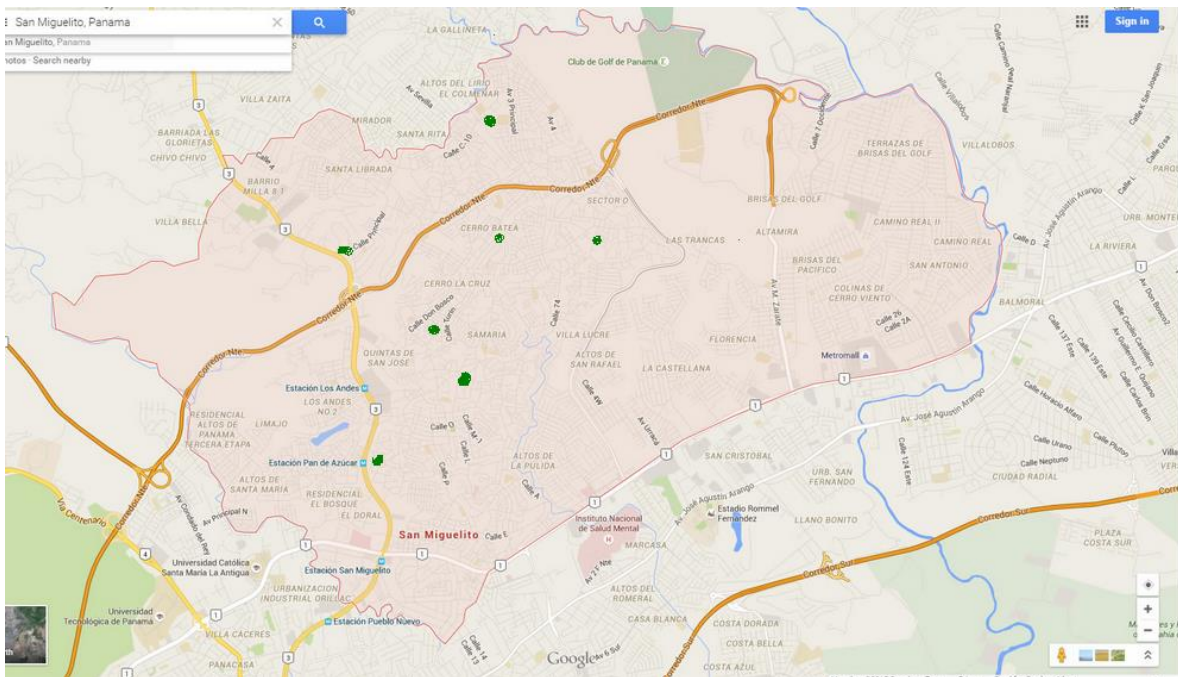
2. Cuáles son las distancias (en tiempo y en kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera?  
Ver infografía.
3. Cuáles son los medios usuales de transporte utilizados? Horario del sistema de transporte.  
Metro – 5:00 am a 10:00 pm

Metro bus: 24 horas, rutas internas, taxis, transportes piratas,

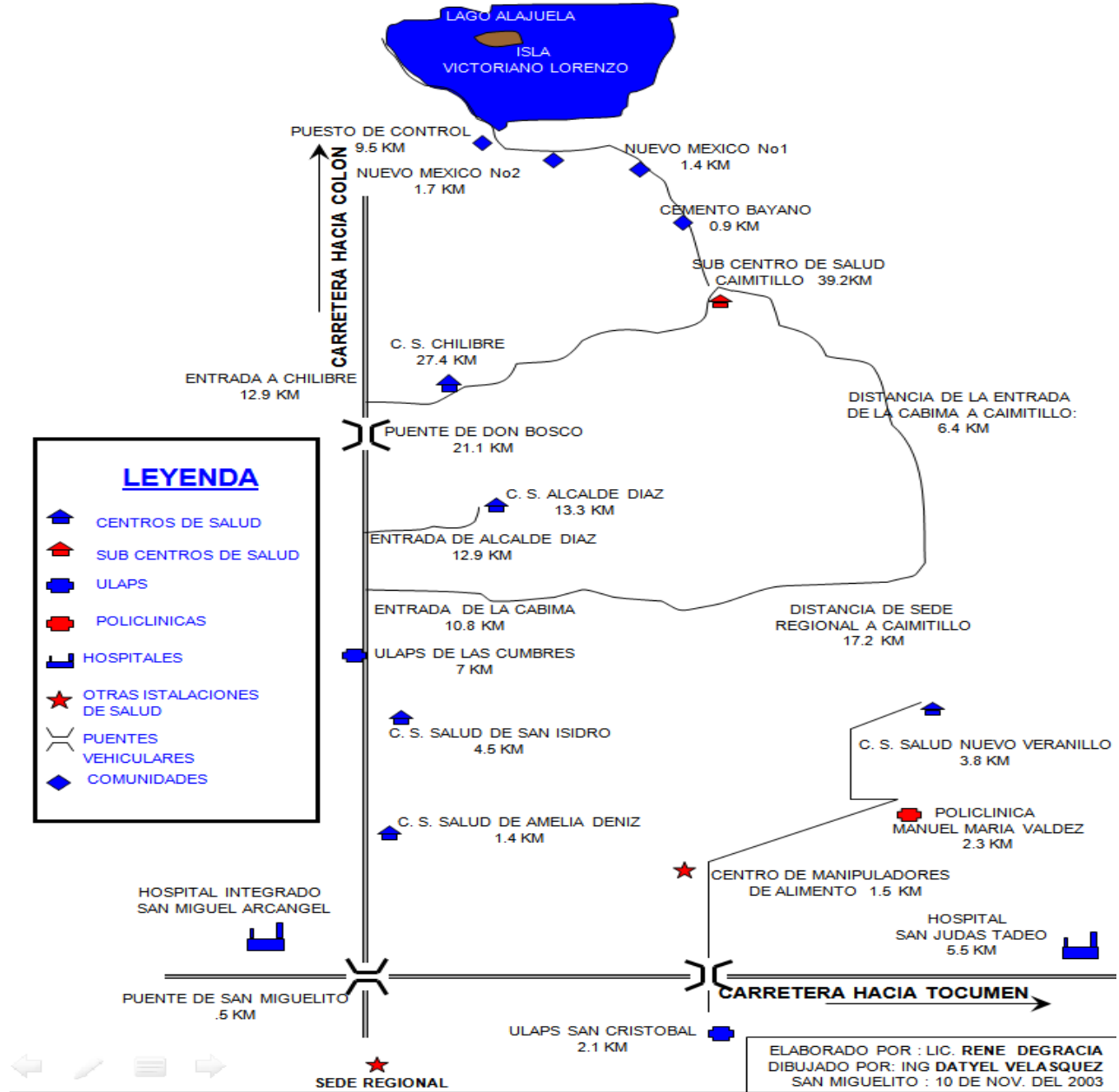
4. Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.

Ver infografía:

El acceso a las instalaciones de salud en San Miguelito, mas difícil están en el área de Rufina Alfaro, José Domingo Espinar



**MINISTERIO DE SALUD  
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO  
DISTANCIAS DE SEDE REGIONAL A LAS INSTALACIONES DE SALUD**





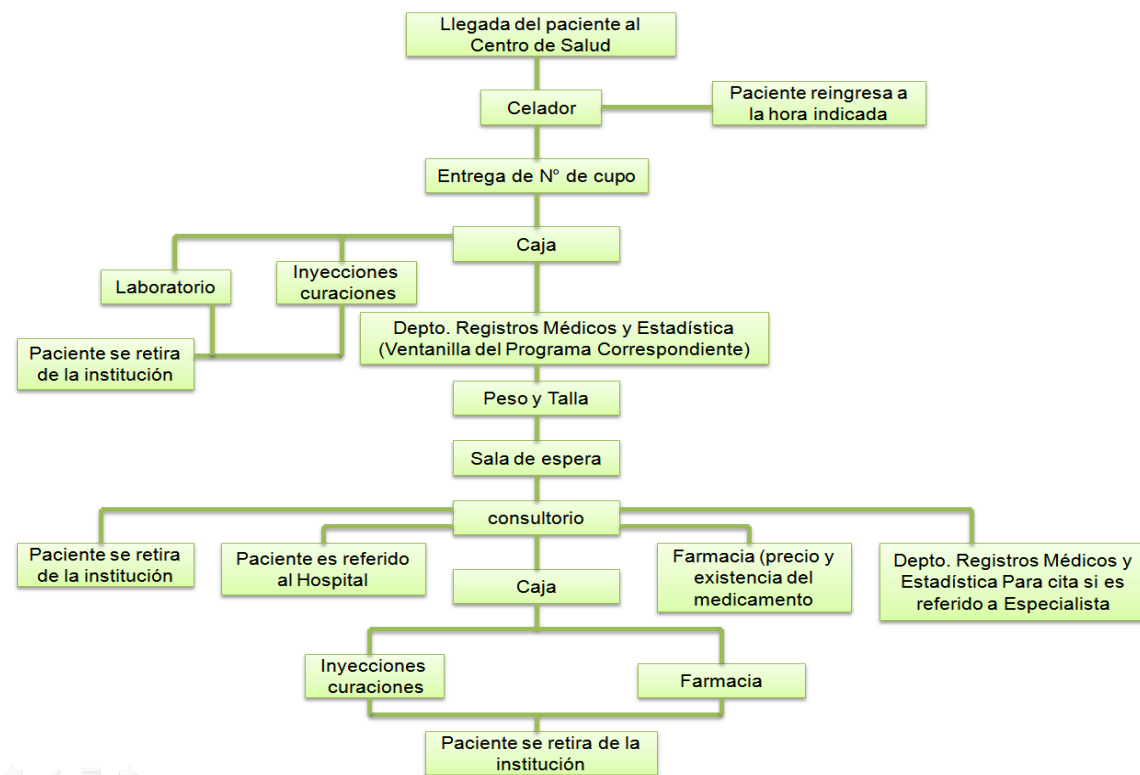
5. Cuál es el costo de movilización para la población?  
 Metro costo 35c público en general, jubilados 17c, estudiantes 10c  
 Metro bus: costo 25c público en general ruta normal, corredor 1.25. Estudiantes 10c
6. Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujograma. VER SEIS

En cuanto al flujo grama de llegada del Paciente al centro de salud, este es Recibido por el celador, el cual entrega el nº de cupo, pasa a la caja, a pagar la consulta; laboratorio o inyecciones y curaciones, el paciente se retira.

El paciente luego de pagar el nº de cupo en caja, pasa a Registro Medico y Estadística (ventanilla del Programa correspondiente). Peso y Talla, Sala de Espera, pasa al Consultorio, Paciente se retira de la institución, Paciente Referido al Hospital, Farmacia (precio y existencia del medicamento), Departamento Registro médicos para cita (de ser referido a un especialista). Del consultorio a Caja para Inyecciones/Curaciones o Farmacia.

Para la población que no cuenta con recursos económicos, el flujo grama es exactamente igual salvo exoneración de pago, según criterio de Trabajo Social y se aplican también las exoneraciones por decreto presidencial.

Flujograma de atención integral de Morbilidad y control de salud de



Fuente: Reestructuración de la atención de salud a la población (1995)

## COMPLEJIDAD DE LA RED

1. La región cuenta con una red integrada e integrales de servicios de salud (RIISS)?  
La red de servicios No es integrada, siendo la CSS, proveedor de servicios médicos únicamente para asegurados y beneficiarios debidamente inscritos, no atienden problemas de saneamiento ambiental
2. Con base a los niveles de atención (primero y segundo) Cómo caracteriza la complejidad de las instalaciones de la red pública regional de salud, tanto del MINSA como de la CSS?  
La Región de Salud de San Miguelito está compuesta por una Red pública de atención primaria formada por (6) Centros de Salud y 2 Subcentros (Don Bosco y Tinajita), Existe un Hospital Regional de Segundo Nivel San Miguel Arcángel que cubre la demanda de la Red Primaria del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social y un Hospital del segundo nivel (C.S.S).Susana Jones.

Policlínicas María Valdés y Generoso de la Guardia, CAPSS Torrijos Carter.

3. Cuáles son las características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos? Cuáles son los horarios de atención?  
En la Región de Salud de San Miguelito, existe un Centro de Salud, Nuevo Veranillo, que por sus Recursos físicos humanos y tecnológicos cumple con las características de 2 A ( Secundario Ambulatorio) , pues cuenta con un Sub Nivel 1 A (atención primario) capacitado para la atención de urgencias, consultas y atención de especialidad e imagenología, Pediatría entre otras. El Centro de salud San Isidro, opera un cuarto de urgencia las 24hras El resto de los Centros de Salud pertenecen al nivel 1 A (primario ambulatorio); Representan el primer contacto del usuario con el sistema y paso obligado por los siguientes niveles. Contemplan un modelo de Atención Integral basado en Equipos Básicos (un médicos general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y un técnico de Salud ) a las cuales se les asigna una cantidad de familias de una zona de responsabilidad, apoyados por Equipo de atención complementario como son : Saneamiento Ambiental, Odontología, Laboratorio, trabajo social y Profesionales especialistas. sin embargo este modelo de atención a sido víctima de los vaivenes políticos por lo que ha caído en desuso.
4. Qué instalaciones tienen horario extendido y en que horario funcionan?  
Los centros de salud con extensión de horario y fines de semana, son San Isidro (3-11pm y 11-7am), Nuevo Veranillo: Lunes a viernes3 – 9 y sábados7-3pm., Cerro Batea: Lunes a viernes 7-3 pm; Torrijos Carter: Lunes a domingo de 7-3pm 3-11 pm, 11-7am en
5. Cómo esta sectorizada la red de servicios? Cuáles son los criterios aplicados para la sectorización?  
Se define la sectorización de la Red a través de segmento censal y en algunos casos por accesibilidad geográfica. Como proyección del nivel regional la sectorización continuará tal como esta, existiendo una adecuación en el sistema de información médica por zona y la de salud ambiental se encuentra en fase de validación.

La red de servicios es dividida en zonas Sanitarias de responsabilidad asignadas a cada Centros de Salud respectivamente.(2 zonas de 5000 habitantes por equipo básico).

Como ya se dijo anteriormente el modelo de sectorización a sido dejado a un lado debido a la falta de interés de las autoridades de salud.

7. Cómo se integran los equipos básicos de cada establecimiento de salud?  
Los equipos básicos de salud se integran a los establecimientos de salud, a través de coordinaciones internas e interconsultas, para el monitoreo y seguimiento, donde la comunidad se incorpora en el momento que se le solicita.
8. Qué profesionales conforma el equipo básico?  
El Equipos Básicos de salud, de acuerdo al modelo de atención Familiar, comunitario y ambiental lo conforman, (un médicos general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y un técnico de Salud) a las cuales se les asigna una cantidad de familias de una zona de responsabilidad, apoyados por Equipo de atención complementario como son : Saneamiento Ambiental, Odontología, Laboratorio, trabajo social y Profesionales especialistas.
- 9.Cuál es la población de responsabilidad de los equipos básicos de sector?  
El modelo de atención estipulo 5,000hbt por equipo básico,
10. Cómo caracteriza la cartera de servicios y programas que se ofertan a la población?  
La cartera de servicios que se ofrece a la población está orientada a facilitar la atención sanitaria y las prestaciones básicas que corresponden al primer nivel de atención tomando en consideración las necesidades de Salud-enfermedad de la población bajo nuestra responsabilidad.  
Los programas que se ofertan a la población son los siguientes:
  - Atención Integral de la salud de la niñez y adolescencia
  - Salud sexual y reproductiva
  - Atención Integral del Adulto y la Adulta
  - Atención integral del adulto y adulta mayor
  - Promoción y Prevención de la Salud
  - Vigilancia Epidemiológica
  - Control de Vectores y Saneamiento Ambiental
  - Protección de Alimentos
  - Sistema de Referencia y Contra referencia
  - Programa nacional de HIV-SIDA
  - Programa de salud penitenciaria
    - Programa de TBC
  - Salud ocupacional
11. Presentar la cartera de servicios que ofrece la región para la red fija, por instalación y para la red itinerante? Cuál es el costo de los productos incluidos en la cartera de servicio?  
Dentro de la cartera de servicios el Centro de Salud debe asumir y facilitar la atención sanitaria y las prestaciones básicas correspondientes al primer nivel de atención debe

responder a las necesidades de Salud colectivas e individuales de su población de responsabilidad

Atención Integral a la Salud de los Niños y las Niñas.

Atención Integral a los y las adolescentes

Atención Integral a la Mujer

Atención Integral a los y las Adolescentes

Atención Integral a la Mujer

Atención Integral del Adulto y la Adulta

Organización de la Gestión del Modelo de Salud Familiar, Comunitario y Ambiental

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Promoción y Prevención Colectiva

Control y vigilancia Epidemiológica y de Salud Pública.

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

No hay diferencia en cuanto a usuario asegurado y no asegurado

Tarifas

La tarifa para los usuario asegurados y no asegurados es la misma, el costo de la consulta para los servicios de medicina general y otras consultas es de 0 .50 centavos y de 1.00 balboa para las especialidades y la atención de los fines de semana. Se respeta la ley de gratuidad para los menores de 5 años, embarazadas y pacientes con capacidades especiales identificados.

Consulta externa de medicina general y medicina especializada: 1 balboa

13. Existen y se aplican protocolos de atención?

si existen los protocolos de atención por servicio, protocolo de atención de diabetes mellitus, HTA, obesidad, atención penitenciaria, normas de atención integral a la mujer, protocolo de enfermedades de notificación obligatoria, normas para la salud y el ambiente, normas y protocolos de atención de odontología,

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

Actualmente ambas redes de servicios trabajan de manera independiente, aunque todas nuestras instalaciones atienden un importante número de pacientes asegurados no existe un convenio que formalice la coordinación MINSA-CSS.

A pesar de esto en el programa de TBC existe una integración en cuanto al abastecimiento de medicamentos para estos pacientes.

En el programa ampliado de inmunización existe una coordinación e integración para el abastecimiento de las vacunas.

En La vigilancia epidemiológica existe una integración a través del SISVIG

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

No existe relación alguna entre la red informal de salud y la red formal

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

La red pública de salud de San Miguelito no se articula con la red privada, esta trabaja independiente del monitoreo gubernamental de Salud.

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

Si se considera, ya que depende de la cartera de servicio de cada instalación y del nivel de atención de las mismas. En base a esto se realizan las derivaciones de pacientes a las diferentes instalaciones.

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

La referencia interna en cada instalación de salud se realiza con un formulario de referencia interna diferente al surco o por medio de interconsulta entre los profesionales, de una instalación a otra se realiza utilizando el formulario de SURCO el cual se utiliza para la referencia de paciente entre instalaciones del mismo nivel o hacia instalaciones de mayor nivel de complejidad.

19. Cuáles son los mecanismos con qué funciona el sistema de referencia contra referencia entre el primero, segundo y tercer nivel de atención?

Se utiliza el formulario del sistema único de referencia y contra referencia para los tres niveles de atención tomando en consideración la cartera de servicio de cada uno de ellos el primer nivel genera referencia a otras instalaciones de primer nivel con una cartera de servicios más amplia y de ser necesario al segundo o tercer nivel según el diagnóstico del paciente. El segundo nivel dependiendo de su capacidad resolutive refiere a su vez al tercer nivel. Tanto el segundo como el tercer nivel de atención deben contra referir al primer nivel para el control posterior del paciente.

Es eficiente y efectivo en el sistema?

Si es efectivo en la referencia sin embargo no hay reciprocidad en cuanto a las contra referencia.

No hay Contra referencia efectiva del 2do y 3er nivel de atención. Entre el primero, segundo y tercer nivel de atención? Se utiliza el formulario del sistema único de referencia y contra referencia para los tres niveles de atención tomando en consideración la cartera de servicio de cada uno de ellos el primer nivel genera referencia a otras instalaciones de primer nivel con una cartera de servicios más amplia y de ser necesario al segundo o tercer nivel según el diagnóstico del paciente. El segundo nivel dependiendo de su capacidad resolutive refiere a su vez al tercer nivel. Tanto el segundo como el tercer nivel de atención deben contra referir al primer nivel para el control posterior del paciente.

Cuáles son las debilidades del sistema de referencia y contra referencia?

a- Aún existen funcionarios que no cumplen con el llenado completo de todos los cuestionamientos o puntos del formulario.

- b. El tercer nivel de atención y la CSS no están participando de las reuniones de coordinación.
- c. El formulario en papel químico de 4 páginas no se ha logrado conseguir con una óptima calidad para que la información sea legible en todas las copias.
- d. letra ilegible

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

El Sistema Único de Referencia está reglamentado por decreto ley del 9 de Diciembre 2003- Resolución 422.

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

Las dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del sistema de Referencia y Contra referencia:

- Dificultad para que los coordinadores locales puedan realizar los informes mensuales que evalúan la calidad y cantidad de referencias generadas ya que aún, cuando hay una nota que autoriza la asignación de las horas administrativas con este fin las mismas no se hacen efectivas.
- La ausencia de los coordinadores de SURCO de las policlínicas de la CSS en las reuniones de coordinación y seguimiento que se realizan trimestralmente.
- Aun presentamos dificultad en la calidad del papel químico del formulario y en el desglose de los formularios en nuestras instalaciones de salud, ya que en algunas en lugar de utilizar original y tres copias utilizan original y una o dos copias pese a que los formularios son suministrados por el nivel regional.

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

Si tenemos grandes necesidades de mejoras en estructuras físicas de nuestras instalaciones iniciando con que no contamos con un edificio para nuestras oficinas regionales, la cual está ubicada en un edificio alquilado ubicado en la región metro. Además nuestras instalaciones no han sido planificadas y sus estructuras obedecen a la necesidad de aumentar la respuesta a nuestra población siendo laberintos que han crecidos para dar respuesta a nuestra población. La necesidad de mejorar la estructura física de las instalaciones de salud regionales es imperante en muchos aspectos, ya que actualmente hay limitantes en cuanto a espacio, el lugar de almacenaje de insumos clínicos y/o de aseo u oficina es reducido o no se cuenta con el mismo. En muchos de los centros de salud la estructura física requiere ser renovada parcialmente y adecuarla para permitir la incorporación de las nuevas tecnologías de la información que nos darían mayores posibilidades a los profesionales de la salud de acceder a información relativa a la salud, las enfermedades, sus factores condicionantes y las posibilidades de prevención, curación o rehabilitación.

23. Existen en su región los centros reintegra?

En nuestra Región de Salud no existen los centros Reintegra.

24. Se tienen actualizados el censo de población de discapacitados?

La información disponible se encuentra en los resultados del censo celebrado en el año 2010. No obstante el departamento de enfermería debe llevar un registro de los certificados expedidos a personas con discapacidad que lo han solicitado en la Región de Salud

.En el 2016, y debido a una optima gestión llevada acabo por la oficina de ONSIP,

25. ¿Cómo se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contra referencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así ¿Cómo? A qué modelo de atención responden?

Con el fin de fortalecer el sistema de referencia y contra referencia de pacientes se realizan reuniones trimestrales en las que participan los coordinadores locales de nuestros centros de salud y el HSMA (jefes de servicios y el departamento de calidad) con el fin de identificar los nudos críticos en el proceso de la referencia y contra referencia de pacientes.

## 26. Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
<b>Hospitales</b>		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
<b>Centros Ambulatorios</b>		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total centros ambulatorios		
<b>Sector Privado</b>		

<b>Hospitales</b>		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
<b>Centros Ambulatorios</b>		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
<b>Total Centros de Salud</b>		

Fuentes:

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



## BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

1. En qué espacios de geográfico-poblaciones se ubican los bolsones de desprotegidos?  
Cerro viento rural, las trancas, loma Brown, finca Amelia, corregimiento, aéreas rurales de Rufina Alfaro y José Domingo Espinar
2. Cuáles son los principales riesgos que los afectan?  
Pandillerismo, diarreas, caries, dificultad para acceder al centro de salud.
3. Cómo están las coberturas de vacunación contra el DPT, Polio, Hexavalente, en los menores de un año, contra el Sarampión en los niños de 1-4 años y contra el Tétanos en las mujeres en edad fértil en esos bolsones desprotegidos?. Cómo están las coberturas de vacunación contra el VPH en niñas adolescentes(COLOCAR LOS DATOS)

### REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO COBERTURA DE VACUNACION POBLACION ESTIMADA AÑO 2016

POBLACION	B.C.G.		PENTAVALENTE		POLIO		ROTA VIRUS	
	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%
5611	2583	46	4143	73.8	4106	73,2	4146	73.9

	SARAMPION
1-4 AÑOS	20.56

	VPH
10-14 AÑOS	35.85

## LOS RECURSOS HUMANOS

1. ¿Cuáles han sido los principales cambios introducidos en la planificación y la gestión de los recursos humanos (por ejemplo en el reclutamiento, la asignación a puestos de trabajo, el número de trabajadores, los mecanismos de redistribución, el despido u otros)?
- En la planificación y gestión del recurso humano no hemos tenido mucho avance ya que aún se mantiene centralizado, seguimos con dificultades en la asignación de plazas o puestos de trabajos de personal técnico que se ha retirado del sistema por jubilación o cambios a otras instituciones. Estas plazas pasan años sin ser restituidas y en ocasiones se pierden.

- Si existe un período de inducción para los funcionarios de primer ingreso. Continuamos recibiendo recurso humano no capacitado mientras que el personal técnico requerido no es nombrado: Tecnólogos Médicos, Asistentes de Laboratorio, Asistentes Dentales, Enfermeras; Licenciados en Farmacia, Conductores, Personal de Mantenimiento, etc.
  - Se está estableciendo el precedente de que los puestos de jefatura regional, tanto del departamento de Protección de Alimentos como de Control de Zoonosis, sean ocupados por Médicos Veterinarios de acuerdo al nivel del pensum académico de los funcionarios. Las jefaturas locales se asignan a los Médicos Veterinarios de mayor cantidad de años de labor en la Región de San Miguelito. Debido a la falta de recurso humano, algunos funcionarios del departamento cubren dos o más centros de salud, en funciones de DEPA y Zoonosis.
  - Se está nombrando personal de la planilla contrato a planilla de permanentes con el objetivo de llenar las necesidades en los centros de salud de manera que se pueda ir reduciendo la planilla (040) de turnos. De manera tal que se siga dando los servicios de extensión de horarios con personal permanente y poder conformar en su totalidad los turnos vespertinos.
2. ¿Cómo se capacitan los recursos que sirven en la red informal de salud (parteras, curadores y otros)? ¿Quién ejecuta esta actividad y quien la supervisa?  
En la actualidad No aplica,
- ¿Cómo se actualizan las competencias técnico-administrativas y clínicas del personal de salud, sus horas semanales asignadas en las actividades clínico-asistenciales, administrativas, docencias, capacitación, urgencias, de promoción y prevención, visitas comunitarias, giras de salud y otras?  
La oficina de docencia es la encargada de impartir curso, talleres y seminarios a todos los funcionarios de la región.
3. ¿Cómo participa el equipo de salud en la decisión de prioridades de salud?  
Se participa a través de Plan Operativo Local y SIMEPLAN elaborado por cada centro de salud quienes priorizan las intervenciones, enmarcándose en la política nacional de salud para el periodo 2016-2025.
4. ¿Cómo determina el equipo de salud los costos de la atención sanitaria? ¿Cuáles son las actividades con mayor peso en la definición de estos costos?  
El equipo de salud determina los costos de la atención sanitaria según centros de salud y estos varían en, laboratorios, odontología, farmacia, procedimientos. Esta variación es influenciada por los comités de salud quienes tienen la necesidad de generar ingresos para funcionar.
5. Las tarifas existentes contemplan los costos reales de los servicios?  
No, son tarifarias simbólicas establecidas con el fin de que los servicios sean accesibles a nuestros usuarios.

6. Los costos estimados se utilizan en el proceso de compensación de costo pactado con la CSS (convenio o acuerdo con la CSS)  
No se hace compensación de costos ni se llevan un registro exacto de la atención de pacientes asegurados, beneficiarios,
7. Existentes en sus región entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud (Lista de entidades formadoras de los profesionales, tendencia de la relación “Generalista vs. Especialistas” y con que periodicidad se revisan y se reformulan los currículos de formación profesional en pregrado y posgrado de las carreras de salud).  
No la hay.
8. Incorporar la parte de condiciones de empleo en las regiones (Existen estudios de tipo de empleo en salud, flexibilidad laboral y protección social de los trabajadores, distribución del empleo entre sectores públicos y privados,  
No Existe Información
9. ¿Cuál es la relación de ingresos y nivel de calificación de los recursos humanos en el sector público?  
No Existe Información
10. ¿Cuál es su relación con el sistema de remuneración privado?  
No existe información alguna. Sin embargo en el servicio público se inicia con salario mínimo
11. ¿Se está incorporando las modalidades de tercerización o internalización en el sector?  
No se ha utilizado esta modalidad en la Región de San Miguelito.
12. Comentar las acciones del MINSA para mejorar el desempeño en la evaluación de la FESP.  
Funciones Esenciales de Salud Pública
  - FESP 1 Monitoreo y análisis de la situación de salud
  - FESP 2 Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la Salud Pública
  - FESP 3 Promoción de salud
  - FESP 4 Participación de los ciudadanos en salud
  - FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional de Planificación y gestión en Salud Pública
  - FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de Regulación y fiscalización en Salud Pública
  - FESP 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los Servicios de salud necesarios
  - FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud Pública
  - FESP 9 Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos

- FESP 10 Investigación, desarrollo e implementación de Soluciones innovadoras en Salud Pública
- FESP 11 Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

OBSERVACION: INFORME DE EVALUACION FESP 2014

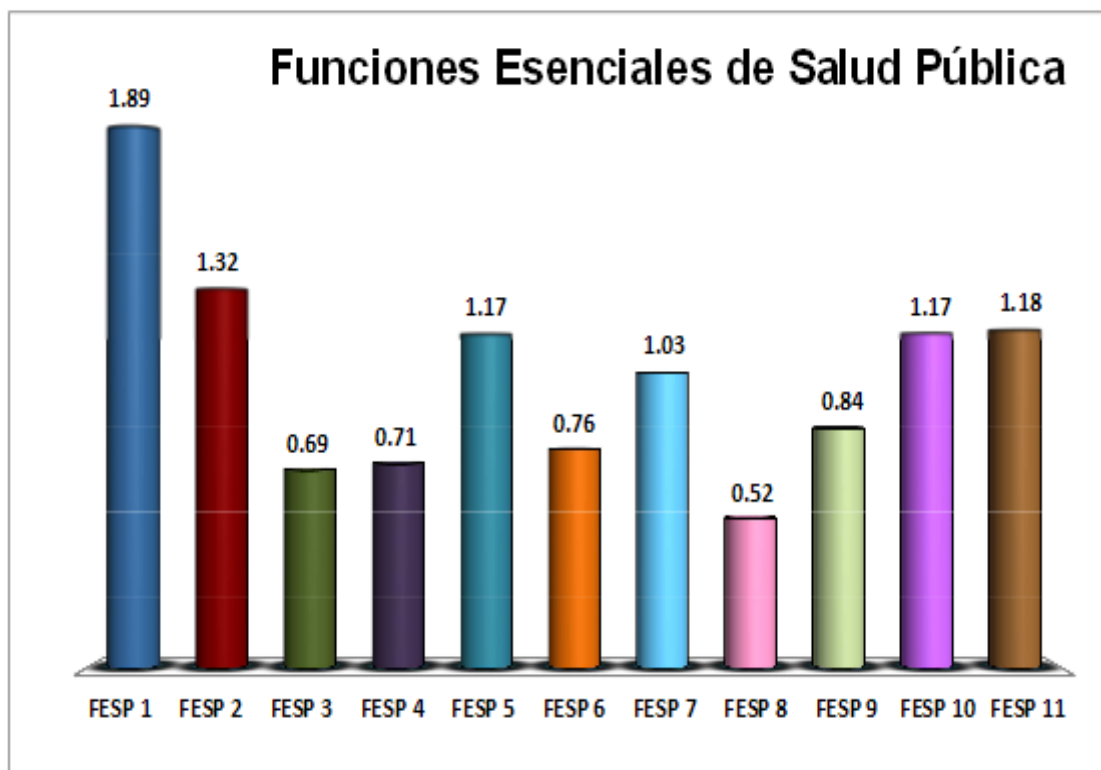
**Cuadro No. 10**

**MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIOS E INCIDENCIA EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD**

Funciones Sistema de Salud	PERIODO														
	1994-1999 (agost)			1999 (sept)-2004 (agost)			2004 (sept)-2009 (junio)			2009 (jul)-2014 (jun)			2014 (jul)		
Subsectores	Público	Privado	Seg. S.	Público	Privado	Seg. S.	Público	Privado	Seg. S.	Público	Privado	Seg. S.	Público	Privado	Seg. S.
Regulación															
Conducción															
Desempeño FESP															
Financiamiento															
Aseguramiento															
Provisión															

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

Nota: Los meses y años contemplados en el cuadro se refieren a los cambios en los periodos de gestión gubernamental



El análisis general de las FESP señala que la FESP 1, monitoreo, evaluación y Análisis de la situación de salud de la población, Fue la única de las once que Alcanzó un desempeño óptimo con un resultado de 1.8

9.

Las FESP que alcanzaron un desempeño medio superior, es decir, que obtuvieron Ponderaciones entre 1 a 1.50 fueron:

FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y Daños en salud pública con una ponderación total de 1.32

FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud con Una ponderación total de 1.18

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y Gestión en salud pública con una ponderación total De 1.17

FESP 10: Investigación en salud pública con una ponderación total de 1.17

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativa de la población a los Servicios de salud necesarios con una ponderación total de 1.03

Cuadro No.11

## RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

Total de médicos	Total	MINS A	CSS	Privado	Total	MINS A	CSS	Privado	Total	MINS A	CSS	Privado	Total 2016	MINS A 2016	CSS 2016	Privado
Total de Médicos	71	71			87	87			86	86				137		
Generales	39	39			54	54			56	56				59		
Pediatras	9	9			10	10			10	10				11		
Psiquiatras	5	5			6	6			5	5				4		
Cirujanos	1	1														
Internistas																
Familiares	1	1			1	1			1	1				1		
Gineco Obstetras	11	11			11	11			9	9				11		
Otras especialidades	5	5			5	5			5	5				4		
No. Total De Enfermeras	28	28			33	33			29	29				37		
No. De Odontólogos	37	37			43	43			34	34				42		
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.	3.8	3.8			2.8	2.8			2.7	2.7						
Razón De Enfermeras(o s) Profesionales Por 10,000 Habs	1.5	1.5			1.1	1.1			1.0	1.0						
Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs	2.0	2.0			1.4	1.4			1.1	1.1						
Razón De Parteras (os) Por 10,000 Habs																
No. Total De Técnicos De Laboratorio	9	9			14	14			11	11						

No. Total de Técnicos de Enfermería	22	22			30	30			23	23			26		
No. Total de Asistentes Dentales	14	14			11	11			14	14			15		
No. Total de Cito tecnológicos															
No. de Farmacéuticos	7	7			8	8			11	11			12		
No. de Asistentes de Farmacia	6	6			1	1			6	6			4		
No. de Educadores para la Salud	2	2			6	6			1	1			3		
No. de Promotores de Salud	2	2			27	27			27	27					
No. de Asistentes de Salud	2	2			6	6			1	1					
No. de Inspectores de Saneamiento	13	13			14	14			14	14					
No. de Inspectores antivectoriales	26	26			47	47			44	44			37		
No. de Veterinarios	4	4			11	11			11	11			7		
No. de Ingenieros y arquitectos	2	2							0	0					
No. Graduandos de postgrado en salud pública															
No. de escuelas de Salud Pública	0				0				0						

No. Univ. Con maestría en Salud Pública	0								0											
--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

INSTITUCION	Cargos									
	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmac.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA	59	30	37	42	26	12	118	193	15	3
CONTRATO										
PERMANENTE										
RED FIJA										
RED ITENERANTE										
CSS										
PRIVADO										
TOTAL										

**LOS INSUMOS SANITARIOS (Medicamentos. Médico Quirúrgicos, Laboratorios, Odontología, Imagenología)**

1. ¿Cuál es el número de farmacias funcionando? ¿Cuántas son farmacias comunitarias?  
¿Quién y Cómo se administran estas últimas?  
La Región de Salud de San Miguelito cuenta con 8 farmacias en los Centros de Salud y 4 Farmacias a Nivel de Sub Centros. El HSMA cuenta con 1 al igual que las 2 Policlínicas de la CSS, la CAPSS de Torrijos Carter y el Hospital Susana Jones. No existen Farmacias Comunitarias.
  2. Conocen la existencia de la política de medicamentos del 2009?\*
- Si, Se crea mediante Resolución No 632 del 30 de junio 2009
3. Conocen sobre la existencia de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP)?
- Si, Creada mediante resolución 203 del 20 de abril de 2010



Cumple con la función de elaborar la primera la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LME) y de Medicamentos Especializados, cumpliendo con lo establecido en el acápite 1 y 2 del artículo quinto de la Resolución 925 del 15 de julio de 2015.

4. Conoce sobre el avance en la elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales y especializados?  
Sí, En la actualidad existe un equipo que esta trabajando en la elaboración de esta lista.
5. ¿Existe un listado regional de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología que considera los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios y el perfil de salud-enfermedad de la población?  
Sí, el listado de imagenología que manejamos fue adecuado a los servicios que brinda el centro de salud de Veranillo (mamografías y Radiología convencional) El listado de médico-quirúrgico al igual que el de odontología esta basado en la cartera de servicio y requerimiento de un primer de atención. El listado de medicamentos está basado en el primer nivel de atención, existe el Reglamento de selección creado mediante resolución 1014 del 31 octubre de 2011. Laboratorio también cuenta con un listado regional de insumos.
6. ¿Cuál es el número de renglones de medicamentos, médicos quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología incluidos? ¿Quiénes lo utilizan?  
Imagenología cuenta con: 18 Renglones. Estos son utilizados por el servicio de Imagenología del Centro de Salud de Veranillo.  
Farmacia cuenta con 231 renglones. Los renglones de Médico-quirúrgico que utiliza la región de San Miguelito son 155 mientras que odontología maneja 86 renglones. El número de renglones de insumos e instrumental en odontología es de 86. La región de Salud de San Miguelito en lo concerniente a los Laboratorios utiliza 150 renglones de pruebas de laboratorio las cuales son utilizadas por el Laboratorio Regional y los 7 restantes servicios de Laboratorio.
7. Conoce y utiliza la herramienta LSS/SUMA, para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología en su almacén regional, hospital regional o instalaciones de mayor capacidad resolutive?  
Sí, es una herramienta útil ya que nos ofrece información sobre los consumos y existencias de los insumos de los diferentes servicios a nivel regional y en cada una de nuestras instalaciones. Esta herramienta también es importante en la toma de decisión gerencial como es la compra de insumos y proyección de nuestras necesidades de insumos. El sistema Suma es de mucha utilidad en todas las áreas Nos brinda una amplia visión de todos los insumos médico-quirúrgicos que se encuentran inventariados a nivel nacional y de donde nuestra región, suple las necesidades de sus centros de salud para brindarle la mejor atención que se merece los pacientes del área.
8. Se utilizan los informes gerenciales y transaccionales que generan el LSS/SUMA, para la toma de decisiones gerenciales oportunas?  
Sí, se utilizan los informes generados por la suma para la toma de decisiones gerenciales oportunas, es una herramienta de gran utilidad para las proyecciones de compras y manejo de presupuesto anual.

9. ¿Existen esquemas de distribución y/o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología por grupos poblacionales o por patologías,  
El área de farmacia y odontología realiza la distribución tomando en consideración los pedidos mensuales de cada instalación de salud. En médico-quirúrgico el flujo de distribución inicia a nivel del depósito nacional quien suministra a las catorce regiones de salud, estos suministro al llegar al depósito regional son distribuidos a todas nuestras instalaciones tomando en consideración sus solicitudes de insumos.  
La distribución de insumos de Laboratorios a los niveles locales se realiza de forma mensual tomando en consideración sus consumos, el mismo tomando en cuenta el flujo grama de distribución regional.
1. Se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios (medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología) en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos?  
Sí, Este formato o cuadernillo de registro de insumos médico-quirúrgicos ayuda directamente a proyectar la evolución, déficit, aumento de la demanda en cada uno de los centros de salud.  
Cada centro de salud cuenta con su cuadernillo el cual presenta a la coordinación regional cada mes para el monitoreo. Imagenología al igual que las otras áreas utiliza el listado de insumos.
2. Están conformados los comité regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?  
En la región de San Miguelito ESTAN EN PROCESO DE CAPACITACION PARA LA CONFORMACION DE LOS COMITE REGIONALES.
3. Existen y se aplican protocolos de tratamiento estandarizado para las patologías prevalentes en las instituciones?  
Sí \_farmacia
4. Qué porcentaje de las farmacias privadas cuentan con farmacéutico. En qué horario del servicio se concentran estos profesionales? Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?  
Todos cuentan con farmacéutico en el horario que declara el establecimiento Por ley siempre deben tener un farmacéutico.
5. Qué porcentaje de las farmacias de la red pública de servicios de salud (CSS y MINSA) cuentan con farmacéutico. En qué horario del servicio se concentran estos profesionales?  
Todos los Centros de Salud, en horarios de 7am -3pm y en horarios de extensión.
6. Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?  
En todos los horarios de extensión contamos con farmacéuticos pagados por turnos.  
Se tiene un cronograma de vacaciones y un farmacéutico(a) para cubrir imprevistos de horarios regulares.
- 7.Cuál es número anual de donaciones de sangre?  
No realizamos donación de sangre en nuestros laboratorios. El HSMA si pero desconocemos la información.

8. Cuántos laboratorios clínicos, de agua, de alimentos están funcionando?  
La región actualmente cuenta con 8 laboratorios clínicos. No existe Laboratorio de Agua ni de Alimento.
9. Existe un laboratorio de referencia definido. Qué criterios se aplicaron para su selección?  
Si se cuenta con un laboratorio clínico regional ubicado en el centro de salud de Veranillo. Los criterios que se utilizaron fueron los de espacios, accesibilidad, recursos humanos, tecnología y su respectiva habilitación por el Consejo Técnico de Salud.
10. Son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? Con que criterios se definen esas tarifas? Existe margen de ganancia para las instalaciones de salud? Cuál es?  
Los precios de los exámenes de laboratorios son uniformes se utiliza el criterio de costo, y la ganancia es aceptable.
- Existe una lista de medicamentos con tarifas uniformes los cuales son simbólicos. No se tiene ningún margen de ganancia.
11. Existe un laboratorio de referencia definido para citología?  
No. Las pruebas de citología de nuestra región son procesadas una parte por el ION y los otros por un equipo de citotecnólogos y asistentes pagados por turnos
12. Cómo se prioriza la adquisición de medicamentos, insumos de odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología?  
En el caso de los laboratorios se prioriza en los programas de mayor demanda (maternales, infantiles y salud de adulto.)  
Farmacias prioriza tomando en consideración el consumo de cada centro de salud, morbilidad, los programas y población de responsabilidad.  
Imagenología: se solicitan los insumos tomando en consideración la cartera de servicio ofertada.

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

<b>INDICADOR</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Gasto total en medicamentos por la CSS								
Gasto total en medicamentos por MINSA	<b>527,310.53</b>	<b>1,441.08</b>	<b>752,170.69</b>	<b>1,066,987.69</b>		<b>4,495.18</b>	<b>956.97</b>	<b>46,822.20</b>
Gasto Per cápita en medicamentos	<b>2.42</b>	<b>7.32</b>	<b>3.37</b>	<b>4.93</b>				
Gasto total en laboratorio por la CSS								
Gasto total en laboratorio por MINSA						<b>12,917.04</b>	<b>34,093.09</b>	<b>10,750.03</b>
Gasto Per cápita en laboratorio								
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS								
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA						<b>47,100.12</b>	<b>59,620.77</b>	<b>38,624.55</b>

Gasto Per cápita en médico quirúrgico								
Gasto total en odontología por la CSS								
Gasto total en odontología por MINSA								
Gasto Per cápita en odontología								
Gasto total en imagenología por la CSS								
Gasto total en imagenología por MINSA							<b>9,206.82</b>	<b>1,945.80</b>
Gasto Per cápita en imagenología								

## EQUIPOS Y TECNOLOGIA

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

Porcentaje aproximadamente de equipos en condiciones defectuosas el específico es del 18%, en el cuadro se especifican, y el porcentaje de equipos descartados es aproximadamente el 10%,

### Inventario de equipo existente

EQUIPO ODONTOLOGICO	Amelia denis	cerro batea	San isidro	Torrijos carter	valle de urraca	Veranillo
autoclave	2	1	1	1	1	1
amalgamador	1	1	1	1	2	3
sillon dental	3	3	3	2	2	8
compresor	1	1	2	3	2	2
lampara de fotocurado	7	4	3	2	4	9
cavitron	4	2	4	2	2	4
succion	1	1	2	1	1	2
rayos x	1	1	1	1		1

Equipo Laboratorio	Amelia denis	cerro batea	San isidro	Torrijos carter	valle de urraca	Veranillo
microscopio	1	1	5	2	2	7
centrifuga	2	2	2	2	3	2
mezcladora de tubos						1
rotadores	1	1	1	1	1	1
lampara de tipajerh		1				1
espirometro	1		1	1	1	
contador de celulas		1	1		1	
microhematocrito		1			1	
camara de bioseguridad						1

quipo medicoquirurgico	Amelia denis	cerro batea	San isidro	Torrijos carter	valle de urraca	Veranil lo
camilla ginecologica	9	3	8	3	2	4
electrocardiografo	2	1	1	2	3	1
esfignomanometro pared/base	4	3	3	4	4	3
monitor signos vitales	1	1	1	1	1	1
monitor desfibrilador	1	1	1	1	1	1
doppler	2	2		1	2	3
ultrasonido	1		1			1
set de diagnostico	4	3	2	5	6	5
colposcopio			1	2		2
mamografo						1

El informe de descarte 2016 de la Región de San Miguelito, con sus criterios técnicos cuenta con 816 registros contables de equipos, los cuales deben destruirse, eliminarse del inventario y proceder a su desecho en el vertedero oficial.

Se solicitan para reemplazar los descartados y los deteriorados.

2. Conoce el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil? Aproximadamente es de un 25%. Ya que la gran mayoría de los equipos cuentan con más de 15 años.

3. Existe algún listado de equipos para su reposición  
Sí √

Si es si, comente cuales: de descarte 2016 BIOMEDICA en donde se detalla los equipos prioritarios que requieren reposición.

#### **FOTOGRAFÍA N° 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

#### **LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA NO APLICA/ ESTADISTICA**

1.Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos? A nivel hospitalario se han

establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica? Han sido efectivos? Existe una lista de espera por servicio quirúrgico?

Información no disponible

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

Laboratorio: En el turno matutino

3. Se registra el rechazo de pacientes?

Sí \_\_\_\_, Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día y tipo de actividad o programa? Laboratorio: (como norma de atención un Laboratorista clínico con su equipo completo atiende 30 pacientes más las Urgencias). Por lo que como promedio se dejan de atender entre 15 a 20 pacientes diarios.

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

Información no disponible

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

En nuestras instalaciones las citas se otorgan de manera presencial para todos los servicios ofertados

## **HORARIO DE SERVICIOS**

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

Los Centros de Salud ofrecen horarios variados con carteras de servicios de 1er nivel de atención de la siguiente manera:

San Isidro: 24 horas los 365 días del años con un servicio de atención de “urgencia”

Torrijos Carter: **24 horas los 365 días del años con un servicio de atención de “urgencia”**

Centro de Salud de Veranillo: Lunes a Viernes con horario de 7: A.M.-9 P.M. y los Sábados de 7:00 AM a 3:00 PM

Su centro de Don Bosco: lunes a viernes de 7:00 am a 2:00 pm

Centro de Salud Valle de Urraca: lunes a Viernes de 7:00 am a 3:00 pm

Centro de Salud de Cerro Batea: 7:00 AM – 3:00 PM de lunes a sábado

Su centro de Tinajita(Centro Penitenciario) 7:00 am a 7:00 pm

Centro de Salud de Amelia Denis: lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm



2- La población está satisfecha con los horarios actuales

Sí, considero que la respuesta es positiva ya que la extensión de horario en casi todas nuestras instalaciones permite mayor accesibilidad a los servicios de salud ofertados a lo largo de nuestra región.

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

Sí, Este año se realizaron reducción en los horarios de atención de algunas de nuestras instalaciones por reducción importante en el presupuesto de turnos. El horario arriba descrito es el actualizado.

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

Se ofrece el Servicio de Medicina General, Laboratorio, Farmacia, Enfermería (Vacunas, Curaciones, Inyectables, Venoclisis,etc.), Odontología.

San Isidro ofrece además Urgencia, Pediatría y Ginecología

Veranillo ofrece: Clínica Amigable.

Torrijos Carter: Clínica de VIH, Colposcopia

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

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

Sí \_\*\_\_, Encuestas de la Satisfacción del Cliente

Encuestas en las Ferias de Salud para funcionarios

Encuesta de Dengue

Encuesta Campaña Rosa-Azul

Encuesta Odontología

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

- Aplicación periódica 2 veces al año, la encuesta de satisfacción de usuarios externos e internos. Las otras encuestas cuando se realiza la actividad.
- Buzón de sugerencia: se revisa una vez al mes
- Investigación

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

A veces; las acciones las corrigen los Directores Médicos, Jefes de Departamentos, y Coordinadores cuando es necesario y se comparten en Presentaciones y Reuniones.

4. Se realizan las auditorias sociales en su región?  
Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención  
  
No\_Aplica\_
5. Se comparten estos resultados?  
No porque no se hacen
6. Conocen el programa de humanización?  
Sí , hay una clínica de cuidados paliativos, bajo la conducción del despacho de la 1era Dama, se reunió personal a nivel regional y local, el despacho 1era dama daba la capacitación. Medicó familiar, psiquiatra, trabajo social, iglesia católica.
7. Se aplican en algunos de sus hospitales??  
Sí en el HSMA
8. Conoce usted la demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio? Ejemplos: urgencias, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y otros.  
Sí \_\_\*\_\_, que mecanismo utilizó para medir la demanda insatisfecha:
  - Mejorar el trato del personal de ventanilla
  - Tiempo de espera en la atención de consulta externa se debe reducir
  - Mejorar la falta de insumos
  - Falta de asistentes en departamentos como Farmacia, Odontología, Laboratorios, etc.
  - Falta de Ambulancias, paramédicos, conductores de Ambulancias y equipo como monitor, aparato de presión, etc.
  - Falta de médicos en Chilibre, Sub Centro de Caimitillo y Agua Buena
  - Falta de medicamentos
  - Falta de sillas para los funcionarios que sean ergonómicos, especialmente en el Centro de Capacitación
  - Falta de sillas para los pacientes en los Centros de Salud y Sub Centros es el área de espera
  - Falta de computadoras, data show y equipo completo en el Centro de Capacitación
  - Falta de computadoras en la Región de Salud, centros de Salud, etc.

## **CONTROL DE CALIDAD**

1. ¿Han realizado auditorias de expedientes, auditorias médicas y administrativas.  
Sí \*, Los resultados de auditorías de expedientes son satisfactorios, cada año se reportan mejoras..
2. ¿Qué programas de calidad se han establecido? ¿Qué impacto han tenido en el funcionamiento regional? ¿???  
Programa de Salud Bucal  
  
Mejoramiento de la equidad y fortalecimiento de los servicios, algunos con alto impacto.

3. Conoce sobre el observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando?..  
 Sí \*, Utilizan estos indicadores de calidad y cuadro de mando para la toma de decisiones  
 Se hacen planes de mejoramiento en los servicios que brindamos cuando se toman las decisiones.  
 Se brinda capacitaciones a usuario externo e interno para concientizarlas y mejorar  
 Mejora en infraestructura como construcción de servicios para pacientes en CS, ampliación de consultorio y remodelación en CS  
 Construcción de Laboratorios  
 Construcción de Comedores para los Funcionarios  
 Mejoras de pintura a CS
4. Se ha desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios?  
 Sí\*, programas como:
- Mejoras en la Atención de los pacientes
  - Reducción del tiempo de espera
  - Mejora en la atención en ventanilla
5. Existe instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos?  
 Sí \*;
- Monitoreo y supervisión
  - Buzón de Sugerencias y quejas
  - Reuniones de seguimiento
  - Evaluación para el bono
6. Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector?  
 Sí\*
- En cada instalación debe estar conformado el Comité de Calidad que canaliza dichos reclamos y quejas (Actores locales), que informa al Director médico para la implementación de mejoras.

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

## **FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL**

1. Cómo se organiza la población para apoyar la gestión y oferta de servicios de salud?  
 La población de acuerdo al Decreto de Gabinete 401, debe organizarse en Comités de Salud para el cumplimiento de un conjunto de funciones destinada a participar activamente en la producción social de salud. La realidad es que los Comités han limitado su accionar a funciones de administración (control de los ingresos provenientes de las donaciones que hacen los usuarios, nombramiento de personal y otras) no así a la promoción y prevención de la salud en la comunidad.

Otros grupos que participan en acciones de salud son los que se organizan con la finalidad de auto ayuda, tal es el caso de los adultos mayores, enfermos crónicos (diabéticos, hipertensos), grupos de adolescentes, grupos escolares de cazamosquitos, grupos de mujeres y otros.

Los líderes tradicionales que existen en las comunidades son identificados e incorporados para la coordinación de actividades de salud en la comunidad. Por otro lado, la Iglesia católica a través de la Pastoral de la Salud y la Pastoral Social realizan acciones de atención espiritual a enfermos en casa, se trabaja con niños, adolescentes y adultos atendiendo problemáticas de salud y espiritual; las iglesias Evangélicas dan atención espiritual a enfermos y realizan otras actividades de prevención de pandillerismos, organizan actividades de atención a la salud.

La Región de Salud de San Miguelito realizó en el año 2010 el I Foro Regional de Líderes Comunitarios por la Salud, con la participación de ---. En este se suscribió un Pacto Social por la Salud por representantes de cada uno de los 10 Foros Locales realizados en San Isidro; Torrijos Carter, Amelia Denis de Icaza, Nuevo Veranillo, Roberto Durán, Valle de Urraca, Alcalde Díaz, Chilibre, Nuevo Caimitillo y La Unión de Agua Buena.

En 2011, se realiza el Primer Encuentro de Mujeres Líderes por la Salud, con la asistencia de 213 representantes de organizaciones locales de todo el ámbito regional.

El año 2012, la Región organizó el Encuentro de Adultos Mayores con una asistencia de 100 personas de las comunidades circunscritas a este ámbito sanitario, en donde se trataron temas de salud propios para este grupo etareo, siempre con el objetivo de hacer copartícipe a de su autocuidado y de las acciones de salud que realiza la institución en las comunidades para mejorar su condición de salud.

También se coordina con ONG's dedicadas al tratamiento de adicciones como son Fundación Remar, Alcohólicos Anónimos, Alanon, APLAFA, y otras.

Cabe señalar que el trabajo comunitario se ha limitado significativamente, así como el accionar de las organizaciones que trabajan por la salud debido a los hechos delictivos que se suceden en su hábitat.

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

No se lleva a nivel de la Región un inventario de Organizaciones comunitarias aliadas a la producción de salud. Cada centro de Salud tiene identificado los líderes y grupos comunitarios aliados, los cuales integra a las actividades puntuales de promoción y prevención de la salud que se realicen. Todos los centros de salud cuentan con un Comités de Salud

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

Entre los apoyos que generan está la de servir de informantes claves, acompañamiento al equipo de salud en algunos momentos cuando éstos tienen que movilizarse a la comunidad, liderar pocas actividades de promoción y prevención de la salud en la comunidad.

Se ha realizado algún análisis de actores sociales?

No se ha realizado análisis de actores sociales en la actualidad

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

Coexiste un sector informal de salud que opera en distintas comunidades con una alta heterogeneidad en las prácticas de sanación: cuerpo, mente y espíritu. Los curadores atienden diferentes síntomas y enfermedades, curan el mal de ojo, hechizos y emplean plantas medicinales, medicamentos farmacéuticos, oraciones y otros insumos que provee la naturaleza. Estos servicios son demandados por hombres, mujeres de todas las edades y tienen un costo variado.

Ello se comprobó con las primeras investigaciones exploratorias realizadas en la Región, entre las que se encuentran:

- Investigación sobre el funcionamiento formal e informal de la red de servicios de salud en 1994 en Amelia Denis de Icaza y San Isidro.
- Inventario básico de la oferta actual y potencial, proyectada a cinco años de los servicios privados de salud en la Región Integrada de Salud de San Miguelito (Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena) 1998.

No se lleva un registro actualizado de curadores existentes, no es tema de abordaje la interculturalidad de los distintos grupos étnicos existentes en la Región. No se han realizado investigaciones que reflejen la integración de los aspectos culturales y las prácticas de estos grupos en el sistema formal.

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

Fortalezas:

- Dispone de profesionales de las ciencias sociales como trabajadores sociales en todos los centros de salud, educadores para la salud, especialistas en promoción de la salud.

Debilidades:

- Desconocimiento y/o poco compromiso en la ejecución de las políticas y estrategia de salud orientadas a esta temática.
- Insuficiente voluntad para integrar en la planificación local los procesos de participación social y la coordinación con las instituciones del sector social existentes en cada espacio población de los centros de salud.
- Poco seguimiento de los intentos realizados para conformar las redes sociales de salud.
- Insuficiencia de transporte.
- Percepción de alta peligrosidad en las comunidades, lo que genera en el equipo de salud tomar medidas de protección, no saliendo a éstas.

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

La estrategia de extensión de cobertura se percibe efectiva para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio y por la oportunidad que ofrece a la población más vulnerable de acceder a los servicios de salud. No se conoce si existen monitoras de salud infantil en las comunidades, no obstante, ha sido positivo condicionar las transferencias monetarias de protección social que desarrolla el gobierno, a través de la Red de Oportunidades y del programa 120/70, ya que obliga a los beneficiarios y sus tutores a cumplir con esta condición. En el caso de la Red de Oportunidades se da seguimiento a las tarjetas de control para monitorear toma de PAP y vacunación, tarea que realiza el equipo responsable de vigilar el cumplimiento de los controles de salud, el que está conformado por la Dra. Vanesa Pérez y la Licda. Rosa Pérez, trabajadora social.

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

Atendiendo a las disposiciones constitucionales y de otras normas jurídicas sobre la obligación del funcionario público de cumplir solo lo que la ley le mandata, el tema de percepciones no se aplica. En cuanto a la ejecución de las normas de gratuidad, desde su implantación a nivel nacional, ha sido difícil ejecutarlas por las interpretaciones fuera de contexto que se aplican, violentando en múltiples ocasiones derechos de los destinatarios. El equipo de trabajadores sociales ha estado permanentemente intercediendo para su cumplimiento, se ha educado a la población beneficiaria y a los equipos locales, la dirección de la región ha remitido reiteradamente instrucciones para su aplicación, la cual en la práctica queda a criterio de los directores médicos locales en qué momento se aplica, en qué servicio y en qué horario. Por último, se remitió a todos los centros de salud un anuncio para colocarlo en lugar visible a los usuarios, así como al equipo de salud sobre las disposiciones legales que consagran el derecho a la atención gratuita

## **FOTOGRAFÍA N° 6: PROYECCIÓN DE LA RED**

### **ADECUACIONES DE LA OFERTA**

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

Atraves de la PROMOCION y participación social de la salud e involucrando los diferentes actores sociales, comunidades, organizaciones, empresas, MIDES, MEDUCA, MIVI, MOP, IDAAN, MUNICIPIO, CSS, ETC

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

Sí, Para la constitución del equipo de salud es necesario asumir objetivos comunes y establecer líneas de acción que posibiliten el desarrollo de los sistemas de salud.

Para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.

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

Sí, JAPAS con cirugía ambulatorias ( Salpingectomias y Vasectomías)

Las JAPAS se realizan en coordinación con Provisión de Servicios Nacional en la fecha o fechas asignadas por ellos, utilizando los carros diagnósticos del MINSA con recurso humano tanto regional como del nivel nacional. Nuestras JAPAS no son atencionales más bien están dirigidas a la parte quirúrgica y a la diagnóstica con la realización de mamografías, EKG, PAPs.

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

Si, se utilizan las redes como herramientas de divulgación de temas noticias y promocionales, en cuanto al uso racional de medicamento, se hace de manera conservadora.

5. Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel?  
Sí, se han dotado a los centros de salud con equipo de tecnología como Espirómetros, ECG, y en laboratorio equipos técnicos que optimizan los resultados
6. Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel?  
A través de un plan maestro de inversión se busca la construcción de 3 poli centros y mejoras de otras instalaciones de salud, con el ánimo de dar respuesta a la alta demanda de servicios y a su mismo contener la demanda al 2 y 3 nivel de atención.
7. Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos de riesgo definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, edad, género, etnia o marginación? Si es así, cuáles? T. SOC/PROV  
Trabajo social por la función de atender a la población más vulnerable, identifica individuos, familias y grupos en estado de pobreza y otras falencias psico sociales que requieren atención y no la reciben. Tal es el caso de personas que viven violencia doméstica (maltrato infantil, maltrato de la mujer, de adultos mayores y de discapacitados) abuso sexual, personas con VIH, desempleo bajos ingresos, migrantes extranjeros y grupos étnicos discriminados como es la población indígena, los cuales se canalizan para su atención integral. Por otro lado, las giras de salud permitían la captación de grupos de riesgo.
8. ¿Se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de vida: niñez, adolescencia, edad adulta, vejez?  
Sí\_\_\_

Existen los programas desarrollados en la Región destinados a éste objetivo

- El programa de Salud integral de niñez y adolescencia el cual tiene la función de monitorear el cumplimiento de las normas de atención integral de niñez y adolescencia en las instalaciones de salud.
- El programa de adulto encargado de la elaboración de las normas, guías de manejo, protocolos y procedimientos de salud integral de la población adulta, así como su cumplimiento a través del monitoreo oportuno en las instalaciones de salud, para contribuir a elevar el nivel de salud de la población adulta y mejorar su calidad de vida.
- El programa de Salud adulto mayor cuya función es asegurar la elaboración de las Normas Técnicas y Administrativas, Guías de Manejo y Protocolos de Atención de Salud Integral del Adulto Mayor, así como su cumplimiento a través del monitoreo oportuno en las instalaciones de salud, para contribuir a recuperar la autonomía del adulto mayor y mejorar su calidad de vida.



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

Actualmente la planificación local excluye a los actores sociales comunitarios, ni tampoco participa todo el equipo de salud local.

La planificación en el nivel local se realizaba con la programación local y participando todo el equipo local, y miembros del comité de salud.

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

Si, el modelo de atención individual, familiar comunitario y ambiental, delimitaba u organizaba los centros de salud con áreas de responsabilidad, y estos a su vez en sectores con # de habitantes y estos con equipos básicos de salud, esas zonas eran aproximadamente de 5,000 habitantes por sector.

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

Los derechos son irrenunciables y exigibles por quienes son sus beneficiarios y el Estado a través de sus instituciones tiene la obligación de tutelarlos y cumplirlos.

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

Sí\_\_\_, Qué aspectos sería necesario fortalecer? Qué estrategias sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud.

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

- a. NO APLICA, No hay Registro.  
b. Integralidad de las acciones biopsicosocial, se utiliza este enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud y en el análisis de este enfoque?  
NO APLICA

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

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

No existe una comisión que evalúe periódicamente la efectividad de las acciones pero cada disciplina o coordinación con los jefes de departamento realizan evaluaciones después de cada actividad programada.

Si existen los coordinadores de calidad que están formalizando los sistemas de evaluaciones periódicas.

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

No se revisa con frecuencia, La cartera de servicios No ha variado desde su inicio

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

El modelo Atención Individual, Familiar Comunitario y Ambiental, se llevo acabo en toda la región de San Miguelito, como región piloto, en todos sus componentes, Rectoría del MinSa , Vigilancia y Provisión de Servicios de Atención a la Población y el Ambiente, sectorización, Equipos Básicos y equipos Complementarios, trabajos comunitarios, Referencia y contra referencia. Demostrando su funcionalidad.

En la actualidad se lleva a cabo, sin supervisión o se ha caído en una práctica meramente curativa por falta de lineamientos claros desde el nivel nacional quienes dictan las políticas de salud.

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

Las Mejor que deben efectuarse en la red de servicios es la distribución los recursos humanos y cumplimiento de los horarios.

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

Nuestras instalaciones de salud no cuentan con un servicios de urgencias propiamente dicho, cuenta con médicos que atienden urgencias pero nuestras instalaciones distan de ser cuartos de urgencias. Aún faltan equipos y ofrecer estudios de laboratorios y de diagnóstico para el tratamiento de este tipo de paciente que demandan de atención.

6. Se utiliza el TRIAGE. SIRA/S

Sí\_\*\_El SIRA para el traslado de paciente realiza el triage en base a los diagnósticos y al riesgo establecido por el médico que ordena el traslado para priorizar en la realización de los mismos. Cuales han sido los resultados de su implementación.

Tenemos conocimientos de que el HSMA lo realiza en los diferentes servicios de urgencias ( ginecobstetricia, pediatría, urgencia de adultos).

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

No aplica

## **AMPLIACION DE COBERTURA**

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

La Red de Servicios ya está organizada por niveles de atención y de complejidad.

Sugerencias: ampliación de turnos pagado.

2. La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en término de mayor número de horas de apertura al día o con relación a un mayor número de días semanales para la provisión de servicios en función del análisis de comportamiento poblacional?

Es una buena alternativa dada la falta de recurso humano, esto incrementaría la cobertura del servicio, y facilitaría la realización de algunas actividades de inspección a establecimientos de alimentos que laboran fuera del horario normal de trabajo de las oficinas públicas.

Ambas opciones se han puesto en práctica en nuestra región con la finalidad aumentando la accesibilidad a los servicios de salud para nuestra población

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

R. Es necesario una participación mas activa de algunas comunidades indígenas en el apoyo logístico en dichas actividades, ya que en muchas ocasiones el personal técnico se ve obligado a realizar el trabajo pesado de la logística para trasladar los insumos a estas comunidades.

Estas deben realizarse encaminadas a ofrecer atención integral a las áreas de difícil

Acceso de nuestra región. Deben participar todos los funcionarios de nuestra región que formen parte de la cartera de servicios ofertados en las mismas.

4. Cuáles son los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios? Cómo se incluyen en la cartera de servicios? Y Cuáles son los servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en apoyo a este proceso?

Las carteras de servicios se deben modificar tomando en consideración las necesidades demandadas por nuestra población siempre y cuando puedan ser ofertadas según el nivel de atención y la complejidad del mismo.

Para incluirse debe considerarse la capacidad de respuesta y la sostenibilidad del servicio a incluirse.

Servicios de deben mejorarse es el orientado a la atención de urgencia y traslado de pacientes (ambulancias)

Los servicios que no tenemos y que deben ser requeridos.

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

La estrategia es aprovechando las visitas al centro de salud por morbilidad vs controles de salud, visitas domiciliarias a los inasistentes, ferias, jornadas extramuros.  
(informe anexar).

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

NO APLICA

7. En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija?  
NO APLICA
8. Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado?  
No hay coordinación efectiva con las instalaciones de la CSS regional ni con el sector privado. Con Epidemiología si se cuenta y PAI.
9. Se cuenta con un sistema de información único?  
El sistema Información Estadística en Salud (SIES) Y LA PMMV, se utiliza solamente en las instalaciones de salud del MINSA. Por lo que No se utiliza sistema de información Unificado.

**Cuadro No.14  
COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD**

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
<b>Periodos</b>					
2000	13.4	13.4			
2010	15.6	15.6			
2012	17.9	17.9			
2016		21.7			
<b>Género</b>					
Hombre		10.6			
Mujeres		14.8			
<b>Base Poblacional</b>					
Niños (menores de 1 años)					
<b>2000</b>	133.1	133.1			
<b>2010</b>	126.1	126.1			
<b>2012</b>	155.4	155.4			
<b>2016</b>		103.76			
Niños de 1 a 4 años					
<b>2000</b>	26.8	26.8			
<b>2010</b>	28.3	28.3			
<b>2012</b>	31	31			
<b>2016</b>		43.53			

Personas de 5 a 9 años					
<b>2000</b>	28.2	28.2			
<b>2010</b>	21.3	21.3			
<b>2012</b>	22.8	22.8			
<b>2016</b>		37.5			
Personas de 10 a 14 años					
<b>2000</b>	10.4	10.4			
<b>2010</b>	17.2	17.2			
<b>2012</b>	17.9	17.9			
<b>2016</b>		23.8			
Personas de 15 a 19 años					
<b>2000</b>	7.7	7.7			
<b>2010</b>	11.3	11.3			
<b>2012</b>	12.7	12.7			
<b>2016</b>		22.31			
Personas de 20 a 59 años					
<b>2000</b>	7.2	7.2			
<b>2010</b>	11.5	11.5			
<b>2012</b>	14.7	14.7			
<b>2016</b>		18.75			
Personas de 60 y mas					
<b>2000</b>	16.3	16.3			
<b>2010</b>	22.6	22.6			
<b>2012</b>	18.3	18.3			
<b>2016</b>		14.36			
Zonas Geográficas					
Urbana					
Rural					
Pertenencia Étnica					
Blanco					
Indígenas					
Afro-descendientes					
Mestizo					
<b>Otros</b>					

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

### ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

#### CUADRO N° 15

#### MAPEO INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD

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

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

La Región de Salud ejerce su Rol de rectoría de la salud mediante la vigilancia Epidemiológica, las inspecciones que realiza Saneamiento Ambiental, Vectores, De protección de alimentos, zoonosis a los establecimiento de expendio de alimentos, mataderos, plantas procesadoras de alimento, salones de belleza, disposición de basura, tanques sépticos, aguas residuales, etc cumpliendo las normas de atención a la población, bioseguridad.

Si se siguen y cumplen las funciones esenciales de Salud Pública, Realizando Análisis de situación de Salud. Se investigan y vigilan la epidemiología, en Promoción de la salud se participa a la población en su cuidado.se provén los

servicios a través de las secciones de lab, farmacia, odontología, médico quirúrgicos, biomédica, etc. El nivel Regional es el responsable de proveer los medios necesarios al nivel local para la ejecución de las funciones esenciales. Estas funciones son realizadas constantemente.

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

Sí  \_\_\_

Si se conoce la misión y visión del MINSA, la cual esta inserta en el Plan de Gobierno, el Organigrama y manual de funciones, Si responde a las necesidades para el funcionamiento adecuado y efectivo de la región, No así de la CSS, pues no hay intercambio adecuado de información por el momento.

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

Si es necesario cambiar la forma de administración y hacerla municipal, de modo tal que el Sistema de Salud a través de los municipios tengan el acceso directo a sus corregimientos ya que son estos los que tienen mayor contacto con la población de responsabilidad.

4. Considera que el organigrama responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización, explique.

Sí \_\_\_

Por que se divide en niveles en los cuales describe y delimita funciones , tales como el Directivo, coordinador, asesor, fiscalizador, de apoyo, técnico, operativo ejecutivo y nivel ejecutor.

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

El Avance es Ninguno, La descentralización es en el trabajo, en la responsabilidad de mantener la y vigilar la salud pública más no en la presupuestaria, y limita la ejecución de los planes operativos, locales y quinquenales.

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

El rol de estos organismos está definido en la ley que regula a los proveedores de servicios médicos, como es el caso de Hospitales Nacionales como el H. del Niño y Santo Tomás y Regionales como el Hospital San Miguel Arcángel. Este último se rige por la Ley N° 1 de 3 de febrero de 2010, Que constituye el Hospital San Miguel Arcángel como una entidad de Gestión Pública.

Dispone de un Consejo Directivo, integrado por

El ministro de Salud

Ministro de Economía y Finanzas

Director General de la Caja de Seguro Social

Un representante del Club Activo 20-30

Un representante del Club de leones,

Un representante del Club Kiwanis

Un representante de la Asociación de Usuarios del Hospital San Miguel Arcángel

7. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios. Cual Considera el equipo regional que debe ser la Estructura de la región de Salud.

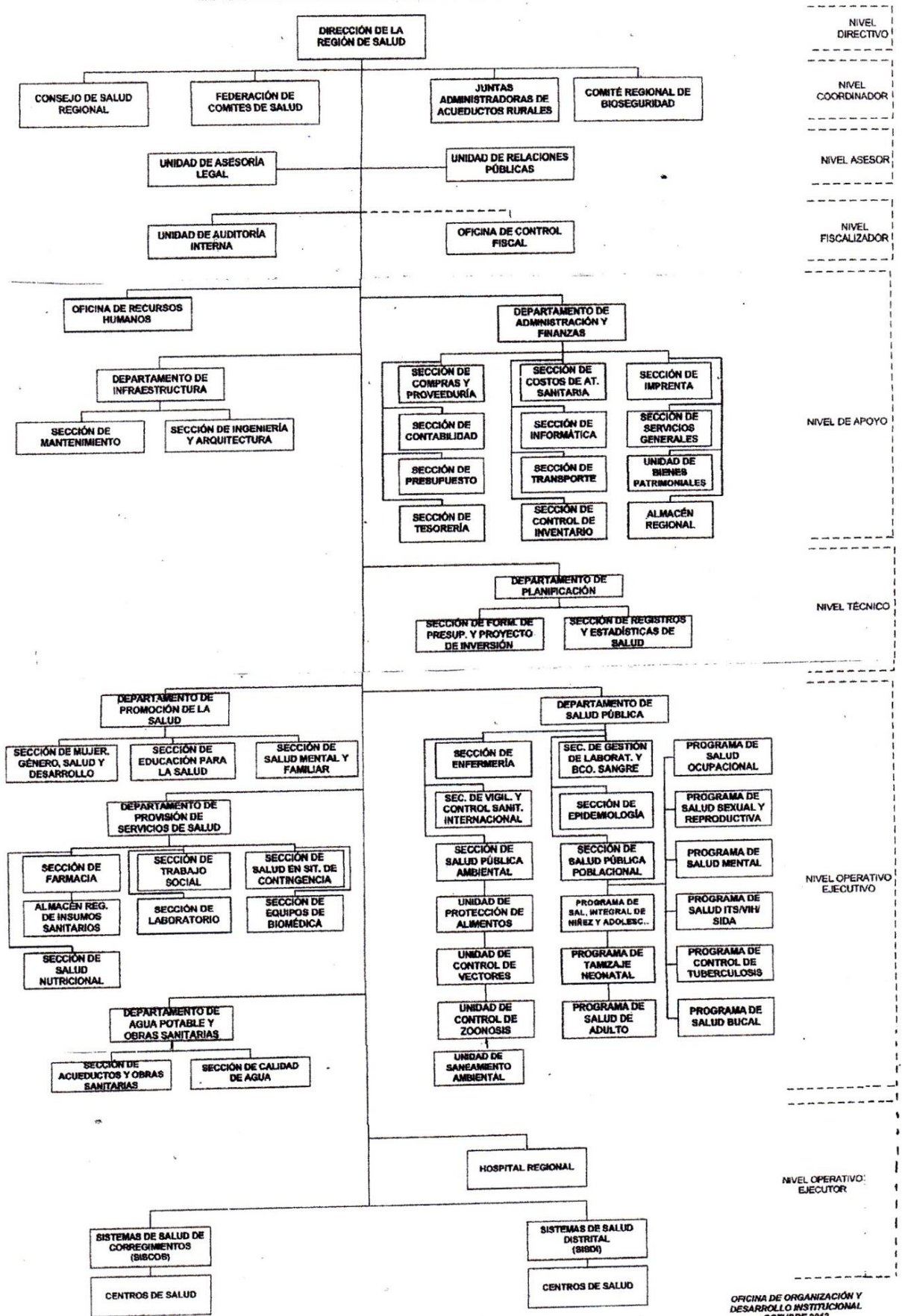
El modelo de Organización de la RSSM se basa en principio del trabajo de Equipo en donde. El " Director Regional y La Sub-dirección" se ubican en el nivel político Los departamentos de " Asesoría Legal, Relaciones Públicas y Auditoría Interna " se ubican en el 1° Nivel Asesor.

Los departamentos de " Administración y Finanzas, Análisis y Tendencias de la Situación de Salud, Planificación y Política y RR HH" se ubican en el 2° Nivel Apoyo.

En el 3° Nivel Técnico se ubican los de Salud Pública, Provisión de Servicios de los Servicios de atención a la población y Promoción de la Salud, Trabajo Social y Enfermería.

En el 4° Nivel Operativo encontramos el Hospital Regional San Miguel Arcángel, los Sistemas Integrados de Salud de los Corregimientos, los Centros De Salud, Las ULAPS y los Sub-Centros de Salud





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

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

Sí Existen, Son de Obligatorio cumplimiento y son aplicados Siempre y en todo momento, el sector público, solamente puede hacer lo que la ley manda,

Existen manuales para la administración, como:

Manual general de contabilidad gubernamental

Organización de la Administración Financiera, de la dirección de Finanzas,

Dirección Nacional de Contabilidad, Y el Ministerio de economía y Finanzas es el ente rector de la administración pública.

10. Cómo se da la coordinación con la CSS? Sobre qué bases debería darse? Qué mecanismos han sido o pueden ser efectivos? Quiénes participan de este proceso? En qué momentos y para qué se establecen nexos de coordinación?

En la actualidad No hay coordinación oficial como tal con la CSS.

La coordinación con la CSS se da, a través de la información Epidemiológica y

Estadística en la producción de servicios, y a través del sistema Referencias y Contra referencias del asegurado a los diferentes niveles de Atención:

La coordinación del MINSA- CSS deberá darse bajo una Planificación coordinada, conjunta y una coordinación de base económica, a través de la compensación de costos, para la ejecución de acciones de Salud.

Deben Participar de este proceso 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:

- Mejorar comunicación
- Mejor dirección y control
- Evitar dualidades de funciones
- Mejorar la eficiencia y efectividad.
- Disminuir el gasto.
- Aumentar la cobertura en salud

11. Cuáles son las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional?

Fortaleza en la Región de Salud de San Miguelito, es el recurso Humano con la experiencia de haber sido Región Piloto y haber trabajado un modelo de atención familiar, comunitaria y ambiental, en todos sus componentes, haber coordinado conjuntamente con la CSS.

Debilidades en la Región de San Miguelito, ha sido la indecisión política, para continuar con el modelo de atención y la falta de lineamientos.

<b>FORTALEZA</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recursos Humanos capacitado y Sensibilizado con los problemas de salud, económicos y sociales de los moradores del distrito.</li> <li>▪ El Recurso Humano la Importancia de trabajo con la comunidad, en la comunidad y para la comunidad.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Personal reconoce su Responsabilidad en incrementar el nivel de Salud de la población y el ambiente en la Región de San Miguelito.</li> <li>▪ Con poco recurso humano y con Responsabilidad resolvemos problemas epidemiológicos que amenazan a la comunidad.</li> <li>▪ Existencia de especialistas en Familia en los centros de Salud.</li> <li>▪ Sistema de referencia y contra Referencia que empieza a funcionar.</li> <li>▪ Políticas regionales abiertas que Permiten la participación de recurso humano en las políticas de salud establecidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poco Recurso Humano para brindar Atención Biopsicosocial de los Individuos, familias comunidades.</li> <li>▪ Sin revisar la misión y la visión de La región de Salud de San Miguelito.</li> <li>▪ Prevalece la demanda de atención Por morbilidad.</li> <li>▪ Cumplimiento de horarios de parte De un recurso humano importante.</li> <li>▪ Falta de definición clara de modelo De atención.</li> <li>▪ Transporte insuficiente para las actividades comunitarias y para efectuar supervisión y capacitaciones en los Servicios locales.</li> <li>▪ Falta de participación de la comunidad.</li> <li>▪ Falta de personal para efectuar la demandas de extensión de horario, Trabajo extra muros.</li> <li>▪ Los conflictos e intereses políticos Prevalecen en las acciones de salud.</li> <li>▪ Demostración del personal.</li> <li>▪ Falta de trabajo en equipo.</li> <li>▪ Problemas de implementación de</li> </ul>

	<p>Acciones de salud y ambiente, que no sean solo teóricas sino prácticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nuevo modelo, que realmente no se implementa por falta de recursos Materiales y humanos.</li> <li>▪ centros de salud ubicados en zonas rojas</li> <li>▪ Falta de Seguridad para el Desarrollo de actividades comunitarias.</li> <li>▪ Fortalecimiento en la Dirección de Recursos Humanos</li> </ul>
--	--

12. ¿Se están introduciendo cambios en el modelo de gestión y en las relaciones entre los actores?

En la actualidad, No se ha dado ningún cambio en el modelo de Gestión ni en relación a los actores, sin embargo años anteriores se avanzo al introducir cambios en el modelo de gestión (desconcentración) Se inicio atención por áreas de responsabilidad (zonas sanitarias). Se formaron E B S. Se firmaron acuerdos de gestión.

El modelo de Gestión del HISMA constituyo cambios significativos tales como Diferenciación de las funciones del ente normativos, contratado, evaluador, Financiado y proveedor. Esta diferenciación de servicios pertinente sirvió para aplicar Estrategias pendientes a garantizar Servicios de salud con eficiencia eficacia y calidad

13. Responden las políticas de salud a las necesidades regionales? Cómo se aplican?

Sí Responden las políticas a las necesidades regionales, se aplican según las normas de atención y lo programado, por ende Si responde en lo Teórico mas No así en lo Practico

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

La planificación Operativa Si guarda alguna relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción, sin embargo, la centralización en el manejo del presupuesto muchas veces da al traste con el cumplimiento de lo programado. Los desembolsos de las partidas asignadas son enviados sin una constante en la entrega por lo que la región se ve en la necesidad de ejecutar hasta donde pueda.

15. Los P.O.A's son registrados en el SIMEPE como herramienta de monitoreo y evaluación de los mismos?. Con qué frecuencia se realiza el monitoreo? Quién y cómo se efectúa?

Los poas si son registrados en el SIMIPE anualmente, el poa de salud pública se realiza evaluación de monitoreo trimestral sin embargo no se registra toda la información en el

SIMIPE ya que la evaluación de los indicadores se realiza por centro de salud y corregimiento y el poa registrado en la plataforma virtual es un consolidado regional.

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

El Nivel Central incide en la región en la supervisión y rendición de cuentas, así como en los lineamientos claros de las políticas de salud y la estricta observancia de las mismas.

Los puntos críticos de la burocracia administrativa, la encontramos principalmente en la asignación presupuestaria, y en la necesidad de RH,.

El manejo presupuestario, y la contratación del RH necesario, por parte de cada una de las regiones ayudarían a soltar el nudo crítico y a transformar el sistema de salud del país.

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

En la actualidad las decisiones son tomadas por la gerencia y su equipo técnico.

Se toman decisiones basadas en Administración por objetivos y se prioriza según Diagnósticos y Necesidades.se realizan reuniones técnicas y administrativas semanalmente

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

Existe un Departamento de Provisión de Servicios que ejerce las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de servicios: estos netamente relacionado a insumos, equipos y materiales, como también el análisis del usuario externo, (encuestas de calidad), la oferta de los servicios las referencias y las contra referencias. 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.

El departamento de Políticas de Salud, participa en el proceso orientando la organización para la aplicación de las políticas de Salud, (para el proceso de evolución y control).

Todo se realiza en el sector público en relación a servicios de salud, no en el privado.

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

Si existe una instancia (Departamento de Políticas de salud responsabilidad de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de Salud, Planificación y coordinación en la Región. Esto incluye la Directriz a través de Director Regional y sus equipos Regionales en! Planificación, Recursos Humanos, Administración y Finanzas, Asesoría Legal, Provisión de Servicios, Promoción de la salud y Salud Pública y Enfermería.

20. ¿Cuál es el porcentaje de centros de salud que disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, acceso a servicio de internet, al menos para la gestión administrativa, de personal, para la sistematización de los inventarios y para el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades?  
 Todos los Centros de Salud cuentan con Computadoras y Programas Aislados De Contabilidad, Estadísticas SIES, PAI, SISVIG Costos.
21. ¿Cuáles son los hospitales e instalaciones ambulatorias que dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa? ¿Y para la gestión clínica (por ejemplo, expediente electrónico, LSS-SUMA, para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos, otros)?  
 El HSMA, Susana Jones CSS, Generoso Guardia; Santa Librada, cuentan con el expediente clínico electrónico, Los Centros de Salud del Minsa No poseen equipo informático para el expediente clínico
22. ¿Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica, (por ejemplo para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar el tipo de servicio a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitalización).  
 Información no disponible
23. Conoce la existencia de la tele radiología, telemedicina, clínicas virtuales, espirómetros y electrocardiografía digital, hospital virtual, expediente electrónico, son utilizados en su región, que beneficios brindan a la población y cuáles son sus debilidades?  
 Sí se conoce la existencia pero no en esta Región.  
 Espirómetros: Se capacitaron y se instalaron, se empezaron hacer los primeros estudios.

## **FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN**

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

1. Con qué frecuencia actualiza su análisis de situación de salud? Quiénes participan y cómo participan?  
 El análisis de salud local se realiza anualmente con la participación de los departamentos de salud pública, provisión, planificación y estadística, además de las coordinaciones locales.
2. La planificación regional es participativa?  
 Si debido a que las decisiones generalmente se toman en conjunto con los jefes de departamento y en coordinación con el Directo Regional, además anualmente se solicita a los directores médicos de centros de Salud.
3. Quiénes participan? Con qué frecuencia se efectúa este proceso?  
 Los jefes de departamento y en coordinación con el Directo Regional, además anualmente se solicita a los directores médicos de centros de Salud

4. Existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS? Cómo se facilitan estos procesos?  
En la actualidad No se da la Planificación conjunta MINSA-CSS en la Región de San Miguelito. Sin embargo, Para 1998 se creó la Unidad de Planificación Integrada MINSA-CSS, que Logro la coordinación, Planificación de Acciones Conjuntas de Gestión.. PAI campañas conjuntas. Campaña de las América y puesta al día.

En el Nuevo Modelo de Atención Familiar Comunitario y Ambiental, formando una comisión Interinstitucional que proyectó a las diferentes instalaciones los Componentes tanto Teóricos como Prácticos de dicho Modelo. Estos procesos se facilitaron, no con la ligereza que se esperaba. Por reacciones al cambio en una de las Instituciones.

En la actualidad, dichos procesos no han tenido seguimiento, por espera de Decisiones entre ambas Instituciones.

5. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS? Nota del ministro al director de la CSS

En la actualidad NO se da la planificación conjunta MINSA-CSS, en San Miguelito. No se efectúa Programación local conjunta MINSA-CSS, aunque se distingue nuestra Responsabilidad para cada instalación de Salud donde el 30% de población es no asegurada y el 70% restante es asegurada.

Al no haber una programación conjunta no se realiza un programa de trabajo unificado, lo que manifiesta dualidad en las acciones en la ejecución de lo Programa de Salud establecidos.

6. Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo?  
En la actualidad hay programa de trabajo MINSA-CSS, PAI y epidemiología.

7. Cuáles son los elementos de este programa?  
PAI y epidemiología

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

La población No participa del proceso de planificación sanitaria, sin embargo, a través de la dirección de Promoción de la Salud, se le da participación en actividades.

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

En los centros de salud se elaboran las programaciones locales, donde participan todos los funcionarios, y así de esa manera se le da participación a los comités de salud. El nivel Regional a través de la oficina de Promoción de la Salud.

10. Cómo se evalúan las metas establecidas? Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, proceso y resultados? Quién, Con qué, Cuándo, Cómo se efectúa la evaluación? Estrategias, insumos ,morbi-mortalidad. Entrada, procesos y resultados, recursos vs actividades

Las Proyecciones de la Planificación Regional y Local para el 2,015 al 2,019 y en adelante: esta dado un proceso inmerso en un Sistema de Evaluación con los indicadores de Entrada, Proceso, Resultados y costos según presupuesto.

El Nivel Regional Evalúa Anualmente las acciones de salud, con el Nivel local se hace semestralmente, en y la comunidad.

La evaluación se efectúa: mediante el mecanismo participativo y interactivo entre los enlaces (Tutores) Regionales y el centro de responsabilidad con un equipo conductor del mismo multidisciplinario.

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

Sí Existen Planes Estratégicos Quinquenales en infraestructura, planes operativos anuales, donde se definen estrategias para intervenir problemas priorizados.

Este plan estratégico es la sumatoria de las programaciones anuales, y se trabaja actividades, resultados esperados, metas, indicadores de resultados esperados, y responsable de la actividad.

12. Se utilizan los análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos?  
Sí, se elaboran los Planes Operativos Anuales de los centros de Salud así como su programación local, con el ASIS, priorizando las intervenciones surgidas del mismo.

13. Estos planes incluyen a otras entidades del sector?

Teóricamente Si, deben participar todos los actores sociales, sin embargo en la práctica es extremadamente difícil, la coordinación con todos los actores para saber su criterio, por lo que se utilizan las entrevistas personales y la ayuda del internet y las paginas oficiales del Estado para sustraerle información.(se están haciendo los acercamientos. Planificación conjunta salud y social.

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

Sí , existe un cronograma de abastecimiento de las instituciones de salud de la región con fecha de entrega de insumos sanitarios y medicamentos los 5 primeros días hábiles de cada mes y con fecha de entrega de solicitud por parte de las instalaciones de salud de responsabilidad los 15 de cada mes.

## **PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO**

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

Nunca se han realizado los presupuestos de funcionamientos e inversión en base a objetivos definidos, Históricamente Se han realizado en base al **resultado del año anterior** con un incremento de aproximadamente 10%, ya que el presupuesto se maneja a nivel de la sede del MINSA, y son estos los que lo administran al país según desembolso de economía y finanzas.



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

La proporción es **atención de la población es el 19.0% Ambiente 2.2%**

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

La Responsabilidad recae, en el Director Regional, y en los centros de Salud, los directores de los centros tiene responsabilidad, sin embargo no utilizan el 100% de las herramientas gerenciales disponibles.

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

Sí, Los convenios de Gestión son herramientas, tipo contratos donde se comprometen los centros de salud a cumplir con mejorar indicadores de salud, así como, en su infraestructura, en el usuario interno y externo, obligaría al nivel central a proveer el presupuesto y el resultado de su ejecución en base a lo programado.

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

En la actualidad no se hacen , sin embargo, En la región de Salud de San Miguelito se firmaron compromisos de gestión en todos los Centros de Salud; las cuales fueron evaluadas a principios del año 2000 al 2007. Los acuerdos fueron firmados por el Director Regional y los respectivos Directores; en conjunto con el representante del Comité de Salud. Actualmente no se está utilizando los acuerdos de gestión, sino la programación operativa. La duración de dicho acuerdo consistía en una oferta de servicios basada en una población dada por el nivel regional y repartida en 17 cláusulas de compromiso tanto para el Centro de Salud como para el Nivel regional.

6. Se ha aumentado el porcentaje del presupuesto de salud para la Salud Pública.

Sí, se aumento el presupuesto ley aprobado ha tenido incremento en los últimos 5 años., sin embargo, el presupuesto modificado no ha tenido mucha variación, inclusive el año 2014, fue menos que el 2013.

## **INCENTIVOS**

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

El incentivo es económico y por acuerdos Gremiales.

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

La evaluación para obtener el bono, realmente no responde a criterios de evaluación del desempeño o estándares internacionales que midan de una manera objetiva e imparcial al funcionario de salud, mas bien queda a criterio del jefe inmediato sin que haya un mecanismo de protección a dicho desempeño.

3. ¿Cuáles han sido introducidos?

Ninguno

4. ¿Para qué categorías de personal?

Ninguna categoría de persona

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

En el personal técnico los incentivos se aplican en base a la antigüedad solamente.

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

Sí afecta por el incremento constante en el renglón de servicios personales, en cuanto al incentivo por antigüedad y no por desempeño.

### **SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO**

1. ¿Cómo se determinan las especificaciones técnicas por insumo sanitario para los diferentes servicios? ¿Quién las determina?

Se determina tomando como base a las Fichas Técnicas y 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.

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

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.

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

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

Están Centralizados en el Minsa. existe un retraso de entrega de insumos por burocracia

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

Atraves de OPS se compra, UNFPA , COMISCA

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

A través del NIVEL NACIONAL. Los insumos se compran en base a las necesidades tomando en consideración que el insumo cuente con ficha técnica, para rechazar un insumo debe estar documentado por medio de informes de falla sanitaria o técnica.

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

Sí, Existen las comisiones evaluadoras conformadas por representantes todos institucionales, los cuales verifican que se hayan cumplido con el pliego de cargo además de revisar todas las presentaciones de los proponentes y sus correspondientes registros sanitarios al día.

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

La región realiza las compras al contado, Autogestión.

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

El control de Inventario sería los inventarios que se realicen semestral y anual en coordinación con el Departamento de Contabilidad, y la unidad de Kardex y los fraudes al momento de cotizar tratar de cumplir con lo que establece la ley.

En los diferentes departamentos de las instalaciones:

- Restringir la entrada a personal ajeno al departamento.
- Establecer controles de entrada y salida
- Responsabilizar a los funcionarios de los diferentes departamentos.
- Reforzar las áreas de acceso.

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

Si, el suma ofrece información sobre fecha de vencimiento, lote y cantidad de insumo existente en el almacén.

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

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 nacional.

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.

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

No hay Intercambio o abastecimiento MINSA-CSS

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

Se consideran los criterios aplicables a la priorización de la compras en relación al perfil de morbi - mortalidad, sin embargo, muchos medicamentos del cuadro básico no son obtenidos y muchas se suministran con demora. Debido al largo proceso de compras.

14. Como se realiza la estimación de necesidades de insumos sanitarios?

A través de los registros de consumos.

15. Como se registra la información de consumo?

Se utiliza los formatos de registros de consumo

16. Conoce las modalidades de compra?

Sí, se conoce, se utilizan las modalidades de Crédito y Contado, atreves de el portal de Panamá Compra y cotizaciones por el mejor precio y calidad.

Se inicia el proceso, mediante nota dirigida al Director solicitando la compra, se confecciona la requisición, luego del VB, pasa a presupuesto para comprometer la compra, una vez esto, pasa a contabilidad para hacer la reserva, regresa a compra para los tramites de cotización y confeccionar la orden de compra y pasa nuevamente a contabilidad para el sellado de la misma, una vez esto, regresa a finanzas para reservar el dinero.

La orden de compra sale de finanzas a tesorería para la confección de cheque, si es al contado, de ser a crédito, pasa a control fiscal. una vez regresa de control fiscal, el proveedor entrega la mercancía al almacén central, quienes reciben o no conforme y esa documentación la entregan al proveedor para el cobro.

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

Sí \_\_\_\_

Mantenemos un depósito regional de medicamentos, con el objetivo de garantizar que las que las condiciones de almacenamiento no representen un riesgo en la calidad, eficacia, seguridad y funcionalidad de los insumos médicos y medicamentos cumpliendo con los requisitos de espacio y temperatura adecuados para conservación de los mismos.

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

NO

### **SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD**

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

Sí, el sistema de información estadística en salud así como, vigilancia epidemiológica, ampliada inmunización, describe situación de salud, en finanzas se utilizan los software, entregados por economía y finanzas,, en Provisión de servicio igual, no así en Recursos Humanos.

Para Recursos humanos actualmente no existe ninguna plataforma electrónica para el manejo del mismo.

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

Sí información efectiva depende del usuario, cada usuario realiza su análisis, generalmente es del nivel regional más que del nivel local y sugerimos que la información técnico administrativa debe ser implementada en un sistema en red para el nivel local.

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

La información es evaluada a nivel Regional, se hace cada 6 meses, no se hace auditoria informática.

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

Se hacen monitoreo y evaluaciones periódicas, de la programación local y de los planes operativos, se realizan reuniones mensuales con los equipos técnicos de la región y de los centros de salud, donde se revisan y adecuan las estrategias a seguir. Las intervenciones se hacen para corregir o rectificar problemas que surjan.

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

Sí, El contenido de la información es requerido y utilizado por los coordinadores de programas, siendo definido por el nivel Normativo, regional y central y esta información suministrada por la producción en los niveles locales, esta información local es determinada según diagnostico y necesidades de uso.

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

Los usuarios establecen sus necesidades de información según la herramienta que tengan a disposición

7. El sistema de información gerencial contempla centro de producción claramente establecidos, que responde a las necesidades y complejidad de la instalación de salud? El Sistema de información Gerencial esta en des uso.
8. Contamos con sistemas de información paralelos o un sistema de información único? Sí existen múltiples sistemas de información en la región, usados para cada área de trabajo. Esto dificulta la entrega de información por la variedad de formatos que son en muchas veces redundantes.

## EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

**Cuadro No. 16**

### NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
<b>No. Total de camas</b>	<b>283</b>	<b>251</b>	<b>30</b>	<b>2</b>
• HSMA	251	251		
• HSJC	30		30	
• Centro de Medicina Preventiva Brisas del Golf	2			2
<b>No. de servicios de imagenologia</b>	17	4	10	3
• <b>No. De Ultrasonidos</b>	4	1	3	
• <b>No. De Rayos X</b>	5	1	4	
• <b>No. De Panorex</b>	0	0		
• <b>No. De Periapical</b>	1	1		
• <b>No. De CAT</b>	1	0	1	

• <b>No. De Mamógrafos</b>	5	1	1	3
• <b>No. De Equipos de resonancias magnéticas</b>	1	0	1	0
<b>No. de Laboratorios Clínicos</b>	10	6	4	
<b>No. de Bancos de Sangre</b>	2	1	1	
<b>No. de Farmacias</b>	11	7	4	
<b>No. de Sillones Dentales</b>	27	27		
<b>    Completos</b>	26	26		
<b>    Incompletos</b>	1	1		

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

<b>No. De Camas por mil habitantes</b>	<b>Número de Habitantes</b>
<b>18.9</b>	<b>De 0 a 15 mil habitantes</b>
<b>7.1</b>	<b>De 15,001 a 40 mil habitantes</b>
<b>1.1</b>	<b>De 40,001 a 250 mil habitantes</b>
<b>0.9</b>	<b>Más de 250 mil habitantes</b>

1. Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?  
La RSSM contrata un medico Radiólogo, por turno para interpretar las imágenes de las mamografías solamente.
2. Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes?  
Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?  
Los resultados de las mamografías se entregan en ventanilla del departamento de imágenes.

Se entregan el 100% de los resultados.

3. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?

Esta supeditado al desembolso que haga el nivel nacional.

4. ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.

El 98% del personal es empírico, solo existe 1 ingeniero de biomédica.

5. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?

Los montos del presupuesto destinado a la adquisición de nuevos equipos esta supeditado a las necesidades inmediatas y a los traslados de partidas presupuestarias, por rubros no ejecutados o asignados sin consulta a la región.

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

El criterio utilizado para la adquisición de nueva tecnología es técnico, según especificaciones de los usuarios para agilizar y producir mas servicio.

## **FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS COMPENSACION DE COSTOS**

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

No La compensación de cosos consiste en el pago que anualmente tiene que reembolsar la caja de seguro social al ministerio de salud y vice versa, por los servicios que se le brindan a los asegurados en los distintos centros de salud.

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

Información no disponible en la región.

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

Autogestión: muchas de las actividades de los centros de salud se financian por medio del cobro de B/.050 por consulta tanto médica como de especialista, que realiza el centro de salud con lo cual se le paga la planilla a los funcionarios que componen los comités de salud.

Presupuesto del Estado: el grueso de las tareas desarrolladas en los distintos centros de salud, son financiados por el presupuesto anual que se pone para desarrollar todas las



actividades que se efectúan en el tiempo determinado que se señala en el presupuesto anual.

Donaciones:

Consiste en el desprendimiento que brindan algunas organizaciones, como también de las embajadas de los gobiernos acreditados a nuestro país, en equipos como además en cursos y seminarios que se dictan fuera del país

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

No, el sector Salud y sus tarifas por los servicios que ofertan en los centros de Salud no compensan las Costas reales puesto que la inversión que se realiza para la compra de insumos y proveen recursos humano es mayor que ingreso recuperado.

Las tarifas se estiman en base a la situación económica de la población atendida y son ajustadas en base al progreso económico de dicha población.

5. Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?  
Elevando el gasto en salud al estado.

#### **FUENTES DE FINANCIACION**

1. Se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto publico per cápita.  
No, las brechas siguen ampliándose y el gasto en Salud per capita continúa ascendiendo
2. ¿Qué porcentaje del producto interno se destina al sector salud?  
El gasto en salud 1,260 y del producto interno bruto 7.6 para 2012.  
  
El gasto público en sanidad en Panamá creció 238,1 millones en 2012, es decir un 10,46%, hasta 1.455,2 millones lo que representó el 19,56% del gasto público total.
3. ¿Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?  
La mayor parte de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto del estado.
4. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios?  
La aportación del paciente es simbólica de B/.050 Lo cual lo recaudado es utilizado para pagar a los funcionarios de los Comités de Salud y para la compra de algún tipo de medicamentos o equipo que necesite el Centro de Salud
5. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios que gestionan?  
Información no disponible
6. El aporte de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios.

Sí y el grueso de ese ingreso por la aportación de la atención se utilizan para el pago de la planilla o servicios personales de los comités de salud.

7. ¿Cómo funciona el sistema de evaluación socio-económica? ¿Permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios? ¿Qué modificaciones deben realizarse? ¿Se conoce la diferencia entre costos y tarifas?  
El sistema de evaluación socio-económica se utilizó en la RSSM, con el objeto de brindar la atención en base a su ingreso económico, donde el paciente hacía un copago según su clasificación un % de aporte. El HSMA era el receptor de esa clasificación y luego era compensado con el CSS, Este sistema permitía la recuperación en parte del costo de su atención. El sistema funcionaba y cayó en desuso por voluntades políticas contrarias a él mismo.
8. ¿Cuál ha sido el impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en su presupuesto?  
El impacto ha sido el desabastecimiento y escases en todos los centros de salud
9. ¿Dentro de su región de salud, a qué población debe subsidiar el Presupuesto del Estado?  
Debería subsidiarse a aquellos desempleados debidamente demostrados su estatus. Pobreza Extrema
10. El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria?  
No es garantía de equidad sanitaria debido a las áreas de difícil acceso y poblaciones vulnerables, sin embargo se ha mejorado y reducido la brecha sanitaria.
11. ¿Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultades para la organización del sistema? ¿Qué normas deberían regularlas?  
Sí, la donación es utilizada como pago por servicios, en la consulta, estos ingresos ayudan al sostenimiento y funcionamiento de los comités de salud, para pagar principalmente planilla, de manejarse en otra forma podría ayudar al centro a invertir en tecnología para el beneficio de la población.
12. ¿Cuáles han sido los aportes técnicos-financieros de los organismos internacionales, empresas privadas u otros?  
En la RSSM se desconoce
13. ¿Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?  
Sí facilitan la sobre utilización de los servicios de salud, por la gratuidad, por las visitas constantes que saturan el sistema de re consultas impidiendo el ingreso de nuevas consultas.
14. ¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto público en salud, privado y de bolsillo? Información no disponible.
15. Existen recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta (ancho de banda, servidores, contratación de servicios de internet).

No, las adquisiciones, contrataciones y mejoras de la tecnología de punta (ancho de bandas, servidores, contrataciones de servicios de internet) se hacen a nivel nacional, sin embargo el internet suministrado al a nivel local no tiene la capacidad ni velocidad de transmitir ni recibir data.

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

17. ¿El sector salud está en conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud?  
No, El nivel Local y Regional no se tiene el conocimiento en los procedimientos para obtener recursos de de la cooperación externa.

## **FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN**

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

Las principales aéreas de inversión requeridas para dar respuesta al crecimiento y demanda poblacional en San Miguelito , integrando la red de servicio de salud y fortaleciendo el nivel local, la construcción de 3 poli centros de salud, ubicados en los sitio de los centros de San Isidro, Nuevo Veranillo y Torrijos Carter, haciendo de estas instalaciones un nivel de complejidad mayor a lo que son hoy, con un poder resolutivo que podrá contener la demanda

2. ¿Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión?

Esos criterios son los establecidos por el MEF,y su plataforma virtual del SIPMEP Y SINIP,

3. ¿Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?

Las limitaciones pone MEF al no suministrar las contraseñas de acceso para incorporar los proyectos al banco de proyectos.

4. ¿De los proyectos de inversión del año 2014 y los proyectados para el 2015, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)? ¿Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada?

Actualmente la Región de San Miguelito tiene licitado el Policentro de San Isidro, con el objetivo de responder a las necesidades de los usuarios, personal médico y administrativo, en condiciones de seguridad, garantizando los servicios de salud en

forma ininterrumpida, garantizando el acceso universal y la atención integral con EQUIDAD Y CALIDAD.

5. Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.  
NO existe ningún proyecto financiado por medio o fuente internacional.

6. ¿Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado?  
Si existe un Plan de Inversión.

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

Sí, siempre hay que revisar y adecuar los proyectos dada la demanda en la atención de la población.

## ANEXOS

### IDENTIFICACIÓN DE ACTORES

#### PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES:

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

Sector económico

**Público**

Privado

Otro (especifique)

Cooperación Internacional (especifique la agencia)

Sector político

**Sector Salud**

Responde a acuerdos internacionales, y lineamientos establecidos por OMS Y OPS.

2. ¿Están definidos los cambios por una acción de acuerdo entre varios actores involucrados o por una autoridad central?

Si  No

Favor especifique el tipo de Sistema de Salud del país:

Segmentado

Integrado

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

Si se adapta la propuesta de cambio al tipo de sistema de salud del país.

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

**Fondos estatales**

**Cooperación Internacional**

Sector Privado

Fondos reembolsables con partida nacional

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

**Gubernamental (Poder Ejecutivo)**

Poder Legislativo

Sociedad Civil organizada en temas de salud

Sociedad Civil organizada general

Sector Privado

Sector académico

Otro (Especifique)

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

**Legislativo**  **Ejecutivo**  **Ambo**  **Ninguno**

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

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

Si  No

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

FUENTE(S):

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

Transición  Construcción  Consolidación  No Existe

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

LEY	ACTOR	FUNCIÓN O RESPONSABILIDAD

10. Posición de los Actores (PA)

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

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

Muy a Favor

Algo a Favor

Neutro

Algo en contra

**En contra**

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

Positivo

**Negativo**

Ninguno

ROL DE LOS ACTORES (RA)

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

Alta  Media  **Baja**

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

Si  No

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

Si

No

## DESIGUALDADES

### Datos Generales.

El Distrito de san Miguelito, nace como asentamientos espontáneos

La Región de Salud de San Miguelito, conformada por el Distrito de San Miguelito, tiene una extensión territorial de 50 km<sup>2</sup> y está situada al norte de la Provincia de Panamá y limita: al norte con la Región de Panamá Norte; al sur con la Ciudad de Panamá; al este Corregimiento de Tocumen y la Ciudad de Panamá; y al oeste con el corregimiento de ancón y el parque metropolitano de Panamá.

Para 2010 la población de la Región de Salud de San Miguelito era de **373,703** habitantes. El mayor porcentaje de la población se concentra en los Corregimientos de Belisario Porras, con un 34.5%; José Domingo Espinar, 22.01%; y Las Cumbres, 18.4%. El resto de la población está distribuida en Amelia Denis de Icaza, 9.6%; Chilibre, 8.1%; Victoriano Lorenzo, 4.2%; y Mateo Iturralde con 3.5%.

Para el 2016 la población total era de 393,497 habitantes, 26.7% masculinos y 26.8 femenino.

La esperanza de vida en 2016 era 79.04 general, Masculinos 76.07 y femenino 82.2

La densidad de la población a nivel regional es de 7,474 habitantes por km<sup>2</sup>. Siendo la más alta del país.



En el Distrito de San Miguelito para 1990 el 15.6% de la población activa estaba desempleada. En el año de 2000 había en la región 78,948 viviendas, de las cuales el 36.5% (28,747) estaban localizadas en el área rural.

La actividad educativa es compartida por el sector público y el privado, brindándose atención a nivel preescolar, primario, secundario y universitario en 103 instalaciones distribuidas en los siete corregimientos.

La matrícula de estas escuelas fue de 42,877 alumnos. El 54% de estas 74 escuelas están incluidas en el Programa de Salud Escolar, con una matrícula de aproximadamente 21,793 niños. La población alcanza como promedio siete años de estudios aprobados. Desde el punto de vista de salud pública el 100% de la población que reside en el área es responsabilidad del Ministerio de Salud.

La región de san miguelito multiplica sus esfuerzos para lograr cumplir con las metas establecidas en la promoción, prevención y atención de la población, por tal motivo se debe focalizar la intervención en la resolución de los problemas de salud regional.

Hacemos un análisis comparativo de los años 2010 de las desigualdades enfocándonos en tasa de ingreso vs mortalidad infantil, tasa de ingreso vs mortalidad fetal, defunciones VIH vs Ingresos 2015, defunciones maternas vs ingresos 2015.

## **Concluimos**

Las enfermedades están profundamente relacionadas con las estructuras sociales de la población, por los aspectos educación, económicos de ingresos, y políticos, siendo los menos favorecidos o los que menos tienen, los más susceptibles en padecer enfermedades.

Realizando estos análisis desigualdades, nos ayuda a la toma de decisiones focalizando los núcleos poblacionales vulnerables para la pronta intervención en cuanto a la promoción y prevención, disminuyendo así las inequidades en salud.

### Tasa de ingreso vs mortalidad infantil 2010

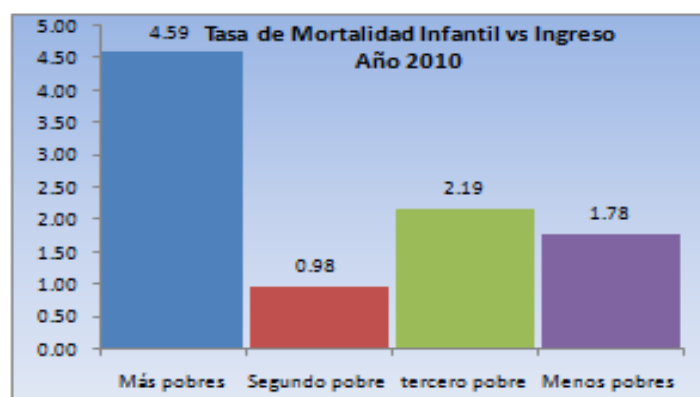
CORREGIMIENTO 2010	poblac	ingreso	mortalidad infantil	peso pobla
ARNULFO ARIAS	57,125	610.00	12.1	0.153
BELISARIO PORRAS	54,371	645.00	6.1	0.145
BELISARIO FRÍAS	72,271	707.00	3.6	0.193
VICTORIANO LORENZO	18,113	822.00	8.3	0.048
MATEO ITURRALDE	11,772	833.00	18.3	0.032
OMAR TORRIJOS	33,137	867.00	6.9	0.089
AMELIA DENIS DE ICAZA	46,337	879.00	12.7	0.124
JOSÉ DOMINGO ESPINAR	41,739	1590.00	5.00	0.112
RUFINA ALFARO	38,838	2132.00	11.8	0.104
Total	373,703	923	9.5	1.000

	CUARTIL	PERCENTIL
pc 1	0.25	707.00
pc 2	0.5	833.00
pc 3	0.75	879.00

El **percentil** es una medida de posición usada en estadística que indica, una vez ardenadas las datos de menor a mayor, el valor de la variable por debajo del cual se encuentra un porcentaje dado de observaciones en un grupo de

	poblac	ingreso	mortalidad fetal
Más pobres	183,767	323.82	4.59
Segundo pobre	29,885	66.08	0.98
tercero pobre	79,474	185.87	2.19
Menos pobres	80,577	399.16	1.78
	373,703		

Brecha absoluta	2.81
Brecha relativa	2.58



En el cuartil de corregimientos más pobres hay un exceso de 2.81 casos incidentes de muerte infantil 2010 por 1,000 nacidos vivos respecto de cuartil de menos pobres

La incidencia de mortalidad infantil en el cuartil de corregimientos más pobres es 2.58 veces la tasa de mortalidad fetal en el cuartil de corregimiento menos pobres (o 1.6 veces más alta)

Tasa de ingreso vs mortalidad fetal 2010				
CORREGIMIENTO 2010	poblac	ingreso	mortalidad fetal	peso pobla
ARNULFO ARIAS	57,125	610.00	178.6	0.153
BELISARIO PORRAS	54,371	645.00	242.0	0.145
BELISARIO FRÍAS	72,271	707.00	187.3	0.193
VICTORIANO LORENZO	18,113	822.00	425.4	0.048
MATEO ITURRALDE	11,772	833.00	216.1	0.032
OMAR TORRIJOS	33,137	867.00	219.1	0.089
AMELIA DENIS DE ICA	46,337	879.00	254.4	0.124
JOSÉ DOMINGO ESPIN	41,739	1590.00	228.30	0.112
RUFINA ALFARO	38,838	2132.00	122.6	0.104
Total	373,703	923	217.8	1.000

	CUARTIL	PERCENTIL
pc 1	0.25	707.00
pc 2	0.5	833.00
pc 3	0.75	879.00

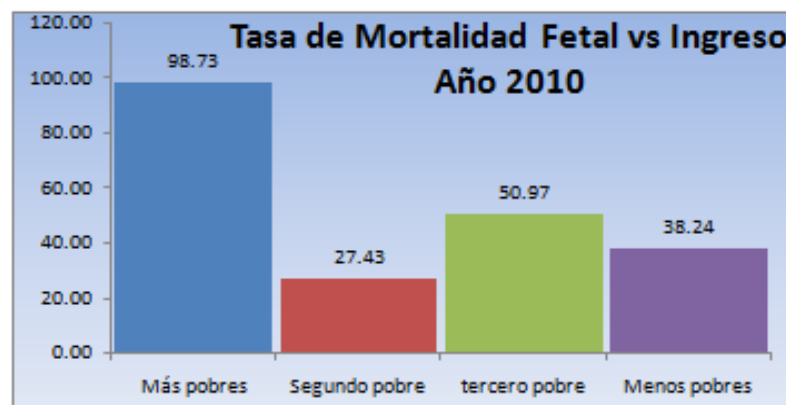
El percentil es una medida de posición usada en estadística que indica, una vez ordenadas las datos de menor a mayor, el valor de la variable por debajo del cual se encuentra un porcentaje dado de observaciones en un grupo de observaciones

	poblac	ingreso	mortalidad fetal
Más pobres	183,767	323.82	98.73
Segundo pobre	29,885	66.08	27.43
tercero pobre	79,474	185.87	50.97
Menos pobres	80,577	399.16	38.24
	373,703		

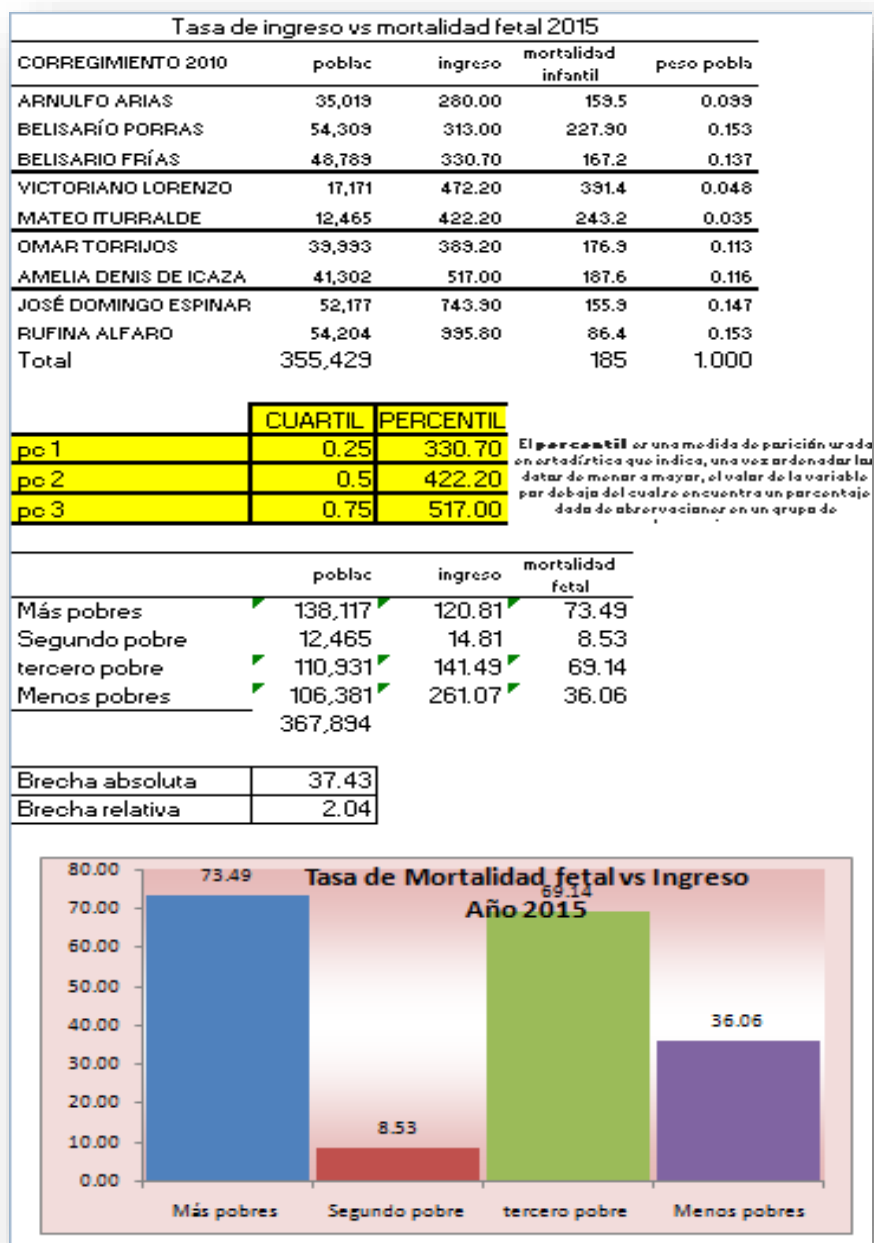
  

Brecha absoluta	60.49
Brecha relativa	2.58



En el cuartil de corregimientos más pobres hay un exceso de 60.49 casos incidentes de muerte fetal 2010 por 1,000 nacidos vivos respecto de cuartil de menos pobres

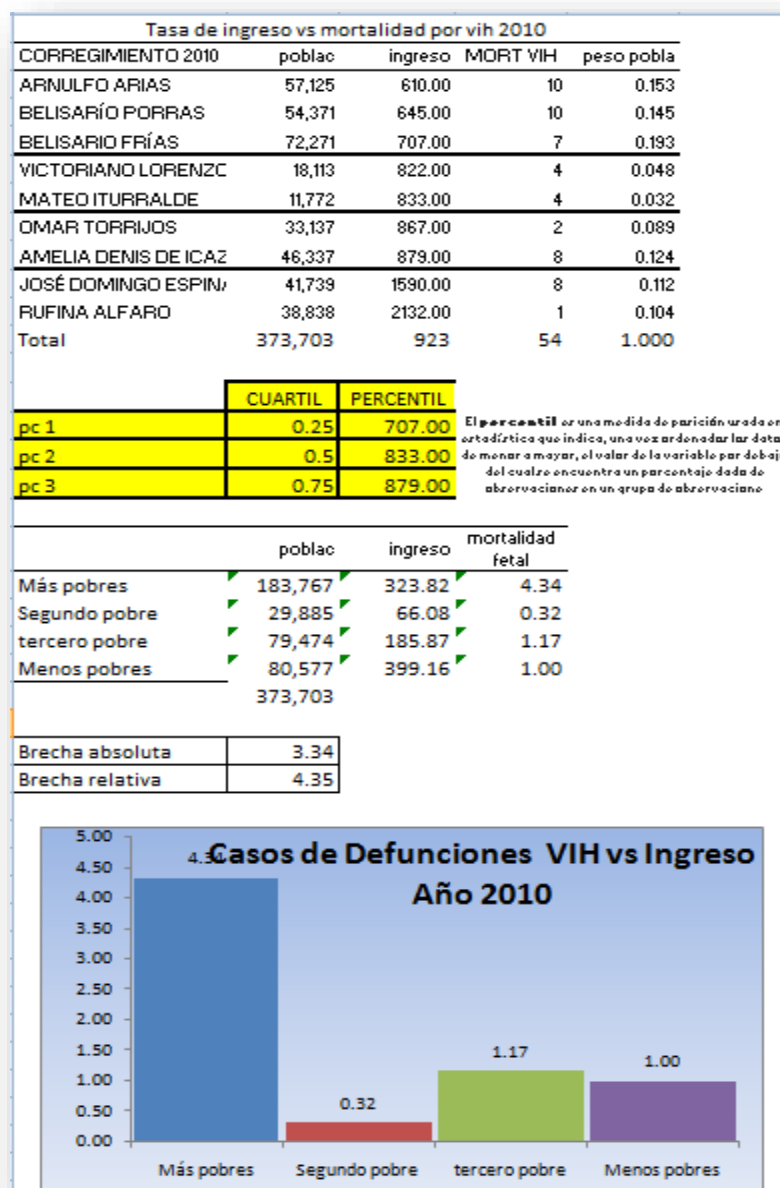
La incidencia de mortalidad fetal en el cuartil de corregimientos más pobres es 2.6 veces la tasa de mortalidad fetal en el cuartil de corregimiento menos pobres (o 1.6 veces más alta)



En el cuartil de corregimientos más pobres hay una Brecha absoluta un exceso de 37.43 casos incidentes de muerte fetal 2015 por 1,000 nacidos vivos respecto de cuartil de menos pobres

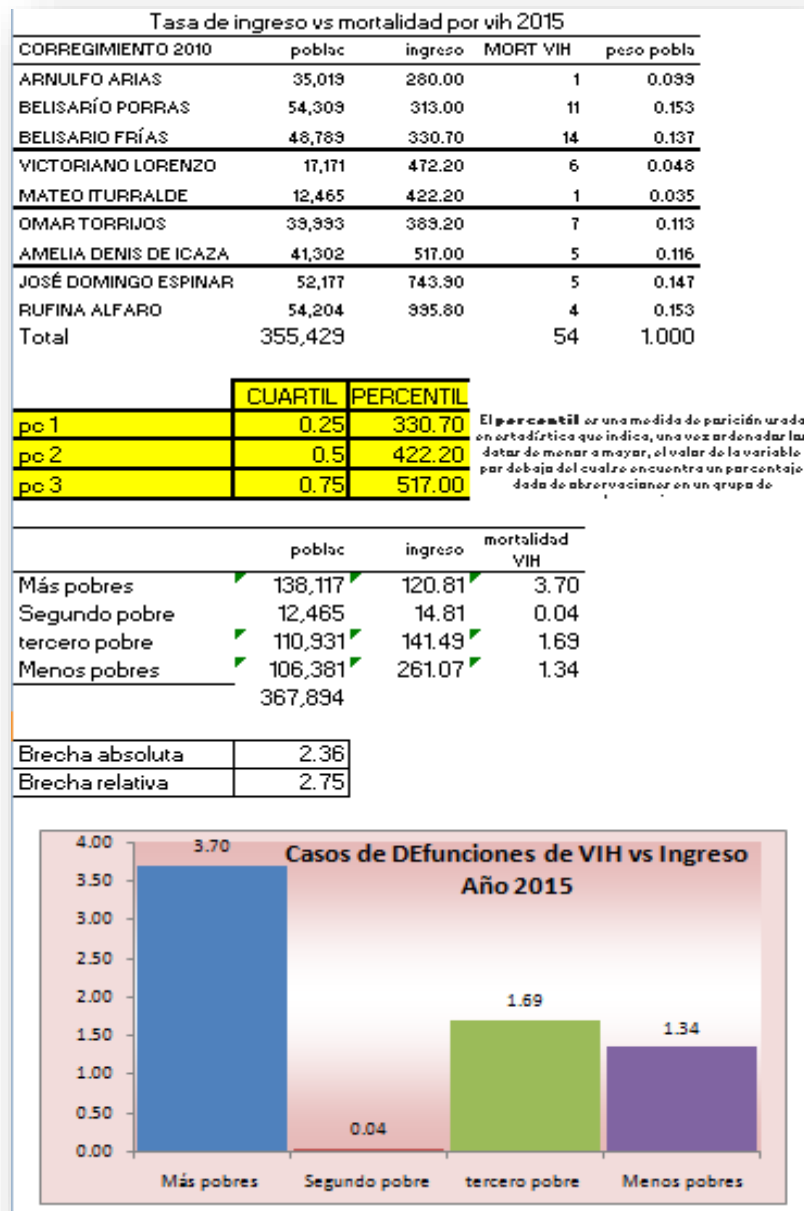
La incidencia de mortalidad fetal en el cuartil de corregimientos más pobres es 2.04 veces la tasa de mortalidad fetal en el cuartil de corregimiento menos pobres (o 1.6 veces más alta)

Se observa una inconsistencia en el segundo cuartil pobre en relación al más pobre y el tercer pobre. Debido a que son los menos poblados y de población más vieja



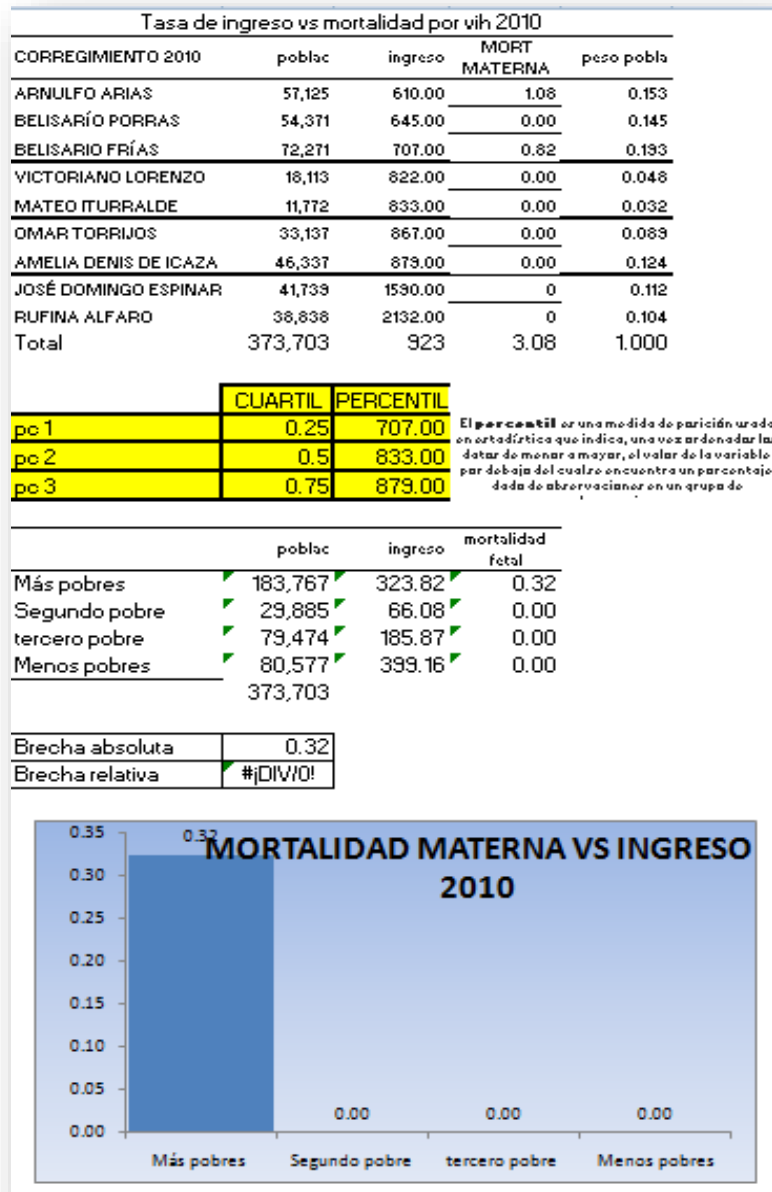
En el cuartil de corregimientos mas pobres hay un exceso de 4.34 casos incidentes de defunciones,2010 respecto de cuartil de menos pobres

La incidencia de Defunciones en el cuartil de corregimientos más pobres es 3.4 veces más en el cuartil de corregimiento menos pobres.

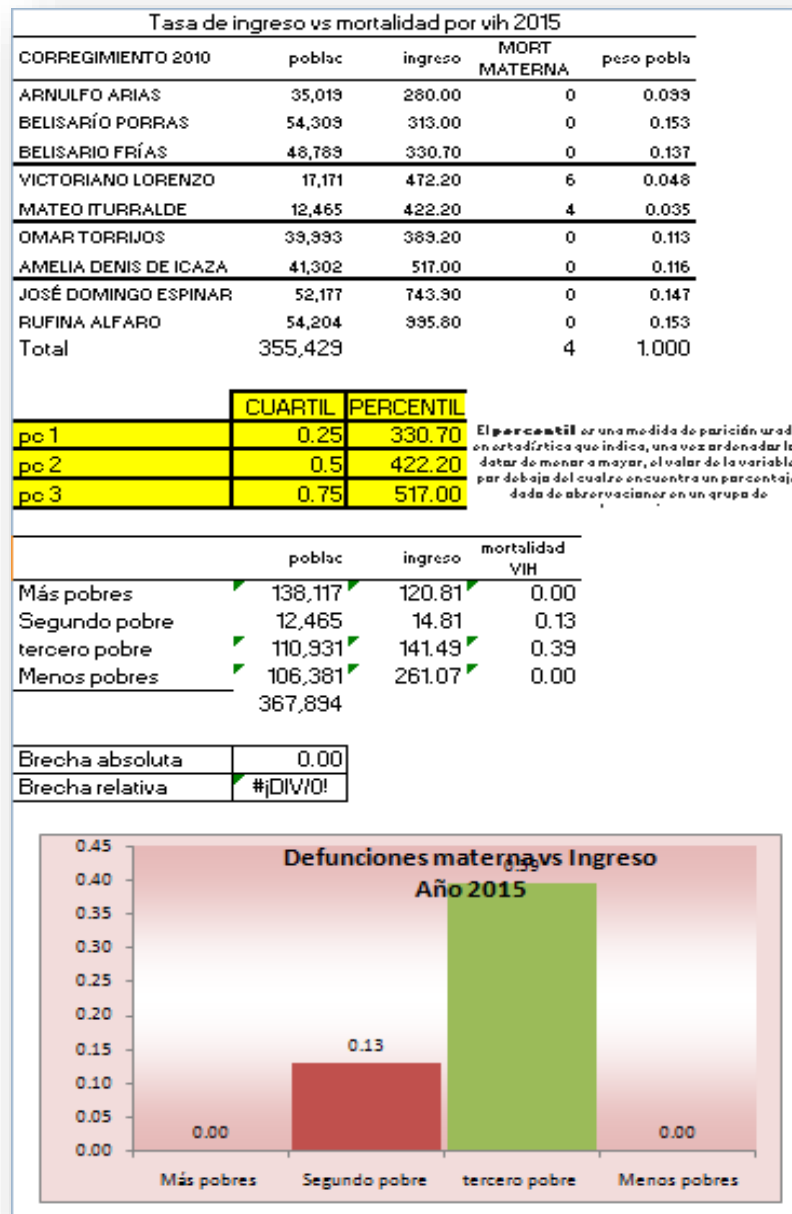


En el cuartil de corregimientos mas pobres hay un exceso de 0 casos incidentes de muerte vih 2015 por 1,000 nacidos vivos respecto de cuartil de menos pobres

La incidencia de mortalidad vih en el cuartil de corregimientos más pobres es 2.36 veces la tasa de mortalidad fetal en el cuartil de corregimiento menos pobres

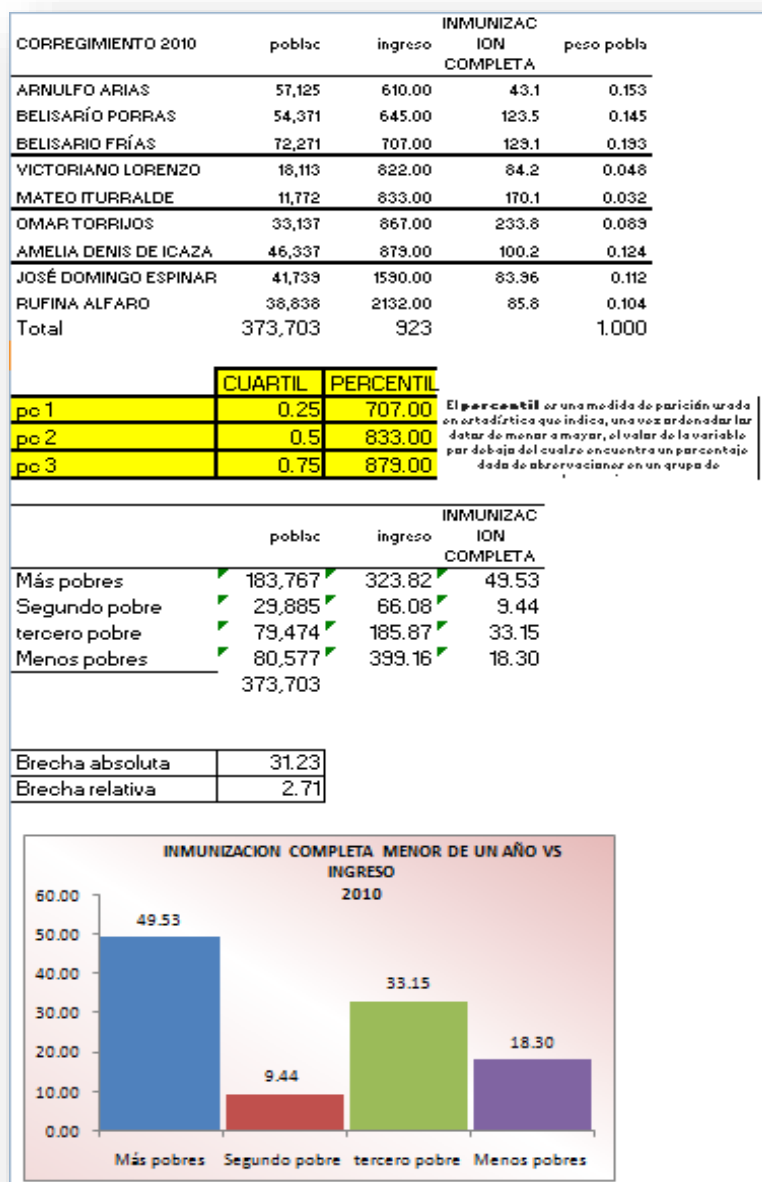


En el cuartil de corregimientos más pobres hay un exceso de 0.32 casos incidentes de muerte vih , respecto de cuartil de menos pobres donde hay 0.0

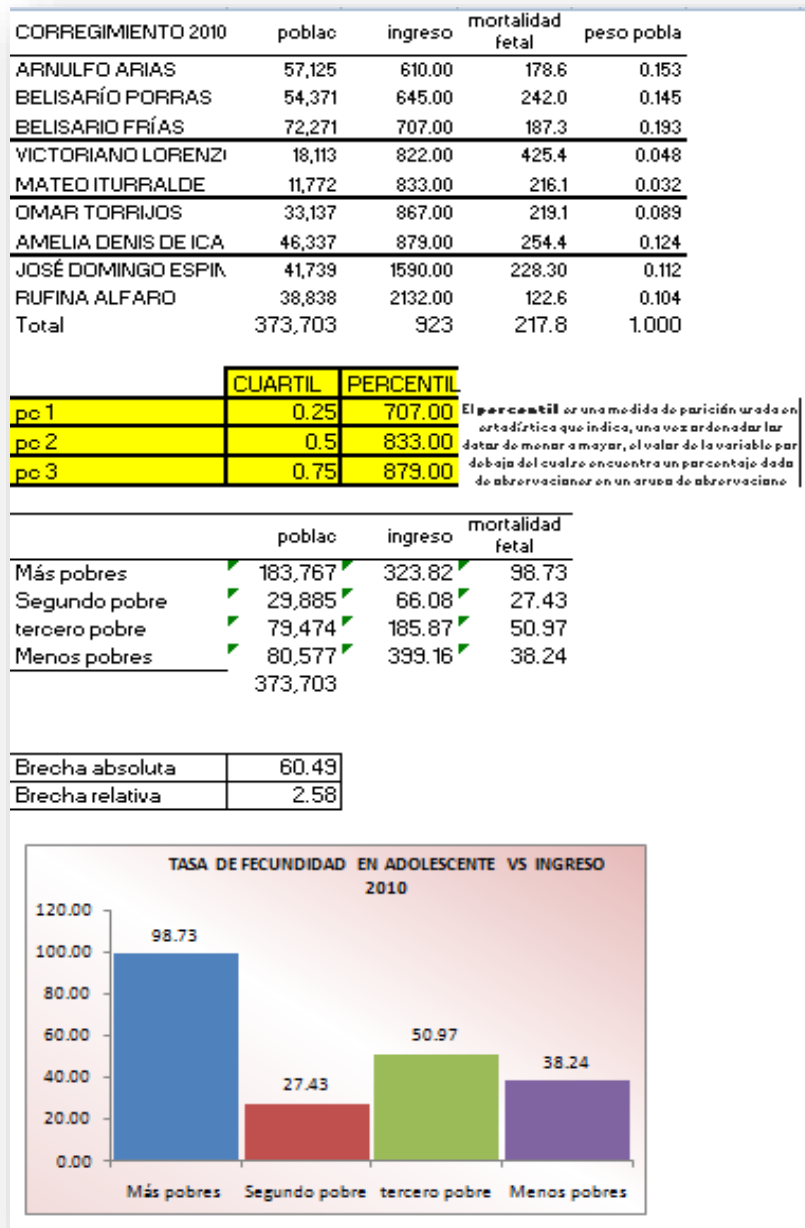




En el cuartil de corregimientos tercero pobre hay un exceso de 0.39 casos incidentes de muerte po vih por 0.45 en comparación con el segundo cuartil de menos pobres



En el cuartil mas pobre hay 49.53% mas niños vacunados en relación a 18.30% menos pobres, habiendo una brecha absoluta de 31.23 niños inmunizados menos pobres, siendo que de cada 2.71 niños, uno no es vacunado.



En el cuartil de corregimientos mas pobres hay un exceso d casos incidentes de **muerte fetal** por 1,000 nacidos vivos de 60.49 respecto de cuartil de menos pobres  
La incidencia de mortalidad fetal en el cuartil de corregimientos más pobres es 2.58 veces la tasa de mortalidad fetal que en el cuartil de corregimiento menos pobres (o 2.58 veces más alta)

## **Bibliografía**

1. Plan de Gobierno de La República de Panamá 2014-2019.
2. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos, 2010-2015. Dirección de Planificación, Ministerio de Salud de Panamá, “2010.
3. Funciones Esenciales de La Salud Pública. 2002.
4. Lineamiento Metodológico de los Perfiles de los Sistemas de Salud, Monitoreo y Análisis de los Sistemas de Cambio. OPS- USAID.
5. Análisis Prospectivo de la Red de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

## **Fuentes Consultadas**

Experiencia técnica del personal de:

- Dirección Nacional de Planificación
  - Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud
  - Departamento de Planificación de Salud Poblacional
  - Departamento de Planificación de Salud Ambiental
  - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud
  - Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de Promoción de La Salud
- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
- Dirección General de Salud
- Planificación Regional de las 14 Regiones