

Esta Guía para la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) contiene diez (10) Fotografías basadas en escenarios de trabajo colaborativos, que facilita un Proceso armónico, inclusivo, participativo y de trabajo en equipo. Cada Fotografía cuenta con una serie de preguntas, que contribuyen a la organización del proceso de búsqueda de información, para orientar el análisis, la caracterización de la situación y el ASIS.

GUIA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Macro Visión de Salud

Dirección de Planificación de Salud

AUTORIDADES NACIONALES

Miguel Mayo
Ministro de Salud

Dr. Eric Ulloa
Viceministro de Salud

Javier Ern3sto L3pez
Secretario General del Ministerio de Salud

Reina Roa
Directora de Planificaci3n de Salud

Iritzel Santamaría
Sub-Directora de Planificaci3n de Salud

COORDINACI3N

Norma Astudillo
Jefa del Departamento de Análisis de Situaci3n y Tendencia de Salud

EQUIPO TECNICO

Departamento de Análisis de Situaci3n y Tendencias de Salud

Yelkis Gill
Jamileth Cortes
Bernardino Lozano
Rebeca Bazan de Baena
Cristina G3mez

Equipo T3cnico de DIPLAN

Alvis Ruiloba
Luz Mery Lasso
Rodrigo Arosemena
Fanny Castañeda
Olga Palomino
Guillermina M'Leary
Fanny Castañeda
Feliza Tong
Fania de Roach
Jos3 Galastica

Planificadores Regionales

Thusnelda Cruz- Bocas Del Toro

Alex Aparicio – Coclé

Geni Hooker – Colón

Meiling Yau– Chiriquí

José A. Hernández – Darién

Pablo Osorio– Herrera

Jorge Gómez– Kuna Yala

Elsi Pedro – Ngobe Bugle

Gilberto Vaz – Los Santos

Marcelina Alvarado– Veraguas

Julia Soriano– Panamá Este

Oscar Muñoz – Panamá Oeste

Maria Claudia Gil-Panamá Norte

Miguel Canales – San Miguelito

Antonio Holder– Metropolitana

APOYO

Dayara Martínez

Jefa de Planificación de Recursos Humanos

Felipe Castillo R

Cooperación Técnica y Asuntos Internacionales

AGRADECIMIENTO

La cooperación técnica brindada por la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de La Salud (**OPS-OMS**) y sus representantes en Panamá, han contribuido de manera especial y diligente en la elaboración de la **Guía de Análisis de Situación de Salud de la República de Panamá**, demostrando un verdadero compromiso con la salud de los panameños.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, cumpliendo con el Rol de Rector, Conductor y Regulador de la gestión de Salud que le confiere la Constitución de la República de Panamá, y atendiendo al llamado de nuestras autoridades, que indican la necesidad de crear cuanto antes una coordinación eficiente de los recursos Institucionales, para el desarrollo del ASIS en beneficio de los ciudadanos y ciudadanas de nuestro país.

Para tal efecto, bajo la Coordinación del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, el equipo de profesionales que laboran en la Dirección Nacional de Planificación de Salud y los Planificadores Regionales, ha trabajado en una Guía para elaborar un Análisis de Situación de Salud (ASIS), la cual logrará con esta Macro Visión de la Salud, atender las prioridades y necesidades de la población, con la participación de todos los actores claves.

Ante este Reto y Desafío es necesario iniciar un proceso de convocatoria a todos los involucrados, con la finalidad de compartir esta Guía para la elaboración del ASIS y llevar a cabo un trabajo en equipo coordinado, armónico, colaborativo, inclusivo y participativo; que nos permita poder organizar la búsqueda efectiva de información que oriente de forma óptima y eficiente el análisis y así avanzar en la identificación de los problemas de salud del individuo, las familias, comunidad y ambiente.

Esta experiencia permitirá el abordaje de las necesidades, atender las prioridades de salud poblacional, identificar las brechas y definir el grado de coordinación requerida, para avanzar en este complejo proceso, que nos permita trabajar en una propuesta de transformación y mejora de la situación de salud identificada.

La aplicación de esta Guía para la elaboración del ASIS, tiene como propósito generar un Debate Público, sobre la Salud Poblacional- Ambiental y sus determinantes, con la finalidad de aunar esfuerzos conjuntos, que nos permitan ese abordaje integral e integrado, que la Salud Pública requiere.

METODOLOGÍA DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA GUIA

- Convocar a los representantes de instituciones y actores involucrados desde el nivel local hasta el regional.
- Presentar la Guía definida
 - Objetivo
 - Plan de trabajo. Informar la fecha programada para la entrega de los resultados del trabajo a realizar.
- Identificar y definir funciones y responsabilidades de acuerdo a competencia, sobre la base de la información requerida para desarrollar la Guía.
- Elaborar el cronograma de actividades del trabajo a nivel local a nivel regional.
- Elaborar el plan de monitoreo y seguimiento de la aplicación de la guía.
- Evaluar el proceso.
- Elaborar el informe final del desarrollo de la guía a nivel local y regional.
- Presentar el informe, al departamento de Análisis de Situación y Tendencia de Salud, de la DIPLAN.

CONTENIDO GENERAL DE LAS FOTOGRAFÍAS

Fotografía N° 1. EL CONTEXTO

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

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

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

Fotografía N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

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

Fotografía N° 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

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

Fotografía N° 5: ACTORES Y RED SOCIAL

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

Fotografía N° 6: PROYECCIÓN DE LA RED

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

Fotografía N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES

1. Organización y Funcionamiento

Fotografía N° 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

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

Fotografía N° 9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

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

Fotografía N° 10: PROYECTOS DE INVERSIÓN

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE SALUD
GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD**FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO**

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

❖ Problemas social y de género.

- Gran cantidad de embarazos en adolescentes, Chiriquí para 2016 la segunda provincia con más embarazos en adolescentes (1350), luego de Panamá. Según Datos del HJDO 23% de los partos que se atienden corresponden a adolescentes de 10 a 15 años. Esto se considera violencia.
- Existencia de bandas delincuenciales en áreas como las lomas, Barriada San José, Barriada el Alba, Barriada el Sapo, Los abanicos, Calle Octava, Divino Niño.
- El 49.2% de las personas en pobreza multidimensional son de 0 a 17 años pudiendo impulsar a que estos jóvenes recurran a unirse a bandas para solventar sus necesidades.

❖ Económicos:

- En siete de los trece distritos, 45% o más de la población viven en pobreza: Tolé con 78.8 % de la población, San Lorenzo con 54.9%, Renacimiento con 61%, Remedios con 49.8%, Gualaca con 47.5, Barú con 52% y Alanje con 56.6%.
- Según datos del MEF, 7.2% de la población es multidimensionalmente pobre en donde 11% es por precariedad del empleo; 9.8% es debido a manejo inadecuado de la basura y 13.4 % es por logro educativo insuficiente.
- Altas tasas de empleo informal 50.5 en 2015 y 45.8 en 2016, que incide en la pobreza multidimensional.

❖ Socioculturales:

- Por ser una provincia con frontera con costa Rica, se propicia la migración desde diferentes países especialmente Nicaragua, el salvador y venezolanos que ingresan en trabajos informales. En diciembre de 2015 hasta marzo de 2016; Chiriquí enfrente la responsabilidad de dar asilo y atención a 1410 cubanos. Para 2016 se atendieron en la en Instalaciones del MINSA 1339

migrantes de diversas nacionalidades. Así también hay emigración temporal de la población de Ngäbe Buglë a Costa Rica y a las áreas de Renacimiento para la cosecha de café, esta corriente migratoria es factor de riesgo para la propagación de enfermedades infectocontagiosas y trata de personas., en el año 2016 de octubre a diciembre se atendieron 1473 personas en fincas cafetaleras y 1774 en los Puestos fronterizos. Al ser una provincia multicultural donde según encuesta de Propósitos Múltiples de marzo 2017, 31.45% de la población se considera indígena, esto puede incidir en la aceptación de la terapéutica y aceptación de vacunas.

❖ Políticos:

- Existe conflicto con las normativas del adolescente, se sobreponen a los objetivos del programa.
- Fragmentación del sistema con la presencia de instalaciones de la CSS y del MINSA con la segmentación de la población y dualidad de servicios.

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

- Se debe hacer alianzas con otras instituciones para intervenir en los diversos determinantes que inciden en la pobreza multidimensional como lo son la vigilancia por parte de MITRADEL que se cumplan con el código de trabajo, colaboración con MIDES para que las transferencias monetarias se utilicen de manera adecuada y se cumplan con las corresponsabilidades. Inspeccionar por parte de salud la disposición de la basura y en colaboración con el municipio dar respuesta y orientación a esta problemática.
- Dar prioridad a los adolescentes, Fortalecer el programa de adolescentes por parte del MINSA y colaborar con MIDES y Ministerio de educación en orientación sobre salud mental y reproductiva. Incrementar el número de servicios amigables del adolescente.
- Ministerio de Educación debe elaborar estrategias para incentivar al estudiante a terminar sus estudios de premedia y universitarios; como lo son becas, orientación sobre las ofertas de empleo, fortalecer los programas de INADEH de educación vocacional y técnica.
- El Ministerio de trabajo debe velar para que no haya trabajo infantil.
- Fortalecer la participación de las comunidades en los programas de salud.
- Se debe poner énfasis al tratamiento integral con enfoque biopsicosocial e intercultural y no patocéntrico.
- Continuar con la estrategia de atención en tiempos de cosecha de café en fincas y puntos fronterizos y que MITRADEL vele por el cumplimiento de los derechos de los trabajadores.

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.

Afectan:

- creencias y culturas que afectan las coberturas de programas.
- La visión patocéntrica de los funcionarios y la población, que consideran que es más importantes las morbilidades que los controles de salud.
- La centralización de las compras de insumos de laboratorio, medicamento y medico quirúrgicos, que propician el desabastecimiento y sobreabastecimiento de algunos renglones.
- Insuficiente presupuesto para lograr las compras de equipo biomédico y mantenimiento de las estructuras y equipos,
- La implementación del sistema Istmo que enlenteció los procesos en su fase inicial.
- Fragmentación del sistema con la presencia de instalaciones de la CSS y del MINSA con la segmentación de la población.

Favorecen:

- Personal con eficiente conocimiento administrativo.
- Capacidad de autogestión.
- Colaboración intersectorial que se han logrado en actividades como el Censo y EGI_DENGUE
- Articulación interinstitucional: red de políticas públicas de adolescencia y juventud, red contra la violencia, red contra el trabajo infantil, etc. Que son funcionales
-

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

Sí, Podemos señalar los siguientes:

- Instrumento internacional sobre los Derechos de la Mujer ratificamos por la República de Panamá 2009.
- Convención Interamericana para Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer.
- Convención Interamericana sobre las obligaciones Alimentarias (Ley 38/1998).
- Convenio Basilea
- Convenio Marco para el control del tabaco.

- Protocolo de Kioto
- Convenio de Estocolmo,
- Reglamento sanitario internacional,
- Convenio del Cordón Fronterizo y Convenio a la Atención de la población migrante,
- Convenio para la prevención de la trata de personas (ONU y OIM),
- Convenio de Rotterdam
- Convención Internacional de los Derechos del Niño
- Convenio Mesoamericano.

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

Si, Convenio Panamá / BID para la transformación de los servicios de salud

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

Sí, en el Plan de Gobierno se pretende trabajar principalmente sobre las desigualdades observadas en nuestro país.

Algunas intervenciones han sido por mencionar algunas:

Programas de transferencias monetarias condicionadas:

- Beca universal: MEDUCA
- 120/65: MIDES
- Red de Oportunidades: MIDES
- Ángel Guardián: MIDES

Otras intervenciones han sido:

- Huertos familiares: programa de la primera dama,
- Alimentación complementaria: MEDUCA, MINSA, MIDES, SENAPAN.PAN,
- Mi primer empleo: AMPYME
- Subsidios estatales como: gas, luz eléctrica, transporte.
- Jumbo ferias: Ministerio de la Presidencia de la República
- Congelación de Precios a la Canasta básica: Presidencia de la República
- Se realizó el mapeo de la pobreza multidimensional en el caso de Chiriquí con Tolé como distrito prioritario y formándose el gabinete social de la provincia.
- El Plan “Panamá: El País de Todos – Cero Pobreza.” Este plan es sumamente importante porque es la ruta para focalizar, integrar y articular los esfuerzos hacia el logro de los ODS – 2030

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?*

La política Social es conducida principalmente por el MIDES. En Chiriquí existe la red intersectorial de Políticas Pública liderada por esta institución, y que involucra a diversas instituciones incluyendo al MINSA, para realizar intervenciones en beneficio de la población.

El MINSA participa plenamente el consejo provincial y consejo técnico municipal, brindando informes por parte de salud y participando en las decisiones y colaborando con actividades intersectoriales.

A partir de los resultados de IPM, Tolé fue designado como distrito prioritario al ser el más pobre de la provincia y MINSA forma parte del gabinete social que se instauró en el distrito de Tolé, que realizara intervenciones y actividades para llevar a cabo el Plan “Panamá: El País de Todos – Cero Pobreza.”

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 de salud se incorporan a los programas sociales por medio de su política 3, OE. 3.3 Conducir las acciones dirigidas 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.

Se realizan reuniones con Red de Oportunidades, se le garantiza el cumplimiento de leyes de gratuidad a las mujeres embarazadas, niños menores de 5 años. Se implementa el programa de salud sexual y reproductiva (PLAFA, Citología cervical). Se vela por que los beneficiarios de 100 a los 70, se incluyan en el programa de salud de adulto y adulto mayor. Con la beca universal se colabora con MEDUCA con Temas en escuela para padres. En el programa de Ángel guardián, se realizan visitas domiciliarias, para garantizar salud a esta población.

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.*

Las proyecciones que se cuentan es lograr seguir con la colaboración intersectorial y redes que contamos para garantizar que no haya trabajo infantil, trata de personas, garantizar una migración digna. Con las leyes de descentralización de la administración pública conseguir apoyo para mejorar estructuras. Fortalecimiento de los programas de enfermedades crónicas por el aumento de la expectativa de vida de la población y tener una clínica de patología renal, ya que se ha observado aumento en la prevalencia de enfermedad Renal crónica. Lograr que se cumpla el Plan “Panamá: El País de Todos – Cero Pobreza.” En el distrito de Tolé que es distrito prioritario para iniciar con el plan.

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?*

En Chiriquí el cambio climático ha incidido mayoritariamente con fuertes lluvias que han y producido inundaciones que han afectados las áreas de Barú, Nuevo México de Alanje y cerro Punta (afectado en los últimos años los productos agrícolas).

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?*

Sí, Las Políticas de Salud que en su Eje 3: Promoviendo la Salud con participación Social fomenta la promoción de la Salud y Participación ciudadana en salud. Entre as formas de participación Social que hay en la provincia se encuentran: La red Intersectorial de Políticas Públicas, Red contra la violencia a la Mujer y el Hombre, Comisión Permanente para la Protección y Asistencia a Migrantes en Condición de Vulnerabilidad (COPPAMI) que involucra a Costa Rica y la I Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

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

Según datos del INEC, en el informe de para el año 2014, el Índice de Desarrollo Humano de la provincia de Chiriquí es 0.8 y se encuentra entre las provincias en el segmento de mayor desarrollo humano y alto dinamismo.

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

Si se han establecido varias redes y comisiones que cuentan con estrategias de concertación como lo son:

- CONADIS es una comisión que reúne a todos los estamentos de la provincia basados en un Pla Estratégico Nacional y desarrollado por el plan Operativo relacionados con las personas de discapacidad que lideriza el SENADIS (REINTEGRA).
- Junta técnica provincial.
- Comisión ambiental (representadas por todas entidades de la provincia).
- Red de políticas públicas Juventud y familia
- Red Intersectorial de trabajo Infantil y protección de adolescencia trabajadora.

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

R. Si existe, fundamentado especialmente en la constitución política de la República de Panamá en el Capítulo 6 relacionado a la salud, seguridad social y asistencia social.

Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, mediante el cual se crea el Ministerio de Salud, para protección, promoción rehabilitación y reparación de la salud.

El Código Sanitario, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, G.O. 10467 regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa, otorga al Ministerio de Salud la facultad de tener una función regulatoria de manera directa. Y La Ley 40 de 16 de noviembre de 2006, confiere de forma directa a Los Directores Médicos de Centros de Salud competencia para conocer (capacidad) situaciones sanitarias en primera instancia.

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

La función regulatoria ha sido positiva porque ha permitido que el Ministerio de Salud tenga una injerencia completa en todo lo que respecta a la fiscalización general de los procesos en los cuales tiene que ver la manipulación de alimentos para el consumo humano. Esto sucede a través de sus secciones especializadas en un área sensitiva de salud, las cuales a saber son, Zoonosis, Saneamiento Ambiental, el Departamento de Protección de Alimentos, Control

de vectores, este último es el encargado de la fiscalización sanitaria de establecimientos tales como mataderos, supermercados, fábrica de quesos, panaderías, etc.

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

R. Si se conocen a continuación se detallan:

La Ley 40 de 10 de noviembre de 2006 que modifica El Código Sanitario el cual establece las competencias de la siguiente forma:

Artículo 218. *

Cualquier persona natural o jurídica que cometa una falta o contravención a las disposiciones de este Código y demás disposiciones legales vigentes en materia de salud pública, será sancionada con:

1. Amonestación. Llamado de atención escrito que le hará la autoridad sanitaria competente al infractor.
2. Multa. Sanción pecuniaria que, de acuerdo con la gravedad de la falta, oscila entre un mínimo de diez balboas (B/.10.00) y un máximo de cien mil balboas (B/.100,000.00).
3. Suspensión temporal de las actividades. Sanción que impide el ejercicio normal de las actividades a que se dedica la persona natural o jurídica infractora, y que durará mientras subsista la afectación a la salud pública.
4. Clausura del establecimiento. Sanción que puede ser temporal o definitiva, de acuerdo con la gravedad de la falta.
5. Decomiso. Consiste en el retiro de los artículos o productos que afecten la salud pública, de conformidad con las autoridades sanitarias.

*Reformado por Ley 40 de 16 de noviembre de 2006, Gaceta 25,674

Artículo 219.*

Las autoridades en materia de salud pública están facultadas para imponer las siguientes sanciones:

1. En el caso de los directores de centros, subcentros o Policentros de salud, multas desde diez balboas (B/.10.00) hasta quinientos balboas (B/.500.00) y el decomiso de los artículos y objetos que afecten la salud.
2. En el caso de los directores regionales de salud, multas de quinientos un balboas (B/.501.00) hasta cinco mil balboas (B/.5,000.00), la suspensión temporal de actividades, cuando así se requiera mientras se mantenga la afectación a la salud pública, y el decomiso de los artículos y objetos que afecten la salud.

3. En el caso del Director General de Salud Pública, multas desde cinco mil un balboas (B/.5,001.00) hasta cien mil balboas (B/.100,000.00), la clausura de los establecimientos de manera temporal o definitiva de acuerdo con la circunstancia que se presente en cada caso, y el decomiso de los artículos y objetos que afecten la salud.

*Reformado por Ley 40 de 16 de noviembre de 2006, Gaceta 25,674

La competencia a nivel local lo confiere más que todo la circunscripción geográfica del área de atención y jurisdicción del Director Médico del Centro de Salud, éste conocimiento en cuanto a la Competencia Regional lo establece la cuantía del negocio o si se trata de un expediente de segunda instancia, y la Competencia Nacional trata procesos sanitarios determinados por la cuantía y por razón de la materia (permisos sanitarios de operación) entre otros.

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

R. Si, existen Normas Sanitarias iniciando con el Código Sanitario en donde a lo largo de su articulado regula, fiscaliza e impone multas a los establecimientos comerciales que se dediquen de forma alguna a la manipulación, procesamiento, expendio de alimentos, etc. y el MINSA fiscaliza su cumplimiento mediante el cumplimiento de los Decretos: 856 del 4 de agosto de 2015 y 40 del 26 de enero de 2010, que habla sobre el permiso de operación sanitario y constancia de inspección sanitaria. Se realizan inspecciones por los diferentes departamentos para velar el cumplimiento de las diferentes normas según el tipo de local de interés sanitario, según la resolución 631 de fecha 11 de agosto de 2014, que establece la responsabilidad de los locales sanitarios que le corresponden a los Departamentos De Protección De Alimentos, Zoonosis y Calidad Sanitaria Del Ambiente .

Artículo 3: Refiere que le corresponde al el Departamento de Protección de Alimentos:

- Las fábricas y otros establecimientos de producción de alimentos y bebidas, empacadoras, panificadoras, panaderías y dulcerías que distribuyen sus productos.
- Los establecimientos que distribuyan y expenden productos alimenticios y bebidas en gran escala, tales como supermercados, distribuidoras, depósitos, mercados (públicos y privados) ferias libres.

- Restaurantes, entre ellos las comidas rápidas y las turísticas, las cocinas en establecimientos de salud, internados, cárceles y entidades de interés social y educativo.
- Los establecimientos donde se procesen leche y sus derivados al por mayor y menor.
- Los vehículos de transporte de productos alimenticios, cárnicos, leche y derivados hielo y otros.
- Embarcaciones y empacadoras de productos marinos.
- Las carnicerías.
- Fábricas de hielo.

Artículo 4: señala las atribuciones y competencias del departamento de zoonosis.

- Explotación pecuaria como porquerizas, establos, pesebreras, avícolas, galeras de ordeño, fábricas y molino de harina de origen animal y similar.
- Las clínicas veterinarias, circos y establecimientos de venta de animales.
- Cuarentena de animales menores (caninos y felinos).
- Mantener la vigilancia en los puertos y aeropuertos nacionales en todo lo concerniente a las enfermedades exóticas.
- Las quejas referentes a tendencias de animales con relación a la Salud Pública.

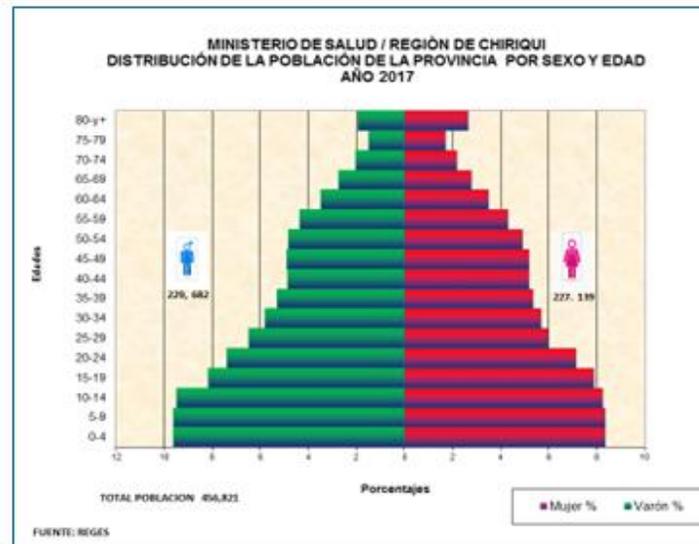
Artículo 5: establece las competencias del Departamento De Calidad Sanitaria De Ambiente son:

- Fondas, parrilladas y ventas ambulantes con sus respectivos transportes.
- Abarroterías, tiendas, kioscos, mini súper y mercaditos.
- Cantinas, bodega, bares y discotecas.
- Panaderías, dulcerías y refresquerías con venta local que no distribuyen los productos.
- Café internet.

Estructura de población por grupo de edad (en años)	2015			2016			2017		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	451 236	227 148	224 088	454 083	228 042	225 641	456 821	229 682	227 139
Menor de un año	8 684	4 440	4 244	8 678	4 437	4 241	8 677	4 436	4 241
1 a 4	34 617	17 691	16 926	34 596	17 681	16 915	34 570	17 668	16 902
5 a 9	43 305	22 174	21 221	43 310	22 132	21 178	43 232	22 092	21 140
10 a 14	42 787	21 860	20 917	42 735	21 834	20 901	42 687	21 810	20 877
15 a 9	40 584	20 784	19 800	40 709	20 869	19 840	40 885	20 940	19 945
20 a 59	222 899	112 079	110 820	223 752	112 407	111 305	224 350	112 737	111 613
60 a 64	16 594	8 357	8 237	17 146	8 635	8 511	17 748	8 918	8 830
65 y más	41 676	19 763	21 913	43 157	20 407	22 750	4 467	21 081	23 591
Otras Tasas	2013			2014			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad	6.97	5.76	8.2	5.1	6	4.3	4.73	5.56	3.9
Tasa de mortalidad en < de 1 año	15.6	15.3	16	15.4	17.6	13.2	16.2	18.7	13.7
Tasa de mortalidad perinatal	12.1	N/D	N/D	13.8	N/D	N/D	12.7	N/D	N/D
Tasa de mortalidad neonatal	9.6	9.98	9.28	10.4	12..56	8	9.5	11.1	7.8
Tasa de mortalidad postneonatal	7.2	6.9	7.4	5.8	5.58	6	7.88	8.9	6.8
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	3.9	4.0	3.8	3.8	4.1	3.4	3.9	4.2	3.5
Tasa de mortalidad materna	2.8	x	x	0	x	x	1.8	x	x
Esperanza de vida al nacer (total)	78	74.4	81.7	78.3	74.7	82	78.4	74.9	82.1

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

PIRAMIDE DE LA POBLACIÓN 2000, 2010 Y 2017



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 pirámide poblacional de la Región de Chiriquí de 2017, muestra un ensanchamiento en el área media y cúspide, con un estrechamiento hacia las bases, con respecto al 2000, que se mostraba ancha en la base y angosta en la cúspide, se observa que las tasas de mortalidad general, e infantil ha disminuido en el 2015, con respecto al año 2013. La esperanza de vida al nacer ha llegado a 78, lo que nos indica que esta tendencia a ensanchamiento de la cúspide puede ir aumentando por mejores condiciones de vida que aumentan la esperanza de vida y mejores tratamientos para enfermedades que antes no tenían cura o control. Esto nos hace reflexionar sobre el aumento de enfermedades propias de la vejez y enfermedades crónicas. A pesar de la disminución de las tasas de mortalidad infantil, perinatal y neonatal, posiblemente por mejores medidas de prevención y mejoramiento de la tecnología hospitalaria, en contraparte hay disminución de la tasa de natalidad que produce el estrechamiento de las bases.

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

La disminución de la natalidad y aumento de la población adulta mayor nos indica un probable aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, neurodegenerativas por la vejez como Parkinson y Alzheimer y osteoarticulares degenerativas.

3. Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?

Se requiere de un replanteamiento de toda la estrategia en salud, fortalecimiento de la atención primaria en sus componentes de promoción, prevención y los determinantes sociales de la salud, mayor participación comunitaria así también la infraestructura hospitalaria para la atención de las complicaciones de estas enfermedades y otras propias de la vejez.

El aumento de la población adolescente y adulta joven supone seguir con los programas de planificación familiar, niñez y adolescencia poniendo énfasis en las clínicas amigables del adolescente.

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

B. Aspectos económicos y sociales	2013			2014			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa	184,872	118,985	65,887	184,044	118,044	65,626	182,345	113,794	68,551
Tasa de actividad	59.7	78.3	41.8	57.6	76.9	39.4	58	75.2	42.1
Tasa de desempleo	4.86	4.07	6.29	5.37	3.58	4.03	3.7	3.9	4.73
Tasa de empleo informal	51.7	53.3	49.9	50.5	52.8	47.7	45.8	47.5	43.4
Porcentaje de población asegurada	39%	N/D	N/D	32%	N/D	N/D	30%	N/D	N/D
asegurados activos	37%	N/D	N/D	36.3%	N/D	N/D	29.8%	N/D	N/D
pensionados	7%	N/D	N/D	10.24%	N/D	N/D	8.28%	N/D	N/D
beneficiarios	56.5%	N/D	N/D	53.4%	N/D	N/D	61.8%	N/D	N/D
Porcentaje de analfabetismo	5.9%	2010*	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Escolaridad de la población	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Básica completa	91.9%	92.2%	91.6%	96%	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Pre Media y Media completa	69.1%	67.2%	71.1%	81.3 oficial 84.5 particular	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Superior no Universitaria	593	N/D	N/D	1312	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Universidad completa	2390	N/D	N/D	3323	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

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

Se observa que para los próximos años se mantendrá la tendencia de una tasa de actividad de la población de un 58% en promedio, a expensa del sexo masculino. Se observa que el empleo informal va en disminución, sin embargo podría ir nuevamente en aumento por el fenómeno de los emigrantes venezolanos, nicaragüense y cubano que ha afrontado el país.

En cuanto a la educación se observa que la tasa de analfabetismo para el 2010 fue 5.9% y se espera que para los otros años disminuya con las intervenciones que se han realizado por instituciones como MIDES y MEDUCA con su programa de alfabetización.

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

Los principales riesgos para la salud, según el perfil epidemiológico nacional y provincial son aquellos relacionados con las enfermedades crónicas como el sedentarismo, la mala alimentación, los estilos de vida, las prácticas de riesgo que también están relacionadas con algunas enfermedades de persistencias infecto contagiosa como el VIH/SIDA, Sífilis, y otras.

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

R. Renacimiento, Bugaba, Boquerón Boquete:

- Café, Hortalizas: papa, cebolla, lechuga, tomate, pimentón, zanahoria, brócoli etc.; leche, queso, yogurt, licores de frutas y café, agua embotellada. Leguminosas, frutas como: fresas, zarzamora, tomate de árbol, naranja.

Barú y Alanje:

- Plátano, Palma Africana, Aceite de Palma, arroz, caña de azúcar, maíz, productos artesanales como: panecitos, cocadas, raspadura. frutas como: Banano, mamón chino, mangostán.

San Lorenzo, Tolé, San Félix: Ganadería, leche, pesca

Dolega: Naranja, jugos de frutas.

Otros. Bollos, masa de maíz, platanitos, yuca y hojuelas de maíz (procesados)

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

Superficie terrestre de la provincia de Chiriquí 6,547 km² (654,700 hectáreas)

Superficie utilizada en la agricultura: 91,362.2 hectáreas lo cual representa el 13.94%

Superficie utilizada en ganadería intensiva 222,710.50 hectáreas, lo que representa un 34.02%

Fuente: censo 2010 (www.contraloría.gob.pa)

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

- 125 proyectos de reforestación privados
- 40 proyectos de reforestación por compensación ecológica.

Proyectos de gobierno:

- Sub-Cuenca del Río David CONADEL-IDEL
- Corredor biológico, viveres de plantas para reforestación de parte altas en Río Sereno y Potrerillos.
- Proyecto de restauración de cuencas con las comunidades en: Río Chico, Río Chiriquí Viejo y Río Chiriquí.

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

R. En riesgo en cuanto a los fenómenos naturales como sismo, Inundaciones, deslaves entre otros eventos antrópicos tenemos las siguientes áreas que son las más vulnerables de la provincia de Chiriquí.

El distrito de Renacimiento es un área totalmente vulnerable en cuanto a deslizamientos, inundaciones y sismo además que es un área fronteriza con Costa Rica y es utilizada frecuentemente por los extranjeros que migran hacia otros países; como también es utilizada para el tiempo de la cosecha del café por la cercanía con la frontera de Costa Rica.

El distrito de Puerto Armuelles: en las áreas de Progreso, Macano, Manaca norte, Manaca civil son las más afectadas por fuertes lluvias e inundaciones también es un área sísmica

Donde hay una falla en el mar la cual esta aproximadamente en el área de Limones.

El distrito de Alanje esta propenso a inundaciones especialmente las áreas de paja de sombrero y Chiriquí viejo debido a que el río piedra se une con el río de Alanje y por las hidroeléctricas que represan las aguas en esta localidad.

El distrito de Tierras Altas Volcán , Cerro Punta propensas a deslaves, sismos, inundaciones por las fuertes lluvias y las represas artificiales que se crean en las montañas por las empalizadas que se forman en los ríos.

Boquete propenso a sismo, inundaciones por su caudaloso río caldera que en muchas ocasiones la salida del cauce del mismo ha provocado que los residentes abandonen sus hogares hacia albergues temporales.

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

R. Las principales actividades económicas de la provincia son: La Ganadería, la agricultura, la pesca y el turismo.

Sus principales actividades económicas son para el año 2012: arroz 20,810 hectáreas sembradas con una producción de 416,900 quintales ocupando el primer lugar en este producto a nivel nacional; el maíz con una superficie sembrada de 9,720 hectáreas y una cosecha ha de 230,500 quintales ocupando el tercer lugar a nivel de la república; el frijol de bejuco con 4,220 hectáreas sembradas y una producción 58, 900 quintales ocupando también el primer sitio en este producto. El café con una zafra anual de 140,000 quintales ocupa por amplio margen el primer lugar a nivel nacional. En el sector pecuario, el ganado vacuno para el año 2012 tuvo un censo de 331,500 cabezas de ganado siendo la provincia con mayor producción del país, el ganado porcino ocupa el tercer lugar con 41, 600 unidades; la actividad avícola con 1, 152,500 unidades ocupa el tercer lugar a nivel nacional.

La región de Chiriquí es el mayor productor de energía hidroeléctrica del país con una producción aproximada de 700 mega watts, casi la mitad de los requerimientos del país.

Cuadro No. 3
Condiciones del Saneamiento Básico

Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)	2014	2015	2016
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
<input type="checkbox"/> Urbano	99.9	96	97.4
<input type="checkbox"/> Rural	98	95	96.3
<input type="checkbox"/> Indígena	N/D	N/D	N/D
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)			
<input type="checkbox"/> Urbano	67.6	96.3	95
<input type="checkbox"/> Rural	31.3	91.8	89
<input type="checkbox"/> Indígena	N/D	N/D	N/D
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
<input type="checkbox"/> Urbano	67.6	99	99.7
<input type="checkbox"/> Rural	31.3	99	97.7
<input type="checkbox"/> Indígena	N/D	N/D	N/D
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	67.6%	91.8%	95%

Nota: Desde el año 2015, se mantiene contrato de recolección de desechos sólidos, con la empresa Servicios Ambientales de Chiriquí (SACH), que incluye hospitales y Centros de Salud.

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.
- ❖ Los mecanismos de suministro de agua de la Región son:
 - IDAAN agua tratadas bacteriológicamente y de manera físico química.
 - Pozo perforado
 - Fuentes Naturales por gravedad.
 - ❖ Mecanismo de disposición de aguas residuales:
 - ◆ Alcantarillados (IDAAN)
 - ◆ Planta de tratamiento de aguas residuales (P.T.A.R)
 - ◆ Tanque séptico
 - tratamiento por sistema de biodigestores.
 - ◆ Letrinas en áreas de difícil acceso
 - ❖ Disposición de desechos sólidos
 - Rellenos sanitarios (existen 6 en toda la provincia : David, Barú, Gualaca, Renacimiento, San Félix y Boquete)
 - El relleno sanitario de David cubre los Distritos de Bugaba, Boquerón, Alanje y Dolega)
 - El resto de los de los Distritos (7) no cuentan con relleno Sanitario. Utilizan otras formas como: entierro, quema.
 - Se proyecta para el (2018-2019) el tratamiento de desechos sólidos con sistema de autoclaves para la provincia, en los distritos se instalaran sitios de acopio para ser trasladados al Distrito de David, Corregimiento de Chiriquí.

Cuadro No. 4

Incidencia de Pobreza por Distrito 2015

Incidencia de la pobreza por distrito	% de Población		
	Total	Pobreza general	Pobreza extrema
Alanje	56.6	38.3	15.3
Boquete	20.1	16.4	3.7
Barú	52.0	37.6	14.4
Boquerón	33.5	25.8	7.7
Bugaba	29.5	23.1	6.4
David	14.0	11.0	3.0
Dolega	17.6	14.1	3.5
Gualaca	47.5	34.4	13.1
Remedios	49.8	35.6	14.2
Renacimiento	61.9	45.1	16.8
San Félix	32	24.9	7.1
San Lorenzo	54.9	40.5	14.4
Tolé	78.8	52.2	26.6

Cuadro no.5

Principales Etnias Predominantes

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia							
	Indigenas			Afrodescendientes				
	Ngábe	Bugle	Kuna	Negro colonial	Negro	Negro antillano	Otro	No declarado
% de población según edad	79.6 %	16.2%	1.7%	27%	46%	19%	6%	
Menor de 1 año								
1-4 años								
5-9 años								
10-14 años								
15-19 años								
20-59 años								
60-64 años								
65 y más								
Lenguaje y dialectos	Ngawbere	Buglere (o muriere)						

Cuadro No. 6 Principales Tasas de Mortalidad según Sexo

C. Principales causas de mortalidad	2013			2014			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Mortalidad general									
1.Diabetes mellitus	184	56	128	202	98	104	195	103	92
2.Enfermedades isquémicas del corazón	389	191	198	269	173	96	184	112	72
3.Enfermedades cerebro vasculares	300	118	182	210	108	102	161	89	72
4.Otras enfermedades del corazón	176	60	116	109	55	54	116	55	61
5.Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	92	36	56	88	55	33	98	56	42
Mortalidad en menores de un año									
1.Malformaciones congénitas	36	20	16	34	18	16	41	26	15
2.Otras complicaciones respiratorias del recién nacido	17	9	8	17	11	6	20	8	12
3.Neumonía	20	11	9	11	5	6	18	11	7
3.Sepsis bacteriana del recién nacido	9	4	5	16	7	9	17	12	5
5.otras enfermedades	12	4	8	3	2	1	6	3	3
Mortalidad materna									
1.Causas obstétricas directas	0	x	0	0	x	0	1	x	1
2.Embarazo terminado en aborto	0	x	0	0	x	0	0	x	0
3.Causas obstétricas indirectas	1	x	1	0	x	0	1	x	1
4.Otras muertes obstétricas directas	2	x	2	0	x	0	0	x	0

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República, Hospital José Domingo de Obaldía. (HJDO)

Cuadro No. 7
Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo

	2013			2014			2015		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total de todas las muertes	3105	1293	1812	2326	1360	966	2135	1264	871
% de sub registro de la mortalidad general									
% de sub registro de la mortalidad infantil									
% de sub registro de la mortalidad materna									
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas	42 (1.35%)	38.1	61.9	37(1.59%)	67.6	32.4	37(1.73%)	75.7	24.3
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	320 (10.3%)	41.9	58.1	209(0.98%)	59.8	40.2	186(8.71%)	61.3	38.7
% de muertes por diarrea	10 (0.32%)	80.0	20.0	7 (0.30%)	85.7	14.3	6 (0.28%)	33.3	66.7
% de muertes por infecciones respiratorias	44 (1.41%)	27.3	72.7	40 (1.71%)	60.0	40.0	47(2.20%)	63.8	36.2
% de muertes por TBC	20 (0.64%)	40	60	10 (0.42%)	30.0	70.0	13(0.60%)	69.2	30.8
% de muertes por VIH	48 (1.54%)	75	25	36 (1.54%)	80.6	19.4	28 (1.31%)	92.9	7.1
% de otras									
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas	369 (11.8%)	35.5	64.5	380(16.3%)	55.3	44.7	393(18.4%)	55.2	44.8
% de muertes por tumores malignos	387 (12.4%)	41.6	58.4	284(12.2%)	53.9	46.1	273(12.7%)	57.1	42.9

% de muertes por hipertensión arterial esencial	43 (1.38%)	34.9	65.1	51(2.19%)	66.7	33.3	83 (3.88%)	57.8	42.2
% de muertes por diabetes mellitus	184 (5.92%)	30.4	69.6	202(8.68%)	48.5	51.5	197(9.22%)	52.3	47.7
% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón	389 (12.5%)	49.1	50.9	269(12.7%)	64.3	35.7	192(8.99%)	59.9	40.1
% de muertes por otras enfermedades crónicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% de muertes por causas circulatorias	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas	92 (2.96%)	39.1	60.9	81(3.48%)	43.2	56.8	98(4.59%)	57.1	42.9
% de muertes por insuficiencia renal crónica	50 (1.61%)	48	52	39(1.67%)	58.9	41.1	15 (0.70%)	66.7	33.3
% de muertes por causas externas	34 (1.09%)	70.6	29.4	43(1.84%)	86.0	14.0	29(1.35%)	86.2	13.8
% de muertes por suicidios	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% de muertes por homicidios	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% de muertes por accidentes	13 (0.41%)	100	-	20(0.85%)	85.0	15.0	171(36.5%)	82.4	17.6
% de muertes por accidentes de tránsito	64 (2.06%)	75	25	59(2.53%)	81.3	18.7	91(4.26%)	79.1	20.9
% de muertes por violencia	13 (0.41%)	100	-	-	-	-	41(1.92%)	87.8	12.2
% Muertes por violencia social e intrafamiliar	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Tasa de las Principales Causas Morbilidad

D. Principales causas de Morbilidad	2015			2016			2017		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Morbilidad general									
1.Rinofaringitis aguda (resfriado)	64760	30471	34290	52485	24419	28066	15558	7301	8257
2.Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	34416	17267	17149	27668	13475	14193	9257	4476	4781
3.Caries de la dentina	38042	16513	21529	27077	11124	15953	9493	3922	5571
4.Influenza con otras manifestaciones respiratorias	21292	9199	12093	14375	6068	8307	0	0	0
5.Otras infecciones agudas de sitios múltiples	15712	7390	8322	11765	5142	6623	1688	2058	3746
Morbilidad en menores de un año									
1.Rinofaringitis aguda (resfriado)	9680	5232	4448	7276	3833	3443	2293	1174	1119
2.Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	4722	2480	2242	3391	1867	1524	1179	662	517
3.Influenza con otras manifestaciones respiratorias	2289	1089	1200	1504	761	743	372	198	174
4.Broquiolitis aguda no especificada	1476	937	539	974	593	381	266	159	107
5.Depositos en los dientes	996	586	410	923	531	392	225	123	102
Morbilidad en menores de 1-4 años									
1.Rinofaringitis aguda (resfriado)	19768	9696	10072	15227	7514	7713	4237	2028	2209
2.Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	13082	6908	6174	9925	5019	4906	3425	1667	1758
3.Otras infecciones agudas de sitios múltiples	5245	2903	2342	3719	1793	1926	1235	616	619
4. Influenza con otras manifestaciones respiratorias	5300	2633	2667	3580	1652	1928	806	376	430
5.Faringitis aguda no especificada	3741	1921	1820	2649	1347	1302	776	398	378

Tasa de las Principales Causas Morbilidad

D. Principales causas de Morbilidad	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Morbilidad Neonatal									
1. Rinofaringitis aguda (resfriado)	357	195	162	224	105	119	92	54	38
2. Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	0	0	0	30	18	12	34	18	16
3. Influenza con otras manifestaciones respiratorias	138	82	56	123	61	62	23	14	9
4. Gastroenteritis y colitis de origen no especificada	5	3	2	151	81	70	14	7	7
5. Pioderma	59	27	32	86	48	38	14	5	9
Morbilidad Post Neonatal									
1. Rinofaringitis aguda (resfriado)	438	237	201	1666	999	667	202	110	92
2. Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	0	0	0	194	97	97	71	35	36
3. Influenza con otras manifestaciones respiratorias	138	82	56	434	223	211	62	26	36
4. Caries de la dentina	3	1	2	26	13	13	58	28	30
5. Parasitosis intestinal sin otra especificación	9	6	3	56	28	28	49	27	22
Morbilidad Materna									
1. Desgarro perineal durante el parto	1105	-	-	1455	-	-	1549	-	-
2. Hipertensión gestacional en el embarazo	439	-	-	666	-	-	733	-	-
3. Otras obstrucciones del trabajo de parto	0	-	-	424	-	-	393	-	-
4. Trabajo de parto y parto complicado por sufrimiento fetal	286	-	-	352	-	-	355	-	-
5. Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte	135	-	-	383	-	-	318	-	-

H. Principales causas de discapacidad	2000			2010		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Psiquiátrica (Mental)						
2. Visual	1122			637		
3. Auditiva	1177			878		
4. Física	1855			1163		
5. Intelectual	1567			1195		
6. Múltiples (parálisis cerebral)	534			332		
7. Órganos y sistemas (otras)	1492			817		

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2015			2016			Abril(2017)		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Obesidad	25065	7049	18016	5774	1674	4100	4941	1629	3312
2. Hipertensión arterial	12601	4073	8528	5952	1751	4201	4200	2983	1217
3. Diabetes Mellitus	3878	1230	2675	1955	554	1401	1358	963	395
3. Dislipidemia	2200	629	1571	1118	370	748	2000	680	1320

E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1. Tosferina	0,022			0.133			0		
2. Tétano	0			0			0		
3. Sarampión	0			0			0		
4. Rubeola	0			0			0		
5. Varicela	25.138			20.344			17.904		
F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1.	*								
2.									
3.									
4.									
5.									
I. Principales Problemas de salud emergentes y reemergentes.	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1. Dengue	1.985			1.308			2.775		
2. VIH	2.855			2.686			3.920		
3. Malaria	0			0			0		
4. Leptospirosis	1.985			0			0		
5. Influenza	486,45			429,76			472.69		

- No se tienen registros de enfermedades inmunoprevenible no transmisibles

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

CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS			
Hospital Rafael Hernández		Hospital Dionisio Arrocha	
2015	2016	2015	2016
1. APENDICITIS AGUDA	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	1. Parto único espontáneo, sin otra espec.	Parto Unico Espontaneo
2. COLELITIASIS	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas (COLELITIASIS Y COLECISTITIS)	2. Cálculo de la vesícula biliar, sin colecistitis	Atención materna x cicatriz uterina debida a cirugía previa
3. ESQUIZOFRENIA	Tumores malignos	3. Parto por cesárea, sin otra espec.	Hernia inguinal unilateral o n.e, sin obstrucción ni gangrena
4. HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	Enfermedades del apéndice	4. Atención materna x cicatriz uterina debida a cirugía previa	Ictericia neonatal, n.e.
5. PANCREATITIS AGUDA	Diabetes mellitus	5. Leiomioma del útero, sin o espec.	INFECCIÓN AGUDA N.E. DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES

CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS	
Hospital Rafael Hernández	Hospital Dionisio Arrocha
2017	2017
TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS A CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	Parto único espontáneo, sin otra espec.
COLELITIASIS	Hernia inguinal unilateral o n.e, sin obstrucción ni gangrena
APENDICITIS AGUDA	Atención materna x cicatriz uterina debida a cirugía previa
ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	Cálculo de la vesícula biliar, sin colecistitis
INFECCIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS BAJAS	INFECCIÓN AGUDA N.E. DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES

Fuente(S): INEC, Departamento de Planificación CSS. REGES HJDO

12. 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 (Bull ying), ruidos, accidentes, delitos, intoxicación por plaguicidas, otros). Existe programas dirigidos a promover o incentivar los estilos de vida saludables en la población, cuáles?

R. A partir de principales problemas de salud de la población se puede observar que las enfermedades crónicas son la principal causa de mortalidad de la población adulta siendo estilos de vida no saludables el principal problema, consumo de alimentos ricos en grasa, alta proporción de carbohidratos, falta de actividad física.

Las enfermedades infecciosas acumuladas son la segunda causa de mortalidad y la principales causa de morbilidad, principalmente la rinofaringitis y gastroenteritis, tanto en niños como adultos, pudiendo explicarse por malos hábitos de aseo, falta de identificación de señales de alarma, falta de agua que es una causa externa pero importante.

Los accidentes de tránsito son una causa prevenible de muerte pero todos los años hay casos, el stress de la vida cotidiana, falta de momentos de ocio, mal manejo de las emociones pueden ser cusa de estos accidentes.

La mortalidad por enfermedad renal ha ido en aumento comparado con el año 2010, consecuencias de Diabetes e Hipertensión mal controladas.

Sí existen programas para promover estilo de vida saludable, lid erizados por el departamento de promoción de la salud y nutrición.

13. Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad.

R. Entre las principales causas de morbilidad en los 13 Distritos de la provincia de Chiriquí , se encuentran entre las enfermedades infecciosasa , la rinofaringitis y la gastroenteritis,cupando las primeras causas , se observa también que las enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad son diagnósticos frecuentemente encontrados en los diversos Distritos, evidenciandose la nesecidad de promover estilos de vida saludable y fortalecer los programs de salud de Adulto. A continuación se presentan las principales causas de morbilidad por distrito en el año 2016

DISTRITO DE BUGABA

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	902	1,075	1,977
2	Caries de la dentina	667	1,006	1,673
3	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	1	1,540	1,541
4	Gingivitis aguda	293	465	758
5	Placas dental	266	486	752
6	Hipertensión esencial (primaria)	255	479	734
7	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	345	387	732
8	Influenza con otras manifestaciones	292	321	613
9	Infección de vías urinarias	142	458	600
10	Obesidad, no especificada	127	400	527
11	Otras causas	5,835	8,269	14,104
12	TOTAL	9,125	14,886	24,011

DISTRITO DE DAVID

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2,901	2,804	5,705
2	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	2,608	2,475	5,083
3	Caries de la dentina	1,550	1,782	3,332
4	Supervisión de otros embarazos normales	0	3,323	3,323
5	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	2,252	2,252
6	Placas dental	952	1,035	1,987
7	Depósitos (acreciones) en dientes	766	1,099	1,865
8	Donante de sangre	1,147	484	1,631
9	Faringitis aguda, no especificada	682	776	1,458
10	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	703	699	1,402
11	Otras causas	19,458	30,726	50,184
12	TOTAL	30,767	47,455	78,222

DISTRITO DE BOQUERON

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Caries limitada al esmalte	173	347	520
2	Obesidad, no especificada	149	259	408
3	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	161	212	373
4	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	358	358
5	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	103	168	271
6	Hipertensión esencial (primaria)	64	196	260
7	Lumbago no especificado	96	145	241
8	Cefalea	98	133	231
9	Depósitos (acreciones) en dientes	90	130	220
10	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	74	84	158
11	Otras causas	723	1,271	1,994
12	TOTAL	1,731	3,303	5,034

DISTRITO DE BOQUETE

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	296	306	602
2	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	288	262	550
3	Caries limitada al esmalte	112	153	265
4	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	246	246
5	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	69	104	173
6	Obesidad, no especificada	55	113	168
7	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	72	60	132
8	Faringitis aguda, no especificada	52	78	130
9	Influenza con otras manifestaciones	43	77	120
10	Gastritis, no especifica	39	77	116
11	Otras causas	973	1,318	2,291
12	TOTAL	1,999	2,794	4,793

DISTRITO DE ALANJE

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	7,301	8,257	15,558
2	Caries de la dentina	3,922	5,571	9,493
3	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	4,476	4,781	9,257
4	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	2	8,323	8,325
5	Obesidad, no especificada	1,937	3,944	5,881
6	Hipertensión esencial (primaria)	1,548	3,677	5,225
7	Caries limitada al esmalte	1,398	2,383	3,781
8	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	1,688	2,058	3,746
9	Depósitos (acreciones) en dientes	1,544	2,184	3,728
10	Supervisión de otros embarazos normales	0	3,393	3,393
11	Otras causas	44,804	70,429	115,233
12	TOTAL	68,620	115,000	183,620

DISTRITO DE BARU

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	1,178	1,178
2	Obesidad, no especificada	472	618	1,090
3	Hipertensión esencial (primaria)	309	630	939
4	Caries limitada al esmalte	281	576	857
5	Depósitos (acreciones) en dientes	251	424	675
6	Gingivitis crónica	224	387	611
7	Influenza con otras manifestaciones	180	300	480
8	Diabetes mellitus no especificada, sin mención	143	290	433
9	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	240	185	425
10	Hiperlipidemia no especificada	179	245	424
11	Otras causas	2,452	4,124	6,576
12	TOTAL	4,731	8,957	13,688

□

DISTRITO DE DOLEGA

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	808	850	1,658
2	Obesidad, no especificada	375	876	1,251
3	Caries de la dentina	404	618	1,022
4	Causas de morbilidad desconocidas y no	440	572	1,012
5	Hipertensión esencial (primaria)	276	552	828
6	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	372	373	745
7	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	631	631
8	Letra no legible	210	293	503
9	Caries limitada al esmalte	165	305	470
10	Aumento anormal de peso	162	281	443
11	Otras causas	3,309	5,051	8,360
12	TOTAL	6,521	10,402	16,923

DISTRITO DE GUALACA

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	401	435	836
2	Caries de la dentina	355	362	717
3	Obesidad, no especificada	218	380	598
4	Depósitos (acreciones) en dientes	229	245	474
5	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	282	282
6	Observación por sospecha de enfermedad o afección	72	192	264
7	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	109	116	225
8	Hipertensión esencial (primaria)	66	114	180
9	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	64	101	165
10	Cefalea	72	92	164
11	Otras causas	895	1,431	2,326
12	TOTAL	2,481	3,750	6,231

DISTRITO DE REMEDIOS

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Caries de la dentina	69	105	174
2	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	151	151
3	Faringitis aguda, no especificada	52	87	139
4	Hipertensión esencial (primaria)	34	98	132
5	Depósitos (acreciones) en dientes	52	56	108
6	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	43	55	98
7	Infección de vías urinarias	16	64	80
8	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	32	38	70
9	Diabetes mellitus no especificada, sin mención	17	31	48
10	Obesidad, no especificada	17	31	48
11	Otras causas	348	495	843
12	TOTAL	680	1,211	1,891

DISTRITO DE RENACIMIENTO

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	469	867	1,336
2	Hipertensión esencial (primaria)	136	844	980
3	Caries de la dentina	219	706	925
4	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	198	524	722
5	Obesidad, no especificada	106	533	639
6	Influenza con otras manifestaciones	171	411	582
7	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	573	573
8	Infección de vías urinarias	93	279	372
9	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	118	244	362
10	Dolor en articulación	151	171	322
11	Otras causas	1,616	4,285	5,901
12	TOTAL	3,277	9,437	12,714

DISTRITO DE SAN FELIX

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	110	131	241
2	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	163	163
3	Problemas relacionados con la necesidad de supervisión	26	76	102
4	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	41	53	94
5	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	41	53	94
6	Faringitis aguda, no especificada	26	51	77
7	Obesidad, no especificada	20	40	60
8	Lumbago no especificado	31	28	59
9	Infección de vías urinarias	12	38	50
10	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino	0	47	47
11	Otras causas	256	610	866
12	TOTAL	563	1,290	1,853

DISTRITO DE SAN LORENZO

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	470	592	1,062
2	Gingivitis aguda	123	289	412
3	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	356	356
4	Caries limitada al esmalte	110	234	344
5	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	161	168	329
6	Caries de la dentina	143	181	324
7	Placa dental	124	164	288
8	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	101	111	212
9	Infección de vías urinarias	26	137	163
10	Lumbago no especificado	99	62	161
11	Otras causas	1,242	2,366	3,608
12	TOTAL	2,599	4,660	7,259

DISTRITO DE TOLE

	CAUSA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	270	489	759
2	Influenza con otras manifestaciones	270	322	592
3	Caries de la dentina	128	220	348
4	Examen de pesquisa especial para tumor del cuello	0	317	317
5	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado	103	147	250
6	Infección de vías urinarias	84	156	240
7	Otras infecciones agudas de sitios múltiples	99	123	222
8	<u>Pioderma</u>	102	95	197
9	Hipertensión esencial (primaria)	65	100	165
10	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	78	86	164
11	Otras causas	601	1,122	1,723
12	TOTAL	1,800	3,177	4,977

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

La tendencia es a la disminución de las inmunoprevenible, pero debemos estar alertas con algunas que amenazan con incrementar o difíciles de erradicar si no se toman medidas de prevención y se fortalece la promoción de la salud, como Sífilis congénita, VIH, Dengue, Zika y Chinkunguya.

15. ¿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?

DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE SALUD
INFORME DE RIESGOS PROFESIONALES
CONSOLIDADO 2017-2016 (enero a noviembre)

REGIÓN: CHIRIQUÍ

RIESGOS PROFESIONALES		TOTAL	
		2017	2016
TIPO DE ACCIDENTE	Total de Accidentes	1280	592
	Traumatismos	754	321
	Heridas Cortantes	247	129
	Quemaduras	19	24
	Otros	260	122
ENFERMEDAD PROFESIONAL		43	31
TOTAL DE RIESGOS PROFESIONALES		1323	623
DÍAS DE INCAPACIDAD	Total	10291	6758
	Accidentes	10166	6496
	Enf. Profesional	125	262
INDICADOR	días de Incapacidad por Total de RP / N° de Riesgos Profesionales	7.8	10.8
	días de Incapacidad por Accidente / N° de Accidentes	7.9	11.0
	días de Incapacidad por Enf. Prof. / N° de Enf. Prof.	2.9	8.5

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

No se conoce, no se han realizado estudios de percepción sobre sus condiciones de salud en esta región.

FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. *¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?*

La vigilancia sanitaria considera aspectos como: Vigilancia sanitaria de los establecimientos de interés sanitario (hoteles, pensiones, prostíbulos, mercaditos, bodegas, fondas, ventas ambulantes, campo de juego, urbanizaciones, fábricas, talleres y otros) por Saneamiento ambiental, zoonosis y Protección de Alimentos, Control de desechos sólidos y líquidos (basura y aguas servidas), vigilancia Epidemiológica, control de Vectores, Sanidad Internacional,

2. *¿Qué problemas se deben vigilar?*

Se debe vigilar patologías de notificación obligatoria estipuladas en el Decreto 1617, así como dar fiel cumplimiento a lo establecido en cuanto a vigilancia en el Reglamento Sanitario Internacional, con lo que compete a puertos de entrada, de igual forma se realiza una evaluación y análisis estadístico semanal a través del monitoreo semanal de problema de salud pública de notificación obligatoria, informe que se socializa por el departamento de Epidemiología cada martes a nivel Regional (Dirección Regional) y a nivel nacional (Epidemiología Nacional).

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

FORTALEZA: Personal con experiencia y comprometido, sistema de vigilancia y notificación, leyes que respaldan la actividad, continuidad de la vigilancia, apertura de turnos de vigilancia a partir del 2016.

DEBILIDADES: Personal con muchos años de servicio y escaso, lo que conlleva a tener múltiples actividades.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

RESPUESTA: **VER ANEXO 1**

1. *¿Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por cada Distrito?*
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?*
3. *¿Cuáles son los medios usuales de transporte utilizados? Horario del sistema de transporte.*
4. *¿Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.*
5. *¿Cuál es el costo de movilización para la población?*
6. *¿Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujograma.*

COMPLEJIDAD DE LA RED

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

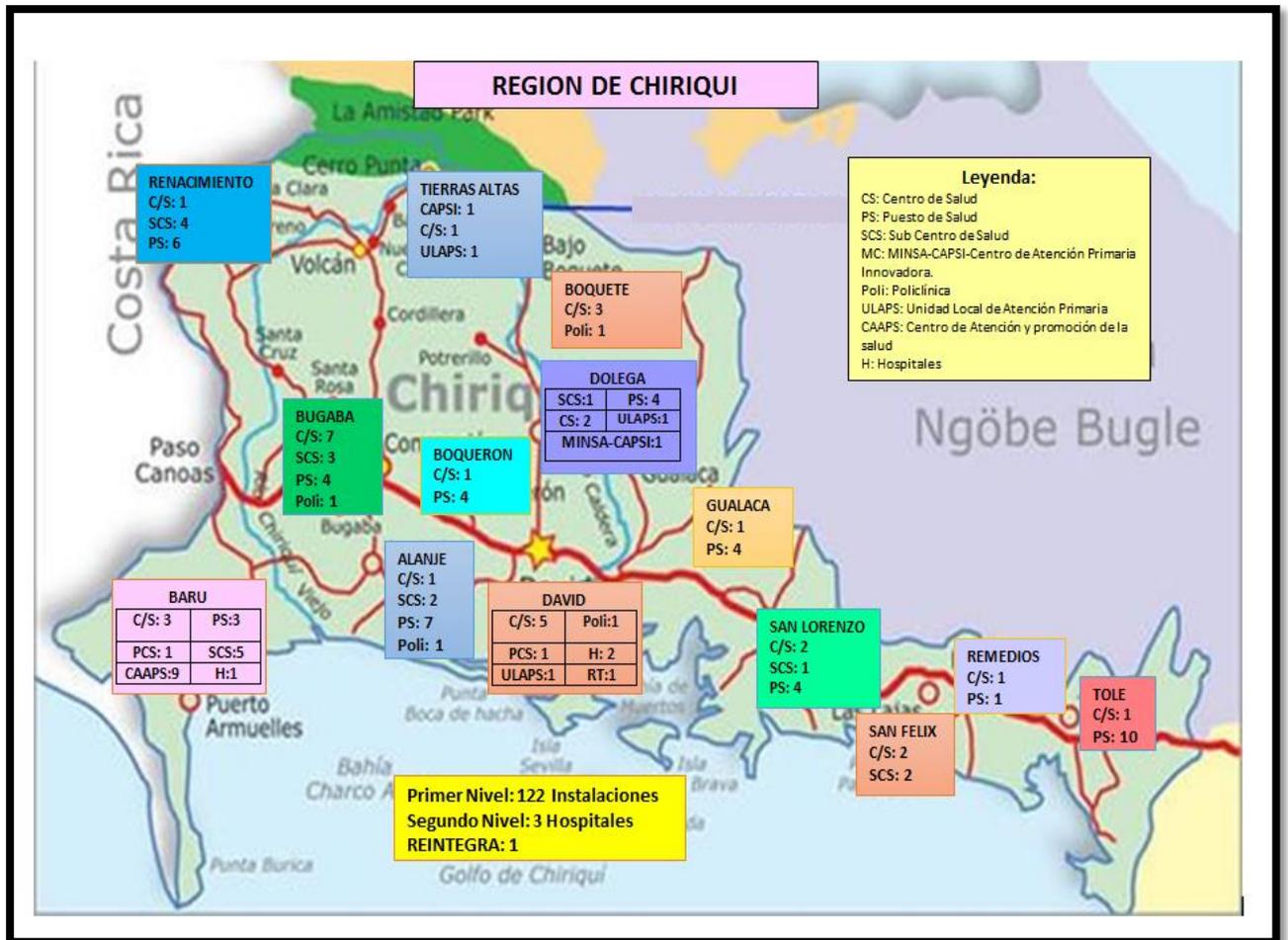
NO, la región no cuenta con una red integrada e integral de servicios de salud.

Pero con el advenimiento del censo de salud preventiva hemos logrado fortalecer la comunicación con la CSS, municipios, MEDUCA y otras instituciones, y se ha logrado un trabajo conjunto.

A nivel Nacional se están avalando el instrumento de evaluación para ver el porcentaje de avance para con una RIIS de cada región.

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?

Nivel de Atención	MINSA	CSS	TOTAL
Primer Nivel	-Puestos de Salud (54) -Sub Centros de Salud (18) -Centros de Salud (28) -Centro de Salud Con Cama (2) -Policentro de Salud (2) -MINSA –CAPSI (2)	-CAPPS (9) -ULAPS (3) -Policlinicas (4)	122
Segundo Nivel	-Hospital Materno Infantil (1)	-Hospital Regional (1) -Hospital de Area (1)	3



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?*

MINSA:

- Los Puestos de Salud son instalaciones que no poseen tecnología, son atendidos por Asistentes de Salud, algunos son cubiertos por Giras Itinerantes de la Región.
- Subcentro de Salud son instalaciones que no cuentan con equipo tecnológicos, atendidos por Técnico de enfermería y/o Enfermera, también son cubiertos por Giras institucionales.
- Centros de Salud, ULAPS y CAPPs: médico, odontólogos, enfermeras, auxiliares o técnica de Enfermerías, farmacéuticos, Inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores.
- Policlínicas, Policentro y MINSA-CAPSI: Médico, Enfermera, Auxiliar o Técnico de Enfermería, farmacéutico, Inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores, Odontólogos, Especialistas de Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatras, Salud Mental y Laboratoristas, trabajador Social, Psicólogo. Cuentan con recursos como EKG, RX, Mamógrafo, ultrasonido, laboratorio. MINSA- CAPSI de volcán y Dolega cuentan con Colposcopio.

- **Recurso Tecnológico:**

Actualmente El Policentro de la Barriada San José, Policentro de Puerto Armuelles, Centro de Salud de La estrella, San Mateo, San Cristóbal, Barrio Bolívar, Las Lajas MINSA CAPSI de Dolega y Volcán cuentan con el SEIS.

El horario de atención regular es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

4. *¿Qué instalaciones tienen horario extendido y en que horario funcionan?*

CSS: tiene horario extendido en la Policlínica Gustavo a Ros todos los días hasta las once de la noche y fines de semana de siete a once de la noche.

MINSA HORARIO EXTENDIDO

EXTENSIÓN DE HORARIO MINSA CHIRIQUÍ		
INSTALACIÓN	HORARIO REGULAR	HORARIO EXTENDIDO
Centro de Salud de Boquete y Policentro de la Barriada San José	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m.	Lunes a Viernes de 3:00 p.m. a 11:00 p.m. Sábados, Domingos y día feriados de 7:00 a.m. A 3:00 p.m.
Centro de Salud de Río Sereno	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m.	de Lunes a Domingo y días feriados de 3:00 p.m. a 11:00 p.m.
Capsi de Dolega y Centro de Salud de Tolé	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m.	de Lunes a viernes de 3:00 p.m. a 7:00 p.m. Sábados, Domingo y días feriados de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
Centro de Salud de Las Lomas	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m.	Lunes a Viernes de 3:00 p.m. a 11:00 p.m.
Centro de Salud de San Lorenzo	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m.	Lunes, Miércoles y Viernes de 3:00 p.m. a 11:00 p.m.
Centro de Salud de Aserrío	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m.	Sábados y Domingos de 7:00 a.m. A 3:00 p.m.
MINSA CAPSI de Volcán	Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m.	Lunes -Viernes de 3:00p.m. a 11:00 p.m. Sábados, Domingo y feriados 24 H

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

La Provincia de Chiriquí en la parte Sanitaria, está sectorizadas en 4 grandes área sanitarias: Área de David comprende 4 Distrito que son: David, Gualaca, Boquete y Dolega. Área Sanitaria de Bugaba está comprende: La Sede del Distrito de Bugaba (Concepción); Distrito de Alanje, Boquerón, Renacimiento, Volcán (a partir 2019). Área Sanitaria del Oriente: Tolé, Remedios. San Félix y San Lorenzo. Área Sanitaria de Barú: La Sede de Puerto Armuelles, Bananera y Paso Canoas.

Para la parte de atención, el área de David utiliza una sectorización realizada hace 5 años tanto para la parte de saneamiento como para atención. El resto de los Distrito cada Centro de Salud es responsable de un área de responsabilidad basada en la sectorización política.

Se reunieron El equipo de trabajo de cada Distrito, incluyendo al de saneamiento tomando en cuenta la accesibilidad y población. (David)

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

Los profesionales en los establecimientos de salud se integran por diferentes departamentos, así tenemos personal dedicado a actividades educativas, Curativas, promocionales, preventivas, personal de apoyo, personal administrativo.

7. *¿Qué profesionales conforma el equipo básico?*

El equipo básico de salud se compone por el médico, la enfermera, el técnico en enfermería, odontólogo, REGES y farmacéuta.

En la PMEFS el equipo básico se compone de médico, técnico de enfermería¹ y técnico en enfermería 2, educador para la salud y el conductor.

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

La población de responsabilidad de determinada instalación está determinada por la sectorización que se realizó, cada distrito está sectorizado y a cada instalación le corresponde determinado sector.

En el caso de PMEFS también se valen de la sectorización que está detallada en el reglamento operativo.

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

La cartera de servicio es según el nivel de atención y depende del tipo de Instalación sea: Puesto de Salud, Sub-Centro de Salud, Centro de salud básico, Centro de Salud con especialidades, Policentros, MINSA-CAPSI para el MINSA para MINSA, CAPPS. ULAPS, Policlínica para CSS. La OE tiene otra cartera de servicios básicas y los hospitales otra.

10. *¿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?*

La cartera de servicio por Instalación ver: **ANEXO 2.**

Los Costos de los productos incluidos en la cartera son de acuerdo al convenio DENIL03-2014 entre la Caja de Seguro social y MINSA, en su anexo 3. Ver **ANEXO 3**

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

R. Para los asegurados no tiene costo. Para los no asegurados ver: **ANEXO 4**

11. *¿Existen y se aplican protocolos de atención?*

Existen normas y guías de atención para algunos programas como el materno infantil, niñez y adolescencia, salud mental y programa de adultos. En el año 2006 se realizó un intento por protocolizar más de cien enfermedades de las más prevalentes del adulto, sin embargo en la actualidad esos protocolos no han sido revisados y están en desuso. Existe una gran variabilidad en la terapéutica. Los protocolos de atención se aplican estrictamente en programas muy verticales como tuberculosis y clínica anti retro viral.

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

El MINSA con la CSS, no se reúne de forma periódica para tomar decisiones en cuanto a salud, sino que hay reuniones e intercambio de información puntual como la comisión de muerte materna, PTMI, programa de VIH/SIDA, Tuberculosis, paliativa, PAI y epidemiología.

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

La red formal no tiene articulación con la informal.

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

No existe una articulación formal entre ambas redes. Normalmente los profesionales que laboran en el sector público en la región son los mismos que trabajan en el sector privado. Pero no hay intercambio de información solo PAI tiene intercambio de información y epidemiología.

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

Si, el sistema de referencia y contra referencia considera el flujo, y funciona bastante bien cuando se trata del sentido ascendente, es decir, desde el primer nivel hacia los niveles especializados, pero en muy contadas ocasiones las referencias son contestadas a los niveles de atención básicos. (contra referencia).

16. *¿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?*

Cuando el paciente es referido a lo interno de la instalación presenta el SURCO debidamente llenado a la ventanilla de REGES y este lo deriva a la disciplina o departamento al que fue referido. Hay instalaciones en donde la comunicación es inmediata y el paciente se atiende simultáneamente, en otras ocasiones se le da cita posteriormente.

Cuando es entre instalaciones, el paciente se presenta a la ventanilla de REGES con el SURCO respectivo y se le atiende ese mismo día o se le da cita posterior. Cuando es en instalación de la CSS (policlínicas) el paciente.

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

R. Los pacientes son referidos por medio del llenado del SURCO entre el primer nivel, en donde tenga el servicio requerido. Del primer nivel de atención al segundo nivel también se procede al llenado del SURCO igualmente del segundo al tercer nivel.

El sistema no es efectivo ya que tiene varios nudos críticos, como por ejemplo que las subespecialidades de la CSS no aceptan SURCO proveniente del primer nivel, si no que estén derivados desde Medicina Interna. Otra de las dificultades es que el médico especialista no llena la contra referencia y no la deriva al nivel local donde fue emitida.

Una debilidad es que el nivel local no ayuda al paciente a tramitar su cita, ya que muchos de ellos son de reas lejana, de escasos recursos o analfabeta.

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

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

Sí, conocemos el SURCO, y conocemos su base legal, que es el resuelto ministerial N° 422 del 9 de Diciembre de 2003.

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

Sí, en la región de Chiriquí existe un centro de REINTEGRA, con todas las facilidades para esta población está localizado contiguo al nuevo Hospital José Domingo de Obaldía.

20. *¿Existen en su región los centros reintegra?*

Sí, en la región de Chiriquí existe un centro de REINTEGRA, con todas las facilidades para esta población está localizado contiguo al nuevo Hospital José Domingo de Obaldía.

21. *¿Se tienen actualizados el censo de población de discapacitados?*

Sí, se tiene actualizado este censo.

22. *¿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?*

Se está fortaleciendo mediante la creación de la comisión regional de SURCO, integrada por funcionarios de la CSS, funcionarios de los Hospitales Regionales, MINSA y hospitales privados.

Se tiene planificado realizar supervisiones de monitoreo, evaluación de indicadores con posterior divulgación de los resultados. También un plan de capacitación a los funcionarios del Sistema.

Cuadro No. 9

CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad	2	711
Mediana (especialidades básicas)	1	
Baja (medicina general)	0	
Total Hospitales	3	
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades	16	
Centros de nivel primario con medicina general	45	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	61	
Total centros ambulatorios	122	
Sector Privado		
Hospitales		
Alta complejidad	2	80
Mediana (especialidades básicas)	2	17
Baja (medicina general)	0	
Total Hospitales	4	
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades	7	
Centros de nivel primario con medicina general	x	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
Total Centros de Salud		

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

1. *¿En qué espacios de geográfico-poblaciones se ubican los bolsones de desprotegidos?*

Los bolsones de personas vulnerables o desprotegidas son:

- Área bananera por su realidad socioeconómica,
- Asentamientos de grupos indígenas, en donde se suma a los determinantes de salud socio económicos los culturales, ubicados en el área de Chirigua en el distrito de Alanje, y
- Zonas urbanas del Distrito de David, en donde por razones socio económicas y de seguridad se pueden valorar como grupos sensibles (El Alba, Loma Colorada, Varital, etc.

2. *¿Cuáles son los principales riesgos que los afectan?*

Los riesgos más significativos de esta población son saneamiento del área de vivienda (deposición de desechos, manejo y deposición de excretas), agua para consumo humano (agua potable), condiciones de viviendas no adecuadas, mala alimentación que conlleva problemas de desnutrición y anemia, dificultad en el establecimiento de prioridades en el acceso a los servicios de salud de manera oportuna por barreras culturales en la población indígena.

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?*

Para este años 2017 hasta julio las coberturas fueron:

menores de 1 año son:
Polio/Hexavalente: 76%
Hexavalente/ Pentavalente: 76%
Influenza: 77%
Rotavirus: 80%

Para niños de 1-4 años:
Hepatitis A: 77%
MMR: 81%

VPH 1 dosis: 96%
2 dosis: 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)?*

- El sistema de reclutamiento de recursos humano aun es de manera centralizada, se mandan las hojas de vida y la selección se realiza en Panamá.

- En la Región luego de la llegada del personal se evalúa los lugares con falta de ese personal, se especial atención a el área del Oriente Chiricano y Renacimiento.

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?*

Las parteras se capacitan mediante el manual de capacitación, se identifican quienes son, se les reúne y se les da la capacitación también se les provee de insumos necesarios. No se le da capacitación al resto de la red informal.

3. *¿Cómo se actualizan las competencias técnico-administrativas y clínicas del personal de salud, sus horas semanales asignadas en las actividades clínico-asistenciales, administrativas, docencias, capacitación, urgencias, de promoción y prevención, visitas comunitarias, giras de salud y otras?*

R. A nivel local se realiza un cronograma de capacitación, tanto docencias generales, como docencias de enfermería. Se procura dar en horas de la tarde para no interrumpir la atención. Se les da permiso a las instalaciones para trasladarse al lugar de la docencia.

A nivel Hospitalario tanto médicos internos como residentes tienen un plan de capacitación continua y permanente con actividades formativas y sumativas.

A Nivel Regional se realizan capacitaciones de los diversos programas para dar a conocer y reforzar las normas o para informar sobre actualizaciones. Esto es para todas las instalaciones donde se envían circular y se alterna al personal a capacitar.

También se dan capacitaciones sobre normativas tanto a técnicos como administrativos.

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

El equipo se reúne, todos los viernes se realizan reuniones con el equipo de salud para la toma de decisiones. Se trae a la mesa el tema a tratar, se discute y se toma la decisión.

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

Los costos de atención sanitaria son definidos a nivel Nacional y los convenios son realizados entre MINSA y CSS también a nivel Nacional.

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

No, las tarifas están por debajo del costo real. Estas tarifas datan de varios años y no se han actualizado.

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

Si, este es utilizado para la compensación de costos.

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

Si, existen tanto universidades como institutos, podemos mencionar:

Universidades: UDELAS, Universidad Latina de Panamá, Columbus University, UNACHI.

Institutos: Instituto Nueva Visión, Instituto Nueva Luz, Instituto de Educación cooperativo CECOPE.

Según las estadísticas de Recursos humanos de la CSS, MINSA y HJDO se cuenta en la provincia con 516 médicos especialistas comparado con 235 médicos generales, la tendencia ha sido la formación de especialistas, se ha subvalorado al médico General, los egresados de las universidades vienen formados con un currículo enfocado al área hospitalaria y no a la atención primaria.

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

No existen estudios de esta índole en Chiriquí.

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

En el sector público, desde el año 2016, se aprobó una nueva escala salarial para todo el gremio en salud, con aumento de los bonos y turnos. Esta medida mejora la situación laboral del todo el sector. Sin embargo aún faltan otros acuerdos para mejorar los incentivos para aquellos que laboran en áreas alejadas y de difícil acceso. Para todo el gremio excepto el médico se aprobó el pago de sobresueldo por postgrados y maestrías a los que estén ejerciendo en su cargo lo estudiado. Para el gremio médico Médicos generales, especialistas, sus especialistas y aquellos con estudios de Maestría y Postgrados académicos, están en la misma escala Salarial. Para los administrativos reciben un aumento cada 3 años. Sin embargo por estudios no hay sobresueldo.

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

En el área privada los salarios base de los técnicos son menores a los de la pública, el resto que cuentan con consultorios cobra por consultas y estos precios no tienen regulación. Para los administrativos depende del cargo que ejerza.

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

Sí. En el primer nivel de atención se encuentra funcionando el programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PMEFSS) Dentro de este programa, la UGSAF paga a Organizaciones Extra Institucionales (OE), que son empresas privadas, para que brinden paquetes básicos de salud en áreas de difícil acceso de la región. También se encuentran las unidades de hemodiálisis, y las Resonancia Magnéticas se realizan en hospitales privados de ser necesarios.

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

Una de las intervenciones que se realizan para mejorar el desempeño de la FESP, es introducir el POA de la Región en el sistema SIMEPLANS realizar el

monitoreo. Así mismo utilizar y mantener al día los sistemas de Vigilancia como el SIVIG y el de Tuberculosis.

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	Si	No	Si	Si	Si	Si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Conducción	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si
Desempeño FESP	Si	No	No	Si	NO	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No
Financiamiento	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Aseguramiento	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si
Provisión	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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.

Cuadro No.11

Total de médicos	2015				2016				2017 (sept)			
	Total	MINSA	CSS	HJDO	Total	MINSA	CSS	HJDO	Total	MINSA	CSS	HJDO
Generales	246	106	101	39	245	102	105	38	235	107	96	32
Pediatras	34	-	13	21	47	11	12	24	49	13	12	24
Psiquiatras	9	-	5	4	9	1	5	3	12	1	8	3
Cirujanos	15	-	13	2	23	2	19	2	23	2	19	2
Internistas	29	-	18	11	25	3	20	2	27	3	22	2
Familiares	5	-	4	1	5	1	3	1	9	6	2	1
Gineco Obstetras	34	-	19	15	43	1	14	28	57	6	15	36
Otras especialidades	295	147	121	27	318	148	130	40	339	156	145	38
No. Total De Enfermeras	838	145	395	298	866	148	400	318	944	158	467	319
No. De Odontólogos	94	62	32	0	98	58	40	0	103	58	45	0
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.	15.4	x	x	x	15.7	x	x	x	16.4	x	x	x
Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Hab.	22.68	x	x	x	19.07	x	x	x	20.6	x	x	x
Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Hab.	2.08	x	x	x	2.19	x	x	x	2.25	x	x	x
Razón De Parteras (os) Por 10,000 Hab.	2.61	118	--	---	2.2	100	---	--	1.94	89	--	--
No. Total De Técnicos De Laboratorio	58	8	23	27	64	14	23	27	94	32	29	33
No. Total de Técnicos de Enfermería	757	152	504	101	766	148	522	96	815	158	543	114

No. Total de Asistentes Dentales	69	22	45	2	75	23	50	2	73	22	49	2
No. Total de Cito tecnólogos	6	0	5	1	8	0	5	3	8	0	5	3
No. de Farmacéuticos	83	17	60	6	83	17	59	7	102	19	75	8
No. de Asistentes de Farmacia	115	20	78	17	148	52	86	10	158	53	93	12
No. de Educadores para la Salud	13	13	0	0	13	13	0	0	15	15	0	0
No. de Promotores de Salud	23	23	0	0	22	22	0	0	22	22	0	0
No. de Asistentes de Salud	23	23	0	0	22	22	0	0	6	6	0	0
No. de Inspectores de Saneamiento	49	49	0	0	49	49	0	0	46	46	0	0
No. de Inspectores <u>antivectoriales</u>	57	57	0	0	53	53	0	0	60	60	0	0
No. de Veterinarios	15	15	0	0	14	14	0	0	14	14	0	0
No. de Ingenieros y arquitectos	ND	0	0	ND	3	3	0	ND	3	3	0	
No. Graduandos de postgrado en salud pública	ND	ND	ND	ND	6	6	0	ND	17	12	1	4
No. de escuelas de Salud Pública	ND	ND	ND	ND	1	X	X	X	1	X	X	X
No. Univ. Con maestría en Salud Pública	ND	ND	ND	ND	1	X	X	X	1	X	X	X

Cuadro No.12
Recursos Humanos En Las Instituciones De Salud
Ultimo Año Disponible

INSTITUCION	Cargos 2017									
	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmacé.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA	107	187	158	58	158	19	393	565	32	7
CONTRATO	0	0	0	0	0	0	23	84	0	4
PERMANENTE	107	187	158	58	158	19	370	481	32	3
RED FIJA	5	0	5	0	5	0	5	5	0	0
RED ITENERANTE	7	0	7	0	7	0	7	10	0	0
CSS	96	223	467	45	543	75	147	924	79	16
HOSPITAL OBALDIA	32	135	319	2	114	8	121	536	33	5
TOTAL	247	545	956	105	827	102	673	2040	144	28

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?*

Existen 39 farmacias funcionando, una comunitaria administrada por el HJDO.

2. *Conocen la existencia de la política de medicamentos del 2009?*

Si se conoce la política de medicamentos de 2009.

3. *Conocen sobre la existencia de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP)?*

Sí la conocemos. Sabemos la existencia de CONAMEP y solo a través de farmacia y drogas hemos conocido algo sobre la elaboración del listado nacional de medicamentos.

4. *Conoce sobre el avance en la elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales y especializados?*

Sí a través de Farmacias y Drogas.

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?*

Si existe un listado Regional de medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio. No se cuenta con coordinación de imagenología.

6. *¿Cuál es el número de renglones de medicamentos, médicos quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología incluidos? ¿Quiénes lo utilizan?*

- El cuadernillo de medicamentos cuenta con 279 renglones.
- El cuadernillo de médico-quirúrgico cuenta con 117 renglones.
- Odontología cuenta con 188 renglones.
- Renglones de insumos y reactivos de laboratorio: 179 renglones

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?*

Si se conoce, se utilizó en un tiempo pero ahora, se usa el SIAL para los consumos.

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

No se utiliza.

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.*

En Farmacia y médico quirúrgico, se realiza de acuerdo a un cronograma de distribución bimensual.

Para laboratorio:

Si existe un cronograma de distribución de los insumos y materiales de laboratorio. Se han dividido en dos grupos, y cada dos meses reciben el pedido solicitado.

GRUPO # 1		GRUPO # 2	
C.S. DE LA BARRIADA SAN JOSÉ	FEBRERO ABRIL JUNIO AGOSTO OCTUBRE DICIEMBRE	C.S. DE BOQUERÓN	ENERO MARZO MAYO JULIO SEPTIEMBRE NOVIEMBRE
C.S. DE BARRIO BOLIVAR		C.S. DE GUALACA	
PUERTO ARMUELLES		C.S. DE SAN MATEO	
MINSA CAPSI DE DOLEGA		MINSA CAPSI DE VOLCÁN	
C.S. DE RÍO SERENO			
C.S. DE SANTA MARTA			
C.S. DE TOLÉ			
C.S. EL TEJAR DE ALANJE			

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

Si, se utiliza.

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

No se han formado aún.

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

NO. Se realizaron en el año 2006 conjuntamente con el nivel nacional y las otras regiones la protocolización de las enfermedades más prevalentes del adulto, pero estos protocolos no han sido aplicados ni se han actualizado.

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

El 100% de las farmacias privadas cuentan con farmacéutico. El 50% en horario matutino y el 50% en horario vespertino. En horarios en los que no se encuentran farmacéuticos debe existir un asistente o técnico en farmacia

14. *¿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? Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?*

El 34% de las farmacias cuentan con farmacéutico. El profesional farmacéutico se concentra de 7 am a 3pm. Durante los períodos en que no hay farmacéutico las farmacias son atendidas con Asistentes de Farmacia. MINSA cuenta con 18 farmacéuticos nombrados de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

15. *¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?*

AÑO	Unidades de sangre donadas Hospital José Domingo De Obaldía
2015	2280
2016	2426

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

En la región están funcionando 13 laboratorios clínicos, 1 de alimento. Existen dos laboratorios agua acreditados: MINSA, Universidad Autónoma de Chiriquí y Acuatec

17. *¿Existe un laboratorio de referencia definido? ¿Qué criterios se aplicaron*

El laboratorio de referencia en nuestra Red de laboratorios es el de la Barriada San José. Se escogió este laboratorio por la complejidad de las pruebas que realiza, como Dengue, Hanta Virus y Chikungunya.

18. *¿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?*

Sí. Las tarifas de los laboratorios y medicamentos son uniformes para los usuarios. Las mismas fueron establecidas en base al costo de las pruebas y

al valor de la prueba en Hospitales de referencia como el Hospital José Domingo De Obaldía, Hospital Regional Rafael Hernández y el Hospital Del Niño. Así mismo para los medicamentos.

19. *¿Existe un laboratorio de referencia definido para citología?*

Sí, todas las muestras son referidas al Laboratorio de Citología del Hospital José Domingo De Obaldía.

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

Se priorizan dependiendo del inventario, consumo y el perfil epidemiológico de la población.

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

INDICADOR	2013	2014	2015	2016	2017
Gasto total en medicamentos por la CSS	6,309,140.61	5,443,979.45	802,481.50	7,277,192.62	4,734,812.78
Gasto total en medicamentos por MINSA	60,929.77	271,879.34	717,416.59	407,960.24	97,968.51
Gasto Per cápita en medicamentos	6,370,070.38	5,715,858.79	1,519,898.09	7,685,159.86	4,832,781.29
Gasto total en laboratorio por la CSS	6,794,813.62	3,967,966.06	5,735,653.94	6,060,315.26	3,314,274.03
Gasto total en laboratorio por MINSA	88,157.42	99,497.06	217,306.95	267,964.26	119,315.81
Gasto Per cápita en laboratorio	6,882,971.04	4,067,463.12	5,952,960.89	6,328,279.52	3,433,589.84
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS	2,208,368.53	2,386,273.74	3,425,889.53	5,033,155.63	2,671,807.17
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA					
Gasto Per cápita en médico quirúrgico					
Gasto total en odontología por la CSS					
Gasto total en			12,048.20	39,932.29	25,968.90

odontología por MINSA					
Gasto Per cápita en odontología					
Gasto total en imagenología por la CSS					
Gasto total en imagenología por MINSA				9,908.20	1,570.76
Gasto Per cápita en imagenología					

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

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

Si, se conoce se lleva una lista por instalación. 15% de equipos defectuosos.

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

Si se conoce, 36% de los equipos han cumplido su vida útil, y aún siguen en uso.

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

Sí existe. Fue entregado al Departamento de Provisión y Servicios de Salud de Panamá en Enero del presente año "Requerimiento de Equipos Médicos 2017" para el abastecimiento de la Región de Chiriquí. Se encuentran en proceso de Orden de Compra. VER ANEXO 5

FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

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

La mora quirúrgica es de dos meses aproximadamente, se maneja con lista de espera por servicio. En los servicios aún no han definido los tiempos de espera de este hospital por tipo de intervención quirúrgica. Se maneja una lista de espera de programación electiva.

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

Se concentra en el servicio de oftalmología y cirugía general.

3. *¿Se registra el rechazo de pacientes?*

No, no existe un registro de rechazo de pacientes

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

En el distrito de David, que es el que cuenta, por un lado, con mayores recursos tanto en infraestructura como en recursos humanos para la salud, y por otro lado con mayor densidad de población es donde se registra la mayor demanda no satisfecha.

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

Para la CSS se utiliza un call center para conseguir las citas para atención. Para el MINSA y Obaldía se realiza por ventanilla. Para la atención de médicos generales y especialistas que tengan espacio en la agenda la atención es inmediata al sacar el cupo.

HORARIO DE SERVICIOS

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

R. Los centros de salud, ofertan servicios normalmente de siete de la mañana a tres de la tarde y existen centros con extensión de horario de tres de la tarde hasta las once de la noche. El MINSA CAPSI de Volcán ofrece servicio 24 horas. Los hospitales su consulta externa es de 7:00a.m. a

3:00P.m.; El servicio de urgencias y hospitalización es las veinticuatro horas del día todo el año, normalmente existe un sistema de TRIAGE o filtro en los cuartos de urgencias. Los hospitales privados también ofertan servicios las 24 horas del día.

2. La población está satisfecha con los horarios actuales.

No se han realizado encuestas de percepción para afirmar que la población está conforme con los horarios actuales. Los médicos que atienden la extensión de horario perciben que la población se siente cómoda con la extensión de horario ya que no está destinada solamente a urgencias sino también a atención en general y controles de salud.

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?

Si, para el MINSA CAPSI de Volcán desde Junio de 2017 inició labores 24h, el resto de las instalaciones se Mantiene con el mismo horario extendido, debido al poco presupuesto que existe para la realización de turnos.

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?

Los servicios que se ofrecen en los horarios ampliados equivalen a la cartera de servicios en horarios regulares, ya que las extensiones de horarios no son destinadas solamente para atención de urgencias sino también para todas las otras actividades curativas, preventivas, promocionales y educativas. las limitantes encontradas son escaso recurso humano, ya que se atiende gran cantidad de población y en el horario extendido no el recurso humano que labora generalmente son 2 enfermeras y un médico general. se observa que la producción por personal es mayor el horario extendido que en el regular. otra limitante que se observa es la falta de ambulancias especialmente el área de David y Dolega, una sola ambulancia cubre Dolega, David.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

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

Sí. La CSS periódicamente realiza encuestas de satisfacción del usuario. El MINSA a partir del mes de septiembre ha iniciado a realizar encuestas de satisfacción del abastecimiento de medicamentos en 6 centros de salud al azar cada mes y se realizan 50 usuarios por centro de salud en conjunto con promoción de salud y provisión nacional. Por su laboratorio encuestas de satisfacción de flebotomía.

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?*

Todos los centros de salud del MINSA y de la CSS poseen buzones de sugerencias y centros de llamadas. El Ministerio de Salud monitorea diariamente todas las quejas de los usuarios que se producen desde cualquier parte de la región. 17% de los centros de salud se le hace encuesta de satisfacción de medicamentos.

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

Sí se consideran para buscar los correctivos necesarios para brindar atención de calidad y mejorar la accesibilidad de servicios a los usuarios

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

Sí se realizan todos los años en el mes de diciembre. Principalmente en la estrategia de extensión de cobertura y FORIS.

5. *¿Se comparten estos resultados?*

Sí. Los resultados consolidados en un informe, luego se presenta a nivel local, regional y nacional.

6. *¿Conocen el programa de humanización?*

Si se conoce, en la región de Chiriquí está conformando la comisión regional liderizada por el departamento de provisión de salud y se estará trabajando en conjunto con la comisión de calidad.

7. *¿Se aplican en algunos de sus hospitales?*

No, se lleva en los hospitales.

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

NO, la desconocemos.

CONTROL DE CALIDAD

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

Sí, todos los años se están realizando las auditorias de expedientes, se realizan en el MINSA, Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, evalúan el cumplimiento de los procesos y normas de los programas integrales de salud. A partir del año 2018 se migrara a realizar auditoría de los expedientes electrónicos.

El departamento de auditoría interna se encarga de realizar auditorías a los diferentes departamentos.

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

Se ha establecido el programa de calidad por medio de encuestas ODC (Optimización del desempeño y calidad). Se evaluó e la clínica CLAM, el hospital Dionisio Arrocha y Centro de Salud de San Mateo, está pendiente en el Centro de Salud de las Lomas. Esto es realizado por la Comisión Regional de Calidad utilizando el formulario ODC, que nos provee el nivel Nacional.

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?*

Si lo conocemos, se utiliza de guía.

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

Sí, se desarrolla en cuanto a la calidad de los equipos, en donde se nombró un personal de biomédico.

En cuanto al personal se realizan capacitaciones continuas de parte de los diferentes programas a Directores Médicos Distritales, Coordinadores de Programas y personal administrativos.

El laboratorio Regional contrata controles de calidad externos que se realizan anualmente para Química General, Química especial, Hematología, uroanálisis, parasitología y sífilis. Para VIH se preparan en la Región de Chiriquí y se le da cobertura a la Región de Comarca Ngäbe, Bocas del Toro y Veraguas.

Algunos centros se han beneficiado por proyectos de mejoramientos de infraestructura y con los MINSA CAPSI se ha mejorado la calidad de instalaciones.

En cuanto a la EEC y FORIS se realizan programas de supervisiones periódicas para el cumplimiento del reglamento operativo y las normas de los programas integrales de salud. Esta misma estrategia recibe una auditoría técnica externa coordinada por la UGSAF.

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

Si existen instrumentos: Para la auditoria de expediente se utilizan los formularios respectivos; para las instalaciones de salud y Hospitales, se utiliza los formularios ODC; para ECC, se utilizan formulario de supervisión establecidos por la UGSAF.

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

Si están establecidos: Denuncia directa a los directores médicos y administradores de la instalación, a través de llamadas al 311 y por medio de buzón de sugerencias

FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

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

La comunidad se organiza en grupos comunitarios como comités de salud, juntas de acueductos rurales, clubes cívicos, organizaciones religiosas, también es importante resaltar organizaciones comunitarias vinculadas a la gestión de gobierno como las juntas comunales y juntas locales. En el caso muy particular del comité de salud es un apoyo directo al desarrollo de la cartera de servicios de salud en las diferentes instalaciones de salud. La junta de agua es la encargada de la administración, funcionamiento y mantenimiento de los acueductos rurales y también están presentes en algunos residenciales urbanos, siendo esta organización comunitaria regulada por el MINSA, los grupos religiosos o eclesiásticos los hay de diferentes tendencias como son católicos y otras corrientes religiosas denominadas de la orden (cristiana). En los últimos años las cooperativas y las ferias han tomado un especial interés por el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En las comunidades más alejadas donde hay grupos itinerantes de salud existen los auditores sociales quienes son los que evalúan la cartera de servicios médicos desde la perspectiva comunitaria. Otro grupo comunitario importante es el club de padres de familia quienes apoyan las campañas de salud en los diferentes planteles escolares.

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

R. 125 comités de salud, 500 juntas de agua, Grupo de la tercera edad, grupo de autoayuda (alcohólicos anónimos, dependencia química y otras adicciones) diversidad de iglesia tales como (Católicas, Testigo de Jehová,

Adventistas, Protestantes, Metodistas, Evangélicos, cuadrangulares, Islam, Budista) Clubes cívicos (Club de Leones, Rotario, 20-30, Sor optimista, Cámara Junior. Organizaciones de Pacientes (Ostomizados, Los pacientes Renales, Diabéticos, Hipertensos; Discapacitados, Padres de niños con autismo, Padres de niños con Síndrome de Down, Pacientes con VIH, ANCEC, Asociación de amigos de los niños con leucemia y cáncer) Grupos de Trabajadores de la Salud : ANPATE, CONAGEPROTSA, COMENENAL, ANPATE, AFUSA Y REGES)

3. *¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones*

R. El comité de salud su principal función es de colaborar en las actividades de promoción y prevención de la Salud, y además realiza actividades menores de recaudación de dinero apoyando al Centro de Salud y pacientes.

La JAARS se encargan de administrar y darle mantenimiento a los acueductos rurales.

Los grupos comunitarios religiosos, tercera edad y de auto ayuda tienen una importancia en la prevención, acceso y rehabilitación del paciente, estos grupos generalmente los inicia el personal técnico y después logran autonomía, su papel más importante es lograr adherencia a los tratamientos médicos como también el efecto psicológico de acompañamiento al enfermo. Los clubes cívicos y organizaciones comunitarias ligadas a la gestión de gobierno específicamente autoridades locales aportan logística, mano de obra insumos y otros elementos importantes a la gestión de salud. Cabe destacar que siempre se ha creado sinergia con los diferentes grupos comunitarios con el fin de crear acceso directo a los servicios de salud.

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

R. Se ha realizado prospección a más de 100 organizaciones comunitaria en área rurales.

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

El sector informal de atención de la salud está compuesto por botánicos y personas que se hacen llamar espiritistas los cuales para ofrecer este tipo de servicio no tienen una idoneidad expedida también en este tipo de actividad se encuentran personas nacionales y extranjeras utilizan los diarios nacionales y emisoras locales para promocionar sus servicios, no hay un inventario real y se conoce muy poco del servicio que expiden a la población.

La medicina natural y remedios caseros se practican de manera personal en los domicilios de las personas practicada de acuerdo a la creencia de la persona que requiera la necesidad

En cuanto la protección de los conocimientos de la medicina tradicional indígenas está protegida por la ley 17 la cual regula los medicamentos herbarios, tradicionales. Es importante destacar que mediante esta ley hay un reconocimiento de los médicos tradicionales indígenas, costumbres, tradiciones, botánicos y parteras.

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

Debilidades: Insuficiente recurso humano dedicado al trabajo con las organizaciones (educadores para la salud y Trabajadores sociales). Falta de fondos para capacitaciones, falta de transporte para darle seguimiento a las acciones comunitaria, poca actitud del personal en la visión de Salud Pública ante la importancia de la participación social.

Fortaleza: Se cuenta con personal capacitado y sensibilizados.
Contamos con las políticas de Salud que incentivan la participación social.

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

De acuerdo con los resultados de las auditorías sociales realizadas, con la participación de los representantes de las organizaciones comunitaria, de los grupos poblacionales beneficiarios del programa de extensión de cobertura en salud, la población percibe el mismo de forma satisfactoria, con entusiasmo y desean que se amplíen la cartera de servicios y que se

continúe la atención forma ininterrumpida. lo sino la Red de Oportunidades y 120 /70

Desde la perspectiva del personal de salud y sociedad civil se requiere más control y seguimiento para estos programas y que haya mayor coordinación.

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

Existe el desconocimiento de la población sobre estas leyes y hay instalaciones como hospitales y la CSS, que no ofertan y no cumplen con estas disposiciones. Tenemos como debilidad de personal en las cajas y especialmente en la extensión de horario para realizar estas exoneraciones.

9. *Identificación de actores* (Favor remitirse al **ANEXO 6** y contestar la encuesta correspondiente a Mapeo de Actores).

FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

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

Si forma parte de los modelos, el sustento legal, se encuentra en la Política 9 de la Políticas de Salud 2015-2025, sin embargo, muchos profesionales no se encuentran sensibilizados o preparados en este enfoque. Se debe realizar más docencias, talleres inclusive incluirlo en los programas de posgrados de las universidades.

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 es necesario que se conformen equipos básicos para que sean los responsables de un grupo poblacional y que se puedan realizar adecuadamente los controles. Actualmente estamos con un déficit de personal que no nos permite llevar adecuadamente los programas.

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. Atención a domicilio se realiza en el programa de paliativos principalmente y cuando hay una investigación epidemiológica, y vacunación de inasistentes; por falta de recurso humano, no se puede lograr enteramente en los otros programas. También se está llevando un programa Visión 20-20 de cirugías oftalmológicas en el Hospital Obaldía dos veces por semana. En cuanto a las JAPAS se están realizando alrededor de 3-4 Jornadas anuales en comunidades vulnerables.

Por otro lado se lleva el Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimientos de los servicios de Salud con dos modalidades la Estrategia de extensión de coberturas (EEC) y la de Fortalecimiento de las redes integradas en salud (FORIS)

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

Sí se están utilizando principalmente Twitter para dar a conocer las labores realizadas en la Región.

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

Si, se están instaurando nuevos servicio de estimulación temprana en diversas instalaciones, Se cuenta con un nuevo equipo de fototerapia para el tratamiento de Psoriasis, se cuenta con el servicio de espirometría y tele

radiología. Se está fortaleciendo un programa de atención a la población migrante a zonas cafetaleras.

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

En cuanto al segundo Niveles está construyendo el nuevo hospital de Bugaba previsto para el 2018.

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

Sí. Se ha iniciado un programa para la población LGBT Y para trabajadoras del sexo. El programa de Servicios Amigables a Adolescente, el de la Población Migrante, El programa de alimentación complementaria (PACO) para población indígena y Población privada de libertad.

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. Se realizan reuniones para la vigilancia de Transmisión vertical VIH y Sífilis, cuidados paliativos, suplementación con hierro, y ácido fólico. Clínica de cesación de tabaco, grupo de autoayuda fármaco dependencia. El seguro social ha implantado clínicas de heridas, clínica de diabetes con soporte de glucómetros a pacientes, la diálisis peritoneales y hemodiálisis y los equipos de SADI. Inclusión de personas con discapacidad para el ingreso al Programa Ángel Guardián.

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

A nivel Local los servicios son planificados junto con el nivel Regional y en algunas ocasiones con actores sociales como la comunidad organizada, comité de Salud y muchas veces es impulsada o colaboran los representantes de las comunidades.

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

NO. Una de las debilidades es que la planificación sectorial no se hace en conjunto con otras entidades, cada Ministerio planifica de manera individual.

11. *¿Se han definido y caracterizado estos espacios en la región?
¿Qué criterios utilizaron en la definición?*

La Región trabaja mediante la División Política en Distritos y Corregimientos. Para efecto de la vigilancia Sanitaria en áreas Sanitarias. No se cuenta con división por área de responsabilidad.

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

La población desconoce la ley 68. Falta más divulgación con los funcionarios. El consentimiento informado está en odontología y ginecología y en cirugías ambulatorias (JAPAS). Existe un cuestionamiento de que si ya existe una política definida de atención primaria para prevenir enfermedades que en el futuro van a ser permanentes y mucho más costosas. Existe la duda de que la persona o persona que en última instancia tiene que tomar las decisiones finales estén de acuerdo con los planteamientos que se hacen en esta reunión tan participativa. Esto implica dinero, una vez que se decida apoyar la salud, entonces destinar los fondos que sean necesarios. Se han realizado muchas reuniones como esta, se han propuesto muchas soluciones, pero a la hora que surge la parte financiera, hasta allí llega el debate.

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

Si se cuentan con las competencias, a nivel Regional se les coordina capacitaciones de los programas con este enfoque, pero se necesita reforzar con un programa de educación continua al personal y que cuente con recursos financieros.

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

No contamos con estadísticas ni información sobre este tema.

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

No existe un análisis de los diagnósticos psicosociales ni el porcentaje de deriva. Las historias clínicas en las auditorias muestran que este enfoque no se da en la región de manera sistemática ni contamos con instrumentos implantados para este enfoque.

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?*

R. La cartera de servicios fue evaluada y estandarizada según los niveles de atención y complejidad, se coordinó conjuntamente con Provisión de los servicios Nacional y Regional el departamento de planificación y los Directores médicos de cada instalación de Salud.

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

No se realiza a Nivel Regional. En cuanto a la Estrategia de extensión de cobertura la cartera de servicios y el reglamento operativo, se revisa cada año (UGSAF)

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

No, se ha implementado en el MINSA estos modelos. Los centros de salud atienden a la población según la cartera de servicios. La CSS tiene una iniciativa de Médico de Cabecera.

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?*

Es necesario más capacitación y supervisión, establecer una sectorización y un listado de pacientes. Se requiere una sostenibilidad en los abastecimientos de Insumos.

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

Se requiere estrategias como la que se están implementando de extensión de horario de las instalaciones de la red primaria, para que no se sature los cuartos de urgencias con patologías que no son verdaderas urgencias. Se debe educar a los pacientes en el buen uso del cuarto de urgencias.

Se debe tener una mejor articulación entre los sistemas de respuestas de urgencias (Cruz Roja, 911, Bomberos, MINSA y CSS) se debería colocar un solo lugar para que reposen y luego que sean enviadas, ya que las de 911 son insuficientes, de esta manera se optimiza el recurso.

También se debe implementar el TRIAGE para identificar y clasificar las urgencias. Se debe activar y optimizar el sistema de SURCO, entre las instalaciones de primer nivel y los hospitales de referencia.

6. *¿Se utiliza el TRIAGE?*

La CSS lo utiliza en el cuarto de urgencias del Hospital Rafael Hernández los pacientes que son considerados verdes son referidos a la policlínica y e instalaciones del MINSA con extensión de horario. y también el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía.

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

No contamos con instrumentos legales que lo establezcan, cada uno establece una cartera de servicio dependiendo de su complejidad y recurso.

AMPLIACION DE COBERTURA

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

Se debe realizar una sectorización y establecer población de responsabilidad, para cada instalación de referencia y esta a su vez según la complejidad. Se establece claramente cuales son la cartera que se oferta según los niveles de todas instituciones CSS, MINSA y Estrategia de extensión de cobertura, trabajando de manera conjunta y con un buen sistema de SURCO.

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?*

R. Se debe realizar estudio de demanda insatisfecha en el horario regular, y según el crecimiento poblacional de los últimos años. Actualmente se hizo una coordinación con la CSS en donde se investigó la procedencia de los pacientes que acudían a las consultas del cuarto de urgencia que no fueron atendidos en horario normal. Y se procedió a realizar la extensión de horario en el área correspondiente esto se realizó para el área de David. En Boquete, San Lorenzo y Tolé se determinaron por la cantidad de población y la lejanía a instalaciones de referencia y no existir otras alternativas de atención. Se debe implementar ambas mayor número de horas y días a la semana.

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

Las giras médicas deben de ser organizadas tomando en cuenta vulnerabilidad de la población, accesibilidad a la red fija, y debe ser cíclica para que tengan impacto. Deberían ser coordinadas junto con la CSS y grupos cívicos.

Para las JAPAS se realiza análisis de las áreas que presentan un listado con más pacientes con paridad satisfecha, Debe tomarse en cuenta que la instalación sede de la gira cuenta con las adecuaciones y requisitos para los a carros quirúrgicos. Participa el Equipo Local y Regional.

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?*

Cada Distrito debe contar con un Policentro o MINSA –CAPSI, que serviría como centro de referencia para ese Distrito. Así se da mayor respuesta a la comunidad. De requerir otro servicio se referiría al segundo Nivel de atención. Para ampliar la cobertura se debe incluir Ginecología, Psicología, Nutrición y Educador para la salud.

Los servicios intermedios que se requerirían son: electrocardiograma, ultrasonidos ginecológicos, espirómetros, Laboratorio y Rayos X.

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

R. El equipo de salud, debe estar sensibilizados en este aspecto y trabajar en equipo para identificar las oportunidades perdidas, y realizar la intervención de manera inmediata. Las giras integrales son una estrategia para búsqueda de oportunidades perdidas como inasistentes a los controles y vacunas.

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

La OE realiza un informe inicial cuando inicia el año contractual. Después un informe administrativo, informe técnico que incluye informe de producción cuatrimestral y anual.

7. *¿En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija?*

Existen reuniones mensuales con las autoridades y los grupos de OE para coordinar acciones e intercambiar información sobre vacunas, PAP, y vigilancia epidemiológica. El nivel regional realiza supervisiones de rondas para ver el cumplimiento del reglamento operativo.

Cada inicio de año contractual de gira la Región realiza una inducción para todos los grupos en cuanto a los programas y reglamento interno.

8. *¿Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado)?*

R. Con el Nivel privado hay intercambio de información sólo sobre vacunas y enfermedades de notificación obligatoria.

Con la Caja se intercambia información de cobertura de vacunas, enfermedades notificables, Tuberculosis, VIH, cuidados paliativos, muerte materna y PTMI.

9. *¿Se cuenta con un sistema de información único?*

No se cuenta con un sistema único de información único, CSS utiliza uno, MINSA utiliza el SIES y PAI además hemos iniciado el SEIS.

Cuadro No.14

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
Periodos					
2014	100	61	39%	ND	
2015	100	68	32%	ND	
2016	100	90	30%	ND	
Género					
Hombre	ND				
Mujeres	ND				
Base Poblacional					
Niños (menores de 1 años)	ND				
Niños de 1 a 4 años	ND				
Personas de 5 a 9 años	ND				
Personas de 10 a 14 años	ND				
Personas de 15 a 19 años	ND				
Personas de 20 a 59 años	ND				
personas de 60 a 64 años	ND				
Adultos mayores (65 años y más)	ND				
Zonas Geográficas					
Urbana	ND				
Rural	ND				
Pertenencia Étnica					
Blanco	ND				
Indígenas	ND				
Afro-descendientes	ND				
Mestizo	ND				
Otros					

FUENTE(S):

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

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

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

Funciones Organizaciones	Rectoría		Funcionamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno Central	No	No	No	No	No
Min. Salud	Si	Si	Si	Si	Si
Min. Justicia	No	No	No	No	No
Fuerzas Armadas	No	No	No	No	No
Otros	No	No	No	No	No
Instituciones de Seguro Social	Si	Si	Si	Si	Si
Gobierno regional (provincial)	No	No	No	No	No
Gobierno local (Distrito, Corregimiento)	No	No	No	No	NO
Aseguradoras privadas	No	No	No	Si	Si
Sin Lucro	No	No	No	Si	Si
Con lucro	No	No	No	Si	Si
Proveedores privados	Si	Si	Si	Si	Si
Sin lucro	Si	Si	Si	Si	Si
Con lucro	Si	Si	Si	Si	Si

FUENTE(S):

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

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

R. Si se ejerce la rectoría y si se cumplen y vigilan las FESP, las de conducción y las de armonización de la provisión de los servicios de salud?

- a. Conducción: Primeramente divulgando las Políticas de Salud en este mismo sector, luego a las autoridades en los el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal.

Fomentando la participación comunitaria, organizando y capacitando Juntas de Agua, Comités de Salud, Grupos de la tercera edad, Auditores Sociales.

Realizando coordinación intersectorial para realizar y actualizar los Análisis de situación de Salud y estrategias para el beneficio de la comunidad como el EGI_DENGUE, censo de Salud preventiva, Atención a los caminantes en la Zafra de Café.

Participando en reuniones y formando parte de Redes como INAMU, COPPAMI.

Se reúne regularmente la Comisión Técnica Sectorial Binacional de Salud (CTBS-S) entre Panamá y Costa Rica para garantizar la salud del área fronteriza.

- b. Regulación: La Región ejerce esta función velando por que se cumplan con la normativa del código Sanitario Internacional y todas las normas de los sitios de interés Sanitario. En las reuniones de CTBS-S, se tratan temas para la vigilancia sanitaria de ambos países y se buscan estrategias para armonizar las normativas de ambos países.

Vigilancia y supervisión de las farmacias y casa farmacéuticas.

- c. Armonización de la provisión: Se realizan supervisiones programa de extensión de cobertura en su modalidad de Organización extra institucional y la red fija, garantizando la cobertura a comunidades alejadas o vulnerables.

Se garantiza la calidad de la atención por medio de auditoría de expedientes y encuestas de calidad a las instalaciones de Salud y Hospitales, y a la extensión de cobertura por medio de auditoría sociales.

- d. Cumplimiento de las FESP: Se enfoca principalmente en la Vigilancia de la Salud, por el Departamento de Salud Pública y la sección de Epidemiología por medio de la vigilancia Sanitaria por las unidades de Zoonosis, Protección de Alimentos, Saneamiento ambiental y vectores.

- Vigilancia de Enfermedades notificables, estudio de brotes. Llenando la base SIGVIG.
- Seguimiento de tendencias, evaluación y análisis de la situación: Se realizó el ASIS 2014, y este año 2017 hemos hecho la actualización.

- Se estudia el perfil epidemiológico por parte de diferentes departamentos y coordinaciones junto con la Dirección médica.
- Promoción de la Salud y participación ciudadana: El departamento de Promoción de la Salud realiza planes de promoción de la salud tomando en cuenta la participación de comités de salud y ligas, se forman comités de Salud y Juntas de Aguas en coordinación con asesoría legal y Departamento de Agua potable.
- La Gestión y planificación: El departamento de Planificación en conjunto con Departamento de Administración y finanzas y la sección de presupuesto y Recurso humano, se realiza mediante POA de las instalaciones y de la Región, se utiliza para el anteproyecto de presupuesto y Recurso humano. SE le da seguimiento al POA mediante la herramienta SIMEPLANS
- FESP 6: Se vigila el cumplimiento del cumplimiento del RSI y normas sanitarias.
- FESP 7: Se le da seguimiento a las leyes de gratuidad, se han realizado extensión de horarios hasta las 11pm en algunas instalaciones y 24h el MINSACAPSI de Volcán. Se hacen supervisiones a las FORIS y OE.
- FESP 8: Se realiza educación y capacitación al personal de salud, actualización en los programas.
- FESP 9: Se realizan auditorias de expedientes y encuesta de calidad.
- FESP 10: Se ha participado en investigaciones del Nivel Nacional como la GATS, Gasto de bolsillos entre otros. A nivel Regional no se han hecho investigaciones.
- FESP 11: Se cuenta con un plan de contingencia en Desastres.

2. *¿Se conoce la misión, visión, organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, de la CSS y del sector privado?*

Sí Cada institución conoce misión, visión, su organigrama y funciones de las unidades ejecutoras.

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

Se tienen siete departamentos con secciones bajo sus cargos, que consideramos son suficientes para el manejo de la región sin embargo hay secciones que no la respetan en la práctica y crean confusiones jerárquicas. Esto dificulta el funcionamiento efectivo del trabajo en equipo. Los directores

distritales y locales muchas veces desconocen intervenciones que algunas secciones realizan en su área de responsabilidad. Se requiere definir en el organigrama algunos programas que existen pero no se detalla a que departamento responde como Visión 20-20, oficina de Discapacidad y Atención a la población migrante y población indígena.

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

Creemos que el sistema regional y distrital funciona. Sin embargo, debe descentralizar los recursos y realizar una sectorización para cada instalación.

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

En este aspecto se ha avanzado muy poco o nada. No existe o puede haber descentralización efectiva en tanto no exista en el ámbito presupuestario y financiero. Los niveles regionales dependen de las inversiones y las compras del nivel nacional. No existe un presupuesto asignado por área o distrito sanitario lo cual dificulta, y hace lenta la gestión.

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 del patronato en caso de Chiriquí del Hospital José Domingo de Obaldía, como lo establece la Ley 12 de Enero de 2001, es de administrar, conservar y proteger las instalaciones del complejo hospitalario José Domingo De Obaldía y ofrece en este hospital los servicios de salud preventiva y curativa, rehabilitación , docencia e investigación.

Se vincula con el Nivel Nacional del cual recibe parte de su presupuesto y además debe cumplir con las Normas Sanitarias que estipula el MINSA.

El Minsa Regional forma parte del Patronato e interviene en la toma de decisiones.

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

Sí debe guardar relación con los procesos sanitarios, ya que es una función de la Autoridad Sanitaria.

Debe contemplar la sección ambiental, provisión de servicios a la población a y a los aspectos administrativos

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

Consideramos que la estructura como está es adecuada.

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

Sí. Se cuenta con el reglamento interno. Hay responsabilidad de aplicarlo por parte de los directores y administradores locales. También se cuenta con el apoyo de recursos humanos y de asesoría legal. Se aplica en el proceso de inducción y cuando hay que responder a las fallas.

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?*

La coordinación con la CSS se da en actividades de vigilancia epidemiológica, en el programa de paliativos, VIH/SIDA y para la coordinación de los censos de salud preventiva. Sin embargo, para otra información estadística hay mucha burocracia en la CSS se requiere pedir autorización a nivel nacional. Consideramos que la autorización debería ser a nivel regional y oportuna ya que el MINSA como autoridad rectora requiere de ambas informaciones para evaluar la cobertura real de los programas.

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

Fortalezas: Existe personal técnico capacitado y comprometido con la salud de la población además de alta sensibilización por atender personas no aseguradas y de escaso recurso. Debilidades: El personal administrativo es vulnerable a los cambios políticos. Los cargos de jefatura son políticos, no hay incentivos para directores de distritos ni coordinadores. Otra debilidad es el sistema de salud segmentado que no permite ver la salud global de la población.

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

NO. El modelo de gestión no ha cambiado en la región. El presupuesto centralizado y dependiente de las decisiones del MEF y la asamblea a pesar de la construcción del anteproyecto de presupuesto regional de acuerdo a las necesidades reales.

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

Sí. Responde a las necesidades regionales ya que cada uno de los ejes fortalecen la rectoría y la vigilancia de las FESP.

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

Sí guardan relación ya que al formular los Planes operativos se utilizan las políticas actuales 2016-2025 y cada actividad realizada corresponde a una línea de acción, a una política ya su respectivo eje. Además de contar con el componente de programación financiera.

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

A partir del año 2017, los POA son registrados en la herramienta SIMEPLANS por cada uno de los departamento y coordinaciones. Los monitoreos se realizan de forma trimestral. El planificador, los coordinadores Regionales, el director y subdirector regional lo monitorean. Todos tienen una clave de acceso a la herramienta.

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 sector salud se encuentra altamente burocratizado. Las principales decisiones, tanto en la CSS como en el MINSA se toman desde el nivel central. Pudiera ser sensato examinar las experiencias de otros pises que han descentralizado totalmente sus sistemas sanitarios, convirtiéndolos en autónomos por regiones, con presupuestos propios.

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

Las decisiones son tomadas por la dirección regional y el departamento de administración, recursos humanos y asesoría legal. También se toma en cuenta las opiniones de los coordinadores y jefes de departamento según sea el caso. Las decisiones se toman en base a varios criterios: El presupuesto asignado, el perfil epidemiológico de la región y son prioritarios los eventos de salud pública. También se toman en cuenta solicitudes de los gobernantes y de la sociedad civil en determinados casos.

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?*

El departamento de provisión de la Caja de seguro social realiza estas funciones en la CSS. El Departamento de Provisión del MINSA supervisa la provisión de los servicios en las Instalaciones del MINSA y de la FORIS y de la Organizaciones extra institucionales. A nivel privado MINSA no supervisa.

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

La Dirección Médica en conjunto con el Departamento de Planificación y provisión de los servicios realizan esta función, por medio del monitorea del POA que responden a las políticas.

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?*

14 de las 35 (40%) cuentan con tecnología informática, ya que cuentan con el SEIS, para la atención médica. Para los inventarios aún se realiza de manera Manual.

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)?*

Las instalaciones que cuentan con tecnología para la Gestión -Administrativa son: el Hospital Obaldía, Hosp. Dionicio Arrocha, Hospital Regional Rafael Hernández, La Sede Regional de CSS y MINSA.

Para la gestión clínica: Hospital Obaldía, Hosp. Dionicio Arrocha, Hospital Regional Rafael Hernández.

CSS: La Policlínica Gustavo a Ross, La Policlínica de Bugaba, de Boquete y nuevo vedado.

MINSA: Policentro de Puerto Armuelles., MINSA CAPSI de Volcán y Dolega, Centros de Salud: de Alanje, de San Mateo, Las Lomas, Barrio Bolívar, la Barriada San José, San Cristóbal, Las Lajas, San Félix y Boquete.

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)?*

En los hospitales se usa las estadísticas para construir y evaluar los indicadores hospitalarios. Se reúnen cada mes para evaluar el desempeño.

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

Sí. En Boquete, Río Sereno, Tolé, Barriada San José, Gualaca y Volcán se cuenta con espirómetro y EKG. La debilidad es que no se cuenta con un personal exclusivo que lo maneje.

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?*

CSS: Se evalúan informes de gestión de las áreas programáticas: Promoción de la salud, situación hospitalaria. Médico quirúrgico, urgencias Consulta externa y Ejecución Presupuestaria de todas las unidades ejecutoras, cada una y luego un consolidado.

Periodicidad: mensual, trimestral y anual. Participan todos los directores, administradores, planificadores y coordinadores de programas.

La toma de decisiones a nivel local se ve afectada por directrices del nivel central, aunque existe cierto nivel de toma de decisiones regionales establecidas en los planes locales. Financieramente se requiere la aprobación central.

MINSA: Análisis anual por distrito y región del diagnóstico de salud. Se realiza el diagnóstico anual por los Directores Distritales y cada Coordinador de Programa. Generalmente estos análisis se hacen por separado y la información es referida al nivel regional o central a solicitud. El ASIS en forma escrita y consolidada cada 5 años.

Hospital José Domingo de Obaldía: Se lleva un modelo de gestión estratégica. Incluye un diagnóstico anual y un plan estratégico quinquenal. Participan los jefes de departamento, divisiones, y Dirección Médica General.

2. ¿La planificación regional es participativa?

Sí lo es.

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

En la CSS participan las unidades ejecutoras y los coordinadores. Se efectúan un plan operativo anual.

En el HJDO se realiza un plan estratégico quinquenal y POA, Participan los jefes de departamento, divisiones, y Dirección Médica General.

MINSA: Se realiza de manera anual. Cada Instalación realiza su POA y departamento Regionales la utilizan para realizar su POA Regional, luego se consolida y se utiliza para la realización del anteproyecto de presupuesto. Ahora con la herramienta SIMEPLAN cada departamento introduce su POA, este se consolida de manera automática y cada departamento lo monitoriza.

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

Sí existe, estos procesos se facilitan mediante la anuencia de ambos directores regionales.

5. ¿Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

Sí se realizan.

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

Si se realiza sobre una base de un programa de trabajo que involucra principalmente reuniones..

7. *¿Cuáles son los elementos de este programa?*

Se programa las de reuniones de muerte materna, comisión para la prevención de la transmisión materno infantil de VIH y SIFILIS, en el programa de cuidados paliativos, para la programación de vacunas.

También existe programación conjunta entre las unidades de docencia para la rotación por los hospitales y unidades locales de enfermería, Médicos para el internado y residencias. También se realizan programación para los censos de salud preventiva.

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

HMIJDDO:

La población participa representada en el Patronato. Corresponde a Clubes cívicos y Cámara de comercio. Su participación se da en el momento de la validación o aprobación del Plan.

Para la CSS y el MINSA la población no participa en la planificación.

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

En el caso del Patronato del Hospital José Domingo de Obaldía la reunión es convocada por el presidente del mismo.

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?*

CSS:

Indicadores de gestión de los procesos anteriormente mencionados, contenidos en el plan, en un documento que se llama: Informe de Gestión (mensual, trimestral y anual). Existe la implementación del SIS que cuenta con un módulo de resultados Quickly View cualquier administrador tiene acceso a la información disponible a través de Presupuesto y Finanzas.

MINSA

A través del SIMEPLANS se realiza el monitoreo del POA Regional de manera trimestral y anual en donde se muestran los indicadores de resultados para las actividades. Esta evaluación es realizada por la dirección regional en conjunto con planificación y los coordinadores.

Hospital Obaldía

Se evalúan las metas anualmente. También los indicadores establecidos en el plan estratégico y operativo y a nivel presupuestario.

La evaluación es realizada por Planificación, Dirección General, Patronato, Comité de Gestión y dependiendo del tipo de análisis se convoca a los actores relacionados. No hay un análisis general presentado a todas las áreas. La información está disponible.

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

MINSA: Operativos Anuales. Plan quinquenal de proyecto.

CSS: Planes operativos.

HJDDO: Estratégico quinquenal y operativos anuales.

Sí tienen estrategias y rutas críticas definidas por el nivel central

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

CSS: No. Los planes vienen pre diseñados desde el nivel Central.

MINSA: Los POA se realizan con base en el plan nacional y aportan lo correspondiente al análisis regional y local.

HMIJDDO: Sí

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

Sí incluyen a otros sectores.

HMIJDDO: Entidades formadoras de recurso humano nacional e internacional a través de convenios; CSS, MINSA regional, Hogares y auspicios, MIDES, Hospitales privados y públicos. MEDUCA, MINISTERIO PUBLICO.

CSS: MINSA con los programas oficiales. Entidades encargadas de la formación de recursos humanos. Hospitales privados.

MINSA: CSS, MIDES, ONG, INAMU, Hospitales Cooperativos, Hospitales Privados, MEDUCA, MINISTERIO PUBLICO. Universidades Públicas y Privadas, SENIAF.

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

Si se conoce.

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

Se utiliza para el control de existencia y consumo por los departamentos de farmacia, odontología y laboratorio.

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?*

R. Los presupuestos de funcionamiento se realizan de manera planificadas con objetivos definidos y siguiendo las políticas de salud por medio de POA regional y además se calcula le presupuesto con respecto a la producción por servicios del año pasado para asignar presupuesto a cada instalación, por tanto, tiene un componente de planificación, pero también es histórico.

Principales componentes o grupos del presupuesto de funcionamiento:

Servicios personales:

- renglón 040- sobretiempo y pago de la contribución social

Servicios no personales:

- Servicios básicos y mantenimiento y reparación de edificios y equipos.

Materiales y suministros en donde se concentra la mayor parte del presupuesto

- Partidas de Insumo sanitarios

Máquinas y Equipos

Transferencias

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?*

Para este año 2017 el 49% del presupuesto total ha sido para atención a la población y 5% para la FESP.

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?*

CSS: 100% Directores médicos y administradores

MINSA. Compartida Director médico, presupuesto, REGES, administración.

HJDO: Director, presupuesto y administración

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?*

Actualmente no es una alternativa para la elaboración de presupuesto

Se debe definir los costos unitarios por centros de producción antes de establecer convenios de gestión que se utilice como insumo para el anteproyecto de presupuesto.

MINSA, HMIJDDO y CSS han realizado aproximaciones de costo unitario, pero se utilizan otras herramientas que se definen por el nivel nacional, sobre todo para el sistema de compensación entre MINSA y CSS.

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

HJDO NO

MINSA NO

CSS a nivel de atención primaria firmados por los directores médicos de todas las unidades

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

El presupuesto para Salud Pública se ha aumentado de 195,332 en 2016 a 227,820 en 2017, se han instaurado turnos para la vigilancia de puertos de entradas y aeropuertos, también se mantiene los turnos para la Zafra de Café en Paso Canoas y Renacimiento, así como de vigilancia sanitaria por DEPA, Saneamiento Ambiental y Zoonosis.

INCENTIVOS

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

Sí

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

HMIJDDO: Bono de Productividad / Desempeño (Médico, Técnico y Administrativo).

MINSA: Bono de productividad / Desempeño

CSS: Prima de Productividad con base en tareas extraordinarias. Bono de Productividad / Desempeño

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

No

HMIJDDO:

No se ha implementado un instrumento objetivo y adecuado para evaluar el desempeño del profesional médico. Enfermería cuenta con un instrumento, normado para el gremio, de evaluación de desempeño. El instrumento para evaluar el personal administrativo no es el de carrera administrativa y existe el de los bonos y el elaborado en el Hospital.

MINSA:

Enfermería cuenta con un instrumento, normado para el gremio, de evaluación de desempeño.

El instrumento implementado a nivel nacional para los gremios y administrativos del MINSA

CSS:

Tienen 4 instrumentos de evaluación de desempeño: Médicos, Técnicos y administrativos además del normado para Enfermería. Son instrumentos muy subjetivos y no evalúan todos los elementos de desempeño.

Hay instrumentos diferentes que se aplican a los médicos residentes e internos.

3. *¿Cuáles han sido introducidos?*

HMIJDDO, MINSA y CSS utilizan los instrumentos de evaluación aprobados por CONAGREPROTSA

4. *¿Para qué categorías de personal?*

Este instrumento es utilizado tanto para Administrativos como para técnicos.

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

No se aplican incentivos económicos por antigüedad, salvo los incrementos de la escala salarial gremial que no se considera un incentivo.

Productividad solo a través del bono de fin de año.

CSS implementó un sistema de incentivo anual Labor a la Excelencia 212 Grados, por Trabajo de Investigación, Labor Extraordinaria, entre otros, que incentivaba al personal por su relevancia. Incluía a todo el personal.

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

Actualmente el bono de productividad tiene parámetros generales y todos los funcionarios que cumplan con estos requisitos mínimos obtiene el bono. Consideramos que debe haber otros incentivos ligados a logros en programas o coberturas, y estos incentivos deben ir de la mano de una valoración objetiva.

Se propone incrementar incentivos de apoyo para investigación, becas de estudio, licencias con sueldo para estudios relacionados con el área de trabajo.

También se deben considerar incentivos a aquellos profesionales que laboran en áreas alejadas de la ciudad capital, no sólo de manera monetaria, sino que se podría brindar servicios básicos de manera gratuita, transporte gratuito y hospedaje para los que lo requieran.

Esta intervención es costo efectiva, ya que a Meritocracia incentivaba a los funcionarios, logra un compromiso mayor del recurso humano motivado, y por ende un mejor servicio a la comunidad.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

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

Las especificaciones técnicas se determina por medio de Criterio técnico, Ficha técnica, Registro sanitario y la evidencia científica del beneficio del insumo.

Las determina el técnico idóneo que maneja el insumo ya sea de laboratorio, farmacia, odontología y médico quirúrgico, los equipos biomédicos determina la Ingeniera biomédica de la Región.

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

Sí se lleva un inventario.

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

HMIJDDO: Se realiza a través de un software (SIHOGA) compuesto por diversos módulos y niveles de privilegio de usuario, que relaciona existencias, precios, proveedores y almacenes.

Funciona en la red interna del Hospital y permite el monitoreo por parte de los directivos.

MINSA: Se utiliza un Kardex para los insumos sanitarios, también se utiliza una plantilla de Excel, que incluye el consumo mensual, el inventario y para la existencia por instalación y en el almacén regional.

Esta plantilla la decidió el nivel Nacional la dirección de medicamentos e insumos sanitarios, la sección de logística.

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

Se lleva a cabo por medio del Sistema de Panamá Compras. A través de la Ley 22 de contrataciones públicas.

Limitaciones la introducción del sistema ISTMO sin previa capacitación del recurso humano. El sistema no estaba acorde en todos los términos y manejos del MINSA. El convenio marco es otra limitante ya que muchas veces la mercancía no es de calidad. Es frecuente encontrarse con actos desiertos por incumplimiento de requisitos establecidos por la norma. Los proveedores incumplen con la entrega del insumo y las multas son insignificantes. Estos procesos podrían mejorarse disminuyendo la burocracia del proceso, disminuyendo los tiempos de publicación, actos públicos, tiempo de recepción de la declaración y que estas licitaciones se lleven a cabo a nivel regional y no nacional.

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

No se conoce, la región no tiene competencia para realizar estas compras.

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

La ley de contrataciones públicas determina la forma para multar a los proveedores por incumplimiento en la entrega del bien o servicio los rangos oscilan desde 1% para compras menores, 3% para actos público y 4% para convenio marco.

Para efecto de sanciones, se notifica al proveedor a través de un proceso donde como primera sanción, se hace un llamado de atención, después conlleva una sanción de 3 meses y de incurrir en la falta, se hace una sanción definitiva por el tribunal administrativo de contrataciones públicas.

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

Si conocemos la existencia, se constituye por personal idóneo conocedor de un bien o servicio solicitado para recomendar la adjudicación de un acto público, previa corroboración de todo lo solicitado en el pliego de cargo.

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

Para todas las fuentes de financiamiento, se establecen en la orden de compra, la condición de pago en un término de 30 días hábiles a través de crédito. (Esto se debe a la entrada en vigencia del ISTMO para ambos fondos.

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?*

La empresa debe solicitar formalmente la destrucción de los productos ante la Dirección Nacional de Farmacia y Droga (Departamento de Auditoría de calidad a establecimientos Farmacéuticos), detallando los motivos de la destrucción descrito por la empresa fabricante, composición química de cada producto y nombre de la empresa que realizara el proceso de destrucción. para tal efecto la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas elaborara en formato electrónico el documento destinado para esta finalidad y en el mismo se detallarán los siguientes aspectos:

- Listado completo de los productos a destruir.
- Cantidades de cada insumo.
- Precios Unitarios
- Precios Globales
- Fechas de expiración
- Motivos para su disposición final
- Copia de la factura de importación
- Peso total de los productos a descartar en Kg.

Una vez completado el documento, el solicitante lo entregara a la dirección de Farmacia y Drogas en formato escrito con dos juegos de copias.

Adjuntar a la documentación anterior mencionada, el original con sello fresco de recibido, de la comunicación a la contraloría general de la Nación y la sección, oficina, o departamento auditorio interna de la empresa o institución

(Caja de Seguro Social y MINSA), sobre la intención de efectuar la destrucción de los productos no aptos para el uso y consumo humano.

En el caso de nuestra Región los mecanismos no son efectivos ya que la empresa cotizante ofrece el servicio por un alto costo que la región no ha podido afrontar. Se mejoraría con la instalación de un incinerador a nivel regional que brinde el servicio a las diferentes instalaciones.

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

No se usa el LSS/SUMA, se realiza un proceso manual de verificación de fechas de expiración de todos los insumos sanitarios. El sistema ISTMO no se ha podido implementar en el ARIS.

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?

El Nivel Regional manda informes al Nivel nacional sobre el abastecimiento a 6 meses, 3 meses y 0 meses. El nivel Nacional realiza compras anuales.

Abastecimiento del Nivel Nacional al Regional:

- Las entregas son bimensuales
- Entregas en sitio por parte del proveedor
- Alquiler de servicio de transporte
- Entregas extraordinarias

Limitantes:

- Espacio físico
- Condiciones adecuadas de almacenamiento
- Entregas totales de las compras
- En Panamá la Región cuenta con gran cantidad de mercancía que no pueden entregarnos la por falta de vehículo
- La Región de Chiriquí no tiene vehículos para buscar su mercancía
- No contamos con suficiente personal almacenista que colabore en la función de asignación y distribución de medicamentos

Abastecimiento del Nivel Regional al Nivel Local

El Nivel Local realiza informe de abastecimientos a los coordinadores regionales, estos lo consolidan y envían el informe a la ARIS, las entregas se realiza de forma bimensual y también se hacen entregas por urgencias

Limitantes

- Espacio físico
- Transporte inadecuado
- Muchas veces el trabajo de entregas se atrasa por demoras en el proceso administrativo.

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

Se requiere una nota de solicitud del insumo, el director regional aprueba el traspaso y se realiza un documento de traspaso de insumos.

Consideramos que esto se realiza de manera efectiva y sin obstáculos.

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?*

Si se consideran, a pesar de que las compras de insumos sanitarios son a Nivel Central, la región hace traslados de partidas para la compra de insumos. Hemos aplicado esto cuando se agota insumos, para colaborar con el programa Barrio Seguro, para los censos de salud preventiva, atención a los migrantes cubanos, inundaciones.

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

Las estimaciones se hacen tomando en cuenta:

- Los informe de consumo de las instalaciones
- Los consumos históricos
- Las 10 principales morbilidades
- Perfil de la población

15. *¿Cómo se registra la información de consumo?*

Esta se registra en los informes diarios para hacer un consolidado mensual y se pasa al informe de SIAL. Todos hace de forma manual

16. *¿Conoce las modalidades de compra?*

Sí, se mencionan a continuación: catálogo de convenio Marco, por la ley 22 de contrataciones públicas, las modalidades son las siguientes:

Compras menores: compras hasta un monto de mil dólares, esta debe tener un mínimo de una cotización, de 2 mil a 3mil debe llevar un mínimo de 2 cotizaciones.

Acto público: 3,001 a 30 mil se colocan en el portal de panamá compras.

Licitación pública: compras mayores de 30 mil.

A partir de 2018 por medio de la ley 61 del 29 de septiembre de 2017, las licitaciones públicas serán a partir de 50,001.00

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

Si, este constituye una herramienta que permite una descripción actualizada y precisa de las actividades que se desarrollan en los almacenes de medicamentos e insumos sanitarios, favorece la ejecución correcta y oportuna de los procesos operacionales.

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

Sí, sean presentados perfiles para el mejoramiento del almacén regional de Chiriquí. Actualmente se está cambiando el techo del almacén.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

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

Si se disponen de sistema de información como los son el SIES que se utiliza en el MINSA y consolida las estadísticas de la morbilidad y las actividades realizadas en la región, el PAI que consolida las vacunas de todas las instituciones.

Sistemas Vigilancia contamos con el SIVIG para notificables y TBC.

Se ha implementado el SIMEPLANS para el monitoreo de actividades y el presupuesto.

El Istmo nos brinda información de la ejecución presupuestaria, facturación para salidas y entradas en compras locales.

SIAL: para inventario y consumo

Son confiables, pero no siempre oportunos por falta de recurso humano para la digitalización de la información, en el caso del SIVIG si es oportuno.

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

Sí se utiliza, en la parte regional si se utiliza para la toma de decisiones y para presentar los avances al nivel regional y nacional, pero aún falta más empoderamiento en el análisis por el nivel local. Se les capacita anualmente

por algunas coordinaciones para que tengan las herramientas para el análisis de coberturas e indicadores de salud, para lograr este empoderamiento.

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

En el caso de SIES y PAI, se realiza una evaluación mensual en busca de inconsistencia de manera Distrital y Regional para garantizar la calidad de la información. No se aplica auditoría 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?*

Los coordinadores de los programas son los que más analizan la información. El departamento de REGES le proporciona las estadísticas y los coordinadores se reúnen y realizan informes de los principales indicadores. No es oportuno ya que por escasos de recurso humano y una gran cantidad de instalaciones la digitación de la información está rezagada usualmente por 3 meses.

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

En el caso del programa de niñez y adolescencia y salud sexual y reproductiva las normas revisadas a nivel nacional dictaminan como debe presentarse la información y los indicadores a evaluar y con quienes se debe compartir esta información.

En el caso de salud de adulto no está normado.

Para el monitoreo de la enfermedad renal si existe una matriz unificada tanto para el nivel local como regional.

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

Mediante una nota a la Dirección Médica informando para qué y cómo se usará la información, de ser aprobada se remite a REGES o al Departamento correspondiente.

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

Si se contemplan los centros de producción y si responden a las necesidades de la instalación.

Los centros de producción son: Medicina General, Medicina especializada, servicios de apoyo al diagnóstico, programa preventivo.

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

Contamos con sistema de información paralelos Caja utiliza uno y MINSA otro y en muchos casos la información de la Caja no llega al MINSA

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas (2.2 X 1000 HAB)	1036			
• Hospital Regional			343	
• Hospital Dionisio Arrocha			119	
• Policlínica Gustavo A. Ross			4	
• Policlínica de Bugaba			28	
• Policlínica de Boquete			3	
• Policlínica de Divalá			1	
• MINSA CAPSI de Volcán		16		
• Centro de Salud Materno Infantil de Tolé		5		
• Centro de Salud Materno Infantil de Sereno		5		
• Hospital José Domingo de Obaldía		415		
• Hospital Chiriquí		57		
• Hospital Mae Lewis		23		
• Clínica Hospital <u>Cattan</u>		10		
• Hospital Cooperativo		7		
No. de servicios de imagenología				
• No. De Ultrasonidos	34	9	10	15
• No. De Rayos X	18	2	11	5
• No. De Panorex	6	6	ND	<u>nd</u>
• No. De Periapical	8	4	ND	4
• No. De CAT	3	0	1	2
• No. De Mamógrafos	10	2	6	2
• No. De Equipos de resonancias magnéticas	2	0	0	2
No. de Laboratorios Clínicos	60	12	8	40
No. de Bancos de Sangre	5	1	2	2
No. de Farmacias	166	37	17	112
No. de Sillones Dentales	69	43	Nd	26
Completos		2		
Incompletos				

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

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

1. *Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?*

En el MINSA los informes son enviados por tele radiología al HST y son interpretados. En la CSS el radiólogo interpreta y es entregado en un lapso de un mes.

2. *Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?*

CSS: Se mantiene ventanillas para la atención y entrega de los resultados.
MINSA: Los resultados son entregados de inmediato si no requiere de interpretación y son entregados por la secretaria.

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

2.5% del fondo de trabajo es destinado al mantenimiento y reparación.

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

El personal está constituido por un total de 15 funcionarios de los cuales 10 son por experiencia y 5 idóneos.

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

El monto para 2017 fue 35,997 dólares (0.8% del presupuesto). Las compras de equipo están centralizadas.

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

Como no se cuenta con suficiente presupuesto para compra de equipos se debe priorizar tomando en cuenta la producción de las instalaciones y el perfil de morbilidad de la población, proveyendo de equipos prioritarios como autoclaves, nebulizadores.

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?*

Si existe un Convenio de Compensación de Costos, por la prestación de Servicios de Salud entre MINSA y la CSS, desde el año 1998, el cual incluye todas las instalaciones de salud de la red de servicios del MINSA como de la CSS, del interior del país.

Este Convenio se negocia a Nivel de la SEDE, por lo general se actualiza anualmente, a veces bianual, hasta trianual. Contiene una Cartera o Listado de Servicios con sus respectivos costos, que es lo que propiamente se compensan las instituciones.

La base de la Compensación es la producción estadística que cada centro de producción genera y que mensualmente es remitida a las Unidades de Estadística de la Región y esta a su vez la remite a la Unidad de Estadística Sede, y esta al Departamento de Costos Sede para su consolidado.

Desde que se inició con este proceso de compensación solo en una oportunidad se ha dado efectivamente la compensación a favor del MINSA-año 2001 (se compensaron tres años a favor del MINSA 1999, 2000 Y 2001).

Posterior a esto aunque se sigue brindando los servicios a la población asegurada año tras año no se ha recibido ningún pago de esta compensación.

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

Actualmente se dan diversos análisis:

- Se puede analizar Los Servicios brindados a la población Total de la región, por distrito, por instalación. Del total cuando se le brinda a la población asegurada y a lo no asegurada.
- Conocer cuándo del gasto en que incurren nuestras instalaciones corresponde a la población asegurada y no asegurada.
- Utilizando una metodología de Costo, podemos conocer el costo promedio de los servicios que se brindan, se puede conocer el gasto total en que incurre una instalación de salud, desglosando este gasto según rubros. Cuando en salarios, medicamentos, médicos quirúrgicos, etc.
- Aplicando esta misma metodología de costo para las diversas instalaciones de salud de la Región, podemos evaluar el rendimiento y

efectividad de nuestras instalaciones de salud, que cuentan con prácticamente los mismos recursos.

- Estos resultados nos permiten proyectar los presupuestos requeridos para periodos futuros., la necesidad de más recursos, etc.
- Ala fecha esta unidad no toma decisiones sobre los resultados. Una vez se tiene la información se le suministra a los Administradores y/o Directivos, más no sabemos de su interpretación o decisiones al respecto. Nunca nos preguntan nada.

3. *¿Qué aspectos de la atención sanitaria determinan sus costos? como 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?*

Dependiendo del nivel de atención: El primario brinda una atención preventiva y curativa básica, sin embargo, consideramos que en la medida que nuestras instalaciones cuenten con los servicios de diagnósticos y tratamiento esenciales como los laboratorios y la radiología, terapia física, farmacias, se evitaría en gran medida la duplicidad de los servicios. Un paciente que requiere la atención en un nivel primario, si no es de control de salud, tiene que referirse a un hospital donde nuevamente lo ve un profesional y le hacen los exámenes pertinentes para poder diagnosticarlo efectivamente, considero que allí se duplica la atención.

4. *¿Las tarifas establecidas responden a los costos reales? ¿sobre qué bases se estiman?, como deben ajustarse?*

Las Tarifas representan un costo simbólico, subsidiado por el estado, que no necesariamente obedecen a una política financiera. Es variable para cada instalación de salud, datan de muchos años atrás. Si bien es cierto cada Director de estas instalaciones de Salud podría ajustarla de acuerdo a los costos reales según los recursos invertidos, esta es una decisión un tanto difícil, ya que nuestro objetivo como entidades públicas es ofertar los servicios a la población para mantenerlos sanos; y a nuestras instalaciones acuden pacientes de diversas condiciones económicas, hay quienes no pueden pagar nada. Además, la Constitución indica que no podemos discriminar a nadie por su condición, en este sentido incrementar estas tarifas afecta a una gran parte de la población más vulnerable. Lo ideal y considerando las nuevas tendencias internacionales es no cobrar. Siendo Objetivos de acuerdo a nuestra Capacidades de respuesta, haciendo un análisis Socioeconómico por distrito.

5. *¿cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costos?*

A nuestro juicio, la duplicidad de los servicios afecta la calidad de atención que se le dé a la población, considerando los escasos recursos, entre más demanda menos calidad para el paciente, menor eficacia y eficiencia para nuestros profesionales y entidades, ya que los recursos asignados no son suficientes, y la población buscando respuesta duplica la demanda afectando aún más los resultados

FUENTES DE FINANCIACION

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

No contamos con esta información a nivel regional

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

No contamos con esta información a nivel regional. A nivel nacional en 2014 fue 8%.

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

Aproximadamente el 80% de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público.

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

En el caso de nuestra provincia el fondo de autogestión se utiliza básicamente para la compra de insumos sanitarios para el año 2017 fue 535,911.13 dólares

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

La función del Patronato en el HJDO se concentra en la vigilancia de la ejecución de los fondos, aportan financieramente para actividades internas del Hospital. Los servicios hospitalarios son a través de los fondos del estado.

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

En las instalaciones del MINSA los asegurados no pagan y los no asegurados deben pagar los servicios según el costo estipulado sin embargo si no cuenta con el recurso o hace arreglo de pago o se exonera.

En la CSS los asegurados no pagan y los no asegurados deben pagar la tarifa según el convenio de costo, se le pregunta 3 veces si cuenta con recursos para pagar y si responde que no, no se le cobra y el pago es a través de la compensación de costo CSS- MINSA

7. *¿Cómo funciona el sistema de evaluación socioeconómica? ¿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?*

En la CSS todo no asegurado tiene que pagar, si no cuenta con el recurso, pasa a evaluación socioeconómica donde está la trabajadora social, evalúa la situación y el monto pasa a la compensación de costos.

En el MINSA los asegurados no pagan y pasan a costo paciente donde se registra el gasto y esto va al informe de compensación. El no asegurado debe pagar, pero si no cuenta con recurso en los lugares que se cuenta con Trabajadora social ella los evalúa y hace un arreglo de pago o se exonera. Si no existe trabajadora social el director médico o el médico tratante evalúa si se le exonera el monto.

Esto no permite la recuperación de los costos de los insumos es una tarifa subsidiada. Si se conoce la diferencia, costo es el monto o precio que la institución obtiene los insumos y tarifas es el precio que se le ofrece al usuario.

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

El presupuesto no es afectado, ya que esa población fue estipulada en el presupuesto y para el pedido de insumos. Se está invirtiendo en la salud de población con alta vulnerabilidad social y en indicadores que traducen la situación de inequidad social del país. Estas medidas de gratuidad son impostergables e insustituibles, no van a empobrecer al país ni a quebrar las finanzas estatales.

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

La región de Chiriquí tiene actualmente un aseguramiento que ronda el 83.6% entre cotizantes directos y beneficiarios. Consideramos que debe comenzar por subsidiar el 16.4% de la población que no está cubierta por la seguridad social. Algunas opiniones giran en torno a dos temas fundamentales, uno es que el per cápita que el estado pague por los no asegurados debe ser igual al per cápita que la CSS paga por la atención de los asegurados, y dos, que se debe pagar una adicional por la población beneficiaria ya que esta constituye más del 50% de la población asegurada y representa un gasto muy grande para la seguridad social.

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

La protección social en salud, traducida como aseguramiento universal, complementado con una atención sanitaria efectiva y eficiente en tiempo y espacio, si se convierte en garante de equidad en salud. Concluimos que no deben existir asegurados y no asegurados, no debemos pasar de este quinquenio en que toda la población panameña cuente con un aseguramiento real en salud, complementado entre el régimen de seguro social y el de los impuestos generales

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

No hemos recibido donaciones financieras en estos 2 últimos años. No es problema ya que las donaciones llegan a la región a través de la CUT y luego pueden ser utilizadas.

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

En la región no se han recibido directamente aportes técnicos financieros de organismos internacionales, este beneficio se maneja a nivel Nacional. De la empresa privada las donaciones han sido en insumos no en dinero. La Clínica CLAM ha recibido aportes técnicos por parte de Universidad del Valle de Guatemala (prevención del VIH en población PEMAR).

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

No. Las tarifas no facilitan la sobre utilización, consideramos se sobre utiliza por la falta de concienciación de la población, la falta de orientación del personal de salud hacia la población y la falta de control por no tener un sistema de información unificado. Estas no limitan la eficiencia del sistema.

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

Esta información existe, es confiable para el nivel nacional, mas no para el nivel regional.

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

No, el presupuesto asignado es muy limitando y contamos con una gran cantidad de instalaciones de salud 35 centros de salud.

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).*

Bien, este es un proceso complejo que inicia por el propio órgano ejecutivo, la asamblea de diputados, el ministro de salud y director de la CSS, el MEF, la Contraloría General de la República. A nivel local, una vez asignados los presupuestos, existe un nivel gerencial regional, tanto de la CSS como del MINSA que ejecutan los presupuestos, de acuerdo con planes operativos anuales.

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

Sí. El MINSA por intermedio de diversas dependencias de la institución tiene convenio con entidades internacionales, verbigracia.

El Departamento de Agua Potable (DISAPAS) mantiene un convenio con el Banco Mundial en el cual este suministra los fondos para el desarrollo de proyectos, con la ayuda y el manejo de una entidad fiduciaria, tal es el caso de LAFISE, quien administra y suministra los fondos, el MINSA supervisa los

proyectos y rinde los informes respectivos para que se realicen los desembolsos pertinentes y necesarios.

De igual forma el PMEFSS por parte del MINSA recibe fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el desarrollo de sus programas, previo el informe respectivo para que se realicen los desembolsos.

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)?*

- Unificación de los dos subsistemas públicos de salud.
- La convergencia de esfuerzos, recursos y actividades en estrategias comunes aunque sean diferentes entidades e instituciones.
- Protección social en salud, un real aseguramiento en salud.
- Delimitar la red de servicios por territorio de acuerdo a las dos entidades.
- Considerar las áreas de mayor población: David, Bugaba, y las áreas donde no existe uno de los dos subsistemas etc.

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

1. Parte de una propuesta nacional para fortalecer la atención de promoción y prevención como estrategia y fortalece el nivel de atención primaria fundamental.
2. Que presente aportes significativos para la sociedad y el país.
3. Necesidad sentida por la comunidad
4. Mejoramiento del ambiente y áreas de trabajo
5. Aumento de cobertura
6. Seguridad y mantenimiento adecuado de la infraestructura.
7. Sistema en óptimas condiciones.
8. Decisión política.

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

Muchas veces el recurso es limitado para el MINSA Nacional y aún a pesar de que los perfiles fueron realizados de forma completa y aprobados en el banco de proyectos no existe el presupuesto para su aprobación a nivel regional.

La otra limitante es una vez aprobado la demora de los trámites administrativos hacen que no se ejecuten los proyectos.

Que el perfil no cuente con los requisitos para su aprobación.

Una vez completada la información en el Banco de Proyectos, la Institución Responsable enviará la misma – a través del Banco de Proyectos – para la consideración de la DPI.

Los que se consideran dificultan para su desarrollo son los proyectos nuevos que muchas veces aunque se incluyan en el banco de proyectos no contarán con presupuesto por el simple hecho de ser proyectos nuevos. Se busca priorizar proyectos de continuidad hasta optimizar la instalación.

4. *¿De los proyectos de inversión del año 2017 y los proyectados para el 2018, 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?*

Los proyectos de inversión 2017 y 2018 están dirigidos a las mejoras infraestructura de la red del MINSA. El mismo fue realizado en conjunto con los actores regionales del MINSA.

Como red integrada no se ha realizado. Con ello se busca fortalecer la estrategia de atención primaria.

5. *Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.*

Sí existen.

Si es si, comente cuales:

Universidad del Valle de Guatemala (prevención del VIH en población PEMAR). No es un proyecto de infraestructura.

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

Sí se cuenta.

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

Se cuenta con un Plan Quinquenal actualizado y evaluado por el Nivel Nacional y por el MEF. No se ha realizado como red integrada.

El Plan es revisado constantemente en conjunto con la DIS. Los principales componentes son código SINIP, si cuenta con partida, costo total del proyecto. Si es nuevo o de continuidad. Por año se realizan los perfiles y se incluyen en el banco de proyectos del MEF. Y aunque fueran aprobados por el MEF el problema es la partida presupuestaria que muchas veces no existe.

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

Sí debe ser revisado.

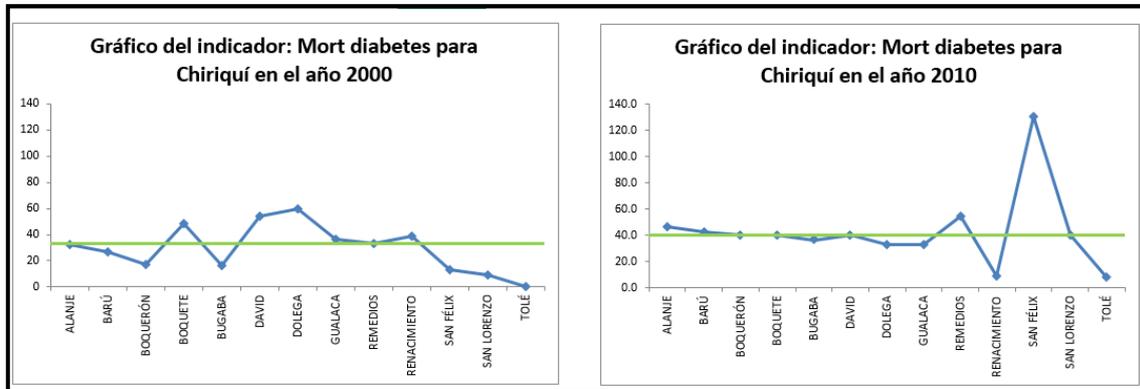
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Las necesidades surgen constantemente lo que hace necesario su revisión. Y también por decisión política. Se requiere de una participación conjunta para la elaboración de proyectos que conlleven al mejoramiento y no así duplicidad.

El mismo es realizado por cada institución. No se realiza de forma conjunta.

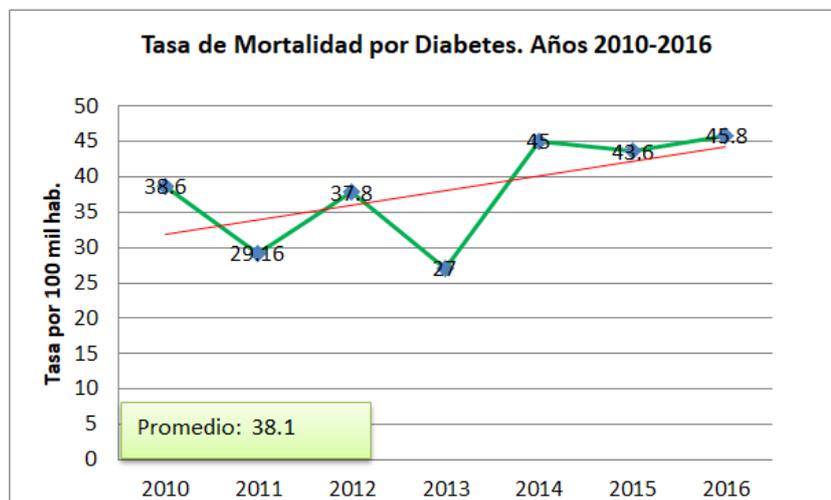
ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES

TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES



Fuente: INEC Panamá

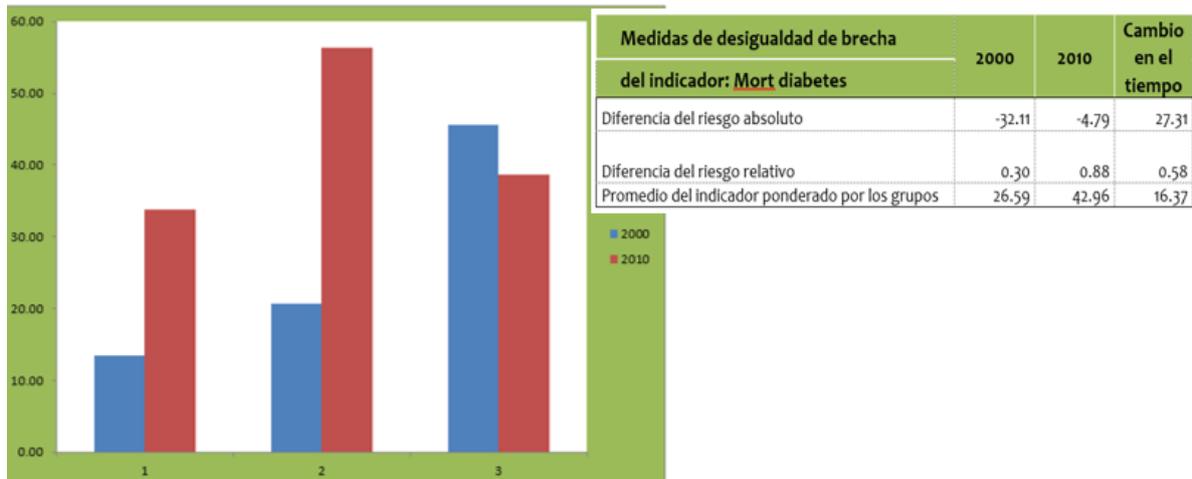
Para el año 2000, la tasa promedio de muerte por diabetes fue 33 por 100 mil hab., se puede observar que los distritos con mayor Tasa de Mortalidad fueron: Boquete, David y Dolega, aquellos con menor Tasa de Mortalidad fueron: San Félix, San Lorenzo y Tolé (distritos del Oriente Chiricano). Para el año 2010 la tasa promedio ascendió a 38.6 por 100 mil hab. y los distritos con mayor tasa de mortalidad fueron San Félix, con una tasa 3 veces por arriba de la cifra promedio, y Remedios. Los distritos con menor tasa fueron Renacimiento y Tolé con tasas por debajo de 20.



Fuente: INEC Panamá.

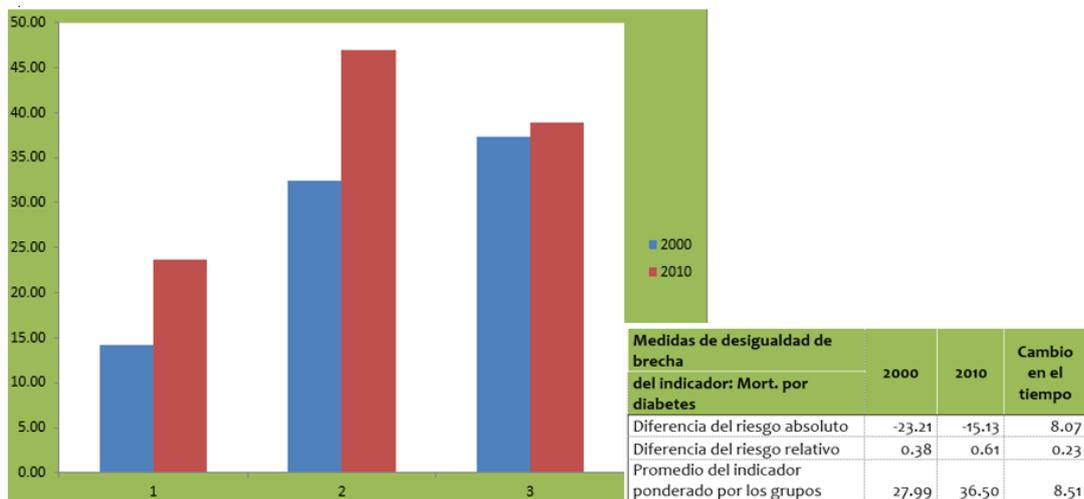
Por otro lado, al analizar la tendencia de los años 2010 a 2016 en la provincia, se observa que está en incremento la Tasa de Mortalidad por esta causa.

DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO



Al analizar la Tasa de Mortalidad por diabetes por ingreso, podemos observar que para el año 2000 el grupo de mejor ingreso fue el más afectado con una diferencia del riesgo absoluto de -32.11 (Barú, Dolega, Boquete y David). Para el año 2010 el grupo de mediano ingreso es el más afectado seguido del mejor ingreso. La brecha entre el peor ingreso y mejor ingreso disminuyó a -4.79 para este año, tanto los distritos más ricos como los más pobres se mueren casi en igual proporción por esta enfermedad.

DESIGUALDAD SEGÚN ANALFABETISMO



Cuando realizamos el análisis por analfabetismo, tenemos como resultado que para ambos años la Tasa de Mortalidad por diabetes, es superior en el último tercil de menor analfabetismo (Bugaba, Barú Dolega Y David en 2000 y 2010), con brechas similares para ambos años -23.21 y -15.13 respectivamente.

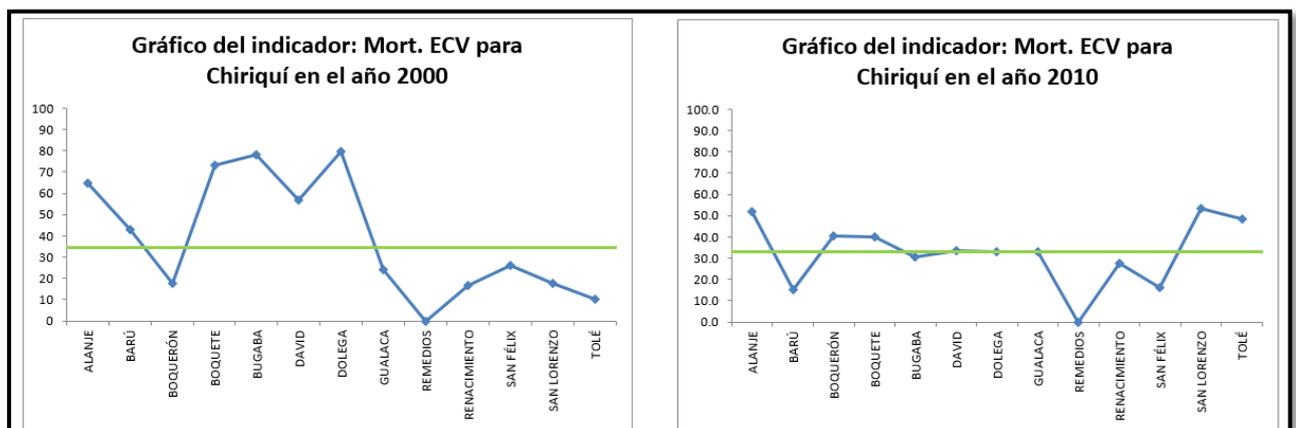
ANÁLISIS

La Tasa de Mortalidad por diabetes va en aumento a través de los años con una tasa promedio de 38.1.

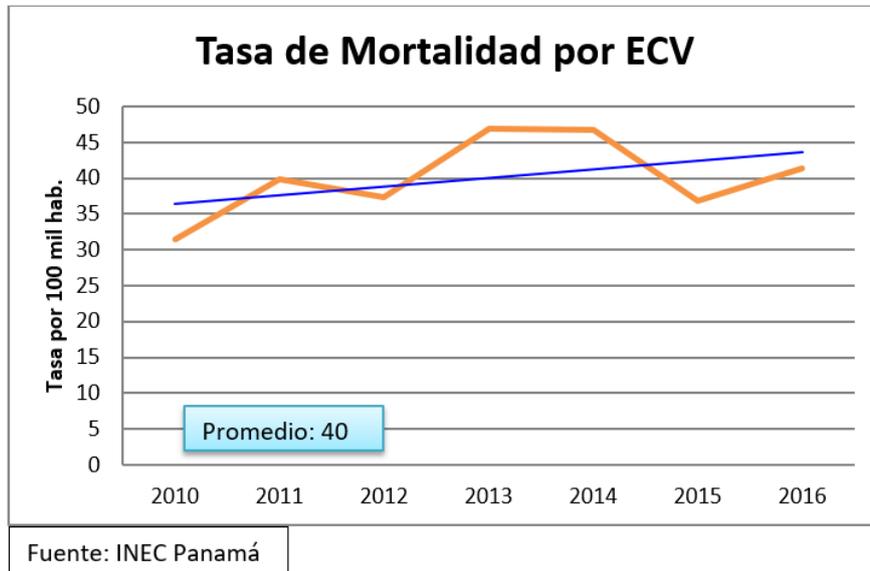
Al observar los resultados de los análisis de desigualdad por ingreso y por analfabetismo, observamos que en el año 2000, los distritos con mayor alfabetismo y mayores ingresos eran más afectados, para el 2010 en la desigualdad por ingreso, la brecha disminuyó de -32.11 a -4.79 y por analfabetismo la brecha disminuyó de -23.21 a -15.13. Esto puede tener su explicación en que los Distritos con mejor ingreso y más alfabetismo tienen más acceso a restaurantes de comida rápida rica en azúcares, también sus pobladores son más sedentarios por poseer trabajos de oficina y mejores medios de transporte, por otro lado en estos distritos contamos con bolsones desprotegidos en el caso de David, lugar como Pedregal, los Abanicos, Villa Escondida cuyos moradores son de clase media y baja, y no tiene acceso, ya sea por transporte o por dinero, a un control de salud o a medicamentos.

Habría que explorar factores que no permiten un buen control metabólico como la calidad de medicación, la forma de la toma, la técnica de colocación de insulina, la orientación e indicaciones por parte del médico tratante que en ocasiones ya sea por carecer de tiempo, por la gran cantidad de demanda no le explica de manera adecuada al paciente. El cambio a un de estilo de vida saludable (actividad física, no fumar), y una dieta adecuada también es un factor en cual debemos incidir sin embargo en la red del MINSA contamos con una limitada cantidad de nutricionistas para que apoyen este pilar. Otro factor que incide es la aceptación de la enfermedad, la depresión y el apoyo familiar que si no es adecuada lleva a una pobre adherencia al tratamiento.

TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

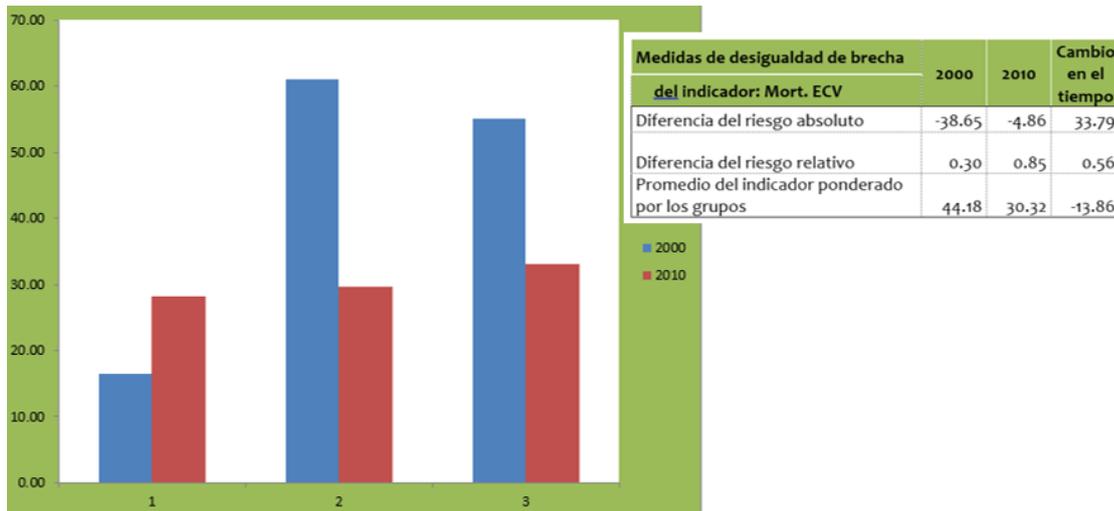


Para el indicador de mortalidad por ECV observamos que en el año 2000 los distritos más afectados fueron Alanje, Boquete, Bugaba, Dolega y los menos afectados fueron Remedios, Boquerón, Renacimiento, San Lorenzo y Tolé con un promedio de la Tasa de 34. En el año 2010 el promedio de la Tasa fue 33 y los distritos con Tasas más elevadas fueron Alanje, San Lorenzo y Tolé; aquellos con Tasas menores fueron Remedio y Barú.

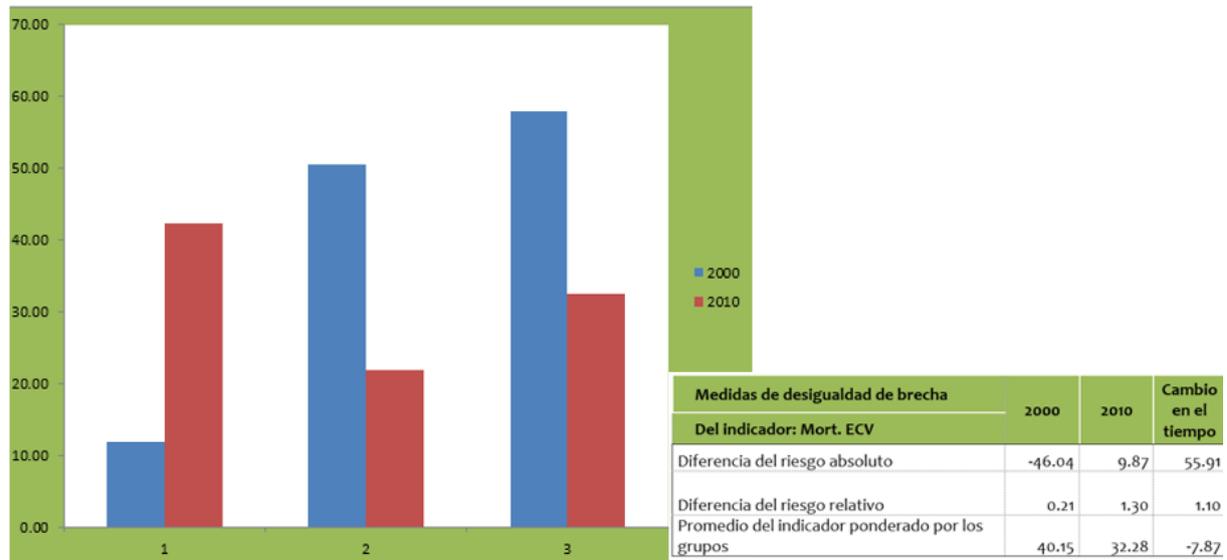


Al observar la tendencia de la Tasa de Mortalidad por ECV a través de los años vemos que está en aumento. Y con un promedio Provincial de 40 x 100,000 hab.

DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO



Al analizar la Tasa de Mortalidad por ECV con respecto al ingreso, podemos observar que para el año 2000 el grupo de mejor ingreso fue el más afectado con una diferencia del riesgo absoluto de -38.65 (Barú, Dolega, Boquete y David). Para el año 2010 el grupo de mejor ingreso también fue el más afectado, pero con disminución de la brecha a -4.86.

DESIGUALDAD SEGÚN ANALFABETISMO

Cuando analizamos la desigualdad por analfabetismo, vemos como resultado que para el año 2000, los distritos más alfabetas (Bugaba, Dolega, David), mueren más de ECV que los menos alfabetas con una brecha de -46.04. En el año 2010 se observa una inversión de los resultados, el primer tercil de peor analfabetismo (Tolé, Renacimiento, San Lorenzo y Alanje), moría más por Eventos cerebrovasculares, pero con una brecha de 9.87.

ANÁLISIS

En cuanto a la Tasa de Mortalidad por ECV podemos observar que está en incremento a lo largo de los años. Al realizar el análisis de la desigualdad por ingreso se evidencia que la tasa más elevada se encuentra en los Distritos de Mayor Ingreso para ambos años, si embargo en el año 2010 observamos que la distribución es similar en los tres terciles y con predominio en la de mejor ingreso, pero con una disminución de la brecha, denota que la población de menor ingreso está siendo afectada casi de igual manera.

Esta situación podría ser explicada por la ingestión de comidas procesadas, ricas en grasas y con alto contenido de sodio y enlatados, también un mayor estrés de las clases sociales más altas que desencadena la Hipertensión arterial y la Diabetes causantes de esta enfermedad. Pero la población de menor ingreso está muriendo por estas mismas causas, pero con la agravante de que como tienen menos ingresos tienen menor acceso a control de salud y a los medicamentos.

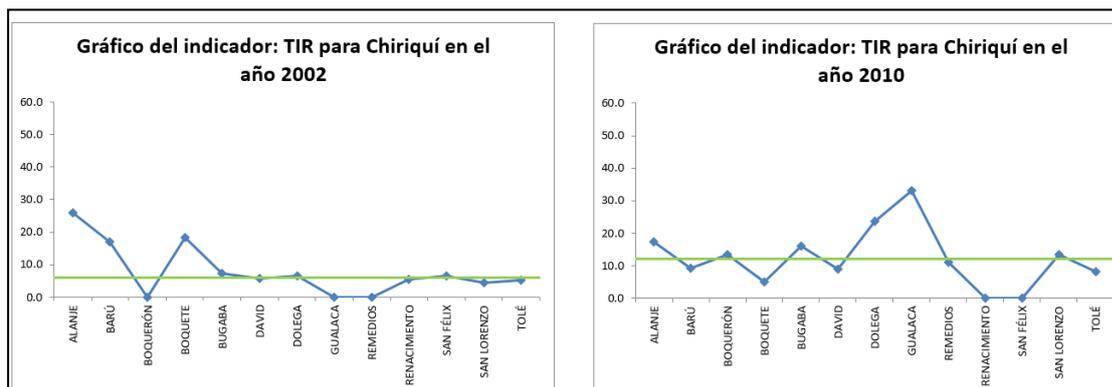
Analizando la desigualdad por analfabetismo observamos que en el 2000 la tasa más elevada fue en los más alfabetas con una brecha de -46.04, pero en 2010, fue en los menos alfabetas

con una brecha de 9.87, observándose un fenómeno similar al del ingreso en que las brechas han disminuído .

Podemos inferir que para el 2000, los alfabetas tenían más altas tasas, porque al igual que pasa con la diabetes, los distritos más alfabetas son lo de mejor ingreso, que por estar sometidos a más stress laboral y muchos cuentan con más de un trabajo, tienen menos tiempo para cocinar en sus hogares una comida de mejor calidad, deben comer en restaurantes, fondas y comida rápida. Así mismo cuentan con poco tiempo o no se les da permiso en sus trabajos para ir a los controles.

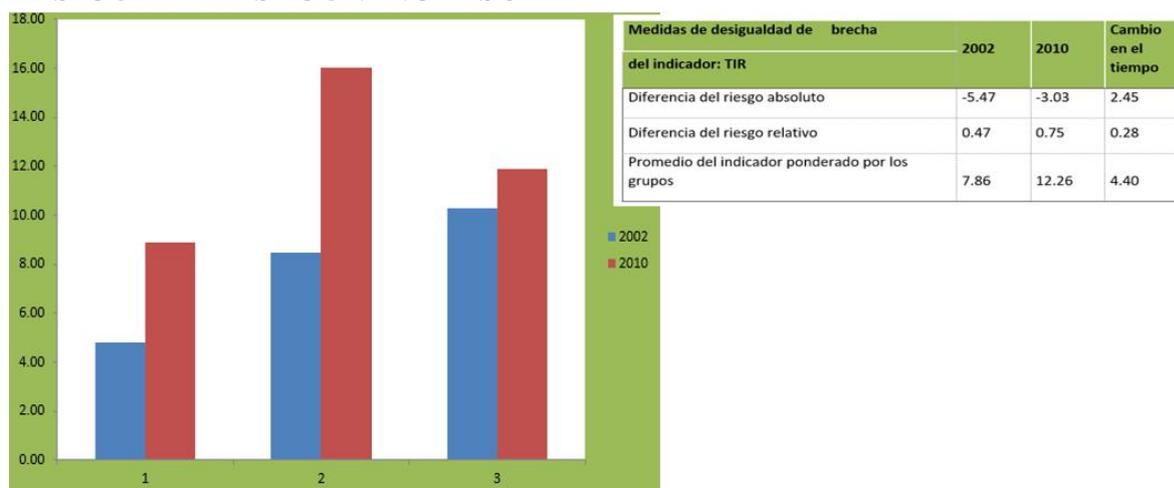
Para el 2010 los no alfabetas tienen tasas más altas de mortalidad, quizá porque a lo largo de los años, con mejores intervenciones en salud sobre estilos de vida saludable, los más alfabetas se han sensibilizado y mueren menos, pero los no alfabetas mueren más por no comprender las instrucciones de los medicamentos y la importante de los controles.

TASA DE MORTALIDAD DE INSUFICIENCIA RENAL

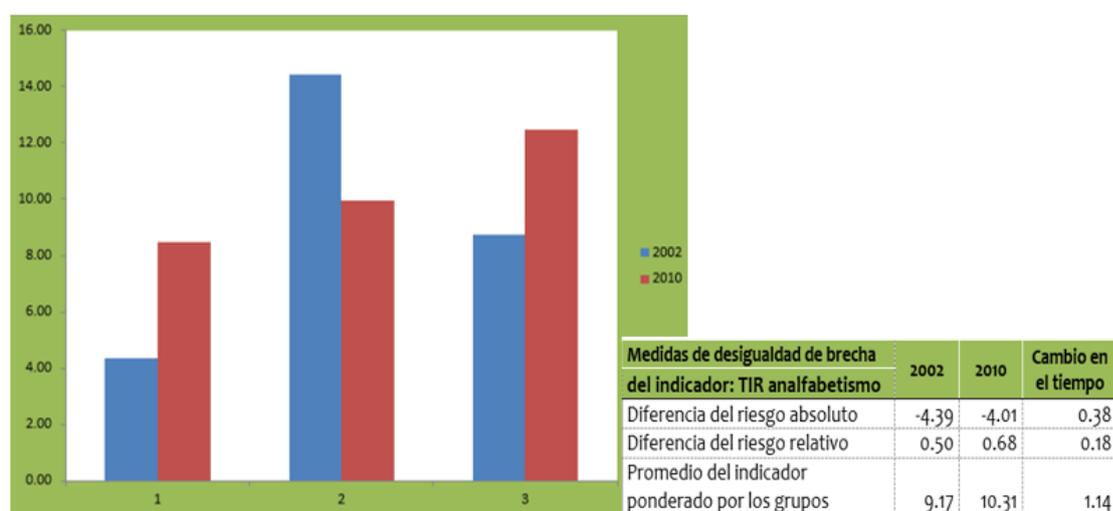


Se puede observar que para el año 2002 los distritos con mayor Tasa de Mortalidad por Insuficiencia Renal (IR) fueron: Alanje y Boquete, los distritos con menor tasa fueron Boquerón, Gualaca y Remedios en donde no hubo defunciones. Para el año 2010 los distritos con mayor tasa fueron Dolega y Gualaca, este último pasó de no tener defunciones a presentar la mayor tasa de mortalidad.

DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO



Al realizar el análisis de la Mortalidad por ingreso, se puede observar que tanto para el año 2002 como para el 2010, la tasa de insuficiencia renal era mayor en el grupo de mejor ingreso (Barú, Dolega, Boquete y David), con brechas similares de -5,47 y -3.03 respectivamente.



En el análisis por analfabetismo, podemos notar que para el año 2000 y 2010 los más alfabetas mueren más por Insuficiencia renal que los menos alfabetas.

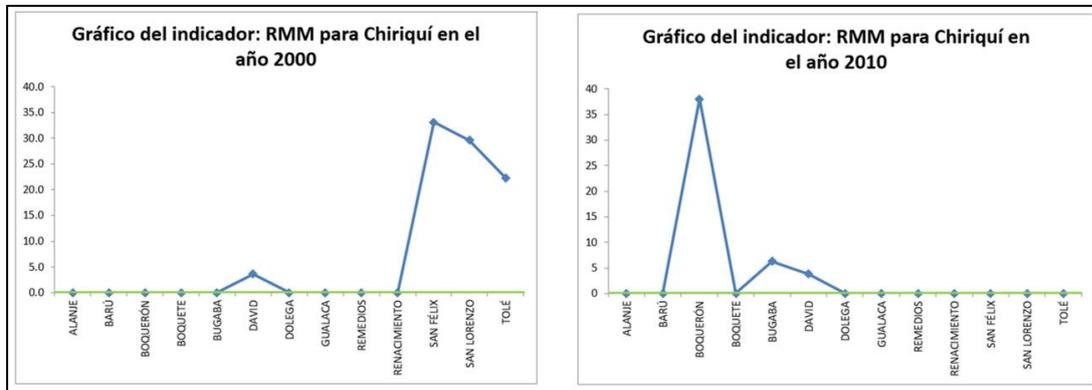
ANÁLISIS

Al analizar las gráficas comparativas del año 2000 y 2010 podemos observar que las Tasa más altas de Mortalidad por IR son Alanje, Barú, Boquete y Gualaca, distritos agrícolas por lo que debemos considerar realizar estudios sobre uso de plaguicidas en estas localidades.

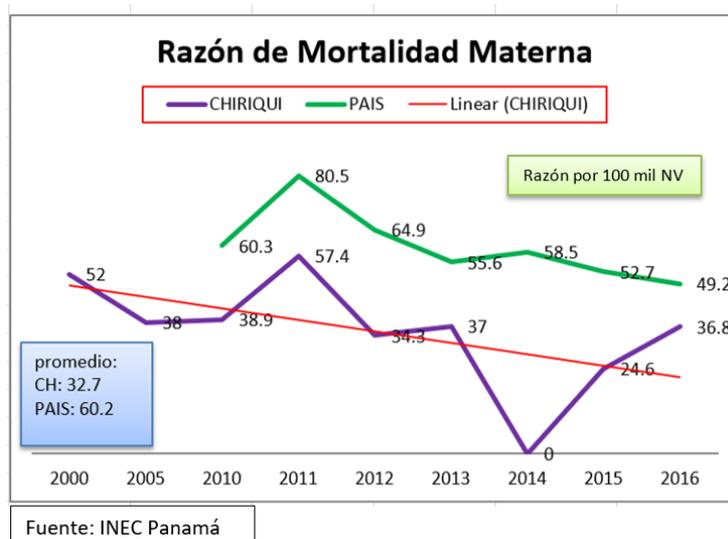
Según el análisis de desigualdad por ingreso y alfabetismo podemos ver que los Distritos de mayor ingreso son los que mueren más por esta enfermedad coincidente con los resultados anteriores ya que la Tasa de Mortalidad por Diabetes y de ECV se encuentran en los distritos de mayor ingreso, siendo que todas estas enfermedades tiene factores de riesgo en común, era de esperarse este resultado.

Para ambos estratificadores la brechas son reducidas en ambos años, pero esto supone un mayor peso para los de menos ingresos por no contar con recurso para la movilización para realizarse hemodiálisis y no tener condiciones adecuadas en su hogar para diálisis peritoneal.

RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

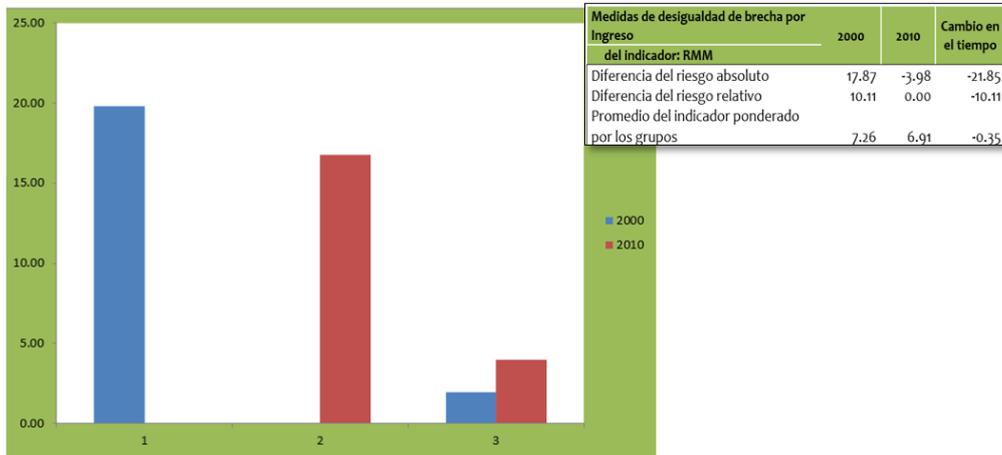


En Chiriquí en el año 2000 los distritos con casos de mortalidad materna fueron San Félix con la Tasa más alta; San Lorenzo, Tolé y David con la Tasa más baja y para el 2010 los distritos que presentaron casos fueron Boquerón con la Tasa más elevada, Bubaga y David.



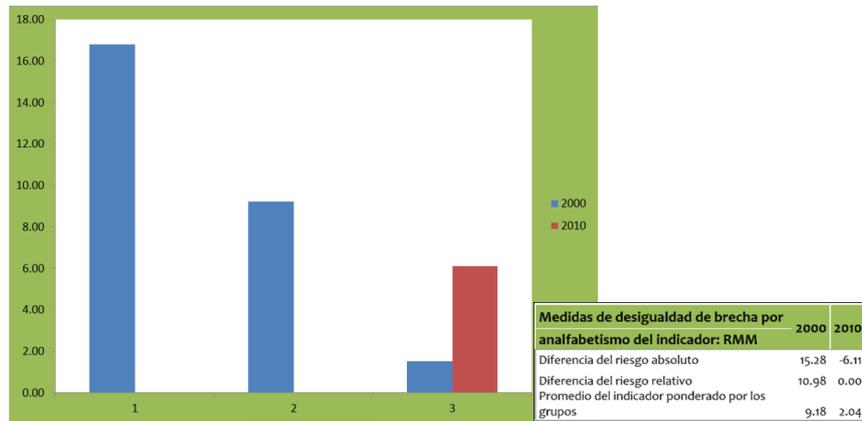
Observamos que para la Razón de Mortalidad Materna la tendencia es a la disminución, en el año 2000 la tasa fue 52, en 2005 fue 38, en el 2010 la tasa fue 38.9, en 2014 no hubo casos, en 2015 la tasa fue de 24.6 y en 2016 se elevó a 36.8, sin embargo, nos hemos mantenido por debajo de la tasa promedio de País.

DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO



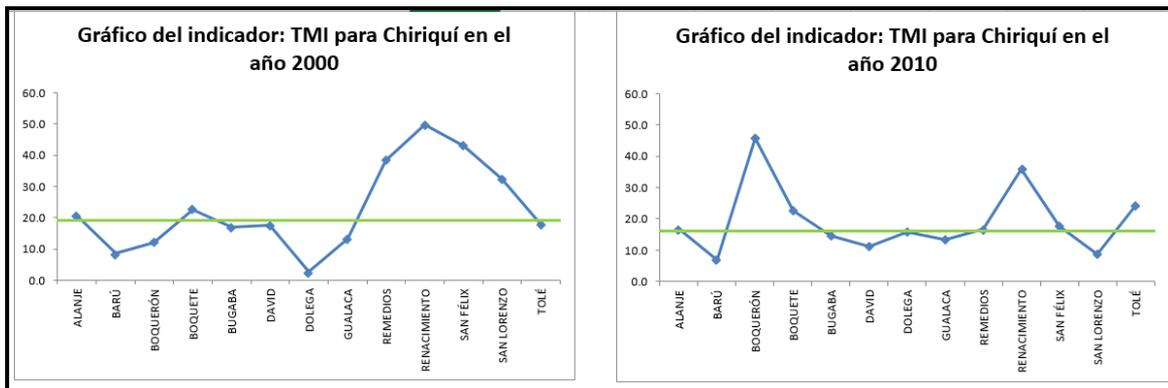
Cuando realizamos el análisis de la desigualdad por Ingreso podemos observar que en el 2000 la Razón de mortalidad materna más elevadas se concentran en los Distritos más pobres (Tolé, San Lorenzo y San Félix), con una brecha de 17.87, en cambio en el 2010 la tasa de Mortalidad fue más elevada en el segundo tercil de ingreso medios en este caso Boquerón y en el tercil de mejor ingreso en los distritos de David y Bugaba con una brecha de -3.98.

DESIGUALDAD SEGÚN ANALFABETISMO

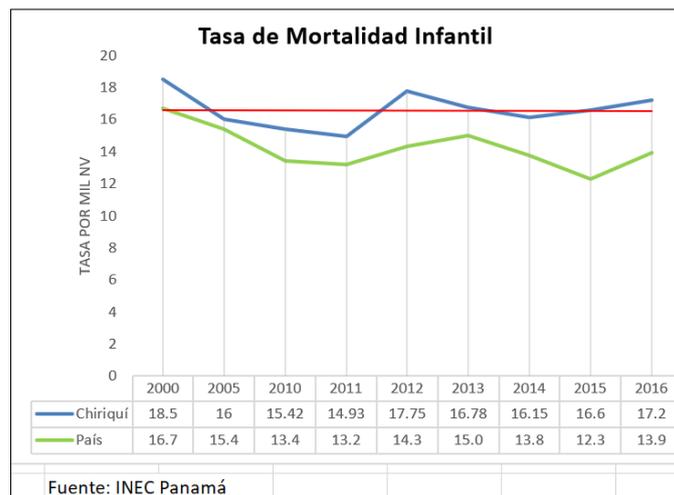


En el caso de la desigualdad por analfabetismo para el año 2000 se observa que la mayor Razón de mortalidad se encuentran en el tercil con más analfabetismo (Tolé, San Lorenzo, Renacimiento), con una brecha de 15.28 y en el 2010 la tasa más alta fue en el tercil de menos analfabetismo (Boquerón, Bugaba y David), con una brecha de -6.11.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

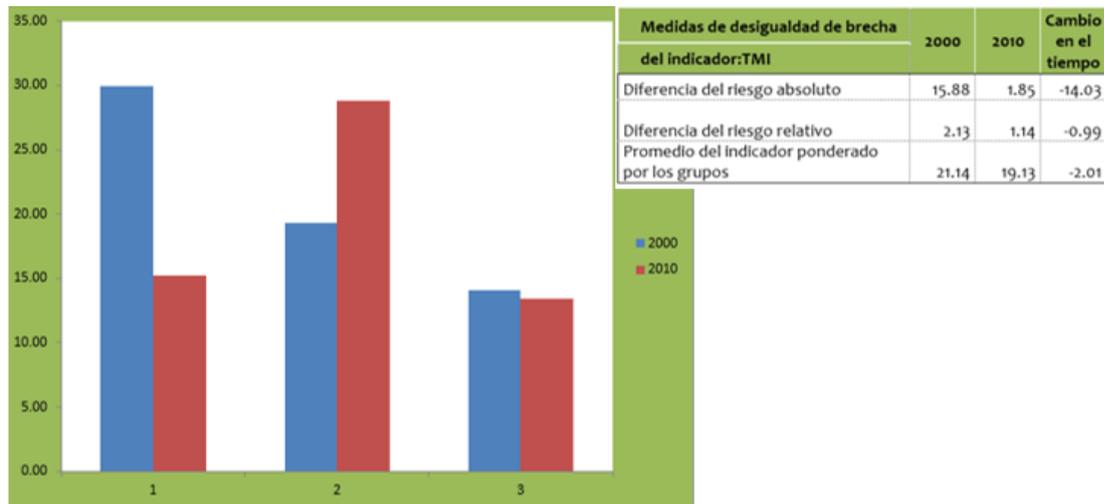


La mayor Tasa de Mortalidad infantil en el año 2000 se observó en los Distritos de Remedios, Renacimiento, San Félix y San Lorenzo superando el promedio de la provincia. En el año 2010 la Tasa más alta fueron en los Distritos de Boquerón, Renacimiento y Tolé.



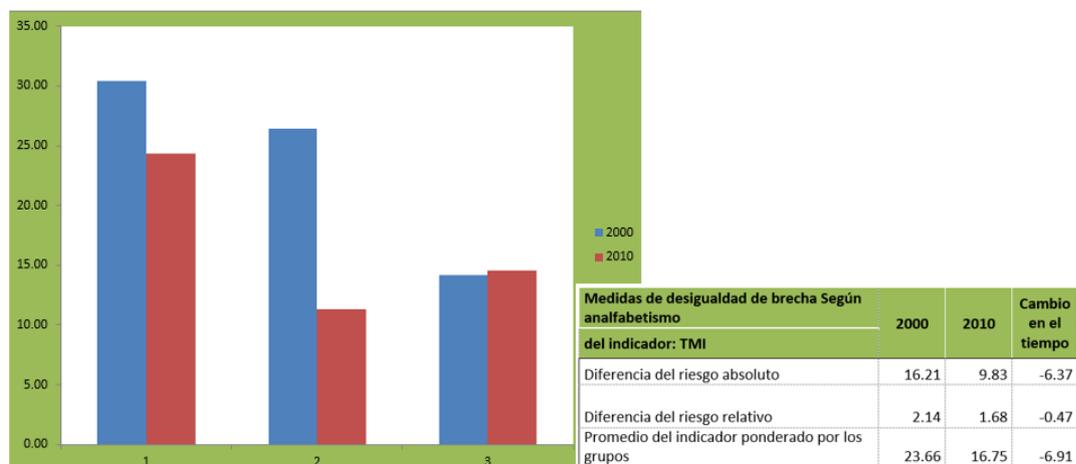
Desde 2010 la tasa de mortalidad Infantil se ha mantenido con poca variabilidad a lo largo de los años con un promedio provincial de 16.4, superando el promedio nacional. En el año 2000 la Tasa fue 18.5, para 2005 fue 16, en 2010 fue 15.42 y 2015 16.6 por mil nacidos vivos.

DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO



Al analizar la Tasa de Mortalidad infantil según ingreso, observamos que la Tasa es mayor en los distritos con peor ingreso Tolé, Renacimiento, San Lorenzo, San Félix y Gualaca en el 2000. En el 2010 la Tasa es mayor en el segundo tercil (San Félix, Remedios, Boquerón, Gualaca), pero entre el primer tercil y último tercil la brecha es sólo 1.85.

DESIGUALDAD SEGÚN ANALFABETISMO



Para la desigualdad por analfabetismo, tenemos como resultado una mayor mortalidad infantil en los distritos con más analfabetismo (Tolé, San Lorenzo, Renacimiento, Remedios) y en 2010 se observa el mismo fenómeno, pero Alanje reemplaza a Remedios con una brecha de 16.21 y 9.83 respectivamente.

ANÁLISIS:

Al observar la tendencia de la Razón de Mortalidad Materna en Chiriquí se observa que es a la disminución, sin embargo, vemos que nuevamente se elevó las cifras, en cuanto a la Mortalidad Infantil, observamos que no hay mayor variación a través de los años, esto nos indica que hay que replantear las estrategias en el control prenatal. Un nudo crítico que tenemos con ambas mortalidades es el déficit o mal llenado del lugar de origen, ya que en el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía se atienden tanto población de Bocas del Toro como de la comarca, y cuando fallecen muchas veces la incluyen la defunción como de Chiriquí, así mismo, como contamos con muchos indígenas que están de paso en los cafetales y fincas indican que son de Chiriquí siendo su residencia permanente la Comarca Gnäbe Buglé.

En cuanto al análisis de desigualdades podemos observar que para el año 2000, tanto para la Mortalidad Materna como la infantil, éstas son más elevadas en los Distritos con menor ingreso y menor alfabetismo: San Félix, San Lorenzo y Tolé, pertenecientes al Oriente Chiricano. En estos distritos su mayor fuente de trabajo es la ganadería y la lechería. Por estar cerca de la Comarca Gnäbe Buglé cuenta con gran cantidad de población Indígena, ya sea que reside o que está de tránsito. El Analfabetismo incide en el desconocimiento de los derechos en Salud Sexual y Reproductiva, en los derechos de gratuidad para los controles prenatales y controles de crecimiento y desarrollo; implica también no reconocer los signos de alarma durante su embarazo y signos de alarma para las enfermedades infantiles. La falta de ingreso también redundando en falta de servicios básicos como luz, agua y una vivienda digna propiciando enfermedades infecciosas como diarreas. Aunado a esto se encuentra el factor cultural en donde muchas prefieren el parto en casa, acuden primeramente a curanderos y tienen una alta tasa de natalidad aumentando el riesgo en el embarazo. Por otro lado, esta población tiene problemas de acceso a los servicios de salud ya sea por no contar con ingreso para pagar el transporte, o por la falta de éste, haciendo que deban recorrer grandes distancias prefiriendo entonces no acudir a las instalaciones de Salud. A pesar de la existencia de Centros de Salud para el 2000 ninguno contaba con laboratorio, por lo que los exámenes había que realizárselos en el Hospital del Oriente Chiricano, en los laboratorios privados o en David. Otro probable factor es que en el hospital a pesar de contar con sala de parto y pediatría, no contaban con recursos para atender los embarazos complicados, o urgencias quirúrgicas y patologías pediátricas complicadas; teniéndose que trasladar hacia David.

Cuando realizamos el análisis de 2010 cambia el panorama, disminuye la Razón de Mortalidad de 52 a 38.9 y son los distritos con mayor ingreso y mayor analfabetismo los que cuentan con una Razón de Mortalidad Materna más elevada. Para la desigualdad por nivel de ingresos se podría explicar por el advenimiento de diversas intervenciones enfocadas a los cuidados prenatales a poblaciones vulnerables y alejadas como el proyecto de mejora de la equidad y desempeño de la salud con sus paquetes básicos brindando mayor acceso a los servicios de Salud, ofreciendo atención prenatal en las comunidades, por tanto disminuye la mortalidad en estos distritos, pero permanece la tendencia en las de mayor ingreso. Es necesario hacer la observación que es el Distrito de Boquerón en donde hay la mayor cantidad de muertes, se tiene áreas que son muy alejadas que colindan con el Distrito de Tierras altas y presenta asentamientos indígenas, lo mismo para Bugaba, en el caso de David hay asentamiento indígenas, pero también área donde se concentran población con pobreza como lo es Las Lomas y Pedregal en donde otros determinantes afectan el acceso a los servicios de salud como el horario de transporte, el ingresos bajo y la violencia, en muchos de estos lugares hay bandas, delincuencia y droga. Por lo que tenemos que seguir realizando las reuniones de Muerte Materna, monitorizar cuales son los poblados donde mayormente ocurren estas muertes, y no sólo para ver estadísticas sino para plantear soluciones.

Al analizar la desigualdad en la Tasa de mortalidad infantil como se evidenció que la Tasa más elevada se encuentra en los de peor ingreso, pero con una brecha muy reducida de 1.85, pudiendo la misma explicación de disminución de la tasa en los de menor ingreso por haber mejorado la accesibilidad a los servicios con la intervención de la ECC que incluía también mejora de la calidad del agua pudiendo haber incidido en la disminución de algunas enfermedades infecciosas principalmente la diarrea y parasitosis.

En cuanto a analfabetismo se observa que siguen siendo los Distritos más analfabetas los afectados: Tolé, San Lorenzo, Renacimiento y Remedios, siendo esto un obstáculo para que la madre comprenda las instrucciones del médico y del medicamento; también para la comprensión de las consecuencias de no atender a tiempo al infante.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Según el análisis de desigualdades podemos concluir que en Chiriquí los distritos con mayor ingreso y alfabetismo tienen tasas más elevadas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes, ECV e IR), estos resultados nos invitan a replantear las intervenciones en los programas de Salud de Adulto y Adulto Mayor con estrategias que incidan en este grupo poblacional sin abandonar a los grupos más vulnerables, ya que generalmente se le brinda más énfasis a la población de menor ingreso y alfabetismo, sin embargo podemos observar que afectan contrariamente a grupos de mayor ingreso y alfabetismo. También se podría realizar estudios que nos permitan conocer si hubo o no buen control de estas enfermedades y la adherencia al tratamiento.

Por último, al observar que la tendencia de la mortalidad va en aumento, esto nos indica que debemos fortalecer el tamizaje, educación sobre esta enfermedad y el programa de control de enfermedades crónicas en nuestra provincia. También debemos promover la educación continua en los profesionales sobre las normas de atención y sobre los protocolos de tratamiento.

Los censos de salud preventiva han mejorado el tamizaje, pero falta un plan para garantizar que el paciente acceda y se mantenga en control y que haya abastecimiento de medicamentos para cubrir sus necesidades.

En cuanto a la Tasa de Mortalidad Materna para el año 2000 eran más afectados los distritos de peor ingreso y alfabetismo. Para el 2010 se concentra en los de mejor ingreso, por lo que debemos fortalecer el programa de Salud Sexual y reproductiva en estos distritos sin desmejorar en los más vulnerables. Se deben hacer estudios de desigualdad por corregimientos en busca de aquellos que presentan más desigualdad para realizar intervenciones puntuales.

En cuanto a la Mortalidad Infantil sigue afectando a los distritos más pobres y analfabetas, pero con disminución de la brecha, por lo que debemos seguir enfocándonos en esta meta sin olvidar los bolsos desprotegidos de los distritos de mejor ingreso.

Debemos redoblar esfuerzos para cumplir con el ODS 3: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», que se han planteado para disminuir la mortalidad materna e infantil por causas evitables y disminuir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.

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

ANEXOS

ANEXO 1. FLUJOGRAMA DE LAS COMUNIDADES MÁS ALEJADAS POR DISTRITO

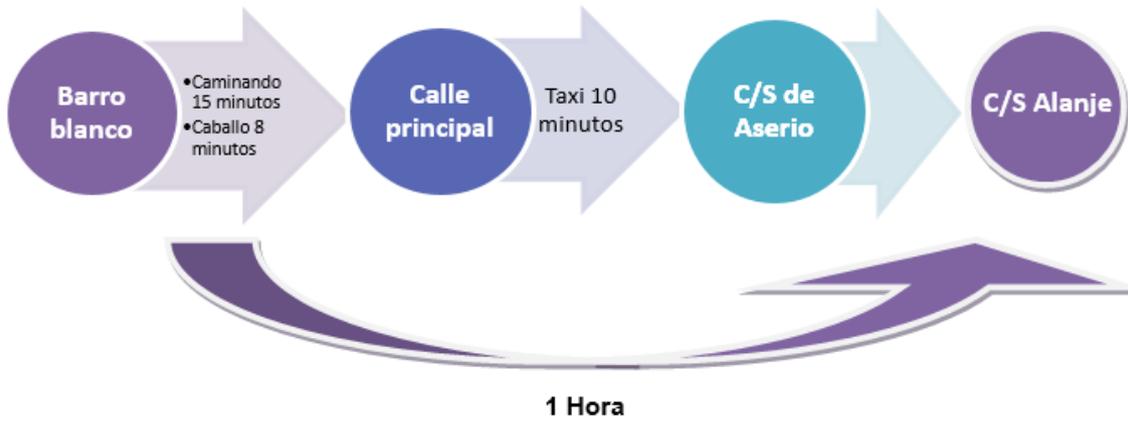
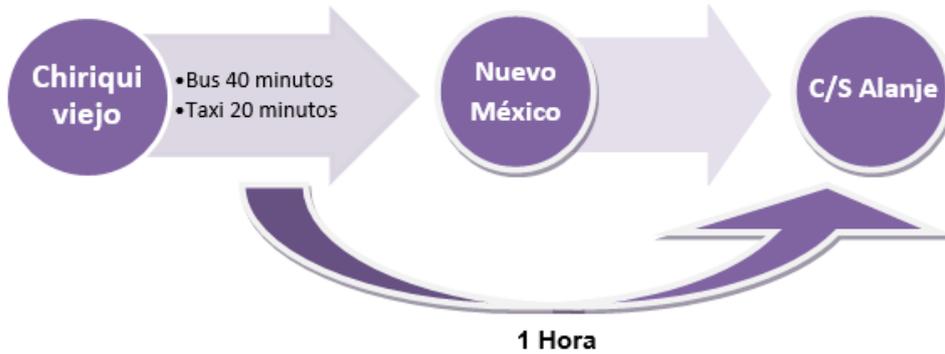
DISTRITO DE ALANJE

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

Por su distribución y ubicación geográfica las comunidades con menor **accesibilidad geográfica**, son los regimientos de **Chiriquí Viejo, Orillas de Chiriquí y Barro Blanco** los cuales están ubicados más al noroeste de la cabecera del Distrito de Alanje. En cuanto a la **accesibilidad económica** las comunidades de **San Martín, Tres Bocas (Chiriquí Viejo), Bajo Chirigagua (El Tejar) y La Picadura (Divalá)** según datos tomados de la contraloría general de la república son los regimientos con menores ingresos económicos por familia siendo este en promedio de 60 dls.

Comunidad	Instalación más cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del distrito(Alanje)	Medio de transporte	Horario	Costo
Chiriquí viejo	Puesto de salud nuevo México	11.4 km 34 a 35 minutos	55.8 km 1 hora	Bus	5:30am a 4pm y de 6am-6pm	\$2.40 balboas
				taxi	6am-4pm	\$4.00 balboas
Barro blanco	Centro de salud Aserrío	9.9 km 28 a 30 minutos	40.2 km 45 minutos	Bus	5am-7pm	\$2.00 (aserrío)
				taxi	5am-6pm	\$4.00(barro blanco) \$10 balboas
Bajo Chirigagua	Centro de salud Alanje	5.7 km 10 a 12 minutos	5.7 km 10 a 12 minutos	Bus Taxi	5am-7:30pm 6am adelante	\$0.35 centavos \$2 balboas

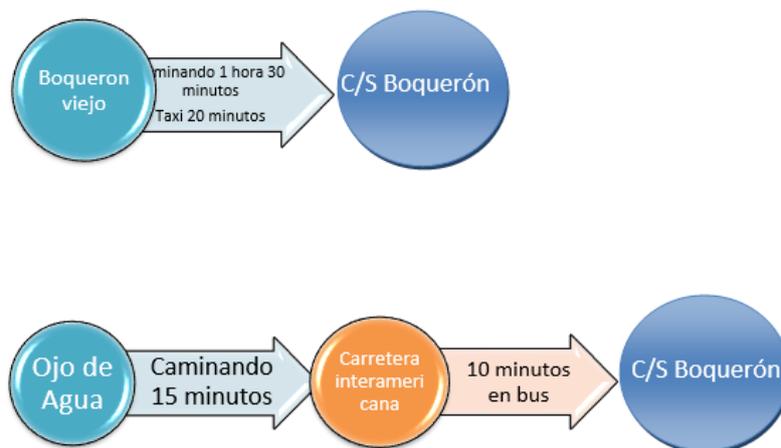
FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACION MÁS CERCANA



DISTRIO DE BOQUERÓN

Comunidad	Distancia Kms	Tiempo	Costo	Horario	Medios de Transporte
BOQUERON VIEJO	3 kms	2 horas	B/. 6.00	3:30 am	Taxi
OJO DE AGUA	8 kms	1:15 minutos	B/. 5.20	5:00 am	Taxi y Bus
LAS MONJAS	17 Kms	1:40 horas	B/. 2.60	3:30 am	Caminan 1 hora Bus
LOS NARANJOS	23 Kms	1:20 horas	B/. 4.90	4:00 am	Buses (2)
SANTA RITA	15 Kms	40 minutos	B/. 2.60	5:30 am	Bus
PARAISO	16 Kms	1 hora	B/. 3.80	4:00 am	Buses (2)
SANTA MARTA	18 Kms	1:15 hora	B/. 3.80	4:00 am	Buses (2) caminando 15 minutos
LA HERRADURA	17 Kms	1:10 hora	B/. 3.95	4:00 am	Buses (2)
MIRAFLORES	16 Kms	1 hora	B/. 3.80	4:10 am	Bus (2)

En Boquerón viejo y Ojo de Agua para buscar transporte solo se puede ir a caballo o caminando

FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACION MÁS CERCANA



DISTRITO DE BUGABA

Pregunta Comunidad	Instalación más Cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del Distrito	Medio de transporte	Horario	Costo
Quebrada Llana	C/S San Andrés	(1-hora, hasta San Francisco, caminando, 2Kms aproximadamente) y de San Francisco al Centro de Salud de San Andrés, está en Vehículo de Transporte Colectivo a 10 minutos aproximadamente.	49 Km 54 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 8.00 (ida y vuelta)
La Esperanza	C/S San Andrés	(45 minutos aproximadamente, hasta San Francisco caminando 1Kms	44 Km 45 minutos	Caminando Transporte Colectivo/Selectivo	Diurno	Variable pero puede oscilar

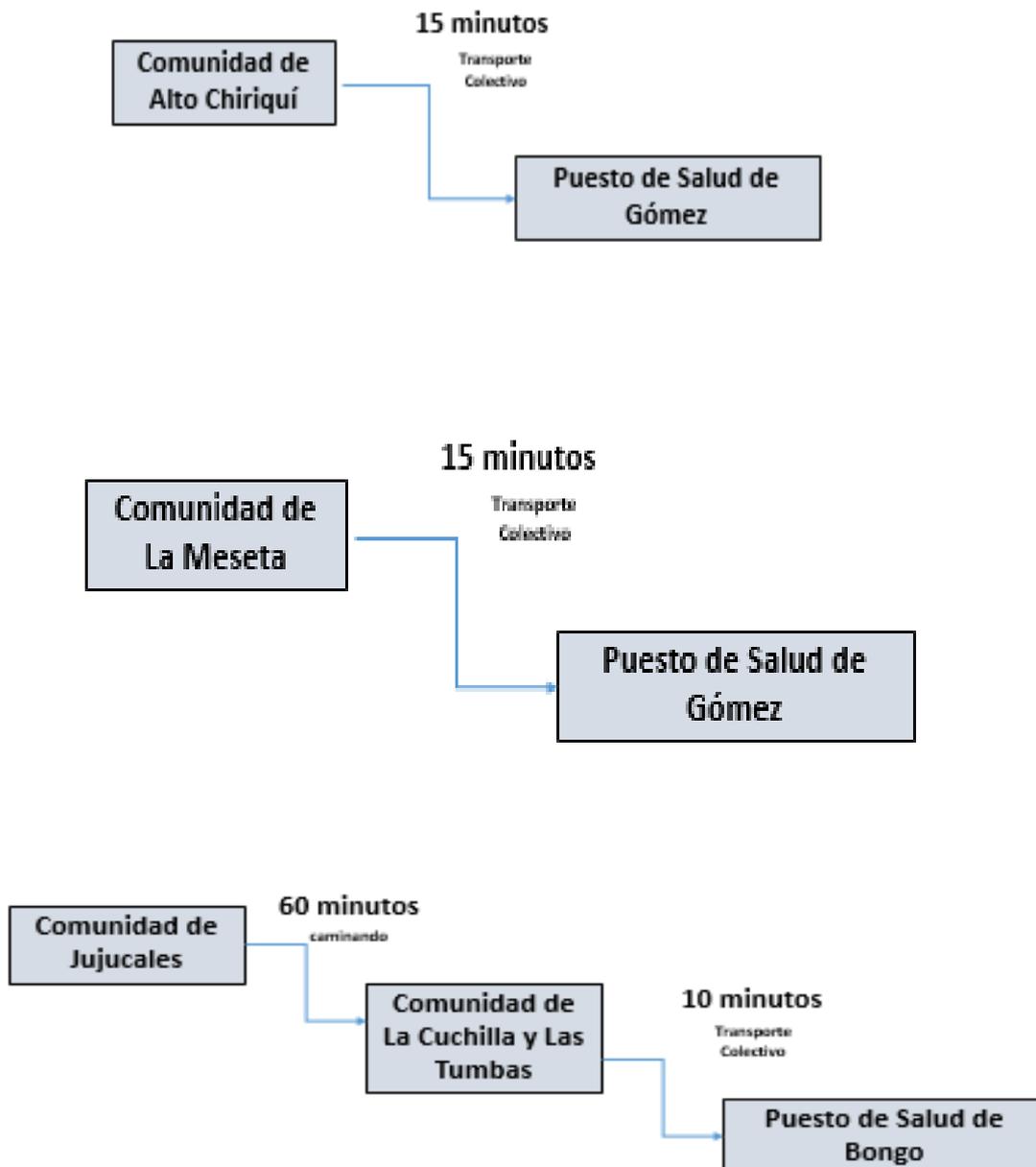
		aproximadamente) y de San Francisco al Centro de Salud de San Andrés, está a 10 minutos /transporte colectivo.				entre B/.2.00 hasta B/. 8.00 (ida y vuelta)
Alto Chiriquí	Puesto de Salud Gómez	Está a 6Km aproximadamente, más 15 minutos en tiempo transporte colectivo)	24 Km 24 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta)
Gómez Abajo	Sub- Centro de Salud Gómez	Está a 5 km, más 15 minutos en tiempo transporte colectivo)	33 Km 33 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta)
La Meseta	Sub- Centro de Salud Gómez	(Está a 5 km, más 15 minutos en tiempo transporte selectivo).	34 Km 36 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 6.00 (ida y vuelta)
Correntón	C/S Aserrío de Gariché	(Está aproximadamente 21 Km, más 30 minutos en tiempo). Correntón-Jacú aproximadamente a 30 minutos caminando).	43 Km 50 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 10.00 (ida y vuelta)
Las Azules	C/S Aserrío de Gariché	Está aproximadamente 8 Km, más 35 minutos en tiempo Transporte Colectivo).	25 Km 30 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta)

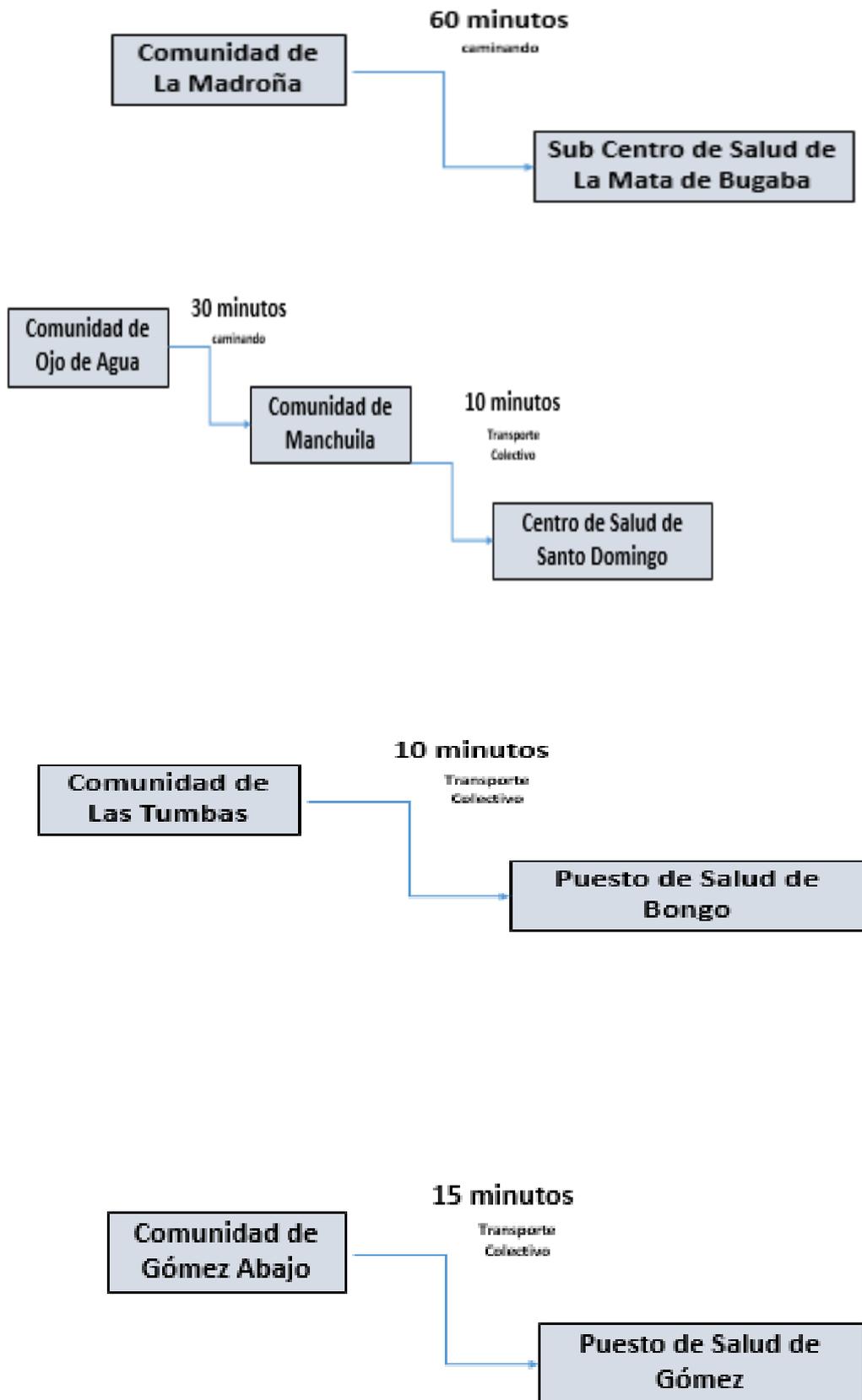
Los Arenales	C/S Aserrío de Gariché	Está aproximadamente 7 Km, más 30 minutos en tiempo, transporte Selectivo).	18 Km 20 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta)
Jujucal	Puesto de Salud de Bongo	(Está aproximadamente a 2 Km, más caminando hasta la intersección de la Cuchilla y Las Tumbas) (1-hora, desde este punto se encuentra al Centro de Salud a 4 Km, 10 minutos en transporte colectivo).	14 Km 16 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 5.00 (ida y vuelta)
Las Tumbas	Puesto de Salud de Bongo	Se encuentra a 7,6 Km (10mtos) en transporte colectivo)	20 Km 22 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 6.00 (ida y vuelta)
La Madroña	Sub Centro de Salud La Mata de Bugaba	Está aproximadamente a 1.5 Km (45 minutos a 1 hora) transporte-caminando o a caballo.	5 Km 8 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando Caballo	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 4.00 (ida y vuelta)
Altos Los Miranda	Puesto de Salud Las Trancas de Siogui	(Está aproximadamente a 1 Km (45 minutos a 1 hora) transporte caminando o a caballo tiempo relativo.	12 Km 18 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 5.00 (ida y vuelta)
Ojo de Agua	C/S Santa Marta	(Está a 1 Km (10 minutos) transporte colectivo y muchas veces acceden	14 Km 14 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar

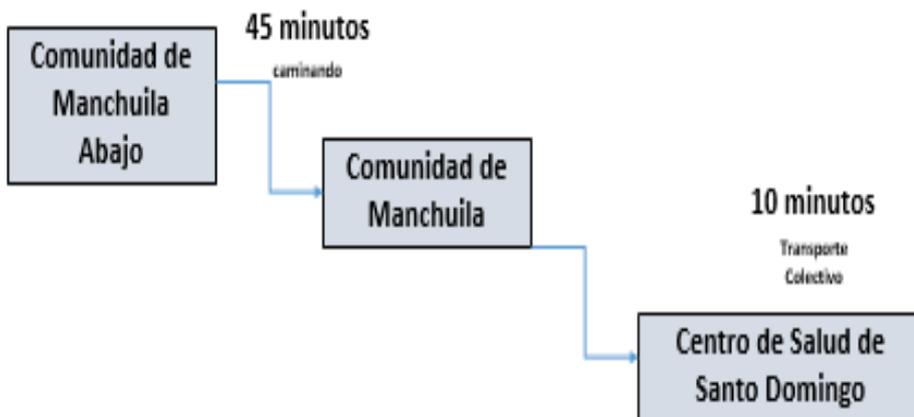
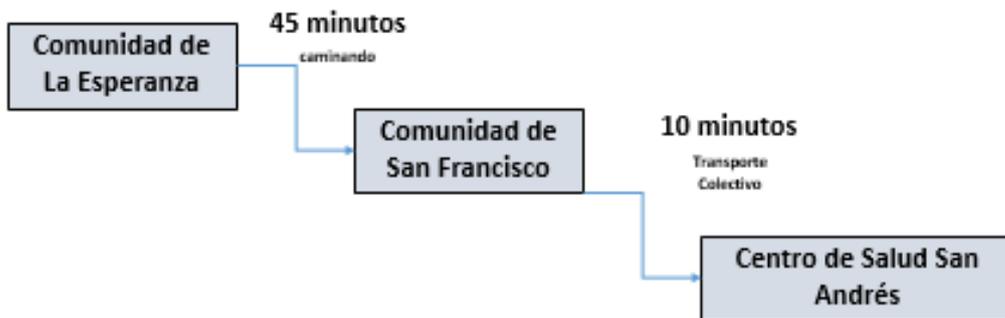
		caminando 30 minutos).				entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta)
Bajo Frío	C/S Santa Rosa	Se encuentra a 3,6 Km (2 horas) hasta Camarón Arriba, donde toman el transporte colectivo hacia el Centro de Salud a 10 minutos de recorrido.	21 Km 29 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 9.00 (ida y vuelta)
Volante Arriba	C/S Sortová	(Se encuentra a 1 Km (45 minutos) aproximadamente hasta la comunidad de Buena Vista Abajo (frente a Lácteos Don Joaquín) donde toman un transporte colectivo hasta Porvenir, donde luego hacen trasbordo hacia Sortová más 1.30 hora).	14 Km 15 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta)
Volante Abajo	C/S Sortová	(Salen de Volante Abajo caminando o a caballo hasta la Comunidad de La Colonia más 2 Km (1 hora) de distancia. Luego toman transporte colectivo, que lo transporta al Centro de Salud de Sortová Centro más (10 minutos).	13 Km 12 Minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 6.00 (ida y vuelta)
Quebrada Negra (Arriba, Abajo)	C/S Santo Domingo	(Se encuentra a 1 Km de distancia al Centro de Salud, de 30 a 45 minutos caminando (se encuentra regularmente pacientes de la Etnia Ngäbe Bugle).	16 Km 25 minutos	Transporte Colectivo/Selectivo Caminando	Diurno	Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 8.00 (ida y vuelta)
Manchuila Abajo	C/S Santo Domingo	(Se encuentra más a 1.5 Km (1 hora) al	17 Km 19	Transporte Colectivo/Selectivo	Diurno	Variable pero

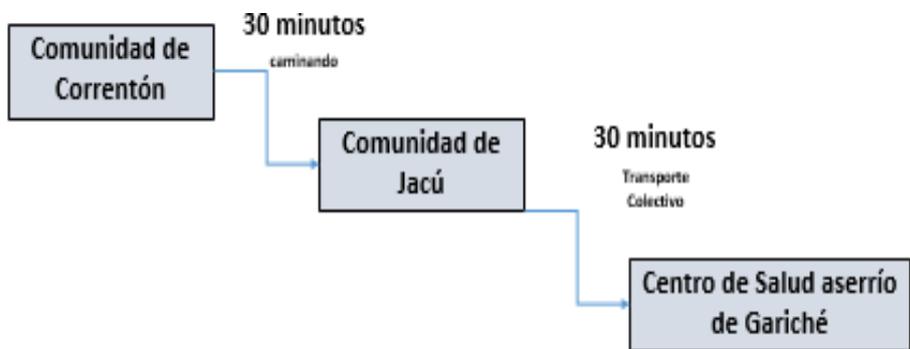
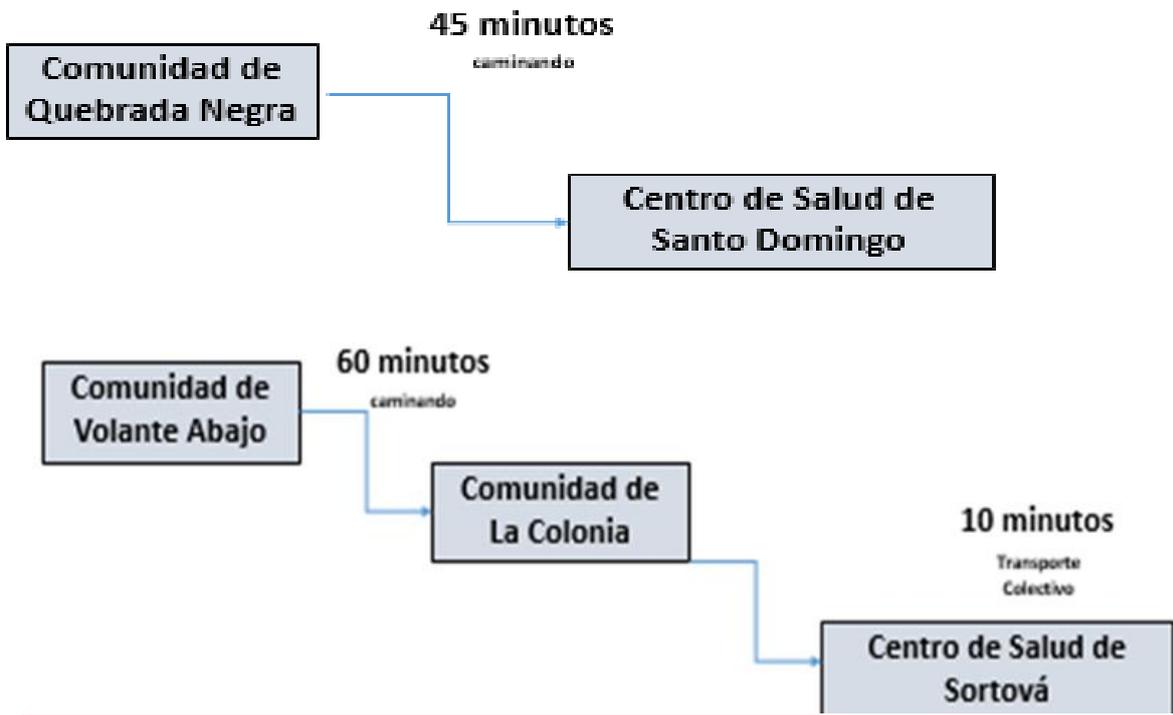
		Puesto de Salud de Manchuila (cerrado actualmente) por lo que tienen que trasladarse al C/S de Santo Domingo unos 4 Km más, transporte caminando o a caballo.	minutos	Caminando		puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 5.00 (ida y vuelta)
--	--	---	---------	-----------	--	---

FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACION MÁS CERCANA









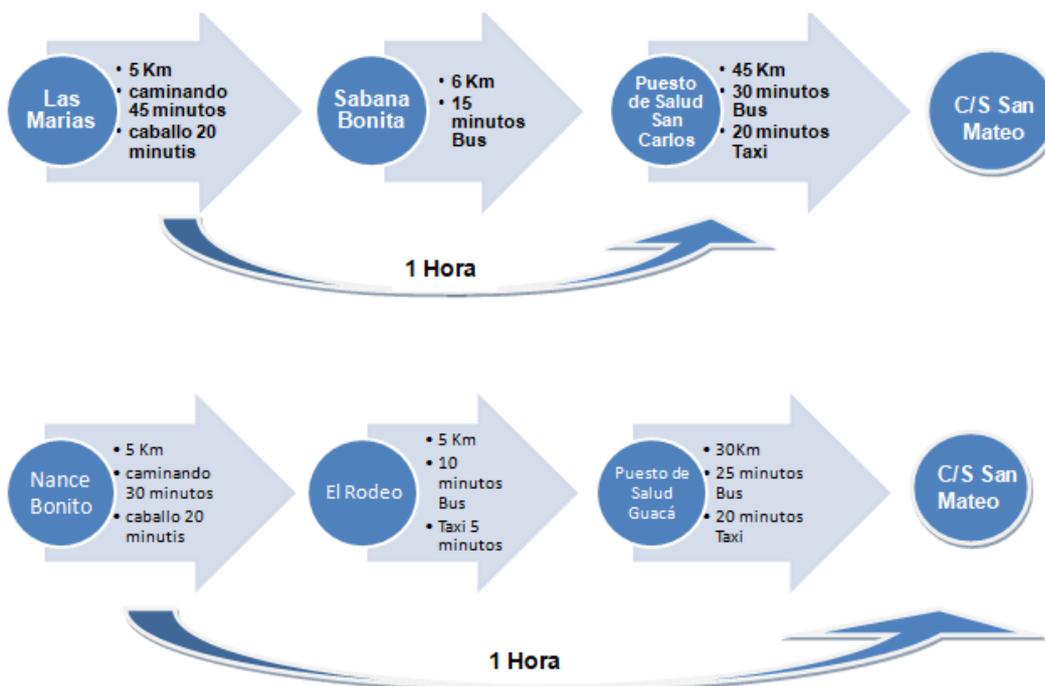


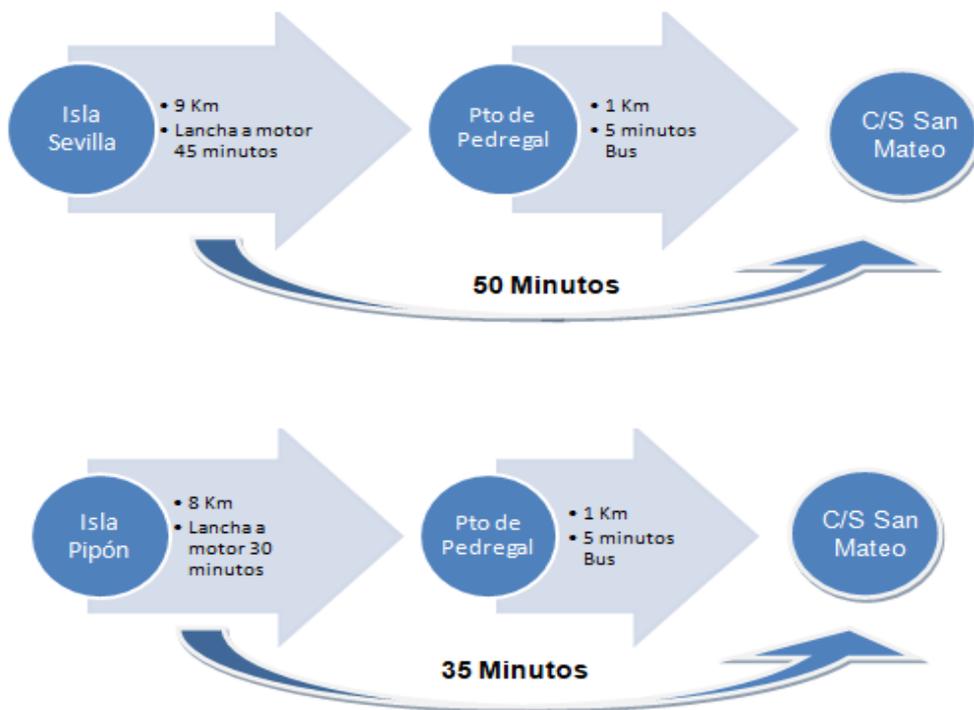
DISTRITO DE DAVID

Comunidad	Instalación del MINSA mas cercana	Distancia en tiempo y Km a la instalación de salud desde la comunidad	Distancia de la comunidad a la cabecera del distrito en Km	Medios de transporte	Horario	Costo
Las Marías	Puesto de Salud de San Carlos	1 Hora 15 minutos 11 Km	45 Km	-Pies y caballo (hasta sabana bonita) -Bus	24 Horas 5:00am a 5:00pm	\$2.90
Nance Bonito	Puesto de Salud de Guacá	1 Hora 20 minutos 10 Km	40 Km	-Pies y caballo (hasta el rodeo) -Bus	24 Horas 5:00am a 6:00pm	\$3.50
Isla Sevilla	C/S Bda San José	45 Minutos 12.8 Km	9 Km	-Bus -Lancha de motor	5:00am a 11:00pm Libre demanda	\$0.70 Bus \$50.00 - \$100.00 lancha completa
Isla pipón	C/S Bda San José	30 Minutos	8 Km	-Bote con remo -Lancha con motor -Bus	Libre demanda 5:00am a 11:00pm	\$50.00 - \$100.00 lancha completa \$0.70 Bus

*Las lanchas son llamadas algunas tipo taxi y cobran 50.00 a 150.00 depende de la capacidad de la lancha y el tipo de lancha.

FLUJOFRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACIÓN MAS CERCANA Y AL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA





DISTRITO DE DOLEGA

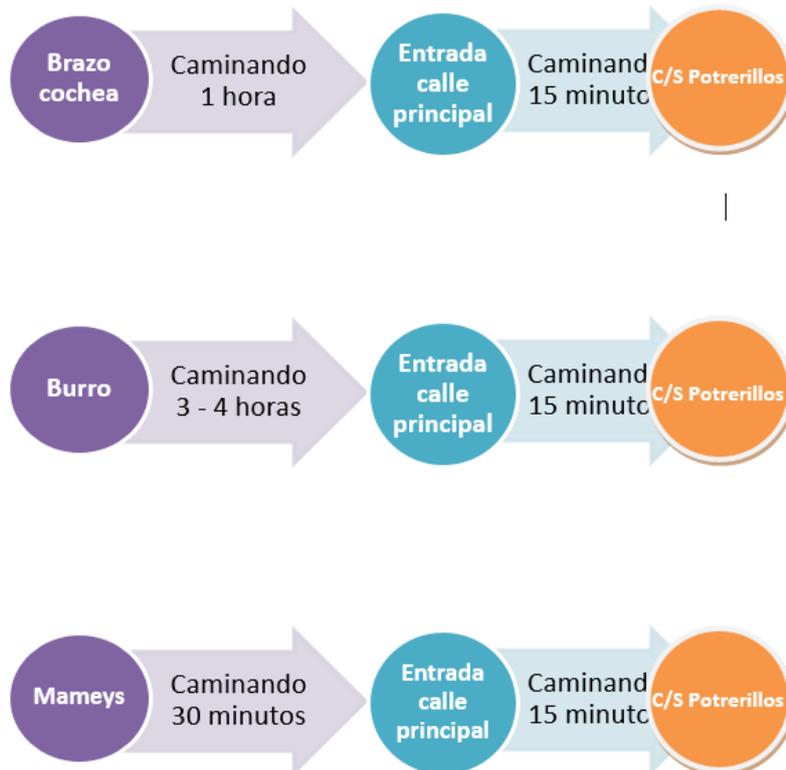
ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

Todas las comunidades tienen accesibilidad a la instalación de salud y a la cabecera del Corregimiento. Las más distantes son: Los Mameyes, Las Brujas, Y el Burro (es un cerro donde viven aproximadamente 5 familias).

COMUNIDAD	INSTALACION DE SALUD MAS CERCANA	DISTANCIA A LA INSTALACIÓN MÁS CERCANA	DISTANCIA A LA CABECERA DEL DISTRITO (DOLEGA)	MEDIO DE TRANSPORTE	HORARIO	COSTO
Los Mameyes Las Brujas El Burro	Sub Centro de Salud de Potrerillos Arriba	2 horas caminando / 31 minutos en auto 7.2km	42 minutos en auto 25 km	A pies, bus	Primer bus a partir de las 5:55 a.m. y a partir de las 7:00 a.m. cada 1 hora hasta las 9:00 p.m.	0.35 centavos
	Centro de Salud Potrerillos Abajo.	35 minutos en auto /2hrs. Y 30 minutos caminando 14 km		Bus, Taxi		0.50 centavos + 0.35 centavos
	MINSA CAPSI Dolega	42 minutos en auto /4hrs. 36 minutos caminando 25 km		Bus		1.00 balboas

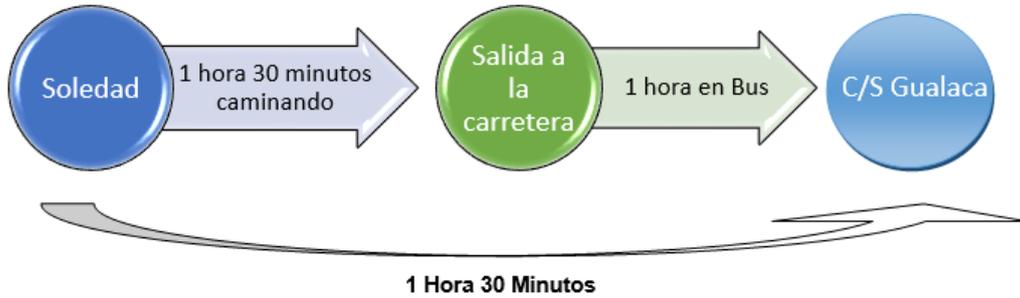
FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACION MÁS CERCANA



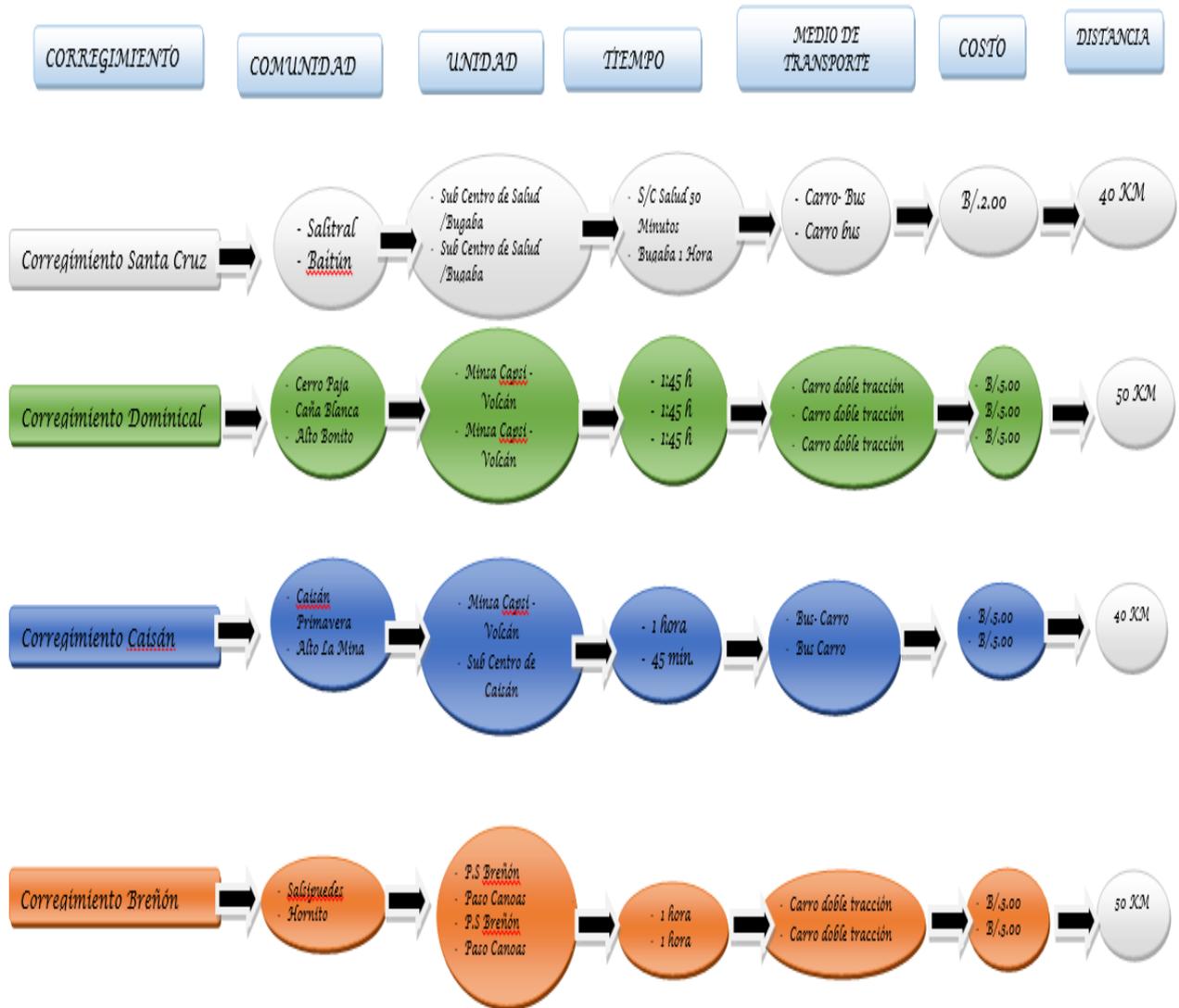
DISTRITO DE GUALACA

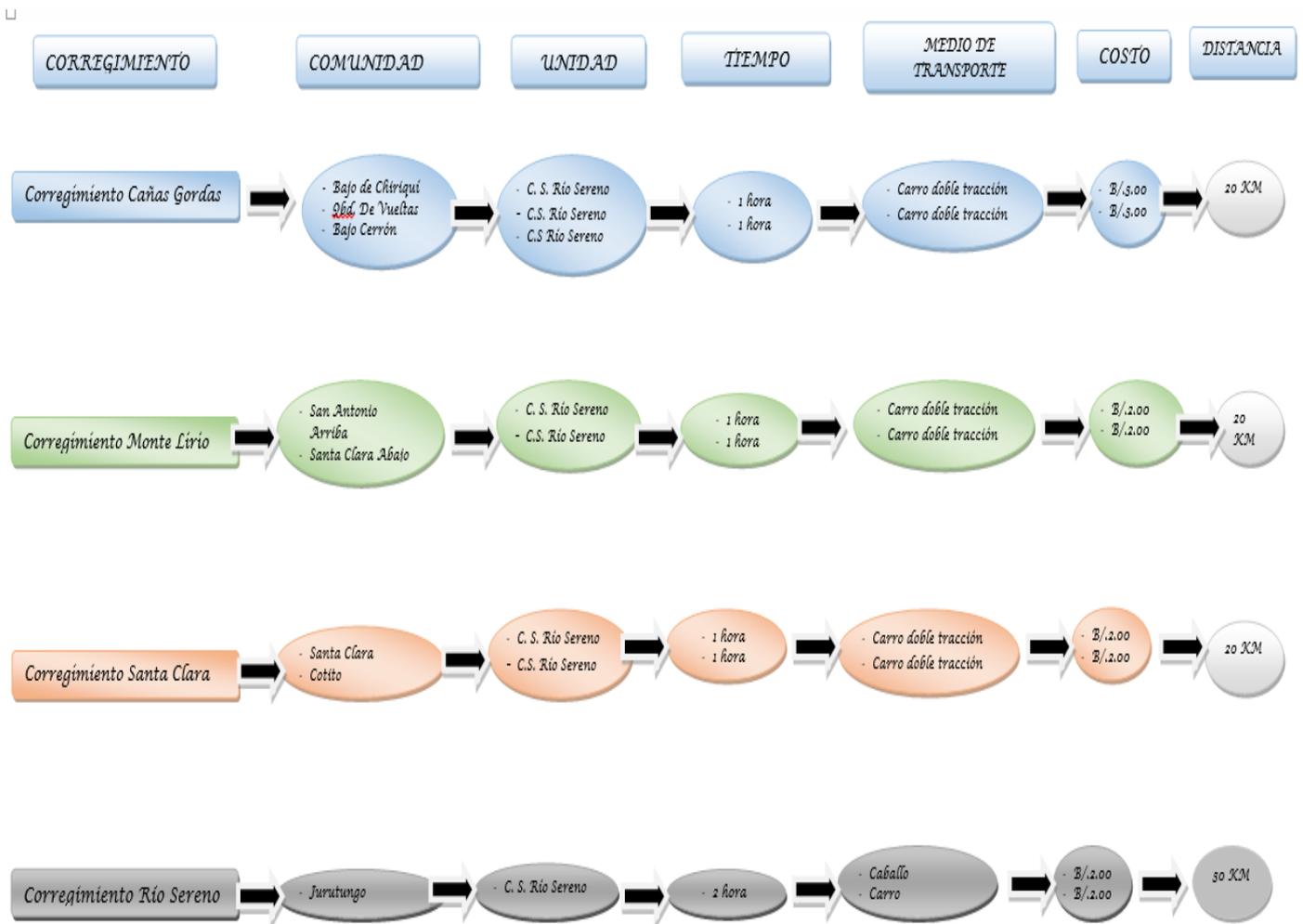
COMUNIDAD	INSTALACIÓN MÁS CERCANA	DISTANCIA A LA INSTALACIÓN MÁS CERCANA	DISTANCIA A LA CABECERA DEL DISTRITO (GUALACA)	MEDIO DE TRANSPORTE	HORARIO	COSTO
Soledad (Hornito)	Centro De Salud De Gualaca	71 kms	71 kms	-caminando -caballo -carro -bus	bus desde 6 am	2.70 en bus a Gualaca
Fortuna	Centro Salud De Caldera	52 kms	70 kms	-caminando -caballo -carro -bus	no hay ruta bus en la comunidad. cuando salen a carretera principal bus ruta	2.30 a caldera
Gualaquita	Centro De Salud De Gualaca	20 kms	20 kms	-caminando -caballo -carro -bus	desde 5 am pasan buses por donde salen	0.75\$ a Gualaca
Bongo	Centro De Salud Chiriquí	35 kms	37 kms	-caminando -caballo -carro -bus	bus desde 5 am de los Ángeles	1,25 \$ de los Ángeles al cruce 0.60 de cruce a Gualaca 1,40 \$ de los Ángeles a Chiriquí
El Macho	Centro De Salud De Chiriquí	43 kms	45 kms	-caminando -caballo -carro -bus	bus desde 5 am de los Ángeles	1,25 \$ de los Ángeles al cruce 0.60 de cruce a Gualaca 1,40 \$ de los Ángeles a Chiriquí
Galerita	Centro De Salud De Chiriquí	37 kms	39 kms	-caminando -caballo -carro -bus	desde 5 am bus de los Ángeles	1,25 \$ de los Ángeles al cruce 0.60 de cruce a Gualaca 1,40 \$ de los Ángeles a Chiriquí
Calabazal	Centro De Salud De Caldera	28 kms	36 kms	-caminando -caballo -carro -bus	bus de Chiriquicito a caldera	0,75\$
Paja De Sombrero	Centro De Salud De Caldera	24 kms	32 kms	-caminando -caballo -carro -bus	bus sale una sola vez por día a las 5 am	a caldera: 1.25 si usa bus hasta Gualaca son 3.00 ida más 3.00 dólares regreso

FLIJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACIÓN MÁS CERCANA



DISTRITO DE RENACIMIENTO





DISTRITO DE REMEDIOS

1. ¿Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural en su DISTRITO?

La comunidad con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural en el Distrito de Remedios es Potrero de Olla ubicada en el corregimiento de El Nancito.

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

Las distancia existente entre el Centro de Salud de Remedios y la comunidad de Potrero de Olla es de aproximadamente 18 km y su recorrido en tiempo es de una (1) hora. Igualmente es la distancia entre la comunidad de Potrero de Olla y la cabecera del Distrito ya que el Centro de Salud de Remedios se encuentra ubicado en la cabecera del Distrito.

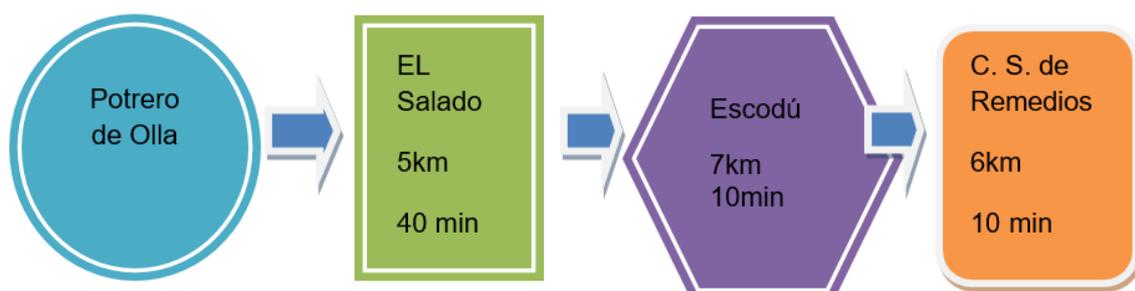
3. **¿Cuáles son los medios de transporte utilizados? Horario del sistema de transporte.**

Los medios de transporte utilizados son pickup 4x4 colectivos desde El Salado (entrada o ruta de acceso) hasta la comunidad de Potrero de Olla, y los buses de ruta interna y externa. Ya que ésta población tiene que transbordarse de Potrero de Olla hasta El Salado luego de El Salado hasta El Escodú y de aquí a Centro de Salud de Remedios. El horario del sistema de transporte es de las 5:00am hasta las 7:00pm.

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

La población de Potrero de Olla demora una (1) hora en llegar al Centro de Salud de Remedios.

Flujograma de Llegada



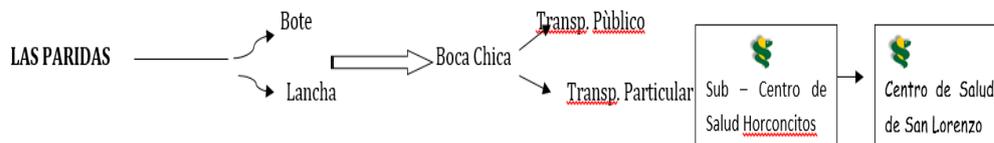
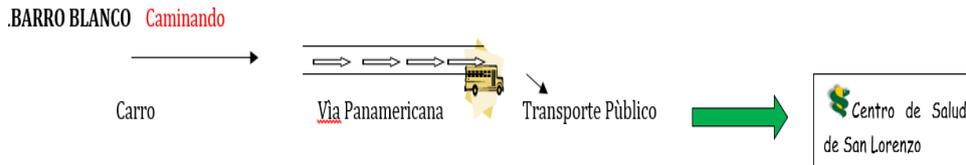
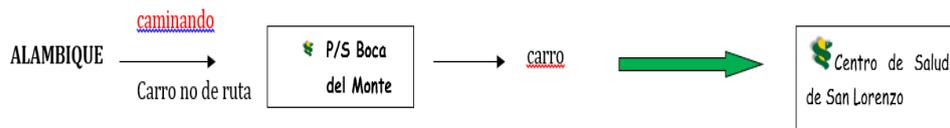
5. ¿Cuál es el costo de movilización para la población?

El costo de la movilización para la población de Potrero de Olla es de B/. 4.70 aproximadamente

DISTRITO DE SAN LORENZO.

1. LAS DISTANCIAS EN TIEMPO EXISTENTES ENTRE LAS INSTALACIONES DE SALUD MÁS CERCANAS Y ESTAS COMUNIDADES SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:

COMUNIDAD	INSTALACION MAS CERCANA	DISTANCIAS					
		Caminando	Hamaca	Carro	Lancha o Bote	Kilómetros	Distancia a la Cabecera de Horconcitos
Peses	SAN LORENZO	3 Horas 45 minutos	5 horas	1 hora	-----	24	2 horas
Monito		6 horas	8 horas	1 hora 30 minutos	-----	26	2 horas
Alambique	BOCA DEL MONTE	1 hora 35 minutos	2 horas	13 minutos	----	7.8 km	1 hora 35
El María		2 horas	3 horas	----	----	9 km	2 horas 30 minutos
Barro Blanco		3 hora 1 minutos	5 horas	1 hora	----	15 km	45 minutos
Isla Las Paridas	BOCA CHICA	2 horas 45 minutos	-----	1 hora 5 minutos	45 minutos	33	1 hora 5 minutos
Isla Palenque		2 horas 10 minutos	-----	30 minutos	10 minutos	22	30 minutos
Isla Boca Brava		4 horas 52 minutos	-----	34 minutos	5 minutos	24	25 minutos



COSTO DE MOVILIZACIÓN PARA LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD

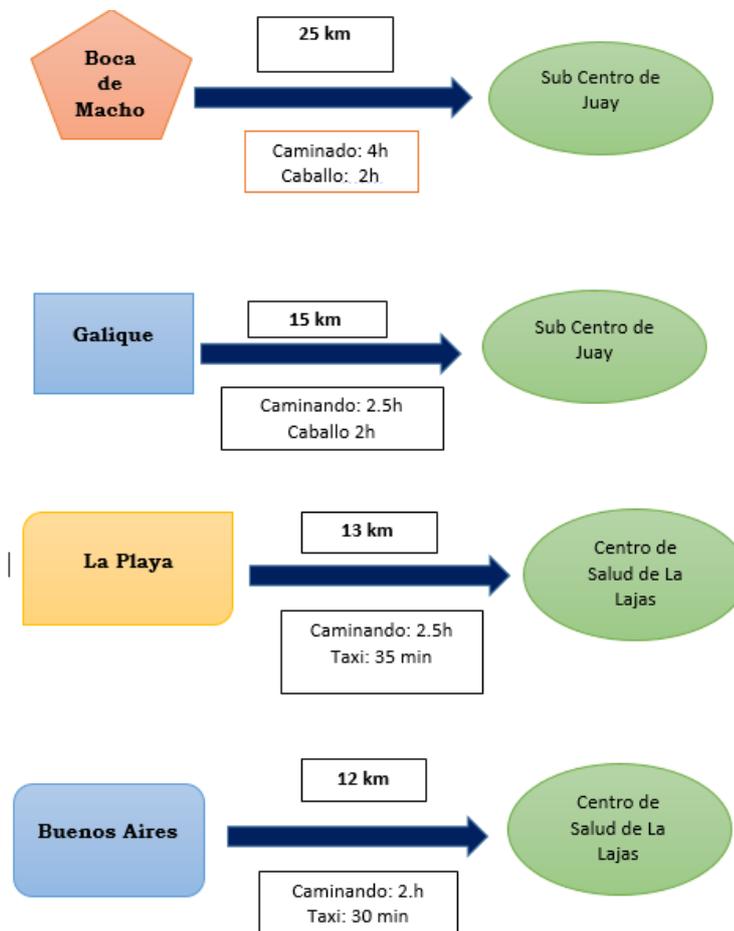
Costo Ida y Vuelta

- Llano Grande Al Río = B/ 1.00
- Del Río A Llano Grande B/ 1.00 **Pasaje Ida Y Vuelta = B/ 2.00**
- Boca Del Monte – San Lorenzo = B/ 1.50
- San Lorenzo – Boca Del Monte = B/ 1.50 **Pasaje Ida Y Vuelta = B/ 3.00**
- **Las Vueltas – San Lorenzo = B/ 1.50**
- **San Lorenzo – Las Vueltas = B/ 1.50 Pasaje Ida Y Vuelta = B/3.00**
- Boca Chica – Horconcitos = Bus B/ 3.00
- Boca Chica – Horconcitos = Taxi B/. 24.00 (Depende De La Hora En La Que Se Requiere Realizar El Traslado)
- Bote O Lancha Las Paridas - Boca Chica = Costo Real B/. 240.00 – Costo Por Combustible/. 80.00
- Bote O Lancha Isla Palenque – Boca Chica = Costo Real B/.120.00 – Costo Por Combustible: B/.40.00
- Bote O Lancha Boca Brava – Boca Chica = Costo Real B/. 120.00 – Costo Por Combustible: B/ 40.00

OBSERVACIONES: Estas áreas son costas: se desplazan en lancha hasta Boca Chica y luego en carro a Horconcitos= Boca Chica – San Lorenzo 45 minutos

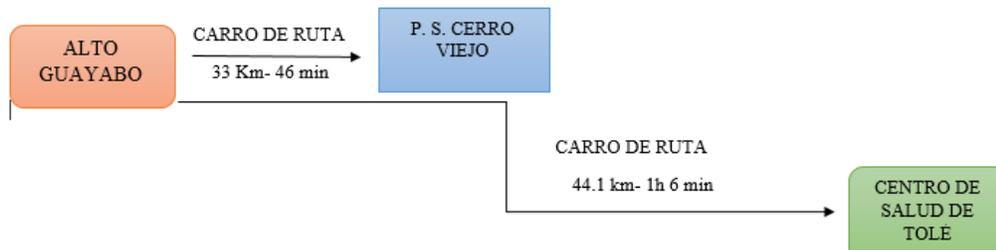
DISTRITO DE SAN FELIX

Comunidad	Instalación más cercana	Distancia y tiempo a la instalación más cercana	Distancia y tiempo a la cabecera del Distrito (Las Lajas)	Medio de transporte	costo
Boca Macho	S/C Juay	25 km Caminado : 4h Caballo: 2h	35 km	Caballo Bus	\$1.40
<u>Galique</u>	S/C Juay	15 km Caminando : 2.5h Caballo 2h	25 km	Caballo Bus	\$1.40
La Playa	C/S de la Lajas	13 km Caminando: 2.5h Taxi : 35 min	13km	Taxi	\$ 5.00
Buenos Aires	C/S de la Lajas	12 km Caminando: 2.h Taxi : 30 min	12km	Taxi	\$2.00

FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACIÓN MÁS CERCANA

DISTRITO DE TOLE

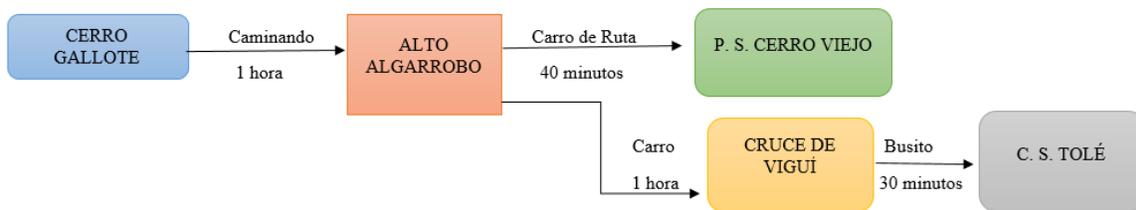
Comunidad	Instalación más cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé)	Medio de transporte	Horario	Costo
Alto Guayabo	Puesto de Salud de Cerro Viejo	33 Km 46 minutos	44.1 Km 1h 6 min	Carro doble de transporte hasta <u>Vigui</u> Luego busito de <u>Vigui</u> a Tolé	(Alto Guayabo-Cerro Viejo) 5:00 am 12:00 md 4:30 pm	2.50
					(<u>Vigui</u> a Tolé) Cada 30 minutos sale un busito	2.60



Comunidad	Instalación más cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé)	Medio de transporte	Horario	Costo
Cerro Brujo	Puesto de Salud de Cerro Viejo	5.1 Km	32.9 Km	Caminando hasta el Puesto de Salud de Cerro Viejo (1h)	-	-
				Busito de Cerro Viejo a Tolé	(<u>Vigui</u> a Tolé) Cada 30 minutos sale un busito	(Ida y vuelta) 2.60



Comunidad	Instalación más cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé)	Medio de transporte	Horario	Costo
Cerro Gallote	Puesto Salud de Cerro Viejo	Caminando (1h) hasta Alto Algarrobo	40.9 Km (2h 30 min)	-Caminando hasta Alto Algarrobo	-	-
		De Alto Algarrobo a Cerro Viejo	(40 min)	-Luego en carro de ruta hasta Cerro Viejo	Cada 30 minutos	1.00
		o De Alto Algarrobo a Vigui	(1h)	De Alto Algarrobo a Vigui		1.75
		De Vigui a Tolé	(30 min)	De Vigui a Tolé	Cada 30 minutos	1.30

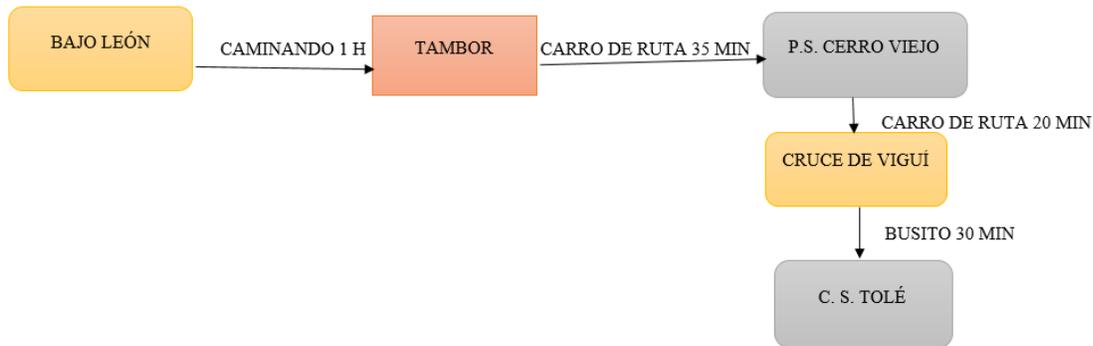


Comunidad	Instalación más cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé)	Medio de transporte	Horario	Costo
Cerro Clarín	Centro de Salud de Tolé	Caminando (1h) hasta Cerro Caña	(2h 40 min)	-Caminando hasta Cerro Caña	-	-
		De cerro caña a Tolé en carro de ruta (1h 40 min)		-Luego en carro de ruta hasta Tolé	6:00 am 1:00 pm 5:00 pm	3.50
					3 vueltas al día	-

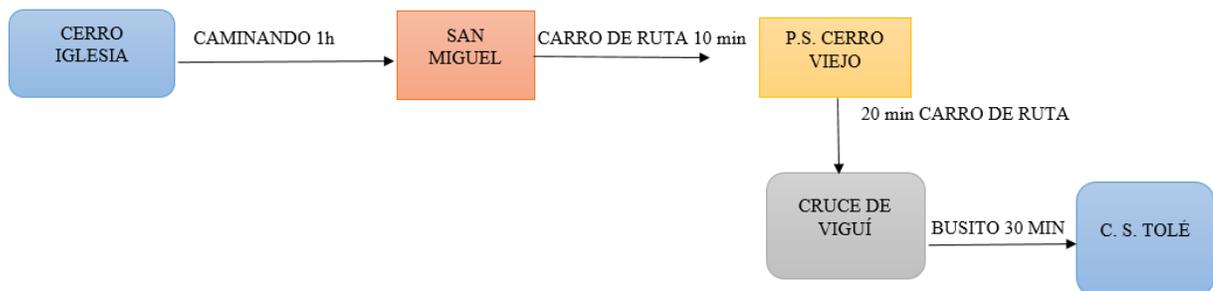


Comunidad	Instalación más cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé)	Medio de transporte	Horario	Costo
Bajo León	Puesto de Salud de Cerro Viejo	1 h 35 min*	2 horas*	-Caminando hasta Tambor (1h)	-	-
				-Luego carro de ruta de tambor a cerro viejo (35 min)	(Tambor a Cerro Viejo) 3 vueltas al día	1.25
				Si amerita venir a Tolé -Busito de Cerro Viejo a Tolé	(Vigui a Tolé) Cada 30 minutos sale un busito	1.30

*No aparece en el Google [map](#)



Comunidad	Instalación más cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé)	Medio de transporte	Horario	Costo
Cerro Iglesia	Puesto de Cerro Viejo	Caminando (1h)	(2h)	-Caminando hasta San Miguel (cerro viejo) 1h	-	-
				-Luego en carro de ruta hasta el puesto (10 min)	3 vueltas al día	1.00
				Ó hasta Vigui si va para Tolé (30 min)	-Cada 30 min	1.30
				-Luego busito de Vigui a Tolé (30 min)		

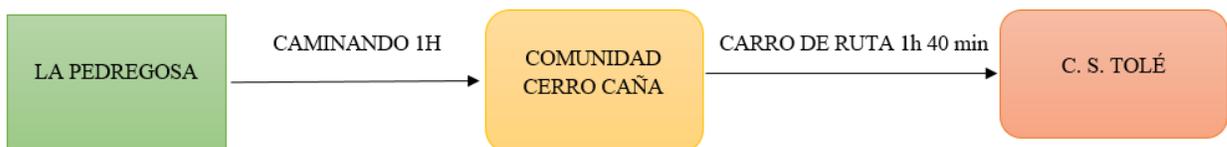
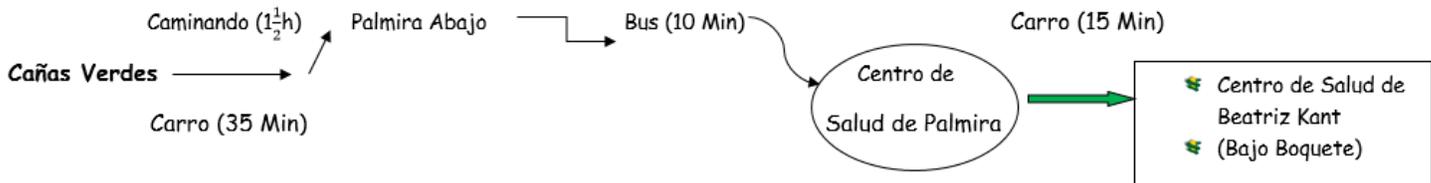


Comunidad	Instalación más cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé)	Medio de transporte	Horario	Costo
Bajo Corosal	Centro de Salud de Tolé	Caminando (2h) hasta Cerro Caña De cerro caña a Tolé en carro de ruta (1h 40 min)	(2h)	-Caminando hasta Alto Algarrobo	Cada 30 minutos	-
				-Luego en carro de ruta hasta Cerro Viejo ó		1.00
				De Alto Algarrobo a Viguí		1.75
				De Viguí a Tolé		1.30



DISTRITO DE BOQUETE

Comunidad	Instalación más cercana	Distancia a la instalación más cercana	Distancia a la cabecera del Distrito (Bajo Boquete)	Medio de transporte	horario	costo
Cañas verdes	Centro de Salud de Palmira	7 km 1 ½ horas Caminando 35 Min en carro	16 km 1 hora en carro 1 ½ Caminando + 20Min en carro	Bus (desde Palmira Abajo)	6:00 a.m. a 6:00 pm	1 balboa



DISTRITO DE BARÚ

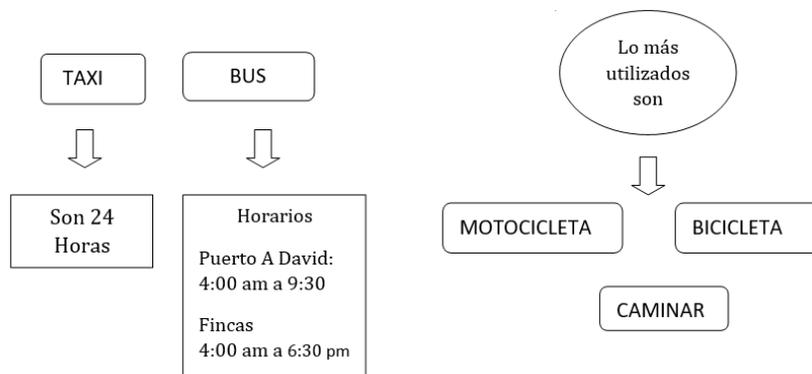
1. ¿Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica económica y cultural del distrito?

Las comunidades con menor grado de accesibilidad por corregimiento son:

<u>CORREGIMIENTO</u>	<u>COMUNIDAD</u>
PUERTO ARMUELLES (CABECERA)	Rio Chiquito
LIMONES	Bella Vista
RODOLFO AGUILAR	Los Planes
BACO	Majagual
PROGRESO	Almendro

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

Los Medios de transporte son:



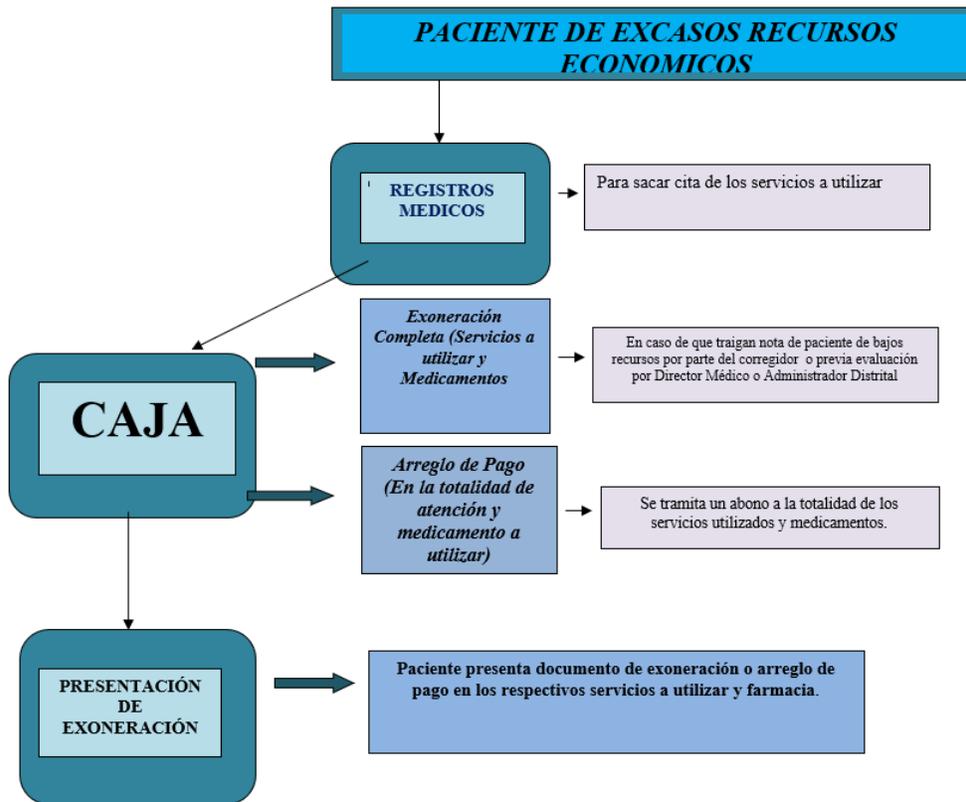
3. ¿Cuáles son las distancias (en tiempo y en kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera?

Comunidad	Instalación más cercana	Distancia y tiempo a la instalación más cercana	Distancia y tiempo a la cabecera del Distrito	Medio de transporte	Horario	Costo
Bella Vista	Subcentro De Bella Vista	Está en la comunidad por ende está muy cerca de la población.	29,0 km en bus 1:30 minutos en carro 1:15 minutos	Bus Caballo Taxi Caminando Carro	6:00 am A 6:00 pm	A Bella Vista Bus 2.50 \$ Taxi 1.20\$\$ a la cabecera (ida y vuelta) 6.20\$\$
Rio Chiquito	Policentro De Puerto Armuelles	1 hora en caballo O 1:30 minutos caminando hasta la comunidad de San Bartolo, se toma un bus hasta el pueblo	De San Bartolo En carro 15 minutos En bus 25 minutos	Bus Taxi Caminando Caballo	4:00 am A 6:00 pm	Taxi 3.60 \$ Bus 1.20\$
Los Planes	Puesto De Salud la Victoria O Policentro De Puerto Armuelles	De los planes a la vitoria 3:30 minutos a caballo 5 horas a pie	De la victoria al Policentro En carro 1:10 minutos En bus 1:30 minutos	Caminando Caballo Bus	5:00 am A 5:30 pm	Bus 2.40 \$
Majagual	Puesto De Salud de Majagual	Está en la comunidad por ende está muy cerca de la población.	21,0 km En bus 0:55 minutos En carro 0:40 minutos	Bus Motocicleta Taxi Carro	5:30 am A 6:00 pm	Bus 1.25\$ Taxi 1.20\$
Almendro	Centro De Salud de Progreso	En carro 0:20 minutos En bus 0:35 minutos	De progreso al Policentro 32,7 Km En bus 1:15 minutos En carro 0:50 minutos	Bus Taxi Motocicleta	5:30 am a 5:00 pm	Taxi 3.00\$ Bus 1.95\$

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

El mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recurso económico es el proceso de exoneración al paciente sea para medicamentos, exámenes, inyectables y demás. Brindándole una buena atención.

MECANISMO DEFINIDO PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO CUENTA CON RECURSOS ECONÓMICOS



ANEXO 2. CARTERA DE SERVICIOS DE LAS INSTALACIONES DE LA REGION DE CHIRIQUÍ

CENTRO DE SALUD CON ESPECIALIDAD DE ALANJE

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por:
 - Odontología
 - Medicina General
 - Especialistas (Ginecología, Pediatría)
 - Psicología
 - Nutrición
- Otros:**
 - Estimulación temprana
- Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como:
 - laboratorios (correo de muestras)
 - farmacias
 - Cuarto de procedimientos
- Saneamiento básico y Ambiental

PUESTOS DE SALUD (Querévalos, Chiriquí viejo, La Pita, Canta Gallo, Palo Grande, Orilla Del Rio, Santo Tomas)

- Promoción de la Salud
- Prevención de la Salud
- Primeros Auxilios
- Cubierta por giras institucionales una vez por semana

SUB CENTRO DE SALUD (GUARUMAL)

- Promoción de la Salud
- Prevención de la Salud (Enfermería)
- Primeros Auxilios
- Giras institucionales una vez por semana

SUB CENTRO DE SALUD (EL TEJAR)

- Promoción de la Salud (promotor comunal)
- Prevención de la Salud (Enfermería)
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por:
 - -Medicina general
 - -Psicología
 - -Nutrición
 - -Odontología
- Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como:
 - laboratorios
 - farmacias

CENTRO DE SALUD DE BOQUERON

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por:
 - Odontología
 - Medicina General
 - Especialistas :
 - Ginecología
 - Pediatría
 - Psicología
 - Nutrición
- Otros:**
 - Estimulación temprana
- Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como:
 - laboratorios (correo de muestras)
 - farmacias
 - Cuarto de procedimientos
- Saneamiento básico y Ambiental

CARTERA DE SERVICIO BOQUERON

- **PUESTOS DE SALUD (Cordillera, Guabal, Bocalatun y Tijeras)**
 - Cartera de Servicios
 - Promoción de la Salud
 - Prevención de la Salud
 - Primeros Auxilios
- Cubierta por giras institucionales una vez por semana

CARTERA DE SERVICIOS DISTRITO DE DAVID	
EL POLICENTRO DE LA BARRIADA SAN JOSE	CENTRO DE SALUD DE SAN MATEO
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la Salud. • Prevención de la Salud. • Diagnóstico y tratamiento de problemas. <ul style="list-style-type: none"> -Medicina General -Dermatología -Psicología -Medicina Interna -Ginecología -Estimulación Temprana -Fisioterapia - Pediatría -Trabajo Social -Nutrición -Psiquiatría -Cardiología -Enfermería -Odontología • Apoyo al diagnóstico y tratamiento <ul style="list-style-type: none"> - laboratorio -Farmacia -Rayos X -Toma de Electrocardiograma -Espirometría • Cirugía ambulatoria. • Urgencias. • Saneamiento básico y Ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la Salud. • Prevención de la Salud. • Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud. <ul style="list-style-type: none"> -Medicina General -Psicología -Medicina Interna -Ginecología -Estimulación Temprana <ul style="list-style-type: none"> - Pediatría -Psiquiatría -Enfermería -Odontología -Nutrición -Trabajo Social -Cardiología -Infectología • Otros: <ul style="list-style-type: none"> -Clínica CLAM -Higiene Social • Apoyo al diagnóstico y tratamiento <ul style="list-style-type: none"> - laboratorio -Farmacia • Saneamiento básico y ambiental.

CENTRO DE SALUD BARRIO BOLIVAR Y SAN CRISTOBAL	CENTRO DE SALUD DE CHIRIQUÍ Y LAS LOMAS
<ul style="list-style-type: none">• Promoción de la Salud.• Prevención de la Salud.• Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.<ul style="list-style-type: none">-Medicina General-Psicología-Ginecología-Estimulación Temprana-Enfermería-Odontología-Nutrición-Trabajo Social-Dermatología• Apoyo al diagnóstico y tratamiento<ul style="list-style-type: none">- laboratorio y San Cristóbal (correo de muestras)-Farmacia <p>Saneamiento básico y ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none">• Promoción de la Salud.• Prevención de la Salud.• Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.<ul style="list-style-type: none">-Medicina General-Ginecología-Enfermería-Odontología-Nutrición-Psicología y Fisioterapia en las Lomas• Apoyo al diagnóstico y tratamiento<ul style="list-style-type: none">- laboratorio (correo de muestras)-Farmacia-EKG (las Lomas)• Saneamiento básico y ambiental.

CENTRO DE SALUD DE GUALACA**➤ SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD

PARTERAS TRADICIONALES

COMUNICACIÓN DE LA SALUD

➤ SERVICIOS DE PREVENCIÓN

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

INMUNIZACIONES

TOMA DE CITOLOGÍA CERVICAL (PAP)

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONTROL PRENATAL

CONTROL PUERPERAL

SALUD BUCODENTAL

MANIPULADOR DE ALIMENTOS

SALUD AMBIENTAL

VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA

➤ SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN

CONSULTA EXTERNA DE: MEDICINA GENERAL LUNES A VIERNES

GINECOLOGÍA LUNES Y MIÉRCOLES

PEDIATRÍA JUEVES Y VIERNES

ESTIMULACIÓN TEMPRANA: JUEVES Y VIERNES

SERVICIOS DE LABORATORIO

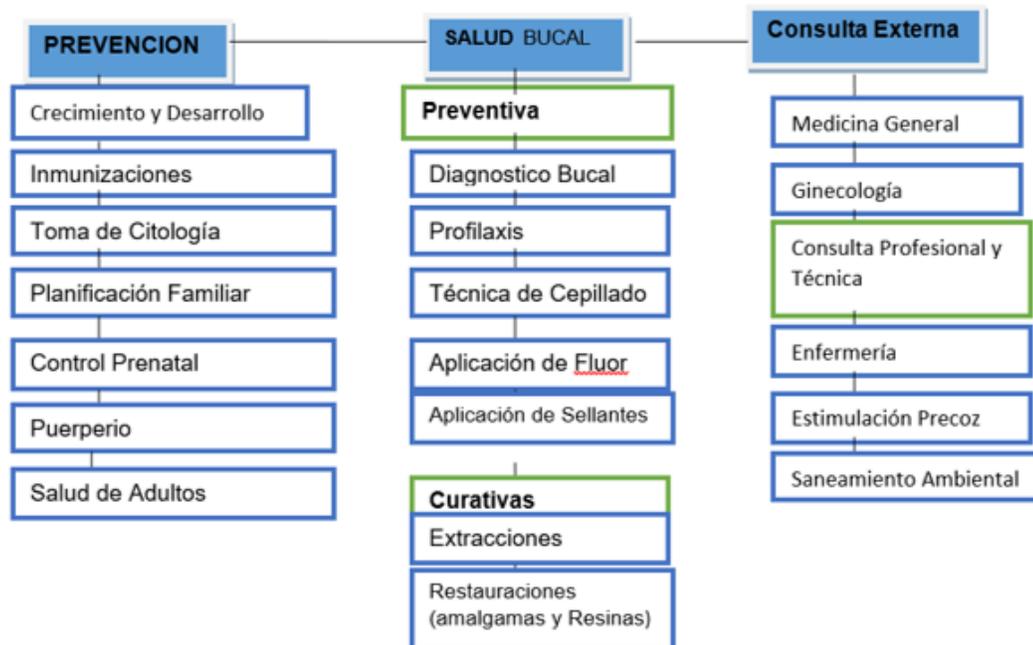
SERVICIO DE FARMACIA

MINSA CAPSI DE DOLEGA
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Promoción de la Salud. ◆ Prevención de la Salud. ◆ Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud. ◆ Dermatología 1 vez a la semana ◆ Psicología ◆ Medicina Interna ◆ Ginecología ◆ Estimulación Temprana ◆ Fisioterapia ◆ Pediatría <ul style="list-style-type: none"> ➢ Apoyo al diagnóstico y tratamiento ➢ laboratorio ➢ -Farmacia ➢ -Rayos X y Mamografía ➢ -Toma de Electrocardiograma ◆ Saneamiento básico y ambiental. ◆ Cuarto de procedimientos: ◆ Curaciones Corte de Puntos ◆ Inyectable ◆ Nebulización

CENTRO DE SALUD POTRERILLOS ABAJO	SUB CENTRO DE SALUD POTRERILLOS ARRIBA
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promoción de la Salud. ❖ Prevención de la Salud. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Crecimiento y Desarrollo ➢ Vacunación ➢ Toma de Citología Cervical uterina ➢ Programa de Enfermedades Crónicas ➢ Programa Maternal ➢ Programa de Salud Adultos ❖ Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Consulta Medicina General ➢ Pediatría 2 veces a la semana ❖ Apoyo al diagnóstico y tratamiento <ul style="list-style-type: none"> ➢ Farmacia ❖ Cuarto de procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Curaciones ➢ Corte de Puntos ➢ Inyectable ➢ Nebulizaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Medicina General 1 vez a la semana • Enfermería 2 veces a la semana • Pediatría 1 veces a la semana • Signos Vitales • Registros Médicos y Estadísticos • Recaudación • Curaciones • Corte de Puntos • Crecimiento y Desarrollo • Vacunación 2 veces a la semana • Toma de Citología Cervical uterina 2 veces a la semana • Farmacia • Inyectable 2 veces a la semana • Nebulizaciones 2 veces a la semana

CARTERA DE SERVICIOS DE CENTRO MATERNO INFANTIL DE RIO SERENO	
HORARIO NORMAL	EXTENSIÓN DE HORARIO
7:00 a.m. - 3:00 p.m. Lunes - viernes	3:00 p.m. - 11:00 p.m. Lunes- viernes Días feriados y fines de semana
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicina General ➤ Enfermería ➤ Farmacia ➤ Odontología ➤ Laboratorio ➤ Saneamiento Ambiental ➤ Control de Vectores ➤ Recaudación ➤ Costo 20 ➤ Crecimiento y desarrollo ➤ Maternal (Control Pre- Natal) ➤ Salud de Adultos ➤ Manipuladores de alimentos ➤ Salud Escolar y Adolescentes ➤ Planificación Familiar ➤ Prevención del Cáncer 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicio de Observación ➤ Urgencias ➤ Inyectable ➤ Curaciones ➤ Nebulización ➤ Atención de parto inminente ➤ Vacunación ➤ Giras de Salud ➤ Visitas Domiciliarias ➤ Traslados de pacientes ➤ Cuidados Paliativos ➤ Giras - Fincas Cafetaleras ➤ Inspecciones Sanitarias ➤ Campañas ➤ Capacitaciones ➤ Clínica de Salud Mental ➤ Clínica de Cesación de Tabaco

CARTERA DE SERVICIOS DEL SUB CENTRO DE SALUD (CAÑAS GORDAS, MONTE LIRIO, CAIZAN Y SANTA CRUZ)	CARTERA DE SERVICIOS DE PUESTOS DE SALUD (BREÑON, PIEDRA CANDELA, BAJO CHIRIQUÍ, SANTA CLARA, DOMINICAL, QUEBRADA DE VUELTA)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicina General ➤ Enfermería ➤ Crecimiento y Desarrollo ➤ Control Prenatal ➤ Inyectable ➤ Curación ➤ Visitas Domiciliarias ➤ Gira Escolar ➤ Prevención de Cáncer ➤ Corte de Puntos ➤ Capacitaciones ➤ Referencia de Pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medicina General ➤ Enfermería ➤ Crecimiento y Desarrollo ➤ Control Prenatal ➤ Inyectable ➤ Curación ➤ Visitas Domiciliarias ➤ Gira Escolar ➤ Prevención de Cáncer ➤ Corte de Puntos ➤ Capacitaciones ➤ Referencia de Pacientes



PUESTOS DE SALUD DE NANCITO

- Promoción de la Salud
- Prevención de la Salud
- Primeros Auxilios
- Cubierta por giras institucionales una vez por semana

**CARTERA DE SERVICIOS
CENTRO DE SALUD DE SAN LORENZO**

Medicina General.....	Lunes A Viernes
Odontología.....	Lunes A Viernes
Especialidades:	
Pediatría.....	Lunes A Viernes
Ginecología.....	Jueves
Enfermería.....	Lunes A Viernes
Psicología.....	Lunes A Viernes
Estimulación Temprana.....	Lunes Y Miércoles
Fisioterapia.....	Lunes Y Miércoles
Farmacia.....	Lunes A Viernes
Saneamiento Ambiental Y Educación Sanitaria.....	Lunes A Viernes
Promoción De La Salud.....	Lunes A Viernes
Educación Para La Salud	
Organización Comunitaria	
Trabajo Social.....	Martes, Miércoles, Jueves Y Viernes
Programa De Atención A La Mujer.....	Lunes A Viernes
- Toma De Citología (Papanicolaou)	
- Planificación Familiar	
- Control Prenatal	
- Puerperio	
Programa De Salud De Adultos	Lunes A Viernes
Toma De Presión Arterial, Glicemia	
Programa De Atención A La Niñez	Lunes A Viernes
Programa De Salud Mental.....	Lunes A Viernes
Programa De Inmunizaciones.....	Lunes A Viernes
Programa De Salud Integral Del Adolescente.....	Lunes A Viernes
Servicios Amigables Del Adolescente	
Otras Actividades:	
o Cirugía Menor	
o Curaciones	
o Inyectables	
o Nebulizaciones	
o Colocación Y Cambio De Sonda Urinaria	

CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN

- ❖ Promoción de la Salud.
- ❖ Prevención de la Salud.
 - Crecimiento y Desarrollo
 - Vacunación
 - Toma de Citología Cervical uterina
 - Programa de Enfermedades Crónicas
 - Programa Maternal
 - Programa de Salud Adultos
- ❖ Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.
 - Consulta Medicina General
- ❖ Apoyo al diagnóstico y tratamiento
 - Farmacia
- ❖ Cuarto de procedimientos:
 - Curaciones
 - Corte de Puntos
 - Inyectable
 - Nebulizaciones

PUESTOS DE SALUD (BOCA DEL MONTE, SABALO Y BOCA CHICA, CIENEGUITA)	SUB CENTRO DE SALUD (HORCONCITO)
<ul style="list-style-type: none">• Promoción de la Salud• Prevención de la Salud• Primeros Auxilios• Asistente de Salud <p>Cubierta por giras institucionales una vez por semana</p> <p>*Boca Chica y Cieneguita están cerrados, pero se abren para las giras.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Promoción de la Salud• Prevención de la Salud (Técnico de Enfermería)• Primeros Auxilios <p>Giras institucionales una vez por semana</p>

PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD (PMEFSS)**CARTERA DE PRESTACIONES PRIORIZADAS**

- **SANEAMIENTO AMBIENTAL** El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de basura.
- **EDUCACION PARA LA SALUD** Promoción de las inmunizaciones, controles de salud en menores de 59 meses, controles prenatales, controles puerperales, lactancia materna, salud bucal, identificación de signos de alarma por IRA, EDA y embarazos de alto riesgo.
- **EDUCACION SOBRE ALIMENTACION Y NUTRICION** Comprende las siguientes actividades: Consejería individualizada a niñez menor de 24 meses, a embarazadas, visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con ganancia inadecuada de peso. Educación sobre alimentación apropiada para el / la menor de 59 meses, embarazadas, puérperas y madres lactantes
- **ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA** Organización y capacitación de comités de salud y juntas administradoras de acueducto rural. Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al manual de promotores, identificación y capacitación de monitoras comunitarias
- **INMUNIZACIONES** aplicación de vacunas a niños, embarazadas, puérperas, y a toda la población, para la prevención de enfermedades como, polio, papera, sarampión, Rubeola, Tétano, Difteria, Tosferina, Diarrea por Rotavirus, Tuberculosis extra pulmonar, Neumonía, Hepatitis A, Hepatitis B, papiloma, influenza.
- **CONTROL PRENATAL** atención, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional para del parto.
- **CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO** evaluación del crecimiento y del desarrollo psicomotor de los niños y niñas menores de 5 años.
- **CONTROL PUERPERAL** atención, educación y orientación a la mujer puérpera (después del parto).
- **TOMA DE MUESTRA DE PAP** toma y entrega de resultados del examen del PAP para prevenir la muerte por el cáncer cérvico - uterino.
- **EXAMEN DE MAMA** para prevención de la muerte por cáncer de mama.
- **PLANIFICACIÓN FAMILIAR** se le hará la entrega de métodos anticonceptivos para la planificación familiar.
- **MONITOREO DE LA GANANCIA DE PESO** Monitoreo de la ganancia adecuada de peso en la niñez menor de 24 meses y embarazada. Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas con ganancia inadecuada de peso.
- **MEDICINA GENERAL** atención a enfermedades como: respiratorias, diarreicas, de la piel, infectocontagiosas, inmunoprevenibles, hipertensión, diabetes, manejo de urgencias y otras.
- **ATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA** Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses con desnutrición leve, moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso. Atención al déficit de micronutrientes a menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.
- **DETECCIÓN DE LA TUBERCULOSIS**, se toma muestra para detección temprana y tratamiento de tuberculosis.
- **DETECCIÓN Y MANEJO DE LA MALARIA Y LEISHMANIASIS**

ANEXO 3. COSTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS

CAJA DE SEGURO SOCIAL – MINISTERIO DE SALUD



ANEXO No.3

AL CONVENIO DENL-_____-2014

ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y LA CAJA DE SEGURO SOCIAL PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD, INCLUYENDO LA SEPARACIÓN Y COMPENSACIÓN DE COSTOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS ENTRE AMBAS INSTITUCIONES A LA POBLACION ASEGURADA Y NO ASEGURADA DEL PAIS, CON EXCEPCION DE LAS REGIONES METROPOLITANA DE SALUD Y DE SAN MIGUELITO, LAS CUMBRES Y CHILIBRE

CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACIÓN Y COMPENSACIÓN

VIGENCIA 2014-2015

ANEXO N° 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 01 SERVICIOS DE HOSPITALIZACION						
MEDICINA		31.77	60.79			54.81
ALERGOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
CARDIOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.80			
DERMATOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		69.45			
ENDOCRINOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
GASTROENTEROLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
GERIATRIA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
HEMATOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
INFECTOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
MEDICINA INTERNA HOMBRE	DIA CAMA OCUPADO		70.50			
MEDICINA INTERNA MUJER	DIA CAMA OCUPADO		70.50			
NEFROLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
NEUMOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO			66.02		

ANEXO N° 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 01 SERVICIOS DE HOSPITALIZACION						
NEUROLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
ONCOLOGÍA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
PSIQUIATRIA	DIA CAMA OCUPADO		61.64			
REUMATOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.61			
CIRUGIA		84.42	70.08			
CIR. GENERAL HOMBRE	DIA CAMA OCUPADO		46.48			
CIR. GENERAL MUJER	DIA CAMA OCUPADO		47.39			
CIR. CARDIACA	DIA CAMA OCUPADO			75.67		
CIR. CARDIO VASCULAR	DIA CAMA OCUPADO			75.67		
CIR. ONCOLOGICA	DIA CAMA OCUPADO			75.67		
CIR. PEDIATRICA	DIA CAMA OCUPADO		62.22			
CIR. PLASTICA	DIA CAMA OCUPADO			75.67		

ANEXO Nº 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 01 SERVICIOS DE HOSPITALIZACION						
CIR. TORAXICA	DIA CAMA OCUPADO			75.67		
CIR. VASCULAR PERIFERICO	DIA CAMA OCUPADO			75.67		
CIR. MAXILO FACIAL	DIA CAMA OCUPADO		62.22			
CIR. NEUROCIRUGIA	DIA CAMA OCUPADO			62.22		
CIR. OFTALMOLOGICA	DIA CAMA OCUPADO		71.15			
CIR. OTORRINOLARINGOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		62.22			
CIR. TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDICA	DIA CAMA OCUPADO		69.14			
CIR. UROLOGICA	DIA CAMA OCUPADO		69.10			
CIRUGIA PROTOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.02			
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA						
GINECOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO	69.01	69.01			54.81
OBSTETRICIA	DIA CAMA OCUPADO	66.96	65.98			54.81

ANEXO N° 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 01 SERVICIOS DE HOSPITALIZACION						
PEDIATRIA		32.76	65.97			54.81
MEDICINA INTERNA EN PEDIATRIA	DIA CAMA OCUPADO	47.59	65.67			
PAIDOPSIQUIATRIA	DIA CAMA OCUPADO		65.97			
NEONATOLOGIA	DIA CAMA OCUPADO		66.27			
MEDICINA GENERAL		63.87	60.79			54.81
MEDICINA GENERAL EN MENORES DE 15 AÑOS	DIA CAMA OCUPADO	65.39	53.15			
MEDICINA GENERAL EN ADULTOS (AS)	DIA CAMA OCUPADO	62.34	49.92			
CORTA ESTANCIA	DIA CAMA OCUPADO		53.15			
CLASE 02. SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA						
ALERGOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		38.73			18.09
ANESTESIOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		24.41			18.36
CARDIOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		21.79			17.17

ANEXO N° 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 02. SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA						
CIR. CARDIO VASCULAR	CONSULTA DE MORBILIDAD			27.38		12.66
CIR. TORAXICA	CONSULTA DE MORBILIDAD			31.78		21.35
CIR. GENERAL	CONSULTA DE MORBILIDAD		20.45			32.95
CIR. PEDIATRICA	CONSULTA DE MORBILIDAD		10.21			18.36
CIR. PLASTICA	CONSULTA DE MORBILIDAD			30.06		32.12
CIR. VASCULAR PERIFERICO	CONSULTA DE MORBILIDAD			31.78	37.35	18.36
DERMATOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		20.90			19.02
ENDOCRINOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD	9.11	11.96			12.46
FISIATRIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		58.84		41.62	18.36
FONIATRIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		24.41			18.36
GASTROENTEROLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		31.04		63.14	31.64
GERIATRIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		23.03			23.66

ANEXO N° 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 02. SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA						
GINECOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD	16.44	24.41		5.73	14.00
HEMATOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		32.33		32.33	27.57
INFECTOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		16.33		58.84	15.88
MAXILOFACIAL	CONSULTA DE MORBILIDAD		24.41		31.78	18.36
MEDICINA FAMILIAR	CONSULTA DE MORBILIDAD		22.85			29.97
MEDICINA GENERAL	CONSULTA DE MORBILIDAD	5.00	9.40		5.62	7.64
MEDICINA INTERNA	CONSULTA DE MORBILIDAD	14.00	16.11			
NEFROLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		37.30			37.30
NEONATOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		22.48			18.36
NEUMOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		18.13			14.93
NEUROCIRUGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD			23.53		9.70
NEUROLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		16.16			17.59

ANEXO Nº 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 02. SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA						
OBSTETRICIA	CONSULTA DE MORBILIDAD	16.44	20.79			18.36
OFTALMOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		25.54			15.50
ONCOLOGICA	CONSULTA DE MORBILIDAD			28.79		18.36
OTORRINOLARINGOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		23.21			16.40
PAIDOSIQUIATRIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		24.41			18.36
PEDIATRIA	CONSULTA DE MORBILIDAD	12.02	16.19			12.24
PERINATOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		24.41			18.36
PROCTOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		39.92			8.07
PSIQUIATRIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		16.42			22.15
REUMATOLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		22.85			12.80
TRAUMA. Y ORTOPEDIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		19.57		9.05	14.56
UROLOGIA	CONSULTA DE MORBILIDAD		22.54			13.99

ANEXO Nº 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 03. SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO						
ANGIOGRAFIA	ESTUDIOS			109.48		
AUDIOMETRIA	ESTUDIOS		5.00			19.27
BANCO DE SANGRE	PINTAS EXTRAIDAS		6.82			
	PINTAS INTEGRAS TRANSFUNDIDAS		51.46			
CITOLOGIA	PLACAS TOMADAS		9.05			9.00
	ESTUDIOS					9.00
BRONCOSCOPIIA	ESTUDIOS		34.80			25.15
CISTOSCOPIA	ESTUDIOS		39.08			25.15
COLONOSCOPIA	ESTUDIOS		30.52			25.15
COLPOSCOPIA	ESTUDIOS		17.03			41.30
CONIZACION	PROCEDIMIENTO		30.36			15.18
CRIOCIRUGÍA	SESIONES		30.36			15.18
ECO-CARDIOGRAMA	ESTUDIOS		30.36			7.21
ELECTROCARDIOGRAMA	ESTUDIOS	10.06	6.05			4.89
ELECTROENCEFALOGRAMA	ESTUDIOS		7.93			8.64
ENDOSCOPIA	ESTUDIOS		56.79			20.32

ANEXO Nº 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 03. SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO						
ERGOMETRIA	ESTUDIOS		10.97			10.97
ESPIROMETRIA	ESTUDIOS		30.36			10.97
ENFERMERIA	CONSULTAS	5.00	4.30		5.23	6.42
ESTIMULACION PRECOZ	SESIONES	4.00	6.38			16.34
FARMACIA	MEDICAMENTOS DESPACHADOS	1.97	2.63		2.35	2.50
FISIOTERAPISTA	SESIONES		5.92			6.11
FONOAUDIOLOGIA	SESIONES		21.58			15.03
HOLTER	ESTUDIOS			30.36		25.15
HEMODIALISIS	DIALISIS			131.32		152.00
RAYOS X	ESTUDIOS	11.14	11.00			8.17
	PLACAS		3.67			14.10
INMUNIZACIONES POR ALERGIAS	SESIONES	5.06	2.72			
INHALOTERAPIA	NEBULIZACIONES	6.28	3.08		4.47	5.25
LABORATORIO CLINICO	ESTUDIOS	3.62	1.80		2.05	3.62
	ANALISIS					
MAMOGRAFIA	ESTUDIOS		9.70			26.25
MIELOGRAFIA	ESTUDIOS			52.26		

ANEXO N° 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 03. SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO						
MONITOREO FETAL	ESTUDIOS		32.66			31.26
NUTRICION	CONSULTAS	9.99	14.48		15.14	29.73
OPTOMETRIA	CONSULTAS		18.63			14.81
PATOLOGIA	ESTUDIOS		30.04			23.90
PSICOLOGIA	CONSULTAS		19.04			16.49
QUIMIOTERAPIA	SESIONES			138.01		
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	ESTUDIOS			30.36		
TEST DE BURIAN	ESTUDIOS		12.00			
TERAPIA DE LA VOZ, AUD Y LEN.	SESIONES		10.25		29.94	
TERAPISTA FISICA	SESIONES		9.85			
TERAPISTA OCUPACIONAL	SESIONES		19.83			
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA	ESTUDIOS			80.00		
TRABAJO SOCIAL	CONSULTAS	17.80	11.09		13.65	17.80
	CASOS		12.39			12.39
ULTRASONIDO	ESTUDIOS		15.90			21.92
CLASE 04. SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS						
URGENCIA GENERAL	CONSULTAS	10.23	18.94		12.20	17.38
URGENCIAS ESPECIALIZADAS						17.92

ANEXO N° 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 04. SERVICIOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS						
URGENCIA GINECO/OBSTETRICA	CONSULTAS		24.62			17.92
URGENCIA PEDIATRICA	CONSULTAS		24.62			17.92
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS MENORES	PROCEDIMIENTOS	7.92	87.38			12.34
OBSERVACIÓN	DIA CAMA OCUPADO		51.88			20.57
CLASE 05. SERVICIOS DE ODONTOLOGIA						
ODONTOLOGIA GENERAL	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	5.42	13.03		6.45	10.75
PERIODONCIA	CONSULTAS Y ACTIVIDADES		8.28			
ENDODONCIA	CONSULTAS Y ACTIVIDADES		8.28			
ODONTOLOGIA PEDIATRICA	CONSULTAS Y ACTIVIDADES		3.52			21.00
Rx. ODONTOLOGICA	PLACAS		8.99			14.00
Rx. PANORAMICA	PLACAS		8.99			
CLASE 06. SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES						
CUIDADOS INTENSIVOS DE MEDICINA	DIA CAMA OCUPADO		247.58			
CUIDADOS INTENSIVOS DE CORONARIA	DIA CAMA OCUPADO			271.85		

ANEXO Nº 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 06.SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y ESPECIALES						
CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRUGIA	DIA CAMA OCUPADO		247.58			
CUIDADOS INTENSIVOS DE QUEMADOS	DIA CAMA OCUPADO			271.85		
CUIDADOS INTENSIVOS DE GINECOLOGIA/OBSTETRICIA	DIA CAMA OCUPADO		247.58			
CUIDADOS INTENSIVOS DE PEDIATRIA	DIA CAMA OCUPADO		247.58			
SALA DE AISLAMIENTO	DIA CAMA OCUPADO		247.58			
CLASE 07. SERVICIOS DE SALONES DE OPERACIONES Y SALAS DE PARTOS						
CIRUGIA AMBULATORIA			181.82		7.92	12.34
CIRUGIA AMBULATORIA HOMBRES	INTERVENCIONES		181.82			
CIRUGIAS AMBULATORIAS MUJERES	INTERVENCIONES		181.82			
CIRUGIA HOSPITALARIA			268.05			
CIRUGIA GENERAL HOMBRES	INTERVENCIONES		70.08			
CIRUGIA GENERAL MUJERES	INTERVENCIONES		46.48			
CIRUGIAS CARDIO VASCULAR	INTERVENCIONES			268.05		
CIRUGIAS GINECOLOGICAS	INTERVENCIONES		268.05			
CIRUGIAS NEUROCIRUGIAS	INTERVENCIONES			268.05		

ANEXO N° 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 07. SERVICIOS DE SALONES DE OPERACIONES Y SALAS DE PARTOS						
CIRUGIAS OBSTETRICAS	INTERVENCIONES		268.05			
CIRUGIAS OFTALMOLOGICAS	INTERVENCIONES		268.05			
CIRUGIAS ONCOLOGICAS	INTERVENCIONES			268.05		
CIRUGIAS OTORRINOLARINGOLOGIA	INTERVENCIONES		268.05			
CIRUGÍAS PEDIATRICAS	INTERVENCIONES					
CIRUGIAS PLASTICAS	INTERVENCIONES			268.05		32.12
CIRUGIAS TORACICAS	INTERVENCIONES			268.05		12.66
CIRUGIAS TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	INTERVENCIONES		268.05			
CIRUGIAS UROLOGICAS	INTERVENCIONES		268.05			
CIRUGIAS MAXILOFACIALES	INTERVENCIONES		268.05			
CIRUGIAS VASCULAR PERIFERICO	INTERVENCIONES			268.05		
HEMODINAMICA	INTERVENCIONES			268.05		
PARTOS VAGINALES	PARTOS	69.00	88.44			150.04
CLASE 08.SERVICIOS Y PROGRAMAS PREVENTIVOS						
ADOLESCENTES (DE 15 A 19 AÑOS)	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	30.45	8.80		16.29	30.45
ESCOLAR	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	15.00	8.80		9.78	23.67

ANEXO Nº 3
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD Y COSTOS CONVENIDOS PARA LA SEPARACION Y COMPENSACION
AÑOS 2014-2015

CARTERA DE SERVICIOS		HOSPITALES AREA Y SECTORIAL	HOSPITALES REGIONALES	COSTOS DIFERENCIADOS DE SERVICIOS DEL TERCER NIVEL	CENTROS DE SALUD, ULAPS Y CAPPS BÁSICO	CENTRO S. / POLICL ESPECIALIZ Y/O CAMAS
CLASE 08.SERVICIOS Y PROGRAMAS PREVENTIVOS						
INFANTIL (MENORES DE 5 AÑOS)	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	7.96	8.80		6.54	13.67
INMUNIZACION	DOSIS APLICADAS	5.06	2.72		1.50	5.06
PLANIFICACION FAMILIAR	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	11.68	8.80		11.68	24.19
PUERPERIO	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	10.59	8.80			19.95
SALUD DE ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS (MA, HS, OTROS)	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	13.22	8.80		8.45	13.22
SALUD DE ADULTOS DE 60 Y MAS AÑOS (MA, HS, OTROS)	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	23.99	8.80		14.03	31.84
SALUD MENTAL	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	14.48	8.80		15.07	17.67
SALUD OCUPACIONAL	CONSULTAS Y ACTIVIDADES	11.31	14.87		15.57	19.79

ANEXO 4. TARIFA DE LOS SERVICIOS DE LA REGIÓN

**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE CHIRIQUÍ
LISTADO DE PRECIOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO**

SEROLOGÍA	PRECIO SUGERIDO (B./.)
VDRL	3.00
TPHA	4.00
SIFILIS	3.00
FR, FACTOR REUMATOIDEO	3.00
ASTO, ESTREPTOLICINAS ESTREPTOCOCCICAS	3.00
PCR, PROTEINA C REACTIVA	3.00
HCG, PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE O SUERO	5.00
HIV PRUEBA RÁPIDA	8.00
BRUCELOSIS	3.00
TOXOPLASMOSIS IgG (HAI)	8.00
MONONUCLEOSIS IgG	4.00
MONONUCLEOSIS IgM	4.00
HEPATITIS C	10.00
HBsAg, ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B	10.00
CHAGAS	10.00
PARASITOLOGIA	
HECES GENERALES	1.00
SANGRE OCULTA	1.00
AZUL DE METILENO	2.00
H. PILORY	10.00
ROTAVIRUS/ADENOVIVUS	8.00
QUÍMICA GENERAL	
GLUCOSA	3.00
GLUCOSA POST PRANDIAL, GLUCOSA 2HPP	3.00

CREATININA	3.00
NITRÓGENO DE UREA	3.00
ÁCIDO ÚRICO	3.00
COLESTEROL TOTAL	3.00
TRIGLICERIDOS	5.00
HDL COLESTEROL	5.00
LDL COLESTEROL	5.00
AST/GOT	4.00
ALT/GOT	4.00
AMILASA	4.00
FOSFATASA ALCALINA	4.00
CALCIO	3.00
BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA	4.00
BILIRRUBINA INDIRECTA	2.00
POTASIO	3.00
MAGNESIO	3.00
PROTEINA TOTAL	4.00
ALBUMINA	4.00
GLOBULINA	2.00
FOSFORO	3.00
COLINESTERASA	6.00
CPK	3.00
QUÍMICA ESPECIAL	
T4 TOTAL	8.00
T4 LIBRE	8.00
T3 TOTAL	8.00
TSH	8.00
HIV	10.00
IgE	10.00
CMV IgG, CITOMEGALOVIRUS IgG	12.00
CMV IgM, CITOMEGALOVIRUS IgM	12.00
TOXOPLASMOSIS IgG	8.00
TOXOPLASMOSIS IgM	8.00
RUBEOLA IgM	10.00
DENGUE IgG e IgM	10.00
PSA TOTAL	10.00

PSA LIBRE	10.00
HBA1c, HEMOGLOBINA GLICOSILADA	15.00
HEPATITIS B	10.00
HANTAVIRUS	10.00
CHIKUNGUNYA	10.00
HEMATOLOGÍA	
BHC	5.00
HEMOGLOBINA (HEMOCUBE)	1.00
SOLUBILIDAD DE HEMOGLOBINA	2.00
GRUPO SANGUINEO, TIPAJE Y RH	3.00
VES, VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN	2.00
TP, TIEMPO DE TROMBINA	8.00
TPT, TIEMPO DE PROTROMBINA	8.00
FIBRINÓGENO	8.00
INR	2.00
FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICO	3.00
FROTIS POR MALARIA	3.00
URINALISIS	
EXAMEN GENERAL	2.00
ORTHO, PRUEBA DE EMBARAZO	3.00
COCAINA	4.00
MARIHUANA	4.00
BACTERIOLOGIA	
FROTIS POR GRAM	3.00
FROTIS POR BAAR	3.00
SUSPENSIÓN POR TRICOMONAS Y LEVADURAS	3.00

SERVICIO DE ODONTOLOGIA			
Consulta	\$0.50		
CIRUGIA	ADULTO	NIÑO	MATERNAL
Exodoncia simple	\$2.50	\$1.50	\$2.00
Exodoncia a colgajo	\$5.00	\$0.00	\$4.00
Exodoncia terceras molares	\$20.00	\$0.00	\$0.00
Exodoncia múltiple (0.40)	\$20.00	\$0.00	\$15.00
MAS PIEZA			
Tratamiento de alveolitis	\$3.00	\$2.00	\$2.50
Remoción de sutura	\$0.75	\$0.00	\$0.50
Control y curación	\$0.50	\$0.00	\$0.50
Sutura	\$1.00	\$0.75	\$0.75
Tratamiento de hemorragia	\$3.00	\$2.00	\$2.50
RESTAURACIONES			
Amalgamas de una o dos superficies	\$2.50	\$2.00	\$2.00
Amalgamas de más de dos superficies	\$3.00	\$2.00	\$2.00
Resina de autocurado de 1 o 2 superficies	\$2.50	\$2.00	\$2.00
Resina de autocurado de 2 superficies	\$3.00	\$2.50	\$2.50
Resina de fotocurado	\$10.00	\$8.00	\$8.00
Base temporal	\$1.00	\$0.75	\$0.75
Recubrimiento pulpar directo o indirecto	\$1.00	\$0.75	\$0.75
RESTAURACIONES			
Ionómero de vidrio	\$2.00	\$1.50	\$1.50
Sellantes de fosa y resina c/u	\$0.00	\$0.50	\$0.00
PERIODONCIA			
Profilaxis y detrartaje	\$3.50	\$2.50	\$3.00
Aplicación de flúor en gel	\$0.50	\$0.00	\$0.00
Detartaje	\$2.00	\$1.00	\$1.50
Curetaje periodontal	\$10.00	\$0.00	\$8.00
ENDODONCIA			
Tratamiento endodontico unirradicular	\$30.00	\$20.00	\$25.00
Pulpectomía	\$0.00	\$15.00	\$0.00
Pulpectomía	\$0.00	\$20.00	\$0.00
RADIOLOGIA			
RX por cada placa	\$3.00	\$2.50	\$2.50
Serie radiográfica	\$20.00	\$15.00	\$15.00

CIRUGIA MENOR	
Corte de puntos (cada uno)	\$0.25
Sutura (cada punto)	\$0.25

OTROS EXAMENES	
Consulta Medicina General	\$0.50
Ultrasonido	\$10.00
Electrocardiograma	\$10.00
Extracción de uña	\$4.00
Lavado de oído	\$4.00
Nebulización c/u	\$2.00
Fisioterapia (5 a 18 años)	\$0.75
Fisioterapia (Adulto)	\$2.00
Canalización mas bolsa (sin medicamento)	\$4.00
Certificado de buena salud	\$1.00
Certificado siquiatría	\$1.00
Certificado psicología	\$1.00

GRATUIDAD PARA:

- EMBARAZADAS HASTA EL PUERPERIO (TARJETA DE CONTROL DE EMBARAZO)
- NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS CUMPLIDOS (TARJETA DE VACUNA).
- DISCAPACITADOS (CARNET DEL MIDES, LEY 42)
- PROGRAMA CLINICA TARV, TBC.

ANEXO 5. LISTADO DE EQUIPOS

Equipo San Lorenzo	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Nebulizador	Sim-neb	90021	2806-000033	26028					no	
Camilla de examen	-	<i>madera</i>	-	32885					no	
Doppler Fetal	Medgyn	017100	140202179	33643					no	
Doppler fetal	Medasonics	Tria II	-	000196					no	
Set de Diagnóstico	Wellchallyn	-	-	34358					si	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140903021315	33617					si	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140906050085	33587					si	
Camilla Ginecológica	William	-	-	08754					no	
Camilla para Examen	Fitmaster	-	-	S/A					no	
Balanza Neonatal	-	-	-	31705					no	
Camilla Ginecológica	-	-	-	1498					no	
Camilla ginecológica	Los Pinos	C-385	69448	S/A					no	

Equipo San Lorenzo	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Sillón Odontológico	Dabi Atlante	Croma	-	30557					no	
Autoclave	Gnatus	-	-	25862					no	
Lámpara de fotocurado	Dentsply	QHL75	-	32571					no	
Aparato ultrasónico	Dentamerica	Scalex 800	-	08739					no	
Amalgamador	Ultramat	SDF	S/N	13950					no	
Camilla de Examen	madera	-	-	-					no	
Camilla para paciente	Bertec	-	-	30043					no	
Camilla Ginecológica	UMF	-	-	24342					no	
Camilla para examen	-	-	-	201598					no	
Camilla para Transporte	-	-	-	0201598					no	
Cama Cuna	-	-	-	S/A					no	
Lámpara de examen	-	-	-	204059					no	

Equipo San Lorenzo	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Autoclave	Tuttnauer	-	-	33492					si	
Destiladora de agua	-	WT3716	55632	35544					si	
Pesa con Tallímetro	Detecto	-	-	24307					no	
Pesa con tallímetro	Health o meter	-	-	10106					no	
Balanza Pediátrica	Health o meter	-	-	26112					no	
Camilla Ginecológica	-	-	-	30048					no	
Nebulizador	Devillbiss	8650D	-	33397					no	
Camilla para examen	Atnaster	-	-	-					no	
Nebulizador	-	16000	-	11391					no	

Equipo Río Sereno	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Espirómetro	Wellchallyn	-	-	32046					Contrato	
ECG	Wellchallyn	-	-	32045					Contrato	
Set de diagnóstico	Wellchallyn	-	-	25059					no	
Set de Diagnóstico	Hense	-	-	18019					no	
Nebulizador	5650H	Devillbiss	H3868263	S/A					no	
Camilla de Partos	Choongwae Medical	CAS-80	-	23055					no	
Incubadora	Choongwae Medical	930SCAll	-	201607					no	
Balanza Pediátrica	Healthometer	-	-	26109					no	
Cama para paciente	-	-	-	10725					no	
Succión	-	LSU	-	0204082					no	
Lámpara Quirúrgica	Choongwae Medical	-	-	201673					no	
Cama para paciente	-	-	-	-					no	

Equipo Río Sereno	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Camilla de examen	-	-	-	25977					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	05771					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	24345					no	
Autoclave	-	AS-1060C	-	S/A					no	
Nebulizador	Devillbiss	-	-	32045					no	
Nebulizador	Devillbiss	5650D	D4106250	25038					no	
Nebulizador	Devillbiss	5650D	-	S/A					no	
Camilla de Transporte	Stryker	-	-	S/A					no	
Camilla de transporte	Huusted	-	-	23015					no	
Bomba de succión	gomco	300	-	20983					si	
Camilla para paciente	-	-	-	19735					no	
Cama para paciente	--	-	-	S/A					no	

Equipo Río Sereno	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Electrocardiógrafo	Mortara	Eli-250	-	25516					no	
Balanza de neonato	Seca	725	-	31073					no	
Pesa con tallímetro	Healthometer	-	-	-					no	
Camilla ginecológica	UMF	-	-	24331					no	
Nebulizador	Easy Neb	-	021539	S/A					no	
Centrífuga	Eppendorf	5702	-	-					no	
Rotador	Rotomix	-	-	-					no	
Nebulizador	Drive Medical	Sportneb2	135150503572	S/A					no	
Nebulizador	Panda	MQ6004	2V1509004165	S/A					no	
Cama para paciente	Bertec	-	A30317	19730					no	
Cama para paciente	-	-	32666	S/A					no	
Nebulizador	Provaice	PB7050	-	S/A					no	

I

Equipo Río Sereno	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Balanza para adulto	Healthometer	450KL	-	-					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	-	33583					no	
Camilla Ginecológica	-	-	-	05954					no	
Doppler Fetal	Sonotrax	Edan	-	24580					no	
Pesa con tallímetro	CAS	DB-14	01049937	203120					no	
Camilla para examen	-	-	-	S/A					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	S/A					no	
Sillón Odontológico	-	-	-	S/A					no	
Sillón Odontológico	-	-	-	S/A					no	
Lámpara fotocurado	-	-	-	S/A					no	
Autoclave	Tuttnauer	-	-	24354					no	
Microscopio	Carlzeiss	Primus Star		36199					si	
Microscopio	Dongwan	-	0101262	S/A					no	

Equipo La Estrella	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Pesa con tallímetro	Healthometer	-	-	20561					no	
Balanza Neonatal	Seca	725	2725067127886	31690					no	
Camilla Ginecológica	-	-	-	02309					no	
Doppler fetal	Advanced	PD-1000pro	304173m15804400020	34475					no	
Autoclave	Chinkú Medical	As-1060G	-	S/A					no	
Cama Manual	-	-	-	01986					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140904014615	33573					no	
Camilla ginecológica	William	-	-	02476					no	
Nebulizador	Devillebiss	5650D	D2650842	15285					no	
Camilla para examen	-	-	-	05787					no	
Set diagnóstico	Heine	-	-	25896					no	
Amalgamador	Zenith dental	-	-	34344					no	

Equipo San Andrés	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Balanza Pediátrica	Seca	725	2725067127881	31691					no	
Pesa con tallímetro	Healthometer	-	-	19118					no	
Doppler Fetal	loucare	FM-200	C116062192	36153					no	
Nebulizador	Devillbiss	5650D	-	24532					no	
Nebulizador	Inspiration	H5456	09092004113	24533					no	
Camilla de transporte	Midmark	535	-	21498					no	
Camilla ginecología	-	-	-	01893					no	
Autoclave	Tuttnauer	Value K Lave	15080603	35602					si	
Camilla Ginecológica	UMF	5103	97523F	26328					no	
Set de diagnóstico	-	-	-	21446					no	
Doppler fetal	-	-	-	S/A					no	
Sillón odontológico	Gnatus	-	-	24545					no	

Equipo San Andrés/aserrío	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Autoclave	Gnatus	-	-	24544					no	
Lámpara de fotocurado	Dentsply	QHL75	-	34744					no	
Aparato ultrasónico	Dentsply	Bobcat pro	-	S/A					no	
Balanza Pediátrica	Seca	725	2725672128333	31713					no	
Balanza Pediátrica	Seca	725	2725079129005	31712					no	
Autoclave	Choongwae	CAS-ST045	-	-					no	
Destiladora	Pure Secure	-	-	-					si	
Camilla ginecológica	-	-	-	14972					si	
Doppler fetal	Advanced	PD1000-pro	60053	24582					no	
Doppler fetal	Medgym	017100	940202163	33339					no	
Autoclave	Tuttnauer	85L	-	35179					no	
Nebulizador	Devillbiss	5650D	D3624859	16433					no	

Equipo Aserrió	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Cama para paciente	-	-	-	S/A					no	
Nebulizador	Devillbiss	5650D	D2400022	15257					no	
Nebulizador	Pulmo mistnidek	4303-01100	-	21455					no	
Camilla para examen	-	-	-	14947					no	
Glucómetro	Accucheck	Acitve	-	33851					no	
Medidor de hemoglobina	Hemocue	HB2011	-	32016					no	
Laringoscopio	ADC	-	-	S/A					no	
Balanza Pediátrica	CAS	-	MDAD11530AA0201010400052	0203039					no	
Pesa con tallímetro	Detecto	-	-	S/A					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	S/A					no	
Electrocardiógrafo	Mortara	Eli-250	110270052908	26019					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	.	140903021865	33569					no	

Equipo Santo Domingo	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Cama para paciente	Wellchallyn	-	140903024175	33604					no	
Pesa con tallímetro	Healthometer	-	-	19093					no	
Balanza pediátrica	Healthometer	-	-	26114					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140906043915	33608					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140906051265	33572					no	
Camilla ginecológica	William	-	-	02060					no	
Glucómetro	Accucheck	active	GC12021980	31225					no	
Camilla para examen	-	Vynil verde	-	S/A					no	
Nebulizador	Simneb	90011	990500029	24561					no	
Camilla ginecológica	UMF	5103	97523W	26327					no	
Sillón odontológico	-	-	-	01884					no	
Aparato ultrasónico	Dentamerica	Scalex 800	-	15306					no	

Equipo Santo Domingo/Palmira	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Lámpara fotocurado	Dentamerica	Litex 680A	-	30019					no	
Amalgamador	Gnatus	AmalgamixII	-	31293					no	
Autoclave	Sakura	-	-	05378					no	
Camilla ginecológica	Dametal	-	-	16049					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	14073					no	
Autoclave	Ritter Midmark	MIID	-	240203					no	
Camilla para examen	-	Madera blanca	-	14471					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140906041405	33630					no	
Nebulizador	-	-	-	S/A					no	
Cama manual	-	-	-	21284					no	
Cama Manual	-	-	-	21283					no	
Camilla para examen	-	-	-	S/A					no	

Equipo Palmira/Las Lomas	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Camilla ginecológica	-	-	-	-					no	
Camilla para transporte	-	-	-	16055					no	
Camilla de examen	-	-	-	S/A					no	
Balanza de neonato	Detecto	-	-	07135					no	
Pesa con tallímetro	Detecto	-	-	-					no	
Camilla de examen	-	-	-	-					no	
Sillón odontológico	Gnatus	-	405145010	S/A					no	
Lámpara de fotocurado	Dentamerica	Litex 680A	-	S/A					no	
Aparato ultrasónico	Marecrick Scaler	ART-M125K	C37471	34812					no	
Camilla de examen	Brewer Element	-	-	36577					no	
Camilla de transporte	Stryker	946-2	06010726	S/A					no	
Pesa con tallímetro	Heatlhometer	-	-	16696					no	

Equipo Las Lomas	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Camilla para examen	-	-	-	20342					no	
Electrocardiógrafo	Mortara	Eli-250	-	26018					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	0658					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	S/A					no	
Camilla Ginecológica	-	-	-	17887					no	
Balanza neonatal	Seca	725	2725067127878	31626					no	
Nebulizador	Devilbiss	8650D	D025095	32565					no	
Nebulizador	Devilbiss	8650D	D025004	32481					no	
Set diagnóstico	Riester	Ri-former	000048	18362					no	
Camilla de transporte	HillRoom	-	-	S/A					no	
Esfigmomanómetro	ADC	450	-	26455					no	
Autoclave	Turdy	SA-260MA	140603010-003	34325					no	

ANEXO 5. Inventario de equipos - Microsoft Word

Equipo Chiriquí	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Esterilizador	DAC Universal	Sirona	0227543	34122					no	
Resucitador	Matrax	91350999Hode	5BUM0086	20020					no	
Glucómetro	Advantage	-	8163101222	16263					no	
Glucómetro	Advantage	-	5893113824	16262					no	
Balanza pediátrica	Healthometer	-	-	16698					no	
Balanza Pediátrica	Taylor	852BE53507V2525	-	25499					no	
Camilla de transporte	-	-	-	14041					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	09285					no	
Camilla para examen	-	-	-	20149					no	
Camilla ginecológica	-	-	F-4100	30047					no	
Camilla ginecológica	Los pinos	C38	69438	26059					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140904014495	33591					no	

Página: 14 de 70 | Palabras: 7,245 | Español (Panamá) | 1:59 p. m. 2/1/18

Equipo Chiriquí	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Camilla Ginecológica	Brewer	-	-	S/A					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	11632					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	26220					no	
Balanza de neonato	Healthometer	386kgs	-	10287					no	
Pesa con tallímetro	Healthometer	-	-	25118					no	
Camilla ginecológica	Semilla	metal	-	30047					no	
Esfigmomanómetro	Solco	Adult	-	203255					no	
Glucómetro	Advantage	-	8168704886	18973					no	
Camilla	-	madera	-	16264					no	
Camilla	-	madera	-	14040					no	
Aparato ultrasónico	Scalex	-	-	02675					no	
Autoclave	Ritter	-	-	14770					no	

Equipo Chiriquí	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Amalgamador	Zentih	Z-IA	Z23103	02675					no	
Lámpara de fototerapia	-	-	-	20967					no	
Compresor	-	-	-	20968					no	
Pesa con tallímetro	detecto	-	-	10370					no	
Camilla para examen	-	madera	-	14027					no	
Nebulizador	Pulmoaire	564-05	-	09821					no	
Autoclave	-	2540E	-	30147					no	
Sillón odontológico	-	-	-	S/A					no	
Doppler fetal	-	-	-	16480					no	
Termómetro digital	IH	TM02N	-	25764					no	
Resucitador	Matrax	91350998	95350998	20022					no	
Set de diagnostico	-	-	-	20197					no	

Equipo Santa Marta	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Set de diagnostico	-	-	-	16472					no	
Succión	Medipum2	11302	-	16274					no	
Nebulizador	Devilbiss	5650D	03883177	21471					no	
Sillón odontológico	Fushion	-	6119	31818					no	
Lámpara de fototerapia	Dentamerica	Litex 680A	-	-					no	
Aparato ultrasónico	Saclex	-	-	01739					no	
Amalgamador	Fushion	SYG-200	-	-					no	
Microscopio	Human	Human Scope Plus	300765	25711					no	
Rotador	Vision Scientific	Vortex	-	203081					no	
Microscopio	Carl Zeiss	Primo Star	-	36197					si	
Centrífuga	Vulcon	Quantum	-	11856					no	
Centrífuga	Drucker	755ves	-	36039					si	

Equipo Santa Marta	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Centrífuga capilar	Vulcon	Microspier24	-	11857					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140906050615	33571					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	36376					no	
Pesa con tallímetro	Healthometer	-	-	16828					no	
Balanza neonatal	CAS	A0-15T	010400015	203033					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	-	33606					no	
Camilla para examen	-	-	-	01535					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	01538					no	
Doppler Fetal	locare	FM-200	C116062194	36151					no	
Doppler Fetal	Nicolet	Elite-200	EC11851	S/A					no	
Doppler Fetal	Advanced	PD-1000pro	304173-M15804400011	34474					no	
Nebulizador	Spiderneb	18024	M80709940	S/A					no	

Equipo Santa Marta /Sortová	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Nebulizador	Sim-neb	90021	9804-00003	S/A					no	
Pesa con tallímetro	Seca	-	5700332081006	25789					no	
Autoclave	-	1321	-	0203052					no	
Camilla para examen	-	-	-	15936					no	
Balanza neonatal	Seca	725	2725072128336	31699					no	
Pesa con tallímetro	-	-	-	S/A					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140706045045	33609					no	
Set de diagnóstico	Gowllands	-	-	16666					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	02302					no	
Doppler fetal	Advanced	PD-1000pro	304173-M15804400014	34472					no	
Autoclave	Tuttnauer	7L	-	35601					sí	
Nebulizador	Schuco	53000	120900048759	05501					no	

Equipo La Mata/Potrerosillos Arriba	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Camilla ginecológica	-	-	-	S/A					no	
Camilla ginecológica	UMF	5103	975235	26330					no	
Doppler fetal	Advanced	PD-1000pro	304173M150444015	34447					no	
Autoclave	Tuttnauer	--	-	35603					no	
Pesa con tallímetro	Dectecto	-	-	43642					no	
Balanza neonatal	Seca	725	2725079129003	31701					no	
Nebulizador	Sim-neb	90011	9905-00010	24570					no	
Pesa con tallímetro	Detecto	-	-	02765					no	
Balanza pediátrica	Healthometer	-	-	26108					no	
Camilla para examen	-	-	-	24183					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	2783					no	
Cama para paciente	-	-	-	02763					no	

Equipo Potrerillos Arriba/Los Anastacios	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Cama manual para paciente	Hillroom	advanced	1135-52D4-A	S/A					no	
Cama manual para paciente	Hillroom	-	-	S/A					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	31985					no	
Camilla para examen	-	-	-	02778					no	
Lámpara de fotocurado	Dentsply	QH75	-	33172					no	
Aparato ultrasónico	Dentamerica	Scalex 800	22179	16556					no	
Rayos x panorámico	Belrey	096	-	24361					no	
Camilla para examen	-	-	-	24362					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	08065					no	
Esfigmomanómetro	Wellchallyn	-	140903173035	33601					no	
Negatoscopio	X-ray	460A	KN007247	S/A					no	
Camilla ginecológica	-	NT-83	-	24976					no	

Equipo Los Anastacios	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Cuna pediátrica	-	-	-	22741					no	
Sillón Odontológico	Dabi atlante	Croma	-	25982					no	
Pesa con tallímetro	Nuevo Leon	Clínica-160	DGN.312.07.2006.869	24630					no	
Balanza de neonato	Detecto	-	-	08074					no	
Balanza de neonato	Healthmeter	-	-	S/A					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	S/A					no	
Camilla de examen	-	-	-	S/A					no	
Camilla de Transporte	-	-	-	22738					no	
Cama manual de paciente	-	-	-	S/A					no	
Cama de examen	-	madera	-	08075					no	
Nebulizador	Drive Medical	Pacífica	5A20090211752	24365					no	
Nebulizador	Drive Medical	Pacífica	-	24364					no	

Equipo Caldera	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Camilla Ginecológica	-	-	-	02721					no	
Autoclave 7l	Tuttnauer	Valuek lave	15080347	35600					si	
Autoclave 21l	Hanshin Medical co LTD	1321	zm03168	204156 proyecto Panamá-Corea					no	
Camilla de Examen	Famet	-	-	16039					no	
Camilla ginecológica	Midmark	104	-	S/A					no	
Nebulizador	Devilbiss	561 series	-	16740					no	
Camilla para examen	-	vynil blanco	-	21319					no	
Cama Manual para paciente	Bertec	LH-0492	41769	30078					no	
Cama Manual para paciente	Sumise	7646	11010405	S/A					no	
Cama manual para paciente	-	-	-	17285					no	
Camilla de transporte	-	-	-	16022					no	
Esfigmomanómetro con ruedas	Wellchallyn	-	140904013725	33589					no	

Equipo Caldera/ Potrerillos abajo	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Camilla ginecológica	-	-	-	S/A					no	
Esfigmomanómetro con ruedas	Wellchallyn	-	140906043695	33629					no	
Doppler fetal	-	F01	-	7280					no	
Unidad Odontológica	JPS	HB2102	082905	35390					no	
Camilla Ginecológica	-	-	-	0201641					no	
Rotador serológico	Rototron vulcon technologies	RT10	675	23454					no	
Balanza pediátrica	-	-	129404	16701					no	
Balanza de neonato	Seca	--	-	31677					no	
Pesa con tallímetro	Detecto	-	-	10121					no	
Unidad Odontológica	Kavo junior	Kavo	-	S/A					no	
Aparato ultrasónico	Dentamerica	Scalex800	14671	06483					no	
Lámpara de fotocurado	Dentamerica	Litex800	S/N	25301					no	

Equipo Potrerillos Abajo	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Amalgamador	Silansut plus	vivadent	-	023147					no	
Nebulizador	Devilbiss	Pulmo aide	182640875	S/A					no	
Autoclave	Choongwae	Acce-860	A86-000081	204144					si	
Camilla de examen	Los Pinos	C-385	69449	S/A					no	
Esfigmomanómetro con ruedas	Wellchallyn	-	140906045465	33602					no	
Pesa con tallímetro	Detecto	-	-	02728					no	
Balanza Pediátrica	Heathmeter	14380	-	-					no	
Camilla de examen	-	-	-	0201665					no	
Camilla de transporte	-	-	-	201602					no	
Cama manual de paciente	-	-	-	06420					no	
Esfigmomanómetro con ruedas	Wellchallyn	-	14090302495	33567					no	
Camilla de examen	-	madera	-	S/A					no	

Equipo Tolé	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Cama para paciente	-	5581-RW	RW92J8183	S/A					no	
Cama para paciente	-	-	-	S/A					no	
Cama para paciente	-	-	-	S/A					no	
Cama para paciente	-	-	-	15497					no	
Camilla de examen	-	madera	-	03772					no	
Nebulizador	Devilbiss	8650D	-	35161					no	
Nebulizador	Devilbiss	8650D	-	S/A					no	
Camilla Ginecológica	Los Pinos	C-385	69440	26056					no	
Camilla de examen	-	Madera	-	18262					no	
Doppler fetal	Advance	PD1000pro	-	24586					no	
Camilla de examen	William	-	-	03786					no	
Lámpara de pie	Olympic	elite	64-2014	32280					no	

Equipo Tolé	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Balanza Pediátrica	Healthmeter	-	-	04134					no	
Aparato ultrasónico	Parkell	-	-	25595					no	
Sillón odontológico	JPS	-	091022	S/A					no	
Lámpara de fotocurado	Optilux	Demetron	-	0203141					no	
Amalgamador	Capmaster	-	-	S/A					no	
Pesa con tallímetro	Detecto	-	-	06210					no	
Balanza Pediátrica	Healthmeter	-	-	26113					no	
Esfigmomanómetro con ruedas	Wellchallyn	-	14090684055	33613					no	
Doppler fetal	Advance	-	-	34470					no	
Camilla ginecológica	Los Pinos	C-385	69443	26074					no	
Centrífuga	The Drucker	Horizon	-	34925					si	
Rotador	Unico	Digital Rotulor	-	35386					no	

Equipo Tolé/Cerro punta	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Microscopio	Carl Zeiss	Primo Star	-	35388					si	
Esfigmomanómetro de ruedas	Wellchallyn	-	140903173363	33540					no	
Autoclave	-	2321D	-	S/A					no	
Camilla de transporte	Stryker	SVA	-	S/A					no	
Esfigmomanómetro de ruedas	Wellchallyn	-	140903024395	33603					no	
Esfigmomanómetro de ruedas	Wellchallyn	-	140906050425	33568					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	18755					no	
Sillón odontológico	JPS	-	-	35122					no	
Esterilizador de odontología	DAC Universal	Sirona	-	34134					no	
Aparato Ultrasónico	-	-	-	S/A					no	
Lámpara de fotocurado	-	-	-	34765					no	
Amalgamador	-	-	-	02340					no	

Equipo Cerro Punta	Marca	Modelo	Serie	Activo	Fecha de Adquisición	Costo de Adquisición	Proveedor	Valor actual en libro	Garantía o Contrato	Año de uso
Rayos X Periapical	Dabi Atlante	Selectronic	1205816	32346					no	
Balanza neonatal	Seca	725	2725067127875	31689					no	
Camilla de expulsión	-	-	-	16948					no	
Camilla ginecológica	-	-	-	S/A					no	
Doppler fetal	Advanced	PD-1000pro	-	34473					no	
EKG/Espirómetro	Wellchallyn	-	-	32095					no	
Nebulizador	Devilbiss	5650D	D388318c	18698					Contrato	
Cama para paciente	-	-	-	18322					no	
Cama para paciente	-	-	-	18321					no	
Pesa con tallímetro	Healthmeter	-	-	18694					no	
Set de diagnóstico	Heine	100	-	18704					no	
Nebulizador	Devilbiss	5650D	D03874821	21473					no	