

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD



REGION DE SALUD DE DARIEN

DOCTORA PANAMA A. PEREZ
DIRECTORA REGIONAL

DOCTOR JOSE A. HERNANDEZ
PLANIFICADOR

2017

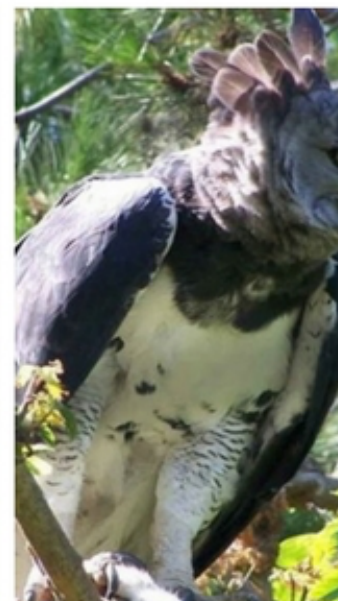
2017

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

REGION DE SALUD DE DARIEN

INDICE

- 03 Introducción
- 04 Fotografía 1. El Contexto.
- 32 Fotografía 2. Cuál es la demanda y necesidad de los Servicios de Salud.
- 72 Fotografía 3. Caracterización de la oferta
- 98 Fotografía 4. Satisfacción del Usuario.
- 105 Fotografía 5. Actores y Red Social.
- 114 Fotografía 6. Proyección de la Red.
- 136 Fotografía 7. Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones.
- 148 Fotografía 8. Instrumento de Gestión.
- 164 Fotografía 9. Financiación de los Servicios.
- 174 Fotografía 10. Proyectos de Inversión



INTRODUCCION

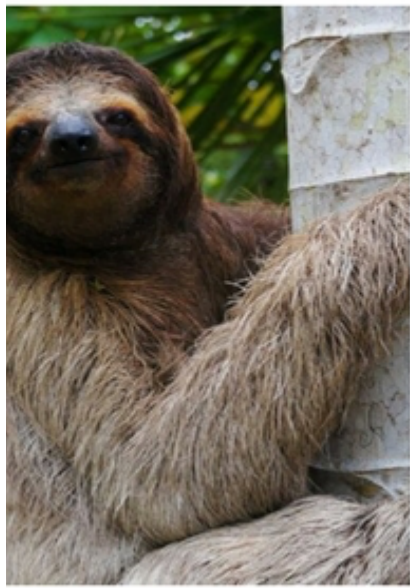
El análisis de situación de salud (ASIS) es considerado como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud. Conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de la población de Darién permite la adecuada y pertinente planeación de intervenciones desde el estado y la misma comunidad.

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

Desde el enfoque de derechos y reconociendo que, tal como lo plantea el análisis de determinantes sociales, la salud es una producción histórico social donde las enfermedades son el resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales, históricas y políticas de los individuos y colectividades, el centro de análisis del ASIS serán las personas que comparten un mismo territorio inmersas en unas dinámicas y posiciones sociales que permiten expresar distintos grados de vulnerabilidad.

El fin último de la intervención social y de salud es el desarrollo de autonomía de las personas y colectivos, luego de ubicar los diferentes territorios, el centro del análisis y de reconocimiento estará en las etapas del ciclo vital, del conjunto de características que los conforman (género/raza/etnia/clase social/capacidad mental, física, /sexualidad) y realizar análisis de equidad que puedan mostrar las desigualdades existentes o no por estas condiciones.

En ese contexto, los sistemas de información deben de comportarse como sistemas abiertos que interactúan constantemente con el comportamiento y las dinámicas humanas y sociales, a fin de poder permitir, modificaciones que respondan a los mínimos necesarios para caracterizar las condiciones de los colectivos en los territorios, sus características individuales y entreguen insumos que permitan construir un modelo explicativo de la realidad.





FOTOGRAFIA I

EL CONTEXTO

TENDENCIAS
PROYECCIONES DEL DESARROLLO ECONOMICO
IMPACTO DE LOS CAMBIOS CLIMATICOS).

1. Principales problemas políticos económico socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño.

La población de la provincia se caracteriza por ser escasa, dispersa y heterogénea, y está localizada en numerosos centros poblados pequeños vinculados a los cursos de agua. Se registran permanentemente flujos migratorios muy significativos desde y hacia la provincia. Consideramos que los problemas políticos sociales que más inciden en la situación de salud y su desempeño son:

POBREZA:

La pobreza general y la extrema siguen siendo más comunes en las áreas rurales del país que en las urbanas, a pesar de las mejoras que se perciben por la situación económica del país. La condición está ligada a la calidad del empleo, que es precaria en las empresas familiares rurales, así como en los trabajos por cuenta propia, poco remunerados en las zonas rurales si se le compara, para la misma ocupación, al de la urbana. No menos importante, para efecto de nivel de bienestar es el mayor número de personas por hogar en las áreas rurales, pero de modo especial, en las indígenas.

La pobreza, incluyendo la extrema o indigencia, no sólo es una condición predominante en las áreas rurales sino, habría que agregar para localizarla con más exactitud, de las comarcas indígenas o de las áreas que corrientemente están habitando en las provincias por estos grupos étnicos.

Así, mientras en el conjunto de las provincias, el 6.4% de población estuvo en condiciones de pobreza extrema y en las comarcas indígenas (Comarca Emberá Wounaan) fue el 68.5%, para el año 2016, se presenta un aumento de esta (9.9% en la población en general), aunque en la comarca el porcentaje disminuyó discretamente a 67.1%.

A partir de 2010 se hacen las categorizaciones repartidas entre provincias y comarcas indígenas. Es una condición que poco se da en los Emberá (emigran menos) y en los Ngäbe Buglé (que se movilizan como familia).

En la provincia de Darién para el año 2012 el 18.9%, con una numerosa población indígena, estuvo en la indigencia, y el 48.1% fueron considerados como pobres. Para el año 2016, se da un aumento en la población en pobreza extrema (20%) y una leve disminución en la pobreza general 45.9%, que indica un progreso, pero distante de los objetivos deseados. Esto

debido a mayor acceso a bienes y servicios sociales, que aunque son gratuitos, alcanzarlos en las zonas rurales de difícil acceso, cuesta.

Más alarmante es la situación en el área de la comarca Emberá, donde los índices de pobreza y pobreza extrema fueron de 67.1% y 38.3% respectivamente.

Provincias y comarcas indígenas	Marzo 2015		Marzo 2016	
	Pobreza Extrema	Pobreza General	Pobreza Extrema	Pobreza General
Total	10.3	23.0	9.9	22.1
Provincias:				
Bocas del Toro	23.1	48.1	22.3	47.1
Coclé	12.3	31.6	11.6	30.1
Colón	4.4	15.2	4.4	13.9
Chiriquí	8.8	24.0	8.2	22.4
Darién	20.7	47.6	20.0	45.9
Herrera	4.2	18.1	4.1	16.5
Los Santos	2.5	13.8	2.3	12.3
Panamá	3.2	13.1	2.9	12.6
Panamá Oeste	2.7	8.6	2.6	7.9
Veraguas	17.9	37.9	17.2	37.0
Comarcas indígenas:				
Guna Yala	59.4	78.5	58.9	76.7
Emberá	38.7	68.5	38.3	67.1
Ngäbe Buglé	67.8	86.8	67.4	86.2

Fuente: Elaborado en la Dirección de Análisis Económico y Social del Ministerio de Economía y Finanzas, en base a la Encuesta de Propósitos Múltiples de Marzo de los años correspondientes, levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo.

ANALFABETISMO

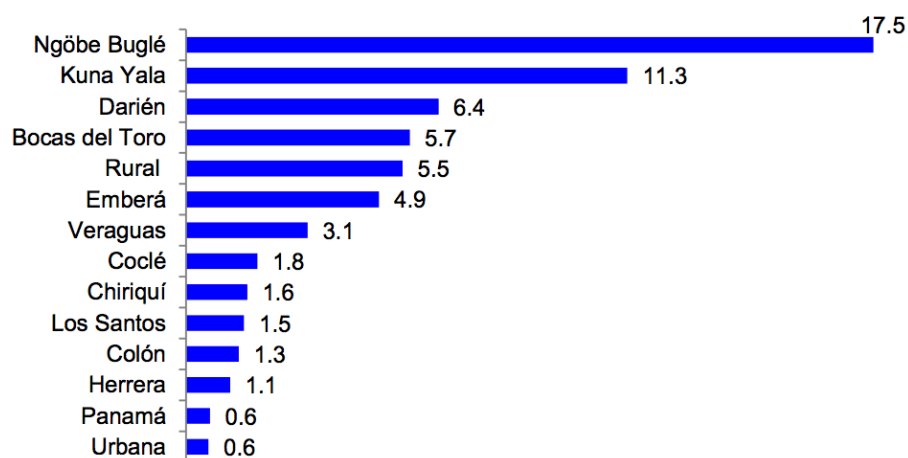
De acuerdo a los resultados finales del XI Censo de Población y VII de Vivienda del año 2010, se puede señalar en lo que respecta al nivel educativo, una reducción en el porcentaje de analfabetas ya que este indicador pasó de 10.7 por ciento en 1990, 7.6 por ciento en el 2000 y 5.5 por ciento en el 2010. No obstante, lo anterior, se observan un mayor número de

mujeres analfabetas que de hombres en esa condición (6.0 por ciento y 4.9 por ciento respectivamente).

A nivel interno del país, la provincia registró el mayor porcentaje de analfabetas (15.9 por ciento) Por otro lado, la situación de las Comarca Emberá es mucho más grave y afecta en mayor magnitud a las mujeres, con un total de 22.9 por ciento (lo segundo más alto del país). La encuesta de Propósitos múltiples, muestra tasas de analfabetismo, con la misma tendencia para jóvenes de 18 a 29 años, donde la provincia de Darién se encuentra (dentro de las provincias), con la mayor tasa de analfabetismo (5.7%).

**Tasa de analfabetismo de los jóvenes de 18 a 29 años de edad, según áreas, provincias y comarcas indígenas:
Encuesta de Propósitos Múltiples de Marzo de 2012**

(En porcentajes)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

SEGURIDAD

En Panamá es importante reafirmar y ejecutar con seriedad una política de seguridad nacional frente a la problemática del Darién, en estricto respeto al derecho internacional, a la igualdad jurídica y a nuestra soberanía.

Debemos entender que la apertura del tapón del Darién amenaza la seguridad nacional, constituyéndose en un problema complejo que requiere de respuestas multisectoriales.

El Darién con su 290 kms. de frontera, cubiertos prácticamente de selva virgen y de una

estructura social multiétnica desplazada en un espacio binacional, debe ser producto de un estudio muy profundo y no a la ligera.

Darién, con sus 290 Km, es por excelencia el receptáculo de la migración sur de desplazados, quienes prefieren ingresar a Panamá por esta vía, en vez de los controlados puertos y aeropuertos. Sabiendo y entendiendo que por allí están los mecanismos necesarios para lograr su trasiego migratorio, evadiendo todos los obstáculos jurídicos.

Sin lugar a dudas, el problema, lo específico del hoy por hoy, para esta frontera es la crisis que vive Colombia. El conflicto que actualmente azota a ese país nos involucra directamente, y más por las vulnerabilidades que hemos venido planteando.

Definitivamente son los grupos irregulares que operan en el área el tema principal. Darién es punto de convergencia de frentes de las FARC y otros grupos de ideología de izquierda, también de varios grupos paramilitares de derecha, de grupos de bandoleros, secuestradores, contrabandistas, plantadores de sicotrópicos, de laboratorios clandestinos de estupefacientes, etcétera.

El problema es complejo y debe tomarse con mucho cuidado, para no chocar con todo un sistema económico que gira a su alrededor. En donde debemos tener la capacidad de entender que, en el momento en que nos involucremos, nos vamos a encontrar con que el productor agrario, o recolector, del área le vende a los guerrilleros, paramilitares, contrabandistas y a todos los que transitan el área.

Existe, pues, una forma de vida entre sus pobladores, en la cual es posible encontrar a un ciudadano colombiano con más de 40 años de residir en Panamá o viceversa.

•

2. ¿Cuáles son las prioridades identificadas?

En este momento el tema de seguridad entra a la palestra como principal debido a que no se trata solamente de conflictos armados, sino que hay afectación de seguridad sanitaria en la

provincia debido a la migración indiscriminada de extranjeros africanos, cubanos, asiáticos, etc.

La cantidad de extranjeros retenidos por ingresar indocumentados por la selva panameña del Darién en 2013 subió el 10,02 %, comparado con el año anterior.

En 2013 se detectaron 3.774 inmigrantes indocumentados, mientras que en 2012 fueron 3.430. Los cubanos fueron los más numerosos, con 2.440, un poco menos que en 2012, cuando se detectaron 2.658.

Provenientes de países de Asia se retuvieron a 842 el año pasado, mientras en 2012 fueron 402, de África 307 (166 el año anterior) y 185 de otras nacionalidades, inferior a los 204 de 2012.

Para el año 2016, la cifra aumento 560% en relación al año 2013 (21166 inmigrantes), situación alarmante que puso en riesgo la estabilidad socio económica y sanitaria de la provincia y del País. Es muy probable que los acontecimientos políticos ocurridos en Estados Unidos con el aumento en la restricción migratoria de ese país, en ese año, hayan traído a consecuencia la disminución de este movimiento ya que a la fecha (septiembre de 2017), la cantidad de migrantes registrados es de 4417.

Darién es una barrera natural por su intrincada selva, que comparte con Colombia, pero ello no disuade a los extranjeros que ingresan a pie o bordeando sus costas para tratar de seguir su ruta hacia su destino final, que en la mayoría de casos es EE.UU.

La aparición de Ebola, la epidemia de SIDA y tuberculosis en África, así como la epidemia de Malaria, y otras enfermedades como Dengue y Cólera, ponen en constante peligro la seguridad sanitaria de nuestro País a través de la frontera.

3. Aspectos que favorecen o afectan el desarrollo de las estrategias del MINSA.

La capacidad de respuesta del gobierno, frente a los problemas de salud de su población, evidencia dificultades de financiamiento y gestión para dar cobertura a las necesidades de salud. La desigualdad en la atención de salud está dada no sólo por carencias de accesibilidad sociocultural y geográfica, sino principalmente por desigualdades de ingreso, que generan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de la población. Las reformas del sector de la salud en Panamá se iniciaron en la década de los noventa. Dichas reformas se orientaron hacia adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias

sociales y a los cambios demográficos, incrementar la cobertura, mejorar la eficiencia y calidad de los servicios, así como, en algunos casos, incrementar la equidad. La reforma se ligó a procesos de reforma del Estado, siendo el principal protagonista el Ministerio de Salud con el apoyo técnico o financiero de organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, pero con muy baja participación de la población o de sus representantes.

El Modelo de Atención de salud en la provincia se rige por lo dispuesto por el Ministerio de Salud e incluye un conjunto de características y el concepto de salud, los elementos que determinan la organización de la estructura en red, los recursos de salud, el financiamiento, los actores, el alcance y la forma como la población accede al sistema, y recibe respuesta a sus derechos a la salud. El mismo debe otorgar a la población y al personal de salud las herramientas necesarias que le permitan distinguir los determinantes de estilos de vida.

A nivel Institucional podemos mencionar, basándonos en la estructura que conforma teóricamente nuestro modelo de atención factores que han sido determinantes en el desarrollo de los procesos del MINSA en el nivel Regional y por ende con afectación de de la provincia.

Equipo Humano, insuficiente con mínima tasa de rotación, manteniéndose prácticamente sin cambios en los últimos años.

Presupuesto afectado con reducciones significativas desde niveles superiores, donde se deja de priorizar la consideración de que salud es una inversión.

Infraestructuras deficientes, donde se ha limitado igualmente el financiamiento a su reparación y mantenimiento.

Administración carente de operatividad, debido a nombramientos sujetos a la política pero sin capacidad legal de ejercicio y que en los últimos años lo que condenó a un retraso constante de los procesos involucrados en nuestra Región.

La centralización y burocracia administrativa que retrasa las entregas oportunas de insumos, medicamentos para el funcionamiento del sistema de salud.

En esta nueva etapa tenemos la designación del gerente Regional con aval y apoyo del Ministro de Salud, lo que consideramos una fortaleza para la nueva gestión.

4. Convenios en donde nuestro país es signatario.

La gestión y negociación de la cooperación internacional, está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en estrecha colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores y de la oficina de Coordinación de la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República. El Ministerio de Salud, posee oficinas de cooperación internacional, quienes se encargan de la coordinación interna, del asesoramiento en el diseño de proyectos y del seguimiento de los compromisos internacionales adquiridos por ellos.

Como miembro del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) Panamá participa en diferentes organismos de coordinación en materia de salud: Reunión del Sector Salud de Centro América y Republica Dominicana, Consejo de Ministros de Salud de Centro América, Consejo de Ministras de la Mujer de Centro América, Consejo Centro Americano de Instituciones de Seguridad Social, y Foro Centroamericano y Republica Dominicana de Agua Potable y Saneamiento.

Con la estrategia de la OPS/OMS de cooperación técnica entre países, Panamá ha ejecutado proyectos conjuntos con las naciones de América Central y el Caribe sobre salud mental, rehabilitación, violencia urbana y temas relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional.

Con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Organismo Internacional de Energía Atómica, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la OPS de Cooperación Sur-Sur y Triangular (51), ejecutó 31 proyectos en el sector salud por un monto aproximado a los 12 millones de balboas. También trabaja en un proyecto de saneamiento de la Bahía de Panamá, que tiene un costo estimado en 321 millones de balboas.

Panamá es un país pequeño, pero con una política integral en materia de control de tabaco ya que desde el 2004 es Parte del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. La República de Panamá ratificó el CMCT en 2004 y aprobó la Ley de control del tabaco en 2008, incluyendo, entre los aspectos que destacan:

- Los ambientes 100% libres de humo del tabaco en las áreas de trabajo cerrados en áreas tales como bares, pub, restaurantes, casinos y otros, en áreas comunes de edificios públicos o

privados sean de edificios residenciales o comerciales, en todas las áreas deportivas interiores y exteriores. En este momento se estima un cumplimiento cercano al 95%.

- El Ministerio de Salud implementó programas para dejar de fumar con acceso gratuito al tratamiento en diez clínicas para dejar de fumar en las diferentes provincias.

- Sólo se permite, la venta de productos de tabaco con destino específico para su comercialización en Panamá.

- Con la nueva legislación se reafirmó la prohibición de la venta de productos de tabaco a menores de edad y se prohibió el uso de menores en la venta de productos de tabaco.

- No se permite la venta de cigarrillos sueltos, ni en paquete de los menores de 20 unidades. También está prohibido, el uso de máquinas expendedoras.

- En las instalaciones deportivas, de educación y salud, públicas o privadas, no se permite la venta de productos de tabaco.

- Prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco, incluida la indirecta y subliminal y la prohibición de la exhibición de los productos de tabaco en puntos de venta. No está permitida en los establecimientos comerciales (puntos de venta) como tampoco la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco transfronterizo.

- El paquete de productos del tabaco tiene las advertencias sanitarias y pictogramas en el 50% de ambas caras, con rotación anual. En Panamá, la evidencia indica que esta medida estimula el interés en dejar de fumar por parte de los consumidores de tabaco, quienes han solicitado que las imágenes sean más fuertes e impactantes.

- Todos los paquetes tienen en un lateral, tanto una advertencia sanitaria permanente que dice: "FUMAR PUEDE CAUSAR LA MUERTE." Cinco advertencias adicionales son emitidas por el Ministerio de Salud para ser colocadas en las cajetillas de productos de tabaco con el interés de informar sobre los riesgos y daños a la salud. Los mensajes deben ser visibles y legibles, escritos en español.

- En ambas caras principales aparecerá el pictograma y el mensaje de la advertencia escrita en una proporción de sesenta a cuarenta (60:40) del espacio destinado para este fin.

- Las cinco advertencias sanitarias deben ser distribuidas proporcionalmente al volumen de los envases.

- El reglamento de la Ley 13 de 2008, prohíbe el uso de cualquier texto o imágenes que pueda asociar el producto con una actividad o estado de salud, con excepción de la enfermedad, la muerte o adicción.
- La información sobre el origen del producto, fecha de producción y de caducidad, el lugar donde se venderá el producto, el número de lote y el registro se colocarán en un lateral del empaquetado, incluido en un código de barras.
- El uso de términos que da la falsa sensación de seguridad a los consumidores no se permite por lo que en Panamá se han eliminado un sin número de frases que aparecían hasta el 2008 en los paquetes de cigarrillos.

Con el BID, el BIRF y fondos locales como lo son: El Programa de Protección Social- Apoyo a la Red de Oportunidades. El Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud, financiado por el BIRF/fondos locales. El Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de Los Servicios de Salud, financiados por el BID/Fondos locales, por un monto de 70 millones de balboas, para el periodo 2012-2017 y la Iniciativa Salud Mesoamericana 2015, financiados por el BID y Comités de Donantes, por un monto de 2.85 millones de balboas, para el periodo 2012-2014.

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

La gestión de la cooperación internacional para el desarrollo está reglamentada en Panamá mediante la ley 97 de 21 de diciembre de 1998.

El gobierno posee varias herramientas para promover el crecimiento en los sectores claves y están descritas en su plan de Gobierno.

Se invita a la comunidad internacional a compartir esfuerzos que nos permitan incrementar y articular recursos para lograr objetivos comunes al desarrollo del país.

Se plantea la importancia de que Panamá comparta las experiencias que han incidido en su crecimiento económico e inclusión social con otros países, generando iniciativas de cooperación y triangular para fortalecer el desarrollo de las capacidades y los procesos de aprendizaje mutuo en nuestras instituciones y aportar el desarrollo económico y social de la región.

Las estrategias nacionales de cooperación se dan a través de tres objetivos.

Lograr una menor dispersión y una mejor focalización de la cooperación en los temas prioritarios para el desarrollo económico y social del país.

Fortalecer las capacidades de las instituciones panameñas de intercambiar experiencias, aprendizaje y buenas prácticas con países de la región.

Impulsar relaciones de confianza, transparencia y coordinación con todos los actores vinculados al sistema de cooperación de Panamá que permita garantizar la eficacia e impacto de sus acciones en el desarrollo económico y social del país.

Panamá está adscrito a lineamientos internacionales con:

Acuerdos de cooperación técnica internacional.

Objetivos de desarrollo sostenible.

Adhesión de Panamá a la declaración de París.

Plan de Acción de ACCRA sobre la eficacia de la ayuda.

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

Las ideas plasmadas en el Plan de Gobierno actual, por medio de ejes, objetivos y estrategias, es el documento que evidencia acciones concretas para combatir la pobreza. Este es pues, un documento en firme, que guía a actual gestión en ese tema. En 4 de los 6 Ejes que presenta este plan está inmerso el concepto de combate a la pobreza.

7. Mecanismos de conducción de la política social a nivel regional.

La conducción de la política social es responsabilidad de las instituciones públicas que forman parte del Gabinete Social del Ejecutivo (MINSA; Ministerio de Educación; Ministerio de Vivienda; Ministerio de Trabajo; Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Obras Públicas y MEF). Los lineamientos relacionados con el desarrollo de la salud se insertan en el Plan de Gobierno y en las Políticas y Estrategias de Salud como guía para las acciones, planes, programas y proyectos dirigidos a impulsar un modelo de atención de salud. Actualmente los principales problemas políticos y sociales que influyen sobre la situación de salud o el desempeño de los servicios de salud son el desempleo, la pobreza, la desnutrición, la falta de oportunidades para el sector rural y los cambios en los hábitos y costumbres de la población.

En la región existe el Consejo Técnico Provincial que, en teoría, coordina las acciones de todas las instituciones estatales con funciones en la provincia. En esas reuniones los Directores de Instituciones Gubernamentales ofrecen un informe periódico de su gestión e informan

sobre sus actividades y proyectos para lograr el apoyo de las otras direcciones con algún grado de coordinación interinstitucional.

Con la finalidad de revisar aspectos sociales y económicos de la provincia de Darién se lleva a cabo en la ciudad capital de esta provincia, la Palma, esta Junta Técnica en donde asisten las altas autoridades y directores de diversas entidades, así como organizaciones y activistas comprometidos en mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos. La reunión es programada mensualmente y aunque la mayor parte de las veces, la reunión se da en los auditorios de las Villas Gubernamentales de la Ciudad de la Palma, cada cierto tiempo por votación o postulación de alguna entidad o miembros de comunidades, dicha reunión es realizada en otros lugares de la provincia. Todas las autoridades, entre ellas el Gobernador de la provincia, asumen el compromiso de ejecutar dentro de sus planes y proyectos actividades que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

8. Incorporación de la política de salud a los programas sociales regionales.

El Estado panameño, desarrolla programas sociales enfocados en apoyar de manera integral a familias que se encuentran en situación de pobreza. El 22.1% de la población panameña, vive debajo de la línea de pobreza. La línea de pobreza general (LPG) es la suma, de todos los pobres ya sean extremos o no.

La Red de Oportunidades, es un proyecto de alta sensibilidad social que tiene como objetivo insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, en la dinámica del desarrollo nacional, garantizando los servicios de salud y educación, todo lo cual mejora sustancialmente la calidad de vida de 72,563 hogares beneficiarios. Más de 362,815 personas beneficiadas mediante las Transferencias Monetarias Condicionadas -TMC. En el año 2016 se destinaron 34.4 millones de balboas.

120 a los 65, Es el programa Especial de Transferencia Económica a los Adultos Mayores (hombres y mujeres) que consiste en la entrega de 120.00 balboas mensuales a las personas adultas mayores de 70 años o más sin Jubilación ni Pensión, en condiciones de riesgo social, vulnerabilidad, marginación o pobreza. Para el año 2016, se destinaron 180.6 millones de balboas.

El programa Beca Universal tiene un costo de B/. 183 millones de balboas. La beca universal será recibida por estudiantes de educación básica, pre-media y media, si cumplen con lo siguiente: en las escuelas oficiales deben tener un promedio mínimo de 3.0 para los alumnos

de educación básica; y un promedio mínimo de 3.0 por materia para los alumnos de educación pre media y media.

En las escuelas particulares, deben cumplirse los mismos requisitos, pero sólo las que cuesten menos de B/.1000.00 balboas anuales, entre matrícula y mensualidad.

Alrededor de 800.000 mil estudiantes de escuelas oficiales son beneficiados con este programa.

Ángel Guardián, es un programa exclusivo del Mides y concederá un subsidio de ochenta balboas (B/.80.00) mensuales, a personas con discapacidad severa, el cual se entregará cada dos meses a las personas beneficiarias, a través de su padre o madre, tutor o en quien recaiga la representación legal; será individual, intransferible y permanente, sujeto a evaluaciones periódicas. Se calcula que entre 55 y 60 mil personas podrían ingresar a este programa. Para el año 2016 se destinaron 15 millones de balboas.

Todos estos programas forman parte de la política de programas sociales del Gobierno Nacional. Todos están vinculados con las políticas de salud vigentes a través del nexo que hay entre los Ejes, Objetivos, Estrategias del Plan de Gobierno y las Políticas actuales de Salud.

ESTRUCTURA BÁSICA DEL PLAN DE GOBIERNO ALIANZA EL PUEBLO PRIMERO				
Ejes	Objetivos	Estrategias	Objetivos de Salud	Estrategias de Salud
Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"	7	60	5	26
Eje 2: Fortalecimiento de la Democracia y del Estado de Derecho: "Renovar la República"	7	41	2	2
Eje 3: Desarrollo Económico Sostenible "Economía al Servicio de la Gente"	8	31	2	2
Eje 4: Seguridad Ciudadana, Prevención y Barrios Seguros: "Hacia un País sin Impunidad"	5	43	1	1
Eje 5: Una Política Exterior al Servicio del Desarrollo "Panamá Puente del Mundo"	5	16	2	2
Eje 6: Respeto, Defensa y Protección del Medio Ambiente "Medio Ambiente Sano"	3	19	2	3
6	35	210	14	36

10. Impacto de cambios climáticos, contaminación ambiental y ruido en el desarrollo económico y social de la población.

A finales del 2010, acontecieron las peores inundaciones de los últimos 50 años en la región central de Darién, en la cuenca del río Chucunaque, y en Chepo. A pesar de que los ciclos climatológicos tienen períodos de recurrencia, de hasta más de cien años, lo ocurrido en Panamá puso en evidencia la vulnerabilidad de nuestras comunidades a los impactos que día tras día impone el cambio en el clima.

La provincia de Darién es uno de los lugares de mayor biodiversidad del planeta, tiene la mayor riqueza hidrográfica, sin embargo, está amenazada por la deforestación, y la tala indiscriminada, corriendo el riesgo de aumentar la vulnerabilidad a inundaciones, deslaves, pérdida de cultivos y aumento de enfermedades, entre otros problemas. Cualquiera que viaje a Darién por la carretera podrá observar extensas áreas devastadas por la práctica más popular: la quema con fines agropecuarios y la tala para la venta de madera. Al adentrarnos en la región, el paisaje no es distinto; la deforestación es evidente y dolorosa.

Darién es altamente vulnerable a los cambios planetarios en el clima.

Eventos extremos cada día toman más relevancia por la magnitud de los desastres que afectan a los llamados refugiados ambientales. La economía se basa en la agricultura, la ganadería y la pesca y la mayoría del pueblo vive con ingresos menores a 97 dólares mensuales. Debido a las actividades humanas descontroladas como la deforestación aumenta el impacto sobre la provincia y se ha perdido una tercera parte de los bosques en los últimos 20 años. Los daños están relacionados al uso excesivo de combustibles fósiles liberando dióxido de carbono que producen efecto invernadero, también está relacionada la conversión de bosques a otros usos como la ganadería, minería. La deforestación es responsable del 20 por ciento de los gases que producen efecto invernadero y se da principalmente en estos bosques tropicales.

En Darién hay actualmente 8 zonas protegidas, que abarcan sistemas marinos costeros, bosques tropicales, manglares, entre otros. Está catalogada como una de las más biodiversas del mundo.

El Parque Nacional Darién, con 579.000 hectáreas fue creado en el año 1980. Es el mayor parque nacional no sólo de Panamá sino también de Centroamérica y se localiza al sudeste del país, extendiéndose prácticamente a lo largo de la frontera con Colombia. Por su importancia internacional fue declarado por la UNESCO Sitio del Patrimonio Mundial en 1981 y Reserva de la Biosfera en 1982.

La provincia de Darién, la más importante reserva ecológica de Panamá y Centroamérica, se encuentra amenazada. El patrimonio natural de la humanidad de la Unesco ha perdido más de la mitad de su tesoro: su bosque tropical.

Por más de tres décadas, sus árboles han sido derribados sin control.

Darién está ubicada en el extremo oriental de Panamá, limita con Colombia y con el Océano Pacífico. Ocupa una extensión territorial de 11,896 kilómetros cuadrados; es decir, el 22.2% de la superficie total del país, que es de 78,200 km², incluyendo sus aguas territoriales.

De ese total, el 41% es de cobertura boscosa, de la cual más de la mitad (26%), corresponde a Darién. Por ser puente terrestre entre Norte y Suramérica, es una provincia rica en especies de plantas y animales de ambos lados del continente.

Darién alberga unas 2,638 especies de flora, el 27.7% de todas las especies registradas en el país. De ese total, 189 especies son endémicas nacionales y la mayor parte habita en el Parque Nacional Darién.

Calificado como uno de los bosques más extensos del país (5,970 km²), el Parque de Nacional Darién fue declarado Patrimonio de la Humanidad por la Unesco en 1981 y Reserva de la Biosfera en 1983.

Sin embargo, lo preocupante es que, si no se detiene la tala ilegal, ese panorama podría cambiar: la flora y la fauna de la tierra del bullarengue podrían desaparecer.

Según un informe de MiAmbiente, desde hace unos 30 años, el hombre, con su tala indiscriminada, ha arrasado con el 40% de los bosques darienitas. Actualmente, se calcula que entre el 75% y el 80% de la madera que se consume en Panamá (110 mil metros cúbicos) proviene del Darién. De ese porcentaje, el 96% de la madera se extrae de forma ilegal.

Esa práctica provocó la casi desaparición de especies como caoba y cedro amargo; y casi arrasó con el cocobolo, en este caso hubo que prohibir su extracción para salvarle de la extinción.

A finales del 2014, el diputado Eduardo Paz propuso modificar la Ley 41 para proteger la extracción de madera y que la práctica de esta actividad se realice de forma correcta; que la madera salga procesada del Darién y que se cumpla la ley de plantar 10 árboles por cada uno que se tale.

El cocobolo es una madera preciosa y muy dura que no se procesa en Panamá. Se utiliza en la confección de tableros de autos de lujo y para fabricar muebles finos. En Panamá, los indígenas emberá wounaan lo usan para confeccionar artesanías.

ABUSO EN PERMISOS

En Darién, no toda la tala de árboles está prohibida. MiAmbiente otorga permisos comunitarios; sin embargo, están siendo utilizados para explotar una mayor cantidad de recursos forestales y de manera ilegal.

MiAmbiente tiene un marco legal y más de 150 resoluciones que regulan la trazabilidad, pero no se cuenta con la tecnología ni el personal necesario. Somos cuentan con 47 personas para realizar todas las actividades.

Actualmente los madereros han puesto sus ojos en otra especie: el bálsamo. Para la entidad, el bálsamo puede generar importantes ingresos económicos, pero se debe regular su extracción para evitar lo sucedido con la especie cocobolo.

En cuanto al proceso de verificación de trazabilidad, se han hecho algunas mejoras, pero el trabajo es manual y está siendo objeto de falsificación de datos, por lo que se requiere implementación de tecnología que permita verificar la procedencia de la madera.

SUSPENDEN PERMISOS

A finales de 2014, la extracción en los bosques darienitas obligó a MiAmbiente a suspender los permisos de tala de árboles, para evitar más deterioro.

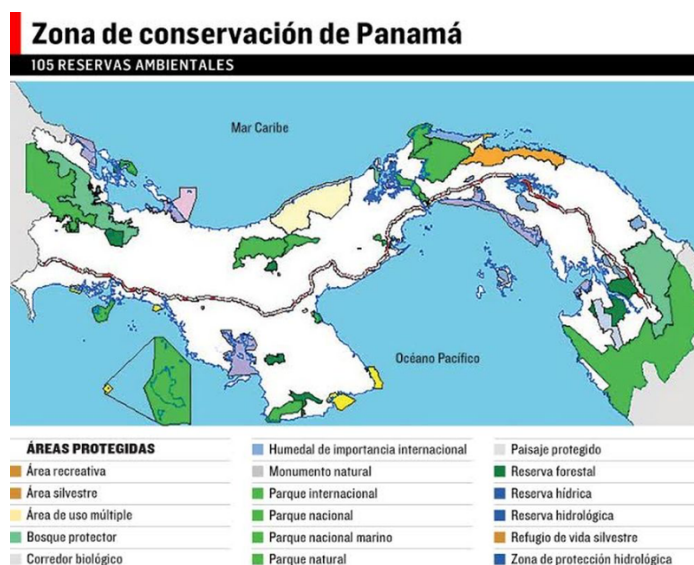
Esto luego de un operativo denominado 'Proteger y controlar ayuda a conservar', que realizó la entidad en áreas boscosas de siete comunidades indígenas del Darién.

Con el operativo retuvieron 7,043.78 m³ de madera y decomisaron otros 122.23 m³ entre Panamá Este y Darién.

Producto de la campaña que se inició en octubre de 2014 y finalizó el 1 de junio de 2015, MiAmbiente abrió 15 procesos administrativos a las empresas propietarias de patios de acopio de madera.

LOS VIGILANTES

El dirigente indígena William Barrigón reconoció el impacto ecológico que están sufriendo los bosques en algunas comunidades, pues estos son sus fuentes de subsistencia; no obstante, advirtió que ellos son los que a diario custodian, vigilan y protegen los bosques, por lo que merecen ser compensados.



Según datos del Mapa Forestal de 2015, las áreas donde están las comarcas son las más conservadas, sin embargo, eso no significa que estas áreas hayan sido impactadas. La ley que crea el Ministerio de Ambiente (Ley 8 de 2015) establece los pagos por servicios ambientales, pero también se trabaja en un proyecto de ley donde se plantea el pago por daños ambientales.

‘El ministerio se está preparando para eso (ley de compensación). Se están haciendo los estudios técnicos para demostrar que los bosques del país crean carbono y demostrar cuánto carbono se fija, para luego reclamar que Panamá reciba esos bonos'. La Asamblea Nacional de Diputados de Panamá, ha iniciado en agosto de 2017, el Segundo Debate del Proyecto de Ley No. 469 “Que Establece un Programa de Incentivos para Recuperar la Cobertura Forestal y Promover la Conservación de los Bosques Naturales del País”.

Costa Rica cuenta con esta ley de compensación de bonos por los servicios y daños ambientales, que oscila entre \$80 y \$100 por hectárea de bosque o rastrojo.

MiAmbiente, el WWF y la OIMT (Organización Internacional de las Maderas Tropicales) impulsan también un proyecto de gobernanza forestal en el cual todos los actores, madereros, dueños de fincas, autoridades, activistas y conservacionistas se comprometan con un pacto por la madera legal que permita un manejo forestal sostenible y la comercialización responsable de productos del bosque.

La iniciativa está orientada a dar seguimiento al proyecto ‘Expandiendo el manejo forestal sostenible en territorios de la comarca Emberá Wounaan’, auspiciado por la OIMT. Cuenta con el apoyo de Conagefor (Consejo Nacional de Gestión Forestal) y Conapip (Coordinadora Nacional de Pueblos Indígenas de Panamá).

La provincia de Darién tiene el potencial para el desarrollo forestal, pero eso significa que los madereros, los dueños de fincas, MiAmbiente, la sociedad civil y los ambientalistas, comprendan que todos tenemos un rol y que ese trabajo se tiene que hacer en coordinación.

El proyecto incluye un plan de reforestación de los terrenos ya degradados, especialmente en las áreas de Chucunaque y Setegantí, que son áreas críticas de degradación y las principales fuentes de agua de la provincia. En ellas habita el 40% de la población darienita y este año se vieron afectadas por una fuerte sequía.

La WWF, resalta la necesidad que existe de lograr el pacto por la madera legal, pues, aunque Darién es una provincia rica en flora, el sistema desleal de explotación de los bosques que existe actualmente no solo amenaza con destruir la riqueza natural de las comunidades de la provincia, sino también uno de los principales bosques nativos con capacidad productiva que quedan en el país.

La tala ilegal, además de atentar contra la conservación de los bosques, afecta el trabajo que han venido realizando durante 10 años, en el manejo de los bosques, con el cual se ha logrado establecer 80 mil hectáreas bajo manejo y la certificación internacional de las primeras 26 mil hectáreas de bosques en Panamá.

‘La tala ilegal deja a las comunidades en la misma situación de pobreza y lo que es peor, con un bosque altamente intervenido e impactado en su potencial productivo a futuro’.

El proyecto es parte de las estrategias de gobierno para enfrentar el problema de la tala ilegal y la idea es sumar a todos los actores (autoridad, finqueros, madereros, sociedad civil, conservacionistas y ambientalistas) para que reconozcan que el problema existe y lograr que todos participen para mejorar la situación.

La realidad es que, a este ritmo, de no detenerse la tala descontrolada en Darién y Panamá Este, en unos 30 años esos bosques podrían ser solo desiertos. Según las autoridades, Panamá todavía está a tiempo para salvar los recursos forestales y está en las manos de todos protegerlos para que sigan teniendo ese estatus internacional de Patrimonio Natural de la Humanidad.

NORMATIVAS

Las sanciones por talar



La pena de prisión para las personas que talen madera de manera ilegal es de 3 a 7 años. Esto se determinará luego de un proceso penal, que les garantice sus derechos y el debido proceso. La persona que sea dueña de una propiedad privada, también tiene una responsabilidad social; y antes de cortar cualquier árbol debe pedir un permiso y sustentar por qué lo va a talar.

ACTIVIDADES

La dirección regional del Ministerio de Ambiente (MiAMBIENTE) en Darién con el apoyo de Estudiantes de ISAE Universidad, la organización BRISAECO y unidades del Servicio Nacional de Fronteras (SENAFRONT), en el contexto del proyecto Alianza por el Millón de Hectáreas, ha realizado actividades de llenado de bolsas para germinar semillas de especies forestales.



Unas 83 hectáreas han sido reforestadas en las comunidades indígenas Emberá Purú y Arimae, en la provincia de Darién, como parte de los proyectos de la Autoridad del Canal de Panamá (ACP), en compensación ecológica por las obras de construcción de las nuevas esclusas. El compromiso del Canal de Panamá es reforestar dos hectáreas por cada una afectada durante los trabajos de ampliación de la vía acuática. La iniciativa implica un año de establecimiento de la plantación y otros cuatro de mantenimiento, en un trabajo conjunto con contratistas locales.

Fortalecimiento de la Reforestación- Alianza por el Millón de Hectáreas

La cueca del Río Chucunaque forma parte de éste proyecto que busca reforestar un millón (1, 000,000) de hectáreas en el territorio nacional en veinte (20) años, con el fin de disminuir la tasa de deforestación y degradación forestal; conservar y/o aumentar los servicios ecosistémicos de las cuencas hidrográficas; salvaguardar los bosques naturales; restaurar las riberas de los ríos, las zonas de amortiguamiento de las áreas protegidas y los corredores biológicos, disponer de materia prima forestal por medio de la reforestación o forestación comercial; y contribuir a la adaptación y mitigación del cambio climático.

Proyecto Fortalecimiento de la Capacidad de Gestión para Reducir la Tala y el Comercio Forestal Ilegal a Través de Mecanismos de Monitoreo y Control

Con el objetivo de fortalecer la capacidad del Ministerio de Ambiente para desarrollar una eficaz y eficiente gestión forestal y contribuir a la prevención y control de la tala y comercio forestal ilegal en la Región Este de Panamá (Bayano y Darién), se desarrolla este proyecto en Panamá, en el distrito de Chepo (Comarca kuna de Madugandí) cuenca del rio Bayano y Darién, distrito de Cémaco (Comarca Emberá Wounnan), cuenca del Río Chucunaque, con el apoyo financiero de OIMT.

Proyecto Gobernanza Forestal de los Bosques Tropicales de la Región del Darién, Panamá

Para fortalecer los mecanismos de gobernanza y gobernabilidad como marcos políticos que valoren todos los bienes y servicios provenientes de bosques naturales beneficiando las comunidades locales reduciendo las tendencias de ilegalidad y degradación forestal en la región del Darién en Panamá. Este proyecto, también con la colaboración financiera de

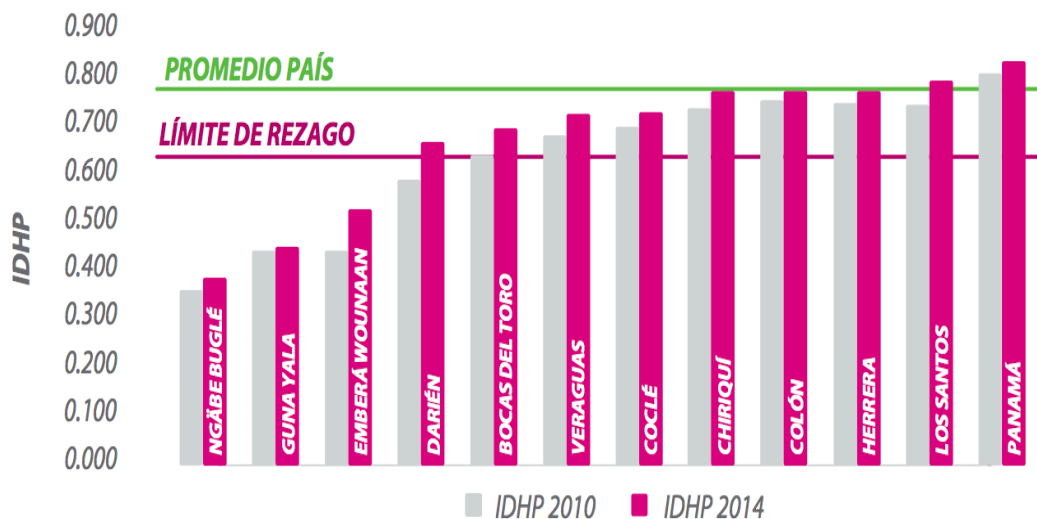
OIMT, se lleva a cabo en Panamá, en el distrito de Chepo (Comarca kuna de Madugandí) cuenca del río Bayano y Darién, en el distrito de Cémaco (Comarca Emberá Wounnan), cuenca del Río Chucunaque y distrito de Pinogana, cuenca de los Ríos Tuira y Balsa.

11. Legislaciones existentes que favorece la participación social en la gestión sanitaria.

En el caso de la participación social en la gestión regional, puede decirse que se participa en la Junta Técnica Provincial, estos son de carácter informativo y en ellas se ventilan problemas y logros. No se abordan los procesos de planificación del MINSA.

La convocatoria de participación social debería hacerse considerando los grupos organizados (Comités de Salud, JAAR, PSE). En las áreas rurales hay mayor nivel de participación de la población en el proceso de programación y de resolución de problemas de salud, que se logra con el mayor compromiso de los funcionarios. En el área urbana la participación es más difícil toda vez que existen otras prioridades, tanto para la población como para algunos funcionarios. Es importante que se dé un cambio de actitud del personal y de la misma población.

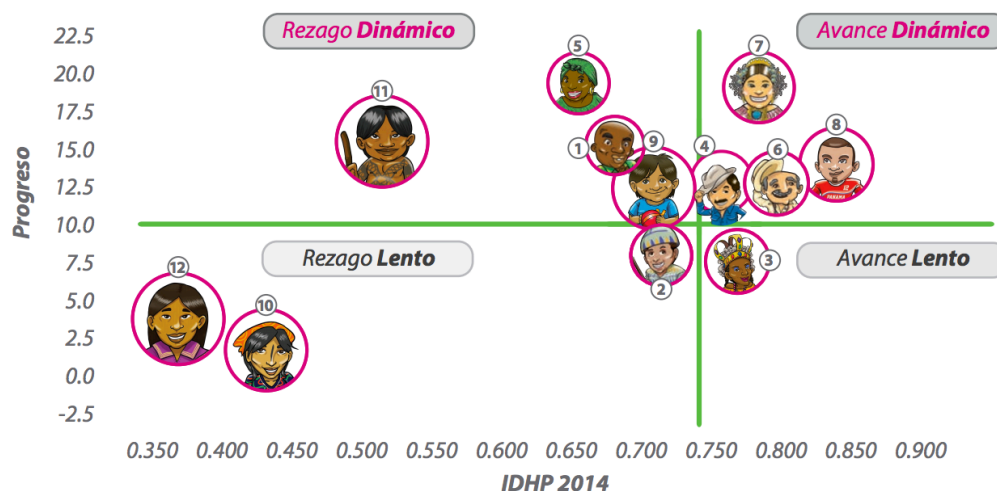
12. Índice de desarrollo humano general y por género de la región



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de hogares e información demográfica. (INEC).

El Índice de Desarrollo Humano se concentra en evaluar el nivel de progreso de las personas en dimensiones esenciales para el aumento de sus capacidades como son: alcanzar una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y tener un nivel de vida aceptable. Para analizar la situación del país a nivel de provincias y comarcas se utilizó el Índice de Desarrollo Humano de Panamá (IDHP), comparando los años 2010 y 2014. El índice presenta valores de 0 a 1, en el que 1 indica el valor más alto en desarrollo humano. El promedio nacional para el año 2014 llegó a 0.779, cerca del promedio se ubican Chiriquí, Colón y Herrera, en tanto Los Santos y Panamá superan el promedio nacional, llegando esta última al nivel de Desarrollo Humano Alto (superior a 0.8). Más abajo, en orden decreciente, se ubican Coclé, Veraguas, Bocas del Toro y Darién. Signicativamente más atrás, rezagadas de la media nacional, se encuentran las comarcas: Emberá Wounaan, está justo en el límite de desarrollo humano bajo (0.5); en tanto Guna Yala y Ngäbe Buglé se ubican por debajo de ese límite.

Nivel de Progreso del IDHP para el año 2014



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de hogares e información demográfica. (INEC).

Además de identificar el nivel de desarrollo, medido por el IDHP, es posible medir el ritmo en que se está progresando en términos de reducir las brechas de desarrollo. Entre 2010 y 2014 el progreso promedio fue de 10.9%, existiendo áreas por arriba (máximo de 19.5%) y por debajo (mínimo de 1.8%) en su ritmo de avance. A partir de estos indicadores se puede categorizar a las provincias según su nivel de IDHP y su dinámica. Muy por debajo del IDHP

promedio y con un bajo ritmo de avance se encuentran las comarcas Ngäbe Buglé y Guna Yala, y luego Coclé, aunque más cerca de la media nacional. Con un IDHP bajo el promedio nacional, pero con mayor dinamismo se ubican la comarca Emberá Wounaan, Darién, Bocas del Toro y Veraguas, esta última acercándose al promedio nacional. En el segmento de mayor desarrollo humano y alto dinamismo se encuentran Chiriquí, Herrera, Los Santos y Panamá. En tanto Colón, si bien está cerca del promedio nacional de IDHP presenta un menor ritmo en su progreso, lo cual alerta sobre una pérdida en su dinamismo. Se debe poner atención tanto al progreso en Desarrollo Humano como al ritmo con el cual se está avanzando, para poder intervenir en esa tendencia y evitar que en el largo plazo algunas áreas se rezaguen del resto del país.

13. Marco Legal que confiere al MINSA el ejercicio de la función regulatoria de manera directa o por medio de agencia especializada

BASE LEGAL

Constitución Política de Panamá: Capítulo 6.

Código Sanitario de la República de Panamá: Ley N° 66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.

Decreto de Gabinete N°1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones. (Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969).

Decreto N° 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial N° 16.437 del 2 de septiembre de 1969).

Decreto de Gabinete N° 401 de 29 de diciembre de 1970: Por el cual se constituyen los Comités de Salud de las comunidades, se definen sus objetivos y se coordina e integra su labor con las del Ministerio de Salud.

Ley No.9 de 20 de junio de 1994, que establece y regula la Carrera Administrativa y el

Decreto Ejecutivo No. 222 de 1994, por el cual se reglamenta la Carrera Administrativa.

Decreto de Gabinete N° 129 de 15 de mayo de 1995, por medio del cual se descentralizan las regiones sanitarias de Chiriquí, Bocas del Toro, Coclé, Colón, San Blas, Darién, Veraguas, Los Santos, Herrera, Panamá Oeste, Panamá Este, Región Metropolitana y Región de San Miguelito.

Resolución No. 276 de 9 de julio de 1998, Que instituye la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud”.

Resoluciones N° 334 de 13 de agosto de 1998, se instituye la estructura orgánica de los Sistemas Regionales de Salud y N° 58 de 1 de enero de 1995, por medio del cual se crean los distritos de salud.

Ley No. 38 del 31 de julio de 2000 de la Procuraduría de la Administración, que regula el Procedimiento Administrativo General y dicta disposiciones especiales.

Ley 1 de 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y Otros Productos para la Salud Humana.

Decreto Ejecutivo N° 178 de 12 de julio de 2001, “Que reglamenta la Ley 1 de 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y Otros Productos para la Salud Humana.

Resolución Administrativa N° 026-REC./HUM./DAL de 19 de marzo de 2001, “Que adopta el Reglamento Interno del Ministerio de Salud”.

Resolución No. 182 de 14 de junio de 2001 que crea el Comité Técnico Interinstitucional.

Decreto Ejecutivo N° 7 del 24 de febrero de 2005, que crea la Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad.

Ley No. 4 de 8 de enero de 2007, “Que crea el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal y dicta otras disposiciones”.

Ley No. 24 de 2 de julio de 2007 que modifica y adiciona artículos a la Ley 9 de 1994, que establece y regula la Carrera Administrativa, y dicta otras disposiciones.

Resolución N° 788 de 12 de diciembre de 2007, “Que modifica la Resolución 276 de 9 de julio de 1998, y dicta otras disposiciones”.

Ley 41 de 30 de junio de 2009, “Que instituye y regula la carrera de Registros y Estadísticas de Salud”.

Resolución No. 632 de 30 de junio de 2009, “Por medio del cual se adopta la Política Nacional de Medicamentos”.

Resolución No. 665 de 31 de julio de 2009, “Que modifica la Resolución No. 788 de 12 de diciembre de 2007, y dicta otras disposiciones”.

Resolución N° 047 de 1 de febrero de 2010, “Que crea la Sección de Administración de Seguros”.

Decreto Ejecutivo No. 41 de 2 de febrero de 2010. “Por el cual se crea el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo”.

Resolución No. 203 de 20 de abril de 2010, que crea la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP), como un organismo técnico, bajo la dependencia del Ministerio de Salud, que la presidirá.

Decreto Ejecutivo No. 538 de 11 de mayo de 2010, que crea la Región de Salud de Panamá Norte.

Decreto Ejecutivo No. 539 de 11 de mayo de 2010, que crea la Región de Salud del Distrito de Arraiján.

Resolución No. 428 de 14 de abril de 2011, que crea la Región de Salud de Panamá Norte y la Región de Salud del Distrito de Arraiján en la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud”.

Resolución No. 429 de 14 de abril de 2011, que crea la Dirección de Administración de Proyectos Especiales y establece sus funciones.

Resolución No. 706 de 22 de julio de 2011, que crea la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas y establece sus funciones.

Las Resoluciones y Resueltos internos del ministro(a) de Salud.

15. Resultado positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población de la función regulatoria del MINSA

Rectoría del Sistema Nacional de Salud

El proceso de Reforma y Modernización en Salud considera entre sus fundamentos la Rectoría del Sistema. Ante esta exigencia de la sociedad panameña, los roles de Vigilancia y Provisión de Servicios de Atención a la Población y el Ambiente, serán fortalecidas a través de la estructuración de los Programas Nacionales: Programa Nacional de Vigilancia de la Salud Poblacional y Ambiental.

Programa de Provisión de Servicios de Atención a la Población y el Ambiente.

La operatividad del Sistema de Rectoría de la Salud implica el que todos los organismos públicos y privados con competencia en la producción de la salud, enmarquen sus acciones de acuerdo a las políticas, planes, programas y normas que promulgue el Ministerio de Salud. También quedarán sujetos a un simultáneo proceso de monitoreo, supervisión y evaluación,

que será ejercido en procura de la eficiencia y la calidad de los servicios de salud en el país. Para el desarrollo de la descentralización en salud, otra de las acciones prioritarias, la orientación básica consistirá en la operativización de la Estrategia de la Atención Primaria, en búsqueda de la equidad en salud. Ello implica priorizar a los grupos humanos postergados, desarrollando el primer nivel de atención y mejorando la capacidad operativa y gerencial de los servicios de salud.

El punto focal para el desarrollo de la descentralización lo constituye el fortalecimiento del Nivel Local, como base de la respuesta organizada a los requerimientos de salud de la población y el ambiente.

La consolidación de las acciones para la Rectoría y la Descentralización que orienta el Ministerio de Salud, será apoyada por la implementación de estructuras y procesos que concreten ambos procesos técnico políticos.

1. Implementación del Sistema de Información en Salud
2. Desarrollo de nuevas estrategias para el financiamiento de la salud
3. Desarrollo efectivo de la Participación Social en Salud
4. Diseño y ejecución de perfiles educacionales para el proceso de capacitación y formación permanente del recurso humano en salud.

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

La fiscalización se da desde el nivel nacional a través de
Oficina de Auditoría Interna

Funciones

Evaluar permanentemente la eficacia y eficiencia de los sistemas, procedimientos y procesos de trabajo administrativos, presupuestarios y financieros así como, los instrumentos de control interno utilizado, en todos los niveles de la Organización; vigilar que los auditores cumplan con las normas legales vigentes, los principios y normas emitidas por la Contraloría General de la República, y aquellos de carácter general que rigen la profesión del Contador Público Autorizado y el Auditor; atender en forma confidencial las denuncias y quejas presentadas por terceros acerca del manejo de los recursos y bienes asignados; fortalecer el proceso de desconcentración de los recursos destinados a la realización de las intervenciones

de los bienes y recursos del Estado asignados; coordinar con Asesoría Legal y la Contraloría General de la República en la canalización de los áudios que contienen fraudes, desfalcos e irregularidades de malos manejos a las Fiscalías; mantener comunicación y coordinación permanente con la Contraloría General de la República y las Firmas Privadas de Auditoría, especialmente para

formular el Plan Anual de Auditoría y para asegurar el seguimiento de las recomendaciones resultantes de los trabajos ejecutados; emitir las recomendaciones para el mejoramiento de las debilidades detectadas en las operaciones examinadas garantizando la aplicación de dichas recomendaciones; asegurar la efectiva rendición de cuentas sobre el uso adecuado de los recursos del Estado encomendado a su administración; coadyuvar en la aplicación de la legislación, normas y políticas a las que esté sujeta la entidad, así como en el cumplimiento de sus objetivos, metas y presupuesto programado.

A nivel regional, el departamento de fiscalización de la contraloría general de la república, realiza la labor de fiscalización en los procesos administrativos, así como el manejo de las cajas menudas.

Los niveles locales velan por el correcto uso de los fondos recibidos en sus instalaciones, y son sujetos a evaluaciones realizadas por la oficina de auditoría interna.

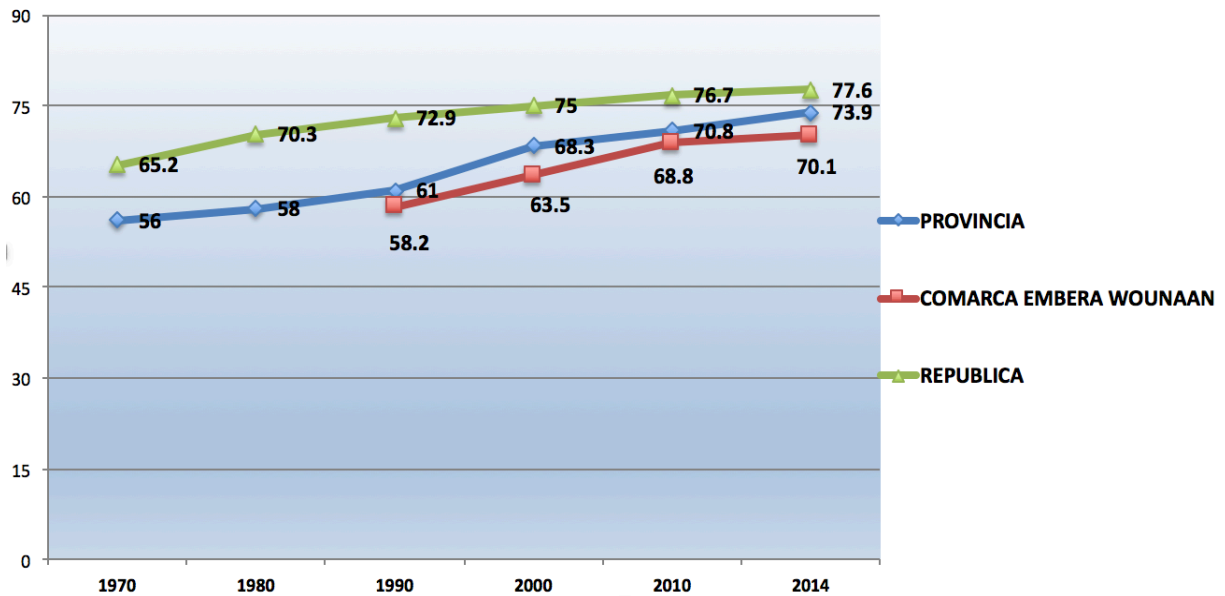


FOTOGRAFIA 2

**¿CUÁL ES LA DEMANDA DE
NECESIDADES Y SERVICIOS?**

ASPECTOS DEMOGRAFICOS
ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS
MORBILIDAD
MORTALIDAD

ESPERANZA DE VIDA EN PANAMA, DARIEN Y COMARCA EMBERA WOUNAAN

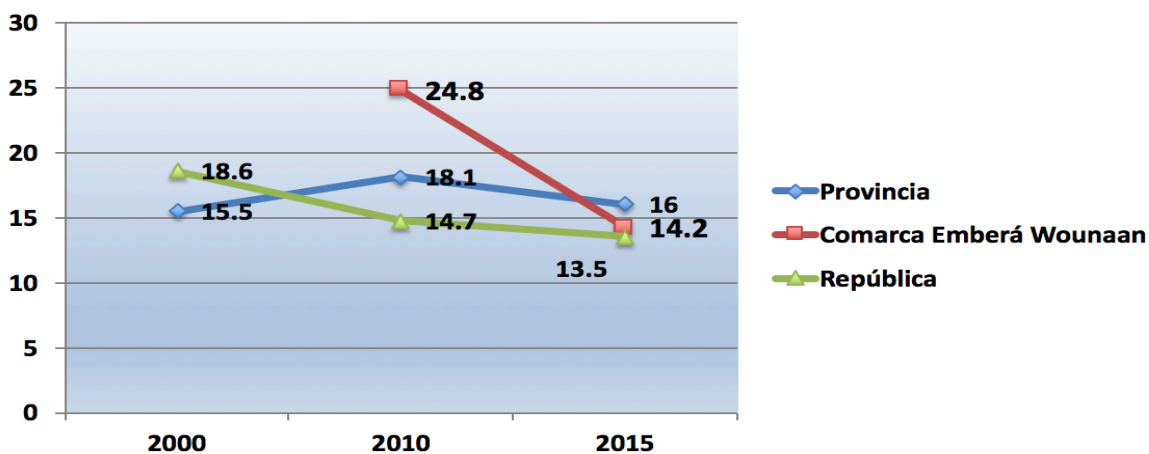


FUENTE: INDICADORES SOCIALES. INEC

Uno de los fenómenos ocasionados por los procesos de urbanización, alfabetización y control natal aplicadas en las décadas de los 1960 a 1980 en muchos países del mundo desarrollado y otros en vías de desarrollo es el envejecimiento de la población.

Consecuencias de este proceso de envejecimiento de la población en Panamá se darán una serie de fenómenos, entre los cuales podemos mencionar: Un impacto directo sobre la calidad de vida y salud de la población. Se acentuarán la mortalidad y morbilidad relacionada con enfermedades no transmisibles (como el cáncer, la diabetes y las enfermedades circulatorias o del corazón), que ya representan un porcentaje alto de la mortalidad del país. Incremento del número de personas en edad de retiro, y por ende la necesidad de aumentar los ahorros necesarios para que esta población (nosotros en un futuro no lejano) pueda hacer frente de forma adecuada a esta etapa de la vida.

TASA DE CRECIMIENTO NATURAL EN PANAMA, DARIEN Y COMARCA EMBERA WOUNAAN

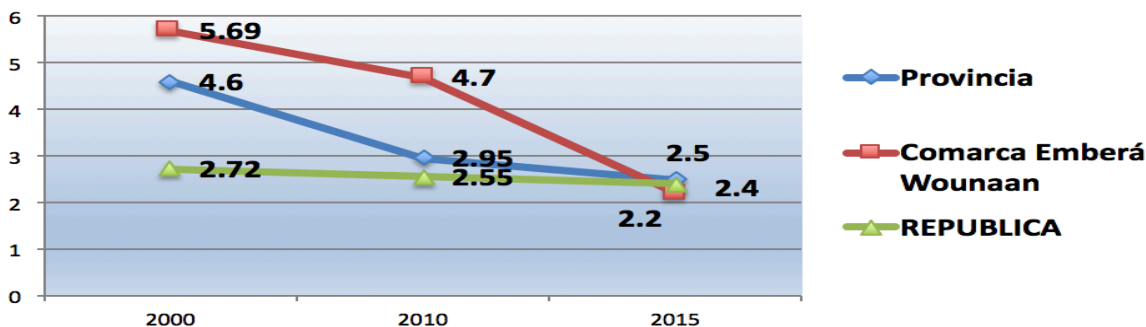


FUENTE: ESTADISTICAS VITALES. VOLUMEN III DEFUNCIONES. INEC

La República de Panamá y Darién se encuentra en la tercera etapa, es decir de plena transición demográfica, presentando una tasa de crecimiento natural con tendencia a la disminución, como se ve en la gráfica para el año 2010 de 14.7 y 18.1 decreciendo para el 2015 a 13.5 y 16 respectivamente.

La población de la comarca Emberá tuvo un notable descenso para el año 2015 (14.2), muy probablemente relacionado con el fortalecimiento de las estrategias de control de natalidad, así como el mayor acceso a los servicios de salud.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN PANAMA, DARIEN Y COMARCA EMBERA WOUNAAN



FUENTE: ESTADISTICAS VITALES.VOLUMEN II. NACIMIENTOS VIVOS Y DEFUNCIONES FETALES. INEC

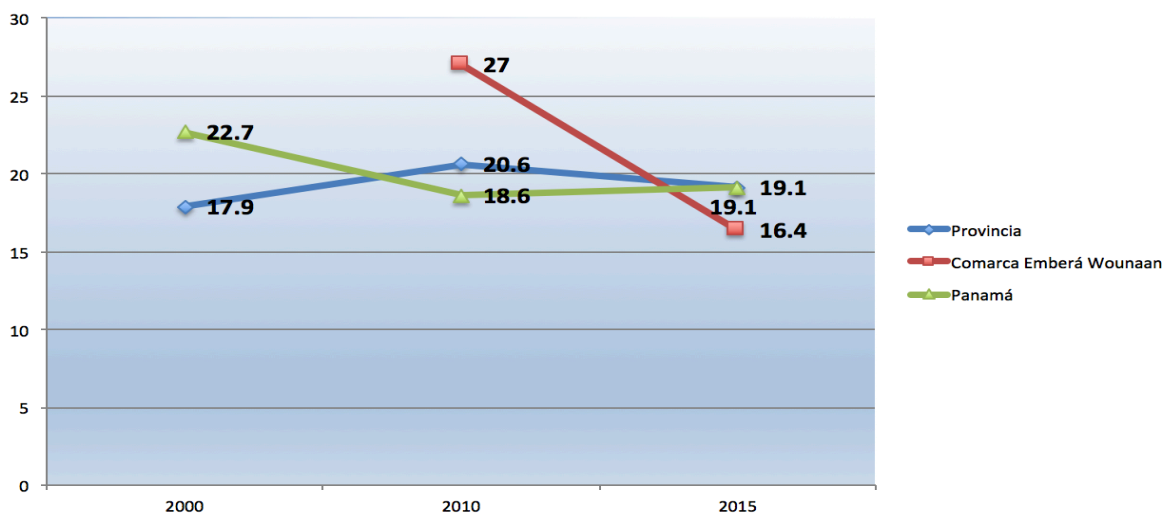
En América Latina existe un proceso continuo de descenso de la fecundidad y mortalidad. En Panamá la fecundidad este proceso tuvo un descenso marcado en las décadas del 60 al 80, en los años 90 su descenso continuo en menor proporción, para luego mantenerse estable en las siguientes décadas guardando relación directa con la edad media de fecundidad.

Para el 2010, las provincias de Darién, presenta como edad promedio los 26 años. En la Comarcas Emberá de 28 años.

En análisis realizado por la Contraloría General de la República de Panamá en el 2015, la tasa global de fecundidad describe que la tasa global de fecundidad entre la república, la provincia de Darién y la comarca Embera Wounaan es bastante similar, lo cual está principalmente relacionado con el desarrollo de las estrategias de promoción, prevención y acceso a los servicios de salud. Los determinantes con dotación de condiciones que promuevan un entorno que ha contribuido al cambio de hábitos, aspiraciones y actitudes de la población respecto de la procreación, el espaciamiento de los nacimientos y el acceso a métodos de planificación familiar.

A nivel de la República de Panamá la tasa global de fecundidad en el año 2000 fue de 2.72 y se espera que para el año 2030 descienda a 2.1. La Comarca Ngabe Bugle muestra la tasa más alta del país, alcanzando su punto máximo de 7.0 hijos por mujer en el 2000 y se espera que para el 2030 baje a un promedio de 4.2 hijos por mujer y la provincia de Los Santos con la tasa más baja, alcanzó en el 2000 un promedio de 2.3 hijos por mujer, muy cercana al nivel de reemplazo y para el 2030 logrará llegar a 1.4 hijos por mujer.

TASA BRUTA DE NATALIDAD EN PANAMA, DARIEN Y COMARCA EMBERA WOUNAAN

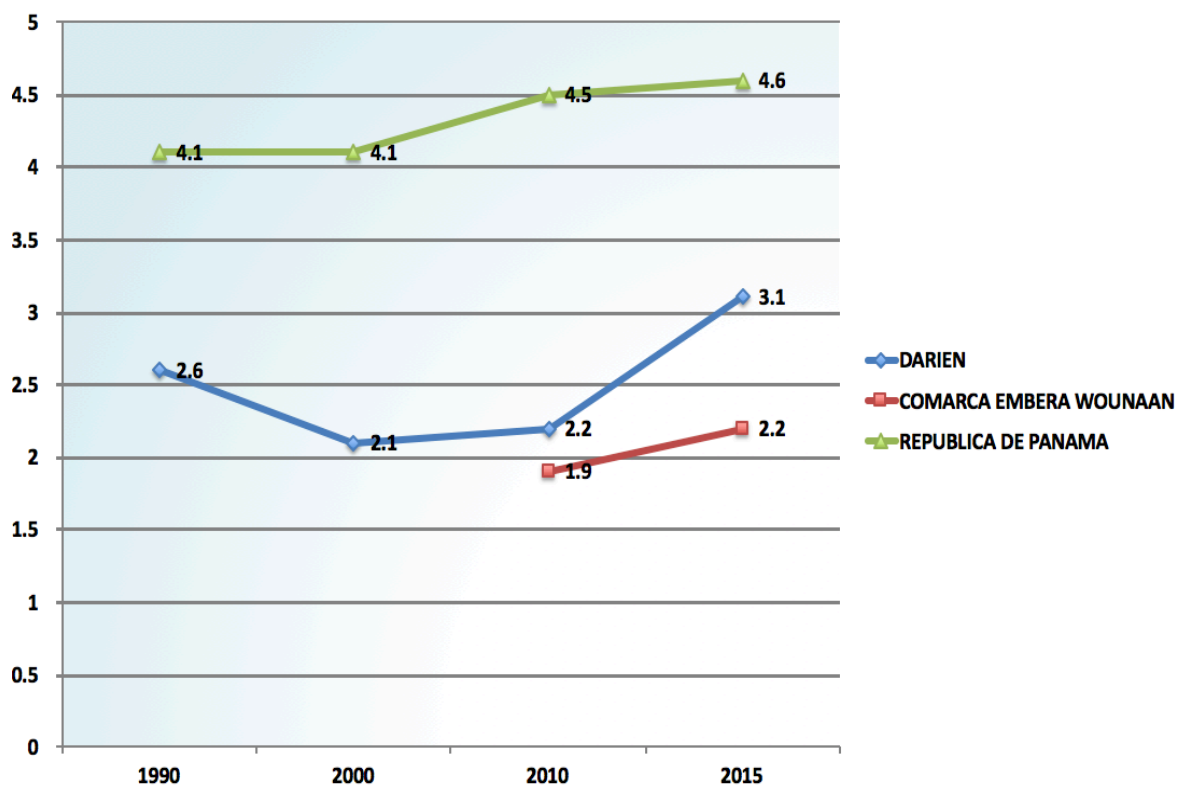


FUENTE: ESTADISTICAS VITALES.VOLUMEN II. NACIMIENTOS VIVOS Y DEFUNCIONES FETALES. INEC

La natalidad presenta valores que la sitúan dentro de la categoría de alta, en el periodo de 1970 hasta el periodo de 1980 y valores moderados desde el periodo de 1980 hasta el año 2015, la tendencia al descenso se ha mantenido en los últimos. Este descenso se hace más evidente al comparar las cifras alcanzadas durante los años 1970 a 2010, cuando alcanza una disminución porcentual del 50.1%, es decir, de 37.1 por 1000 habitantes en 1970 y de 18.6 por 1000 habitantes, para el año 2010.

En la tasa de natalidad por la Provincia de Darién fue similar en el año 2015 al promedio de la República y la comarca Emberá estuvo por debajo de la tasa bruta de natalidad de las mencionadas (16.4). De manera global por provincia, Los Santos y Herrera presentan las menores tasas de Natalidad, lo que se evidencia en sus pirámides de población.

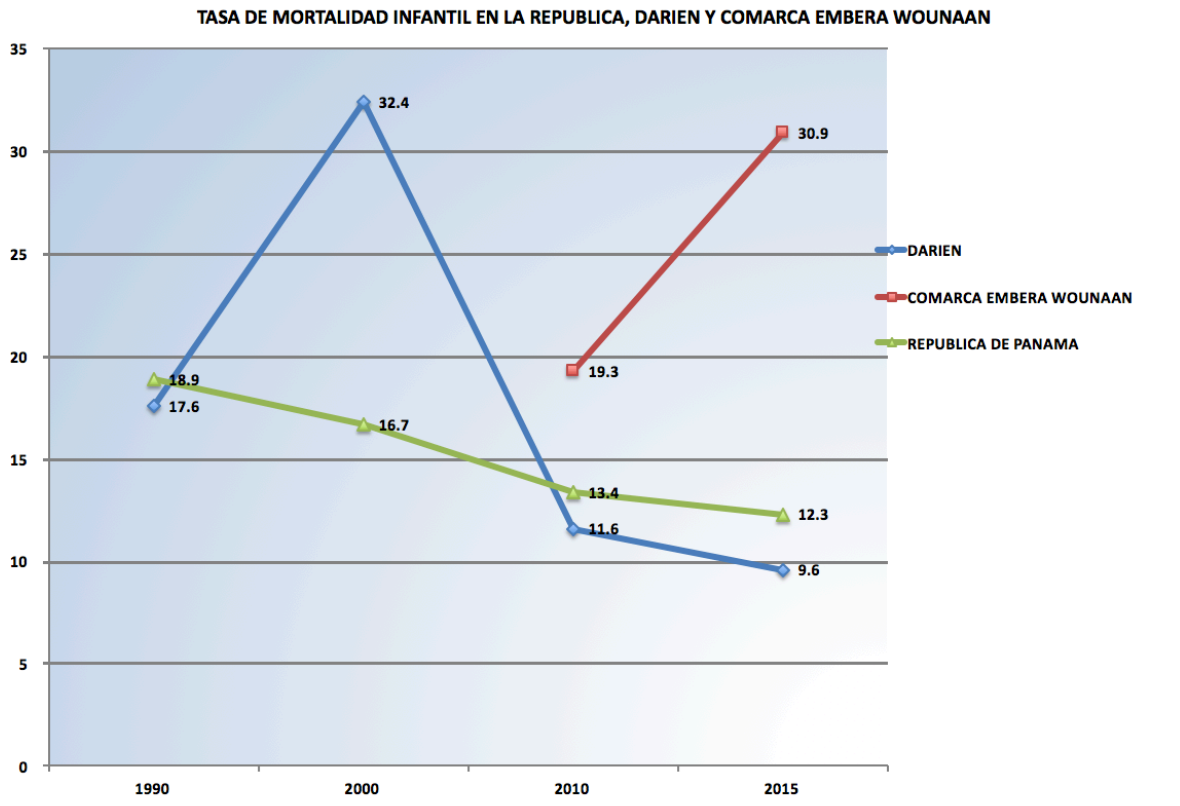
TASA DE MORTALIDAD GENERAL DE LA REPUBLICA, DARIEN Y COMARCA EMBERA WOUNAAN



FUENTE: ESTADISTICAS VITALES. VOLUMEN III DEFUNCIONES. INEC

La tasa de mortalidad general, para 2015 fue de 4.6 muertes por 1,000 habitantes, presentando un ligero aumento en comparación con el 2010, cuya tasa fue de 4.5 muertes por 1,000 habitantes. Igualmente, en la Provincia de Darién y la Comarca Emberá la tasa general de mortalidad aumento respecto al año 2010 (3.1 y 2.2 respectivamente). En la República, la tasa de mortalidad para la población masculina fue de 5.3 muertes por 1,000 habitantes y la de la población femenina de 3.8 muertes por 1,000 habitantes; en Darien la tasa de mortalidad para la población masculina fue de 3.6 muertes por 1,000 habitantes y la de la población femenina de 2.4 muertes por 1,000 habitantes; y en la comarca Emberá Wounaan la tasa de mortalidad para la población masculina fue de 1.6 muertes por 1,000 habitantes y la de la población femenina de 2.8 muertes por 1,000 habitantes. Las cinco primeras causas de muerte fueron, en orden descendente, Enfermedades del sistema circulatorio (Enfermedades Cerebrovasculares, Isquémicas del corazón y otras del corazón), los Tumores Malignos (Estómago, Cuello Uterino, Próstata, Hígado y Vías Biliares),

Enfermedades Endocrinas y Nutricionales (Diabetes Mellitus y Desnutrición), Causas Externas (Homicidios, Ahogamiento, Accidentes Terrestres).

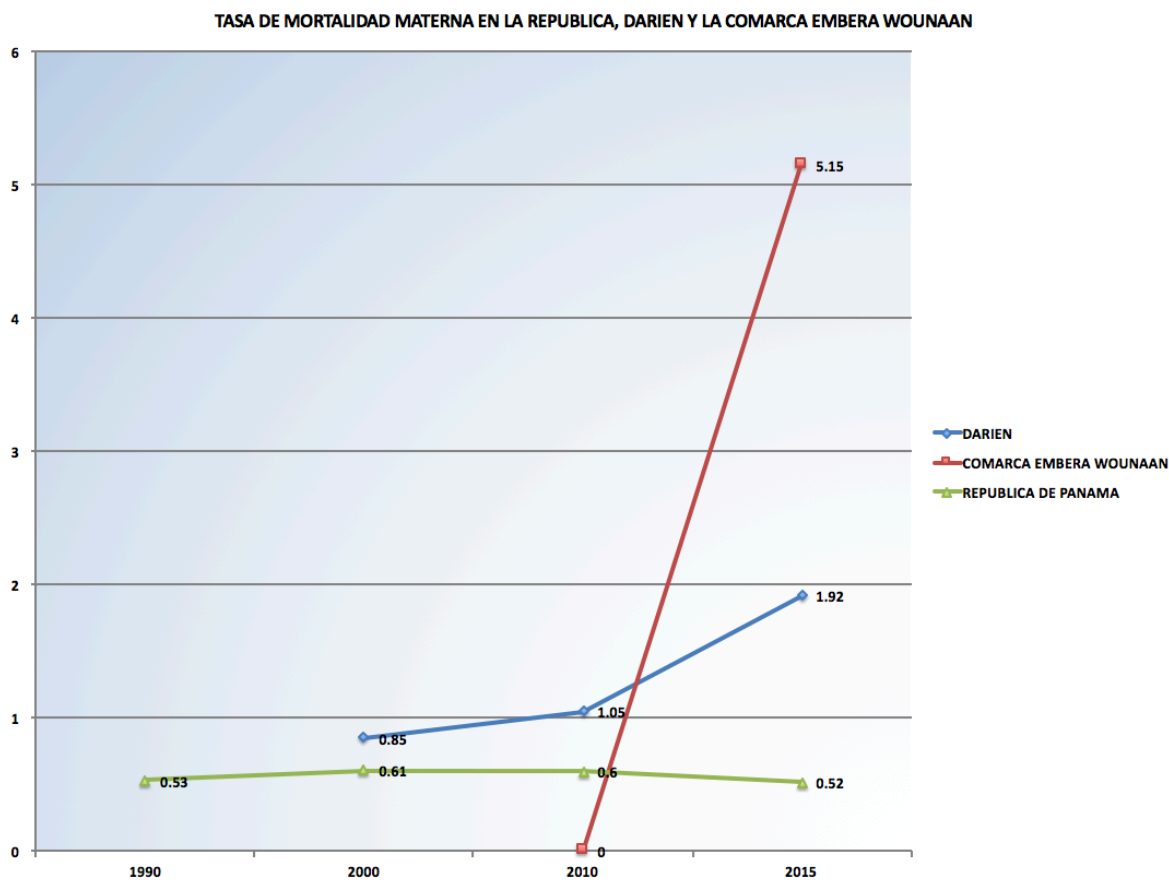


FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES. VOLUMEN III DEFUNCIONES. INEC

La mortalidad infantil refleja un descenso constante en la República de Panamá y en la provincia de Darién, sin embargo, para el año 2015, presente una elevación notable en el área de la comarca Emberá Wounaan, situación que debe ser tomada en cuenta para la toma de decisiones en gerencia de salud, para fortalecer la atención primaria, más que se están haciendo grandes inversiones en la extensión de cobertura de los servicios de salud para estos grupos específicamente.

A pesar de esto, más del 50% de las causas de mortalidad infantil están englobadas en el periodo perinatal (Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, afecciones respiratorias del recién nacido, malformaciones congénitas del sistema nervioso y el corazón), afectando principalmente las áreas más vulnerables de la provincia, a mencionar, áreas indígenas dentro y fuera de la comarca. Todo esto refleja la necesidad de

aumentar esfuerzos en los controles prenatales, pero es indudable que los mismos deben ser apoyados con tecnología que permita hacer tamizajes adecuados con calidad. La provincia carece de especialistas en Gineco Obstetricia desde siempre y esto marca una clara desigualdad con el país, lo que se evidencia en este tipo de mortalidades. Aún se ve, pero en menor medida muertes por diarreas y gastroenteritis de probable origen infeccioso y neumonías, situaciones esperadas mientras no mejoren las condiciones de sanidad básica en agua y condiciones ambientales (pobreza, hacinamiento, etc.), por lo que seguirán mermando nuestro sistema provincial hasta que se dé un fortalecimiento con impacto provincial que mejore las aristas mencionadas.



FUENTE: ESTADISTICAS VITALES. VOLUMEN III DEFUNCIONES. INEC

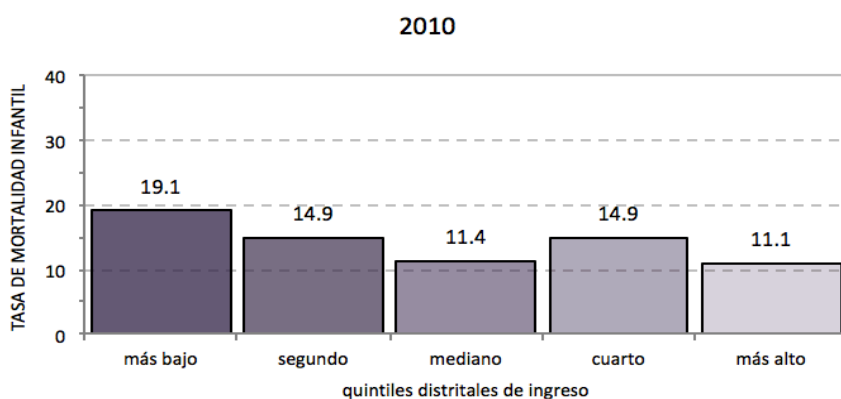
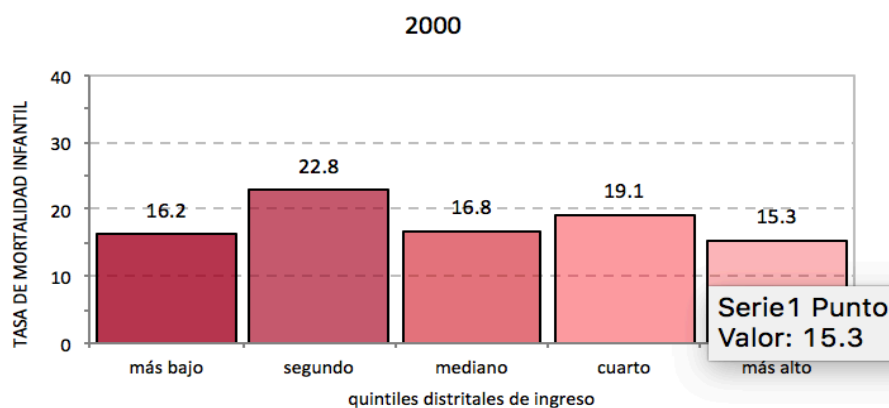
La mortalidad materna en la República de Panamá, presentó un aceptable descenso entre la década de 1970 (1.4) y 1980 (0.7), desde entonces, se ha mantenido sin variaciones. El comportamiento de la tasa de mortalidad entre provincias y comarcas es muy diverso.

Para el año 2015 el rango de tasa va desde 0.24 defunciones por 1000 nacidos vivos en Chiriquí hasta 5.15 defunciones por 1000 nacidos vivos en la Comarca Embera Wounaan, siendo la más alta. La provincia de Darién también tuvo un aumento de 2010 al 2015 (1.92). Las principales causas son obstétricas directas y relacionadas a hemorragias, nuevamente insistimos en la necesidad de aumentar los esfuerzos en la promoción y realización de controles de embarazo, que den seguimiento adecuado y permitan detectar situaciones de riesgo con el debido tiempo para evitar muertes prevenibles. En la provincia esperamos en el 2018, la construcción con el auspicio del comando sur de EEUU, de un albergue materno en el Centro Materno Infantil de Metetí, que les de la seguridad a estas futuras madres de estar cerca de una instalación de salud en las semanas previas y posteriores al parto e inclusive se les de monitoreo para que, si es necesario, se puedan referir a tiempo a evaluación especializada.

ANÁLISIS DE DESIGUALDADES

DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN INGRESO, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

La medición de desigualdades marca una notoria ubicación de los Distritos de Cémaco y Sambú, (Distritos comarcales de la provincia de Darién), en el último quintil, y con leve mejoría se encuentran los Distritos de Chepigana y Pinogana en el segundo quintil con menos ingresos, con lo que entre los distritos de predominio indígena y no indígena ya se marca una diferencia.



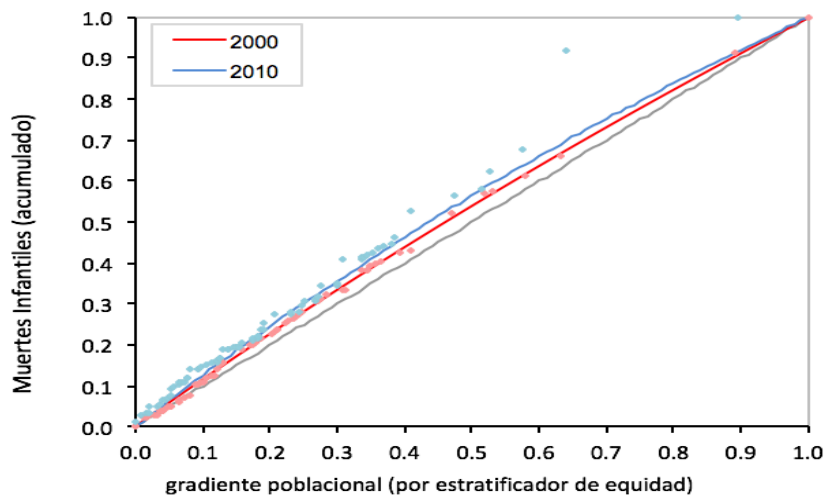
La brecha absoluta para el año 2000 fue de 0.85 (para los distritos de Cémaco y Sambú, ubicados en el último quintil y una brecha relativa de 1.06; los distritos de Chepigana y Pinogana se encontraban en el segundo quintil con menor ingreso, por lo que mostraban una

brecha absoluta de 7.5 y una brecha relativa de 1.49. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con ingresos más bajos, con una brecha absoluta medida de 7.99, y relativa de 1.72. El distrito de Chepigana se mantuvo en el segundo quintil más bajo, y con una brecha absoluta medida de 3.8 y una brecha relativa de 1.34. Sin embargo, el distrito de Pinogana mejoro su promedio de ingresos económicos y se ubicó en el tercer grupo con mejores ingresos, que mostro una brecha absoluta medida de 0.3 y una brecha relativa de 1.02.

De lo anterior se deriva la conclusión de que para el año 2000 y 2010, la Mortalidad Infantil es mayor en los distritos con menor ingreso, y de hecho la situación en 2010 es peor, evidenciado por el aumento exponencial (0.85 a 7.99), en comparación al año 2000. En este punto es importante hacer notar que los distritos de Chepigana y Pinogana si mostraron gran disminución en las brechas, mejorando sus condiciones (Brecha absoluta de 7.5 a 3.8 para Chepigana), y más notable el hecho de que Pinogana al mejorar sus condiciones de ingreso acortaron sus brechas a niveles casi similares (11.4 a 11.1)

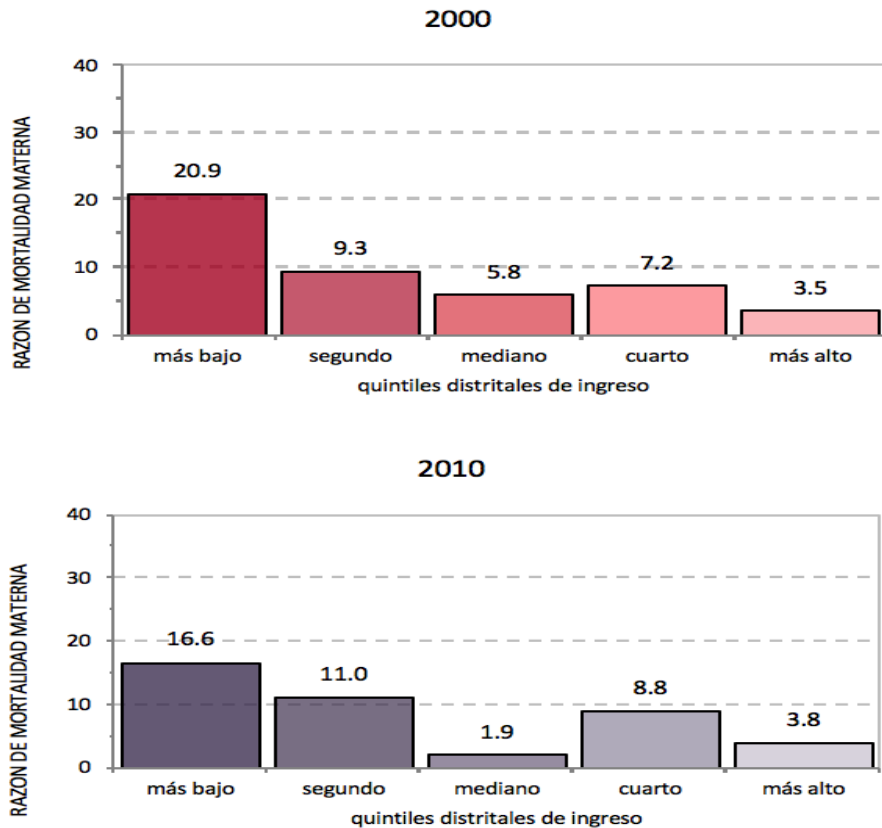
El análisis de regresión nos plantea un panorama mucho más claro al ver el comportamiento en el tiempo de toda la población.

La magnitud de la desigualdad en la tasa de mortalidad infantil a lo largo de la gradiente social definida por el ingreso fue de -5.09 años en el 2000, lo cual refleja la correlación directa entre la posición social y mortalidad infantil, en otras palabras, ese -5.09 es la reducción en la tasa de la mortalidad infantil que se gana al pasar del extremo más pobre al extremo más rico de la sociedad panameña (medida por sus distritos) ese año. En 2010, esa cantidad de desigualdad absoluta empeoro a -5.89, evidenciando que la desigualdad aumento casi 0.8 en la tasa de mortalidad infantil.



Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la tasa de mortalidad infantil en los distritos de la república ordenadas por su ingreso muestran que el ICDS en 2000 fue -0.05 y en el 2010 bajó a -0.09. Esto quiere decir que la desigualdad relativa en la tasa de mortalidad según ingreso no se modificó significativamente (a diferencia de la desigualdad absoluta que, como vimos, sí aumentó). Esto es lo esperado en sociedades con alto nivel de desigualdad absoluta. La desigualdad relativa no cambia tanto (o nada), básicamente porque la velocidad con la que ocurren mejoras entre los que están socialmente más aventajados (y por tanto tienen mejor salud) es mayor que la velocidad con la que ocurren mejoras entre los que están socialmente más desaventajados (que tienen peor salud), en términos relativos.

DESIGUALDAD EN LA RAZON DE MORTALIDAD MATERNA, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN INGRESOS, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

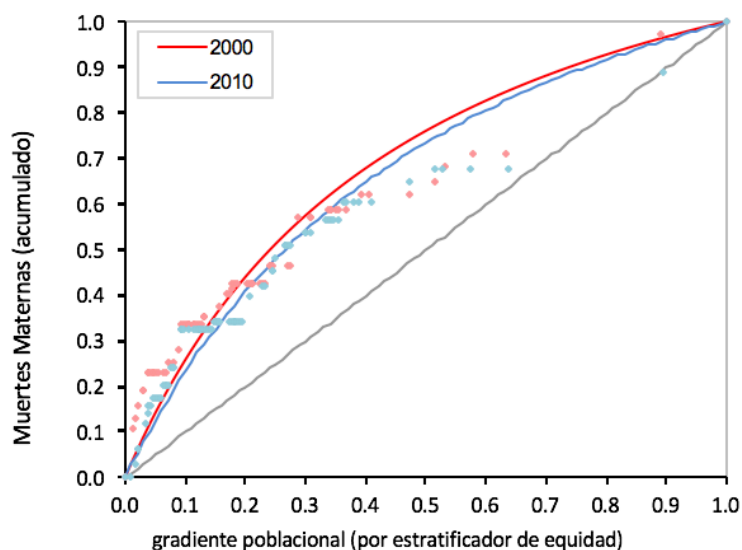


La brecha absoluta para el año 2000 fue de 17.40 (para los distritos de Cémaco y Sambú, ubicados en el último quintil y una brecha relativa de 6.01; los distritos de Chepigana y Pinogana se encontraban en el segundo quintil con menor ingreso, por lo que mostraban una brecha absoluta de 5.8 y una brecha relativa de 2.65. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con ingresos más bajos, con una brecha absoluta medida de 12.8, y relativa de 4.39. El distrito de Chepigana se mantuvo en el segundo quintil más bajo, y con una brecha absoluta medida de 7.2 y una brecha relativa de 2.89. Sin embargo, el distrito de Pinogana mejoró su promedio de ingresos económicos y se ubicó en el tercer grupo con mejores ingresos, que mostro una brecha absoluta medida de -1.9 y una brecha relativa de 0.5.

Podemos ver que la Razón de Mortalidad Materna, para el año 2000 y 2010, es mayor en los distritos con menor ingreso, pero la brecha fue disminuyendo en 2010 (17.4 a 12.8), en

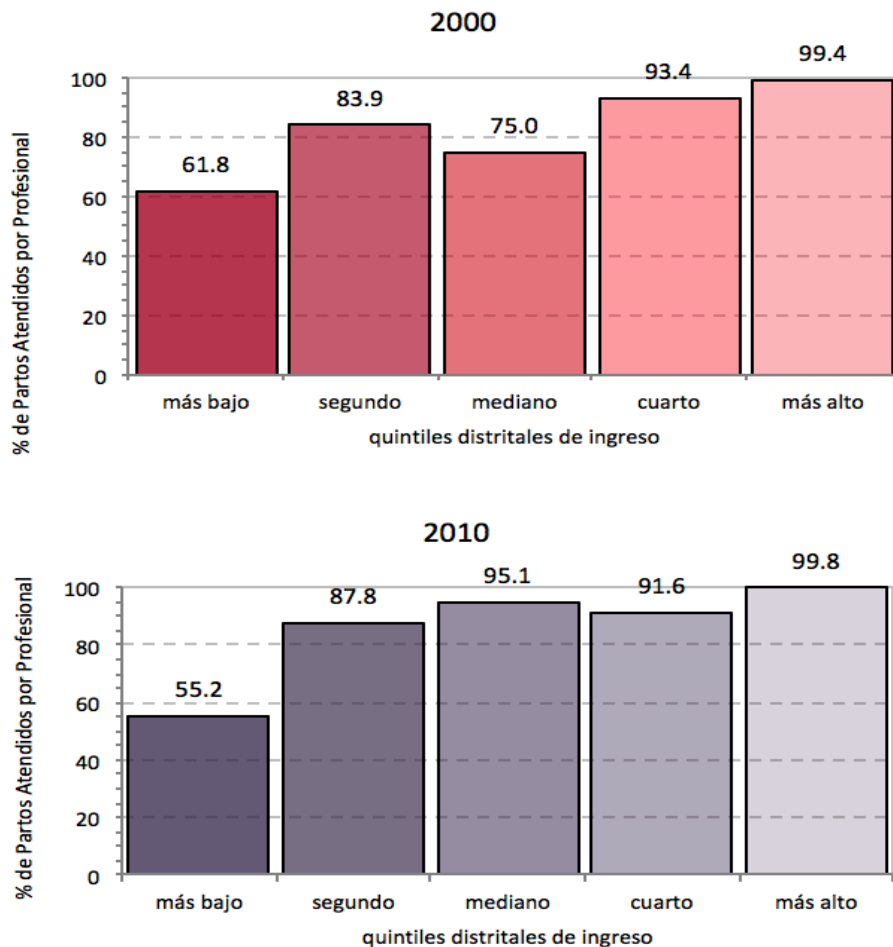
comparación al año 2000. En este punto es importante hacer notar que los distritos de Chepigana y Pinogana mostraron diferencias en el comportamiento en las brechas, incluso Pinogana mejorando sus condiciones, (Brecha absoluta de 5.8 a -1.9), y colocándose con mejor estadística que el grupo con mayor ingreso.

El análisis de regresión nos permite ver que la magnitud de la desigualdad en la Razón de Mortalidad Materna a lo largo de la gradiente social definida por el ingreso fue de -9.87 en el 2000, que es la reducción en la Razón de Mortalidad Materna que se da al pasar del extremo más pobre al extremo más rico de la sociedad panameña (medida por sus distritos) ese año. En 2010, esa cantidad de desigualdad absoluta mejoró a -7.98, evidenciando que la desigualdad se redujo en 1.89.



Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la tasa de mortalidad infantil en los distritos de la república ordenadas por su ingreso muestran que el ICDS en 2000 fue -0.37 y en el 2010 bajo a -0.33. Esto quiere decir que la desigualdad relativa en la Razón de Mortalidad Materna según ingreso no se modificó significativamente (a diferencia de la desigualdad absoluta que, como vimos, sí aumentó). Esto es lo esperado en sociedades con alto nivel de desigualdad absoluta.

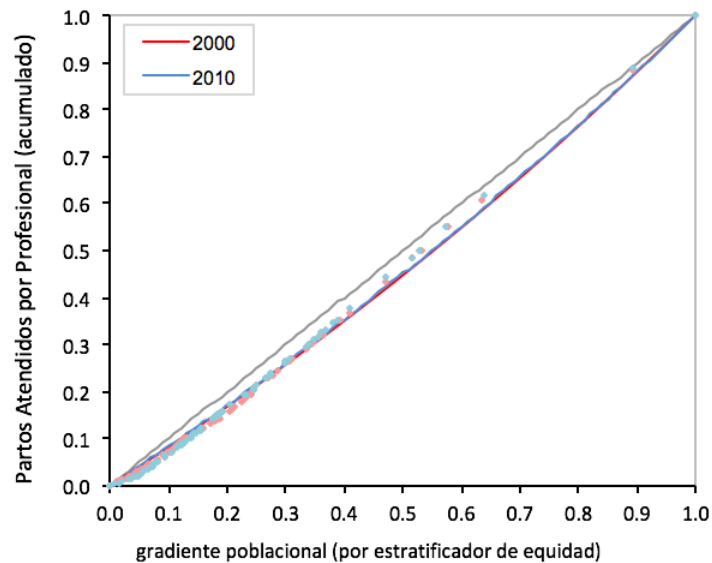
DESIGUALDAD EN LA ATENCION DE PARTO POR PROFESIONAL, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN INGRESOS, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.



La brecha absoluta para el año 2000 fue de -37.61 (para los distritos de Cémaco y Sambú, ubicados en el último quintil y una brecha relativa de 0.62; los distritos de Chepigana y Pinogana se encontraban en el segundo quintil con menor ingreso, por lo que mostraban una brecha absoluta de -15.5 y una brecha relativa de 0.84. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con ingresos más bajos, con una brecha absoluta medida de -44.6, y relativa de 0.55. El distrito de Chepigana se mantuvo en el segundo quintil más bajo, y con una brecha absoluta medida de -12 y una brecha relativa de 0.87. Grandes avances se han dado en el distrito de Pinogana que mejoró su promedio de ingresos económicos, éste último se ubicó en el tercer grupo con mejores ingresos, que mostro una brecha absoluta medida de -4.7 y una brecha relativa de 0.95.

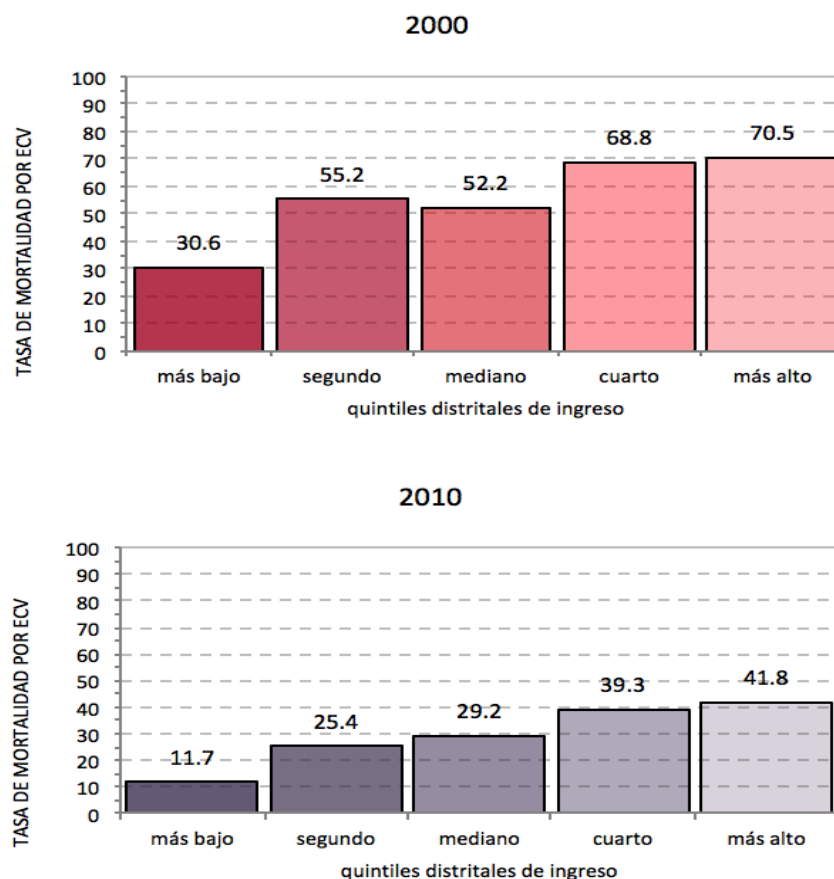
Podemos ver que el acceso a la atención de parto por profesional, para el año 2000 y 2010, se hizo más desigual en los distritos con menor ingreso. Los distritos de Chepigana y Pinogana, por el contrario, redujeron brechas y notablemente han mejorado en este indicador de salud.

El análisis de regresión nos permite ver que la magnitud de la desigualdad en la Atención de Parto por Profesional a lo largo de la gradiente social definida por el ingreso fue de 29.53 en el 2000, que es el aumento en el acceso a la atención de parto por profesional que se da al pasar del extremo más pobre al extremo más rico de la sociedad panameña (medida por sus distritos) ese año. En 2010, esa cantidad de desigualdad absoluta se redujo a 26.86, evidenciando que la desigualdad mejoró en 2.67.



Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la tasa de mortalidad infantil en los distritos de la república ordenadas por su ingreso muestran que el ICDS en 2000 fue -0.071 y en el 2010 bajo a -0.065, que no es tan significativo, y el indicador está bajo la línea de equidad. Como vemos los índices de concentración están cercanos a cero, indicando baja desigualdad relativa, lo que favorece a las poblaciones con mayor ingreso.

DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN INGRESOS, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

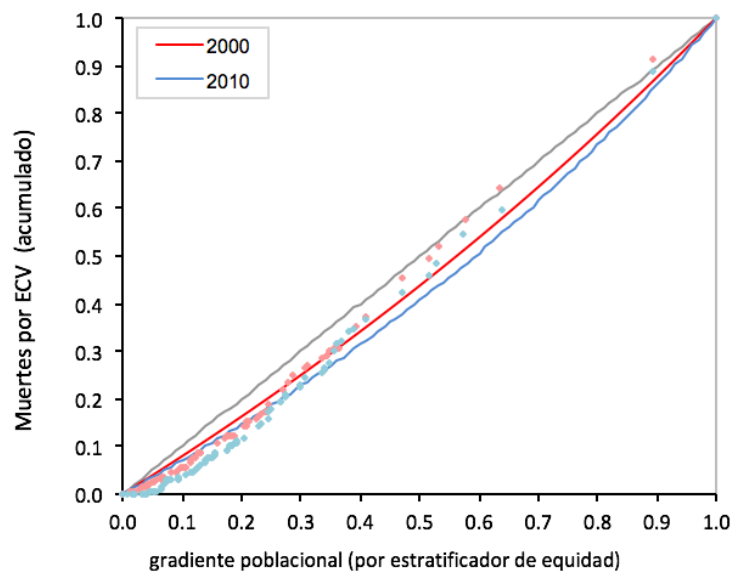


La brecha absoluta para el año 2000 fue de -39.87 (para los distritos de Cémaco y Sambú, ubicados en el último quintil y una brecha relativa de 0.43; los distritos de Chepigana y Pinogana se encontraban en el segundo quintil con menor ingreso, por lo que mostraban una brecha absoluta de -15.3 y una brecha relativa de 0.78. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con ingresos más bajos, con una brecha absoluta medida de -30.18, y relativa de 0.28. El distrito de Chepigana se mantuvo en el segundo quintil más bajo, y con una brecha absoluta medida de -16.4 y una brecha relativa de 0.60. Ya antes presentado, en el distrito de Pinogana se ubicó en el tercer grupo con mejores ingresos, que mostró una brecha absoluta medida de -12.6 y una brecha relativa de 0.69.

Podemos ver que la tasa de Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, para el año 2000 y 2010, disminuyó en todos los grupos poblacionales estratificados, con mejoría absoluta evidente y disminución de las brechas, a favor de los grupos con menores ingresos.

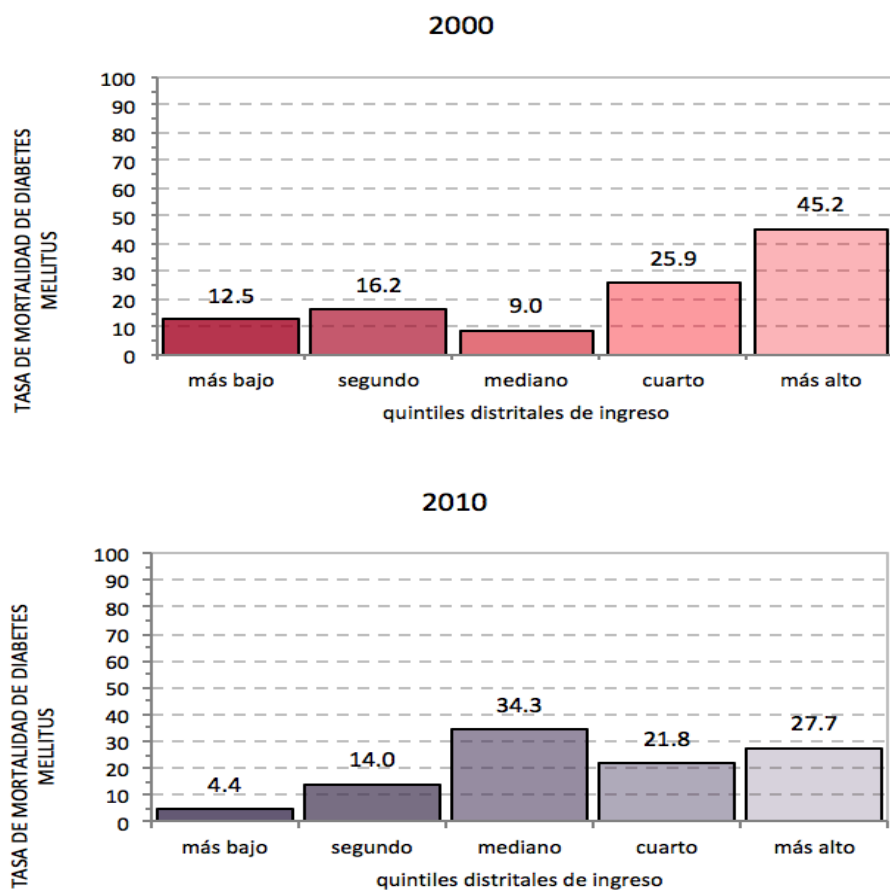
En este caso se da la particularidad de que la mayor mortalidad se da en las poblaciones con mayor ingreso económico y esto se debe a que también presentan la más alta prevalencia de muertes por Enfermedad Cerebrovascular.

Para complementar el análisis de las desigualdades de la pendiente en la mortalidad por Enfermedad Cerebro Vascular, realizamos el análisis del índice de desigualdad, el cual mostró un aumento en la magnitud entre los años evaluados de 13 muertes más en la población de las provincias de mayores recursos en el 2000 a 19 muertes en el 2010.



Por otro lado, al evaluar la curva de concentración de la desigualdad, apreciamos un aumento en las muertes acumuladas entre años, a lo largo del gradiente social. Aunque el 20% más pobre solo concentra el 10% de la mortalidad, cuando en el 2000 tenía el 14%. Sin embargo, la desigualdad en general aumentó (Índice de Concentración de la Desigualdad de 0.08 a 0.13). El coeficiente GINI indica una mayor desigualdad para el año 2010, a favor de los grupos con menos ingresos, nuevamente relacionado con la mayor prevalencia en el extremo contrario con mayor esperanza de vida y con la consecuente aparición de más enfermedades crónicas; comportamiento típico en estos sectores.

DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN INGRESOS, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

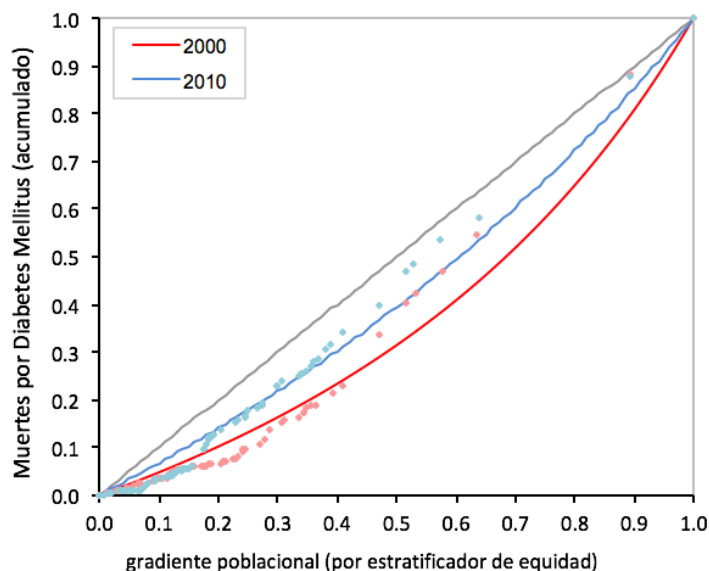


La brecha absoluta para el año 2000 fue de -32.64 (para los distritos de Cémaco y Sambú, ubicados en el último quintil y una brecha relativa de 0.28; los distritos de Chepigana y Pinogana se encontraban en el segundo quintil con menor ingreso, por lo que mostraban una brecha absoluta de -28.7 y una brecha relativa de 0.35. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con ingresos más bajos, con una brecha absoluta medida de -23.31, y relativa de 0.16. El distrito de Chepigana se mantuvo en el segundo quintil más bajo, y con una brecha absoluta medida de -13.7 y una brecha relativa de 0.50. Como es sabido, el distrito de Pinogana se ubicó en el tercer grupo con mejores ingresos, que mostró una brecha absoluta medida de 6.6 y una brecha relativa de 1.2.

Podemos ver que la tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus, para el año 2000 y 2010, disminuyó en todos los grupos poblacionales estratificados, excepto el grupo donde se encuentra Pinogana que aumento su tasa de mortalidad.

Igual podemos ver en este caso que la mayor mortalidad se da en las poblaciones con mayor ingreso económico y esto se debe a que también presentan la más alta prevalencia de muertes por Diabetes Mellitus.

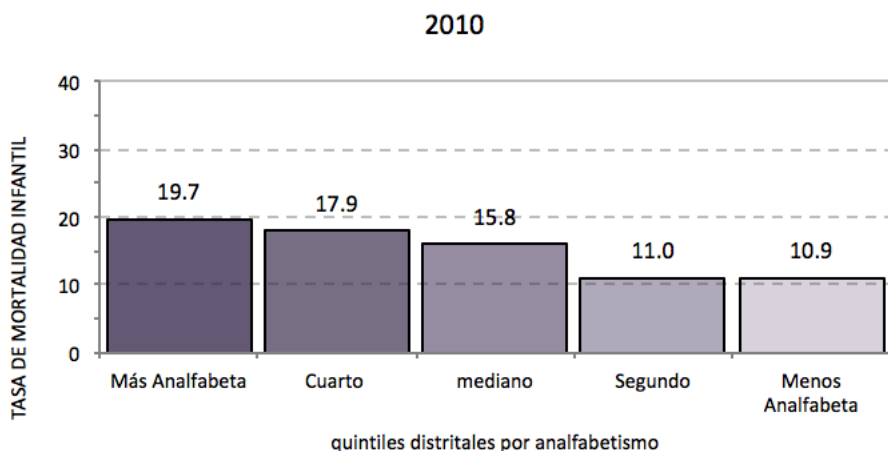
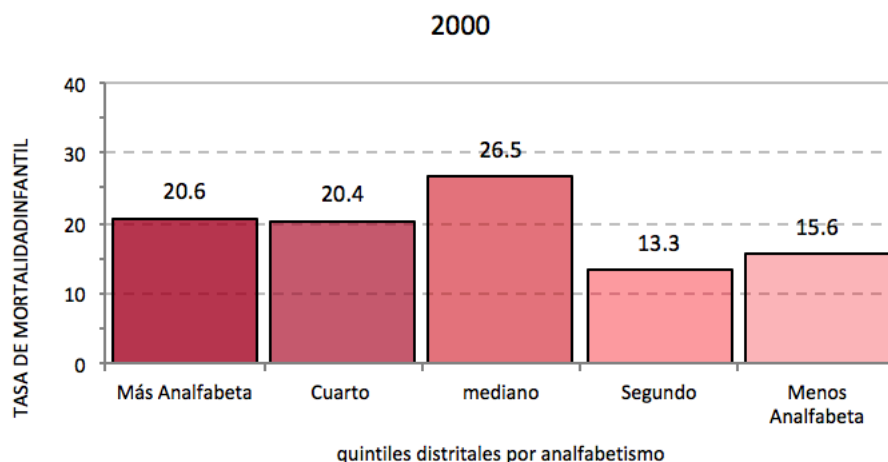
Para complementar el análisis de las desigualdades de la pendiente en la mortalidad por Diabetes Mellitus, realizamos el análisis del índice de desigualdad, el cual mostró una disminución en la magnitud entre los años evaluados de 38 muertes más, al ir de la población con menor recurso hacia la población de los distritos de mayores recursos en el 2000 a 15 muertes en el 2010.



Por otro lado, al evaluar la curva de concentración de la desigualdad, apreciamos una disminución de las muertes por Diabetes Mellitus entre años, a lo largo del gradiente social donde, el 20% más pobre solo concentra el 13% de la mortalidad, cuando en el 2000 tenía el 10%. El coeficiente GINI indica una menor desigualdad para el año 2010, pero favoreciendo a los grupos con más ingresos. Lo más probable es que el aumento en la expectativa de vida, en los grupos con menos ingresos provocan estos resultados.

DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN ANALFABETISMO, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

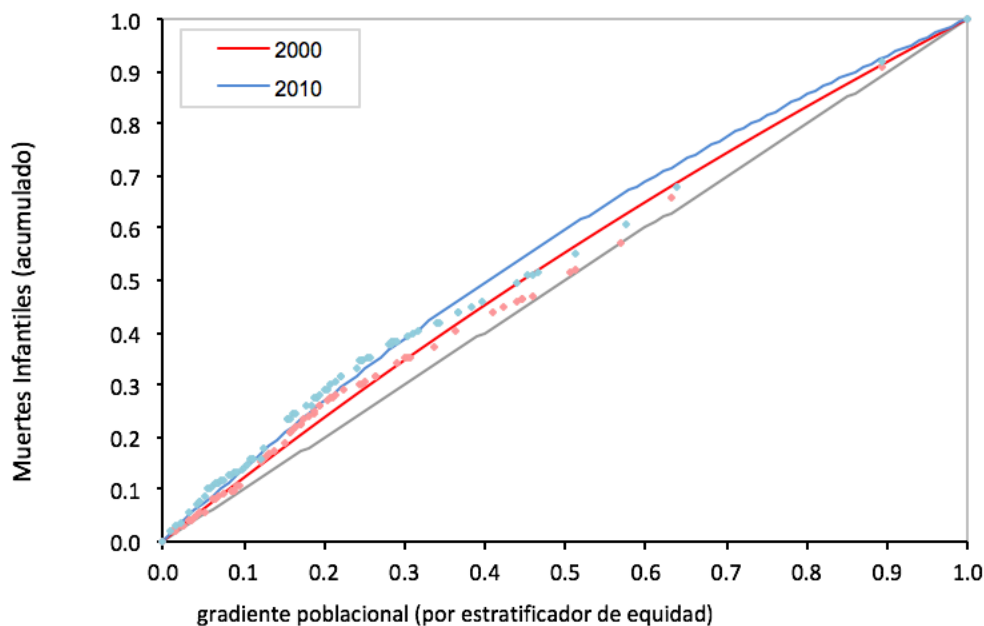
La medición de desigualdades marca una notoria ubicación de todos de la provincia de Darién en el quintil con índices más altos de analfabetismo.



La brecha absoluta para el año 2000 fue de 5.09. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con más analfabetismo, con una brecha absoluta medida de 8.81, y relativa de 1.81. El distrito de Chepigana y Pinogana mejoraron ubicándose en el grupo correspondiente al segundo quintil con más analfabetismo, y con una brecha absoluta medida de 7.0 y una brecha relativa de 1.64.

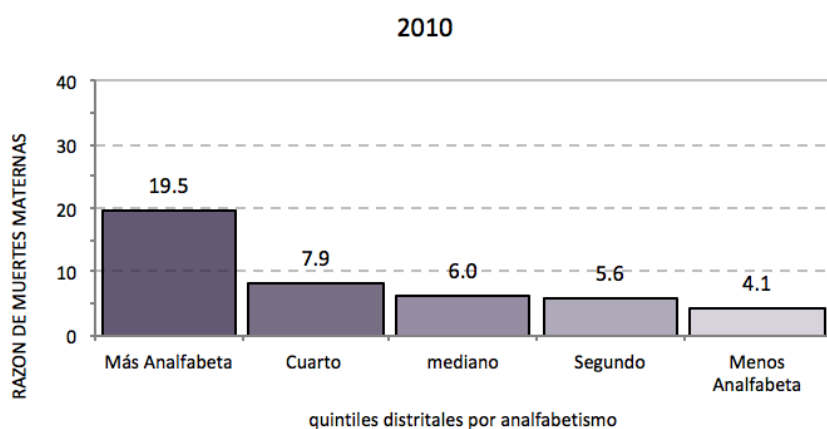
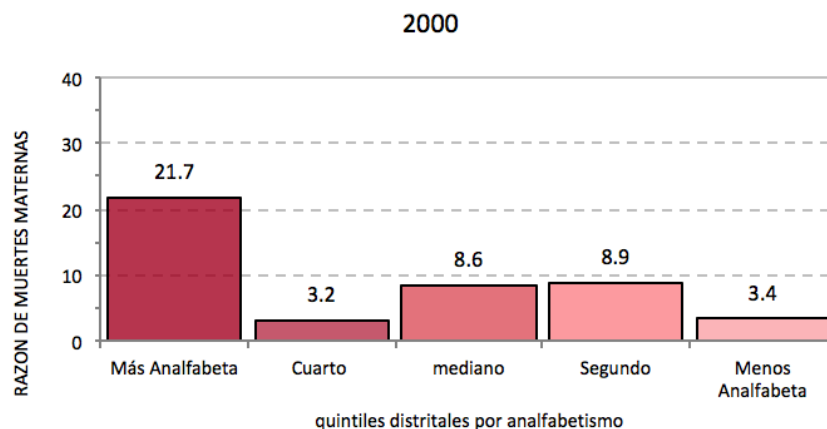
De lo anterior se deriva la conclusión de que para el año 2000 y 2010, la Mortalidad Infantil es mayor en los distritos con menor ingreso, y de hecho la situación en 2010 es peor, evidenciado por el aumento (5.09 a 8.81), en comparación al año 2000. En este punto es importante hacer notar que los distritos de Chepigana y Pinogana, a pesar de mejorar su porcentaje de analfabetismo, al igual que los distritos de Cémaco y Sambú, ampliaron las brechas de desigualdad. (5.09 a 7.0).

La magnitud de la desigualdad en la tasa de mortalidad infantil a lo largo de la gradiente social definida por el analfabetismo fue de -5.08 años en el 2000, a -7.14 para el año 2010



Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la tasa de mortalidad infantil en los distritos de la república ordenadas por su analfabetismo muestran que el ICDS en 2000 fue -0.07 y se duplicó en el 2010 a -0.13. Esto quiere decir que la desigualdad relativa en la tasa de mortalidad según analfabetismo aumentó notablemente. Así vemos que en esta apartado la situación del país empeoró.

DESIGUALDAD EN LA RAZON DE MUERTE MATERNAS, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN ANALFABETISMO, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

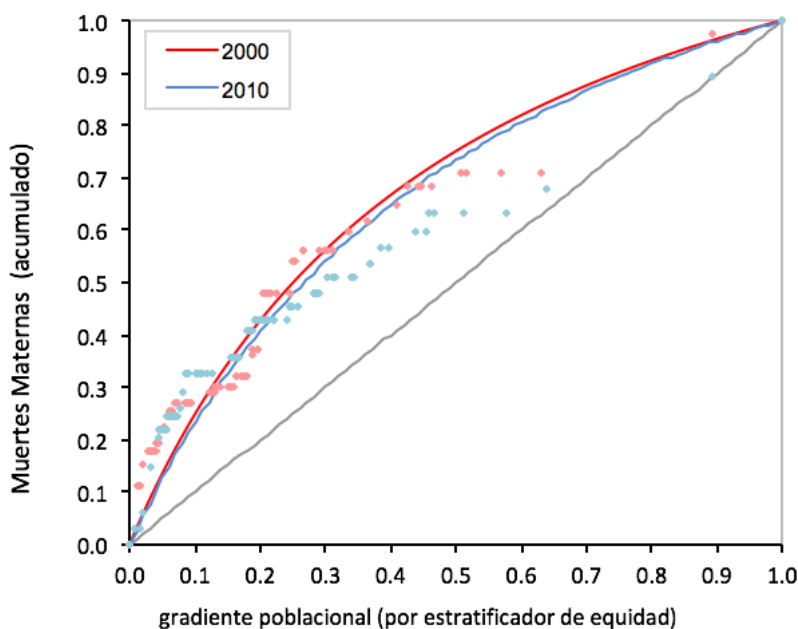


La brecha absoluta para el año 2000 fue de 18.32 y una brecha relativa de 6.36. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con más analfabetismo, con una brecha absoluta medida de 15.40, y relativa de 4.76. El distrito de Chepigana y Pinogana mejoraron ubicándose en el grupo correspondiente al segundo quintil con más analfabetismo, y con una brecha absoluta medida de 3.8 y una brecha relativa de 1.92.

Se concluye que para el año 2000 y 2010, la Razón de Muerte Materna es mayor en los distritos con mayor analfabetismo, con reducción de las brechas en el año 2010 en comparación al año 2000. Notable la enorme reducción de brechas en el quintil que incluye a Chepigana y Pinogana (3.98).

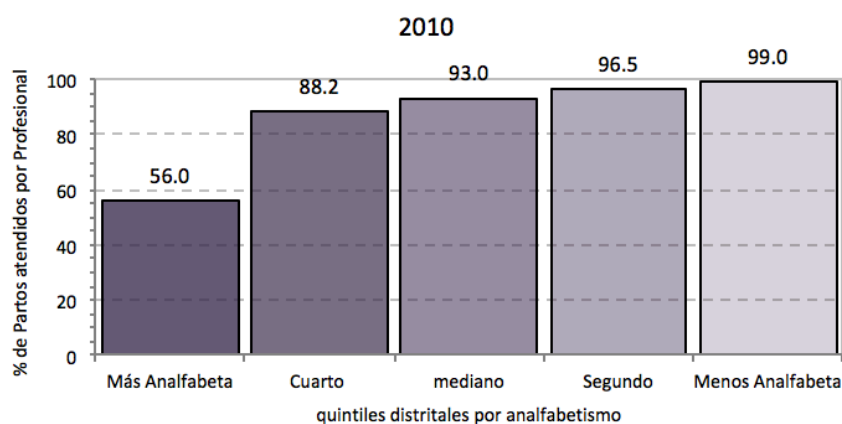
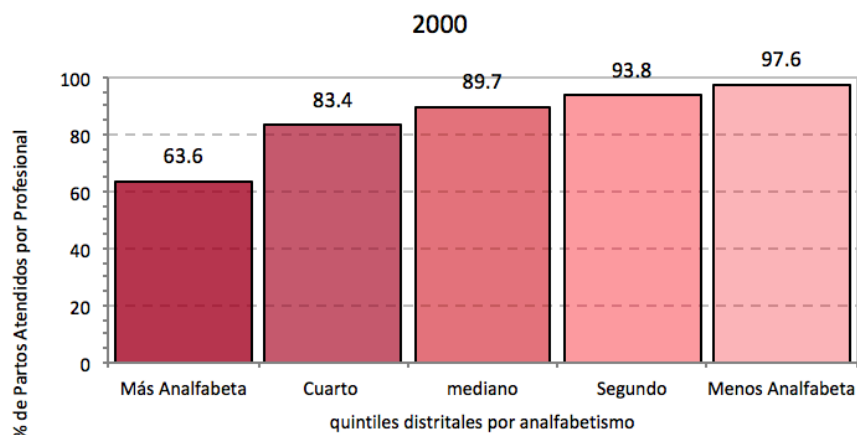
La magnitud de la desigualdad en la tasa de mortalidad infantil a lo largo de la gradiente

social definida por el analfabetismo fue de -10.39 años en el 2000, a -7.36 para el año 2010, evidenciando mejoras en las diferencias entre los estratos agrupados por analfabetismo.



Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la Razón de Muerte Materna en los distritos de la república ordenadas por su analfabetismo muestran que el ICDS en 2000 fue -0.35 y mejoró ligeramente en el 2010 a -0.33. Esto es lo esperado en sociedades con alto nivel de desigualdad absoluta. Nuevamente evidenciamos que en estos casos de desigualdad relativa no se cambia tanto (o nada), básicamente porque la velocidad con la que ocurren mejoras entre los que están socialmente más aventajados (y por tanto tienen mejor salud) es mayor que la velocidad con la que ocurren mejoras entre los que están socialmente más desaventajados (que tienen peor salud), en términos relativos.

DESIGUALDAD EN LA ATENCION DE PARTO POR PROFESIONAL, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN ANALFABETISMO, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

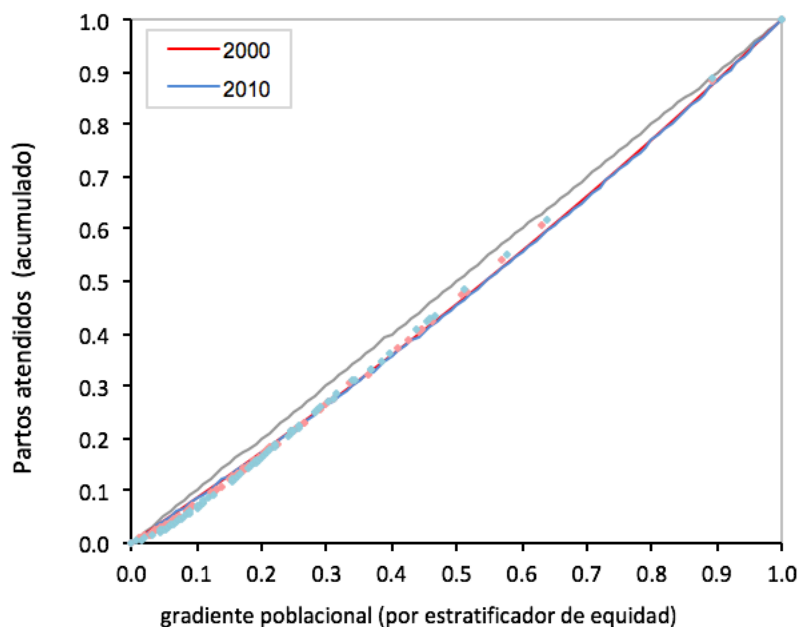


La brecha absoluta para el año 2000 fue de 34.02 y una brecha relativa de 0.65. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con más analfabetismo, con una brecha absoluta medida de 43.02, y relativa de 0.57. El distrito de Chepigana y Pinogana mejoraron grandemente ubicándose en el grupo correspondiente al segundo quintil con más analfabetismo, y con una brecha absoluta medida de -11 y una brecha relativa de 0.89.

Se concluye que para el año 2000 y 2010, la Atención de Parto por Profesional mantiene la misma tendencia y es mayor en los distritos con mayor analfabetismo. Las mejoras de salud han permitido mejor acceso a los servicios en áreas con menos analfabetismo y la desigualdad

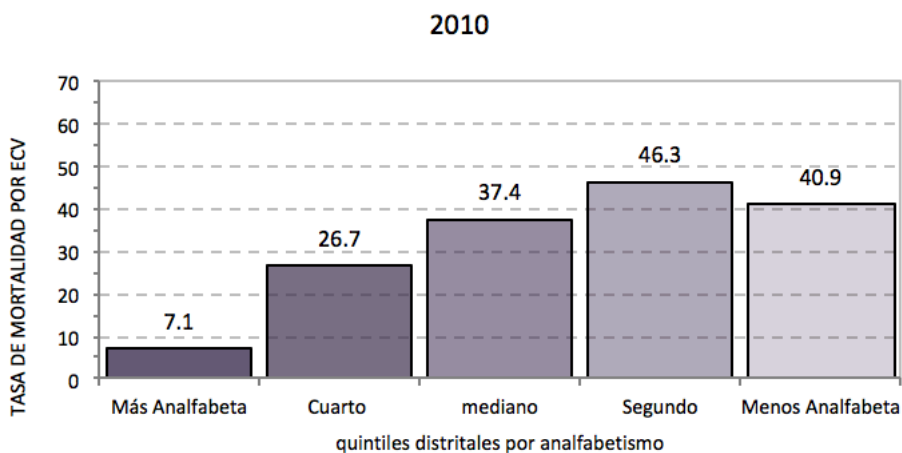
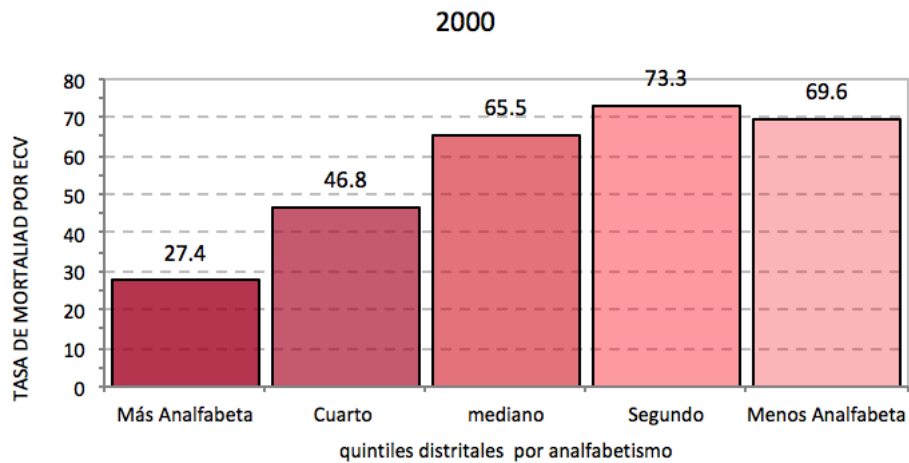
se ha marcado aún más. La mejora en la provincia de Darién se ve limitada a los distritos no indígenas, y acentuándose las brechas en las áreas comarcales.

La magnitud de la desigualdad en la Atención de Parto por Profesional a lo largo de la gradiente social definida por el analfabetismo fue de 26, lo que indica en que ambos años estudiados no hubo cambios en la diferencia del acceso a los partos entre los estratos.



Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la Atención de Parto por Profesional en los distritos de la república ordenadas por su analfabetismo muestran que el ICDS en ambos periodos no mostro cambios tampoco (0.06). De lo anterior se deduce que, si bien en términos absolutos hubo aumentos de brechas entre los grupos, la curva de desigualdad se mantuvo sin diferencias, lo que plantea una detención en los avances de salud en este aspecto.

DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN ANALFABETISMO, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

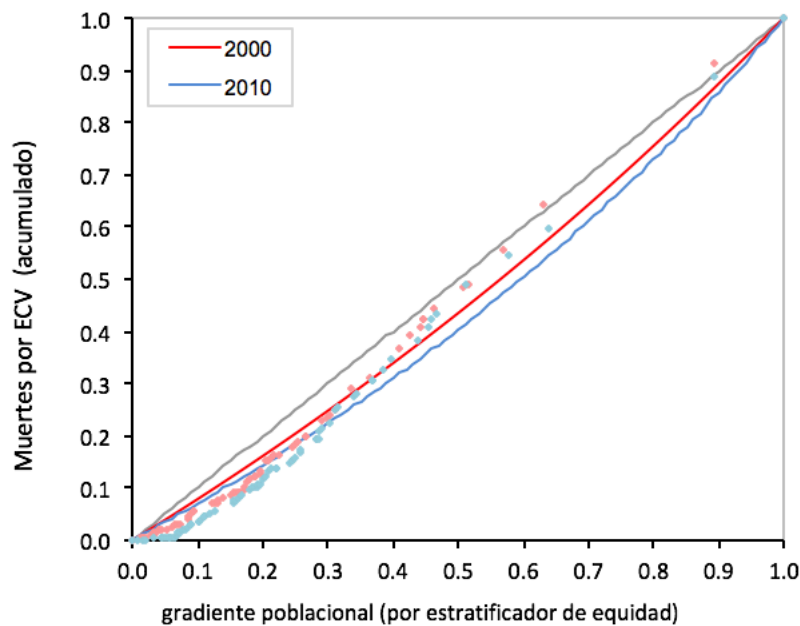


La brecha absoluta para el año 2000 fue de -42.16 y la brecha relativa fue de 0.39 en la provincia de Darién. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con más analfabetismo, con una brecha absoluta medida de -33.8, y relativa de 0.17. El distrito de Chepigana y Pinogana al mejorar y estar en el segundo quintil presentaron una brecha absoluta medida de -14.2 y una brecha relativa de 0.65.

Podemos ver que la tasa de Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, para el año 2000 y 2010, disminuyó en todos los grupos poblacionales estratificados, con mejoría absoluta evidente y disminución de las brechas, a favor de los grupos con menores ingresos.

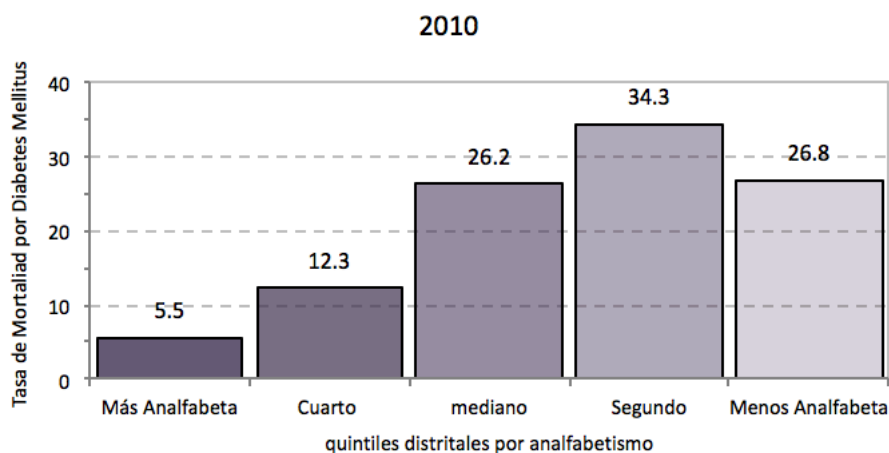
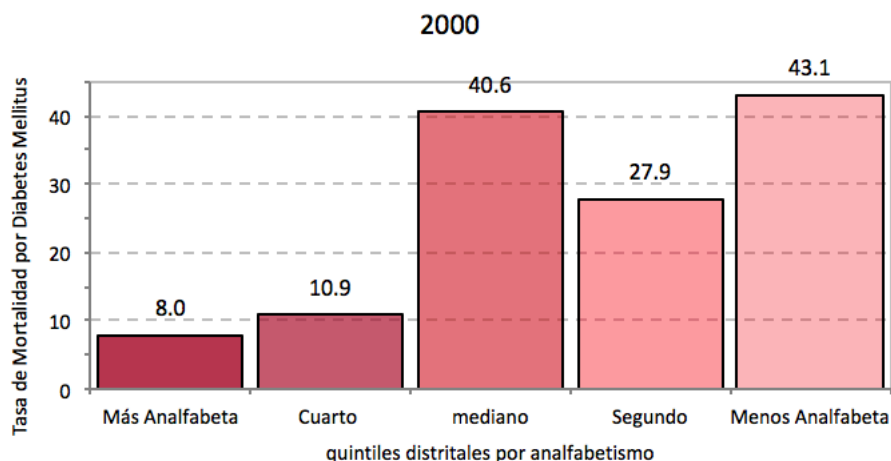
En este caso se da la particularidad de que la mayor mortalidad se da en las poblaciones con menos analfabetismo y esto se debe a que también presentan la más alta prevalencia de muertes por Enfermedad Cerebrovascular.

Para complementar el análisis de las desigualdades de la pendiente en la mortalidad por Enfermedad Cerebro Vascular, realizamos el análisis del índice de desigualdad, el cual mostró un aumento en la magnitud entre los años evaluados de 15 muertes más en la población de las provincias de mayores recursos en el 2000 a 19 muertes en el 2010.



Por otro lado, al evaluar la curva de concentración de la desigualdad, apreciamos un aumento en las muertes acumuladas entre años, a lo largo del gradiente social. Aunque el 20% más pobre solo concentra el 11% de la mortalidad, cuando en el 2000 tenía el 15%. Sin embargo, la desigualdad en general aumentó (Índice de Concentración de la Desigualdad de 0.09 a 0.13), a favor de los grupos con mayor analfabetismo. El coeficiente GINI indica una mayor desigualdad para el año 2010, a favor de los grupos con menos indígenas, nuevamente relacionado con la mayor prevalencia en el extremo contrario con mayor esperanza de vida y con la consecuente aparición de más enfermedades crónicas; comportamiento típico en estos grupos.

DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN ANALFABETISMO, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

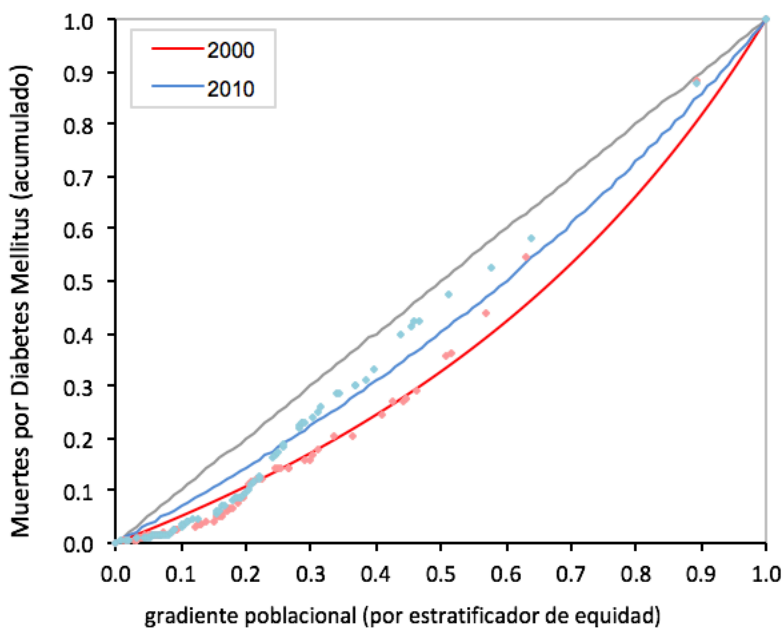


La brecha absoluta para el año 2000 fue de -35.14 y la brecha relativa fue de 0.18 en la provincia de Darién. Para el año 2010, los distritos principalmente indígenas (Sambú y Cémaco) se mantuvieron en el quintil con más analfabetismo, con una brecha absoluta medida de -21.3, y relativa de 0.21. El distrito de Chepigana y Pinogana al mejorar y estar en el segundo quintil presentaron una brecha absoluta medida de -14.5 y una brecha relativa de 0.45.

Podemos ver que la tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus, para el año 2000 y 2010, disminuyó en todos los grupos poblacionales estratificados, con mejoría absoluta evidente y disminución de las brechas, a favor de los grupos con menores ingresos.

En este caso también se da la particularidad de que la mayor mortalidad se da en las poblaciones con menos analfabetismo y esto se debe a que también presentan la más alta prevalencia de muertes por Diabetes Mellitus.

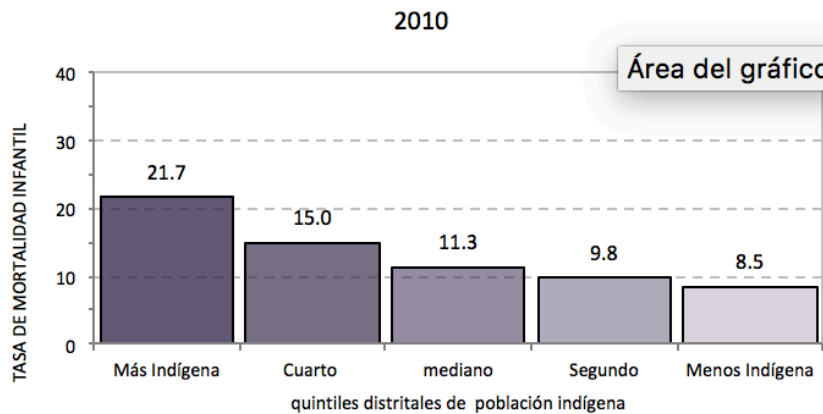
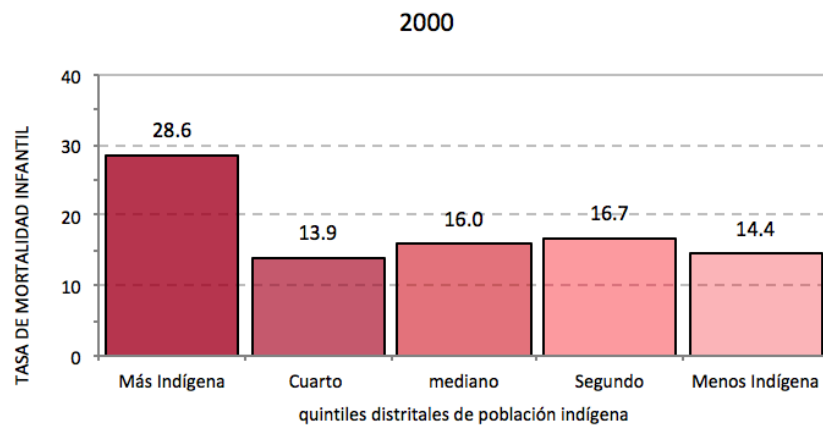
Para complementar el análisis de las desigualdades de la pendiente en la mortalidad por Diabetes Mellitus, realizamos el análisis del índice de desigualdad, el cual mostró una disminución en la magnitud entre los años evaluados de 37 muertes más, al ir de la población con más analfabetismo hacia la población de los distritos de menos analfabetismo en el 2000 a 14 muertes en el 2010.



Por otro lado, al evaluar la curva de concentración de la desigualdad, apreciamos una disminución de las muertes por Diabetes Mellitus entre años, a lo largo del gradiente social donde, el 20% más pobre concentró el 13% de la mortalidad, cuando en el 2000 tenía el 10%. El coeficiente GINI indica una menor desigualdad para el año 2010, a favor de los grupos con menos analfabetismo.

DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN POBLACION INDIGENA, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

La medición de desigualdades marca una notoria ubicación de los Distritos de Cémaco y Sambú, (Distritos comarcales de la provincia de Darién), Chepigana y Pinogana en el último quintil. (Con más población indígena)

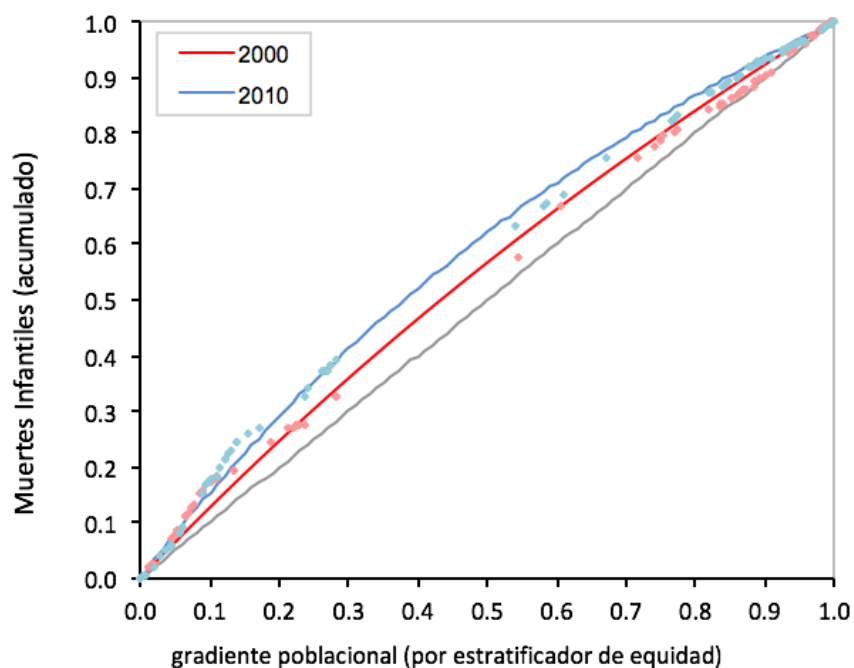


La brecha absoluta para el año 2000 fue de 14.13 (para los distritos en la provincia de Darién) y una brecha relativa de 1.98. Para el año 2010, Darién se mantuvo en el quintil con mayor población indígena, con una brecha absoluta medida de 13.2, y relativa de 2.54.

De lo anterior se deriva la conclusión de que para el año 2000 y 2010, la Mortalidad Infantil es mayor en los distritos con mayor población indígena. Para el 2010 en términos absolutos hubo disminución de las brechas, sin embargo, en términos relativos la proporción entre los

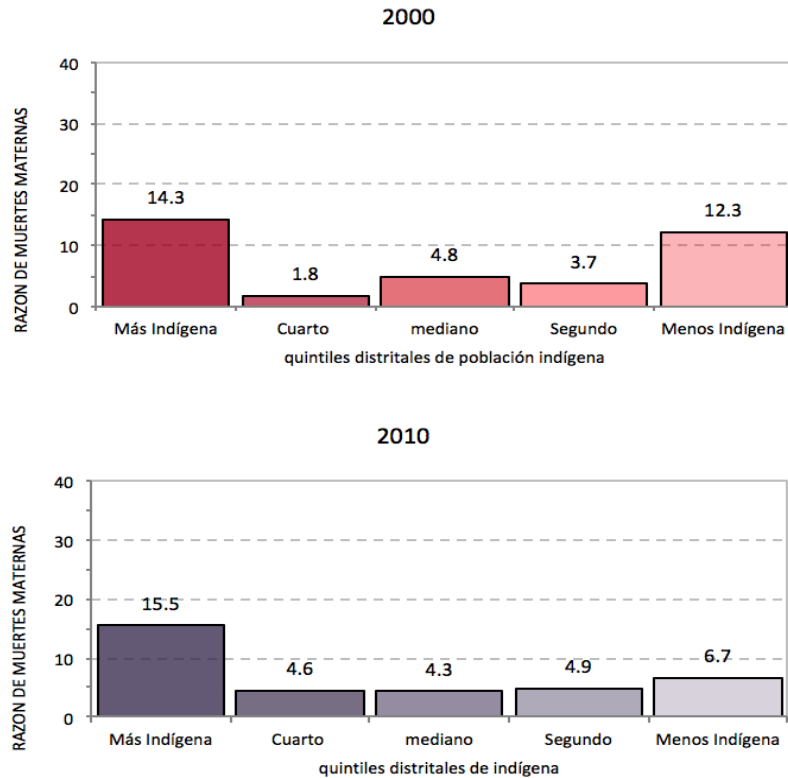
estratos aumento drásticamente, por lo que realmente se evidencia un aumento en la desigualdad.

El análisis de regresión nos plantea nos permite ver mejor la situación, donde la magnitud de la desigualdad en la tasa de mortalidad infantil a lo largo de la gradiente social definida por la cantidad de indígenas fue de -7.56 años en el 2000, a -11.03, lo que refleja la correlación directa entre la cantidad de muertes infantiles y el paso hacia los grupos con menos indígenas, con el aumento real de la brecha de desigualdad.



Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la tasa de mortalidad infantil en los distritos de la república ordenadas por su población indígena muestran que el ICDS en 2000 fue -0.09 y en el 2010 aumento a -0.16. Esto quiere decir que la desigualdad relativa en la tasa de mortalidad según ingreso casi se duplicó, reiterando el hecho de que persiste y de hecho hay mayor desigualdad al analizar la mortalidad infantil con los grupos estratificados por población indígena y concluyendo en este aspecto un desmejoramiento en la provincia y el país.

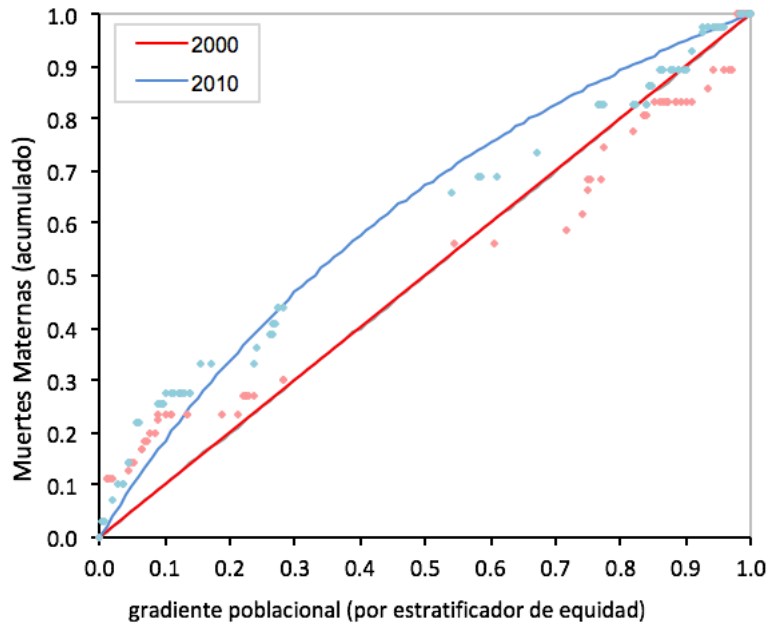
DESIGUALDAD EN LA RAZON DE MORTALIDAD MATERNA, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN POBLACION INDIGENA, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.



La brecha absoluta para el año 2000 fue de 1.98 (para los distritos en la provincia de Darién) y una brecha relativa de 1.16. Para el año 2010, Darién se mantuvo en el quintil con mayor población indígena, con una brecha absoluta medida de 8.79, y relativa de 2.32.

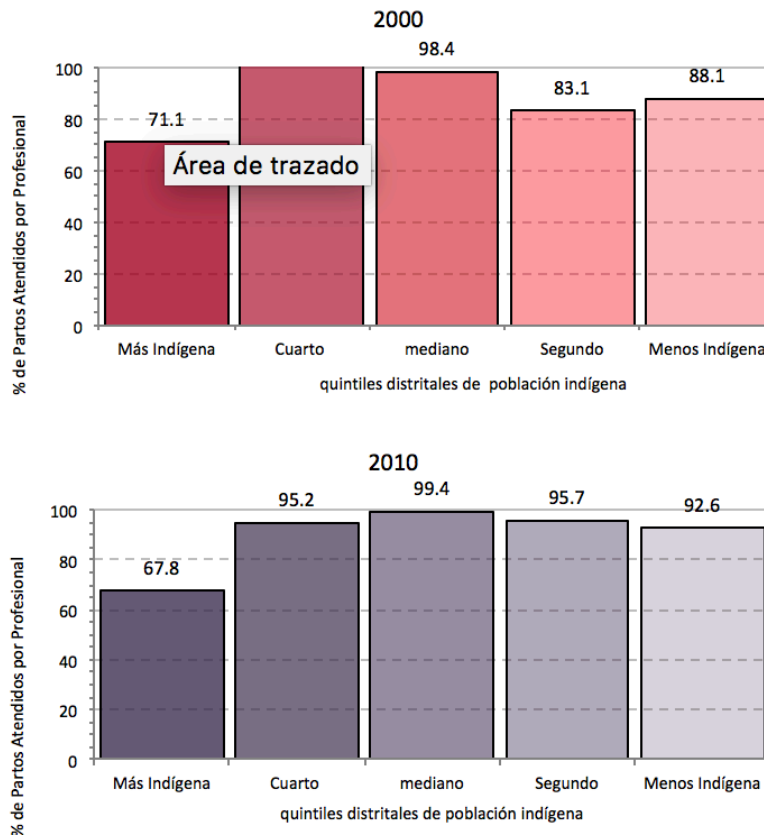
De lo anterior se deriva la conclusión de que para el año 2010, la Mortalidad Materna empeoró duplicándose en los distritos con mayor población indígena, cuando había un sentido de igualdad relativa en el año 2000. Para el 2010, la proporción entre los estratos aumentó drásticamente, por lo que realmente se evidencia un aumento en la desigualdad.

El análisis de regresión evidencia que la situación empeoró, donde la magnitud de la desigualdad en la razón de mortalidad materna a lo largo de la gradiente social definida por el ingreso fue de -0.03 años en el 2000, a -6.60.



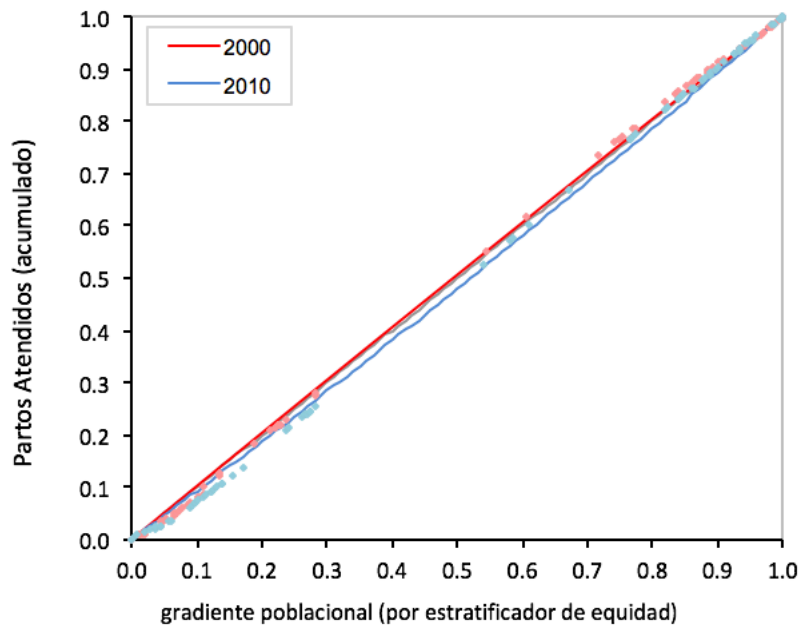
Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la razón de mortalidad materna en los distritos de la república ordenados por su población indígena muestran que el ICDS en 2000 fue -0.00 y en el 2010 aumento a -0.23. Esto quiere decir que la brecha aumentó, con mayor desigualdad, desfavorable a los grupos con más indígenas, y en este aspecto también desmejoramiento en la provincia y el país.

DESIGUALDAD EN LA ATENCION DE PARTO PRETERMINO, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN POBLACION INDIGENA, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.



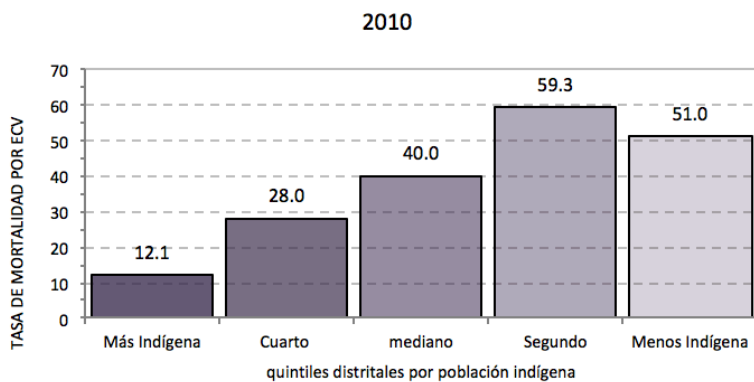
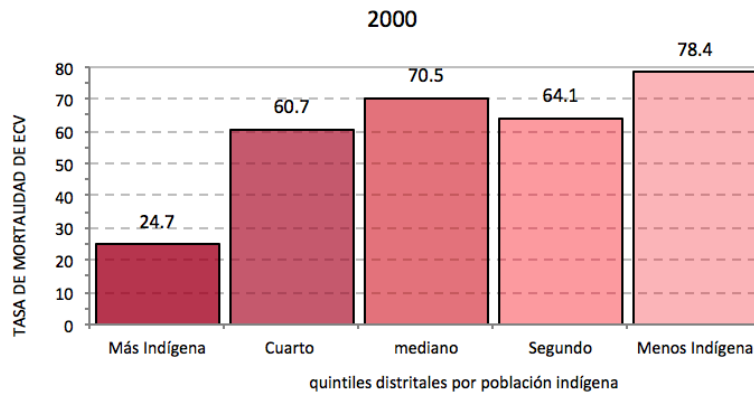
La brecha absoluta para el año 2000 fue de -16.95 (para los distritos en la provincia de Darién) y una brecha relativa de 0.81. Para el año 2010, Darién se mantuvo en el quintil con mayor población indígena, con una brecha absoluta medida de -24.85, y relativa de 0.73, lo que indica que hubo un aumento en la desigualdad en los partos atendidos por profesional tanto de manera absoluta, como al hacer una relación relativa, desfavorable a los sectores con más indígenas.

El análisis de regresión evidencia que la situación empeoró, donde la magnitud de la desigualdad en la atención de partos por profesional paso de -4.20 a 15.01, haciéndose más desigual, con más partos atendidos absolutos (15) a lo largo de la gradiente social cuando va de los sectores con menos indígenas al extremo contrario.



Las curvas de concentración de la desigualdad (ICDS) en la atención de partos por profesional en los distritos de la república ordenadas por su población indígena muestran que el ICDS en 2000 fue -0.01 y en el 2010 aumentó a 0.03. Esto quiere decir que la desigualdad aumentó, hacia los grupos con más indígenas, y en este aspecto también nuevamente se mantiene una tendencia al desmejoramiento en la provincia y el país.

DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN POBLACION INDIGENA, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.



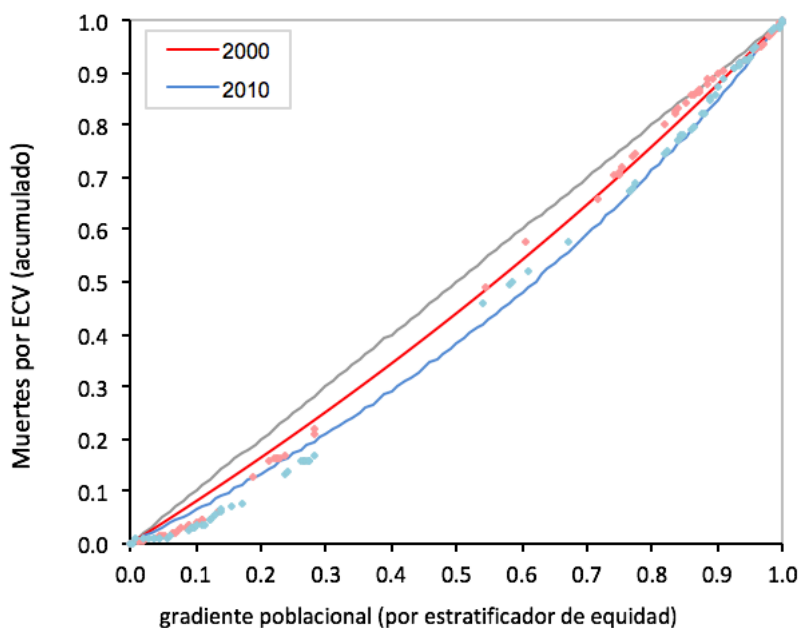
La brecha absoluta para el año 2000 fue de -53.75 y una brecha relativa de 0.31. Para el año 2010, hubo brecha absoluta medida de -38.91, y relativa de 0.24.

Podemos ver que la tasa de Mortalidad por Enfermedad Cerebrovascular, para el año 2000 y 2010, disminuyó en todos los grupos poblacionales estratificados, con mejoría absoluta evidente y disminución de las brechas, a favor de los grupos con menores ingresos.

Aquí también se observa el caso de que la mayor mortalidad se da en las poblaciones con mayor ingreso económico y esto se debe a que también presentan la más alta prevalencia de muertes por Enfermedad Cerebrovascular.

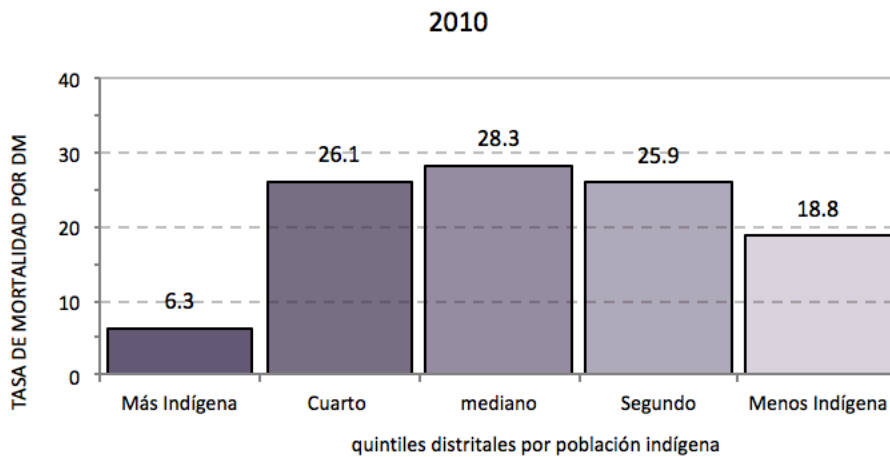
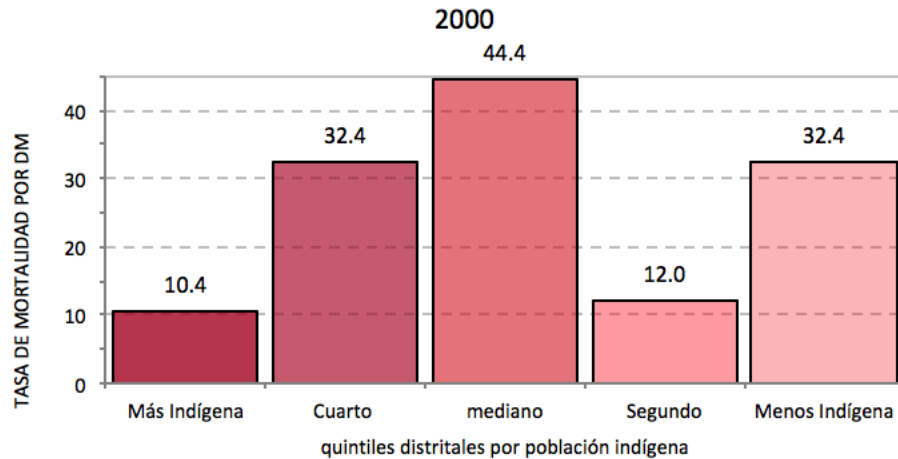
Para complementar el análisis de las desigualdades de la pendiente en la mortalidad por Enfermedad Cerebro Vascular, realizamos el análisis del índice de desigualdad, donde prácticamente no hubo cambios (34 a 35) y que muestra un aumento en la magnitud entre

los años evaluados de 1 muertes más en la población de las provincias con menos grupos indígenas.



Por otro lado, al evaluar la curva de concentración de la desigualdad, apreciamos un aumento en las muertes acumuladas entre años, a lo largo del gradiente social. Aunque el 20% más pobre solo concentra el 13% de la mortalidad, cuando en el 2000 tenía el 15%. Sin embargo, la desigualdad en general aumentó (Índice de Concentración de la Desigualdad de 0.08 a 0.16), en este aspecto desfavorable a el sector con menos indígenas, y esto probablemente a que este grupo mantiene la tendencia a mayor expectativa de vida, y mayor prevalencia de enfermedades crónicas.

DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, EN RELACION A LOS QUINTILES POR DISTRITOS, SEGÚN POBLACION INDIGENA, DE LA REPUBLICA DE PANAMA, PARA LOS AÑOS 2000 Y 2010.

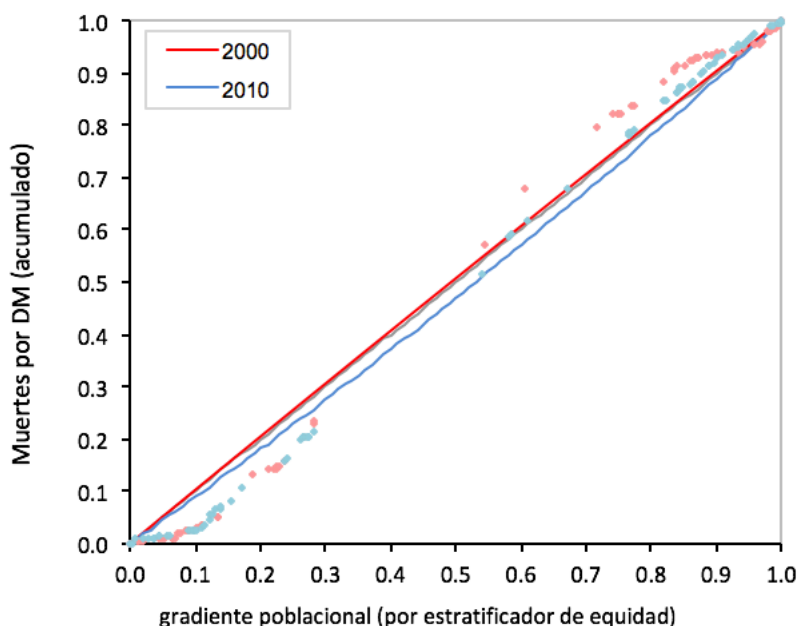


La brecha absoluta para el año 2000 fue de -22.02 y una brecha relativa de 0.32. Para el año 2010, hubo brecha absoluta medida de -12.48, y relativa de 0.34.

Podemos ver que la tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus, para el año 2000 y 2010, disminuyó en todos los grupos poblacionales estratificados, con mejoría absoluta evidente y disminución de las brechas, a favor de los grupos con menores ingresos.

Igual podemos ver en este caso que la mayor mortalidad se da en las poblaciones con mayor ingreso económico y esto se debe a que también presentan la más alta prevalencia de muertes por Diabetes Mellitus.

El análisis de las desigualdades de la pendiente en la mortalidad por Diabetes Mellitus, muestra un aumento en la magnitud entre los años evaluados de 9 muertes más, al ir de la población con menor población indígena hacia la población de los distritos con mayor población indígena.



Al evaluar la curva de concentración de la desigualdad, apreciamos una disminución de las muertes por Diabetes Mellitus entre años, a lo largo del gradiente social donde, el 20% más pobre solo concentra el 16% de la mortalidad, cuando en el 2000 tenía el 18%. El coeficiente GINI indica una mayor desigualdad para el año 2010, a favor de los grupos con menos indígenas, nuevamente relacionado con la mayor prevalencia en el extremo contrario con mayor esperanza de vida y con la consecuente aparición de más enfermedades crónicas; comportamiento típico en estos grupos.



FOTOGRAFIA 3

CARACTERIZACION DE LA OFERTA

VIGILANCIA SANITARIA
ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA
COMPLEJIDAD DE LA RED
BOLSONES DESPROTEGIDOS
RECURSOS HUMANOS
INSUMOS SANITARIOS.

1. ¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

Considera el establecimiento, desarrollo y supervisión de los sistemas de vigilancia de los factores protectores y de riesgos para la salud y de la morbi-mortalidad poblacional, así como está relacionada con el logro de intervenciones sanitarias efectivas en el Sistema Nacional de Salud.

Los departamentos relacionados dependen de la Dirección General de Salud pública ubicada en el Nivel Operativo Ejecutivo y depende jerárquicamente del Despacho Superior.

2. ¿Qué problemas se deben vigilar?

La región de salud de Darién a través de la coordinación de Epidemiología da seguimiento semanal a las enfermedades de notificación obligatoria detalladas en la Guía Nacional de Epidemiología (82 enfermedades).

La recopilación semanal de la información de todas las instalaciones es ingresada al programa SISVIG, que son una plataforma web para el registro automatizado de los datos de vigilancia.

Adicional se hace la vigilancia de:

Casos Febriles

Casos de Diarrea

Casos de Neumonías

La región cuenta con un personal de epidemiología que trabaja en campo y se encarga de levantar el proceso de investigación de cualquier brote.

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

Fortalezas:

La excelente formación de los profesionales del Departamento, con especialización en Salud Pública y Epidemiología. Algunos de ellos con amplia experiencia en Vigilancia Epidemiológica.

La incorporación de profesionales también con especialización en la disciplina.

Debilidades:

La necesidad de capacitación del personal en el manejo de los equipos informáticos y los programas seleccionados para las bases de datos, así como en los conocimientos epidemiológicos imprescindibles para desempeñar sus funciones.

La dificultad de la coordinación entre los distintos generadores de información elaborada, sobre todo en el caso de las enfermedades no transmisibles, debido a la inaccesibilidad tecnológica característica del pobre desarrollo tecnológico.

La falta de guías operacionales por escrito que establezcan la respuesta ante la notificación de un brote o evento, en las instalaciones.

Establecimiento de mecanismos formales de coordinación desde el nivel central al regional y al local en relación a funciones y responsabilidades.

La capacidad de detección de brotes y de casos (sub registro).

Falta de capacitación para investigar brotes de los técnicos de nivel local.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

Fronteriza con Colombia y ocupa una superficie de 16,253 km², lo que la convierte en la provincia de mayor tamaño en el país, con 22.2% del total de la superficie nacional. Esta región está conformada por la Provincia de Darién con 2 Distritos: Pinogana y Chepigana, la Comarca Emberá-Wounaan y la Comarca Wargandí. En el año 2010 la población estimada de la Provincia de Darién es de 48,378 y en la Comarca Emberá 10,001 habitantes, lo que produce las dos densidades más bajas de las Provincias y comarcas del país con 3.7 y 2.1 habitantes por kilómetro² respectivamente. Esta situación deja ver la gran dispersión de la población localizada en centros poblados, pequeños y vinculados en su mayoría a los cursos de los ríos.

Cuatro provincias muestran tasas de pobreza total mayores al 50% de sus habitantes: Darién, Bocas del Toro, Coclé y Veraguas, siendo la provincia de Darién la que presenta el mayor porcentaje de pobreza total. En la provincia de Darién y la comarca Emberá Wounaan la pobreza extrema está en el 20% y el 38.3% de su población respectivamente.

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

El transporte en la provincia de Darién debido a la dispersión que existe de las comunidades se dificulta, aunado a las condiciones geográficas del área se torna difícil, la provincia es considerada como área de difícil acceso.

El distrito de Chepigana tiene acceso por vía pluvial, aérea y terrestre de la siguiente forma:

Corregimientos:

Agua Fría, Terrestre

Río Congo Arriba, Terrestre Pluvial

Río Congo, Pluvial

Santa Fe, Terrestre

Cucunatí, Terrestre

Río Iglesias, Terrestre

La Palma, Pluvial, aérea.

Setegantí, Terrestre (desde la Palma)

Camogantí Pluvial por mar, luego río.

Chepigana Terrestre (desde la Palma)

Taimatí, Pluvial, por mar

Garachine, Pluvial por mar, aéreo

Sambú, Pluvial por mar, aéreo.

Puerto Piña, Pluvial por mar, aéreo.

Jaqué, Pluvial por mar, aéreo.

Tucutí, Pluvial por mar y luego río.

El distrito de Pinogana:

Comarca Wargandi, Terrestre, Pluvial por río

Metetí, Terrestre

Yaviza, Terrestre

Pinogana, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

El Real de Santamaría, Aéreo, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río.

Púcuro, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

Paya, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

Boca de Cupe, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

Yape, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río

Distrito de Cémaco, Pluvial por Río

Distrito de Sambú, Pluvial por Mar y Río, Aéreo.

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

El costo está sujeto a los precios fluctuantes del combustible para la movilización que se da principalmente por vía pluvial. Mucho tiene que ver los costos que tiene que ver la distribución del combustible a la provincia.

COMPLEJIDAD DE LA RED

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

La región cuenta con una red de servicios pública integrada en un flujo de funciones desde las instalaciones más básicas como los puestos de salud hasta los centros maternos infantiles y hospitales. Igualmente se mantiene comunicación con los Hospitales de 2do Nivel (Hospital de Chepo y 24 de diciembre) y Tercer Nivel (Hospital Santo Tomás y Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid).

La junta técnica brinda el espacio para que la toma de decisiones y enlaces con las instituciones gubernamentales se den de manera más coordinada, en materia de sanidad, así como apoyos recíprocos con dichas instituciones (MIDES, SENADIS, SENAN, SENAFRONT, MIAMBIENTE, IDAAN, etc).

Hay cooperación constante con los estamentos de seguridad, migración y la defensoría del pueblo, principalmente en el tema de migrantes.

Hay que destacar la estrecha colaboración que existe con SENAFRONT y SENAN, tanto en apoyo administrativo logístico (apoyo recíproco en salud, de personal, ambulancias, trámites administrativos, cooperación en actividades de promoción y prevención de seguridad y salud).

Igualmente se da la participación coordinada con grupos comunitarios organizados, como los comités de salud, grupos de apoyo comunitario (Salud Comunitaria de Metetí), así como educación y dialogo educativo y tratamiento de problemáticas, a través de programas radiales y entrevistas.

2. ¿Con base a los niveles de atención como caracteriza la complejidad de las instalaciones de la red pública regional de salud tanto del MINSA como de la CSS?

Todas las instalaciones son de primer nivel de atención. No contamos con instalaciones de la CSS.

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?

Se labora en todas las instalaciones de 7 a 3, en los hospitales y centros maternos infantiles se labora adicional de 3pm a 7am para atención de urgencias, manteniendo el servicio de hospitalización.

Detallamos la categorización de estructuras abajo. Todas las instalaciones son de primer nivel de atención.

CODIGO	DENOMINACION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	LUGAR POBLADO
0501010401	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	CHEPIGANA	LA PALMA	LA PALMA
0502010501	HOSPITAL EL REAL	PINOIANA	EL REAL	EL REAL
0502070501	HOSPITAL YAVIZA (MANUEL NIETO)	PINOIANA	YAVIZA	YAVIZA
CENTROS DE SALUD CON CAMA				
0501040901	C. DE S. GARACHINE	CHEPIGANA	GARACHINE	GARACHINE
0501050901	C. DE S. JAQUE	CHEPIGANA	JAQUE	JAQUE
0501090901	C. DE S. SAMBU	CHEPIGANA	SAMBU	SAMBU
0501160901	C. DE S. SANTA FE	CHEPIGANA	SANTA FE	SANTA FE
0502020901	C. DE S. BOCA DE CUPE	PINOIANA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE
0502080901	C. DE S. METETI	PINOIANA	METETI	METETI
SUB-CENTROS DE SALUD				
0501031201	S. C. DE S. CHEPIGANA	CHEPIGANA	CHEPIGANA	CHEPIGANA
0501121201	S. C. DE S. TUCUTI	CHEPIGANA	TUCUTI	TUCUTI
0501141201	S. C. DE S. CUCUNATI	CHEPIGANA	CUCUNATI	CUCUNATI
0502041201	S. C. DE S. PINOIANA	PINOIANA	PINOIANA	PINOIANA
0501151201	S. C. DE S. PLATANILLA	CHEPIGANA	SANTA FE	PLATANILLA
1101011202	S. C. DE S. UNION CHOCOE	CEMACO	CIRILO GUAINORA	UNION CHOCOE
1101021203	S. C. DE S. LAJAS BLANCA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	LAJAS BLANCAS
0502071201	S. C. DE S. CANGLON	PINOIANA	METETI	CANGLON

COMARCA EMBERA				
1101011401	P. DE S. CAPETUIRA	CEMACO	CIRILO GUAINORA	CAPETUIRA
1101011403	P. DE S. VISTA ALEGRE	CEMACO	CIRILO GUAINORA	VISTA ALEGRE
1101021401	P. DE S. BAJO CHIQUITO	CEMACO	LAJAS BLANCAS	BAJO CHIQUITO
1101021402	P. DE S. EL SALTO	CEMACO	LAJAS BLANCAS	EL SALTO
1101021404	P. DE S. MARRAGANTI	CEMACO	LAJAS BLANCAS	MARROGANTI
1101021405	P. DE S. CANAAN	CEMACO	LAJAS BLANCAS	CANAAN
1101021406	P. DE S. PEÑA DE BIJAGUAL	CEMACO	LAJAS BLANCAS	PEÑA BIJAGUAL
1101021407	P. DE S. BELLA AMOR Y CALETA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	LA CALETA
1101031401	P. DE S. COMUN	CEMACO	MANUEL ORTEGA	COMUN
1101031402	P. DE S. COROZAL	CEMACO	MANUEL ORTEGA	COROZAL
1101031403	P. DE S. EL TIGRE	CEMACO	MANUEL ORTEGA	EL TIGRE
1101031404	P. DE S. PUNTA GRANDE	CEMACO	MANUEL ORTEGA	PUNTA GRANDE
1102011401	P. DE S. BAYAMON	SAMBU	RIO SABALO	BAYAMON
1102011402	P. DE S. BOCA DE TRAMPA	SAMBU	RIO SABALO	BOCA DE TRAMPA
1102021401	P. DE S. JINGURUDO	SAMBU	JINGURUDO	JINGURUDO
1102021402	P. DE S. PAVARANDO 1/	SAMBU	JINGURUDO	PAVARANDO

PUESTOS DE SALUD				
0501011401	P. DE S. MOGUE	CHEPIGANA	LA PALMA	MOGUE
0501011402	P. DE S. PUNTA ALEGRE	CHEPIGANA	LA PALMA	PUNTA ALEGRE
0501021401	P. DE S. CAMOGANTI	CHEPIGANA	CAMOGANTI	CAMOGANTI
0501031401	P. DE S. LA MAREA	CHEPIGANA	CHEPIGANA	LA MAREA
0501041401	P. DE S. CALLE LARGA	CHEPIGANA	GARACHINE	CALLE LARGA
0501041402	P. DE S. RIO DE JESUS	CHEPIGANA	GARACHINE	RIO DE JESUS
0501051401	P. DE S. BIROQUERA	CHEPIGANA	JAQUE	BIROQUERA
0501061401	P. DE S. PLAYA MUERTO	CHEPIGANA	PUERTO PIÑA	PLAYA DEL MUERTO
0501061402	P. DE S. PUERTO PIÑA	CHEPIGANA	PUERTO PIÑA	PUERTO PIÑA
0501071401	P. DE S. BARRIALES	CHEPIGANA	RIO CONGO	BARRIALES
0501071402	P. DE S. RESERVA	CHEPIGANA	RIO CONGO	RESERVA
0501071403	P. DE S. RIO CONGO	CHEPIGANA	RIO CONGO	RIO CONGO
0501081401	P. DE S. ARRETI	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	ARRETI
0501081402	P. DE S. RIO IGLESIAS	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	RIO IGLESIAS
0501101401	P. DE S. EL QUINTIN	CHEPIGANA	SETEGANTI	QUINTIN
0501101402	P. DE S. DE SETEGANTI	CHEPIGANA	SETEGANTI	SETEGANTI
0501111401	P. DE S. TAIMATI	CHEPIGANA	TAIMATI	TAIMATI
0501121401	P. DE S. MANENE	CHEPIGANA	TUCUTI	MANENE
0501151402	P. DE S. BUENA VISTA 1/	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	BUENA VISTA
0501131401	P. DE S. EL TIRAO	CHEPIGANA	AGUA FRIA	EL TIRAO
0501161402	P. DE S. TAMARINDO	CHEPIGANA	SANTA FE	TAMARINDO
0501161403	P. DE S. DE BOCA LARA	CHEPIGANA	SANTA FE	BOCA DE LARA
0501161404	P. DE S. DE ARIMAE	CHEPIGANA	SANTA FE	ARIMAE
0502021401	P. DE S. EL BALSAL	PINOAGANA	PUCURO	EL BASAL
0502031401	P. DE S. PAYA	PINOAGANA	PAYA	PAYA
0502051401	P. DE S. PUCURO	PINOAGANA	PUCURO	PUCURO
0502091401	P. DE S. WALA	PINOAGANA	C. KUNA DE WARGANDI	WARGANDI
0502091402	P. DE S. NURRA	PINOAGANA	C. KUNA DE WARGANDI	NURRA
0502081401	P. DE S. MORTI	PINOAGANA	METETI	METETI

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

La provincia no labora con un sistema de extensión de horario, se mantiene actividad de horas extras como turnos en horario de 3:00pm a 11:00pm y 11:00pm a 7:00am, con atención de urgencias y hospitalización, en las 3 instalaciones categorizadas como Hospitales y las 6 que son Centro Materno Infantiles, y los 8 Sub centros de Salud, excepto Chepigana.

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

La sectorización está dada por área sanitaria, en total 9, donde cada una tiene una instalación principal a saber, los 3 hospitales y los 6 centros materno infantiles. La categorización es de determinación histórica donde se construyeron estas instalaciones y atendiendo la planeación de la red pública de los servicios de salud.

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

Los equipos trabajan de manera integral según el nivel de complejidad en el que se encuentren, con servicio de salud con camas de hospitalización en hospitales y centros

de salud, y asistentes de salud en puestos de salud.

7. ¿Qué profesionales conforman el equipo básico?

Todas las instalaciones principales que conforman la red de servicios y son las regentes de las 9 áreas sanitarias, cuentan con equipo básico, con Médico General, Enfermera, Técnico de Enfermería. Se detalla abajo la distribución del personal en cada una de las instalaciones.

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

DENOMINACION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	LUGAR POBLADO	POB. DE RESP. 2010
HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	CHEPIGANA	LA PALMA	LA PALMA	10458
HOSPITAL EL REAL	PINOIANA	EL REAL	EL REAL	1327
HOSPITAL YAVIZA (MANUEL NIETO)	PINOIANA	YAVIZA	YAVIZA	5882
CENTROS DE SALUD CON C				
C. DE S. GARACHINE	CHEPIGANA	GARACHINE	GARACHINE	3546
C. DE S. JAQUE	CHEPIGANA	JAQUE	JAQUE	3299
C. DE S. SAMBU	CHEPIGANA	SAMBU	SAMBU	3083
C. DE S. SANTA FE	CHEPIGANA	SANTA FE	SANTA FE	13670
C. DE S. BOCA DE CUPE	PINOIANA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE	4504
C. DE S. METETI	PINOIANA	METETI	METETI	9748

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

La cartera de servicios va acorde a la capacidad resolutive de cada una de las instalaciones, todas de primer nivel de atención, con hospitalización en hospitales rurales y centros materno infantiles.

Los programas son todos los que brinda el Ministerio de Salud.

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 servicios?

La cartera de servicios de cada una de las instalaciones es presentada en cuadro adjunto.

El costo de los productos, no tiene un lineamiento definido y varía de instalación a instalación. Sin embargo, es importante mencionar, los esfuerzos que realiza el Ministerio de Salud, así el sistema de expediente electrónico (SEIS), está preparando un módulo de facturación, que redundará en grandes beneficios para la Región de

Salud de Darién, ya que llevamos todo el peso de la población asegurada y no asegurada.

REGION DE SALUD DE DARIEN
SERVICIOS DE SALUD QUE SE BRINDAN EN LA CONSULTA EXTERNA
SEGUN REGION Y DISTRITO
AÑO 2017

INSTITUCION	SERVICIOS DE SALUD																																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44					
TOTAL REGIONAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
CENTROS DE SALUD (MINSAL)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
HOSPITAL DE YAVIZA	X								X								X					X	X	X																									
HOSPITAL EL REAL	X								X														X	X	X																								
HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	X	X							X			X					X					X	X	X																									
C. M. I DE BOCA DE CUPE	X																						X	X	X																								
C. M. I DE GARACHINE	X																						X	X	X																								
C. M. I DE JAQUE	X								X														X	X	X																								
C. M. I DE SAMBU	X								X								X						X	X	X																								
C. M. I DE SANTA FE	X	X							X								X	X				X	X	X																									
C.M.I DE METETI	X	X							X									X	X			X	X	X																									
SUB.C.S. CHEPIGANA																																																	
SUB.C.S. DE PLATANILLA	X																						X		X																								
SUB.C.S. DE UNION CHOCO	X																									X																							
SUB.C.S. DE LAJA BLANCA	X																									X																							
SUB.C.S. CUCUNATI	X																										X																						
SUB.C.S. DE PINOGANA	X																										X																						
SUB.C.S. DE TUCUTI	X																						X		X																								
SUB.C.S. CANGLON	X																									X																							

- | | | | | |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1. MEDICINA GENERAL | 2. PEDIATRIA | 3. GINECO OBSTETRICIA | 4. DERMATOLOGIA | 5. OFTALMOLOGIA |
| 6. PSIQUIATRIA | 7. PSICOLOGIA | 8. OTORRINOLARINGOLOGIA | 9. SALUD FAMILIAR | 10. ODONTOLOGIA |
| 11. CARDIOLOGIA | 12. CIRUGIA GENERAL | 13. FISIATRIA | 14. MEDICINA INTERNA | 15. UROLOGIA |
| 16. ORTOPEDIA | 17. RADIOLOGIA | 18. LABORATORIO | 19. TRABAJO SOCIAL | 20. NUTRICION |
| 21. OPTOMETRIA | 22. ESTIMULACION PRECOZ | 23. ENFERMERIA | 24. COLPOSCOPIA | 25. SANEAMIENTO AMBIENTAL |
| 26. FARMACIA | 27. FONOAUDIOLOGIA | 28. FISIOTERAPIA | 29. MAXILOFACIAL | 30. NEUROCIRUGIA |
| 31. CIRUGIA PLASTICA | 32. GASTROENTEROLOGIA | 33. GINECOLOGIA | 34. CLINICA CRANEO FACIAL | 35. ALERGOLOGIA |
| 36. NEUROLOGIA | 37. SALUD MENTAL | 38. ENDOCRINOLOGIA | 39. NEUMOLOGIA | 40. GENETICA |
| 41. HEMATOLOGIA | 42. NEFROLOGIA | 43. NEONATOLOGIA | 44. ONCOLOGIA | 43. INFECTOLOGIA |
| 44. ANESTESIOLOGIA | 45. REUMATOLOGIA | 46. NUTROLOGIA | 47. FONIATRIA | 48. AUDIOMETRIA |

11. ¿A qué tarifa se ofrecen los servicios para el usuario asegurado y no asegurado?
A pesar de no contar con instalaciones de la CSS en la provincia, los asegurados reciben los mismos beneficios en la atención con toda la cartera de servicios brindada, sin costo. Los costos como ya se mencionó varían en todas las instalaciones y no esta normada cifra específica para los servicios brindados.
12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención? ¿Qué cada tiempo se revisan?
Los protocolos existen y se aplican conforme han sido formulados. A nivel regional no existe evidencia de que se haya realizado alguna actividad para la revisión de los mismos.
13. ¿Cómo se articula la red de servicios con la de la CSS? ¿Existe consenso firmado?
No aplica pues no existen instalaciones de la Seguridad Social que brinden servicios de salud en la provincia.
14. ¿Cómo se articula la red formal de servicios de salud con la red informal?
Solamente existen en la provincia instalaciones formales del Ministerio de Salud. De manera informal se presenta la opción a la población de la medicina tradicional, llevada por médicos tradicionales indígenas, incluso reconocidos en sus comunidades y curanderos en la provincia. La medicina alternativa está teniendo presencia en los últimos años ofreciendo servicios de medicina naturista.
15. ¿Cómo se articula la red formal pública y la privada?
No existen instalaciones de salud privadas. Recientemente con vigencia menor a un año se creó en la comunidad de Santa Fe y Metetí, una clínica popular privada que ofrece servicios básicos de medicina general, ginecología y odontología.
16. ¿El sistema de referencia contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias?
El SURCO, si considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones, pues detalla el nivel de complejidad ofertado en el momento que justifica el traslado de la responsabilidad de salud de un paciente en un momento dado.
17. ¿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?
El flujo se da en cada instalación, basándose en los niveles de complejidad de las mismas.

Puestos de Salud, es manejado por un asistente, quien realiza todas las actividades de promoción y atención que en el marco de la ley le son permitidas, igualmente maneja primeros auxilios de pacientes en urgencias y refiere a instalaciones de mayor resolución (Hospitales de la Provincia y Centro Materno Infantil que sea responsable en su área sanitaria).

Sub Centros de Salud, son manejados principalmente por auxiliares de enfermería y/o enfermeras, quienes llevan las actividades de promoción y prevención, así como primeros auxilios en casos de urgencias, derivando a Instalaciones de mayor resolución (Hospitales y Centros Materno Infantiles).

En la actualidad contamos con servicio de Medicina General y Urgencias con atención de 24 horas al día en los sub centros de:

Platanilla (2 médicos Generales)

Cucunatí (1 Médico General, con rotación de Médicos Generales del CMI de Santa Fé)

Canglón (Rotación de Médicos Generales del CMI de Metetí)

Unión Chocoe (2 médicos generales)

Lajas Blancas (1 Médico General y Rotación de Médicos generales del CMI de Metetí)

Tucutí (2 Médicos General)

En todos estos casos derivan sus pacientes a Hospitales o Centros Materno Infantiles. El Sub centro de Platanilla por su localización geográfica refiere directamente a la Instalación de Segundo Nivel de Chepo.

Centros Materno Infantiles y Hospitales.

Contamos con 3 Hospitales y 6 Centros Materno Infantiles que se manejan con un Servicio Formal de Estadística que deriva el paciente a un área de Filtro, donde son derivados al servicio que solicita o requiere el Paciente.

Estos Hospitales (San José de La Palma, Manuel Nieto y El Real de Santamaría) y los Centros Materno Infantiles (Metetí, Santa Fe, Garachine, Jaque, Sambú, Boca de Cupe) refieren a las instalaciones de mayor resolución que se encuentran en Chepo (Hospital de la CSS) y Panamá (Hospital Santo Tomás/ Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid).

El Hospital de la Palma cuenta con las especialidades de Pediatría, Cirugía General y medicina Interna, por lo que internamente se da esta derivación en casos específicos desde Medicina General. Situación similar sucede en el CMI de Santa Fe con el servicio de Pediatría.

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

El sistema de SURCO se utiliza por los médicos generales y especialistas para derivar pacientes a centros con servicios de mayor capacidad resolutive. Generalmente se deriva asignando la especialidad necesitada, en caso de urgencias y según la misma al Hospital de Segundo Nivel de Chepo y de Tercer Nivel en Panamá (Hospital Santo Tomás/ Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid).

Igualmente se refieren casos no urgentes pero que requieren evaluaciones de mayor especialización con designación de la especialidad, poco se ve en este caso derivación a una instalación específica.

La principal debilidad es que menos del 1% de las referencias tienen su contra referencia.

19. ¿Se utiliza el SURCO? ¿Conoce la base legal?

Si se utiliza desde su implementación en el sistema nacional.

SURCO es considerado mediante el resuelto ministerial N° 422 del 9 de diciembre de 2003, como el único que regula a nivel nacional para instalaciones del MINSA y de la CSS, las referencias y contrarreferencias otorgadas a los usuarios de los servicios de salud del país.

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

La principal dificultad consiste en la recepción en la instalación de origen de una contra referencia, menos del 1 por ciento de esta documentación se recibe, por causas como:

No se elabora el documento al egreso de los pacientes.

Los pacientes no la entregan a la instalación de origen.

21. ¿Cuáles son las necesidades de mejoras a la estructura física? ¿Las instalaciones de

salud cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad?

En la actualidad se está haciendo un levantamiento de plan de mejoras de estructuras, las mismas no han sido evaluadas en los últimos 5 años, debido a la ausencia de un personal del departamento de infraestructura asignado a la provincia.

La asignación se hizo al Arquitecto James Araúz de la DIS.

Todas las instalaciones principales cuentan con una rampa para entrada de discapacitados. Sin embargo, no están dotados de otras estructuras como barras de seguridad y protección en las instalaciones, baños, etc.

22. ¿Existen en su región los centros Reintegra?

Tenemos un centro Reintegra con una estructura de 4 años, ubicada en los predios del Centro Materno Infantil de Metetí. Cuenta con una Técnica en Fisioterapia.

23. ¿Se tienen actualizados los censos de población de discapacitados?

Los datos estadísticos oficiales corresponden al censo de 2010:

Provincias y comarcas indígenas	Total	Tipo de discapacidad						
		Ceguera	Sordera	Retraso mental	Parálisis cerebral	Deficiencia física	Problemas mentales	Otro
TOTAL	97,165	21,377	15,191	15,518	3,720	29,280	8,168	3,911
Panamá.....	41,536	9,402	6,505	6,177	1,678	11,973	3,640	2,161
Chiriquí.....	14,663	3,543	2,252	2,357	517	4,349	1,156	489
Coclé.....	8,319	1,778	1,198	1,444	315	2,695	633	256
Veraguas.....	8,133	1,383	1,258	1,566	321	2,769	601	235
Herrera.....	4,980	960	732	852	217	1,748	375	96
Colón.....	4,505	891	671	847	220	1,235	401	240
Los Santos.....	4,193	682	529	706	199	1,439	448	190
Ngöbe Bugle....	4,147	942	957	539	83	1,190	386	50
Bocas del Toro..	3,425	777	557	606	99	961	281	144
Darién.....	2,165	693	341	310	49	584	157	31
Kuna Yala.....	597	169	101	59	11	186	57	14
Emberá.....	502	157	90	55	11	151	33	5

24. ¿Cómo se está fortaleciendo los sistemas de referencia y contrareferencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así ¿cómo? ¿A qué modelo de atención responden?

No hay datos que sugieren un fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia, dentro de la región no existe una comisión evaluadora ni de monitoreo o seguimiento a nivel regional, ni en los niveles locales.

25. CUADRO 9. CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

SECTOR PUBLICO	Nº de Centros	Nº Centros x 1000 habitantes	Nº de Camas	Nº de Camas por 1000 hab
HOSPITALES				
Alta Complejidad				
Mediana (especialidades básicas)	1	0.015	25	0.388
Baja (Medicina General)	2	0.031	43	0.667
Total Hospitales	3	0.046	68	1.055
Centros Ambulatorios				
Centros con especialidades	1	0.015	23	0.357
Centros de nivel primario con medicina General	13	0.186	65	1.001
Centros de nivel primario con personal residente no profesional				
Total de Centros Ambulatorios		0.201		1.358

La región de salud de Darién no cuenta con instalaciones que laboren en el sector privado. Solo 2 clínicas populares en Santa Fé y Metetí, que ofrecen servicios de Medicina General, Odontología y algunas especialidades de forma intermitente.

El Hospital San José de La Palma, cuenta con tres especialidades básicas (Cirugía, Pediatría) y Medicina Interna (funcionario de la CSS)

La denominación de Hospitales es histórica, funcionan como centros con cama de hospitalización.

Dentro de los centros ambulatorios con medicina general esta:

Puesto de Salud de Río Iglesias, Barriales.

Sub Centro de Platanilla, Tucutí, Cucunatí, Canglón, Lajas Blancas, Unión Chocoe.

Se está presentando un documento desde el año 2013 para su elevación a centros de

salud.

RECURSOS HUMANOS

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

El manejo de los nombramientos sigue siendo centralizado, la asignación de plazas es una decisión central.

El departamento de recursos humanos se encarga del reclutamiento de perfiles técnicos, aunque en muchas ocasiones los nombramientos, principalmente administrativos se dan de manera directa, atribuidos a decisiones políticas o centrales.

2. ¿Cómo se capacitan los recursos que sirven en la red informal de salud? (parteras, curadores y otros) ¿quién ejecuta esta actividad y quién la supervisa?

Los curadores o curanderos son tradicionales y no ha conocimiento de que se de algún tipo de capacitación de los mismos.

Las parteras son capacitadas por la Región de Salud de Darién, dichas actividades se han fortalecido en el último año con la Estrategia de Fortalecimiento de coberturas y la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015.

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

El personal en la región de salud de Darién labora en horario de 20 días por 10 libres (médicos y técnicos) y 20 días por 8 libres (departamento de enfermería), el departamento administrativo labora 5 días a la semana. Los servicios son de atención primaria ambulatoria con algunas instalaciones con camas de hospitalización. La asignación de horas administrativas, visitas comunitarias, giras, son programadas desde el nivel local y/o regional respondiendo a las necesidades de la población.

Dada la dificultad de acceso a horas de capacitación por la distancia de la provincia, difícilmente hay actividades de docencia, esto obliga a que el personal utilice en muchas ocasiones su tiempo para asistir a capacitaciones fuera de la provincia.

La dirección regional también coordina la participación del personal en actividades fuera de la provincia, delegando la responsabilidad en los departamentos que estén involucrados para la coordinación.

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

Los análisis de situación de salud son herramientas claves que orientan claramente la dirección y toma de decisiones del sistema regional y su funcionamiento. Anualmente se realizan reuniones de análisis de programas de salud y sus tendencias.

Desde el nivel central se dan las directrices a los niveles regionales y estos a los locales para la toma de decisiones y/o participación en actividades prioritarias de salud.

Se observa en muchas ocasiones la ejecución de actividades externas en nuestra provincia sin la anuencia de los niveles regionales y que cuentan con el aval del nivel central.

5. ¿Cómo se determinan los costos de la atención sanitaria? ¿Cuáles son las actividades con mayor peso en la definición de estos costos?

Los costos no están amparados por un documento administrativo, y son manejados de manera particular por cada una de las unidades locales, a través de comités de salud, donde aplica, y recolección de fondos en hospitales que son depositados en una cuenta bancaria de la región de salud de Darién.

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

No hay un sistema formal que contemple costos reales.

7. ¿Los costos estimados se utilizan en el proceso de compensación de costo pactado con la CSS?

No se da el proceso de compensación de costos con la CSS.

8. ¿Existen en su región entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo de salud?

La Universidad de Panamá con su Centro Regional Universitario prepara en pre grado, Técnicos de Enfermería ofreciendo la carrera completa. La Carrera de Licenciatura en Enfermería, es ofrecida de manera parcial, brindando a la fecha los dos primeros años.

Recientemente se abrió la carrera de Licenciatura en Registros Médicos.

9. Incorpora 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?)

Formalmente no se ha presentado ningún estudio en la región de salud sobre este tema, estamos en un proceso de investigación sobre las bases en las que se fundamentó la apertura de carreras de salud en la provincia.

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

Los ingresos del personal se dan por el Ministerio de Salud, según la categoría por años de servicio en que se encuentra cada uno del personal, y cumpliendo con acuerdos gubernamentales y de gremios.

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

No aplica.

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

A través de los proyectos de BID-MINSA- UGSAF, se da atención extramuros a las poblaciones vulnerables, con cartera de servicios específica, y rendición de cuentas con objetivos y metas a cumplir, con empresas contratadas (OE, Salud de Todos) y un grupo administrado por la región de Darién (FORIS), que en el año 2018 pasará a planilla permanente de la región de salud de Darién.

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

CUADRO 10. MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIOS E INCIDENCIAS EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

1990-1994 Políticas y Estrategias de Salud	1995-1999 Políticas y Estrategias de Salud	DE SALUD 2000 2004 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS MINISTERIO DE SALUD - PANAMA	2005 - 2009 Políticas y Estrategias de Salud	REPÚBLICA DE PANAMÁ MINISTERIO DE SALUD POLÍTICA NACIONAL DE SALUD Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS 2010-2015	
Regulación	2	1	1	0	1
Conducción	3	0	1	1	1
FESP	31	7	15	8	7
Provisión	3	2	3	2	2
Financiamiento	1	1	2	0	1
Aseguramiento	0	0	0	0	0 (1 OE)

CUADRO 11. RECURSO HUMANO BASICO EN LA RED DE ATENCION

	MEDICOS GENERALES	CSS	MEDICOS ESPECIALISTA S	CSS	ODONTOLOGO	CSS	ENFERMERIA	CSS	TECNICOS DE ENFERMERIA	CSS	TECNOLOGO MEDICO	CSS	ASISTENTE DE LABORATORIO	ASISTENTE DE ODONTOLOGIA	TECNICO DE RADIOLOGIA	FARMACE UTICOS	ASISTENTE S DE FARMACIA	MEDICO VETERINARI O	REGES	ASISTENTE S DE SALUD	SANEAMIENTO AMBIENTAL	PROMOTORES	NUTRICIO NISTA	TRABAJO SOCIAL	ADMINISTRATIVOS
HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	5		2	1	1		5	1	5			1		1	1	1	1		1	9	1	7			16
HOSPITAL MANUEL NIETO DE YAVIZA	3				1		3	1	1	1		1				1	1		2	10	1	5			11
HOSPITAL EL REAL DE SANTAMARIA	2					1	2		2								1		1		1	2			4
CMI SANTA FE	8	1	1		2		6	1	6	2	2		1	1		1	1		2	7	1	4	1	1	10
CMI METETI	5	1	1		1		8		6				1			1	3	3	3	3	2	3	1		14
CMI SAMBU	2				1		3		3		1						1		1	3		6			9
CMI GARACHINE	2						1	1	4								1		1	4	1				4
CMI JAQUE	2	1			1		4		2	2							1		1	2					2
CMI BOCA DE CUPE	4						3		3	1							1		1	6	1	2			4
OFICINA REGIONAL	1															2					1				17
346	34	3	4	1	7	1	35	4	32	6	3	2	2	2	1	6	11	3	13	44	9	29	2	1	91

Del cuadro anterior, es evidente que la proporción de recurso humano requerida para 10,000 habitantes, recomendada por la Organización Mundial de la Salud, dista de la cantidad que actualmente se encuentra en la Región de Salud de Darién. La misma cuenta con 17.25 colaboradores por cada 10,000 habitantes.

LOS INSUMOS SANITARIOS

1. ¿Cuál es el número de farmacias funcionando? ¿cuántas son farmacias comunitarias?
¿Quién y cómo se administran éstas últimas?

La región cuenta con 17 farmacias ubicadas en cada una de las 9 instalaciones principales de las áreas sanitarias. (3 hospitales y 6 centros materno infantiles) y en el resto de instalaciones que cuentan con servicio de medicina general.

Adicional se cuenta con farmacia en subcentros y puestos de salud a saber:

El Hospital San José de La Palma, Hospital Manuel Nieto de Yaviza y Hospital El Real de Santamaría en el Real.

Centro Maternos Infantiles: Jaqué, Garachine, Santa Fe, Metetí, Boca de Cupe, Sambú.

Puesto de Salud de Río Iglesias, Barriales.

Sub Centro de Platanilla, Tucutí, Cucunatí, Canglón, Lajas Blancas, Unión Chocoe.

2. ¿Conoce la existencia de la política de medicamentos de 2009?

El Ministerio de Salud emitió, la Resolución 632 del 30 de junio de 2009, "Por la cual se adopta la Política Nacional de Medicamentos", fundamentada en siete componentes básicos: el acceso a los medicamentos, calidad, eficacia y vigilancia de la seguridad de los medicamentos, uso racional de los medicamentos, investigación, recursos humanos, propiedad intelectual, monitoreo y evaluación del desarrollo de la política nacional de medicamentos.

La política establece lineamientos y estrategias para fortalecer el acceso, uso racional de medicamentos, favorece el desarrollo de los servicios farmacéuticos como la estrategia de mejoramiento continuo del espacio en lo que más frecuentemente se utilizan, favorecer la disponibilidad de medicamentos esenciales, racionalizar el gasto farmacéutico, favorecer el acceso económico y geográfico del medicamento y fortalecer la gestión del suministro, así como a reforzar el sistema de vigilancia y control de la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos.

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

Es creada a través de la resolución 203 del 20 de abril de 2010.

La Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) está conformada por profesionales de la salud de reconocida competencia profesional en la gestión del medicamento, de las siguientes instituciones de salud, comisiones institucionales y organismos colegiados, con derecho a voz y voto:

1. El Director Nacional de Farmacia y Drogas, en representación del Ministerio de Salud, quien preside y coordina.
2. Dirección de Provisión de Servicios de Salud, quien funge el cargo de Secretario Ejecutivo de la Comisión.
3. El Director General de Salud.
4. Un representante de la Comisión de Medicamentos de la Caja de Seguro Social.
5. Un representante de la Comisión de Medicamentos del Hospital Santo Tomás.
6. Un representante de la Comisión de Medicamentos de Instituto Oncológico Nacional.
7. Un representante de la Comisión de Medicamentos del Hospital del Niño.
8. El Director Médico del Instituto Nacional de Salud Mental.
9. Un representante del Colegio Nacional de Farmacéuticos.
10. Un representante del Colegio Médico de Panamá.

Las principales funciones de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP)

son:

1. La elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales (LME) los cuales serán seleccionados según el perfil epidemiológico del país, las morbilidades más prevalentes y en base a su evidencia científica. Esta servirá de referencia para la producción farmacéutica, el desarrollo científico y tecnológico, la capacitación del recurso humano en salud. Este listado será actualizado cada dos (2) años y tendrá una amplia difusión. Actualmente este listado ya está finalizado.
2. La elaboración de la lista nacional de medicamentos especializados de alto costo y difícil adquisición en base a criterios establecidos.
3. La elaboración del Formulario Nacional de Medicamentos.
4. Elaboración y validación de guías y protocolos de tratamiento.
5. La revisión periódica de los listados de medicamentos para su inclusión y/o

exclusión.

6. La revisión periódica del formulario nacional de medicamentos, guías y los protocolos de tratamiento.

7. Desarrollo, implementación y normativa de las farmacias comunitarias en los centros de atención primaria de salud,

Para favorecer el acceso, asequibilidad y uso racional de medicamentos por toda la población.

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

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

Existe un cuadernillo que envía el nivel central para la solicitud de insumos cada año, que es la que se utiliza en la región y básicamente es para la atención de la red primaria.

6. ¿Cuál es el número de renglones de medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio, odontología, imagenología incluidos? ¿quiénes lo utilizan?

Renglones de Medicamentos 289

Renglones de Médico quirúrgico 234

Renglones de Laboratorio 125, son utilizados por las instalaciones con laboratorio.

Renglones de Odontología 152

Renglones de Imagenología 13 Renglones

En Darién estos renglones lo utilizan todas las instalaciones que tengan médico en el caso de medicamentos porque nuestras instalaciones realmente no se ubican en las categorías según nivel de atención que nos han dado porque aunque sean sub-centros si hay médico, hospitalizan la única excepción son los narcóticos o medicamentos de control que sólo se dan donde hay personal de farmacia para que los médicos de sub-centros hagan las recetas y los retiren de instalaciones con personal de farmacia , a los puestos de salud se les despachan las instalaciones principales que deben basarse en el listado según su nivel de atención que equivales a botiquines de pueblo

7. ¿conoce y utiliza la herramienta LSS/suma para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio, odontología, imagenología en su almacén regional, hospital regional o instalaciones de mayor capacidad resolutive?
Se tiene conocimiento de la herramienta, LSS /suma, solo el almacén de farmacia es que maneja los insumos de laboratorio con esta herramienta
8. Se utilizan los informes gerenciales y transaccionales que general el LSS /suma, para la toma de decisiones gerenciales oportunas?
Solo el departamento de farmacia. Sí se utilizan los informes de lss/suma para toma de decisiones, incluso es la única herramienta con ventajas con la que contamos
9. ¿Existen esquemas de distribución y subvención para facilitar el acceso a los medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio, odontología, imagenología por grupo poblacional o por patologías?
No tenemos conocimiento de la existencia.
10. ¿se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos?
En laboratorio solamente el centro de santa fe está realizando esta actividad, el resto está por implementarse. Farmacia es el otro departamento en donde si funciona.
11. ¿están conformados los comités regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?
No están conformados.
12. ¿existen y se aplican protocolos de tratamiento estandarizado para las patologías prevalentes en las instituciones?
Los protocolos existen, pero no hay evidencia de que se cumplan cabalmente o haya un sistema de monitoreo que permita verificar que los mismos son cumplidos. Las auditorias de expedientes redientes demuestran que al menos en las enfermedades diarreicas y de infecciones de vías respiratorias no se lleva a cabo el cumplimiento de protocolos.
13. Qué porcentaje de las farmacias privadas cuenta 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?
Existen 4 farmacias (1 en La Palma, 2 en Metetí y 1 en Santa Fé)
14. ¿qué porcentaje de las farmacias de la red pública de servicios de salud cuentan con

un farmacéutico. ¿En que horario del servicio se concentran estos profesionales? ¿quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?

Son 4 farmacéuticos. Laboran en horario de 7am a 3pm con turnos hasta las 9pm cada día.

15. ¿cuál es el número anual de donaciones de sangre?

La región de salud no cuenta con este servicio.

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

Funcionando con tecnólogos 4 laboratorios clínicos y uno se realiza correo de muestra en total 5 laboratorios

17. ¿existe un laboratorio de referencia definido? ¿qué criterios se aplicaron para su selección?

No

18. ¿son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? ¿con qué criterios se definen esas tarifas? ¿existen margen de ganancia para las instalaciones de salud?

No, cada instalación maneja sus tarifas, si hay margen de ganancia.

19. ¿existe un laboratorio definido para citología?

No existe formalmente en Darién este servicio, pero las muestras son leídas en Panamá, en el Policentro de Juan Díaz, aunque el volumen es grande y trae retrasos en la entrega, debido a que ese personal igualmente colabora con otras áreas del país.

20. ¿cómo se prioriza la adquisición de medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio, odontología, imagenología?

Se hace según necesidades de los servicios en las instalaciones. Según las existencias de insumos en un momento dado y si se cuenta con el recurso con que se cuenta (el objeto de gasto 274 que es la de laboratorio está centralizada así que cada año se hace un presupuesto y el nivel central determina que monto va asignar al laboratorio.

En general se prioriza en aquellos renglones que no han llegado de las entregas de las compras centralizadas del MINSA. Puedo hablar por medicamentos, se prioriza por los medicamentos inyectables (sobre todo los de urgencias y antibióticos para uso hospitalario).



BIENVENIDOS A DARIÉN

FOTOGRAFIA 4

SATISFACCION DEL USUARIO

LISTA DE ESPERA

HORARIOS DE SERVICIOS

MECANISMOS PARA LA MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

CONTROL DE CALIDAD

SATISFACCION DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

1. Mora quirúrgica y hasta cuando se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgico. Mecanismos de registro y control de la mora quirúrgica.

La Región de Salud cuenta con dos salones de operaciones en el Hospital San José de La Palma, y un cirujano, no contamos con anestesiólogo. Las actividades quirúrgicas se limitan a la realización de pequeñas jornadas de procedimientos como salpingectomía y herniorrafias no complicadas. No se cuenta con un listado de mora quirúrgica de manera formal, y las actividades se van realizando según demanda y programación de corto plazo. Cuando se realizan las operaciones se hacen con la asistencia de un médico general con el uso de KETAMINA.

2. Servicios, programas o actividades donde se concentra el mayor número de usuarios en espera por la atención demandada.

La atención se resuelve según demanda espontánea en todos los servicios.

3. Registro del rechazo de pacientes.

No se dan rechazo de pacientes en ningún servicio, el servicio de laboratorio está determinado por cupos que se dan diariamente, y se puede dar un rechazo solo por exceso de cupos, postergando la atención al día siguiente a lo máximo.

4. Distritos donde existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención.

La provincia tiene cuatro distritos, dos de los cuales son indígenas, en todos contamos con instalaciones de salud con equipo básico al menos, la demanda es satisfecha generalmente para todos los servicios de la cartera y se da por demanda espontánea.

5. Mecanismos para otorgar citas de medicina general y especializada.

Todas las consultas se dan por demanda espontánea y organizada por cupos diarios.
No existe centro de llamadas, ni se utilizan redes sociales para ello.

HORARIO DE SERVICIOS

1. ¿Horario en que se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud)

Contamos con tres instalaciones con categorización histórica de Hospital y 6 instalaciones que son centros materno infantiles.

Todos trabajan en horario de 7:00am a 3:00pm. De lunes a viernes.

2. Satisfacción del usuario con los horarios.

No se ha realizado ningún estudio o encuesta de satisfacción en ninguna instalación que evidencie objetivamente la satisfacción de los horarios, pero tampoco hay denuncias relacionadas.

3. Propuesta de modificación de horarios ya sea para prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones.

Se consideró informalmente en la gestión regional anterior ofrecer una extensión de horario en algunas instalaciones, sin embargo, nunca se plasmó de manera formal. Las instalaciones laboran 24 horas al día por lo que la demanda generalmente es satisfecha a través del horario de urgencias en medicina general. El resto de los servicios se satisfacen en el día posterior a la solicitud del mismo.

4. Servicios que se brindan en los horarios ampliados. Limitantes en la implementación de los servicios de horario ampliado.

La región de salud no ha utilizado nunca esta estrategia laboral.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

1. Encuestas de satisfacción de usuarios.

No se realizan este tipo de encuestas. Existen buzones de sugerencias que en cierto sentido evidencian el nivel de satisfacción de los usuarios.

2. Establecimientos con aplicación periódica de estudios o encuestas de satisfacción del usuario, buzón de sugerencias, centro de llamadas.

CARACTERISTICA	PORCENTAJE
ENCUESTAS DE SATISFACCION	0
BUZON DE SUGERENCIAS	100
CENTRO DE LLAMADAS	0

3. Uso de los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario para la toma de decisiones.

No aplica.

4. Auditorías sociales en la Región de Salud de Darién

El proceso de auditorías sociales forma parte de la evaluación de la estrategia de extensión de coberturas, y su aplicación está definida en el reglamento operativo del mismo. No se realizan auditorías sociales para evaluación de las instalaciones como parte de actividades institucionales.

El inicio de la etapa de la estrategia que implica su funcionamiento en las instalaciones (red fija), marca el inicio de la medición de la satisfacción de usuario a través de las auditorías sociales en estas instalaciones.

5. Utilización de los resultados de las auditorías

Los resultados de las auditorías sociales son consolidados y presentados en reuniones bi anuales, que son organizadas por el Ministerio de Salud, a través de la dirección general de salud.

6. Programa de humanización

Creado a través del despacho de la primera dama y el ministerio de salud.

Bajo el decreto N°41 del 2 de febrero de 2010, se creó este programa con el fin de brindar acompañamiento humanizado y espiritual dentro de un proceso estructurado y coherente para intervenir en los contextos de salud de manera que produzcan cambios de actitud de la persona de salud y administrativos de acuerdo a las necesidades del enfermo y los familiares. El programa está adscrito al departamento de monitoreo y evaluación de la dirección de provisión de los servicios de salud que coordina y evalúa y da seguimiento con colaboración del despacho de la primera dama.

El ministerio está trabajando en un programa que se denomina Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo que trata de retomar la razón de ser de la medicina que es el cuidar a la persona sufriente y que la jornada tiene dos vías: Humanización y de los Cuidados Paliativos.

Esto busca reconocer el derecho de todo enfermo de ser atendido con dignidad, lo que no se pierde por una enfermedad o padecimientos terminales. Con esto se busca rescatar los valores y principios a través del acompañamiento humano y espiritual y los cuidados paliativos.

7. Se aplican en algunos de sus hospitales

No está siendo aplicado en la provincia.

8. Demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio. Ejemplos: urgencias, consulta externa, hospitalización, rehabilitación, y otros.

No existe demanda insatisfecha de los servicios, nuestras instalaciones laboran 24 horas al día 7 días a la semana, y con un porcentaje de rotación de camas en hospitalización es bajo (12.9%)

CONTROL DE CALIDAD

1. Auditorías de expedientes, auditorías médicas y administrativas.

El Ministerio de Salud a través de la dirección de provisión de servicios realiza anualmente la auditoría de expedientes, que se realiza en las 9 instalaciones principales con formularios enfocados en la atención de los protocolos normados en los diferentes programas.

Anualmente también se realizan auditorías internas del ministerio en el ramo administrativo para evaluar la realización adecuada y transparente de los procesos de la gestión.

La oficina de fiscalización de la Contraloría General, en Darién, hace regularmente auditorías en el manejo de Cajas Menudas de las instalaciones que manejan esta.

2. Implementación de los programas de calidad.

No hay evidencia de que en este momento se esté dando de manera interna alguna actividad relacionada al control de calidad regional.

Como se mencionó anteriormente se dan las auditorías, pero hasta este año se tuvo conocimiento de los resultados y se establecieron recomendaciones.

Auditoría interna y la oficina de Fiscalización de la Contraloría, también da informes y recomendaciones para la mejora de la gestión administrativa.

Técnicamente existen formularios para informar sobre fallas terapéuticas o de equipos o insumos, sin embargo, su monitoreo no se da de manera regular.

3. Observatorio de calidad que está en la página web del MINSA

No se conoce la herramienta, por lo que se dispone a través de la coordinación de Planificación adquirir el conocimiento y evaluar su uso en la Región.

4. Desarrollo de programas de mejoramiento de la calidad de los servicios.

No se están desarrollando estos programas a parte de lo ya mencionado (pregunta 1 del apartado)

5. Instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos.

Queda plasmado el compromiso de la Región de Salud de la evaluación del Observatorio de Calidad.

6. Establecimiento de mecanismos específicos para la canalización de reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector.

A nivel Regional se reciben las quejas, denuncias y recomendaciones que son hechas a través del número telefónico 311 (Centro de atención ciudadana), y las mismas son manejadas por el Director Regional o en su defecto a quien designe para esto.

A nivel local, se reciben las quejas, denuncias o recomendaciones a través de los buzones de sugerencias o por interrelación directa con los gerentes locales, quienes se encargan de la resolución según los niveles de complejidad de los mismos, utilizando sus facultades locales, delegando en funcionarios de la instalación o derivando al nivel regional.



FOTOGRAFIA 5

ACTORES Y RED SOCIAL

COMITES, ONGS, CLUBES CIVICOS, IGLESIAS
GRUPOS ORGANIZADOS DE TRABAJADORES
OTROS

1. Organización de la población para apoyar la gestión y oferta de servicios de salud

Organización De La Población Para Apoyar La Gestión Y Oferta De Servicios De Salud

La población se organiza a través de diversos grupos comunitarios para apoyar la gestión de salud, tales como:

- Comités de Salud
- JAAR's
- Grupos de las Iglesias
- ONG (FUNDACION PRO NIÑOS DE DARIEN)
- Clubes cívicos (Rotarios, Kiwanis, Club 20-30, Leones)

2. Inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud

Organizaciones Comunitarias Que Apoyan Las Acciones De Salud (Comités De Salud, Juntas De Agua, Iglesias, ONG's, Clubes Cívicos, Otros)

- Comités de Salud:
- Juntas Administradoras de Agua:
- Clubes cívicos:
- Iglesias Católicas, metodista, Evangélica y adventista:
- ONG

Se presenta a continuación el listado de Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, actualmente organizadas en la Provincia:

ACUEDUCTOS RURALES EN DARIEN

ACUEDUCTO	AÑO DE CONSTRUCCION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACION BENEFICIARIA	NUEVO/MEJORA	SISTEMA ORGANIZACIONAL (JAAR) PERSONERIA JURIDICA	TIPO DE CLORINADOR		TANQUE DE ALMACENAMIENTO	RED DE DISTRIBUCION FUNCIONAN
								LINEA	CARGA CONSTANTE		
115					41424		75	25	6	114	114
1	1976	CHEPIGANA	LA PALMA	NUEVO PARITILLA	114			1		1	1
1	1977	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	RIO IGLESIAS	341			1		1	1
1	1978	CHEPIGANA	RIO CONGO	RIO CONGO	155			1			1
1	1980	CHEPIGANA	LA PALMA	SETEGANTI	344		1			1	1
1	1980	CHEPIGANA	CAMOGANTI	CAMOGANTI	210		1			1	1
1	1982	CHEPIGANA	SANTA FE	SANTA FE	2814	MEJORA	1			1	1
1	1982	CHEPIGANA	SANTA FE	LA CANTERA	104			1		1	1
1	1981	CHEPIGANA	LA PALMA	QUINTIN	180		1			1	1
1	1992	CHEPIGANA	LA PALMA	CUCUNATI	758		1			1	1
1	1992	CHEPIGANA	TUCUTI	MANENE	554			1		1	1
		CHEPIGANA	TUCUTI	GALILEA							
		CHEPIGANA	TUCUTI	LLANO BONITO							
1	1993	CHEPIGANA	LA PALMA	PUNTA ALEGRE	605			1		1	1
1	1993	CHEPIGANA	RIO CONGO	LA RESERVA	162			1		1	1
1	1994	CHEPIGANA	LA PALMA	MOGUE	396			1		1	1
1	1994	CHEPIGANA	CHEPIGANA	LA MAREA	98			1		1	1
1	1996	CHEPIGANA	TUCUTI	CHULETI	82		1			1	1
1	1998	CHEPIGANA	TUCUTI	PUEBLO NUEVO	52		1			1	1
1	1980	CHEPIGANA	SANTA FE	UEBRADA HOND	452	MEJORA	1			1	1
1	1982	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	ARRETI	199	MEJORA	1			1	1
1	1984	CHEPIGANA	SANTA FE	BOCA DE LARA	333		1			1	1
1	1985	CHEPIGANA	SANTA FE	ARIMAE	425	MEJORA	1			1	1
1	1985	CHEPIGANA	SANTA FE	PUEBLO NUEVO	254	MEJORA	1			1	1
1	1985	CHEPIGANA	SANTA FE	ZAPALLAL	840	MEJORA	1			1	1
1	1990	CHEPIGANA	SANTA FE	LA LOMITA	152	MEJORA	1	1		1	1
1	1990	CHEPIGANA	SANTA FE	GUAYABILLO	103					1	1
1	1992	CHEPIGANA	SANTA FE	ALTO DE CRISTO	390	MEJORA	1	1		1	1
1	1992	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIB	ARENA	224					1	1
1	1993	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIB	PLATANILLA	214					1	1
1	1993	CHEPIGANA	SANTA FE	RIO ROMAN	86		1			1	1
1	1994	CHEPIGANA	SANTA FE	TAMARINDO	422					1	1
		CHEPIGANA	SANTA FE	ZIMBA							
1	1994	CHEPIGANA	SANTA FE	UEBRADA MUERT	114					1	1
1	1994	CHEPIGANA	SANTA FE	PUERTO CANTERA	143					1	1
1	1997	CHEPIGANA	SANTA FE	AGUA FRIA 2	1120			1		1	1
		CHEPIGANA	SANTA FE	EL TIRAO							
		CHEPIGANA	SANTA FE	EL TIRAO CHOCO							
1	1992	CHEPIGANA	JAQUE	BIROQUERA	280					1	1
1	1992	CHEPIGANA	JAQUE	PUERTO PIÑA	406					1	1
1	1993	CHEPIGANA	JAQUE	LUCAS	151		1			1	1
1	1993	SAMBU	JINGURUDO	CHURUCO	77				1	1	1
1	1993	CHEPIGANA	SANTA DFE	SANTA MARTA	72					1	1
1	1993	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIB	VALLE RICO	127					1	1
1	1994	SAMBU	SAMBU	LA CHUNGA	248					1	1

1	1995	CHEPIGANA	JAQUE	EL COCO	230				1	1	
1	1996	CHEPIGANA	JAQUE	EL MAMEY	101				1	1	
1	1997	SAMBU	SAMBU	SAMBU	2790	1			1	1	
		SAMBU	SAMBU	RIO DE JESUS							
		SAMBU	SAMBU	LA COLONIA							
		SAMBU	SAMBU	BAYAMON							
		SAMBU	SAMBU	PUERTO INDIO							
		SAMBU	SAMBU	ATALAYA							
		SAMBU	SAMBU	CELODIO							
1	1998	SAMBU	JINGURUDO	JINGURUDO	185		1	1	1	1	
1	1998	SAMBU	RIO SABALO	BOCA DE TRAMPA	197				1	1	
		SAMBU		RIO TIGRE							
1	1999	SAMBU	JINGURUDO	CONDOTO	108				1	1	
1	1972	CHEPIGANA	TAIMATI	TAIMATI	485		1		1	1	
1	1972	PINOAGANA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE	1423		1		1	1	
1	1974	PINOAGANA	PINOAGANA	PINOAGANA	340		1		1	1	
1	1979	PINOAGANA	METETI	NICANOR	251		1		1	1	
1	1981	PINOAGANA		SANSONCITO	284		1		1	1	
1	1983	PINOAGANA		CANGLON	822		1		1	1	
1	1983	PINOAGANA		LOS PAVITOS	658		1		1	1	
1	1984	PINOAGANA		QUEBRADA FELI	392		1		1	1	
1	1984	PINOAGANA		SAN VICENTE	281	MEJORA	1		1	1	
1	1986	PINOAGANA		METETI	4500	MEJORA	1	1	1	1	
1	1992	PINOAGANA		PINOAGANA	PIEDRA CANDELA	273	MEJORA	1	1	1	1
1	1992	PINOAGANA		PINOAGANA	PORTUCHADA	409	MEJORA	1	1	1	1
1	1992	PINOAGANA		PINOAGANA	VILLA DARIEN	325	MEJORA	1	1	1	1
1	1993	CHEPIGANA	GARACHINE	PLAYA MUERTO	432		1		1	1	
1	1994	PINOAGANA	METETI	SANSON	301		1	1	1	1	
1	1997	PINOAGANA	YAVIZA	SANTA LIBRADA	736		1		1	1	
1	1998	PINOAGANA	PINOAGANA	NUEVO PROGRESO	596		1		1	1	
1	1999	PINOAGANA	METETI	SANSON ARRIBA	82				1	1	
1	1991	CEMACO	LAJAS BLANCAS	EL SALTO	360	MEJORA			1	1	
1	1998	CHEPIGANA	TUCUTI	BUENOS AIRES	78		1		1	1	
1	1999	CHEPIGANA	LA PALMA	PIIBAE	400		1		1	1	
		CHEPIGANA	LA PALMA	LA QUEBRADA							
1	2000	PINOAGANA	METETI	PUNULOSO	432	MEJORA	1	1	1	1	
				BUENOS AIRES							
				PUNOLOSITA							
1	2001	CEMACO	IRILO GUAYNOIR	UNION CHOCOE	820	MEJORA			1	1	
1	2001	CEMACO	IRILO GUAYNOIR	PUENTE	37				1	1	
1	2012	PINOAGANA	PINOAGANA	YAPE	55	NUEVO			1	1	
1	1999	CHEPIGANA	RIO CONGO	RIO VENAO	99		1		1	1	
1	1999	CHEPIGANA	CUCUNATI	CANDELILLA	150		1		1	1	
1	1999	CHEPIGANA	CHEPIGANA	SANTA ROSA	78		1		1	1	
1	1999	CHEPIGANA	SANTA FE	AGUAS CLARAS	58		1		1	1	
1	1999	CHEPIGANA	CHEPIGANA	SAN PEDRITO	56		1		1	1	
1	2001	CHEPIGANA	LA PALMA	BARRIALES	358		1		1	1	
1	1999	CHEPIGANA	CHEPIGANA	ALDEA EMBERA	107		1		1	1	
1	2000	CHEPIGANA	JAQUE	COCALITO	62		1		1	1	
1	2000	CHEPIGANA	JAQUE	GUAYABITO	32		1		1	1	
1	2000	CHEPIGANA	JAQUE	VALLE ALEGRE	227		1		1		
				LLANO BONITO							

1	2000	CHEPIGANA	JAQUE	VALLE ALEGRE LLANO BONITO	227		1			1	
1	2001	SAMBU	JINGURUDO	PAVARANDO	184		1			1	1
1	2001	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	AGUAS CALIENTE	69		1			1	1
1	2001	CHEPIGANA	CHEPIGANA	ARUZA ARRIBA	233		1			1	1
1	2001	CHEPIGANA	SANTA FE	LA MONEDA	426	MEJORA	1		1	1	1
1	2002	CHEPIGANA	LA PALMA	LLANO BONITO	56		1			1	1
1	2002	CEMACO	LAJAS BLANCAS	PEÑA BIJAGUAL	137	MEJORA	1			1	1
1	2002	WARGANDI	WARGANDI	NURRA	154		1			1	1
1	2002	SAMBU	JINGURUDO	BOCA DE WINA	135		1			1	1
1	2002	SAMBU	JINGURUDO	BOROBICHI	72		1			1	1
1	2003	CHEPIGANA	RIO CONGO	BUENA VISTA	85			1		1	1
1	2003	CHEPIGANA	CUCUNATI	EUSEBIO	100		1			1	1
1	2003	CHEPIGANA	GARACHINE	CERRO NAIFE	221		1			1	1
1	2003	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	AGUA BUENA 3	110		1			1	1
1	2004	CHEPIGANA	LA PALMA	LA INDIA	60		1			1	1
1	2004	CHEPIGANA	TUCUTI	EL BACAO	60		1			1	1
1	2005	CHEPIGANA	RIO CONGO	LA PEÑITA	100			1		1	1
1	2005	CEMACO	LAJAS BLANCAS	NUEVO VIGIA	529	MEJORA	1	1		1	1
1	2005	CEMACO	LAJAS BLANCAS	VILLA CALETA	209			1		1	1
1	2006	PINOANA	YAVIZA	CANGLON 2	242		1			1	1
1	2008	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIB	RIO PAVO	129		1			1	1
1	2008	CEMACO	LAJAS BLANCAS	RIOCITO	166	MEJORA	1		1	1	1
1	2008	CEMACO	LAJAS BLANCAS	TORTUGA	169	MEJORA	1		1	1	1
1	2010	CHEPIGANA	TAIMATI	CEMACO	293		1			1	1
1	2010	PINOANA	PINOANA	VISTA ALEGRE	365			1		1	1
1	2010	CEMACO	TIRILO GUAYNOR	CAPETUIRA	1100		1			1	1
1	2010	CEMACO	LAJAS BLANCAS	ALTO PLAYONA	287		1			1	1
1	1999	CEMACO	LAJAS BLANCAS	CANAAN	392		1			1	1
1	2010	CEMACO	MANUEL ORTEGA	NARANJAL	98					1	1
1	2008	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	BIJAGUAL	160					1	1
1	2008	PINOANA	PAYA	PAYA	341					1	1
1	2008	PINOANA	PUCURU	PUCURO	433					1	1
1	2002	CEMACO	LAJAS BLANCAS	MOGOTE	72	MEJORA	1	1		1	1
1	2013	CEMACO	LAJAS BLANCAS	LAJAS BLANCAS	410	NUEVO	1	1		1	1
1	2010	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIB	NUEVO PARAISO	236					1	1
1	2013	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	STRADA DE ARRE	180	MEJORA	1	1		1	1

3. Apoyo generan estas organizaciones

Estas organizaciones generan apoyo en cuanto a la Promoción de la Salud, Giras Médicas, dotación de insumos, equipos, entre otros.

Tipo de apoyo que generan estas organizaciones:

Comité de Salud:

1. Organización Comunitaria.
2. Organización de giras a realizar.
3. Comité de apoyo para la dotación de pacientes que no tiene seguimiento en algún programa de salud.
4. Organización de los comités de agua.

Juntas de Agua:

1. Administración de los acueductos rurales.
2. Mejorar la calidad de agua.
3. Promover el uso del agua apta para consumo humano.
4. Mantenimiento del acueducto.

Iglesias

1. católica, Cuadrangular y adventista.

Apoyo logístico para la realización de giras médicas.

Concientización y Prevención de los valores morales y cívicos de su comunidades.

Promocionar el aspecto Educativo en salud a través del mejoramiento de los estilos de vida.

ONG'S (Pro-Niño de Darién)

1. Atención directa algunas comunidades a través de los programas establecidos como granjas, comedores escolares.

4. Análisis de los actores sociales

Hacia el año 2000 si se realizó con el estudio de proyecto de desarrollo sostenible al Darién por el Ministerio de Planificación.

Sus intereses son:

Personales

Políticos

A favor de la Comunidad.

Relevancia mayor: Interés común que en esos momentos que los motivas (

Proyectos de desarrollo sostenibles)

En la actualidad no se ha realizado un estudio de este tipo.

5. Caracterización del sector informal de atención en salud. Número de curadores existe y a qué actividad se dedican y su integración con las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud.

Caracterización del sector informal de atención de salud:

Personas que se caracteriza a través de la Botánica (curanderos) se desconoce su número.

La actividad de los curanderos es por medio de Hierba y Cantos.

Las prácticas y cultura de la población se integran a las actividades de salud mediante las organizaciones y programaciones de los mismos a través de los líderes comunitarios, (Promotores, ayudantes, dirigentes comunitarios o nokoes, caciques, etc.)

6. Fortalezas y debilidades del equipo de salud de su región para potenciar la red social de salud

Fortalezas y Debilidades del equipo de salud de la región para potenciar la red social de salud.

Fortalezas:

1. Conocimiento del área.
2. La mística del trabajo del personal.
3. Personal capacitado para las actividades de promoción y prevención.

Debilidades:

1. No se trabaja de manera integral.
2. Falta de diagnóstico de salud de los niveles locales.
3. No conformación de un equipo conductor.

4. La injerencia de la política partidista (AMENAZA)

5. Cambios frecuentes administrativos

7. Percepción de la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral de la niñez con una base comunitaria y la atención de la población que pertenece a la red de oportunidades y a la población que está en 120/65

Históricamente desde los inicios de la estrategia de extensión de cobertura, se ha manejado todos estos programas como un ente aparte que pareciera llevar la conducción de salud sin el monitoreo de la región de salud. A pesar de que es un programa que tiene más de 17 años en la provincia todavía existen muchas dudas sobre su funcionamiento por parte de los funcionarios del ministerio de salud en la provincia. El uso de organizaciones no gubernamentales es foco para la discrepancia y desacuerdos en las opiniones de los niveles locales sobre el verdadero beneficio de esta estrategia. Solo en los últimos 7 años se da paso a la participación directa de la región de salud para la conducción del programa a través de la llamada organización institucional, sin embargo, la falta de capacitación que brindara el fortalecimiento de las bases de la estrategia de extensión de coberturas a nivel regional y local, provoco que dichos proyectos se mantuvieran, de igual modo, como entes aislados.

La consecución del recurso humano para el monitoreo de AIN C, es un nudo crítico, debido a las deficiencias que hay en el proceso de pagos, de este personal, miembros de las comunidades, y que son de escasos recursos.

Las dificultades administrativas que ha enfrentado la región de salud para llevar estos proyectos radican en la presión que se impone desde el nivel superior para cumplir con fechas pre establecidas sin haber subsanado fallas del pasado.

Hasta este año, la región de salud pudo subsanar todos los problemas administrativos e iniciar con mejor pie, aún con falta de dotación adecuada y en tiempo del recurso de todo tipo.

El pago de 120/65 utiliza los recursos de nuestras instalaciones para la evaluación de estos beneficiarios, sin la definición de un plan estructurado en el programa del adulto mayor. Aún no vemos la integración del programa de salud de adultos mayor

con este beneficio. En apariencia hay la idea de que solo acuden cuando requieren la firma de un funcionario de salud para recibir el beneficio, sin que la instalación reciba el impulso para complementar y atender lo que realmente en materia de promoción y prevención es requerido.

8 ¿Percepción de 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 del 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?

Las diferentes resoluciones y decretos de gratuidad favorecen con la planeación correcta el aumento de las coberturas en salud en nuestra área de responsabilidad, pero al no haber un ordenamiento, planeación y encausamiento de recursos, las instalaciones quedan muchas veces limitadas por las sobre demanda que esto genera y a la postre trae consigo desgaste del recurso humano, sobreutilización de la instalación y consumo de insumos.

La población ve con agrado estas medidas de gratuidad, pero al no estar educadas correctamente exigen probablemente más de lo que involucra la gratuidad, trayendo insatisfacción del cliente y sobre uso de los recursos del estado., pues la política no orienta a la población para el uso correcto de estos beneficios. Vemos también que no hay un plan específico a nivel regional para la educación de la población en este y en muchos aspectos.

Los decretos y resoluciones son aplicados dentro de todas las instalaciones de salud de la provincia.



FOTOGRAFIA 6

PROYECCION DE LA RED

ADECUACIONES A LA OFERTA EN TERMINOS DE EQUIPOS BASICOS
ADECUACIONES A LA CARTERA DE SERVICIOS
AMPLIACION DE COBERTURA A POBLACIONES DESPROTEGIDAS Y DE
DIFICIL ACCESO

ADECUACIONES DE LA OFERTA

1. La promoción de la salud y la prevención de los daños como parte de la concepción moderna de los modelos de atención.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública son procesos y movimientos que permiten un mejor desempeño de la gestión en salud pública. La importancia estratégica de las funciones esenciales de salud pública (tales como vigilancia, monitoreo y promoción de la salud) radica en la generación, por parte del sistema de salud, de una respuesta efectiva, eficiente y de calidad a intereses colectivos en materia de salud.

En la actualidad se acentúan las Funciones Esenciales para evitar retrocesos en los logros de las condiciones de salud y en la reducción de la carga de enfermedades cardiovasculares prevenibles, cáncer, diabetes e hipertensión.

Podemos mencionar que los enfoques actuales en promoción y prevención de riesgos se conciben en:

Vigilancia de la Salud Pública y control de riesgos y daños:

- Capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
- Desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general.
- Instalación y apoyo a laboratorios de capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas.
- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- Vinculación con redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria a nivel local para generar respuestas rápidas ante eventuales problemas de salud o de riesgos específicos.

Promoción de la Salud, con énfasis en Enfermedades no transmisibles:

- Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una CULTURA de la salud.
- Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.
- Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.

Un seguimiento eficaz es crucial para el control del tabaco porque permite caracterizar y determinar la amplitud de la situación del consumo de tabaco y sus consecuencias, así como determinar la mejor manera de adaptar las políticas e implementar acciones. Es en este marco que se desarrolla el Sistema de vigilancia sanitaria para el control del tabaco en Panamá (SISVISCTA).

La lucha contra el tabaco implica la creación de vínculos y Relaciones con actores que tienen que ver con la demanda y la oferta de este producto lo que conlleva que la vigilancia sea integral, es decir, se requiere un trabajo intersectorial.

Es importante mostrar una visión integral del trabajo que realiza el país, así como de la gestión de los datos relacionados con la aplicación del Convenio Marco, es por eso que la participación de todos los involucrados en la implementación del Convenio es de gran importancia para diseñar un sistema de vigilancia que aborde todos los aspectos de la lucha contra el tabaco consignados en el Convenio Marco.

El SISVISCTA tiene el objetivo de facilitar la gestión, implementación, el monitoreo y la evaluación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y fortalecer las acciones del país en materia de reducción de la demanda de tabaco, que incluye la protección contra la exposición al humo del tabaco; el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; acciones de educación, comunicación, formación y sensibilización pública; control de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; comercio ilícito de productos de tabaco; ventas a y por menores, entre otros aspectos.

De acuerdo a estimaciones de la OMS, el tabaco mata a casi 6 millones de personas al año, constituyéndose una de las mayores amenazas para la salud pública mundial, por lo que fortalecer la vigilancia sanitaria es esencial para el control del tabaco.

Panamá trabaja en la aplicación del CMCT desde el 2004 cuando se convirtió en uno de los primeros signatarios de este tratado internacional y considera que todas las personas deberían poder respirar aire sin humo. Leyes contra el humo protegen la salud de los panameños y de todos los residentes en el país; estas han sido bien acogidas y animan a los fumadores a dejar de fumar. El sistema fortalecerá estos avances en el país y contribuirá a proteger los logros alcanzados en el tema. De acuerdo al cronograma de trabajo, el SISVISCTA estará validado e implementado en el corto plazo.

En la Provincia de Darién, no se cuenta con Clínicas de Cesación de Tabaco, pero ya se han hecho los esfuerzos para encaminar este tipo de iniciativas, contando con un coordinador de salud mental y actualmente con personal capacitado para esta clínica, que será implementada en el Centro Materno Infantil

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Los ODS son parte de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y guiarán las políticas de desarrollo al año 2030 en los estados miembros que los han adoptado, en el marco de la 70° Asamblea General de las Naciones Unidas.



El Gobierno de la República de Panamá, adoptó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como pauta de desarrollo nacional mediante Decreto Ejecutivo N°393, publicado en la Gaceta Oficial N° 27870-B, de 15 de septiembre de 2015, que crea una Comisión Interinstitucional de apoyo y seguimiento para su implementación, adscrita al Gabinete Social que lideriza el Ministerio de Desarrollo Social. Uno de los mandatos de la Comisión, es alinear los objetivos, programas y proyectos del Plan Estratégico de Gobierno con los ODS, para asegurar los recursos y lograr cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el año 2000, la comunidad internacional asumió en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) uno de los compromisos más ambiciosos para erradicar la pobreza. Sin duda, la adopción de los ODM ha sido un gran ejemplo del esfuerzo de la comunidad internacional para impulsar el desarrollo mundial. A pocos meses del vencimiento del plazo para el cumplimiento de estos objetivos, se estableció un nuevo marco global para el desarrollo posterior al 2015 que continuará y fortalecerá los balances logrados a través de los ODM y que, a la luz de los complejos retos del desarrollo ayudarán a la erradicación de la pobreza y al logro de la sustentabilidad con nuevos parámetros.

4 Objetivos de salud de 8 ODM	I Objetivo Único entre 17 ODS Objetivo 3: “Garantizando vidas saludables y promoviendo el bienestar para todas las edades” consta de nueve metas y 4 estrategias
Objetivo 4 : Reducir la Mortalidad Infantil	Meta 3.2: Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en recién nacidos y en niños menores de cinco años.
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	Meta 3.1: Para el año 2030, reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100,00 nacidos vivos.
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades	Meta 3.3: Para el año 2030, finalizar la epidemia de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental	Meta 3.9: Para el año 2030, reducir substancialmente el número de muertes, enfermedades por químicos, por contaminación, polución del aire y el agua.

La Agenda de Desarrollo Post-2015 define objetivos que inciden en las causas estructurales de la pobreza y permiten combatir las desigualdades, generar oportunidades para mejorar los niveles de vida y la prosperidad de todos los miembros de nuestras sociedades en un marco de desarrollo sostenible a nivel mundial, tanto para los países en desarrollo como desarrollados.

Dichos objetivos, se enmarcan en la coordinación intersectorial, las alianzas multisectoriales y el trabajo en equipo, para el avance más equitativo de la salud. Un claro mensaje de estos actores, exige la plena incorporación de las tres vertientes del desarrollo sostenible: la social, la económica y la medioambiental. Hay un fuerte llamado para trascender del PIB a la hora de medir adecuadamente el bienestar y el progreso humano, abordar las desigualdades y poner énfasis en una gobernanza eficaz. El acuerdo entrará en vigor en el año 2020 y será objeto de revisión de los compromisos cada cinco años. El proceso representa una oportunidad única para renovar el compromiso gubernamental hacia la salud pública y la búsqueda de sinergias para avanzar en los objetivos de desarrollo sustentable e implementar las prioridades técnicas y políticas establecidas en los planes nacionales de salud. Se requiere de un análisis estadístico más robusto, por lo que constituye una oportunidad para mejorar los sistemas de información, y los procesos de monitoreo y evaluación de los indicadores de salud, incluyendo indicadores económicos y de inclusión social. A continuación, enunciamos los objetivos de desarrollo sostenible

2. Conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud enfermedad. Adecuación de la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud.

Los nuevos modelos de atención priorizan el fortalecimiento de la atención primaria, en ese sentido los equipos básicos forman parte importante de este enfoque.

Esto implica un gran cambio organizacional principalmente en las actividades de Atención Primaria (Primer Nivel de Atención), administradas por el Ministerio de Salud. Las actividades de Atención Primaria incluyen actividades de naturaleza preventiva y principalmente corresponden al control prenatal, el control de crecimiento y desarrollo en los niños de 0 a 6 años, la planificación familiar y la

vacunación. En la actualidad se da de manera dual tanto por las instalaciones de salud, pero sujetas a las restricciones presupuestarias y por el programa de extensión de coberturas a través de un préstamo financiado por el BID, y que ya brega en nuestro país desde prácticamente 15 años.

Más que la intercambiabilidad de roles, el modelo debe darse con base a la función rectora del Ministerio para su supervisión y monitoreo de actividades, lo que propondrá un menor desgaste, evitando la dualidad de actividades e información.

Su creación se realizó para agrupar y reforzar las actividades de prevención, promoción, además de continuar atendiendo la morbilidad prevalente, según las necesidades de la población. A esta agrupación de actividades se denominó Atención Integral.

3. Introducción de nuevas modalidades de atención de salud tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, programa de atención a domicilio, JAPA, grupos itinerantes.

En nuestra provincia se están dando algunas de estas modalidades desde hace varios años:

Los equipos itinerantes existen desde el año 1998, con el programa de salud rural, actualmente estrategia de extensión de coberturas.

Las Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria, son actividades de cirugías a las que en el día a día la población no tiene acceso en nuestra provincia.

4. Uso de las redes sociales 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.

No se utilizan estas herramientas para estos fines en la población, y de manera muy poco sistemática es utilizada por los funcionarios en la provincia, principalmente dado por la dificultad del acceso a un servicio de internet de calidad, y en otras por la ausencia total del servicio.

5. Adopción de decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel

La introducción de modelos de red fija con la inclusión de equipos básicos de salud es la principal decisión que se ha tomado en primer nivel de atención que atiende a la evolución de un proceso en la estrategia de extensión de coberturas, y en el que existe la percepción de que no tenemos la rectoría de éste proceso.

6. Adopción de decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel.

La región de salud no cuenta con instalaciones de segundo nivel, se está construyendo una que es el MINSA Capsi en Santa Fe, sin embargo, la obra está en un proceso de evaluación de estructura y en 90 0% de avance.

7. Desarrollo de programas y acciones para la identificación de grupos de riesgo definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, género, etnia o marginación.

El Estado panameño, desarrolla programas sociales enfocados en apoyar de manera integral a familias que se encuentran en situación de pobreza. El 22.1% de la población panameña, vive debajo de la línea de pobreza. La línea de pobreza general (LPG) es la suma, de todos los pobres ya sean extremos o no.

La Red de Oportunidades, es un proyecto de alta sensibilidad social que tiene como objetivo insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, en la dinámica del desarrollo nacional, garantizando los servicios de salud y educación, todo lo cual mejora sustancialmente la calidad de vida de 72,563 hogares beneficiarios. Más de 362,815 personas beneficiadas mediante las Transferencias Monetarias Condicionadas -TMC. En el año 2016 se destinaron 34.4 millones de balboas.

120 a los 65, Es el programa Especial de Transferencia Económica a los Adultos Mayores (hombres y mujeres) que consiste en la entrega de 120.00 balboas mensuales a las personas adultas mayores de 70 años o más sin Jubilación ni Pensión, en

condiciones de riesgo social, vulnerabilidad, marginación o pobreza. Para el año 2016, se destinaron 180.6 millones de balboas.

El programa Beca Universal tiene un costo de B/. 183 millones de balboas. La beca universal será recibida por estudiantes de educación básica, pre-media y media, si cumplen con lo siguiente: en las escuelas oficiales deben tener un promedio mínimo de 3.0 para los alumnos de educación básica; y un promedio mínimo de 3.0 por materia para los alumnos de educación pre media y media.

En las escuelas particulares, deben cumplirse los mismos requisitos, pero sólo las que cuesten menos de B/.1000.00 balboas anuales, entre matrícula y mensualidad.

Alrededor de 800.000 mil estudiantes de escuelas oficiales son beneficiados con este programa.

Ángel Guardián, es un programa exclusivo del Mides y concederá un subsidio de ochenta balboas (B/.80.00) mensuales, a personas con discapacidad severa, el cual se entregará cada dos meses a las personas beneficiarias, a través de su padre o madre, tutor o en quien recaiga la representación legal; será individual, intransferible y permanente, sujeto a evaluaciones periódicas. Se calcula que entre 55 y 60 mil personas podrían ingresar a este programa. Para el año 2016 se destinaron 15 millones de balboas.

Todos estos programas forman parte de la política de programas sociales del Gobierno Nacional. Todos están vinculados con las políticas de salud vigentes a través del nexo que hay entre los Ejes, Objetivos, Estrategias del Plan de Gobierno y las Políticas actuales de Salud.

Jaqué, El Real, Puerto Obaldía, Boca de Cupe, Yape, Yaviza y la Palma son algunas de las poblaciones que albergan alrededor de 863 personas que ingresaron a finales de 1996 al Darién panameño huyendo la violencia del conflicto en Colombia. Si bien con el tiempo las autoridades de Panamá y Colombia intentaron llevar adelante mecanismos para la repatriación voluntaria, un grupo numeroso de COLOMBIANOS permanecieron en el país de acogida alegando temor por sus vidas si retornaban.

Para su protección en Panamá, fue concedido por el Estado un estatuto particular llamado el “Estatuto Humanitario Provisional de Protección” que les proporcionaba

el derecho de vivir en el país de manera temporal y la seguridad de la no devolución. No obstante, esta protección circunscribía su circulación a las comunidades de acogida, permitiendo su movilización con un sistema de permisos autorizados que ha limitado por años su libertad de tránsito en una provincia de difícil acceso, donde la vida de sus pobladores se impacta por las pocas oportunidades económicas y la falta de servicios públicos. Para la población refugiada esta situación es doblemente crítica, pues el estatuto temporal no incluye el derecho al trabajo. En este sentido, ha sido apremiante para el ACNUR encontrar soluciones para el desarrollo de su vida.

El largo camino hacia una solución duradera se concretó en la Asamblea de Diputados de Panamá los 26 y 27 de octubre de 2011 con la aprobación de la ley que establece el cambio de la categoría migratoria para la población temporalmente protegida, abriendo las puertas para que opten por su residencia permanente y, finalmente, su integración plena en Panamá donde muchos ya tienen vínculos familiares.

8. Prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de la vida, niñez adolescencia, edad adulta, vejez.

El ministerio enfatiza la atención con las etapas de la vida a través de los programas de atención ya normados y bien establecidos.

Programa Ampliado de Inmunización
Programa de Control de la Tuberculosis
Programa de Cuidados Paliativos
Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud
Programa de Protección Social – Apoyo a la Red de Oportunidades
Programa de Salud Bucal
Programa de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Programa de Salud Penitenciaria
Programa Iniciativa Salud Mesoamérica
Programa ITS/VIH/SIDA
Programa Nacional de Sangre
Programa Nacional de Tamizaje Neonatal
Programa Salud Adulto Mayor
Programa Salud de Adulto
Programa Salud Mental
Programa Salud Nutricional
Programa Salud Ocupacional
Programa Salud Sexual y Reproductiva

9. Planificación de servicios en el nivel local y participación de los diferentes actores sociales

Los niveles locales según necesidades hacen solicitudes al nivel regional quien presupuestariamente da la solución a éstos.

No se están dando las planificaciones de programaciones operativas anuales locales lo que dificulta que se den los seguimientos a los programas, cumplimientos de metas, pues no están establecidas. No hay participación de actores sociales en la toma de decisiones sanitarias.

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

La realidad sanitaria puede concebirse sistémicamente como una situación que comprende procesos que se dan en espacios de diferente nivel. Entre dichos procesos existen relaciones de jerarquía, según las cuales los procesos complejos determinan a los procesos simples. Igualmente, los procesos se producen en diferentes espacios poblacionales relacionados, entre éstos también existen relaciones jerárquicas según las cuales las estructuras mayores determinan los procesos en las menores. Para entender e intervenir la realidad sanitaria se requiere tener una visión integrada y explicaciones multinivel realidad, en general, y en la salud de la población en particular, los procesos de los dominios más complejos incorporan a los más simples, sometiendo a sus propias determinaciones y leyes, por consiguiente, las leyes que rigen el dominio más complejo de lo social, determinan a las leyes de lo biológico y de lo físico. El abordaje sistémico de la realidad no es propio de la salud pública; se ha desarrollado en múltiples campos de la vida tal, como en la psicología, los procesos, sociales, la administración y para la realidad en su conjunto.

11. Definición y caracterización de estos espacios poblacionales en la región.

Los espacios poblacionales están definidos principalmente basados en su etnia, la distribución por poder adquisitivo no está definida la provincia es enteramente rural.

Tenemos como ya se ha mencionado a la población temporalmente protegida, que migraron a nuestro país dado los conflictos en el suyo (Colombia).

12. 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. Conocimiento de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, y su aplicación.

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada. Es por ello que nuestra propuesta plantea un modelo de atención basado en el sistema público de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (DEFENSORIA DEL PUEBLO: 2008) ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados. Esto es un concepto que está inmerso en los nuevos modelos de atención.

Los usuarios de los centros y servicios de salud pública y privada tienen derecho a recibir información sobre los servicios a que puede tener acceso, así como a la prestación de estos sin discriminación alguna y con respeto a su personalidad. No obstante, se respetará la voluntad de una persona de no ser informada.

La ley 68 del 20 de noviembre de 2003 se presentó en la gaceta oficial el 25 de noviembre de 2003, y regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y de decisión libre e informada.

La ley es conocida y se aplica en nuestras instalaciones.

13. Equipos de salud y la competencia suficiente para asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación.

Los equipos de salud tienen la competencia técnica suficiente, sin embargo, son limitados por la escases de recursos, por la sobrecarga de funciones al haber

limitaciones de personal, por la poca o escasa motivación que reciben por parte de los niveles superiores.

14. Porcentaje de los trabajadores de salud que reside en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora.

Debido a la dificultad del acceso a las instalaciones, el personal en su mayoría no es de la provincia, y el 100% vive en las periferias de las instalaciones en un radio que no supera el kilómetro.

15. Integralidad de las acciones biopsicosociales, y su uso como enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud.

El abordaje de las Políticas Sociales en todo el territorio nacional, sin lugar a dudas, exige articulación y acciones coordinadas que eviten la dispersión y/o superposición de recursos, tanto humanos como económicos, y el fortalecimiento de las instancias de diálogo, organización y trabajo interinstitucional.

Gestión, articulación, coordinación, organización, información y relevamiento desde la transparencia e integralidad de las acciones, son los objetivos fundamentales que estructuran la tarea del plan de Gobierno actual y que está siendo implementado en el modelo sanitario en la Región de Salud como un espacio estratégico para la planificación y la coordinación del trabajo en Políticas Sociales en todo el país.

Las problemáticas actuales requieren respuestas rápidas e integrales, es decir, que sumen todas las miradas y voces, por eso, en la resolución intervienen todos los organismos responsables de la política social nacional: Los municipios, las provincias y el Gobierno nacional integran sus planes y programas sociales para contribuir al fortalecimiento de la Red.

La salud mental es fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países. La ausencia de salud mental, conlleva a los trastornos mentales y del comportamiento, los cuales suelen afectar a más del 25% de la población en algún momento de la vida, impactando la economía de las sociedades y la calidad de vida de los individuos y las familias.

Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2%. Muchos consideran que la primera causa de discapacidad en las Américas es la depresión.

Los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes, responsables de discapacidades, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas hasta los trastornos relacionados con el estrés de la vida diaria, que en muchos casos es un factor presente en situaciones de violencia, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar.

Se estima que la brecha de tratamiento (personas con trastornos mentales que no reciben algún tipo de tratamiento) en la Región es superior al 60%. Por ejemplo, el 58% de las personas afectadas con psicosis no afectivas, 53.3% de las personas afectadas por alcoholismo, 46% de las personas con trastorno bipolar y un 41.1% de las personas con trastornos de ansiedad NO están siendo tratadas.

Situación de Salud Mental en Panamá

Según los datos recopilados de las consultas de salud mental en las instalaciones de atención primaria del Ministerio de Salud, durante los años 2011 y 2012, las principales causas de trastornos mentales y del comportamiento, fueron los Trastornos de ansiedad, los Trastornos afectivos, Trastornos de conducta no especificado, Insomnio y los Trastornos de desarrollo de habilidades escolares, no especificado.

Durante el año 2011, en las instalaciones de atención primaria del Ministerio de Salud, se brindaron un total de 25, 311 consultas, de las cuales correspondieron al sexo masculino y 15,028 consultas (64.5%) al sexo femenino. Entre las principales causas de consultas podemos señalar las siguientes: los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, los trastornos de conducta no especificado, el insomnio no orgánico, los trastornos del desarrollo de las habilidades escolares no especificado, esquizofrenia, los trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda y el trastorno de adaptación.

Las Regiones de Salud con tasas más elevadas de trastornos mentales fueron: Los Santos, Herrera y Veraguas, superando la tasa de país de 679.7 x 100,000 habitantes, siendo las mujeres más afectadas (tasa de 811.4x100000) que los hombres (tasa de 549.4 x 100000).

Para el año 2012, se atendieron un total de 23,783 consultas, lo que representa una tasa de 627.9 x 100,000 habitantes El mayor porcentaje de consultas fueron dadas a usuarias del sexo femenino: 14024 consultas, y 9759 consultas corresponden al sexo masculino.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN SALUD MENTAL.

MINISTERIO DE SALUD. 2012

Morbilidad	Tasas
1. Trastorno de ansiedad no especificado	142.9
2. Episodio depresivo no especificado	58.3
3. Trastorno de ansiedad generalizado	28.6
4. Trastorno de la conducta, no especificado	23.7
5. Esquizofrenia no especificado	20.6
6. Insomnio no orgánico	15.7
7. Trastorno del desarrollo de las actividades escolares	14.8
8. Trastorno específico del desarrollo de la función	14.2
9. Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, síndrome de dependencia	14.1
10. Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda	12.5

ADECUACION DE LA CARTERA DE SERVICIOS

1. Evaluación de la eficacia y calidad de las acciones.

La eficacia y calidad es evaluada solamente por el proceso que dirige la dirección de Provisión de Servicios a través de la auditoría de expedientes, actividad que es anual y que es responsabilidad regional del mismo departamento con Registros Médicos y Estadísticas.

No se está realizando en los últimos 5 años al menos una evaluación de la calidad utilizando los formularios establecidos en los programas de atención integral.

2. Revisión de las necesidades de salud de la población y de la cartera de servicios.

La cartera de servicios no ha sido evaluada ni adecuada en los últimos 5 años, tampoco se conoce el establecimiento de una norma que indique la reevaluación de esta cartera.

3. Desarrollo del modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental

Todas las instalaciones de Darién desarrollan este modelo dentro de las limitantes presupuestarias, de estructura y de recursos humanos, debido a que están enmarcadas en categorización de primer nivel de atención.

4. Mejoras que deben efectuarse en la red de servicios para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido.

1. Describir los propósitos y objetivos a cumplir por el establecimiento a nivel general.

2. Determinar el área de influencia poblacional y /o geográfica, con ubicación del establecimiento y definición de la población a ser atendida.

3. Describir la operatividad, identificando y definiendo las actividades médicas y de servicios a prestar, dependiendo de la clasificación del establecimiento (ambulatorio y/u hospitalario:

3.1. Horario y funcionamiento del establecimiento

- 3.2. Especialidades médicas y no medicas ofertadas
- 3.3. Descripción del personal del establecimiento; número de médicos por especialidad, personal profesional, enfermería, personal técnico y administrativo
4. Número de consultorios y otros ambientes destinados a la atención de los usuarios, indicando las actividades a cumplir en ellos. Describir el servicio quirúrgico, obstétrico, hospitalización, emergencia.
6. Describir los servicios de apoyo, mencionar si son propios o contratados, de ser contratados, deberá adjuntar copia del convenio.
7. Describir la disposición de los desechos sólidos, líquidos, patológicos, biológicos y otros de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.
8. Descripción de los servicios auxiliares de diagnóstico.
9. Listado de los equipos fijos y móviles por servicio y área.
10. Número de camas distribuidas por servicios.

La habilitación evalúa la estructura física, dotación y ubicación de equipos, flujo medico funcional y recursos humanos acordes a la oferta de servicio de un establecimiento proveedor de servicios de salud. El modelo medico arquitectónico marca pautas para crear la dimensión de áreas y espacios, características de las instalaciones requeridas para el equipo y mobiliario acorde a las actividades que se realizan en cada servicio.

Para el diseño del establecimiento se debe tener claro el nivel de resolución y servicios que se pretenden brindar, para o cual es necesario elaborar el programa médico funcional. Deben tomarse en cuenta los indicadores de productividad y rendimiento, para el cálculo de los servicios, personal y equipamiento en función del número y tipo de actividades a desarrollar.

5. Mejora de la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística, y la coordinación intersectorial.

Las instalaciones de salud cuentan con estructuras en condiciones deplorables, con insumos escasos, y equipamiento insuficiente y obsoleto para la resolución de los problemas que tienen que afrontar nuestro personal, lo que literalmente les hace

trabajar con las uñas. El desabastecimiento por la falta del financiamiento adecuado para la compra de combustible, así como el deficiente servicio de traslados, por la escases de ambulancias y las pésimas condiciones en las que se encuentran funcionando, así como el sobre desgaste del recurso humano que labora en este transporte debido a su escasez hace que el sistema de urgencias en la provincia este en el colapso.

6. TRIAGE

Se utiliza parcialmente en algunas instalaciones, su efectividad es nula pues al existir en muchos casos un solo médico, obliga necesariamente al final a atender todo lo que se presente. Las áreas dispersas evitan que se pueda referir a consulta posterior los pacientes, pues éstos generalmente viven en la periferia de las instalaciones, y por la falta de seguridad no hay condiciones que favorezcan evitar conflictos que se generen de la toma de decisiones.

7. Proveedores públicos y privados y la prestación del mismo conjunto de beneficios

La provincia no oferta en materia privada servicios de salud con cartera amplia, solo pequeños establecimientos (actualmente 1 en Santa Fe), y la visita eventual de especialistas para la realización de ultrasonidos ginecológicos.

AMPLIACION DE COBERTURA

1. Organización de la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención.

La Red de Servicios de Salud se distribuye en tres niveles de atención (I, II, III) y está compuesta por servicios de salud complementarios y articulados de complejidad creciente de acuerdo a la demanda de los problemas de salud, la población y la territorialidad. Esta noción de complejidad sirve para organizar la red de una manera más eficiente y está basada en la evidencia y en el principio establecido en la Atención Primaria de Salud (APS) que sostiene que los problemas de salud menos complejos

son los más frecuentes y requieren tecnologías de bajo costo y los problemas más complejos son los menos frecuentes, pero también son los más costosos. A todo lo largo de la Red de Servicios se necesita la participación del ámbito institucional y comunitario en el desarrollo de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas a la atención comunitaria, familiar e individual.

La extensión de cobertura a través del proyecto BID-MINSA-UGSAF, (FORIS y Oes), son estrategias de atención primaria dentro de la Red de Servicios. Igualmente, las Jornadas de Atención Primaria (JAPA) son llevadas a cabo en la provincia al menos una vez al año, brindando acceso a la población a actividades quirúrgicas, principalmente salpingectomías.

2. 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 en relación a un mayor número de días semanales para la provisión de servicios en función del análisis de comportamiento poblacional

Dada la dispersión las instalaciones de salud en nuestra provincia laboran 24 horas al día y 7 días a la semana donde hay un equipo básico al menos, por lo que no es opción extender los números de días. No se cuenta con el recurso humano necesario para que administrativamente laboren también en fin de semanas, lo que también se presenta como problemática si se considera extensiones de horario. Se debe hacer una evaluación y planeación adecuada en materia de recursos humanos, infraestructura e insumos antes de plantear una respuesta a este cuestionamiento.

3. Normas para la realización de las giras médicas integrales y las JAPAS.

Las giras médicas que se efectúan deben estar normadas por el Ministerio de Salud y supervisadas por los niveles locales. La falta de recursos convierte en una odisea la supervisión de los mismos.

Las JAPAS tiene directrices nacionales y también están sujetas a cambios que dependen enteramente de situaciones a ese nivel, lo que muchas veces incomoda el

funcionamiento de los niveles locales y regional. La falta de recurso humano capacitado limita la participación

4. Estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar la cobertura.

La metodología contribuya a la caracterización de las poblaciones vulnerables que ya los países han puesto en marcha, con el propósito de plantear estrategias especialmente adaptadas para llegar a las zonas de baja cobertura, así como a aquellas cuya vigilancia epidemiológica es deficiente. Todas estas medidas son parte del abordaje de las agendas inconclusas en salud.

Esta es una metodología viva, flexible, que puede ser adaptada a las realidades diversas de la provincia.

Es aplicado en el programa ampliado de inmunizaciones.

5. Mecanismo de coordinación administrativa establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales.

La coordinación actual es con la empresa colombiana SALUD DE TODOS LTDA, contratada para el cumplimiento de la estrategia de extensión de coberturas en red fija capitada y equipos itinerantes,

SISTEMA DE INFORMACIÓN

Cada EBS llevará el registro de actividades, haciendo uso de los instrumentos primarios del MINSA. La captación y registro se llevará a cabo en el lugar donde se preste el servicio de atención.

La OE es responsable de sistematizar la información captada durante la atención en el SIEEC y en el sistema de estadísticas de salud (SIES), ambos entregados por el MINSA.

El Experto en Registros Médicos y Estadística será responsable de generar las HTE (Hojas de Trabajo del Estadígrafo), las cuales deberán ser consolidadas a partir del SIES y entregadas a la Región de Salud correspondiente dentro de los primeros diez (10) días calendarios posteriores a cada mes finalizado.

Las OE presentará cinco (5) tipos de informes: (i) informe inicial; (ii) informes mensuales; (iii) informes de ronda; (iv) informe cuatrimestral e (v) informes anuales, los cuales deben ser entregados en formato electrónico (únicamente) acompañados de la cuasi-factura correspondiente.

6. Articulación de la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija.

Conforme su desarrollo, la Estrategia de Extensión de Coberturas (red itinerante) ha buscado evidenciar de forma paulatina, las ventajas de un Modelo de Atención nominalizado, un Modelo de Gestión por Resultados, un Modelo Organizacional Integral y un Modelo de Financiamiento capitado ligado a la nominalización y los resultados. Tomando esa experiencia, se están dando los primeros pasos para extrapolar estos modelos a la red fija de instalaciones de salud, iniciando en paralelo una etapa de preparación (2011-2012) de una estrategia denominada “Fortalecimiento de Coberturas de APS” (red fija) que ya inicio su implementación. Inicialmente se ha avanzado en una etapa de preparación caracterizada por:

Esta etapa del modelo de fortalecimiento se fundamenta en: (i) el desarrollo de competencias, (ii) utilización de los sistemas de información, monitoreo y evaluación vigentes, (iii) elaboración de herramientas “domésticas” de apoyo gerencial, (iv) implementación de mecanismos de coordinación entre las unidades básicas de salud (UBA’s), prestadoras de la Cartera de Prestaciones Priorizada (CPP), y la Dirección Regional de Salud como gestora de la red de servicios, (v) incorporación de un esquema nominalizado de la atención (migrado de la división política al flujo real de la demanda), (vi) ajuste al esquema de evaluación tradicional, para migrarlo a un esquema de evaluación por resultados basado en la nominalización de la población beneficiaria. Esta etapa no incluye el financiamiento capitado, se refuerza financieramente con Planes Operativos para desarrollar el Modelo de Atención Nominalizado y de Gestión por Resultados (en un esquema cuatrimestral, solo, de indicadores de desempeño, no así de procesos) que incluye el apoyo básico para la habilitación de las instalaciones. Los principales resultados esperados son: un padrón de población beneficiaria de la red fija de instalaciones,

adaptación al Modelo de Gestión por Resultados con una introducción paulatina (semestral a cuatrimestral), rediseño de la red de servicios de acuerdo al flujo real de la demanda y el proceso de habilitación de los establecimientos de salud en marcha. Sin embargo, la falta de fondos, la necesidad de cumplir con agendas previas sin la preparación adecuada, la falta de internalización del concepto, y la falta de rectoría del ministerio han provocado complicaciones en el flujo adecuado de esta estrategia.

7. ¿Integración de los datos de cobertura provenientes de las instalaciones de la CSS y el sector privado?

No aplica

8. Sistema de información único.

El sistema único de información se rige a través del departamento de Registros y Estadísticas en Salud, sin embargo, la información generada es tardía, y muchos datos de la región se reciben de otras fuentes (Contraloría).

Además, se está implementando una herramienta (SIREGES) para la estrategia de extensión de coberturas que es considerada duplicadora de la información y que no ha rendido los beneficios que espera el sistema de salud.

9. COBERTURAS DEL SISTEMA DE SALUD

El ministerio de salud cubre el 100% de la población en la provincia.

La misma no cuenta con instalaciones de salud de organismos privados, ni de la CSS. A pesar de que se llevan a cabo actividades de extensión de coberturas por Organizaciones Extra Institucionales, la responsabilidad total es del Ministerio de Salud por la Región de Salud de Darién.



FOTOGRAFIA 7

**CARACTERIZACION DEL
SISTEMA REGIONAL Y
PROYECCIONES**

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

1. Rol de rectoría de la autoridad sanitaria.

El Sistema de Rectoría de la Salud tiene como misión central el desarrollo humano sostenible de toda la población en la provincia, fomentar la producción social de la salud integral, reducir las grandes disparidades en la situación de salud y en el acceso a servicios de salud poblacional y ambiental entre grupos de población, modernizar la gestión técnico-administrativa y financiera de los servicios de salud, garantizar el acceso a los servicios y la sostenibilidad financiera de los mismos a la población de mayores riesgo; reducir los riesgos de enfermar y morir de la población, del ambiente en que vive y satisfacer la demanda social del bien de la salud. Esta rectoría va de la mano con el cumplimiento de las normativas de salud fundamentadas en las políticas de salud vigentes. El cumplimiento de va desde el nivel regional a los niveles locales, sin embargo, responde más que a una planeación, a un actuar determinado por circunstancias que se van dando.

2. Conocimiento de la misión, visión organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, de la CSS, y del sector privado.

La Dirección Regional y los Niveles locales conocen la misión, visión y organigrama actual del Ministerio, no se conoce ni se maneja el organigrama de la CSS, y acotamos que en la provincia no hay un sector privado que brinde servicios en materia de salud, más allá de ONGs. Consideramos que el organigrama si respondería a las necesidades que en materia de organización requiere la institución, sin embargo, su ejecutoria se ve mermada por el déficit de recursos económicos, humanos, de equipo e infraestructura en el que nos encontramos.

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

Ver pregunta 2.

4. Regionalización como sistema que permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria.

En nuestra provincia tenemos un verdadero crisol de razas, que se avoca a diferentes

formas de desarrollo económico y social. Políticamente está dividida en una provincia comarcal indígena y una provincia no comarcal, dada las necesidades que tiene cada uno de los grupos poblacionales, está en la palestra la seria consideración de otra región de salud que contribuya a enfocar sus esfuerzos a un sector (indígena) de la provincia. Sin embargo, no es adecuado responder a un deseo solo político, sin el análisis objetivo de la situación actual que demuestre la verdadera necesidad de la creación de una región de salud, que quedaría condenada desde su nacimiento a un fundamento organizativo en todos los aspectos, que le permitiera entonces realmente satisfacer las necesidades de la comunidad a la que se debió su nacimiento.

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

Ver pregunta 2.

6. **Grado de avance en el proceso de descentralización del nivel central hacia las regiones, de las regiones hacia los niveles locales.**

La descentralización es necesaria desde el nivel nacional hacia el nivel regional (gestión de los recursos humanos, sin embargo, algunos renglones del presupuesto se mantienen en franca centralización: medicamentos, equipo médico quirúrgico, laboratorio. Sin embargo, ha y que reconocer que es muy probable que la región de salud no está en capacidad de asumir el proceso debido a que se carece de recursos humanos, de estructuras de almacenamiento, funcionarios con poca experiencia en los diversos departamentos; por lo cual el proceso debe ser gradual y priorizado. En la actualidad los niveles locales no cuentan con los recursos humanos en cantidad y calidad necesaria para efectuar los procesos administrativos. La relación jerárquica es vertical y se da del nivel central hacia el local, excepción hecha, en algunas ocasiones, en aspectos de recursos humanos donde se hacen las asignaciones desde el nivel central hacia el nivel local.

7. **Rol de los patronatos y de los consejos de gestión en la presentación de los servicios de salud y cómo se vinculan con las autoridades regionales y nacionales.**

No aplica

8. Estructura orgánica y su relación con los procesos sanitarios

Una estructura organizacional es el conjunto de las funciones y de las relaciones que determinan formalmente las funciones que cada unidad debe cumplir y el modo de comunicación entre cada unidad. Es una herramienta esencial para el desarrollo de la misma, pues es a través de ella que se puede establecer un mecanismo que permita que se cumpla de manera correcta y eficiente los planes que la región tenga. Así nuestro equipo de colaboradores trabaja con un objetivo en común y para llevar a cabo ese objetivo cada una de ellas tiene una función. La importancia de la estructura se encuentra en que ésta nos ayuda a definir qué se debe hacer y quién debe hacerlo. La estructura es una de las bases de la organización (o de la desorganización) de las actividades. Una buena estructura permitirá una mejor integración y coordinación de todos los integrantes. Al estar mejor organizados se logrará un mejor aprovechamiento de los recursos lo que a la larga puede hacernos más eficientes.

9. Equipo regional y la estructura de la región de salud.

Para el equipo regional la estructura planteada cumple a cabalidad teóricamente con las necesidades de conducción de la región, el problema no es la forma estructural, más bien radica en la falta de recurso humano con perfil y disponibilidad para ocupar los espacios, es sabido y común que un coordinador tenga que ejercer múltiples funciones a nivel regional y local lo que trae desgaste, retraso en el cumplimiento de metas, así como calidad en la ejecución de las tareas.

10. Manuales de procedimientos administrativos.

Si existen manuales de procedimientos administrativos. Se aplican, según el caso, por el jefe de departamento.

11. Coordinación con la CSS.

La coordinación con la CSS es muy pobre o nula. Se debería dar bajo la base de extensión de coberturas (gastos, duplicidad de funciones y otras). Es necesario que se

en una coordinación desde el nivel nacional, para dar las pautas necesarias para que el nivel regional y local tengan una comunicación adecuada con la CSS.

La coordinación es mas de nivel administrativo relacionado a manejo del recurso humano de esa institución laborando en instalaciones del MINSA, así como los beneficios de transporte para asegurados que acuden a citas de especialidad.

12. Fortalezas y debilidades de la organización y el funcionamiento regional

Fortalezas y Debilidades de la Organización y Funcionamiento Regional

Fortalezas

Personal con experiencia

Debilidades

Falta de presupuesto

Poca coordinación interdisciplinaria.

Falta de capacitación gerencial

Centralización de acciones que tienen notable influencia (Medicamentos, Médico quirúrgico, DIS)

13. Cambios en el modelo de gestión y en la relación entre los actores.

Si se están introduciendo cambios en el modelo de gestión siguiendo los lineamientos nacionales. Los cambios son lentos y poco efectivos por falta de recursos y las directrices con las que se da estos modelos de conducción y gestión. Por ejemplo, el pago por resultados dado con la Estrategia de Extensión de Coberturas no ha tenido el éxito esperado, la falta de planeación y preparación a nivel local, el cumplimiento de procesos a expensas de calendarios externos sin la debida planeación, la falta de dotación oportuna de recursos y equipo son causas de la ineficacia de este modelo. El nivel central en el desempeño del nivel regional incide en la ausencia de directrices. El punto crítico es la centralización de decisiones, dando la impresión que existe un proceso de improvisación. Los nudos críticos pueden darse con un proceso de descentralización (presupuesto, recursos humanos calificados sobre todo en los servicios técnicos, etc).

14. Políticas de Salud y su relación al funcionamiento regional.

Las políticas de salud responden en teoría a las necesidades regionales, con apartados que reflejan el interés en la atención primaria, que es la fortaleza de nuestra región. Nuevamente las dificultades radican en la capacidad presupuestaria que al final asigna el estado para el cumplimiento de esas políticas, pues las decisiones no van de la mano y no satisfacen las realidades de las regiones.

15. Planificación operativa y presupuestaria y su relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción.

La utilización de la herramienta SIMEPLANS ha permitido relacionar la planeación operativa con las políticas actuales de salud.

16. Elaboración, registro y monitoreos de Programas Operativos Anuales en SIMEPLANS.

Los planificadores de cada región pueden registrar en esta herramienta su programa operativo anual y hacer seguimiento o monitoreo trimestralmente, evaluando grados de avance de cada uno de los ítems consignados.

17. Influencia del nivel central en el desempeño del nivel regional. Puntos críticos de la burocracia administrativa.

El nivel central en el desempeño del nivel regional incide en la ejecución de directrices, la toma de decisiones. El punto crítico es la centralización de decisiones, dando la impresión que existe un proceso de improvisación. Los nudos críticos pueden darse con un proceso de descentralización (presupuesto, recursos humanos calificados sobre todo en los servicios técnicos, la demora de los procesos administrativos)

18. Toma de decisiones y priorización de las mismas.

Las decisiones se toman en el nivel central, recae en la regional el cumplimiento de las normativas. El nivel nacional se avoca a las decisiones basadas en un Plan de

Gobierno que rija en el momento. Igualmente, muchas de las decisiones en materia de consecución de equipo y recurso de cualquier índole puede responder a requerimientos de la política local.

19. Funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud al sector público y privado.

La rectoría de todas estas funciones es de la dirección regional y de las autoridades en los niveles locales, sin embargo, el nivel central toma decisiones muchas veces inconsultas y permite la ejecución de acciones muchas veces sin el conocimiento de la organización a nivel de los directivos regionales o locales.

20. Instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, la planificación y coordinación en la región.

La coordinación de Planificación es la encargada del cumplimiento de estas funciones.

Dirigir el proceso de análisis de la situación y las tendencias de salud de la población y el ambiente, de sus condicionantes sociales, económicos, políticos y culturales, del gasto y financiamiento de los servicios, de los recursos humanos y la equidad, calidad, eficiencia, eficacia y efectividad de la red de provisión de servicios de atención y de salud pública.

Dirigir la formulación de las políticas administrativas, de regulación, de atención, de gestión, de financiación, de inversión, de provisión y desarrollo de la red de servicios, de investigación, de desarrollo de recursos humanos, de información, de cooperación internacional, de suministros y tecnología, de promoción y participación comunitaria, entre otras.

Establecer mecanismos que aseguren la revisión y adecuación de las políticas a nivel sectorial, regional y local.

21. Centros de salud que disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, acceso al servicio de internet, al menos para la

gestión administrativa, de personal para la sistematización de los inventarios y del fortalecimiento de la promoción y prevención de enfermedades.

Tecnología Informática 100%

Acceso a servicio de Internet 33%

Sistematización de inventarios 0%

Fortalecimiento de promoción y prevención 0%

22. Hospitales e instalaciones ambulatorias que disponen de tecnología de soporte al sistema de información para la gestión administrativa y para la gestión clínica, expediente electrónico, LSS SUMA, ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos.

Ningún centro cuenta con un sistema de soporte tecnológico al sistema de información administrativa, cuentan con equipo computacional que se usa básicamente para la redacción de informes más no para monitoreo a través de una estructuración informática.

Ningún centro cuenta con soporte tecnológico para expediente electrónico ni LSS SUMA, que actualmente es solamente usado en el nivel regional en el Depósito de Medicamentos.

Todas las instalaciones tienen equipo para registro de estadísticas en salud.

23. Grado de uso de la información para la gestión clínica.

El análisis de las tendencias de salud de la región no se está dando de forma regular, ni se utiliza esa información para la toma de decisiones.

24. Existencia de la teleradiología, telemedicina, clínicas virtuales, espirometría y electrocardiografía digital, hospital virtual, expediente electrónico, y su uso en la región.

Teleradiología. Ningún beneficio. Fue instalado en el Hospital San José de La Palma, pero nunca funcionó.

Telemedicina. Instalado en todas las instalaciones de salud tipo centro y algunos

subcentros. Facilito la comunicación entre instalaciones, así como con Salud 0.

Clínicas Virtuales. No ha sido aplicado.

Espirometría y Electrocardiografía digital. A través del Fondo de Tabaco. Instalado en el Hospital de El Real, Hospital de Yaviza y Hospital de La Palma, personal recientemente termino el proceso de capacitación.

Hospital Virtual. Desconocido.

SISTEMA DE ELECTRONICO DE INFORMACION DE SALUD (SEIS)

El Ministerio de Salud con la finalidad de prestar servicios de salud con criterios de equidad, eficacia, eficiencia, y calidad; con un enfoque integral en la atención de salud de sus pacientes, inició en octubre de 2013 el proyecto de Sistema de Información Hospitalario y Atención Primaria, indispensable para elevar la calidad de los servicios brindados.

El Sistema de Información que dará soporte a la actividad, ha de garantizar el cumplimiento del compromiso de brindar el servicio la instancia más cercana, accesible y de mayor capacidad de respuesta en el menor tiempo, a las necesidades de los ciudadanos y profesionales de la salud, considerando los siguientes objetivos:

- ☞ Situar al usuario de los servicios de salud en el núcleo de la actividad asistencial.
 - ☞ Facilitar al usuario de los servicios de salud el acceso a los recursos y a la asistencia sanitaria mediante la identificación indiscutible del mismo.
 - ☞ Incrementar la eficiencia del Sistema de Salud a través de cambios en sus mecanismos de gestión.
 - ☞ Disponer de un Sistema de Información que permita su adaptación al entorno actual y futuro.
 - ☞ Unificar los datos de todo el Sistema de Información que permita una gestión multihospital/metacentro y multiproceso orientado a la calidad. Los datos podrán ser clínicos, administrativos, de gestión, de recursos y de actividad.
 - ☞ Ayudar a la toma de decisiones, mediante la implantación de mecanismos que permitan monitorear la calidad de los servicios que se prestan y los niveles de eficacia de los mismos.
- Se consideró la implantación del modelo básico de Atención de Primer Nivel en 10 unidades de las Provincias Centrales (Herrera, Los Santos y Coclé) en una primera etapa, la cual busca:
- ☞ Fortalecer la imagen institucional

- ☞ Mejorar los procesos de planificación
- ☞ Mejorar los procesos de atención
- ☞ Disminuir el sub-registro y eliminar duplicidad
- ☞ Fortalecer el proceso de recolección de datos y el registro para la elaboración de los indicadores de salud
- ☞ Dotar de una herramienta para la toma de decisiones con información fiable en tiempo real y el acceso a indicadores de gestión.
- ☞ Mejorar los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación
- ☞ Reordenar los roles del personal de salud

En cumplimiento con la misión como Autoridad Sanitaria de Panamá, nos corresponde, la mejora de la atención en salud, incluida la automatización e innovación de los procesos y por otra parte, para cumplir con lo establecido en la “Política 9” 2010-2015, cuyo objetivo estratégico es el de “reestructurar la red pública de servicios de salud con innovación tecnológica, mediante automatización e informatización de expedientes médicos a nivel nacional en instalaciones y hospitales”.

Con la aprobación y firma del Contrato No. 085 en octubre de 2013, con una duración de 2 (dos) años, un alcance de 100 instalaciones de salud y la puesta en marcha en marzo de 2014 de la automatización e informatización de expedientes electrónicos de salud a nivel nacional, el Sistema de Información de Salud se interconecta con las diferentes áreas de un Hospital, Centro de Salud, y MINSA Capsi, para generar un Expediente Clínico único del paciente a mejorar a nuestro Sistema de Información. Este Sistema, puede ser consultado desde cualquier Instalación de Salud del MINSA en donde esté instalado, a nivel nacional.

Facilitará, además, el control y seguimiento de la condición de salud del paciente (controles de salud y enfermedades), le brindará una atención rápida, eficaz y eficiente mediante la implementación de una plataforma tecnológica de Salud Gestión desde los consultorios para tramitar órdenes de Radiología, Farmacia, Laboratorio y otros.

Al establecimiento del nuevo gobierno a partir del 1 de julio de 2014, desde el Despacho Superior el Señor Ministro de Salud instruyó a los actores técnicos y administrativos una revisión de todo lo actuado, a realizar los ajustes a los requerimientos que se tengan en materia técnica y de recursos, además, a darle continuidad al proceso en beneficio de toda la población que asisten a las instalaciones de salud a nivel nacional en demanda de nuestros

servicios.

BASE LEGAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SEIS

01. Constitución Política de Panamá: Capítulo 6.
02. Código Sanitario de la República de Panamá: Ley N° 66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.
03. Decreto de Gabinete N°1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones. (Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969).
04. Decreto N° 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial N° 16.437 del 2 de septiembre de 1969).
05. Ley N° 68 del 20 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.
06. Decreto Ejecutivo N° 1458 del 6 de noviembre de 2012; por el cual se reglamenta la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información de decisión libre e informada.
07. Ley N° 51 del 22 de julio de 2008, Que define y regula los documentos electrónicos y las firmas electrónicas y la prestación de servicios de almacenamiento tecnológico de documentos y de certificación de firmas electrónicas y adopta otras disposiciones para el desarrollo del comercio electrónico.
08. Decreto Ejecutivo N° 684 del 18 de octubre de 2013, que reglamenta la Ley N° 51 del 22 de julio de 2008, y la Ley N° 82 de 9 de noviembre de 2012 en materia de firma electrónica.
09. Ley N° 82 de 9 de noviembre de 2012, que otorga al Registro Público de Panamá atribuciones de autoridad registradora y certificadora raíz de firma electrónica para la República de Panamá, modifica la Ley N° 51 de julio de 2008 y adopta otras disposiciones.
10. Resolución N° DG-125-2013 del 6 de noviembre de 2013, por el cual se dicta el Reglamento Técnico N° 1 de la Dirección Nacional de Firma Electrónica.
11. Ley 83 de 9 de noviembre de 2012, que regula el uso de medios electrónicos para los trámites gubernamentales y modifica la Ley 65 de 2009, que crea la Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental.

12. Ley 68 y su reglamentación “Derechos y deberes del paciente” Registro de Salud REGES es el custodio del expediente del paciente Creación de una Comisión Nacional, Regional y Local para el Expediente Clínico del paciente.
13. Decreto Ejecutivo No. 41 de 2 de febrero de 2010. "Por el cual se crea el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo".
14. Decreto Ejecutivo 1617 de 21 de octubre de 2014. “Que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, vigilancia laboratorio, y se señalan los procedimientos para su realización”.
15. Ley 3 de 5 de enero de 2000. “General sobre las infecciones de transmisión sexual el virus de inmunodeficiencia humana y el sida”.
16. Gaceta oficial N° 27986-B, Decreto Ejecutivo N° 19, del 09 de marzo de 2016, QUE MODIFICA EL DECRETO EJECUTIVO NO. 210 DE 26 DE JULIO DE 2001 QUE REGLAMENTA LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD Y SE DEROGA EL DECRETO 12 DE 27 DE ENERO DE 1983.
17. Resolución N° 945 del 22 de julio 2015, que aprueba la estructura organizativa de los equipos responsables de implementar El Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) de expedientes clínicos electrónicos.

IMPLEMENTACION EN LA REGION DE SALUD DE DARIEN

Desde mediados del 2016, se inició el proceso de sensibilización de la implementación de la herramienta electrónica, en el Centro Materno Infantil de Metetí, para el mes de febrero se dan la capacitación, e inicio formal del proceso de afiliación de pacientes. A la fecha el proceso de capacitación ha sido completado en todo el personal técnico del Centro Materno Infantil, con el funcionamiento de la herramienta totalmente en la consulta externa de los servicios de Medicina General, Enfermería, Trabajo Social y Nutrición.

Hemos encontrado dificultades en la actualización de los inventarios de los fármacos debido al formato en que llegan los pedidos a la institución. Esto ha impedido la implementación a nivel de la farmacia.

Igualmente, el Centro de Rehabilitación Integral y el servicio de Odontología se encuentran en capacitación para la implementación.

Expansión del SISTEMA ELECTRONICO DE INFORMACION DE SALUD:



FOTOGRAFIA 8

INSTRUMENTO DE GESTION

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

PRESUPUESTACION POR OBJETIVOS

INCENTIVOS

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

1. Actualización del análisis de situación de salud.

Desde el año 2010 no encontramos evidencia de un análisis de la situación de salud en la provincia, el documento existente fue realizado por el departamento de estadística como documento formal de diagnóstico. Para el año 2014, el departamento de Planificación presentó un documento y presentación de la situación de salud de la provincia donde participaron la Dirección Regional, Planificación, Provisión de Servicios, Coordinación de Epidemiología, Coordinación de Enfermería, Coordinación del Programa Ampliado de Inmunizaciones, la Administración Regional.

Este documento fue presentado a la Dirección Nacional de Planificación.

2. Rol de la Planificación Regional

La Planificación Regional está siendo participativa de manera formal, y programa reuniones anuales con la presencia de las autoridades Regionales y Locales de Salud donde se expusieron con metodología FODA, las situaciones actuales en nuestras áreas sanitarias, con lo que se va a trabajar en la elaboración de un Plan Regional adecuado.

3. Proceso de participación.

Como se mencionó, se programa anualmente una reunión de coordinación con los niveles regional y locales para el análisis de las diversas problemáticas de la Región Sanitaria.

4. Procesos de planificación conjunta con la CSS.

Actualmente no existen instalaciones de salud de la CSS, por tanto, no se da un proceso de planificación ni de programación conjunta. Los gerentes establecen algún tipo de coordinación entre los gerentes regionales. La CSS tiene una oficina de enlace administrativo, pero la coordinación para planeaciones no existe.

5. Programación local conjunta con la CSS. Elementos del programa de trabajo.

No se da ningún tipo de programación conjunta con la CSS.

6. Participación de la población en el proceso de planificación sanitaria.

La población no participa en forma activa en los procesos de planificación y programación local, toda vez que se escuchan sus opiniones y el equipo saca las conclusiones y define las acciones.

7. Proceso de convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de planificación regional y de la programación local.

Si bien se dan reuniones con representantes de las comunidades y miembros de grupos organizados para buscar soluciones a las problemáticas que afectan la provincia, como ya se comentó, no se da una participación de los mismos a largo plazo en el proceso de planeación regional de salud.

8. Evaluación de metas y uso de indicadores.

Como se mencionó, se programa anualmente una reunión de coordinación con los niveles regional y locales para el análisis de las diversas problemáticas de la Región Sanitaria.

9. Planes estratégicos quinquenales, y planes operativos anuales.

Existe el plan quinquenal y anualmente se presenta el POA Regional de Planificación que se plasma en el SIMEPLANS, sin embargo, el seguimiento es parcial, toda vez que las prioridades y la ejecución se ven afectadas por las decisiones que en su momento privan en el nivel central.

10. Uso del análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos.

El análisis de situación que fundamenta la elaboración de planes es poco objetiva dada la premura con la que se da este proceso atendiendo más a urgencia de entrega que a una verdadera planeación participativa.

Los planes incluyen principalmente al sector salud, no involucran a otros sectores de la sociedad organizada o a entidades públicas o privadas.

11. Sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento.

En la provincia está en proceso la implementación del sistema de aseguramiento de insumos que es un Conjunto ordenado de datos esenciales e informes que proporcionan información oportuna y exacta con el propósito de mejorar la toma de decisiones en el sistema logístico y que tiene como datos esenciales:

Saldos o Existencias Disponibles:

Las cantidades de existencias utilizables que están disponibles en todos los niveles del sistema logístico en un momento dado en el tiempo

Consumo:

La cantidad de insumos entregados a los usuarios durante un determinado periodo de tiempo.

Ajustes:

La cantidad de insumos retirados del sistema de distribución por otras razones diferentes al consumo (por ejemplo, pérdidas, vencimiento, robo, deterioro).

12. Avances en la implementación del Sistema de Administración Logística

En la Región se capacito a un equipo que se encargó de hacer la retroalimentación a todas las instalaciones, actividad que se realizó en el año 2013, en el año 2014 se adquirieron los equipos computacionales para la implementación de LSS SUMA.

A nivel del almacén Regional se utiliza ya el sistema LSS SUMA en el depósito de medicamentos.

PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

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

Los presupuestos que se realizan atienden a consecución de elaboraciones históricas, con un grado de objetividad que no cumple con los requisitos que permitirían la

construcción de un fundamento real para el proceso de su elaboración.

2. Proporción del presupuesto asignada a la atención de la población y cuál a las funciones de salud pública y del ambiente.

Se desconoce la distribución del presupuesto asignado a la atención de salud de la población y del ambiente y de las funciones de salud pública, toda vez que no se presupuesta de esta forma. El presupuesto está basado en inversiones y funcionamiento, pero no se hace un análisis a profundidad de lo que se destina a salud pública y al ambiente.

3. 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.

Los directivos locales no están involucrados en la elaboración del anteproyecto de presupuesto dado que no elaboran un diagnóstico situacional, análisis del mismo ni programas operativos. Los administradores y directivos regionales elaboran todo el proceso regional. El seguimiento para la ejecución presupuestaria lo efectúan la dirección regional y la administración. Los niveles locales solicitan los recursos requeridos y son aplicados en función de las prioridades regionales, en cuyo proceso no participan los gerentes locales.

Es menester para este año involucrar a los directivos locales en la elaboración de sus presupuestos.

4. Los convenios de gestión son una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación.

Los convenios, son una alternativa para optimizar los recursos y el servicio con calidad y contribuyen al presupuesto por objetivos. Para definir el tipo habría que analizar la oferta y la demanda, quizás la mejor opción sería la pública-pública, por las características de la provincia.

5. Compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud. Hoy día la región no está introduciendo los compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de salud.

6. Porcentaje del presupuesto de salud para la Salud Pública.

Ya se mencionó que el presupuesto asignado se da para funcionamiento e inversiones, pero no se ha hecho un análisis que podría darse como tarea pendiente para determinar si realmente hay algún tipo de estratificación por objeto de gasto para esta rama.

INCENTIVOS

1. Incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud

En sí, el incentivo que se da es de tipo económico y basado en función del actuar administrativo del personal, así como por la antigüedad.

Son infrecuentes las propuestas de actividades académicas que desarrollen a nuestro personal a nivel institucional local.

2. Evaluación para obtener el bono, y su efectividad para responder a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales de salud.

De hecho no. Los incentivos se deben aplicar con base a evaluaciones que consideren productividad, eficiencia, eficacia – cumplimiento de metas y objetivos y antigüedad. Esto busca incrementar la relación eficiencia – costo – eficacia.

3. Bonos introducidos.

Los bonos atienden a evaluación con un grado de subjetividad, más que al desempeño y productividad de un funcionario.

Todos los funcionarios en el MINSA tienen el beneficio del bono anual por desempeño, siendo escalonado por categorías y por antigüedad.

4. Sistema de aplicación de incentivos con base a la productividad o sólo en función de la antigüedad del personal de salud.

La antigüedad es factor determinante en el bono, la productividad no.

5. Impacto de un sistema de incentivos sobre la relación costo beneficio y costo efectividad en los servicios de salud

Los incentivos tienen como finalidad premiar a aquellas personas que durante su trabajo realizan acciones extraordinarias; así como coadyuvar en la motivación del recurso humano. Un sistema de incentivos bien establecido, con criterios claramente definidos debe impactar en la relación costo-beneficio, mediante el incremento en la eficiencia, en la eficacia y mayor impacto. Consideramos importante adjuntar la medición de productividad.

Igualmente es importante mencionar que los incentivos que fomenten el desarrollo personal, como capacitaciones, son probablemente más beneficiosos que los monetarios.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

1. Determinación de las especificaciones técnicas por insumo sanitario para los diferentes servicios

El Comité Técnico Nacional Interinstitucional está integrado por personal técnico idóneo, especialistas en medicamentos, equipos, instrumental e insumos médico-quirúrgicos, de imagenología, de odontología y de laboratorio y cualquier otro insumo que requieran las Instituciones del Estado. El mismo deberá contar con la integración de especialistas de las siguientes Instituciones:

a) Ministerio de Salud b) Hospital Santo Tomás c) Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera d) Hospital del Niño e) Caja de Seguro Social f) Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud g) Instituto Oncológico Nacional h) Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid i) Universidad de Panamá
El Comité estará integrado por cinco (5) subcomités los cuales elaborarán las fichas técnicas de medicamentos, los equipos, instrumental, e insumos médico quirúrgicos,

de imagenología, de odontología y cualquier otro insumo que requieran las Instituciones del Estado. Estos Subcomités son los siguientes: medicamentos, médico-quirúrgico, de imagenología, de odontología y de laboratorio.

2. Sistema de inventario para los insumos sanitarios

El inventario se da a través de estas herramientas:

Kardex – inventario interno.

Control interno.

LSS SUMA, es la herramienta informática que se está implementando en la región de salud.

3. Estándares usados en el sistema de inventarios.

En el año 2010, el MINSA inició el proceso de sistematización de la gestión de medicamentos utilizando el LSS/SUMA con adaptaciones que permitieran una oportuna gestión de todos los insumos sanitarios: medicamentos, material médico quirúrgico, insumos para odontología, materiales e insumos para imagenología y e insumos reactivos para laboratorio de análisis clínico.

El proceso inició con un taller de inducción al LSS/SUMA con el objetivo de dar a conocer las posibilidades de la herramienta y los beneficios que traería en el desarrollo del trabajo diario del personal del Almacén Central de Medicamentos. Progresivamente, se realizaron las inversiones en infraestructura y los equipos necesarios para el funcionamiento en línea del LSS/SUMA adaptado a las necesidades de Panamá por el Ingeniero Víctor Martínez, Consultor del Programa de Preparativos para Emergencias y Desastres de la OPS/OMS. Se concretó la dotación del servidor y las computadoras, así como la interconexión de los equipos a través de una red con acceso a Internet y la instalación del software.

Junto con el Almacén Central, se automatizó la gestión en los almacenes de las regiones de salud del Área Metropolitana, Herrera, la Comarca Ngabe Buglé, Veraguas, Chiriquí y Los Santos. Posteriormente, fueron añadidas a este grupo las regiones de salud de Darién y Bocas del Toro, que conjuntamente representan a más del 50% (ocho regiones de salud catorce) de los almacenes regionales a cargo del

almacenamiento y distribución de los insumos sanitarios que utiliza el MINSA. Actualmente se está implementado en nuestra región a nivel del Depósito de Medicamentos.

4. Proceso de compras en término de competencia y sus limitaciones

Proceso de compras / se da por la competencia en las cotizaciones.

Las dificultades se dan por deficiencias en las requisiciones y por la burocracia excesiva que rige al sistema público.

- La evaluación de los proveedores se da en base al cumplimiento, más que en relación a las especificaciones; - Pago a proveedores es al contado y a crédito - No hay mecanismo de control de pérdidas o fraude - El sistema de abastecimiento del central al regional y local tiene limitaciones en cuanto a transporte, recurso humano - No hay coordinación entre Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social - En el nivel local se determinan las necesidades y se toma en cuenta la limitante del presupuesto.

5. Sistema de compras conjuntas y a través de organismos internacionales.

La negociación conjunta de medicamentos para enfermedades críticas, dentro de los trabajos del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), ha permitido que los países miembros tengan acceso a fármacos de "limitada disponibilidad en el mercado" y aumenten la cobertura de los mismos en la salud pública al bajar los costos y por consecuencia incrementar el volumen de compra.

6. Evaluación de los proveedores y mecanismos para el rechazo de los mismos.

El sistema de compras se da en base a los montos que conllevan la compra. Pudiendo hacer compras directas hasta B/.3000.00, o por Panamá compras Hasta B/.30000.00, por acto público. Más de esas cantidades son reguladas por el nivel central. Los proveedores deben cumplir con requisitos como paz y salvos del MEF Y la CSS.

6. Comisiones evaluadoras para cada uno de los 5 grupos de suministros sanitarios.

Ver pregunta 1 del apartado

7. Acuerdos de pago a proveedores para cada una de las fuentes de financiamiento

Los pagos son al contado y al crédito.

8. Mecanismos establecidos para controlar las pérdidas y fraudes, se coordina con la Dirección General de Salud y La Dirección Nacional de Farmacia y Drogas el procedimiento para el descarte. Su efectividad.

No conocemos mecanismos para controlar las pérdidas y fraudes más allá de los criterios técnicos y los compromisos que adquiere la empresa en materia de garantías. La coordinación para los descartes no es efectiva y recae principalmente en la Región de Salud para su manejo, muchas veces costos y con la limitante de no contar con presupuesto para este fin.

La elaboración de un presupuesto que incluya este ítem podría darle solución a este problema, o con la planeación adecuada destinar fondos administrativos para éste fin.

9. Conocimiento de la información de los insumos vencidos que brinda LSS SUMA

El sistema se está utilizando a nivel del depósito de medicamentos y permite tener el control del inventario.

10. Articulación del sistema de abastecimiento y suministro entre el nivel nacional y regional y entre este último y las instalaciones locales y sus limitantes

El abastecimiento es lento, conlleva muchos retrasos en las entregas y no hay legislaciones que multen estos retrasos, la logística se constituye en un problema por la falta de espacios adecuados ya que el almacén y depósito se encuentran en los predios del Instituto de Salud Mental y no contamos con un Depósito en la provincia

y tampoco con el recurso humano suficiente ni el transporte propio para los acarreos. Aparte de esto está el hecho de que la mayoría de las instalaciones se conectan pluvialmente lo que implica un costo elevadísimo de transporte por el consumo de combustible.

Y además tenemos áreas (Jaqué) cuyo medio de transporte logístico es aéreo y por barco.

11. Abastecimiento y suministro con la CSS

No aplica

12. Criterios aplicables a la priorización de las compras que consideran el perfil de morbimortalidad de la población y los principales riesgos a la que está sometida.

Sabemos de la existencia de los criterios técnicos, pero no llega a nuestro nivel un informe de la manera en que son priorizadas las compras. A pesar de que se elaboran los cuadernillos muchas de las solicitudes no son satisfechas y se reciben insumos que no se necesitan.

13. Estimación de las necesidades de insumos sanitarios

Las estimaciones se realizan de manera informal, basado en inexistencias, por lo que se capacito al personal en el sistema de aseguramiento logístico para dar una fórmula objetiva para el cálculo de las necesidades.

14. Registro de la información de consumo

Para Medicamentos y Médico Quirúrgico se utilizan formatos de saldos y pedidos. Administrativamente la presentación de informes no es regular, trayendo como consecuencia la regularidad de eventos de desabastecimiento.

15. Modalidades de compra

Ver pregunta 6 del apartado.

16. Manual de buenas prácticas de almacenamiento.

Si se conoce, y se está trabajando con la Jefatura del depósito de medicamentos para su implementación adecuada, con las limitantes de estructura, espacios, condiciones de ambiente, logística de transporte.

17. Perfiles de proyectos para mejorar su almacén regional de insumos sanitarios.

Existen los perfiles, ya ingresados al banco de proyectos de SINIP.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

1. Sistemas de información sobre la situación de salud, vigilancia de la salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, recursos humanos, promoción de la salud, estadísticas sociales y vitales confiables y oportunos.

Los sistemas de información son lentos, a pesar de contar con un grado de tecnología, el acceso a internet en muchas de las áreas es limitada o nula. El personal es escaso y en Estadísticas solo contamos a nivel Regional con dos funcionarios para la captación y consolidación de toda la información recibida. En todos los departamentos se cuenta con uno o dos funcionarios, lo que limita el flujo adecuado de información y su análisis.

2. Uso efectivo de la información disponible para la toma de decisiones.

Como no se estaban haciendo análisis de situaciones en los diversos departamentos y de manera integral, la información se mantenía aislada por departamentos sin ser al final considerada para la toma de decisiones integrales. Esto espera ser mejorado con una integración real de la organización.

3. Evaluación la calidad de la información.

No se cuenta con un sistema de evaluación de la calidad. Existen evidencias en

muchos aspectos de duplicidad de información. No se da ninguna actividad de auditoría informática, ni actualización del personal en el uso de las herramientas disponibles. En el último año se han dado capacitaciones para fortalecer las capacidades del personal en la herramienta de PAI, y esperamos implementar un sistema de monitoreo y seguimiento de la calidad del dato.

4. Mecanismos que aplica el equipo de salud para analizar la información que surge como producto del sistema.

La Región enfrenta una gran debilidad y es la ausencia de seguimiento de programas por lo que evidentemente el equipo de salud no está analizando su información al nivel local ni regional.

5. Definición de los usos y contenidos de la información

Se está definiendo el rol del Planificador de la Región de Salud en la conducción de los lineamientos a seguir para que se reactive el análisis de la información y monitoreo de programas en la Región de Darién.

6. Mecanismos con que establecen los usuarios sus sistemas de información.

No hay evidencia en la actualidad de aplicación formularios que establezcan un mecanismo de necesidad de información para los usuarios.

7. Sistema de información gerencial como herramienta que contempla centro de producción claramente establecido, que responden a las necesidades y complejidad de la instalación de salud.

Los centros de producción tienen problemas en su definición, no están claramente establecidos, para que respondan a las necesidades y complejidad de la instalación. La información gerencial se maneja con consolidados, que limitan su aplicabilidad. La disponibilidad de la información no está organizada lo que está relacionado con los perfiles del personal que cumplen estas funciones, que no son acordes con lo requerido para las posiciones.

8. Sistemas de información paralelos o un sistema único.

Para fines del ministerio contamos con un sistema único de información, sin embargo, se está introduciendo un sistema paralelo de manera definitiva a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura en Modalidad de Red Fija, con un sistema llamado SIREGES. El sistema es motivo de controversia, pero su eficiencia y análisis de viabilidad solo es discutido a niveles centrales.

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA AÑO 2017

Instalación	Institución/Nº de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
Nº Total de Camas	156	156		
Hospital San José de La Palma	25	25		
Hospital Manuel Nieto	25	25		
Hospital El Real	18	18		
CMI Santa Fe	23	23		
CMI Metetí	18	18		
CMI Boca de Cupe	13	13		
CMI Garachiné	11	11		
CMI Sambú	14	14		
CMI Jaqué	9	9		
Nº de servicios de Imagenología	4	4		
Nº de Ultrasonidos	2	2		
Nº de Rayos X	1	1		
Nº de Panorex				
Nº de Periapical				
Nº de CAT				
Nº de Mamógrafos	1	1		
Nº de Equipos de RMI				

Nº de Laboratorios Clínicos	3	3		
Nº de Bancos de Sangre				
Nº de Farmacias	9	9		
Nº de Sillones dentales completos	8	8		

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

Según la información suministrada la Provincia cuenta con 2.78 camas por cada 1000 habitantes, lo que demuestra es una cantidad acorde para la realidad de la provincia.

Esto no cuenta las camas que serán adicionadas (125 para el nuevo hospital regional y 30 para el MINSA CAPSi).

1. Mecanismos establecidos para el reporte de los estudios de imágenes.

Los estudios son reportados de manera informal por el médico general, no contamos con especialistas para los reportes formales.

2. Mecanismos que se utilizan para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes.

Las solicitudes son por demanda espontánea por lo que se entregan reportes informales de manera inmediata.

3. Porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y

reparación

No hay presupuesto consignado para este apartado. Las reparaciones y mantenimiento son por el nivel central a través de Biomédica o en casos específicos (Odontología, por ejemplo) se puede dar por autogestión.

4. Porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.

No se cuenta con personal de mantenimiento en el nivel Regional y desconocemos los perfiles del nivel Central.

5. Montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos

Los montos para la adquisición de equipos están principalmente en la parte Odontológica y de Médico Quirúrgico. Ver Presupuesto aprobado 2018.

6. Criterios con que se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías.

Básicamente es determinado por la solicitud de necesidades de las instalaciones locales. Las mismas solicitan principalmente a razón de desuso, antigüedad y falta definitiva de funcionamiento de un equipo en particular.



FOTOGRAFIA 9

FINANCIACION DE LOS SERVICIOS

COMPENSACION DE COSTOS

FUENTES DE FINANCIACION

AUTOGESTION

APORTES

PRESUPUESTO DEL ESTADO

DONACIONES

SEGURO SOLIDARIO

COMPENSACION DE COSTOS

1. Convenios de compensación de costos de la CSS en la región y en los hospitales

Anteriormente (más de 10 años) para la evaluación de los costos se estuvo utilizando el sistema de compensación Costo 20. Sin embargo, el mismo no se llevaba adecuadamente, toda vez que no se realizan los análisis en relación con la producción, rendimiento, recursos y costo. Como no se hace análisis no se toman decisiones considerando esta información.

2. Mecanismos que se aplican para el análisis de costos y como se relacionan con la producción y el rendimiento.

A nivel local se lleva a cabo facturación del sistema y los informes estadísticos, sin embargo, existen fallas en el manejo debido al conocimiento del personal para llevar a cabo los procesos. La Región tiene dos años de haber trasladado sus oficinas a la provincia de Darién con un personal joven sin la experiencia para enfrentar el reto, con disposición. Sin embargo, esta situación trajo como era de esperar conflictos en la resolución de trámites administrativos.

El uso de la producción estadística es utilizado como producto para la elaboración del presupuesto, pero ha sido principalmente como cumplimiento de un requisito con falta de un análisis debido.

3. Aspectos de la atención sanitaria que determinan sus costos y cómo influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales en la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios.

Los aspectos que están determinando los costos de la atención sanitaria son:

Estructura física

Recursos humanos

Equipo

Medicamentos

A nivel regional, y en todas las instalaciones, se carece de tecnología de punta y la complejidad de la red de Darién es mínima. No hay duplicidad de servicios MINSA – CSS, ni MINSA-MINSA. Tampoco se da elevación de los costos por decisiones de diagnóstico y tratamiento por parte de parte de los profesionales.

Se elevan los costos por la poca capacidad resolutive que implica traslados o utilización de insumos no adecuados. Estos traslados incluso por la poca capacidad resolutive se dan aparte de fines terapéuticos, con fines diagnósticos.

4. Tarifas establecidas y su relación a costos reales.

Las tarifas no reflejan los costos reales; fueron definidas a nivel central y deben ajustarse según nivel socioeconómico de las poblaciones en cada una de sus áreas.

5. Duplicidad de servicios y la compensación de costos.

No hay duplicidad de servicios MINSA CSS, ni MINSA-MINSA, la provincia solo cuenta con una oficina de enlace administrativo de a CSS.

FUENTES DE FINANCIACION

1. Brechas en gasto total en salud per cápita y gasto público per cápita

Según datos del Banco Mundial, en dólares

	2009	2010	2011	2012	2013	Evolucion Porcentual entre los años 2009 y 2013
Producto Interno Bruto Precios constantes En Millones de Balboas de 1996	19,538.4	20,994.4	23,272.1	25,755.5	27,919.0	42.9%
Población	3,450,349	3,504,483	3,723,821	3,787,511	3,850,735	11.6%
PIB per Capia	5,662.73	5,990.73	6,249.52	6,800.11	7,250.30	28.0%
Gasto Publico en millones de Balboas	10,136.9	11,084.2	12,454.6	16,278.9	18,141.9	79.0%
Gasto Publico como porcentaje del PIB	51.9%	52.8%	53.5%	63.2%	65.0%	25.2%
Gasto Publico Social En Millones de B/.	4,118.1	5,041.3	5,549.5	7,272.6	8,568.5	108.1%
Gasto Publico Social como porcentaje del Gasto Publico	40.6%	45.5%	44.6%	44.7%	47.2%	16.3%
Gasto Total en Salud (Incluye Sector Público y Privado) En Millones de Balboas	1,819.4	2,205.4	2,483.9	3,149.1	3,676.2	102.1%
Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB	9.3%	10.5%	10.7%	12.2%	13.2%	41.4%
Gasto Total en Salud Per Capita en Balboas	527.3	629.3	667.0	831.4	954.7	81.0%
Gasto Publico social en Salud En millones de B/.	1,319.4	1,515.4	1,681.9	2,286.1	2,713.2	105.6%
Funcionamiento	1,110.4	1,202.1	1,373.7	1,824.4	2,152.3	93.8%
Inversiones	209.0	313.3	308.2	461.7	560.9	168.4%
Gasto Publico en Salud como Porcentaje del PIB	6.8%	7.2%	7.2%	8.9%	9.7%	43.9%
Gasto Publico en Salud Per Capita en Balboas	382.4	432.4	451.7	603.6	704.6	84.3%
Gasto Privado en Salud En millones de B/.	500.0	690.0	802.0	863.0	963.0	92.6%
Seguros Privados	82.0	113.0	129.0	181.0	207.0	152.4%
Gastos Directos de los Hogares	418.0	577.0	673.0	682.0	756.0	80.9%
Gasto Privado en Salud Per Capita	144.9	196.9	215.4	227.9	250.1	72.6%

Fuente: Contraloría General de la Republica, MEF Dirección de Análisis Financiero y Económico
Datos del Gasto Privado en Salud de la OPS

Por lo anterior podemos decir que la brecha ha ido en aumento entre el gasto total en salud en el país y el gasto público per cápita.

2. Porcentaje del producto interno destinado al sector salud

El Banco Mundial (BM) identifica que Panamá es una de las economías más globalizadas en la región con mayor gasto en salud como porcentaje del PIB, siendo ejemplo para los países de la región que desean mejorar la calidad de vida y la productividad de sus habitantes.

El gasto total en salud en el año 2010 alcanzaba el 8.0% del PIB, mientras que para el año 2013 el gasto alcanza el 7.2%. Este gasto es significativo y de gran impacto económico y social, considerando que el gasto en salud ha aumentado, pero el PIB ha aumentado más rápido como consecuencia del crecimiento económico que ha experimentado el país los últimos años.

Los resultados de Panamá, según el FEM

El Foro Económico Mundial (FEM) es el organismo internacional que mide la competitividad de los países y la capacidad productiva de los mismos, para hacer uso eficiente de los recursos disponibles para mejorar la calidad de vida de la población. La medición se realiza a través del Índice de Competitividad Global (ICG), que mide el conjunto de instituciones, políticas y factores que determinan la productividad de un país. Su medición se realiza a través de tres factores principales (básicos, eficiencia e innovación) que concentran 12 pilares fundamentales de la competitividad de una nación.

Estos 12 pilares que miden la competitividad de los países son: Instituciones, Infraestructura, Estabilidad Macroeconómica, Salud y Educación Primaria, Educación Superior y Capacitación, Eficiencia del Mercado de Bienes, Eficiencia del Mercado Laboral, Sofisticación de Mercados Financieros, Disponibilidad Tecnológica, Tamaño del Mercado, Sofisticación de los negocios e Innovación.

Estos pilares a su vez contemplan una serie de indicadores, que están compuestos por estadísticas oficiales (data dura) y percepción de los empresarios, para medir el avance de competitividad en las diversas economías.

Dentro del pilar correspondiente a la salud de los países del ICG, el país ha bajado del puesto 68 (2013 – 2014) al puesto 79 (2014 – 2015), cayendo significativamente 11 posiciones de acuerdo a su más reciente evaluación

A pesar de que en el indicador de impacto económico de la malaria se mejoró notablemente, de la posición 78 a la posición 9, debido a los programas y proyectos llevados a cabo por el Ministerio de Salud (MINSA), aún se observaron caídas significativas en otros indicadores, con oportunidad de mejora a corto y mediano plazo. ¿Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?

La atención sanitaria para funcionamiento e inversiones es dada casi en su totalidad por el presupuesto público, no se puede decir con certeza que grado de influencia tiene la autogestión o las cooperaciones pues no se ha hecho una evaluación de este tipo.

3. Aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios

La autogestión contribuye a financiar las reparaciones en general, mantenimiento general, el

pago de servicios profesionales y la compra de útiles (lanchas, equipo de oficina, piraguas, construcción y otros tipos).

4. Aportes de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios

La estructura sanitaria administrativa de la Región de Darién no tiene este tipo de figura.

5. Aporte de la atención de salud en función de la capacidad de pago de los usuarios

Así es, el copago se recibe en función de la capacidad de las personas, y se acepta el aporte que estas puedan dar.

6. Sistema de evaluación socioeconómica. Recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios.

Se registran los aportes y las deudas. No se cuenta con evaluación socio económica de manera objetiva, ya que es realizado por los funcionarios en relación a sus conocimientos del área, y no se dispone de personal capacitado para tal fin, tampoco el nivel administrativo hace análisis que permitan saber si el sistema de copago permite que grado de recuperación de costos. Se recomienda modificar el sistema de copago incorporando personal capacitado en cada instalación para efectuar la evaluación socioeconómica correspondiente.

En economía el **coste** o **costo** es el valor monetario de los consumos de factores que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien o servicio. Todo proceso de producción de un bien supone el consumo o desgaste de una serie de factores productivos, el concepto de coste está íntimamente ligado al sacrificio incurrido para producir ese bien. Todo coste conlleva un componente de subjetividad que toda valoración supone.

La **tarifa** es el precio que pagan los usuarios o consumidores de un servicio público al Estado o al concesionario, a cambio de la prestación del servicio. Esta tarifa es fijada, en principio, libremente por el concesionario. Sin embargo, en los casos que lo determina la ley, la Administración fija - generalmente en colaboración con el concesionario - un precio máximo o tarifa legal.

7. Impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en su presupuesto

El servicio de atención a la salud nunca es gratuito, alguien tiene que financiarlo, pero la "gratuidad" ha sido utilizada en un sentido demagógico, sin tener en cuenta que la salud pública es mucho más amplia, incluye el bienestar de la población. Considerando que la atención médica "gratuita" es realizada en condiciones óptimas: con insumos, medicamentos, medios de diagnósticos adecuados, etc., es solo un aspecto para la accesibilidad a la atención de la salud/enfermedad, no el único, también es necesario tener presentes otros factores como educación, vivienda, medios de transporte, barrera lingüística, agua potable, etc.

La salud debe ser integral, la gratuidad en la forma implementada por las autoridades oficiales, sin estudio planificado y sin financiación, no la garantiza y termina reduciéndose en un enfoque parcial.

La gratuidad aparentemente rompió la barrera económica para no pagar las consultas, que al final no tiene impacto económico para compras o inversiones, pero sí los demás aranceles que evidenciaron otras barreras que no fueron contempladas, como la falta de recursos humanos (médicos, enfermeras, etc.), infraestructura o de financiamiento de la compra de reactivos para análisis de laboratorio, la compra de equipos para satisfacer las demandas de estudios de rayos X, ecocardiografía, tomografía, al igual que la contratación del personal administrativo y profesional especialista que debe manejar estos aparatos biomédicos.

8. Población subsidiada por el Presupuesto del Estado

Los subsidios del Estado se duplicaron en los últimos 5 años, se invirtió en la Red de Oportunidades, en el programa Ángel Guardián, en 100 a los 70, la Beca Universal y el peso del subsidio eléctrico fue mucho mayor que cualquiera de los anteriores. Los subsidios otorgados el año pasado “representan el 14,5% del total del gasto corriente del Sector Público No Financiero”, reveló el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

Adicionalmente está el caso del subsidio al tanque de gas, por ejemplo, que en el último quinquenio implicó un sacrificio fiscal de \$440 millones asociado a la fijación del precio del tanque de 25 libras, de acuerdo con datos oficiales publicados por el MEF y la Secretaría Nacional de Energía.

9. Subsidio como garante de la equidad sanitaria

Los subsidios para la atención de salud son las transferencias de recursos económicos que hace el Estado hacia las personas para que estas puedan acceder a ciertos bienes o servicios de salud que estima necesarios y que por sus propios medios no los pueden alcanzar.

Los subsidios pueden ser dirigidos a la demanda o a la oferta de los servicios de salud.

El subsidio a la demanda, está dirigido al consumidor quien recibe un aporte para pagar su sistema de salud decidiendo soberanamente a que institución recurrirá para adquirir a precio real el producto o servicio de salud requerido, dentro de su plan de salud elegido, de tal modo que la persona subsidiada mantiene su poder de negociación.

El pago a los proveedores de los servicios de salud es "per cápita".

Su desventaja radica en que al ser el médico el proveedor de los servicios de salud es quien genera el consumo del paciente (la oferta crea la demanda) y por lo tanto puede llevar a la aparición de incentivos perversos como es el sobreconsumo (moral hazard) incrementando las utilidades de los proveedores y los costos de la salud.

La principal desventaja es la carencia de soberanía del paciente demandante pues se le es asignado un establecimiento de salud que podría no satisfacer su demanda por servicios de salud generando insatisfacción en los usuarios e ineficiencia en el sistema.

Los beneficios que se proporcionan -por una mal entendida solidaridad- son iguales para todos e independientes del monto de los aportes. Ello produce incentivos perversos que motivan la existencia de numerosas irregularidades, como es el caso de la evasión de las cotizaciones de salud. Así, existen muchos trabajadores independientes o de empresas familiares que gozan de buenos ingresos, y que cotizan sólo el mínimo legal

Esta situación se agrava en la modalidad de atención institucional, ya que el que cotiza más recibe una bonificación inferior para sus prestaciones médicas.

10. Donaciones como una importante fuente financiera o generador de mayores dificultades para la organización del sistema

Las donaciones no tienen una cuantía importante en la Región. Alguna de las que han llegado generan más bien dificultades porque otorgan equipos dañados o medicamentos vencidos o innecesarios. No ha existido o no se ha aplicado un mecanismo regulatorio para la adquisición de las mismas.

Es indispensable que se establezcan normas para regular donaciones. Se da el caso de donaciones de medicamentos vencidos lo que genera un incremento del índice de ejecución del componente de medicamentos. Se recomienda que se dé una evaluación previa de la donación, la cual debe hacerse entre el MINSA y la entidad donante.

11. Aportes técnicos financieros de los organismos internacionales empresas privadas u otros

Actualmente en la provincia se están dando aportes:

Técnico, Consultoría para La Mejora de la Calidad en la Atención Hospitalaria. SIGIL BID MINSa

Financiero, Estrategia de Extensión de Cobertura, BID MINSa

Financiero, Programa de Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015. Fundación Carlos Slim – Bill y Belinda Gates. BID.

Técnico, Giras Integrales con el apoyo de la Cruz Roja.

12. Consideraciones sobre las tarifas actuales del sistema que facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema

Los costos facilitan la sobreutilización de los servicios, ya que las personas que viven en las áreas periféricas a la instalación acuden a buscar servicios fuera de los horarios regulares de atención, provocando sobrecarga igualmente del sistema y sobre desgaste del recurso incluido el humano.

13. Existencia de información confiable y oportuna sobre gasto público en salud privado y de bolsillo

La información de gastos en salud es confiable y oportuna. Se registra a partir de las órdenes de compra, solicitudes de bienes, registros contables, informes presupuestarios que se realizan con regularidad mensual informes de la administración. Los niveles locales realizan sus solicitudes con base a sus necesidades y luego la Región busca los recursos para la adquisición.

14. Recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías

de punta

La provincia de Darién no escapa del desarrollo tecnológico, probablemente con más lentitud, sin embargo, el presupuesto permite la adquisición de equipo que permita tener acceso a internet en la mayor parte de la provincia. En la actualidad se ha adquirido los servicios de la empresa WIPET para tales fines y se trabaja en la posibilidad de dar acceso a internet a áreas como Boca de Cupe, Sambú y Jaqué.

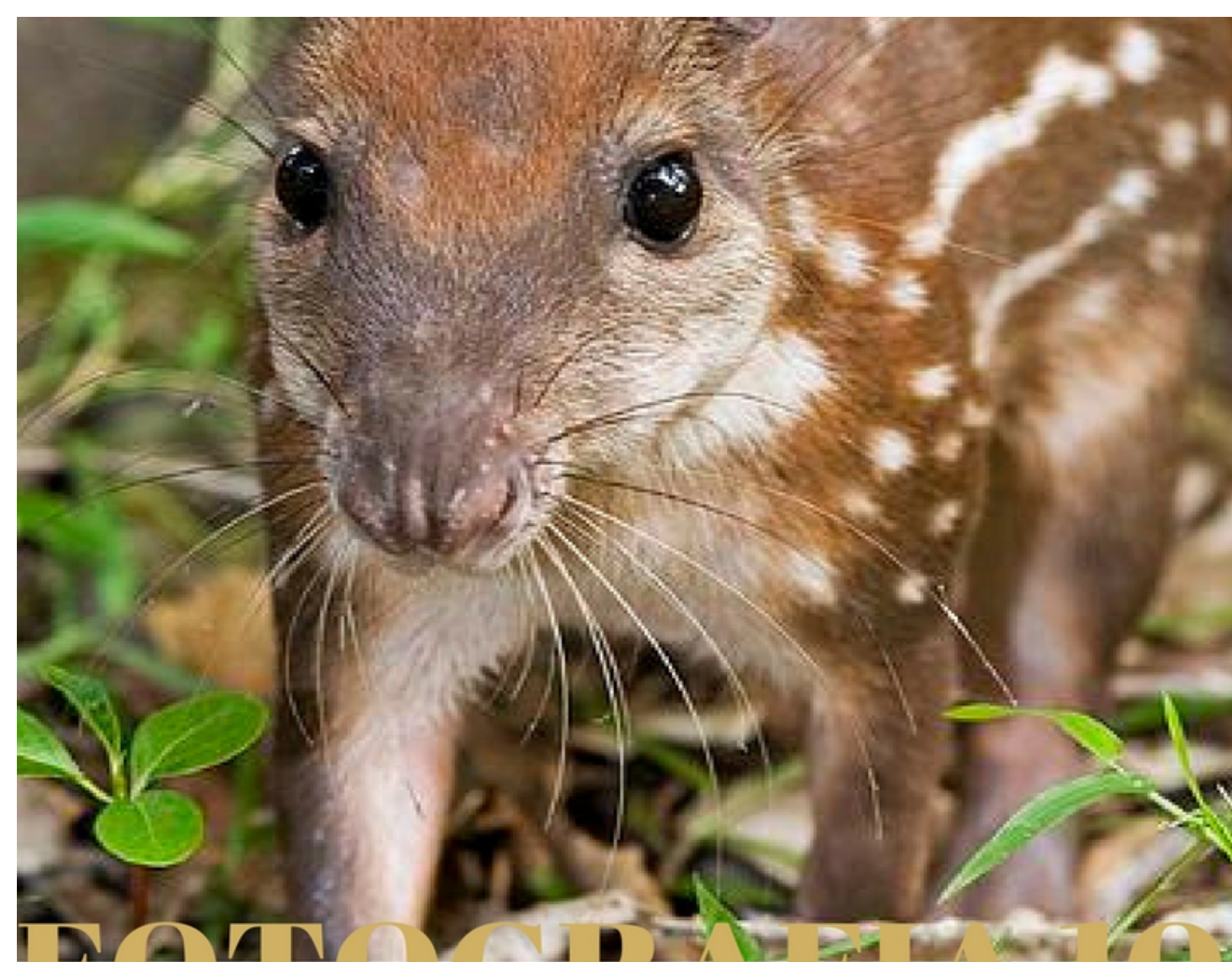
15. Toma de decisiones en el proceso de gestionar, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes

En la actualidad es el nivel regional quien formula un anteproyecto de presupuesto, remite al nivel central, quien consolida nacionalmente y remite al Ministerio de Economía y Finanzas(MEF). Una vez aprobado por la Asamblea Legislativa y el MEF regresa al MINSA central y de allí a la Región y al nivel Local. Este último realiza sus solicitudes de recursos basados en sus necesidades y la Región asigna.

La formulación del presupuesto se hace en base a presupuestos históricos o promedios ya que no conocen los costos por programa y no los puede determinar en forma científica basándose en las verdaderas necesidades ya que no conocen los costos reales de las acciones realizadas. La autonomía regional se refleja en la posibilidad de efectuar traslados de partida según los rubros necesarios. Sin embargo, existen algunas limitantes toda vez que se cuenta con partidas centralizadas como las de medicamento, laboratorio, médico – quirúrgica. En el fondo de administración la asignación de partidas se da con base en las necesidades.

16. Conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud.

La Región de Salud no tiene personal capacitado para este tipo de procedimientos, la cooperación externa viene más enmarcada en directrices del nivel central o motivados por los propios objetivos de estas organizaciones externas.



FOTOGRAFIA 10

PROYECTOS DE INVERSION

1. 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.

El sistema de salud panameño se encuentra fragmentado, esto es debido a causas importantes a mencionar cómo y en los que realmente hay que invertir el recurso de capital y humano para su solución:

La segmentación institucional y la segregación poblacional del sistema de salud, la debilidad de la capacidad rectora del ministerio como Autoridad sanitaria y las múltiples trabas jurídicas y administrativas que limitan el adecuado flujo de los procesos.

Existe coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios, así hay quienes no colaboran mutuamente e ignoran y compiten en la prestación de salud, operando sin la integración se impide la estandarización de los contenidos, la calidad y el costo de la provisión de servicios, lo que genera costos de transacción y asignaciones ineficientes de los recursos del sistema.

Existen grandes inequidades en el acceso y la utilización de los recursos con grandes diferencias en los derechos de los asegurados, en niveles de gastos y grados de acceso a los servicios por distintos estratos de la población.

A pesar de promover la atención primaria vemos como los modelos de atención se centran en la enfermedad y cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria.

Hay problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.

Los modelos de financiamiento de organismos de cooperación son de financiamiento de programas verticales.

Para enfrentar esta problemática la inversión debe darse en el sentido de una convergencia inter institucional y la integración operativa:

Con el fortalecimiento de la Rectoría y la Conducción de la Política sectorial.

Con el Diálogo político y social que involucre múltiples actores.

Con la armonización e integración del financiamiento.

Alineamiento y armonización de la cooperación internacional.

Sistemas basados en la Atención Primaria de Salud.

Incorporación de los conocimientos de los Programas a la organización de sistemas.

2. Criterios que deben cumplirse para presentar proyectos de inversión.

Criterios presentados por el MEF que presentan dificultad.

La Región de Salud de Darién ha logrado subsanar la situación que impedía hace 5 años ingresar al banco de proyectos del SISTEA NACIONAL DE INVERSIONES PUBLICAS, con lo que se ha podido formular proyectos y avanzar en esa materia.

3. Proyectos de inversión del año 2017 y los proyectados para el 2018 con los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud y el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud renovada.

A continuación, presento el listado de proyectos que se encuentran en el banco de datos de SINIP, todos apuntan a mejorar la red de servicios de salud.



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN

DEPARTAMENTO DE FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PRESUPUESTO Y PROYECTOS DE INVERSIÓN

Ejecución del Presupuesto de Inversiones por Programas y Proyectos

Al 30 de Septiembre de 2017. En Balboas



REGION DE SALUD DE DARIEN								
DETALLE	PRESUPUESTO LEY	PRESUPUESTO MODIFICADO	ASIGNADO A LA FECHA	EJECUTADO A LA FECHA	% DE EJECUCION A LA FECHA	% DE AVANCE FISICO EN OBRE	PAGADO	% PAGADO
HOSPITAL GENERAL DE METETI	B/.79,229,849.47					66.87%		
MINSA CAPSI DE SANTA FE	B/.8,513,912.44					90.35%		
Construcción de la obra para Mejoras y ampliación del Centro de Rehabilitación Integral (Reintegra) y el Centro de Salud de Cucunatí	B/.405,468.48	B/.405,468.48	B/.405,468.48	B/.0.00	0			B/.0.00
Ampliación al Hospital El Real de Santamaría	B/.2,092,751.79	B/.2,092,751.79	B/.2,092,751.79	B/.0.00	0			B/.0.00
Ampliación al Hospital San José de La Palma	B/.2,000,000.00	B/.2,000,000.00	B/.2,000,000.00	B/.0.00	0			B/.0.00
Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Metetí	B/.65,000.00	B/.65,000.00	B/.65,000.00	B/.0.00	0			B/.0.00
Habilitación del Sub-Centro de Salud de Pinogana	B/.29,903.29	B/.29,903.29	B/.29,903.29	B/.0.00	0			B/.0.00
Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Boca de Cupe	B/.50,000.00	B/.50,000.00	B/.50,000.00	B/.0.00	0			B/.0.00
TOTAL DE INVERSION	B/149,328,641.42							

4. Proyectos financiados por medio de la cooperación técnica internacional.

En materia de salud:

Con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) el contrato de préstamo N°7587-PA para la ejecución del Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud, con el objetivo de reducir las inequidades en el sector salud incrementando el acceso a servicios básicos de atención en zonas rurales pobres y mejorar los resultados de salud que beneficiarán a los grupos más vulnerables de la población.

Contrato de préstamo N°2563/OC-PN con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la implementación del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud con el objetivo de mejorar la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en comarcas indígenas y sus áreas limítrofes.

El Gobierno de Panamá suscribió el Convenio Marco N° PN-G1001 y los Convenios Individuales N° GRT/HE-13116-PN y GRT/HE/13117-PN para la implementación del Programa Iniciativa Salud Mesoamérica Panamá 2015 con el objetivo de mejorar el acceso, cobertura, uso y calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal e infantil en las comarcas indígenas de Guna Yala y Emberá Wounaan, con miras a contribuir con la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil y la reducción de la desnutrición crónica.

Existe apoyo de parte de la Cruz Roja Internacional pero no conocemos a nivel regional convenios firmados.

Está programado para el año 2018, la consecución de un albergue materno en los predios del Centro Materno Infantil de Metetí y la construcción de un nuevo puesto de salud en la comunidad de El Salto (comunidad Emberá, en el corregimiento de Lajas Blancas)

5. Plan Quinquenal de Inversiones.

La Región cuenta con un plan Quinquenal de inversiones, actualizado, estamos en la conformación de un nuevo equipo con cooperación de Planificación, Provisión de Servicios y la Dirección de Infraestructura para la evaluación estructural actual.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
DIRECCION DE PROGRAMACION DE INVERSIONES PUBLICAS
PLAN QUINQUENAL INDICATIVO DE INVERSIONES NO FINANCIERAS

2017-2021

(En Balboas)

012

Ministerio de Salud

Item	Cod. Inst.	SNIP	Partida	Proyecto (Descripción)	ESTADO ACTUAL	Costo Total	2017	2018	2019	2020	2021	Estatus
1	012	12130.999	2.1.1.703.05.01.514	Mantenimiento Reparaciones Darién	EN EJECUCION	B/1,590,000.00	B/1,590,000.00	B/400,000.00	B/300,000.00	B/300,000.00	B/300,000.00	Continuidad
2	012	12130.999	2.1.1.703.05.01.514	Construcción Hospital de Darién	EN EJECUCION,	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
3	12			MINSa CAPSi de Santa Fe	OBRA DETENIDA							Continuidad
4	012	17269.999	2.1.1.001.22.01.514	PROGRAMA AMPLIACION MI SALUD PRIMERO		B/8,997,316.00	B/6,847,316.00	B/2,150,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
5	012	17269.001	2.1.1.001.22.01.514	Rehabilitación Hospital el Real de Santa María	Para Licitación, pospuesta al 16 de agosto de 2017	B/2,104,738.00	B/2,104,738.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
6	012	17269.022	2.1.1.001.22.01.514	Construcción Puestos de Salud en la Provincia de Darién	Para Licitación	B/650,000.00	B/650,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
7	012	17269.023	2.1.1.001.22.01.514	Mejoramiento Centro Materno Infantil de Sambú	Para 2018	B/600,000.00	B/0.00	B/600,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
8	012	17269.024	2.1.1.001.22.01.514	Mejoramiento Centro de Salud de Cucunatí	Adjudicado a Roberto Rodríguez e Hijos, en tramite de	B/453,861.00	B/453,861.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
9	012	17269.025	2.1.1.001.22.01.514	Mejoramiento Centro de Rehabilitación Integral de Metel	Licitación 2 de Septiembre de 2016	B/288,861.00	B/288,861.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
10	012	17269.031	2.1.1.001.22.01.514	Ampliación Centro de Salud de Unión Chochoe	Para ejecutar en 2018 MINSa BID	B/500,000.00	B/300,000.00	B/200,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
11	012	17269.032	2.1.1.001.22.01.514	Ampliación del Hospital San José en La Palma, Región de Salud de Darién.	Para Licitación	B/2,749,856.00	B/2,749,856.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
12	012	14033.000	2.1.1.001.22.01.514	Habilitación del Centro Materno Infantil de Platamilla	Para 2018	B/300,000.00	B/300,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
13	012	1280.011	012.1.2.04.05	Construcción Acueductos en Darién	Proyecto Permanente, Nivel Central	B/793,200.00	B/793,200.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
14	012	12830.006	012.1.2.03.09	Instalación Letrinas en la región de Darién	Proyecto Permanente, Nivel Central	B/297,000.00	B/297,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
15	012	16019.002	012.1.3.04.10	Alimentación Temprana para la prevención de la desnutrición en Darién	Proyecto Permanente, Nivel Central	B/383,932.00	B/383,932.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
16	012	17269.065	POR ASIGNAR	Construcción del Depósito Regional de Biológicos	Para 2018	B/1,350,000.00	B/0.00	B/1,350,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
17	012	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Construcción del Sub Centro de Salud de el Salto	A Realizar por Embajada de EEUU 2018	B/959,200.00	B/959,200.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
18	012	17269.063	POR ASIGNAR	Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Boca de Cupe	En asesoría Legal para subir a compras	B/1,060,000.00	B/0.00	B/1,060,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
19	012	17269.064	POR ASIGNAR	Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Garachine	Sistema eléctrico 2017	B/1,060,000.00	B/0.00	B/1,060,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
20	012	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Reposición del Puesto de Salud de Waia	Para 2019	B/287,500.00	B/0.00	B/0.00	B/287,500.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
21	12	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Reposición del Sub Centro de Salud de Chepigana	Para 2018	B/300,000.00	B/0.00	B/300,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Nuevo
22	12	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Reposición de los Puestos de Salud de Camoganti y Seteganti	Para 2018	B/325,000.00	B/0.00	B/325,000.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Nuevo
23	12	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Santa Fe	En asesoría Legal para subir a compras, por la DIS	B/0.00	B/0.00	B/175,065.00	B/0.00	B/0.00	B/0.00	Continuidad
				Total		B/25,050,464.00	B/16,717,964.00	B/7,620,065.00	B/587,500.00	B/300,000.00	B/300,000.00	

6. Revisión y adecuación a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales.

Definitivamente la inversión pública constituye una variable estratégica para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población y al desarrollo socio-económico de la región, por lo que es importante contar con instrumentos que propicien la optimización de los recursos destinados a los proyectos de inversión. Estamos conformando el equipo para la presentación de un documento que vincule el tema de la inversión pública, basado en un Sistema de Inversión Pública, y un enfoque moderno de la Gestión Pública por Resultados, que contempla el seguimiento y evaluación de los proyectos, como un pilar necesario para consolidar el aprendizaje institucional, y la derivación de buenas prácticas para la mejora continua.

*“Las cosas no se dan de la noche a la mañana pues si quieres lograr algo tienes que luchar día a día, ser constante y no detenerte hasta llegar a tu meta. Lucha, pon todo de tí, esfuérzate y veras que al final llegara el momento de la victoria.
Se positivo en todo lo que hagas.”*