



**ANALISIS DE SITUACION DE
SALUD
REGION DE SALUD DE
DARIEN
2014**

**DOCTORA PANAMA PEREZ. DIRECTORA REGIONAL DE
SALUD DE DARIEN**

**DOCTOR JOSE ANGEL HERNANDEZ. PLANIFICADOR
REGIONAL**



INDICE

Introducción	3
Fotografía 1. El contexto.....	4
Fotografía 2. ¿Cuál es la demanda de necesidades y servicios?	22
Fotografía 3. Caracterización de la oferta.....	50
Fotografía 4. Satisfacción del usuario.....	74
Fotografía 5. Actores y red social.....	80
Fotografía 6. Proyección de la red.....	90
Fotografía 7. Caracterización del sistema regional y proyecciones.....	107
Fotografía 8. Instrumento de gestión.....	115
Fotografía 9. Financiación de los servicios.....	130
Fotografía 10. Proyectos de Inversión.....	139



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 1

EL CONTEXTO

TENDENCIAS

PROYECCIONES DEL DESARROLLO

ECONOMICO

IMPACTO DE LOS CAMBIOS

CLIMATICOS

FOTOGRAFIA N°1

1. Describa 3 ó 4 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 que en el conjunto de las provincias, el 6.4% de población estuvo en condiciones de pobreza extrema en 2012, en las comarcas indígenas fue el 68.5%, una proporción incluso, ligeramente mayor a la del 2011.

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 Ngãbe 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, lo que fue menor a la correspondiente a 2011 (24.0 por ciento y 49.5% respectivamente) 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 35% y 73.7% respectivamente.

PROVINCIAS Y ÁREAS COMARCALES	INDIGENTES					POBRES				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Total	15.3	15.3	12.2	11.5	10.4	33.8	33.4	29.8	27.6	25.8
Provincias	12.1	11.9	9.1	7.7	6.4	30.7	30.1	26.4	23.4	21.4
Bocas del Toro	35.9	30.6	24.2	28.3	17.8	61.0	64.2	59.6	55.0	55.6
Coclé	27.8	30.3	21.0	15.0	14.4	50.7	51.1	46.9	37.0	33.9
Colón	8.6	9.5	10.3	5.8	3.2	21.2	25.3	26.0	17.6	15.8
Chiriquí	15.8	15.2	9.3	10.4	8.9	39.1	38.7	31.5	27.5	29.1
Darién	19.4	25.6	23.6	24.0	18.9	50.6	50.9	55.3	49.5	48.1
Herrera	15.5	14.3	7.7	4.8	4.5	36.7	32.7	24.9	20.6	21.5
Los Santos	11.4	12.4	6.4	2.9	4.2	30.3	32.5	23.9	16.9	16.6
Panamá	5.3	5.3	5.0	3.0	3.2	21.3	21.0	17.6	16.4	13.2
Veraquas	28.4	25.8	18.4	21.3	14.8	52.8	49.5	43.4	42.7	40.9
Áreas Indígenas	70.9	70.8	63.3	..	..	88.6	91.1	88.0	..	..
Comarcas Indígenas	..	..	..	68.1	68.5	..	..	..	89.2	89.8
Guna Yala	..	..	..	63.7	72.5	..	..	..	83.7	83.3
Emberá	..	..	..	43.1	35.0	..	..	..	72.4	73.7
Náábe Buglé	..	..	..	70.5	69.0	..	..	..	91.4	92.2

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas.

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).

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. La guerra 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.

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 nula 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.

Con el BID, el BIRF y fondos locales como lo son: El Programa de Protección Social-Apoyo a la Red de Oportunidades-Fase I, por un monto de 30.65 millones de balboas, para el periodo 2008-2013. El Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud, financiado por el BIRF/fondos locales, por un monto de 58.73 millones de balboas, para el periodo 2009-2014. 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 esta 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 la 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 insocial del país.

Panamá esta adscrito a lineamientos internacionales con:

Acuerdos de cooperación técnica internacional.

Objetivos de desarrollo de milenio.

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 éste plan esta 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.

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 29% de la población panameña, vive debajo de la línea de pobreza es decir 1017.913 millones de panameños. 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.

120 a los 70, 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.

El programa Beca Universal tiene un costo de B/. 23.2 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 éste 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.

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, y 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 esta 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 éstos bosques tropicales.

En Darién hay actualmente 8 zonas protegidas, que abarcan sistemas marinos costeros, bosques tropicales, manglares, entre otros. Esta catalogada como una de las mas 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.

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 MINSAs.

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 de un cambio de actitud del personal y de la misma población..

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

PROVINCIA	IDHP 2010	IDHP 2012	IDHP 2013	% Crecimiento 2010-2013
Bocas del Toro	0.652	0.655	0.668	2.4
Coclé	0.706	0.706	0.725	2.6
Colón	0.749	0.768	0.776	3.6
Chiriquí	0.739	0.754	0.769	4.1
Darién	0.598	0.618	0.639	6.9
Herrera	0.750	0.758	0.773	3.1
Los Santos	0.748	0.769	0.782	4.6
Panamá	0.802	0.823	0.828	3.2
Veraguas	0.684	0.698	0.705	3.0
Guna Yala	0.511	0.502	0.523	2.4
Emberá Wounaan	0.497	0.521	0.568	14.3
Ngäbe Buglé	0.465	0.483	0.499	7.5
Pala	0.753	0.765	0.775	3.0
Urbano	0.805	0.825	0.831	3.3
Rural	0.638	0.653	0.666	4.5

Provincias y Comarcas	IDF	IDB	IDI	IDJ Total	IDJ socioemocional	IDJ cognitivo
Bocas del Toro	0.46	0.71	0.62	0.44	0.56	0.32
Chiriquí	0.57	0.82	0.69	0.50	0.58	0.43
Coclé	0.48	0.76	0.77	0.47	0.56	0.38
Colón	0.56	0.75	0.74	0.52	0.64	0.40
Guna Yala	0.36	0.63	0.68	0.39	0.51	0.26
Emberá Wounaan	0.60	0.54	0.47	0.31	0.47	0.15
Ngäbe Buglé	0.47	0.46	0.49	0.33	0.46	0.19
Darién	0.58	0.73	0.67	0.44	0.54	0.34
Herrera	0.64	0.72	0.68	0.51	0.59	0.42
Los Santos	0.54	0.58	0.76	0.57	0.64	0.50
Panamá	0.63	0.76	0.80	0.59	0.69	0.49
Veraguas	0.54	0.75	0.74	0.52	0.65	0.40

13. Estrategias de concertación, de políticas y de gestión participativas.

14. 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 integrar 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 técnicopolíticos.

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.

17. Normas sanitarias para el funcionamiento de establecimientos públicos y el MINSA fiscaliza el cumplimiento de éstas.

A photograph of a traditional thatched-roof hut in a tropical setting with palm trees. The hut has a steeply pitched roof made of dried palm fronds and is supported by wooden posts. The background is filled with lush green palm trees under a clear sky. The text is overlaid on the right side of the image.

FOTOGRAFIA 2

¿CUÁL ES LA DEMANDA DE NECESIDADES Y SERVICIOS?

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

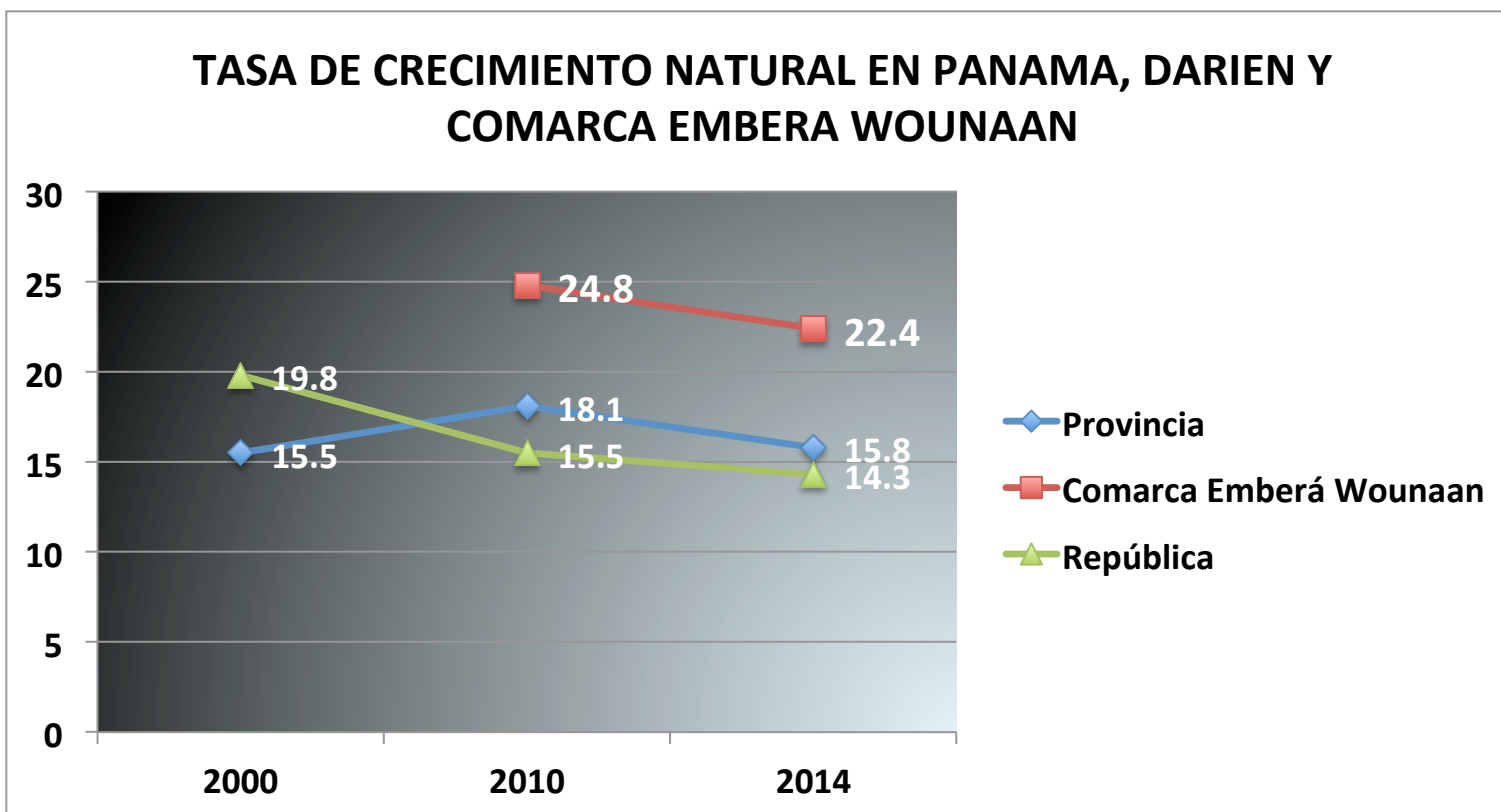
ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

MORBILIDAD

MORTALIDAD

CUADRO nº1									
INDICADORES DEMOGRAFICOS									
A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	2000			2010			2014		
	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM
DENSIDAD DE POBLACION									
Provincia	3.4			4.1			4.45		
Comarca Emberá Wounaan	1.9			2.3			2.6		
TASA DE CRECIMIENTO NATURAL									
Provincia	15.5			18.1			15.8		
Comarca Emberá Wounaan				24.8			22.4		
TASA BRUTA DE NATALIDAD									
Provincia	17.9			20.6			19.3		
Comarca Emberá Wounaan				27			24.1		
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD									
Provincia	4.6			4			2.92		
Comarca Emberá Wounaan	5.69			4.7			4.23		
TASA GENERAL DE FECUNIDAD									
Provincia	152.4			134.2			106.6		
Comarca Emberá Wounaan	184			165.7			139.2		
% DE POBLACION URBANA	4			4					
% DE POBLACION RURAL	96			96					
% DE POBLACION INDIGENA	39			43					
RAZON DE DEPENDENCIA	84.8			78.8					
% DE POBLACION INMIGRANTE									
% DE POBLACION EMIGRANTE									
SALDO MIGRATORIO	-1037			-1098					
% DE POBLACION DISCAPACITADA	1.70%			3.70%					

CUADRO nº1			
INDICADORES DEMOGRAFICOS			
A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	TOTAL		
	2000	2010	2014
Provincia	15.5	18.1	15.8
Comarca Emberá Wounaan		24.8	22.4
República	19.8	15.5	14.3



CUADRO 1			
INDICADORES DEMOGRAFICOS			
A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	2000	2010	2012
	TOTAL	TOTAL	TOTAL
TASA BRUTA DE NATALIDAD			
	2000	2010	2012
Provincia	17.9	20.6	19.3
Comarca Emberá Wounaan		27	24.1
Panamá	22.7	18.6	19.9

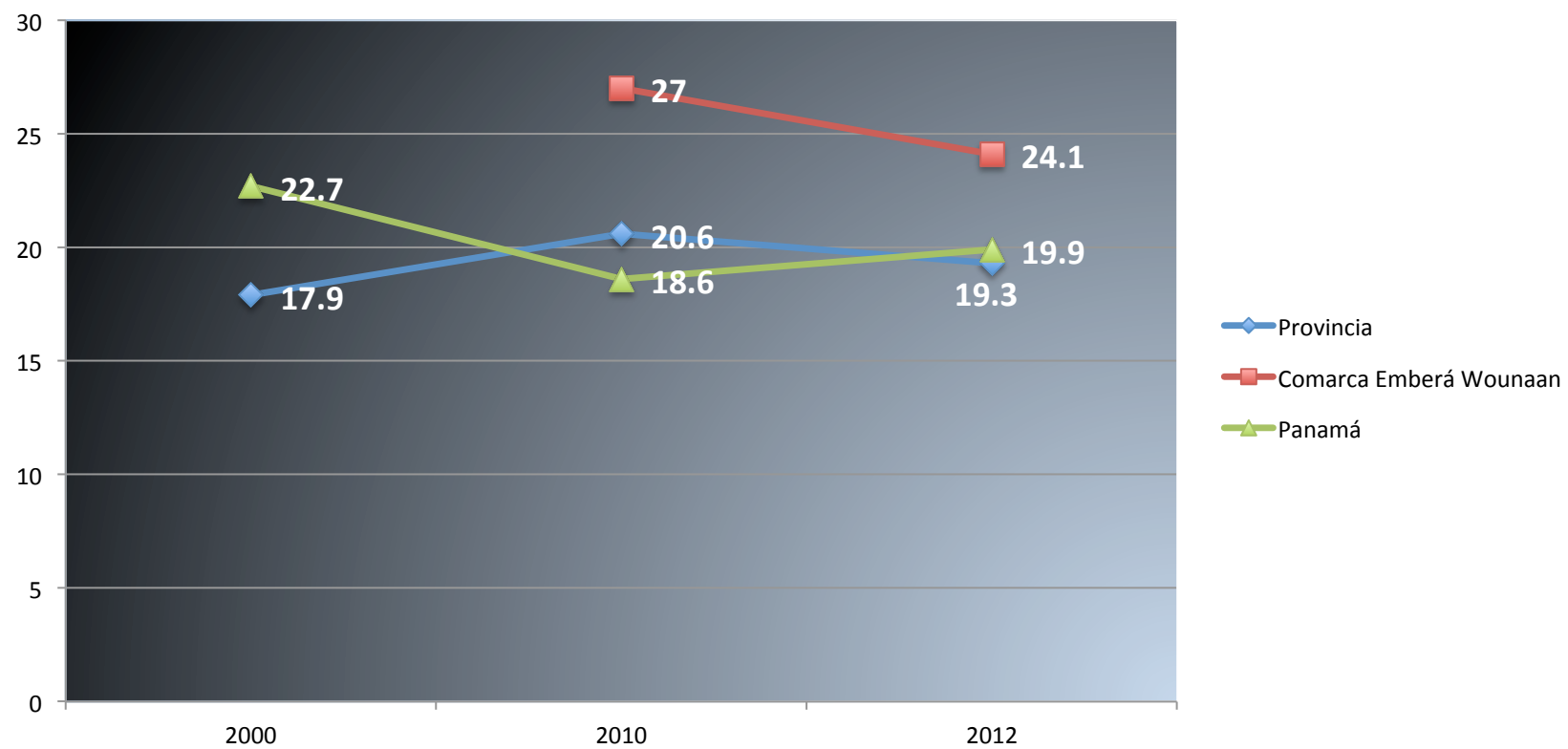
TASA POR 1000 HAB

Fuente: INEC. Estadísticas Vitales Volumen II. Nacimientos y Defunciones

Bocas del Toro 29, Ngobe Bugle 29.9 Las más altas

Los Santos 12

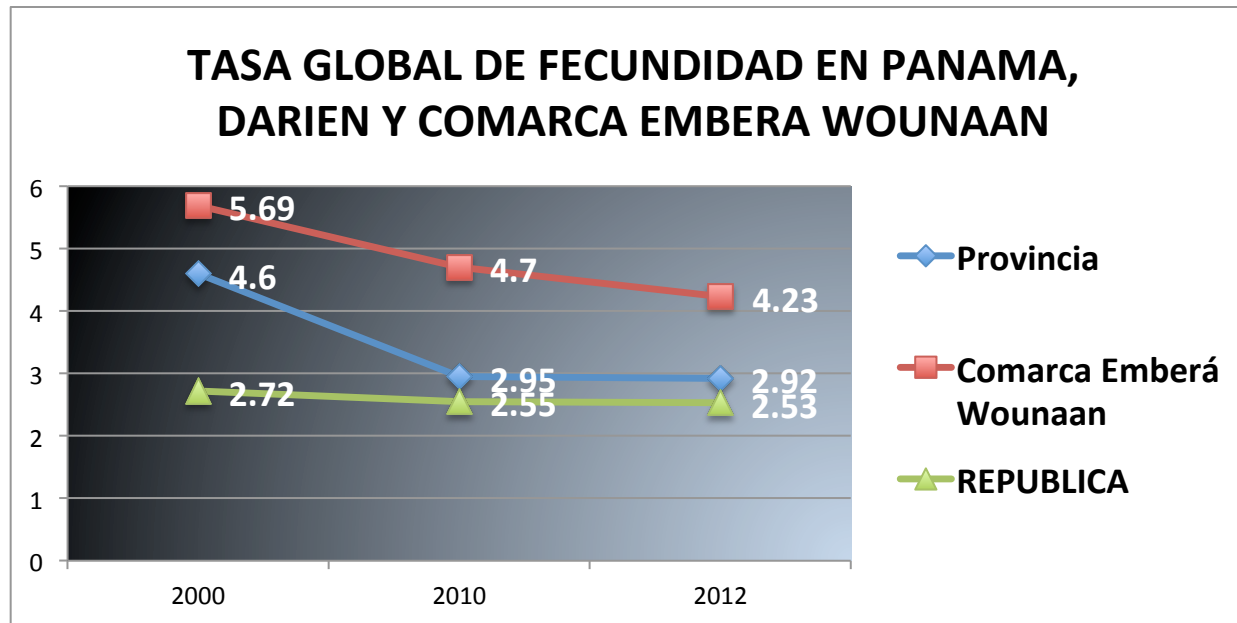
TASA BRUTA DE NATALIDAD EN PANAMA, DARIEN Y COMARCA EMBERA WOUNAAN



CUADRO nº1			
INDICADORES DEMOGRAFICOS			
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	2000	2010	2012
Provincia	4.6	2.95	2.92
Comarca Emberá Wounaan	5.69	4.7	4.23
REPUBLICA	2.72	2.55	2.53

TASA PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER
FUENTE: INEC INDICADORES SOCIALES

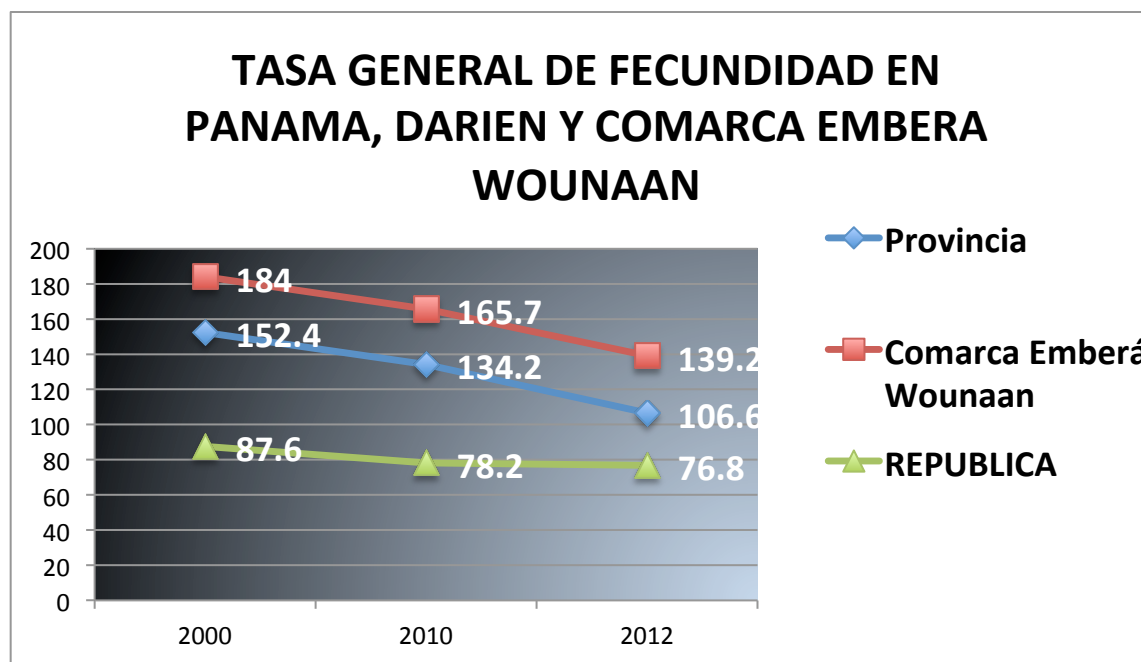
BOCAS DEL TORO 4.15, EMBERA 4.23, GUNA YALA 4.30 GNOBE BUGLE 4.63 LA MAS ALTA
LOS SANTOS 1.71 LA MAS BAJA



CUADRO 01			
INDICADORES DEMOGRAFICOS			
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD	2000	2010	2012
	TOTAL	TOTAL	TOTAL
	2000	2010	2012
Provincia	152.4	134.2	106.6
Comarca Emberá Wounaan	184	165.7	139.2
REPUBLICA	87.6	78.2	76.8

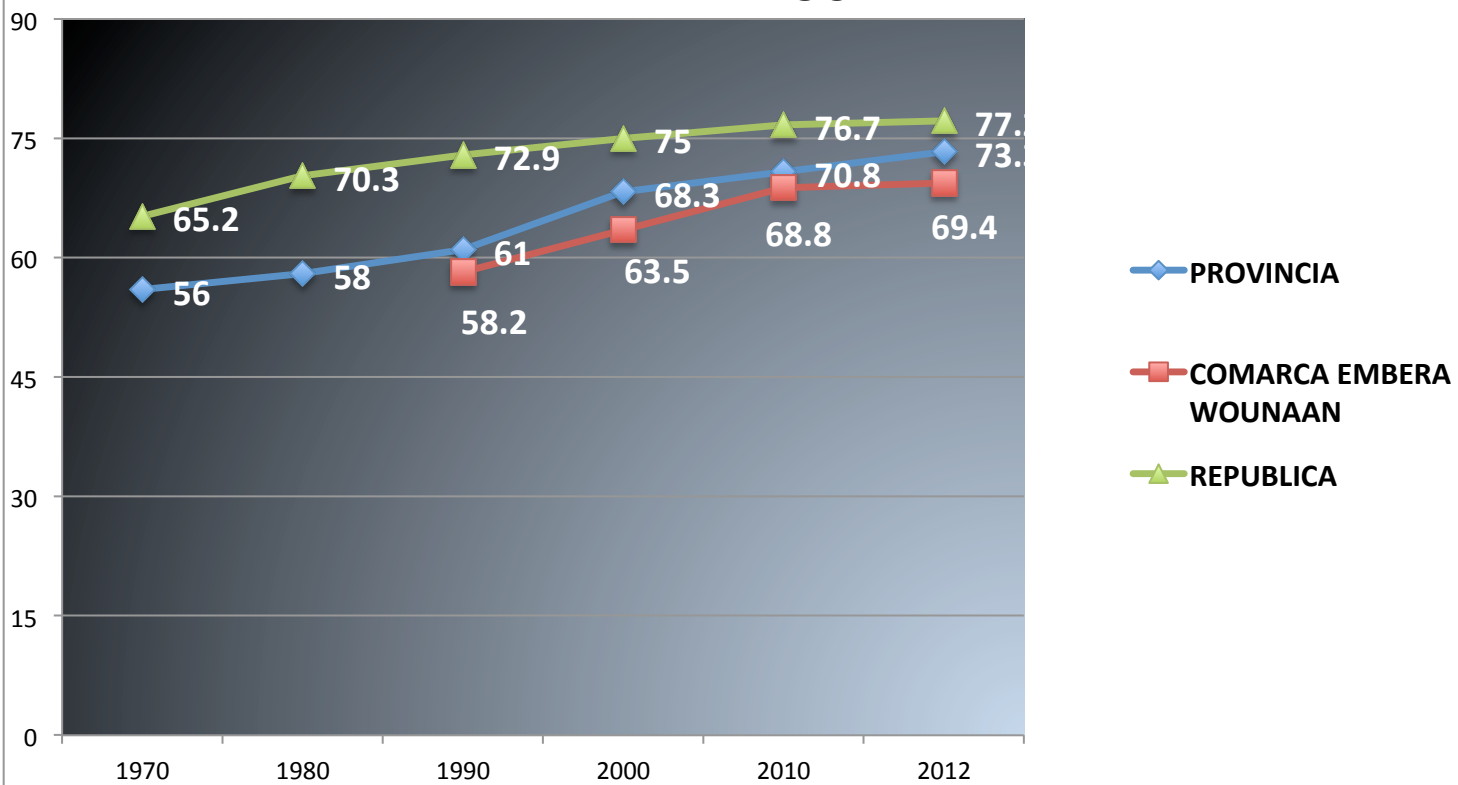
TASA POR CADA 1000 MUJERES EN EDAD FERTIL
FUENTE INEC INDICADORES SOCIALES

GNOBE BUGLE 149.8 EMBERA 139.2 GUNA YALA 139.1 BOCAS DEL TORO 132.6
LOS SANTOS 50.4



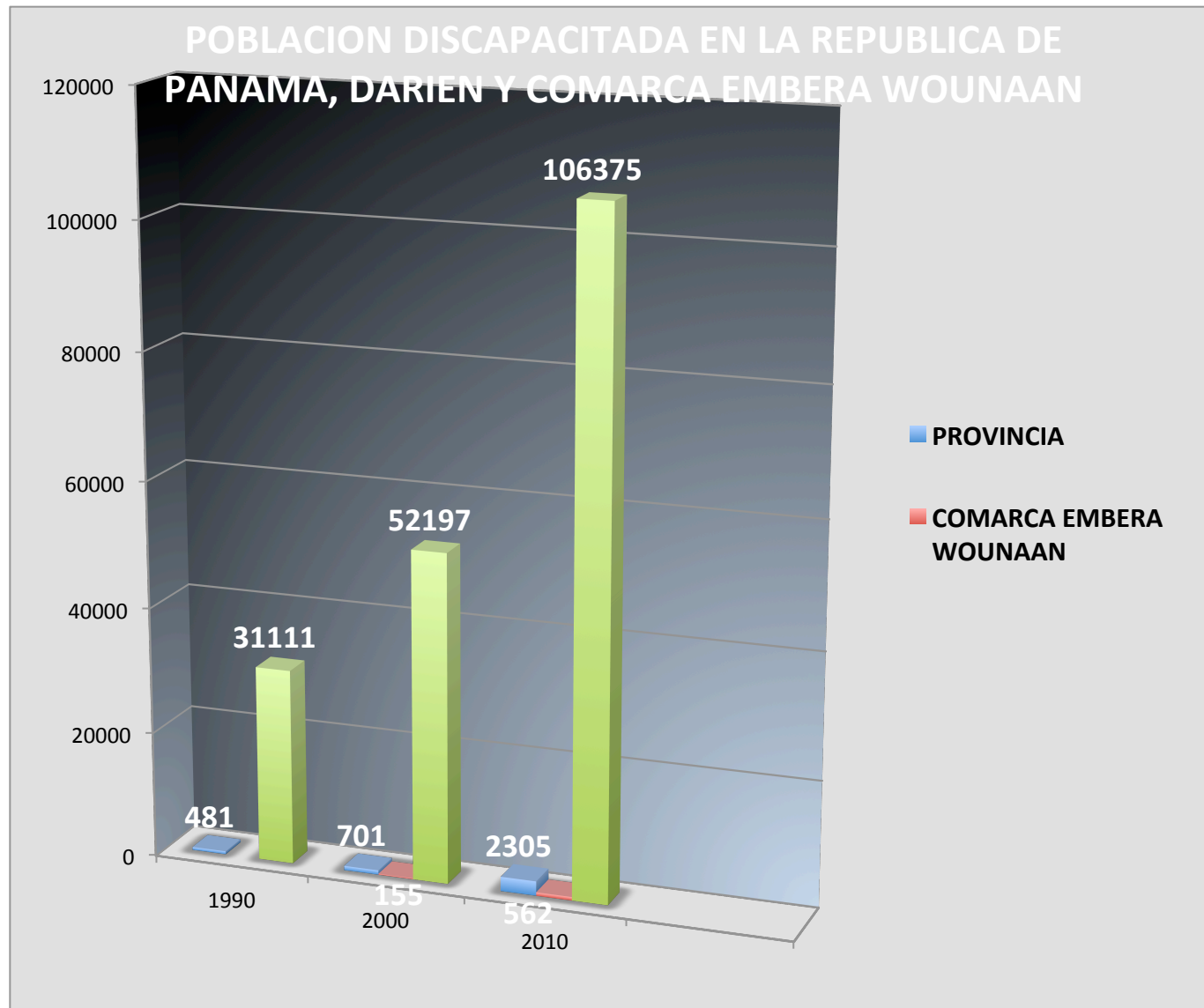
ESPERANZA DE VIDA						
	1970	1980	1990	2000	2010	2012
PROVINCIA	56	58	61	68.3	70.8	73.3
COMARCA EMBERA WOUNAAN			58.2	63.5	68.8	69.4
REPUBLICA	65.2	70.3	72.9	75	76.7	77.2
SEXO MASCULINO						
PROVINCIA			60.36	66	69.8	70.3
COMARCA EMBERA WOUNAAN			56.39	61.5	66.7	67.3
REPUBLICA			69.71	71.8	73.7	74.2
SEXO FEMENINO						
PROVINCIA			65.27	70	75.8	76.5
COMARCA EMBERA WOUNAAN			60.2	65.5	71	71.7
REPUBLICA			75.26	76.8	79.9	80.3

ESPERANZA DE VIDA EN PANAMA, DARIEN Y COMARCA EMBERA WOUNAAN



POBLACION DISCAPACITADA				
	1990	2000	2010	
PROVINCIA	481	701	2305	
COMARCA EMBERA WOUNAAN		155	562	
REPUBLICA	31111	52197	106375	
SEXO MASCULINO				
PROVINCIA	60.36	66	69.8	70.3
COMARCA EMBERA WOUNAAN	56.39	61.5	66.7	67.3
REPUBLICA	69.71	71.8	73.7	74.2
SEXO FEMENINO				
PROVINCIA	65.27	70	75.8	76.5
COMARCA EMBERA WOUNAAN	60.2	65.5	71	71.7
REPUBLICA	75.26	76.8	79.9	80.3

FUENTE: INEC. SISTEMA DE INDICADORES DE ENFOQUE DE GENERO



CUADRO 02										
INDICADORES DEMOGRAFICOS										
AREA	A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	2000			2010			2014		
		TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM
	TOTAL	50249	27666	22583	58379	32076	26303	65323	35313	30010
DARIEN	TOTAL	42003	23280	18723	48378	26671	21707	53740	29174	24566
	MENOR DE 1 AÑO	1186	599	587	1098	581	517	1238	633	605
	1 a 4	6077	3123	2954	4575	2366	2209	4666	2384	2282
	5 a 9	5895	3049	2846	6264	3237	3027	5931	3028	2903
	10 a 14	5226	2735	2491	6146	3175	2971	6170	3153	3017
	15 a 19	3732	2068	1664	4774	2668	2106	6238	3225	3013
	20 a 59	16681	9569	7112	21454	12079	9375	24547	13773	10774
	60 a 64	1040	689	351	1402	868	534	1519	901	618
65 y más	3352	2047	1305	2665	1697	968	3431	2077	1354	
COMARCA EMBERA	TOTAL	8246	4386	3860	10001	5405	4596	11583	6139	5444
	MENOR DE 1 AÑO	325	189	136	292	140	152	340	173	167
	1 a 4	1144	594	550	1116	577	539	1267	644	623
	5 a 9	1450	749	701	1593	871	722	1435	728	707
	10 a 14	1176	629	547	1463	804	659	1383	723	660
	15 a 19	694	380	314	957	526	431	1357	722	635
	20 a 59	2985	1569	1416	3773	2033	1740	4968	2691	2277
	60 a 64	182	106	76	278	162	116	294	161	133
	65 y más	290	170	120	529	292	237	539	297	242

CUADRO #2

INDICADORES DEMOGRAFICOS																			
AREA	A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	2000						2010						2014					
		TOTAL	DENSIDAD DE POBLACION	MASC	DENSIDAD DE POBLACION	FEM	DENSIDAD DE POBLACION	TOTAL	DENSIDAD DE POBLACION	MASC	DENSIDAD DE POBLACION	FEM	DENSIDAD DE POBLACION	TOTAL	DENSIDAD DE POBLACION	MASC	DENSIDAD DE POBLACION	FEM	DENSIDAD DE POBLACION
	TOTAL	50251.957	3.1	27666	1.7	22583	1.4	58382.5	3.6	32076	2.0	26303	1.6	65326.85	4.0	35313	2.2	30010	1.8
DARIEN	TOTAL	42004.957	3.5	23280	2.0	18723	1.6	48380.2	4.1	26671	2.2	21707	1.8	53742.45	4.5	29174	2.5	24566	2.1
	MENOR DE 1 AÑO	1186.0504	0.1	599	0.1	587	0.0	1098.05	0.1	581	0.0	517	0.0	1238.053	0.1	633	0.1	605	0.1
	1 a 4	6077.2625	0.5	3123	0.3	2954	0.2	4575.2	0.4	2366	0.2	2209	0.2	4666.2	0.4	2384	0.2	2282	0.2
	5 a 9	5895.2563	0.5	3049	0.3	2846	0.2	6264.27	0.5	3237	0.3	3027	0.3	5931.255	0.5	3028	0.3	2903	0.2
	10 a 14	5226.2299	0.4	2735	0.2	2491	0.2	6146.27	0.5	3175	0.3	2971	0.2	6170.265	0.5	3153	0.3	3017	0.3
	15 a 19	3732.1738	0.3	2068	0.2	1664	0.1	4774.22	0.4	2668	0.2	2106	0.2	6238.271	0.5	3225	0.3	3013	0.3
	20 a 59	16681.804	1.4	9569	0.8	7112	0.6	21455	1.8	12079	1.0	9375	0.8	24548.16	2.1	13773	1.2	10774	0.9
	60 a 64	1040.0579	0.1	689	0.1	351	0.0	1402.07	0.1	868	0.1	534	0.0	1519.076	0.1	901	0.1	618	0.1
65 y más	3352.1721	0.3	2047	0.2	1305	0.1	2665.14	0.2	1697	0.1	968	0.1	3431.175	0.3	2077	0.2	1354	0.1	
	TOTAL	8247.0006	1.9	4386	1.0	3860	0.9	10002.2	2.3	5405	1.2	4596	1.0	11584.4	2.6	6139	1.4	5444	1.2
COMARCA EMBERA	MENOR DE 1 AÑO	325.04312	0.1	189	0.0	136	0.0	292.032	0.1	140	0.0	152	0.0	340.0395	0.1	173	0.0	167	0.0
	1 a 4	1144.1355	0.3	594	0.1	550	0.1	1116.13	0.3	577	0.1	539	0.1	1267.147	0.3	644	0.1	623	0.1
	5 a 9	1450.1709	0.3	749	0.2	701	0.2	1593.2	0.4	871	0.2	722	0.2	1435.166	0.3	728	0.2	707	0.2
	10 a 14	1176.1435	0.3	629	0.1	547	0.1	1463.18	0.3	804	0.2	659	0.2	1383.165	0.3	723	0.2	660	0.2
	15 a 19	694.08669	0.2	380	0.1	314	0.1	957.12	0.2	526	0.1	431	0.1	1357.165	0.3	722	0.2	635	0.1
	20 a 59	2985.3579	0.7	1569	0.4	1416	0.3	3773.46	0.9	2033	0.5	1740	0.4	4968.614	1.1	2691	0.6	2277	0.5
	60 a 64	182.02418	0.0	106	0.0	76	0.0	278.037	0.1	162	0.0	116	0.0	294.0367	0.1	161	0.0	133	0.0
	65 y más	290.03878	0.1	170	0.0	120	0.0	529.067	0.1	292	0.1	237	0.1	539.0678	0.1	297	0.1	242	0.1

CUADRO #2										
INDICADORES DEMOGRAFICOS										
AREA	A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	2000			2010			2014		
		TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM
	TOTAL	50249	27666	22583	58379	32076	26303	65323	35313	30010
DARIEN	TOTAL	42003	23280	18723	48378	26671	21707	53740	29174	24566
	MENOR DE 1 AÑO	1186	599	587	1098	581	517	1238	633	605
	1 a 4	6077	3123	2954	4575	2366	2209	4666	2384	2282
	5 a 9	5895	3049	2846	6264	3237	3027	5931	3028	2903
	10 a 14	5226	2735	2491	6146	3175	2971	6170	3153	3017
	15 a 19	3732	2068	1664	4774	2668	2106	6238	3225	3013
	20 a 59	16681	9569	7112	21454	12079	9375	24547	13773	10774
	60 a 64	1040	689	351	1402	868	534	1519	901	618
	65 y más	3352	2047	1305	2665	1697	968	3431	2077	1354
TOTAL	8246	4386	3860	10001	5405	4596	11583	6139	5444	
COMARCA EMBERA	MENOR DE 1 AÑO	325	189	136	292	140	152	340	173	167
	1 a 4	1144	594	550	1116	577	539	1267	644	623
	5 a 9	1450	749	701	1593	871	722	1435	728	707
	10 a 14	1176	629	547	1463	804	659	1383	723	660
	15 a 19	694	380	314	957	526	431	1357	722	635
	20 a 59	2985	1569	1416	3773	2033	1740	4968	2691	2277
	60 a 64	182	106	76	278	162	116	294	161	133
	65 y más	290	170	120	529	292	237	539	297	242
	TOTAL	8246	4386	3860	10001	5405	4596	11583	6139	5444
AREA	OTRAS TASAS	2000			2010			2012		
		TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM
DARIEN	TASA DE MORTALIDAD	2.1			2.2			3.5		
	TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 1 AÑO	32.4			11.6			28.7		
	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL									
	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	17.9			5.3			15.8		
	TASA DE MORTALIDAD POST NEONATAL	14.5			6.3			12.9		
	TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS	45.9								
	TASA DE MORTALIDAD MATERNA	0.9			9			8.6		
	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	67.95	65.99	70.01	71.2	69	73.5	73.3	70.3	76.5
COMARCA EMBERA	TASA DE MORTALIDAD				1.9			1.7		
	TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 1 AÑO				19.3			17.9		
	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL									
	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL				11.7			N/D		
	TASA DE MORTALIDAD POST NEONATAL				11.7			7.5		
	TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS									
	TASA DE MORTALIDAD MATERNA				24.5			34.5		
	ESPERANZA DE VIDA AL NACER	63.44	61.51	65.46	67.6	65.5	69	69.4	67.3	71.7

CUADRO 92										
INDICADORES DEMOGRAFICOS										
AREA	B. ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES	2000			2010			2012		
		TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM	TOTAL	MASC	FEM
DARIEN	Población económicamente activa	14258	12123	2131	17745	14175	3390			
	Tasa de actividad	50.8	76.1	17.6	48.3	69.3	21.3			
	Tasa de desempleo	11.50%	11.20%	12.20%	5%	4.10%	7%			
	Tasa de desempleo informal									
	Porcentaje de población asegurada	26670			40656			44269		
	Asegurados activos	7985			14115			16061		
	Pensionados	304			2823			3073		
	Jubilados									
	Beneficiarios	18361			23322			25135		
	Porcentaje de analfabetismo									
	Escolaridad de la población									
	Básica completa	6386	3894	2492	9376	5612	3764			
	Media completa	1221	740	481	2805	1593	1212			
	Vocacional	270	37	233	313	192	121			
	Universidad completa	260	127	133	931	402	529			
Déficit habitacional										
COMARCA EMBERA	Población económicamente activa	2417	2049	368	3122	2369	753			
	Tasa de actividad	45.4	71.8	14.9	44.6	62.1	23.7			
	Tasa de desempleo	18.20%	20%	8.20%	2.56%	3%	1.50%			
	Tasa de desempleo informal									
	Porcentaje de población asegurada	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D			
	Asegurados activos	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D			
	Pensionados	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D			
	Jubilados	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D			
	Beneficiarios	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D			
	Porcentaje de analfabetismo	23%			15.90%					
	Escolaridad de la población									
	Básica completa	1001	639	362	1645	951	694			
	Media completa	104	84	20	258	192	66			
	Vocacional	33	24	9	43	24	19			
	Universidad completa	14	5	9	90	49	41			
Déficit habitacional										

INDICADORES DEMOGRAFICOS													
OTRAS TASAS	1990			2000			2010			2012			
	DARIEN	COMARCA EMBERA	REPUBLICA	DARIEN	COMARCA EMBERA	REPUBLICA	DARIEN	COMARCA EMBERA	REPUBLICA	DARIEN	COMARCA EMBERA	REPUBLICA	
TASA DE MORTALIDAD	2.6		4.1	2.1		4.1	2.2	1.9	4.5	3.5	1.7	4.6	TASA POR 1000 HAB
TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 1 AÑO	17.6		18.9	32.4		16.7	11.6	19.3	13.4	28.7	17.9	14.3	TASA POR 1000 NAC VIVOS
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL				19.4		12.3	10.5	15.6	10.6	15.8	3.7	11.8	TASA POR 1000 EMBARAZOS
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	6.5		12	17.9		9.7	5.3	11.7	6.8	15.8		8.3	TASA POR 1000 NAC VIVOS
TASA DE MORTALIDAD POST NEONATAL	11.1		6.9	14.5		7.0	6.3	11.7	6.6	12.9	7.5	6.1	TASA POR 1000 NAC VIVOS
TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS	29.6		24.3	45.9		22.1	17.9	27.3	17.7	34	18.8	18.2	TASA POR 1000 NAC VIVOS
TASA DE MORTALIDAD MATERNA			0.53	0.85		0.61	1.05		0.6	0.98		0.6	TASA POR 1000 NAC VIVOS
ESPERANZA DE VIDA AL NACER	61	58.2	72.9	68.3	63.44	75	71.2	67.6	73.5	73.3	69.4	76.5	

TASA DE MORTALIDAD

	1990	2000	2010	2012
DARIEN	2.6	2.1	2.2	3.5
COMARCA EMBERA WOUNAAN			1.9	1.7
REPUBLICA DE PANAMA	4.1	4.1	4.5	4.6

TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 1 AÑO

	1990	2000	2010	2012
DARIEN	17.6	32.4	11.6	28.7
COMARCA EMBERA WOUNAAN			19.3	17.9
REPUBLICA DE PANAMA	18.9	16.7	13.4	14.3

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL

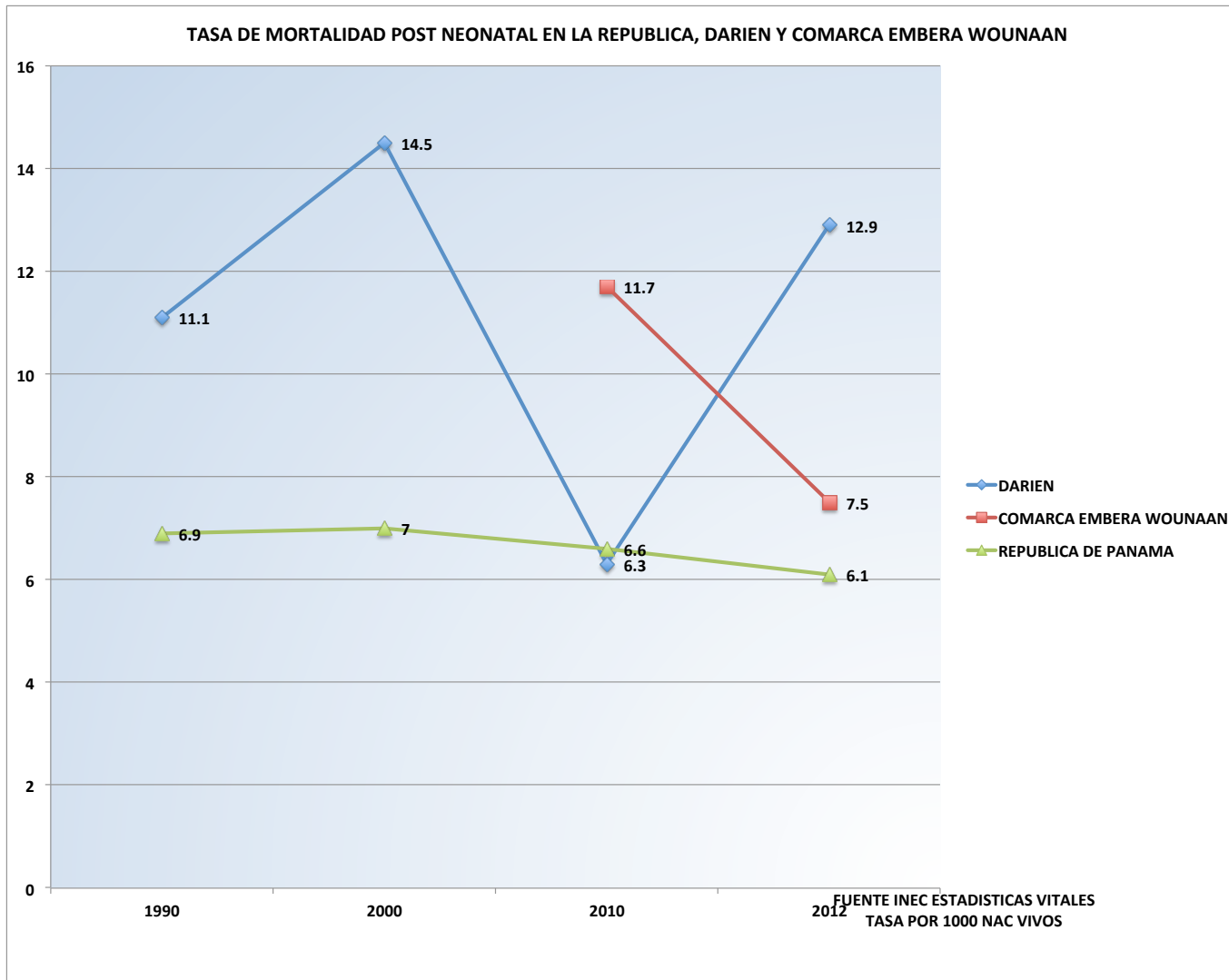
	1990	2000	2010	2012
DARIEN		19.4	10.5	15.8
COMARCA EMBERA WOUNAAN			15.6	3.7
REPUBLICA DE PANAMA		12.3	10.6	11.8

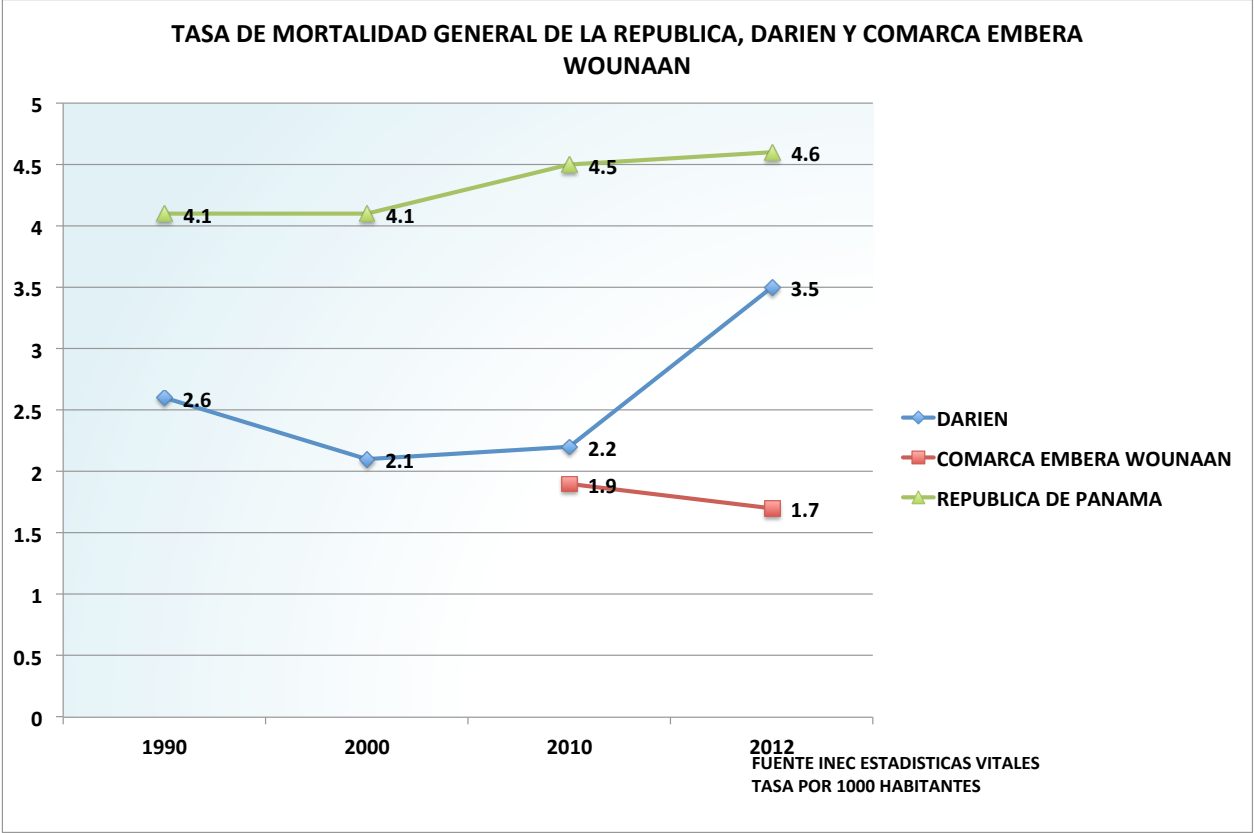
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL

	1990	2000	2010	2012
DARIEN	6.5	17.9	5.3	15.8
COMARCA EMBERA WOUNAAN			11.7	0
REPUBLICA DE PANAMA	12	9.7	6.8	8.3

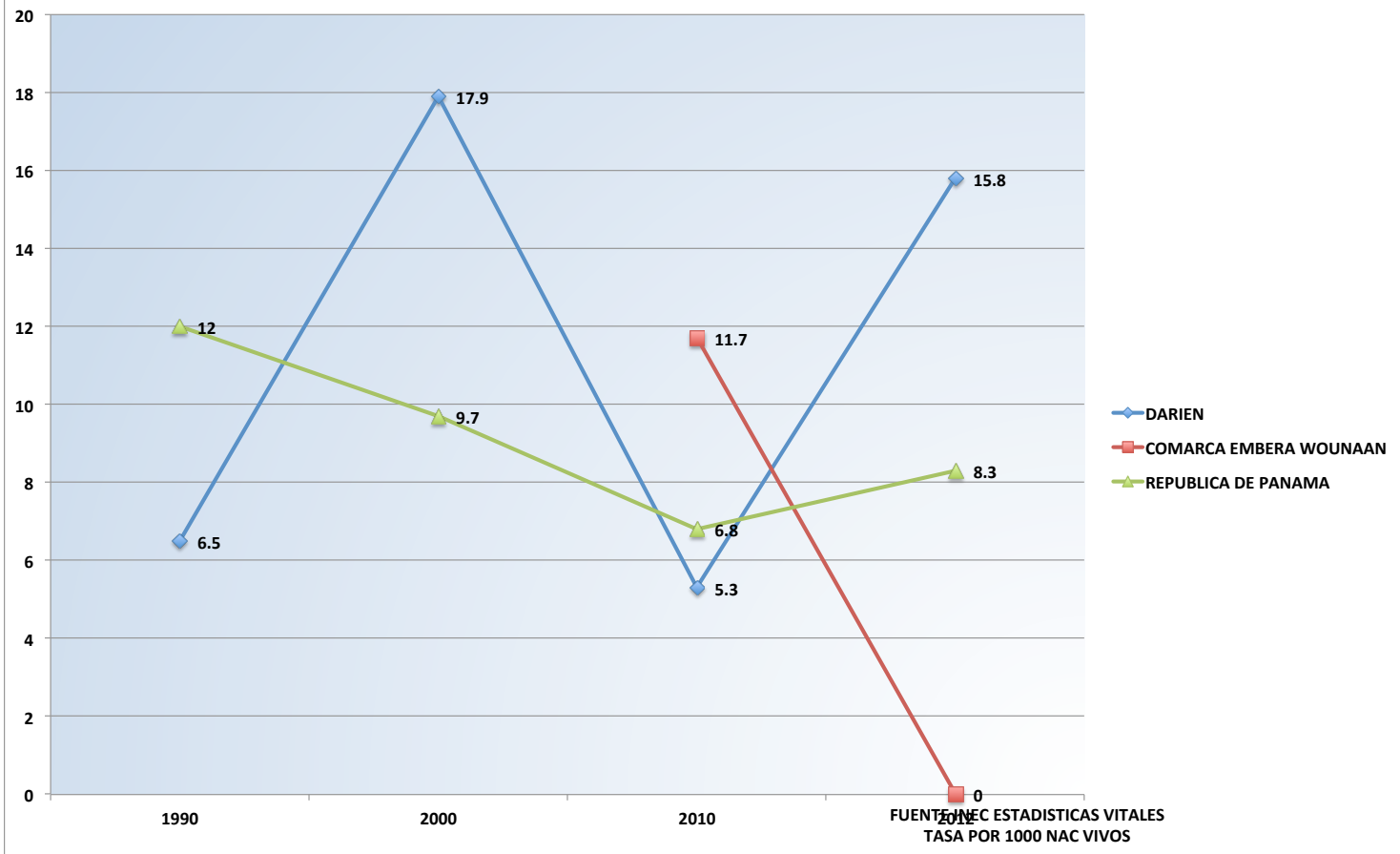
TASA DE MORTALIDAD POST NEONATAL

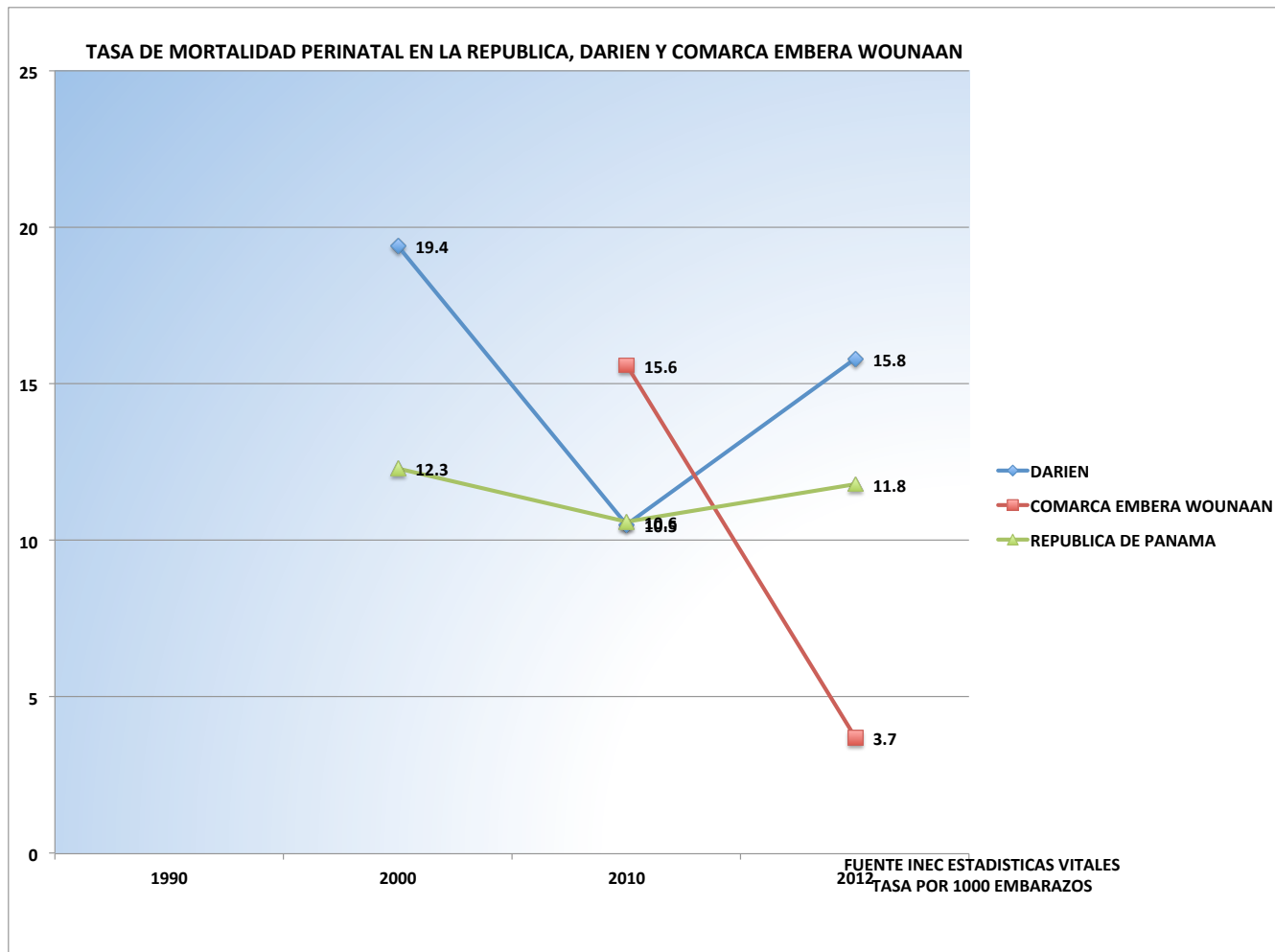
	1990	2000	2010	2012
DARIEN	11.1	14.5	6.3	12.9

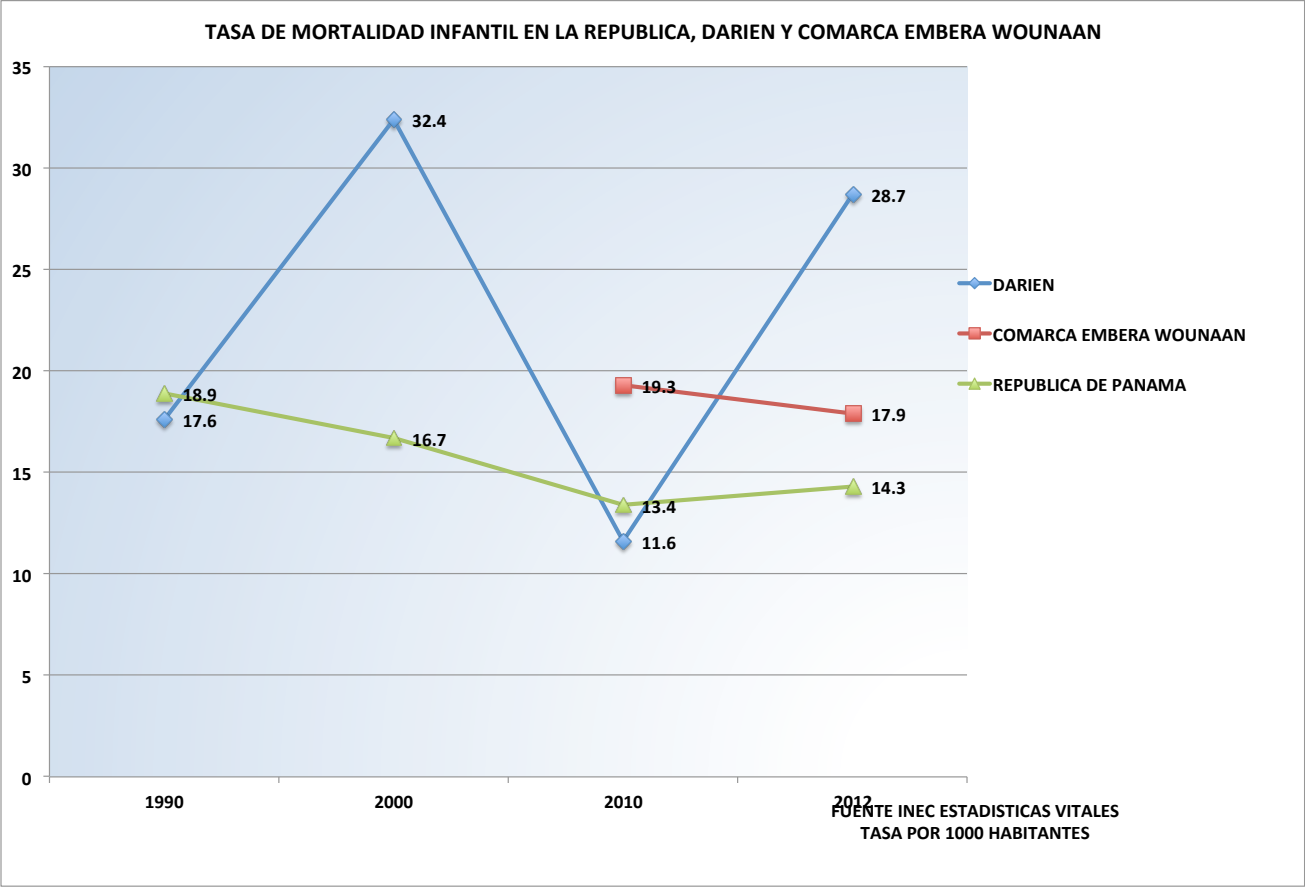


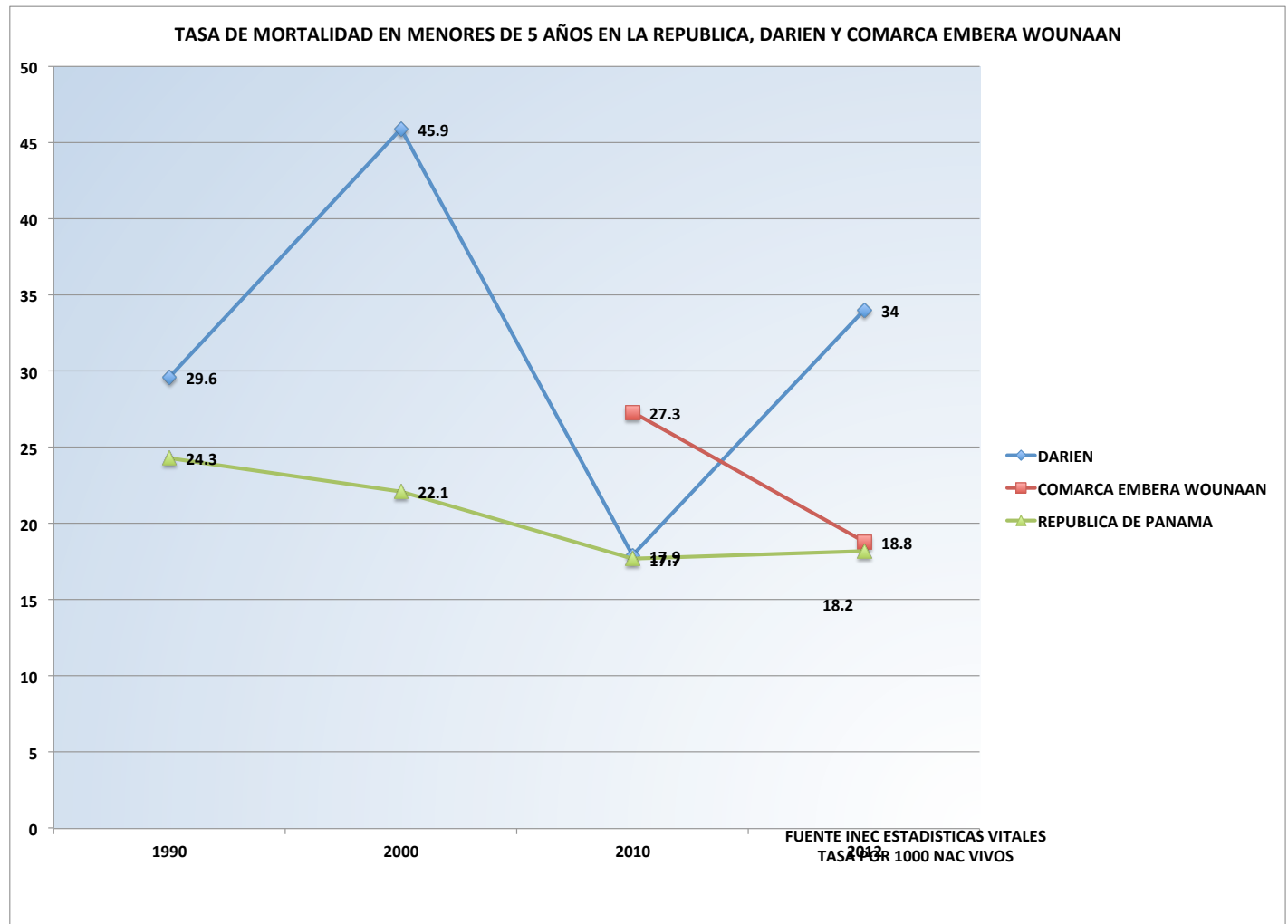


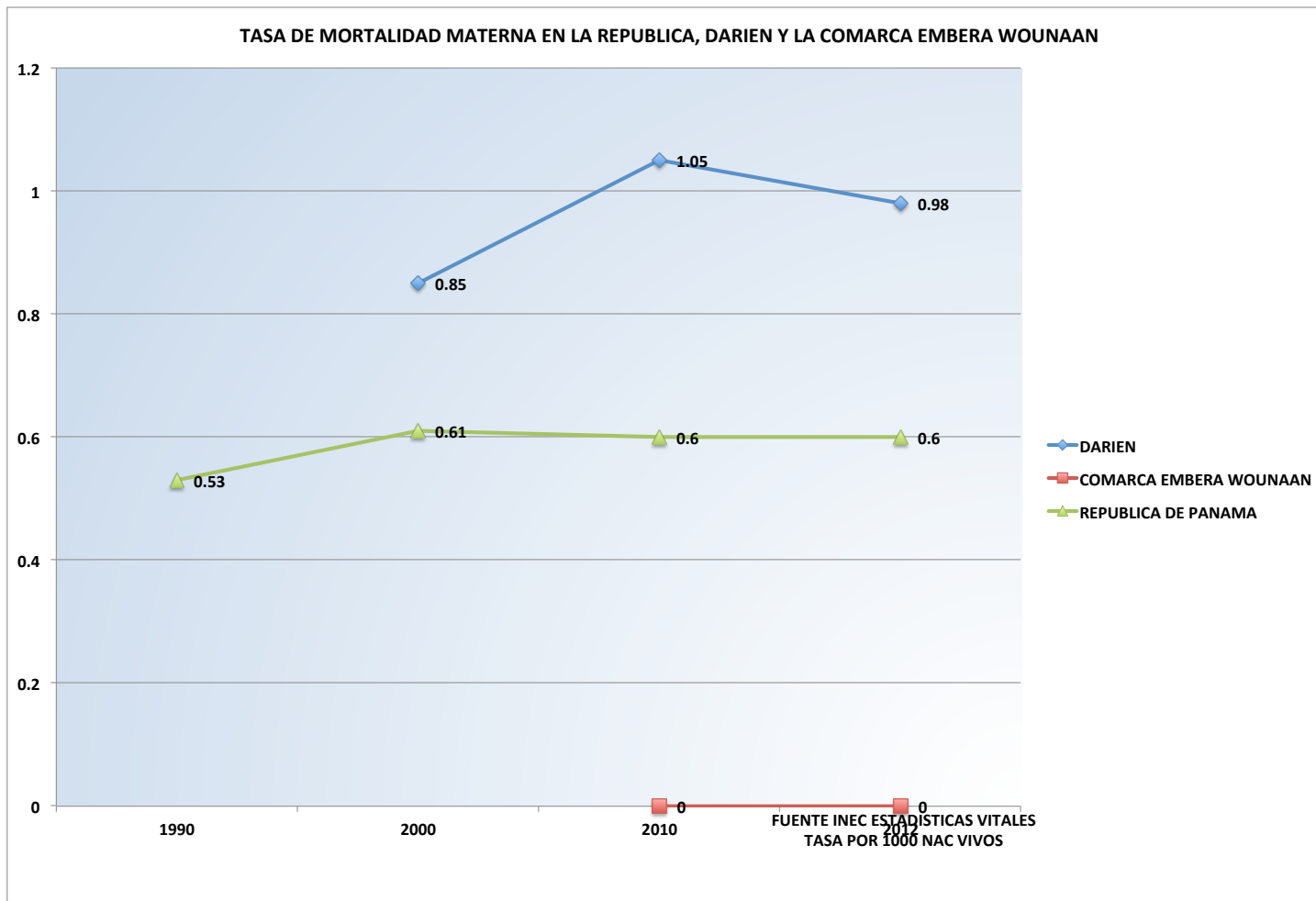
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL EN LA REPUBLICA, DARIEN Y COMARCA WOUNAAN.











INCIDENCIA DE POBREZA POR DISTRITO				AÑO 2014
INCIDENCIA DE POBREZA POR PROVINCIA	% DE POBLACION			
	TOTAL	POBRES	POBRES EXTREMOS	
DARIEN	72.6	50.9	21.7	
COMARCA EMBERA WOUNAAN	111.2	70.9	40.3	

Fuente: Informe Económico y Social Primer Semestre 2014

PRINCIPALES ETNIAS PREDOMINANTES

AREA	CULTURA, ETNIA Y COLONIAS PREDOMINANTES	Kuna	Ngäbe	Buglé	Teribe/Naso	Bokota	Emberá	Wounaan	Bri Bri	Otro	Ninguno	No declarado	Total
DARIEN	MENOR DE 1 AÑO	99	9	6	0	2	271	60	1	1	625	24	1098
	1-4 AÑOS	340	51	21	1	2	1090	255	0	3	2812	0	4575
	5-9 AÑOS	440	53	22	0	3	1508	366	1	1	3870	0	6264
	10-14 AÑOS	366	53	23	0	2	1482	339	5	3	3873	0	6146
	15-19 AÑOS	240	88	28	1	7	1157	264	3	4	2981	1	4774
	20-59 AÑOS	959	426	112	8	10	3607	894	4	15	15410	9	21454
	60-64 AÑOS	50	14	6	0	0	240	59	1	1	1030	1	1402
	65 AÑOS Y MAS	59	24	5	1	2	386	102	0	2	2084	0	2665
	TOTAL	2553	718	223	11	28	9741	2339	15	30	32685	35	48378
COMARCA EMBERA WOUNAAN	MENOR DE 1 AÑO	-	1	-	-	-	217	41	-	-	19	14	292
	1-4 AÑOS	1	3	0	0	0	885	163	0	0	64	0	1116
	5-9 AÑOS	1	3	0	1	4	1232	278	4	0	70	0	1593
	10-14 AÑOS	2	4	0	2	0	1145	250	1	0	58	1	1463
	15-19 AÑOS	2	4	0	2	0	1145	250	1	0	58	1	1463
	20-59 AÑOS	6	14	2	1	4	2865	607	2	2	268	2	3773
	60-64 AÑOS	0	0	0	0	0	224	38	0	1	15	0	278
	65 AÑOS Y MAS	0	1	1	0	1	432	57	0	1	35	1	529
	TOTAL	12	30	3	6	9	8145	1684	8	4	587	19	10507

FUENTE: INEC, Censo de Población y vivienda 2010

DARIEN			DARIEN				DARIEN				DARIEN				COMARCA EMBERA WOUNAAN				COMARCA EMBERA WOUNAAN				COMARCA EMBERA WOUNAAN														
PRINCIPALES TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO	1970	TASA 1970	PRINCIPALES TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO				PRINCIPALES TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO				PRINCIPALES TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO				PRINCIPALES TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO				PRINCIPALES TASAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO																		
			2000	TASA 2000	2010	TASA 2010	2012	TASA 2012	2000	TASA 2000	2010	TASA 2010	2012	TASA 2012	2000	TASA 2000	2010	TASA 2010	2012	TASA 2012																	
MORTALIDAD MATERNA (2)	4	4.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Parto sin mención de complicación	2	Embarazo terminado en aborto																																			
Parto con complicaciones especificadas	1																																				
Toxemia del embarazo y puerperio	1																																				

Fuente: Estadísticas Vitales 2000 Fuente: Estadísticas Vitales 2000, 2010, 2012. INEC.

(1) Por mil habitantes

(1) Por mil habitantes

(2) Por mil nacimientos vivos

(2) Por mil nacimientos vivos

(3) Por cien mil habitantes

(3) Por cien mil habitantes

(4) Por cada mil embarazos (defunción) (4) Por cada mil embarazos (defunciones fetales tardías), siete meses y más de gestación de menos de ocho días de nacido

COMPOSICION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES SEGUN SEXO

	DARIEN		DARIEN					DARIEN					COMARCA EMBERA WOUNAAN					DARIEN					COMARCA EMBERA WOUNAAN									
	1970		2000					2010					2010					2012					2012									
	TOTAL	%	TOTAL	%	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%	MASC	%	FEM	%	TOTAL	%	MASC	%	FEM	%
% de subregistro de la mortalidad general	188		140		81		59		114		68		46		20		10		10		181		116		65		19		9		10	
% de subregistro de la mortalidad infantil																																
% de subregistro de la mortalidad materna																																
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas	81	43.1	12	8.6	6	7.4	6	10.2	3	2.6	1	1.5	2	4.3	4	20.0	0	0.0	4	40.0	12	6.6	10	8.6	2	3.1	2	10.5	1	11.1	1	10.0
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	25	13.3	15	10.7	7	8.6	8	13.6	21	18.4	13	19.1	8	17.4	14	70.0	7	70.0	7	70.0	19	10.5	10	8.6	9	13.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por diarrea	13	6.9	6	4.3	1	1.2	5	8.5	3	2.6	2	2.9	1	2.2	4	20.0	3	30.0	1	10.0	6	3.3	3	2.6	3	4.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por infecciones respiratorias	10	5.3	5	3.6	3	3.7	2	3.4	12	10.5	7	10.3	5	10.9	3	15.0	1	10.0	2	20.0	8	4.4	3	2.6	5	7.7	4	21.1	2	22.2	2	20.0
% de muertes por TBC	6	3.2	4	2.9	4	4.9	0	0.0	2	1.8	2	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.7	2	1.7	1	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por VIH	0	0.0	1	0.7	1	1.2	0	0.0	2	1.8	0	0.0	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.7	1	0.9	2	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes agrupadas por enfermedades crónicas	14	7.4	56	40.0	31	38.3	25	42.4	54	47.4	26	38.2	28	60.9	1	5.0	1	10.0	0	0.0	97	53.6	57	49.1	40	61.5	7	36.8	2	22.2	5	50.0
% de muertes por tumores malignos	2	1.1	17	12.1	9	11.1	8	13.6	16	14.0	7	10.3	9	19.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	25	13.8	16	13.8	9	13.8	4	21.1	2	22.2	2	20.0
% de muertes por hipertensión esencial	0	0.0	2	1.4	2	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.7	2	1.7	1	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por diabetes mellitus	1	0.5	1	0.7	0	0.0	1	1.7	4	3.5	2	2.9	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	2.8	2	1.7	3	4.6	1	5.3	0	0.0	1	10.0
% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón	1	0.5	5	3.6	3	3.7	2	3.4	4	3.5	2	2.9	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	7.2	10	8.6	3	4.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por otras enfermedades crónicas	2	1.1	1	0.7	1	1.2	0	0.0	4	3.5	2	2.9	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	2.8	3	2.6	2	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por causas circulatorias	3	1.6	12	8.6	10	12.3	2	3.4	17	14.9	10	14.7	7	15.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	41	22.7	24	20.7	17	26.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas	5	2.7	3	2.1	1	1.2	2	3.4	2	1.8	1	1.5	1	2.2	1	5.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por insuficiencia renal crónica	3	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.9	0	0.0	1	2.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.6	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por causas externas	16	8.5	7	5.0	7	8.6	0	0.0	26	22.8	24	35.3	2	4.3	3	15.0	1	10.0	2	20.0	28	15.5	26	22.4	2	3.1	5	26.3	4	44.4	1	10.0
% de muertes por suicidios	0	0.0	2	1.4	2	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.1	2	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por homicidios	4	2.1	5	3.6	4	4.9	1	1.7	12	10.5	12	17.6	0	0.0	1	5.0	0	0.0	1	10.0	7	3.9	7	6.0	0	0.0	1	5.3	1	11.1	0	0.0
% de muertes por accidentes de tránsito	1	0.5	1	0.7	1	1.2	0	0.0	6	5.3	4	5.9	2	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	3.9	6	5.2	1	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por accidente	11	5.9	2	1.4	1	1.2	1	1.7	6	5.3	6	8.8	0	0.0	2	10.0	1	10.0	1	10.0	7	3.9	7	6.0	0	0.0	4	21.1	3	33.3	1	10.0
% de muertes por violencia	0	0.0	1	0.7	1	1.2	0	0.0	2	1.8	2	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.1	2	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
% de muertes por violencia social e intrafamiliar	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	0.0

A white bird with a black mask on its face, perched on a tree branch. The bird is looking towards the camera. The background is a blurred green forest.

FOTOGRAFIA 3

CARACTERIZACION DE LA OFERTA

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

FOTOGRAFIA °3

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 esta 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: Darien, Bocas del Toro, Coclé y Veraguas, siendo la provincia de Darién la que presenta el mayor porcentaje de pobreza total. En estas provincias la pobreza extrema oscila entre el 19.6% y el 37.4% de su población.

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 esta 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 cuentan con una red de servicios pública integrada en un flujo de funciones desde las instalaciones más básicas como los puestos de salud hasta los centro maternos infantiles y hospitales.

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 CHOCHOE	CEMACO	CIRILO GUAINORA	UNION CHOCHOE
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	MARRAGANTI
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	PINOIANA	PUCURO	EL BASAL
0502031401	P. DE S. PAYA	PINOIANA	PAYA	PAYA
0502051401	P. DE S. PUCURO	PINOIANA	PUCURO	PUCURO
0502091401	P. DE S. WALA	PINOIANA	C. KUNA DE WARGANDI	WARGANDI
0502091402	P. DE S. NURRA	PINOIANA	C. KUNA DE WARGANDI	NURRA
0502081401	P. DE S. MORTI	PINOIANA	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 esta 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	PINOGANANA	EL REAL	EL REAL		1327
HOSPITAL YAVIZA (MANUEL NIETO)	PINOGANANA	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	PINOGANANA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE		4504
C. DE S. METETI	PINOGANANA	METETI	METETI		9748

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 cifras específicas 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.
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, 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 (1 Médico 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 éste 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 esta 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 esta 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.

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 esta presentando un documento desde el año 2013 para su elevación a centros de salud.

LOS 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 libras (médicos) y 20 días por 8 libras (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?

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 de el 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 éste tema, **estamos en un proceso de investigación sobre las bases en las que se fundamenta 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?

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?

No se está dando en la provincia.

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	2000-2004 POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD MINISTERIO DE SALUD - PAZLAMA	2005 - 2009 Políticas y Estrategias de Salud	2010-2015 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS REPUBLICA DE PANAMA MINISTERIO DE SALUD
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

	2000				2010				2014			
	TOTAL	MINSAs	CSS	PRIVADO	TOTAL	MINSAs	CSS	PRIVADO	TOTAL	MINSAs	CSS	PRIVADO
Total de Generales	17	14	3		27	24	3		35	32	3	
Pediatra					2	2			2	2		
Psiquiatra												
Cirujano	1	1			1	1			1	1		
Internista	1		1		1		1		1		1	
Familiares												
Gineco -Obstetra												
Otras Especialidades												
N° total de Enfermera	18	18	0		28	28	0		39	36	3	
N° total de Odontólogos	6	5	1		8	7	1		8	7	1	
Razón de Médicos por 10,000 Hbs.	3.8	3.0	0.8		5.3	4.6	0.7		6.0	5.4	0.6	
Razón de Enfermeras por 10,000 Hbs.	3.6	3.6	0.0		5.6	5.6	0.0		7.8	7.2	0.6	
Razón de Odontólogos(as) por 10,000 Hbs.	1.2	1.0	0.2		1.6	1.4	0.2		1.6	1.4	0.2	
Razón de Parteras por 10,000 Hbs.												
N° total de Técnico de Laboratorio	2	2	0		2	2	0		2	2	0	
N° total de Técnico de Enfermería		15				27			39	32	7	
N° total de Asistentes Dentales	2	2			2	2			2	2		
N° de Cito Tecnólogo												
N° de Farmacéuticos	2	2			4	4			4	4		
N° de Asistente de Farmacia	5	5			7	7			10	10		
N° Educadores para la Salud												
N° de Promotores de salud	1	1			7	7			9	9		
N° de Asistente de salud	30	30			47	47			43	43		
N° de Inspectores de Saneamiento									10	10		
N° de Inspectores Antivectoriales	5	5			9	9			9	9		
N° de Veterinario	1	1			2	2			2	2		
N° de Ingenieros y Arquitectos									3	3		
N° de Graduados en Post-grado en Salud pública												
N° de Escuela de Salud Pública												
N° de Univ. Con Maestría en Salud Pública												

RECURSO HUMANO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN EL ULTIMO AÑO DISPONIBLE									
	CARGO								
	MEDICINA GENERAL	ESPECIALISTAS	ENFERMERIA	TECNICOS DE ENFERMERIA		OTROS TRABAJADORES TECNICOS DE SALUD	PERSONAL ADMINISTRATIVO	LABORATORIO	NUTRICION
INSTITUCION									
MINSA	33	3	36	32	4	79	92	4	2
contrato									
Permanente	33	3	36		4			4	2
Red Fija									
Red									
Itinerante	9		9	18		9			
CSS	2	1	3	7					
PRIVADO							4		
TOTAL	77	7	84	57	8	9	96	8	2

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) estará 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 la presidirá y coordinará.
2. Dirección de Provisión de Servicios de Salud, quien fungirá 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)

serán:

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.
 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 esta realizando esta actividad, el resto esta 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 éstos 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 éstos profesionales? ¿quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?
Son 4 farmacéuticos (44.4% pero de las instalaciones principales y si hablamos de las 17 (total con servicio médico, es 23.52%) creo que los horarios son de 8 a 4 por 20 días con los turnos que no tengo conocimiento cómo los hacen porque entiendo que los dividen con los asistentes de farmacia.
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

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 (la cuenta 274 que es la de laboratorio esta 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).

FOTOGRAFIA 4
SATISFACCION DEL USUARIO

LISTA DE ESPERA
HORARIOS DE SERVICIOS
MECANISMOS PARA LA MEDICION DE
LA SATISFACCION DEL USUARIO
CONTROL DE CALIDAD



FOTOGRAFIA °4

SATISFACCION DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

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

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. ¿En que servicios, programas o actividades 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. ¿Se registra el rechazo de pacientes?

No se dan rechazo de pacientes en ningún servicio, el servicio de laboratorio esta 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. ¿En qué distritos 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. ¿Qué mecanismos se utilizan 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. ¿En qué horario 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. ¿La población esta satisfecha con los horarios actuales?

No se ha realizado ningún estudio o encuesta de satisfacción en ninguna instalación que evidencie objetivamente la satisfacción de los horarios.

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

Se considero 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. ¿Cuáles son los servicios que se brindan en los horarios ampliados? ¿Qué limitantes se reportan 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. ¿Los establecimientos de salud desarrollan 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. ¿Cuál es el porcentaje de 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. ¿Se consideran los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario para la toma de decisiones?

No aplica.

4. ¿Se realizan auditorías sociales en su región?

El proceso de auditorías sociales forma parte de la evaluación de la estrategia de extensión de coberturas, y su aplicación esta 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 auditorias sociales en estas instalaciones.

5. ¿Se comparten estos resultados?

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. ¿Conocen el 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 éste 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 del 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 esta 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 esta siendo aplicado en la provincia.

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

No 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. ¿Han realizado auditorias de expedientes, auditorias médicas y administrativas?

El ministerio de salud a través de la dirección de provisión de servicios realiza anualmente la auditoria 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 auditorias 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. ¿Qué programas de calidad se han establecido? ¿Qué impacto han tenido?

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

Como se mencionó anteriormente se dan las auditorias, pero hasta éste 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. ¿Conoce sobre el observatorio de calidad que esta en la página web del MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando?

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. ¿Se han desarrollado 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. ¿Existe 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. ¿Estás establecidos los 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.

A photograph of a jaguar in a forest. The jaguar is the central focus, looking directly at the camera with a serious expression. It has a white coat with dark, irregular spots and stripes. The background is a dense forest with green foliage and a tree trunk covered in moss. The text is overlaid on the right side of the image.

FOTOGRAFIA 5 ACTORES Y RED SOCIAL

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

FOTOGRAFIA °5

1. ¿Cómo se organiza 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's (FUNDACION PRO NIÑOS DE DARIEN)
- Clubes cívicos (Rotarios, Kiwanis, Club 20-30, Leones)

2. ¿Cuál es el 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's:

3. Qué tipo de apoyo generan éstas 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 comité 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. ¿Cómo se ha realizado algún análisis de 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 éste tipo.

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

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. ¿Cuáles son las 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. ¿Cómo se percibe 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 120/70?

Históricamente desde los inicios de la estrategia de extensión de cobertura, se ha manejado todos éstos 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 15 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 ésta estrategia. Solo en los últimos 5 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 éste personal, miembros de las comunidades, y que son de escasos recursos.

Las dificultades administrativas que ha enfrentado la región de salud para llevar éstos 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 éste año, la región de salud pudo subsanar todas 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 120/70 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 éste 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 ¿Cómo se perciben las resoluciones y decretos que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud? (Decreto ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, Decreto

Ejecutivo 428 de 15 de Diciembre de 2004, Resolución 321 del 18 de agosto de 2005 y Decreto ejecutivo 546 de 21 de Noviembre de 2005) ¿Se aplican éstos 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 éstos 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.

ACUEDUCTOS RURALES EN DARIEN

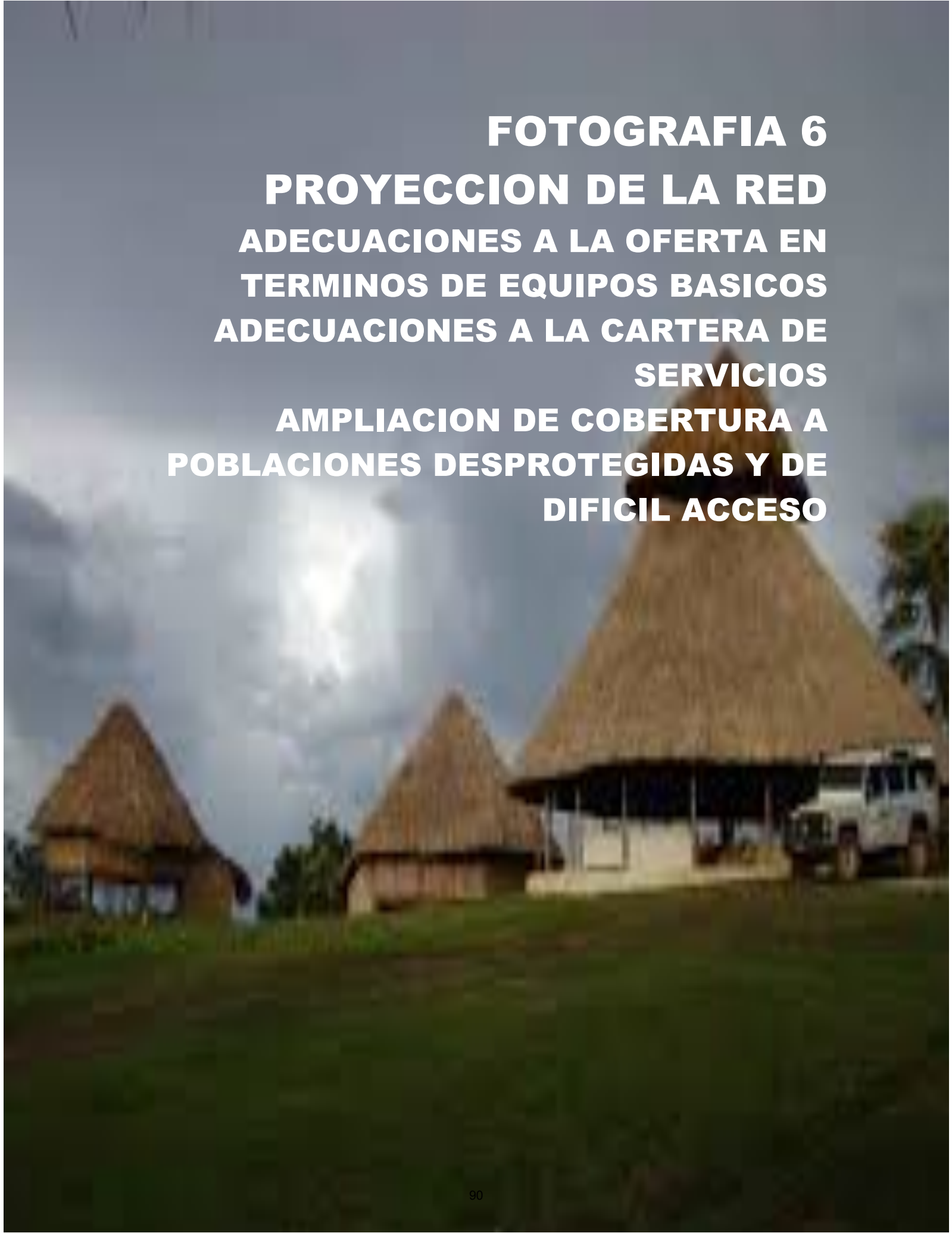
ACUEDUCTO	AÑO DE CONSTRUCCION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACION BENEFICIADA	NUEVO/MEJORA	SISTEMA ORGANIZACIONAL (JAAR) PERSONERIA JURIDICA	PO DE CLORINADO		TANQUE DE ALMACENAMIENTO FUNCIONANDO	RED DE DISTRIBUCION FUNCIONANDO
								LINEAL	CARGA CONSTANTE		
115					41424		75	25	6	114	114
1	1976	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	QUEBRADA HONDA	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 ARRIBA	ARENA	224					1	1
1	1993	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	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	QUEBRADA MUERTO	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 ARRIBA	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
		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	PINOANA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE	1423		1			1	1
1	1974	PINOANA	PINOANA	PINOANA	340		1			1	1
1	1979	PINOANA		NICANOR	251		1			1	1
1	1981	PINOANA		SANSONCITO	284		1			1	1
1	1983	PINOANA		CANGLON	822		1			1	1
1	1983	PINOANA	METETI	LOS PAVITOS	658		1			1	1

1	1984	PINOIANA		QUEBRADA FELI1	392		1			1	1
1	1984	PINOIANA		SAN VICENTE	281	MEJORA	1			1	1
1	1986	PINOIANA		METETI	4500	MEJORA	1	1		1	1
1	1992	PINOIANA	PINOIANA	PIEDRA CANDELA	273	MEJORA	1	1		1	1
1	1992	PINOIANA	PINOIANA	PORTUCHADA	409	MEJORA	1	1		1	1
1	1992	PINOIANA	PINOIANA	VILLA DARIEN	325	MEJORA	1	1		1	1
1	1993	CHEPIIANA	GARACHINE	PLAYA MUERTO	432		1			1	1
1	1994	PINOIANA	METETI	SANSON	301		1		1	1	1
1	1997	PINOIANA	YAVIZA	SANTA LIBRADA	736		1			1	1
1	1998	PINOIANA	PINOIANA	NUEVO PROGRESO	596		1			1	1
1	1999	PINOIANA	METETI	SANSON ARRIBA	82					1	1
1	1991	CEMACO	LAJAS BLANCAS	EL SALTO	360	MEJORA				1	1
1	1998	CHEPIIANA	TUCUTI	BUENOS AIRES	78		1			1	1
1	1999	CHEPIIANA	LA PALMA	PI1BAE	400		1			1	1
		CHEPIIANA	LA PALMA	LA QUEBRADA							
1	2000	PINOIANA	METETI	PUNULOSO	432	MEJORA	1	1		1	1
				BUENOS AIRES							
				PUNOLOSITA							
1	2001	CEMACO	CIRILO GUAYNOIRA	UNION CHOCOE	820	MEJORA				1	1
1	2001	CEMACO	CIRILO GUAYNOIRA	PUENTE	37					1	1
1	2012	PINOIANA	PINOIANA	YAPE	55	NUEVO				1	1
1	1999	CHEPIIANA	RIO CONGO	RIO VENA0	99		1			1	1
1	1999	CHEPIIANA	CUCUNATI	CANDELILLA	150		1			1	1
1	1999	CHEPIIANA	CHEPIIANA	SANTA ROSA	78		1			1	1
1	1999	CHEPIIANA	SANTA FE	AGUAS CLARAS 5	58		1			1	1
1	1999	CHEPIIANA	CHEPIIANA	SAN PEDRITO	56		1			1	1
1	2001	CHEPIIANA	LA PALMA	BARRIALES	358		1			1	1
1	1999	CHEPIIANA	CHEPIIANA	ALDEA EMBERA	107		1			1	1
1	2000	CHEPIIANA	JAQUE	COCALITO	62		1			1	1
1	2000	CHEPIIANA	JAQUE	GUAYABITO	32		1			1	1
1	2000	CHEPIIANA	JAQUE	VALLE ALEGRE	227		1			1	
				LLANO BONITO							
1	2001	SAMBU	JINGURUDO	PAVARANDO	184		1			1	1
1	2001	CHEPIIANA	RIO IGLESIAS	AGUAS CALIENTES	69		1			1	1
1	2001	CHEPIIANA	CHEPIIANA	ARUZA ARRIBA	233		1			1	1
1	2001	CHEPIIANA	SANTA FE	LA MONEDA	426	MEJORA	1		1	1	1
1	2002	CHEPIIANA	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 NAIPE	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	PINOIANA	YAVIZA	CANGLON 2	242		1			1	1
1	2008	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	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	PINOIANA	PINOIANA	VISTA ALEGRE	365			1		1	1
1	2010	CEMACO	CIRILO GUAYNORA	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	PINOIANA	PAYA	PAYA	341					1	1
1	2008	PINOIANA	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 ARRIBA	NUEVO PARAISO	236					1	1
1	2013	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	ENTRADA DE ARRETI	180	MEJORA	1	1		1	1

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



FOTOGRAFIA °6

ADECUACIONES DE LA OFERTA

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

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.

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

Los nuevos modelos de atención priorizan el fortalecimiento de la atención primaria, en ese sentido los equipos básicos forman parte importante de éste 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. ¿Se están introduciendo 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 éstas modalidades desde hace varios años:

Los equipos itinerante 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. ¿Se utilizan 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 éstas 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. ¿Se están adoptando 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. ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel?

La región de salud no cuenta con instalaciones de segundo nivel, se esta construyendo una que es el MINSA Capsi en Santa Fe, sin embargo la obra esta en un proceso de evaluación de estructura y en 80% de avance.

7. Se están desarrollando 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 29% de la población panameña, vive debajo de la línea de pobreza es decir 1017.913 millones de panameños. 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.

120 a los 70, 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. El programa Beca Universal tiene un costo de B/. 23.2 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 éste 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.

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. ¿Se han establecido 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. ¿Cómo se da la planificación de servicios en el nivel local? ¿Qué participación tienen 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. ¿La 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, sometiéndoles 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. ¿Se han definido y caracterizado estos espacios poblacionales en la región?

Los espacios poblacionales están definidos principalmente basados en su etnia, la distribución por poder adquisitivo no esta 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. ¿Cómo deberán asumirse los derechos y deberes de los ciudadanos de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud, en un nuevo modelo de atención? Se conoce la existencia de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, cómo se aplica?

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 esta 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. ¿Tienen los equipos de salud 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. ¿Qué porcentaje de los trabajadores de salud 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 biosicosociales, se utiliza este enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud y en el análisis de éste enfoque?

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 esta 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.

ADECUACION DE LA CARTERA DE SERVICIOS

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

La eficacia y calidad 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 esta realizado en los últimos 5 años al menos una evaluación de la calidad utilizando los formularios establecidos en los programas de atención integral.

2. ¿Con qué frecuencia se revisa y adecua a las necesidades de salud de la población 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 ésta cartera.

3. ¿En qué instalaciones se desarrolla el 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. ¿Cuáles considera usted que son las 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 medicas 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 medicas 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 médico funcional y recursos humanos acordes a la oferta de servicio de un establecimiento proveedor de servicios de salud. El modelo médico 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 lo 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. ¿Cómo debe mejorarse 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 escasez 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 esté en el colapso.

6. ¿Se utiliza el 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. ¿Los proveedores públicos y privados están obligados a prestar el 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. ¿Cómo debe organizarse 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.

2. ¿La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en término de mayor número de horas de apertura al día o 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 éste cuestionamiento.

3. ¿Bajo que normas deben realizarse las giras médicas integrales y las JAPAS?
¿Quiénes deben participar?

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. ¿Cuáles son los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios? ¿Cómo se influye en la cartera de servicios? ¿Cuáles son los servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en apoyo a este proceso?
5. ¿La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar la cobertura? ¿Cómo y cuando se aplican?

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.

6. ¿Cuál es el 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) informes cuatrimestral e (v) informes anuales, los cuales deben ser entregados en formato electrónico (únicamente) acompañados de la cuasi-factura correspondiente.

7. ¿En qué medida se articula 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.

8. ¿Se integran los datos de cobertura provenientes de las instalaciones de la CSS y el sector privado?

No aplica

9. ¿Se cuenta con un 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.

10. 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



FOTOGRAFIA N°7

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

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

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. ¿En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la

organización sanitaria, es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente? Es decir, crear nuevas regiones o modificar las existentes?

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

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 esta 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. ¿Cuál es el 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. ¿La estructura orgánica debe guardar 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 deber 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 trabajan 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. ¿Cuál considera el equipo regional que debe ser 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. ¿Existen manuales de procedimientos administrativos? ¿Cómo se aplican? ¿Quién y cuando se aplican?

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

por el Jefe de departamento.

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

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.

12. ¿Cuáles son las 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. ¿Se están introduciendo 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. ¿Responden las políticas de salud a las necesidades regionales? ¿Cómo se aplican?

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

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

16. ¿Los POAs son registrados en el SIMEPESS, como herramienta de monitoreo y evaluación? ¿Con qué frecuencia se realiza el monitoreo?

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

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

El nivel central 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. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Sobre qué criterios se prioriza?

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. ¿Quiénes ejercen las 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. ¿Existe alguna 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. ¿Cuál es el porcentaje de 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. ¿Cuáles son los 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. (Solo el depósito de medicamentos maneja LSS SUMA)

Todas las instalaciones tiene equipo para registro de estadísticas en salud

23. ¿Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica?

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

24. ¿Conoce la existencia de la teleradiología, telemedicina, clínicas virtuales, espirometría y electrocardiografía digital, hospital virtual, expediente electrónico, son utilizados en su región, que beneficios brindan a la población?

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

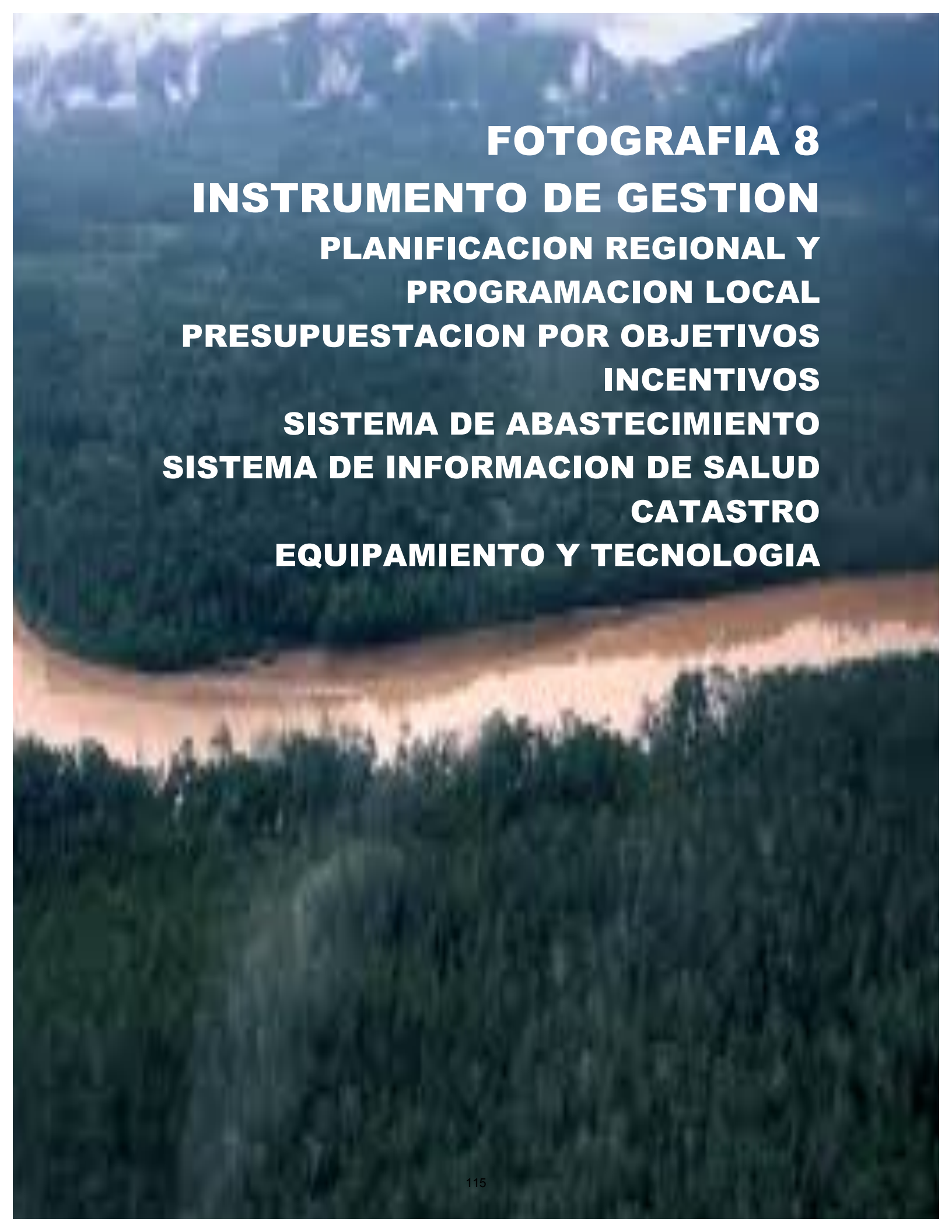
Telemedicina. Instalado en todas las instalaciones de salud tipo centro y algunos subcentros. Facilito la comunicación entre instalaciones, así como con Salud 0.

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.

Expediente Electrónico. No ha sido aplicado.

An aerial photograph of a river winding through a dense, green forest. The river is a light brown color, contrasting with the dark green of the trees. The text is overlaid on the upper half of the image.

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

FOTOGRAFIA 08

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

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 éste año 2014, el departamento de Planificación presento 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. ¿La Planificación Regional es participativa?

La Planificación Regional no esta siendo participativa de manera formal, para corregir esta debilidad se coordino una reunión de evaluación técnica de la situación de la Región en Agosto de 2014, participativa 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. ¿Quiénes participan y con qué frecuencia se realiza éste proceso?

Como se menciona no se había hecho una jornada que permitiera formalmente la participación de todos los actores en los últimos 4 años. Se estableció realizar al menos una vez al año este tipo de actividades.

4. ¿Existen procesos de planificación conjunta con la CSS y cómo se facilitan estos procesos?

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. ¿Se efectúa programación local conjunta con la CSS?

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

6. ¿La programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo?
No aplica
7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?
No aplica
8. ¿La población participa del 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.
9. ¿Cómo y quienes efectúan la 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.
10. ¿Cómo se evalúan las metas establecidas? ¿Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, procesos y resultados?
Las metas establecidas se evaluaban semestral y anualmente, sin embargo desde hace más de 4 años esta práctica no se da. La Región dejó de efectuar la acción evaluativa en la cual participaban los coordinadores, gerentes regionales y equipo local; por su parte los niveles locales tampoco lo han hecho. Se requiere reiniciar el proceso con la participación de todo el equipo regional y local, incluido los administrativos, pues este desfase ha dificultado la función gerencial.
11. ¿Existen los planes estratégicos quinquenales, los planes operativos anuales y están definidas las estrategias y la ruta crítica?
Existe el plan quinquenal y anualmente se presenta el POA Regional de Planificación que se plasma en el SIMEPESS, 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.
12. ¿Se utilizan los 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 éste proceso atendiendo más a urgencia de entrega que a una verdadera planeación participativa.

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

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

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

En la provincia esta 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).

15. ¿Cuáles son los avances en la implementación del Sistema de Administración Logística?

En la Región se capacito a un equipo que se encargo 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. Actualmente las computadoras no se han instalado en los niveles locales debido a detalles técnicos de los equipos para lo que se está haciendo las coordinaciones con el nivel nacional para solventarlos.

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

PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

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

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

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 éste año involucrar a los directivos locales en la elaboración de sus presupuestos.

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

Los convenios, son una alternativa para optimizar los recursos y el servicio con calidad y contribuyen a la presupuestación 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. ¿Se están introduciendo 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. ¿Cuáles y cómo se ha aumentado el porcentaje del presupuesto de salud para la Salud Pública?

Ya se menciona 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. ¿Se han propuesto 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. ¿Considera que la evaluación para obtener el bono responde 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. ¿Cuáles han sido introducidos?

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

4. ¿Para qué categorías de personal?

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

5. ¿Se aplican 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.

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

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

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

El inventario se da a través de éstas herramientas:

Kardex – inventario interno.

Control interno.

LSS SUMA, es la herramienta informática que se está implementando en la región de salud.

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

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 le 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 equipo 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 Ngabbe 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.

Durante el presenta año, se tiene previsto implementar el sistema LSS/SUMA de forma permanente en las seis regiones de salud restantes, así como se avanzará en su aplicación en los almacenes de hospitales y en las instalaciones de salud del

primer nivel de atención.

Actualmente está implementado en nuestra región a nivel del Depósito de Medicamentos.

4. ¿Cómo se da el proceso de compras en término de competencia? ¿Cuáles son 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. ¿Conoce el 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. ¿Cómo se evalúan los proveedores y qué mecanismos se aplican 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.

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

Ver pregunta 1 del apartado

8. ¿Cómo se establecen los acuerdos de pago a proveedores para cada una de las

fuentes de financiamiento?

Los pagos son al contado y al crédito.

9. ¿Cuáles son los 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? ¿Son efectivos? ¿Podrían mejorarse?

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 éste fin.

La elaboración de un presupuesto que incluya este ítem podría darle solución a éste problema, o con la planeación adecuada destinar fondos administrativos para éste fin.

10. ¿Conoce la información de los insumos vencidos que brinda LSS SUMA?

El sistema esta en proceso de implementación a nivel del depósito de medicamentos pero sabemos a éste nivel que éste tipo de información ya es proporcionada por el sistema.

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

El abastecimiento es lento, conlleva muchos retrasos en las entregas y no hay legislaciones que multen éstos 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 de la Región Metropolitana, no contamos con un Depósito en la provincia y tampoco con el recurso humano suficiente ni el transporte propio para los acarreo.

Aparte de esto esta 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.

12. ¿Cómo se coordina el abastecimiento y suministro con la CSS?
No aplica
13. ¿Los criterios aplicables a la priorización de las compras consideran el perfil de morbimortalidad de la población y los principales riesgos a la que esta 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.
14. ¿Cómo se realizan las estimaciones de 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.
15. ¿Cómo se registra la información de consumo?
Para Medicamentos y Medico 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.
16. ¿Conoce las modalidades de compra?
Ver pregunta 6 del apartado.
17. ¿Conoce el manual de buenas prácticas de almacenamiento?
Si se conoce, y se esta trabajando con la Jefatura del depósito de medicamentos para su implementación adecuada, con las limitantes de estructura, espacios, condiciones de ambiente, logística de transporte.
18. Han presentado perfiles de proyectos para mejorar su almacén regional de insumos sanitarios?
Existen los perfiles, sin embargo no se han podido presentar al SINIP, debido a la falta de permisos de acceso al mismo.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

1. ¿Se dispone de 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. ¿Se utiliza en forma efectiva 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. ¿Cómo se evalúa la calidad de la información? ¿Se aplica auditoría informática?
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. ¿Qué mecanismos aplica el equipo de salud para analizar la información que surge como producto del sistema? ¿Qué procesos transformadores aplica? ¿Es oportuno?
La Región confronta una gran debilidad y es la ausencia de seguimiento de programas por lo que evidentemente el equipo de salud no esta analizando su información al nivel local ni regional.
5. ¿Se han definido los usos y contenidos de la información? ¿Quién los define?
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. ¿Con que mecanismos 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. ¿El sistema de información gerencial 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. ¿Contamos con 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 2013

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. ¿Cuáles son los 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. ¿Qué mecanismos 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. ¿Cuál es el 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. ¿Cuál es el 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. ¿Cuáles son los 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 2014.

6. ¿Con base a qué criterios 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.

A misty river scene with a person in a boat and another person in the water. The text is overlaid on the image.

FOTOGRAFIA 9
FINANCIACION DE LOS
SERVICIOS
COMPENSACION DE COSTOS
FUENTES DE FINANCIACION
AUTOGESTION
APORTES
PRESUPUESTO DEL ESTADO
DONACIONES
SEGURO SOLIDARIO

FOTOGRAFIA °9

COMPENSACION DE COSTOS

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

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. ¿Las tarifas establecidas responden a los costos reales? ¿En qué bases se estiman?

La 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. ¿Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?

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. ¿Se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto público per cápita?

Según datos del Banco Mundial, en dólares

AÑO	2009	2010	2011	2012
GASTO TOTAL PER CAPITA	541	627	664	723
GASTO PUBLICO PER CAPITA	541	627	419	494
DIFERENCIA	167	197	245	229

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

El porcentaje destinado al sector salud es del 5.21% respecto al PIB, con una caída del 0.20 puntos en relación al 2011, siendo el puesto 72 del mundo.

3. ¿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 éste tipo.

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

La autogestión contribuye a financiar las reparaciones en general, mantenimiento general, el pago deservicios profesionales y la compra de útiles (lanchas, equipo de oficina, piraguas, construcción y otros tipos).

5. ¿Cuáles son los 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.

6. ¿El aporte de la atención de salud se fija 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.

7. ¿Cómo funciona el sistema de evaluación socioeconómica? ¿Permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios? ¿Qué modificaciones debe realizarse? ¿Conoce la diferencia entre costos y tarifas?

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.

8. ¿Cuál ha sido el 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.

9. ¿Dentro de su región a que población debe subsidiar 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).

Adiciona 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.

10. ¿El subsidio es 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.

11. ¿Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones 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.

12. ¿Cuáles han sido los 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 MINS A

Financiero, Estrategia de Extensión de Cobertura, BID MINS A

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.

13. ¿Las tarifas actuales del sistema 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.

14. ¿Existe 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 ordenes 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.

15. ¿Existen 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.

16. ¿Quién decide sobre que base se da 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.

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

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



FOTOGRAFIA °10

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

El sistema de salud panameño se encuentra fragmentado, esto es debido a causas importantes a mencionar como 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 de el 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. ¿Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión? ¿Cuáles de los criterios presentados por el MEF presentan dificultad?

La Región de Salud de Darién no ha podido conocer a fondo este tema pues no se ha tenido acceso al banco de proyectos ni a una capacitación del personal que le permita a la Región formular proyectos y presentarlos a consideración.

3. ¿De los proyectos de inversión del año 2014 y los proyectados para el 2015 qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud?
¿Cuáles fortalecen 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 desde hace más de 5 años.

1. CMI de Platanilla
2. CMI de Tucuti
3. CMI de Lajas Blancas
4. SCS Alto Playona
5. Deposito de medicamentos
6. Sede administrativa Regional
7. Hospital San José de La Palma

Sin embargo ninguno tiene aprobación de financiamiento.

4. ¿Existen 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.

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

La Región no 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 y presentación de un plan.

6. ¿Considera que el mismo debe ser revisado y adecuado 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.