



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

GUIA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Macro Visión de Salud

Dirección de Planificación de Salud

AUTORIDADES NACIONALES

Miguel Mayo
Ministro de Salud

Eric Ulloa
Viceministro de Salud

Javier E López
Secretario General del Ministerio de Salud

Reina Roa
Directora de Planificación de Salud

Iritzel Santamaría
Sub-Directora de Planificación de Salud

COORDINACIÓN

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

EQUIPO TECNICO

Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Jamileth Cortes
Bernardino Lozano
Rebeca Bazan de Baena
Cristina Gómez

Equipo Técnico de DIPLAN

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

Planificadores Regionales

Thusnelda Cruz - Bocas Del Toro
Alex Aparicio – Coclé
Yovanka Gomez – Colón
Mayling Yao– Chiriquí
José A. Hernández – Darién
Pablo Osorio – Herrera
Luis Salazar – Kuna Yala
Elsi Pedro – Ngobe Bugle
Gilberto Vaz – Los Santos
Betzania Pinto – Veraguas
Julia Soriano– Panamá Este
Oscar Muñoz – Panamá Oeste
Miguel Canales – San Miguelito
Antonio Holder – Metropolitana

APOYO

Vielka de Oviedo
Jefa de Planificación de Recursos Humanos

Felipe Castillo R
Cooperación Técnica y Asuntos Internacionales

AGRADECIMIENTO

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

METODOLOGÍA DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA GUIA

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

CONTENIDO GENERAL DE LAS FOTOGRAFÍAS

Fotografía N° 1. EL CONTEXTO

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

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

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

Fotografía N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

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

Fotografía N° 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

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

Fotografía N° 5: ACTORES Y RED SOCIAL

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

Fotografía N° 6: PROYECCIÓN DE LA RED

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

Fotografía N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES

1. Organización y Funcionamiento

Fotografía N° 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

1. Planificación Regional y Programación Local
2. Presupuestación por Objetivos (DPO)
3. Incentivos

4. Sistema de Abastecimiento y Suministro
5. Sistema de Información en Salud
6. Catastro
7. Equipamiento y tecnología

Fotografía N° 9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

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

Fotografía N° 10: PROYECTOS DE INVERSIÓN

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE SALUD
GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

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

La Región de salud de Los Santos presenta características propias que podrían ser considerados como problemas y algunas como ventajas. En Los Santos contamos con una tasa baja de crecimiento poblacional y la esperanza de vida más elevada del país. Nuestra red de atención primaria es numerosa y accesible a los usuarios. Los patrones socioculturales y estilos de vida, como la forma de alimentación, nos llevan a tener un bajo índice de desnutrición en contra posición con alta tasa de sobrepeso y obesidad.

La característica de una población mayormente adulta y adulta mayor, nos hace enfocar nuestras intervenciones en la prevención y control de enfermedades crónicas y degenerativas.

La gran cantidad de actividad festiva va de la mano a una alta ingesta de alcohol, y el machismo aun predomina en ciertas áreas, lo que pone en peligro la integración familiar y predispone la presencia de alteración de la conducta que puede favorecer la tendencia al suicidio en la población joven y adulta productiva. Sin dejar de mencionar el 30 % de embarazos en adolescentes.

Todas estas características regionales podría ser mejoradas si existiera una planificación e intervención conjunta MINSA-CSS, la cual adolecemos. Creando duplicidad de servicios y con frecuencia desabastecimiento, con la consiguiente insatisfacción del usuario

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

La principal prioridad que hemos identificado es tener una mejor coordinación con la Caja del seguro Social para realizar un mejor diagnostico regional y elaborar planes estratégicos que tengan como fin incidir en toda la problemática sociocultural como así optimizar los recursos de ambas instituciones y evitar la duplicidad de funciones , los desabastecimiento y lograr mayor satisfacción del usuario

3. Identifique los aspectos que favorecen y/o afectan el desarrollo de los procesos en el MINSA (Nacional o Regional). Ejemplos: aspectos políticos prioritarios: como déficit público, la deuda externa, la excesiva, descentralización, la

ineficiencia administrativa y de gestión o la insatisfacción del público, entre otros.

Consideramos que aspectos como la deuda externa que es una condición que es nacional y no regional definitivamente nos afecta porque al estar más endeudado nuestro país los recursos van a estar más limitados en todas las áreas y salud no escapa a esto. El proceso centralizado para el manejo de algunos objetos de gasto de nuestro presupuesto como: medicamentos, médico quirúrgico etc., además de ser insuficiente nos limita a recibir insumos algunas veces innecesarios a destiempo, de igual manera la inestabilidad del recurso humano hace perder personal capacitado y calificado desmejorando la calidad de los servicios brindados en nuestras instalaciones.

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

Investigando encontramos los siguientes convenios:

CONVENIO (PANAMA- OMS) (PARA PROYECTOS DE SALUBRIDAD EN LA REPUBLICA DE PANAMA) Firmado el 9 de noviembre de 1951

ACUERDO ENTRE LA REPUBLICA DE PANAMÁ Y EL PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE VIH/SIDA (ONUSIDA) PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UNA OFICINA EN PANAMA

Celebrado mediante canje de Notas de 23 de junio y 15 de julio de 2009

Entró en vigencia el 15 de julio de 2009

ACUERDO BASICO DE COOPERACION UNICEF

Firmado el 4 de junio de 1998

Aprobado mediante Ley No. 106 de 30 de diciembre de 1998

Gaceta Oficial No. 23,717 de 21 de enero de 1999

Canje de Notas para la entrada en vigencia de 3 de marzo y 9 de julio de 1999

CONVENIO SOBRE PRERROGATIVAS E INMUNIDADES DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Firmado el 10 de marzo de 1952

Entró en vigencia el 10 de marzo de 1952

ACUERDO DE SEDE ENTRE EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ Y EL COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA

Firmado en Panamá el 22 de julio de 2010

Entró en vigencia el 22 de julio de 2010

PROTOCOLO SOBRE ESTABLECIMIENTO DE SENDAS LEGACIONES Y PARA QUE CIUDADANOS PANAMEÑOS PUEDAN SEGUIR CURSOS DE MEDICINA MISIONARIA EN INSTITUTOS Y HOSPITALES HASTA GRADUARSE O DIPLOMARSE

Celebrado mediante Canje de Notas de 2 de agosto de 1948.

Entró en vigencia el 2 de agosto de 1948.

CONVENIO DE COOPERACION CIENTIFICA Y TECNICA

Hecho en Buenos Aires el 18 de febrero de 1983

Aprobado mediante Ley No.18 de 31 de octubre de 1983

Gaceta Oficial No 20.081 de 19 de junio de 1984
CONVENIO SOBRE PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO Y REPRESIÓN DEL TRAFICO ILICITO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTROPICAS ENTRE EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE PANAMA Y EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA ARGENTINA
Hecho en Panamá, el 10 de mayo de 1996
Aprobado por Ley 70 de 30 de diciembre de 1996
Gaceta Oficial No. 23,195 de 2 de enero de 1997
CONVENIO DE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL DE PANAMÁ Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGURO SOCIAL.
Firmado en Panamá el 11 de mayo de 1970.
Canje de Instrumentos de Ratificación efectuado el 25 de mayo de 1970
ACUERDO SOBRE COOPERACION EN MATERIA DE PREVENCIÓN DEL USO INDEBIDO Y EL CONTROL DEL TRAFICO ILICITO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTROPICAS
Hecho en Santiago de Chile el 21 de octubre de 1997
Aprobado mediante Ley No. 10 de 3 de mayo de 1999
Gaceta Oficial No. 23,793 de 11 de mayo de 1999
CONVENIO SANITARIO
Firmado en Quito el 26 de septiembre de 1908
Aprobado mediante Ley No. 13 de 13 de enero de 1909
ACUERDO REFERENTE AL ESTABLECIMIENTO DE UNA OFICINA EN PANAMA DE LA AGENCIA DE COOPERACION INTERNACIONAL DEL JAPON (JICA).
Celebrado por Canje de Notas P-88-44-MRE y DGOICT/DT 034 de 4 de febrero de 1988.
ACUERDO DE COOPERACIÓN Y COORDINACIÓN EN MATERIA DE SANIDAD VEGETAL
Suscrito en Lima el 26 de agosto de 2010
Aprobado mediante Ley No. 19 de 29 de marzo de 2011
Gaceta Oficial No. 26754 de 31 de marzo de 2011
CONVENCION INTERNACIONAL DE PROTECCION FITOSANITARIA.
Aprobada en la Sexta Conferencia de la FAO en 1951, Revisada en la Vigésima Conferencia de la FAO, el 28 de noviembre de 1979
Entró en vigencia -Convención (1951) el 3 de abril de 1952
TRATADO DE PROHIBICION DE PRUEBAS NUCLEARES EN LA ATMOSFERA, EL ESPACIO ULTRATERRESTRE Y BAJO EL AGUA
Firmado en Moscú el 5 de agosto de 1963
Entró en vigencia el 10 de octubre de 1963
CONVENCION SOBRE LA PROHIBICION DEL DESARROLLO, LA PRODUCCION Y EL ALMACENAMIENTO DE ARMAS BACTERIOLOGICAS (BIOLOGICAS) Y TOXINICAS Y SOBRE SU DESTRUCCION (ANEXA A LA RESOLUCION 2626 (XXVI) AG. ONU)
Abierta a la firma en Londres, Washington y Moscú el 10 de abril de 1972
CONVENCION INTERNACIONAL PARA PREVENIR LA CONTAMINACION DE LAS AGUAS DEL MAR POR HIDROCARBUROS 1954. (TAL COMO FUE ENMENDADA EL 11 DE ABRIL DE 1962).

Aprobada en Londres el 12 de mayo de 1954
Entró en vigencia el 26 de julio de 1958
CONVENIO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA CONTAMINACIÓN DEL MAR
POR VERTIMIENTO DE DESECHOS Y OTRAS MATERIAS, 1972.
Abierto a la firma en México, D.F., Londres, Moscú y Washington, el 29 de
diciembre de 1972.
Entró en vigencia el 30 de agosto de 1975
PROTOCOLO PARA LA PROTECCIÓN DEL PACÍFICO SUDESTE CONTRA
LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
Firmado en Paipa (Colombia) el 21 de septiembre de 1989.
Entró en vigencia el 24 de enero de 1995
CONVENIO DE GINEBRA PARA MEJORAR LA SUERTE DE LOS HERIDOS,
ENFERMOS Y NAUFRAGOS DE LAS FUERZAS ARMADAS EN EL
MAR.(CONVENIO II)
Firmado en Ginebra el 12 de agosto de 1949
Entró en vigencia el 21 de octubre de 1950
CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS
FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD
Suscrita en Guatemala el 7 de junio de 1999
Entró en vigencia el 14 de septiembre de 2001
CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y
ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (Convención de Belém Do
Para)
Firmada en Belém Do Pará el 9 de junio de 1994
Entró en vigencia el 5 de marzo de 1995
CONVENIO SOBRE SUSTANCIAS SICOTROPICAS
Hecho en Viena el 21 de febrero de 1971
Entró en vigencia el 16 de agosto de 1976
CODIGO SANITARIO PANAMERICANO.
Firmado en La Habana el 14 de noviembre de 1924
Entró en vigencia para cada Estado en la fecha del Depósito del Instrumento de
Ratificación
Aprobado mediante Ley No. 3 de 12 de noviembre de 1928
Gaceta Oficial No. 5407 de 26 de noviembre de 1928
PROTOCOLO ADICIONAL AL CODIGO SANITARIO PANAMERICANO.
Firmado en Lima el 19 de octubre de 1927
Entró en vigencia para cada Estado en la fecha del
Entró en vigencia para Panamá el 30 de abril de 1929
3. CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Y
PROTOCOLO CONCERNIENTE A LA OFICINA INTERNACIONAL DE
HIGIENE PÚBLICA.
Firmada en Nueva York el 22 de julio de 1946
Entró en vigencia-Constitución el 7 de abril de 1948
Entró en vigencia-Protocolo el 20 de octubre de 1947
ENMIENDAS A LOS ARTICULOS 34 Y 55 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.)

Adoptadas por la 26 Asamblea Mundial de la Salud el
22 de mayo de 1973 (Res. WHA. 26.37)
Entró en vigencia el 3 de febrero de 1977
CONVENIO BASICO DEL INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA
Y PANAMA
Firmado en Guatemala el 27 de agosto de 1998
Entró en vigencia el 22 de enero de 2003
CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO
Hecho en Ginebra el 21 de mayo de 2003
Entró en vigencia el 27 de febrero de 2005
Aprobado mediante Ley No. 40 de 7 de julio de 2004

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

Si existe cooperación técnica financiera internacional para facilitar toda la transformación del estado y por ende del sector Salud, tales como:

Áreas Macro de Trabajo como : Relaciones Internacionales Cooperación Externa de igual manera Áreas Micro de Relaciones Internacionales , Áreas de Micro de Cooperación Externa (Área de Cooperación Bilateral, Área de Cooperación Multilateral, Área de Organismos Internacionales)

Principales Áreas de Cooperación

- REFORMA DEL SECTOR SALUD
- FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
- SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD
- GESTIÓN DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

En nuestra región existe cooperación de algunas emjadas como la del Japón que ha donado ambulancias a varias de nuestras instalaciones

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

Definitivamente si es prioridad para este gobierno luchar contra la pobreza nacional, respaldando programas como: gratuidad de los servicios Red de oportunidades, 120 a los 65, beca universal, programa agua segura, cero letrinas y otros.

Si es si, cómo se aborda, con qué actores y con qué estrategias:

Hemos contemplado la construcción de muchas viviendas de interés social en otros casos acueductos rurales con agua potable así como la construcción de servicios con tanque séptico eliminando las letrinas

7. ¿Cuáles son los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional? ¿Cuál es el grado de coordinación entre instituciones para garantizar la ejecución de esa política? ¿Cuál es su nivel de participación en el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal?

A nivel regional se da coordinación provincial a través del Consejo Técnico Municipal pero de temas muy puntuales donde la mayoría es para solucionar dificultades que se van presentando. No hay una participación conjunta en la elaboración de un diagnóstico y mucho menos en la toma de decisión o ejecución del plan de Salud aunque a través del ejercicio estamos convocando a todos los sectores para que presentemos los distintos hallazgos encontrados en nuestras dependencias y elaborar un plan de acción para solucionar los mismos.

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

La política de salud encaja perfectamente en los programas sociales ya que en ella se señala asegurar el acceso universal a todos los ciudadanos, mejorando la calidad de la atención y participando en la atención de estos grupos que son parte de los programas de salud que se desarrollan en nuestras unidades de atención.

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

El escenario actual para la Región de Los Santos no escapa de lo que ocurre en el contexto de la república, existiendo insatisfacción tanto del usuario externo como del interno por los problemas en la atención y gestión de salud.

De todos es conocida la situación global imperante, con un escenario en el que existen múltiples necesidades y muy pocos recursos:

- ✓ El surgimiento de las enfermedades emergentes y recrudecimiento de las re-emergentes
- ✓ Los cambios en la estructura poblacional con un incremento de la población de tercera edad, y por ende incrementos en la demanda de mayores recursos de mayor complejidad
- ✓ El incremento desproporcionado de los costos de la atención médica, por la incorporación de tecnologías cada vez más sofisticadas, sin que exista una verdadera evaluación del costo / beneficio de las mismas
- ✓ El cambio en el perfil epidemiológico de las enfermedades donde prevalecen las enfermedades crónicas (tumores, cardiopatías, etc.), las cuales conllevan la

- utilización de más recursos mucho más complejos para solo mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por estos males
- ✓ Un mayor acceso a la información por parte de la población lo que trae como consecuencia mayores exigencias por parte de pacientes y familiares en cuanto a la atención que deben recibir
- Por esta realidad hoy las acciones se dirigen a:
- Tendencia a la separación de funciones
 - Redefinición de los sistemas de atención
 - Nuevas modalidades de financiación y pago de servicios
 - Focalización de gasto y servicios
 - Descentralización y participación social
 - Nuevas formas de organización y gestión

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

El área de Azuero es de todos conocido como el arco seco del país, haciéndose más evidentes cuando se presenta el fenómeno del niño como fue en el 2014, viéndose afectado la agricultura y la ganadería principales fuentes de ingreso de la provincia, más en el área de Pedasí, Pocrí y ciertas áreas del distrito de Los Santos. Actualmente estamos ante la declaración del Fenómeno de la niña que también perjudica a nuestra región puesto que se pierde muchos cultivos y también ocurren inundaciones con grandes pérdidas materiales.

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

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

En 2015 el **índice de desarrollo humano (IDH)** en Panamá fue 0,788 puntos, lo que supone una mejora respecto a 2013, en el que se situó en 0,765.

Si ordenamos los países en función de su Índice de desarrollo humano, Panamá se encuentra en el puesto 60 del ranking de desarrollo humano (IDH).

El índice por provincias guarda relación con el índice del país. Hay ciertas provincias y comarcas que aun presentan diferencias en cuanto a calidad de vida, pero que cuentan con programas de ayuda social que les ha permitido elevar el ingreso de las familias, para acceder a necesidades básicas

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

En los últimos quinquenios las políticas de salud hacen mayor énfasis en que la gente juega un rol preponderante en el cuidado de su propia salud, apoya los procesos institucionales de la salud a través de la participación comunitaria organizada e interactúa con las fuerzas vivas políticas, eclesiásticas, gubernamentales y no gubernamentales para resolver problemas del entorno que puedan afectar su salud (agua potable, letrinas, aguas servidas, basura, carreteras, escuelas, áreas deportivas, iglesias, centros de salud, etc.). Estas comunidades empoderadas y conscientes de su entorno y la medida en el que un ambiente insalubre les puede enfermar, velarán así para que sus casas, patios, calles, veredas, se conserven limpias y que el lavarse las manos, bañarse diariamente, incentivar los valores éticos y morales en la familia, hacer ejercicio, alimentarse sanamente, tener un trabajo, etc., determinarán en gran medida la salud individual, familiar, comunitaria y ambiental

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

El principal marco legal en materia de Salud es el código sanitario de 1947 que otorga la función de rectoría del Ministerio de Salud, las cuales constituyen un elemento fundamental para el ejercicio del liderazgo institucional en el marco del cumplimiento de sus funciones establecidas constitucionalmente. Se considera como dimensiones de la Función Rectora las siguientes: Conducción, **Regulación**, Funciones Esenciales de Salud Pública, Vigilancia del Aseguramiento, Modulación del Financiamiento y Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud. Todas estas contempladas en las vigentes **Políticas de Salud 2009-2025**

Donde sus principales componentes son:

1. Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora
2. Fiscalización y control
3. Regulación y control de insumos médicos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos) y tecnología sanitaria
4. Regulación y control sanitario de bienes y servicios
5. Regulación y control sanitario del medio ambiente
6. Regulación y certificación de recursos humanos en salud

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

En nuestra realidad existe la función regulatoria como parte de las funciones del MINSA pero no se ejercen como debería tanto en las instituciones privadas como en la Caja del Seguro Social.

Si ha contribuido favorablemente lo que se ha logrado ya que asegura a la población las condiciones de salubridad necesarias para evitar enfermedades prevenibles.

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

Sí ____

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

No ____

Favor investigar _____

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

En la vigilancia sanitaria tenemos los siguientes decretos:

Decreto 65 del 3 de mayo de 1941

Decreto 71 del 26 de febrero de 1964

Decreto 157 del 28 de mayo de 2004

Decreto 382

Código Sanitario Artículo 204

Para establecimientos Farmacéuticos.

Fundamento Legal: Ley Número 24 de 29 de enero de 1963, que crea el Colegio Nacional de Farmacéuticos y Reglamenta el funcionamiento de los Establecimientos Farmacéuticos

Indicadores Demográficos

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

No ____

Favor investigar _____

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

Cuadro No.1

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

A. Indicadores demográficos	2000			2010			2014		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Densidad de población	20.9			24.7			24.9		
□ Rural	4.3			4.8			4.7		
□ Urbana	16.6			19.9			20.2		
□ Indígena	-			-			-		
Tasa de crecimiento natural o anual	10.3			4.5			5.5		
Tasa bruta de natalidad	16.3			11.4			12.2		
Tasa global de fecundidad	2.1			1.9			1.7		
Tasa general de fecundidad	62.7			55.9			51.2		
Porcentaje de población urbana	79.5			80.7			80.8		
Porcentaje de población rural	20.5			19.3			19.2		
Porcentaje de población indígena	-			-			-		
Razón de dependencia	53.2			52.4			n/d		
% De población inmigrante	1257			1215			*		
% De población emigrante	2271			2488			*		
Saldo migratorio	1014			967			*		
% De población discapacitada	n/d			n/d			13.0		

Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2014		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	86857	44359	42498	94011	47601	46410	94984	47873	47111
Menor de un año	1406	719	687	1176	601	575	1113	569	544
1 a 4	5637	2880	2757	5003	2560	2443	4570	2339	2231
5 a 9	7124	3641	3483	6939	3551	3388	6313	3232	3081
10 a 14	7579	3886	3693	7339	3829	3510	6986	3572	3414
15 a 9	7384	3825	3559	7238	3699	3539	7236	3796	3440
20 a 59	45984	23426	22558	49883	25404	24479	50400	25641	24759
60 a 64	3325	1698	1627	4473	2288	2185	4891	2449	2442
65 y más	8418	4284	4134	11960	5669	6291	13475	6275	7200
Otras Tasas	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad	6.0	6.1	4.8	6.8	7.1	6.0	6.7	7.3	5.9
Tasa de mortalidad en < de 1 año	14.7	*	*	5.8	*	*	9.5	*	*
Tasa de mortalidad perinatal	14.6	*	*	7.7	*	*	6.9	*	*
Tasa de mortalidad neonatal	13.1	*	*	3.9	*	*	5.2	*	*
Tasa de mortalidad pos neonatal	1.5	*	*	1.9	*	*	4.3	*	*
Tasa de mortalidad en menores de 5 años		*	*	(12)	*	*		*	*
Tasa de mortalidad materna	0.8	*	*	-	*	*	0.9	*	*
Esperanza de vida al nacer (total)	76.1	*	*	77.5	*	*	77.9	*	*

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

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

2. Cómo afecta la transición demográfica las condiciones de salud de la población?
3. Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?

La población adulta corresponde al 53.0 por ciento y el 14.2 por ciento corresponde a la tercera edad, el 19.9 por ciento son menores de 15 años para el año 2014 cifra que nos revela el envejecimiento de la estructura poblacional de la región mucho más marcado que el de la república.

El 65.8 por ciento de la población se encuentra en el grupo de edad potencialmente activa (15- 64 años) o sea un alto volumen de población en edad de trabajar y por ende una fuerte presión sobre el mercado laboral lo que posiblemente también incide en la migración hacia otras regiones.

El 14.2 por ciento (65 y más) corresponde a población de tercera edad que como se observa duplica el porcentaje de la república. Este alto porcentaje de tercera edad conlleva una mayor demanda de atención tanto en cantidad como en complejidad, ya que se trata de población generalmente afectada por enfermedades crónicas y degenerativas.

TASA DE CRECIMIENTO INTERCENSAL

Provincia	1970 - 1980	1980 - 1990	1990 - 2000
República	2.51	2.58	2.00
Los Santos	- 0.31	0.91	0.82

La tasa anual de crecimiento de la región desde hace varios años ha venido disminuyendo, y solamente es superada por la Región de Veraguas (0.52) en este aspecto.

Tal situación es producto de una baja fecundidad y una alta migración hacia otras regiones, factor este último de gran importancia por la importación de patologías que han sido erradicadas o no son propias de la región (ejemplo: malaria, leishmaniasis, etc.) o por la exportación de patologías hacia otras regiones (hantavirus).

**POBLACIÓN POR SEXO
AÑO 2002**

Provincia	Índice de Masculinidad	% de hombres	% de mujeres
República	101.2	50.3	49.7
Los Santos	101.6	50.4	49.6

De la población total el 50.4 por ciento corresponde al sexo masculino y el 49.7 por ciento al femenino.

POBLACION PROTEGIDA CON SEGURIDAD SOCIAL AÑO 2016

Lugar	Población Total	Porcentaje / Población protegida				No Asegurados %
		Total	Activos	Pensionados	Dependientes	
Los Santos	95,401	82.2% 78,391	28.2% 22,118	9.7% 7,611	62.1% 48,662	17.8% 17,010

En cuanto a la responsabilidad Institucional para el año 2016 en nuestra provincia, el 82.2 por ciento de los habitantes de la región estaban protegidos por el Seguro Social; de estos sólo el 28.2 por ciento eran asegurados activos, el 9.7 por ciento eran pensionados y 62.1 por ciento eran beneficiarios.

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

B. Aspectos económicos y sociales	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa	35302			39.473					
Tasa de actividad	50.6			50.7					
Tasa de desempleo	7.5			7.1					
Tasa de empleo informal	-			-					
Porcentaje de población asegurada	62056			75291			81982		
<input type="checkbox"/> asegurados activos	21503			26874			29745		
<input type="checkbox"/> pensionados	3538			5227			5691		
<input type="checkbox"/> jubilados									
<input type="checkbox"/> beneficiarios	37015			43190			46546		
Porcentaje de analfabetismo	10.7		52.52	6.0	3093	2159			
Escolaridad de la población									
<input type="checkbox"/> Básica completa	21613	11565	10048	22756	12339	10417			
<input type="checkbox"/> Media completa	6922	3304	3618	10592	5123	5469		N/D	
<input type="checkbox"/> Vocacional	660	301	359	805	406	399			
<input type="checkbox"/> Universidad completa	4622	1863	2759	10168	4041	6127			
Déficit habitacional	19.4			3.9					

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

La provincia de Los Santos tiene varios problemas relacionados a contaminación hídrica principalmente, debido al uso indiscriminado de plaguicidas, deforestación, la instalación de muchas porquerizas sin que se cumplan las normas establecidas. Además hay ausencia de alcantarillados en la mayor parte de los lugares poblados y los existentes son deficientes. La tendencia en este caso es hacer cumplir las

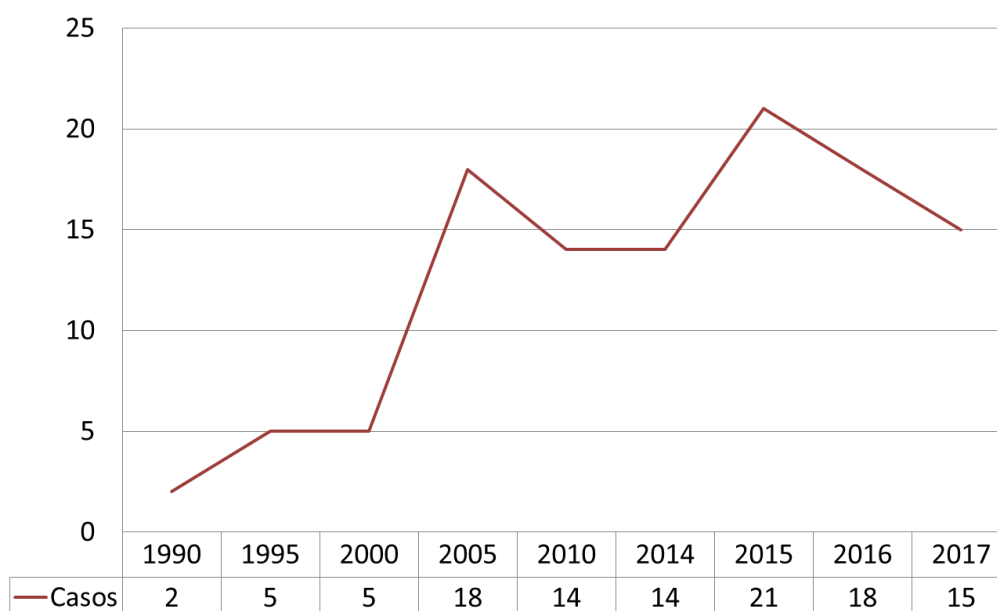
regulaciones ya existentes en materia de salud ambiental, aumentar los controles en cuanto al abuso de plaguicidas y concretizar el programa de sanidad básica.

Aunque desconocemos los indicadores en las áreas de educación, vivienda y desempleo, estimamos que la tendencia general ha de ser hacia mejorar la calidad de la educación, las viviendas y disminuir el desempleo.

SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTA VIRUS				
2016		2017		
LUGAR	CASOS	LUGAR	CASOS	DEFUNCIONES
TONOSI	0	TONOSI	3	0
LAS TABLAS	0	LAS TABLAS	3	1
PEDASI	0	PEDASI	0	0
TOTAL	0	TOTAL	6	0

CASOS HIV/SIDA	
AÑO	CASOS
1990	2
1995	5
2000	5
2005	18
2010	14
2014	14
2015	21
2016	18
2017	15

Casos de HIV/SIDA en la Provincia de Los Santos. 1990-2017



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

Los riesgos a la salud que se deben priorizar son los siguientes:

- *Relacionados a enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.*
- *Contaminación hídrica.*
- *Relacionados con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.*
- *Relacionados a los embarazos en adolescentes.*

Debemos priorizar en Tonosí por el incremento de casos de enfermedades producidas por Hantavirus en este distrito. En el distrito de Macaracas por la proliferación excesiva de porquerizas. En el distrito de Las Tablas por la proliferación de centros de expendios de licor.

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

Los principales productos agrícolas y de alimentos procesados en nuestra región son:

- Arroz
- Maíz
- Tomate Industrial
- Cucurbitáceas (Sandía, Melón, Zapallo)
- Leche (Quesos, Yogurt)
- Ganado
 - ✓ Vacuno
 - ✓ Porcino
 - ✓ Avícola (carne, huevos)

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

Tierras dedicadas agricultura y ganadería:

- ✓ Agricultura..... 65,887.68 Hectáreas
- ✓ Ganadería extensiva intensiva.....122,916.66 Hectáreas

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

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

Según nuestra unidad de SISED Las comunidades con mayor riesgo de desastre natural son:

- ✓ Tonosí 45%
- ✓ La Villa de Los Santos 30%
- ✓ Las Tablas 40%

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

Actividad Económica	Características del Empleo					
	Total	%	Pleno	Parcial	Subempleo	
					Visible	Invisible
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca y actividades de servicios conexas	10,713	11.32	2,030	6,656	648	1,379
Industria manufactureras	5,723	6.05	2,097	2,847	193	586
Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas	5,292	5.59	2,725	1,516	214	837

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

Cuadro No. 3

Condiciones del Saneamiento Básico

Condiciones del Saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)	2014	2015	2016
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
❖ Urbano	100	100	100
❖ Rural	98.7	99.7	99.8
❖ Indígena			
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
❖ Urbano	99.9	99.9	99.9
❖ Rural	98.7	98.1	98.5
❖ Indígena			
% de las instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligroso (incineración, relleno sanitario o enterramiento)			
❖ Urbano			
❖ Rural			
❖ Indígena			

Los suministros de agua en área urbana se toman de la potabilizadora Rufina Alfaro – pozos perforados.

Áreas Rurales: Acueductos por gravedad, pozos perforados.

Aguas Residuales: Urbano: Alcantarillado y tanques sépticos

Rurales: Tanque sépticos con sumidero, algunas áreas por alcantarillado, Fosa sépticas.

Residuos Sólidos: áreas urbanas y rurales recolección municipal, recolección privada a cielo abierto

Cuadro No. 4

Incidencia de Pobreza por Distrito

Incidencia de la pobreza por distrito	% de Población		
	Total	Pobres	Pobres Extremos
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Incidencia de Pobreza Los Santos

Los Santos	2009	2010	2011	2012	2013
Pobreza general	32.5	23.9	16.9	16.8	16.7
Pobreza Extrema	12.4	6.4	2.9	2.8	2.8

Fuente Ministerio de Economía y Finanzas

Cuadro no.5

Principales Etnias Predominantes en la Provincia de Los Santos

Población según edad	TOTAL	KUN A	NGABE	BUGLE	TERIBE/N ASO	BOKOTA	EMBERA	WOUNAN	BRIBRI	OTROS
TOTAL	618	234	231	112	2	20	9	1	8	1
Menor de 1 año	16	4	4	7	0	0	1	0	0	0
1 – 4 Años	55	16	31	8	0	0	0	0	0	0
5 a 9 Años	57	21	24	10	0	1	1	0	0	0
10 a 14 Años	57	24	23	6	0	1	2	0	1	0
15 a 19 Años	81	23	40	18	0	0	0	0	0	0
20 a 59 Años	322	125	105	63	1	15	5	1	7	0
60 a 64 Años	9	6	2	0	1	0	0	0	0	0
65 y Más Años	21	15	2	0	0	3	0	0	0	1

Fuente: INEC, Contraloría General de la República

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia		
	1	2	3
% de población según edad			
Menor de 1 año			
1-4 años			
5-9 años			
10-14 años			
15-19 años			
20-59 años			
60-64 años			
65 y más			
Lenguaje y dialectos			

Cuadro No. 6 Principales Tasas de Mortalidad según Sexo

C. Principales causas de mortalidad	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Mortalidad general	615	325	290	667	334	333	678	381	297
1.Tumores (neoplasias) malignos	95	43	52	122	59	63	73	39	34
2.Enfermedades cerebro vasculares	65	31	34	77	32	45	70	32	38
3.Enfermedades isquémicas del corazón	70	44	26	54	32	22	61	39	22
4.Otras enfermedades del corazón	47	22	25	63	33	30	81	39	42
5. Neumonía	54	30	24						
6. Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras							45	38	7
7.Diabetes mellitus	46	14	32	61	21	40	48	21	27
8. Enfermedades hipertensivas	18	7	11				45	25	20
Mortalidad en menores de un año	8	4	4	3	2	1	13	6	7
1. Otras malformaciones congénitas									
2. Dificultad respiratoria del recién nacido									
3.Las demás afecciones perinatales			-		1				
4.Hipoxia intrauterina y asfixia									
5. Malformaciones congénitas del corazón		1	1						
6.Septicemia									
7. Enfermedad del Sistema Nervioso									
8.Enfermedad del Sistema digestivo		1							
9 Trastorno relacionado con la duración de la gestación y crecimiento fetal		1	2		1				
10.Otras afecciones respiratorias del recién nacido		1							
11Neumonía			1						
12Sepsis bacteriana del recién nacido									
13.Neumonía congénita									
14. Otras malformaciones del Sistema Nervioso									
15. Hidrocéfalo congénito y espina bífida						1			
Mortalidad en menores de 1-4 años							5		
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad Perinatal									

1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad Neonatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad Post neonatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad materna	0			1			0		
1. Causa Obstétrica directa				1					
2.									
3.									
4.									

Cuadro No. 7
Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo

	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
% de sub registro de la mortalidad general									
% de sub registro de la mortalidad infantil									
% de sub registro de la mortalidad materna									
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas									
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas									
% de muertes por diarrea									
% de muertes por infecciones respiratorias									
% de muertes por TBC									
% de muertes por VIH									
% de otras									
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas									
% de muertes por tumores malignos									
% de muertes por hipertensión arterial esencial									
% de muertes por diabetes mellitus									
% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón									
% de muertes por otras enfermedades crónicas									
% de muertes por causas circulatorias									
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas									

% de muertes por insuficiencia renal crónica									
% de muertes por causas externas									
% de muertes por suicidios									
% de muertes por homicidios									
% de muertes por accidentes									
% de muertes por accidentes de tránsito									
% de muertes por violencia									
% Muertes por violencia social e intrafamiliar									

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

Cuadro No. 8
Tasa de las Principales Causas Morbilidad
de las principales causas por Sexo

D. Principales causas de Morbilidad	2014			2015			2016		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Morbilidad general									
1.INFLUENZA	4953	2346	2607	5453	2524	2929	6074	2880	3194
2. GASTRITIS	5721	1786	3935	6297	1931	4366	5351	1668	3683
3. HIPERTENSION ARTERIAL	10330	3980	6350	12830	4877	7953	15800	6183	9617
4. FARINGITIS AGUDA	6683	2805	3878	7245	2931	4314	6811	2900	3911
5.DIARREA Y GASTROENTERITIS	10286	4622	5664	8683	3910	4773	11143	5115	6028
6.RINOFARINGITIS	14241	6199	8042	17010	7285	9725	17217	7679	9538
7. INFECCION VIAS URINARIAS	9031	1973	7058	9821	2142	7679	10134	2097	8037
8. LUMBAGO	5481	2462	3019	6733	2971	3762	6580	3033	3547
Morbilidad en menores de un año									
1.INFLUENZA	370	174	195	384	205	179	331	175	156
.2CONSTIPACION				90	43	47	106	46	60
3.FARINGITIS AGUDA	195	110	85	205	91	114	198	114	84
4.BRONQUITIS	46	29	17	70	35	35	104	39	65
5.NEUMONIA	51	26	25	74	45	29	63	33	30
6.DERMATITIS	136	66	70	136	61	75	105	65	40
7. RINOFARINGITIS AGUDA	1178	590	588	1293	644	649	1139	644	495
8.RINOFARINGITIS AGUDA									
9.DIARREA Y GASTROENTERITIS	625	307	318	414	222	192	540	314	226
10.FIEBRE NO ESPECIFICADA	221	105	116	220	125	95	175	91	84
Morbilidad en menores de 1-4 años									
1.RINOFARINGITIS AGUDA	3010	1457	1553	3629	1784	1845	3494	1746	1748
2.INFLUENZA	848	460	388	1024	546	478	1076	536	540
3 GASTROENTERITIS	1581	814	767	1350	714	636	1694	899	795
4. FARINGITIS AGUDA	1124	524	600	1142	528	614	1161	558	603
5.INFECCION VIRAL	406	214	192	488	238	250	457	219	238
6.ASMA	549	321	358	645	343	302	510	263	247
7.FIEBRE N/E	735	377	358	645	343	305	510	263	247
Morbilidad Perinatal									
1.ICTERICIA NEONATAL	6	3	3	2	1	1	1	1	1
2.VARICELA N/E									
3.DIARREA									
4.CONSTIPACION									
5.CONJUNTIVITIS									
6.RINITIS ALERGICA									
7.ONFALITIS DEL R/N									
8.RINOFARINGITIS									
Morbilidad Neonatal									
1.RINOFARINGITIS ALERGICA									
2. ICTERICIA NEONATAL									
3.DERMATITIS N/E									
4.CONSTIPACION									

5.RINITIS ALERGICA										
6.OTROS DOLORES ABDOMINALES										
7.INFLUENZA										
Morbilidad Post neonatal										
1.RINOFARINGITIS AGUDA										
2.INFLUENZA										
3.DIARREA										
4.DERMATITIS N/E										
5. BRONQUITIS AGUDA.										
6.FIEBRE N/E										
7.FARINGITIS AGUDA										
Morbilidad materna										
1.INF.VIAS URINARIAS										
2. AMENAZA DE ABORTO										
3.ANEMIA										
4.VAGINITIS										
5. FIBROMATOSIS UTERINA										
6.CANDIDIASIS										
7.VULVOVAGINITIS										
8.AMENORREA										
9.DISMENORREA										
10.ABORTO N/E INCOMPLETO										
11. FALSO TRAB. DE PARTO ANTES DE 37 SEMANAS										
12. PROLONGACION 1ER. PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO										
13.HEMORRAGIAS POST PARTO SECUNDARIA.										
14.AUMENTO EXCESIVO DE PESO										
10. INFLUENZA										

E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1.INFLUENZA									
2.DIARREA									
3.VARICELA									
4. NEUMONIA									
5. VIRUS PAPILOMA HUM.									
TBC									

F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles.	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2014			2015			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.HIPERTENSION ARTERIAL									
2.DIABETES MELLITUS									
3.OBESIDAD									
4. ASMA									
5.ARTRITIS REUMATOIDEA									
6. ACCID.CEREBRO VASC.									

H. Principales causas de discapacidad	2014			2015			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. PSIQUIATRICA (MENTAL)									
2. VISUAL									
3. AUDITIVA									
4.FISICA									
5. INTELECTUAL									
6.MULTIPLES									
7. ORGANOS Y SISTEMAS									
OTRAS									

I. Principales problemas de salud emergentes y reemergentes que afectan a la población (enfermedades y situaciones de riesgo)	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

J. Principales causas de egresos hospitalarios	2014			2015			2016		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.HIPERTENSION ARTERIAL									
2.DIABETES MELLITUS									
3. INS. CARDIACA CONGES.									
4.APENDICITIS									
5.MIOMATOSIS UTERINA									
6. ACCI. CEREBRO VASCUL.									

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

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

La provincia de Los Santos es conocida como la cuna del folclor , por tal condición día a día se desarrollan actividades festivas enalteciendo nuestra cultura, sin embargo no se puede negar que unido a esto también está el alto consumo de alcohol arraigado por un machismo (tradicional) que en algunos casos repercute en violencia doméstica. Nuestra región en las últimas décadas ocupa los primeros lugares en suicidio condición que ha despertado la atención a nuestro departamento de salud mental que ha conformado redes de ayuda tanto para la prevención del suicidio como la atención y prevención de la violencia doméstica.

En la encuesta de tabaco, nuestra provincia marco un 6.2% con relación al 9,4% del nivel nacional que es bajo pero el departamento de promoción junto con las clínicas de cesación de tabaco mantienen una campaña energética promoviendo estilos de vida saludables, insistiendo el daño que incurre el fumar y ser fumadores pasivos, como también dando a conocer sobre la ley que prohíbe fumar en lugares públicos y privados.

En Los Santos ha crecido el número de embarazos en adolescente específicamente el 29 % lo que nos pone en alerta para incrementar las acciones con el programa de adolescente el cual es un punto débil en la región, creemos que es necesario tomar acciones interinstitucional (MIDES, MEDUCA, GOBERNACION etc.) para ser más efectivo el plan a desarrollar.

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

Debido a las características demográficas en Los Santos, el perfil epidemiológico ha girado hacia las enfermedades crónicas propias de la edad adulta, como son diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, neoplasias sobre todo cérvicouterino, de próstata y de pulmón; enfermedades relacionadas también con costumbres y estilos de vida. Además la aparición de enfermedades emergentes como el Hantavirus y reemergentes como la tuberculosis.

Se ha observado una creciente migración de población originaria de la comarca Ngäbe Buglé, que se insertan en diferentes localidades con sus costumbres y tradiciones propias.

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

La proyección general es hacia la disminución de la incidencia, prevalencia y de la mortalidad por estas enfermedades. Que los casos que se presenten sean notificados e investigados en forma rápida y oportuna de acuerdo a las normas vigentes.

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

El programa de Salud ocupacional ha sido llevado por la Caja de Seguro Social a través de los años.

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

Con las campañas de prevención y promoción que se han desarrollado en los últimos años sentimos que la población ha concebido la importancia de asistir a sus controles, que ellos son dueños de su cuerpo y de su salud.

Sin embargo claro que hace falta seguir trabajando para lograr cambios de costumbres como la ingesta de grasas, comidas condimentadas, el sedentarismo y el alto consumo de licor

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

La responsabilidad en Salud relacionada al logro de los ODM está enmarcada en cada uno de ellos, de manera directa e indirecta los funcionarios de salud colaboramos con que se hagan realidad cada uno de estos Objetivos; principalmente dentro de las actividades de promoción, prevención y atención primaria.

Específicamente somos protagonistas en el desarrollo de estrategias y actividades correspondientes a los ODM 4,5 y 6.

Dentro de nuestras responsabilidades específicas podemos describir que en nuestra región hubo los siguientes avances:

- Disminución en la tasa de mortalidad Perinatal de 11.3 en el 2,000 a 3.2 en el 2,013 y Neonatal de 13.1 a 3.1 respectivamente
- Hemos mantenido la tasa de muerte materna en menos de 1.0, desde el año 2,000 y en la mayoría la tasa es de 0%
- El 90% de las embarazadas estimadas ingresan a su control pre natal en nuestras instalaciones. De estas el 76% ingresaban en el primer trimestre en el 2,000, para el 2,013 el 80.0% ingresó en el primer trimestre.
- El 100% de los partos deben ser asistidos en instalaciones de salud, por personal capacitado, médicos especialistas, médicos internos, enfermeras especialistas, enfermeras generales. Son los partos fortuitos, generalmente en el trayecto hacia el hospital lo que puede variar mínimamente este porcentaje
- La tasa de mortalidad en la población menor de 5 años de mantiene por debajo del 0.5%
- La atención de control de salud y morbilidad en embarazadas y menores de cinco años es gratuita en todas las instalaciones del MINSA en nuestra Región; garantizando la cobertura de atención y el cumplimiento de Decretos Ministeriales que establecen esta atención.
- El Sistema Informático Perinatal se mantiene funcionando el Hospital Joaquín P. Franco y se alimenta con la información generada en los niveles locales de atención a embarazadas
- Las pruebas de VIH y VDRL se le realizan al 100% de las embarazadas que llegan a control y a aquellas que llegan al hospital a término sin evidencias de estas pruebas realizadas.
- Al 100% de embarazadas con VIH y VDRL positiva se le brinda terapia antirretroviral con su seguimiento epidemiológico correspondiente, de igual manera las VDRL positivas.
- Mantenemos porcentajes de cobertura de vacunación a la población infantil por encima del 90 %

- Se da seguimiento y control a los repostes de vigilancia epidemiológica según lo establecen los lineamientos correspondientes
- Garantizamos cumplir con estrategia TAES a pacientes con tuberculosis que llegan a nuestras instalaciones

FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. ¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

La vigilancia sanitaria considera aspectos como son las condiciones físicas y sanitarias, higiene de manipuladores, carnet de salud, control y vigilancia de los sitios de interés sanitario, condiciones de las viviendas, terrenos baldíos, instituciones públicas, para evitar enfermedades por vectores, detección oportuna de casos de malaria y dar tratamiento oportuno y efectiva de malaria, derrame de aguas residuales, recolección, almacenamiento, tratamiento y disposición final de desechos sólidos, ruidos, humos, gases tóxicos, fumigación.

2. ¿Qué problemas se deben vigilar?

Los principales problemas que se vigilan son: condiciones de establecimientos pecuarios en general, las enfermedades zoonóticas, malas prácticas de manipulación de alimentos y procedimientos estándares sanitarios, buenas prácticas de manufactura, infraestructura, así como la distribución de alimentos listo para el consumo. Además atender todas las quejas por desabastecimiento y falta de agua. Contaminación de las aguas para el consumo humano. Desde el punto de vista de Laboratorio se debe vigilar el aumento de la resistencia de antimicrobianos por el uso desmedido de antibióticos por la población. Se debe vigilar las fallas técnicas en los insumos sanitarios

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

Fortalezas:

- Se cuenta con personal idóneo en cada uno de los distritos de salud
- En saneamiento hay un técnico para brindar los servicios de saneamiento ambiental
- Se cuenta con equipo en agua potable

Debilidades

- Poco personal (agua potable)

- No hay un laboratorio de alimentos.
- Pocos vehículos para la realización de las actividades de campo
- Poco de recurso humano (saneamiento ambiental, agua potable)
- Poco de apoyo por parte de las autoridades.

Falta de programa de salud ocupacional para los funcionarios

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

Haciendo un recuento con nuestro personal de campo, llegamos a las siguientes conclusiones con respecto a la accesibilidad geográfica, económica y cultural de nuestra Región:

- Distrito de Las Tablas, inaccesible esta Taboga y La Canoa (Bayano)
- Distrito Macaracas inaccesible: La Higuera, El Tallo, Rio Arriba (Llano de Piedra) , Rio Abajo (Quema), San Antonio (Bombacho)
- Distrito de Guararé, todos están accesible
- Distrito Los Santos, todos están accesibles
- Distrito de Pocrí, todos están accesibles
- Distrito de Pedasí, todos están accesibles

Distrito de Tonosí, inaccesible: El Cortezo, Los Zatrales, Altos de Güera

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

De los lugares con inaccesibilidad arriba mencionado las distancias a las cabeceras que es donde se encuentran las instalaciones de salud más cercanas, estos son los tiempos:

- Taboga: 1 hora
- La Canoa: 45 minutos
- La Higuera: 1 hora
- El Tallo: 1 hora
- El Cortezo 1 hora
- Los Zatrales: 45 minutos

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

Los principales medios para llegar a estas áreas son: carros de doble tracción y caballos

4. ¿Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.
 - Taboga: 1 hora
 - La Canoa: 45 minutos
 - La Higuera: 1 hora
 - El Tallo: 1 hora
 - El Cortezo 1 hora
 - Los Zatrales: 45 minutos

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

El costo para moverse en estos lugares muchas veces depende de la disponibilidad de transporte que exista en el momento, si corren con suerte, estará el corregidor o el representante que les ayude. También hay que tomar en cuenta la hora que se preste la necesidad de salir, definitivamente de noche es más caro. El costo varía desde 4 dólares hasta 20, según las condiciones mencionadas

6. ¿Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujograma.

En nuestras instalaciones se atiende a todas las personas que soliciten el servicio, el que tiene seguro puede utilizarlo el que no tiene, paga tarifas que básicamente son simbólicas y el que no tiene dinero se le apunta el crédito para que cuando pueda lo pague, pero igual es atendido y se beneficia de todos los recursos que tenga la instalación, ya sea medicamentos, inyecciones, laboratorio, rayos x, procedimientos etc.

COMPLEJIDAD DE LA RED

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

La Región de Salud de Los Santos posee 7 áreas distritales y la atención en el ámbito regional es proporcionada por el MINSA y la CSS. Las cifras presentadas en este documento reflejan el análisis efectuado

por los funcionarios del nivel regional y de las diferentes áreas distritales de salud.

En general, la red de servicios se concentra en el primer nivel y la red de la CSS no es amplia y las policlínicas no brindan los mismos servicios que los hospitales, quizás por ello no se siente mucho la duplicidad de servicios.

La región cuenta con instalaciones del primer nivel (centros, sub-centros y hospitales rurales) y con dos hospitales del segundo nivel. Los recursos físicos son buenos en 90 por ciento de los casos, aunque hay instalaciones con daños estructurales por fallas en el diseño lo que indica que estas deban ser mejoradas, ampliadas y en ocasiones reemplazadas.

2. Con base a los niveles de atención (primero y segundo) ¿Cómo caracteriza la complejidad de las instalaciones de la red pública regional de salud, tanto del MINSA como de la CSS?

La complejidad de los servicios de salud no influye mucho, pues las instalaciones no son complejas. En cuanto a la duplicidad de los servicios, esta no se siente a nivel hospitalario, ya que sólo en La Villa de Los Santos y en Las Tablas existen instalaciones de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud, pero en general no ofrecen los mismos servicios, a excepción de Pediatría y Gineco-Obstetricia. Pero si hay duplicidad en el primer nivel, en donde a veces se percibe una disputa por los pacientes. Se maneja la mentalidad de que el Ministerio de Salud no puede rechazar pacientes pero la Caja de Seguro Social sí puede rechazar a los no asegurados.

La región cuenta con una buena cantidad de instalaciones de salud sin embargo existen problemas en cuanto a la dotación de recursos (insumos, equipos, instrumentos, financieros, humanos), duplicación y obsolescencia de instalaciones y en algunas, áreas físicas insuficientes.

De acuerdo a grado de complejidad 23 instalaciones (54.8 por ciento) se clasifican como primer grado de complejidad (sub centros de salud y clínica escolar), 14 instalaciones (33.3 por ciento); como segundo grado de complejidad (centros de salud y CAPPS) o sea el 88.1 por ciento de las instalaciones pertenecen al Primer Nivel de Atención. El resto, 5 instalaciones (11.9 por ciento) pertenecen al Segundo Nivel de Atención, 3 instalaciones (7.1 por ciento) del cuarto grado de complejidad y 2 instalaciones (4.8 por ciento) del quinto grado de complejidad.

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?

Las instalaciones del MINSA a diferencia del 2014 contamos con un departamento de la DIS más estructurado que brinda mayor mantenimiento, sabiendo que no es suficiente al igual los equipos e insumos para la atención. En el caso de la CAJA los CAPPs en los que solamente se atienden asegurados han sido ubicados en instalaciones totalmente inadecuadas para el servicio que tienen que ofrecer

El personal de salud es insuficiente sobre todo en el MINSA creando una sobrecarga de trabajo así como la necesidad de pagar turnos extras (cada día mas cantidad) para poder brindar un mejor servicio en a los pacientes (extensión de horario y /o cobertura 24 horas). Se da la el común denominador que se da en toda la república, el MINSA contrata personal técnico lo capacita y la CSS se los lleva dándole nombramientos permanentes impidiendo completar realmente el equipo de salud en nuestras instalaciones.

La mayoría de nuestras instalaciones trabajan en horario de 7/3 pm con excepción de los Hospitales Rurales (Tonosí y Macaracas) y los Hospitales Regionales (Anita Moreno y Joaquín Pablo Franco), hay un solo Centro que brinda atención 24 horas (Centro de Salud De Pedasí) el cual pronto pasara a la modalidad de MINSA-CAPSI con camas, donde se podrá hospitalizar.

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

Las instalaciones que trabajan más de 8 horas son:

- ✓ Hospital Joaquín Pablo Franco (24h)
- ✓ Hospital Anita Moreno (24h)
- ✓ Hospital Rural de Tonosí (24h)
- ✓ MINSA-CAPSI de Macaracas (24h) (con camas)
- ✓ MINSA-CAPSI de Pedasí (24h)

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

La red de servicios de salud ha sido sectorizada por distrito con base a criterios de población, accesibilidad geográfica y políticos, la distribución poblacional fue basada según Sectorización Geográfica y Niveles de Atención

Cada distrito tiene su Director distrital y su administrador encargados de elaborar sus presupuestos y ejecutarlos. Los hospitales Regionales son Convenio de Gestión y no obedecen al Distrito pero si coordinan ciertas actividades.

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

Los equipos básicos de salud se organizan por Centro de salud y según sea la población puede haber más de un Centro de Salud en cada distrito, como también sub-centros de salud donde los equipos básicos entonces son compartidos (Médico, Enfermera, Odontólogo etc.)

7. ¿Qué profesionales conforma el equipo básico?
Conforman el equipo básico el médico, enfermera o técnico de enfermería, odontólogo, trabajo social y según la capacidad la nutricionista, educador para la salud y el inspector de saneamiento ambiental
8. ¿Cuál es la población de responsabilidad de los equipos básicos de sector?
La población total de la provincia es 95,401 habitantes repartidos en los 7 distritos, no necesariamente repartido equitativamente. Aunque se recomienda que haya un equipo básico por cada 2500 habitantes en áreas de mayor concentración y 1000 a 2000 habitante en áreas dispersas, en nuestra provincia es menor la cantidad de habitantes con excepción del distrito de Los Santos y Las Tablas que están por encima de lo recomendado, el único que se ajusta a esta disposición es el distrito de Guararé.
9. ¿Cómo caracteriza la cartera de servicios y programas que se ofertan a la población?
Para establecer la cartera de servicio que proporcione una mayor capacidad resolutive es importante analizar las características geográficas, de población y el perfil epidemiológico de la región.

Los servicios brindados a la población en el primer nivel de atención son los siguientes:

Medicina General
Odontología
Laboratorio
Farmacia
Enfermería
Saneamiento Ambiental
Promoción
Producción de Alimentos
Control de Vectores
Agua Potable

Programas de Salud

Maternal
Infantil
Salud Escolar
Salud del Adolescente
Salud del Adulto y Adulto mayor
Vigilancia Epidemiológica

Se trabaja en equipo para desarrollar programas de salud dirigidos a los diferentes grupos poblacionales haciendo énfasis en la promoción, prevención y participación social.

10. ¿Presentar la cartera de servicios que ofrece la región para la red fija, por instalación y para la red itinerante? ¿Cuál es el costo de los productos incluidos en la cartera de servicio?

CARTERA DE SERVICIO HOSPITAL REGIONAL DE AZUERO ANITA MORENO

CONSULTA EXTERNA	
<p>Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 3:00 p.m.</p>	
<p>Especialidades Medicina Interna Psiquiatría Dermatología Cardiología Intensivista</p>	<p>Otros Servicios Odontología</p>
<p>Subespecialidades Endocrinología Infectología Reumatología Hematología (quimioterapia) Gastroenterología Neumología Neurología</p>	<p>Clínicas Clínica de terapia antirretroviral (Vih) Clínica del Diabético Clínica de Epilepsia Clínica de Cesación del Tabaco Clínica del paciente con enfermedades Hematológicas, clínica de infusión (síndrome mieloproliferativo, leucemia mieloide crónica, síndrome linfoproliferativo, síndrome mielodisplásico, enfermedad del sistema eritrocitario, anemias, citopenia, hemoglobinopatías, talasemia, hemofilia, enfermedad de von willebrand, trombocitopenia hereditaria,</p>

	<p>trombofilia, otros) Clínica del paciente con Acromegalia Clínica de úlceras</p> <p>Servicios de Apoyo Psicología Trabajo Social Nutrición y Dietética Epidemiología Fonoaudiología</p> <p>Comités Comité de Bioseguridad Comité de enfermedades nosocomiales Comité de Calidad Comité de Docencia Comité de atención al cliente</p> <p>Sociales Conjunto de proyecciones folclóricas del Hospital Regional de Azuero Anita Moreno</p>
Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	
<p>Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 3:00 p.m.</p> <p>Fisioterapia Ultrasonografía *Farmacia Electrocardiografía Endoscopía Colonoscopia Ecocardiografía Electroencefalograma Biopsia de médula ósea</p> <p>*los sábados, domingos y días feriados en horario de 7 am a 7 pm. A partir de octubre</p>	<p>Servicio 24 Horas</p> <p>Laboratorio Rayos X / CAT Registros Médicos Enfermería Nebulizaciones Inyectables</p>

de lunes a viernes se ampliará el horario de 7 am a 6 pm.	
Servicios de 24 Horas	Salón de Operaciones
Cuarto de Urgencias Observación de Urgencias adultos Cuidados Intensivos Ambulancia	Cirugías menores
Servicio de Hospitalización	Otros Servicios
<p>Servicio de Medicina</p> <p>Medicina Interna sala de mujeres sala de hombres salas de quimioterapia intensivo de medicina</p> <p>Psiquiatría intensivo de psiquiatría pabellón 2 (mujeres) pabellón 5 (hombres) ¾ camino de hombres y mujeres</p>	<p>Evaluación Socioeconómica Ambulancia Morgue Desechos Hospitalarios</p>

CARTERA DE SERVICIO HOSPITAL JOAQUIN PABLO FRANCO

Consulta Externa	
<p><i>Lunes a Viernes</i> <i>7:00 a.m. - 3:00 p.m.</i></p> <p>Especialidades Pediatria Ginecología - Obstetricia Medicina Interna Cirugía General Cardiología</p>	<p>Otros Servicios Medicina General Odontología Servicios de Apoyo Psicología</p>

Ortopedia Dermatología Urología Medicina Física Oftalmología	Trabajo Social Nutrición y Dietética Docencia Estimulación Precoz
Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	
<i>Lunes a Viernes</i> <i>7:00 a.m. - 3:00 p.m.</i> Radiología Médica Fisioterapia Fisiatría Fonoaudiología Ultrasonografía Banco de Sangre	Servicio 24 Horas Farmacia Laboratorio Rayos X Enfermería Nebulizaciones Inyectables Electrocardiografía
Servicios de 24 Horas	Salón de Operaciones
Cuarto de Urgencias Observación de Urgencias <ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Infantil Cuidado Intensivo	Cirugías Electivas Con hospitalización Cirugías de Urgencias
Servicio de Hospitalización	Otros Servicios
Servicio de Medicina Medicina Interna Servicio de Pediatría Pediatría Servicio de Cirugía Cirugía General Ortopedia Urología Servicio de Gineco - Obstetricia Ginecología Obstetricia	Evaluación Socioeconómica Ambulancia Morgue Desechos Hospitalarios

Cartera de Servicios Distrital	
Medicina General Odontología	Horario 7:00am a 3:00pm

Laboratorio Farmacia Enfermería Saneamiento Ambiental Promoción Producción de Alimentos Control de Vectores Trabajo social Cuidados paliativos	
Programas de Salud	
Maternal Infantil Salud Escolar Salud del Adolescente Salud del Adulto y Adulto mayor Vigilancia Epidemiológica	Horario 7:00am a 3:00pm
Servicios de Apoyo	
Salud Mental	
Agua Potable	
Calidad de Agua	

Policlínica Miguel Cárdenas B.

Consulta Externa	
<i>Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 3:00 p.m.</i>	
Especializada Pediatría Dermatología Neumología Ginecología - Obstetricia Otorrinolaringología Oftalmología Urología Cirugía General Ortopedia Psiquiatría	Otros Servicios Medicina General Odontología Nutrición Fisioterapia Servicios de Apoyo Psicología Trabajo Social Fonoaudiología Estimulación Precoz Optometría
Atención Dispensarial	

<p><i>Lunes a viernes 7 am – 5 pm</i> <i>Sábado 7 am – 3 pm</i></p> <p>Medicina General Observación Curaciones</p>	<p>Inyectables Inhaloterapia Cambio de sondas Corte de puntos</p>
Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	
<p>Lunes a Viernes <i>7:00 a.m. - 3:00 p.m.</i></p> <p>Fisioterapia Foniatría Fonoaudiología Electrocardiografía Ergometría Ultrasonido Mamografías</p>	<p><i>7.00 a.m. – 7:00 p.m.</i></p> <p>Farmacia* Laboratorio* Radiología* *sábado 7:00 am – 3:00 pm</p>
Programas de Salud	
<p><i>Lunes a Viernes</i> <i>7:00 a.m. -3:00 p.m.</i></p> <p>Salud Integral de los Trabajadores y del Ambiente Salud Integral de la Mujer Salud de Adulto y Tercera Edad Atención Maternal Atención a la Niñez (C y D, Inmunización) Atención al Adolescente Salud Mental</p>	<p>Salud Ocupacional Terapia de Grupo Visita Domiciliaria Inmunología Epidemiología Nutrición Salud Ocupacional Docencia</p>
<p>Cirugía Ambulatoria <i>Cirugía Menor</i></p>	<p>Otros Servicios Registros Médicos y Estadísticas Ambulancia</p>

CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED ITINERANTE

SERVICIOS DE PROMOCIÓN

- Educación en saneamiento ambiental: Factores de riesgo en las viviendas
- Educación en saneamiento ambiental: Control de la calidad del agua y las fuentes
- Educación en saneamiento ambiental: Adecuada disposición de excretas y aguas servidas

- Educación en saneamiento ambiental: Adecuada disposición de residuos sólidos-basuras
- Educación para la salud: Promoción de las inmunizaciones
- Educación para la salud: Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
- Educación para la salud: Promoción de los controles prenatales
- Educación para la salud: Promoción de los controles puerperales
- Educación para la salud: Promoción de la lactancia materna
- Educación para la salud: Promoción de la salud bucal
- Educación para la salud: Identificación de signos de alarmas por IRA's, EDA's y embarazos.
- Educación sobre alimentación y nutrición: Consejería individualizada a la niñez menor de meses
- Educación sobre alimentación y nutrición: Consejería individualizada a embarazadas
- Educación sobre alimentación y nutrición: Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
- Educación sobre alimentación y nutrición: apropiada para el/la menor de 59 meses
- Educación sobre alimentación y nutrición: a embarazadas, puérperas y madres lactantes
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Comités de salud y juntas administradoras de acueducto rural.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Identificación y capacitación de los promotores de salud.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Identificación y capacitación de monitoras comunitarias.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Reunión comunitaria con los líderes y autoridades.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

SERVICIOS DE PREVENCIÓN

- Inmunizaciones
- Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto
- Referencia para la atención del parto
- Control de crecimiento y desarrollo (0 –59 meses)
- Control de escolar
- Control de adolescente
- Control de adulto

- Control puerperal
- Atención integral para las mujeres en edad fértil. Toma de muestra para PAP y Examen de mamas
- Planificación familiar y salud reproductiva (Atención integral para las mujeres en edad fértil. Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión).
- Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años
- . Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario: Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
- Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

SERVICIOS DE ATENCIÓN

- Atención de las morbilidades agudas como IRA's
- Atención de las morbilidades agudas como EDA's
- Atención de las morbilidades agudas como infectocontagiosas de la piel y otras.
- Atención a enfermedades inmunoprevenibles
- Atención a la morbilidad: Detección y captación de personas con riesgo de enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus
- Atención a la morbilidad: Detección y captación de personas con riesgo de enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial
- Atención de las morbilidades generales
- Atención primaria de las urgencias
- Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses con desnutrición leve, moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso
- .Atención al déficit de micronutrientes menores de 5 años, MEF, embarazadas, puérperas y escolares
- Captación de sintomáticos respiratorios y tratamiento de personas afectadas por tuberculosis
- Diagnóstico y control de la Leishmaniasis
- Diagnóstico y control de la Malaria

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

En nuestras instalaciones, el paciente que cuenta con seguro social no paga nada y el no asegurado paga según sea la tarifa que en nuestra región no está unificada.

12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?

Sí existen protocolos de atención tales como el de la atención de las morbilidades más frecuentes en el primer nivel igualmente las guía medica de atención integral del adulto mayor y guías de manejo de las complicaciones en el embarazo .Las mismas fueron entregadas a cada consultorio de cada instalación, no hay un monitoreo sobre su uso.

¿Cada qué tiempo se revisan los protocolos de atención?

Los protocolos se revisan según la necesidad que exista en cada departamento o unidad

13. ¿Cómo se articula la red de servicios del MINSa con la de la CSS? Existe consenso firmado?

La red de Servicios del MINSa con la CSS no tiene consenso firmado en el año 2002 se elaboró el Plan Regional de Servicios de Salud Región de Salud de Los santos como un proyecto para la Reorganización de la red de servicios de salud, pero no se implementó. Cada institución trabaja bajo

sus normas muchas veces duplicando los servicios, sin optimización de todos los *recursos* existentes.

14. ¿Cómo se articula la red formal de servicios de salud con la informal?
Aunque en nuestra región no hay mucha atención informal de salud, nuestra red formal no tiene ninguna articulación con la misma
15. ¿Cómo se articulan la red formal pública y la privada?
En la actualidad son pocas las clínicas privadas en nuestra provincia y aun así no hay ningún tipo de articulación con ellas.
16. El sistema de referencia – contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias
Consideramos que si el paciente entra al sistema a través del I Nivel e irá escalando a otros niveles de servicios de acuerdo a la complejidad de su dolencia, pero lo hará ordenadamente, de acuerdo a protocolos de atención establecidos. En algunos casos la complejidad y gravedad del problema implica el acceso directo a un II o III Nivel acorde a lo que establece la estrategia de Atención Primaria. La dinámica se ve afectada puesto que la contra referencia pocas veces es lograda no así retroalimentando al primer nivel
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 de pacientes a lo interno de cada instalación se da formal e informalmente, ya en algunos casos no se utiliza el formulario único de referencia, haciéndose con otros documentos no reglamentarios. Y entre una instalación sanitaria y otra si se utiliza el formulario único de **Referencia**, lo que casi nunca se logra es tener al paciente de vuelta con la correspondiente **Contrarreferencia**.
En la parte hospitalaria se utiliza la interconsulta
18. ¿Cuáles son los mecanismos con qué funciona el sistema de referencia contra referencia entre el primero, segundo y tercer nivel de atención? ¿Es eficiente y efectivo en el sistema? ¿Cuáles son las debilidades del sistema de referencia y contra referencia?
 - ✓ El I Nivel de Atención (2do. y 3er. grado de complejidad – Subcentros, Centros de Salud y CAPPs) refiere al II Nivel de Atención 4to. grado – Policlínica de Las Tablas aquellos casos ambulatorios que no puedan ser resueltos a su nivel. Al 4to. grado – hospitales rurales (Macaracas y Tonosí), los casos hospitalarios de menor complejidad, que pueden ser resueltos a nivel de estas instalaciones. El CAPPs Pedasí deberá referir al Hospital de Las Tablas estos casos.

- ✓ El I Nivel de Atención (2do. y 3er grado de complejidad – Subcentros, Centros de Salud y CAPPs) refiere al II Nivel de Atención – Quinto Grado de Complejidad – Cuarto de Urgencias de los Hospitales de Las Tablas y de Los Santos los casos en que se considere se amerite la hospitalización. Los casos de neurocirugía se referirán al Hospital El Vigía.
- ✓ Los médicos generales de Consulta Externa y Atención Dispensarial del II Nivel de Atención – Cuarto Grado de Complejidad (Policlínica de Las Tablas) refieren a las especialidades los casos ambulatorios que no puedan resolver directamente así como al Hospital de Las Tablas o de Los Santos los casos que necesitan de atención de urgencia o internamiento en dichas instalaciones. Los casos de neurocirugía se referirán al Hospital Gustavo Nelson Collado.
- ✓ Los médicos especialistas del Segundo Nivel – Cuarto Grado de Complejidad se refieren entre ellos los casos que no son de su competencia. Al Hospital de Los Santos los casos de neurología, infectología y endocrinología y al Hospital el Vigía los casos de neurocirugía.
- ✓ Los médicos especialistas del II Nivel (Policlínica de Las Tablas) refieren directamente al III o IV Nivel de Atención los casos para los cuales no se cuenta con el respectivo especialista (o la tecnología apropiada) en las regiones del interior.

La debilidad que encontramos es que el paciente no es devuelto del nivel que salió y mucho menos con la respectiva contrareferencia. Otra debilidad es que los comités que regulaban su uso están inactivos, hay que reactivarlos.

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

En nuestra instalaciones si se utiliza el SURCO diariamente

Manual de Procedimientos del Sistema Único de Referencia y Contra Referencia

(Surco) MINSA-CSS 2003

El SURCO tiene sus bases en el enfoque de sectorización y reorganización de la red de servicios de salud, la cual define diferentes niveles de atención y grados de complejidad. Se obliga entonces a referir al paciente para dar continuidad en la atención y facilitar su retorno a la instalación de origen, con la información completa y clara de lo acontecido en las diferentes instalaciones de salud a las cuales concurrió

20. ¿Cuáles son las principales dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del SURCO?
Como hemos mencionado anteriormente la principal dificultad de esta herramienta radica en que la contra referencia poco se consigue quedado el primer nivel sin conocer lo que se le hizo al paciente solo con lo que el mismo recuerda y dice.
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 los últimos años con las nuevas leyes y con el asesoramiento del SENADIS en nuestras instalaciones se han ido haciendo adecuaciones propias para mejorar la accesibilidad de personas con discapacidad
22. ¿Existen en su región los centros reintegra?
Existe un centro REINTEGRA , el cual se encuentra ubicado en La Villa de Los Santos al entrar al Hospital Regional Anita Moreno , este funciona con un horario de lunes de viernes de 7am a 3pm.
En la actualidad se construye un segundo REINTEGRA en el distrito de Tonosí en la parte posterior del Hospital Rural.
23. ¿Se tienen actualizados el censo de población de discapacitados?
El último censo de personas con discapacidad se hizo en la provincia fue en el 2006 donde se observó que hay una prevalencia del 13% de la población total ósea 11,951 personas. En Tonosí fue de 18.6%
En el distrito de Pocrí si se hizo una actualización que se realizó en el 2003 donde se encontraron 78 personas con discapacidad lo que representa 2.5% de la población.
24. ¿Cómo se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contra referencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así ¿Cómo? ¿A qué modelo de atención responden?

25. Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Cuadro No. 9

CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		

Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total centros ambulatorios		
Sector Privado		
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
Total Centros de Salud		

Fuentes:

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

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

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

El Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud para Poblaciones Vulnerables en el desarrollo de Estrategia de Extensión de Cobertura que tienen como finalidad reducir las inequidades en el sector salud incrementando el acceso a los servicios básicos de atención en zonas rurales pobres y mejorar los resultados de salud que beneficiaran a los grupos más vulnerables en la Región de Salud de Los Santos, está compuesto por dos grupos poblacionales **Los Santos 1** relacionado con tres distritos Macaracas (97 comunidades beneficiarias), Guararé (36 comunidades beneficiarias) y la Villa de Los Santos (11 comunidades beneficiarias) y **Los Santos 2** relacionado con los distritos de Tonosí (99 comunidades beneficiarias), Pedasí (20 comunidades beneficiaras) y Las Tablas (34 comunidades beneficiarias). El acceso a estas comunidades es vía terrestre solo la comunidad de Isla Caña que es visitada por el grupo Los Santos 2 es por mar, facilitando el acceso para la atención a los beneficiarios del proyecto

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

Principales Riesgos que afectan a las viviendas de los beneficiarios visitadas en las giras:

- Mala Disposición de Excretas (problema de salud con más frecuencia en estas comunidades que requieren promoción y concienciación en la eliminación de los mismos y así evitar daños a la salud de los beneficiarios.
- Mala Disposición del Agua
- Mala Disposición de Desechos

De no ser atendidos estarían expuestos a mayor desnutrición, aumento de morbilidad y mortalidad de afecciones fácilmente controladas en comunidades no postergadas.

También estos grupos están rezagado con respecto al desarrollo social con respecto al resto de comunidades más cercanas a las capitales

3. ¿Cómo están las coberturas de vacunación contra el DPT, Polio, Hexavalente, en los menores de un año, contra el Sarampión en los niños de 1-4 años y contra el Tétanos en las mujeres en edad fértil en esos bolsones desprotegidos? ¿Cómo están las coberturas de vacunación contra el VPH en niñas adolescentes?

CLASIFICACIÓN	TIPO DE VACUNA	COBERTURA
Menor un año	Hexavalente	96%
	Neumococo conjugado	98%
	Rotavirus	96%
1 año	MMR	+ 100%
	Polio	96%
Mujer Estado Fértil		89%
Virus de Papiloma Humano	Niños	86%
	Niñas	89%

LOS RECURSOS HUMANOS

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

En los últimos años el departamento de recursos humanos del nivel nacional nos solicita las necesidades de recurso humano de nuestra región

la cual elaboramos con la ayuda de cada distrito y coordinadores regionales de las áreas técnicas. Sin embargo los nombramientos que se dan la mayoría de las veces no corresponden a las necesidades plasmada en ese documento.

En ocasiones priva le presión político-partidista. De igual manera se ve afectada la redistribución del personal como así también los despidos.

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

En nuestra región no existe las parteras empíricas, si hay curanderos conocidos pero con ellos no hay ninguna clase de intercambio de conocimientos.

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

Realmente no hay un programa que vigile ni actualice las competencias técnico-administrativas y clínicas de nuestro personal. Todas las actividades se van desarrollando según necesidad de cada servicio o unidad administrativa, muchas veces desgastando a nuestro personal o encasillándolo a una sola actividad.

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

En el documento desarrollado en 2014 decíamos que la participación era poca, pero posterior a esa reflexión la participación es mayor, sabemos que no es perfecta y que debemos propiciar más participación+

La participación.

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

Consideramos que los costos de la atención sanitaria son accesible a los usuarios puesto que realmente lo que pagan es solo algo representativo no cubre el costo real de los insumos ni mano especializada que realiza la atención.

Los insumos de laboratorio, odontología estudios especializados (CAT; Ultrasonido etc.) , utilización de equipos como los ventiladores, definen el mayor peso en la definición de costos.

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

Definitivamente no, las tarifas existentes no contemplan los costos reales de los servicios . Todas están por debajo de los costos reales.

7. Los costos estimados se utilizan en el proceso de compensación de costo pactado con la CSS (convenio o acuerdo con la CSS)
A Nivel Nacional en los últimos años se ha estado trabajando en una revisión de los cálculos de compensación donde quedo evidenciado que la Caja del Seguro Social debe dinero al MINSA. Además queda por definir los medicamentos y servicios brindados por MINSA a pacientes asegurados que estén dentro del listado de compensación.

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

Si existe la Universidad Nacional y la Universidad de Las Américas, UMECIT y algunos Institutos , las cuales forman personal afín al sector salud como : Enfermeras, Técnico de Enfermería, Asistente de Laboratorio, Técnicos de Instrumentación quirúrgica, Educadores para la Salud, Licenciados en Estimulación Temprana entre otras.

Con excepción de enfermería no se revisan los currículos de formación profesional de postgrado, estos se dan la mayoría de las veces a solicitud particular.

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

En nuestra región no existe ningún estudio que contemple las necesidades del sector salud, ni que defina la flexibilidad laboral y protección social de los trabajadores o la distribución del empleo entre sectores públicos y privados.

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

La calificación dependerá de la preparación académica con la cuenta el personal basándose en los diferentes escalafones de salarios con el cual los gremios han negociado a través de los tiempos (Técnicos y Administrativo). A pesar de esto en algunas ocasiones por razones políticas partidistas al nombrar nuevo personal, no se respetan dichos escalafones.

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

En comparación con el nivel privado la remuneración estatal está por debajo ya sea en salario base como los incentivos de Décimo Tercer mes, bonificaciones etc.

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

En nuestra región hemos contado en los últimos años con externalización en el aseo en los principales hospitales (Anita y Joaquín) y la alimentación solo en el Hospital Regional Anita Moreno.

En cuanto al servicio de aseo, la empresa SICARELI se encuentra brindando el servicio de manera eficiente con buenos y notables resultados. Este servicio es cubierto de manera total por el nivel central.

El servicio de la alimentación se brinda por la empresa Eventos Carolina S.A. desde junio del 2013 motivado por la construcción del nuevo hospital y la apremiante necesidad de desalojar el área en donde se encontraba la cocina, dicho servicio se ha venido brindando desde entonces, cubierto por los fondos de nuestra institución con la constante problemática de los pagos debido a los trámites burocráticos de adendas y la reciente transición de autoridades y lo concerniente a sus respectivas firmas.

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

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Planificación, se han divulgado las Funciones Esenciales de Salud y se han hechos diferentes evaluaciones en las diferentes Políticas de Salud de cada gobierno, incluso en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se han evaluados

A nivel de las Regiones hemos reproducido esta información para lograr un mejor desempeño de las mismas.

Cuadro No. 10

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

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

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

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

No. Total De Técnicos De Laboratorio		26				29				29		
No. Total de Técnicos de Enfermería		188				191				195		
No. Total de Asistentes Dentales		14				14				14		
No. Total de Cito tecnólogos		1				1				1		
No. de Farmacéuticos		15				17				17		
No. de Asistentes de Farmacia		33				36				37		
No. de Educadores para la Salud		6				6				6		
No. de Promotores de Salud												
No. de Asistentes de Salud												
No. de Inspectores de Saneamiento		12				17				17		
No. de Inspectores antivectoriales		13				13				13		
No. de Veterinarios		10				10				10		
No. de Ingenieros y arquitectos		11				11				12		
No. Graduandos de postgrado en salud pública												
No. de escuelas de Salud Pública												
No. Univ. Con maestría en Salud Pública												

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

INSTITUCION	Cargos 2016									
	Méd Gen	Méd. Esp	En f	Odont	Téc. Enf.	Farmcet.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA	76	43	187	32	195	17	322	602	19	2
CONTRATO	7	-----	15	3	29	4	35	103	--	--
PERMANENTE	69	43	172	29	166	13	287	499	19	2
RED FIJA	---	---	3	---	---	---	5	1	---	---
RED ITENERANTE	2	---	2	---	2	---	4	2	---	----
CSS										
PRIVADO										
TOTAL										

LOS INSUMOS SANITARIOS

(Medicamentos. Médico Quirúrgicos, Laboratorios, Odontología, Imagenología)

1. ¿Cuál es el número de farmacias funcionando? SOLO MINSA: 33 (con Estadística de Entrega de Medicamentos) y 5 CSS
2. ¿Cuántas son farmacias comunitarias? NO EXISTEN ¿Quién y Cómo se administran estas últimas?
3. Conocen la existencia de la política de medicamentos del 2009?

Sí se conoce de la Política Nacional de Medicamentos 2009:

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.

El artículo cuarto adopta lineamientos y estrategias para desarrollar los componentes de la Política Nacional de Medicamentos, siendo una de las estrategias la Creación de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP), la cual será reglamentada por el Ministerio de Salud.

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

SI: Resolución No. 203, De 20 de Abril de 2010

Créase la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP), como un organismo Técnico, bajo la dependencia del Ministerio de Salud

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

SI. Nos mantenemos trabajando con el Catálogo de Medicamentos que suministra el Departamento de Provisión de Suministros Sanitarios. Los Hospitales Urbanos manejan cada uno sus Listados de Especialidades.

A la fecha contamos con la Resolución # 1014 (De 31 de Octubre de 2011), Que establece el Reglamento de Selección de los Medicamentos a Nivel Nacional.

6. ¿Existe un listado regional de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología que considera los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios y el perfil de salud-enfermedad de la población?

Existe un Listado de Medicamentos REGIONAL para el primer Nivel de Atención. Los Hospitales Urbanos: Anita Moreno y Joaquín Pablo Franco Sayas manejan su propio Listado, en base a las especialidades médicas que ofertan cada una.

El Listado que se maneja a Nivel Regional, considera la clasificación según Nivel de Atención: Sub Centros de Salud, Centros y MINSA CAPSI, Hospitales Rurales.

Se considera el perfil de salud - enfermedad de la población, y es competencia de cada instalación que conforma la red, determinar los medicamentos a manejar.

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

Farmacia

Primer Nivel (Sub Centros, Centros de Salud, MINSA CAPSI y Hospitales Rurales:

De 160 a 243 renglones.

Hospital Regional Anita Moreno: 384 renglones (Incluidas las especialidades).

Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas: 332 renglones (Incluidas las especialidades).

Los Laboratorios de los Centros de Salud manejan un aproximado de 60 renglones de insumos de laboratorio. Los Laboratorios de los Hospitales Rurales manejan un promedio de 80 renglones, y los hospitales de segundo nivel de atención, en el caso del Hospital Regional Anita Moreno maneja 180 renglones, el Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas maneja un aproximado de 285 renglones.

8. ¿Conoce y utiliza la herramienta LSS/SUMA, para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología en su almacén regional, hospital regional o instalaciones de mayor capacidad resolutive?

Si se conoce y se utiliza la herramienta para la sistematización de los Inventarios de Medicamentos a Nivel del Depósito Regional.

Los dos Hospitales Regionales, igualmente conocen la Herramienta y también la Manejan, sin embargo, aún confrontan dificultades, puesto que el Registro de la Información NO está actualizada (sobre todo en una de las Instalaciones).

Si es si, considera usted que es herramienta útil Si es una herramienta útil permite tomar las decisiones de cuando hacer requisiciones por reposición de existir digito presupuestario y permite dar salidas a los lotes próximos a expirar

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

En materia de Medicamentos, los Informes gerenciales y transaccionales que genera LSS/SUMA se utilizan en primera instancia, para verificar el status del Kardex Oficial, y el Inventario Físico.

Se consulta SUMA para la verificación de Vencimientos, Cartas de Compromiso, Medicamentos de Programa, Consultas de Lotes, Laboratorios y/o Cantidades (Notificaciones de Sospechas de Fallas / Reacciones), Movimiento del producto (Existencias, Salidas y Saldos), Montos recibidos, entregados, montos disponibles, etc.

10. ¿Existen esquemas de distribución y/o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología por grupos poblacionales o por patologías,
SI

En la Provincia de Los Santos el Sistema de Distribución es Mixto: Solicitud / Asignación.

Se trabaja con un Calendario de Recepción / Despacho de Pedidos.

El periodo de abastecimiento es Bimensual, y las Instalaciones se han dividido en dos grupos que son atendidas en meses alternos.

Se atienden Pedidos regulares (Según Calendario de Despacho), y Pedidos de Urgencia, dependiendo de la Situación y el tipo de producto, debidamente justificado por la Instalación.

Los Medicamentos de Programas (VIH, Cesación de Tabaco, Tuberculosis), se distribuyen según Solicitud / Necesidad a la instancia respectiva.

Existe un cronograma de distribución de reactivos de laboratorio, se le asigna una semana de cada mes para el despacho, pero de necesitarse hacer una distribución urgente se omite la fecha estipulada para el despacho

Se adjunta Red de distribución del Depósito Regional de Medicamentos.

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

SI. Aproximadamente el 95 % de las Instalaciones registran Información de Medicamentos y la remiten al Nivel Regional (3 Instalaciones no hacen llegar ninguna Información de Consumo).

Los Hospitales Urbanos tampoco remiten Informes al Nivel Regional.

A pesar de que se les ha definido el propósito de Registrar la Información de Consumo, y utilizar los datos, para justificar sus requerimientos al Nivel Regional, la mayoría de las veces ciertas instalaciones pasan por alto estos datos, e insisten en pedir insumos según su criterio. Se les exhorta a utilizar está Información a la hora de trabajar sus Anteproyectos de Presupuesto.

En los Laboratorios de nuestra región si se registra los consumos mensualmente y se reporta al nivel nacional trimestralmente. En este momento el Laboratorio del Hospital Joaquín Pablo Franco S no entrega dicha información al día.

12. Están conformados los comité regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?

Los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapia NO están oficialmente conformados ni trabajando.

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

Sí ____

Existen protocolos pero no siempre son aplicados, en el tratamiento de patologías prevalentes.

14. ¿Qué porcentaje de las farmacias privadas cuentan con farmacéutico. En qué horario del servicio se concentran estos profesionales? Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?
El 100 % cuentan con el Farmacéutico Regente.
Estos profesionales se concentran en horas de la tarde (4 pm), puesto que la mayoría de los Farmacéuticos se desempeñan en el Horario de 7 am a 3 pm y 8 am a 4 pm en las Instalaciones de Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud.
Cuando no hay disponibilidad de Farmacéutico, generalmente es el Asistente de Farmacia / Dependiente, quien está al frente del Establecimiento.
15. ¿Qué porcentaje de las farmacias de la red pública de servicios de salud (CSS y MINSA) cuentan con farmacéutico. En qué horario del servicio se concentran estos profesionales? Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?
Sólo el 21.43 % de las Farmacias del MINSA en la Provincia de Los Santos, cuentan con un Profesional Farmacéutico. Se desempeñan generalmente de 7 am a 3 pm y de 8 am a 4 pm
Donde no hay Farmacéuticos, el Servicio es cubierto por los Asistentes de Farmacia, quienes generalmente manejan todos los medicamentos (según el Nivel), con excepción de las Sustancias Sujetas a Control.
Por su parte, el 100 % de las Farmacias de la Caja de Seguro Social cuentan con Farmacéutico.
16. ¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?
Para el año 2013 se donaron 835 unidades de sangre
17. ¿Cuántos laboratorios clínicos, de agua, de alimentos están funcionando
Están funcionando 9 Laboratorios Clínicos
18. ¿Existe un laboratorio de referencia definido? ¿Qué criterios se aplicaron para su selección?
No contamos con un solo laboratorio de referencia ya que el escaso recurso humano existente en el Laboratorio Clínico que cuenta con mejor infraestructura física no ha permitido centralizar determinadas pruebas
19. ¿Son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? ¿Con que criterios se definen esas tarifas? ¿Existe margen de ganancia para las instalaciones de salud? ¿Cuál es?
Los Laboratorios Clínicos de nuestra región maneja los mismos costos desde hace muchos años, y los precios fueron establecidos a nivel nacional, cuando se ha logrado ofertar nuevas pruebas de laboratorio se hace uniformes en todos los laboratorios. Los costos de ganancia son reducidos

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

En Farmacia las Compras tramitadas a Nivel Regional, se prioriza la adquisición de productos de mayor demanda (Agotados o por Agotarse), cuyo trámite centralizado se encuentre demorado.

También representan prioridad, aquellos insumos que por Fallas Farmacéuticas o terapéuticas hayan sido retiradas de nuestras instalaciones, y sean de elección para el tratamiento de las principales causas de Morbilidad de nuestra área.

La adquisición de los insumos de Laboratorio depende en gran medida de la licitación del nivel nacional ya que la partida 274 para la red primaria se encuentra centralizada, las entregas anuales generalmente se dan en los últimos meses de cada año, y como no se reciben subvenciones adicionales, se prioriza los insumos de mayor demanda para atender las morbilidades dependiendo de la capacidad que tenga las unidades ejecutoras por los fondos de administración

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

INDICADOR	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto total en medicamentos por la CSS					
Gasto total en medicamentos por MINSA					
Gasto Per cápita en medicamentos					
Gasto total en laboratorio por la CSS					
Gasto total en laboratorio por MINSA					
Gasto Per cápita en laboratorio					
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS					
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA					
Gasto Per cápita en médico quirúrgico					
Gasto total en odontología por la CSS					
Gasto total en odontología por MINSA					
Gasto Per cápita en odontología					
Gasto total en Imagenología por la CSS					
Gasto total en Imagenología por MINSA					
Gasto Per cápita en Imagenología					

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

1. ¿Se conoce el porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso?
Si conocemos que aproximadamente el 21% de nuestros equipos están defectuosos, principalmente:
Camas hospitalarias, Vehículos, sillas de ruedas, camillas ginecológicas, camillas de curación, aires acondicionados de ventana, sillas de secretaria, relojes de marcar, máquinas de escribir, sumadoras
2. ¿Conoce el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil?
Si lo conocemos en total son aproximadamente el 19%
3% Equipo de laboratorio Vitros DT-60
6% Equipo de impresión fax-duplicador-computadoras
3% Equipo médico EKG-Centrífuga
2% Equipo de odontología -sillón dental-autoclave
5% Equipo de oficina-escritorios, sillas, anaqueles, archivadores
3. ¿Existe algún listado de equipos para su reposición?
Actualmente en nuestra región salud existe en lista de reposición aquellos que han sido adquiridos en los MINSAs-CAPSI que han sido absorbidos por otras instalaciones ya existentes como es el caso del MINSAs-CAPSI de Macaracas el cual sustituyo al Hospital Rural de Macaracas. De igual manera sucederá con el Centro de Salud de Pedasí que pasara a ser MINSAs-CAPSI de Pedasí

FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

1. ¿Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos? A nivel hospitalario se han establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica? ¿Han sido efectivos? Existe una lista de espera por servicio quirúrgico?
En la actualidad el único hospital con salón de operaciones en nuestra Región es el Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas en el mismo hace más de un año que solo se hacen operaciones de urgencias las cirugías electivas están canceladas debido a deterioro del equipo existente y problemas en la infraestructura
2. ¿En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios es espera por la atención demandada?

En el Hospital Joaquín Pablo Franco los departamentos de Cardiología y Ginecología son los más esperados por los usuarios para conseguir la atención. Mientras que en el Hospital Regional Anita Moreno son los servicios de consulta especializada de neurología, endocrinología, hematología, gastroenterología, cardiología. Electroencefalograma endoscopías gástricas, colonoscopías.

3. ¿Se registra el rechazo de pacientes?

En nuestra región no se cuantifican los pacientes rechazados en ninguna instalación y en ningún servicio, lo que nos ayudaría a saber realmente cuantos cupos son los adecuados para suplir las necesidades de la población por ende nos ayudaría a realizar una mejor planificación de todos los recursos, principalmente, el humano

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

En el Distrito de Los Santos ya que cuenta con una red fija amplia, 2 Centros de Salud y 6 sub-centros de salud. La atención médica en los sub centros de salud se da de 2 a 3 veces por semana y en el subcentro de salud de Llano largo el Equipo Básico está incompleto, ya que el servicio de Farmacia no se oferta durante la atención, presentando la limitación que el paciente se tiene que retirar con la receta para tramitarla en otra institución. En el resto de los Distritos se desconoce la demanda insatisfecha, ya que no se aplican los instrumentos existentes (normados) para evaluar la calidad de la atención y satisfacción del usuario.

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

Las citas se brindan presencialmente, el paciente debe acudir los primeros días del mes de enero a buscar sus citas y luego las subsecuentes se apersonan a la ventanilla de estadística. Se utilizan las llamadas telefónicas solo para el cambio de citas o reportes de que el médico especialista no podrá asistir.

HORARIO DE SERVICIOS

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

El horario de nuestros servicios, tal como se plasma en la cartera de hospitales y Centros de Salud, es de lunes a viernes de 7 a 3 pm, la consulta externa. Los Servicios abiertos después de las tres corresponden a cuarto de urgencias.

2. La población está satisfecha con los horarios actuales

Recientemente se ha empezado a realizar una pequeña encuesta que trata de, pedir la satisfacción de nuestros pacientes pero aún estamos en la tabulación de estos resultados, también se puede extrapolar por los comentarios en buzones de sugerencias y encuestas de satisfacción del cliente que realizan el comité de atención al cliente
Donde se quejan de los lejos que están las citas y/o de que deberían funcionar por lo menos 12 horas servicio de apoyo como farmacia, Rayos X. Laboratorio etc.

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

A nivel de planificación si hemos solicitado extender algunos horarios, pero por falta de recurso humano esto representaría elevar el número de Turnos Extras, se nos ha dicho que por el momento por la contención del gasto y más por el aumento en las tarifas de turnos que en algunos casos de elevo más del 100% deberíamos espera sin embargo estamos solicitando para el otro año extensión de horario para el MINSA CAPSI de Las Tablas

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

Actualmente los servicios brindados en horarios ampliados son los de cuarto de urgencias, laboratorio, rayos x / CAT, registros médicos, la limitante presentada es el déficit de recurso humano para satisfacer dicha demanda lo que ha llevado a la creación de la figura de turnos pagados o turnos extras, que si bien es cierto trae consigo remuneración económica a nuestros colaboradores, también es cierto que acarrea agotamiento del personal que los realiza.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

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

Todas las instalaciones de salud cuentan con buzones de sugerencias con formularios donde pueden expresar su opinión acerca de los servicios recibidos. Encuetas formales no son aplicadas en nuestras instalaciones de salud.

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

El 100% de las instalaciones de salud cuentan con buzones de sugerencias, de los cuales un 60% el comité evaluador se encuentra

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

En las instalaciones de salud con comités evaluadores activos, mensualmente se revisan los buzones de sugerencias y se realizan los planes correctivos correspondientes según el caso. Y en cuanto se tengan los resultados de las encuestas de satisfacción se utilizarán para la tomar correctivos y mejorar la calidad de atención

3. ¿Se realizan las auditorías sociales en su región?
Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención
En nuestra región solo se han aplicado las encuestas de satisfacción como parte de las auditorías sociales al tener los resultados se reunirán las partes para tomar las acciones a seguir.
4. ¿Se comparten estos resultados?
Bueno los resultados han sido compartidos pero aún le falta más socializarlos
5. ¿Conocen el programa de humanización?
Se conoce el programa pero no se ha implementado en la región como se esperaba en nuestro departamento lo vamos a retomar para el año 2018
6. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales?
En la actualidad no se está aplicando, se planea formar los comités y capacitar al personal para ponerlo en práctica
7. ¿Conoce usted la demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio? Ejemplos: urgencias, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y otros.
No conocemos la demanda insatisfecha de nuestra región de ninguna instalación y/o servicio

CONTROL DE CALIDAD

1. ¿Han realizado auditorías de expedientes, auditorías médicas y administrativas.
Si se realizan todos los años Auditoría de expedientes, donde se registran principalmente fallas al documentar el trabajo, muchas veces por no contar con la papelería indicada o por falta de voluntad de los funcionarios. Pensamos que estas auditorías cumplen con la parte diagnóstica en cierta parte con la correctiva pero no cumple con la parte que sanciona las faltas incurridas una y otra vez.
No se hacen Auditorías médicas al menos que se involucre algún expediente en una causa legal

Anualmente se programan auditorías Administrativas pero por escasez de personal y por acudir a otras situaciones propias que ameritan ser atendidas con prioridad, el cronograma no se cumple en su totalidad.

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

Programas de Calidad. Solo contamos en áreas técnicas

A nivel de laboratorio contamos con la evaluación externa de la calidad, estos son módulos de pruebas de laboratorio que se compran y se realizan en las corridas diarias de los pacientes, es una muestra desconocida más, los resultados son enviados por la web al sitio del proveedor donde son comparados nuestros resultados con un gran número de laboratorios alrededor del mundo. De esta manera podemos hacer un análisis minucioso de nuestros coeficientes de variación de cada metabolito de tal manera que podemos brindar resultado confiable.

3. ¿Conoce sobre el observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando?

Conocemos de la resolución 521 del 5 de Junio del 2009 que crea el Observatorio de Calidad del MINSA, conocemos de los indicadores que se refieren a:

- Servicio de Urgencias
- Salón de Operaciones
- Consulta externa
- Hospitalización
- Servicios intermedios
- Satisfacción de usuario

Si se utilizan estos indicadores para tomar medidas para mejorar la calidad de los servicios con excepción de la parte de satisfacción del usuario, puesto que en los últimos años los controles de buzón de sugerencias y reclamos no se han llevado correctamente hay que reforzar esta área.

No conocemos los comandos del Observatorio de Calidad

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

En el Laboratorio se ha mejorado mucho desde que se inició el programa de evaluación externa de calidad hace tres años. Porque nos ha permitido evaluar nuestros reactivos

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

Para determinar el desempeño de los servicios de salud en la gestión de calidad es imperante conocer las herramientas de gestión con que cuentan las instalaciones de salud:

- Misión, Visión y Valores en cada instalación de salud y la coherencia entre ésta y su actuación diaria.
 - Cartera de servicios correspondiente a cada instalación de salud, según su nivel de atención y grado de complejidad.
 - Manuales de procedimientos, tanto en los servicios de atención de salud como en las unidades administrativas de las instalaciones de salud de las Provincias que constituirán el universo meta.
 - Acuerdos de Gestión.
 - Manual de organización de las instalaciones de salud.
 - Manual de calidad.
 - Plan de mejoramiento continuo de la calidad.
6. ¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector? Después que se reciben las quejas se hacen las inspecciones y de acuerdo a la deficiencia encontrada se levanta un acta de inspección acompañada de una citación, la cual se dirige a la instalación que le compete por responsabilidad, para el manejo, control y seguimiento de las mismas, si la persona no cumple se vuelve a inspeccionar y si la autoridad sanitaria (Director Distrital) cree necesario, sancionar con multa se aplica.

FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

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

La comunidad se organiza a través de los comités de salud, Juntas Administradoras de acueductos, (JAAR). Organizaciones no gubernamentales, cooperativas, Clubes sociales y deportivos, federaciones y confederaciones.

En general hay poca coordinación con las instituciones Gubernamentales y las no Gubernamentales.

Las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud se integran de diferentes maneras, por medio de grupos organizados de Hipertensos y Diabéticos, Tercera Edad, 120 a los 70, grupo de embarazadas, grupos cazamosquitos, cazadores de humo, brigadas protectoras del ambiente, vecinos vigilantes contra el dengue, Comisión EGI- Dengue que involucra a todas las instituciones públicas, autoridades locales y población en general, entre otras. Adicionalmente se organizan ferias de salud, ferias interinstitucionales, caminatas, actividades estudiantiles y universitarias,

2. ¿Cuál es el inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud (Comités de Salud, Juntas de Agua, Iglesias, ONG'S, Clubes Cívicos, organizaciones de pacientes, Grupos Organizados de Trabajadores de Salud, Otros?
Actualmente en nuestra Región contamos con 365 Juntas de Agua en todas las comunidades rurales y 32 Comités de Salud en las comunidades donde contamos con instalaciones de salud
3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?
Las organizaciones comunitarias y la ONG ayudan en el diagnóstico de la comunidad ya que conocen cuáles son sus necesidades reales, pero no cuentan con los recursos para la solución de las mismas
En cada comunidad tenemos Comités Católicos y Club de Padres de Familia que por medio de sus estudiantes nos permiten organizar Grupos Caza mosquitos, Brigadas protectoras del ambiente, Cazadores de Humo y así contribuyen a la promoción de actividades en beneficio de cada comunidad.
4. ¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?
¿Cuáles son sus intereses? ¿Qué los hace de mayor o menor relevancia?
No En otras regiones, se ha realizado análisis de estas Actores Sociales, donde se han identificado la importancia de estas organizaciones. Los clubes cívicos también juegan un papel importante ya que organizan giras y actividades en conjunto con MINSA en diferentes comunidades en las que ofrecemos la promoción y prevención de diferentes enfermedades y la atención médica a la población. Estos Actores Sociales los encontramos
5. ¿Cómo se caracteriza el sector informal de atención en salud? ¿Qué número de curadores existe y a qué actividad se dedican? ¿Dónde están ubicados? ¿En qué distritos se concentran? ¿Qué población es la que demanda mayormente sus servicios? ¿Cómo se integran las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud?
Dentro de nuestra región, así como en otras regiones juega un papel importante el sector informal de atención en salud, ya que contamos con personas que se dedican a la cura por medio de productos naturales y de la medicina tradicional, inclusive las farmacias atienden las recetas generadas por esta actividad, la demanda de estos servicios proviene de todos los estratos sociales. Estos están ubicados en todos los distritos (hay por lo menos unos) y son solicitados por personas de todos los estratos sociales. En nuestra región no hay ningún tipo de coordinación con estos curanderos.
6. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del equipo de salud de su región para potenciar la red social de salud?

Dentro de las fortalezas que tenemos dentro de la red social podemos mencionar: Recursos humanos con un grado de capacitación para el trabajo comunitario, la experiencia obtenida con dirigentes, líderes y la comunidad. La disponibilidad de los equipos de salud de trabajar con los grupos de la comunidad en horas fuera del horario de trabajo, el Marco Legal que soporta la participación comunitaria (Comités de Salud, JAAR).

Entre las debilidades de los equipos de salud: persistencia del enfoque curativo, poca proyección comunitaria, baja motivación e incentivos al personal, fragmentación de las acciones del equipo de salud, escasa disponibilidad de recursos financieros, falta de recurso humano (Educadores para la Salud) en todas las instalaciones de salud para darle seguimiento a las actividades de atención integral. Falta de vehículos para la realización de giras a las diferentes comunidades.

7. ¿Cómo se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras) y la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/65.

Consideramos que son estrategias excelentes, sin embargo percibimos que en algunos casos el objetivo primordial no se está cumpliendo a cabalidad, ya que muchas de las personas solo se interesan en obtener la firma para que se le desembolse el pago. Opinamos que sería importante reforzar la estrategia de educación en esta población beneficiada para que realmente se utilice el dinero para la alimentación y tratamientos de la personas de la tercera edad que no cuentan con su fondo de retiro

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

Se perciben como un derecho, y Sí se aplican estos decretos en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región, sin embargo, no siempre en el (los) servicios donde se brinda la atención reposa constancia con el aval de una persona responsable (evaluador), que determine la aplicación del beneficio (Esto tiene repercusiones desde el punto de vista de Auditoría, pues al funcionario que ofrece la atención directa, aparte de las copias de los Resueltos / Decretos) no lo ampara nada

9. Identificación de actores (Favor remitirse al anexo uno y contestar la encuesta correspondiente a Mapeo de Actores).

FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

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

Como es conocido todos los sistemas modernos de salud montan su base con el primer nivel donde las funciones primordiales deben ser la promoción y prevención, son estas las formas de organización en la cual se debe concebir todas nuestras acciones reforzando este nivel. Porque al tener una comunidad organizada, con ambiente sano y prevenido con vacunas y controles de salud, se demandaría menos la atención de morbilidad y por ende el segundo nivel de atención no estaría abarrotado.

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?

La conformación de equipos básicos es necesario, pero se debe adecuar dependiendo de las necesidades del área, debe darse en forma integral y tomar en cuenta la promoción y prevención en la atención primaria.

Igualmente creemos que deben haber equipos itinerantes que refuercen los equipos locales y pueda darse la alternabilidad de roles.

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

Sí Si se llevan a cabo Jornadas de Atención Ambulatorias (JAPA) en nuestra región, generalmente se realizan dos jornadas cada año procurando beneficiar las poblaciones más vulnerables, con menor accesibilidad a los servicios de salud. También en los diferentes centros y sub centros de salud de la red primaria de atención se cumple con el programa de visitas domiciliarias según los recursos disponibles, siendo la falta de disposición de transporte una de las principales limitantes. En cuanto a grupos itinerantes existe una organización extra institucional (OE), Consorcio Farmacia de la Salud, S.A., quien brinda atención a las comunidades más postergadas dentro del Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.

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

¿Cuáles utilizan?

En nuestra Región este año comenzamos a contar con el servicio de internet institucional, cual valor ha sido importante para la comunicación con el resto del país del mundo, se usa principalmente el correo electrónico para la comunicación como así diferente página de la web para obtener información por ejemplo la página del MINSA.

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

No se han adoptado decisiones para modificar la oferta de servicios del primer nivel, creemos que esta es una potestad del nivel Nacional

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

No se han adoptado decisiones para modificar la oferta de servicios del primer nivel, creemos que esta es una potestad del nivel Nacional

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

Si existen programas que atienden grupos de riesgos como: Adolescente, Violencia, Cárcenes, la clínicas de higiene Social, la Clínica de HIV , Clínica de cesación de tabaco, la Red contra el Suicidio y pacientes con Desnutrición (infantil)

8. ¿Se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de vida: niñez, adolescencia, edad adulta, vejez?

En todas nuestras instalaciones se ha establecido la atención prioritaria a la embarazada, menor de 5 años, adolescencia y tercera edad puesto que son los grupos más vulnerables. Gratuidad de los servicios

La prioridad no solo es da en los cupos sino también en las interconsultas internas y externas.

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

La planificación de los servicios en el nivel local se da con participación de los funcionarios de cada unidad ejecutora liderizada por cada dirección, en algunos casos hay participación

Comunitaria a través de los grupos organizados como por ejemplo: tercera edad, embarazada, adolescente etc.

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

En términos operativos la sectorización geográfica poblacional se refiere a una cantidad determinada de población en un espacio geográfico a la que se le asigna una oferta sostenida de atención en un establecimiento de salud, de acuerdo al lugar de residencia o trabajo y otros criterios de accesibilidad.

El proceso de sectorización tendrá los siguientes objetivos

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

La sectorización guarda relación con la definición de áreas de responsabilidad para la actuación de los servicios de salud, puede basarse en las zonas de supervisión censal establecidas por la Contraloría General de la República o en la accesibilidad geográfica de la población a las instalaciones de salud y la densidad de población

11. ¿Se han definido y caracterizado estos espacios en la región?

En nuestra región se han caracterizado los espacios a través de los Distritos. Nuestra organización obedece a la instancia Distrital aunque en algunos casos por accesibilidad se atiende población de un distrito en otro.

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?

Con la ley 68 queda claro que el paciente tiene derecho a ser informado y tomar decisiones en todos los aspectos de diagnóstico curación y rehabilitación, por tanto debemos hacerles participe de todas las acciones a tomar que redunden en la atención de la población y el ambiente.

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

¿Qué aspectos sería necesario fortalecer? ¿Qué estrategias sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud?

Consideramos que los equipo cuentan con personal humano capacitado y con experiencia, pero carecemos de tecnología de punta, equipos médicos,

equipo quirúrgico, equipo de movilización terrestre, como así también de capacitación al personal, y la distribución equitativa de las funciones o el nombramiento de más funcionarios para evitar el agotamiento físico y/o mental de los ya existentes. Y en otros casos llenar la necesidad de este personal.

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

Al revisar cada instalación del nivel primario observamos que solo un 30% o 40% de los trabajadores de salud viven en la periferia de nuestras instalaciones de salud.

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

Sí___,

No___

Favor investigar_____

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

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

Los criterios que deben tomarse en cuenta son: los recursos disponibles, el perfil epidemiológico y demográfico, la organización de los servicios y las actividades intra y extramuros que han de desarrollarse; diferenciando los niveles de atención y grados de complejidad de ambas instituciones en materia poblacional y ambiental

Debe ser evaluado por el equipo regional en conjunto con cada distrito.

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

La revisión de la cartera de servicios en cada área se efectúa al haber cambio de administración. Cada administración tiene perspectivas diferentes y hace su planificación según crea conveniente o por demanda de la población

3. ¿En qué instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitaria y ambiental?
En nuestra región se aplica el modelo individual puesto que los equipos básicos no están completos en todos los distritos y donde están completos los mueven alrededor de la provincia para atender situaciones que lo ameriten
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?
Fortalecer presupuestalmente al primer nivel de atención, aumentando el recurso humano (Equipo básico de salud, personal de campo, educadores para la salud, inspectores de saneamiento ambiental, vectores y protección de alimento, calidad de agua) como la flota vehicular, para responder al modelo que realmente nos compete (Familiar, comunitario y ambiental)
5. ¿Cómo debe mejorarse la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial?
*Lo primero que hay que considerar es la educación de la población para el mejor uso de los servicios de urgencias.
Implementar el sistema de TRIAGE.
Mejorar la comunicación y coordinación con el servicio de Medicina Dispensarial de la Caja de Seguro Social.
Capacitar al personal en el manejo de la sala de urgencias.*
6. ¿Se utiliza el TRIAGE?
No se utiliza el triage como tal en ninguna instalación , al conversar con cada unidad ,nos informan que no se hace debido a que el personal es escaso en otras ocasiones las instalaciones no se prestan por su poca área física
7. ¿Los Proveedores públicos y privados están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios?
El Ministerio de Salud es el Regente de la Salud en nuestro país, no existen dos normativas distintas por lo tanto el sector público como privado están obligados a prestar los mismos beneficios

AMPLIACION DE COBERTURA

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

En el Primer Nivel se ofertan servicios de atención integral a la población y el ambiente, enfocados en la solución de los problemas bio – psico – sociales que afectan al individuo, la familia y la comunidad. Para lograr una mayor cobertura de atención consideramos primordial

- Reorganizar la red de servicios para garantizar un servicio de salud continuo con equidad, calidad con eficiencia y eficacia
- Priorizar las necesidades de salud para optimizar los recursos, y mejorar los indicadores de salud
- Globalización de la comunidad, las instituciones, y ONG, en los servicios de salud

El 15 por ciento de la demanda que supera la capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención deberá ser atendida y resuelta sus necesidades de atención en el segundo nivel.

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

Consideramos que la extensión de cobertura en población que se encuentran más alejadas (no necesariamente desprotegida) consideramos que en algunos casos la necesidad se cubriría con extender el horario en vez de 8 horas a 12 horas, pero en otros casos por dificultad de transporte , tal vez convendría atender también los fines de semana.

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

Consideramos que las giras o jornadas de salud deben ir enfocadas a la promoción y prevención más que a la parte curativa, claro sin dejar de atender los casos que se presente de urgencias o de morbilidad. En los casos que se cuenten con los carros quirúrgicos, se deben destinar a resolver cirugías menores a aquellas personas que por su nivel adquisitivo no pueden costear dicha cirugía, de igual manera debe ser cuando se cuenten con los carros diagnósticos.

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

Deben participar:

- ✓ Medicina general
- ✓ Odontología
- ✓ Enfermería

- ✓ Trabajo social
- ✓ Promoción
- ✓ DEPA
- ✓ Saneamiento Ambiental
- ✓ Vectores
- ✓ Farmacia
- ✓ Laboratorio
- ✓ Colposcopia
- ✓ Especialidades que se amerite (Ginecología ,Pediatría, Cirugía, Urología)

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

Definitivamente son una opción, de hecho la utilizamos en todos los departamentos que son puerta de entrada a nuestros pacientes, ya nuestro personal esta sensibilizado que cuando el paciente llega a su departamento refiera al paciente donde se requiera completar sus controles de salud anuales .Por ejemplo si el paciente llega a vacunarse y la enfermera detecta que en lo que va del año no ha sido atendido por odontología, ésta lo refiere para que saque su cupo o cita con el odontólogo.

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

En la actualidad no existe ninguna coordinación administrativa entre nuestra Región y otras organizaciones que no sean dentro de nuestro Ministerio.

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

Presentando la programación de las giras a las diferentes comunidades seleccionadas, como también la producción mensual para el logro de los indicadores pactados; también se realiza supervisión bimensual por parte del departamento Regional de Provisión de Servicios.

Esta información no se comparte con los niveles distritales.

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

No se integran datos de cobertura nuestras con instalaciones ni privadas con excepción de la parte de epidemiología incluyendo las Vacunas

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

NO El ministerio de Salud tiene un sistema de información, la caja del Seguro social tiene el suyo y las clínicas privadas otro propio

10. Cuadro N°14 COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

Cuadro No.14

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
Periodos					
2000					
2010					
2012					
Género					
Hombre					
Mujeres					
Base Poblacional					
Niños (menores de 1 años)					
Niños de 1 a 4 años					
Personas de 5 a 9 años					
Personas de 10 a 14 años					
Personas de 15 a 19 años					
Personas de 20 a 59 años					
personas de 60 a 64 años					
Adultos mayores (65 años y más)					
Zonas Geográficas					
Urbana					
Rural					
Pertenencia Étnica					
Blanco					
Indígenas					
Afro-descendientes					
Mestizo					
Otros					

FUENTE(S):

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

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

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

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

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

Proveedores privados					
Sin lucro					X
Con lucro					X

FUENTE(S):

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

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

En nuestra región se ejerce el rol de rectoría de la autoridad sanitaria a través de los departamentos de Epidemiología, DEPA, Vectores, Saneamiento ambiental mediante las inspecciones, el cumplimiento de la normativa, la vigilancia epidemiológica regional. En algunos aspectos consideramos que tenemos debilidades en el cumplimiento del rol de rectoría, como la poca coordinación de los subsistemas de información existentes extra institucional públicos y privados entre también, falta de planificación conjunta con todas las instituciones prestadoras de salud.

De las once funciones esenciales de Salud, no se cumple con la investigación en salud pública, tenemos debilidad en la capacitación del RRHH, la seguridad de la calidad en los servicios de salud, como también en la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud, en resto de las funciones si se cumplen. Todas estas funciones se cumplen con el desarrollo de los programas y cumplimiento de las normas que rigen a nuestra institución.

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

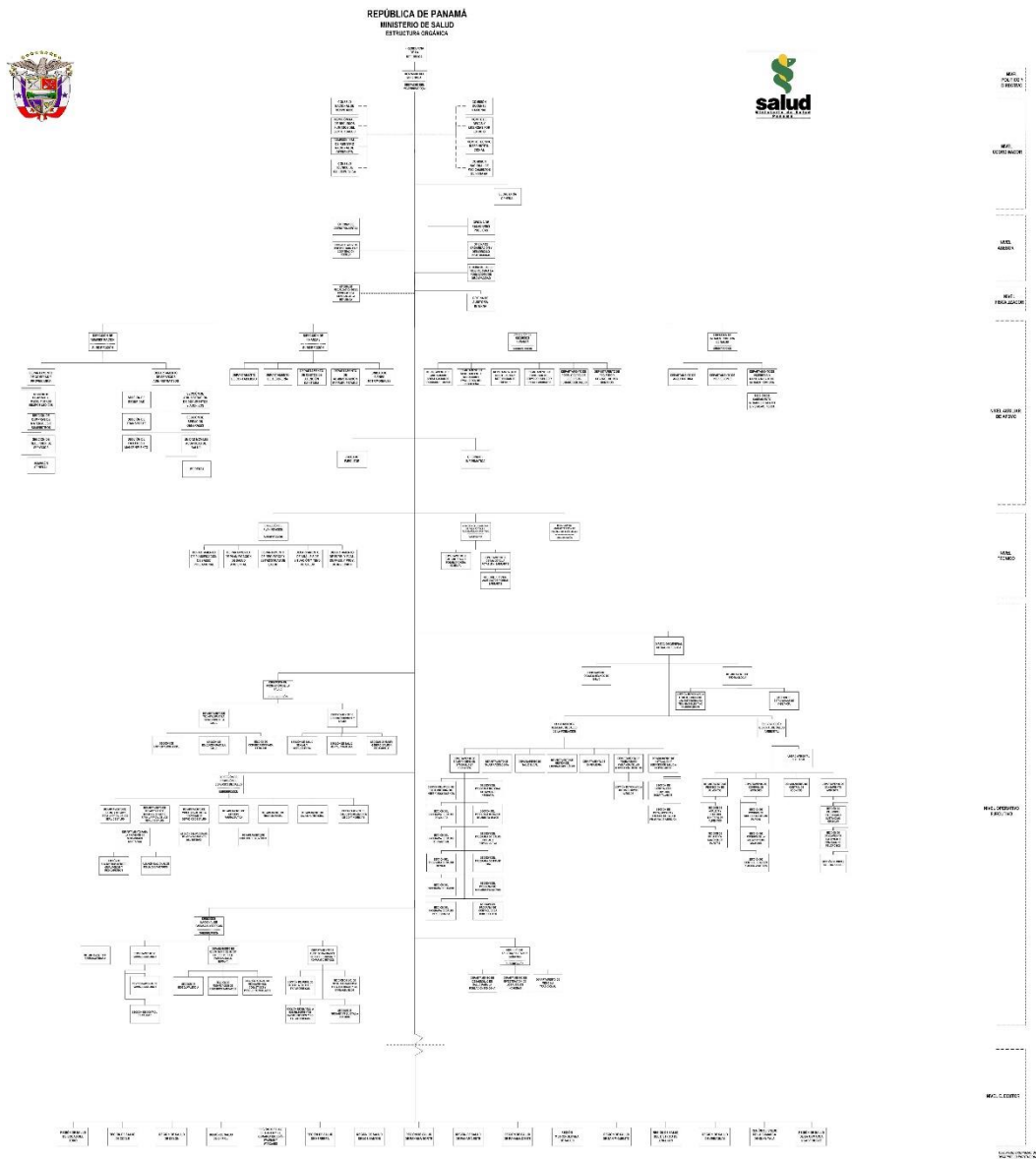
Misión

Garantizar a toda la población, con enfoque de género, el acceso a la atención integral, a través de servicios públicos de salud, humanizados en todos sus niveles de intervención, basados en la estrategia de atención primaria, y el desarrollo de las funciones de rectoría, gestión y transformación, privilegiando la equidad, la eficiencia y la calidad con calidez durante la atención, asegurando los procesos de transparencia en el uso de los recursos y el desarrollo de las actuaciones en salud con la participación ciudadana, en la construcción de las condiciones necesarias para la producción social de la salud

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

VISION

“SISTEMA DE SALUD HUMANO, CON EQUIDAD Y CALIDAD, UN DERECHO DE TODOS”.



Conocemos la Misión y Visión del MINSA y CSS

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

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

Creemos que no es necesario crear nuevas regiones, si pensamos que hay que reforzar las ya existentes dándole mayor autonomía, descentralizando mas sus presupuestos y dotándolos de mayor recursos, tomando en cuenta sus necesidades reales.

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

Sí ____

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

No ____

Favor investigar _____

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 (hospitalarios y ambulatorios)? ¿Cómo debe darse este proceso? ¿Qué aspectos deben ser tomados en consideración desde el punto de vista de los servicios y de la población?

En nuestra región con la modalidad de Convenio de Gestión en los Hospitales regionales donde ellos pueden manejar el dinero según su necesidad, consideramos que la descentralización se ha logrado en un 65% puesto que a nivel regional aun recibimos muchas compras centralizadas , al igual el pago de los servicios básicos

Del nivel Regional a nivel local seria un 90% puesto que que el presupuesto asignado lo manejan según su necesidad y no con compras centralizadas, con excepción de los servicios básicos

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

El rol de los consejos de gestión es

- Gestionar la prestación de los servicios de atención médica, urgencias, hospitalización, cirugías, consulta externa y diagnóstico, así como los diversos procesos ambulatorios y otros que deban proveerse a la población.
- Diligenciar la adecuada producción científica e intelectual, a través de acuerdos que se suscriben con entidades formadoras de nivel superior y/o de investigación, para el desarrollo de los programas de docencia, servicio e investigación.
- Supervisar los mecanismos para asegurar la adecuada organización, programación, ejecución y control de las actividades que se realicen, a fin de cumplir con una atención integral a la población que requiere de los servicios de salud.
- Garantizar que la utilización de los recursos financieros y las prestación de servicios se realicen de conformidad con los principios establecidos en la ley.
- Velar para que se conserven y protejan las instalaciones del hospital y su patrimonio.

Su vínculo con las autoridades regionales y nacionales es de manera expedita y si bien es cierto se es tomador de decisión, también muchas de estas son discutidas con niveles jerárquicos en beneficio de la población objetivo

8. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios. El Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud, lidera y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población.

Organizativamente se divide en tres niveles de gestión: Nivel Central, Regional y Local.

Nivel Central: Constituye el nivel político-estratégico y técnico-normativo de la institución. Este nivel lo conforman los despachos del Ministro de Salud, los Viceministros de Salud, Deportes y Desarrollo Social y la Dirección General de Salud, la Auditoría interna, la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud y la Dirección de Asuntos Jurídicos como unidades asesoras, tres divisiones con sus direcciones técnicas y los entes adscritos al Ministerio.

Nivel Regional: Su función principal es la de dirigir y conducir, en el ámbito regional, los esfuerzos de los actores involucrados en la producción social de la salud, además de garantizar que las actividades, establecimientos, productos y equipos cumplan con la normativa y regulaciones vigentes, para mejorar los niveles de salud de la población.

Nivel Local: Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las funciones rectoras y de provisión de servicios de salud

9. ¿Cuál considera el equipo regional qué debe ser la estructura de la región de salud?

Consideramos que unos de los principales problemas a nivel central y regional es la burocracia y la centralización por lo cual consideramos que la organización de nuestra región, sin dejar de ser operativa debe ser sencilla, amigable, eficiente que nos permita brindar servicios oportunos y de calidad.

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

Sí ____

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

No ____

Favor investigar _____

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

En la actualidad la coordinación con la CSS es principalmente a nivel nacional ya que las leyes propias de la caja impiden en muchas ocasiones que los niveles Regionales y locales coordinen acciones para optimizar los recursos existentes.

Pensamos que la coordinación se debe dar a todos los niveles, puesto que hay acciones propias de cada esfera (nacional, regional y/o local) , y a veces situaciones que se pueden resolver con una llamada local, no se pueden solucionar por los tramites burocráticos que tienen ambas instituciones, aunque sentimos que son mayores de parte de la CSS.

Debe haber nexos desde el levantamiento del diagnóstico regional, elaboración de un plan estratégico, y ejecución de dicho plan con el consiguiente monitoreo y evaluación.

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

Las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional son:

FORTALEZAS existencia de estructura organizativa administrativa,. El conocimiento de las políticas de salud, existencia de recurso humano capacitado, con deseos de superación personal. La existencia de normas de atención a la población y al ambiente.

DEBILIDADES: centralización y burocratización de los recursos conllevando a retraso en el abastecimiento de insumos, de igual forma limitando la ejecución presupuestaria, todo esto nos lleva a una pobre asignación presupuestaria regional para la sostenibilidad. Escasa asignación de recurso humano y equipo. Ausencia de un plan de mantenimiento y monitoreo

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

Sí ____

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

No ____

Favor investigar ____

¿Cuáles y cómo?

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

Sí responden las políticas de salud a las necesidades regionales, puesto que fueron elaboradas tomando todos los aspectos culturales, sociales, políticos y técnicos con lo cual nuestra región funciona. Se aplican con cada una de las acciones que se desprenden del ámbito laboral ya sea administrativo o técnico. A pesar que hemos difundido las políticas de Salud vigentes, muchos de nuestros colaboradores desconocen que su diario vivir en su ambiente de trabajo obedecen a las Políticas de Salud.

Son 9 políticas distribuidas en 3 ejes con 39 objetivos estratégicos y 125 líneas de acción cimentadas en 11 Funciones Esenciales de Salud

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

La planificación operativa si guarda relación directa con las política, objetivos estratégicos y línea de acción puesto que esta planificación va acorde al desarrollo de los programas y actividades de cada región .Con la herramienta del SIMEPLANS esto es lo que se está buscando realizar Planes Operativos ligados al presupuesto y en un futuro tener Presupuestos por Producción.

16. ¿Los POA's son registrados en el SIMEPLANS como herramienta de monitoreo y evaluación de los mismos? ¿Con qué frecuencia se realiza el monitoreo? ¿Quién y cómo se efectúa?

En este momento se está introduciendo las evidencias de las actividades elaboradas en el año 2017 y se está programando las actividades del 2018 donde con algunas dificultades propias de la herramienta ha retrasado la misma tarea

Sentimos la necesidad de unificar criterios a la hora de formular puesto que al ver la evaluación nos percatamos que cada quien considera aspectos diferentes. Encontramos mucha dificultad a la hora de acceder a la herramienta puesto que no se cuenta con ella disponible siempre.

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 incide directamente en el desempeño del nivel regional, depende mucho de la autoridad máxima que este en el momento, hay algunos que le dan libertad a los directores regionales de decidir la mayoría de las acciones en la provincia, pero hay otros que solicitan que todas las acciones deben llevar visto bueno de la sede ministerial. Los puntos críticos son muchos incluyendo desde el trámite de las vacaciones, como el asignar según necesidad el recurso humano contratado , como también la burocracia y centralización de las compras requerida para el abastecimiento de insumos médico-quirúrgicos como el de almacén general.

Consideramos que los nudos pueden transformarse, si el nivel nacional toma más en cuenta los criterios técnicos de los niveles regionales y

locales, asignando personas con idoneidad en los puestos administrativos, eliminando tramites burocráticos para la compra y eliminando un poco las compras centralizadas, dejando solamente las que realmente lo ameriten.

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

La toma de decisiones en el nivel regional se hacen la mayoría del tiempo con la experiencia y el criterio de los coordinadores regionales, apoyados con la epidemiología propia de la región, el desarrollo demográfico y la información estadística que nuestro sistema nos permite obtener

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

Las funciones de Supervisión, evaluación y control de la Provisión de los Servicios de Salud al Sector Público (Ministerio de Salud) son ejercidas por la Jefa Regional de Provisión de Servicios de Salud, en coordinación con los Jefes Regionales de cada disciplina (Nutrición, Laboratorio, Salud Bucal, Imagenología, Médico Quirúrgico, Farmacia).

En el Sector Privado Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los Servicios de salud, en lo que corresponde a Laboratorio Clínico son coordinadas a través de la Dirección General de Salud y de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas (Farmacia).

Las precitadas funciones (Nivel Regional) se ejercen a través de Visitas a las diferentes instalaciones, Solicitud de Informes, Reuniones periódicas de Coordinación.

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

El departamento de planificación es el responsable de análisis, seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región pero está conformado por solo una persona, consideramos que debe conformarse un departamento como tal, ´para cumplir mejor el rol de coordinación y monitoreo

21. ¿Cuál es el porcentaje de centros de salud que disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, acceso a servicio de internet, al menos para la gestión administrativa, de personal, para la sistematización de los inventarios y para el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades?

En nuestra región tenemos 12 centros de salud en ellos por lo menos una computadora tienen, no así servicio de internet, solo el 55% poseen este servicio

En cuanto a la sistematización de los inventarios:

Farmacia:

En el primer nivel de atención, son pocas las instalaciones que se apoyan en Tecnología Informática, para la sistematización de Inventarios. Sólo el Centro de Salud de Pedasí.

22. ¿Cuáles son los hospitales e instalaciones ambulatorias que dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa? ¿Y para la gestión clínica (por ejemplo, expediente electrónico, LSS-SUMA, para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos, otros)?

El ISTMO empezó a regir este año en el MINSA y en nuestra de región para la gestión administrativa con los conocidos problemas que esperamos para el 2018 sean subsanado. El expediente electrónico ya se sumó a otras instalaciones, incluyendo el Hospital Joaquín Pablo Franco donde aún se está incluyendo a las salas que aún no está funcionando. *Solo dos instalaciones cuentan con soporte informático para la gestión administrativa* Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica, (por ejemplo para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar el tipo de servicio a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitaliza

Muy limitado. Se utiliza la estadística de producción hospitalaria mensual que suele ser tardía

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

Estas redes si la conocemos, algunas ya han funcionado en nuestra región y consideramos que han sido de gran utilidad por lo cual se debe seguir facilitando su uso, más para las áreas postergadas de los Hospitales regionales en nuestro caso Pedasí, Tonosí y Macaracas

FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

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

El último análisis de situación de salud de la región se realizó en el año 2014 con participación de los coordinadores regionales, los directores distritales. Y directores de hospitales. Además de otras instituciones como el IDAAN; CSS MIDA etc. Y ahora 2017 estamos actualizándolo.

2. ¿La planificación regional es participativa?

Todas las acciones en donde participa el departamento de planificación, hace partícipe a las autoridades regionales, a los coordinadores regionales como también a los niveles locales

3. ¿Quiénes participan? ¿Con qué frecuencia se efectúa este proceso?
Las diferentes actividades van a través del todo el año, por ejemplo al inicio trabajamos con la elaboración del presupuesto y al final con la elaboración de los POA del año que sigue. En algunos casos son tareas de áreas específicas, como por ejemplo Programación de Turnos Extras (solo, hospitales y Centros con extensión de horario), cálculos necesidad de personal, monitoreo del SEIS. Y durante todo el año divulgando información del nivel nacional o regional.
4. ¿Existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS? Cómo se facilitan estos procesos?
Los únicos procesos de planificación que se dan conjunto MINSA-CSS son los de la vacunación y la de los turnos extras que la caja paga a sus funcionarios en nuestras instalaciones.
5. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?
La única programación local conjunta MINSA-CSS se hace con la vacunación, muchas veces no es por no tomarlos en cuenta, sino por los trámites burocráticos que los superiores de la caja imponen a sus niveles regionales y locales lo que impiden elaborar y desarrollar dicha programación. Estamos haciendo los esfuerzos para que este ASIS tenga mayor colaboración de la CSS
6. ¿Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo?
Las vacunas son distribuidas por nosotros a la CSS pero la programación de vacunas la realizan cada institución
7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?
La CSS notifica las cantidades de vacunas aplicadas semanalmente y los casos de notificación obligatoria a nuestro departamento de epidemiología
8. ¿La población participa del proceso de planificación sanitaria? ¿Cómo participa? ¿Desde qué momentos?
La población no participa en el proceso de planificación sanitaria, ellos participan en el desarrollo de planes ya elaborados por el nivel central, regional o local
9. ¿Cómo y quiénes efectúan la convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de planificación regional y de programación local?
La sociedad no participa en el proceso de planificación regional directamente, si lo hace en algunos casos en la programación local, más en aquellos centros donde hay grupos organizados, donde junto con el equipo de salud programan acciones dirigidas a buscar el bienestar propio y comunitario.

10. ¿Cómo se evalúan las metas establecidas? ¿Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, proceso y resultados? Quién, Con qué, Cuándo, ¿Cómo se efectúa la evaluación?

Realmente no hay una evaluación sistematizada, los indicadores utilizados en algunos casos son creados por el propio departamento, como es el caso de los POA., en otros casos como es salud de la población si utilizan indicadores de resultado para evaluar los programas.

Cuando se dan las evaluaciones se convoca a cada unidad distrital para que presente sus resultados y se crea una discusión de cada caso que nutre al resto de los participantes para tomar medidas correctivas.

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

Sí existen los POA y el plan quinquenal pero no están definidas la ruta crítica

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

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

Se utiliza los análisis de situación en forma parcial para la elaboración de estos planes, porque estos planes obedecen muchas veces a mandatos de tipo político o de situaciones que se presenten en el momento

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

No estos planes no contemplan a ninguna otra entidad de salud o, gubernamental ni privado.

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

SI. Se ha capacitado al recurso humano técnico en lo que corresponde a SIAL y Ciclo Logístico.

En lo que compete al Ciclo Logístico, como Región, nos vemos más que nada involucrados (cuando se dispone de recursos económicos) en los Procesos de Estimación y Adquisición, Almacenamiento, Control de Inventarios y Distribución, para que el producto esté disponible en nuestras instalaciones y poder ofrecer el servicio al Cliente.

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

Avances: Se ha creado conciencia en los niveles locales en cuanto a la importancia de contar con información de referencia que apoye la toma de decisiones (Consumos, Existencias, Pérdidas, Meses de Existencia disponibles, Insumos en tránsito), Recurso Humano Necesario para la recolección de datos, Reportes, Registros, etc.

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 de funcionamiento e inversión no se realizan con base a objetivos definidos si no a presupuestos históricos y a criterios demográficos y /o complejidad de la red de servicios. El sistema administrativo actual ISTMO y el monitoreo de Actividades con SIMEPLANS va encaminado en un futuro a presupuestos con resultados.

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?

No existe tal división, nuestro presupuesto no está asignado en base a programas si no por objetos de gasto, donde todos los programas reciben parte. Además el sistema no está en la capacidad de decirnos cuales son los porcentajes utilizados para cada uno.

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?

Cada hospital y cada distrito poseen a la cabeza un director y un administrador quienes son los responsables de elaborar sus presupuestos y velar por su ejecución ayudados por el departamento de planificación y presupuesto regional.

No se dan rendición de cuentas por resultados de servicios.

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

Consideramos que si se ejecuta tal como debe ser, si creemos que sea una buena alternativa, pero a pesar de estar en convenios de gestión, aún se sigue centralizando las cosas y se limita el libre actuar de los directivos. no se realiza evaluación de presupuestos como debe ser y los resultados no son evaluados.

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

Sí ____

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

No ____

Favor investigar _____

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

El presupuesto Regional en forma global en los últimos años ha tendido al aumento hasta en un 40% de un año para otro y como hemos mencionado anteriormente no está asignado por departamento o por programa. El sistema no está en la capacidad de decirnos cuanto se ha aumentado en Salud Publica.

INCENTIVOS

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

Existe en el sistema de salud un Bono de productividad que se entrega a todos los funcionarios permanentes o por contrato, ya sea técnico o administrativo. El mismo es entregado a todos los que hayan tenido una evaluación favorable en el mes de Diciembre de cada año. Pero programa estructurado de incentivos por desempeño no existe

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

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

Consideramos que este bono no responde a verdaderos criterios de desempeño. Vemos que algunos más que otros son más específico quedando por ejemplo el formato de evaluación médica muy cerrado donde no da opción a calificar muchos aspectos propios de la atención creemos deben ser revisado y ser más pertinentes

3. ¿Cuáles han sido introducidos?
Solo se ha introducido la evaluación anual.

4. ¿Para qué categorías de personal?

- Servidores de carrera administrativa
- Servidores en periodo de prueba y ascenso
- Servidores con interinidad
- Servidores eventuales que ejerzan puestos definidos
- Personal Técnico

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

Los incentivos otorgados no tienen que ver con la productividad en algunos casos si tienen que ver con la antigüedad (médicos).El requisito principal exigido para tener derecho al bono es ser empleado en planilla permanente o de contrato con un año de haber empezado a trabajar

6. Se considera qué un sistema de incentivos impactará sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud?
Se considera que un sistema de incentivo bien estructurado impactaría positivamente el costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud puesto , se ha visto en países de Europa y norte América el mantener este tipo de premio o incentivo no solo en resultados grupal sino individual, disminuye el ausentismo, hay mayor compromiso en las labores, hay mayor aceptación a laborar horas extras, mejora las relaciones interpersonales y sobre todo , aumenta la productividad de la empresa y la satisfacción del cliente interno y externo

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

1. ¿Cómo se determinan las especificaciones técnicas por insumo sanitario para los diferentes servicios? ¿Quién las determina?
 - a. Las especificaciones de los elementos y servicios, se determinan de acuerdo al tipo de suministro o servicio solicitados, tomando como referencia los Catálogos Electrónicos de los Convenios Marcos de Panamá Compra, el Sistema de Fichas Técnicas del MINSAs. las especificaciones de otros elementos no contemplados en las anteriores, son realizadas por las unidades solicitantes.
 - b. Las determina cada institución, de la siguiente forma:
 - i. Las especificaciones de los elementos y servicios que se contemplan en los Catálogos Electrónicos de los Convenios Marcos de Panamá Compra, son creados por la Dirección General de Contrataciones Públicas, que son obligatorio para todas las Instituciones del estado, verificar al momento de realizar una compra, si existe lo que se requiere y acogerse al mismo.
 - ii. Las Fichas Técnicas del MINSAs, que son creadas por los sub-comité de:
Medicamentos, Médico quirúrgico, Laboratorio, Odontología, Radiología
Médica.
 - iii. Las especificaciones de los elementos y servicios, que no se contemplan en los anteriores, las unidades solicitantes las levantan al momento de confeccionar sus pedidos, en Coordinación con la Sección de Compra Regional.
2. ¿Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios?
En el PLAN DE FORTALECIMIENTO PARA EL SISTEMA DE SUMINISTROS SANITARIOS DEL MINSAs Panamá, se determinó como

Sistema de Control de Inventario el de Máximos y Mínimos, a través de Asignación / Requisición

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

Para Los Santos, el Sistema de Máximos y Mínimos se daría por ASIGNACION (Mínimo 3 meses, Máximo 6 meses: El Almacén Nacional asignaría cantidades necesarias para llegar al Máximo). Sin embargo hasta la fecha esto no se ha dado.

Se evaluaron a Nivel de la Coordinación y Depósito Regional de Medicamentos /Insumos el comportamiento de Consumo por producto, definiendo Cantidades Mínimas y Máximas que serían la referencia de la Región (2013).

No se han actualizado para 2014 la Información de Máximos y Mínimos, ni tampoco se ha logrado que el Almacén Nacional trabaje con ASIGNACIONES en base a los consumos establecidos.

Las planificaciones a nivel de las regiones generalmente no van acorde con los periodos de suministros del Nivel Nacional trastocándose todas las programaciones para el año (sobreabastecimientos o insumos agotados

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

a. En términos de competencia es buena, pero en ocasiones los actos de se quedan desiertos.

En la Región realizamos compras hasta la suma de B/. 30000.00, que es lo autorizado, de la siguiente forma:

Compras hasta B/. 3000.00, mediante el procedimiento de Caja Menuda: Las compras iguales o menores a trescientos balboas (B/.300.00) podrán realizarse sin cotización, indicando solamente el bien o servicio a adquirirse. Las compras superiores a trescientos (B/.300.00) que no excedan los mil balboas B/:1000.00), se les debe adjuntar un mínimo de una cotización. Las compras de más de mil balboas en adelante (B/.1000.01), deben tener por lo menos, dos cotizaciones. Todas se registran en el portal Panamá Compra.

Las compras de B/. 3000.01, que no sobre pasen los B/. 30000.00, se registra el acto en el portal Panamá Compra, con las especificaciones de acuerdo a las fichas técnicas para los, medicamentos equipos y otros insumos médicos, además de los otros insumos y servicios en general, las propuestas se reciben de forma electrónica y presencial, cumpliendo con lo señalado en la Ley 22, de 27 de junio de 2006, la Ley de 10 de enero de 2001 y sus reglamentaciones.

b. Limitaciones que se presentan en el proceso de compra:

Las limitaciones por falta de proponentes, esto se debe a factores como el vencimiento de documentos (oferentes vigentes, pero la fecha de la licencia de operación que se señala en el mismo esta vencida), productos agotados, precios elevados, tiempo de entrega, registros

sanitarios o criterios técnicos vencidos, las empresas aducen demoras en los pagos, existen proveedores que a pesar de que hay procesos que los pagos son al contado, dejan vencer las ordenes de compras, proveedores que incumplen con los plazos de entregas.

Los pedidos de insumos, equipos, servicios y otros, que se reciben de las diferentes unidades ejecutoras, las especificaciones técnicas carecen de información importante que describan que realmente lo que se quiere, las presentan con errores numéricos en los valores, no actualizan los costos, al momento de confeccionar los pedidos.

Las unidades ejecutoras, confeccionan pedidos sin tomar en cuenta los respectivos saldos presupuestarios.

- c. .Se puede mejorar algunos aspectos como son:

Que el nivel central deposité las subvenciones, de cada mes a tiempo.

Los plazos de los créditos que se establecen para el pago de las compras de la Región, son de 10-15-30-45-60-90 días calendarios o hábiles, que se cumpla con los términos pactado en la orden de Compra.

Actualizar a los encargados de confeccionar los pedidos, de esta forma se puede disminuir la devolución de las requisiciones, por falta de información, los cuales repercuten en la adquisición en el tiempo real en que se requieren lo mismo y de esta forma se pueda dar un mejor servicio.

- d. Las compras conjuntas desconocemos sus procesos

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

No en detalle. Se realizan a nivel Central

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

A nivel de la Región una vez realizado el acto o el proceso de caja menuda, el expediente es enviado, al Coordinador que solicita el insumo médico, equipo o servicio, en cada especialidad de los grupos de medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio, odontología y radiología médica, quienes se encargan de realizar la revisión técnica y las recomendaciones para la adjudicación del acto.

Para el rechazo de un proveedor de toma en cuenta, el incumplimiento de los requisitos exigidos en el pliego de cargo, para aquellos que participan en los respectivos actos.

Al proveedor que incumpla con los términos de entrega señalados en las órdenes de compra se le sanciona con multa del 4%.

En la Región no se cuenta con el nombramiento de las comisiones evaluadoras mediante resolución, los Coordinadores Regionales de cada grupo de suministro sanitarios, son los realizan la revisión técnica.

Se tiene conocimiento de las comisiones evaluadoras de los 5 grupos de suministro sanitarios, de la Sede del Nivel Central del MINSA.

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

Sí. Se establecen en los trámites centralizados. No se conocen sus componentes y desarrollo a Nivel Regional

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

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

Mensualmente se realizan Inventarios internos a Nivel de los Depósitos Regionales, en los Hospitales la frecuencia no es la misma. La intención es confrontar lo Inventariado, con el Kardex y los Saldos en LSS SUMA, Se verifica las Vigencia de los Insumos.

Se determinan los Meses de Existencia Disponible, y aquellos renglones que no se lograran usar/rotar se ponen a disposición de otras Regiones / Instalaciones.

De existir discrepancias entre el Inventario y los Registros (Kardex y LSS SUMA, existencia física), se realiza nuevo conteo, se buscan de manera inmediata los documentos recién tramitados, y de ser necesario se verifica en aquellas instalaciones a las que se les despacho Insumos.

En el último quinquenio, sólo se ha llegado hasta la Confección de la Actas de Desecho. Ante las disposiciones establecidas en el DECRETO EJECUTIVO No. 249 (De tres de junio de 2008), Que dicta las normas sanitarias en materia de disposición final de los desechos farmacéuticos y químicos. El mayor volumen de Vencidos corresponde a Insumos procedentes del Almacén Nacional de Insumos Sanitarios, por lo que le compete a esta instancia comunicar la lista de productos por empresa para que se proceda con el retiro de los mismos.

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

Sí. El Programa proporciona la opción de conocer los Insumos Vencidos y por Vencer _

Si es si, comente cuales:

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

A través de la Red de Distribución, el Sistema de Abastecimiento y Suministro se genera en el Nivel Central, pues es a través del Almacén Nacional de Insumos Sanitarios (ANIS) que la Institución maneja el porcentaje más representativo de Medicamentos que son requeridos por las Regiones (Anteproyecto de Presupuesto)

Distribución a cada una de las Regiones (asignaciones en base a lo presupuestado).

En cuanto al Nivel Regional (Depósito de Medicamentos), en la Cadena de Abastecimiento, le corresponde la Distribución de Insumos a cada una de las Instalaciones que componen nuestra red.

El Nivel Regional trabaja con un Calendario de Distribución / Despacho de Pedidos, atendiendo de manera alterna (en dos grupos), las instalaciones. El periodo de Abastecimiento es de 2 meses, y los insumos despachados, generalmente corresponden a los solicitados por cada instalación en su Anteproyecto de Presupuesto.

Entre las limitantes que se identifican en cada uno de los niveles:

Nacional:

El Abastecimiento no siempre es constante para con la Región, conociendo que esto puede depender de la entregas por parte de los Distribuidores, la disponibilidad de transporte, etc., no obstante, esto se traduce en recepción tardía con vigencias mucho más cortas.

El transporte de los insumos no siempre se ajusta a las condiciones de Almacenamiento señalado por el fabricante.

Regional:

Al ser el custodio de todos los Insumos de la Región, se confrontan problemas de espacio, y puesto que nuestro Sistema de Distribución es por Requisición, en ocasiones los Niveles Locales NO solicitan los Insumos considerados en sus Presupuestos

No se dispone de suficiente recurso humano (Asistentes de Farmacia y Almacenista), lo que retrasa el proceso de Despacho y Entrega.

A pesar de disponer de LSS SUMA, se mantiene la obligatoriedad del Registro de Entrada, Salida y Saldo de Insumos a través del Kardex, y al disponer de una sola Operadora, este trámite es igualmente más lento.

No disponemos de Vehículo exclusivo para la distribución de los Insumos.

Local:

El envío de Pedidos (Requisición) al Nivel Regional no siempre es oportuno, sin embargo, se insiste en cuestionar la demora en el despacho. En materia de laboratorio se reporta el abastecimiento regional al nivel nacional semanalmente, de la misma manera lo hace el nivel local hacia el nivel regional. En cuanto al suministro de insumos y reactivos de laboratorio, estos son comprados al nivel nacional y entregados insitu a los niveles regionales y generalmente estos reactivos llegan finalizando el año.

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

En Medicamentos NO existe regularmente coordinación alguna entre Caja y MINSA en Abastecimiento y Suministro. Generalmente es el MINSA el que recurre a las Instalaciones de CSS para pedir apoyos y/o préstamos en situaciones muy específicas, recibiendo respuesta sobre todo del Hospital de CSS en la Provincia de Herrera (El apoyo es recíproco con esta instalación y de ésta con nuestros Hospitales Urbanos)

Problemas que se destacan:

La Caja de Seguro Social sostiene que NO está obligada a acceder a una solicitud de transferencia de insumos por parte del MINSA, pues tienen primero que garantizar la preservación de los recursos necesarios para el buen funcionamiento de sus instalaciones. (Circular DENSYP.S.UdeCoS-No.288-13 de 3 de octubre de 2013).

Entre los acuerdos Regionales que pudiesen considerarse para mejorar el Abastecimiento está el PRESTAMO de Insumos de Instalación a Instalación

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

Sí En Medicamentos: Cuando el trámite de Adquisición es Regional (Subvenciones, Remanentes Financieros). En el trámite Centralizado no tenemos inherencia en lo que compete a la priorización

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

MEDICAMENTOS

A la fecha se sigue involucrando al Nivel Local en la Planificación de sus Necesidades.

Se les recomienda revisar las principales causas de Morbi - Mortalidad, Perfil Epidemiológico.

De preferencia se utilizan datos Logísticos, específicamente en base a información de Consumo /Distribución que maneja la Instalación (Lapso mínimo de 12 meses)

También se hacen las consultas respectivas a los Programas (Planificación, Salud Escolar, Tuberculosis, Paliativos, Tabaco, etc.)

Se les solicita a cada Nivel Local su inventario actualizado, con las respectivas fechas de vencimiento.

A nivel Regional se consolidan las Necesidades de todas las Instalaciones, así como toda la Información relacionada con la Existencia, Consumo y Vigencia de los productos.

Se considera el Inventario del cual dispone el Depósito Regional de Medicamentos y el alcance de esas existencias (hasta que periodo estamos abastecidos), se investigan cuáles son los renglones que están por recibirse (Tránsito).

Se hace la sumatoria de todas las necesidades, de las existencias disponibles en todos los niveles de la red, se considera la información con lo que se está por recibir.

Procedemos, en base a las existencias y consumos reportados, a definir los meses de existencia disponibles. Se determinan necesidades para el siguiente año.

Laboratorio: Las estimaciones se hacen en base a las morbilidades, a los programas de gratuidad, a las giras de salud a la población y se toma en cuenta los programas que lleva el Ministerio de salud, y se verifica los consumos

15. ¿Cómo se registra la información de consumo?

El Nivel local utiliza Formato de Registro Diario (Aquí se consignan las cantidades de cada medicamento que sale contra receta u otro documento sustenta torio), al final de mes se Totaliza y se remite Información (la mayoría de las veces impresa), para luego pasarlo manualmente al Formato Mensual que se lleva a Nivel Regional por instalación

16. Conoce las modalidades de compra?

En la región realizamos compras hasta la suma de 50,000, 00 que es lo autorizado de la siguiente forma

Compras hasta B/. 3, 000,00 mediante el procedimiento de Caja Menuda:

Las Compras iguales o menores a trescientos balboas (300,00) podrán realizarse a través de una cotización. Las compras superiores a trescientos (300.00) que no excedan los 1000.00 balboas se les debe adjuntar un mínimo de dos (2) cotizaciones. Las compras superiores a mil balboas en adelante (1, 000,01) deben tener por lo menos, dos cotizaciones. Todas se registran en el portal Panamá Compras.

La compras de B/. 3000.01, hasta 50,000,00 se registra el acto en el portal Panamá Compra, con las especificaciones de acuerdo a las fichas técnicas para los, medicamentos , equipos y otros insumo médicos, además de los otros insumos y servicios en general, las propuestas se reciben de forma electrónica y presencial, cumpliendo con lo señalado en la Ley 22 , del 27 de Junio del 2006, reformada mediante Ley 61 del 27 de Septiembre del 2017

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

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

Si se conoce. Avances sólo aquellos que guardan relación con la realización de una tarea y/o actividad de los funcionarios que allí laboran. En lo que corresponde al aspecto estructural y/o de equipamiento son mínimos los avances

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

NO como iniciativa Regional. En la gestión pasada se hizo el abordaje a Nivel Central, con la finalidad de sustentar la Necesidad de Almacenes en Regiones en donde la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas, no había dado el aval para su funcionamiento. El Depósito Regional de Los Santos era uno. Sin embargo, se ha retroalimentado, reiteradamente a las autoridades de información sobre las limitaciones y los requerimientos básicos que debe cumplir el almacén para su buen funcionamiento

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

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

Sí. En lo que a Insumos se refiere el Sistema de Información para la Administración Logística (que considera el aspecto de Inventarios), utiliza como apoyo el Software de Control de Inventarios: LSS SUMA, el cual suministra Información confiable y oportuna de los Movimientos y Existencias. A la fecha, el Nivel Regional cuenta con el Programa funcionando en un 100 %, no así los dos Hospitales Urbanos en donde aún están actualizando registros

2. La información disponible ¿se utiliza en forma en decisiones regionales y locales?

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

Tanto el nivel local como el regional utilizan la información para anteproyecto de presupuesto básicamente, y para responder a las medidas de prevención y control en caso de observar algún tipo de brote, El diagnóstico regional definitivamente es de suma importancia para los planes operativos y la asignación del presupuesto

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

Para evaluar la calidad de la información solo se utiliza el sistema de auditoría de expedientes de manera formal. Es realizada por un equipo regional que apoya a un grupo local en la revisión de una muestra de los expedientes. No se aplica auditoría informática.

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

No hay mecanismos activos para analizar la información. Se hace en el momento que se necesita, no de manera continua. Esto hace que no se puedan aplicar procesos transformadores oportunos.

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

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:
Los usos y contenidos de la información están determinados por las normas nacionales vigentes de cada uno de los programas de salud, vigilancia, producción de los diferentes servicios tanto en atención primaria como hospitalaria, salud ambiental, formulación de presupuesto, compras.

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

No existe un mecanismo establecido, suele responderse al momento, a la necesidad que se tenga dada una circunstancia particular. No hay una sistematización en relación al manejo de la información.

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

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:
Tanto la información de programas como la hospitalaria se procesa por centros de producción en REGES. Se utiliza más que todo para formulación de presupuesto, pero no de forma rutinaria para ajustar las necesidades.

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

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:
El sistema de información del MINSA es único. Tiene los componentes ya mencionados: programas de salud, vigilancia, producción de los diferentes servicios tanto en atención primaria como hospitalaria, salud ambiental.

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Cuadro No. 16

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas	355	355		
• Hospital Regional Anita Moreno	232	232		
• Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas	78	78		
• Hospital Rural Luis H. Moreno	23	23		
• Hospital Rural de Tonosi	22	22		
• MINSA CAPSI Macaracas				
•				
•				
No. de servicios de imagenología				
• No. De Ultrasonidos		2		
• No. De Rayos X		5		
• No. De Panorex				
• No. De Periapical				
• No. De CAT		2		
• No. De Mamógrafos		5		
• No. De Equipos de resonancias magnéticas		0		
No. de Laboratorios Clínicos		10		
No. de Bancos de Sangre		1		
No. de Farmacias		33		
No. de Sillones Dentales		26		
Completos		23		
Incompletos		3		

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

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

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

2. Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?
Una vez se reporte el estudio se procede a entregarlos en el tiempo dado oportuno. El 30 5 No son retirados
3. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?
4. ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.
Podríamos decir que el 30 % de personal de mantenimiento son formados empíricamente, esto ha ido cambiando en los últimos años antes era mas
5. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?
6. Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?
Actualmente se hace de acuerdo a la necesidad de cada instalacion, no hay un plan de reemplazo.

FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

COMPENSACION DE COSTOS

1. ¿Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, comente sus experiencias?
Sí existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales. Dichos convenios contienen una cartera de servicios de salud y costos convenidos para la separación y compensación. Actualmente en la región sólo contamos con el convenio DENL - 2010 y es el que estamos utilizando, sin embargo ya han salido otros convenios actualizados.
2. ¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento, los recursos y los resultados? ¿Qué decisiones se toman a partir de este análisis?
Una vez la unidad de costos recibe la información por parte de la unidad de estadística, la clasifica y revisa a fin de asegurar la fiabilidad de la misma. De estar todo en orden, la unidad de costos registra la información en las plantillas utilizadas para cada tipo de información. Estando dicha información en la computadora, se generan graficos que permitan visualizar de una manera más rápida el comportamiento de la información.
Existe una relación directa entre los costos, la producción, el rendimiento, los recursos y los resultados. A mayor producción más gastos, mismos recursos y bajos costos. Si los gastos aumentan y la producción se mantiene y los recursos igual, mayor será el costo.

A partir de este análisis el nivel directivo y administrativo pudran tomar decisiones presupuestarias, financieras, de recurso humano, de inversión, de redistribución, de contingencia, entre otras.

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

Costo es la relación de resultados entre las Unidades Monetarias Gastadas y las Unidades de Bienes ó Servicios Producidos con ese Gasto. Para determinar los costos se toman en cuenta información de recurso humano, infraestructura, bienes patrimoniales, gastos de insumos médicos y generales, gastos de servicios básicos y la producción de cada centro de producción.

La tecnología de punta influye de manera directa en la complejidad de los servicios de salud, ya que con su uso el costo promedio del servicio irá en aumento.

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

Las tarifas establecidas no responden a los costos reales, y se estiman sobre una base tomada por nivel regional en años anteriores o bien las define el nivel central. Estas deben ajustarse en los centros de Salud, para que cada centro estime sus costos de acuerdo a la realidad

5. Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?

La duplicidad de servicios afecta la compensación. Porque aun nuestros sistemas de información no esta unificado lo que permite al usuario ir la misma semana atenderse en las instalaciones del MINSA y de la CSS y obtener medicamentos, servicios, exámenes de gabinete etc, encareciendo la atención que se pudo resolver en un sistema coordinado donde no haya que compensar y que el paciente reciba servicios de calidad

FUENTES DE FINANCIACION

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

Si lo miramos como inversión total per cápita, el estado panameño destinaría cerca de B/.954.70 dólares por persona por año. Si analizamos los montos informados por el MINSA de los recursos que son financiados con inversión externa en salud, vemos como durante los últimos siete años, esta clase de recursos no retornables, no superaron los B/.10 millones de dólares al año, lo que representa menos del 0.3% del Gasto total en Salud

(Perfil de Salud de la Republica de Panamá 2016)

2. ¿Qué porcentaje del producto interno se destina al sector salud?
El financiamiento del Gasto Total en Salud de acuerdo con cifras publicadas por la OMS, estimado para el 2013 fue de B/. 3,676.2 millones. Panamá es uno de los países de la región que proporcionalmente destina uno de los más altos porcentajes de su producto interno bruto para la salud (8.2% en el 2011).
3. ¿Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?
De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 67% del gasto total en salud en Panamá es público y 33% privado (gráfica 27). Dentro del gasto público, el gasto del MINSA representa 43% y el restante 24% corresponde a la CSS
4. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios?
Otras fuentes de recursos para la Red Pública del Ministerio está representada por las cuotas de recuperación o co-pagos, cuyo monto es generalmente determinado por los patronatos, pero que en términos generales no representa más allá del 1% del costo real del servicio, ni más del 5% de los recursos disponibles
5. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios que gestionan?
El Consejo de Gestión no está activo. Ha beneficiado la descentralización de la gestión administrativa de los hospitales Anita Moreno y Joaquín Pablo Franco Sayas como Pratonato
6. El aporte de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios.
*No se tiene en cuenta la capacidad de pago de los usuarios para fijar el aporte de la atención. Siempre se atiende a todos los pacientes independientemente de si pueden o no pagar.
Los aportes pasan a formar parte del fondo de administración que apoya la gestión.*
7. ¿Cómo funciona el sistema de evaluación socio-económica? ¿Permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios? ¿Qué modificaciones deben realizarse? ¿Se conoce la diferencia entre costos y tarifas?
Se hace evaluación socioeconómica pero no se da seguimiento a los compromisos de pago por lo que suele perderse dinero.

La diferencia entre costos y tarifas no se tiene clara. Las personas pagan una tarifa que no representa los costos reales de la prestación de servicios

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

Nuestro presupuesto se ve afectado al instalarse los decretos de gratuidad ya que si bien la tarifa dada a los servicios brindados no son acordes con la realidad económica del país, mas se ve afectado por prestar servicios gratis. Lo que se cobra es algo simbólico y en muchos casos el paciente no paga aun asi reciba la atención

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

Debe subsidiar a la población más vulnerable a los de escasos recursos pero que adquieran responsabilidades con respecto a su autocuidado y el cuidado de su entorno y el medio ambiente

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

En los casos que realmente llega a la población vulnerable por bajos ingresos si son garantes de la equidad sanitaria, probablemente si se trabajara en conjunto todas las instituciones publicas y privados se contara con un censo real de esta población

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

Las donaciones se deberian hacer de acuerdo a las necesidades existentes por instalación, para que no se reciba insumos que realmente no se necesitan evitando asi tener productos vencidos.

Debe ser regulada por los estamentos del ministerio de salud que tengan que ver con los insumos donados por ejemplos si es medicamentos que sea regulado por las normas de Farmacia y Drogas.

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

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

13. ¿Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?
Consideramos que si puesto como son tarifas que no son consonas con el aumento del costo de vida, en ocasiones hay usuarios que utilizan en mala manera los servicios ofertados limitando la eficiencia del sistema
14. ¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto público en salud, privado y de bolsillo?
Sí se tiene informacion confiable y oportuna de nuestra propia institucion (MINSA) , mas no de la CSS y mucho menos el sector privado.
15. Existen recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta (ancho de banda, servidores, contratación de servicios de internet).
En los ultimos años han mejorado nuestras instalaciones, logrando adquirir los servicios de internet, pero no en su totalidad. Si existen los recursos para esto, lo que dificulta el proceso son tramites burocraticos que esperamos pronto se solucionen
16. ¿Quién decide y sobre qué base, el proceso de gestionar, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes? (responsabilidad social, empresarial a nivel nacional, regional y local).
Nuestro sistema aun depende mucho de la acción nacional, más sin embargo la capacidad local y regional es buena para poder decidir, negociar y modular recursos.
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?
Si , pero esto no se maneja a nivel regional y mucho menos local. Todo se da a nivel ministerial.

FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN

1. ¿Con base en el análisis prospectivo de la red de servicios realizado cuáles son las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)?
2. ¿Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión?
¿Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?

Unas de las mayores dificultades que encontramos con los requerimientos del MEF son los estudios de impacto ambiental y social, igualmente la elaboración de los cronogramas y cálculos de costos ya que no contamos con personal idóneo para tal tarea.

3. De los proyectos de inversión del año 2017 y los proyectados para el 2018, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS). Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada.

Consideramos que el 100% tienen como objetivos mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios. Los que apuntan a mejorar la atención primaria son aquellos que se pretenden desarrollar en los centros de salud y los hospitales rurales y los recién construidos MINSAs-CAPSI. Así como la culminación de la construcción del Hospital Regional Anita Moreno.

4. Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.

En nuestra región no existe ningún proyecto financiado por Cooperación Técnica internacional.

5. Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado?

Si cada periodo de gobierno nuestra región elabora el plan quinquenal de inversiones que se desea desarrollar durante la gestión, tomando en cuenta el plan de gobierno en el sector salud, los proyectos que quedaron por continuidad y la priorización Regional.

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

Consideramos que sí y así lo formulamos, aunque en ocasiones prevalece el interés político partidista y no el criterio técnico de los que laboran en cada unidad ejecutora.

ANALISIS DE DESIGUALDADES

REGION DE SALUD DE LOS SANTOS

En vías de búsqueda de mejorar la atención de Salud en Panamá el Ministerio de salud junto con la OMS ha introducido en los Análisis de Salud y Tendencias el estudio de las desigualdades en Salud en nuestro país, por ende es necesario que todas las regiones del país contribuyan a levantar los datos propios para poder alimentar científicamente el informe que nos ayudara a identificar esas desigualdades que no permiten que realmente la "Salud sea Igual para Todos" Dicho análisis contribuirá para tomar acciones directas sobre aquellas patologías que más afectan a nuestra región y que sin duda podemos incidir para mejorar la Salud de los que menos oportunidad tienen.

A través del tiempo y en los diferentes Análisis de Situación en Salud nuestra Región Los Santos ha sido descrita por los datos estadísticos como una Región Longeva donde la esperanza de vida es una de las más altas del país, por lo cual la mayoría de nuestros POA, actividades y metas deben ir dirigidas a esos grupos que van tomando más presencia en nuestra pirámide de población, claro sin descuidar los otros grupos atareos donde también la promoción de estilo de vida Saludables nos llevara a prevenir todo tipo de enfermedades , incluyendo enfermedades crónicas que son la que más observamos en los grupos de tercera edad.

A nivel nacional se está realizando el estudio de las Desigualdades con datos comparativos de los años 2000 y 2010, llegando a nivel de Distrito con diferentes variables, sociales y de salud.

En nuestra región hemos realizado igualmente tres análisis con datos estadísticos de los años mencionados y con los siguientes cruces:

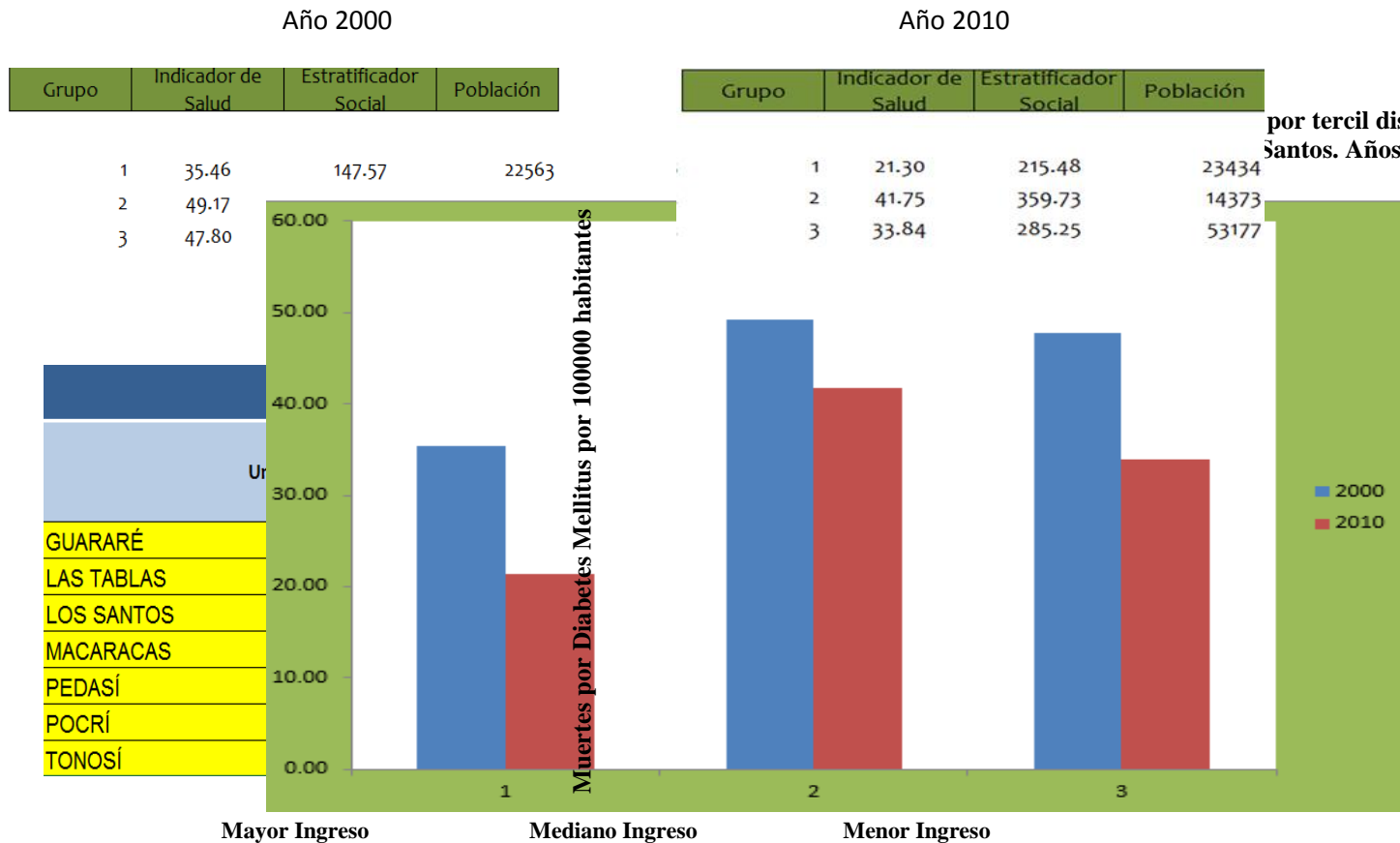
Variable Social	Variable de Salud
Ingreso	Diabetes Mellitus
Analfabetismo	Diabetes Mellitus
Ingreso	Enfermedad Cerebro Vascular
Analfabetismo	Enfermedad Cerebro Vascular
Ingreso	Cáncer
Analfabetismo	Cáncer

A continuación presentamos los análisis realizados en nuestro departamento, donde ellos mismos se explican.

Tabla No1.. Muertes por Diabetes Mellitus por 100000 habitantes, según ingreso económico en los Distritos de la Provincia de Los Santos. Año 2000.

2000				
Unidades estudiadas	Código de área o estrato	m POR DIABETES	INGRESO	poblacion
GUARARÉ		22.5	232.7	8,906
LAS TABLAS		10.8	325.9	22,158
LOS SANTOS		84.1	261.1	22,580
MACARACAS		31.5	136.1	9,529
PEDASÍ		121	183.5	3,307
POCRÍ		137.7	150.9	3,630
TONOSÍ		0	157.9	9,404

Tabla No2. Muertes por Diabetes Mellitus por 100000 habitantes, según ingreso económico en los Distritos de la Provincia de Los Santos. Año 2010.



AÑO 2000

BRECHA ABSOLUTA-12.34

En el tercil de los distritos con menor ingreso en el año 2000, hay un exceso de 12 defunciones por Diabetes Mellitus por cada 100,000 habitantes en relación al tercil de los distritos con mayor ingreso en el mismo año en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

BRECHA RELATIVA 0.74

El número de defunciones por Diabetes Mellitus en el tercil de los distritos con menor ingreso en el año 2000 es 0.74 veces el número de defunciones por Diabetes Mellitus en los distritos con mayor ingreso en el año 2000 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

AÑO 2010

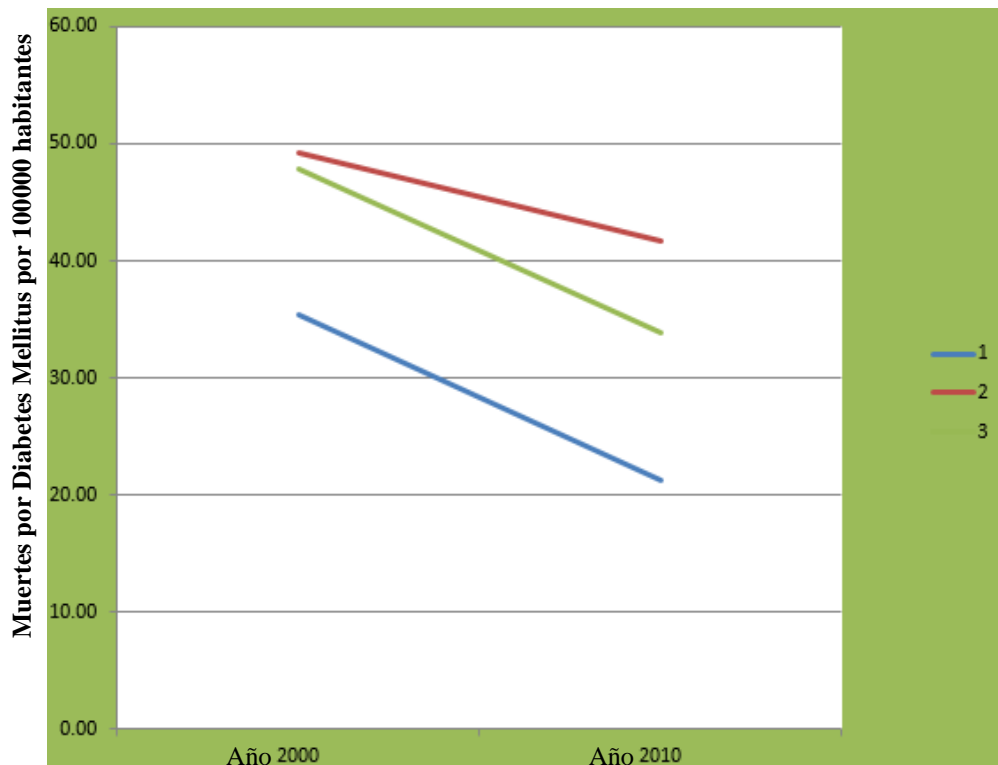
BRECHA ABSOLUTA -12.54

En el tercil de los distritos con menor ingreso en el año 2010, hay un exceso de 12 defunciones por Diabetes Mellitus por cada 100 000 habitantes en relación al tercil de los distritos con mayor ingreso en el año 2010 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

BRECHA RELATIVA 0.63

El número de defunciones por Diabetes Mellitus en el tercil de los distritos con menor ingreso en el año 2010 es 0.63 veces el número de defunciones por Diabetes Mellitus en los distritos con mayor ingreso en el año 2010 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

Gráfico No. Muertes por Diabetes Mellitus por tercil distrital según Ingreso Económico en la Provincia de Los Santos. Años 2000 y 2010



En esta gráfica de tendencias podemos observar que al comparar ambos años las muertes por Diabetes Mellitus en 10 años han descendido considerablemente conforme los ingresos de la población mejoran, sin embargo, al comparar el comportamiento entre los grupos en sí, vemos

que las brechas se mantienen, fíjese como los distritos del grupo 1 (tercil con mejores ingresos) en el año 2000 representado con la línea azul se mantiene equidistante de los distritos del grupo 3 (tercil con ingresos más bajos) en el año 2000 representado con la línea verde, a medida que nos desplazamos en el tiempo hasta el año 2010; mientras que la relación entre el grupo 1 y el grupo 2 al pasar del año 2000 al año 2010 incrementó la brecha entre ambas líneas.

Tabla No. Muertes por Diabetes Mellitus por 100000 habitantes, según Analfabetismo en los Distritos de la Provincia de Los Santos. Año 2000.

2000				
Unidades estudiadas	Código de área o estrato	m POR DIABETES	ANALFABETISMO	poblacion
GUARARÉ		22.5	8.3	8,906
LAS TABLAS		10.8	7.3	22,158
LOS SANTOS		84.1	9.7	22,580
MACARACAS		31.5	18.3	9,529
PEDASÍ		121	12.0	3,307
POCRÍ		137.7	9.9	3,630
TONOSÍ		0	17.8	9,404

Tabla No. Muertes por Diabetes Mellitus por 100000 habitantes, según Analfabetismo en los Distritos de la Provincia de Los Santos. Año 2010.

2010				
Unidades estudiadas	Código de área o estrato	m POR DIABETES	ANALFABETISMO	poblacion
GUARARÉ		38.6	5.2	10,361
LAS TABLAS		33.0	4.7	27,254
LOS SANTOS		34.7	6.2	25,923
MACARACAS		31.9	11.7	9,390
PEDASÍ		49.9	6.2	4,012
POCRÍ		0.0	6.5	3,754
TONOSÍ		19.4	11.3	10,290

AÑO 2000

Grupo	Indicador de Salud	Estratificador Social	Población
-------	--------------------	-----------------------	-----------

1 15,85 18,05 18933

2 129,74 10,86 6937

3 12,60 8,47 52644

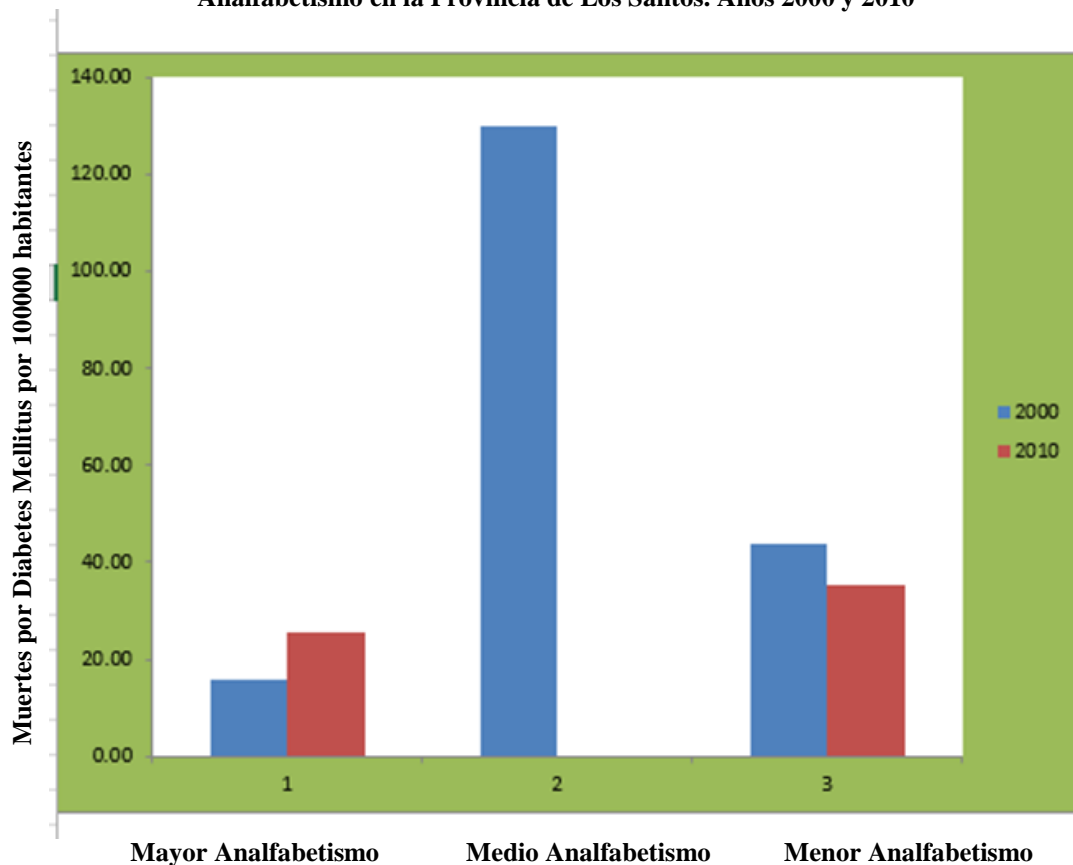
AÑO 2010

Grupo	Indicador de Salud	Estratificador Social	Población
-------	--------------------	-----------------------	-----------

1 25,36 11,49 19680

2 0,00 6,50 3754

Gráfico No. Muertes por Diabetes Mellitus por tercil distrital según Analfabetismo en la Provincia de Los Santos. Años 2000 y 2010



AÑO 2000

BRECHA ABSOLUTA -27.74

En el tercil de los distritos con menor analfabetismo en el año 2000, hay un exceso de 27 defunciones por Diabetes Mellitus por cada 100,000 habitantes en relación al tercil de los distritos con mayor analfabetismo en el mismo año en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

BRECHA RELATIVA 0.36

El número de defunciones por Diabetes Mellitus en el tercil de los distritos con menor analfabetismo en el año 2000 es 0.36 veces el número de defunciones por Diabetes Mellitus en los distritos con mayor analfabetismo en el año 2000 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

AÑO 2010

BRECHA ABSOLUTA - 10.56

En el tercil de los distritos con menor analfabetismo en el año 2010, hay un exceso de 10 defunciones por Diabetes Mellitus por cada 100,000 habitantes en relación al tercil de los distritos con mayor analfabetismo en el año 2010 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

BRECHA RELATIVA 0.71

El número de defunciones por Diabetes Mellitus en el tercil de los distritos con menor ingreso en el año 2010 es 0.71 veces más el número de defunciones por Diabetes Mellitus en los distritos con mayor ingreso en el año 2010 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

Cabe señalar que el Distrito de Pedasí para el año 2010 pasó del tercil dos, al tercil tres de los menos analfabetas, quedando solamente en el tercil dos para el año 2010 el distrito de Pocrí en el cual no hubo muertes por diabetes mellitus.

Tabla No. Muertes por Enfermedad Cerebro vascular por 100000 habitantes, según ingreso económico en los Distritos de la Provincia de Los Santos. Año 2000.

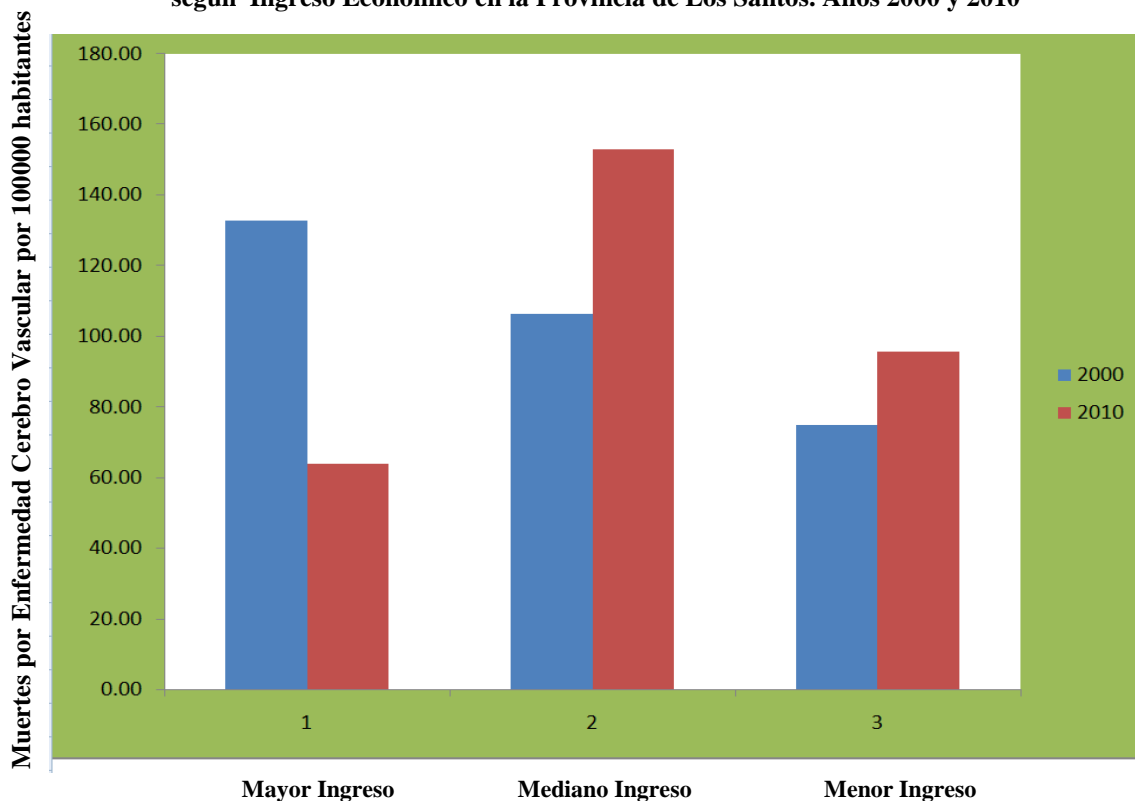
2000				
Unidades estudiadas	Código de área o estrato	m ECV	Ingreso	poblacion
GUARARÉ		112.3	232.7	8,906
LAS TABLAS		20.8	325.9	22,158
LOS SANTOS		128.4	261.1	22,580
MACARACAS		73.5	136.1	9,529
PEDASÍ		90.7	183.5	3,307
POCRÍ		275.5	150.9	3,630
TONOSÍ		138.2	157.9	9,404

Tabla No. Muertes por Enfermedad Cerebro vascular por 100000 habitantes, según ingreso económico en los Distritos de la Provincia de Los Santos. Año 2010.

2010				
Unidades estudiadas	Código de área o estrato	m ECV	Ingreso	poblacion
GUARARÉ		183.4	363.5	10,361
LAS TABLAS		124.8	452.0	27,254
LOS SANTOS		65.6	397.0	25,923
MACARACAS		53.2	220.0	9,390
PEDASÍ		74.8	350.0	4,012
POCRÍ		106.6	200.0	3,754
TONOSÍ		58.3	217.0	10,290

Año 2000				Año 2010			
Grupo	Indicador de Salud	Estratificador Social	Población	Grupo	Indicador de Salud	Estratificador Social	Población
1	132.96	147.57	22563	1	64.01	215.48	23434
2	106.45	219.38	12213	2	153.06	359.73	14373
3	75.11	293.19	44738	3	95.91	285.25	53177

Gráfico No. Muertes por Enfermedad Cerebro Vascular por tercil distrital según Ingreso Económico en la Provincia de Los Santos. Años 2000 y 2010



AÑO 2000

BRECHA ABSOLUTA 57.86

En el tercil de los distritos con mayores ingresos en el año 2000, hay un exceso de 57 defunciones por Enfermedad Cerebro Vascular por cada 100,000 habitantes en relación al tercil de los distritos con menor ingreso en el mismo año en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

BRECHA RELATIVA 1.77

El número de defunciones por Enfermedad Cerebro Vascular en el tercil de los distritos con mayor ingreso en el año 2000 es 1.77 veces el número de defunciones por Enfermedad Cerebro

Vascular en los distritos con menores ingreso en el año 2000 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

AÑO 2010

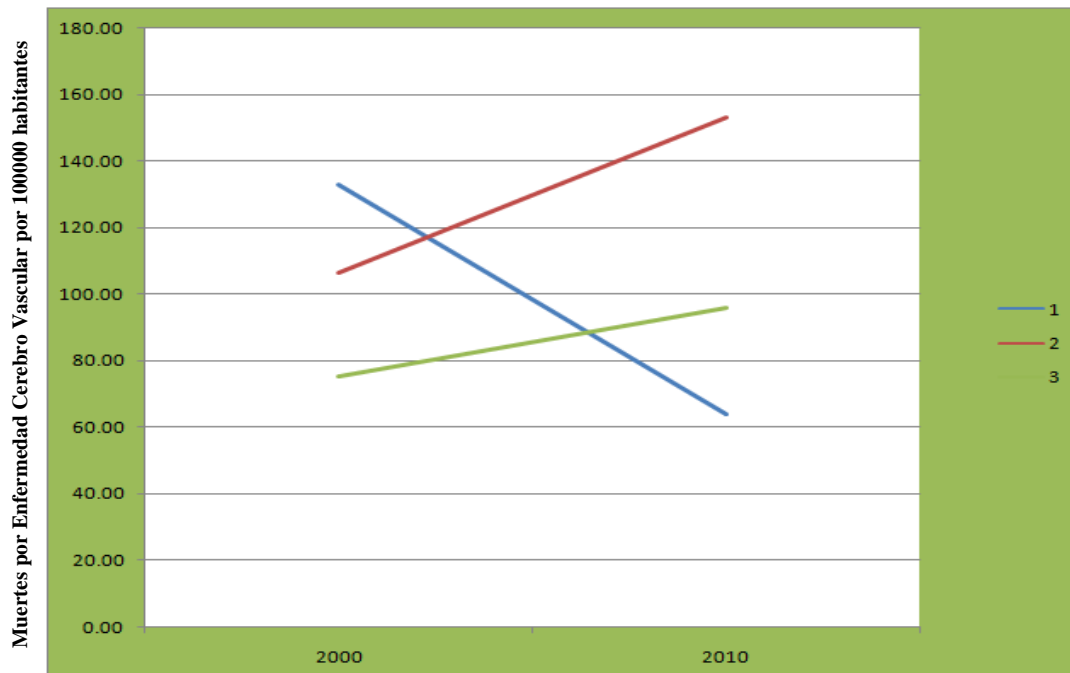
BRECHA ABSOLUTA - 31.90

En el tercil de los distritos con menor ingreso en el año 2010, hay un exceso de 31 defunciones por Enfermedad Cerebro Vascular por cada 100 000 habitantes en relación al tercil de los distritos con mayor ingreso en el año 2010 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

BRECHA RELATIVA 0.67

El número de defunciones tumores en el tercil de los distritos con menor ingreso en el año 2010 es 0.67 más veces el número de defunciones por tumores en los distritos con mayor ingreso en el año 2010 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

Gráfico No. Muertes por Enfermedad Cerebro Vascular por tercil distrital según Ingreso Económico en la Provincia de Los Santos. Años 2000 y 2010



Grupo	2000	2010
1	132.96	64.01
2	106.45	153.06
3	75.11	95.91

En la gráfica de tendencias para muertes por enfermedad cerebro vascular en relación al ingreso, podemos apreciar que al comparar ambos años las muertes por enfermedad cerebro vascular han incrementado en los grupos de mediano y menor ingreso; mientras que el grupo con mayor ingreso hubo un descenso considerable; aproximadamente un 50%. El comportamiento entre los grupos en sí, vemos que la brecha entre ambos ha aumentado, fíjese como los distritos del grupo 2 (tercil con medianos ingresos) en el año 2010 representado con la línea roja se aleja de los distritos del grupo 1 (tercil con mayor ingreso) representado con la línea azul y una disminución de la brecha entre los distritos del grupo 1 (mayor ingreso) y grupo 3 (menor ingreso).

Tabla No. Muertes por Enfermedad Cerebro vascular por 100000 habitantes, según Analfabetismo en los Distritos de la Provincia de Los Santos. Año 2000.

2000				
Unidades estudiadas	Código de área o estrato	m ECV	ANALFABETISMO	poblacion
GUARARÉ		112.3	8.3	8,906
LAS TABLAS		20.8	7.3	22,158
LOS SANTOS		128.4	9.7	22,580
MACARACAS		73.5	18.3	9,529
PEDASÍ		90.7	12.0	3,307
POCRÍ		275.5	9.9	3,630
TONOSÍ		138.2	17.8	9,404

Tabla No. Muertes por Enfermedad Cerebro vascular por 100000 habitantes, según Analfabetismo en los Distritos de la Provincia de Los Santos. Año 2010

2010				
Unidades estudiadas	Código de área o estrato	m ECV	ANALFABETISMO	poblacion
GUARARÉ		183.4	5.3	10,361
LAS TABLAS		124.8	4.7	27,254
LOS SANTOS		65.6	6.2	25,923
MACARACAS		53.2	11.8	9,390
PEDASÍ		74.8	6.2	4,012
POCRÍ		106.6	6.6	3,754
TONOSÍ		58.3	11.3	10,290

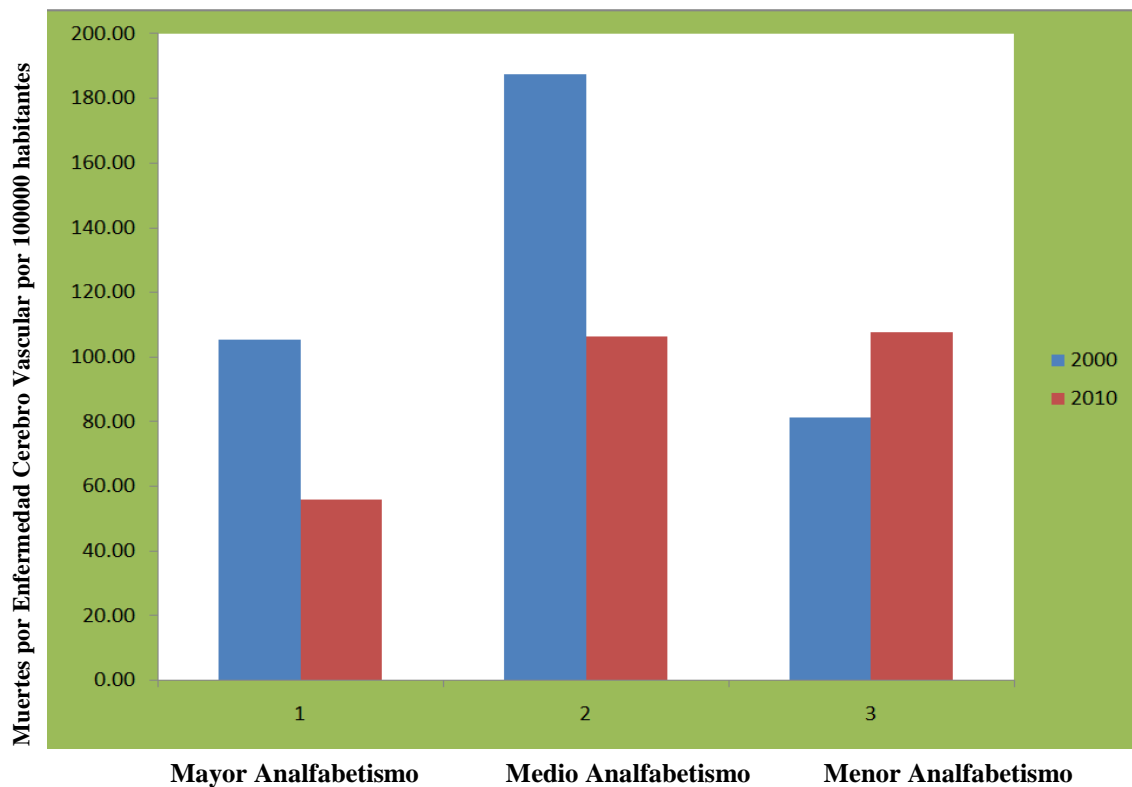
Grupo	Indicador de Salud	Estratificador Social	Población
-------	--------------------	-----------------------	-----------

1	105.64	18.05	18933
2	187.40	10.86	6937
3	81.28	8.47	53644

Grupo	Indicador de Salud	Estratificador Social	Población
-------	--------------------	-----------------------	-----------

1	55.89	11.49	19680
2	106.55	6.50	3754
3	108.07	11.55	67550

Gráfico No. Muertes por Enfermedad Cerebro Vascular por tercil distrital según Analfabetismo en la Provincia de Los Santos. Años 2000 y 2010



AÑO 2000

BRECHA ABSOLUTA 24.35

En el tercil de los distritos con mayor analfabetismo en el año 2000, hay un exceso de 24 defunciones por Enfermedad Cerebro Vascular por cada 100,000 habitantes en relación al tercil de los distritos con menor analfabetismo en el mismo año en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

BRECHA RELATIVA 1.30

El número de defunciones por Enfermedad Cerebro Vascular en el tercil de los distritos con mayor analfabetismo en el año 2000 es 1.30 más veces el número de defunciones por Enfermedad Cerebro Vascular en los distritos con menor analfabetismo en el año 2000 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

AÑO 2010

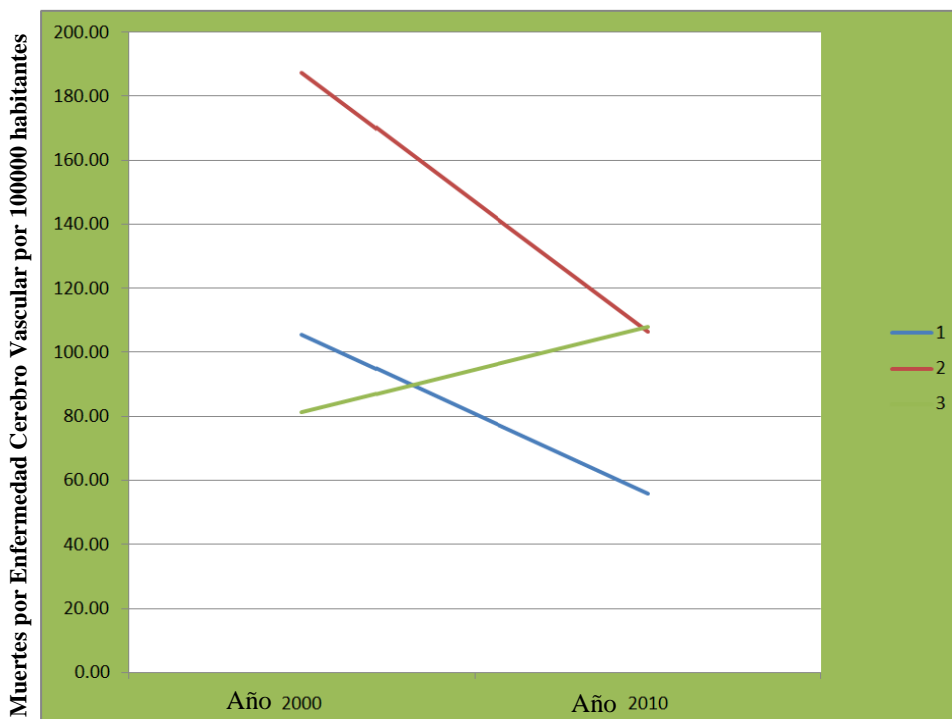
BRECHA ABSOLUTA -52.17

En el tercil de los distritos con menor analfabetismo en el año 2010, hay un exceso de 52 defunciones por Enfermedad Cerebro Vascular por cada 100 000 habitantes en relación al tercil de los distritos con mayor analfabetismo en el año 2010 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

BRECHA RELATIVA 0.52

El número de defunciones enfermedad cerebro vascular en el tercil de los distritos con menor analfabetismo en el año 2010 es 0.52 más veces el número de defunciones por tumores en los distritos con mayor analfabetismo en el año 2010 en la Provincia de Los Santos, República de Panamá.

Gráfico No. Muertes por Enfermedad Cerebro Vascular por tercil distrital según Analfabetismo en la Provincia de Los Santos. Años 2000 y 2010



Grupo	2000	2010
1	105.64	55.89
2	187.40	106.55
3	81.28	108.07

En la gráfica de tendencias para muertes por enfermedad cerebro vascular en relación al analfabetismo, podemos apreciar que al comparar ambos años las muertes por enfermedad cerebro vascular han incrementado en el grupo de los distritos con menor analfabetismo; mientras que los grupos con mayor y medio analfabetismo hubo un descenso considerable. El comportamiento entre los grupos en sí, la brecha entre los grupos de mediano y menor analfabetismo fue casi cero, ya que disminuyó las muertes en los distritos de mediano analfabetismo y aumentó las muertes en el grupo de menor analfabetismo. La brecha entre el grupo de menor y mayor analfabetismo aumentó porque hay más incidencia de muerte en el grupo de los distritos de los menor analfabetismo.

ANEXOS

IDENTIFICACIÓN DE ACTORES

PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES:

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

Público
Privado
Otro (especifique)

Cooperación Internacional (especifique la
agencia)_____

Sector político
Sector Salud
Otro (especifique)

Especifique si se responde a acuerdos internacionales o
nacionales:_____

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

Si No

Favor especifique el tipo de Sistema de Salud del país:

Segmentado

Integrado

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

Si No

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

Fondos estatales

Cooperación Internacional

Sector Privado

Fondos reembolsables con partida nacional

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

Gubernamental (Poder Ejecutivo)

Poder Legislativo

Sociedad Civil organizada en temas de salud

Sociedad Civil organizada general

Sector Privado

Sector académico

Otro (Especifique)

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

Legislativo Ejecutivo Ambo Ninguno

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

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

Si No

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

FUENTE(S):

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

Transición Construcción Consolidación No Existe

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

LEY	ACTOR	FUNCION O RESPONSABILIDAD

--	--	--

10. Posición de los Actores (PA)

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

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

Muy a Favor

Algo a Favor

Neutro

Algo en contra

En contra

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

Positivo

Negativo

Ninguno

ROL DE LOS ACTORES (RA)

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

Alta Media Baja

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

Si No

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

Si

Especifique cuáles: _____

No

Bibliografía

1. Plan de Gobierno de La República de Panamá 2014-2019.
2. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos, 2010-2015. Dirección de Planificación, Ministerio de Salud de Panamá, “2010.
3. Funciones Esenciales de La Salud Pública. 2002.

4. Lineamiento Metodológico de los Perfiles de los Sistemas de Salud, Monitoreo y Análisis de los Sistemas de Cambio. OPS- USAID.
5. Análisis Prospectivo de la Red de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

Fuentes Consultadas

Experiencia técnica del personal de:

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