



salud
Ministerio de Salud
Panamá

ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD EN PANAMÁ OESTE



REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE



ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD EN PANAMÁ OESTE

LA CHORRERA, PANAMÁ OESTE.
2014.

**REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE**

**DR. JOAQUÍN CHAN
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD**

**LICDO. OSCAR MUÑOZ
PLANIFICADOR REGIONAL**

**ANÁLISIS SITUACIONAL DE
SALUD EN PANAMÁ OESTE
2014.**

PARTICIPANTES

MINSA

Dr. Joaquin Chang	Director Regional
Dra. Dilma Vega	Sub directora Regional
Licdo. Oscar Muñoz	Planificador
Licda. Gretel Greco	REGES
Dra. Silvana de Hidalgo	Provisión de los Servicios
Dra. Jeannette Gómez	Provisión de los Servicios
Licda. Maria Elena Corrales	Promoción de la Salud
Dr. Jorge Oro	Salud Pública
Dra. Denia de Gómez	Programa Escolar y Adolescente
Licda. Yariela Jara	Programa Infantil
Licdo. Crescencio Gaona	Programa de Salud Sexual y Reprod.
Dra. Mercedes Henríquez	Programa de Salud Ocupacional
Téc. Marcelino Ramos	Saneamiento Ambiental
Dra. Nilka Gálvez	DEPA
Dra. Ana De León	Epidemiología
Licda. Xiomara Núñez	PAI
Licda. Sixta Ruíz	Enfermería
Dra. Benilda Castillo	Salud Bucal
Licda. Estelia Castillo	Programa de TBC/VIH/SIDA
Licdo. Javier Dixon	Farmacia
Licda. Perla Ochogavia	Programa de Salud Nutricional
Licda. Bethzabel de Miranda	Trabajo Social
Licdo. Julio Solis	Costo 20
Licda. María Chong	Planificadora Hosp. Nicolás Solano
Dra. Lilyana Aldrete	C.S. Nvo Chorrillo
Dr. Ernesto Ortiz	C.S. Altos de San Fco.
Dra. Nidia Rodríguez	C.S. Nvo Arraiján
Dra. Carmen Alvarado	C.S. Bejuco

CSS

Dr. Eric Perdomo

Enlace de Proyectos-Coord. Provincial de APS

MIDES

Luisa Guillen

Trabajo Social

MITRADEL

Lic. Pierre A. Fontane

Sub-Director

MEDUCA

Prof. Kassia Hernández

Enlace con Salud

Cuerpo de Bomberos

Comandante Virgilio Cedeño

ANAM

Ing. Pablo Rodríguez

Educación Ambiental

Gobiernos Locales

Municipio de La Chorrera

Municipio de Chame

Municipio de Arraiján

Javier Herrera

Gobernador Provincial

MIVIOT**IDAAN****MEF****MOP****MICI****Sociedad China de La Chorrera****MIDA**

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 Cliente

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

Fotografía N° 5: Red Social

1. Comités, ONG'S, Clubes Cívicos, Iglesias, 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
 - Co-Pago
 - Presupuesto del Estado
 - Donaciones
 - Seguro Solidario

Fotografía N° 10: Proyectos de Inversión

FOTOGRAFÍA #1

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



FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

Entre los principales problemas político- económico - socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño están pandillerismo – drogadicción, embarazos en adolescentes, crecimiento poblacional no planificado (abastecimiento con agua potable de calidad a la población, recolección de basura y transporte público), falta de una verdadera organización Inter-Institucional, asignación presupuestaria no cónsona a la realidad y falta de Recurso Humano acorde a la población de responsabilidad.

Una vez identificados los aspectos, las prioridades son:

- Disminuir los embarazos en adolescentes,
- abastecimiento con agua potable de calidad a la población, tener un sistema de recolección de basura factible.
- Reactivación del Consejo Provincial
- Mejorar la coordinación MINSA-CSS

Entre los aspectos que favorecen el desarrollo de los procesos en el MINSA se pueden mencionar los servicios de atención gratuita, donación de cremas nutritivas, medicamentos a costos accesibles, exoneración de pagos de consulta y de exámenes, operaciones de salpingectomía llevadas a las comunidades; mientras los que limitan se encuentran asignación presupuestaria no acorde a la realidad de la necesidad, insuficiente recursos humano técnico para dar respuesta adecuada a la demanda e ineficiencia administrativa por falta de perfil.

Entre los convenios, acuerdos, compromisos internacionales en donde nuestro país es signatario están:

- Declaración y Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (2000)
- Ley 13 medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud
- Código sanitaria internacional

En nuestra Región tenemos formulaciones de cooperación técnica financiera para realizar procesos de modernización, reformar, transformar y gestionar cambios en el Estado como es el caso del Programa de mejoras de la equidad y fortalecimiento de los servicios.

Igualmente se mantiene una lucha contra la pobreza que es una prioridad gubernamental y se aborda desde distintos sectores con funciones específicas; entre los actores destacan el sector público, sector privado, cooperación internacional y sector político.

El sector Salud entre sus estrategias tiene: Pro-salud 5 donde la atención, laboratorios, medicamentos y todo servicio de salud es gratuito para embarazadas, menores de 5 años, discapacitados, pacientes con VIH-SIDA, pacientes con tuberculosis e indígenas de las comarcas.

Potencialmente el MIDES cuenta con una serie de programas como Centro de orientación y atención integral, Red de oportunidades, Redes territoriales, Padrino empresario, 120 a los 70, desarrollo social seguro, programa de alfabetización, Ángel guardián, centros de orientación infantil y familiar.

CENTRO DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL (COAI)

El Centro de Orientación y Atención Integral ha sido creado para brindarle respuestas eficientes a los problemas sociales que enfrentan los grupos de atención prioritaria. El centro funciona como una Ventanilla Única en materia social que canaliza los casos a las instancias que deben ofrecer los servicios de calidad a los que tienen derechos los hombres, mujeres, niños, niñas, jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores.

Objetivo General

Brindar Orientación y Atención Integral a través de un equipo interdisciplinario (Trabajo Social, Psicología y Abogacía) a los Ciudadanos (as) que acudan al centro uniendo, esfuerzos del sector gubernamental y no gubernamental, realizando un trabajo efectivo, logrando eficiencia en la inversión del Estado en materia de desarrollo social y humano integral. Entre los actores se destacan el sector público, sector privado, cooperación internacional y sector político.

Objetivos Específicos

- Brindar un servicio único de orientación y atención a los(as) usuarios(as) que acudan al centro.
- Hacer las referencias de las situaciones sociales que lo ameritan a las instancias pertinentes para su debida atención y seguimiento.
- Orientar a los grupos vulnerables sobre abusos contra niños, niñas y adolescentes a través de Tu Línea 147.
- Ofrecer orientación y capacitación en temas relacionados al servicio que brinda el centro.
- Realizar giras móviles de atención directa con el equipo interdisciplinario en áreas de grupos poblacionales prioritarios y en riesgo social.
- Fortalecer la capacidad de respuesta y manejo de las situaciones sociales a través de los grupos de autoayuda tanto de instituciones públicas como de fundaciones no gubernamentales.

RED DE OPORTUNIDADES

Es un proyecto de Estado, que desarrolla una acción permanente que cubre a miles de panameños registrados en el mapa de la Pobreza y en los estudios de la vulnerabilidad, como “personas que viven en condiciones de pobreza extrema”.

Objetivo

Su objetivo principal es romper con el ciclo de pobreza intergeneracional, insertando a los hogares que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema a la dinámica del desarrollo nacional, a través del fortalecimiento de su capital humano.

Meta

Está enmarcada a la erradicación de la pobreza y pobreza extrema a nivel nacional a través del contacto directo con las comunidades.

Población Beneficiada

El programa se dirige a madres que tengan hijos en edades de vacunación de cero a cinco años o en edad escolar de cinco a diecisiete años en condiciones de pobreza extrema.

Ejecución del Programa

El programa lo integran 4 componentes básicos: Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC), Oferta de Servicios, Acompañamiento Familiar, Infraestructura Territorial.

Se ejecuta a través de transferencias monetarias condicionada (TMC), limitando a los beneficiarios al cumplimiento de corresponsabilidades en materia de salud, educación y capacitación.

A la persona beneficiada con la TMC, se le desembolsa la suma de B/100.00 cada dos (2) meses por el Estado con fondo del Banco Mundial. La transferencia monetaria es el compromiso que asume el Gobierno Nacional de entregar un apoyo económico en efectivo a las beneficiarias registradas dentro del programa. La entrega se hace a las mujeres como jefas del hogar. Ese apoyo económico debe ser utilizado en los servicios básicos indispensables para potenciar el desarrollo humano de los miembros más jóvenes del hogar beneficiado. Existe una condicionalidad, para poder recibir la TMC que es el cumplimiento de las corresponsabilidades, las cuales son los compromisos adquiridos entre el Estado Panameño y los hogares beneficiados. Por otro lado el programa de la red de oportunidades conlleva un esfuerzo conjunto entre MIDES, MINSA Y MEDUCA de prestar los servicios de salud, y educación; mientras que la jefa del hogar debe velar para que los integrantes de su familia acudan a los centros de salud en busca de vacunación, controles de salud y otros, además de mantener dentro del sistema educativo a los niños y niñas miembros del hogar, así como participar activamente en las reuniones escolares.

El Estado se compromete:

-Entregar la Transferencia Monetaria Condicionada bimestralmente a las jefas de hogares beneficiarias.

-Brindar y garantizar que la prestación de los servicios de educación estén disponibles para que sus hijos (niños, niñas, adolescentes en edad escolar) reciban la instrucción educativa adecuada.

-Ofrecer servicios de salud primaria, vacunaciones gratuitas a los menores de 5 años y controles de embarazo.

-Promover entre los integrantes de los hogares beneficiarios el desarrollo de capacidades, para la generación de ingresos lo que les permitirá que fortalezcan sus capacidades productivas.

-Facilitar la obtención de los documentos de identidad personal, en coordinación con el Tribunal Electoral.

Las Familias se comprometen:

- Presentarse a las consultas de controles médicos.
- Mantener al día las vacunas de los niños y niñas menores de 5 años.
- Garantizar la asistencia de los niños y niñas a clases.
- Asistir a las reuniones de padres y madres de familia en la escuela.
- A que un miembro del hogar participe en las capacitaciones para el fortalecimiento productivo y generación de capital social ofrecida por diferentes instituciones.

Modalidad de Pago

Se efectúan seis (6) pagos bimestrales cada dos meses. Los pagos se realizan a través de las sucursales del Banco Nacional, para los corregimientos céntricos; mientras que en los de difícil acceso el personal del MIDES se traslada a dichas áreas.

PROYECTO REDES TERRITORIALES

Es un proyecto dirigido a comunidades de pobreza y pobreza extrema en condiciones de vulnerabilidad, que busca el desarrollo local sostenible a través de la integración de los Recursos del Gobierno, Sociedad Civil y la Empresa Privada.

Objetivo General

Dejar capacidades instaladas en los líderes y lideresas comunitarios para que sean los sujetos activos de su propio desarrollo.

Objetivo Específico

Impulsar el asociativismo y emprendimiento para lograr la sostenibilidad de las familias y el desarrollo de economías locales.

Ejecución del Programa

La Red Comunitaria se integra por cada uno de los líderes y grupos organizados que se encuentran en las comunidades y por medio de la misma se diagnostican los problemas más urgentes, se establece un plan de acción para la solución de estas necesidades, se desarrollan programas de autogestión (cursos de modistería y belleza). También se elabora con la ayuda de la Red Institucional un plan de desarrollo a la comunidad a largo plazo y participa en los procesos de seguimiento, evaluación y auditoria social. Además lleva a cabo Ferias Multisectoriales en comunidades de lugares muy alejadas mediante la cuales se benefician y ahorren en el costo de transporte desde sus hogares hasta lugares donde se adquieren los productos. Por otro lado fomenta la creación de huertos y cría de pollos con doble propósito, con la finalidad de que estas personas puedan obtener un producto para su consumo y venta generando así un ingreso para su hogar.

PROGRAMA PADRINO EMPRESARIO

El Programa Padrino Empresario es de autogestión y nace como una alternativa de prevención, dirigido a adolescentes entre los 15 a 17 años de edad.

Objetivo General

Minimizar la vulnerabilidad a los problemas económicos y psicosociales propios de su entorno y núcleo familiar, a fin de que puedan continuar sus estudios y por ende mejore su calidad de vida.

Objetivo Especifico

Promover el desarrollo biopsicosocial del adolescente de 15 a 17 años de edad, a través de una preparación laboral remunerada (becas), con la cual puedan sufragar parcialmente los gastos que incurran al seguir o reinsertarse en los sistemas educativos.

Ejecución del Programa

Este programa se ejecuta con la responsabilidad social empresarial, a través de la donación que realizan las empresas al programa, la cual es deducible de impuesto en un 100% del impuesto sobre la renta. Además la empresa capacita al estudiante, para que adquiera una experiencia previa laboral con miras a contratarlo cuando éste sea adulto y de no ser asimilado por la empresa, sale preparado laboralmente para competir en el mercado laboral. Por otro lado no existe una relación laboral entre la empresa y el adolescente, ya que la misma le ofrece una beca laboral, lo avala un convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral.

Se asigna un funcionario del MIDES, como enlace entre la empresa, el joven y su familia de manera personalizada. Al adolescente se le cubre con una póliza contra accidente personal, una hora antes, durante y una hora después de su capacitación. La empresa ofrece su donación (beca) mensual directamente al programa y no al adolescente. El programa les paga quincenalmente las becas a los estudiantes.

Entre los compromisos de las empresas que colaboran con el Programa Padrino Empresario tenemos: contar con licencia comercial o natural, estar debidamente inscrita en el Registro Público, recibir las visitas previa que realiza el personal del programa, contar con una dirección fija donde realizan sus actividades comerciales. El Programa es auspiciado por las Empresas privadas, el Ministerio de Desarrollo Social, la Cámara de Comercio e Industrias y Agricultura de Panamá, Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral y la Sociedad civil; y cada una de estas tiene representantes ante el Consejo Directivo del Programa.

PROGRAMA 120 PARA LOS 70

Es un programa de protección social dirigido a las personas adultas mayores de setenta años en adelante en condiciones de riesgo social, vulnerabilidad, marginación o pobreza. Son cinco pagos anuales distribuidos en dos pagos de tres meses y tres pagos de dos meses.

Objetivo general

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores de 70 años y más, que no gocen de una jubilación o pensión en la República de Panamá, mediante el otorgamiento de transferencias económicas, con el fin de apoyarlos en la satisfacción de sus necesidades básicas sociales y sus condiciones de vida.



Misión y Visión

La metas delineadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Desarrollo Social es guiar nuestro esfuerzo a los ancianos de nuestro país que han trabajado gran parte de su vida y no han recibido una jubilación, ni pensión a través de los años de manera tal que se les garantice la igualdad de oportunidades donde la justa y apropiada distribución de los recursos sean de beneficio para los adultos mayores a fin de que los mismos tengan una mejor calidad de vida.

Ejecución del Programa

Este Programa inicio con la presentación del Proyecto Ley a la Asamblea Nacional de Diputados el 9 de Julio de 2009 y fue aprobado mediante la Ley N°44 del 4 de Agosto de 2009.

Los componentes principales del programa son las transferencias monetarias condicionadas distribuidas en:

- Cantidades monetarias a beneficiarios del programa en forma de transferencia económica, mediante entidades pagadoras como el Banco Nacional y la Caja de Ahorro.
- Cantidades Monetarias a beneficiarios del programa residentes en áreas de difícil acceso o remotas entregadas mediante los funcionarios de pagos directos.

OFICINA DE DESARROLLO SOCIAL SEGURO (O.D.S.S.)

Es un proyecto de carácter preventivo que procura contribuir con la reducción de los altos índices de delitos y episodios de violencia juvenil en las áreas suburbanas. Busca la reinserción escolar y ocupacional del joven, proporcionando opciones de educación formal y de formación para el trabajo, mediante un abordaje comunitario en las comunidades y barrios calificados como populares, marginales y/o zonas rojas, accionamos de forma integral, interinstitucional y participativamente, con la finalidad de atender a los jóvenes y adolescentes para fomentar cambios positivos y convertir estas áreas en lugares seguros y pacíficos para la mejor convivencia de los ciudadanos.

Objetivo General

Promover la cultura de paz, los valores el respeto y la inserción social desde los jóvenes y adolescentes.

Objetivo Específico

Desarrollar actividades que sirvan de enganche a los jóvenes pertenecientes a pandillas.

Ejecución del programa

Con una intervención integral y donde coordinamos con otras instituciones gubernamentales y organizaciones sin fines de lucro, el programa se orienta hacia acciones que previenen a los jóvenes y adolescentes a que no incurran en actividades delictivas, a través del uso positivo del tiempo (recreativas, culturales, deportivas, sociales y espirituales) y la inserción social de los adolescentes y jóvenes en riesgo, social muchos de los cuales tienen un historial de pandillerismo y/o miembros de bandas. Ello, a través de la promoción de la salud mental y recreación (Fase I). Complementado con formación y capacitación para motivar el cambio de vida (Fase II), con temas para el aprendizaje de nuevas habilidades sociales que los hagan funcionar diferente en su entorno social y familiar. Al final del proceso, el individuo “inducido hacia una vida positiva ha de ser canalizado para la reinserción social, la formación vocacional, o en su efecto, para la autonomía económica (Fase III).

PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN

El Proyecto de Alfabetización *Muévete por Panamá* utiliza un método flexible que permite que las personas aprendan a partir de la experiencia, ya que las clases son facilitadas con la ayuda de video clases que en combinación con los números y letras hacen que cada sesión sea entretenida. Para extender la cobertura e instalar ambientes de aprendizaje en áreas de difícil acceso, el Gobierno Nacional ha contado con la ayuda solidaria de miles de voluntarios que han aportado su tiempo libre para convertirse en los facilitadores de las clases de las personas iletradas de su propia comunidad.

Para que cada panameño y panameña acceda al derecho de la educación, el MIDES ha instalado ambientes de aprendizaje en diferentes puntos de la geografía nacional que van

desde ranchos hasta escuelas, los cuales se equipan con los recursos necesarios para impartir las clases. Cada ambiente de aprendizaje es equipado con tablero, tizas, un televisor y un reproductor de DVD, asimismo se le entrega a los iletrados las cartillas, lápices y cuadernos del Proyecto a fin que puedan dedicarse plenamente en la asimilación de las clases. El MIDES, como entidad ejecutora del Proyecto *Muévete por Panamá* a nivel nacional realiza visitas periódicas a los ambientes de aprendizaje para supervisar en campo el desarrollo de la metodología y la participación activa de las personas iletradas. Además, cuenta con registros estadísticos que se actualizan mensualmente para conocer los avances del Proyecto en el territorio nacional.

De igual manera, se llevan registros fílmicos y fotográficos de los ambientes de aprendizaje a nivel nacional y de la evolución gradual de las personas iletradas a medida que van adquiriendo los conocimientos básicos de la lecto-escritura. Por otro lado, el Gobierno Nacional mantiene una alianza de cooperación con la UNESCO, que está brindando asesoría técnica para el buen desarrollo del Proyecto y la disminución del número de personas iletradas en el país. *Muévete por Panamá* es un proyecto integral que promueve el bienestar de las personas y su inclusión en la sociedad. Por ello de manera paralela en sus inicios se ejecuto el proyecto de anteojos, el cual le brindo de manera gratuita los exámenes y sus respectivos lentes para que el usuario pudiera leer y escribir con facilidad; el programa Operación Milagro, con el que las personas tuvieron la oportunidad de ser operadas de sus problemas de visión. Por otra parte, se contó con el programa de Becas con el IFHARU que le otorgaba una beca a los estudiantes menores de edad que lograron aprobar con éxito las clases y el programa de registro civil con el Tribunal Electoral para el trámite relacionado a cedulación, reconocimiento de nacimiento, entre otros. Cabe señalar que estos programas (lentes, operación milagro y becas) en la actualidad están inactivos.

PROGRAMA ANGEL GUARDIAN

El Programa Ángel Guardián viene a ser uno de los pilares que mitiga y da respuesta a un sin número de necesidades que por la naturaleza de su condición demandan, incluyendo a las personas con discapacidad en el marco de promoción de un modelo de desarrollo inclusivo y del reconocimiento de estas personas como sujetos de derechos.

Objetivo General

Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad severa en condición de dependencia y extrema pobreza, mediante el otorgamiento de un apoyo económico del B/.80.00 mensuales, cada dos meses (6 pagos al año), que les permita tener acceso a sus necesidades básicas, de alimentación, medicamentos y acceso a los servicios.

Corresponsabilidades

El representante legal deberá procurar una compensación estructural del beneficiario activo, a fin de que este, no sea excluido de los beneficios de los servicios públicos. Para ello, ambos deberán cumplir una de las siguientes alternativas según la condición de discapacidad.

-Asistir regularmente a los servicios de salud para revisiones periódicas siempre que la condición de discapacidad severa se lo permita. Los beneficiarios cuya condición de discapacidad severa no les permita asistir a los servicios de salud podrán ser visitados por el equipo técnico.

-Asistir al centro de rehabilitación integral del área, si ha sido referido por las autoridades de salud competentes.

-Acceder a los servicios del sistema educativo, si se trata de menor de edad con discapacidad severa.

-Participar en charlas, cursos y seminarios de orientación psicológica, de salud y de otros, destinados a la atención de la discapacidad, organizados por el Estado en su beneficio y dictados en las áreas cercanas a su residencia o lugar de pago

CENTROS DE ORIENTACIÓN INFANTIL Y FAMILIAR

En los centros de Orientación Infantil y Familiar se les brinda afecto, atención, protección, alimentación, educación y estimulación a niños y niñas de 0 a 4 años de edad. Actualmente en el área oeste se cuenta con tres COIF. Los niños y niñas asisten en una jornada diurna, de lunes a viernes en un horario de 6:30 am a 12:00 pm y de 6:00 am a 5:00 pm cuando su madre trabaja fuera del hogar.

Ejecución Del Programa

El trabajo educativo en los Centros de Orientación Infantil y Familiar se divide en tres niveles:

-Parvulario 1: Corresponde a los lactantes desde su nacimiento hasta los dos años de edad.

-Parvulario 2: Comprende a los preescolares, cuyas edades fluctúan entre los dos y cuatro años de edad.

-Parvulario 3: Comprende a los preescolares de cuatro a cinco años, los cuales se incluyen como parte del primer nivel de enseñanza pero bajo la responsabilidad técnica y administrativa de la Dirección Nacional de Educación Inicial del Ministerio de Educación.

Los Centros de Orientación Infantil y Familiar tienen una organización educativa conformada por una Educadora como Directora, Asistente de Maestra, Trabajadoras Manuales, Manipuladoras de Alimentos. Ellas son asesoradas por un equipo multidisciplinario de Pre-Escolares, y Nutricionista.

La Alimentación es sufragada por el Ministerio de Desarrollo Social, la cual consiste en una merienda y almuerzo.

Este programa conlleva a la autosugestión y a la participación de los padres de familia y la comunidad en la planificación, organización y desarrollo del mismo, asumiendo la toma de

decisiones de acuerdo a los criterios de actividad, participación, relevancia, pertenencia cultural e integración.

El MEDUCA no solo se preocupa por brindarles a los estudiantes conocimientos académicos sino también actividades extracurriculares para lograr que tengan una educación integral en cada aspecto de su vida; abrir escuelas técnicas para que los estudiantes con necesidades educativas especiales tengan la oportunidad de prepararse, ya que por sus limitaciones no pueden estudiar un bachillerato.

Los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional son de mediano impacto, puesto que muchos de los actores no acuden a las convocatorias de coordinación al menos que sea por contingencia, se hace mucha concientización, sin embargo los frecuentes cambios gerenciales influyen negativamente sobre el mismo. En cuanto a la intervención en el Consejo de coordinación Provincial y el Consejo Técnico Municipal la participación es más activa, tomando en cuenta que a partir de este año (2014) los distritos que integran nuestra región sanitaria fueron segregados para formar parte de una nueva Provincia (Panamá Oeste), por lo que esperamos que aumente significativamente el grado de participación y gestión de estas coordinaciones.

Las políticas de Salud se relacionan con los diversos proyectos de inversión social que crea el MIDES con el objetivo de insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, y a los mayores de 70 años que cumplan con uno de los cuatro criterios para recibir el beneficio (riesgo social, vulnerabilidad, marginación y pobreza), a fin de garantizarles los servicios de salud para mejorar su calidad de vida.

Las proyecciones y tendencias del contexto político-económico sociocultural y de género y su relación con la gestión sanitaria, van dirigida a mejorar o disminuir el gasto en salud con priorización en la atención primaria y atención integral, fortaleciendo la red de servicios, sin duplicidad para disminuir las enfermedades prevalentes e incidentes, a través de actividades de promoción y prevención.

Panamá Oeste por su posición estratégica tiene una variabilidad geográfica que se ha ido viendo impactada gradualmente, en Distritos como Arraiján y La Chorrera por su cercanía



a la ciudad capital se ha convertido en sitios atractivos para desarrollos urbanísticos a gran escala, por lo que la deforestación, contaminación de las aguas y deficiente sistema de recolección de basura nos afecta. En el Distrito de Capira los proyectos residenciales están iniciando e igualmente no se refleja que existan medidas de mitigación que se apliquen a estas promotoras, aunado a esto la migración del interior hacia la capital por el abandono del agro ha producido el fenómeno de invasión de tierras sin ningún tipo de planificación. En Chame y San Carlos la deforestación de manglares y proyectos de tipo turísticos también ya reflejan impactos ambientales.

El marco legal que regula la participación social en salud en Panamá incorpora disposiciones legales y reglamentarias en el marco nacional e internacional de las cuales Panamá es signataria.

En el ámbito nacional, la participación social se consigna como derecho en la Constitución Política de la República de Panamá, CAPÍTULO VI SALUD, SEGURIDAD SOCIAL Y ASISTENCIA SOCIAL, que en el Artículo 105 establece:

“El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.”

“ARTÍCULO 112: Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud. El Ministerio de Salud cuenta con diferentes leyes, decretos, reglamentos especiales y específicos que legislan la materia de salud de materia que se trate.”

1977. Declaración de Alma Ata. Insta a los países a fortalecer la Atención Primaria de Salud, cuyo eje estratégico es la participación comunitaria en la gestión de la salud.

1986. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Canadá, de la cual emana la Carta de Ottawa (Canadá): “Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública”

1991. Declaración de Santa Fe de Bogotá. Foro sobre Descentralización y Municipios Saludables.

1998. Resolución sobre Promoción de la Salud adoptada durante la LI Asamblea Mundial de la Salud.

El DECRETO DE GABINETE N° 401 de 29 de diciembre de 1970

En el año 1973, mediante la Ley 105 se reglamentan las Juntas Comunales, que entre sus funciones está la de participar en los programas de producción de la salud.

Decreto Ejecutivo N° 40 de 18 de abril de 1994, DECRETO EJECUTIVO N° 389, de 9 de septiembre de 1997

Ley N° 3 de 17 de mayo de 1994: “Por la cual se aprueba el Código de la Familia”.

Artículo 692: La familia, en interacción con el apoyo de la comunidad y del Estado, debe realizar esfuerzo organizados para mejorar, proteger y mantener su salud integral.

Artículo 705: Todos los programas integrales de salud, desde su planeamiento y en el desarrollo de las acciones, se promoverán la participación de las familias y de la comunidad.

Ley N° 4 de 29 de enero de 1999: “Por la cual se instituye la igualdad de oportunidades para las mujeres”.

Artículo 7: Son acciones de política que el Estado desarrollará para estimular la participación de las mujeres en los puestos de dirección y en la política.

Artículo 9: Lograr que antes del año 2005, por lo menos el 30% de los integrantes de procesos de adopción de decisiones en los grupos comunitarios, organizaciones no gubernamentales, sindicatos, cooperativas, gremios profesionales, asociaciones y otros, sean mujeres.

Decreto Ejecutivo N° 40 de 18 de abril de 1994: “Por el cual se crean las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, como organismos responsables de la administración, operación y mantenimiento, código sanitario 84, 85, 88 de abastecimiento.

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

¿Qué cambios son necesarios?

- Generar una política nacional de participación social en salud que implique la inserción y el empoderamiento de la población, de los distintos actores sociales e institucionales y de la empresa privada en la gestión de la salud.
- Instrumentar nuevos modelos de participación ciudadana que incentiven las capacidades de autogestión, cogestión y producción de bienes y servicios para el desarrollo humano.
- Fortalecer la capacitación a los líderes comunitarios, directivos de las distintas organizaciones comunitarias y actores sociales.
- Crear un sistema de incentivos para la participación de los líderes y directivos de las organizaciones comunitarias
- Reorientar el trabajo comunitario e introduciendo metodologías de trabajo participativo.

¿Cuáles son las formas de participación en su área de responsabilidad?

Las formas de participación social en la Región de Panamá Oeste son:

- Mano de obra en los proyectos de construcción de acueductos rurales,
- Colaboración y apoyo en campañas y giras de salud.
- Apoyar económica y administrativamente a los Centros de Salud,
- Controles sociales en la provisión de salud en las modalidades de los paquetes integrales de salud, provistos por organizaciones extra sectoriales e institucionales.

Al igual que el MINSA, a CSS ha introducido un programa en donde la Promoción, Prevención y Participación Social es fundamental para lograr metas de impacto en la Salud de la Población, y recientemente la Junta Directiva aprobó estos cambios inclusive en el Organigrama de la Institución creando la Subdirección Nacional de Atención Primaria de Salud, en donde una de las estrategias es la constitución de los Grupos Organizados de la Comunidad (GOC) para la Participación Social ya conformadas en varias Instalaciones de la Provincia

FOTOGRAFÍA #2

- Aspectos demográficos
- Aspectos epidemiológicos
- Morbilidad
- Mortalidad



FOTOGRAFIA #2
DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Indicadores Demográficos	2000			2010			2013		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Densidad de la Población	104.5			182.3			204.9		
Rural	...								
Urbana									
Tasa de crecimiento natural o anual	24.7			14.6			16.0		
tasa bruta de natalidad	27.3			18.3			20.1		
tasa global de fecundidad	79.2			67.7			70.2		
tasa general de fecundidad	104.1			68.2			75.1		
Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2013		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Total	257,823	131,109	126,714	449,633	227,974	221,659	505,520	254,955	250,565
Menor de un año	5,612	2,751	2,861	9,404	4,822	4,582	9,505	4,852	4,653
1 a 4	21,526	11,027	10,499	37,554	19,224	18,330	37,318	19,042	18,276
5 a 9	25,678	13,202	12,476	46,384	23,763	22,621	43,881	22,396	21,485
10 a 14	25,170	12,394	12,776	41,685	21,497	20,188	40,712	20,642	20,070
15 a 19	24,862	12,626	12,236	35,671	18,657	17,014	42,345	21,508	20,837
20 a 59	135,111	69,125	65,986	243,794	122,419	121,375	284,993	144,075	140,918
60 y más	19,864	9,984	9,880	35,141	17,592	17,549	46,766	22,440	24,326
Otras tasas	2000			2010			2012		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Tasa de mortalidad	4.3			3.7			4.1		
Tasa de mortalidad < de un año	12.5			9.7			11.5		
Tasa de mortalidad perinatal	...			...			...
Tasa de mortalidad neonatal	...			5.8			6.2		
Tasa de mortalidad postneonatal	...			5.2			5.1		
Tasa de mortalidad en < de 5 años	0.6			0.6			28.1		
Tasa de mortalidad materna	0.1			0.2			0.8		
esperanza de vida al nacer (total)	76.5	74.1	79.1	80.6	74.5	80.6	77.17	74.3	80.1

Fuente(s): INEC, Contraloría General de la República. Otros Datos: Región de Salud Panamá Oeste, 2012. */ por 100 hab.
Toda la información de Estadística. Vitales (Nacimiento y Defunciones) es del 2012, ya que Contraloría G.R.P. no ha entregado al MINSA las mismas del 2013.

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA DE PANAMÁ OESTE

Aspectos Generales

La Región Sanitaria de Panamá Oeste al Norte con la Provincia de Colon, al Sur con el Océano Pacifico, al Este con la Provincia de Panamá y al Oeste con la Provincia de Coclé.

MAPA DE PANAMÁ OESTE



Panamá Oeste es una de las diez provincias de Panamá, creada el 1º de enero de 2014 a partir de territorios segregados de la provincia de Panamá ubicados al oeste del canal de Panamá. Está conformado por 5 distritos: Arraiján, Capira, Chame, La Chorrera y San Carlos; y un total de 58 corregimientos. Su capital es el distrito de La Chorrera. Limita al norte con la provincia de Colón, al sur con el océano Pacífico; al este con la provincia de Panamá y al oeste con la provincia de Coclé.

Cuenta con una extensión territorial de 2467.1 Km², para una población estimada en el 2014 de 518,013 habitantes y una densidad poblacional de 210 hab./Km² siendo una de las más altas a nivel nacional. El Distrito de Arraiján es el de mayor densidad (1538.7 hab./Km²) y Capira el de menor densidad (47.1 hab./Km²).

SUPERFICIE, POBLACIÓN Y DENSIDAD, EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AL 1º DE JULIO DEL 2014 (a)

DISTRITOS	SUPERFICIE (Km ²) ⁽¹⁾	POBLACIÓN ⁽²⁾	HABITANTES (Km ²)
REGIÓN	2467.1	518013	210.0
ARRAIJÁN ⁽²⁾	156.3	240498	1538.7
CAPIRA	932.8	43895	47.1
CHAME	352.9	28652	81.2
LA CHORRERA	688.1	182991	265.9
SAN CARLOS	337.0	21977	65.2

(a) Cifras revisadas en 1988, por el Instituto Geográfico Nacional " TOMY GUARDIA " en base a información cartográfica existente a escala 1:50,00 e imagen de Satélite LAND-SAT, geoméricamente corregido.

(1) En base a la distribución Demográfica del censo de población 2010.

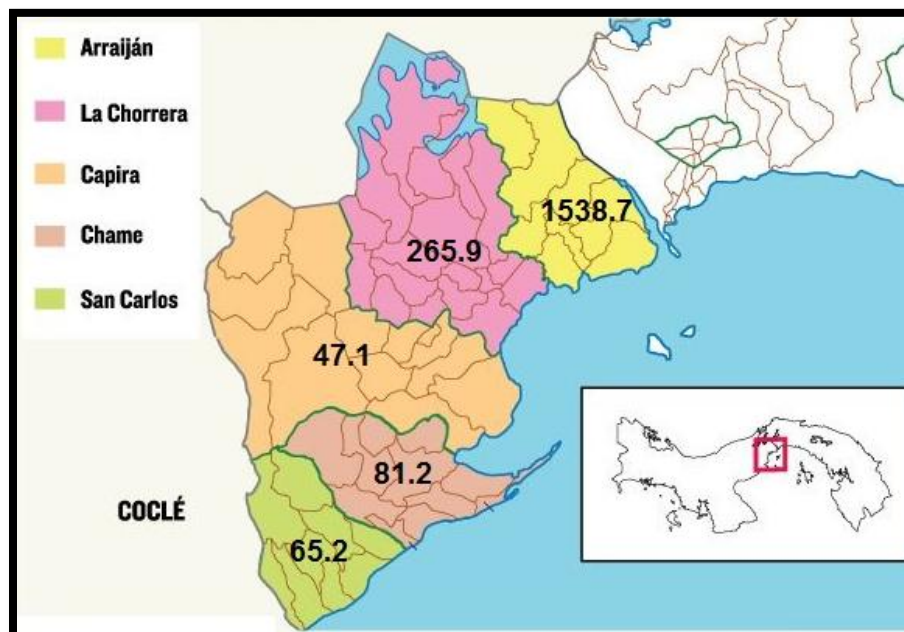
(2) Excluye el corregimiento de Veracruz.

Fuente: Sistema Regional de Salud Panamá Oeste. Departamento de Registros y Estadística de Salud

Estructura y Dinámica Poblacional en Panamá Oeste

Como consecuencia de la posición geográfica de la Provincia y de una serie de factores que inciden por su cercanía a la ciudad capital, la población está constituida por diversos grupos humanos principalmente grupos Hispano-Indígenas, extranjeros y migrantes de otras Provincias.

DENSIDAD DE POBLACIÓN DE PANAMÁ OESTE, SEGÚN DISTRITO. AÑO: 2014

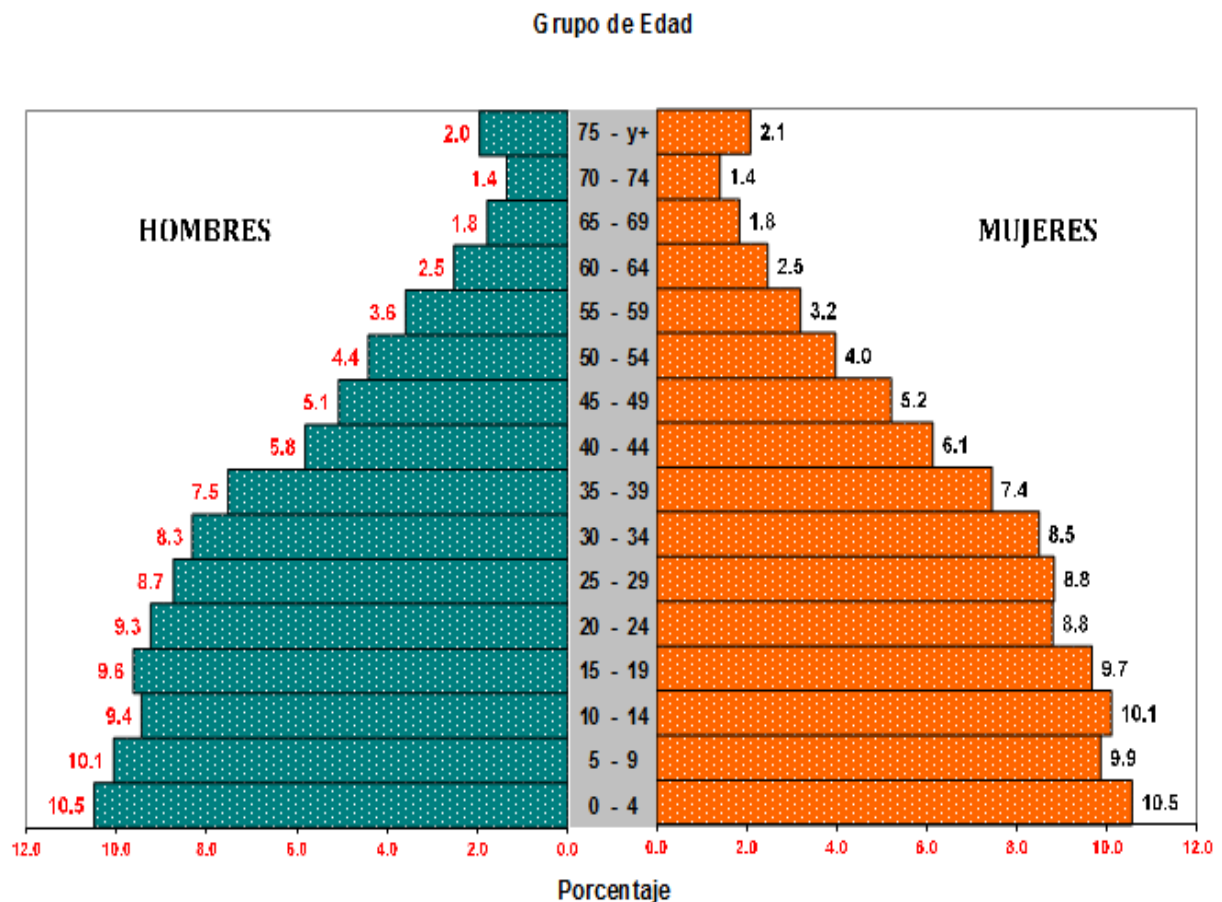


La población de esta Provincia, a partir del año 2000, cuando aún formaba parte de la Provincia de Panamá, se estableció en 257,823 habitantes; la cual para el año 2010 prácticamente se duplicó según el censo y para el año 2014 se estimó en 518,013 habitantes, lo que representa un crecimiento poblacional de 260,190 habitantes en 14 años.

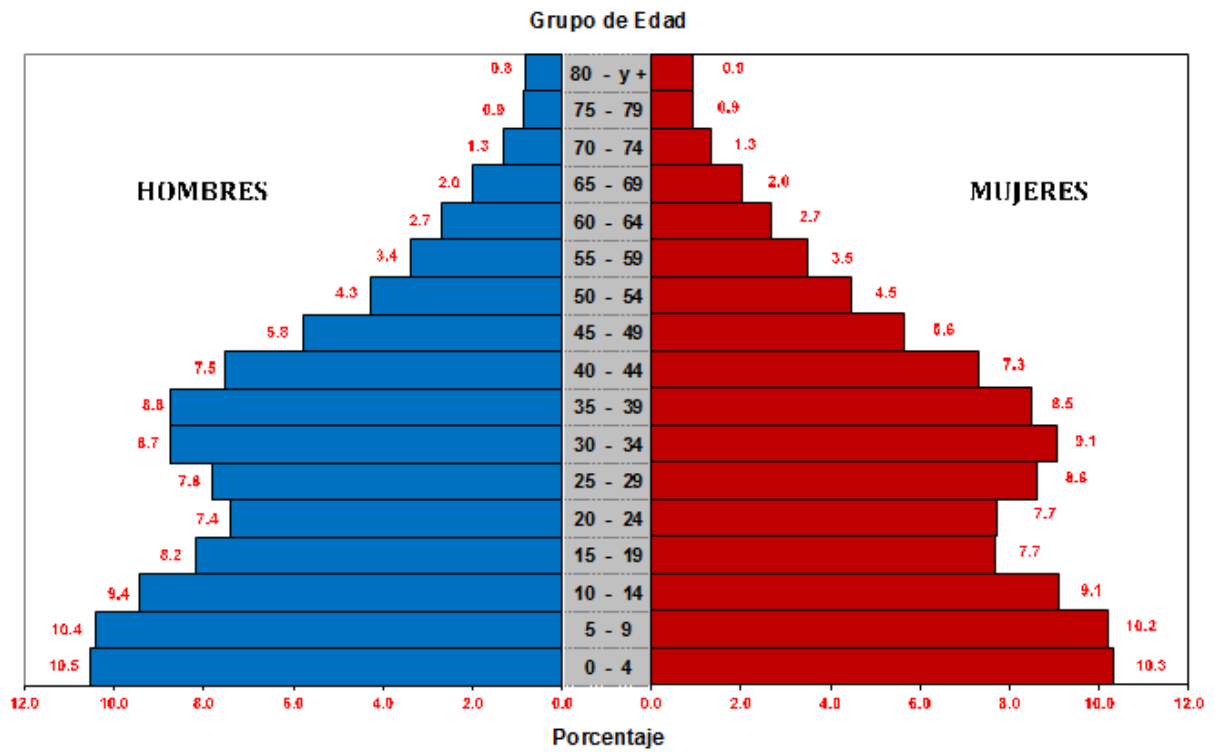
De acuerdo a sus resultados, se puede señalar que nuestra región ha pasado de una tasa crecimiento natural alta (24.7 en el año 2000 y 17.5 en el 2001) a un crecimiento más lento (registrando una tasa anual de crecimiento promedio (TCP) de 15.2 entre 2002 y el 2012), situación que según las estimaciones se mantendrá durante los próximos 25 años, como consecuencia directa de la disminución de la fecundidad a nivel nacional.

Al analizar la estructura de la población, se observa que el 26.1% de los habitantes son menores de 15 años y el 6.3% son mayores de 65 años, El 67.6%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Los <5 años representan el 9.4 %, el grupo de 5 – 9 el 8.7%, el grupo de 10 – 14 años el 8.1% y de 15-19 años el 8.2%. El sexo masculino, constituye el 50.4% y el sexo femenino el 49.6%.

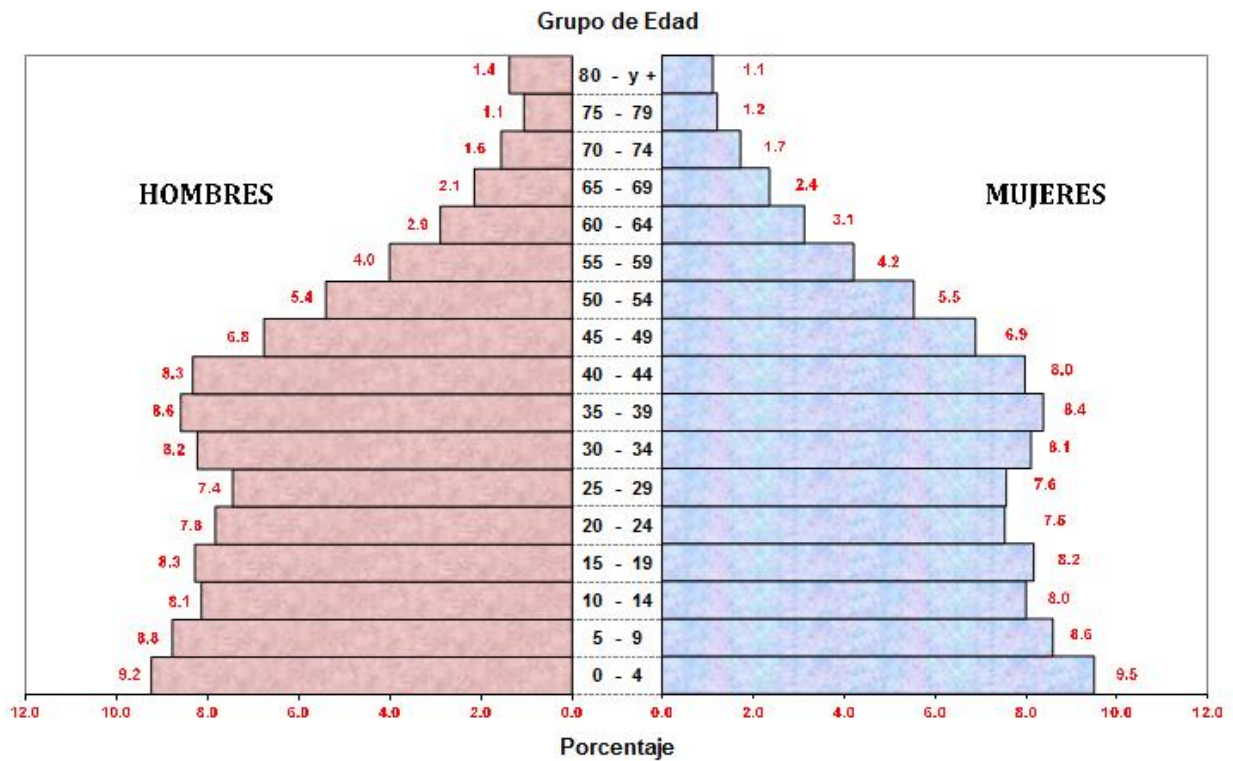
ESTRUCTURA PORCENTUAL DE PMA OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



ESTRUCTURA PORCENTUAL DE PMA OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



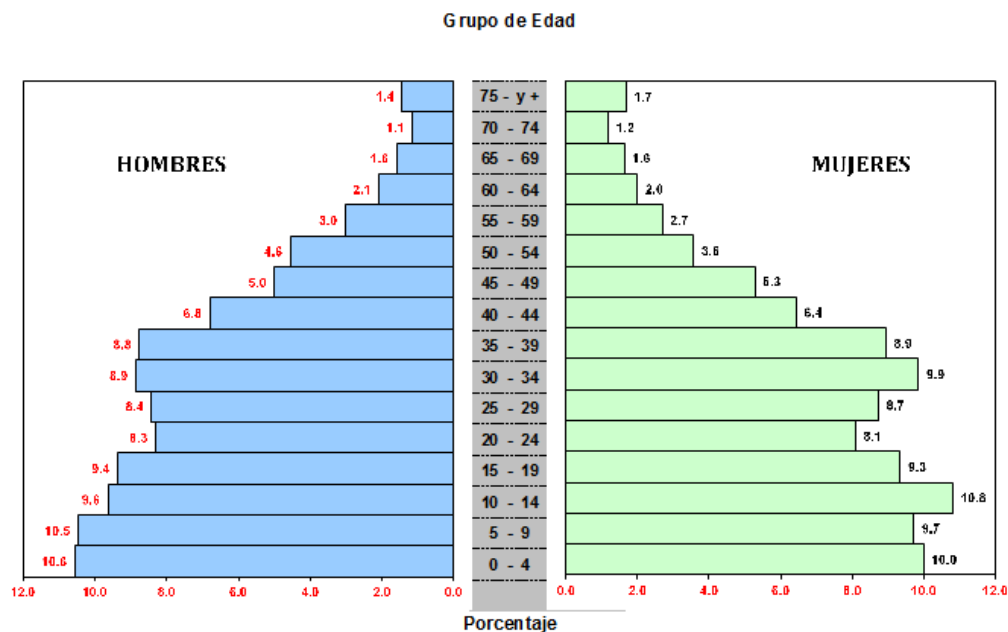
ESTRUCTURA PORCENTUAL DE PMA OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



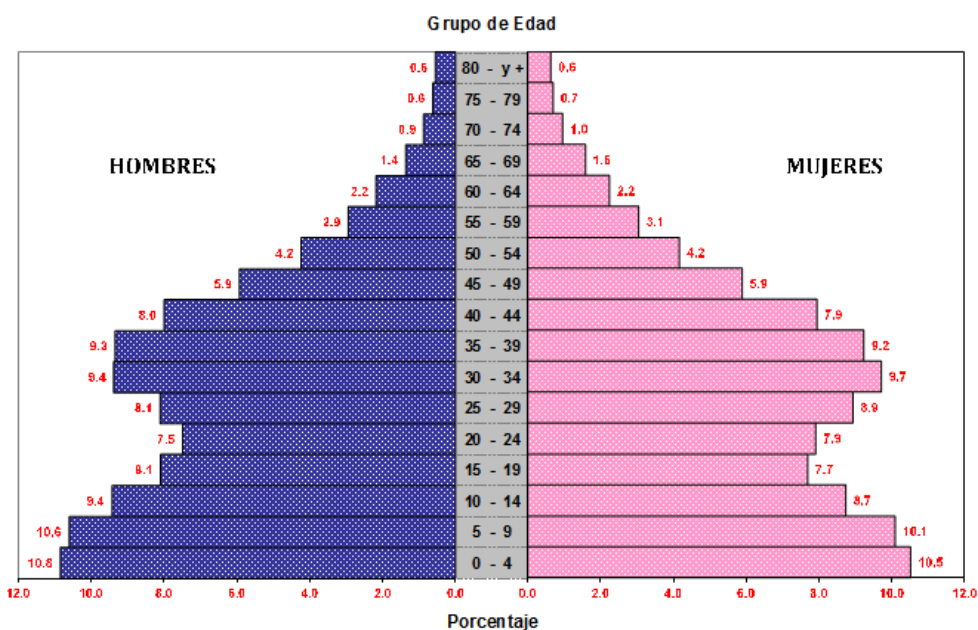
Distrito de Arraján

Al analizar la estructura de la población, se observa que el 43.6% de los habitantes son menores de 15 años y el 5.0% son mayores de 65 años, El 68.4%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Los <5 años representan el 26.6 %, el grupo de 5 – 9 el 8.9%, el grupo de 10 – 14 años el 8.1% y de 15-19 años el 8.3%. El sexo masculino, constituye el 49.5% y el sexo femenino el 50.5%.

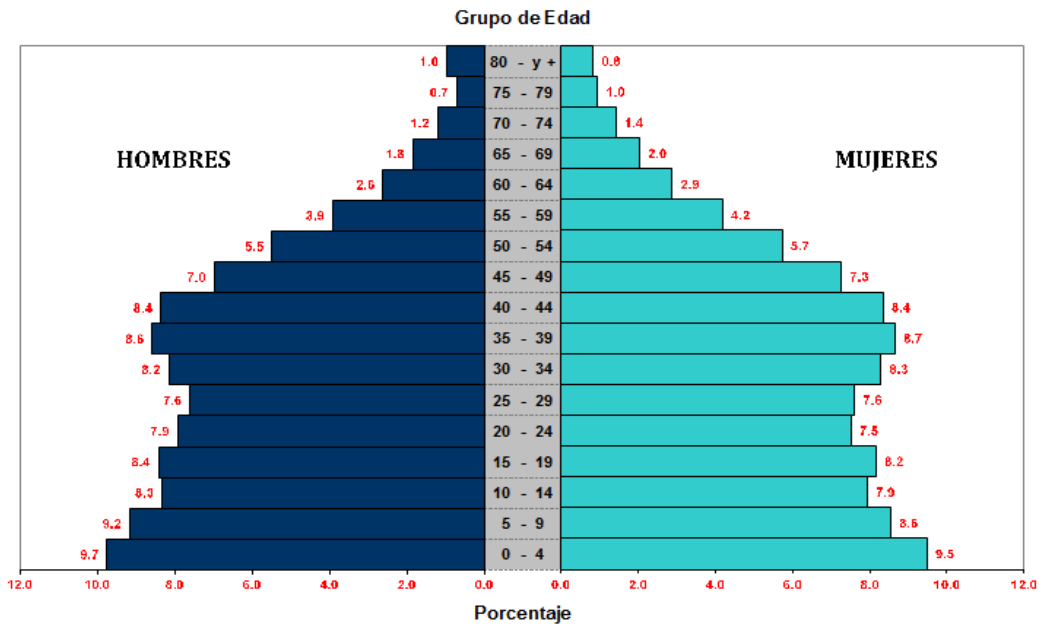
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE ARRAJAN, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE ARRAJAN, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



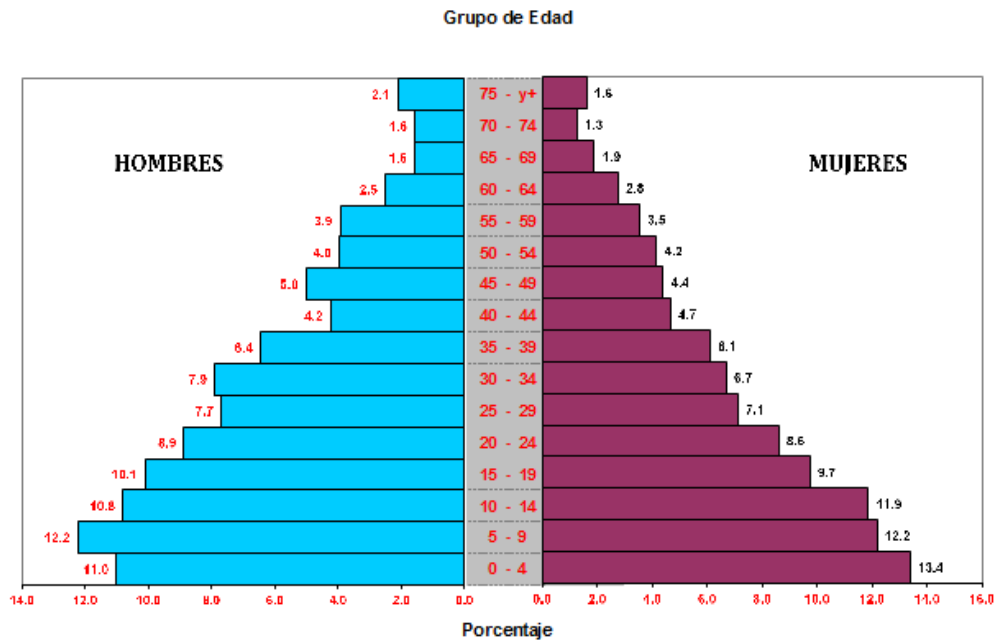
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE ARRAJAN, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



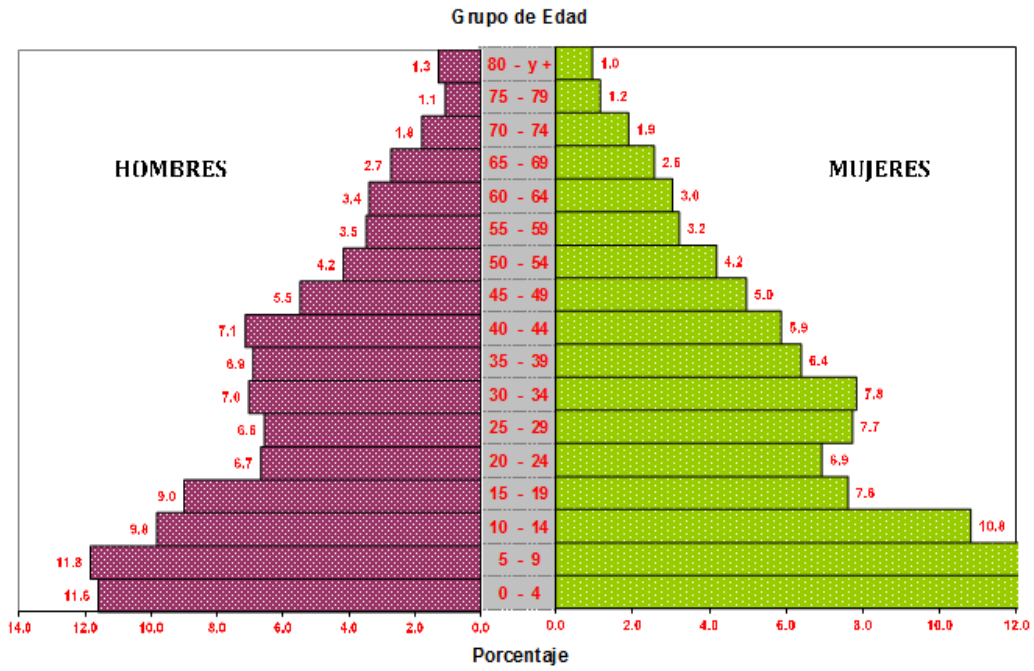
DISTRITO DE CAPIRA

En cuanto a la estructura de esta población, el sexo masculino, constituye el 52.7% y el sexo femenino el 47.3%; se observa que los <5 años representan el 10.1 %, el grupo de 5–9 el 10.0%, el grupo de 10 – 14 años el 10.1% y de 15-19 años el 8.9%. El 30.3% de los habitantes son menores de 15 años y el 7.5% son mayores de 65 años, El 62.2%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años.

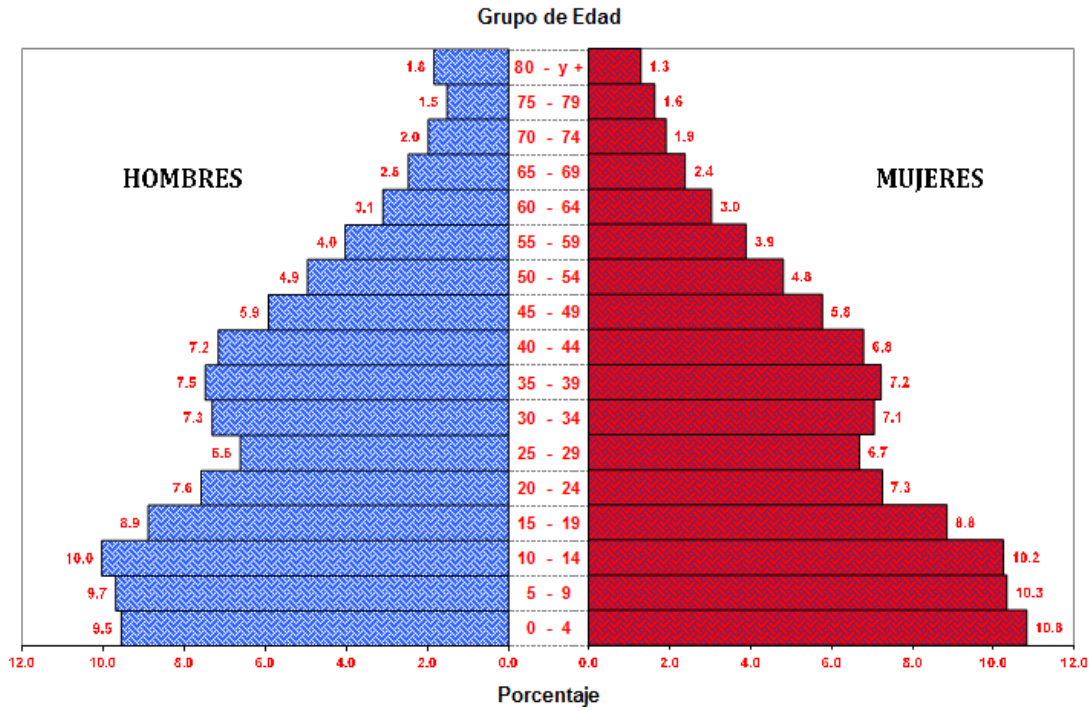
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



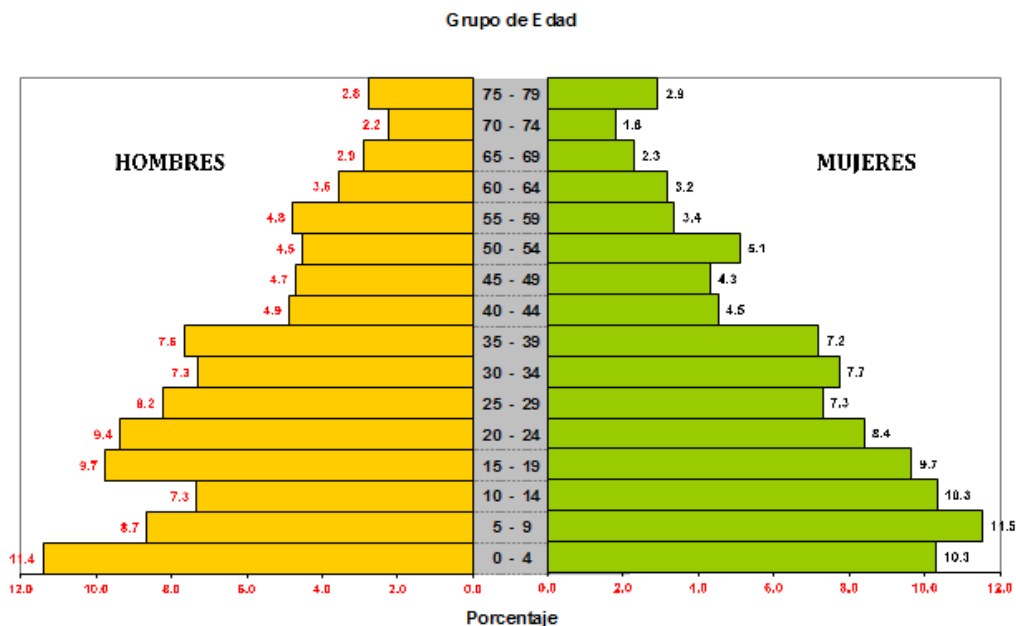
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



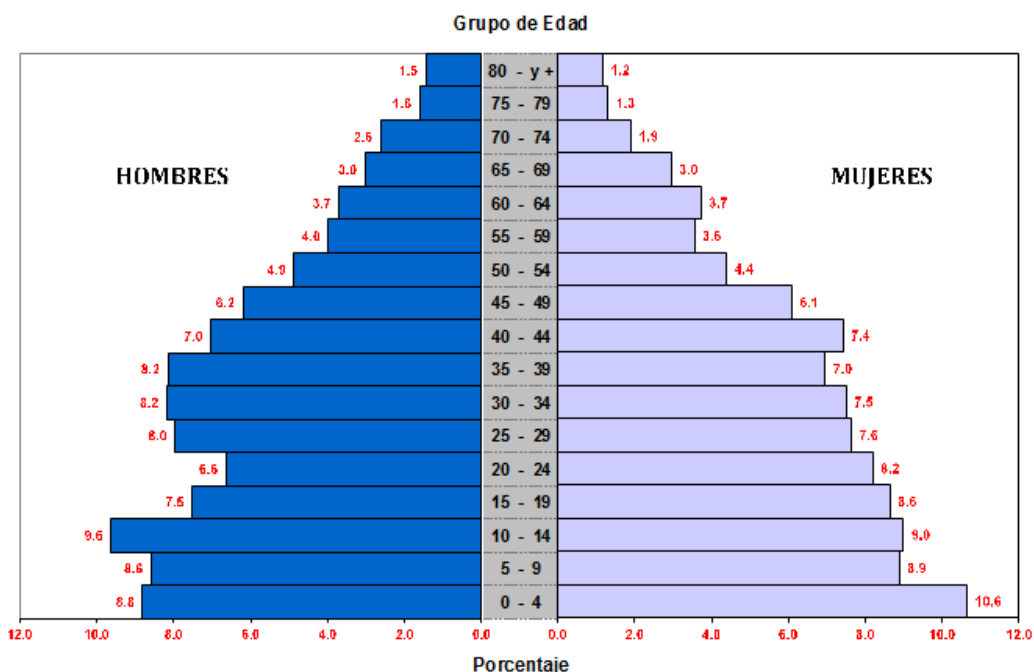
Distrito de Chame

En cuanto a la estructura de esta población, el sexo masculino, constituye el 52.4% y el sexo femenino el 47.6%; se observa que los <5 años representan el 8.9 %, el grupo de 5–9 el 8.6%, el grupo de 10 – 14 años el 8.5% y de 15-19 años el 7.8%. El 26.0% de los habitantes son menores de 15 años y el 9.3% son mayores de 65 años, El 64.7%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años.

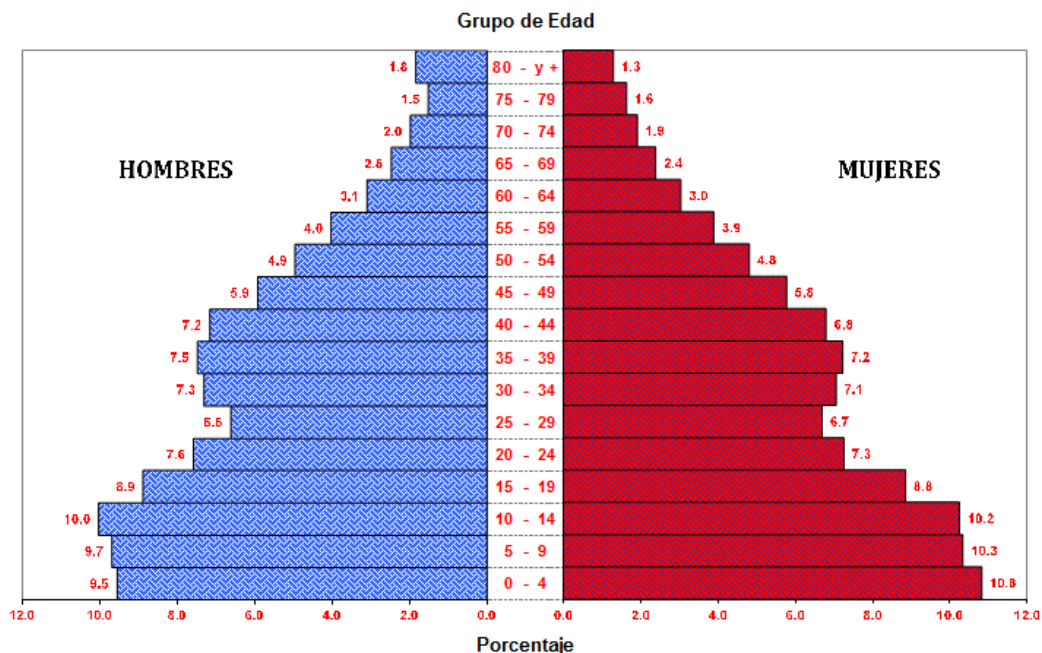
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CHAME, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CHAME, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



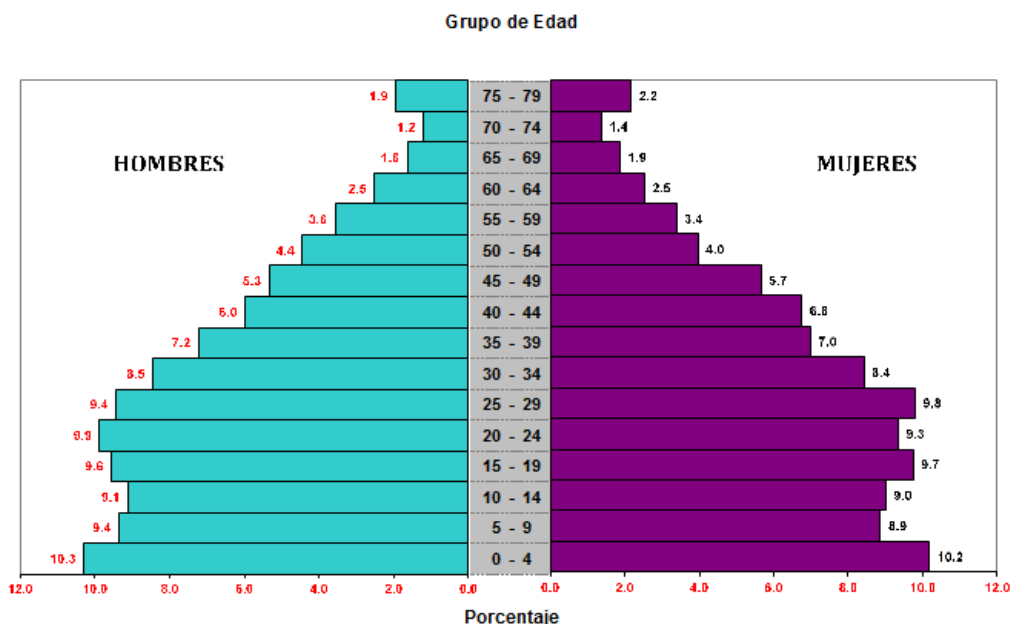
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



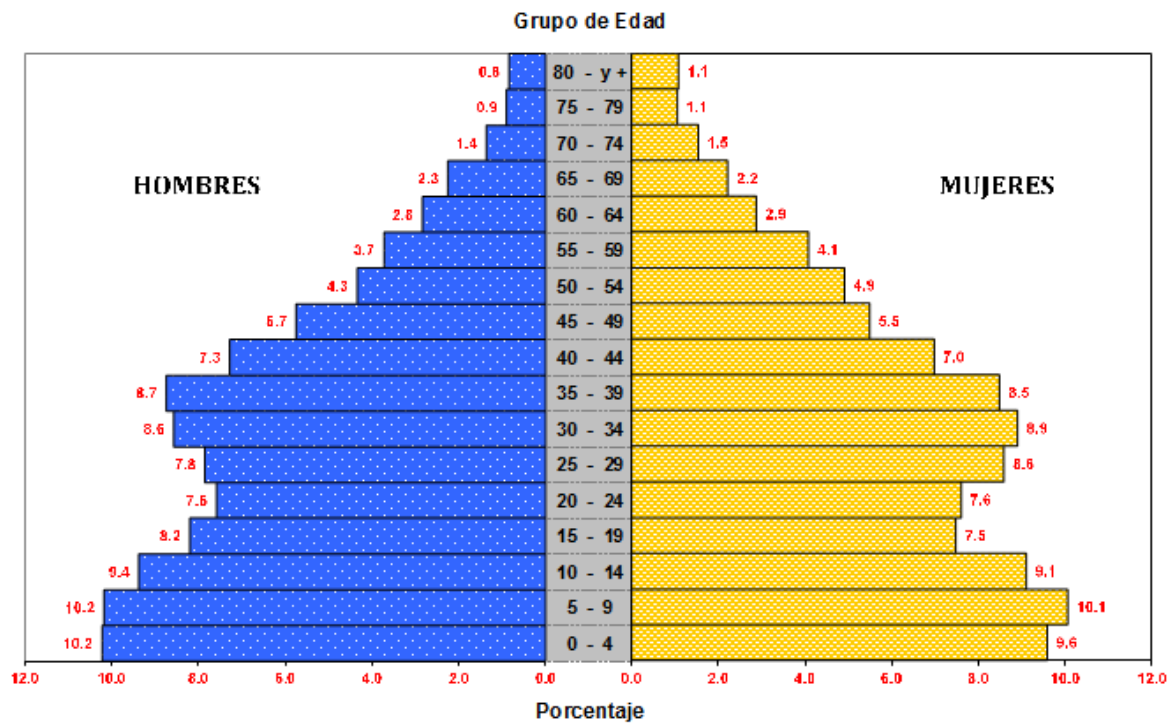
Distrito de La Chorrera

En cuanto a la estructura de esta población, se observa que los <5 años representan el 9.0 %, el grupo de 5–9 el 8.2%, el grupo de 10–14 años el 7.3% y de 15-19 años el 8.1%. El 24.5% de los habitantes son menores de 15 años y el 6.8% son mayores de 65 años, El 68.7%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. El sexo masculino, constituye el 50.5% y el sexo femenino el 49.5%.

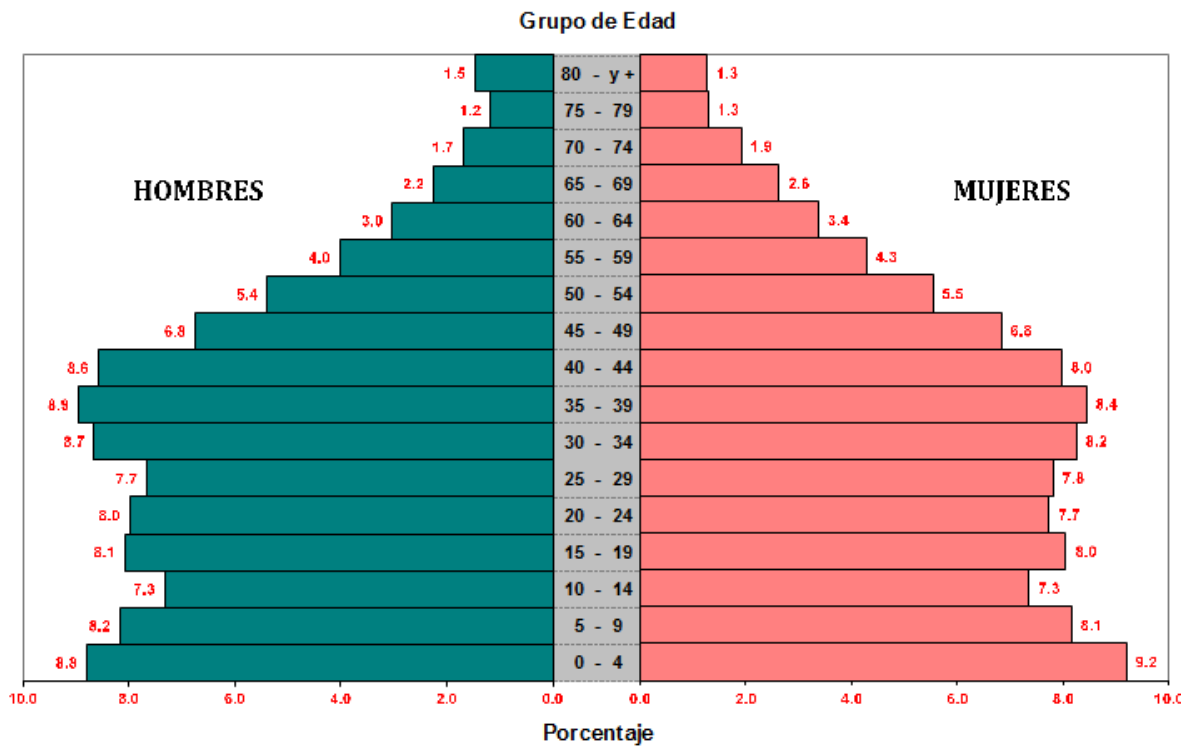
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE LA CHORRERA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE LA CHORRERA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



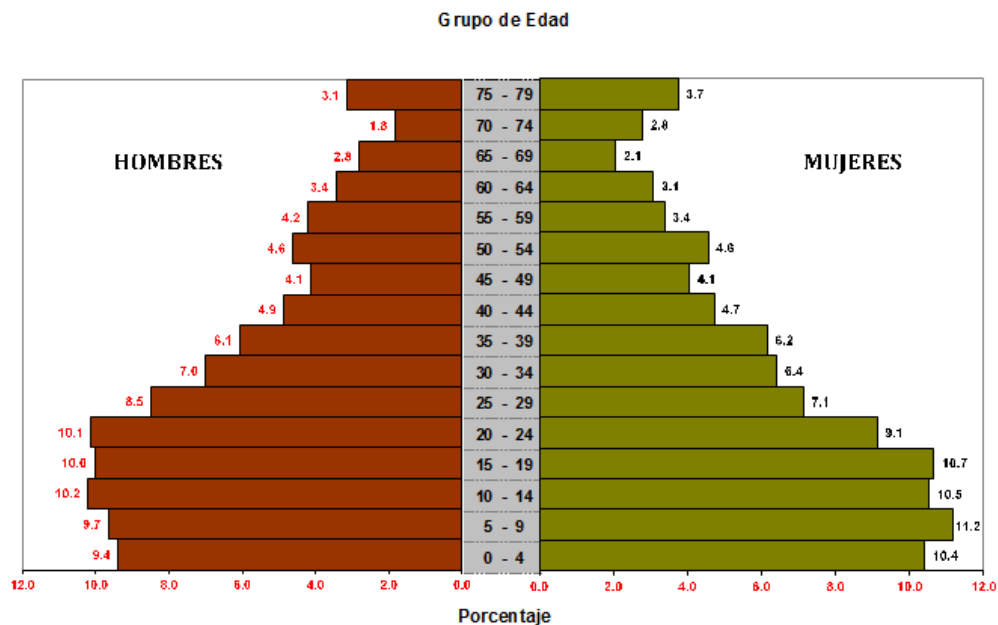
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE LA CHORRERA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



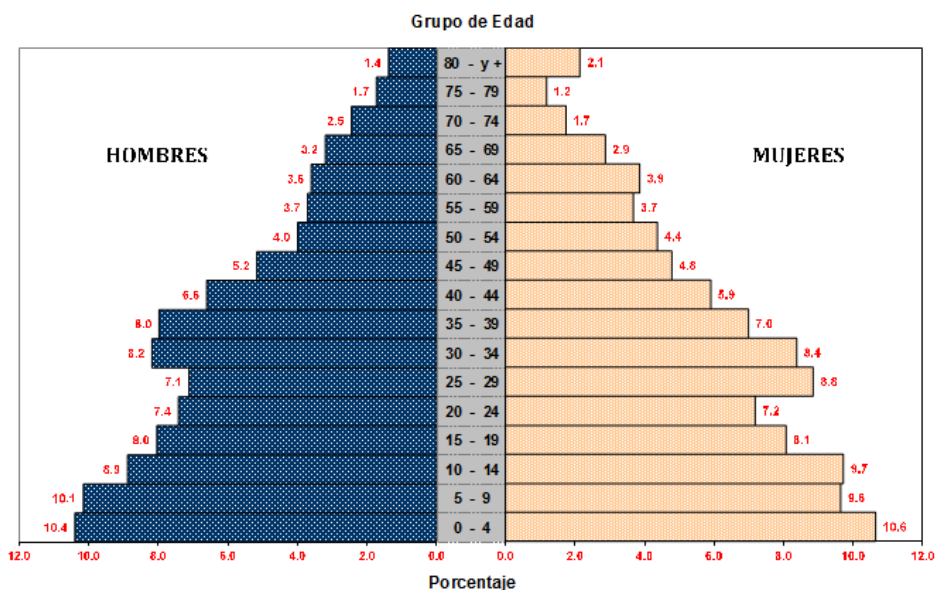
Distrito de San Carlos

En la estructura poblacional de este distrito se puede observar que los <5 años representan el 8.8 %, el grupo de 5–9 el 8.6%, el grupo de 10 – 14 años el 8.7% y de 15-19 años el 8.0%. El 26.0% de los habitantes son menores de 15 años y el 9.1% son mayores de 65 años, El 64.9%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. El sexo masculino, constituye el 53.3% y el sexo femenino el 46.7%;

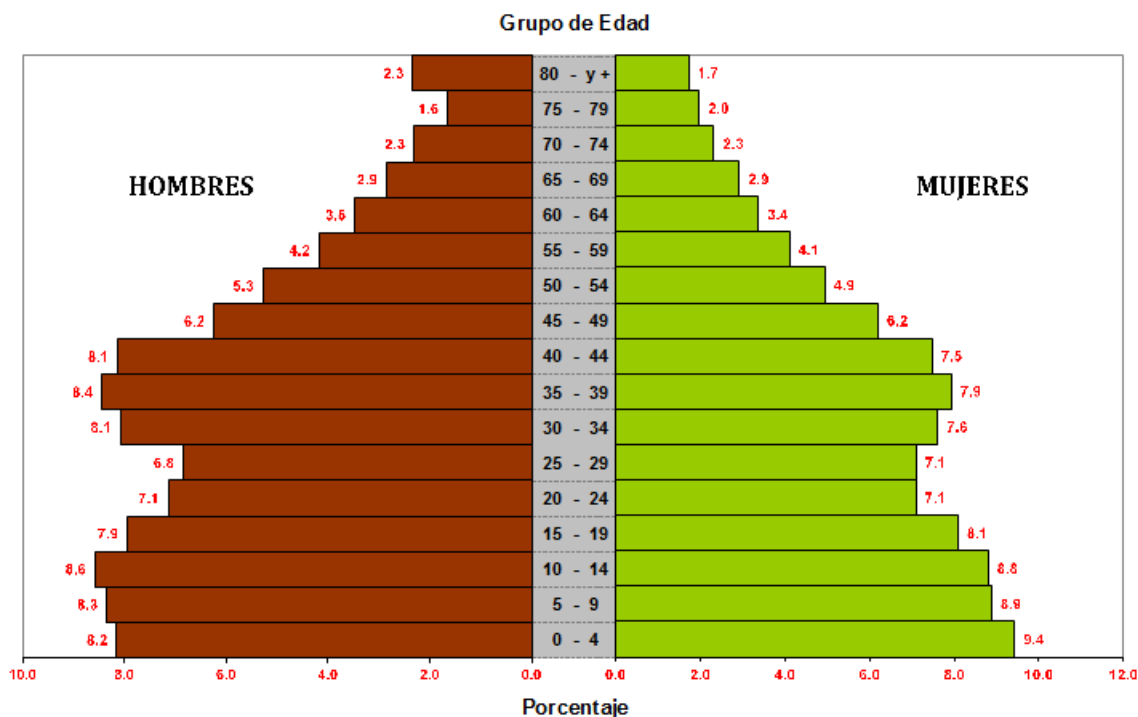
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE SAN CARLOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE SAN CARLOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE SAN CARLOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



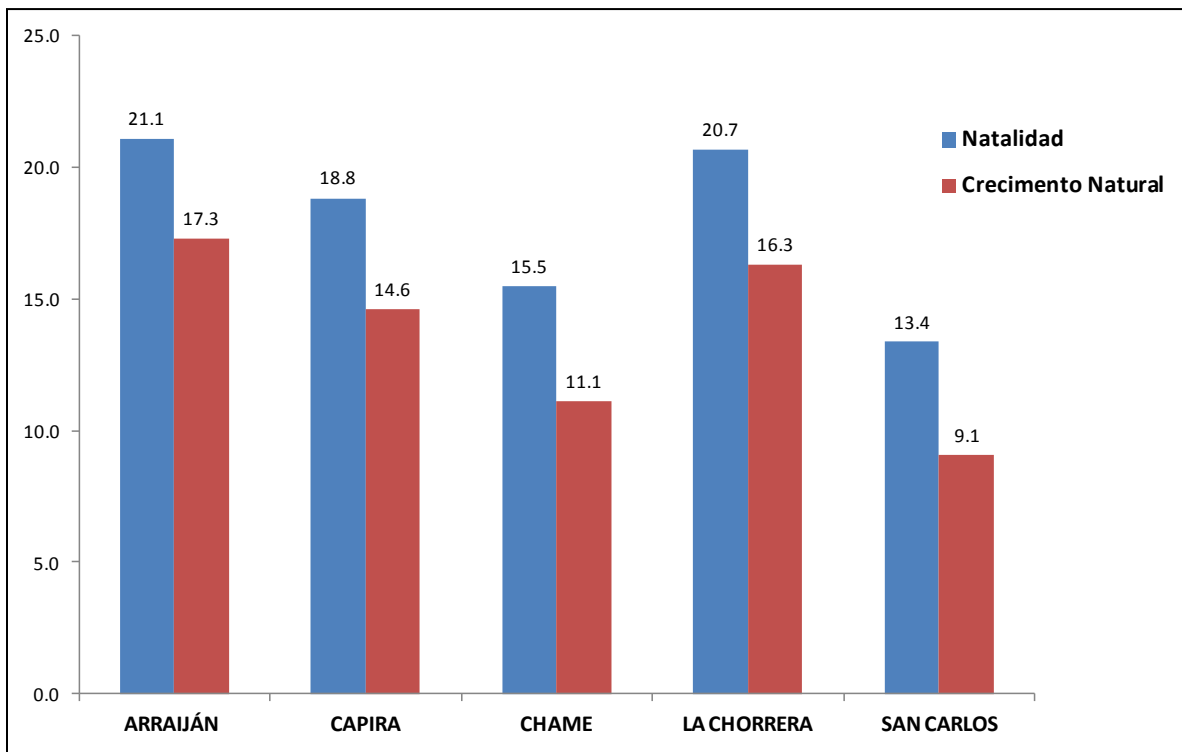
Basados a los indicadores demográficos se puede concluir que la población de Panamá Oeste pasa de un estado inicial de alta fecundidad, baja mortalidad y juventud a otro de menor fecundidad, mortalidad más alta y envejecimiento. Con muy pocas excepciones, la transición comienza con el aumento de la mortalidad y el aumento de la expectativa de vida. La fecundidad se mantiene alta durante años, de modo que la población comienza a crecer cada vez más rápido.

La misma tiene base ancha, además, una disminución rápida hacia el vértice. Se trata de una población joven con alta natalidad. Es característica de poblaciones subdesarrolladas.

Esta transición demográfica afecta las condiciones de salud de la población indudablemente, la cual está reflejando un paulatino aumento de las personas en edades mayores, lo que permite referirnos al inicio de un proceso de envejecimiento demográfico que aunque incipiente, se prevé gradual y sostenido en los próximos años.

Debemos plantear intervenciones puntuales sobre las brechas identificadas, como disminuir los riesgos que provocan enfermedades crónicas.

TASAS DE NATALIDAD Y CRECIMIENTO NATURAL, EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AÑO 2013



ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN

Se cuenta con cerca de 375 escuelas y una matrícula para el año 2013 de aproximadamente 95,000 estudiantes; de los cuales 84,139 acuden a los sistemas públicos de enseñanza distribuidos en 225 escuelas primarias, 31 premedias y 11 secundarias completas. Al sistema privado de educación acuden cerca de 11,000 estudiantes distribuidos en 108 escuelas.

Grado de escolaridad	2000			2010			2012		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Públicas									
Preescolar	5488	2831	2,657	8278	4228	4050	9285	4751	4534
Primaria	38727	20141	18586	46878	24331	22547	46011	23830	22181
Premedia	13317	6752	6565	20427			21073	10522	10551
Media	6845	3374	3471	8690			10705	4843	5862
Privadas									
Preescolar	1301	616	685	1211	599	612	3,761	1844	1917
Primaria	3782	1740	2042	3377	1698	1679	8974	4353	4621
Premedia	1335	645	690	1797	920	877	4048	2094	1954
Media	783	365	418	856	400	456	2450	1083	1367

La coordinación de Nutrición y Salud Escolar regula lo que venden en los kioscos y cafeterías escolares para asegurar que se les brinde a los estudiantes variados y buenos alimentos con el propósito de que tanto los estudiantes como toda la comunidad educativa puedan adquirir productos sanos y nutritivos cuidando las normas sanitarias. Se les ofrece las galletas nutricionales, la leche, la crema nutricional para las escuelas de difícil acceso, teniendo especial cuidado por los estudiantes de bajo peso y talla. Además se les brinda semilla para los huertos escolares para posteriormente brindar a los estudiantes vegetales frescos sembrados y cosechados por ellos mismos.

La coordinación de Educación Ambiental y Gestión de Riesgo lleva varios programas en los diferentes Centros Educativos como:

- Lavado de manos en donde se destaca el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano, docente y de salud, en el tema para que en los centros escolares y comunidades se promueva entre los niños la práctica del lavado de manos con agua y jabón, para la prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.
- Control y prevención del Dengue con el propósito de activar todos los programas de salud para la prevención y erradicación del dengue intensificando las estrategias para la eliminación de criaderos y control del mismo.
- Grupo Caza Mosquito
- Reciclaje se busca reducir la proliferación de desechos sólidos por las calles y veredas, y por ende reducir los criaderos y proliferación de vectores a nivel de casa, escuela y comunidad.
- Guardianes de la Cuenca MEDUCA –ACP en donde se ve el tema de Calidad de Agua en las regiones de la cuenca.
- Manejo y uso de plaguicidas: Ley N° 19 sobre medidas de prevención, control y fiscalización en torno a la producción, preparación y otros precursores y sustancias químicas controladas.
- Control y limpieza de guano de murciélagos y palomas se supervisa, se hacen recomendaciones al director y en caso grave se procede a una evaluación por parte de Ingeniería y Arquitectura para la solución del problema.
- Se realizó un concurso de Ensayo Escolar ACU (Asociaciones Cívicas Unidas, en el mes de agosto 2014 con el tema ¿Qué relación hay entre la basura y los vectores?
- Programa de limpieza general en todos los Centros Educativos de Panamá Oeste.

**POBLACIÓN ESTUDIANTIL AÑO 2014
PANAMÁ OESTE. Julio 2014***

NIVEL O GRADO	TOTAL
Kinder oficial	6,613
CEFACEI dentro de las escuelas	777
Programas especiales (Educación en el hogar, madre animadora, CEI y CEFACEI fuera de las escuelas	1382
Primaria	46,130
Premedia y Media	27,175
Terminación de Estudios Primarios	120
TOTAL	82,197

**Solo escuelas oficiales*

Las tendencias esperadas en los próximos años en los indicadores de salud ambiental y saneamiento es que los problemas de salud en relación a recolección de basura, desechos peligrosos, falta de agua potable, aguas residuales y la falta de personal traerán como consecuencia mayores problemas de salud en la provincia.

En cuanto a vivienda, se espera que se sigan desarrollando proyectos urbanísticos, aunque con deficiencia en la parte de medio ambiente. Con este auge en el área de la construcción se espera que sigan manteniendo los empleos para la población, siendo este el de mayor impacto en los últimos años.

En Educación, los índices de deserción escolar y los embarazos en adolescentes es la mayor preocupación.

Todos los distritos de responsabilidad son importantes, sin embargo, la mayor preocupación para nuestra Región Sanitaria son los de mayor densidad poblacional (Arraiján y La Chorrera), puesto que no se cuenta con el Recurso Humano necesario para brindar adecuadamente la atención con eficiencia y calidez.

ECONOMÍA

La agricultura, la ganadería y la pesca son las actividades primarias más importantes en la provincia. Adicionalmente, en las localidades de Veracruz, Puerto Caimito y Vacamonte, donde se ubica un puerto, hay gran actividad pesquera. En La Chorrera, tiene una industria bien desarrollada, enfocada en la producción de piña. Nuestra Región se caracteriza por tener altos porcentajes de tierras específicamente dedicadas a la agricultura y ganadería extensiva –intensiva, especialmente en las áreas rurales.

En Arraiján se ubican la Zona Marítima de Petróleo y la Zona Libre de Howard (Panamá Pacífico) que es un importante polo industrial y comercial internacional. Adicionalmente, las localidades de Arraiján, Vista Alegre, Chorrera y Capira han tenido un auge económico con la apertura de centros comerciales, supermercados, almacenes, restaurantes y bancos, que responden al crecimiento demográfico de estas localidades como ciudades dormitorio de la capital.

En Veracruz, Chame y San Carlos se desarrolla la industria turística, con diversos hoteles de playa. En Capira y Chame, se desarrolla el turismo ecológico, sobre todo en las zonas montañosas del Parque Nacional Campana.

La injerencia de la ACP en áreas de nuestra responsabilidad contribuye a tener proyectos permanentes de reforestación, igualmente dentro de los compromisos pactados entre ANAM y las promotoras urbanísticas está contemplado presentar proyectos de reforestación, sin embargo esto no se cumple a cabalidad.

Es difícil determinar un porcentaje de las comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales a nivel regional, ya que por su topografía la misma presenta variables como áreas costeras, montañosas y ríos que en un momento dado representan sitios de vulnerabilidad tanto en las áreas urbanas y principalmente las rurales.

El suministro de agua potable es por medio de acueductos rurales que son administrados por Junta Administradora de Agua, los cuales utilizan pozos perforados, fuentes por gravedad ríos y quebradas; y el IDAAN que utiliza plantas de tratamiento.

La región oeste recibe agua de 6 plantas potabilizadoras: Miraflores y Biwater (Laguna Alta) abastecen a casi todo el distrito de Arraiján (99%), La Potabilizadora de El Trapichito abastece cerca del 30% del área urbana del distrito de la Chorrera y el 70% complementario de dicha área está dada por la Potabilizadora de Mendoza, esta última cuenta con un proyecto de ampliación que extenderá su cobertura a algunas áreas rurales, entre ellas, La Represa, Mendoza y Pueblo Nuevo. La quinta potabilizadora del área Oeste es la de Bejuco, la cual dota de agua a los corregimientos de Bejuco y Chame, por último, la potabilizadora de San Carlos brinda el servicio a la cabecera del distrito.

También existe en Cerro Cama una planta productora de agua que abastece a todo el poblado. El abastecimiento del agua de las áreas rurales de 4 los 5 distritos de la región está dado por un sistema de acueductos rurales. Algunos de estos acueductos están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y otros bajo responsabilidad del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacional. De los 330 acueductos rurales en 282 poblados que operan bajo la responsabilidad del MINSA, 175 funcionan con turbinas, 132 por gravedad y 23 emplean un sistema mixto. Además 142 carecen de sistemas de dosificadores de cloro y el recurso humano calificado para evaluar regularmente la calidad es insuficiente.

En la actualidad se realizan estudios hidráulicos para mejorar los sistemas de distribución a áreas de Nuevo Arraiján, Ciudad del Futuro, Las Palmeras, Hato Montaña, Mastranto, el Coco, Plaza Italia, Hospital Nicola A. Solano, San José y Altos de San Francisco.

CON AGUA POTABLE				
DISTRITO	POBLACION	VIVIENDAS	CONEXIÓN DOMICILIAR	POZO PLUMA PUBLICA
Arraiján	172708	42756	40560	328
La Chorrera	154306	38304	37027	352
Capira	219443	54135	52067	417
	546457	135195	129654	1097

En el sector oeste, existen 14 técnicos de saneamiento y de estos solo 11 se dedican a actividades de campo, sin mencionar que este departamento tiene un sin número de actividades de control.

Condiciones de Saneamiento Básico

Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)	2000	2010	2012
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
- Urbano	95 %	96 %	96 %
- Rural	60 %	70 %	79.8 %
- Indígena			
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)			
- Urbano	50 %	85 %	88 %
- Rural	25 %	50 %	55 %
- Indígena			
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
- Urbano	10 %	13 %	15 %
- Rural	5 %	5 %	5 % "Chame"
- Indígena			
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	0 %	0 %	0 %

En relación a los residuos sólidos existe un vertedero controlado en La Chorrera que reciben los desechos de Arraiján, La Chorrera, Capira y San Carlos, se está tratando de que se construya un Relleno Sanitario.

En el Distrito de Chame existe un vertedero a Cielo Abierto el cual no reúne las condiciones mínimas.

En relación a las aguas residuales existe un sistema inadecuado que sirve a un 15% de la población de La Chorrera lo que causa problemas de aguas negras en diferente sector de la comunidad. En el Distrito de Capira no existe alcantarillado, solamente las barriadas nuevas tienen un sistema, San Carlos tiene un alcantarillado deficiente y Chame tiene un sistema deficiente que sirve a 5% de la población.

Mortalidad Neonatal	...			47			59		
1. Trastornos respiratorios/cardio. en periodo perinatal	...			18			16		
2. Sépsis Bacteriana del recién nacido	...			6			7		
3. Prematuridad extrema	...			5			4		
4. Trastornos hemorrágicos y hematológico del feto	...			1			4		
5. Infección específica del periodo perinatal	...			1			2		
6. Candidiasis neonatal /coagulación en el feto				41640					

Mortalidad Post neonatal	...								
1. Trastornos respiratorios/cardio. en periodo postnatal	...								
2. Prematuridad extrema	...						8		
3. Malformaciones congénitas									
4. Anomalías cromosómicas									
5.									
Mortalidad materna				.			.		
1. Shock séptico /aborto no específico	...			1			1		
2. Meningitis /hipertensión	...			1			1		
3. Ruptura uterina/ severa	...			1			1		
4. Hemorragia pulmonar/Muerte obstétrica de causas inespecíficas	...			1			1		
5. Otras hemorragias postparto	...						1		

Morbilidad Materna									
1. Infección no específica de vías urinarias en embarazo	348							2128	
2. Amenaza de aborto	126							910	
3. Complicación relacionada con el embarazo no específica								505	
4. Aborto no específico completo e incompleto								713	
5. Ruptura prematura de membranas								448	
6. Desnutrición en el embarazo	443							312	
7. Anemia	340								
8. Obesidad	261								
9. Cervicitis, leucorreas	140								

Entre las principales conductas y hábitos de riesgos de nuestra población podemos mencionar que la mayoría está en peligro, porque no utilizan prácticas seguras de protección durante las relaciones sexuales y tienen conductas sexuales de riesgos como homosexualidad, trabajadoras del sexo, los/as privadas de libertad, los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores migrantes y otros.

Las estrategia de protección contra las infecciones de transmisión sexual (como la Sífilis, la blenorragia, el Papiloma virus, el VIH y Sida, entre otras) están establecidos.

Es muy importante que esta estrategia de comunicación Social se enfoque hacia los jóvenes y las poblaciones especialmente vulnerables. La prevención del embarazo precoz, las relaciones sexuales seguras y la protección de los derechos humanos, con especial atención a la población más vulnerable, son estrategias que deben estar incluidas entre las actividades de prevención contra el VIH y promoción de la Salud.

Se debe proporcionar una atención integral a las personas, que debe comprender los siguientes aspectos:

- Promoción y Protección de la Salud Sexual.
- Actividades de Promoción de la Salud basada en la evidencia.
- Promoción del uso de los preservativos y comunicación para el cambio de comportamiento en individuos vulnerables o en situaciones de riesgo.
- Acceso a productos y otros bienes destinados a proteger a las persona de la transmisión de ITS / VIH (uso de preservativos y otros barrera mecánicas, Microbicidas y sangre segura).

- Prevención de la transmisión Materno – Infantil de la Sífilis, VIH y terapia antirretroviral para mujeres infectadas con VIH que lo necesiten.
- Manejos de caso de ITS, VIH y Sífilis en el punto del primer contacto.

En violencia, acoso entre **niño** no se puede hacer un diagnóstico, ya que este año se inicia el uso de la nueva página de control donde se registra la violencia o el acoso, lo que no se puede identificar o describir esta situación de conducta y hábito de riesgo.

No existe programa para promover o incentivar estilo de vida saludable en la niñez.

En relación al **Programa Escolar** tenemos el problema Nutricional (obesidad y bajo peso) entre las primeras causas biológicas, lo cual no ha motivado desde hace aproximadamente 10 años, trabajar en el Proyecto Escuela Saludable con 13 escuelas de la Región, a través de la Comisión Técnica Regional de Salud Escolar, conformada por varias instituciones como MINSA, MIDES, MIDA, IPHE, MEDUCA, ANAVIP y Comunidad, donde se realiza una serie de actividades con estas escuelas, bajo el perfil de los pilares de Escuelas Saludables, con el objetivo de alcanzar un ambiente armónico y saludable en éstas escuelas.

Entre las actividades que realizaremos de manera intersectorial e interinstitucional tenemos:

- a) Capacitación a docentes y estudiantes: talleres, seminarios, reuniones, encuentros, escuelas para padres.
- b) Promoción: desfile, ferias comunitarias, entrega de material didáctico (módulos de Habilidades para la Vida, primeros auxilios) y películas de Escuelas promotoras (apoyo OPS)
- c) Atención en salud a través de giras escolares y desarrollo del programa escolares con atención completa
- d) Monitoreo y evaluación: de Habilidades para la vida y talleres de cocina por parte del MIDA, supervisiones integrales.

A continuación detallaremos algunos aspectos de este proyecto:

Escuela Saludable en Pro del Desarrollo Humano

Escuela Saludable se refiere a un centro educativo en el cual los alumnos logran un armonioso desarrollo biológico, emocional y social, un ambiente de bienestar institucional y comunal, desarrollando estilos de vida saludable, lo cual es compartido con sus familias, los maestros, el personal de la escuela y la comunidad.

Objetivo General del Proyecto Escuela Saludable

“Lograr que los escolares y demás personas que integran la comunidad educativa gocen de un buen estado de salud física, mental y social en un ambiente de bienestar institucional y comunitario”.

Grupo Meta:

Focalización en los escolares; el proyecto debe empoderar a docentes, madres, padres, personal de salud, actores sociales, para que las acciones a realizar cumplan con lo establecido en las normas del Programa de Salud Escolar y objetivos del proyecto.

Visión

Caminamos hacia el empoderamiento de los estudiantes, docentes y padres de familia con la participación activa de los actores sociales, para que la calidad de las acciones que se realizan en el programa de salud escolar, cumpla con las normas del mismo con la finalidad de tener una comunidad educativa en buen estado de salud física, mental y social, en ambientes de bienestar institucional y comunitario”.

Misión

Proveer ambientes saludables que favorezcan el aprendizaje de los escolares, fortaleciendo el programa de salud escolar, capacitando a docentes con conocimientos y habilidades necesarias para lograr cambios de actitud y prácticas dirigidas a mejorar el desarrollo integral de los estudiantes.

MARCO INSTITUCIONAL DEL PROYECTO

La Comisión Técnica Regional de Salud Escolar de Panamá Oeste, es la encargada de dirigir desde el nivel Regional, la ejecución del proyecto. Esta Comisión fue conformada en junio del 2002, bajo la Coordinación Regional de Escolar y Adolescente, de la Región de Salud de Panamá Oeste, participando así instituciones como: Ministerio de Salud (MINSAL), Caja de Seguro Social (CSS), Ministerio de Educación (MEDUCA), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE), Ministerio de Desarrollo Agropecuario (MIDA) y Asociación de Padres de familia.

El Proyecto Escuela Saludable nace a finales del 2005, cuando la Comisión presenta ésta iniciativa a un grupo de directores de escuelas, que asumen el compromiso de forma voluntaria. Actualmente participan 13 centros educativos.

Entre los resultados esperados con este proyecto está: Mejoras en la infraestructura de las escuelas, mayor cobertura de atención en el Programa de Salud escolar, cambios de actitud sobre hábitos alimenticios, adquisición de habilidades para la vida y participación de la comunidad educativa y autoridades locales.

En relación a acoso entre niños/as y adolescentes (bulling) no contamos con registros estadísticos por parte de los Centros de Salud

En cuanto al **Programa de Adolescentes** las principales causas de Morbilidad son de carácter biológicos como son: la Enfermedad diarreica, las infecciones respiratorias y las nutricionales (obesidad), entre otras. No se registran como diagnósticos, los factores de riesgo como: Inicio de vida sexual activa, Problemas relacionados con el uso de tabaco y alcohol a pesar de que en la historia clínica del adolescente se realizan preguntas relacionadas a estos riesgos y aparecen registrados. Esta realidad a nivel Regional es comparable a las estadísticas nacionales, de allí que se ha iniciado una sensibilización y orientación en relación a esta temática en particular con los médicos de los niveles locales, en las capacitaciones que se están brindando.

En cuanto a programas para incentivar estilos de vida saludable y el auto cuidado en la población adolescente, en Panamá Oeste se ha venido trabajando los servicios amigables para adolescentes y expondremos a continuación la experiencia en los últimos 5 años entre el 2009 al 2013 a partir de la actualización de las normas del programa de adolescentes en el año 2009.

Hemos realizado las siguientes actividades con miras a fortalecer los servicios amigables en las diferentes instalaciones del Ministerio de Salud que brindan este programa:

- Actualización de las normas técnicas administrativas 2009 con el nivel regional y local
- Se ha suministrado protocolos y guías de atención del adolescente
- Capacitación permanente del personal de salud sobre temas de salud sexual y reproductiva y habilidades para la vida. Clínicas de consejería
- Planificación anual (POA), Monitoreo supervisión, evaluación, auditoria de expedientes y encuestas de conocimientos al personal de salud
- Programas conjunto con instituciones y organismos: MIDES, FUNDESPA, MEDUCA, CSS.
- Conformación de REDES (Comité técnico regional de salud escolar y comisión intersectorial de las guías de gestión para la provisión de servicios integrales de los adolescentes de El Espino
- Proyectos con OPS y UNFPA.

Desde el nivel nacional nuestra región ha sido seleccionada en los últimos tres años para llevar a cabo dos proyectos en el Centro de Salud Miguel Martín Sayaguéz que son:

1. Pilotaje y sistematización de las guías de gestión para la provisión de servicios integrales a los adolescentes (OPS) y
2. Proyecto de Servicios Amigables para adolescentes (UNFPA).

Las Guías de Gestión para la provisión de servicios integrales está fundamentada en la APS y tiene como objetivo mejorar el nivel de salud de los adolescentes y jóvenes. Está conformada por un modulo básico y cuatro módulos más donde se revisan desde la atención integral del adolescente, el diagnóstico participativo de la demanda, la cartera de servicios, el rediseño de la oferta, y el monitoreo de evaluación del programa, lo cual permite de una manera autodidacta y fácilmente comprensible llevar adelante un proceso de planificación y ejecución del programa de adolescente a través de un personal de salud organizado y comprometido.

Dentro de este proceso se requiere la conformación de un equipo motor multidisciplinario de la instalación de salud, en este caso el Centro de Salud Miguel Martín Sayaguéz, y un comité intersectorial con participación de la comunidad, los adolescentes y diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

El centro de Salud Miguel Martín Sayaguéz a través de una firma del convenio multidisciplinario e intersectorial para el abordaje de la salud integral del adolescente logró la conformación de una red integrada y funcional en la actualidad, donde la oferta de servicios para adolescentes, es coordinada con diferentes instituciones y organismos como son: comités de salud, grupo de adolescentes organizados, APLAFA, INADEH, Policía de Menores, CSS, MEDUCA, MIDES, ANAVIP. A través de este comité se han realizado diversas actividades con grupos adolescentes, entre ellos ferias de la salud, encuestas de satisfacción a los adolescentes, evaluación del programa de adolescentes entre otras.

Este centro de salud también ha sido beneficiado por el proyecto servicios amigables para adolescentes, auspiciados por UNFPA año 2012 – 2014, cuyo objetivo general es fortalecer el programa de adolescente, mediante la implementación de las guías de gestión y la participación activa de actores sociales que apoyen el desarrollo de los servicios amigables para los adolescente, con énfasis en la promoción de habilidades para la vida, prevención de embarazos en adolescentes, ITS/VIH/Sida y violencia.

Este proyecto tiene como meta en tres años, que el personal de salud en los centros seleccionados estarán en la capacidad de: brindar servicios amigables para adolescentes con calidad y calidez, contarán con un grupo de adolescentes activos y con un comité intersectorial que apoyará el trabajo.

Actualmente se cuenta con un grupo beneficiado de cuarenta (40) adolescentes entre 12 y 17 años en el proyecto, el cual se les está capacitando en Habilidades para la vida y

prevención del embarazo en adolescentes, ITS/VIH/Sida y violencia, con miras a convertirlos en educadores de pares de sus comunidades. Para este fin se cuenta además con un Rota folio sobre Habilidades para la vida y temas de salud sexual y reproductiva, confeccionado por adultos y jóvenes panameños. También participan los padres y madres de familia de estos adolescentes en talleres de capacitación sobre salud sexual y reproductiva, así como el personal de salud y los miembros del Comité intersectorial de las guías de gestión en talleres de capacitación y planificación de las actividades del programa a nivel local.

A lo largo de este proceso de fortalecimiento de los servicios amigables en un punto focal de nuestra región, como lo es el Centro de Salud Dr. Miguel Martín Sayaguéz, detallamos a continuación las lecciones aprendidas:

- La participación de un trabajo conjunto con la comunidad, actores sociales, y jóvenes permite dar respuesta a los problemas de salud, en este caso, de los/as adolescentes.
- El empoderamiento de los/as adolescentes en acciones preventivas para la conservación de su salud.
- Fortalecimiento de las capacidades del equipo de salud para el trabajo con adolescentes.
- Compromisos de las instituciones del comité intersectorial para dar seguimiento y apoyo al cumplimiento de las normas integrales de salud integral del adolescente.
- Liderazgo institucional.
- Sustentación del nivel nacional del aumento de su presupuesto para cumplir con los programas.

En los avances y logros alcanzados tenemos:

- Coordinación efectiva a nivel local (intersectorial) y entre niveles.
- Personal capacitado y comprometido (talleres y diplomados)
- Organización gerencial
- Liderazgo institucional – capacidad de negociación (rectoría – gobernanza)
- Diagnóstico participativo y rediseño de la oferta.
- Involucramiento de actores sociales – compromiso en acciones de prevención y promoción de la salud.
- Coordinación colegiada: institucional, comunidad y adolescentes.
- Extensión de la experiencia en la región y en el resto del país.

Para finalizar, las Proyecciones que tenemos para nuestra Región son:

- Fortalecimiento de las capacidades del personal de salud y el comité en el manejo con adolescentes.
- Fortalecimiento de capacidades en los adolescentes como educadores de pares.
- Redes de adolescentes.
- Fortalecimiento de las capacidades familiares y comunitarias en el tema de adolescentes.
- Instalaciones de salud con servicios amigables para adolescentes y centro diferenciado para adolescentes.

Incidir en la disminución de embarazos en adolescentes, ITS/VIH/Sida y violencia, en las comunidades con redes de jóvenes educadores de pares.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN

- Presentamos coberturas de vacunación en casi todas las vacunas arriba del 80%, lo cual es bueno, pero debe mejorar hasta alcanzar el 85%. Sin embargo es bueno destacar que presentamos casos de tosferina principalmente en el Distrito de Arraiján; en población indígena casi en un 90% de los casos por la gran migración de este grupo de población que no tiene empoderamiento de su responsabilidad en el cuidado de su salud ni del resto de la comunidad.
- Se observa una tendencia a subir en los casos de diabetes e hipertensión a nivel de la población de 20 años y más. Igual ocurre con relación a la obesidad fenómeno que se presenta desde los menores de un año donde más del 50% de los niños con registro del estado nutricional son obesos.
- La tuberculosis es una enfermedad infecciosa predominante todos los años siendo Arraiján el Distrito más afectado; así como también tiene los casos de TBC multidrogo resistente.
- Los niveles de violencia es la percepción que va en aumento con respecto a años anteriores pero no tenemos estadísticas confiables.

Enfermedades no transmisibles:

- >1año= patologías del periodo perinatal (4.14)
Malformaciones congénitas (4.03)
Enf. Del sistema respiratorio (0.95)
Aparecen las enfermedades infecciosas y parasitarias en séptimo lugar con una tasa de 0.32.
- 1 a 4 años= bronconeumonía/ neumonía (0.16)
Accidentes, homicidios y suicidios (0.38)
Enf. Del sistema respiratorio (0.38)

Aparecen las enfermedades infecciosas y parasitarias en séptimo lugar con una tasa de 0.03.

- 5 a 14 años= accidentes, suicidios, etc. (0.11)
Tumores malignos (0.09)
Enf. Del sistema nervioso (0.03)

Aparece el SIDA como enfermedad infecciosa en séptimo lugar con una tasa de 0.01

- 15 a 19 años= accidentes, etc. (0.57)
Tumores malignos (0.05)
Otras enf. Del corazón

No aparece en este grupo de edad enfermedades infecciosas.

- 20 a 59 años= accidentes, etc (0.69)
Tumores malignos (0.37)
SIDA (2.1)
diabetes mellitus (0.1)

Aparece nuevamente enfermedades infecciosas y parasitarias con tasa de 0.07 y la hipertensión con una tasa de 0.04.

- 60 años y más= tumores malignos (5.73)
Enf. Cerebro vascular (4.06)
Otras formas de enf. Del corazón (2.98)
Diabetes mellitus (2.29)
Hipertensión (1.16)

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN LA REGIÓN DE SALUD
PANAMÁ OESTE, POR GÉNERO: AÑO 2013**

CAUSAS	TOTAL		
	T	M	F
TOTAL	223312	89997	133315
Diarrea Y Gastroenteritis	32748	15439	17309
Rinofaringitis Aguda	19531	8808	10723
Síndrome Gripal	15739	6898	8841
Obesidad, No Especificada	9711	2799	6912
Hipertensión Arterial	9087	2983	6104
Infec. En Vías Urinarias	5207	1070	4137
Infec. Agudas de las vías resp. sup. y sitios múltiples Y N. E.	4832	2308	2524
Faringitis Aguda, N.E.	4105	1796	2309
Gastritis, Especificadas Y N.E.	3385	1045	2340
Lumbago, N.E.	3029	1347	1682
Pioderma	2564	1222	1342
Asma, N.E.	2341	906	1435
Otras Dermatitis	2275	970	1305
Diabetes Mellitus	2212	808	1404
Desnutrición Leve, Moderada y Severa	1971	928	1043
Amigdalitis Aguda	1883	887	996
Desnutrición, N,E,	1857	840	1017
Cefalea	1854	585	1269
Infección Viral No Especificada	1836	921	915
Alergia No Especificada	1673	680	993
Demás Causas	95472	36757	58715

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN LA REGION DE PANAMA OESTE,
POR GRUPO DE EDAD: AÑO 2013**

< 1 AÑO	Nº	1 - 4 AÑOS	Nº	5-9 AÑOS	Nº	10-14 AÑOS	Nº	15 -19 AÑOS	Nº	20-59 AÑOS	Nº	60 Y MAS	Nº
TOTAL	17582	TOTAL	39452	TOTAL	20361	TOTAL	14317	TOTAL	19550	TOTAL	83160	TOTAL	28890
RINOFARINGITIS AGUDA	3822	ENF. DIARREICA	8557	ENF. DIARREICA	3789	ENF. DIARREICA	1988	ENF. DIARREICA	1519	ENF. DIARREICA	12290	HIPERTENSION ARTERIAL	4,324
ENF. DIARREICA	2623	RINOFARINGITIS AGUDA	7054	RINOFARINGITIS AGUDA	3057	INFLUENZA	1107	INFLUENZA	856	INFLUENZA	6637	ENF. DIARREICA	1978
INFLUENZA	1256	INFLUENZA	2773	INFLUENZA	1848	RINOFARINGITIS AGUDA	1018	RINOFARINGITIS AGUDA	602	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	6572	INFLUENZA	1247
INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	625	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1796	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	682	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	462	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	510	HIPERTENSION ARTERIAL	4698	DIABETES MELLITUS	970
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	543	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1796	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	600	DESNUTRICION PROTEICOALORICA A LEVE, MODERADA Y LA NO ESPEC.	420	INFECCIONES NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	433	RINOFARINGITIS AGUDA	3169	RINOFARINGITIS AGUDA	809
BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	529	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1285	PIODERMA	526	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	338	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	308	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3148	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	729
FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	411	DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	1279	DESNUTRICIÓN	512	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	301	GASTRITIS NO ESP.	288	LUMBAGO N/E	2420	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	611
DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE	331	PIODERMA	1199	ASMA	457	PROBLEMAS RELACIONADOS CON SITUACION FAMILIAR ATIPICA	281	AMENORREA SON OTRA ESPECIFICACIÓN	246	GASTRITIS NO ESP.	1907	LUMBAGO N/E	493
INFECCION VIRAL,NO ESPECIFICADA	326	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	715	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	421	ASMA	240	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	223	CEFALEA	1282	ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA	327
DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	320	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	567	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	368	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL BAJO RENDIMIENTO	228	DESNUTRICION PROTEICOALORICA LEVE, MODERADA Y LA NO ESPEC.	205	DIABETES MELLITUS	1214	GASTRITIS NO ESP.	344

ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	277	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	513	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	367	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	214	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	200	INFECC. VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	1196	DOLOR DE ARTICULACIÓN	334
BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	265	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	483	INFECC. DE VIAS URINARIAS	247	PIODERMA	178	AMENAZA DE ABORTO	170	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1137	ASMA	288
PIODERMA	259	IMPETIGO (CUALQUIER SITIO ANATOMICO	479	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	219	DERMATITIS NO ESPECIFICADA	166	CEFALEA	157	OTROS DOLORES ABDOMINICALES Y LOS N/E	1057	ENF. CEREBRO-VASCULAR N/E	243
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	253	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	434	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	215	GASTRITIS NO ESP.	151	ASMA	145	ASMA	992	PROB. RELACIONADOS CON OTROS HECHOS ESTRESANTES	236
ASMA	238	ESCABIOSIS	424	ESCABIOSIS	201	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRAS ESPECIFICACIONES	143	DERMATITIS NO ESPECIFICADA	116	TRAUMATISMO N/E	772	INSUF. CARDIACA CONGESTIVA	235
ESCABIOSIS	204	INFECCION VIRAL,NO ESPECIFICADA	423	INFECCION VIRAL,NO ESPECIFICADA	190	AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	139	TRAUMATISMO NO ESPECIFICADO	116	AMENORREA	677	CEFALEA	193
DEMÁS CAUSAS	5300	DEMÁS CAUSAS	9675	DEMÁS CAUSAS	6662	DEMÁS CAUSAS	6943	DEMÁS CAUSAS	13456	DEMÁS CAUSAS	33992	DEMÁS CAUSAS	15529

TASA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE NOTIFICACIÓN ESPECIAL POR DISTRITOS

CAUSAS / CODIGO	TOTAL		D I S T R I T O S									
			ARRAIJÁN		CAPIRA		CHAME		LA CHORRERA		SAN CARLOS	
	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/	Nº	TASA 1/
DIARREA	32,748	64.8	9,066	38.8	2,025	46.9	357	12.7	18,101	100.9	3,199	148.4
SINDROME GRIPAL	15,739	31.1	5,453	23.4	1,570	36.3	136	4.8	8,327	46.4	253	11.7
MORDEDURA DE PERRO EN LUGAR N / E	1,885	3.7	641	2.7	122	2.8	20	0.7	854	4.8	248	11.5
VULVOVAGINITIS , VAGINITIS AGUDA Y VULVITIS 2	1,698	6.8	822	7.0	255	12.5	134	10.0	450	5.1	37	3.7
BRONCONEUMONIA Y NEUMONIA	1,445	2.9	128	0.5	31	0.7	0	0.0	1,246	6.9	40	1.9
CONJUNTIVITIS N/E Y OTRAS CONJUNTIVITIS	1,285	2.5	413	1.8	177	4.1	68	2.4	616	3.4	11	0.5
VARICELA	848	1.7	233	1.0	120	2.8	17	0.6	410	2.3	68	3.2
DENGUE	828	1.6	455	1.9	42	1.0	72	2.6	236	1.3	23	1.1
INFECCIÓN VIRUS PAPILOMA HUMANO 2/	588	2.3	341	2.9	17	0.8	2	0.1	226	2.5	2	0.2
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA 2/	490	2.0	150	1.3	24	1.2	21	1.6	281	3.2	14	1.4
VENENO DE ESCORPION	360	0.7	87	0.4	36	0.8	6	0.2	135	0.8	96	4.5
CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA 2/	312	1.2	107	0.9	28	1.4	6	0.4	167	1.9	4	0.4
CONTACTO CON VENENO DE SERPIENTE	236	0.5	16	0.1	6	0.1	1	0.04	163	0.9	50	2.3
MOR.PIC. / INSECT. Y OTRO ARTROP. NO VENEN	234	0.5	41	0.2	61	1.4	12	0.4	111	0.6	9	0.4
EFFECTOS TOXICOS X CONTACTO CON OTROS.	188	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	188	1.0	0	0.0
AMEBIASIS	182	0.4	62	0.3	26	0.6	7	0.2	86	0.5	1	0.05
VERRUGAS VENEREAS ANOGENITALES	179	0.4	143	0.6	0	0.0	8	0.3	28	0.2	0	0.0
SIFILIS ESPECIFICADAS Y LAS NO ESPECIFICADA	145	0.3	70	0.3	3	0.1	2	0.1	65	0.4	5	0.2
T.B.C.	130	0.3	82	0.4	6	0.1	4	0.1	35	0.2	3	0.1
GIARDIASIS	122	0.2	37	0.2	15	0.3	2	0.1	62	0.3	6	0.3
OTRAS CAUSAS	1,141	2.3	202	0.9	99	2.3	42	1.5	730	4.1	68	3.2

VIH EN PANAMÁ OESTE

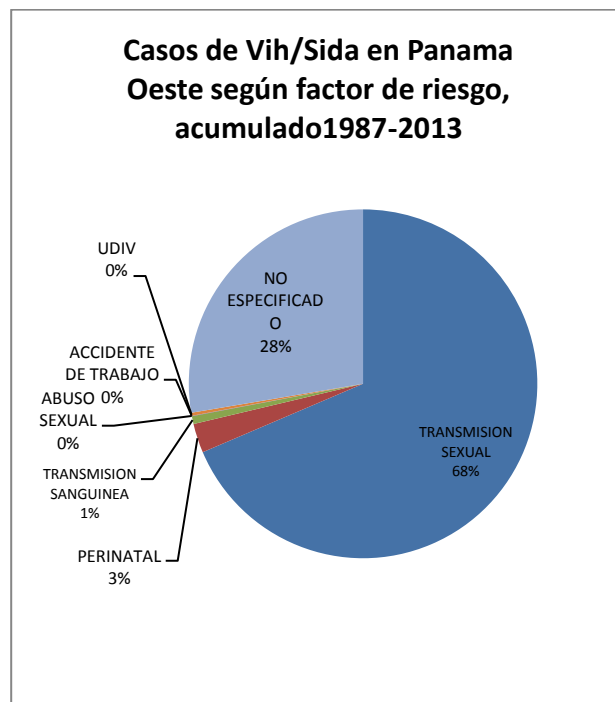
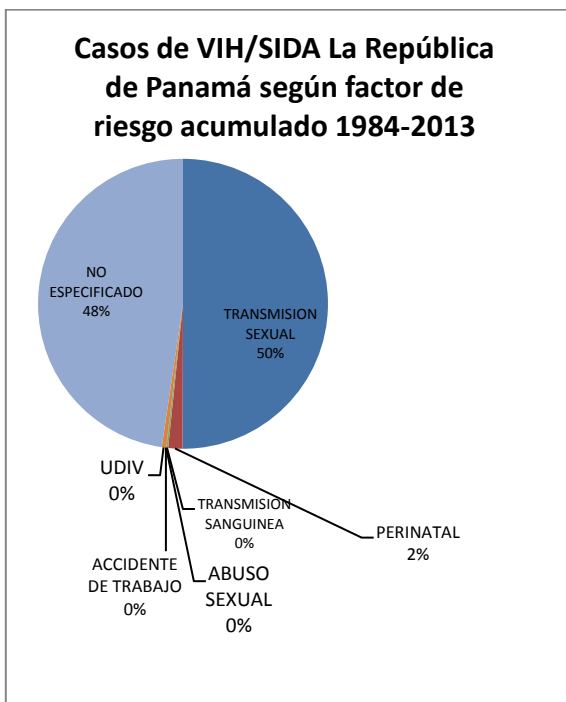
La Región de Salud de Panamá Oeste ocupa el cuarto lugar en índice de infección por el VIH/SIDA en la República.

La mayor tasa de incidencia de VIH/SIDA se encuentra en los distritos de Arraiján y Chorrera. La edad más afectada es la comprendida entre los 15-49 años, la cual es nuestra población en edad fértil y económicamente productiva. Se observa un aumento de los casos femeninos, dentro de las edades de 15 a 19 años; porque a las embarazadas se les realiza el examen de VIH obligatorio y totalmente gratuito. La mayoría de los pacientes son captados por las unidades de primer nivel de atención.

Se han reportaron 21,927 casos acumulados desde 1987 hasta el año 2013 de ellos, 13,745 (62.7%) son pacientes con SIDA y 8,182 (37.3%) son portadores del VIH. Observándose un alto índice de mortalidad por la enfermedad (41.7%) que representa un total de 9,165 pacientes fallecidos.

En la Región de Salud de Panamá Oeste se registraron 2473 casos, de los cuales 1,521 (61.5%) son pacientes de SIDA y 952 (38.5%) tienen el virus de VIH.

FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DE VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN DE PANAMÁ OESTE. AÑO 2013.



Fuente: Departamento de Epidemiología Región de Salud de Panamá Oeste, Junio 2014.

La principal causa de transmisión del VIH/SIDA es por vía sexual, seguido por la transmisión perinatal y por los usuarios de drogas inyectables.

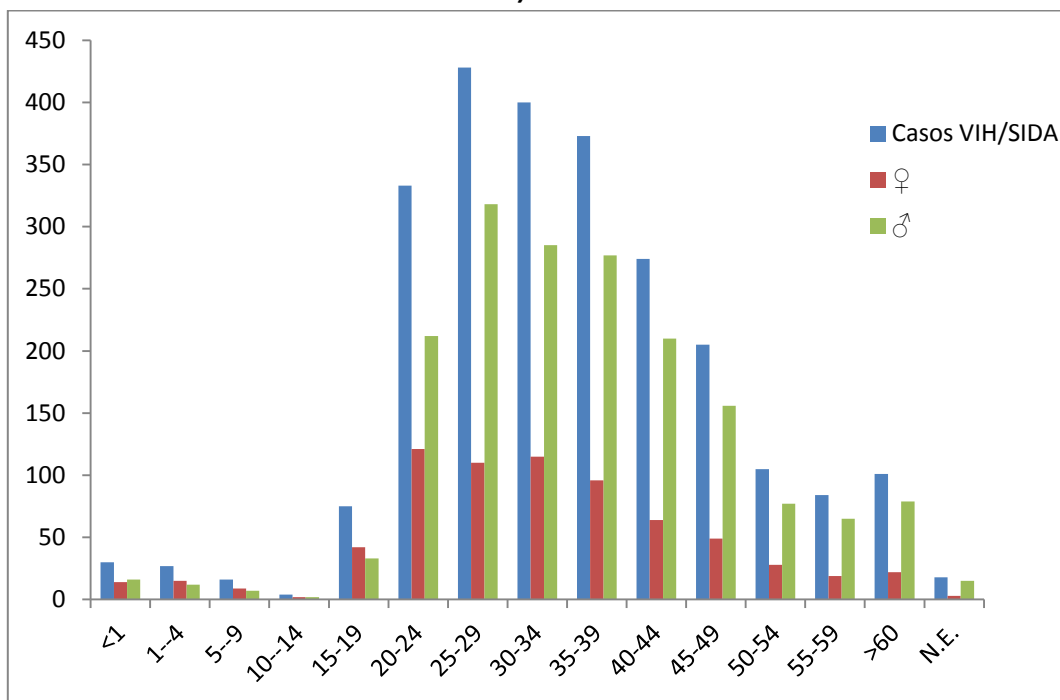
La mayor tasa de incidencia de casos de VIH/SIDA está dentro de las edades de 15 a 49 años. Según el sexo, entre las edades de 20-24 años, 121 casos corresponden el sexo femenino (36.3 %) y 212 (63.7%) al sexo masculino, para una relación de 2:1. Entre las edades de 25-29 años, según sexo, 110 casos femeninos (25.7 %) y 318 masculinos (74.3%), para una relación de 3:1, con prevalencia masculina. En los grupos de 35-39 años 96 casos femeninos (25.7%) y 277 casos (74.3%) masculinos y de 40-44 años, 64 casos femeninos (23.4%), y 210 casos masculinos (76.6%) se observa una prevalencia de sexo masculino y una relación de 4:1.

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE VIH/SIDA SEGÚN EDAD Y SEXO EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE. AÑO 2013.

EDAD	Casos VIH/SIDA	♀	♂
<1	30	14	16
1-4	27	15	12
5-9	16	9	7
10-14	4	2	2
15-19	75	42	33
20-24	333	121	212
25-29	428	110	318
30-34	400	115	285
35-39	373	96	277
40-44	274	64	210
45-49	205	49	156
50-54	105	28	77
55-59	84	19	65
>60	101	22	79
N.E.	18	3	15
Total	2473	709	1764

Fuente: Departamento de epidemiología de la Región de Salud de Panamá Oeste, 2013.

CASOS DE VIH/SIDA SEGÚN SEXO Y EDAD



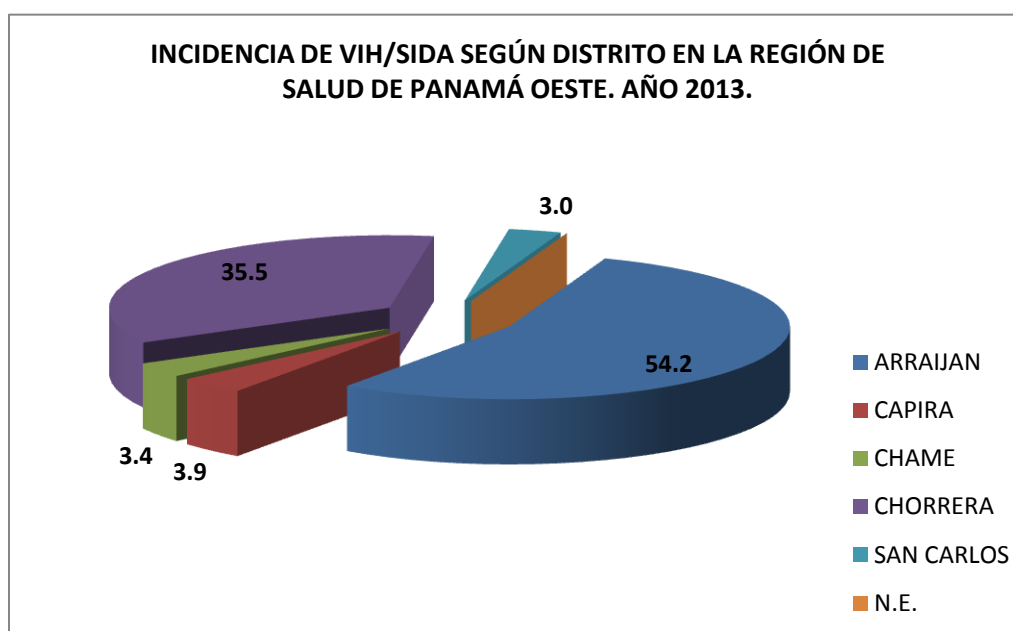
Fuente del grafico: Fuente: Departamento de Epidemiología Región de Salud de Panamá Oeste, Junio 2014.

**CASOS DE VIH/SIDA SEGÚN DISTRITO EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE.
AÑO 2013.**

DISTRITO	SIDA	VIH	TOTAL
ARRAIJAN	825	439	1264
CAPIRA	59	28	87
CHAME	51	18	69
CHORRERA	540	415	955
SAN CARLOS	46	21	67
N.E.	0	31	31
TOTAL	1521	952	2473

Fuente: Departamento de epidemiología de la Región de Salud de Panamá Oeste, 2013.

El mayor porcentaje de incidencia de VIH/SIDA se registra en el distrito de Arraiján con un 51% de los casos, seguido por el distrito de Chorrera con 38.6%, luego Capira con 3.5%, Chame con 2.8% y San Carlos 2.7%. Mientras que los no especificados es del 1.3%.



CASOS DE VIH/SIDA POR AÑOS EN LA REGIÓN DE SALUD DE PANAMÁ OESTE.

AÑO	SIDA	VIH	TOTAL
2000	75	5	80
2001	65	4	69
2002	72	44	116
2003	79	39	118
2004	68	59	127
2005	84	62	146
2006	77	85	162
2007	111	58	169
2008	97	71	168
2009	86	80	166
2010	101	71	172
2011	107	93	200
2012	87	120	207
2013	75	155	230

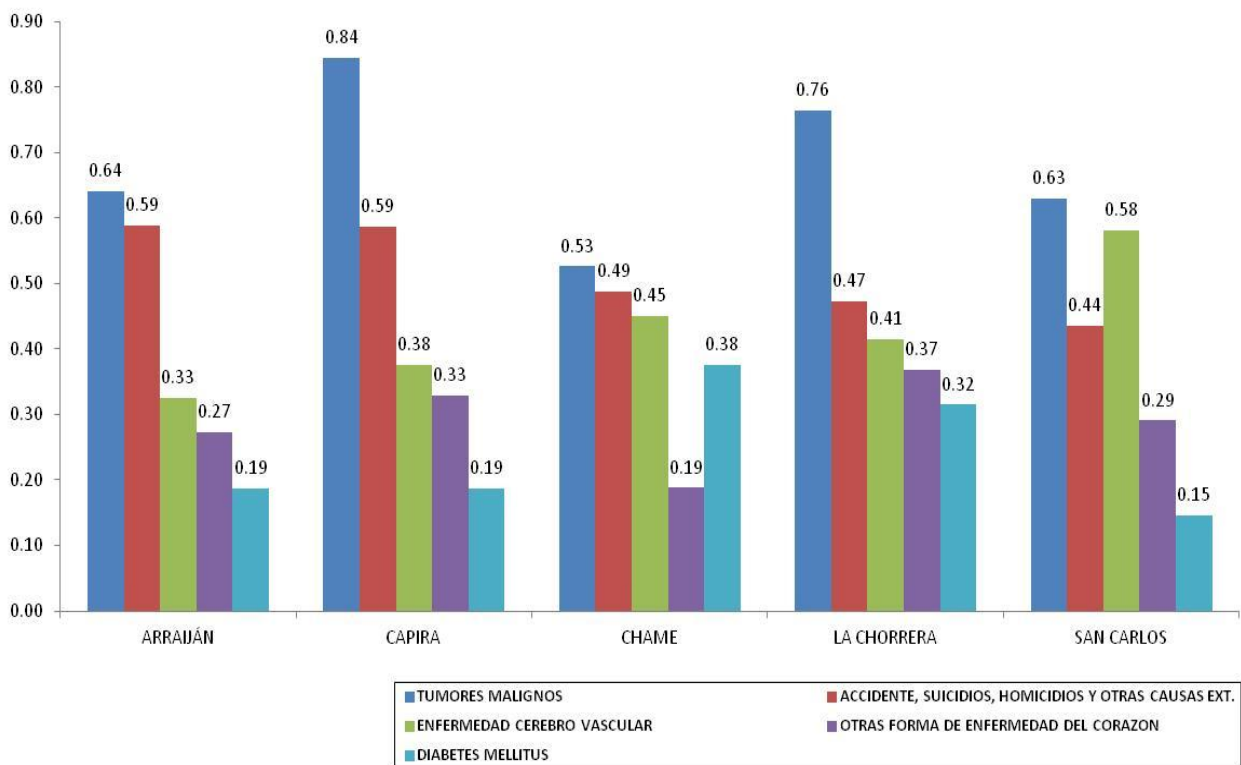
Fuente: Departamento de Epidemiología de la Región de Salud de Panamá Oeste.

La proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años, es que estas van en aumento, si no se realiza la vigilancia epidemiológica.

**DEFUNCIONES OCURRIDAS EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE,
POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, SEGÚN DISTRITO: AÑO 2013**

DISTRITO/ CORREGIMIENTO	TOTAL	SEXO		GRUPO DE EDAD							
		♂	♀	<1 AÑO	1 - 4	5 - 14	15 - 19	20 - 49	50 - 59	60 y +	N.E.
TOTAL	1928	1169	759	109	24	32	29	373	174	1183	4
ARRAIJÁN	791	489	302	55	11	13	20	184	81	425	2
CAPIRA	180	116	64	15	3	5	1	23	16	117	
CHAME	116	67	49	4	1	2	1	18	5	85	0
LA CHORRERA	752	449	303	34	6	10	6	135	68	491	2
SAN CARLOS	89	48	41	1	3	2	1	13	4	65	0

**TASA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES, EN LA REGIÓN DE SALUD
PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AÑO 2013**



**PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES DE LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE,
POR GRUPO DE EDAD Y POSICIÓN QUE OCUPA: AÑO 2013**

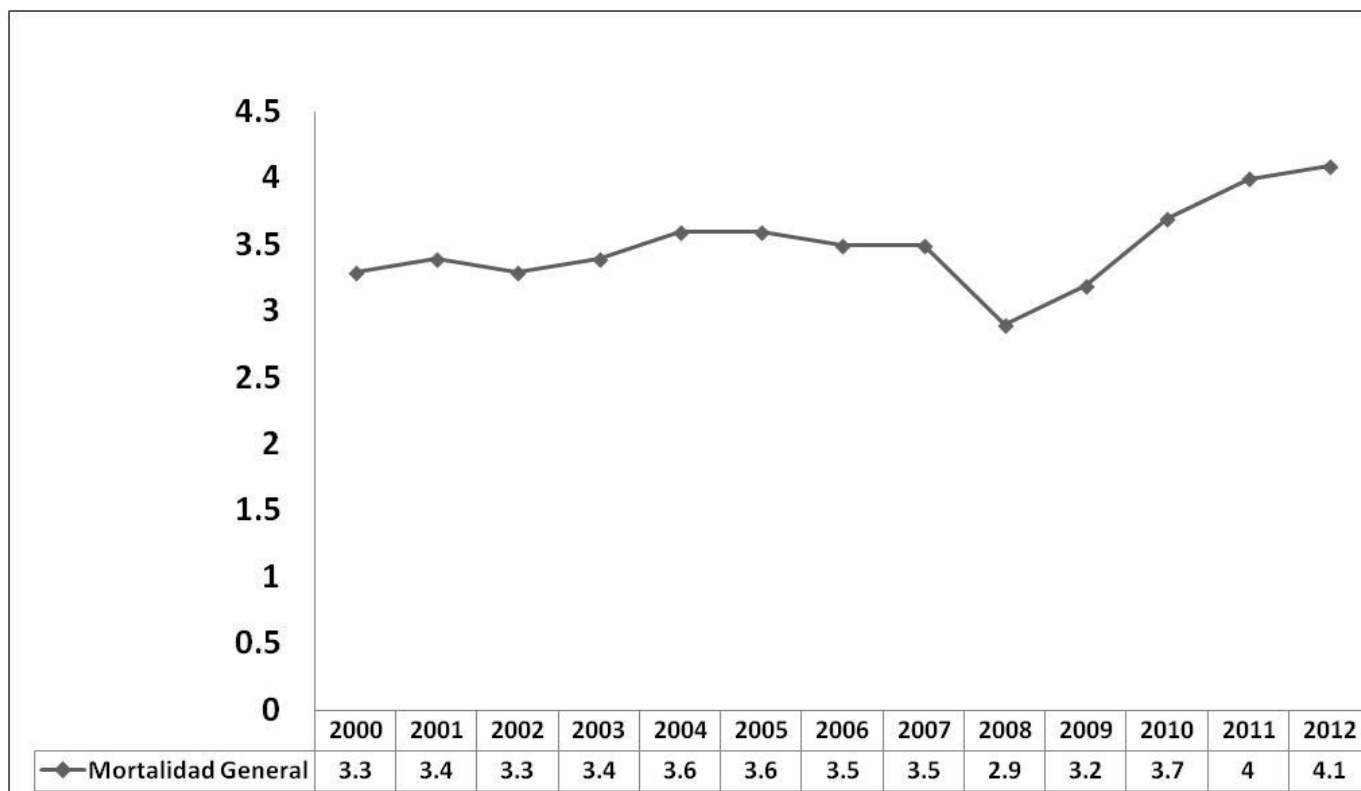
< 1 AÑO		Nº.	TASA	1 A 4 AÑOS		Nº.	TASA
Ciertas Afecciones originadas en el Período Perinatal	39	4.14	Bronconeumonía/Neumonía	6	0.16		
Malformación Congénita	38	4.03	Accidentes, Suicidios ,Homicidios y otras causas externas	3	0.38		
Enf. Del Sistema Respiratorio	9	0.95	Enf. Del Sistema Respiratorio	3	0.38		
Enf. Del Sistema Nervioso	5	0.53	Otras formas de Enf. Del Corazón	2	0.05		
Accidentes, Suicidios ,Homicidios y otras causas externas	3	0.32	Malformación Congénita	2	0.05		
Bronconeumonía/Neumonía	3	0.32	Enfermedades Endocrinas Nutricionales y Metabolismo	2	0.05		
Ciertas Enfermedades Infecciosas y parasitarias	3	0.32	Ciertas Enfermedades Infecciosas y parasitarias	1	0.03		
Otras causas	9	0.95	Otras causas	5	0.13		
TOTAL	109	11.6	TOTAL	24	0.63		

5 a 14 AÑOS		Nº	TASA	15 a 19 AÑOS		Nº	TASA
Accidentes, Suicidios ,Homicidios y otras causas externas	10	0.11	Accidentes, Suicidios ,Homicidios y otras causas externas	21	0.57		
Tumores Malignos	8	0.09	Tumores Malignos	2	0.05		
Enfermedad del Sistema Nervioso	3	0.03	Otras formas de Enf. Del Corazón	2	0.05		
Enf. Del Sistema Respiratorio	3	0.03	Enfermedades del Sistema Digestivo	2	0.05		
Otras formas de Enf. Del Corazón	2	0.02	Enfermedades del Sistema Circulatorio	1	0.03		
SIDA	1	0.01	Enfermedades Cerebro-Vascular	1	0.03		
Otras causas	5	0.05	Otras causas				
TOTAL	32	0.35	TOTAL	29	0.78		

20 A 59 AÑOS	Nº	TASA	60 AÑOS Y MÁS	Nº	TASA
Accidentes, Suicidios ,Homicidios y otras causas ext.	178	0.69	Tumores Malignos	223	5.73
Tumores Malignos	94	0.37	Enfermedades Cerebro-Vascular	158	4.06
SIDA	50	2.1	Otras formas de Enf. Del Corazón	116	2.98
Diabetes Mellitus	25	0.1	Diabetes Mellitus	89	2.29
Enfermedades del Sistema Digestivo	23	0.09	Infarto Agudo del Miocardio	84	2.16
Otras formas de Enf. Del Corazón	23	0.09	Enfermedades del Sistema Digestivo	72	1.85
Enfermedades Cerebro-Vascular	19	0.07	Enfermedad isquémia del Corazón	54	1.39
Enfermedad del Sistema Nervioso	17	0.07	Enfermedades Hipertensivas	45	1.16
Ciertas Enfermedades Infecciosas y parasitarias	17	0.07	Enfermedades del Sistema Genitourinario	41	1.05
Infarto Agudo del Miocardio	14	0.05	Enfermedades Crónica de Vías Respiratorias	39	1
Enfermedades del Sistema Genitourinario	10	0.04	Enfermedades del Sistema Nervioso	39	1
Enfermedades Hipertensivas	10	0.04	Enf. Del Sistema Respiratorio	39	1
Enfermedades del Sistema Circulatorio	9	0.04	Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras causas ext.	33	0.85
Enf. Del Sistema Respiratorio	7	0.03	Bronconeumonía/Neumonía	31	0.8
Otras causas	51	0.2	Otras causas	120	3.08
TOTAL	547	2.1	TOTAL	1183	30.4

No especificada	Nº	TASA
Accidentes, Suicidios ,Homicidios y otras causas ext.	3	
Bronconeumonía/Neumonía	1	
TOTAL	4	

**TASAS DE MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN EN PANAMÁ OESTE.
AÑOS 2000-2012**



SALUD OCUPACIONAL

La situación de en las áreas de responsabilidad es variable dependiendo de la Institución:

MINSAs

- 1- No se cuenta con el recurso humano necesario e indispensable para llevar de manera integral el programa de salud ocupacional regional
- 2- Se cuenta con un solo facultativo especializado en salud ocupacional, terapeuta ocupacional y una enfermera; siendo esta última compartida con otros programas.
- 3- No contamos con trabajo social, técnico ocupacional, psicología para llevar integralmente el programa.
- 4- No contamos con médico general en la clínica del empleado.
- 5- No se cuenta con los insumos necesarios médicos quirúrgicos y de rehabilitación para la ejecución de la atención médica ocupacional y de terapia ocupacional

- 6- Se realizan evaluaciones de peritaje médico ocupacional sobre enfermedades profesionales, ocupacionales y crónicas que podrían ser agravadas por la actividad laboral ejecutada.
- 7- Se realizan atención de control preocupacional y ocupacional a funcionarios pertenecientes a la región de salud panamá oeste y hospital Nicolás a. Solano
- 8- Se realizan inspecciones y control ocupacional preventivo en diversas empresas en conjunto con salud ocupacional de la css.
- 9- Monitoreo de departamentos que presentan riesgo ocupacional.
- 10- Capacitaciones continuas según factor de riesgo mayormente presentado y jornada anuales de salud ocupacional
- 11- Coordinación con el departamento de promoción de la salud, actividades de promoción y estilo de vida y conducta saludable a grupo de riesgo.
- 12- Vigilancia continua de factores de riesgo en el área laboral
- 13- Falta de transporte para el traslado a la evaluación y control de salud ocupacional empresarial.

Personal evaluado en salud ocupacional pertenecientes a RSPO/HNAS	1403
Personal evaluado con patologías de salud ocupacional y enfermedad profesional	841 (60%)
Personal evaluado con enfermedades crónicas	1192 (85%)

La notificación de los accidentes de trabajo ha mejorado a partir de finales de 2013. Han venido en aumento en comparación a otros años previos, aunque su reporte anteriormente no era continuo.

Año	No. De reportados	accidentes	Tipo de accidente más prevalente	Causas
2012	06		Biológico	Condición peligrosa y acto inseguro
2013	12		Biológico/trauma contuso	Condición peligrosa y acto inseguro
2014	06 (reporte hasta agosto 2014)		Trauma contuso/ accidente en auto (trayecto)	Condición peligrosa y acto inseguro

En las enfermedades ocupacionales su control y seguimiento se ha mejorado en comparación al año 2012.

Patología ocupacionales más frecuentes	Enfermedades crónicas más frecuentes	Grupo de trabajadores susceptibles
<ul style="list-style-type: none"> • Lumbopatías discales • Lumbopatías posturales • Escoliosis funcionales • Estrés laboral • SD. Ansioso depresivo y otras psicopatías 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad y sobrepeso • hipertensión arterial • Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 (67%) • Síndrome metabólico • Enfermedades óseas degenerativas (osteoartrosis) • Neoplasias operadas (ca. Mama, ca.cu) 	<ul style="list-style-type: none"> Odontólogos Enfermería Médicos y laboratoristas Técnicos de vectores Administrativo

CAJA DE SEGURO SOCIAL

- Cuenta a nivel de la Provincia Panamá Oeste con Equipos Locales de Salud y Seguridad Ocupacional en las tres Policlínicas y en la ULAPS de Vacamonte.
- Disponen de un Recurso Humano especializado en diferentes disciplinas: Médico especialistas en Salud Ocupacional (6), Enfermeras especialistas en Salud Ocupacional (4), Técnicos (4), Higienista Ambiental (1), Químicas (2), Educadores en Salud Ocupacional (3), Trabajadores Sociales (2), Terapistas Ocupacionales (2), Captador de datos (1), Secretaria (1) y Psicólogo (1).
- En las Unidades Locales de Salud y Seguridad Ocupacional como: Pol. Dr. Santiago Barraza de La Chorrera y Pol. Juan Vega Méndez se han adquirido Equipo de Monitoreo básicos para realizar evaluaciones en campo de las condiciones de higiene y seguridad, sin embargo los mismos requieren calibración anual y la asignación del presupuesto para ello no se da.

- Se realizan las evaluaciones médicas de los trabajadores en campo y consulta:
 - Atención medica integral de los trabajadores referidos de consulta externa general, especializada y cuarto de urgencia
 - Calificación médica de la discapacidad
 - Control de la incapacidad temporal
 - Atención de pacientes por morbilidad laboral
 - Referencia al Centro de Rehabilitación Laboral
 - Referencia a Comisión médico calificadora
- Atención Integral a los Colaboradores Internos de la C.S.S.
- Vigilancia de la organización y ambientes de trabajo en las Empresas de la Provincia Panamá Oeste y de las Unidades Ejecutoras de la Provincia Panamá Oeste (área Psicosocial y Técnica)
- Capacitación y actualización en Promoción de la Salud y Educación para la salud de los trabajadores
- Implementación y Capacitación del Sistema de Información de Salud y Seguridad Ocupacional (SISSO). El personal de Salud y Seguridad Ocupacional está capacitado en ésta nueva herramienta.

En cuanto a cómo se han venido comportándose los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales:

RIESGOS PROFESIONALES POR TIPO DE ACCIDENTE

Unidad ejecutora	Año	Tipos de accidentes				Días de incapacidad por accidente de trabajo	Días de incapacidad por enfermedad profesional	Total de accidentes	Enf. Profesional	Total de riesgos profesionales
		Traumas	Heridas cortantes	Quemaduras y fracturas	Otros					
Coord. de SYSO	2010	646	275	117	309	8237	758	1347	209	1556
	2011	408	163	68	299	7079	1062	938	139	1077
	2012	310	84	133	233	5781	1021	7203	117	7320
	2013	775	198	317	479	8510	552	1879	135	2014
	2014	69	80	183	185	4386	238	907	97	1004

Observación: la información del 2013 es de la Pol. Dr. Juan Vega Méndez (hasta octubre) y de la Pol. Dr. Santiago Barraza (todo el año). Para el año 2014 solo es de la Pol. Dr. Santiago Barraza.

Según los informes que nos envía las Agencias de la Caja de Seguro Social se han Tramitado los siguientes días de incapacidad por año:

Año	Agencia de Arraiján	Agencia de Chorrera	Total de días de Incapacidad
2010	5198	6043	11241
2011	13009	6970	19979
2012	14396	6608	21004
2013		7391	7391
2014		2712	2712

2014 sólo se registró hasta el mes de abril

Sobre la percepción de la población con respecto a sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afectan, en su gran mayoría es conocido, pero realmente no es prevenido.

Hay mucha falta de conocimiento en la población sobre diversas patologías que le pueden afectar, incluyendo la forma de medicación que se le da a los mismos.

En el área de Salud Ocupacional, cuando se atiende las enfermedades crónicas, la mayoría de los funcionarios no conocen como, ni de qué se trata su enfermedad, a pesar de tenerla y atenderse por años por un facultativo.

Se conoce estos datos posteriores al testimonio de cada paciente que es referido a la consulta médica.

Se requiere mayor control de salud, medidas preventivas y conocimiento.

Dentro de las instalaciones de la C.S.S, se observa que los colaboradores se manifiestan al percibir cualquier situación que pueda afectar su seguridad y la salud en el ambiente de trabajo, esto se puede atribuir a la presencia de cada uno de los miembros de los Equipos Locales de Salud y Seguridad Ocupacional en el trabajo cotidiano.

Sin embargo las Autoridades competentes de nuestras instalaciones, no adquieren la responsabilidad de suministrar equipos e insumos al personal que labora en ellas. (Ejemplo equipo de protección personal a los colaboradores que ingresan a las instalaciones con los trabajadores de las fumigadoras durante las fumigaciones). El Personal de Aseo y Mantenimiento de igual manera no se le suministra el Equipo de Protección Personal adecuado.

Cuando se realizan contrataciones para trabajos en nuestras instalaciones no se contempla los requerimientos en cuanto a la seguridad que se deben realizar en las mismas, y cuando el personal técnico emite las recomendaciones para realizar los trabajos de forma segura para nuestros colaboradores no se toman en cuenta y los trabajos de todas maneras se realizan por ejemplo: pintura, construcción de estacionamiento, cambio

de techo de la Pol. Dr. Santiago Barraza; en la Pol. Dr. Blas D. Gómez Ch. de Arraiján: pintura externa del edificio, Pintura del tanque de almacenamiento de agua, mantenimiento de la cámara en microbiología.

AVANCES DE OBJETIVOS DEL MILENIO (ODM)

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se originaron como resultado de las diversas cumbres internacionales celebradas durante la década de los 90, y se consolidaron en el año 2000 al celebrarse la Cumbre del Milenio, que ha sido la única que establece un acuerdo global con metas e indicadores cuantificables a la multiplicidad de compromisos firmados por los países. Asimismo, se establecen prioridades al año 2015 y formas de medición para evaluar sus avances y cumplimiento.



Reducir la Mortalidad de los Niños Menores de 5 Años

Meta: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.

La muerte prematura es uno de los eventos poblacionales de mayor importancia para el análisis de la situación de salud y la identificación de prioridades sanitarias. Cuanto mayor sea la magnitud de la muerte prematura en la población, más baja será su esperanza de vida. Por el contrario, las ganancias en esperanza de vida reflejan en un sentido amplio, el impacto de los esfuerzos por reducir la mortalidad prematura.

INDICADORES
OBEJTIVO 4, ODM. AÑO: 2013

INDICADORES	AÑO				
	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura de C y D < 1 año	70.1	68.4	69.6	100.7	93.8
Cobertura de C y D < de 5 años	50.1	41.5	45.3	64.8	49.7
Tasa de Mortalidad Neonatal por VIH y Sífilis	....	8.1	6.7	6.4	....
Tasa de Mortalidad Post Neonatal	19	43	35	48	....
Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz	29	37	42	43	...
Tasa de Mortalidad Neonatal Tardía	14	30	17	18	...
Tasa de Mortalidad menor de 5 años	71	141	113	133	....

- Cobertura de Crecimiento y Desarrollo en menor de 7 días:
 - Se dificulta esta información, ya que el sistema arroja un gran bolso que son < de 1 año
- Porcentaje de recién nacidos en riesgo de sífilis congénita que reciben tratamiento oportuno
 - Falla en la vigilancia epidemiológica de la sífilis congénita y en el reporte oportuno de datos. (Ejm.: Muchos niños etiquetados con sospechas de sífilis congénita y pocos los confirmados).
- Porcentaje de hijos de mujeres embarazadas VIH positivo que reciben profilaxis, según Normas.
 - todos los niños que salen positivo por VIH, son atendidos en el Hospital del Niño donde reciben profilaxis y leche.
- Tasa de Mortalidad Neonatal por VIH y Sífilis
 - La base de datos de Mortalidad y Nacimiento está consolidada y se procede a buscar las variables de interés y el sistema informático solo registra a < 1 y 1- 4 años.
- Incidencia de VIH Pediátrico
 - Se desconoce ya que los niños no son atendidos en la Región además el sistema de información en epidemiología tiene la debilidad en la comunicación y reporte del diagnostico en sus respectivos Programas.

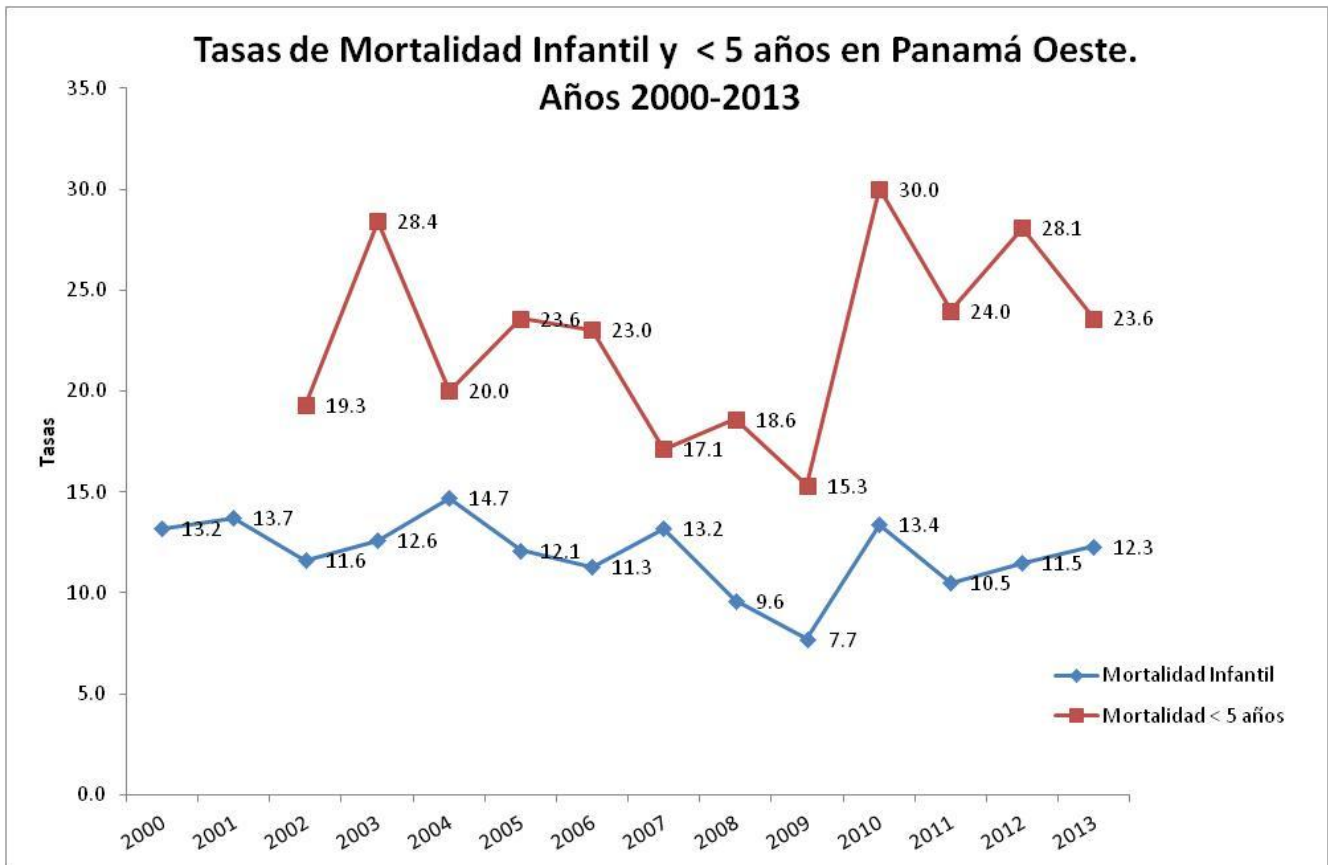
Para el año 2013, entre las principales causas de muerte infantil se encuentran: Ciertas afecciones originadas en el Período Perinatal, malformación congénita, enfermedades del sistema respiratorio, enf. del sistema nervioso y Accidentes y otras causas externas; mientras que para los menores de 5 años se encuentran: Bronconeumonía/Neumonía, Accidentes y otras causas externas, enfermedades del sistema respiratorio, otras formas de enf. del corazón y Malformación Congénita.

Para lograr la meta establecida es necesario desarrollar acciones concretas para minimizar estas causas, tanto endógenas como exógenas, sobre todo entre la población con mayores carencias.

**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES EN MENORES DE 5 AÑOS
EN PANAMÁ OESTE. AÑO 2013**

< 1 AÑO	Nº.	TASA	1 A 4 AÑOS	Nº.	TASA
Ciertas Afecciones originadas en el Período Perinatal	39	4.14	Bronconeumonía/Neumonía	6	0.16
Malformación Congénita	38	4.03	Accidentes, Suicidios ,Homicidios y otras causas externas	3	0.38
Enf. Del Sistema Respiratorio	9	0.95	Enf. Del Sistema Respiratorio	3	0.38
Enf. Del Sistema Nervioso	5	0.53	Otras formas de Enf. Del Corazón	2	0.05
Accidentes, Suicidios ,Homicidios y otras causas externas	3	0.32	Malformación Congénita	2	0.05
Bronconeumonía/Neumonía	3	0.32	Enfermedades Endocrinas Nutricionales y Metabolismo	2	0.05
Ciertas Enfermedades Infecciosas y parasitarias	3	0.32	Ciertas Enfermedades Infecciosas y parasitarias	1	0.03
Otras causas	9	0.95	Otras causas	5	0.13
TOTAL	109	11.6	TOTAL	24	0.63

Las tasas de mortalidad Infantil, por 1,000 nacimientos vivos ha fluctuado de 13.2 en 2000 a 9.7 en el año 2010 y 11.5 en el 2012. Mientras que, la tasa de mortalidad en menores de 5 años, por 10,000 nacimientos vivos ha variado de 19.3 en 2002 a 30.0 en el año 2010 y a 23.6 en el 2012. Es decir en el período señalado la tasa de mortalidad infantil y menores de 5 años no ha mostrado dinamismo a la disminución, lo que indica que los avances no parecen suficientes para lograr las metas propuestas para el año 2015.



MEJORAR LA SALUD MATERNA



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

La mortalidad materna es reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y que, además de las defunciones, el daño a la salud materna se manifiesta en una alta incidencia de la morbilidad y discapacidad causadas por la atención y el control inadecuados de los embarazos y partos, la infertilidad y las enfermedades de transmisión sexual. Por ello, la mortalidad materna y las enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto son fenómenos estrechamente ligados a los derechos de las mujeres y a la pobreza. Uno de los factores determinantes de la morbilidad y de la mortalidad materna es el acceso de las mujeres a servicios de salud de buena calidad, incluidos los servicios de anticoncepción. La falta de acceso se traduce en defunciones y daños a la salud que son totalmente evitables mediante una atención y un control adecuados”

INDICADORES
OBEJTIVO 5, ODM. AÑO: 2013

INDICADORES	AÑO				
	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura de ingreso al control prenatal	56.8	62.2	73.7	78.7	63.2
Concentración del control prenatal	5.3	4.9	5.5	5.6	3.4
% de captación x trimestre de gestación					
Ier T.	54.2	53.2	61.3	60.9	60.4
II ° T.	34.2	33.9	30.9	30.7	30.2
III er. T.	11.6	12.9	7.8	8.2	9.4
Porcentaje de cesáreas	21.4	20.7	18.3	16.0	15.1
Coberturas de puerperio	47.5	48.3	52.2	84.8	63.6
Cobertura de Planificación Familiar	9.6	9.8	12.7	14.8	11
# de PAP	25141	27591	25659	27101	13555
Cobertura de PAP (I + N)	15.8	16.8	16.6	16.7	14.3
% de Embarazadas con bajo peso	12	9.5	12.6	10.6	8.6
Anemia	5.3	2.5	4.5	2.8	3.6
Tasa de Mortalidad Materna	0.1	0.4	0.8	0.8	0.6

FOTOGRAFÍA N° 3

- Vigilancia Sanitaria.
- Accesibilidad Geográfica
- Complejidad de la red
- Bolsones de desprotegidos
- Recursos Humanos
- Insumo Sanitario



FOTOGRAFÍA N° 3

CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

Vigilancia Sanitaria

Su principal objetivo es servir de guía para la obtención de información y conocimientos epidemiológicos relevantes del área de responsabilidad, sobre los riesgos y daños de la salud a través del desarrollo y fortalecimiento del sistema nacional de Epidemiología a fin de coadyuvar en las acciones de prevención y protección de la salud, definidas por el ministerio de salud en sus políticas.

Propósitos:

- Disminuir la mortalidad causada por los brotes y epidemias.
- Asesorar las políticas de salud pública para un abordaje integral, intersectorial e interdisciplinario.
- Fortalecer la efectividad y sostenibilidad de las estrategias nacionales a través de la comunicación social y la participación comunitaria.
- Contar con personal de salud capacitado en el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de las enfermedades.

Entre los problemas que debe vigilar se encuentran:

- Vigilar los eventos de notificación obligatoria e inmediata.
- Control de las impurezas de las aguas, aire, residuos sólidos y líquidos y su tratamiento
- La salubridad de las ciudades,
- La circulación de mercaderías, de personas y
- Vigilar los productos y servicios que son consumidos diariamente
- Vigilancia de ambientes especiales (hospitales, laboral, etc.
- Vigilancia de las enfermedades transmisibles (Decreto 268)
- Vigilancia de enfermedades crónicas o no transmisibles
- Vigilancia de los factores de riesgo y de protección de la salud.
- Otras acciones que tenían todas ellas como finalidad la protección de la salud de la población.

En ese conjunto de reglas que disciplinaban comportamientos y relaciones, y en la fiscalización de su cumplimiento, se puede reconocer el origen de lo que hoy se denomina vigilancia sanitaria.

Fortalezas

- Componentes básicos del abordaje existente en los sistemas de salud con sus normas protocolos y guías.
- Alto porcentaje de la población con acceso a los programas de salud.
- Conocimiento de la población sobre los problemas de salud.
- Reconocimiento de la salud como prioridad por parte de las demás instituciones.
- La existencia de una comisión interinstitucional e intersectorial
- Existencia de leyes, decretos y políticas de estado que transformen y modernicen los sistemas que apoyan a las actividades de salud, con participación intersectorial.
- Recurso humano capacitado, con experiencia y motivado.

Debilidades

- Escasez de recurso humano, financiero y logístico para las acciones de prevención y control.
- Deficiencia en el cumplimiento de las normas, protocolos y guías.
- Poca disposición por parte del personal de salud.
- Desconocimiento de la magnitud de los problemas de salud por parte de la comunidad.
- Poca participación de la comunidad en las acciones de salud.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

Las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por distrito son:

- Arraiján: Burunga, Playita de Bique y Loma Cová.
- La Chorrera: El lirio, Las Pavas y Arosemena
- Capira: Cirí de los Sotos, Tres Hermanas, Rio Indio, Sta. Rosa, Claras Arriba.
- Chame: Manglarito
- San Carlos: Mata ahogado, los Llanitos y guayabito.

Comunidad de Boyála (Loma Cová)



Tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana:
 Los tiempos varían de acuerdo a la estación del año (lluviosa o seca), así como del medio de transporte utilizado.

DISTRITO	Comunidad/Lugar Poblado	Distancia a instalación más cercana (tiempo)	distancia a instalación más cercana (Km)	Transporte utilizado	Costo (por persona) BI/.
ARRAIJAN	Sectores de Burunga, Playita de Bique, Loma Cová	45 min	7.2-11.1	auto	BI/3.00
CAPIRA	Río Indio, Sta. Rosa, Claras Arriba.	1-2.30 horas	28.7 - 34.7	Pick up, caballo	BI/3.00- BI/5.00
CHAME	Manglarito, Pta. Chame	1-1.30	21-26	auto	BI/3.00
LA CHORRERA	Las Pavas			Pick up, bote	BI/3.00- BI/7.00
SAN CARLOS	Mata ahogado		27.1	Pick up, caballo	BI/5.00

Las distancias existentes entre las instalaciones de salud con personal más cercana y estas comunidades podrían varias desde horas, ya que en las mismas no se cuentan con transporte permanente y las carreteras de acceso en mal estado.

Ejm: Las Pavas-Hospital Nicolás A. Solano 2.5 horas

COMPLEJIDAD DE LA RED

La Región de Salud de Panamá Oeste está compuesta por una red pública de atención formada por un total de 80 Instalaciones distribuidas de la siguiente manera: 44 Puestos de Salud, 11 Sub Centros de Salud, 1 CAPPs, 1 Centro de Promoción, 11 Centros de Salud, 5 ULAPS, 3 Policlínicas, 3 MINSA-CAPSi y 1 Hospital Regional de Segundo Nivel que cubre la demanda de la Red Primaria del Ministerio de Salud y La Caja de Seguro Social.

TOTAL DE INSTALACIONES DE SALUD, EN PANAMA OESTE

AÑO 2014	
DENOMINACION	TOTAL
TOTAL	80
HOSPITAL	1
MINSA-CAPSI *	3
POLICLINICAS	3
CENTROS DE SALUD	11
ULAPS	5
CENTRO DE ATENCION DE PROMOCION	1
CAPPs	1
SUB. CENTROS DE SALUD	11
PUESTOS DE SALUD	44

* Actualmente solo se ha inaugurado el MINSA-CAPSi de El Coco (sin iniciar funciones), Burunga en equipamiento y Puerto Caimito en Construcción. Por parte de la CSS está en fase de Construcción una Policlínica en Lídice que repondrá una CAPPs.

Con base a los niveles de atención, las instalaciones de la red pública regional de salud y su caracterización con respecto a la complejidad tanto del MINSA como de la CSS, el 97.5% pertenecen al I Nivel de Atención y el 2.5 al II Nivel de Atención; de las mismas el 89.7% están bajo la responsabilidad del MINSA y el 10.3 a la CSS. En cuanto al II Nivel el 50% pertenece al MINSA y el otro 50% a la CSS.

En cuanto a los horarios de atención el 100% de las Instalaciones brindan atención en horario de 7:00 am-3:00 pm, sin embargo 1 Centro de Salud (Capira) labora en horario extendido hasta las 11:00 pm; 1 policlínicas de la CSS y el Hospital Regional Nicolás A. Solano brindan atención de urgencias con sus servicios de apoyo las 24 horas.

INSTALACIONES ESTATALES DE SALUD, PANAMÁ OESTE AÑO: 2013



La red de servicios esta sectorizada basándose en una cantidad determinada de población de responsabilidad, en un espacio geográfico a la que se asignan una oferta sostenida de atención en una instalación de salud, de acuerdo al lugar de residencia o trabajo y otros criterios, con el propósito de conseguir la máxima operatividad y eficacia en la provisión de los servicios de salud.

Entre los criterios aplicados para la sectorización están:

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

Los equipos básicos de salud se integran a los establecimientos de salud, a través de coordinaciones internas para el monitoreo y seguimientos dirigidos por el director del centro de salud, donde la comunidad se incorpora en el momento que se le solicita.

Los equipos básicos de APS están constituidos por el Médico, personal de Enfermería, Odontología, Educador para la Salud y/o Técnico en Salud Ambiental; a las cuales se les asigna una zona de responsabilidad, apoyados por el equipo de atención complementario como son: Laboratorio, Farmacia, Trabajo social y Profesionales especialistas.

Convencionalmente, la disponibilidad de los equipos básicos se ha calculado de acuerdo al número de trabajadores por mil o 10 mil habitantes, incluyendo, generalmente, sólo tres categorías ocupacionales del conjunto de la fuerza de trabajo en salud (médicos, enfermeras y odontólogos). Sin embargo, esta proporción no refleja la real disponibilidad a nivel regional, urbano-rural, y por tipo de población, por lo que este indicador se considera inicialmente para efectos de contar con una referencia general sobre la disponibilidad de recursos humanos y hacer comparaciones globales entre los países de América Latina, el Caribe, y de otras latitudes

La cartera de servicios y programas que se ofertan a la población desarrolla estrategias de promoción de la salud, de vigilancia y control de factores de riesgo, de prevención de enfermedades y diagnóstico precoz, de apoyo para el auto-cuidado; y servicios de atención de morbilidades, rehabilitación, atención paliativa y domiciliaria; los mismos se asignan para asumir y facilitar la atención sanitaria y las prestaciones básicas correspondientes a su nivel de atención y debe responder a las necesidades de Salud colectivas e individuales de su población de responsabilidad.

CARTERA DE SERVICIOS Y UNIDAD DE PRODUCCIÓN PARA LA RED FIJA

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNITARIA	
Promoción de estilos de vida saludables en la población	Sesiones educativas realizadas
Promoción de la Salud	Sesiones educativas realizadas
Promoción de Salud Ambiental, Ambientes Laborales, Escolares y Comunitarios Saludables	Sesiones educativas realizadas
Promoción de Salud Ambiental, Ambientes Laborales, Escolares y Comunitarios Saludables	Visitas realizadas
Capacitaciones de promoción de la salud.	Capacitaciones realizadas
Capacitaciones de promoción de la salud.	Personas capacitadas
Organización y reorganización de grupos comunitarios.	Grupos organizados.
Organización y reorganización de grupos comunitarios.	Redes organizadas.
Organización de juntas administradoras de acueductos rurales	JAA organizadas
Información a la comunidad sobre factores protectores a la salud y prevención de riesgos y daños a salud	Vallas instaladas
Comunicación para la Salud y mercadeo social	Materiales impresos distribuidos (Trípticos, afiches y volantes).
	Artículos periodísticos publicados
	Anuncios radiales y televisivos presentados
	Campañas educativas realizadas
	Ferias de salud realizadas
	Investigaciones realizadas
PROGRAMAS DE SALUD INTEGRAL, DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.	
Epidemiología	
Vigilancia Epidemiológica	Investigaciones Epidemiológicas
Niñez y Adolescencia	
Inmunización	Dosis aplicadas
Control Infantil (de 0 a menores de 5 años)	Consultas y/o actividades
Escolar (de 5 a 14 años)	Consultas y/o actividades
Adolescentes (de 15 a 19 años)	Consultas y/o actividades
Salud Sexual y Reproductiva	

Toma de Papanicolaou	Consultas y/o actividades
Colposcopia	Estudios
Planificación familiar	Consultas y/o actividades
Control prenatal	Consultas y/o actividades
Control de Puerperio	Consultas y/o actividades
Clínica de embarazo de alto riesgo	Consultas y/o actividades
Inmunización de la embarazada	Dosis aplicadas
Salud de Adultos	
Salud de adultos de 20 a 59 años	Consultas y/o actividades
Salud de adultos de 60 y más años	Consultas y/o actividades
Control y seguimiento a Manipuladores de Alimentos y operarios de establecimientos de interés sanitario	Consultas y/o actividades
Higiene Social	Consultas y/o actividades
Inmunización del adulto	Dosis aplicadas
Control y Cesación del consumo de tabaco	Consultas y/o actividades
Control de VIH-SIDA	Consultas y/o actividades
Control de Tuberculosis	Consultas y/o actividades
Control y Tratamiento para Leishmaniasis	Consultas y/o dosis aplicadas
Extensión de Cobertura (ver la cartera de prestaciones prioritizadas de las UBAS)	Consultas y/o actividades
SERVICIOS DE ATENCIÓN	
Medicina General	Consulta
Medicina Familiar	Consulta
Ginecología-Obstetricia	Consulta
Pediatría	Consulta
Psiquiatría	Consulta
Odontología	Consulta y/o actividades
Enfermería	Consultas y/o actividades
Psicología	Consultas y/o evaluaciones
Trabajo Social	Consultas y/o actividades
Nutrición	Consulta y/o actividades
Fisioterapia	Sesiones
Terapia ocupacional	Sesiones

Terapia de la voz/ Audición y lenguaje	Sesiones
Electrocardiograma	Estudios
Mamografía	Estudios
Ultrasonido	Estudios
Fonoaudiología	Sesiones y/o actividades
Imaginología	Estudios y Placas.
Telemedicina	Consultas
Inhaloterapia	Nebulizaciones
Laboratorio clínico	Análisis y Estudios
Farmacia	Medicamentos despachados
Urgencia	Consultas y Procedimientos quirúrgicos menores
Atención Domiciliaria	Consulta y/o actividades
PROGRAMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS DEL MEDIO AMBIENTE.	
Salud ambiental y Calidad Sanitaria del Ambiente.	Inspección de viviendas y establecimientos de interés sanitario.
	Inspección y control de sistemas de disposición y manejo de desechos peligrosos y no peligrosos y residuos o basura.
	Control de ruidos,
	fuentes contaminantes, plaguicidas,
	ambientes libre de humo de tabaco y Radiaciones ionizantes.
Construcción de letrinas	Letrinas construidas
Inspección de alcantarillados	Alcantarillados inspeccionados
Inspección de plantas de tratamiento aguas residuales	Plantas de tratamiento inspeccionadas
Atención de quejas sobre la mala inspección de excretas y aguas servidas	Quejas atendidas
Construcción de pozos excavados y perforados	Pozos excavados y perforados construidos
Construcción de acueductos rurales	Acueductos rurales construidos
Inspección y mejoras de acueductos	Acueductos mejorados y/o inspeccionados

Instalación de sistemas de desinfección de agua	Sistema de cloración de agua instalados
Toma de muestra de agua para análisis	Muestra de agua tomadas
Vigilancia sanitaria a establecimiento de plantas de procesamiento y/o manipulación de alimentos	Inspecciones sanitarias realizadas
Permisos sanitarios de operación a establecimientos	Establecimientos con permisos sanitarios de operación
Toma de muestra de alimentos para análisis de laboratorio	Muestras tomadas para análisis
Vigilancia de la disposición final de desechos peligrosos tratados	Inspecciones de la disposición de desechos
Vigilancia de los niveles de emisión	Áreas evaluadas
Vigilancia y evaluación de los niveles de ruidos ambientales	Áreas evaluadas
	Establecimiento que producen contaminación acústica
Control y evaluación de partículas en suspensión y detección de gases en el ambiente	Áreas evaluadas
Vigilancia y control de los plaguicidas de uso doméstico y agrícola	Casos con intoxicación de plaguicidas
	Casas con buen almacenamiento de plaguicidas y equipos
	Personas que utilizan equipo de protección adecuada
Evaluación y control de factores de riesgos en los ambientes de trabajo	Inspecciones sanitarias realizadas en ambientes de trabajo
	Establecimientos con ambientes de trabajo no adecuado
Atención de quejas	Quejas atendidas y solucionadas
Vigilancia y control de vectores y plagas	Inspecciones sanitarias realizadas a locales y viviendas
Tratamiento antipalúdico	Dosis aplicadas.

Las tarifas a las cuales se ofrecen los servicios en las instalaciones del MINSA oscilan entre los BI/. 0.50 y BI/.2.00 para la atención y para tener acceso a los servicios de apoyo se establecen tarifas económicas distintas (sí el usuario no cuenta con la disponibilidad de pago se le realiza una evaluación socio-económica y se procede a prestar el servicio); estas tarifas incluyen la atención para usuarios asegurados y no asegurados. Es importante mencionar que esto es aplicable a usuarios que no apliquen en la Ley de Gratuidad.

Mientras que en las instalaciones de la Caja de Seguro Social los asegurados tienen derecho a recibir:

- Atención hospitalaria.
- Medicamentos.
- Atención odontológica.
- Servicios de radiología y laboratorio.

Estos servicios pueden ser brindados en las instalaciones propias de la Caja de Seguro Social o en las instalaciones que la misma contrate. No obstante, la misma ley prevé que la Institución podrá reglamentar la amplitud de los servicios que conceda, a través de un reglamento de Prestaciones Médicas. Los pensionados y jubilados pueden recibir un reembolso por la adquisición de lentes y prótesis dentales de la mitad del gasto en que incurran. La población no asegurada que acuda a recibir atención a la CSS pagará tarifas económicas dependiendo el servicio, siempre y cuando no sea beneficiario por la Ley de Gratuidad.

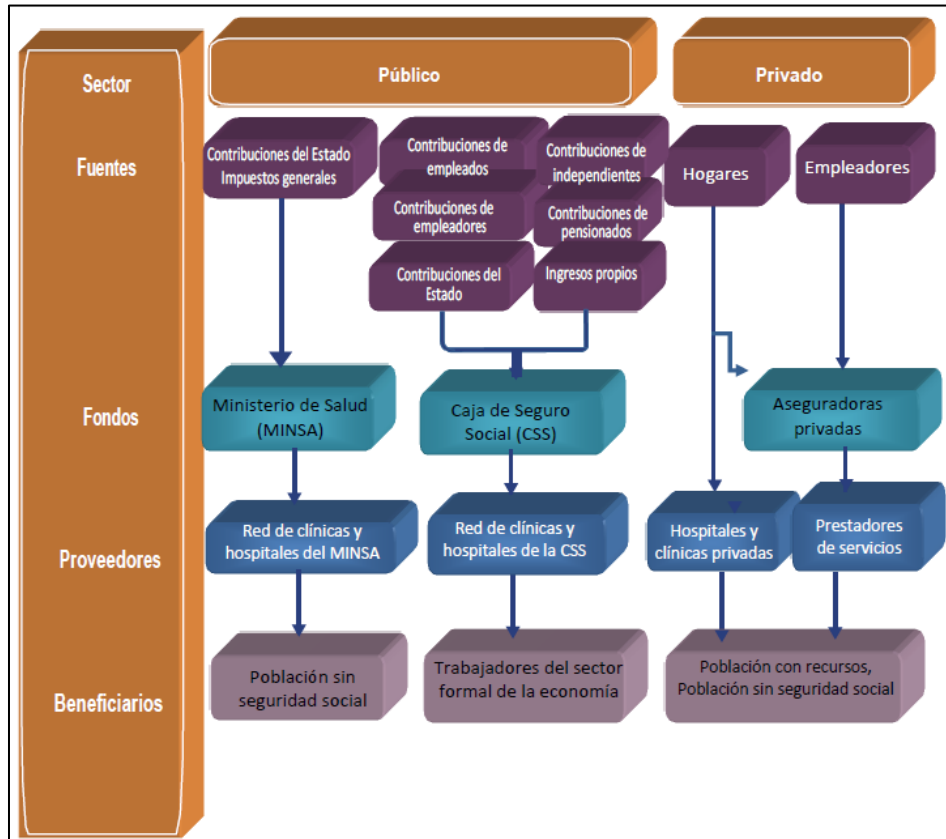
Para la prestación de servicios de salud se aplican en cada una de sus instalaciones y áreas Normas técnico-administrativas y Protocolos de atención, con el objetivo de tener guías y lineamientos de abordaje, podemos mencionar: protocolos de atención en los servicios de urgencia, enfermería, odontología y servicios médicos. Estas normas deben ser revisadas anualmente y realizar los correctivos necesarios para la mejor atención.

La red de servicios del MINSA con la de la CSS se articula con una red de instalaciones de primer y segundo nivel de atención, no obstante, esta debe ajustarse al principio de utilización racional de los recursos institucionales de manera eficiente y eficaz, entendiéndose por esto, la no duplicación de los servicios, y en consecuencia la contención de sus costos de atención, sin embargo o existe consenso en la aplicación de la Red de Servicios MINSA – CSS.

Los mecanismos de coordinación conllevan la comunicación para que la atención de los usuarios se brinde en forma integral y continua, oportuna, eficiente, eficaz, así como la comunicación de tipo técnico-administrativa.

Se requiere de la formalización y firma de un convenio MINSA – CSS que exprese acuerdos Institucionales de Carácter Legal y operativa para la integración del Sistema de Salud Regional Integrada de Provisión de Servicios y la aplicación del Nuevo Modelo de Atención Familiar, Comunitario y Ambiental

SISTEMA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



El sector público y el sector privado, prestan servicios a segmentos diferenciados de población. Este escenario donde diferentes subsistemas coexisten con distintos mecanismos de financiamiento, afiliación y provisión genera la segmentación. De igual manera, la existencia de múltiples agentes que se superponen y operan sin coordinación e integración dentro del sistema de salud induce a la fragmentación; así como a la separación de las funciones del sistema de salud. Esto aumenta el costo de atención de salud y obstaculiza la asignación eficiente de recursos dentro del sistema.

Ambos fenómenos, repercuten en el incremento de gastos de administración, la reducción del tamaño de beneficiarios y en el logro de la equidad y de la eficiencia. Asimismo, han impactado en las asimetrías que se observan en los procesos de descentralización; por el

surgimiento de nuevos actores públicos y privados en el sector salud, progresivo aumento en la participación de los seguros privados; y un marcado deterioro de la salud pública.

No existe en la Región una real articulación de la red informal con los servicios de salud, a pesar que se brinda capacitación y monitoreo a parteras tradicionales no se ha recibido el impacto esperado.

El paciente entra al sistema según sus necesidades de salud y es referido de acuerdo a la severidad de la patología al nivel de atención correspondiente, de acuerdo a protocolos de atención establecidos.

Todo paciente que sea evaluado por su médico tratante y éste considere que amerita una consulta especializada, debe ser referido a la especialidad con el formulario que para esta finalidad tiene la institución. Se solicitará evaluación tomando en consideración los protocolos de atención por patología de los diferentes servicios.

El mecanismo para el flujo de pacientes a lo interno de los Centros de Salud, es regulado y supervisado por cada Instalación y otra se logra ordenadamente haciendo uso del sistema de Referencia – Contrarreferencia el cual consiste en un formulario de cuatro hojas de colores que deben ser llenadas por el médico y cuyo destino es el siguiente:

Hojas verde queda en el expediente del paciente referido con las hojas de color blanco, amarillo y rosado El especialista se queda con las hojas amarillo y rosado, y envió al paciente de regreso a su Centro con la Contrarreferencia ya contestada en la hoja blanca. La hoja amarilla reposará en los archivos de la Instalación receptora de la Referencia, la hoja rosada se enviará al Departamento de P.S.S. para su evaluación.

No hay un mecanismo definido en el proceso de Referencia y Contrarreferencia entre el segundo y tercer nivel de atención; se utiliza el mismo formulario que se emplea a nivel regional; sin embargo este sistema a este nivel no es efectivo ni eficiente pues no hay supervisión en el flujo de las Referencias.

El sistema de referencia – contra referencia a pesar de considerar la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias, el mismo no es funcional.

En Panamá Oeste se utiliza el SURCO, el mismo está legalizado mediante la Resolución #422 del 9 de diciembre del 2003 del MINSA. La principal dificultad que incide en el funcionamiento efectivo del SURCO es que no hay contrarreferencia del hospital ni de los especialistas.

El 85% de las Instalaciones del MINSA necesitan mejoras en las estructuras físicas, entre estas reposiciones, ampliaciones y adecuaciones acordes al aumento de la población y

cartera de servicios. Sin embargo, en la mayoría se cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad como rampas de acceso y pasillos amplios, no así en baños adecuados.

En Panamá Oeste no contamos con Centros Reintegra, ni se cuenta con censo actualizado de la población de discapacitados.

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	11	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	0	
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

El foco principal se localiza en el área de Loma Cová, entre los principales riesgos que los afectan están: las enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición y enfermedades reemergentes y las asociadas con el ambiente.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO

DISTRITOS	NACIDOS VIVOS (1)	HEPATITIS B		BCG		ROTA VIRUS		POLIO		INFLUENZA		PENTA VALENTE	
		RN	% NACIDOS VIVOS	1ª	NACIDOS VIVOS	2ª	% NACIDOS VIVOS	3ª	% NACIDOS VIVOS	1ª	% NACIDOS VIVOS	3ª	% NACIDOS VIVOS
TOTAL	8988	8114	90.3	9043	100.6	8526	94.9	8054	89.6	4395	48.9	7595	84.5
ARRAIJÁN	4269	3837	89.9	4233	99.2	3857	90.3	3660	85.7	2026	47.5	3282	76.9
CAPIRA	755	634	84.0	763	101.1	783	103.7	707	93.6	343	45.4	696	92.2
CHAME	370	356	96.2	386	104.3	378	102.2	370	100.0	168	45.4	375	101.4
LA CHORRERA	3335	3043	91.2	3403	102.0	3216	96.4	3040	91.2	1752	52.5	2992	89.7
SAN CARLOS	259	244	94.2	258	99.6	292	112.7	277	106.9	106	40.9	250	96.5

LOS RECURSOS HUMANOS

Los cambios han sido pocos, debido a que se ha centralizado en algunos recursos humanos el procedimiento de reclutamiento, asignación a puestos de trabajo, y número de trabajadores, sin embargo se han introducido mecanismos de orientación al recurso de primer ingreso, con el apoyo del personal técnico de cada disciplina con el aporte de documentación manual, elaborado por cada uno de ellos y con pasantías entre 1 a 5 días de orientación.

Los recursos que sirven en la red informal de salud (parteros) se capacitan semestralmente en la región de salud y es supervisada por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Las actualizaciones técnicas administrativas se actualizan a través de planes, cronogramas de capacitación continua y permanente mensualmente con duración de 4 horas, 4 días de atención en el centro de salud, un día de visitas a la comunidad o programa escolar y las giras se programan según estación del año en relación a los lugares lejanos.

Las decisiones tomadas por el equipo de salud son basadas en las necesidades y prioridades que el EBS identifica en los diagnósticos realizados por zona sanitaria de la cual elaboran sus planes de acciones.

El equipo de salud determina los costos de atención basados en los análisis de costos de producción de los servicios y los de mayor peso son los servicios personales (85% en salarios).

Las tarifas existentes no contemplan los costos reales de los servicios, ya que se fijan tarifas estimada para sean accesibles para la población.

Los costos estimados no se utilizan en el proceso de compensación de costos pactado con la CSS, ya que las mismas no responden a los costos reales de la atención; lo que lleva a la CSS a desembolsar un monto anualmente por la atención de sus pacientes basados en una cartera consensuada, de los servicios que la CSS no tiene capacidad resolutive en Panamá Oeste.

En nuestra región no existen entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, los mismos se trasladan a la ciudad capital para realizar su formación.

Entre las acciones del MINSA para mejorar el desempeño en la evaluación de las FESP están como primer paso la elaboración consultiva y participativa de un análisis situacional de salud, determinar las limitantes y las estrategias para mitigar las debilidades involucrando a todos los actores.

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD SEGÚN
DIMENSIÓN DE RECTORÍA POR QUINQUENIO 1990-2014**

MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIOS E INCIDENCIA EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD																
Funciones Sistema de Salud Subsectores	PERIODO															
	1990-1994			1995 -1999			2000-2004			2005 -2009			2010-2015			
	Público	Seg.S	Privado	Público	Seg.S	Privado	Público	Seg.S	Privado	Público	Seg.S	Privado	Público	Seg.S	Privado	
Regulación	✓			✓			✓			X			✓			
Conducción	✓			X			✓			✓			✓			
Desempeño FESP	✓			✓			✓			✓			✓			
Financiamiento	✓			✓			✓			X			✓			
Aseguramiento	X			X			X			X			✓			
Provisión	✓			✓			✓			✓			✓			

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

RECURSO HUMANO, EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE, MINSA. 2013

PROFESIONALES	TOTAL
TOTAL	170
MEDICOS GENERALES	83
MÉDICOS INTERNOS	27
ESPECIALISTAS	60
ANESTESIOLOGO	9
CARDIOLOGO	1
CIRUJANOS GENERALES	5
DERMATOLOGO	1
FISIATRA	1
GASTROENTEROLOGO	0
GINECOOBSTETRA	9
MEDICINA INTERNA	4
NEONATOLOGO	1
NEUMOLOGO	1
ONCOLOGO	1
ORTOPEDA	3
OTORRINOLARINGOLOGO	2
PATOLOGO	2
PEDIATRA	11
PSIQUIATRA	6
RADIOLOGO	2
UROLOGO	1

ODONTOLOGIA	ODONTOLOGO	44
	ASIST DE ODONT.	23
ENFERMERIA	ENFERMERAS	143
	TEC. DE ENFERMERIA	165
EST. PRECOZ		11
TRABAJO SOCIAL		6
PSICOLOGÍA		3
PSICOPEDAGOGIA		1
FONOAUDIOLOGIA		1
RADIOLOGIA	TEC. DE RX. E IMAGEN.	14
	ASIST.	1
BIOMEDICA	INGENIERO	1
	TEC. EN BIOMEDICA	1
FISIOTERAPISTA		9
EDUC. PARA LA SALUD		8
FARMACIA	FARMACEUTICO	8
	ASIST.	24
INSPECTORES	INSPEC. DE SAN. AMB.	11
	TEC. EN AGUA	1
VECTORES		43
VETERINARIOS		9
TEC. EN ORTOPEDIA		5
NUTRICION	NUTRIC.	5
	ASIST. DE NUTRIC.	6
LABORATORIO	LABORATORISTA	27
	ASIST. DE LAB.	14
	CITOTECNOLOGO	2
	HISTOTECNOLOGO	2
REG. Y ESTADISTICA	ESTADISTICO I	28
	ESTADISTICO II	30
	ESTADISTICO III	10
PROMOTORES DE SALUD		12
OTROSTECHICOS	AYUDANTES DE SALUD	29
	OTROS	6
ADMINISTRATIVOS		548

1421

LOS INSUMOS SANITARIOS

A nivel regional contamos con 22 farmacias funcionando en el sector público distribuidas de la siguiente manera: 1 Hospital Nicolás A. Solano, 3 Policlínicas, 11 Centros de Salud, 4 ULAPS, 1 SubCentro de Salud y 2 CAPPs; y no contamos con farmacias comunitarias; todas en pleno conocimiento de la Resolución No.632 de 2009 "Por medio de la cual se adopta la Política Nacional de Medicamentos".

Igualmente se conoce sobre la existencia de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) como estrategia para favorecer el acceso universal, con equidad e igualdad a los medicamentos y promover su uso racional. Dentro de ésta no se conoce sobre el avance en la elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales y especializados.

Actualmente existe un listado regional de medicamentos, médico-quirúrgicos, laboratorios, odontología, Imagenología que considera los niveles de atención (complejidad) en medicamento de uso Hospitalario, Centro de Salud, Sub-Centros y Puestos de Salud, el mismo está compuesto de 346 renglones, de los cuales los 341 están disponibles para uso a nivel Hospitalario, 290 a nivel de Centro de Salud, y 80 a nivel de Sub-Centro y 30 a nivel de Puesto de Salud. Son utilizados por los Médicos que consideren necesarios su restricción a un paciente y por indicaciones y seguimiento de las órdenes dadas por los Especialistas de Nivel de mayor grado de complejidad.

En la Región de Salud Panamá Oeste se conoce y utiliza la herramienta LSS/SUMA desde el año 2009, para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, Imagenología en el almacén regional de Insumos Sanitarios.

Los informes generados por LSS/ Suma son utilizados para la toma de dediciones gerenciales, tales como existencias, salidas generadas, inventario por Insumos, fechas próximas de vencimientos, Insumos con nada o poco rotación en un período de tiempo.

Los esquemas de distribución y/o entrega de Insumos son útiles para facilitar el acceso a los Medicamentos, Médico Quirúrgico, Laboratorio, Odontológico, a los grupos poblacionales de nuestra responsabilidad. El flujo de distribución de esos Insumos desde el Almacén Regional se origina con la solicitud que elabora cada unidad ejecutora (Centro, sub- Centros Puestos de Salud). Para dos meses hacia cada una de los diferentes Coordinaciones.

A su vez cada Coordinación evalúa las solicitudes las cuales son remitidas posteriormente al Almacén Regional para su despacho y entrega dentro de los primeros 5 -10 días del mes (la falta de vehículo nos impide cumplir con el cronograma de entrega pre-establecido).

También el uso de los formatos de consumo diario en el área de Farmacia de los Centro de Salud; el mismo se ha utilizado como herramienta, para la toma de decisión en la estimación de necesidades para el 2015, en nuestra Región.

Los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapia no están conformados, debido a la falta de recurso humano para apoyar y llevar los procesos que estos comités demandan.

Igualmente, se aplican protocolos de tratamiento estandarizado para las patologías prevalentes como es en el caso de TBC.

Hasta el momento no existe información disponible sobre los profesionales, horarios, ni sus disponibilidades en el sector privado.

Las farmacias de la red de Salud Publica de Servicios de Salud (MINSA) está compuesta por 11 Centro de Salud de los cuales solo 2 (Magally Ruíz y Nuevo Arraiján) cuentan con Farmacéutico, de ellos una es permanente y la otra de contrato dentro de la estructura de del MINSA- Capsi del Coco.

El horario de atención de estos profesionales es de 7:00 a.m. – 3:00 p.m. de lunes a viernes. Durante la falta del Farmacéutico el servicio es cubierto por personal Asistente de Farmacia.

El resto de los Centros de Salud 10 en su totalidad son Asistente de Farmacia bajo la supervisión del Coordinador Regional de Farmacia.

El laboratorio del Hospital Reg. Nicolás A. Solano cuenta con el servicio de Banco de Sangre, sin embargo no contamos con la información disponible sobre el número anual de donaciones de sangre.

A nivel del MINSA existen 8 laboratorios clínicos (7 en el I nivel y 1 en el II nivel), y 1 laboratorio de agua y alimentos funcionando.

1. Existe un laboratorio de referencia definido. Qué criterios se aplicaron para su selección?

Los costos de los medicamentos son uniforme para los usuarios a lo largo de todas las Farmacias de la Red de Servicios, además se cumple las normativas establecidas en las leyes de gratuidad según el Decreto Ejecutivo # 546 y la Ley # 42 del 27/8/1999 de Discapacidad.

El usuario que no puede costear sus medicamentos se le realiza una evaluación Socio-Económica que le permite acceder a sus Tratamientos

Los criterios de las tarifas del costo de los Medicamentos para los usuarios se definen utilizando el precio de referencia del valor del producto adquirido mediante las licitaciones llevadas a cabo a Nivel Nacional. Este costo es el que se transfiere al usuario y las ganancias generadas por este rubro son manejados en su totalidad por la instalación de Salud por lo que el margen de ganancia sería total.

El laboratorio de referencia definido para citología es en el Hospital Nicolás A. Solano.

La adquisición de Medicamentos a nivel Regional se prioriza en base a la disponibilidad presupuestaria existente en el momento, posteriormente se toma en cuenta las morbilidades más frecuentes y la necesidad de los medicamentos más utilizados o demandados por la población y contenidos en la lista Básica de Medicamentos.

FOTOGRAFÍA N° 4

- Lista de Espera
- Horario de Servicios
- Mecanismos para la medición de la satisfacción del cliente
- Control de Calidad



FOTOGRAFÍA N° 4

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

Actualmente se cuenta con dos quirófanos en el HRNAS (1 programados y 1 para urgencia) aunque se mantiene quirófano disponible, pero por déficit de recurso humano no se pueden habilitar. La mora quirúrgica actual se mantiene en el servicio de Ginecobstetricia. Se mantiene un registro y control efectivo, solo con una limitante: aquellas personas de áreas de difícil acceso que no se les puede contactar si hubiese el caso de omisión, para evitar los gastos.

El mayor número de usuarios en espera por la atención demandada se concentran en el servicio de ortopedia.

No se lleva un registro de rechazo de pacientes a nivel hospitalario, no existe el rechazo siempre y cuando exista el protocolo. En el HRNAS se cuenta únicamente con una tecnóloga médica que no logra atender la demanda, por lo que del servicio de laboratorio se rechazan pacientes.

La mayor proporción existente de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención se concentra en los Distritos de San Carlos y Capira.

Entre los mecanismos utilizados para otorgar citas de medicina general y especializada están el centro de llamadas (css), citas y demanda espontanea (MINSA). Aunque es importante resaltar que el sistema de citas telefónicas de la CSS no le permite a las embarazadas acceder oportunamente a las citas

HORARIO DE SERVICIOS

Los servicios de salud se ofrecen en horario de 7:00 am-3:00pm de Lunes a Viernes (Consultas externa de hospital, Centros de Salud, policlínicas, ULAPS Y CAPPs); con servicios de urgencia las 24 horas en Hospital y Policlínicas de Arraiján.

No se ha recibido alguna insatisfacción por parte de los usuarios por el horario de atención.

No 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.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE

La Satisfacción del usuario la medimos por medio de buzones de sugerencias y encuestas (tipo cerradas).

El 95% de establecimientos aplica mensualmente encuestas de satisfacción del usuario, buzón de sugerencias, centro de llamadas u otras. Las recomendaciones recibidas son utilizadas para mejorar los servicios y la atención de salud.

Las auditorias sociales se realizan en los proyectos de red fija y red itinerante, los resultados se comparten primeramente en la instalación auditada y posteriormente al resto del equipo multidisciplinario para buscar estrategias y mejorar los hallazgos.

CONTROL DE CALIDAD

Se realizan Auditoria de Expedientes con el objetivo de monitorear permanentemente el cumplimiento de las normas sobre el llenado adecuado de los expedientes y realizar recomendaciones para mejorar los mismos.

Se estableció un Comité Regional de Calidad con el objetivo de realizar monitoreo frecuentemente a las instalaciones de responsabilidad con respecto a las Normas y protocolos para tener un ambiente laboral acorde y brindar un servicio a la población con la mayor calidez posible; el impacto no fue el esperado, ya que, el mismo se inactivó y por la falta de recurso humano no se le logro dar el seguimiento adecuado.

En nuestra Región se 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, los mismos se utilizan para la toma de decisiones y planteamiento de estrategia para mejorar los servicios de salud.

Cada departamento ha desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios llevando controles de sus indicadores y a la vez se monitorea con el departamento de planificación y calidad.

Entre los instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos están la revisión de expediente por parte médica y de enfermería, realizado por la sección de monitoreo y evaluación del Departamento de Provisión de los Servicios. Igualmente el comité de calidad da seguimiento a los indicadores de calidad periódicamente.

Los mecanismos para la canalización de reclamos y adjudicación de quejas están bien definidos, se cuenta con la modalidad para quejas directas y por escrito, igualmente se cuenta con el sistema 311, con todas las facilidades para exponer su opinión.

FOTOGRAFÍA N°5

Comités, ONG's, Clubes Cívicos,
Iglesias, Otros.



FOTOGRAFÍA N°5

ACTORES Y RED SOCIAL

La comunidad se organiza en Comité de Salud, Promotores Comunitarios para apoyar la gestión y oferta de servicios de salud.

Entre las organizaciones comunitarias que apoyan las acciones de salud tenemos:

Organización Comunitaria	Número
Comité de Salud	128
Juntas Administradoras	145
Iglesias (Adventista, evangélica, católica)	3
ONGs (Farmacia de la Salud, PROCOSOL, Nuevos Horizontes, Fomento e Inversión Social)	4
Clubes Cívicos (Club de Leones, Rotario, Boys Scout, Niñas Guías, 20-30, Sociedad China y Española, Cruz Roja)	8
Organizaciones de pacientes (Capítulo de APADI) Pmá Oeste	1
SICAMOCH (Transportistas)	1
Grupos de 3 era Edad	4

Estas organizaciones generan apoyo valioso a la labor de Salud en campañas y giras, donan equipos e insumos al Hospital y algunos centros de salud, además las juntas de agua y los comités de salud participan en administración y mantenimiento de los acueductos rurales; también colaboran divulgando de acciones de salud, contactar pacientes con PAP cervical y vacunas atrasadas.

En Panamá Oeste no se han realizado análisis de actores sociales.

El sector informal de atención en salud se caracteriza, principalmente, por un grupo de personas que proveen servicios de salud no calificados en su comunidad, integrados por curanderos o hierberos, sobadores, parteras y parteros tradicionales con capacitación y sin capacitación, se ubican principalmente en las áreas de difícil acceso en los Distritos de Capira y La Chorrera, en las comunidades: Tres Hermanas, Santa Rosa, Claras Arriba, Cerro Cama, Nueva Arenosa y Cacao.

En total hay 58 curanderos, los cuales se dedican a santiguar, curar ojo, dar sobijos, baños para curar pasmo y atender partos en casa. Utilizan plantas, raíces o productos derivados de animales.

De éstos curanderos, sólo 17 están capacitados y vinculados al sistema de salud, los cuales hacen control de embarazo, puerperio y orientación en cuidados del recién nacido y la importancia de la inscripción de éstos en el registro Civil.

Los sobadores se dedican a atender pequeñas fracturas y luxaciones.

La población que demanda mayormente sus servicios son Mujeres embarazadas, madres de menores de cinco años y población en general del área rural.

Se integran las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud por medio de la capacitación que se brinda a los parteros tradicionales para la atención a la embarazada. A éstos se les ha proporcionado un maletín y set para la atención del parto.

Entre las fortalezas y debilidades del equipo de salud de nuestra región para potenciar la red social de salud están:

Fortalezas

- Existencia de un marco legal que favorece y regula la participación social.
- Hay credibilidad por parte de la comunidad en el Equipo de Salud.
- Se cuenta en la Región con grupos organizados y con disponibilidad para apoyar las acciones de salud.
- Existencia de equipos comunitarios capacitados (promotores comunales, promotores comunitarios, asistentes de salud y monitoras.
- El actual modelo de atención propicia la promoción de la salud y la participación social.
- Se cuentan con organizaciones extrasectoriales (ONGs) que proveen servicios de salud.

Debilidades

- Deficientes mecanismos de comunicación y coordinación con la comunidad.
- Falta de incentivos para la participación comunitaria.
- Los equipos de salud no cuentan con transporte.
- Poco recurso humano capacitado en promoción de la salud.
- Escasa coordinación intersectorial.
- Persistencia de la departamentalización y fragmentación de tareas en salud.
-

La estrategia de extensión de cobertura se percibe como buena, de acuerdo con los informes de auditoría social. La atención integral a la niñez con base comunitaria (monitoras) aún no se está realizando en la Región, está en proceso de captación y capacitación de las monitoras.

La población que pertenece a la Red de Oportunidades y los que son beneficiarios de los 120/70 considera que la atención de salud que reciben es regular, ya que tienen que desplazarse a los Centros de Salud y algunas veces no encuentran cupos. No se están realizando giras de salud a las comunidades y sólo se brinda promoción de la salud por parte de los promotores comunitarios.

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 percibe como un beneficio, aunque hay que considerar que a pesar de no mantener un presupuesto para el mismo, la atención se da en un 100%.

La mayoría de las personas entrevistadas indicaron que les parece bien la gratuidad establecida en los decretos y resoluciones, ya que hay muchas personas con bajos ingresos que no pueden acudir a las instalaciones de salud.

Estos decretos se aplican en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región; sin embargo, algunas personas señalaron que desconocían las leyes porque no se les ha hecho divulgación.

FOTOGRAFÍA N° 6

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° 6

PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

La promoción de la salud y la prevención de los daños forman parte de la concepción moderna de los modelos de atención y las nuevas formas de organización deben concebirse promocionando a través de equipos básicos de salud en las comunidades los principales temas de salud priorizados y de los controles de salud de los diferentes grupos etáreos. Juega papel importante el educador para la salud y el técnico de ambiente.

Es necesaria la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud-enfermedad y se debe adecuar la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud por medio de la asignación de población de responsabilidad a cada equipo básico a través de la metodología de sectorización de la población de comunidades.

También 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, Grupos itinerantes, modelo de gestión por resultados en red fija de atención

Además nuestra Región utiliza como herramientas de divulgación de temas prioritarios medios de comunicación radial para mensajes de promoción de la salud, mensajes preventivos, control y vigilancia en salud a través de un programa radial llamado Salud en tu comunidad.

Igualmente se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel con la apertura de los MINSAs-CAPSi y segundo nivel de atención con la clínica de oncología en el Hospital.

Asimismo se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos de riesgo definidos como Las Clínicas de cesación de tabaco, Clínica amigable de Panamá Oeste en el Centro de Salud Altos de San Francisco y Clínicas Amigable para adolescentes en 2 instalaciones de salud.

De la misma forma se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de vida en los Grupos itinerantes y en los centros de salud capitados.

La planificación de servicios en el nivel local se da analizando la demanda insatisfecha que acude a otras instalaciones de salud en busca de un servicio, para llevar a cabo esta planificación participa la comunidad, las autoridades locales y los representantes de salud aportando opciones para buscar alternativas viables para el sistema y la población.

La organización en a sectores implica la definición de espacios poblacionales específicos en base a la división geográfica, segmentos poblacional (numero de pobladores), identificación de riesgos y postergación y por clasificación socioeconómica. La participación de los diferentes actores sociales es escasa en algunos sectores.

En los grupos itinerantes están bien definidos estos espacios y en los centros capitados, en algunos hay que actualizar la sectorización

Con respecto a la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada, contempla los deberes y derechos del ciudadano y se enmarcan en la promoción y prevención en salud que el nuevo modelo de atención pretende fortalecer. Concientizar a la comunidad en la importancia de la salud y su deber para con él.

Hay que actualizar a los equipos de salud en los nuevos enfoques de promoción, prevención y rehabilitación para la prestación de servicios. Se requiere nuevo planteamiento del modelo de atención centrado en la promoción y prevención con nuevo enfoque y el modelo de gestión por resultados. Se requiere actualizar a los trabajadores de salud en los nuevos enfoques del modelo de atención y de gestión, proveerles de competencias técnicas con los nuevos enfoques y evaluar resultados. También es necesario mejorar la infraestructura así como también una capacitación continua y permanente del recurso humano con un sistema de evaluación e incentivo.

Para mejorar el desempeño se prefiere que en buen porcentaje los trabajadores de salud residan en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora y evitar situaciones de estrés por las largas filas en el tráfico de ida y retorno a sus lugares de trabajo que disminuye la calidad de vida de los trabajadores de la salud.

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

La eficacia y calidad de las acciones son evaluadas periódicamente estableciendo metas evaluando resultados, preparando un equipo de expertos evaluadores, ofreciendo incentivos tangibles incluso económicos, trabajar con población censada y no con población estimada.

Las necesidades de salud de la población y la cartera de servicios son revisadas y adecuadas anualmente, tomando en cuenta los recursos disponibles

El modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental se dejó de aplicar por falta de supervisión y evaluación. Tanto del nivel nacional como regional.

Entre las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental debe realizarse un replanteamiento del modelo de atención centrado en la promoción y prevención y no en la enfermedad, pero con efectividad en la ejecución, ya que muchas veces solo queda en el planteamiento y no se ejecuta.

Para mejorar la capacidad del sistema de urgencias en ésta región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial se requiere actualizar al personal técnico en la atención de urgencias, ya que, los niveles locales no están realmente preparados para la atención de verdaderas urgencias. En cuanto al II nivel de atención el hospital lleva el proceso de triage en el mismo se debe realizar las evaluaciones de funcionamiento y mejoramiento del mismo.

En cuanto a la capacidad del cuarto de urgencias del Hospital Nicolás A. Solano presenta como limitantes la falta de personal y ambulancias, la coordinación intersectorial es buena, sin embargo, el poder resolutivo con los mismos es relativo, ya que presentan las mismas debilidades.

En los niveles locales no se utiliza el TRIAGE (solo en contingencia), mientras que en el HRNAS el mismo sí se aplica en los casos de contingencia y la atención espontanea diaria, esto ha permitido mejor uso del cuarto de urgencia, aunque se evidencia la cantidad de pacientes que deben ser manejados en la atención primaria.

Los Proveedores públicos y privados NO están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios, esto dependerá de su capacidad instalada y de la cartera de servicios de cada uno y de lo establecido en la normativa del MINSA.

AMPLIACION DE COBERTURA

La red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención debe organizarse de una manera coordinada, para complementarse unos con otros y poder brindar un servicio más completo sin antagonizarse unos con los otros.

La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en mayor número de días semanales en función de la demanda y del comportamiento poblacional tratando de reducir la brecha de inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud.

Las giras médicas integrales y las jornadas de atención primaria ambulatoria deben realizarse bajo las normas de atención del MINSA y tomando en cuenta criterios de accesibilidad, condiciones de pobreza de la población. Debe participar todo el equipo de salud.

Los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios odontología en los casos que se requiera y que la capacidad instalada lo permita, para ser incluidos en la cartera de servicios debe haber primeramente una demanda insatisfecha.

La estrategia de disminución de oportunidades perdidas no es una opción para ampliar coberturas, sino para cubrir metas de cobertura. Se aplica cuando se lleva un seguimiento del estado de salud de la población, a través del conocimiento en particular de la población (Padrón de Población de responsabilidad).

El mecanismo de coordinación establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales queda plasmado en el convenio de gestión y el reglamento operativo a través de los informes técnicos y administrativos mensuales, bimestrales, cuatrimestrales anuales e iniciales, así como toda comunicación por escrito. Además por las supervisiones tanto a la Sede del prestador como a los Equipos Básicos en el campo. También se establece coordinación con los directores de cada uno de los centros de salud del área en que se ejecutan o prestan los servicios.

La estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija se articula a través del seguimiento a las acciones de salud de los beneficiarios tanto por la red fija como la itinerante. Se articula reflejándose en los indicadores de desempeño de los grupos priorizados y en las coberturas tanto del nivel local como regional, también para no duplicar acciones de salud en las mismas áreas, igualmente para complementar servicios de salud como es el caso de incluir el servicio de odontología en algunas de las actividades de la red itinerante con la red fija. De la misma forma en casos de contingencia y se potencian los servicios de salud al contar con Equipos básicos de Salud adicionales a los de la red fija.

Los datos de cobertura de instalaciones de la CSS y el sector privado se integran a los del MINSA en lo que conciernen a enfermedades de notificación obligatoria y toma de PAP faltando los controles de salud y morbilidades.

Todavía no contamos con un sistema de información único, se están realizando esfuerzos para tener un sistema de salud unificado que nos pueda perfilar el estado de salud de la población en general y que no sea segmentado como lo tenemos actualmente, no obstante, todavía se requiere de grandes esfuerzos, coordinaciones y voluntad política para lograr este objetivo.

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)			Porcentaje de personas cubierto por el Estado (MINSA)			Porcentaje de personas cubierto por la CSS			Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
	2000	2010	2012	2000	2010	2012	2000	2010	2012		
Periodos											
2000	257823										
2010	449633			225223			244410				
2012	470404			229487			240917				
Género	2000	2010	2012	2000	2010	2012	2000	2010	2012		
Hombre	50.9	50.7	50.7	ND	51.1	51.2	ND	50.3	50.3		
Mujeres	49.1	49.3	49.3	ND	48.9	48.8	ND	49.7	49.7		
Base Poblacional											
Niños (menores de 1 años)	2.17	2.1	2.0	ND	2.1	2.0	ND	2.1	2.0		
Niños de 1 a 4 años	8.3	8.4	8.1	ND	8.4	8.1	ND	8.3	8.0		
Personas de 5 a 9 años	9.9	10.3	10.1	ND	10.5	10.2	ND	10.2	10.1		
Personas de 10 a 14 años	9.7	9.3	9.2	ND	9.5	9.4	ND	9.1	9.0		
Personas de 15 a 19 años	9.6	7.9	7.9	ND	8.0	7.9	ND	7.9	7.9		
Personas de 20 a 59 años	52.4	54.3	54.1	ND	53.0	53.3	ND	55.1	55.7		
Adultos mayores (65 años y más)	7.7	7.8	8.3	ND	8.6	9.2	ND	7.0	7.4		

FOTOGRAFÍA N° 7



FOTOGRAFÍA N° 7

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

El rol de rectoría de la autoridad sanitaria en nuestra Región Sanitaria esta bajo la responsabilidad del MINSA, 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. Estas funciones se realizan planteando estrategias y velando por el cumplimiento de las mismas con la colaboración de las instancias correspondientes.

Se conoce la misión, visión, organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, CSS y algunas instalaciones del sector privado, aunque consideramos que el organigrama debe ser revisado para responder más armónicamente a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización.

En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria, para nuestro concepto cambiar el ordenamiento político-administrativo existente no es de gran beneficio, es decir la división ya creada, pero, sin entrar en ejecución de la Región Sanitaria de Arraiján no responde a las necesidades reales, puesto lo que necesitamos en realidad es fortalecer el sistema y no dividirlo.

El grado de avance en el proceso de descentralización de las regiones hacia los niveles locales y del primer nivel de atención es aún lento.

Este paso debe darse desde el nivel nacional, donde aún procesos que pueden hacerse más expeditos, persisten aplicándose con cierto grado de burocracia.

Para estos aspectos debe ser tomado en consideración los niveles locales, que le dan la atención directa a la comunidad, tomando en cuenta sus criterios técnicos de aplicación de las realidades de la ejecución de los programas internos y comunitarios.

La Estructura Orgánica debe guardar relación con los procesos Sanitarios. El modelo de Organización de la RSPO se basa en principio del trabajo de Equipo en donde. La Dirección Regional y la Sub-dirección se ubican en el nivel político; los departamentos de " Asesoría Legal, Relaciones Públicas y Auditoría Interna deben ubicarse en el 1° Nivel Asesor. Los departamentos de Administración y Finanzas, DIS, Planificación y RRHH en el 2° Nivel Apoyo.

En el 3° Nivel Técnico de Salud Pública, Provisión de Servicios de los y Promoción de la Salud

En el 4° Nivel Operativo encontramos el Hospital Regional Nicolás Solano, y el resto de instalaciones que componen la RISS.

Existen manuales de procedimientos Administrativos, se aplican en las funciones de los sistemas Administrativos a nivel regional y nivel local a través de todos los departamentos, tales como compras, almacén, transporte, tesorería, presupuesto y Contabilidad.

La coordinación con la CSS se da, a través de la información Epidemiológica, Estadística, y a través del Sistema Referencias y Contrarreferencias del asegurado en los diferentes niveles de Atención. Esta coordinación debe darse bajo una Planificación organizada, y una coordinación de base económica, a través de la compensación de costos real, para la ejecución de acciones de Salud; en estos procesos deben participar todos los Funcionarios de Salud (Planificación Consensual).

La Planificación es el primer momento de coordinación, el cual debe darse en todo el proceso Administrativo de los Servicios de Salud. Se establecen nexos de coordinación para:

- 1- Mejorar comunicación
- 2- Mejor dirección y control

Fortalezas

- Recursos Humanos capacitado y sensibilizado con los problemas de salud, económicos y sociales de los moradores del distrito.
- El Recurso Humano la importancia de trabajo con la comunidad, en la comunidad y para la comunidad.
- Instalaciones de los centros de Salud en las comunidades, lo que le hace accesible la atención de salud a los moradores y conocer sus problemas sociales y ambientales.
- Personal reconoce su responsabilidad en incrementar el nivel de Salud de la población y el ambiente.
- Con poco recurso humano y con responsabilidad resolvemos problemas epidemiológicos que amenazan a la comunidad.
- Existencia de especialistas en familia en los centros de Salud.
- Sistema de referencia y contra referencia que empieza a funcionar.
- Políticas regionales abiertas que permiten la participación de recurso humano en las políticas de salud establecidas.
- Fortalecimiento en la Dirección de Recursos Humanos

Debilidades

- Poco Recurso Humano para brindar Atención Biopsicosocial de los Individuos, familias comunidades.
- Sin actualizar la misión y la visión regional
- Prevalece la demanda de atención por morbilidad.
- Cumplimiento de horarios de parte de un recurso humano importante.
- Falta de definición clara de modelo de atención.
- Transporte insuficiente para las actividades comunitarias y para efectuar supervisión capacitante en los servicios locales.
- Falta de participación de la comunidad.
- Falta de personal para efectuar la demandas de extensión de horario, trabajo extra muros. Los conflictos e intereses políticos prevalecen en las acciones de salud.
- Demostración del personal.
- Falta de trabajo en equipo.
- Problemas de implementación de acciones de salud y ambiente, que no sean solo teóricas sino prácticas.
- Nuevo modelo, que realmente no se implementa por falta de recursos materiales y humanos.
- Falta de un buen sistema de información.
- Falta de Seguridad Social para el desarrollo de actividades comunitarias.

3- Evitar actualidades

4- Mejorar la eficiencia y efectividad.

Las políticas de salud responden a las necesidades regionales, sin embargo no se destinan los recursos necesarios e indispensables para la ejecución de las mismas.

La planificación operativa y presupuestaria se relaciona directamente con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción.

El registro de los POA's en la plataforma del SIMPESS se dejó de realizar en nuestra región desde hace varios años atrás, la misma está por retomarse.

El nivel central incide en el desempeño del nivel regional, ya que la burocracia administrativa retrasa demasiado los procesos, siendo este uno de los principales nudos críticos de las gestiones; igualmente la centralización influye, puesto que, la distribución de recursos no es acorde a las necesidades.

Las decisiones se toman basadas en Administración por objetivos y se prioriza según Diagnósticos y Necesidades.

Existe un Departamento de Provisión de Servicios que ejerce las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de servicios: estos netamente relacionados a insumos, equipos y materiales, como también el análisis del usuario externo, (encuestas de calidad), la oferta de los servicios las referencias y las contrareferencias. Por otra parte participan en el mismo proceso según área de competencia el Departamento de Salud Pública que supervisa, evalúa y control del cumplimiento de las normas en la provisión de servicios dentro de los programas.

La instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región, son coordinadas por el Departamento de Planificación apoyadas por el resto del equipo regional de salud

el 100% porcentaje de centros de salud disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, acceso a servicio de internet no adecuado, 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.

Aun en nuestra región, no se dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa, para la gestión clínica tampoco se dispone de expediente electrónico, LSS-SUMA (solo a nivel regional), para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas (todas las instalaciones cuentan con acceso a esta data).

El grado de uso de la información para la gestión clínica es fundamental, (por ejemplo para incrementar rendimientos de servicios, salas y quirófanos, adecuar el tipo de servicio

a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitalización)

En nuestra región se utiliza teleradiología, espirometría y electrocardiografía digital, estos avances tecnológicos benefician en grandemente a la población, ya que le brinda la opción de obtener diagnósticos de profesionales que no estén en la instalación acudida. Con la apertura de los MINSA-CAPSi también se incursionara en otros tipos de tecnología que impactará positivamente en la salud de la población en el I nivel de atención.

FOTOGRAFÍA N°8

- Planificación Regional y Programación Local
- Presupuestación por Objetivos (DPO)
- Incentivos
- Sistema de Abastecimiento y Suministro
- Sistema de Información en Salud
- Catastro
- Equipamiento y tecnología



FOTOGRAFÍA N°8

INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

La situación de salud es examinada anualmente para así determinar las brechas y las estrategias para minimizar las mismas. En dicho análisis participan todos los actores involucrados previamente identificados.

La planificación regional es participativa, el análisis mensual de los indicadores permite analizar el movimiento de las patologías para una mejor toma de decisión, involucra los distintos actores para así llegar a las mejores decisiones.

Existe un cronograma anual establecido de reuniones de equipo conductor, coordinadores regionales, gerentes de salud, conjunta MINSA-CSS (bimestrales) e interinstitucional, cada una con sus respectivas fechas mensuales.

Dentro de la planificación anual están incluidas reuniones bimestrales de planificación conjunta MINSA-CSS, para facilitar estos procesos establecemos reuniones alternas en cada una de las sedes y la comunicación permanente entre encargados de diversas secciones influye positivamente sobre las mismas. Aunado a esto también existen convenios entre ambas instituciones.

La programación local conjunta en el último año el cumplimiento de la programación ha sido irregular, sin embargo se cuenta con una comunicación permanente entre los involucrados.

Esta programación se realiza sobre la base de temas en comunes y se organizan dependiendo su grado de prioridad, como Planificación conjunta, Convenio de gestión, programas.

La población se hace participativa al momento de acudir a reuniones con departamentos como Promoción de la Salud o Salud Pública, así ellos transmiten las inquietudes de las comunidades y se contemplan estrategias para reducir dichas brechas.

Las convocatorias desde el nivel regional son realizadas por medio de salud pública o promoción de la salud, por conducto de la dirección, posteriormente se canaliza por planificación y finalmente se bajan los lineamientos al nivel local.

Las metas establecidas se evalúan mediante porcentaje de cumplimiento de cada uno de los indicadores de evaluación para insumos, procesos y programas, el encargado de cada sección es quien organiza las estrategias, actividades y periodo de ejecución. Efectivamente existe un Plan estratégico quinquenal, basado en éste se realizan planes operativos anuales y en estos están definidas las estrategias y rutas críticas.

El análisis situacional se utiliza para identificar las prioridades y basado en estas se confecciona el Plan estratégico anual. Este plan es totalmente participativo, en el mismo todos los sectores se involucran para elaborar un documento totalmente integral.

El sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento permite llevar un control de aquellos insumos que están agotando y se monitorea semanalmente.

PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación y en base a los resultados, sin embargo el presupuesto ley no responde a las necesidades verdaderas solicitadas.

La proporción del presupuesto asignado a la atención de la población es de 9:1 en relación a las funciones de salud pública y del ambiente, ya que, las designaciones presupuestarias son mínimas y no cubren toda la programación de las instalaciones.

Los directivos de las instalaciones son los responsables en el proceso de la elaboración de su anteproyecto de presupuesto, sin embargo lo solicitado no concuerda con el presupuesto ley; por lo que el presupuesto se distribuye desde el nivel regional priorizando dependiendo las necesidades. Y la estrategia de rendición de cuentas por resultados no se aplica en nuestra región.

Consideramos que reactivar los convenios de gestión es una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación.

Se establecen compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud dependiendo los lineamientos recibidos y metas establecidas. Por ejemplo: mejoras de coberturas en área de responsabilidad, búsqueda de inasistentes, giras, entre otras.

En los últimos años el presupuesto ley regional ha aumentado, sin embargo este presupuesto de funcionamiento no se ajusta a las reales necesidades de la región sanitaria.

INCENTIVOS

En los últimos años se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud y avalados desde el nivel Nacional

La evaluación para obtener el bono mantiene criterios específicos que permiten la evaluación del desempeño para todos los profesionales de salud en diversas actividades de su responsabilidad.

Entre otros incentivos introducidos están Cambios de categorías, por antigüedad, con sus respectivos pagos retroactivos.

Estos incentivos incluyen al personal técnico y administrativo. Entre los incentivos no se contempla en base a productividad, solo en función de la antigüedad del personal de salud.

Se considera que un sistema de incentivos impactará sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud, ya que la lógica nos indica que si tenemos un personal motivado el impacto se reflejará en la calidad de servicios que brindemos.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

La unidad solicitante es la que determina las especificaciones técnicas de los elementos o servicios requeridos, tomando en cuenta la política normas de establecidas para la demanda de población y los indicadores de salud.

Si hay un sistema de inventario establecido, mediante el criterio primero que entra, primero que sale, dadas las características de cada artículo o medicamento establecido a través del departamento de Administración y Finanzas en coordinación con los Jefes de Almacén. También se toma en cuenta la fecha de expiración de los medicamentos y reactivo de los laboratorios para darle salida a un determinado producto.

El proceso de compras, en términos de la competencia inicia cuando los proveedores deben llenar una serie de requisitos dependiendo del bien o servicio solicitado y tomando en cuenta criterio técnico. Entre las limitaciones están la calidad de los insumos (principalmente insumos no médico-quirúrgicos), el mismo puede mejorarse ampliando los criterios de empresas participantes en PanamaCompras.

Se aplica el rechazo de un proveedor cuando no cumple con las normas o requerimientos establecidos en la entrega del material solicitado en la orden de compra. Así mismo

cuando no llevan todo los requisitos o especificaciones del producto o servicio solicitado en la orden de compra ya sea en el momento de cotizar o entregar en el Almacén el producto.

Las relaciones que existen entre el Nivel Regional y Nivel Nacional, para el abastecimiento y suministro consiste en la coordinación que se da con la Jefatura del Departamento de Medicamentos y la Coordinación de Farmacia a Nivel Regional, y esta a su vez con el Nivel Nacional, consideramos que el sistema de abastecimiento y suministro del Nivel Nacional al Nivel Regional necesita ser mejorado ya que hay mucha demora en la entrega de insumos y no se toma el criterio técnico del nivel regional.

El sistema de abastecimiento y suministro del nivel Regional al nivel local es aceptable ya que existe una estrecha comunicación entre ambos niveles locales tiene problemas de transporte, sus Limitantes: no se cumplen con los requerimientos reales de los niveles locales, al momento de abastecer y suministrar lo solicitado.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

Se dispone de algunos sistemas de información no tan oportunos como se desearía, sin embargo lo ideal sería que se pueda contar con un sistema que contemple todas las variables del sistema salud. Contamos con el sistema de información sobre la situación de salud, pero con débil soporte tecnológico en relación al financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios confiables no hay un sistema de información integrado. La información disponible se utiliza de forma efectiva para la toma de decisiones a todos los niveles.

La calidad de la información se evalúa, a través del monitoreo que realizado por la sección de Registros Médicos y Estadísticos, Informática, seguimiento de contrato y en relación al HRNAS la unidad de Análisis de Gestión y REGES (monitoreo semanales, trimestrales. Semestrales y anuales)

Los mecanismos que aplica el equipo de salud para analizar la información que surge como producto del sistema son:

- ✓ Las coordinaciones continuas y permanentes
- ✓ Asesorías a los responsables de la información
- ✓ Capacitación y control
- ✓ Análisis de indicadores de producción, rendimiento y costo
- ✓ Indicadores de impacto (calidad)
- ✓ Análisis para detección de limitantes

El uso y contenido de la información, es definido tanto por el nivel normativo (información única de producción) como del nivel local. La información del nivel local, es determinada según diagnóstico y necesidades de uso para toma de decisiones.

Los sistemas de información manejados a nivel regional son sistemas en paralelo con informaciones dispersas para cada uno de los servicios que involucran, sin embargo, se está a espera de la implementación de un sistema único de información.

CATASTRO EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

Según el Presupuesto Ley aprobado para el año 2014 en nuestra Región, los montos destinados a la adquisición de nuevos equipos fue de B/. 1,500.00

Los criterios que utilizamos para priorizar la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías, es tener una base una datos actualizada con todas las necesidades del nivel local, de la mano con la asignación presupuestaria para estos rubros y el presupuesto ley modificado procedemos a distribuirlos tomando en cuenta el estado de los equipos a reemplazar, la demanda y el grado de complejidad de la instalación, el criterio técnico de la unidad ejecutora regional es fundamental para la adquisición de equipos.

FOTOGRAFÍA N°9

1. Compensación de Costos

2. Fuentes de Financiación

- Autogestión
- Co-Pago
- Presupuesto del Estado
- Donaciones
- Seguro Solidario



FOTOGRAFÍA N°9

FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

COMPENSACION DE COSTOS

Se cuenta con un convenio de compensación de Costos No.DENL-009-2012 entre el Ministerio de Salud (Regiones de Salud) y Caja de Seguro Social, este convenio para la provisión de servicios de salud, incluyendo la separación y compensación de costos por los servicios prestados entre ambas instituciones a la población Asegurada y No Asegurada del país con excepción del Área Metropolitana de Salud y San Miguelito, las Cumbres y Chilibre. Entendiendo entonces que no es un convenio regional y mucho menos con una instalación específica.

Es importante aclarar que, en nuestra región tenemos el convenio entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social para la prestación de servicios hospitalarios de segundo nivel de atención, a la población beneficiaria de la Región Panamá Oeste, en “El Hospital Regional Nicolás A. Solano”. Debido a que; el único Hospital de referencia existente en nuestra provincia y pertenece al MINSA; lo que lleva a desembolsar un monto anualmente por la atención de nuestros los pacientes basados en una cartera consensuada, de los servicios que la CAJA no tiene capacidad resolutive en Panamá Oeste.

Para el análisis de la información de costos se usa serie de tiempo, es decir periodos que se comparan entres sí. Se analizan todos los componentes del gasto para evaluar el comportamiento de los mismos y la relación con los niveles de producción. En esta fase se analiza todo el proceso de producción de cada unos de los productos, de manera que permita a través de herramientas de mejora de procesos, señalar aquellas situaciones que afectan la eficiencia.

A partir de las recomendaciones que surgen del análisis y evaluación de los indicadores de costos, los niveles directivos dispondrán de instrumentos valiosos para la toma de decisiones correctas.

Estos grandes procesos a su vez están conformados por diversos servicios de salud, los que a su vez son consumidores de recursos humanos, materiales, de infraestructura, de equipos tecnológicos, que en términos económicos, se conoce como los componentes del costo.

En cuanto a cómo influye la tecnología de punta en las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud, y duplicidad de los servicios, podemos señalar lo siguiente: los datos estadísticos reflejan que los profesionales para los diagnósticos y tratamientos cada día se apoyan mas en tecnologías

modernas y de última generación, así como también ha elevado la capacidad resolutive de las instalaciones sanitarias. Por otro lado se mantiene en muchos casos la duplicidad de servicios de salud a lo interno de la Caja de Seguro Social y con el Ministerio de Salud.

Los aspectos de la atención sanitaria que determinan los costos se pueden agrupar en grandes procesos como son:

- Producción por Servicios (datos estadísticos).
- Recurso Humano (salarios, décimos, prestaciones).
- Gastos de servicios básicos (agua, luz, teléfono, impresión, viáticos, alquileres).
- Gastos de Infraestructura (mant. de edificio, mant. de equipo, factor de uso de edificio, factor de uso de equipo, otros mant. y reparaciones).
- Gastos de insumos # 1 (alimentación, vestuario, combustible, papelería y útiles de oficina, medicamentos).
- Gastos de insumos # 2 (artículos de farmacia, útiles de aseo, art. De laboratorio, Inst. quirúrgicos, otros materiales y suministros).

Las tarifas a cobrar a los pacientes No Asegurados, se señalan en la Cláusula DECIMA del convenio de Separación y Compensación de Costo y las mismas no responden a los costos reales de la atención. Tampoco la Caja de Seguro Social estima por si sola estas tarifas, ni participa en la estimación de las mismas con el Ministerio de Salud; ya que de acuerdo a la Cláusula DECIMA la fijación de las tarifas es potestad del Ministerio de Salud. La Caja de seguro Social de acuerdo al convenio no puede modificar o ajustar dichas tarifas, La institución es solo un usuario de las mismas. Dentro de los servicios de laboratorio y odontología se han unificado tarifas para ser establecidas en los niveles locales de la siguiente manera:

- **Laboratorio:** a través de la coordinación regional de laboratorio basado en un estudio de las ofertas que se brindaban en su momento dentro de las clínicas de salud privadas ubicadas dentro del entorno de nuestras instalaciones de salud se establecieron tarifas más bajas y accesibles a la población, las cuales, fueron presentadas y aprobadas por el Director Médico Regional para ser aplicadas en los centros de salud hasta la fecha.
- **Odontología:** a través de la coordinación de salud bucal y los jefes de clínica de los centros de salud se lograron unificar criterios para establecer las tarifas que serian aplicadas de forma unificada en los procedimientos odontológicos de nuestras instalaciones de salud. No se tomo en cuenta al Director médico para que fuesen abaladas.
- **Consultas y otros procedimientos:** Datan de muchos años atrás; deben hacerse estudios por parte de autoridades de salud, tomando en cuenta las áreas geográficas, complejidad, accesibilidad de nuestras instalaciones de salud

La duplicidad de servicios afecta la compensación de costo debido a la mala distribución de gastos de insumos y personal en algunos de servicios nos causa una desviación en el consumo de los servicios, lo que provoca palotear gastos trayendo como consecuencia se establezcan costos unitarios promedios no reales por servicios y tengamos fallas en el sistema de compensación.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

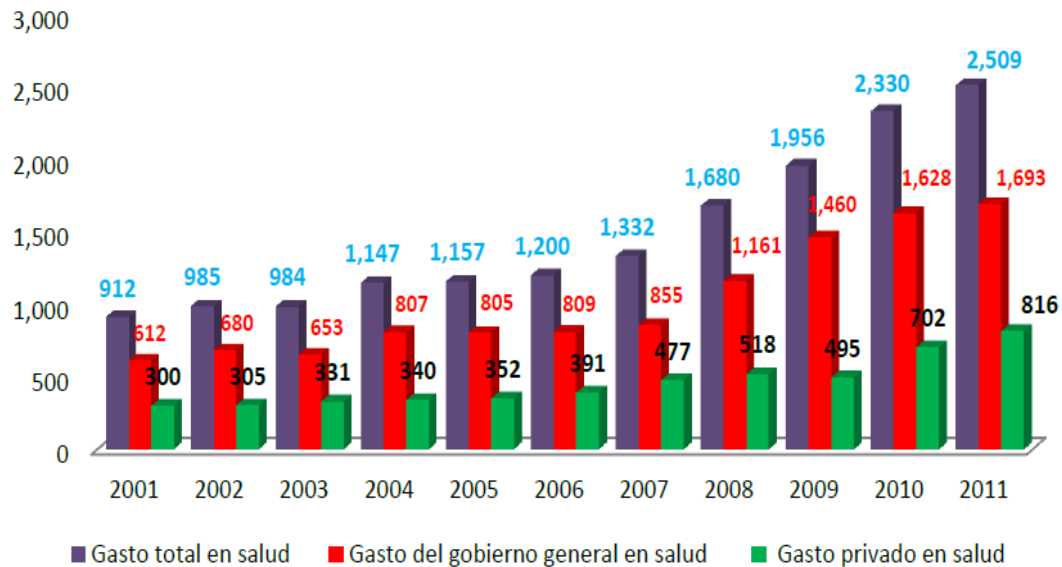
El financiamiento del gasto total en Salud por habitante de acuerdo con cifras publicadas por la OMS, estimado para el 2012 fue de B/. 1,260 por año.

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 (7.6% en el 2012). De esta cantidad se estima que para el mismo año, cerca de B/.673 millones (33%), fueron aportados directamente de los bolsillos de los ciudadanos, bien sea como compra directa de bolsillo o pago de seguros pre-pagados. El resto de los recursos (cerca de B/.1, 693 millones), son financiados entre el Sistema de Seguridad Social (B/. 602 Millones) y el Ministerio de Salud (B/.1,091 millones). 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. Esto es coincidente con el hecho que debido a los importantes logros en el PIB per cápita, la mortalidad infantil y los porcentajes relativamente bajos de pobreza total, el país no es considerado como prioritario para la inversión de agencias de cooperación externa.

GASTO TOTAL EN SALUD PER CÁPITA Y GASTO PÚBLICO PER CÁPITA.

2010	2011	2012	2013
541	627	664	723

**ESTIMACIONES DEL GASTO EN SALUD DE LA
REPÚBLICA DE PANAMÁ, AÑO 2001-2011
(En Millones de Balboas)**



Fuente: OPS/OMS, estimaciones anuales del gasto público y privado en salud
1/PIB a precios corrientes (B/.30, 677,8 Millones), año 2011

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. Con respecto al gasto privado, el gasto de bolsillo representa 27% y el 6% corresponde a seguros médicos privados.

El gasto del MINSA se financia básicamente con impuestos generales, mientras que, la Caja de Seguro Social se financia con recursos provenientes de seis fuentes distintas: i) Estado, ii) empleados, iii) empleadores, iv) trabajadores independientes y afiliados voluntarios, v) pensionados y vi) ingresos provenientes de la gestión propia de la CSS. La primera contribución del Estado equivale a 0.8% del sueldos y otras bases de cotización de los afiliados cotizantes.

Además, el Estado participa con aportaciones vinculadas al impuesto a bebidas gaseosas, bebidas alcohólicas y cigarrillos, el pago de una compensación por la retención y la transferencia de impuestos a salarios, los ingresos del Fondo Fiduciario de la Caja y dos subsidios con montos fijos, uno anual de 20.5 millones de balboas (equivalentes a la misma cantidad de dólares americanos), destinado a compensar las fluctuaciones en las

tasas de interés de las inversiones de los fondos de la CSS, y un subsidio temporal de 75 millones de balboas para financiar la racionalización del gasto en salud.

Desde enero de 2008 y hasta diciembre de 2010, los empleados participan con una cotización equivalente al 8% de su sueldo, proporción que se incrementará a 9% entre 2011 y 2012, y a 9.25% a partir de enero 2013. Además deben participar con otra cuota equivalente al 7.25% de una de las tres partidas del pago que reciben por el décimo tercer mes de salario. Los empleadores están obligados a pagar una cuota equivalente a 11.5% de los salarios pagados entre 2008 y 2010, cantidad que aumentará a 12% para el período 2011 – 2012 y a 12.25% a partir del 2013. También pagan una cuota por el seguro de riesgos profesionales, además del 10.75 del décimo tercer mes de salarios pagados.

Entre 2008 y 2010 los trabajadores independientes y los afiliados voluntarios participarán con 9.5% de sus ingresos mensuales declarados para el Seguro de Enfermedad y Maternidad y 20.25% por el paquete total que incluye salud y pensiones. Estos porcentajes cambiarán a 8.50% y 22.00%, respectivamente, a partir de 2013 pensionados, jubilados y afiliados que reciben subvenciones económicas participan con 6.75% de sus ingresos derivados de alguna de esas fuentes.

El co-pago se fija basándose en la situación económica de la población atendida y son ajustados en base al progreso económico de dicha población. La evaluación socioeconómica la hace la trabajadora social y el ajuste lo hacen los administradores.

Mediante la evaluación socioeconómica no se permite la recuperación de los costos; pero si los justifica, por lo general los arreglos de pago no se logran cobrar en su totalidad.

La diferencia entre costo y tarifas radica en que la primera es el valor monetario de los consumos de factores que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien o servicio y la segunda es el precio que pagan los usuarios o consumidores de estos servicios.

Económicamente el impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en el presupuesto influyen negativamente, puesto que el gasto generado es mayor a la ganancia obtenida, sin embargo el impacto sobre la población beneficiada no tiene precio.

Dentro de nuestra región consideramos que la población de áreas de difícil acceso debe ser subsidiadas por el presupuesto del Estado; aunque la mayoría es beneficiada por proyectos como red de oportunidades, 100/70, beca universal; no se refleja avance en los indicadores de salud.

El subsidio estatal intenta ser garante de la equidad sanitaria, sin embargo las brechas de inequidad son marcadas en nuestras áreas.

Algunas veces las donaciones son fuente financiera importante, pero en ocasiones generan dificultades en la organización, ya sea por antigüedad, insumos no acordes con el nivel de atención y para incorporarlos como activo se desconoce el valor costo, lo que impide obtener un inventario real para los análisis de costos (costos de operación). La norma que regularían estas donaciones deben basarse en necesidades prioritarias, en nivel de atención y además deben llevar un criterio técnico previo de clasificación para la depreciación.

Los costos actuales no facilitan la sobre utilización de los servicios de salud, porque la población es cada vez más pobre y los servicios están carentes de los recursos necesarios, además el uso de los servicios por los asegurados aumenta el gasto de salud, ya que no se compensan los costos, por lo tanto sí limitan la eficiencia del sistema.

Existe información confiable en Salud, pero no se da oportunamente, ya que la información se recauda por periodos de ejecución gubernamental, que es el desglose presupuestario asignado por dependencias y sus gastos finales. El grupo de financista del MINSA realiza el análisis del gasto en salud y son fiscalizados por la Contraloría General de la República.

Los recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta (ancho de banda, servidores, contratación de servicios de internet), no son incluidos en los presupuestos Ley, para tener acceso a estos servicios los trámites burocráticos retrasan las gestiones.

La decisión de iniciar un proceso de gestión, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes se lleva a cabo entre la Dirección Medica y Administración con el apoyo de Planificación, sobre la base de las necesidades manifestadas y con pleno conocimiento de presupuesto disponible.

FOTOGRAFÍA N°10



FOTOGRAFÍA N°10

PROYECTOS DE INVERSIÓN

En base al análisis prospectivo de la red de servicios realizados, el crecimiento demográfico y la red actual, se hace necesaria inversiones para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud entre estas reformar y aumentar los niveles de complejidad de instalaciones existentes y crear nuevas en algunos lugares determinados con factores de riesgo identificados previamente, dotar de equipos tecnológicos modernos a las instalaciones y contar con proporción acorde a la realidad de recurso humano en relación a la población de responsabilidad.

Para presentar proyectos de inversión debe cumplirse con los siguientes requisitos:

1. Debe cumplir con los requisitos del SINIP*
2. Sostenibilidad de los proyectos

Requisitos del S.I.N.I.P.:

1. Situación actual
2. Aspectos Socioeconómicas
3. Alternativas para la solución de problemas
4. Objetivos
5. Metas
6. Cronograma de actividades
7. Planes
8. Certificación del Terreno

Los criterios establecidos por el Ministerio de Economía y Finanzas que presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de Recursos en las Regiones.

Son los convenientes a lo relacionados con los de certificarían de terreno, confección de planos e Infraestructura ya que no se cuenta con Equipos completo de trabajo pertenecientes al D.I.S.

De los proyectos de inversión del año 2014 y los proyectados para el 2015, el 86% 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).

Entre los que fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada: ampliar la Policlínica Básica de Arraiján a una Especializada con un Cuarto de Urgencia moderno y con capacidad resolutive; crear una Policlínica Básica en el área de Vista Alegre-El Tecal; disponer de una Unidad de APS en Burunga; crear otra Unidad de APS en La Chorrera para desconcentrar la Policlínica Especializada, finalizar la ULAPS de Capira; en San Carlos es urgente ampliar los servicios de la Policlínica y el Cuarto de Urgencia, finalizar y poner en funcionamiento los MINSA-CAPSi de la región, Reposición del Centro de Salud de El Espino y Reconstrucción de el SubCentro de Nvo. Emperador, entre otros.

El 100% de estos proyectos por parte del MINSA esta incluidos en el Plan Quinquenal de Inversiones 2015-2019 el mismo fue ser revisado y adecuado acorde a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales

**“EL QUE CONSTRUYE SOBRE IDEAS,
CONSTRUYE PARA LA ETERNIDAD”**

EMERSON

