

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO

Fotografía No. 1: Caracterización del Contexto

Los 3 0 4 principales problemas Político – Social de la Región que influyen en la situación de salud y su desempeño son:

1. Desintegración familiar
2. Desempleo
3. Analfabetismo
4. Pobreza y Pobreza extrema.
5. Políticas Partidistas, conflictos de competencia entre Instituciones Públicas las cuales se manejan sin coordinación entre ellas.

Los mecanismos de Conducción de la Política social a Nivel Regional están limitadas por cada Institución Pública

No hay ningún grado de coordinación entre Instituciones no hay información en cuanto como se trabaja.

Se debe unir esfuerzos basadas en la agenda social, la visión y misión de cómo trabaja

La Política de Salud se incorpora a los programas sociales regionales zonificando por estatus económicos dirigido a los grupos pobres.

Las proyecciones y tendencias del contexto político y económico 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 y que resuelva el 85% de enfermedades prevalentes e incidentes, a través de actividades de promoción y prevención.

Dentro de los perfiles epidemiológicos sobresalen las enfermedades infecciosas degenerativas crónicas, problemas ambientales y de adaptación social, tanto en el distrito como en los corregimientos, estos requieren de las proyecciones de la atención primaria que deben ir paralela a la gestión sanitaria.

Los cambios climáticos han tenido un impacto negativo, por un lado mejoran las condiciones de la vivienda, sin embargo los sistemas de tratamiento de las aguas no han respetado la capacidad de carga de los cuerpos receptores para la biodegradación de sustancias residuales, así como materiales sólidos o desechos de todo tipo. La exposición a los rayos solares es cada vez mayor debido a la excesiva pavimentación, uso de aires acondicionado, ventanas y puertas de vidrio.

En lo social, ya no se vive en comunidad propiamente dicho, sino que se estila vivir individualmente y se lucha por los intereses sociales cuando algo le afecta directamente, al momento que se resuelve su caso ya no le es de interés, en caso de que le moleste al vecino. Excesiva protección de las viviendas o negocios, ya que su propiedad le ha costado mucho más, mientras que los antisociales aumentan gradualmente.

Entre las áreas productivas más afectadas son aquellas que utilizan el recurso suelo en la producción Alimentos y Maderables y el recurso Agua. La exigencia por parte de la población es mayor, el tiempo para obtener esta materia prima requiere de un tiempo para su maduración siendo costosa su manutención y protección. En la Ganadería se ve afectada en la producción de pasto para el engorde del ganado vacuno y en la distribución cada vez más amplia de insectos transmisores de enfermedades y falta de higiene en las plantas matadoras y de procesamiento.

La escasez de lluvias en el sector de Chilibre donde existen lagunas de oxidación o estabilización pueden depender de la lluvia para el lavado natural en el medio ambiente, por ser un suelo muchas veces arcilloso (no absorbente, no tiene percolación, no es potencialmente biodegradable) el cual no es recomendable para lagunas de oxidación, en consecuencia esta agua se convierte en un potencial de contaminación por ser más bien un Pozo estercolero.

El Lago Alajuela es una muestra visible de los trastornos ecológicos climáticos a lo cual se le ha sumado en los últimos años la presión deforestadora por la creciente población. La producción de Agua se ve afectada por esta situación trayendo como consecuencias una disminución de las reservas naturales que no favorecen el funcionamiento del Canal, como el continuo abastecimiento y almacenamiento de agua potable a muchos sectores de la ciudad. Esto obligará al país a contemplar en un futuro no muy lejano "sistemas modernos de reciclaje de las aguas", implica mayores costos.

Entre las industrias contamos con muchas que modifican la temperatura de los afluentes receptores porque depositan en ellos aguas termales producto de los tantos procesos industriales como lo son: La papelería IPEL de Chilibre que modifica la temperatura del afluente del Río Chilibrillo.

La Industria Cemento Bayano, aunque posee una laguna estabilizadora vierte aguas que además de poseer altas temperaturas, poseen partículas de cemento cal, sílice, hollín y carbón, etc. que van a dar finalmente al Sistema Acuático como lo es: lago Alajuela y al Aire (de aire limpio a nocivo) afectando a la población vegetal, humana y otras actividades que se realizan a sus alrededores. Una muestra de tales efectos negativos se reflejan en el poco éxito del crecimiento y aspecto de los árboles sembrados en los predios de esta industria.

El crecimiento urbanístico acelerado en todas las áreas del sector principalmente Las Cumbres y Chilibre, erosionan los suelos. Colocación de murallas reflectoras con pavimentación excesiva, provocan insolación que también no permite la filtración del agua al suelo natural ni su debida evaporación, afectando la distribución normal de las lluvias, nos referimos a la pérdida de áreas verdes por lo que la tasa de reciclaje del aire es cada vez más crítica, agravando en conjunto el fenómeno u efecto de invernadero, contribuyendo a los daños en la capa de ozono.

Otra actividad altamente modificadora del clima y tal vez la más importante es el Transporte Terrestre en el sector incrementado cada vez más por todo tipo de vehículos de fácil y difícil acceso, todavía en Panamá usamos combustible con Plomo, la

deposición de hollín y carbón al medio ambiente son altos diarios y a cada segundo, incrementando el CO₂. En otras palabras nuestra legislación normativa para el transporte desde la perspectiva de salud ha logrado poco en las medidas sanitarias (gases tóxicos, ruido, aseo, manejo desordenado, trato humano).

Las recicladoras de Baterías son otro modificador importante en la composición del aire, suelo y agua. Por el aporte constante de plomo en estos ambientes así como aceites y otros hidrocarburos.

La basura y aguas negras son los principales modificadores de la vida de especies animales y vegetales de los ríos y quebradas, en el sentido que proliferan unos y mueren otros (capacidad de plantas de tratamiento adecuadas)

Áreas geográfica - poblacional mayormente afectadas son: Chilibre, Las Cumbres, las Áreas periféricas de San Miguelito como: Santa Librada, El Milagro, Villa Libia, Naos, Progreso, Altos del Valle, Valle de Urracá, Roberto Durán, Cerro Batea, Los Andes, El Bosque, Limajo, Colinas de Panamá, Villa Lucre, Brisas del Golf, Cerro Viento, San Antonio, su excesiva pavimentación causan una escorrentía s los sistemas pluviales por supuesto, a los fluviales que se ven imposibilitados a desahogar las mismas al mar y afectan entonces como embudos a las inundaciones y deslizamientos. Ya que el cordón absorbente del suelo no trabaja en su equilibrio ecológico necesario.

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

Constitución Política de la República de Panamá:

Artículo 112: Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970: “Por el cual se constituyen los Comités de Salud de las comunidades, se definen sus objetivos y se coordinan e integran en su labor con los del Ministerio de Salud”.

Decreto Ejecutivo N° 389 de 9 de septiembre de 1997: “Por el cual se reglamenta el Decreto de Gabinete N° 401 del 29 de diciembre de 1970”.

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.*

Ley N° 28 de 11 de mayo de 1998: *“ Por el se crea y organiza el Patronato del Hospital San Miguel Arcángel y se dictan disposiciones relativas a la administración de este hospital.*

Artículo 4: Son objetivos del patronato:

Numeral 4: *Establecer los mecanismos de participación y control social de la gestión de los servicios integral del Hospital San Miguel Arcángel, con el fin de asegurar la adecuada programación, ejecución y control de todas las actividades que se realicen para cumplir con el contrato – programa.*

Artículo 5: *Dirigir, a través del Consejo de Gestión del Patronato, la administración del hospital.*

Artículo 5: *El Control de los Asuntos del Patronato estará a cargo de un organismo denominado Consejo de Gestión, integrado por representantes de organismos y asociaciones con personería jurídica.*

- *Consideramos que más que cambios, hay que crear las condiciones para aplicar las leyes respectivas.*

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:

Constitución Política de la República de Panamá:

Artículo 112: Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

Decreto de Gabinete 401 de 29 de diciembre de 1970: “Por el cual se constituyen los Comités de Salud de las comunidades, se definen sus objetivos y se coordinan e integran en su labor con los del Ministerio de Salud”.

Decreto Ejecutivo N° 389 de 9 de septiembre de 1997: “Por el cual se reglamenta el Decreto de Gabinete N° 401 del 29 de diciembre de 1970”.

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.

Ley N° 28 de 11 de mayo de 1998: “ Por el se crea y organiza el Patronato del Hospital San Miguel Arcángel y se dictan disposiciones relativas a la administración de este hospital.

Artículo 4 son objetivos del patronato:

Numeral 4: Establecer los mecanismos de participación y control social de la gestión de los servicios integral del Hospital San Miguel Arcángel, con el fin de asegurar la adecuada programación, ejecución y control de todas las actividades que se realicen para cumplir con el contrato – programa.

Artículo 5: Dirigir, a través del Consejo de Gestión del Patronato, la administración del hospital.

Artículo 5: El Control de los Asuntos del Patronato estará a cargo de un organismo denominado Consejo de Gestión, integrado por representantes de organismos y asociaciones con personería jurídica.

- Consideramos que más que cambios, hay que crear las condiciones para aplicar las leyes respectivas.

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.

Fotografía No. 2 Cuál es la demanda y necesidades de servicios?

Situación de Salud				
A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	1980	1990	1997	1999
Densidad de Población Rural Urbana	176.4	277.5	367.8	377.8
Tasa de Crecimiento Natural	27.5	22.0	21.4	18.4
Razón de dependencia				
Tasa Bruta de Natalidad	30.7	25.1	25.0	22.2
Tasa Global de Fecundidad			3.6	3.3
Tasa General de Fecundidad	120.6	88.1	85.2	73.2
Tasa de Mortalidad	3.2	3.1	3.6	3.8
Tasa de Mortalidad en < de un Año	16.8	12.8	14.1	13.8
Tasa de Mortalidad Materna	-	0.1	0.2	0.3
Esperanza de Vida al Nacer (Total) Mujeres Hombres	74.65	75.74	76.46 79.34 73.72	76.78 79.79 73.95
% de Población inmigrante	40,000	62,944	83,412	87,714
% de Población emigrante			20,853	43,857
Estructura de población por grupo de edad (en años) Total Menor de un año 1 – 4 5 – 9 10 – 14 15 – 19 20 – 59 60 y más	200,002 7,788 20,136 27,316 25,791 23,524 86,667 8,780	314,719 8,464 29,085 36,780 35,793 35,756 152,857 15,984	417,062 8,819 34,913 43,488 43,410 42,125 220,217 24,090	438,572 8,868 35,203 44,617 45,303 43,403 234,863 26,315
Porcentaje de población urbana			55.5	56.3
Porcentaje de población rural			44.5	43.7

Incluir la pirámide poblacional por Distrito, según edad y sexo para el año 2000 por cada uno de los distritos.

La conclusión que emana del análisis demográfico en relación con la salud enfermedad de la población del área de influencia:

Es según los indicadores demográficos la población del Distrito de San Miguelito presenta una densidad poblacional más concentrado en el área urbana 377.8 (56.3%) según año 1999, observándose este comportamiento desde la década del 80 hasta 1999, sin embargo su crecimiento natural refleja una disminución que va muy relacionada con la tasa bruta de natalidad y la tasa global de fecundidad y su tasa de fecundidad, que manifestaron un descenso. Por otro lado se observa que aunque la población esta concentrada en el área urbana y que la densidad de la población es

mayor, por migración de población joven, joven adulta y adulta mayor, la esperanza de vida al nacer va en aumento tanto para el sexo masculino, como para el sexo femenino (79.79 mujer); (73.95 hombre).

La mayor concentración en relación al grupo poblacional según edad se observa en el grupo de edad de:

15 – 19 años grupo adolescente en edad fértil productiva:

Podemos concluir:

- 1) La población en su estructura va en aumento, lo que acarrea mayores problemas biosico - social en aumento. Violencia, pobreza, delincuencia, drogadicción, pandillerismo, homicidios, suicidios, enfermedades de transmisión sexual, embarazo en el Adolescente, aborto,, diagnostico que se manifiesta según el análisis de la demanda de servicios (estadísticos y epidemiológicos y de evidencia científicas.
- 2) La densidad de población en aumento que apoya a lo anteriormente esbozado.
- 3) Población con situaciones de pobreza y pobreza extrema manifestándose en forma indirecta en el aumento de mortalidad en menor de un año y mortalidad materna.
- 4) El aumento de la esperanza de vida al nacer reafirma el diagnostico de primera causa de mortalidad del Distrito de San Miguelito enfermedades cardiovasculares y enfermedad degenerativa crónica en caso de la morbilidad (HTA, Diabetes, Obesidad)
- 5) La población inmigrante es mayor que la emigrante esto ocurriría la incorporación de otras culturas y estilos de vida no deseables que representa en los indicadores de salud, social, poblacional, y del ambiente que adjuntamos al análisis.

La transición demográfica afecta las condiciones de salud de la población:

Descripción:

La superficie en la cual se asienta la Región de Salud de San Miguelito es de 1,134 km² repartida en 209 barrios y lugares poblados de la siguiente:

Amelia Denis De Icaza	13 barrios
Belisario Porras	37 barrios
José Domingo Espinar	51 barrios
Mateo Iturralde	5 barrios
Victoriano Lorenzo	12 barrios

Lugares Poblados

Chilibre	61
Las Cumbres	30

Distrito de San Miguelito, tiene 74.4% de población y representa en extensión territorial tan solo un 4.4 % en extensión

En 1970 Los Corregimientos Amelia Denis De Icaza, Victoriano Lorenzo y Belisario Porras en conjunto tienen 94,407 habitantes y representan para 1980 el 65.8% (206,274 habitantes).

En 1990 el Corregimiento Belisario Porras continúa siendo el primer en concentración poblacional con el 36.5% y segundo lugar José Domingo Espinar con el 18% observándose variación de las Cumbres con 17.3% y Amelia Denis De Icaza 10.4%.

Para 1996 la población de San Miguelito alcanzó los 408,667 habitantes manteniéndose el Corregimiento de Belisario Porras como el más poblado (32.2%) 143,725 habitantes, seguido por José Domingo Espinar con (21.8%) 88,935 habitantes, Las Cumbres con (16.6%) 68,075 habitantes, Amelia Denis De Icaza (9.8%) 39,904 habitantes y Chilibre con el 8.2% de habitantes.

Los Corregimientos menos poblados Victoriano Lorenzo (4.6%) y Mateo Iturralde (3.8%)

El poblamiento de la Región de Salud de San Miguelito, ha sido caracterizado por continuos fenómenos migratorios, producto del foco de atracción que representa la Región Metropolitana, este efecto migratorio se puede observar por el crecimiento acelerado de la población sobre todo es accesible, entre las décadas 1960 y 1970 cuando el porcentaje de cambio poblacional para el Distrito de San Miguelito fue de 427.2%.

El crecimiento de la población ha disminuido paulatinamente hasta alcanzar para la década de 1980 y 1990 una variación del 55%

Las cifras antes anotadas, expresan por un lado un fenómeno migratorio constante, que ha caracterizado el área metropolitana como foco de atracción para los sectores empobrecidos de nuestra cobertura nacional, los cuales se van ubicados en la periferia urbana en busca de mejores oportunidades y por otro lado, como consecuencia de la primera, tiene consigo deficiencias en la presentación y adquisición de los servicios sociales, básicos, así como su incidencia en la incorporación al sistema productivo nacional.

El Distrito de San Miguelito cuyo surgimiento obedece a esta situación, ha observado una tasa media de crecimiento anual que pasa 8.4%, para los años 1970 y 1980 a 4.49% para la década 1980 a 1990, si bien es cierto que se observa una disminución en lo que respecta a esta tasa en términos. Absolutos sus pobladores han ido en aumento.

Aspectos que han sido afectados por el fenómeno de la transición demográfica en el Distrito de San Miguelito:

Salud :	Esperanza de vida		
	para 1996:		para 1997
	75.9 años		
	hombres	73.59	73.72
	mujer	79.15	79.34

Las principales causas de morbilidad para la población infantil se relacionan con patología provenientes de la falta de saneamiento ambiental y la desnutrición como son: enfermedades respectivas, anemia, gripe, diarrea.

Se destaca el corregimiento Belisario Porras, Corregimiento mas densamente poblado que presenta para 1997, una tasa de morbilidad de 30.8 (la más lata) y una tasa de morbilidad de infantil de 6.1%.

Para 1997 la morbilidad infantil Regional de San Miguelito fue de 14.1 y la tasa de natalidad de 25 x 1,000 nacida vivos.

En la población adulta se destacan las enfermedades degenerativa crónica, producto de estilos de vida inadecuados y adoptarán a otras culturas (aculturación). Entre las enfermedades diagnosticadas crónicas:

Situación de Salud				
B. Aspectos Económicos y Sociales	1980	1990	1997	1999
Población Económicamente Activa		123,339		
Tasa de Actividad				
Mujeres				
Hombres				
Tasa de Desempleo %	13.3	15.5		
Tasa de empleo Informal		38.8		
Porcentaje de población Asegurada		53.82	61	
Asegurados Activos				
Pensionados				
Jubilados				
Beneficiarios		169,832		
Porcentaje de Analfabetismo	5.3	4.3		
San Miguelito	4.1	3.3		
Panamá	3.8	3.3		
Escolaridad de la Población				
Primaria Completa				
Secundaria Completa				
Universidad Completa				
Déficit Habitacional				99.02
Condiciones del Saneamiento Básico				
% de la población con Disposición de Agua Potable				
Urbano				
Rural				
% de la Población con Disposición Adecuada de Residuos Sólidos				
Urbano		90.61	99.67	99.5
Rural		48.3	72.62	90.3
% de la Población con Disposición adecuada de Aguas Residuales y Servidas				
Urbano		99.93	100.0	100.0
Rural		95.84	94.48	96.8
% de instalaciones con Disposición Adecuada de Desechos Hospitalarios Peligrosos				No existe 0%

Enfermedades del aparato circulatorio (HTA), diabetes, obesidad.

Problemas Sociales: accidentes, homicidios, suicidios, delincuencia, violencia, drogadicción, embarazos en las adolescentes y el alcoholismos.

Incidencia de la Pobreza por Distrito	% de Población		
	Total	Pobres Extremos	Pobres no Extremos *
1. Región	69.0	20.0	49.0
2. San Miguelito	64.4	12.8	50.6
3. Panamá	76.4	32.1	69.5
4. L. C.			51.2

* 50.0 % Subsidio

Culturas y Etnias	Tipo de Etnias 1990			
	KUNAS	EMBERA	GUAYMI	TERIBES, BOKOTAS, WAUNAM
% de población según edad	1608	1133	435	246
0 – 19 años				
20 – 59 años				
60 y más				
Lenguajes y Dialectos	KUNA	EMBERA	GNOBE BUGLE	TERIBE BRI – BRI

Población 3422

Tendencias esperadas en los próximos años:

Educación:

Se presenta problemas de analfabetismo 13.6% y estudios parciales en educación con un promedio riguroso de 7.9 años aproximados.

Centro Regional Universitario de San Miguelito Estudiantes matriculados 1997-2000				
	1997	1998	1999	2000
Admón. De Empresas y Contab.	609	889	1118	659
Administración Pública	616	667	644	326
Arquitectura	226	189	230	98
Ciencias de la Educación	418	1310	1693	982
Ciencias Notariales	132	120	63	21
Comunicación Social	428	405	466	312
Derecho y Ciencias Políticas	50	39	84	61
Economía	97	143	323	175
Humanidades	200	218	299	227
Total	2776	3980	4925	2861

Nota: en la matricula del 2000, solo incluye el Primer Semestre.

Vivienda:

Se afecta por el crecimiento no planificado de asentamiento poblacionales llamados precaristas, de emergencias ocupacionales, donde se destacan los tipo de vivienda construida con materiales de segunda, diferentes de las necesidades básicas como agua, leer y comunicación:

Comunicación:

Características:

1. Urbanización informal (autoconstrucción)
2. Vivienda de 3 cuartos con un promedio de 4.5 habitantes por vivienda (hacinamiento)
3. En Las Cumbres y Chilibre con un promedio 1.3 cuartos por vivienda y con un promedio de 4 y 3.9 habitantes por vivienda (hacinamiento)
4. Invasión de Terreno privados o estatales
5. Aumento de la lucha por la legalización (pugnas) y con siguientes dotación de redes y servicios.
6. Vivienda desprovistas de necesidades básicas.

Desempleo:

Proyección de la Población E. A. Ocupada y Desocupa
Año 2001 - 2005

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005
P E A	319,910	355,100	437,519	598,365	908,360	1,530,639
P O	195,785	220,517	271,699	371,584	564,092	950,527
P D	22711	41,192	50,752	69,410	150,370	177,554

NOTA: CIFRAS PRELIMINARES

La Fuerza laboral existente en la Región de San Miguelito, Las Cumbres y Chilibre, según el Censo de Población y Vivienda, en cifras preliminares, el crecimiento de la población económicamente activa fue menor al estimado. Para 1990 la población económicamente activa esta en 319,910 personas, de las cuales 195,785 están ocupadas y desocupadas en 22711; si en cinco años la población crece a un ritmo de 10% anual, al termino de cinco años tendremos una población económicamente activa de 1,530,639 habitantes de los cuales 950,527 estarán ocupados y desocupadas 177,554 personas; estas proyecciones variaran dependiendo de los resultados de la encuestas de hogares, que realizan anualmente la Contraloría General de la República y como se comparte la tasa de natalidad del campo a la ciudad, el distrito de San Miguelito, no ha crecido en forma desproporcionada como otras décadas, pero si se ha reflejado con los nuevos asentamientos humanos, improvisados y los planificados que han nacido en los corregimientos de Las Cumbres y Chilibre.

Si la población crece al ritmo estimado, la economía tiene que evolucionar positivamente, y al mayor crecimiento obtenido el año pasado que fue de 3.2% anual. Para tal efecto las actividades económicas, en algunos de sus componentes deben de incrementarse , como el sector agrícola, ganadero, pesquero. La industria manufacturera en su conjunto debe mejorar las actividades como, manufactura de alimentos, prendas de vestir, muebles y otros productos.

Saneamiento:

Se espera que los indicadores de Saneamiento mejoren en los próximos años ya que se están construyendo acueductos rurales, se espera una dotación de losas de fibra de vidrio para letrinas.

inacesabilidad a los servicios públicos básicos por asentamiento no planificados espontáneos (letrinas, agua potable, comunicación, electricidad, contamina agua y suelo, carreteras de acceso). Deficiencia en recolección de basura y disposición de excretas (balcones de desprotegidos espontáneas).

la desintegración social se presenta en alto grado en la Región de Salud de San Miguelito, donde 24.8% del total de hogares en la Región tiene como Jefe de Familia una Mujer, y el 53.1% de la población esta unida correctamente.

Inspecciones sanitarias realizadas por funcionarios de la Región

Años	Inspecciones a Viviendas	Inspecciones a Establecimientos de Alimentos	Inspecciones a Intereses Sanitarios
1995	20183	9308	2532
1996	23338	8385	2350
1997	20504	8959	2961
1998	11948	9615	3049
1999	14382	10554	3584
Total	90355	46821	15376

En la sección de Saneamiento Ambiental, de la región de salud de San Miguelito, en el ultimo quinquenio a realizado un total de 90,355 inspecciones a vivienda, a establecimientos de interés sanitario 15,376, el número de inspecciones a vivienda de 1999 en comparación a 1995 tuvo un crecimiento negativo de -28.74% debido más que nada a varios factores como son:

- A. Falta de personal
- B. Falta de transporte
- C. Aumento de quejas sanitarias
- D. Los inspectores dan apoyo a los recursos nucleares de los centros de salud en cuanto a vacunación y otras actividades médicas.
- E. Son utilizados para otras tareas.

Las inspecciones practicadas a los establecimientos de los alimentos. Ha tenido un crecimiento de 2.54% y las realizadas a otros establecimientos de interés sanitario creció en 7.20% en la actualidad a este presupuesto para que sus tareas tengan un efecto multiplicador.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD Y PRIORIDADES PROGRAMATICAS Y OPERATIVAS DE SALUD DE LA FAMILIA.

PRIORIDAD REGIONAL	NIÑO - NIÑA	ADOLESCENTES	MUJER	ADULTO - ADULTA	ADULTO Y ADULTA MAYOR
ACCIDENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes en el Hogar y la Escuela 	<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes de tránsito 		<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes de tránsito 	<ul style="list-style-type: none"> • Accidentes de tránsito
AFECCIONES PERINATALES Y ANOMALIAS CONGENITAS			<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad • Peso bajo al nacer • Mortalidad perinatal por anomalías congénitas y afecciones perinatales 		
CANCER			<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer Cérvico-uterino • Cáncer de Mama 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de Pulmón, Tráquea y Bronquios 	<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de Próstata
DROGAS, ALCOHOLISMO OY TABAQUISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo pasivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Abuso de Alcohol y Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo activo y pasivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Abuso y dependencia de Alcohol y Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo activo y pasivo • Abuso de Alcohol
DIABETES MELLITUS				<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo II 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes tipo II
ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Ampliado de Inmunizaciones (Difteria, Tétanos, Tosferina, Polio, Sarampión, Parotiditis, Rubéola) 		<ul style="list-style-type: none"> • Tétanos neonatal • Rubéola congénita 		

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES				<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad Isquémica del Corazón Enfermedad Cerebrovascular
ENFERMEDADES DE ORIGEN HIDRICO	<ul style="list-style-type: none"> Diarrea en el niño menor de 5 años 				
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	<ul style="list-style-type: none"> Neumonía y Bronconeumonía Asma 			<ul style="list-style-type: none"> Asma 	<ul style="list-style-type: none"> Neumonía
MALNUTRICION	<ul style="list-style-type: none"> Desnutrición en niños menores de 5 años 		<ul style="list-style-type: none"> Bajo peso Anemia en embarazadas 	<ul style="list-style-type: none"> Obesidad 	<ul style="list-style-type: none"> Obesidad
SALUD BUCODENTAL	<ul style="list-style-type: none"> Caries en escolares 		<ul style="list-style-type: none"> Caries en mujeres embarazadas 		
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		<ul style="list-style-type: none"> Embarazo precoz en adolescentes Aborto provocado 	<ul style="list-style-type: none"> Aborto provocado Infecciones del tracto reproductivo 		
TUBERCULOSIS	<ul style="list-style-type: none"> Tuberculosis 			<ul style="list-style-type: none"> Tuberculosis 	<ul style="list-style-type: none"> Tuberculosis
VIH/SIDA Y ETS			<ul style="list-style-type: none"> VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> VIH/SIDA Gonorrea 15 a 44 años 	
VIOLENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Maltrato Infantil 	<ul style="list-style-type: none"> Violencia en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> Violencia intrafamiliar y maltrato 	<ul style="list-style-type: none"> Homicidio, suicidio y lesiones autoinflingidas 	<ul style="list-style-type: none"> Violencia y maltrato

PRIORIDADES PROGRAMATICAS DE SALUD AMBIENTAL Y COMUNITARIA

PRIORIDADES	AMBIENTE RURAL	AMBIENTE URBANO	INDUSTRIA
CONTAMINACION DE CUERPOS DE AGUA		<ul style="list-style-type: none"> • Descarga de aguas residuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descarga de productos químicos.
CONTAMINACION DE SUELOS POR RESIDUOS SOLIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada disposición de basuras en los predios 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente recolección de desechos. • Inadecuado almacenamiento de la basura • Inadecuada disposición de basura en los predios 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente recolección de desechos • Inadecuada disposición de basura en los predios • Inadecuada disposición final de desechos peligrosos.
PROLIFERACION DE VECTORES	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado almacenamiento de aguas en recipientes • Incremento del número de criaderos 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo inadecuado de recipientes útiles para el almacenamiento de agua. • Hábitos difíciles de erradicar en la población. • Aumento en el número de criaderos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Altos inventarios de dispositivos potenciales de criaderos en base al tamaño y cantidad.
CONTAMINACION DE ALIEMNTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada manipulación de alimentos • Inadecuada preservación de alimentos en sitios de venta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada manipulación de alimentos • Inadecuada preservación de alimentos en sitios de venta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento de animales enfermos para la venta. • Prácticas inadecuadas en el procesamiento de alimentos.
LIMITADA OFERTA DE LUGARES SALUDABLES PARA ESPARCIMIENTO		<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de áreas verdes para otros fines. 	

Productos Agrícolas: Hortalizas, Granos, raíces, poco plátano y guineo, frutas en general.

Alimentos Procesados: los industriales (embutidos, pollo, carnes, alimentos rápidos, etc.) toledano, Bonlac, Etc.

En el área de Chilibre, áreas de protección de la cuenca hidrográfica del Canal, de las cuales un bajo % dedicados a la agricultura de subsistencia en granos y raíces. Así sucede al resto del Distrito en sí. De ganadería bajo % en la cría y ceba de ganado vacuno, no se da la exportación a gran escala. Esporádicos

Reforestación: dos finca 5 r, viveros de ANAM, se dan incentivos según ley. Municipio de San Miguelito esta realizando actualmente reforestación de las áreas verdes del distrito y ANAM esta como distribuidor (venta) para empresas privadas y publicas interesadas en el mejoramiento del ambiente.

Comisión de Desastres
Cuadro Identificación de Riesgos

Centro de Salud	Total de Comunidades	# total de comunidades afectadas	% de Riesgo Total	urbana	# de comunidades urbanas afectadas	% de Riesgo Urbano	Rural	# de Comunidades rurales afectadas	% de Riesgo Rural	Población Total	% total
Barro Batea	14	10	71.40	2	2	100	12	8	66.67	34580	
San Isidro	42	28	66.70	23	14	60.86	19	13	68.42	54525	
Sanle de Urracá	14	11		2			12			18165	
Sanjos Cáster	25	10	40	3	2	66.60	22	9	33.30	60623	
Sanelia Denis Deza	47			35			12			61805	
Sanvo Veranillo	97	13	13.40	70	4	5.70	27	9	33.30	159435	
Sanalde Díaz	52			24			28			82135	
Sanlibre	36	5	13.90				36	5	13.90	38484	
Sanal unidades de	327	66			22			44			20.18

Centro de Salud de Torrijos Carter

Población de Responsabilidad			
	Nombre de la Comunidad	Riesgos Existentes	Población
Zona	Torrijos Carter	Estación de gasolina, piquera de buses T. Carter	
	El mirador	Estación de gasolina, piquera de buses Santa Marta	
	El mirador	Deslizamiento de Tierras, Pobreza Extrema	
	Rogelio Sinán Barriada 2000	Derramamiento de aguas negras Pobreza extrema	
	Liberación Naos	Pobreza extrema	
	El Porvenir	Inundaciones y aguas negras, Río Santa Marta	
	Santa Marta	Río Santa Rita, contaminación de Aguas negras Pobreza extrema Drogas y bandas que se atacan entre ellas, poniendo en peligro a la comunidad.	
	El Progreso	Inundaciones de Río Santa Rita y Aguas Negras. Puente Colgante y Puente provisional.	
	Villa María	Pobreza extrema	
	Chanel	Río contaminado con aguas Negras e Inundación	
	Centro de Salud de San Isidro		
Zona A	Nombre de la Comunidad San Isidro	Riesgos existentes Propensa a inundación – Vertedero a cielo abierto	
	Sector D. E.F. (sector 2)	Propensa a inundación – deslizamiento de Tierra	
	Barriada 6 de abril	Propensa a inundación – epidemia por plagas.	
	Tinajita	Gasolinera Explosivos.	
	Calle A	Quebradas Contaminadas.	
Zona 3	Buenos aires	Propensa a Deslizamientos de tierra	
	Ensenada	Propensa a Epidemias por plagas	
	Mi Pueblito	Vertedero a Cielo abierto	
	Parte del Valle (entrada calle B hasta el Rey	Extrema Pobreza	
Zona C	El Valle de San Isidro	Propensa a inundaciones Propensa a Deslizamientos. Propensa a Epidemia por Plaga Extrema Pobreza Vertederos a Cielo Abierto Quebradas Contaminadas	
	Santa Elena	Propensas a Deslizamientos de Tierra	
	Campo Verde	Propensa a Epidemias por Plaga	
	Sonsonate	Extrema Pobreza	

Zona D	Colinas de Sonsonate	Propensa a incendios forestales	
	El Porvenir	Areas montañosas Vertederos a Cielo Abierto Quebradas Contaminadas	
	Las Rositas		
	Chivo – Chivo		
	Santa Librada Rural		
	Villa Cárdena		
Fuera de Area	Las Cumbresitas	Propensa a Epidemias por Plagas. Gasolinera Explosivos. Vertederos a Cielo Abierto	
	Santa Bárbara		
	Las Glorietas		
	San Andrés		
	Villa Zaita – Los Cipreses		
	Villa Alpina		
	Villa Forense		
	Praderas del Rocío		
Villa Zaita Rural			
Centro de Salud Cerro Batea			
	Nombre de la comunidad	Riesgos existentes	
	San Martín "A y B"	Areas de deslizamientos de Tierras	940
	Cerro Batea Sectores 2 y 4	Gasolinera Explosivos Vertederos a Cielo abierto	3,500
	Cerro batea Roberto Durán La Felicidad La Paz	Areas propensas a daños ecológicos (contaminación,) basuras, Aguas Negras, daños en el Sistema de Alcantarillado. Vertederos a Cielo Abierto	23,000
	Roberto Durán La Felicidad	Areas propensas a inundaciones. Deslizamientos de Tierra	1,500
	Belén Nuevo Belén	Areas propensas a deslizamientos de tierras. Areas propensas a inundaciones Areas marginales de Pobreza Vertederos a Cielo Abierto Areas con daños ecológicos: Quebrada contaminada, Falta de Vegetación, Corte de Cerros, Nuevas Construcciones mecanizadas.	1,800
Centro de Salud de Nuevo Veranillo			
	Río Palomo	Inundaciones y contaminación	
	Altos de Tinajita	Deslizamientos de Tierras	
	Alto de los Pinos	Deslizamientos de Tierras	
	Sinaí Sector 5	Inundaciones – extrema Pobreza	
	Samaria Piedra	Inundaciones	
	Samaria Sinaí	Inundaciones	
	Villa Lucre	Río Matías Hernández, inundaciones, Dos gasolineras	
	Don Bosco	Extrema Pobreza	
	San Antonio	Gasolinera Entrada Inundaciones	

	Entrada a Cerro Viento	Gasolinera	
	El Crisol	Gasolinera	
	Centro de Salud de Chilibre		
	Caimitillo	Cemento Bayano Reserva forestal	
	San Vicente Nuevo Chagres	Cantera San Pablo Estación de Gasolina delta Aceti – Oxigeno Cantera Represa Madden	
	Agua Bendita	Estación Texaco gasolinera	
	Chilibre Centro	Estación Shell Gasolinera. Planta de Gas Tropigas y Panagas. Estación Shell, Gasolinera	

La población para 123,339 personas se encuentran en las diferentes actividades económicas, se observa una desocupación crónica que coexiste con los bajos ingresos de la población de la región.

En 1990 el 11.6% de la población de San Miguelito representa (la población económicamente activa y el 3.7% para Chilibre y Las Cumbres

Ocupación e inconformidad:

En la Región de Salud de San Miguelito se concentro el 14.1% de la población ocupada de la República un total de 104,235 personas incorporadas a la estructura económica del país.

La PEA de la Región se ha caracterizado por priorizar el sector económico y servicio, seguido del sector industrial y una escasa actividad agrícola y pecuaria. De hecho, las comunidades del Distrito de San Miguelito se les puede considerar como localidad dormitorio.

La rama de la actividad económica principal es el comercio al por mayor y menor reparación de vehículos, automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos con el 20.2 % , seguido de la industria manufacturera con el 13.4% y hogares con servicio doméstico con el 10% frente al 2.5% de la agricultura, ganadería, caza. Pesca y silvicultura.

El sector terciario tiene marcada presencia en los cuatro principales ramas económicas por corregimiento en tanto que el sector secundario sólo prima en la segunda clasificación.

Las cumbres ocupan el segundo lugar en hogares privados con servicio doméstico 12.2% y Chilibre 12.6% de actividades agropecuarias.

Solo el 2% (2,037) personas se dedican a la actividad agrícola.

En categoría de ocupación:

En empresa privada en San Miguelito es el mayor empleado	53%
Empleados permanentes:	59.4% (61,880)
empleados eventuales	19.5% (20,122)
empleados independientes	19.5% (20,355)
desocupados	48.3%

5.									
F. Principales Problemas de salud Emergentes y Reemergentes que afectan a la población (enfermedades y situaciones de riesgo)									
1.	SIDA	(emergente)							
2.	DENGUE	(emergente)							
3.	TB	(emergente)							

En cuanto al tabaquismo, por los riesgos que para la comunidad representa por lo nocivo de su consumo el mismo ha disminuido en una razonable consideración

Con respecto a sedentarismo este si es alto, debido a las pocas áreas de recreo existente en la región, tales como piscinas, áreas de juego no existen, los ríos de la región en su gran mayoría están contaminados.

Los hábitos alimenticios, no están acordes con las necesidades de la salud, la población consume muchos alimentos denominados "basura" (Burger King, McDonald). Se observa dificultades con la conducta y prácticas sexuales, hay mucha incidencia de promiscuidad sexual

En el 2000 existen 12 casos de SIDA/VIH , 3 casos de sífilis congénita, 253 casos de virus papiloma humano.

El sedentarismo va acompañado de un incremento en el consumo del alcohol y la drogadicción. Esta es una situación alarmante; muchos casos de asalto a mano armada y problemas intra - familiares.

Las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad es la siguiente:

I Lugar

Diarrea: con un número de caso para el año 1999 (8,186)

Masculino	femenino
4,078	4,108 casos

Observándose mayor número de casos en la población de 1 a 4 (2,648), seguido de menor de un año (1,426) y los de 20 a 24 años 690 casos.

II Lugar

Gripe: 11,327 casos lo cual, 1995 casos son masculinos y 6122 femeninos

observándose el mayor número de casos en el grupo de edad de 1 a 4 años (2,244).

Bronquitis y Asma:

Ocupan asma el III lugar y Bronquitis el cuarto lugar manifestándose que el grupo más afectan es el de 1 a 4 años.

Bronquitis: 3,130 casos
Femenino (1,656) Masculino (1,474).

Asma 5,898 casos
Femenino (2,844) Masculino (3,054)

Observamos que las enfermedades respiratorias prevalecen en nuestro perfil epidemiológico y las diarreas.

Conjuntivitis: 1,541 casos
Femenino:(732) Masculino: (809)
Grupo más afectado < de 1 año (310 casos)

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.

El estado de situación de salud ocupacional, por su naturaleza misma, es competencia de la caja de seguro social. No obstante para al entrevistar al departamento de estadísticas de la institución nos manifestaron que entre los diagnósticos prevalecen tres morbilidades al año 1998 (el informe 1999 esta por ser divulgado:

1. enfermedades, infecciosas y parasitarias
2. enfermedades del sistema nerviosos y de los órganos de los sentidos
3. Enfermedades del aparato respiratorio.

La comunidad si conoce los problemas de salud que los afecta, esto es a través de los equipos de salud que interaccionan con la comunidad y sus zonas de responsabilidad. En la ejecución del modelo de atención comunitario ambiental y familiar, como también a través de su comité de salud y consejos de familia , que participan en las evaluaciones realizadas en los centros de salud., Donde describen su situación de salud general y las aportaciones que la comunidad brinda para solucionar sus problemas y necesidades de salud.

Por otra parte durante la aplicación de las encuestas familiares aplicadas durante la fase diagnostica para dar inicio al desarrollo del modelo de atención, fue la comunidad la que respondió a las preguntas que abordaron su condición de salud.

Fotografía No. 3: Característica de la Oferta

La Vigilancia Sanitaria

Se debe llegar a un consenso regional del concepto de vigilancia sanitaria.

Aspectos que Considera la Vigilancia Sanitaria

- A. Inspecciones
- B. Encuestas
- C. Monitoreo
- D. Promoción, capacitación, educación
- E. Marco Legal

Intervenciones orientadas a la preservación de condiciones de salubridad de los servicios básicos de saneamiento y a la identificación y conexión de factores de riesgos.

Que problemas se deben vigilar?

- Disposición inadecuada de aguas negras y servidas
- Disposición inadecuada de excretas
- Disposición inadecuada de desechos sólidos
- Falta de agua potable
- Manipulación y expendio de alimento
- Otros riesgos a la salud humana y ambiental de tipo físico, químico, biológicos, radiactivo.
- Vigilancia a las procesadoras o fábricas de alimentos
- Vigilancia en el control de vectores
- Se debe vigilar los factores asociados a la violencia, enfermedades crónicas, ambiente laboral (y la del propio funcionario)
- Vigilancia a las procesadoras o fábricas de alimentos
- Vigilancia en el control de vectores
- Se debe realizar los factores asociados a la violencia, enfermedades crónicas, ambiente laboral (y la del propio funcionario)

Fortalezas

- Existencias de decretos, códigos y leyes .
- El promedio de experiencia en el espacio geográfico de los funcionarios es alto.
- Interés de pequeños grupos de la comunidad y del personal por la solución problemas de Salud poblacional y ambiental.
- Análisis de las situaciones de los niveles locales
- Recurso humano capacitado.

Debilidades

- Desconocimientos de las percepciones de Salud – Enfermedad de las sociedades que estamos tratando.
- Falta de recurso
- La no divulgación de capacitación a la comunidad.
- Ausencia de reglamentos específicos para vigilar higiene y seguridad.
- Limitada descentralización hacia los niveles locales
- Desconocimiento de la situación de salud de las áreas de difícil acceso.
- Falta de consulta en la implementación de las políticas en los niveles locales.
- No existe un análisis de causalidad periódico y continuo.
- Capacidad para reunirse y ventilar en plenaria.
- No existe un sistema de Vigilancia sobre riesgos de violencia.
- Escasa vigilancia de factores de riesgos asociados a otros problemas Bio Psico Sociales.
- Falta de vigilancia de los planes
- Gestión medicalizada de los servicios de salud.
- No hay una coordinación ínter programática
- No hay verdadera planificación integral de todos los departamentos.

¿ Vamos a seguir subvencionando los servicios privados de salud como red de Servicios Públicos?

No porque se diluyen los recursos. Pero para estimular al funcionario.

Es necesario que se:

- Mejoren las instituciones de salud.
- Ajustes de los sistemas de información de registros diarios
- Condiciones de trabajo iguales para todos

Accesibilidad Geográfica

Comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica en el Distrito de Panamá:

- A. La Bonga
- B. San Juan de Pequení
- C. Mono Congo
- D. Quebrada Fea
- E. Emberá Drua
- F. Parará Purú
- G. Quebrada Ancha
- H. Peñas Blancas

- I. Quebrada Benitez
- J. Quebrada Tranquilla
- K. Victoriano Lorenzo
- L. María Enrique Adentro

Para mantener la accesibilidad geográfica haremos:

1. Mercadeo social
2. Giras médicas planificadas y seguimiento
3. Mantener extensión de horario y días laborables
4. Aumentar extensión de horario en determinados Centros de Salud Ejem: San Isidro 24 horas
5. Subvención

Las áreas de difícil acceso se tiene un diagnóstico situacional sobre Saneamiento Ambiental y vectores.

Medios de transporte utilizados:

- ✓ Carro
- ✓ Bote (a remo y a motor)
- ✓ Caballo
- ✓ A pie

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), a los niveles de agua de Lago Alajué y los ríos San Juan y Chagres, así como del medio de transporte utilizado.

El costo de movilización está enmarcado en las condiciones del punto anterior (4) y varían de B/. 2.50 – 7.00 por persona.

Complejidad de la Red

La Región de salud de San Miguelito está compuesta por una red pública de atención primaria formada por 8 centros, 1 sub centro (Caimitillo), Centro de salud Don Bosco (Hospital del Niño). Dos ULAPS, dos Policlínica. Existe un Hospital Regional de Segundo Nivel HISMA que cubre la demanda de la Red Primaria del Ministerio de Salud y La Caja de Seguro Social.

En la Región de Salud de San Miguelito, existe un Centro de Salud, Nuevo Veranillo, que por sus Recursos físicos humanos y tecnológicos cumple con las características de 2 A (Secundario Ambulatorio) , pues cuenta con un Sub Nivel 1 A (atención primario) capacitado para la atención de urgencias, consultas y atención de especialidad e

imagenología, Pediatría entre otras. El resto de los Centros de Salud pertenecen al nivel 1 A (primario ambulatorio); Representan el primer contacto del usuario con el sistema y paso obligado por los siguientes niveles. Contemplan un modelo de Atención Integral basado en Equipos Básicos (un médico general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y un técnico de Salud) a las cuales se les asigna una cantidad de familias de una zona de responsabilidad, apoyados por Equipo de atención complementario como son : Saneamiento Ambiental, Odontología, Laboratorio, trabajo social y Profesionales especialistas.

Se define la sectorización de la Red a través de segmento censal y en algunos casos por accesibilidad geográfica. Como proyección del nivel regional la sectorización continuará tal como esta, existiendo una adecuación en el sistema de información médica por zona y la de salud ambiental se encuentra en fase de validación.

La red de servicios es dividida en zonas Sanitarias de responsabilidad asignadas a cada Centros de Salud respectivamente.(2 zonas de 5000 habitantes por equipo básico).

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

Los equipos básicos contemplan un modelo de Atención Integral basado en Equipos Básicos (un médico general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y un técnico de Salud) a las cuales se les asigna una cantidad de familias de una zona de responsabilidad, apoyados por Equipo de atención complementario como son: Saneamiento Ambiental, Odontología, Laboratorio, trabajo social y Profesionales especialistas.

El Centro de Salud de Torrijos Carter tienen bajo su responsabilidad seis (6) zonas sanitarias
Ver cuadros

Dentro de la cartera de servicios el Centro de Salud debe asumir y facilitar la atención sanitaria y las prestaciones básicas correspondientes al primer nivel de atención debe responder a las necesidades de Salud colectivas e individuales de su población de responsabilidad

Atención Integral a la Salud de los Niños y las Niñas.

Atención Integral a los y las adolescentes

Atención Integral a la Mujer

Atención Integral a los y las Adolescentes

Atención Integral a la Mujer

Atención Integral del Adulto y la Adulta

Organización de la Gestión del Modelo de Salud Familiar, Comunitario y Ambiental

Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Promoción y Prevención Colectiva

Control y vigilancia Epidemiológica y de Salud Pública.

Para las preguntas 8 y 9 los costos no tienen un parámetro exacto de medida, estos van a variar considerablemente dependiendo del volumen de consultas que se desarrollan finamente en todas las actividades.

- a mayor cantidad de personas que asistan por morbilidad y control menor serán los costos.
- A menor cantidad de personas que asistan por morbilidad y control mayor serán los costos.
- Hay que señalar que uno de los dos que más afectan al servicio son las prestaciones personales.

Los servicios administrativos los componen:

Caja

Mensajería

Conductores

Mantenimiento

Contabilidad

Los cuales sus salarios están contemplado en la respectiva partida presupuestaria.

Las actividades preventivas y de promoción responden al perfil de problemas que fueron formulados en el Plan Regional de Salud y las Normas Integrales de la Salud para la población y el ambiente.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN:

1. Accidentes, Traumatismo y Violencia.
2. Afecciones perinatales y anomalías congénitas.
3. Alcoholismo, Tabaquismo y Drogas.
4. Cáncer.
5. Contaminación del suelo por Residuos Sólidos.
6. Enfermedades Transmisibles por Vectores (Dengue).
7. Salud Mental.
8. Mal Nutrición.
9. Diabetes Mellitus.
10. Enfermedades Inmuno prevenibles.
11. Enfermedades Cardiovasculares.
12. Enfermedades de Origen Hídrico.
13. Enfermedades Respiratorias.
14. Salud Buco Dental.
15. Salud Sexual y Reproductiva.

16. Tuberculosis.
17. VIH – SIDA. Infecciones de Transmisión Sexual.
18. Otras.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN A LA POBLACIÓN DE NIÑOS(AS)

DE 0 – 5 AÑOS.

- ❖ Promoción de la Salud Psico-Social en el medio familiar y comunitario.
- ❖ Promoción de la Vigilancia del crecimiento y desarrollo Integral del niño(a) en la familia y la comunidad.

(Niños(as) 5-9 años

- ❖ Promoción de los factores protectores y de las habilidades para vivir del escolar con enfoque de género.
- ❖ Promoción de los instrumentos legales vigentes para proteger al menor y la familia.
- ❖ Promoción y práctica de Salud Ambiental.
- ❖ Promoción de la Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo integral del escolar en la familia y la comunidad.

Población (5 –9 años)

- ❖ Promoción y Educación en el desarrollo integral del discapacitado.

Población de 15-19 años

- ❖ Promoción de los factores protectores y habilidades para vivir.
- ❖ Promoción de instrumentos legales vigentes que protegen al menor y la familia.
- ❖ Promoción de la Vigilancia del crecimiento y desarrollo integral del adolescente en la familia y la comunidad.
- ❖ Promoción y práctica de Salud Ambiental.

Población de 20-59 años

- ❖ Promoción de convivencia solidaria en la familia, la pareja y la comunidad.
- ❖ Promoción Psico-Social del discapacitado.
- ❖ Promoción y Vigilancia del cumplimiento de las leyes, normas y reglamentaciones en el campo de la Salud.

❖ Salud Sexual y Reproductiva.

Población (20 –59 años)

- ❖ Promoción de la Salud de hábitos y Estilos de Vida Saludable.
- ❖ Conservación del Ambiente Comunitario Saludable.
- ❖ Promoción de Producción y Educación Alimentaría Nutricional.

Población de 60 años y más

- ❖ Promoción de Convivencia Solidaria en la familia y la comunidad.
- ❖ Promoción de los deberes y derechos de la Tercera Edad.
- ❖ Promoción de actividades para mantener la anatomía de personas mayores con un buen funcionamiento mental, físico y social.
- ❖ Educación para la Salud – Geco cultura.
- ❖ Promoción de Salud Alimentaria y Nutricional.
- ❖ Promoción Psicosocial al discapacitado.

En cuanto al costo, se ofrece gratuitamente las actividades promocionales y gran parte de las preventivas, de las que sólo se le carga a los controles de salud para todos los grupos; que incluye la consulta médica y exámenes de laboratorio.

Los servicios asumen los costos de las actividades promocionales y preventivas que están alrededor de 4.50/hora. Se sufragan a través del presupuesto anual y los aportes de la cooperación externa y autogestión. Se ofrecen a los usuarios de los Centros de Salud, en la comunidad, escuelas, Iglesias, establecimientos y otros.

Los programas preventivos y de promoción que se ofrecen no están normados en relación a los temas, estos se rigen basados en los diagnósticos , necesidades riesgos y prioridades de salud y son impartidos sin costo alguno. El plan regional presenta los diferentes planes preventivos según grupos de edad , sexo y diagnósticos.

Si existen protocolos de atención en los servicios de urgencia, enfermería y servicios médicos .

No existe consenso en la aplicación de la Red de Servicios MINSA – CSS

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

La creación y definición del Nuevo Sistema de Salud Regional Integrado debe establecer:

El desarrollo de instrumentos que garanticen la provisión mixta con predominio de la provisión pública y el eficiente uso de los Recursos.

La definición del sistema en tres niveles:

Nivel 1ª primario ambulatorio
Centros de Salud ULAPSS
Nivel 2 A Secundario Ambulatorio
Policlínicas

Nivel 2 H Secundarios Hospitalario
Hospital San Miguel Arcángel
Nivel 3H Terciario de Hospitalización

Hospitales de Referencia Nacional de definición y normatización del sistema de Referencia y Contrarreferencia entre los niveles del diseño y aprobación de mecanismos que garanticen la atención de asegurados y no asegurados en las Instalaciones del MINSA y CSS.

No existe en la Región una real articulación de la red informal con los servicios de salud.

El único contacto con los servicios informales se dio en 1994 con la detección y capacitación de 11 parteras empíricas del corregimiento de Chilibre, el cual no ha tenido el seguimiento esperado.

La Red privada de Salud de la Región de Salud de San Miguelito trabaja independientemente del monitoreo del sector Gubernamental de Salud. El departamento de Provisión de Servicios tiene la lista actualizada de los establecimientos privados al sistema de flujo de Referencias y Contrarreferencias.

No funciona el sistema de referencia y contrarreferencia porque este último no es funcional en la medida que se les da seguimiento oportuno al paciente por presentar limitantes tales como:

La calidad técnica del papel (no legible), contestaciones carecen de información para dar seguimiento al paciente, la hoja rosada llega a la región dentro de un mes y encima allí se detiene para su análisis de datos y finalmente es enviada a los directores médicos. No dan seguimiento a la contrarreferencia recibida en el Centro de Salud.

En que instituciones se ha realizado catastro.

En todas, para inversión de este año está el Valle de Urraca al cual se le está realizando ampliación y se ha detenido la construcción de el sub centro en agua buena.

Se articula a través del Sistema de Referencias, Contrarreferencias en los diferentes niveles de atención en la producción de servicios y en la coordinación de la Información Estadística y Epidemiológica, así como también en un Sistema integrado donde participa un Centro de Salud: Alcalde Díaz.

Y en el segundo nivel de atención, se coordina con el Hospital Integrado San Miguel Arcángel.

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 médicos 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 amarilla y rosada y envía 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 Referencias y Contrarreferencia empleado en la Región de Salud de San Miguelito toma en cuenta los siguientes aspectos :

- a) Identificación del área influencia de cada establecimiento: solo participan los servicios públicos de la Región de San Miguelito.
- b) Capacidad relativa de los establecimientos el paciente se refiere según la cartera de servicios de cada Instalación y de acuerdo a la patología del paciente.
- c) El nivel de atención se refiere al paciente al especialista adecuado para el manejo y resolución de la patología una vez logrado este objetivo; el paciente regresa a la Red primaria.

Dificultades en el sistema de Referencia y Contrarreferencia

- a) dificultad para registrar la cantidad de Referencias emitidas y Contrarreferencias recibidas a nivel de los Centros de Salud.
- b) dificultad en el uso del formulario adecuado y el conocimiento del destino de las hojas de colores por parte de los médicos
- c) dificultad en la llegada de las hojas blancas al Centro de Salud, de vuelta con la Contrarreferencias.

La necesidad de personal dedicada completamente a la supervisión del funcionamiento de este sistema

Para fortalecer el sistema y llevar un mejor control se realizan reuniones mensuales con el Hospital San Miguel Arcángel para analizar el flujo de referencias enviadas a los Centros de Salud.

Bolsones de Desprotegidos

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS POR CENTROS DE SALUD JULIO 2000.

CENTRO DE SALUD	NIÑOS DE 1 AÑO	NIÑOS 1 a 5 AÑOS
TORRIJOS CARTER	222	949
AMELIA DENIS	102	398
CHILIBRE	6	832
SAN ISIDRO	78	125
ALCALDE DÍAZ	80	166
VERANILLO	279	1865
VALLE DE URRACÁ	82	437
CERRO BATEA	75	177
TOTAL	1024	4949

Fuente , Informe Enviados De Los Centros De Salud De Inasistentes A Vacunar.

				POR CENTRO DE SALUD	ACTUAL	
CHILIBRE	ZONA1-villa unida Zona 2 = Buenos Aires Zona 3= San Vicente Zona 3= chilibre Zona 4= Agua Buena	* 1 año • 1 año • 1 año * 1 año * 1 año	139 165 127 102 130	663	1-Se orienta a las enfermeras a realizar vacunación diaria en las zonas donde hay mayor cantidad de inasistentes. 2-Se están realizando vacunación diaria en todos los sectores.	Vacunación masiva en el corregimiento de Chilibre 4y5 de agosto 2000 con apoyo del personal de enfermería, vectores.og. y ong. Promoción por medios de comunicación y comunitaria
TORRIJOS CARTER	Zona 1= Villa Maria Zona 2=Nueva Libia Zona3=Torrijos Carter Zona 4=Santa Marta Zona 6= Mirador	1 a 5 años 1 a 5 años 1 a 5 años 1 a 5 años 1 a 5 años	160 128 255 155 90	788	1-En estas comunidades se realizan vacunaciones de casa por casa. 2-Continúan vacunando de casa por casa todos los días que el tiempo lo permita. 3-Están realizando planificación estratégica para disminuir los bolsones	Pendiente vacunación masiva dependiendo de los resultados de las estrategias locales. Facilitar el transporte Regional.
VALLE DE URRACA	El futuro La Paz Embera Purú Valle de Urracá Altos de la Torre	1 a 5 años 1 a 5 años 1 a 5 años 1 a 5 años 1 a 5 años	84 65 52 60 28	289	1.Vacunación diaria de casa en casa en dos zonas por semana con personal de enfermería; vectores y personal de la comunidad. 2.Charlas diarias en centros de salud sobre importancia de la vacunación.	Evaluación semanal sobre resultados de vacunación para ver si hay respuesta e implementar nuevas estrategias.
VERANILLO	Zona 1 al 11	1 a 5 años 1 a 5 años	623	2144	1.Realmente no existe una coordinación con la CSS y esto incide sobre la estadística de esta población. 2.Muchos de los inasistentes se están vacunando en la caja del Seguro Social. Se están analizando y tomando acciones para verificar si la cifra son reales	1.Suspensión y evaluación de las estrategias locales. 2.Planeación de vacunación un masivas de los corregimiento según necesidades identificadas.

Los riesgos principales de los bolsones de desprotegidos son las enfermedades inmunoprevenibles, desnutrición y enfermedades reemergentes y las asociadas con el ambiente.

PLAN DE ACCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN O ELIMINACIÓN DE BOLSONES DE DESPROTEGIDOS EN LA REGIÓN DE SAN MIGUELITO LAS CUMBRES Y CHILIBRE

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.

La capacitación en la red informal solo se ha realizado para parteras empíricas del corregimiento de Chilibre en el año 1994, financiado por la comunidad Económica Europea.

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 ala 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).

TIPO DE RECURSO	HSJT	AÑO				
		MINSA				
		1980	1990	1997	1999	2000
No. Total de Médicos	49	29	64	95	95	91
Generales	4	13	31	53	58	56
Pediatrias	15	7	7	16	13	11
Cirujanos	18	-	-	-	1	1
Gineco Obstetras	12	3	12	15	12	12
Otras especialidades		6	14	11	12	11
No. Total De Enfermeras	42	11	24	42	42	37
No. de Odontólogos	4	10	33	44	47	47
Razón de Médicos por 10,000 Habs.		1.6	1.9	2.3	2.2	2
Razón de Enfermeras (Os) Profesionales por 10,000 Habs.		0.6	0.7	1	1	0.8
No. Total de Técnicos de Laboratorio	5	3	11	16	16	14
No. de Farmacéuticos	1	1	2	4	7	8
No. de Asistentes de Farmacia	4	1	7	12	7	7
No. de Educadores para la Salud		2	5	2	2	2

No. de Inspectores de Saneamiento y antivectoriales	11	18	43	62	61
No. de Ingenieros y Arquitectos	-	1	3	3	1

*1982 =Población 180,017 1999 = Población 438,572
1990 = Población 334,505 2000 = Población 449,761
1997 = Población 417,062 * / 10,000 habitantes

Recursos Humanos en las Instituciones de Salud
Ultimo año Disponible

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares Enfermería	Otros Trabajadores	Personal Administrativo	Servicios Generales
MINSA						
CSS						
PRIVADO	5	42	19	24	36	14
Total						

En que instituciones se ha realizado catastro.

En todas, para inversión de este año esta el Valle de Urraca al cual se le esta realizando ampliación y se ha detenido la construcción de el sub centro en agua buena.

Los Medicamentos y Laboratorios

Actualmente en la Región de Salud de San Miguelito, están funcionando 8 farmacias a Nivel de Centros de Salud y 1 Farmacia a Nivel de Sub Centro de Salud. Las Dos Policlínicas de la Caja de Seguro Social , HISMA , San Judas Tadeo y Las Particulares . No existen Farmacias Comunitarias.

No existe un listado Regional de medicamentos, actualmente la Región de San Miguelito se rige por el listado Oficial de Medicamentos de la Caja de Seguro Social.

Hay 478 medicamentos incluidos, pero no todos se utilizan a nivel de Centros de Salud. El listado de medicamento lo utilizan el personal Médico, Odontológico y Farmacéutico de los Centros de Salud.

No existe esquema de distribución y/o de subvención solamente en los casos de TBC e ITS, escolar, Materno Infantil, Leishmaniasis.

No existe protocolo de tratamiento estandarizados, solamente en los casos de TBC.

Por la ley que rige la Profesión Farmacéutica, Ley # 24 del 29 de enero de 1963, todo establecimiento farmacéutico (farmacia) ya sea privado ó estatal, debe contar con un

farmacéutico idóneo. Actualmente sólo 6 de las 8 farmacias de los Centros de Salud de San Miguelito, cumplen con este requisito en horarios normales y no así en los turnos de extensión que en algunos de ellos brindan atención como asistente de farmacia. Es necesario que se cumplan con la ley en el sentido de disponer profesionales idóneo en todas las farmacias de cada Región de Salud.

Cero (0) donaciones en los centros de Salud ya que no cuentan con Banco de Sangre.

Los hospitales del HISA y San Judas Tadeo cuentan con un Banco de Sangre cada uno. No conocemos el número anual de donaciones.

Los 8 centros de Salud cuentan con sus respectivos laboratorios.

Las policlínicas de la Caja de Seguro Social cuentan con laboratorio
Los Hospitales (HISMA y San Judas Tadeo) también cuentan con un laboratorio cada uno.

7 laboratorios de los 8 centros de Salud realizan prueba de rutina. El Laboratorio del Centro de Salud de Nuevo Veranillo realiza pruebas de rutinas y especializadas enmarcadas en la vigilancia epidemiológica las tendencias de morbilidad. Los laboratorios del HISMA, San Judas Tadeo y las 2 Policlínicas de la Caja de Seguro Social, pruebas especiales y rutina.

No existe un laboratorio de Referencia Definido. El Laboratorio de Nuevo Veranillo funciona como Laboratorio Regional y de referencia debido a que:

- a) Cuenta con una de las mejores infraestructuras
- b) Mayor número de recursos humanos
- c) Tecnología automatizada (Hematología, Química y Serología)
- d) Escogido como centro de referencia para la vigilancia epidemiológica tanto por enfermedades emergentes como reemergentes.
- e) Por la adecuación a las especialidades médicas (psiquiatría, pediatría, dermatología, cirugía, etc.)
- f) Se mantiene comunicación con Laboratorio Central de Referencia de Salud Pública en cuanto a controles de Calidad Directa e Indirecta .

No existe uniformidad por el momento. Se presentó a la Dirección Médica y a la Jefa de Provisión de Servicios de la Región, análisis de los precios en función de los costos para su evaluación.

Si existe ganancia y el % es más del 100%.

La adquisición de insumos de laboratorio se prioriza:

1. por demanda del servicio
2. por morbilidad

La adquisición de insumos se hacen con pedidos programados basados en un cárdex de insumos locales y regionales.

Evaluación del Gasto en Medicamentos
En los Últimos 5 años

INDICADOR	1996	1997	1998	1999	2000
Gasto total en Medicamento por la CSS					
Gasto total de Medicamentos por MINSA	89,205.02	120,324.18	131,399.37	339,274.34	82,537.87
Gasto Per Capita en medicamentos	0.21947	0.28855	0.30724	0.77359	0.18351

Fotografía No. 4: Satisfacción al Cliente

Lista de Espera

La mora quirúrgica para el servicio de cirugía general, el tiempo más corto es de 4 a 5 días y el máximo es de 15 días, se toma un promedio de 19 días porque en cirugía laparoscópica se toma hasta un mes, ginecología 6 – 7 días a nivel hospitalario cada servicio dentro de una unidad cuenta con agenda fichadas según programación quirúrgica y de acuerdo al número de cupos preestablecidos.

Los servicios, programas o actividades que concentran el mayor número de clientes en espera por la atención demandada son los de: dermatología, otorrino (centros de salud donde más espera el paciente y a nivel hospitalario (cuarto de urgencias, ginecología para procedimiento especial)

Sicología: por la cantidad de pacientes referidos tienen que esperar.

No se lleva un registro de rechazo de pacientes a nivel hospitalario, no existe el rechazo siempre y cuando exista el protocolo.

Dentro del equipo básico por zona hay población no satisfecha. De la demanda del usuario dentro de las mismas instalaciones, consulta de control, morbilidad, etc.

Mecanismos se utilizan para otorgar citas de medicina general y especializada:

Cita y demanda espontánea y las especialidades a través de cita con el nuevo modelo de atención 32 pacientes.

Horario de servicios

El HISMA por ser un hospital de segundo nivel 24 horas. En sus áreas de atención de urgencias y hospitalización. La consulta pre y post internamente tiene horario 7:00 AM – 3:00 PM y sábado 8:00 a 12:00 MD.

Policlínica Manuel M. Valdés tiene un horario de 24 horas (cuarto de urgencia) consulta externa 7:00 AM a 11:00 PM

Generoso Guardia de 7:00 AM a 11:00 PM cuarto de urgencias y la consulta externa 7:00 AM a 7:00 PM los días feriados la población esta satisfecha Centros de Salud es de 7:0 AM a 3:00 PM de lunes a viernes, el de San Isidro de 7:00 AM a 9:00 PM, y 8:00 a 6:00 PM los sábados, Torrijos Cárter de 7:00 AM a 7:00 PM y Centro de salud de Chilibre 7:00 AM – 7:00 PM de lunes a viernes y los fines de semana de 8:00 AM a 2:00 PM (CHA. Chilibre, C. S. San Isidro, Nuevo Veranillo, Torrijos Carter) de 8:00 AM a 1:00 PM

8:00 AM a 1:00 PM el Valle de Urraca

En el mes de marzo se hizo una evaluación para establecer la extensión de horario de los centros se tomo la decisión de extender los horarios de los centros y para el mes de septiembre se espera que se haga una evaluación para satisfacción del usuario.

La RSSM; a través del departamento de Provisión de Servicios ha extendido el horario de atención de los Centros de Salud de Alcalde Díaz, Torrijos Cárter, Amelia Denis De Icaza, Valle de Urraca y Nuevo Veranillo en horario de 8:00 AM a 1:00 PM sábado y domingo desde el 6 de mayo de 2000.

El C. S. Chilibre , funciona en horario de extensión los días de semana hasta las 7:00 PM y Sábado y domingos hasta las 2:00 PM desde el año 1997. San Isidro labora hasta las 9:00 PM de lunes a viernes y fines de semana hasta la 6:00 PM desde el año 1995.

Mecanismos de medición de la satisfacción del cliente

El 100% de los servicios de atención que brinda el HISMA, cuenta con la aplicación de encuestas de satisfacción del usuario mensualmente.

Se realiza por medio de la aplicación de encuestas de satisfacción al usuario externa e interna con 6 meses como promedio.

Control de Calidad

Una auditoria médica se debe hacer sobre una guía base y protocolo en el fundamento que se lleva en el HISMA.

A nivel de los centros de salud no se lleva una auditoria.

Se ha implementado el sistema de seguimiento a la referencias y contra referencias de la Región de Salud de San Miguelito,,dicho sistema es vigilado a nivel local por la Comisión de Calidad

A nivel regional nos ha permitido poder medir la eficiencia del documento de referencia y contrarreferencias.

El control de calidad se mantiene con la información obtenida de la aplicación de las encuestas la cual es traspasada a cada Centro de Salud respectivamente para su conocimiento y evaluación de estos resultados con el fin de mejorar el servicio o cambiar las estrategias en el sistema de atención.

El HISMA, ha desarrollado un Sistema de Auditoria de la calidad de la atención Asistencial que incluye la revisión diaria de los expedientes de todos los Pacientes

egresados. En cuanto a la atención del cuarto de urgencia la Evaluación se realiza a través de una muestra representativa de expediente Clínicos al igual que en la Consultas pre-post Internamiento.

Los parámetros a evaluar y resultados de esta auditoria se presentan en el Cuadro N° 3.

Las auditorias de expedientes son realizadas periódicamente por la comisión de calidad; durante éstas se evalúan las hojas de referencias que los médicos de los Centros de Salud envían a otros hospitales.

Programas de calidad se ha establecido:

Se ha implementado el sistema de seguimiento a la Referencias y Contrarreferencias de la Región de San Miguelito; dicho sistema es vigilado a nivel local por la Comisión de calidad.

A nivel regional nos ha permitido poder medir la eficiencia del documento de referencia y contrarreferencias.

Existe un formulario de Referencia – Contrarreferencia empleado por la Red de Salud de San Miguelito el cual consta de # 4 hojas de colores Blancas, Verdes Amarillas y Rosadas las cuales son clasificadas a medida que el paciente es atendido; este flujo de Referencias es controlada a nivel local mediante Registros diarios las cuales son enviadas a fin de mes en un informe, (conjunto con la evaluación de la calidad de Referencia hecha por los médicos de cada Centro de Salud) el Departamento de Provisión de Servicios consistente en # 2 cuadros ideados para el monitoreo de este sistema; así mismo, estos informes son comparados mensualmente con las evaluaciones del HISMA.

Los logros que se han obtenido del seguimiento a este sistema han permitido una mejor canalización y utilización de los servicios de salud tanto primarios como del segundo nivel de atención así como nos permite evaluar al aprovechamiento de la presencia de un Hospital Regional por parte de la Red Primaria.

**SISTEMA REGIONAL DE SALUD DE SAN MIGUELITO
DEPARTAMENTO TÉCNICO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS
ENCUESTA DE OPINIÓN DE USUARIOS.**

Cuestionario N° _____

Instalación de Salud _____ Fecha: _____ Hora: _____

Realizamos un estudio con nuestros usuarios para conocer mejor sus necesidades y la calidad de los servicios que brindan en esta instalación. Sus respuestas nos ayudaran a mejorar la atención, así que agradecemos su sinceridad.

1. Cuanto tiempo esperó para obtener la cita?
2. Le parece?
3. Cuanto tiempo pasó desde el momento de la cita hasta que fue atendido?
4. Le parece?
5. Le fue fácil obtener su cita con el médico?
6. El médico le puso atención respecto a sus dolencias y preguntas?
7. El médico le examinó?
8. El médico le dio instrucciones sobre el uso de los medicamentos?
9. El médico le dijo que tenía?
10. Entendió las recomendaciones que el médico le dio?
11. Le dijo el médico si tenia que regresar?
12. Recibió buen trato del médico?
13. Tuvo privacidad durante consulta?
14. Como fue el tiempo de espera por los medicamentos?
15. Existían en farmacia los medicamentos recetados?
16. Recibió instrucciones en farmacia?
17. Recibió buen trato en farmacia?
18. Recibió buen trato en Registros Médicos?
19. Recibió buen trato en enfermería?
20. Recibió buen trato de laboratorio?
21. Los servicios sanitarios estaban limpios?
22. En general. Como considera la atención?
23. Recomendaciones para mejorar?

Fotografía No. 5: Red Social

Para apoyar la gestión y oferta de Servicios de Salud, la población se organiza en:

- 1) Comités de Salud
- 2) Consejos Familiares
- 3) Comisiones de Salud de Juntas Comunales
- 4) Comités de Trabajo
- 5) Grupos de Mujeres
- 6) Grupos de Tercera Edad
- 7) Promotores de Salud
- 8) Grupos de Adolescentes
- 9) Grupos de Caza Mosquitos
- 10) Juntas Administradoras de Agua
- 11) Patronatos y/o Consejos de Gestión de Hospitales
- 12) ONG'S
- 13) Clubes cívicos

DIRECTORIO DE ACTORES SOCIALES ONGS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

ONGS/ASOCIACIONES E INSTITUCIONES	CORREGIMIENTO
Academia Hisao Lee	Belisario Porras
APLAFA	Mateo Iturralde
Asociación Cívica de Santeños	Mateo Iturralde
Asociación de jóvenes de San Miguelito	Amelia Denis De Icaza
Asociación de Jubilados y Pensionados	Mateo Iturralde
Asociación de Jubilados y Pensionados	Mateo Iturralde
Asociación de Padres fundadores de San Miguelito	Amelia Denis De Icaza
Asociación Panameña de Buena Voluntad	Belisario Porras
Asociación Rescate y Conservación Ecológica de San Miguelito	Belisario Porras
ASOJOPA	Belisario Porras
Casa de recreación Eterna Juventud	Mateo Iturralde
Casa Esperanza	Belisario Porras
Centro de Apoyo familiar y comunitario	Belisario Porras
Centro de Atención a la Mujer maltratada	Mateo Iturralde

Centro de Desarrollo Comunitario (San Miguelito)	Belisario Porras
Centro de la Mujer Panameña	Victoriano Lorenzo
COMISEIN	José Domingo Espinar
Cooperación de Ahorros y Créditos de San Miguelito.	José Domingo Espinar
Coordinadora de unidad juvenil	Belisario Porras
Cristo redentor/ alcohólicos Anónimos	Amelia Denis De Icaza
Cruz roja Panameña de San Miguelito	Mateo Iturralde
Federación Nacional de asociación de Padres y amigos de Personas Discapacitadas	Belisario Porras
Fuente de apoyo Comunitario	Belisario Porras
Fundación Mary Arias	Belisario Porras
Fundación para la Investigación y Orientación de la Familia	Belisario Porras
Fundación Pro- desarrollo de San Miguelito	José Domingo Espinar
Fundación Teen Challenge	Las Cumbres
Funde Hombre	Mateo Iturralde
Nueva Identidad Organización de Mujeres	José Domingo Espinar
Rehabilitación de Marginados (REMAR)	Las Cumbres
Relevo Gerencial	Belisario Porras
Sindicatos (SUNTRACS)	Belisario Porras
Visión Cristalina	Belisario Porras

Estas organizaciones generan apoyos con el desarrollo de acciones promoción de la salud y de los servicios institucionales, movilización de las personas frente a la solución de un problema de salud, acciones de prevención mediante actividades dirigidas a la salud ambiental, la vacunación de menores de edad captación de embarazadas y personas con problemas de salud, aportan mano de obra para construcción o mejoramiento de acueductos, ofrecen información acompañan al personal de salud ofreciendo protección, autogestionaran en el sector oficial recursos varios, entre otros.

No se ha realizado un análisis de actores sociales.

El sector informal de salud en la Región de San Miguelito se caracteriza por la heterogeneidad de practicas de sanación del cuerpo; la mente, el espíritu y la vivienda.

La Región de Salud ha realizado tres investigaciones que han permitido detectar sanadores, son ellos:

A. Investigación sobre el funcionamiento formal e informal de la red de servicios de salud en 1994 en Amelia Denis de Icaza y San Isidro.

Se identifican 8 sanadores en

- cinco sanadores en Pan de Azúcar.
- Tres sanadores en San Isidro

B. Inventario básico de la oferta actual y potencial, proyectada a cinco años de los servicios privados de salud en la Región Integrada de Salud de San Miguelito (Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena) 1998.

Este estudio detectó en los seis (6) corregimientos de la Región un total de 43 sanadores (55.8 mujeres y 44.2 hombres) que aparecen en el Directorio de practicantes de medicina tradicional de medicina tradicional. **Se adjunta en el anexo**

C. En marzo de 1994 se realizó una investigación en el Corregimiento de Chilibre que permitió detectar 11 parteros (as) empíricas de las que 72.7% son mujeres y 27.3 hombres.

Se distribuyen en las siguientes comunidades:

LUGAR	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
SAN JUAN DE PEQUENI	4	3	1
SAN VICENTE DE TRANQUILLA	4	2	2
VICTORIANO LORENZO	1	1	-
CHILIBRE	2	2	-

Los curanderos atienden diferentes síntomas y enfermedades, curan el mal de ojo, hechizos y emplean plantas medicinales, medicamentos farmacéuticos, oraciones y otras materiales de la naturaleza para atender el bien y el mal.

Estos servicios son demandados por hombres, mujeres de todas las edades y tienen un costo.

No se integran las prácticas y la cultura de la población en las actividades de salud que se dirigen a los diversos grupos étnicos – culturales de la zona de responsabilidad regional. Predominan el lenguaje técnico y expresiones que no son familiares ni entendibles a la población especialmente en las áreas indígenas que tienen una lengua diferente.

Se encuentran entre otras:

FORTALEZAS

- a) Disposición de algunos miembros con sensibilidad social.
- b) Existencia de un modelo de atención familiar, comunitario y ambiental que establece los mecanismos para potenciar la participación social.
- c) La sectorización y asignación de equipos de salud básicos por zona sanitaria.
- d) Capacidad técnica con la existencia de Trabajadora Sociales y Educadores para la Salud y especialistas en Promoción de la Salud.
- e) Se dispone de organizaciones y promotores de salud capacitados que realizan un trabajo voluntario en la comunidad.
- f) Buenas relaciones con las instituciones públicas.

DEBILIDADES:

- a) Falta de transporte.
- b) Insuficiencia de recursos humanos, trabajadoras sociales, sociólogos y educadoras para la salud.
- c) Se labora en condiciones de poca seguridad .
- d) Falta de estímulos para el personal que realiza trabajo comunitario.

Fotografía No. 6: Proyección de la Red

La promoción y la prevención de la Salud deben ser la base de las nuevas formas de organización de los servicios; haciendo énfasis en la atención primaria de salud.

Es necesario fortalecer la participación social y comunitaria; la población debe educarse en salud; el estado debe invertir en la promoción y la prevención, costos que al final redundarán en la disminución de la morbilidad.

Los equipos Básicos son primordiales en el proceso de cambio en la atención de la salud – enfermedad su oferta debe ser dirigida de manera tal que aseguren los programas de prevención con la educación al sector de responsabilidad. Para lo cual debe utilizarse un sistema de sectorización.

Se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria e ingreso a domicilio, entre otras? El Modelo de Atención del Hospital Integrado San Miguel Arcángel considera como uno de sus tres productos finales: la cirugía ambulatoria (atención de urgencia y egresos hospitalarios); en este sentido en los dos primeros años han logrado ubicar el proceso quirúrgico ambulatorio dentro del 50% de la producción quirúrgica total, con una efectividad de un 100% de la capacidad de la totalidad

Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública, entre las cuales se identifican:

Se están realizando ampliación de horario de atención, control de saneamiento básico y vigilancia epidemiológica.

Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel, a saber:

Como parte del equipamiento de apoyo al programa de cirugía ambulatoria con un área de recuperación denominado "**Hospital / día**" equipado con 14 camas.

La cartera de servicio con que inicia su funcionamiento el HISMA fue diseñada con base a una demanda teórica estimada, un límite de días estancia previamente establecido (3.2 días promedio) y un perfil epidemiológico; sin embargo la práctica nos ha permitido proponer ajustes tales como:

- ❖ Incrementar los días estancia de pediatría para ampliar su cartera de servicio.
- ❖ Disminuir la demanda estimada de ginecología.
- ❖ Introducir un nuevo servicio para dar respuesta a la población masculina en lo que respecta a la mora quirúrgica de urología.

El departamento de Provisión de Servicios ha empezado la tarea de actualizar la clasificación socioeconómica de la región de Salud de San Miguelito con la ayuda de las Trabajadoras Sociales de todos los Centros de salud y el HISMA el objetivo es clasificar a las nuevas comunidades que han aparecido durante los últimos tres años, así como reubicar a aquellas comunidades que han variado su estatus general

Se está reevaluando el sistema de clasificación socio económica, se están tomando en cuenta a grupos especiales como los maternas, escolares e indígenas.

Si se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del ciclo vital a si lo contempla el plan regional, como también la prioridad de atención en los grupos vulnerables. Se están retomando y coordinando nuevamente los programas maternal, infantil, escolar, adulto y tercera edad..

La planificación local se da de manera participativa con el equipo de salud, con orientación y asesoría regional. Los actores sociales se incorpora dependiendo de la actividad que se pretende desarrollar (participación coyuntural). Existen consejos familiares en algunos centros de salud pero no todos son funcionable, es necesario hacer énfasis en la participación comunitaria.

Los espacios poblacionales están definidos regionalmente por:

División geográfica, segmentos poblacional (numero de pobladores), identificación de riesgos y postergación y por clasificación socioeconómica.

Se deben asumir como prioridad y a través de cumplimiento de las leyes que lo avalan (Constitución Nacional, Código Sanitario Código de la Familia y la participación Social en el decreto de gabinete 401. Todas estas leyes contemplan 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.

Para asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación, los Equipos de Salud necesitan mayor capacitación en éstas áreas para cumplir con sus tareas a cabalidad, también se necesita y se requiere que los equipos de Salud que capacitan estén destinados a trabajar en éstas áreas. Es necesario mejorar la infraestructura así como también una capacitación continua y permanente del recurso humano con un sistema de evaluación e incentivo.

Adecuación de la Cartera de Servicios

En relación a los acuerdos de gestión en los 3 centros de salud firmantes en la Región de San Miguelito, no se le ha dado continuidad, porque los centros de salud consideran el mecanismo como medida de presión.

El HISMA tiene la responsabilidad de entregar un informe de operaciones mensualmente, además de las estadísticas de producción, los parámetros de la evaluación de calidad establecido en el contrato programa entre CONSALUD y el Patronato.

Por ley la responsabilidad de evaluación de los servicios compete a CONSALUD, sin embargo para fines de retroalimentación el HISMA realiza su evaluación interna.

La capacidad de respuesta de la red primaria a la demanda de servicio aunado a la falta de educación de la población en lo que se refiere a la adecuada utilización de los servicios a traído como resultado un incremento del 68% de pacientes atendidos en el cuarto de urgencias por encima de lo estimado. Como alternativa de solución a esta problemática, se propone:

- ❖ Fortalecer la capacidad de respuesta en la red primaria, mediante mecanismos efectivos de respuesta a las necesidades reales de la población demandante.
- ❖ Establecer un mecanismo de coordinación entre el nivel primario ambulatorio y el segundo nivel de atención que permita contrarreferencia en forma expedita al primer nivel para la atención, cuya condición permita una atención ambulatoria en la consulta externa.

La Región de Salud de San Miguelito va a implementar la contratación de un sistema de ambulancia.

En la Región de Salud se están formando los círculos de calidad, se están formalizando los sistemas de evaluaciones periódicas.

El Programa de Salud Funcional depende de la demanda y de los perfiles epidemiológicos del área

Ampliación de Cobertura

En la región de Salud de San Miguelito, la Red de Servicios ya está organizada por niveles de complejidad y ofrece una amplia cobertura a pesar que el Recurso humano no es suficiente en algunas áreas.

Para la prevención de servicios de Salud la Red primaria debería estar abierta para ofertar al usuario, mayor tiempo en horario de trabajo y días de apertura. La ampliación de los horarios de atención en muchos centros de salud se ha conseguido por autogestión (aumentando el costo de las consultas a B/.1.00) y el personal que labora en estos horarios es voluntario y remunerado como turnos extras.

En las gira médicas deben participar todos los funcionarios de la Región de San Miguelito, aunque no laboren en el mismo Centro de Salud y lo presten labores administrativas.

Fotografía No. 7: Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones

Organización y Funcionamiento

No creemos que con la actual región de salud se han logrado importantes avances en el sistema de salud, para su modernización e implementación del nuevo modelo.

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

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 técnico de aplicación de las realidades de la ejecución de los programas internos y comunitarios.

La Estructura Orgánica debe Guardar relación con los procesos Sanitarios. Cual Considera el equipo regional que debe ser la Estructura de la región de Salud.

El modelo de Organización de la RSSM se basa en principio del trabajo de Equipo en donde. El " Director Regional y La Sub-dirección" se ubican en el nivel político Los departamentos de " Asesoría Legal, Relaciones Públicas y Auditoría Interna " se ubican en el 1° Nivel Asesor.

Los departamentos de " Administración y Finanzas, Análisis y Tendencias de la Situación de Salud, Planificación y Política y RR HH" se ubican en el 2° Nivel Apoyo.

En el 3° Nivel Técnico se ubican los de Salud Pública, Provisión de Servicios de los Servicios de atención a la población y Provisión de la Salud, Trabajo Social y Enfermería .

En el 4t° Nivel Operativo encontramos el Hospital Regional San Miguel Arcángel, los Sistemas Integrados de Salud de los Corregimientos, los Centros De Salud, Las ULAPS y los Sub-Centros de Salud " Ver propuesta.

Si existen manuales de procedimientos Administrativos, se aplican en la Funciones de los sistemas Administrativos. El nivel Regional y el 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 y Estadística e la producción de servicios, y a través del sistema Referencias y Contrarreferencias del asegurado los diferentes niveles de Atención:

Los Servicios que se brindan en el Centro de Salud de Alcalde Díaz y el Hospital San Miguel Arcángel están bajo la condición de integración.

La coordinación del MINSA- CSS deberá darse bajo una Planificación coordinada, y una coordinación de base económica, a través de la compensación de costos, para la ejecución de acciones de Salud.

Participación de este proceso 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 uno:

- 1- Mejorar comunicación
- 2- Mejor dirección y control
- 3- Evitar actualidades
- 4- Mejorar la eficiencia y efectividad.

Fortalezas - Debilidades:

FORTALEZA	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 en la Región de San Miguelito. ▪ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poco Recurso Humano para brindar Atención Biopsicosocial de los Individuos, familias comunidades. ▪ Sin revisar la misión y la visión de la región de Salud de San Miguelito. ▪ 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.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
---	---

Las funciones de Conducción Sanitaria se hacen en la Región por Normas Presupuestarias Inspecciones y participan los equipos Multidisciplinarios, con su limitantes más importante el RR HH, quién no se da abasto para cubrir las áreas tan densamente pobladas.

Se introducen cambios en el modelo de gestión (desconcentración) Se inicia atención por áreas de responsabilidad (zonas sanitarias). Se forma E B S. Se firman acuerdos de gestión. El modelo de Gestión del HISMA constituye cambios significativos tales como.

Diferenciación de las funciones de ente normativos, contratado, evaluador, Financiado y proveedor. Esta diferenciación de servicios pertinente aplicar Estrategias pendientes a garantizar Servicios de salud con eficiencia eficacia y calidad. El esquema del anexo N°, explica por si solo la diferenciación de funciones. Señaladas.

Teóricamente si Responde, en lo práctico no sucede lo mismo.

Responden a las Necesidades Regionales en base a los Diagnósticos Prioridades de la población de Responsabilidad Regional.

No así a las Necesidad de Recurso que debe coincidir con los planes trazados a través de políticas y estrategias de Salud.

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

Son quienes Marcan los puntos en el Nivel Central.

La Burocracia Administrativa dilata todos los procesos de compras y deseos de Cambios.

Se toman decisiones 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 relacionado 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.

El departamento de Políticas de Salud, participa en el proceso orientando la organización para la aplicación de las políticas de Salud, (para el proceso de evolución y control).

Todo se realiza en el sector público en relación a servicios de salud, no en el privado.

Existe una instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región, (Departamento de Políticas de salud responsabilidad de la Análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de Salud, Planificación y coordinación en la Región. Esto incluye la Directriz a través de Director Regional y sus equipos Regionales de Planificación, Recursos Humanos, Administración y Finanzas, Asesoría Legal, Provisión de Servicios, Promoción de la salud y Salud Pública y Enfermería.

Todos los Centros de Salud cuentan con Computadoras y Programas Aislados De Contabilidad, Estadísticas, Costos y Sistemas de Información.

El HISMA, cuenta con 225 camas, con una red de informática que permite obtener información completa y oportuna para tomar decisiones, además esta base de datos alimenta el Sistema de Información Gerencial (WINSING).

Los resultados que arroja el Sistema de Información Gerencial, incluyen entre otros datos relevantes los índices hospitalarios, rendimiento y producción costo.

Esta información es analizada minuciosamente y nos permite el seguimiento y cumplimiento de los que se establece en el Contrato Programa celebrado entre el patrono del HISMA Y CONSALUD. Igualmente nos permite obtener información valiosa para la negociación de contratos con empresas proveedoras de servicios y con el ente que nos contrato.

Fotografía No. 8: Instrumentos de Gestión

Planificación Regional y Programación Local

La Planificación Regional es participativa porque intervienen todos los Funcionarios de Salud, según disciplinas en el análisis Epidemiológicas Estadísticas de Salud y se culmina en un Plan Regional y planes operativos anuales producto de Consenso Local, Regional Nacional y de Evidencia Científica.

Este proceso se ejecuta: En una gran Planificación a cinco años (Plan regional Y Plan Regional Quinquenal) y su desarrollo se realiza generalmente Trimestral, Semestral y anual. Se destaca en el proceso de planificación, la comunidad solo ejerce el rol pasivo de observador.

Para 1998 se crea la Unidad de Planificación Integrada MINSA- CSS, que Logro la coordinación, Planificación de Acciones Conjuntas de Gestión.

En el Nuevo Modelo de Atención Familiar Comunitario y Ambiental, formando una comisión Interinstitucional que proyectó a las diferentes instalaciones los Componentes tanto Teóricos como Prácticos de dicho Modelo. Estos procesos se facilitaron, no con la ligereza que se esperaba. Por reacciones al cambio en una de las Instituciones.

En la actualidad, dichos procesos no han tenido seguimiento, por espera de Decisiones entre ambas Instituciones.

No se efectúa Programación local conjunta MINSA-CSS, aunque se distingue nuestra Responsabilidad para cada instalación de Salud donde el 40% de población es no asegurada y el 60% restante es asegurada. Al no haber una programación conjunta no se realiza un programa de trabajo conjunto, lo que manifiesta dualidad en las acciones en la ejecución de lo Programa de Salud establecidos.

Participa limitadamente desde el proceso de planificación, discusión de los problemas en la programación ejecución y evaluación, pero solo como observador. En estos procesos se ha creado un espacio para la participación de la comunidad a través de su representatividad de los comités de salud y consejos de familia.

La convocatoria es ejercida por el Director del Centro de Salud que a partir del año 2,000, se ha reanudado el proceso de Evaluación Participativa así como también la programación igualmente participativa.

Las Proyecciones de la Planificación Regional y Local para el 2,000 y 2, 001 y en adelante: esta dado un proceso inmerso en un Sistema de Evaluación con los indicadores de Entrada, Proceso, Resultados y costos (WINSIG).

El Nivel Regional Evalúa Anualmente las acciones de salud con el Nivel local semestralmente , en y la comunidad.

La evaluación se efectúa: mediante el mecanismo participativo y interactivo entre los enlaces (Tutores) Regionales y el centro de responsabilidad con un equipo conductor del mismo multidisciplinario.

Las metas son evaluadas a través de 2 mecanismos:

- 1- Programación local, con % de cumplimiento.
- 2- Acuerdos de Gestión con cartera de Servicios.

Presupuestación por Objetivos (DPO)

Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación, por lo cual se elaboran para tal fin planes bianuales y planes quinquenales basados en diagnósticos y necesidades regionales, con el fin de obtener resultados en base a cada objetivo trazado para las mejoras cualitativas y cuantitativas de la región, mucho de los cuales se le a dado seguimiento a los planes operativos anuales proyectados a través de inversiones provenientes de instituciones financieras internacionales y gubernamentales, (presupuesto).

Nuestra planeación para elaborar el presupuesto 2001 fue consensual y analizado con la participación de todas las disciplinas y funcionarios regionales.

Para 1996 y 1997 el presupuesto regional se descentralizo a los niveles locales, que permitió la experiencia de programar los presupuestos en base a necesidades reales.

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

Legalmente los directores de los centros tiene responsabilidad, sin embargo no utilizan el 100% de las herramientas gerenciales disponibles

Si, consideramos que los contratos- programas son una alternativa para la presupuestación por objetivo y el más conveniente seria el publico-privado.

Público privado porque permite obtener mejores opciones de mercado, mejores costos y mayor calidad, también permite la negociación , la competencia y obliga a cumplir.

En la región de Salud de San Miguelito se firmaron tres (3) compromisos de gestión en los Centros de Salud de Valle de Urracá, Amelia Denis de Icaza y San Isidro; las cuales fueron evaluadas a principios del año 2,000.

Los tres acuerdos fueron firmados por el Director Regional en ese entonces Dr. Reynaldo Holder y los respectivos Directores; en conjunto con el representante del Comité de Salud. Actualmente no se esta utilizando los acuerdos de gestión, sino la programación operativa. La duración de dicho acuerdo consistía en una oferta de

servicios basada en una población dada por el nivel regional y repartida en 17 cláusulas de compromiso tanto para el Centro de Salud como para el Nivel regional.

Incentivos

La cláusula XIV de los acuerdos de Gestión se refiere al incentivo al cumplimiento de objetivos que sería del 1 % del presupuesto anual destinadas a los centros según el cumplimiento del 100% del porcentaje ponderado en lo pactado; sin embargo, no hay presupuestos destinados a los Centros ni se estableció otra forma de compensación. El uso no está predeterminado, el equipo decidía debido a que los incentivos no estaban claros.

No se ha introducido ningún incentivo hasta la fecha en la Región de San Miguelito. Para ninguna categoría de personal. No se aplican incentivos con base a la productividad, ni en función de la antigüedad del personal de salud.

Si impactara en los costos beneficios y costos efectividad (eficiencia, eficacia y calidad). Mayor productividad y en estos momentos pueden ser considerados como incentivos horarios completos y algunas becas, sugerimos que se definan los incentivos.

Sistema de abastecimientos 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.

Los proveedores deben llenar una serie de requisitos dependiendo del bien o servicio solicitado y tomando en cuenta criterio técnico.

Por Ejemplo: Si es medicina este debe tener su registro sanitario al día. Además tratamos de buscar calidad y sobretodo buen precio y que guarden su garantía los elementos cotizados.

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 productos.

El control de Inventario sería los inventarios que se realicen semestral y anual en coordinación con el Departamento de Contabilidad, y la unidad de Kardex y los fraudes al momento de cotizar tratar de cumplir con lo que estable la ley.

En los diferente departamentos de las instalaciones:

- a) Restringir la entrada a personal ajeno al departamento.
- b) Establecer controles de entrada y salida
- c) Responsabilizar a los funcionarios de los diferentes departamentos.
- d) Reforzar las áreas de acceso.

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.

Recomendación:

Se necesita reuniones íter disciplinarias con el fin de intercambiar información inherente a las actividades que se realizan en cada Centro de Salud para coordinarlas en forma efectiva.

Sistema de Información en salud

Si se dispone de 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 efectiva depende del usuario, cada usuario realiza su análisis, generalmente el usuario es del nivel regional más que del nivel local y sugerimos que la información técnico administrativa debe ser implementada en un sistema.

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 HISMA la unidad de Análisis de Gestión, Registros Médicos y Estadísticos y seguimiento de contrato e informática (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

La definición del 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 diagnostico y necesidades de uso para toma de decisiones.

El HISMA la información esta determinada en el contrato Programa entre el Patronato y CONSALUD y también se han aplicado adecuaciones según tipo de gestión. Hay información para regulación, producción rendimiento, costos, epidemiología de promoción y educación.

Los usuarios utilizan la información según:

- ❖ Criterios de uso para elaborar planes y programas.
- ❖ Según solicitud del nivel normativo y el ejecutivo.

El sistema de información Gerencial se contempla en los centros de producción claramente establecidas, que representan a necesidades y complejidad de la instalación de salud (WINSIG)

Equipamiento y tecnología

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE

	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. de Hospitales o Instalaciones con camas de Hospitalización	4		2	2
No. de Hospitales o Instalaciones con menos de 5 camas de Hospitalización	2		2	
No. de Hospitales o Instalaciones con menos de 5 camas de Hospitalización	-			
No. de Hospitales o Instalaciones con menos de 5 camas de Hospitalización	2			
No. total de Camas				

No. de Laboratorios de imagenología Generales De Odontología	7	1	4	2
No. de Laboratorios Clínicos	14	8	4	2
No. de Bancos de Sangre				
No. de Farmacias	13	8	4	1
No. de Sillones Dentales Completos Incompletos	34	26 4		8

El porcentaje destinado a consecución y mantenimiento en el presupuesto de operación es de: .01%. El 50% del personal tiene formación empírica.

El Presupuesto Ley aprobado para el año 2,000 en nuestra Región de Salud de San Miguelito, no contempla los objetos de gastos de la 300 a la 370, que involucra la compra de: Maquinaria y Equipo, tale como: De comunicaciones, Agropecuario, Industrial, Construcción, Energía, Minería, Acueductos y Riegos, Talleres y Almacenes, Transporte, Educativo y Recreativo, Médico y Odontológico, Laboratorio, Oficina, Mobiliario de Oficina, etc.

Existe las necesidades en el ámbito regional y local, para la adquisición de nuevos equipos, por estas razones para el Anteproyecto de Presupuesto, del año 2001, solicitamos la creación y asignación en estos objetos de gastos.

Proyectamos para los próximos años adquirir equipos de acuerdo a las necesidades y según criterio de la unidad solicitante, tomando en consideración los avances tecnológicos.

Fotografía N° 9. Financiación De Los Servicios

Compensación De Costos

Si se analiza porque se coteja con la producción, recursos, rendimiento, se observa el costo de la luz, agua, teléfono, aseo, etc. Además, se toma una decisión respecto a los aumentos de la producción, disminución de costos y aumento de los rendimientos.

Los salarios, los servicios básicos y los insumos. La tecnología de punta beneficiaría la atención; pero encarecería los costos, porque parte de estos los pacientes no tendrían para pagarlos. Las decisiones de diagnósticos y tratamiento de los profesionales si afectan los costos de atención, ya que muchos médicos abusan de estos.

Complejidad de los servicios de salud, existe una instalación de segundo nivel (HISMA) que ofrece servicios de salud, pero que en la realidad son muy elevados los costos, para la atención de la población, muchos con escasos recursos.

A parte de estos muchos de los servicios que se brindan son desconocidos por el personal médico del primer nivel.

La duplicidad de los servicios si afectan como lo es el caso del Centro de Salud de Alcalde Díaz; ya que la gran cantidad es asegurada. Se pudiera decir que un 60% y el 40% restante es no asegurada y afecta mucho porque no hay una subvención por parte de la Caja de Seguro Social; pero no es así en los otros Centros de Salud.

No responden a los costos reales, fueron fijados en el Nivel Central, se deben ajustar según la ubicación geográfica, como es el caso de Emberá Purú en el Valle de Urraca, que es un área de extrema pobreza. En los otros lugares se deben unificar los costos de la consulta, pero en general en el resto de la población la tarifa del costo de la consulta no debe subir, se debe subir los otros servicios según el área.

La duplicidad de los servicios si afecta. La Caja de Seguro Social no está compensando los costos de los pacientes asegurados que se atienden en el Ministerio de Salud, porque no hay coordinación entre la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud. En el caso del Centro de Salud de Alcalde Díaz el 60% son asegurados y la Caja de Seguro Social no está pagando nada. En los otros Centros de Salud se le cobra a los asegurados la misma tarifa que a los no asegurados o sea que se subvencionan a los asegurados.

El 82.76% es público y el 17.24% es autogestión.

Fuentes del Planteamiento

Planilla, medicamentos, materiales e insumos de odontología, transporte, mantenimiento. Muy pocas donaciones de clubes cívicos y ONG (casi nada).

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 hace el administrados.

No permite la recuperación de los costos; pero si los justifica, por lo general los arreglos de pago no se logran cobrar en su totalidad. Es recomendable que todo Centro de Salud lleve un sistema de tarjeta de control de crédito.

A los de extrema pobreza o bolsones desprotegidos. El subsidio estatal no es garante de la equidad sanitaria porque hay otros factores que influyen:

- ❖ Accesibilidad económica
- ❖ Accesibilidad geográfica
- ❖ Accesibilidad cultural
- ❖ Accesibilidad de educación, etc.

Algunas de las donaciones han sido beneficioso como las sillas odontológicas, pero algunas generan mayores dificultades como es la estufa eléctrica del Centro de Capacitación. Las donaciones deberían realizarse según las necesidades de los centros de salud y que estén en buen estado.

Si los costos actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y minimizan la eficiencia del sistema.

Si existe información confiable y oportuna. Contabilidad gubernamental, SIASPA y los inventarios. Se genera a través del Departamento de Contabilidad y Administración, en conjunto con el Director Médico.

El Anteproyecto de Presupuesto lo elabora el Nivel Regional con el apoyo del Nivel Local, éste se envía al Nivel Central, posterior se asigna fecha para la vista presupuestaria (presentación) con el equipo del Nivel Central se asigna presupuesto ley y se ejecuta en el Nivel Regional según los gastos de los niveles locales.

De acuerdo a las necesidades se asigna traslados financieros de partidas según las necesidades. Si hay autonomía para la modificación de rubros.

La compensación de costos consiste en el pago que anualmente tiene que reembolsar la caja de seguro social al ministerio de salud por los servicios que se le brindan a los asegurados en los distintos centros de salud.

Estos son de B6.11 por consulta en medicina general B/11.81 por atención ginecología, B/8.87 por pediatría, B/.18.24 por Psiquiatría, B/10.03 por sicología , entre algunas actividades de salud.

Esta sobrepasó en 1999 la cantidad de B/.1,194,309.20.

Autogestión: muchas de las actividades de los centros de salud se financian por medio del cobro de B/.050 por consulta tanto médica como de especialista, que realiza el centro de salud con lo cual se le paga la planilla a los funcionarios que componen los comités de salud.

Presupuesto del Estado: el grueso de las tareas desarrolladas en los distintos centros de salud, son financiados por el presupuesto anual que se pone para desarrollar todas las actividades que se efectúan en el tiempo determinado que se señala en el presupuesto anual.

Donaciones:

Consiste en el desprendimiento que brindan alguna organizaciones, como también de las embajadas de los gobiernos acreditados a nuestro país, en equipos como además en cursos y seminarios que se dictan fuera del país

Seguro consolidado:

No conocemos de rentas inalterable hasta el momento que financien las delicadas jordanas de salud.

Las tarifas por los servicios que ofertan en los centros de Salud no compensan las Costas reales puesto que la invención que se realiza para la compra de insumos y proveen recursos humano es mayor que ingreso recuperado.

Las tarifas se estiman en base a la situación económica de la población atendida y son ajustadas en base al progreso económico de dicha población.

Fuentes De Financiamiento

La mayor parte de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto del estado.

La aportación del paciente es simbólica de B/.050 Lo cual lo recaudado es utilizado para pagar a los funcionarios de los Comités de Salud y para la compra de algún tipo de medicamentos o equipo que necesite el Centro de Salud

La Región de Salud de San Miguelito está consiente que el co – pago de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios, sin embargo en los Centros de Salud todavía no se ha puesto en marcha este sistema a pesar de contar con una clasificación Socio económica por comunidad; dicho sistema solo se ha puesto en práctica en el Hospital San Miguel Arcángel

Para aplicar este sistema a la Red primaria deberíamos contar con la mayoría de la población carnetizada.

La compensación de costos no se ha hecho efectivo de realizarse esta sería de tremendo beneficio para el mantenimiento y operación de los Centros de salud como además del propio Ministerio de Salud.

Lo cobrado por la atención de Salud es prácticamente simbólica cuando un paciente o usuario no cuenta con el ingreso apropiado para pagar por los servicios de salud se efectúan arreglo de pago para que pueda proseguir con algún tratamiento médico.

Le dificulta bastante la recuperación del dinero en estos casos, modificar los sistemas de recuperación de diverso. Mediante un descuento directo o indirecto pagos voluntarios.

Además para mejorar el presupuesto de Salud pueden modificarse algunos impuesto de rigor o bienes sanitarios.

A la población de menor ingreso, a los Desempleados, consideramos de una política de prevención se puede mejorar el sistema de equidad Sanitaria.

Entre los servicios intermedios que brindan los centros de Salud están lo de laboratorio y Farmacia.

El de laboratorio el costo unitario promedio establecidos por el Ministerio de Salud es de B/.1.91.

Al despacharse medicamentos y realizarse las pruebas de laboratorio los mismos sus costos van a varias significativamente con los establecido por el Ministerio de Salud.

El presupuesto del estado debe subsidiar el 61% de la población y no es garante de la equidad sanitaria.

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) Las normas 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 si limitan la eficiencia del sistema.

Si 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 fiscalizado por la contraloría General de la República.(EN 1998 EL GASTO DE SALUD SE INCREMENTO EN UN 22.6%

Fotografía N°10: Proyectos De Inversión

Con base al análisis prospectivo de la Red de Servicios las principales áreas de inversión requerida son :

1. Infraestructura
2. Recursos Humanos
3. Equipamiento

A. Los criterios que deben cumplirse para presentar Proyectos de Inversión son:

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

B. 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 sustentados para el año 2,000, están contemplados en el Proyecto Reforma del Banco Mundial un 90 % apunta mejorar lo cualitativo y 10% a lo cuantitativo

En relación a los Proyectos del año 2,001, apunta 55 % a los cualitativos y un 45% a lo cuantitativo.

ENCUESTA DE LOS RECURSOS ASIGNADOS A INGENIERIA, ARQUITECTURA Y MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS Y SERVICIOS GENERALES.

Cuenta la región con una estructura humana para los servicios de ingeniería, arquitectura y mantenimiento?

SI		NO	X
----	--	----	---

¿Cuántos funcionarios y cuál es la formación o perfil profesional de los mismos?

Funcionario	No	Funcionario	No	Funcionario	No
Ingeniero Sanitario		Arquitectos		Secretaria	
Ingeniero Civil		Maestro Plomero		Administrador	1
Ingeniero Mecánico	1	Maestro Eléctrico			
Ingeniero Eléctrico		Dibujantes	1		
Ingeniero Industrial		Tipógrafo			
Ingeniero en Sistema	1	Técnicos	5		
Ingeniero Biomédico		Técnicos Calculista			

Quién paga los salarios de los funcionarios, el nivel regional o el nivel nacional?

Nivel Nacional		Nivel Regional		Ambos	x
----------------	--	----------------	--	-------	---

En qué nivel de jerarquía se ubican los servicios de ingeniería, arquitectura y mantenimiento?

A nivel de la Dirección Regional: _____

Están supeditados a otros departamentos: Al Departamento de Administración

Se dispone de espacios físicos para el personal de servicios de ingeniería, arquitectura y mantenimiento?

SI	x	AREA:	Mts2 26.22	NO
----	---	-------	------------	----

La región depende o recibe del nivel central el soporte técnico de los servicios de ingeniería, arquitectura y mantenimiento? Si es así, como se considera este soporte.

EXPEDITO		REGULAR		DEMORADO	✓
----------	--	---------	--	----------	---

Se incluyen partidas dentro del presupuesto anual de funcionamiento, para los servicios de mantenimiento de infraestructuras, equipos y sistemas esenciales?

SI	✓	Infraestructura
----	---	-----------------

NO	X	Informática
----	---	-------------

¿Cuántos recursos son asignados anualmente para el mantenimiento de infraestructuras, equipos y sistemas esenciales?

Partidas	181	182	189	259	262	280		Total
Monto								
%								100.00

¿En qué porcentaje se ejecutan o gastan los recursos asignados para el mantenimiento anual?

Total Asignado	292,949.00	100.00%
Total Gastado		89.32%

¿Cómo y quiénes tienen acceso a los recursos de mantenimiento?

Los tiene administración y dependiendo de las urgencias, lo designa al Departamento de infraestructura.

Se tienen, y cuántos contratos con empresas privadas para el mantenimiento de infraestructuras, equipos y sistemas esenciales?

Contrato	Empresa	Monto
No existe ningún tipo de		
Contratos, se tienen pensado	No hay	
Incluir en el presupuesto del	Empresas	
2002.		

Los servicios de los contratistas privados, se reciben los doce meses del año, o se suspenden en función de la capacidad de pago?

Permanente

Intermitentes

No existen hasta el momento

Hospital San Miguel Arcángel

Fotografía No. 1. Características del contexto

El mecanismo de transición de gobierno no garantiza la continuidad de los planes y proyectos de salud a la velocidad esperada para alcanzar las metas en el tiempo propuesto. En el caso de la Ejecución del Modelo de Gestión del Hospital Integrado San Miguel Arcángel, el proceso de la toma de decisiones ha sido lento para darle respuesta a las necesidades de ajuste que el mismo requiere para lograr los objetivos del Contrato Programa entre el Hospital y CONSALUD, principalmente en el ajuste de costo estimados para la operación del HISMA.

En el aspecto Socioeconómico, la falta de uniformidad en las tarifas de servicio coloca el HISMA en desventaja en la competencia de aceptación por parte del usuario. En forma general en el aspecto Político Social y Económico existen varias limitantes en los ajustes necesarios de la red primaria para viabilizar la ejecución de este modelo; por ejemplo: incrementar capacidad instalada, incentivos para el cumplimiento del Acuerdo de Gestión, mercadeo del modelo, cumplimiento del Sistema de Referencia.

La conducción de las políticas emanadas del nivel ministerial se realiza a través de la Dirección Regional del Ministerio de Salud. Igualmente la Sub Dirección Nacional de la Región Metropolitana ejecuta las políticas que genera la Caja del Seguro Social; ambas coordinan con el HISMA a través de reuniones periódicas, discusiones de casos, visitas informativas del personal del HISMA a las instalaciones de salud de la red primaria y el mecanismo de referencia y contra referencia. , diferentes actividades docentes.

La Ley que regula al Hospital Integrado San Miguel Arcángel facilita la participación social ya que la conformación del Consejo de Gestión incluye representantes de la comunidad organizada. Este Consejo de Gestión es responsable de dictar las políticas que regulan las actividades de esta institución.

Fotografía N° 3. Características de la Oferta

Complejidad de la Red

Existe evidencia de diseño y aplicación de Guías o Protocolos de atención en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Oftalmología, Ortopedia, Máximo Facial, Otorrinolaringología, Pediatría Neonatología, y Gineco-obstetricia. Los Parámetros de esta guía de atención contemplan la definición de la morbilidad frecuencia esperada de aparición de las misma, criterio diagnóstico, criterio de admisión procedimiento de enfermería, tratamiento y evolución, criterio de egresos, criterio de atención directa. Los mismos cumplieron con el criterio de validación por el MINSA, y en la actualidad el 100% de los protocolos para el Perfil de Morbilidad establecido en el HISMA están en ejecución. Las Guías de Atención de las patologías más frecuentes del Cuarto de Urgencia están diseñados, más sin embargo, el criterio de validación aún no se ha realizado; al respecto el HISMA conjuntamente con el MINSA están realizando las gestiones para la revisión y adecuación de estos.

Recurso Humanos

Principales Cambios Producidos En La Planificación Y La Gestión De Recursos Humanos:

1. El reclutamiento, selección y contratación de personal:

- La creación de los cargos y posiciones depende de la aprobación del patronato.
- Inicialmente se realiza reclutamiento mediante anuncios en el periódico y posteriormente, utilizando los documentos en banco de datos.
- Los requerimientos mínimos del cargo para preseleccionar candidatos responden a lo establecido en los manuales de Descripción y Perfiles de Cargos.
- En el proceso de selección del personal nuevo participan los jefes inmediatos y el jefe de Recursos Humanos. El Director Ejecutivo aprueba la contratación de los elegidos.
- Para llenar las vacantes, inicialmente se toma en consideración el mejor personal con que cuenta el Hospital, como una forma de promoción e incentivo.
- Se contrata personal mediante contratos indefinidos con un período de prueba de 3 meses. Los resultados de la evaluación del desempeño indican si la personal permanecerá o no en el cargo.

2. Administración privada mediante la aplicación del Código Laboral:

- Se han confeccionado horarios de trabajo con turnos rotativos, basados en 8 horas diurnas, 7.5 horas mixtas y 7 nocturnas.
- Se pagan las horas extraordinarias de acuerdo a una rata por hora establecida en el Código Laboral y no con tiempo.

3. El recurso humanos disponible es el mínimo necesario en cada servicio:

- Varios servicios se han externalizado a través de 18 empresas, que contratan su propio personal.
- Actualmente contamos con 516 empleados de empresas externalizadas y 225 empleados directos, que incluye el personal de la farmacia, la cual pasa a ser parte del Hospital desde el 1 de abril de 2000.
- Se cuenta con personal laborando físicamente en las empresas externalizadas, para el análisis, seguimiento y control de la facturación mensual.

4. Relaciones sindicales:

- Actualmente se encuentran inscritos en el Sindicato 109 empleados, los cuales representan el 48% del personal.
- Se han presentado y resuelto tres pliegos de peticiones.

5. Terminaciones laborales y renunciaciones:

- Desde 1998 al presente año se han llevado a cabo 33 terminaciones laborales, 5 de ellas por mutuo acuerdo, a Secretarías que pasaron a formar parte de las empresas externalizadas. Se recibieron 22 renunciaciones.
- Los resultados de la evaluación del desempeño indican si la personal permanecerá o no en el cargo.

6. Capacitación al personal:

- Se dictan seminarios de inducción al personal de primer ingreso, así como los relacionados con la atención de clientes.
- Se aprueba la participación del personal en seminarios internos y externos, con énfasis en las funciones del cargo.

El HISMA cuenta con el Sistema Gerencial WinSig el cual permite monitorear la información relacionada con los costos de operaciones de los servicios, indicadores de aprovechamiento de la capacidad instalada y relaciones de productividad del recurso humano cada mes. Desde el punto de vista porcentual, las actividades de mayor peso en la distribución de los costos son: Servicios Hospitalarios 42%. Atención de Urgencias 21% y Cirugía Ambulatoria 4% (incluyen mano de obra directa e insumo), el 33% restante se destina a los gastos de mantenimiento servicios básicos

Medicamentos y Laboratorios

El Hospital Integrado San Miguel Arcángel tiene un listado de medicamentos que utiliza como referencia el de la Caja de Seguro Social con los renglones correspondientes a un Hospital de II Nivel de Atención.

El número de medicamentos incluidos es de trescientos cuarenta y dos (342) renglones. Estos son utilizados por los pacientes Hospitalizados a través del sistema unidosis; y atendidos en Cuarto de Urgencia General y Pediatría y Urgencia Gineco-obstétrica. Se

aplica un esquema de distribución y/o subvención que facilita los medicamentos por grupos poblacionales o por patologías.

Existen y se aplican protocolos de tratamientos estandarizados para patologías prevalentes en el Hospital Integrado San Miguel Arcángel.

Se exige la presentación del farmacéutico en el Hospital Integrado San Miguel Arcángel, de acuerdo a lo que establece la ley 24 del 29 de enero de 1963.

El número de donaciones para el año 1999 fue de 670 unidades

El HISMA cuenta con un laboratorio de segundo nivel. El perfil básico de pruebas está detallado en el anexo N°1. La tarifa de precios para los exámenes de laboratorio son uniformes. Sin embargo, el paciente realiza aportes económicos de acuerdo a una clasificación previamente establecida, este aporte no cubre los costos reales de las pruebas por lo que no se generan ganancias. Debido a que el servicio de laboratorio clínico lo presta una empresa externalizada, las compras de insumo son realizadas por ella de acuerdo a sus necesidades.

Fotografía N° 4. Características De La Oferta.

Lista de Espera

La mora quirúrgica para el servicio de Cirugía General es de 19 días en promedio; para el servicio de Ginecología 22 días .

A nivel hospitalario, cada servicio dentro de su unidad cuenta con agendas fichadas según programación quirúrgica y de acuerdo al número de cupos preestablecidos .

El tiempo de espera para la atención para el servicio de Cirugía General y Ginecología es de un día; en Pediatría, Medicina Interna y Ortopedia la atención es inmediata; el Servicio de Otorrinolaringología tiene un tiempo de espera para la atención de cinco días. El Servicio de Cuarto de Urgencia concentra el mayor número de clientes en espera para la atención demandada.

El modelo de atención del HISMA no permite el rechazo de paciente dado a que los mismos si cumplen con el perfil de morbilidad establecido y la procedencia se les brindará el servicio de atención oportunamente. Existe evidencia de un porcentaje mínimo de pacientes rechazados en función del no-cumplimiento de los criterios antes mencionados (Parámetros de admisión establecidos).

La mayor proporción de la demanda no satisfecha se presenta en el Servicio de Oftalmología debido a la falta de equipo e instrumental necesario para satisfacer la demanda.

Horarios de Servicios

Por ser un Hospital de segundo nivel de complejidad funciona 24 horas en sus área de atención de urgencias y hospitalización. La Consulta Pre y Post Internamiento tiene horario de 7^a.m.-3p.m. de lunes a viernes y el sábado de 8 a.m. a 12 m.d.

Con el sistema de evaluación de la calidad de la atención se monitorea la opinión del usuario sobre los horarios y otros aspectos de la misma, y los resultados son positivos.

Mecanismo de Medición de la satisfacción del cliente.

El 100% de los servicios de atención que brinda el HISMA, cuenta con la aplicación de encuestas de satisfacción del usuario mensualmente, mediante muestra representativa de los servicios finales: Hospitalización, Cirugía Ambulatoria, Cuarto de Urgencia y servicios Intermedios (Laboratorio, Imagenología, Fisioterapia, Nutrición, Farmacia y atención de enfermería de hospitalización).

(Ver cuadro N°2)

Control de calidad

El HISMA, ha desarrollado un Sistema de Auditoria de la Calidad de la atención asistencial que incluye la revisión diaria de los expedientes de todos los pacientes egresados. En cuanto a la atención del cuarto urgencia la evaluación se realiza a través de una muestra representativa de expediente clínicos al igual que en la Consultas pre-post internamiento.

Los parámetros a evaluar y resultados de esta auditoria se presentan en el cuadro N°3.

Fotografía N° 6. Proyección De La Red

Adecuaciones de la Oferta

El modelo de Atención del HISMA considera como uno de sus tres productos finales: la Cirugía Ambulatoria (Atención de Urgencia y Egresos Hospitalarios); En este sentido en la ejecución de sus dos primeros años ha logrado ubicar al proceso quirúrgico ambulatorio dentro del 50 % de la producción quirúrgica total, con una efectividad de un 100% de la utilización de la capacidad instalada. Cuadro N°4

Como parte del equipamiento de apoyo a este programa de Cirugía Ambulatoria. contamos con un área de recuperación denominado Hospital/Día equipado con 14 camas.

La cartera de servicio con que inicia su funcionamiento el HISMA fue diseñada con base a una demanda teórica estimada, un límite de días estancia previamente establecido (3.2 Días promedio) y un perfil epidemiológico; sin embargo la practica nos ha permitido proponer ajustes tales como:

1. Incrementar los días de estancia de pediatría para ampliar su cartera de servicio.
2. Disminuir la demanda estimada de ginecología.
3. Introducir un nuevo servicio para dar respuesta a la población masculina en lo que respecta a la mora quirúrgica de urología.

Adecuación de la Cartera de servicio

El HISMA tiene la responsabilidad de entregar un Informe de Operaciones mensualmente, además de las estadísticas de producción, los parámetros de la evaluación de calidad establecido en el Contrato Programa entre CONSALUD y el patronato.

Por ley la responsabilidad de evaluación de los servicios compete a es de CONSALUD, sin embargo para fines de retroalimentación el HISMA realizo su evaluación interna con instrumentos (Cuadro N°2 y Cuadro N°3.)

La capacidad de respuesta de la red primaria a la demanda de servicio aunado a la falta de educación de la población en lo que se refiere a la adecuada utilización de los servicios, ha traído como resultados un incremento del 68% de pacientes atendidos en el Cuarto de Urgencia por encima de lo estimado.

Como alternativas de solución a esta problemática, se propone:

- 1-Fortalecer la capacidad de respuesta en la red primaria, mediante mecanismo efectivos de respuesta a las necesidades reales de la población demandante.
- 2-Establecer un mecanismo de coordinación entre el nivel primario ambulatorio y el II nivel de atención, que permita contrarreferir en forma expedita al primer nivel para la atención, cuya condición permita una atención ambulatoria en Consulta Externa.

Fotografía N° 7. Caracterización Del Sistema Regional Y Proyecciones

El modelo de Gestión del HISMA constituye cambios significativos tales como:

- ◆ Diferenciación de las funciones de ente normativo controlador, evaluador, financiador y proveedor. Esta diferenciación de servicios pertinente aplicar estrategias pendientes a garantizar Servicios de Salud con eficiencia eficacia calidad.
- ◆ El esquema del Anexo N° , explica por si solo la diferenciación de funciones señaladas.

El HISMA, cuenta con 225 camas, con una red de informática que permite obtener información completa y oportuna para tomar decisiones, además esta base de datos alimenta el Sistema de Información Gerencial (WINSIG)

Los resultados que arroja el Sistema de Información Gerencial, incluye entre otras datos relevantes los índices hospitalarios, rendimiento y producción, costo.

Esta información es analizada minuciosamente y nos permite el seguimiento y cumplimiento de los que se establece en el Contrato Programa celebrado entre el patronato del HISMA y CONSALUD. Igualmente nos permite obtener información valiosa para la negociación de contratos con empresas proveedoras de servicio y con el ente que nos contrato.

Fotografía N° 8. Instrumentos De Gestión

El Hospital San Miguel Arcángel, dispone o tiene evidencia de la aplicación de los siguientes indicadores para la Evaluación de la Gestión.

1. Indicador De Oferta:

- ◆ Estructura Orgánica
- ◆ Estructura Funcional
- ◆ Recursos Físicos: Consultorios, Salas de Cirugías, Salas de Parto, Camas hospitalarias, laboratorios, Clínico, Imágenes, Medicamentos, lavandería y Cocina.
- ◆ Recursos Humanos: Médicos especialistas de consulta externa, Médicos especialistas hospitalarios, Médicos Generales Hospitalarios, enfermeras jefes, Auxiliares de enfermería, otro personal.
- ◆ Recursos Financieros: Indicador de Liquidez, Indicador de endeudamiento, Indicador de solvencia total.
- ◆ Sistema de Información

2. Indicadores Para La Evaluación De Los Procesos:

- ◆ Flujogramas para la consulta de Medicina Especializada, Urgencias, Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y Servicios de apoyo.
- ◆ Tiempos de espera para la atención por Medicina Especializada, Urgencias, Cirugías, Servicios de apoyo diagnóstico.
- ◆ Sistema de Referencia y Contrarreferencia para la Consulta de Medicina Especializada, Urgencias, Cirugía Ambulatoria y Hospitalización.
- ◆ Deligenciamiento de la Historia Clínica
- ◆ Cumplimiento de Protocolos de los servicios de Urgencia, Hospitalización y Cirugía Ambulatoria

3. Indicadores Para La Evaluación De Los Resultados

◆ De Producción y Rendimiento:

Aprovechamiento de la cama Hospitalaria.: Porcentaje Ocupacional, Promedio de Días estancia, Índice de Rotación, Índice de Sustitución de camas.

- ◆ **Gastos de Atención:** Costos Unitarios de las actividades generales intermedias y finales; esto incluye costos unitarios de egresos, cirugías, atención de urgencias.

4. Indicadores De Evaluación Del Impacto.

- ◆ Tasa de Mortalidad Hospitalaria
- ◆ Tasa de Mortalidad del Recién Nacido
- ◆ Índice de Cesáreas
- ◆ Muerte Materna
- ◆ Porcentaje de satisfacción promedio de pacientes

El informe de Gestión, se evalúa trimestralmente; la evaluación es responsabilidad del equipo directivo del HISMA, conjuntamente con los equipos técnico de trabajo (unidad de Análisis de Gestión, Unidad de Control de Calidad, Unidad de Seguimiento de Contrato).

Presupuestación por Objetivo (DPO)

En la presupuestación por objetivo, los directivos del hospital, tienen la máxima responsabilidad en el proceso de elaboración y seguimiento del Presupuesto, de los resultados por servicios de indicadores cualitativos y cuantitativos y del control de calidad.

Sí, consideramos que los Contratos - Programas son una alternativa para la presupuestación por objetivo y el más conveniente sería el público - privado.

Incentivos

Se han brindado incentivos al desempeño del personal a través de la aprobación para que participe en seminarios internos y externos, promociones de cargo en base al desempeño, bonificaciones por realizar funciones de mayor responsabilidad durante un período definido; Sin embargo el mayor incentivo esta ingerente en Modelo de Gestión

Los incentivos se otorgan al personal en base a su productividad con calidad, enmarcado esto dentro de la eficiencia y eficacia de la Institución

Si los incentivos se marcan sobre la base de la productividad con parámetro de calidad claramente evidenciados, el costo - beneficio será recibido directamente por el usuario interno y externo; por ejemplo la mayor productividad con calidad disminuye los costo y a la vez garantiza una atención oportuna.

Sistema de abastecimiento y suministro

Las especificaciones de los insumos o servicios la determinan los servicios que lo requieren y se aprueben a través de una Comisión de Criterio Técnico.

Los proveedores se evalúan en base a la calidad, precios de los productos y la prontitud de entrega. Se rechazan cuando no cumplen con las especificaciones solicitadas.

Los pagos a los proveedores se establecen en base al financiamiento del presupuesto regular, la antigüedad de la cuenta, la importancia del insumo que provee y el proceso que podría detenerse a falta del mismo.

Fotografía N° 9. Financiamiento De Los Servicios.

Compensación de Costos

Los mecanismos que se utilizan para el análisis de las información de costos son el Sistema de Información Gerencial (WINSIG), el Informe Financiero y la ejecución del Presupuesto.

Se analizan los costos de los productos, la producción, los indicadores y a partir de este análisis se toman decisiones respecto a los aumentos de la producción, disminución de costos y aumento de los rendimientos.

Los aspectos más importantes de la atención sanitaria que determinan los costos son la mano de obra directa y los insumos. La tecnología de punta influye bastante en el área de adquisición de nuevos equipos, costos de insumos, mayor producción y calidad del servicio.

Las tarifas establecidas para los pacientes no asegurados no responden a los costos reales. Estas tarifas la determinan la región de salud y no conocemos la base que utilizó para su estimación. Las mismas deben ajustarse en base a los costos reales por servicio que muestran el Sistema de Información Gerencial.

Fuentes de Financiamiento

En la actualidad en el hospital no hay aporte de autogestión. Se han hecho algunas propuestas al Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social que a la fecha no han sido aprobadas. Ejm: en el área de Fisioterapia y Cirugía Ambulatoria.

El copago de la atención de salud la fija la región de salud y se establece en base a una clasificación socioeconómica de los usuarios. Esta clasificación fue realizada en la Región en base a áreas de residencia. La misma no permite la recuperación de los servicios de acuerdo a los recursos de los usuarios. Las modificaciones que se deben realizar a este sistema es que la misma se establezca por familia en vez de área de residencia.

Las donaciones constituyen una importante fuente financiera y no presentan dificultades en el funcionamiento del sistema. Para facilitar y agilizar la obtención de estas donaciones deberán tenerse procedimientos de aprobación de donaciones, con el objetivo de que las mismas se ejecuten rápidamente y se muestren los resultados obtenidos, a los donantes y de esta manera obtener fondos adicionales.

El hospital, si tiene información confiable y oportuna sobre el costo de los servicios que brinda de egresos Hospitalarios, Urgencias y Cirugía Ambulatoria. Esta información es elaborada por la Sub Dirección de Administración y Finanzas a través de los departamentos de Contabilidad, Seguimiento de Contrato y Registros Médicos. Esta información se procesa todos los meses a través de información que producen estos

departamentos, la cual debe ser entregada a través de informes recibidos a más tardar los días 15 de cada mes.

Sistema De Información

El Hisma dispone del Sistema de Información Gerencial (WINSIG), que está en funcionamiento desde la apertura del hospital, el mismo es una herramienta analítica para la toma de decisiones, enmarcada en los procesos de gerencia productiva de los sistemas de salud. El Programa WINSIG ofrece los siguientes productos:

- ◆ Información actualizada mes a mes, incluyendo cuadros, indicadores y tendencias.
 - ◆ Información sobre la estructura de morbilidad atendida
 - ◆ Información de costo de tratamiento, costos globales, promedios y unitarios
 - ◆ Información para la evaluación de la productividad y de análisis de eficiencia
- Como Programas auxiliares de registro de información sanitaria, el HISMA cuenta con:
- ◆ Programa de Hospitalización
 - ◆ Programa de Urgencia
 - ◆ Programa financiero: Sistema de Contabilidad

Este programa es utilizado para la Cuentas por Cobrar, Cuentas por Pagar, Mayor General (registra todas las cuentas contables para elaborar el estado financiero de la institución).

La calidad de la información se evalúa continuamente a través de monitoreo diario del proceso y es responsabilidad de la Unidad de Análisis de Gestión, Departamento de Estadística y Registros Médicos, Seguimiento de Contrato e Informática.

El equipo de salud analiza la información a través de los indicadores de producción Rendimiento y Costo, Indicadores de Impacto (Calidad); comparándola con el rubro presupuestario correspondiente y la meta de demanda establecida para cada servicio, y estableciendo las estrategias necesarias para solucionar las limitantes detectadas a través del análisis.

La definición del uso y contenido de la Información Gerencial esta determinado en forma General en el Contrato Programa entre El Patronato y CONSALUD; sin embargo se han aplicado variantes que permiten garantizar la validez de la Información adecuándola al tipo de gestión del hospital.

El HISMA tiene contemplado la producción de tres productos finales: Cirugía Ambulatoria, Atención de Urgencia y Egresos Hospitalarios; sobre la base de esta realidad el WINSIG esta adecuado para levantar la Información de estos tres Centros de Producción.