ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA COMARCA NÄGBE BUGLE

Junio 2020

MINISTERIO DE SALUD

REGIÓN DE SALUD NGÄBE BUGLE

DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE SALUD

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA COMARCA NGÄBE BUGLE

JUNIO 2020

DR. BERNALDO BEJERANO
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD

ELABORADO POR:
DRA. YAISET JOSEPH
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE SALUD

CONTENIDO GENERAL DE LAS FOTOGRAFÍAS

Fotografía N° 1. EL CONTEXTO

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

Fotografía N° 2. DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS

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

Fotografía N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

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

Fotografía N° 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

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

Fotografía N° 5: ACTORES Y RED SOCIAL

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

Fotografía N° 6: PROYECCIÓN DE LA RED

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

Fotografía N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES

1. Organización y Funcionamiento

Fotografía N° 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

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

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

Fotografía N° 9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

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

Fotografía N° 10: PROYECTOS DE INVERSIÓN

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud es una poderosa herramienta para evaluar si los resultados obtenidos luego de desarrollar actividades o acciones sanitarias son los esperados; nos da la oportunidad de implementar nuevas Estrategias y redefinir las existentes para poder alcanzar las metas planteadas según los indicadores de salud medidos.
Con la declaración de estado de Pandemia por la OMS debido a la aparición de casos del nuevo coronavirus SARS- COV2 en varios países y cuyo origen fue la República de China, en nuestro país se tomaron las medidas necesarias para el trabajo organizado y coordinado con el liderazgo del Ministerio de Salud de manera de prevenir los impactos de esta Pandemia en el territorio nacional. Ante la aparición del primer caso reportado de coronavirus en el país y con la declaración del estado de emergencia nacional dictado por el Señor Presidente de la República Laurentino Cortizo, se continua con la implementación de la siguiente fase (mitigación) de los Planes Operativos previamente preparados desde diciembre del 2019. Bajo el liderazgo de la Coordinación Regional de Epidemiología se activo el Centro de Operaciones de Emergencias de Salud para eventos masivos CODES, en el cual se organizaron los componentes establecidos dentro del Plan Operativo Regional para hacerle frente al nuevo coronavirus; también fueron integrados los niveles locales de manera estricta. Cada equipo sanitario de distrito evaluó, con apoyo del nivel regional, las condiciones reales y actuaciones ante posibles escenarios.

En el presente documento se actualiza el análisis de situación de salud de la Comarca Ngäbe Bugle incorporando el evento Pandémico por Covid- 19. En esta actualización se desarrollaron tareas de organización y coordinación conjunta con otras entidades gubernamentales, autoridades tradicionales, lideres comunitarios, empresas privadas; de manera de seguir el orden de los procesos dictados por el Ministerio de Salud y consolidados en nuestro Plan Operativo Regional.

Para la Comarca Ngäbe Bugle un evento masivo de este nivel representa un elevado peligro ya que tenemos bajo nuestra responsabilidad población vulnerable tanto en el ámbito social como en el económico lo cual repercute principalmente en la situación de salud en general. Es por ello que al implementar las medidas de contención al inicio y posteriormente de mitigación hemos querido disminuir el impacto negativo en la salud que estimamos para esta región del país.

OBJETIVO GENERAL

Contar con un análisis de la información actual sobre el comportamiento del proceso salud enfermedad y su impacto en la población Ngäbe Bugle, incluyendo la situaciòn ante el evento Pandemico por el nuevo coronavirus (SARS- COV2) para la toma de decisiones y la evaluación de la actuación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Implementar Estrategias e intervenciones para mejorar los resultados en la situación de salud encontrada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS A LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS

1. Tomar las desiciones oportunas para evitar la propagación del nuevo coronavirus en las áreas donde no se han reportado casos.

2. Prevenir mayor diseminación del nuevo coronavirus en las áreas geográficas donde se han reportado casos confirmados.

3. Tomar acciones basados en evidencias científicas reconocidas hasta el momento para el abordaje de la situación de salud debida al nuevo coronavirus.

4. Realizar ajustes a los Planes operativos según el comportamiento registrado del presente evento de salud.

5. Contar con información básica necesaria para la toma de decisiones de manera oportuna.

6. Documentar de manera integral y divulgar la situación de salud debida al nuevo coronavirus dentro de la Comarca Ngäbe Bugle, para mejorar las estrategias implementadas intersectorialmente.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

La Comarca Ngäbe Buglé cuenta con una extensión territorial de 6,994.06 kilómetro cuadrado. Creada a partir de las Provincias de Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas. Desde el 2012 mantiene una division política de 9 distritos y 71 corregimientos. En el ambito tradicional esta dividida en (3) regiones o áreas a las cuales pertenecen los distritos administrativo politicamente creados.

- Ño Kribo: Distrito de Kankintú, Kusapín y Bledeshia, Jirondai
- Nedrini: Distrito de Besiko, Mirono y Nole Duima
- Kodri: Distrito de Muna y Ñurum

Localizada en el área Nor Oriental de la República de Panamá, limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con las Provincias de Chiriquí y Veraguas, al Este con la Provincia de Veraguas y al Oeste con las Provincias de Bocas del Toro y Chiriquí.
Su ubicación geografica hace necesario, ante la Pandemia por coronavirus el control del libre tránsito en cuanto a las entradas y salidas en diferentes ubicaciones ya identificadas historicamente.

CARACTERÍSTICAS FÍSICO – GEOGRÁFICAS

La formación morfológica (relieve) y geológica de la extensión territorial de la Comarca Ngäbe Bugle posee un 90 por ciento de origen volcánico, destacándose de ella la Cordillera Central cuyo punto más alto, Cerro Santiago, supera los 1,600 metros.

Predominan tres tipos fundamentales de clima en el área: Clima Tropical muy Húmedo, Clima Templado muy Húmedo de Altura y el Tropical Húmedo. La característica principal de estos climas es su abundante precipitación que varía en un rango de 1,200 a 5,000 mm anuales.
Las cuencas hidrográficas más importantes las conforman los ríos: Calovébora, Chiriquí, Cricamola, Guariviara, Guarumo, Fonseca, San Félix, Tabasará, Viguí y Cobre.

Se pueden distinguir varias zonas de vida y dos tipos de cobertura de vegetación: área boscosa con intervención humana, en la Vertiente del Caribe; y área deforestada con vegetación secundaria, sabanas antropogénicas mantenida por el fuego y pastos naturales, en la vertiente del Pacífico.

FOTOGRAFÍA Nº 1: EL CONTEXTO

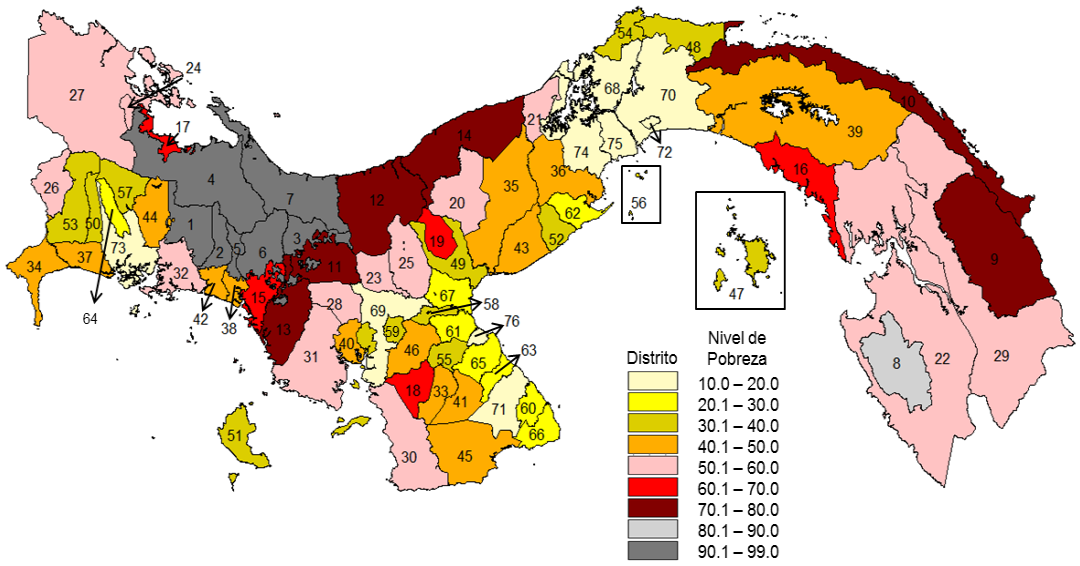
FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

Entre los principales problemas que influyen en la situación de salud y su desempeño, estan la pobreza y el desempleo, el analfabetismo y los pocos años de escolaridad aprobados, inclusión y violencia de género, escases de servcios básicos y de comunicación, algunas creencias y tradiciones propias de las etnias que conforman esta Comarca.

Principales problemas socioeconómicos:

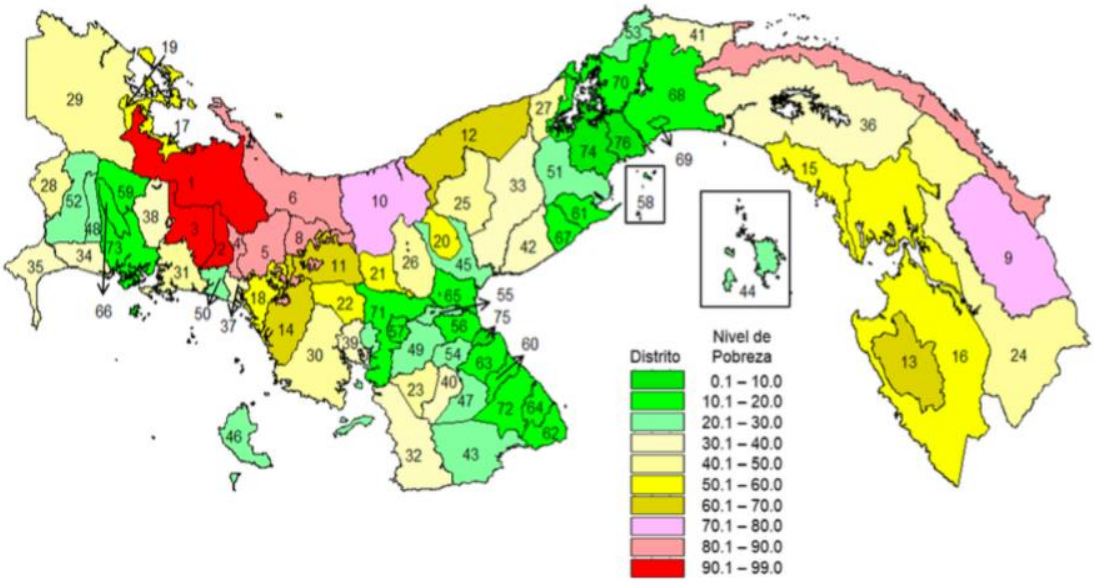
La Encuesta de Propósitos Multiples del 2011, evidenció que la Comarca Ngäbe Bugle estaba ubicada como la región más pobres del país, con un niveles de pobreza entre 90.1 – 99.0. Para el año 2015 los niveles de pobreza general mejoraron para algunos distritos como Kusapin, Santa Catalina, Munä, Ñurum y Nole duima situándose entre porcentajes de 80.1 a 90.0, mientras que el resto de los distritos permanecieron en niveles entre 90.1 a 99.0

Mapa 1: Niveles de Pobreza general por Distritos, en Provincias y Comarcas, Año 2011.



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

Mapa 2: Niveles de Pobreza general por Distritos, en Provincias y Comarcas, Año 2015.



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

Para los años 2016 y 2017 los niveles de pobreza general en la Comarca Ngabe Bugle fueron de 86.2 % y 81.9 % situándose por debajo del resto de las Comarcas del país; Haciendo una cronología podemos apreciar que del 2011 al 2015 hubo un descenso de 5 puntos porcentuales, en promedio un punto porcentual anual, mientras que entre el 2015 al 2016 el descenso promedio fue de 3.3 % y del 2016 al 2017 de 4.3 %, a pesar de esta mejora al hacer la comparación nacional vemos que este descenso no ha sido tan significativo cuando el promedio de país de pobreza general para los años 2016 y 2017 fueron de 22.1% y 20.7%, lo cual nos arroja una brecha de 64.1 y 61.2 puntos porcentuales de mayor pobreza general en esta Comarca para los años evaluados respectivamente.

El desempleo también constituye uno de los principales problemas que afectan la situación de salud, para el año 2011 la Encuesta de propósitos múltiples realizada por el Instituto Nacional de Estadisticas y Censo mostró para la Comarca Ngabe Bugle una tasa de desocupación de 2.55 en población de 18 a 24 años de edad, y un 81.95% de personas de 18 y mas años de edad con ocupación o empleo informal. Esta misma encuesta para el 2018 arrojó una tasa de desocupación de población de 18 a 24 años de edad de 2.60, mientras que el empleo informal fue de 81.90%, es decir que en 6 años no hubo variación para estos indicadores. Al mantenerse la escases de empleo dentro del área comarcal se propician las constantes migraciones conocidas como la ruta del café; además en los últimos 10 años se ha experimentado una migración hacia otras provincias del país en busca de oportunidades de empleo. Tambien es importante señalar que hacia

los años 2005 – 2006 el empleo informal era casi inexistente.

En el tema de la educación, la tasa de alfabetización en el 2018 fue de 68.84, siendo el promedio de años de escolaridad de personas de 25 a 34 años de 6.40 años lo que se encuentra muy por debajo del promedio de país que es de 12.0 años, con lo cual vemos una clara brecha de 5.6 años menos de escolaridad.

Según estadísticas del Ministerio de Educación para el año 2017 se presentó una tasa de repeticencia por cada 100 habitantes de 6 a 17 años, de 36.8 , lo cual representa 23.7 veces mas repeticencia que el promedio nacional de 13.1.

Es importante señalar que para el año 2019 se registró la existencia de personas indígenas de 18 años y más con secundaria incompleta o ningún grado educativo aprobado de 91.23 % y las personas afrodescendientes de 18 años y mas de este mismo indicador mostro un 67.62 %; Recordando que la población de esta Comarca esta conformada principalmente por las etnias Ngabe, Bugle, Campesinos entre los que se cuentan afrodescendientes cuyo predominio de asentamieno son las áreas nortes de la costa y campesinos no afrodescendientes ubicados en los límites con la provincia de Veraguas y Chiriquí. A pesar de ser una minoría en la composición de la población de la Comarca Ngabe Bugle se ve afectada de igual manera por los mismos problemas generales a excepción de los tradicionales y creencias religiosas.

El porcentaje de personas de 25 años y mas de edad con algún año de estudios superiores para el 2018 llego apenas la 2.1 %, el más bajo del país, siendo el promedio nacional de 22.9 %.

Principales problemas culturales:

Las creencias y tradiciones que mayormente afectan la situación de salud y por lo tanto el progreso y la calidad de vida de esta población son las de índole religiosa, donde la religión mamatata propia del Ngabe y de predominio hacia las áreas de cordillera central no aceptan medicina moderna incluyendo la inmunización y atención atraves de giras medicas para controles de salud y atención de morbilidades; es principalmente en estas áreas bien identificadas donde se encuentran nuestros bolsones de desprotegidos y en donde la vigilancia epidemiológica documenta brotes de enfermedades inmunoprevenibles.

A pesar de que la tasa de violencia de genero para el 2019 se muestra en 0.00 %, es bien conocido el subregistro de la información, la propia forma de vida y la tradición indican que las cifras deben ser alarmantes. Los embarazos en adolescentes no van en aumento en esta región del país, sino que estan siendo clasificados y registrados de manera correcta.

Según las Estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo para el 2017 se reportan una tasa de embarazos adolescentes de 76.3; Esto puede deberse a la práctica de que al llegar la pubertad y con esta la menarquia las niñas son consideradas aptas para la procreación. La práctica de la poligamia en donde un hombre tiene la libertad de vivir con el numero de mujeres que se supone pueda mantener no se desarrolla como lo establece la Carta Organica que regula leyes tradicionales dentro de territorio comarcal, lo cierto es que es común encontrar en una vivienda mujeres de la misma línea consanguínea (hermanas, madre- hija) con descendencia del mismo hombre viviendo en condiciones de precariedad sobretodo en los lugares mas alejados o de muy difícil acceso. Ademas esta misma práctica unida a la migración son factores que influyen en el aumento de enfermedades de transmisión sexual como el VIH, del cual podemos decir que va en aumento.

Aspectos que interfieren en el desarrollo de los procesos Regionales

Entre los aspectos que favorecen y/o afectan el desarrollo de los procesos en el Ministerio de Salud a nivel regional se puede mencionar la creciente descentralización del presupuesto de funcionamiento y parte del presupuesto de inversión, sin emabrgo esta descentralización del recurso económco debe ir acompañada de la contratación de recurso humano con las competencias para el desempeño de labores específicas. Por otro lado la descentralización es limitada dependiendo de las decisiones del nivel central y lo que respecta a objetos de gastos vitales para el abastecimiento de insumos, equipamiento medico y mantenimiento de infraestructuras de salud cuyos montos aprobados se manejan desde el nivel nacional por las correspondientes Direcciones. Estos aspectos aunque en el fondo busquen abaratar los costos al realizar compras a gran escala e internacionales, tienen como consecuencia largos trámites y disponibilidad de los isumos no asegurada de manera no oportuna por lo cual el usuario no estará satisfecho aunque la atención de salud se le haya brindado ya que no se cuenta con el insumo que este requiere. Las compras llegan (6) seis meses después lo que se traduce en abastecimientos de medicamentos, insumos medicoquirurgicos e insumos de laboratorio principalmente bajos entre el 60 al 75 %. Es gracias a la autogestión y algunas compras locales que se mantienen los abastecimientos de los principales insumos disponibles al público, pero con muchísima dificultad.

Convenios, Acuerdos y Compromisos internacionales en donde nuestro país es signatario.

Nuestro país es signatario en compromisos internacionales como la *Agenda 2030*, para los cuales ha firmado una serie de acuerdos y convenios con diversas autoridades financieras y de cooperación internacional.

Actualmente existe cooperación técnica y financiera para realizar procesos de modernización, transformación y gestión para mejorar e implementar estrategias de políticas publicas de planificación para el desarrollo; tenemos vigentes Convenios con el Banco Mundial- Ministerio de Gobierno donde el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación son parte de los socios dentro del Plan de desarrollo de los pueblos indígenas del país. Convenio de Gestión N° 011- 2020 Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (FORIS) financiado a través del Convenio de préstamo N° 3615/OC-PN suscrito entre la República de Panamá y el Banco Interamericano de Desarrollo, el cual tiene como uno de sus objetivos fortalecer al país con una agenda social que incluye una serie de Estrategias e intervenciones en salud poblacional y ambiental. Convenio individual de financiamiento no reembolsable N° GRT/MM-17240-PN y GRT/MM-17241-PN para la Eliminación de la Malaria en Panamá (IREM). Panamá adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) desde el año 2007; Se aplica el Convenio Marco para el control del Tabaco de la OMS y también se crean acciones para la aplicación de la Estrategia de Salud Universal; Panamá mantiene el Convenio de Basilea que consiste en un tratado ambiental para la regulación del movimiento de sustancias peligrosas; Convenio de Minamata Tratado para la eliminación de fuentes de mercurio. El Protocolo de Kyoto para la regulación de gases de efecto invernadero con el fin de disminuir el calentamiento global; Convenio de Rotterdam que busca la protección de la salud humana y el ambiente; Protocolo de Montreal para reducir la contaminación mundial por sustancias que dañan la capa de ozono.
También existen Acuerdos de Cooperación técnica con diferentes países y agencias; formamos parte de organismos como: Consejo de Ministros de Salud de Centroamerica y República Dominicana (COMISCA), Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centroamerica y República Dominicana (CISSCAD), entre algunas; y mantenemos relaciones y participación en organismos como el Fondo multilateral del Protocolo de Montreal y la Agencia Internacional de Energía Atómica
(AIEA). También recibimos apoyo y cooperación técnica por parte de organismos internacionales como la Union Europea, La Agencia Española de Cooperación, Embajadas de China, Japón, Estados Unidos

La lucha contra la pobreza: prioridad gubernamental.

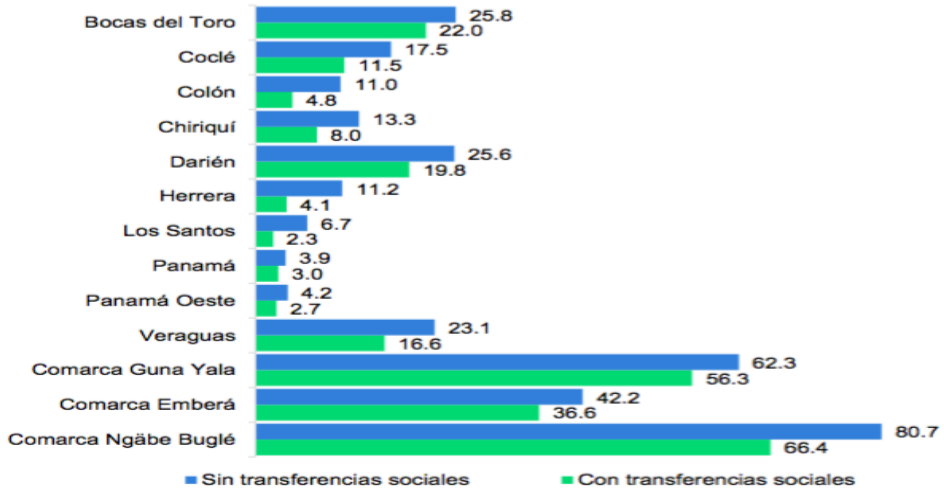
En los últimos 15 años la pobreza ha sido una prioridad gubernamental y para abordarla se han implementado una serie de estrategias, las cuales seguirán siendo parte de la agenda de Estado, según se indica en el Plan Estratégico de Gobierno 2019- 2024, en cuyo Pilar (4) cuarto se plasma el compromiso de abordar la pobreza y la desigualdad con la implementación de la Estrategia Colmena: Panamá libre de pobreza y desigualdad, la sexta frontera, misma con la cual se pretende promover la justicia social, equidad y las oportunidades para no dejar a nadie atrás. Esta estrategia esta siendo desarrollada con el

apoyo de alianzas públicas, privadas, sociedad civil. El Gobierno también tiene el compromiso de mejorar la seguridad y el desarrollo social a través de el mantenimiento y fortalecimiento de Programas y subsidios diversos en entornos de mayor vulnerabilidad; Programas como Red de Oportunidades, 120 a los 65, Angel guardian, Beca Universal, Mi Primer empleo seguirán brindando apoyos económicos a la población; Con el Plan Estrategico de Gobierno 2019- 2024 se busca la articulación de las políticas de empleo con la formación, capacitación y educación para el trabajo; Se plasma el compromsio de establecer mesas de análisis para alinear el sistema educativo y la demanda del mercado laboral.

La Pobreza es un factor que influye de manera directa en la situación de salud de la Comarca Ngabe Bugle como se mencionó en el contexto. Actualmente este tema se aborda con Programas que buscan concienciar a la población sobre sus deberes y derechos a la educación y a la salud, principalmente a través de subsidios, algunos de estos consistentes en bonos canjeables por víveres priorizados para que la población pueda utilizar los fondos que se les brinda de manera que redunde en beneficios de una mejor calidad y estilo de vida, disminuir la desnutrición infantil y evitar el ausentismo a las escuelas por falta de materiales básicos; también con la Red de Oportunidades se busca involucrar a la población en la importancia de sus controles de salud incluyendo inmunizaciones , toma de muestras de Papanicolau, también la asistencia a las escuelas. Existen Programas de Alfabetización, también continúan los programas de granjas y Proyectos sostenibles de forma que la población tenga herramientas para mejorar sus condiciones de vida y así salir del circulo de la pobreza. Existen Convenios con MEF quien apoya con Becas de estudios superiores de licenciaturas en diversas ramas a las diferentes Comarcas del país y los Convenios de Estudios a través de Becas del IFARHU para formar profesionales de diversas ramas incluyendo Salud. Convenio de estudios con los gobiernos de Cuba, Venezuela y Rusia entre otros para población de áreas comarcales a través del Ministerio de Relaciones Exteriores. La solución a la pobreza es crear las oportunidades de aprendizaje para que la población cuente con las herramientas necesarias de autosostenibilidad. La mayor parte de estos los subsidios son pagados a través de prestamos lo cual aumenta la deuda externa del país, y de manera particular la población protegida de esta manera finalmente no se convierte en entes productivos con lo cual jamas se romperá este círculo.

En la Gráfica N° 1 se muestra que para el año 2017 la Comarca Ngabe Bugle presentó una incidencia de pobreza extrema de 80.7 %, sin embargo tomando en cuenta los programas sociales el resultado obtenido fue de 66.4 % lo cual aun sigue siendo muy elevado; a pesar de ello el resultado es una mejora aparente en la incidendia de la pobreza extrema, como se mencionó antes lo que debemos buscar es la autosostenibilidad de manera que esta población con el tiempo pueda convertirse en personas económicamente activas y con ello mejorar su calidad de vida.

Gráfica N° 1: Incidencia de Pobreza extrema con y sin programas sociales, según provincias y comarcas indígenas. Año 2017.



Fuente:Informe de Pobreza e indigencia por ingreso, según Encuesta de Hogares marzo 2017. MEF

Mecanismos de conducción de la política social a nivel regional, grado de coordinación entre instituciones y nivel de participación en el Consejo de Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal.

A nivel regional los mecanismos de conducción de la política social no están bien definidos ni son reconocidos por todas las autoridades, lo cual se traduce en un grado de coordinación entre las instituciones regular; en las juntas técnicas que se realizan mensualmente se llegan a consenso interinstitucional para llevar a cabo acciones en beneficio de la Comarca, sin embargo cada institución dentro del territorio solicita apoyo al Ministerio de Salud conociendo que es la única entidad con presupuesto de funcionamiento propio aunque muy limitado. Las actividades aun no se logran coordinar de manera organizada y en ocasiones se duplican esfuerzos para la misma meta de país. En los espacios del Consejo de coordinación comarcal participan todos los directores de las instituciones reconocidas con presencia dentro de este territorio, sin embargo hace falta trabajar en una estructura única de gobernanza solida con funciones bien definidas y amplia participación social. La Planificación para el desarrollo social y abordaje e implementación de intervenciones dirigidas a mejorar la situación actual y persistente en la salud de la población debe ser intersectorial y con participación activa, con compromisos específicos establecidos para cada uno de los actores claves. Los distritos o Municipios no están muy alejados de esta realidad regional; los directores de distrito sanitario no lograr partricipar, en la mayoría de los casos, de forma activa en los procesos de planeación conjunta e inclusive sus capacidades de gestión y competencias administrativas deben ser fortalecidas, aun asi el poco recurso humano hace difícil esta interrelación.

El Consejo Técnico que coordina las acciones de todas las instituciones estatales con funciones dentro de la comarca realiza reuniones con los Directores de Instituciones Gubernamentales quienes ofrecen informes periódicos de su gestión, además deben informar también sobre sus actividades y proyectos para lograr el apoyo de las otras direcciones con algún grado de coordinación interinstitucional. El Ministerio de Salud asume su compromiso con las políticas sociales del Estado mediante el cumplimiento de las políticas y metas institucionales, derivadas de las prioridades de pais y del análisis de la situación de salud.

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

La política de salud se ha incorporado a los programas sociales como Red de Oportunidades, 120 a los 65, Angel guardian, Beca universal entre otros, a través de la coordinación interinstitucional con las diferentes entidades encargadas de dirigir estos programas sociales, principalmente el Ministerio de Desarrollo Social, a través de los compromisos y responsabilidades en salud por parte de los beneficiarios, cuyos controles o atenciones están integrados como prioridad en los diferentes programas de salud que llevamos dentro del Ministerio de Salud. El principal nudo critico de este abordaje es la falta de seguimiento, análisis y coordinación de los mismos con el Ministerio de Salud, la falta de conocimiento del objetivo principal de estos programas por parte de los diferentes agentes pagadores comunitarios hace que los mismos no muestren resultados concretos, es por ello que se hace necesario dar seguimiento, monitorear y evaluar los resultados de estos programas y su verdadero impacto de manera conjunta. En este aspecto el liderazgo del Ministerio de Salud debe fortalecerse sobretodo a nivel regional y local, además de recibir un intercambio de datos que nos sea útil para este análisis.

Proyecciones y tendencias del contexto político-económico-socio cultural – y de género, su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud – enfermedad de la población a diferentes niveles.

En cuanto a las proyecciones y tendencias del contexto político, económico, social y cultural existe un marcado interés por el cumplimiento de las políticas derivadas de la Agenda de país; Para tal efecto se elaboran perfiles de salud- enfermedad con los cuales se priorizan acciones dirigidas a fortalecer la gestión sanitaria, tomando en cuenta los aspectos socioculturales, principalmente de las áreas más postergadas de esta región y que estan contenidos en los planes regionales estratégicos y operativos.
Con la descentralización de los municipios se está implementando el plan de desarrollo estratégico en coordinación con el Ministerio de salud priorizando los proyectos según la demanda de las comunidades. A pesar de ello la situación actual de salud se mantendrá constante como ha sido en los últimos 20 años, si no se realiza la evaluación intersectorial y la medición del impacto que se ha obtenido a través de las diferentes

intervenciones y estrategias. Para ello es necesario formar profesionales con las competencias necesarias a nivel regional y local.

Impacto del cambio climático, contaminación ambiental en el desarrollo económico y social de la población. Áreas productivas más afectadas y áreas geográfico-poblacionales impactadas mayormente.

Impacto del cambio climático:

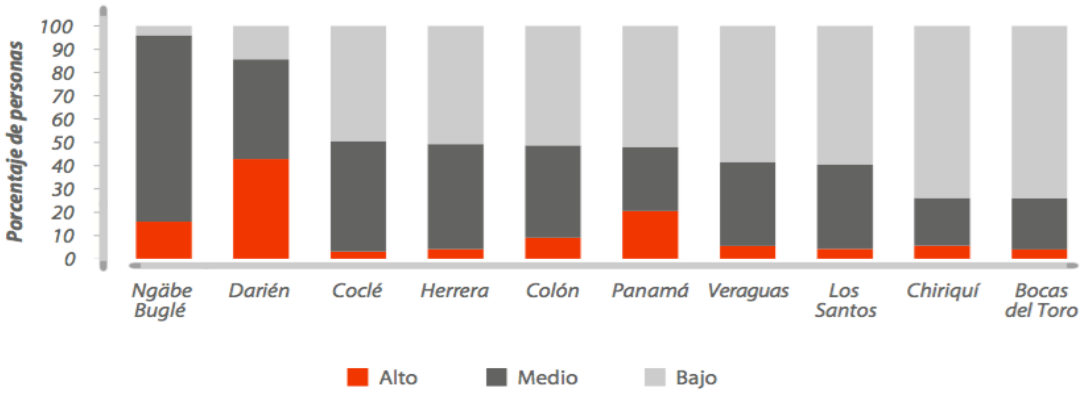
El impacto que ha generado el cambio climático es cada vez mas notable, los eventos de climas extremos como sequias e inundaciones, la escasez de abastecimiento de agua, han provocado la distribución de enfermedades de transmisión por vectores, y esta afectando a la población exponiéndola a altas y bajas temperaturas, se incrementan la frecuencia de enfermedades diarreicas y habrá un mayor riesgo de enfermedades reemergentes. Durante el periodo 2014 a 2017 los eventos naturales que más efectos causaron en la población fueron las inundaciones, seguido de los deslizamientos de tierra en las áreas montañosas de los distritos de Kankintu, Nole Duima y Santa Catalina o Bledeshea, lo que ha cobrado la vida de funcionarios de diferentes entidades gubernamentales sobretodo personal de salud y del Ministerio de Educación, además de pobladores. El cambio climático amenaza con aumentar la vulnerabilidad y el desarrollo económico y social de la población panameña y la Comarca Ngabe Bugle no escapa de esta realidad.

Favorecimiento de la participación social de la actual legislación, cambios necesarios y formas de participación social dentro de Comarca Ngabe Bugle

La legislación actual favorece la participación social en la gestión sanitatia, sin embargo se requiere el fortalecimiento del nivel regional para luego poner en práctica la Política Sanitaria de participacion social. Dentro de Comarca Ngabe Bugle la comunidad participa en la priorización de necesidades principalmente con los gobiernos locales, ademas se realizan consultas y cavildeos para introducir nuevas estrategias por parte del Ministerio de salud y otros Ministerios, al igual que se realizan las auditorias sociales para dar seguimiento al tema de la cobertura de los servicios de salud. Se debe aumentar la promoción para motivar mayor participación comunitaria en los diferentes planes de desarrollo unificados en una sola gobernanza. Es importante mencionar el papel fundamental en la divulgacion de las diferentes intervenciones que se realizan independientemente del sector que lidere y en ese sentido el Ministerio de salud de la Región Ngabe Bugle avanza en la divulacion de la situación de salud, asi como las estrategias e intervenciones desarrolladas y las metas o resultados a los que aspiramos, en donde la comunidad posee una responsabilidad bien defindа que tambien debe

conocer y para poder ponerla en práctica. La elección del gobierno o autoridades tradicionales es una actividad con amplia participación social ya que es ampliamente conocida por la población, tomando como base esta experiencia podemos pensar que el fortalecimiento de la participación social amplia se logrará en la medida en que la población cuente con el conocimiento adecuado y las herramientas que le permitan tomar decisiones y exponer valiosos aportes desde sus perspectivas como parte de sus responsabilidades. De hecho el nivel de participación social medido en el año 2014, por la Encuesta Barómetro de las Americas mostro un predominio medio de participación social, pero cabe destacar que fue la tercera region del pais donde se aplicó la encuesta, que marco porcentajes de alta participación social. Para este mismo año el Tribunal Electoral reportó una participación electoral del 71.4 %, siendo el promedio nacional de 76.8 %, lo cual demuestra esta alta participación social arriba señalada.

Gráfica N° 2: Nivel de participación social por Provincias y Comarca Ngabe Bugle, Año 2014



Fuente: Informe de Desarrollo Humano Local Panama 2015, tomado de la Encuesta Barómetro de las Americas LAPOP 2014.

Indice de Desarrollo Humano

El Indice de desarrollo humano general para el 2014 fue de 1.828 a nivel de país, mientras que para la Comarca Ngabe Bugle estaba en 0.499; lo que represento 1.329 veces menos desarrollo que el promedio nacional. Para el año 2018 el IDH fue de 0.795 ubicando al país en el lugar 67º a nivel mundial y el 5º lugar entre los paises de Desarrollo Humano Alto por encima de paises de la región de como Costa Rica, Cuba, México, Brasil, Colombia ubicados en este mismo grupo; sin embargo al realizar el ajuste por Desigualdad se caen 13 puntos lo que representa un 21.2 % de pérdida en el valor del IDH. Importante mencionar que al hacer el ajuste de la Desigualdad por género caemos al lugar 108º por debajo de paises de la región de las Americas mencionados antes, según el Informe de Panorama Mundial del IDH 2019. Por otro lado contamos con valores del IDH por distritos del año 2010 que mostrarón el menor indice para el distrito de Besiko con 0.309 y el mayor para Kusapin con 0.400.

Establecimiento de Estrategias de concertación, políticas y gestión participativas.

Se han establecido estrategias de concertación, de políticas y de gestión participativa, un ejemplo de ello es la amplia convocatoria realizada para el desarrollo de la Política Nacional de Salud 2016- 2025; se ha permitido a diversas asociaciones la participación y representación de grupos de manera activa. Dentro de la Comarca Ngabe Bugle se realizan los acercamientos con las comunidades y se les insta a participar en las acciones de salud y en el manejo de proyectos que los benefician, pero indiscutiblemente se requiere definir mas espacios de participación comunitaria, para lograr acuerdos con compromisos específicos y responsabilidades concretas.

Marco legal que confiere al Ministerio de Salud el ejercicio de la función regulatoria

El Ministerio de Salud creado mediante Decreto de Gabinete N° 1 del 15 de enero de 1969 determina su estructura y funciones, sin embargo la función regulatoria se estableció desde la aprobación del Codigo Sanitario a través de la Ley N° 66 del 10 de noviembre de 1947, que regula los temas de salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa. Dentro de las funciones del Ministerio de Salud esta el de ejercer el liderazgo en salud en el país y regular todos los temas relacionados a la salud pública tanto a nivel público como privado, ya que es el ente rector. Por otro lado la Constitución Política de la República de Panamá, que data de 1972 y que fue reformada en el 2004, establece el derecho a la salud y a la seguridad social en su Capitulo 6 y sus 9 articulo (109- 117) se establecen las responsabilidades y dentro de estas la de regular todos los procesos de interés sanitario en el país.

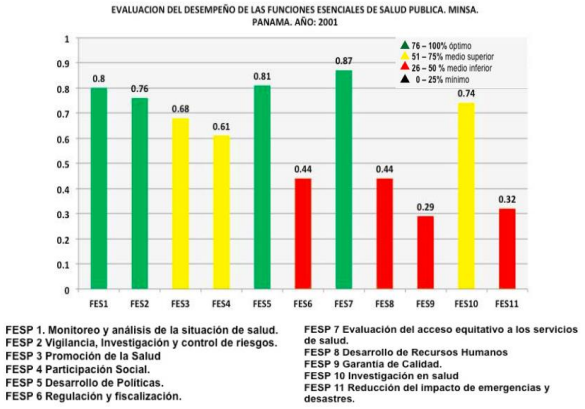
Contribución del ejercicio de la función regulatoria a la mejora de las condiciones de salud de la población.

La revisión periódica, evaluación y algunas modificaciones al marco regulatorio; el hacer cumplir la normativa vigente aplicando las sanciones reglamentadas; la formación de una masa de funcionarios expertos en Salud Pública capaces de revisar, analizar y perfeccionar este marco regulatorio; el asesoramiento y apoyo técnico que se brinda a los niveles regionales para realizar una mejor fiscalización de las leyes y reglamentos sanitarios, nos muestran que el ejercicio de la función regulatoria y fiscalizadora ha resultado ser positiva en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de la salud pública de Comarca Ngabe Bugle y el resto del país. Desde que se iniciaron las evaluaciones de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el año 2001, hemos visto mejoras en varios de los ámbitos que como Autoridad Sanitaria Nacional nos toca abordar.

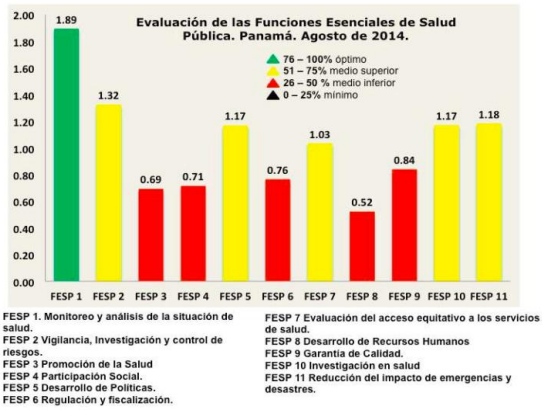
En el año 2001 los resultados de la evaluación arrojaron grandes deficiencias en la función regulatoria y fiscalizadora (FESP 6) un 0.44, que se interpreta como un

desempeño mínimo (Gráfica N°3). Para el año 2014 se realizó la segunda evaluación alcanzando un desempeño de 0.76 que se traduce como desempeño medio inferior (Gráfica N°4); En el año 2018 se llevo a cabo la evaluación intermedia la cual arrojó un resultado de 1.48, es decir un desempeño óptimo para la FESP 6 (Gráfica N°5). Estos resultados muestras claramente que si se ha mejorado la función regulatoria y fiscalizadora lo que ha contribuido a mejorar las condiciones de salud de la población (Gráfica N°6), sin embargo aun queda mucho por hacer en materia sanitaria en el país.

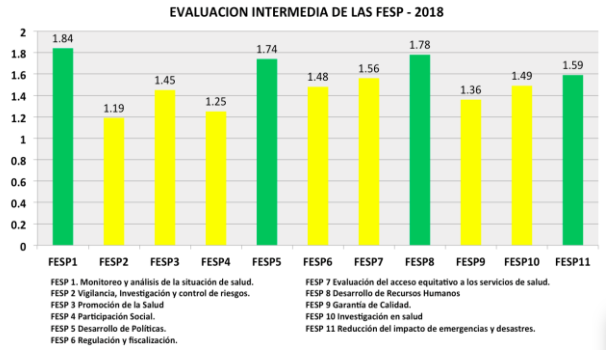
Gráfica N° 3:
Resultados del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, MINSA Panama. Año 2001.



Grafica N° 4:
Resultados del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, MINSA Panamá. Año 2014.

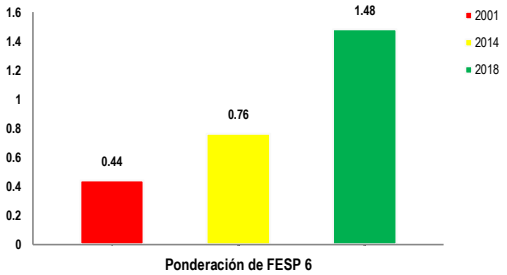


Grafica N°5:
Resultados del Desempeño de las Funciones Esenciales de salud Pública, MINSA Panama. Año 2018.



Fuente: Gráficas 3,4 y 5, Dirección de Planificación de Salud. MINSA Panamá.

Grafica N° 6:
Comparación de la Evaluacion de las Funciones Esenciales de salud Pública, MINSA Panama. Años 2001, 2014 y 2018.



Fuente: Depto. Planificación de Salud Comarca Ngabe Bugle, Informe de resultados de evaluaciones de las FESP en Panamá.

Normas sanitarias para el funcionamiento de establecimientos públicos y la fiscalización del cumplimiento de las mismas.

Para el funcionamiento de establecimientos públicos tenemos normas sanitarias y como Autoridad Sanitaria Nacional y en este caso regional y local fiscalizamos el cumplimiento de dichas normas. Debemos hacer cumplir lo establecido en la Ley N°66 del 10 de noviembre de 1947 “Que aprueba el Codigo Sanitario”, y la Ley 40 del 16 de noviembre de 2006 por el cual se modifican algunos artículos relacionados a la vigilancia sanitaria y faculta las sanciones a aplicar por la autoridad según su nivel jerárquico. Para el caso de la Región de Salud los directores de Centros de Salud, Subcentros y Policentros, y Directores Regionales de Salud están facultados para poner multas, suspender actividades temporalmente, decomisar articulo y objetos que afecten la salud.

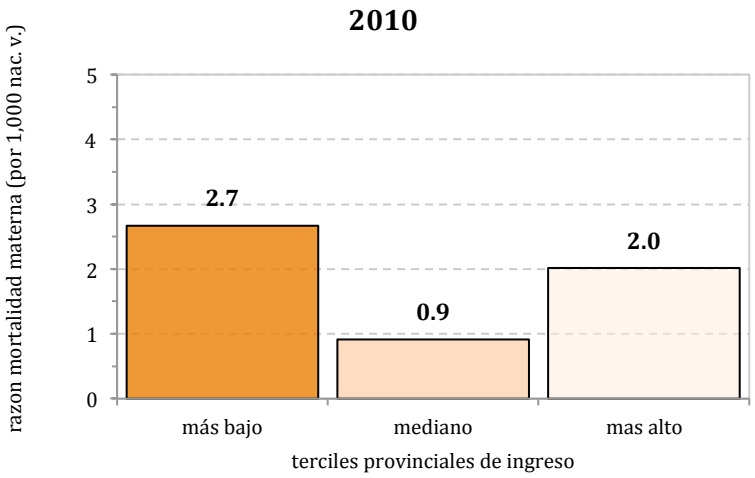
Actualmente se continua realizando las actividades de vigilancia a los establecimientos de interés sanitario dentro de territorio comarcal Ngabe Bugle aplicando las sanciones segun sea el caso; la limitante que tenemos es en el tramite del pago de las multas ya que se establecen jueces ejecutores quienes deberán ser profesionales del Derecho y cumplir con los requisitos que se establecen para los jueces municipales, estos son quienes deben hacer efectivo el cobro de las multas impuestas por nosotros y dentro de la Región no contamos con estos profesionales.

DESIGUALDADES EN SALUD

COMARCA NGABE BUGLE

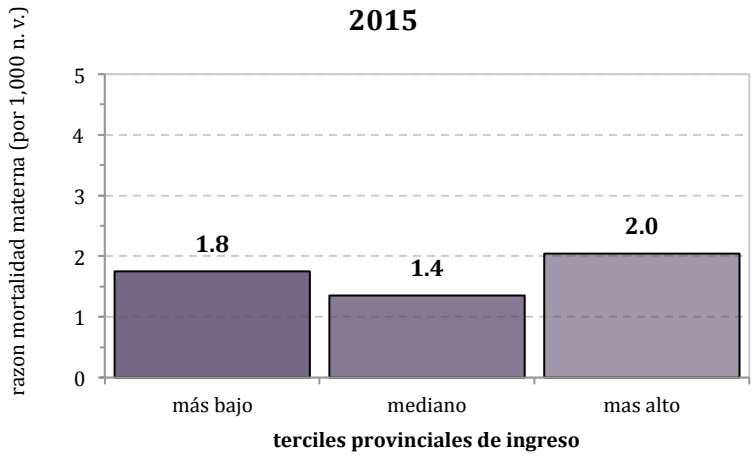
DESIGUALDAD EN LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN INGRESO EN EL HOGAR EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS 2010 Y 2015.

Grafica Nº 1



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

Gráfica Nº 2



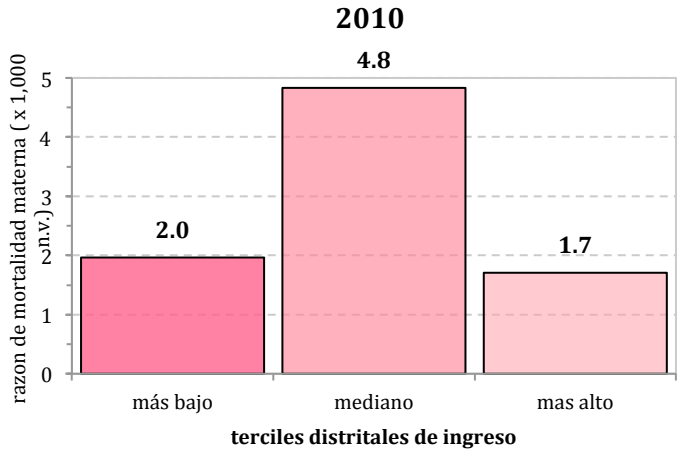
Fuente: Encuesta de Propósito Múltiples Agosto 2015. Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

Al realizar el cálculo de las métricas simples de desigualdad en las gráficas anteriores obtuvimos una brecha absoluta para el año 2010 de (0.65) y para el 2015 (-0.29), lo cual nos indica que para el 2010 existía 0.65 veces mas riesgo o probabilidad de muertes maternas en las provincias y comarcas del país ubicadas en el tercil de mas bajo ingreso, siendo para el 2015 (-0.29) veces mas probabilidades de muertes maternas, Podemos concluir que hubo una notoria disminución en la brecha de la desigualdad en la razón de mortalidad materna por ingreso en el hogar de (0.65) a (-0.29), es decir que el riesgo de muerte materna bajó (0.36) veces en el año 2015 con respecto al año 2010.

La brecha relativa para este mismo indicador fue de (1.32) en el 2010 y de (0.86) para el 2015, lo que indica que para el 2010 existía (1.32) veces mas riesgo de muerte materna en las provincias y comarcas ubicadas en el tercil de mas bajo ingreso en el hogar, y 0.86 veces o 14% menos riesgo de muertes maternas en esas mismas provincias y comarcas del país; vemos entonces que hubo una franca disminución en la desigualdad de (0.46) para la razón de mortalidad materna según ingreso en el hogar del 2010 al 2015. Es importante mencionar que la **Comarca Ngabe Bugle** junto con las Comarcas Guna Yala, Emberá y la provincia de Darién se ubicaron en el tercil de mas bajo ingreso; mientras que Herrera, Chiriquí, Colón y Panamá se ubicaron en el tercil de mas alto ingreso para ambos años evaluados.

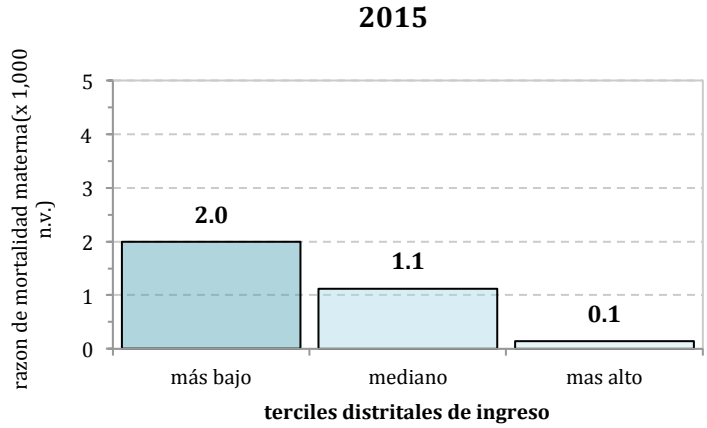
DESIGUALDAD EN LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN INGRESO EN EL HOGAR, COMARCA NGABE BUGLE . AÑOS 2010 Y 2015.

Gráfica Nº 3



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

Gráfica Nº 4



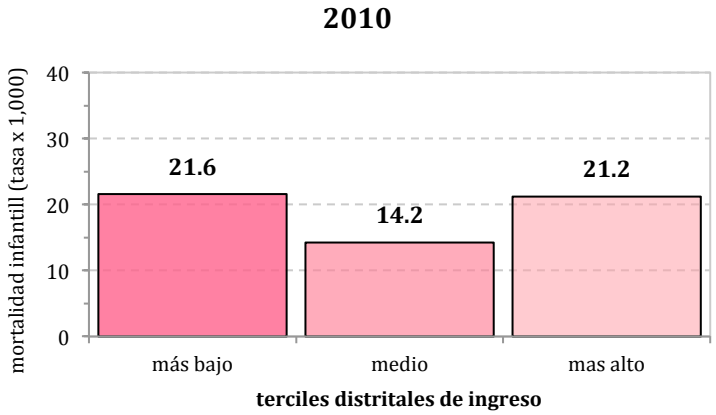
Fuente: Encuesta de Propósito Múltiples Agosto 2015. Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

La brecha absoluta para el año 2010 fue de (0.26) y para el 2015 de (1.85), lo que revela que para el año 2010 existía (0.26) veces mas probabilidad de muerte materna en los distritos ubicados en el tercil de mas bajo ingreso en el hogar, mientras en el 2015 teníamos (1.85) veces mas probabilidad de muerte materna en estos mismos distritos. Vemos que hubo un aumento en la desigualdad de (1.35) respecto al 2010, para los distritos de Comarca Ngabe Bugle ubicados en el tercil de mas bajo ingreso en el hogar; Esto representa que ocurrió una (1) muerte materna por cada 1,000 nacidos vivos en el tercil de mas bajo ingreso en el hogar; Siendo estos distritos Besiko, Kankintu y Mironó. Es importante señalar que en al año 2015 Kusapín experimentó una mejora en cuanto al ingreso en el hogar pasando del tercil de mas bajo ingreso al tercil de mas alto ingreso, sin embargo en general dentro del análisis de país como vimos en las graficas Nº 1 y 2 los distritos de la Comarca Ngabe Bugle se ubicaron en ambos años en el tercil de mas bajo ingreso. La brecha relativa por otro lado fue de (1.15) en el 2010 y de (13.9) en el 2015, lo que significa que para el 2010 existía (1.15) veces mas riesgo de muerte materna en los distritos ubicados en el tercil de mas bajo ingreso en el hogar y (13.9) veces mas riego de muerte materna en los distritos de este mismo tercil; siendo estos los distritos de Besiko, Kankintu que se mantuvieron en el tercil de mas bajo ingreso en el Hogar y Mironó paso de estar ubicado en el año 2010 en el tercil con mas alto ingreso al tercil de mas bajo ingreso durante el 2015. En conclusión podemos decir que la desigualdad aumento en términos del riesgo relativo (12.75) veces mas; Como podemos notar en la Comarca Ngäbe Bugle se experimento un aumento la desigualdad para la razón de mortalidad materna según el ingreso en el hogar, a pesar de que el país experimentó de manera general una disminución en la desigualdad.

Como sabemos éstas métricas de desigualdad solo toman en cuenta los grupos de los extremos por lo que tenemos pendiente realizar una medida de desigualdad compleja, ya sea aquellas basada en regresión ponderada por población o medidas no ponderadas que nos permitan incorporar todos los grupos en el análisis, ya que llama la atención que para el año 2010 por ejemplo las mayor razón de mortalidad materna se encontraba en los distritos ubicados en el tercil de medianos ingresos en el hogar, en este grupo se ubicaron los distritos de Muná y Nole Duima tanto para el 2010 como para el 2015.

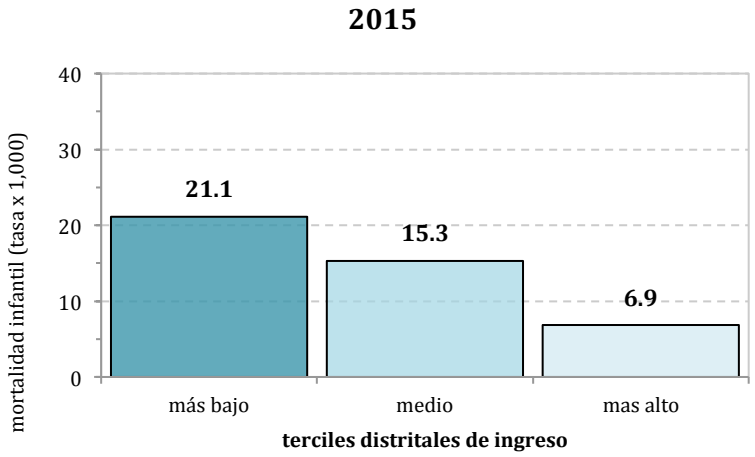
DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN INGRESO, COMARCA NGABE BUGLE. AÑOS 2010 Y 2015.

Gráfica Nº 5



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

Gráfica Nº 6

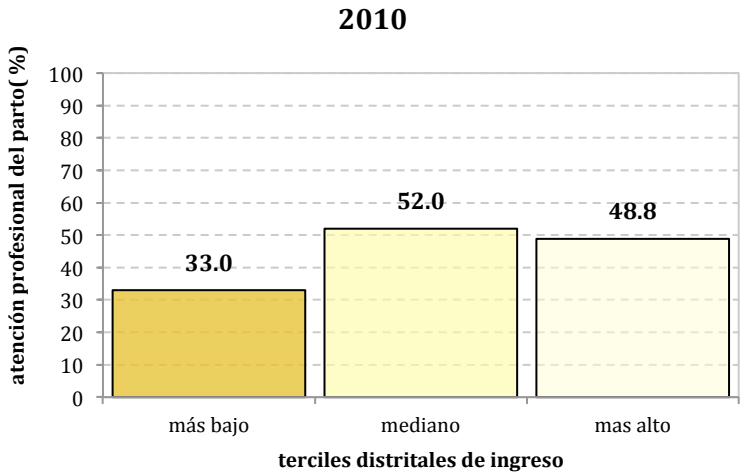


Fuente: Encuesta de Propósito Múltiples Agosto 2015. Censo de Población y Vivienda 2010, Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

En las Gráficas Nº 5 y 6, así como en el Cuadro Nº1 que resume las métricas utilizadas se muestra que para el caso de la tasa de mortalidad infantil según ingreso, la brecha absoluta para el 2010 fue de (0.38) y en el 2015 fue de (14.27), lo que indica que existía en el 2010 (0.38) veces mas riesgo de muertes infantiles en aquellos distritos de la Comarca Ngäbe Bugle ubicados en el tercil de mas bajo ingreso en el hogar y para el 2015 existía (14.27) veces mas riesgo o probabilidad de muertes infantiles en los distritos con ingresos mas bajos. Podemos decir entonces que hubo un aumento de la desigualdad de (13.89), es decir que para el 2015 pudieron existir 14 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos. Mientras la brecha relativa mostró para el 2010 (1.02) y (3.08) para el año 2015, vemos entonces que hubo (1.02) veces mayor riesgo de muertes infantiles en los distritos ubicados en el tercil de mas bajo ingreso, mientras que para el 2015 hubo (3.08) veces mas riesgo de muertes infantiles. Evidenciamos claramente que se experimentó un aumento en la desigualdad de (2.06), lo que significa que en los distritos de mas bajos ingresos existía el riesgo de 2 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos.

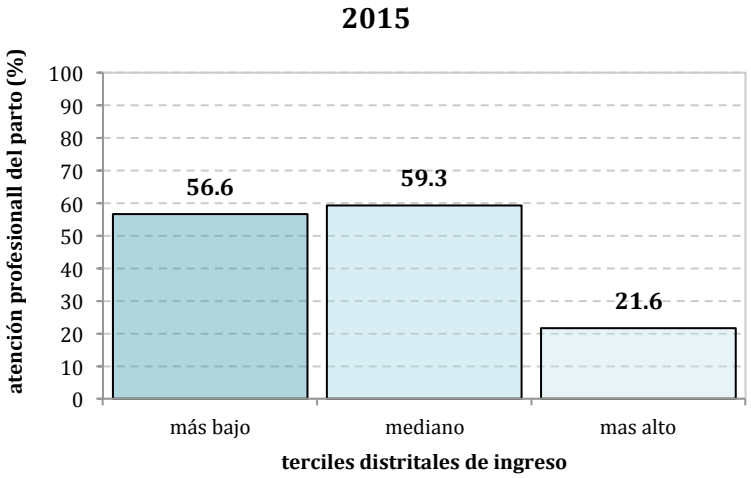
DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO POR PERSONAL DE SALUD SEGÚN INGRESO, COMARCA NGABE BUGLE. AÑOS 2010 Y 2015.

Gráfica Nº 7



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

Gráfica Nº 8



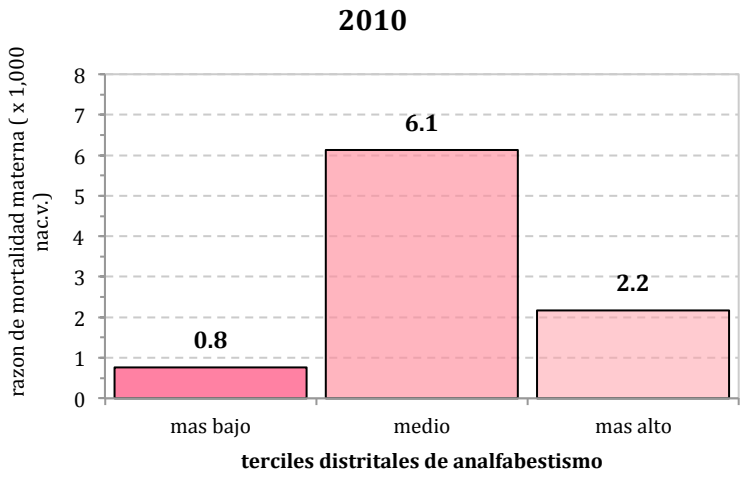
Fuente: Encuesta de Propósito Múltiples Agosto 2015. Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

En lo referente a la Atención profesional del parto por personal de salud según ingreso vemos que para el año 2010 la brecha absoluta fue de (-15.83) y para el 2015 de (34.99), lo cual nos indica una marcada desigualdad entre los distritos de ubicados en el tercil mas bajo de ingresos en el hogar; sabemos ahora que para el año 2010 existía 15.83 menos partos atendidos en los distritos de ingresos mas bajos en comparación con los distritos de mas alto ingresos en el hogar, además en el año 2015 aumento aun mas esa desigualdad ya que existía (34.99) partos no atendidos por profesional de salud, en resumen del 2010 al 2015 es muy notoria la desigualdad

en la atención de parto por profesional (-19.6), es decir la probabilidad de no tener un parto asistido por profesional de salud aumento 19.6 veces mas en los distritos con mas bajo ingresos en el hogar. La brecha relativa para el 2010 fue de (0.68) y en el año 2015 fue de (2.62), lo cual nos revela que en el 2010 existía (0.68) veces menos probabilidad de atención del parto por profesional de salud en los distritos con mas bajos ingresos de la Comarca Ngäbe Bugle y (2,62) veces menos probabilidades para el año 2015. En conclusión vemos que la desigualdad en la atención del parto aumento en un (1.94) veces mas probabilidades de no tener un parto atendido por profesional de salud en los distritos con mas bajos ingresos.

DESIGUALDAD EN LA RAZON DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN PORCETAJE DE ANALFABETISMO, COMARCA NGABE BUGLE. AÑO 2010.

Grafica Nº 9



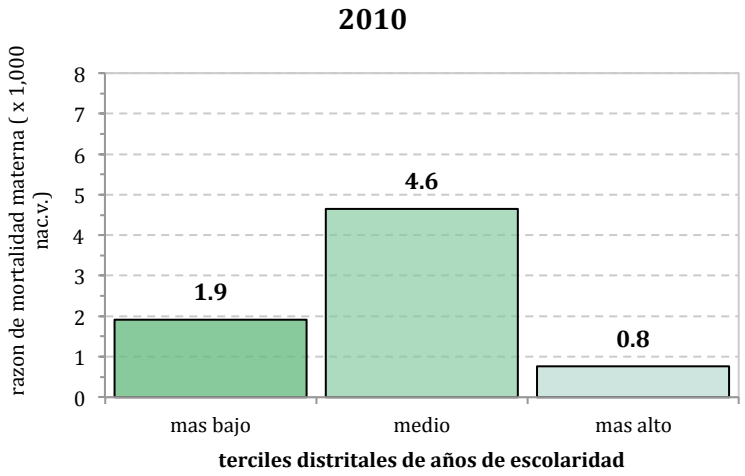
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

La brecha absoluta en la razón de mortalidad materna según porcentaje de analfabetismo fue de (-1.4), lo cual indica que el riesgo de muerte materna para el 2010 fue 1.4 veces mayor en aquellos distritos con porcentaje de analfabetismo mas alto. Mientras que la brecha relativa fue de (0.36), lo que significa que el riesgo de muerte materna era 64 % mayor en los distritos con porcentaje mas alto de analfabetismo, recordando que para ese años estos distritos fueron: Kusapín, Kankintu y Besikó; Como estas métricas solo nos permiten observar la desigualdad entre los grupos de los extremos, se hace necesario utilizar una medida compleja de desigualdad en siguientes análisis, ya que no podemos pasar por alto en el tercil con niveles de analfabetismo medio la sobresaliente razón de mortalidad materna para este año. En el tercil medio se ubicaron los distritos de Muna y Mironó.

Estos valores no son comparables con años subsiguientes debido a falta de información referente a indicadores sociodemográficos, puesto que el último censo de población y vivienda del país fue en el año 2010. Por otro lado se debe señalar que no contamos con registros de estadísticas propios como Comarca Ngabe Bugle para el año 2000.

DESIGUALDAD EN LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN AÑOS DE ESCOLARIDAD, COMARCA NGABE BUGLE. AÑO 2010

Gráfica Nº 10

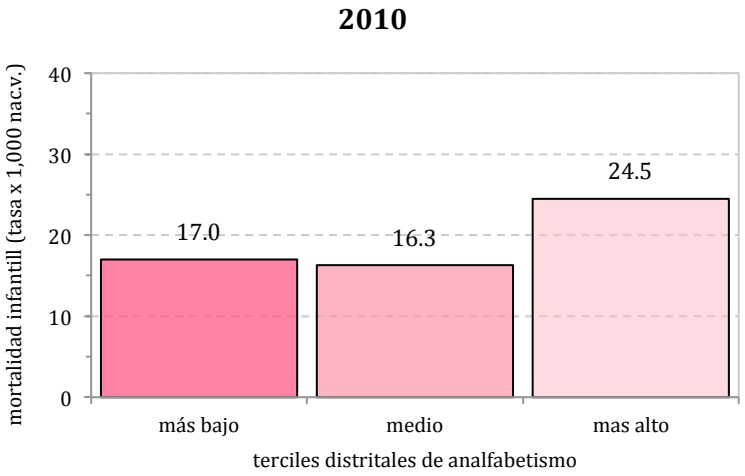


Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

Para el mismo indicador anterior, **razón de mortalidad materna**, también podemos apreciar la desigualdad utilizando como estratificador los años de escolaridad promedio aprobados. En esta gráfica la brecha absoluta es de (1.1), lo que nos indica que en los distritos con mas bajo número de años de escolaridad existió 1.1 veces mayor probabilidad de muertes maternas que en los distritos con número de escolaridad mas alto; La brecha relativa fue de (2.4), lo cual indica un mayor riesgo , 2.4 veces mas, de muerte materna en los distritos con mas bajo número de años de escolaridad. Los distritos ubicados en el tercil de mas bajo número de años de escolaridad en el año 2010 fueron **Kankintu y Besikó**. La gráfica nos muestra que para ese año se mantiene una relación en donde a mas alto número de años de escolaridad menor es la razón de mortalidad materna.

DESIGUALDAD EN LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO, COMARCA NGABE BUGLE. AÑO 2010.

Gráfica Nº 11

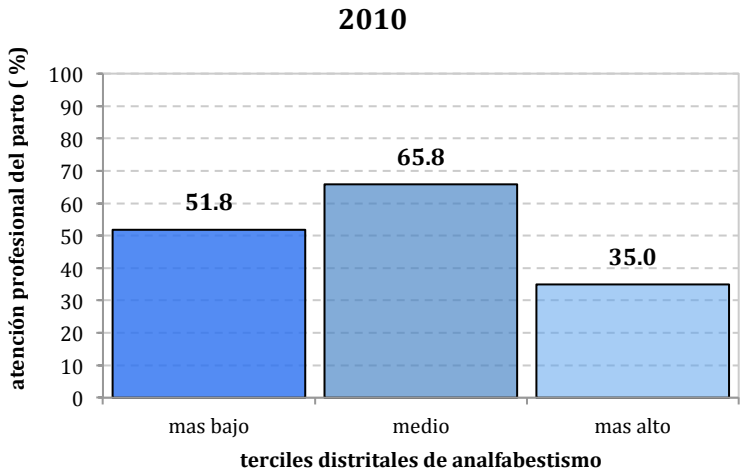


Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

La brecha absoluta en este gráfico es de (-7.5), lo cual nos indica que para el año 2010 existía 7.5 veces mas riesgo de mortalidad infantil en aquellos distritos de mas alto porcentaje de analfabetismo, ubicándose en este tercil los distritos de Kusapín, Kankintu y Besiko. La brecha relativa fue de (0.69), que indica la existencia de 0.69 veces mas riesgo de mortalidad infantil o 31 % mas riesgo de mortalidad infantil en los distritos con ,as bajo ingreso en el hogar.

DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN PROFESIONAL DEL PARTO POR PERSONAL DE SALUD SEGÚN PORCENTAJE DE ANALFABETISMO, COMARCA NGABE BUGLE. AÑO 2010.

Gráfica Nº 12



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010,
Estadísticas Vitales. INEC, Contraloría General de la República de Panamá.

La brecha absoluta para el año 2010 fue de (16.8), lo cual indica que para este año existía 16.8 menos probabilidades de atención del parto por profesional de salud en los distritos con mayor porcentaje de analfabetismo, estos distritos, haciendo un recuento fueron Kankintu, Kusapin y Besiko. Mientras que la brecha relativa fue de (1.48), que indica que hubo 1.48 veces mas riesgo de no tener un parto atendido por profesional de salud en los distritos de la Comarca Ngäbe Bugle con mas alto porcentaje de analfabetismo.

Como conclusión y de manera general podemos decir que a pesar de que a nivel de país Panamá experimenta un crecimiento y desarrollo económico que se proyecta como el mejor de la Región , lo que se debe traducir en mejores ingresos y mas educación, asi como otros factores sociales mejorados, en la Comarca Ngäbe Bugle ha aumentado la desigualdad en salud en los años de la medición, 2010 y 2015. Seguimos siendo un área geográfica 98% rural con características marcadas de desigualdad; Se hace necesario mejorar los sistemas de información y recolección de datos para poder realizar análisis mas profundos que nos ayuden a la toma de decisiones claves en el proceso de mejorar la equidad en salud y disminuir las diferentes brechas que aun persisten. Nuestra fortaleza radica en el hecho de que contamos con una Poliíica Nacional de Salud que nos permite continuar estrategias definidas luego de priorizar las áreas a fortalecer para las mejoras en cada Región de Salud. Finalmente se continuará desarrollando mediciones de desigualdad en salud mas complejas donde podamos hacer el análisis de todos los grupos poblacionales y además la evaluación pueda hacerse de manera multidimensional.

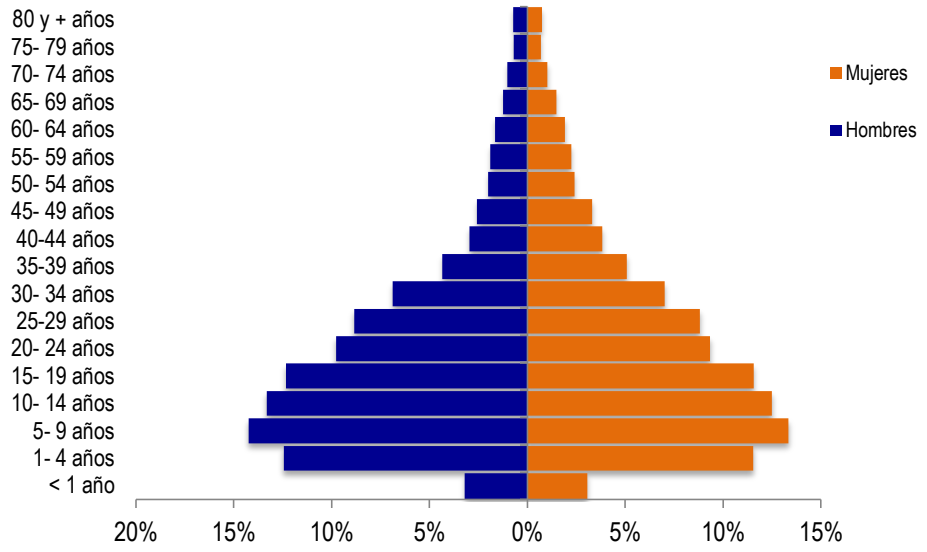
FOTOGRAFÍA Nº 2: DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS

FOTOGRAFÍA N° 2. DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS

1. Aspectos Demográficos

Los indicadores demográficos del cuadro N° 1 muestran un aumento en la densidad de población, con lo cual sabemos que están naciendo mas personas de las que mueren; la tasa de natalidad va en aumento al igual que la tasa global y general de fecundidad, esto se traduce en un aumento de la tasa de crecimiento natural. Estos indicadores nos hacen proyectar dicho crecimiento a una estructura poblacional donde predomina la población menor de edad y aquella en edad reproductiva, lo cual es mas fácil visualizar en las pirámides poblacionales a lo largo de los años manteniendose una base ancha.

Gráfica N° 7 : Piramide de Población Comarca Ngabe Bugle Año 2020.



Fuente: Elaboración propia Depto. Planificación de Salud, Región Ngabe Bugle con datos del Estimado de población al 1º de julio de 2020 del Depto. Reges- DIPLAN. MINSA

La tasa de mortalidad de menores de 1 año ha ido disminuyendo de manera lenta, 5.3 en 3 años o un promedio de disminución de la tasa de 1.7 por año; la tasa de mortalidad en menores de 5 años también ha tenido importante disminución de 1.5 del 2016 al 2017, con un aumento de 0.7 del 2017 al 2018, sin embargo aun se mantiene elevada con respecto al resto del país donde el promedio nacional para el 2018 fue de 14.2. (Mapa N°3) La razon de mortalidad materna presenta una leve e irregular tendencia a la disminución, pero al igual que la mortalidad infantil siguen siendo muy elevada en relación al promedio nacional de 45.5 para el 2018. (Mapa N°4)

Cuadro No.1

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

A. Indicadores demográficos	2016			2017			2018		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Densidad de población									
· Rural									
· Urbana									
· Indígena									
Tasa de crecimiento natural o anual									
Tasa bruta de natalidad	33.3			34.4			37.2		
Tasa global de fecundidad	4.1			4.2			4.5		
Tasa general de fecundidad	138.3			141.7			151.7		
Porcentaje de población urbana									
Porcentaje de población rural									
Porcentaje de población indígena									
Razón de dependencia									
% De población inmigrante									
% De población emigrante									
Saldo migratorio									
% De población discapacitada									

Estructura de población por grupo de edad (en años)	2016			2017			2018		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	203,185	100,004	103,181	208,481	102,659	105,822	213,860	105,356	108,504
Menor de un año	6,688	3,416	3,272	6,792	3,469	3,323	6,889	3,518	3,371
1 a 4	25,177	12,831	12,346	25,647	13,071	12,576	26,089	13,297	12,792
5 a 9	29,547	15,036	14,511	29,819	15,175	14,644	30,152	15,345	14,807
10 a 14	27,612	14,060	13,552	27,952	14,225	13,727	28,297	14,395	13,902
15 a 19	22,919	11,626	11,293	23,811	12,105	11,706	24,800	12,619	12,181
20 a 59	80,655	37,954	42,701	83,402	39,334	44,068	86,097	40,704	45,393
60 a 64	3,306	1,508	1,798	3,411	1,567	1,844	3,574	1,649	1,925
65 y más	7,281	3,573	3,708	3,713	3,934	7,962	7,962	3,829	4,133
Otras Tasas	**2016**			**2017**			**2018**		
	Total	**Masc**	**Fem**	**Total**	**Masc**	**Fem**	**Total**	**Masc**	**Fem**
Tasa de mortalidad	3.4	4.0	2.8	3.3	3.8	2.7	3.5	4.1	2.9
Tasa de mortalidad en < de 1 año	21.4	19.3	24.1	16.6	19.3	15.6	16.1	15.9	16.3
Tasa de mortalidad perinatal	13.2	12.0	13.4	13.1	10.3	9.7	9.9	10.3	9.6
Tasa de mortalidad neonatal	7.8	6.8	8.9	4.7	5.4	4.0	5.3	4.9	5.7
Tasa de mortalidad post neonatal	13.6	12.6	14.5	11.8	12.7	10.9	10.8	10.9	10.6
Tasa de mortalidad en menor de 5 años	7.2	7.1	7.2	5.7	6.4	5.0	6.4	6.6	6.3
Tasa de mortalidad materna	22.5		22.5	11.8		11.8	21.0		21.0
Razón de mortalidad materna	162.5		162.5	83.6		83.6	138.4		138.4
Esperanza de vida al nacer (total)	77.9	74.9	81.1	78.1	75.2	81.2	71.3	69.2	73.4

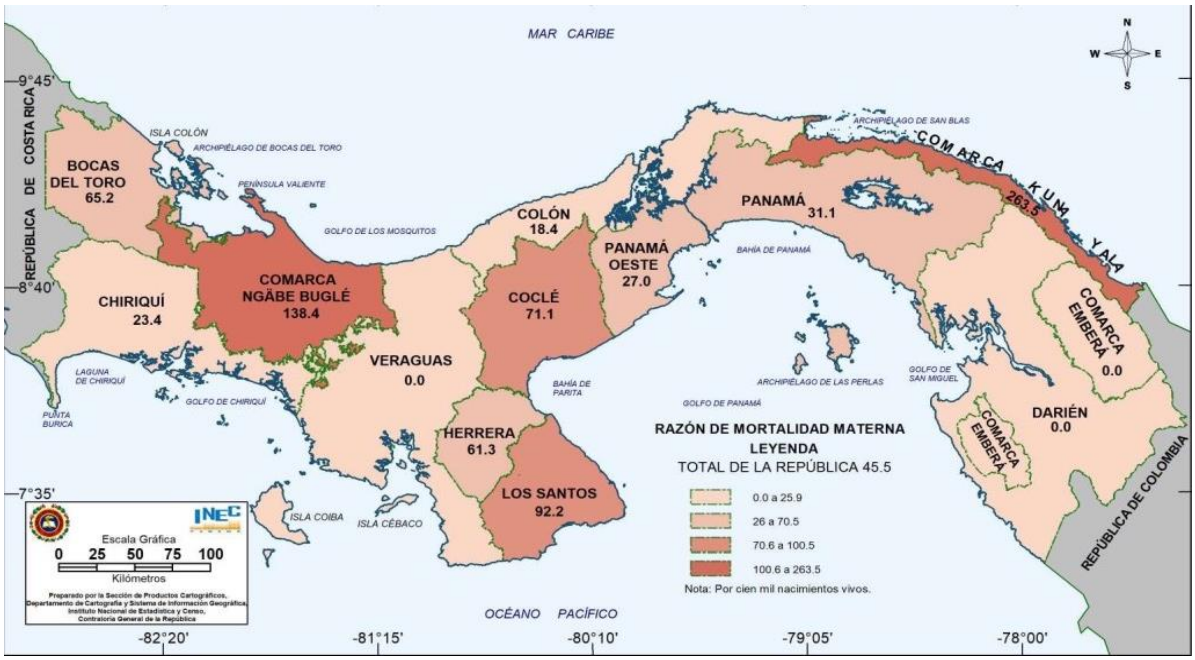
Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República.

Cuadro No. 2

Situación de Salud, Aspectos Económicos y Sociales

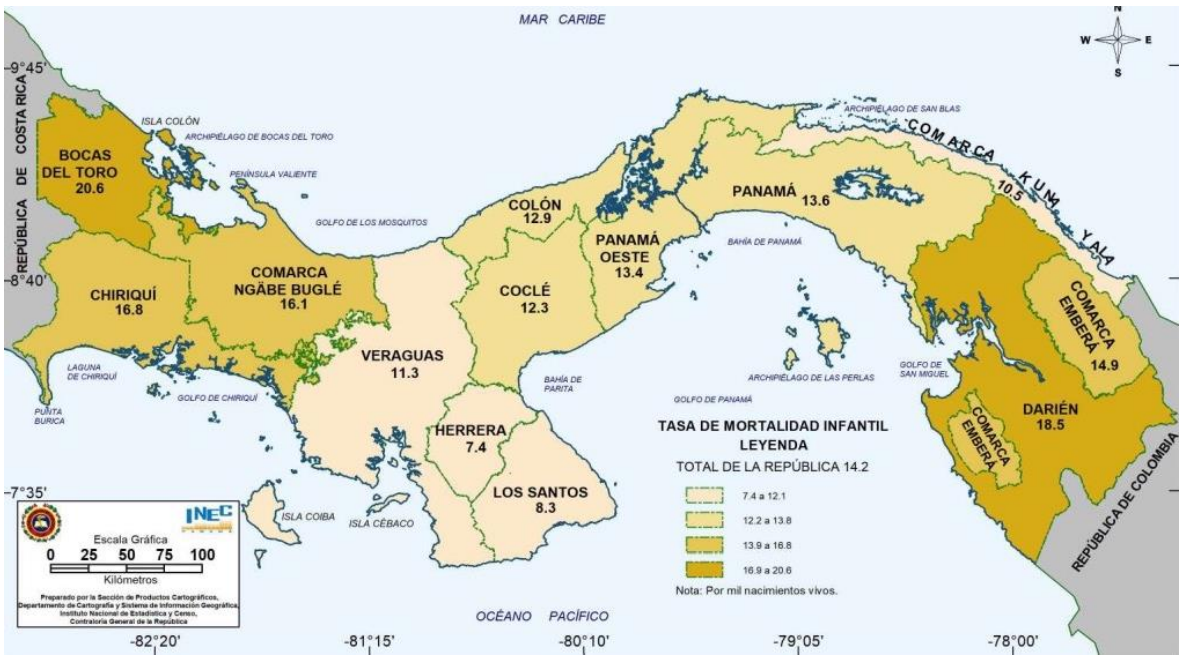
B. Aspectos económicos y sociales	2016			2017			2018		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa									
Tasa de actividad									
Tasa de desempleo									
Tasa de empleo informal									
Porcentaje de población asegurada	22.			20.8			22.3		
· asegurados activos									
· pensionados	4.4			4.3			5.7		
· jubilados									
· beneficiarios	18.			16.4			16.6		
Porcentaje de analfabetismo									
Escolaridad de la población									
· Básica completa									
· Media completa									
· Vocacional									
· Universidad completa									
Déficit habitacional									

Mapa Nº 3: Tasa de Mortalidad infantil, República de Panamá. Año 2018.



Fuente: Contraloría General de la República- Indicadores de salud 2018. INEC

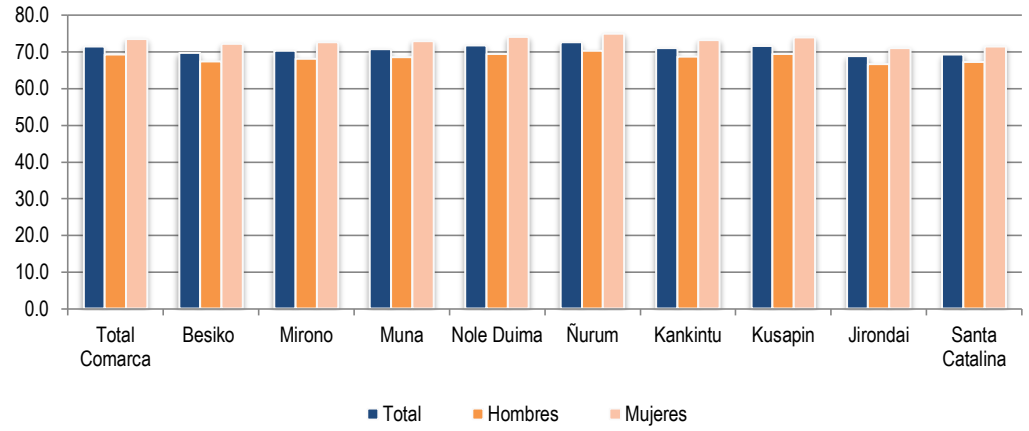
Mapa Nº 4: Razon de Mortalidad Materna, República de Panamá. Año 2018.



Fuente: Contraloría General de la República- Indicadores de salud

La Esperanza de vida al nacer presentó un logro para el período 2010 al 2015 de 1.8 años de mejora en promedio anual; mientras que del periodo 2015 al 2018 se refleja una dismunición anual en promedio de 1.5 años, con lo cual se concluye un logro estimado de 0.3 para este indicador en los últimos 8 años evaluados. Cabe señalar que la Esperanza de vida en el país mostró un logro de 0.37 del 2016 al 2018, siendo de 78.33 años para el último año evaluado. La distribución por distrito para el año 2018 muestra al distrito de Ñurum con la mayor Esperanza de vida al nacer (72.52), mientras que Jirondai es el distrito que presentó la menor Esperanza de vida (68.76) que es cercana a la Esperanza de vida al nacer global que presentó la Comarca Ngabe Bugle para el año 2010 (68.6).

Gráfica N° 8 : Esperanza de vida la nacer según sexo por distrito, Comarca Ngabe Bugle. Año 2018.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Contraloria General de la República. Informes del INEC.

Transición demográfica y las condiciones de salud de la población.

La transición demográfica podríamos decir que se encuentra iniciando una segunda fase, donde la tasa de natalidad presenta un marcado aumento y la mortalidad aunque casi constante muestra una disminución pero no tan rápida a lo esperado; esta dinámica se traduce en que no se experimenta una mejoría en la salud ni tampoco una franca mejoría en la alimentación, por lo cual encontramos tasas de mortalidad caracterizadas por morbilidades relacionadas de manera directa a las condiciones de higiene y alimentación en la población; Por otro lado como se aprecia en la pirámide poblacional (Gráfica Nº 7), predomina población en edad reproductiva y esto se manifiesta en las principales causas de mortalidad general que estamos viendo como se refleja en el Cuadro N°6 , donde la primera causa de muerte son las lesiones autoinflingidas, agresiones y otras violencias, seguidas por diarreas y gastroenteritis, malformaciones congénitas, Tuberculosis y el séptimo lugar es para la Enfermedad por VIH.

Principales intervenciones para los resultados encontrados

Mortalidad Materna

En relación a la Mortalidad Materna, la Comarca Ngabe Bugle ve con grandes esfuerzos alcanzar reducir las brechas existentes, el mejorar la calidad de la atención en las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, ya que en estos periodos aumenta el riesgo de morir; mejorar la coberturas en anticoncepción, realizar controles de calidad, y ante todo asegurar una atención calificada del parto pueden hacer la diferencia. Establecer un mecanismo de monitoreo y evaluación, que contenga indicadores medibles, fortalece y facilita el diseño de intervención oportuna en especial la red de servicios de la unidad de cuidados obstétricos; realizar capacitaciones y equipamiento básico con insumos es de gran importancia, sin embargo es necesaria la intervención de otras instituciones y sus actores claves.

COORDINACION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

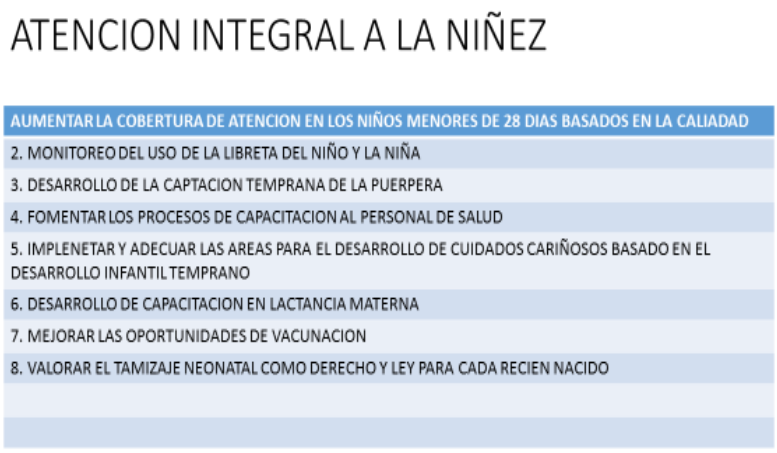
TASA DE MORTALIDAD MATERNA
1. GARANTIZAR LA CAPTACION OPORTUNA DE LA EMBARAZADA ANTES DELA 14 SEMANA.
2. IMPLENENTACION DE LA ESTRATEGIA CONE EN LAS INSTALACONES DE SALUD
3. INVOLUCRAR A LIDERES Y GRUPOS ORGANIZADOS EN LA ETECCION Y TRASLADO DE LA PACIENTE
4.CAPACITACION AL RECURSO HUMANO EN MANEJODE EMERGENCIAS OBTETRICAS
5.GRAFICAR EL MAPEO DE LAS EMBARAZADAS MEDIANTE EL LISTADO DE LAS QUE INGRESAN A LAS INSTALACIONES
6. AMPLIAR LA COBERTRURA DE LAS CASAS MATERNAS A AREA DE MENOR ACCESO
7. DIVULGAR Y REALIZAR EL PLAN DE PARTO
8. VINCULAR A LAS PARTERAS AL SISTEMA E SALUD
9. CAPACITACION , SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LAS PARTERAS
10. CAMBIOS DE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTO ANTE LAS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA POR LA FAMILIA MEDIANTE EL EMPODERAMIENTO

COORDINACION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA
11.RECUPERAR LOS SABERES TRADICIONALES Y BUENAS PRECTICAS DESDE EL ENFOQUE INTERCULTURAL
12. INCENTIVOS A LAS EMBARAZADAS
13. ACTORES COMUNITARIOS PROMOTORES, MULTIPLICADORES, PARTERAS Y LIDERES PACACITADOS EN TEMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
14. SENSIBILIZACION Y ABOGACIA PARA LA ATENCION DE LA PACIENTE EMBARAZADAS.
15. LOGRAR LA ASIGNACION DE PRESUPUESTO PARA EL PROGRAMA (COMPRA DE UN VEHICULO, EQUIPO, INSUMOS)
16. LOGRAR INCORPORAR AL SECTOR PUBLICO Y PRIVADO EN INTERVENCIONES DIRECTAS A FOMENTAR LA PARTICIPACION DE LA MUJER EN CUIDADOS DE LA SALUD
17. DEFINIR UN MODELO DE ATENCION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOGUE INTERCULTURAL.
18.ESTANDARIZAR EL PAQUETE DE INTERVENCION BASADOS EN MEJORAR LAS ACCIONES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA BASADO EN EVIDENCIA.
19. DIVULGAR LAS NORMAS Y PROTOCOLOS AL RECURSO HUMANO.

Mortalidad Infantil

La salud infantil impera sobre grandes decisiones, ya que se espera no tener brechas en la atención de los niños y niñas, la falta de conocimiento, el acceso limitados y las condiciones no favorables en la atención hacen la diferencia entre la vida y la muerte de cada de ellos; desde su nacimiento vienen con factores predisponentes que se agravan mediante los determinantes de la salud, en las comarcas estas condiciones son evidente por el gran número de muertes en este periodo vida; fortalecer los servicios a la atención de los niños y niñas es la prioridad, crear acceso a los sistemas de salud, visualizar estrategias basadas en evidencias a corto, mediano y largo plazo, con un monitoreo continuo nos ayudará a avanzar y cambiar las acciones de forma oportuna.



Mortalidad debida a Enfermedad por VIH y Tuberculosis

a. Programación junto a los niveles locales de jornadas de educación y promoción en salud sexual.

b. Entrenamiento intensivo del recurso Humano existente en el manejo VIH SIDA y apertura de la CTARV del área Ño Kribo.
c. Realización de jornadas masivas de toma de pruebas rápida por VIH.
d. Mejorar las condiciones estructurales de la CTARV CNB y de la sala de aislamiento del HGOCH.
e. Promoción y trabajo con actores comunitarios para la captación de sintomáticos respiatorios y sus contactos.

Programa Adulto y Adulto Mayor

a. Fortalecer las competencias de la Coordinacion del Programa de Salud del Adulto
b. Actualización de las guías del manejo del Adulto y adulto mayor.
c. Desarrollar actividades para la promoción de estilos de vida saludables
d. Continuar con la implementación de los Censos de Salud preventiva.

Tendencias esperadas en los próximos años, en los indicadores de salud ambiental, saneamiento básico

Para los indicadores de saneamiento básico la tendencia en la disposición de agua apta para consumo humano aumenta a un ritmo de 1 % anual, si se sigue trabajando con las intervenciones actuales al 2030 habra una mejora de 10 %, es decir de un 42 % se lograra alcanzar un 52 % lo cual es muy bajo; por otro lado la disposición adecuada de residuos sólidos en su mayoría por enterramiento también mejora en promedio un 1 % anual, asi para el 2030 se puede esperar un 25 %; La disposición adecuada de aguas residuales aumenta en un 1.5 % anual aproximadamente lo cual nos podrá llevar a un 53 % al 2030.

Principales riesgos a la salud

Principales productos agrícolas y de alimentos procesados en la región, tierras dedicadas a la agricultura y proyectos de refosrestación.

Entre los principales productos agrícolas y de alimentos procesados podemos mencionar. El café cultivado en tierras altas del Corregimiento de Hato Chami, el arroz, maíz, yuca, frijoles y plátanos en tierras altas de Besiko, Mirono, Nole Duima y Muna. El procentaje de tierras dedicadas a la agricultura es un 60% según datos suministrados por el MIDA y el 2% a la ganadería intensiva.
Actualmente Mi ambiente desarrolla proyectos de reforestación en el área de Chichica y Soloy.

En cuanto a comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales tenemos:

INUNDACION	SEQUIA	DESLIZAMIENTO DE TIERRA	VIENTOS HURACANADOS
Kankintu	Soloy-Besiko en verano	Hato Chami Raton Soloy	Hato Chamo
Kusapin	Buenos Aires	Muna	Chichica
Soloy		Ñurun	área de coordillera
Rio Chiriqui		área de coordillera	

Mapa de riesgo y desastres

Fuente: Coordinación de Gestión de Riesgo, autor Lic. Abel Rodriguez.

Principales actividades económicas de la región

La principal actividad económica a la que se dedican los habitantes de la comarca es la agricultura de subsistencia, siendo los cultivos temporales como el Arroz, Maíz, Yuca, Frijoles, Ñame y Otoe sus principales bases alimenticias aunque la producción por hectáreas de estos rubros está por debajo de la mitad de la producción a nivel nacional. Los cultivos permanentes de mayor importancia económica dentro de este contexto son el Banano, Café y Cacao. Los cultivos de rentabilidad o su producción (además de servir para autoconsumo) que se comercializa en los mercados locales, regionales o nacionales son: en el área Ño Kribo el Arroz, Otoe y Cacao (éste último también se exporta), en las regiones Kodri y Nedrin solamente el Café (cuya producción se estima en más de 15 mil quintales en pergamino al año, lo cual representa el 4 por ciento de la producción nacional).

Las mujeres ngäbe elaboran, entre su artesanía tradicional, elementos que les sirven para su vestimenta y de sus familias y para la venta. Esto incluye bolsas tejidas de fibra vegetal (llamadas "kra"), coloridas batas largas para la mujer decoradas con motivos geométricos ("naguas") y pulseras y collares de cuentas y chaquiras, antes usados como adornos para la guerra. Los hombres tejen sombreros de fibra vegetal para uso cotidiano o para vender.

El aporte de los ngäbes al folclore panameño se aprecia en la "kra" (llamada "chácara" en español) y en los sombreros, Panamá. Ambos elementos han sido incorporados a la vestimenta del campesino panameño. Del 100% de la población Ngobe Bugle, el 75 % se dedica a esta , labores.

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

Para realizar el suministros de agua a la población, la sección de sanemiemto ambiental y agua realiza las visitas a las comunidades y verifica las posibles fuentes de agua, una vez llevada a cabo esta tarea se procede con el levantamiento de los acueductos rurales asi mismo se les brinda capacitación y conforman las Juntas de agua de acueductos rurales quienes a su vez tienen la responsabilidad de realizar el mantenimiento de estos acueductos, reparar las tuberías, todo con insumos proporcionados por el Ministerio de Salud.

Actualmente existen 508 comunidades que se abastecen de acueductos rurales por gravedad, el resto se abastece de ríos, quebrada, agua lluvia. Solo 302 casa cuentan con fosas sépticas; no existe relleno sanitario, la basura que se genera va a vertederos de cielo abierto y otra se dispone por enterramiento; 1478 comunidades no cuentan con acceso a agua de sistema de acueductos.

Cuadro Nº 3
Condiciones de Saneamiento Básico

Condiciones del saneamiento básico (Coordinación Regional de Agua y Saneamiento ambiental)	**2016**	**2018**	**2020**
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
Urbano	N/A	N/A	N/A
Rural	41.0	42.0	72.0
Indígena	17.6	16.4	9.2
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)			
Urbano	N/A	N/A	N/A
Rural	14.0	15.0	15.0
Indígena	17.8	16.7	16.3
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
Urbano	N/A	N/A	N/A
Rural	36.0	38.0	38.0
Indígena	17.3	16.4	15.8
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	0	0	1

Fuente: Datos Estadísticos de la Coordinación Regional de Saneamiento ambiental y agua. Comarca Ngabe Bugle.

Cuadro No. 4
Incidencia de Pobreza

Incidencia de la pobreza	**% de Población**		
	Total	**Pobres**	**Pobres Extremos**
1. 2000			**91.5**
2. 2017	81.9	81.9	66.4

Cuadro Nº 5

Principales Etnias Predominantes – Ngabe Bugle

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia		
	1 Ngabe	2 Bugle	3
% de población según edad	94.%	6%	
Menor de 1 año	3.0	3.3	
1-4 años	15.	15.	
5-9 años	18.	18.	
10-14 años	16.	15.	
15-19 años	10.	10.	
20-59 años	33.	34.	
60-64 años	2.0	2.0	
65 y más	3.3	3.3	
Lenguaje y dialectos	NGOBERE	BUGLERE	

2. Aspectos epidemiológicos

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

Entre los principales problemas identificados podemos enunciar los siguientes:
En cuanto a nutrición la población no varía los alimentos, comen siempre lo que está disponible que solo contiene almidones (yuca, arroz), además de esto podemos agregar que la desnutrición es multifactorial; las condiciones ambientales, de agua potable, disposición de excretas y practicas básicas de higiene, condiciones culturales y de educación e importante inseguridad alimentaria ósea falta de producción de alimentos, disponibilidad de alimentos y su consumo. La desnutrición aguda va alrededor del 23%. El acceso a los servicios básicos de salud, la dispersión geográfica también afecta e influye como factor en la desnutrición.
Conductas y prácticas sexuales: El continuo cambio de pareja sexual, las relaciones de hombre con hombre y el no uso de preservativos está influyendo en la creciente aparición de enfermedades ITS y el VIH.
Factores como estos favorecen la desintegración familiar.
Cabe destacar que el consumo de bebidas alcohólicas contribuye significativamente al aumento de estos problemas mencionados.
La población Ngobe Bugle tiene practicas peligrosas para la salud como la chichería la cual se realiza durante las balserias.
La violencia intrafamiliar o familiar es un elemento presente en la comunidad Ngobe Bugle.
El tabaquismo es otro factor que se ha venido incrementando sobre todo en la población joven (adolescente).

Principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad.

Los resultados presentan un panorama típico de las áreas pobres y rurales con niveles bajos en educación y de saneamiento básico, donde las enfermedades infecciosas ocupan los primeros lugares al igual que los producidos por contacto con aguas contaminadas y por lo tanto no aptas para el consumo humano. Dentro de las enfermedades producidas por vectores, la leishmaniasis y la malaria sigue siendo problema de salud aunque no se refleje en los primeros lugares de las estadisticas. Las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA (tanto en la incidencia y la mortalidad). Las causas de morbilidad general en la población Ngäbe Buglé son principalmente debidas a malas prácticas en el saneamiento básico en los hogares y la no aplicación de estilos de vida saludables como la higiene bucal y personal. Afectando de igual manera a menores de un año y de 1 a 4 años, siendo estos uno de los grupos con mayor vulnerabilidad.

Proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años
La tendencia de las enfermedades de notificación obligatoria irán en aumento debido al número de profesionales de salud (médicos) ubicados en las instalaciones de la red primaria que se ha fortalecido con los equipos básicos o giras integrales que visitan los grupos poblacionales asignados (haciendo más diagnósticos) y realizando la notificación oportuna según la normativa vigente.

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

Este Programa debe fortalecerse, ya que no se desarrolla de manera adecuada por falta de recursos humanos; sin embargo debido a la Pandemia por coronavirus podemos mencionar que existen 39 funcionarios que al 30 de junio habían contraído Coronavirus.

Percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afecta

La población con estudios y con mayor accesibilidad a los servicios conoce e identifican las causas y condiciones de salud, ya que estos acuden a las instalaciones de salud y constantemente reciben charlas de diferentes tipos sobre las enfermedades y sus consecuencias.
La población no estudiada (no todas) pero con mayor grado de inaccesibilidad a los servicios de salud y a la promoción y prevención atribuyen sus enfermedades a factores mágicos o hechizos
El conocimiento fue adquirido a través de la educación y promoción ya que este es un proceso permanente.

Avances en relación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (Ver Anexo 1)

Cuadro No. 6 Principales Tasas de Mortalidad según Sexo

C. Principales causas de mortalidad	2016			2017			2018		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Mortalidad general / Po. X 100,000	**339.1**	**404.**	**276.**	**325.2**	**390.**	**288**	**348.8**	**412.9**	**286.6**
1. Accidentes, lesiones auto infligidas, agresiones y otras violencias	24.1	42.0	6.8	34.1	55.5	13.2	20.6	33.2	8.3
2.Diarreas y gastroenteritis	37.9	19.7	35.8	38.4	45.8	31.2	44.9	44.6	45.2
3.Malformación congénita	20.7	20.7	20.3	14.4	15.6	13.2	17.8	19.9	15.7
4.Tuberculosis	15.2	16.0	14.5	14.9	15.6	14.2	15.9	20.9	11.1
5. Tumores malignos	14.8	12.0	17.4	14.4	11.7	17.0	16.8	19.9	13.8
6. Ciertas afecciones en el periodo perinatal	17.7	14.0	21.3	7.5	8.5	6.4	14.5	12.3	16.6
7. Enfermedad x VIH	28.5	52.0	5.8	23.0	35.9	7.6	34.1	53.1	15.7
8. Causas Externas de morb. y mortal.	24.1	41.9	6.8	34.0	55.5	13.2	31.8	46.5	17.5
Mortalidad < un año/ NV X 1000	**21.4**	**19.4**	**23.5**	**16.6**	**18.2**	**14.9**	**16.1**	**15.9**	**16.3**
1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5.3	4.1	6.5	2.9	3.3	2.6	3.9	3.2	4.7
2 Enfermedades Infecciosas y Parasitaria	2.9	1.5	4.4	4.0	4.3	3.7	1.5	1.2	1.8
3. Malformaciones congénitas	5.3	5.6	5.0	3.5	3.8	3.1	4.3	4.6	3.9
4. Enfermedades Respiratorias	3.7	4.7	2.7	2.2	2.7	1.7	2.5	2.9	2.1
5.Síntomas,Signos anormales clínicos y de Laboratorio	1.8	1.8	1.8	2.6	2.7	2.6	1.9	2.4	1.3
Mortalidad de 1-4 años/Pob X 100,000	**333.6**	**389.7**	**275.4**	**261.2**	**298.4**	**222.6**	**325.8**	**345.9**	**304.8**
1.Ciertas Enfermedades Infecciosa y parasitarias	127.1	132.5	121.5	78.0	84.1	72.	134.1	127.8	141.
2. Enfermedades del sistema respiratorio	79.4	116.9	40.5	46.8	61.2	31.8	45.9	37.6	54.7
3. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	39.7	38.9	40.5	23.4	15.3	32.0	45.9	52.6	39.1
4. Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas	39.7	54.5	24.3	39.0	54.	24.0	34.5	45.1	23.4
5. Causas externas de morbimortalidad	15.9	23.4	8.1	23.4	45.9	-	15.3	15.0	15.6
6.Enfermedades del sistema digestivo	-	-	-	3.9	7.6	0	15.3	30.1	-
7. Enfermedades de la sangre	-	-	-	23.4	22.9	23.8	-	-	-
Mortalidad Perinatal /N.V. X 1000	**5.3**	**4.7**	**5.9**	**3.3**	**3.8**	**2.9**	**3.1**	**2.4**	**3.9**
1.Anomalias congénitas	1.5	2.1	0.9	0.70	0.81	0.57	1.0	0.97	1.4
2.Otros trastornos respiratorios	1.6	1.5	1.8	1.11	1.1	1.15	0.75	0.24	1.30
3. Crecimiento fetal lento	0.15	-	0.30	0.28	0.54	-	0.25	0.24	0.26
4.Hipoxia intrauterina y asfixia	0.44	0.29	0.59	0.42	0.54	0.29	0.13	-	0.26
5. Sepsis bacteriana				0.14	0.27	-	0.13	0.24	-
6. Hemorragia pulmonar				0.42	0.54	0.29	0.13	-	0.26
7. Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	0.89	-	1.78						

	2016			2017			2018		
C. Principales causas de mortalidad	**Total**	**Masc**	**Fem**	**Total**	**Masc**	**Fem**	**Total**	**Masc**	**Fem**
MORTALIDAD NEONATAL									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
RAZON MORTALIDAD MATERNA	***162.5***		***162.5***	***83.6***		***83.6***	***153.3***		***153.3***
1. Causa obstétrica directa	132.9		132.6	83.6		83.6	113.3.		113.3.
2. Causa obstétrica indirecta	29.5		29.5	-		-	25.2		25.2
3. Embarazo terminado en aborto									

Cuadro No. 7

Composición Porcentual de las Defunciones Según Sexo

	2016			2017			2018		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
% de sub registro de la mortalidad general									
% de sub registro de la mortalidad infantil									
% de sub registro de la mortalidad materna									
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas	17.0	17.0	17.0	20.0	17.0	24.0	17.0	17.5	16.0
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	43.0	40.0	20.0	26.2	29.2	22.2	29.2	31.0	27.0
% de muertes por diarrea	11.0	9.9	13.0	12.0	12.0	11.4	12.9	11.0	16.0
% de muertes por infecciones respiratorias	14.0	13.0	15.0	11.2	11.3	11.1	9.4	8.0	11.2
% de muertes por TBC	3.7	4.2	3.1	15.9	12.7	21.7	4.5	5.1	4.0
% de muertes por VIH	8.4	13.0	2.1	8.7	10. 0	5.3	9.8	12.8	5.5
% de otras									
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas	11.5	10.1	13.3				4.3	4.1	4.5
% de muertes por tumores malignos	4.8	4.2	5.6	4.4	3.1	6.2	4.7	4.8	4.5
% de muertes por hipertensión arterial esencial	0.7	0.9	0.3	0.6	0.8	0.3	0.4	0.2	0.6
% de muertes por diabetes mellitus	1.2	0.7	1.7	1.8	0.5	1.7	1.2	1.1	0.9
% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón	0.43	0.7	-	0.7	0.8	0.7	0.8	0.2	1.6
% de muertes por otras enfermedades crónicas	1.2	1.2	1.0	1.9	2.0	1.7	2.8	2.5	3.2
% de muertes por causas circulatorias	4.9	5.2	4.6	5.6	5.6	5.5	5.4	4.8	6.1
% de muertes por enfermedades resp.crónicas	3.0	1.2	5.6	3.4	3.1	3.8	2.5	1.8	3.5
% de muertes por insuficiencia renal crónica	-	|-	-				1.8	1.1	3.1
% de muertes por causas externas	7.1	10.4	2.4	10.5	15.0	5.0	9.1	11.3	6.1
% de muertes por suicidios	1.3	1.7	0.7	0.8	0.8	1.0	0.3	0.2	0.3
% de muertes por homicidios	0.4	0.7	-	0.7	1.3	-	0.5	0.9	-
% de muertes por accidentes	5.7	8.4	1.7	8.5	12.0	3.8	8.3	10.1	6.0
% de muertes por accidentes de tránsito	1.4	2.5	-	2.8	4.6	0.3	2.3	3.7	0.3
% de muertes por violencia									
% Muertes por violencia social e intrafamiliar									

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

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

D. Principales causas de Morbilidad	2016			2017			2018		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Morbilidad general									
1. Resfriado Común	817.	685.	975.	1278.	1082.	1468.	1517.	1218.	1808.
2.. Caries	278.	219.	336.	332.	266.	396.	405.	301.	507.
3. Gastroenteritis y Colitis	266.	262.	270.	332.	329.	336.	367.	352.	382.
4. Parasitosis intestinal	215.	192.	237.	273.	257.	290.	262.	243.	282.
5. Pioderma	121.	124.	118.	165.	172.	159.	185.	192.	177.
Morbilidad en menores de un año									
1. Resfriado Común	2774.	2471.	3089.	3369.	3416.	3319.	4258.	4105.	4417.
2. Gastroenteritis y Colitis	1359.	1382.	1336.	1617.	1771.	1457.	1748.	1845.	1646.
3. Infección Aguda Vías Resp. Inf.	976.	1098.	850.	761.	770.	752.	765.	867.	659.
4. Pioderma	508.	436.	584.	658.	631.	686.	774.	770.	777.
5. Influenza	301.	296.	306.	392.	378.	406.	438.	469.	406.
Morbilidad de 1-4 años									
1. Resfriado común	2219.	2182.	2259.	3150.	3141.	3160.	4318.	3978	4671.
2. Gastroenteritis y Colitis	844.	827.	863.	1103.	1137.	1067.	1352.	1331.	1374.
3. Pioderma	483.	514.	452.	680.	713.	646.	823.	870.	774.
4. Parasitosis intestinal	426.	462.	390.	573.	607.	538.	709.	700.	718.
5. Infección Aguda Vías Resp.Inf.	260.	284.	234.	237.	246.	228.	258.	262.	252.
Morbilidad Perinatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Morbilidad Neonatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Morbilidad Post neonatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Morbilidad materna									
1. Gran multípara	30.6		30.6	53.1		53.1	21.0		21.0
2. Desnutrición en el Embarazo	21.0		21.0	14.5		14.5	12.0		12.0
3. Aumento excesivo de peso	9.6		9.6	20.0		20.0	32.1		32.1
4. Anemia en el embarazo	9.0		9.0	13.4		13.4	3.8		3.8
5. Aumento pequeño de peso	3.7		3.7	1.9		1.9	1.8		1.8

E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles	2016			2017			2018		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1. NEUMONIA	39.1	38.3	39.9	38.3	37.0	39.5	31.6	29.1	34.0
2. GASTROENTERITIS	309.2	305.6	313.	387.	381	393	389	372.	406.
3. VARICELA	6.5	7.4	5.6	8.1	8.4	7.8	7.8	7.9	7.6
4. INFLUENZA	60.2	57.3	63.1	81.6	72.2	90.8	86.1	67.4	98.2
5.									

Tasa x 10,000

F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles. X 10000	2016			2017			2018		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. MALARIA	0.29	0.29	0.29	-	-	-	0.05	0	0.09
2. LEISHMANIASIS	13.1	12.	14.1	23.6	22.9	24.3	12.6	11.3	13.8
3.									
4.									
5.									

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2016			2017			2018		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Obesidad	143.2	67.7	216.4	279.4	118.3	436.	1112	508.	1654.
2. Hipertensión Arterial	98.2	69.0	124.2	194.	148.	235.	85.4	61.	108.
3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva	8.3	5.2	11.4	12.4	8.4	15.9	16.4	13.6	18.9
4. Artritis Reumatoide	11.6	4.4	18.	4.9	2.4	7.3	25.3	11.9	37.3
5. Artritis, no especificada	12.8	8.1	17.0	5.6	3.6	7.6	11.2	7.8	14.2

H. Principales causas de discapacidad	2016			2017			2018		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Psiquiátrica (Mental)									
2. Visual									
3. Auditiva									
4.Física									
5. Intelectual (PCI)									
6.Múltiples									
7. Órganos y sistemas (otras)									

Observacion: Psiquiatria (mental) son pacientes en seguimiento en Centros de salud. (a) Censo de población 2010

I. Principales problemas de salud emergentes y reemergentes que afectan a la población (enfermedades y situaciones de riesgo)	2016			2017			2018		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. INFECCIONES POR EL VIH				22.2	37.2	7.5	25.0	33.8	16.4
2. TUBERCULOSIS	7.8	10.5	5.1	6.9	8.5	5.5	5.5	6.7	4.2
3.									
4.									
5.									

J. Principales causas de egresos hospitalarios	2016			2017			2018		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. ATENCION DEL PARTO	32.0	…	32.0	31.0	…	31.0	35.0	…	35.0
2. DIARREAS							10.0	4.0	6.0
3. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS							8.0	3.0	5.0
4. CAUSAS EXTERNAS							6.0	4.0	2.0
5. ENFERMEDADES DE LA PIEL							4.0	3.0	1.0

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

FOTOGRAFÍA Nº 3: CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

1. Vigilancia Sanitaria

Debido a que la vigilancia sanitaria considera aspectos fundamentales como la identificación, detección, cuatificación y monitoreo de las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en la población y además observa los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes en el desarrollo de enfermedades, y detecta cambios en las prácticas de salud e investiga y controla estas enfermedades con acciones desde el nivel local, ante el estado de emergencia nacional decretado por el Señor Presidente de la República, se activo el CODES Regional liderado en esta ocasión por la Coordinacion de Epidemiología.
Se realizaron los ajustes de los Planes Operativos Regional y Locales para hacerle frente a la Pandemia por el Nuevo Coronavirus (SARS- CoV2). En el Plan Regional se establecio e implemento la habilitaron de 22 puntos de control y tamizaje ubicados de manera estratégica en las diferentes rutas de entrada a la Comarca Ngabe Bugle, mismos que desde el primer caso confirmado por Covid- 19 en el país, el 9 de marzo, funcionaron 24/ 7 durante 2 meses continuos.

Se activaron los 11 Equipos de Respuesta Rápidas locales y se reforzaron con 11 Equipos más conformados por personal de salud de las Coordinaciones y Departamentos de la Sede Regional y Equipos básicos de salud del programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud.

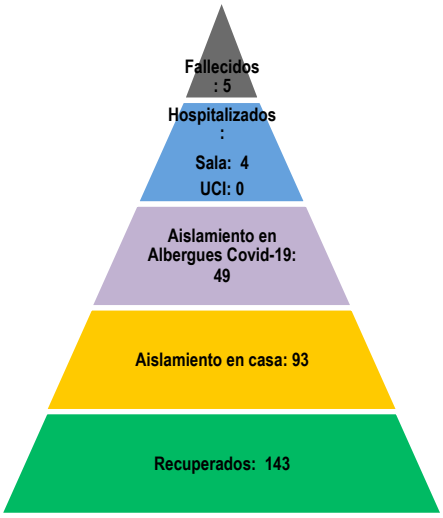
Problemas vigilados

Se han continuado vigilando los problemas de salud de notificación obligatoria e inmediata establecidas en el Decreto Ejecutivo 1617 del 10 de octubre de 2014, pero en esta ocasión con prioridad en el nuevo coronavirus, por lo cual la notificación semanal de los sintomáticos respitarios es de suma importancia, en este sentido se debe fortalecer la comunicación que permita el flujo expedito de la información para mejorar la captura de los datos y su análisis oportuno correspondiente.

VIGILANCIA DE LA SITUACIÓN DE COVID-19

El primer caso confirmado de Covid- 19 de Comarca Ngäbe Bugle fue reportado el 9 de abril en la comunidad de Lajas Blancas de Provincia de Darién. Teniendo como debilidad la dificultad de comunicación de la información del nivel local al regional, luego de reportarse el primer caso dentro del territorio comarcal el 3 de mayo se iniciaron las búsquedas activas de población contacto directo y con sintomatología sospechosa. Cabe señalar que las medidas de control y puntos de tamizaje se iniciaron desde el primer caso por coronavirus en el país.

Figura 1: Casos de Covid- 19 en Comarca Ngäbe Bugle al 29 de junio de 2020.

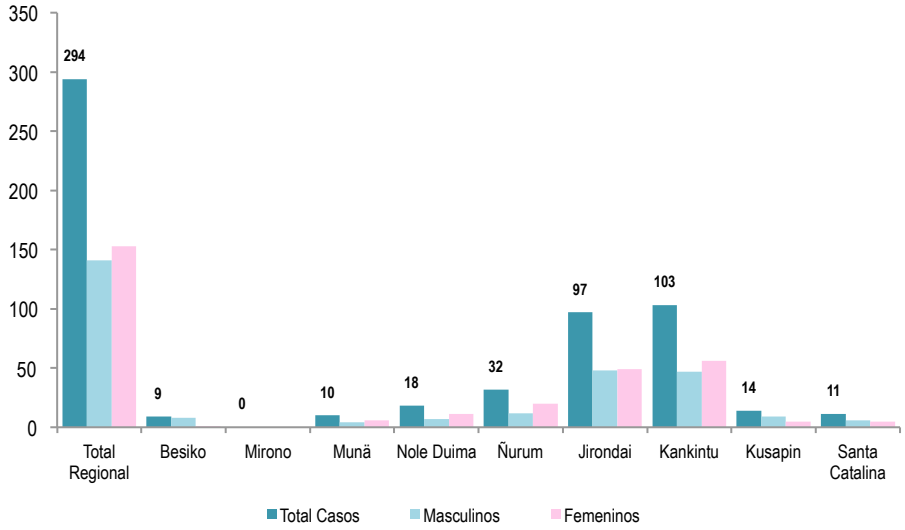


Fuente: Datos de la Coord. Regional de Epidemiologia. Región Ngäbe Bugle.

El total de casos al 29 de junio fue de 294, de estos falleció un 2 %, el 1.3 % se encontraba hospitalizado en Sala, en aislamiento 48.3% de los cuales el 65 % estuvo aislado en sus residencias y el 34.5% en albergues covid-19, el 48.6 % estaba recuperado. (Figura 1)

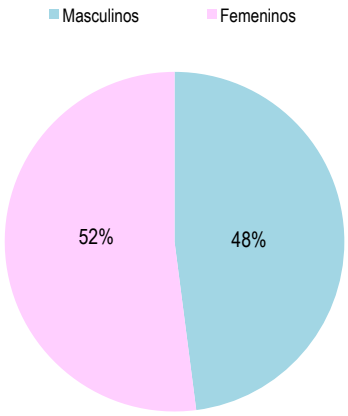
El primer área afectada fue el distrito de Jirondai ubicado hacia el límite con la Provincia de Bocas del Toro, las comunidades de Oriente, Filo Verde, Pueblo Nuevo y Norteño. En estas se habilitaron los primeros albergues Covid- 19 de la Región.

Gráfica N° 9: Casos de Covid-19 por distrito según sexo, Comarca Ngäbe Bugle al 29 de junio de 2020.



Fuente: Elaboración propia Depto. de Planificación de Salud con información de la base de datos de Epidemiología Regional al 29 de junio de 2020.

Gráfica N° 10: Casos de Covid-19 por sexo, Comarca Ngäbe Bugle al 29 de junio de 2020.

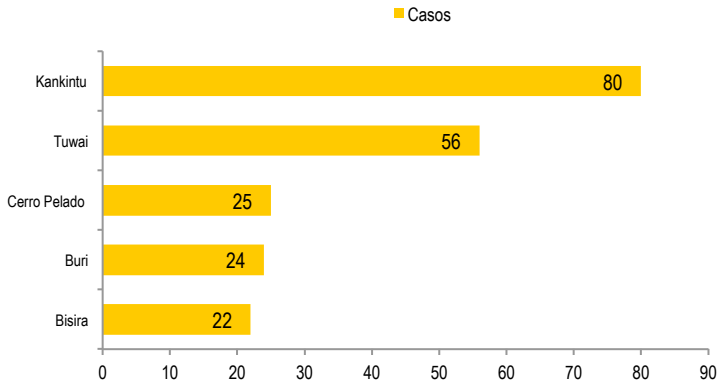


Fuente: Elaboración propia Depto. de Planificación de Salud con información de la base de datos de Epidemiología Regional al 29 de junio de 2020.

Del total de casos por Covid- 19 reportados al 29 de junio (294), el 52 % fueron femeninos y el 48 % masculinos; el distrito de Kankintu reportó el mayor número de casos con 103, seguido de Jirondai con 97 casos, Ñurum con 32 casos, Nole Duima con 18, Kusapin se reportaron 14

casos, sin embargo el área de río Chiriqui que es parte de este distrto tampoco había reportado casos a la fecha de corte. (Gráficas N° 9 y 10)
Los corregimientos con mayor número de casos fueron Kankintu con 80, lo que representa el 77.6 % del total de casos del distrito de Kankintu; seguido de Tuwai con 56 casos (57.7 %) y Buri con 24 casos (24.7 %) ambos corregimientos del Distrito de Jirondai, el tercer corregimiento con mayor número de casos fue Cerro Pelado con 25 casos (78.1 % del total de casos del distrito de Ñurum), y el corregimiento de Bisira que pertenece al distrito de Kankintu con 22 casos lo que representa un 21.3 % del total para ese distrito. (Gráfica N° 11)

Gráfica N° 11: Corregimientos con mayor número de casos por Covid- 19, Comarca Ngäbe Bugle al 29 de junio de 2020.

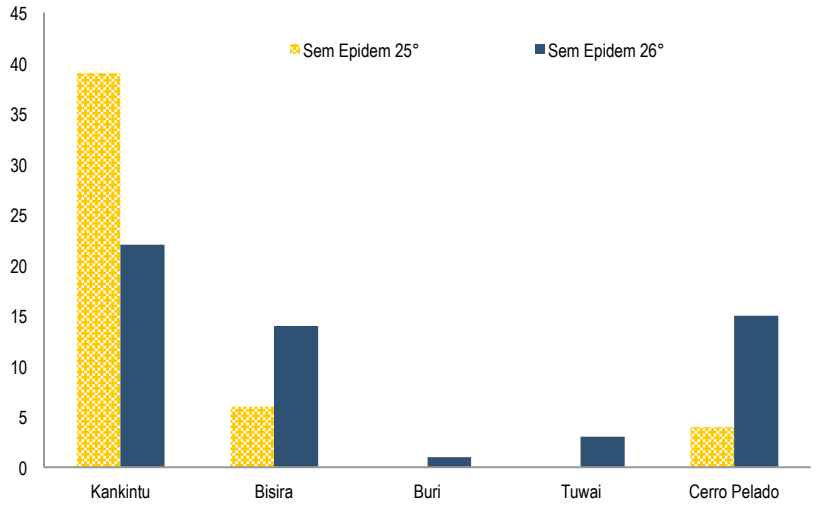


Fuente: Elaboración propia Depto. de Planificación de Salud con información de la base de datos de Epidemiología Regional al 29 de junio de 2020.

Los corregimientos con mayor incremento de casos con respecto a la semana epidemiológica anterior fueron Bisira y Cerro Pelado, no así para Kankintu quienes iniciaron intervenciones propias de prevención y mitigación como la promoción de quedarse en casa, búsqueda activa de casos, y cercos sanitarios; para Buri y Tuwai a pesar de haber implementado iguales medidas y realizado la habilitación temprana de albergues Covid- 19, vemos que se presentó un mayor número de casos en la semana epidemiológica siguiente, esto puede deberse a que la población no hizo uso de los albergues Covid- 19 acondicionados para el asilamiento estricto de los casos confirmados; Por otro lado su ubicación geográfica es cercana a la provincia de Bocas del Toro distrito de Chiriquí Grande, donde en ese momento hubo un aumento en los casos y existía movilización de personas de comarca de manera libre hacia dentro y fuera para abastecerse en su mayoría de víveres y enseres. No existían en este momento limitaciones de cuarentena ni vigilancia o puntos de control fuera del territorio comarcal; a partir de esta situación la Región de Salud Ngäbe Bugle y su Coordinación de Epidemiología solicitó mayor apoyo de la autoridad policial para garantizar las medidas adoptadas dentro del territorio, evitando así la movilización hacia afuera garantizándoles con

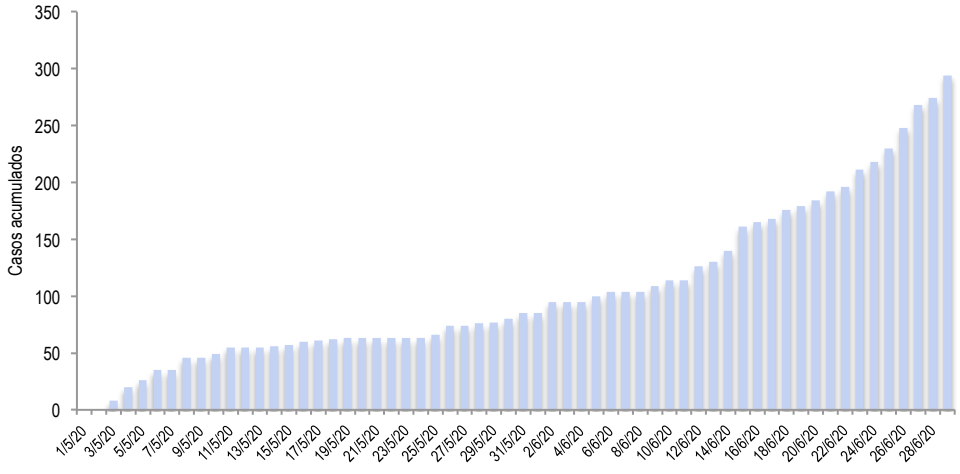
apoyo de la Gobernación las bolsas con alimentos, además se continuaron implementado los puntos de control y tamizaje de personas de diversas procedencias del país que por diferentes razones regresaron a la Comarca. (Gráfica N° 12)

Gráfica N° 12: (5) Corregimientos con mayor incremento de casos por Covid- 19 con respecto a la semana epidemiológica anterior



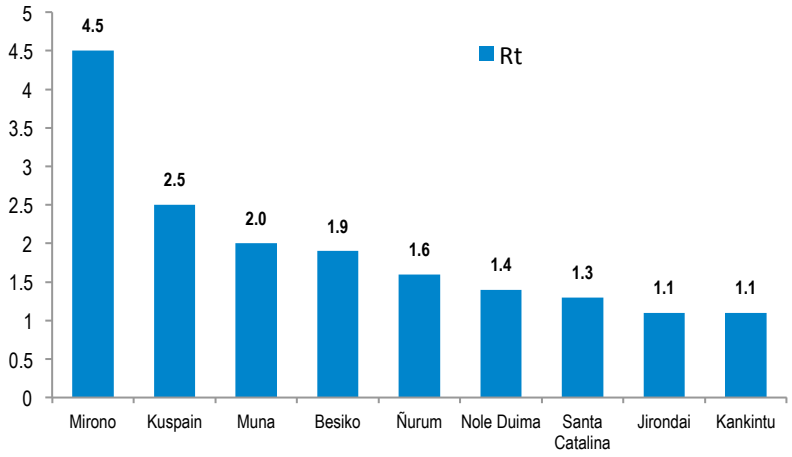
Fuente: Elaboración propia Depto. de Planificación de Salud con información de la base de datos de Epidemiología Regional al 29 de junio de 2020.

Gráfica N° 13: Casos acumulados de covid-19 por fecha, Comarca Ngäbe Bugle al 29 de junio de 2020.



Fuente: Elaboración propia Depto. de Planificación de Salud con información de la base de datos de Epidemiología Regional al 29 de junio de 2020.

Gráfica N° 14: Rt por Distrito, semana epidemiológica N° 30, Comarca Ngäbe Bugle.

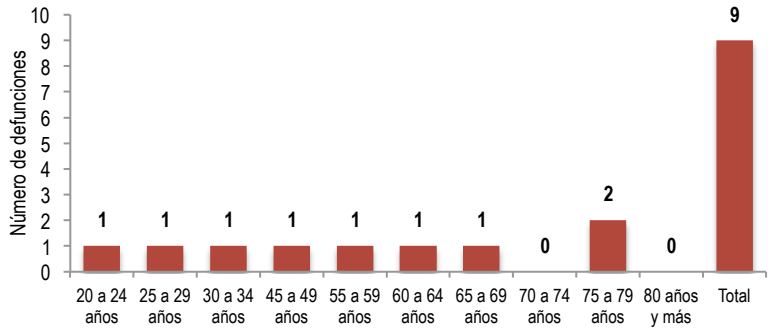


Fuente: Elaboración propia Depto. de Planificación de Salud con información de la base de datos de Epidemiología Regional a la semana epidemiológica N° 30. Año 2020.

Durante la semana epidemiológica N° 30 se registraron Rt mayor 1, siendo los distritos más críticos Mironó (Rt= 4.5), Kusapin (Rt= 2.5), Muna (Rt= 2.0), Besiko (1.9) y Ñurum (Rt= 1.4), lo cual indica que la infección viral crecerá ya que las tasas de transmisión son elevadas; Por tal razon se reforzaron medidas de promoción y prevencion, medidas de mitigación con aislamiento en albergues covid- 19 para todos los distritos priorizando aquellos con los Rt mayores. (Gráfica N° 14)

En cuanto a las defunciones al 30 de junio se registraron 9, de estas la ocurrencia se dio en edades desde los 20 años hasta mayores de 60 años (Gráfica N° 15); el 100% estuvieron asociadas a factores de riesgo como Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial y Enfermedad por VIH. La ubicación de las mismas fue en los distritos de Mironó (3), Jirondai (2) y Kankintu, Ñurum, Nole Duima y Kusapin con (1) defunción cada uno.

Gráfica N° 15: Defunciones por Covid- 19 según grupo etario al 30 de julio 2020.

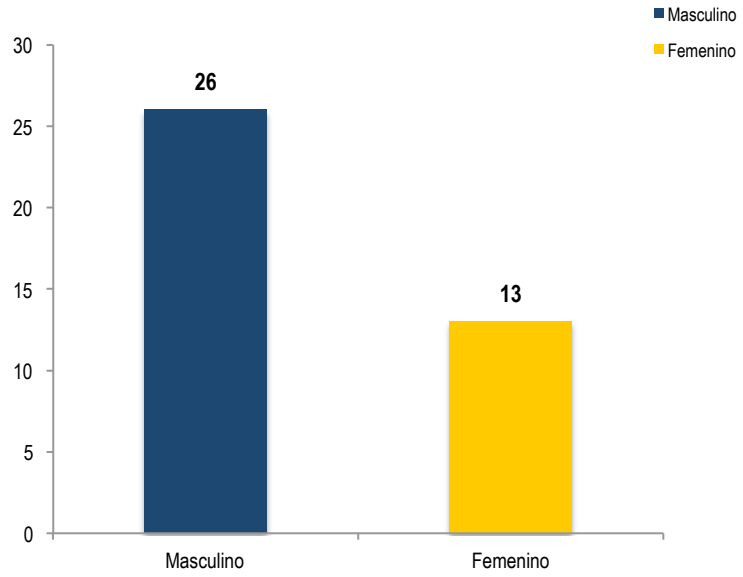


Fuente: Elaboración propia Depto. de Planificación de Salud con información de la base de datos de Epidemiología Regional a la semana epidemiológica N° 30. Año 2020.

La tasa de letalidad para la fecha de corte fue de 0.6 %, la cual es una tasa algo elevada tomando en cuenta que la detección de casos esta apenas iniciandose, si no se aplican medidas de intervención específicos esta tasa podría aumentar en los próximos meses.

Al 30 de junio se reportaron 39 casos por Covid- 19 en personal de salud, de estos el 66.6 % (26) fueron masculinos mientras del sexo femenino fueron (13) lo que representa un 33.3 %; Cabe señalar que 2 de los 39 casos lo que representa un 5.1 %, ocurrieron en el área de trabajo y 37 (94.9 %) se dieron en la comunidad. (Gráfica N° 16)

Gráfica N° 16: Casos de Covid- 19 en personal de salud según sexo en la región de Salud de Comarca Ngäbe Bugle al 30 de junio 2020.



Fuente: Elaboración propia Depto. de Planificación de Salud con información de la base de datos de Epidemiología Regional al 29 de junio de 2020.

Importante señalar que estan pendientes las bases de datos para el análisis de los factores de riesgo de los casos confirmados por Covid- 19 tanto en la población como en el personal de salud.

La trazabilidad se inició a partir del mes de julio, luego del corte de este informe, sin embargo es de relevancia mencionar que se conformaron los Equipos Unificados de Trazabilidad con personal multidisciplinario e intersectorial; cuya función es apoyar en el patrullaje mixto a las comunidades con el fin de detectar casos y ademas dar vigilancia al cumplimieto de las normativas dictadas por Ministerio de Salud para el control de la transmisión por Covid- 19.

Al corte para la evaluación de las actividades de trazabilidad realizado al 7 de septiembre se muestra la existencia de 343 casos activos por Covid- 19 de los cuales el 92.9 % (316) se encuentraban en aislamiento domiciliario; De estos casos activos se dio seguimiento a 762

contactos que se pusieron en cuarentena. Se visitaron 359 casas lo cual representa un 92.5 % del total de casas identificadas para la trazabilidad (388).
También fueron realizados 317 hisopados por los EUT, Equipos Unificados de Trazabilidad, de los cuales estaba pendiente el resultado del 14.2% (45 hisopados). En cuanto al total de pruebas positivas estas fueron un 30 % con un Rt= 1.3 para la Comarca Ngabe Bugle, comparado al Rt= 2.0 al corte del 29 de junio vemos que las actividades implementadas en los últimos 2 meses han mejorado la evolución de la transmisión del virus.

En cuanto a los ERR, Equipos de Respuesta Rápida, la Región cuenta con 11, mientras que posee 7 EUT, Equipos Unificados de Trazabilidad.

Los casos acumulados al corte para la evalución de la trazabilidad el 7 de septiembre fueron de 1,868, lo cual es esperado tomando en cuenta el Rt= 2.0 regional al 29 de junio, es importante señalar que más intervenciones y manejos ambulatorios se iniciaron a finales de julio. Los casos se han ido presentado de manera que la capacidad habilitada máxima en la Comarca Ngabe Bugle para hacerle frente a la Pandemia por Covid- 19 no ha sido sobrepasada. En este senitido los casos complicados que han tenido que ser derivados al tercer nivel de complejidad han presentado al menos un factor de riesgo (según información de la Coordinación de Epidemiologia Regional) y en otros casos se trata de población fuera de área sobretodo por los servicios instalados en el Hospital General del Oriente Chiricano que a pesar de estar bajo el apoyo administrativo de la Región de Salud Ngabe Bugle, geográficamente pertenece a la provincia de Chiriquí y posee una población de responsabilidad de 159,400 habitantes de los cuales 32,310 habitantes son del Oriente Chiricano ubicado fuera de la Comarca Ngabe Bugle.

Se entregaron 704 bolsas de alimentos, beneficiando a 319 personas que padecen de Covid- 19 y 385 personas hisopadas en espera de resultados.

Este análisis de la trazabilidad se puede apreciar en las gráficas siguientes del COCYT Ngabe Bugle.

Plan Protégete Panamá

REPÚBLICA DE PANAMÁ
— GOBIERNO NACIONAL —

RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL CENTRO DE OPERACIONES DE CONTROL Y TRAZABILIDAD COMUNITARIA COVID19 (COCYT)

REGION DE SALUD NGÄBE BUGLÉ

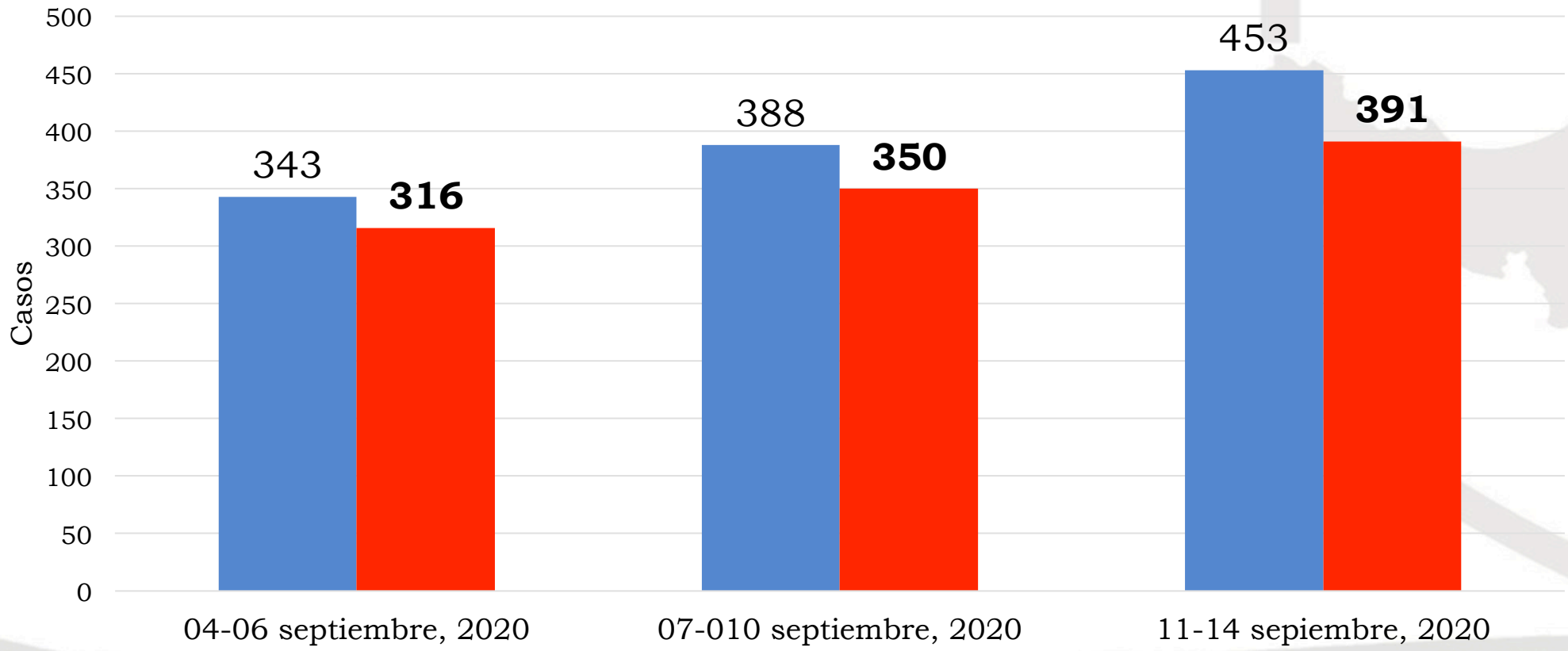
#QuédateEnCasa

Plan Protégete Panamá

REPÚBLICA DE PANAMÁ
— GOBIERNO NACIONAL —

CENTRO NACIONAL DE TRAZABILIDAD COVID-19

Comparativo Casos Activos / Casos Activos en Aislamiento Domiciliario



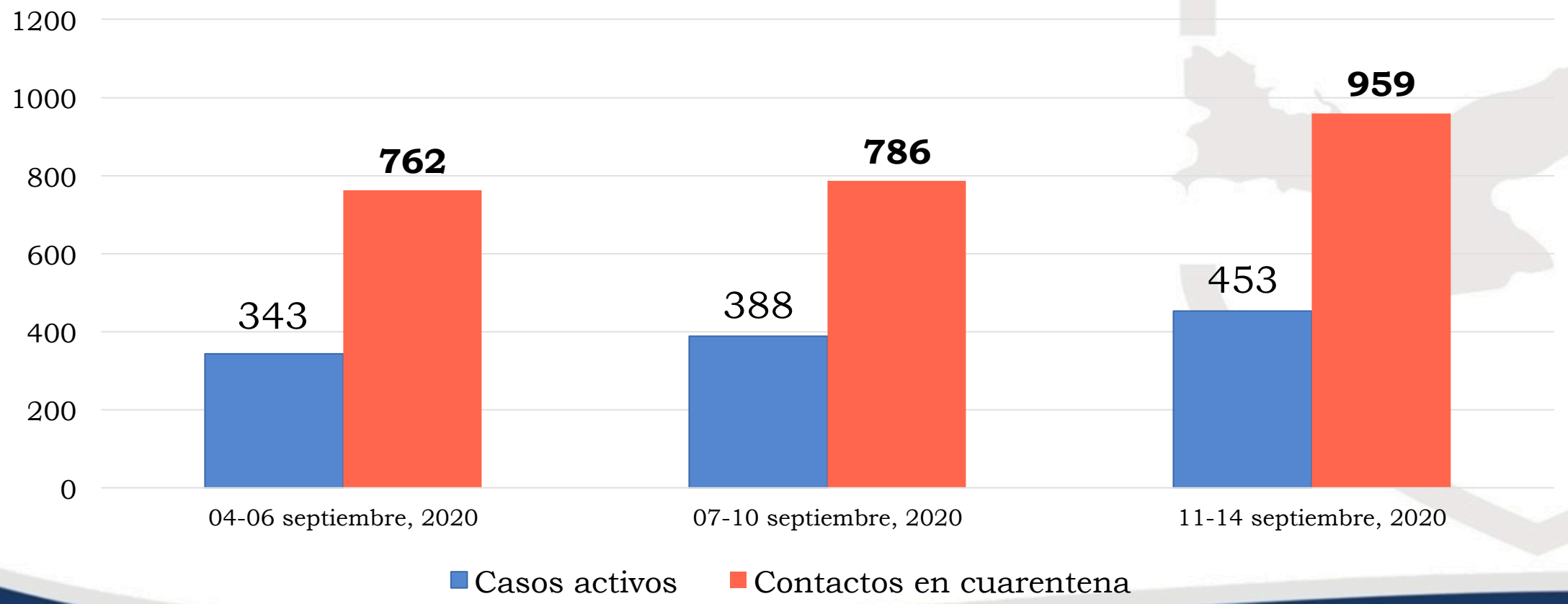
#QuédateEnCasa

Plan Protégete Panamá

REPÚBLICA DE PANAMÁ
— GOBIERNO NACIONAL —

CENTRO NACIONAL DE TRAZABILIDAD COVID-19

Comparativo Casos Activos / Contactos en cuarentena



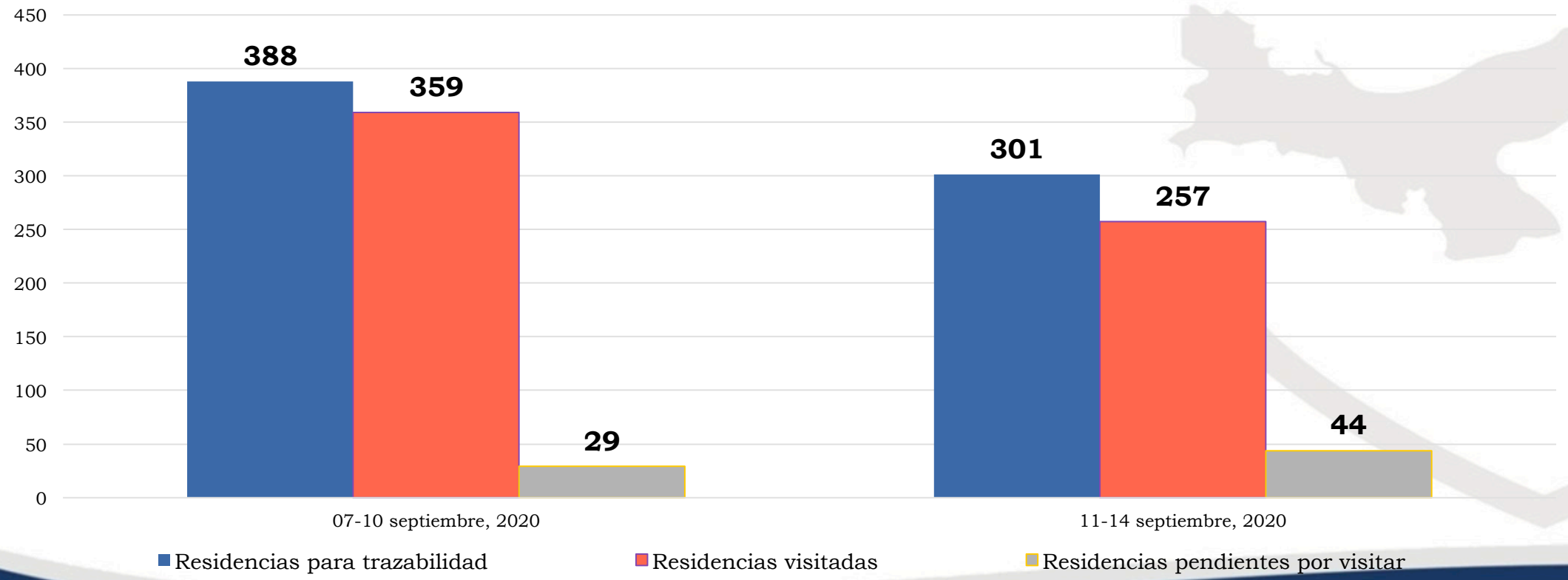
#QuédateEnCasa

Plan Protégete Panamá

REPÚBLICA DE PANAMÁ
— GOBIERNO NACIONAL —

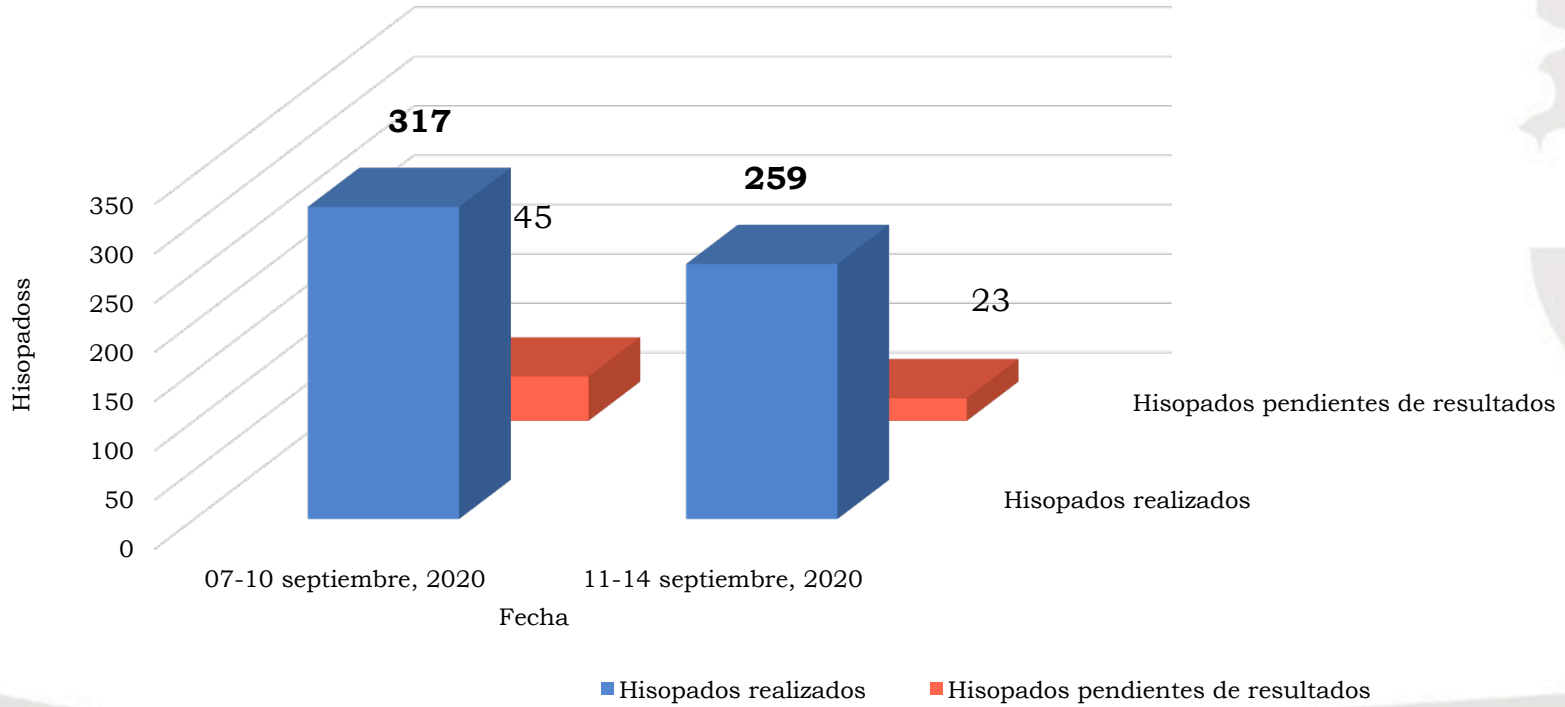
CENTRO NACIONAL DE TRAZABILIDAD COVID-19

Comparativo de Residencias para Trazabilidad



CENTRO NACIONAL DE TRAZABILIDAD COVID-19

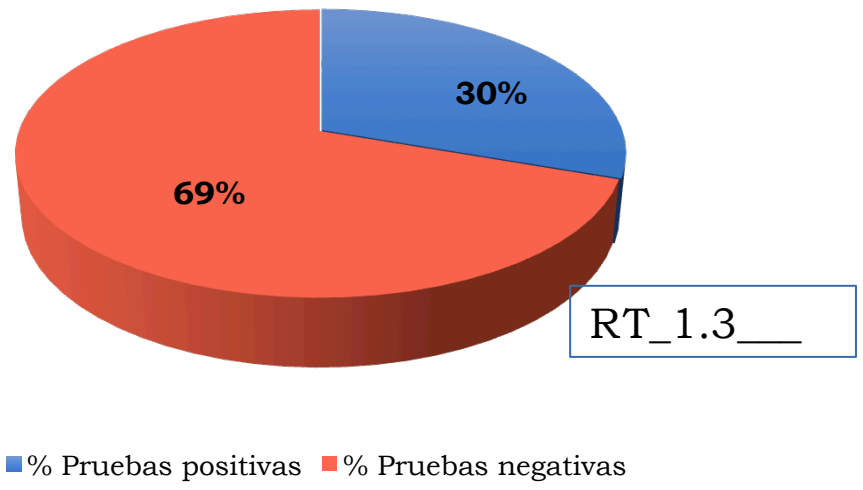
Comparativo Hisopados Realizados / Hisopados Pendientes de Resultados



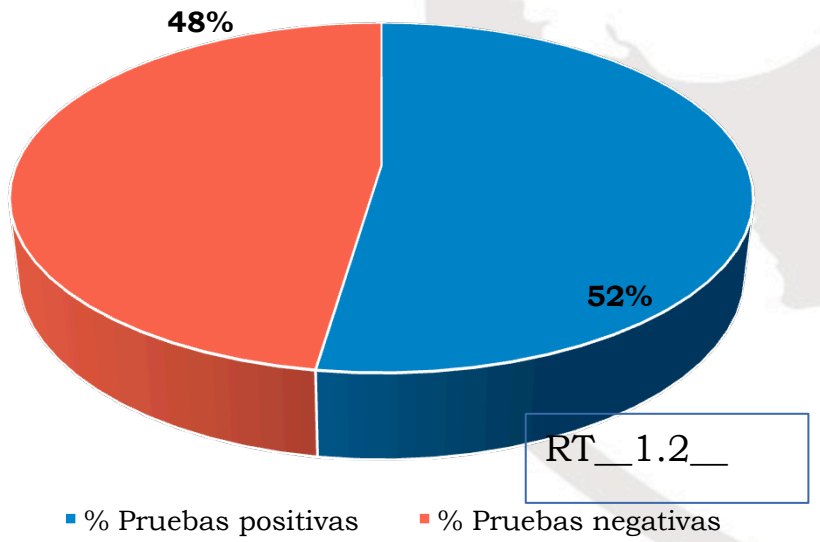
CENTRO NACIONAL DE TRAZABILIDAD COVID-19

Porcentaje de positividad en las pruebas para COVID-19

07 septiembre, 2020

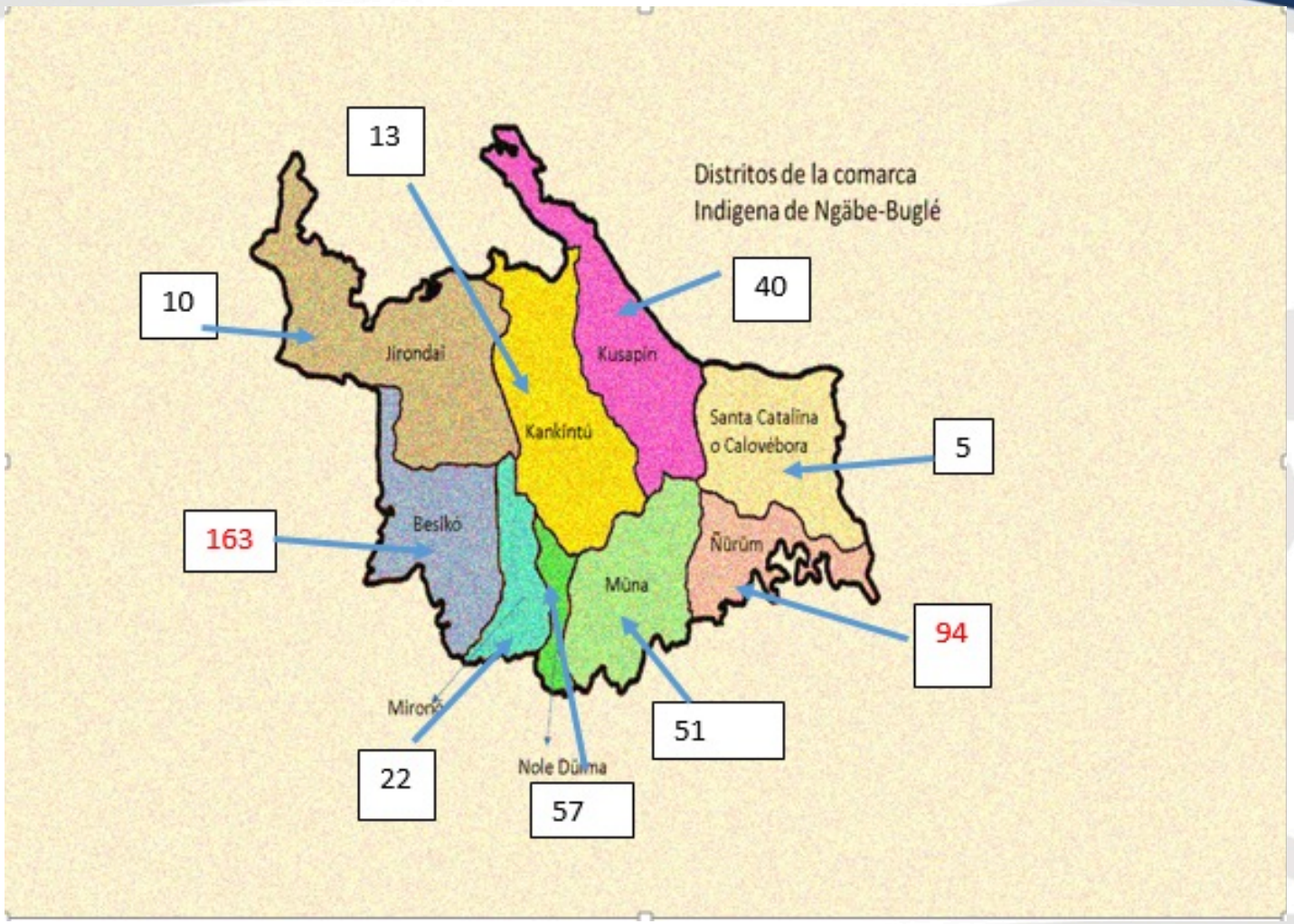


11 septiembre, 2020



Región de Salud de NGÁBE BUGLÉ

Casos Activos por Distrito

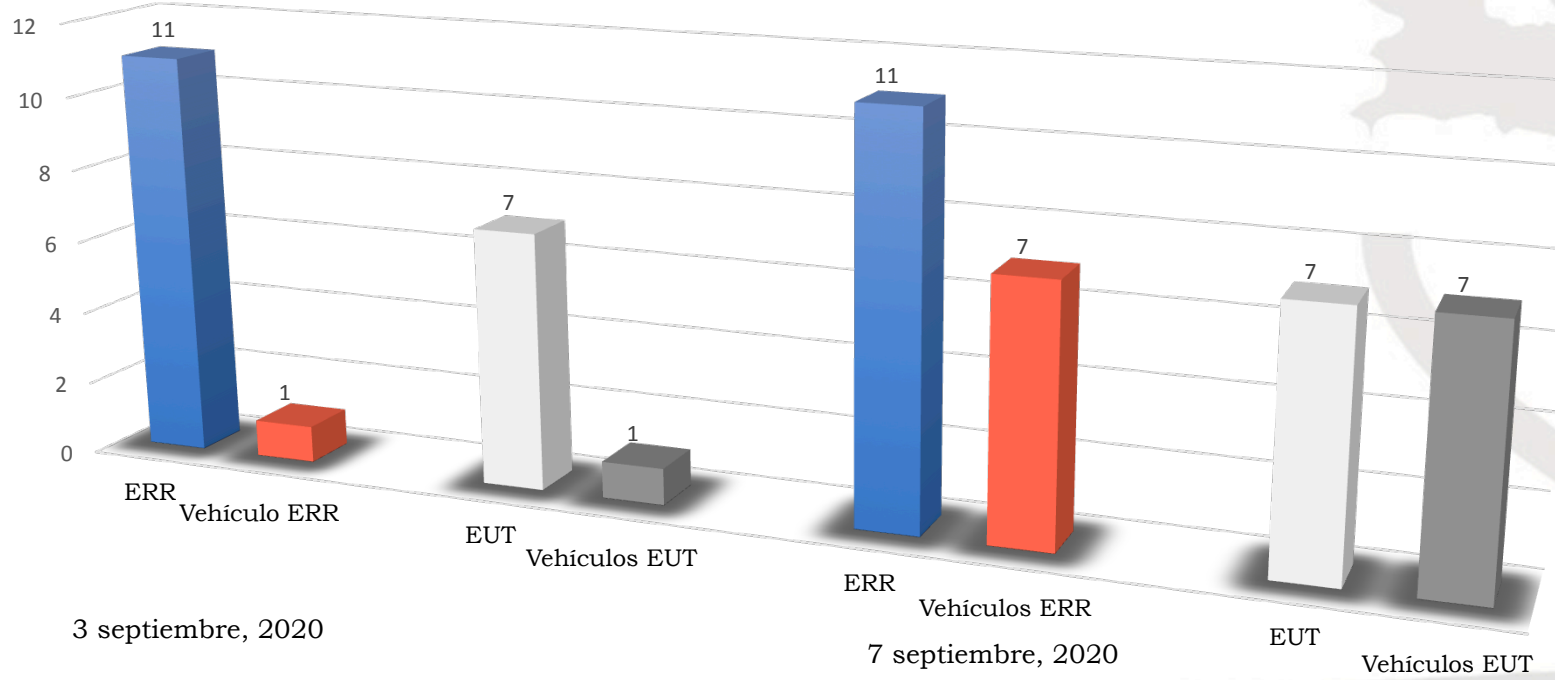


Plan Protégete Panamá

REPÚBLICA DE PANAMÁ
— GOBIERNO NACIONAL —

CENTRO NACIONAL DE TRAZABILIDAD COVID-19

Comparativo ERR / Vehículos ERR vs EUT / Vehículos EUT



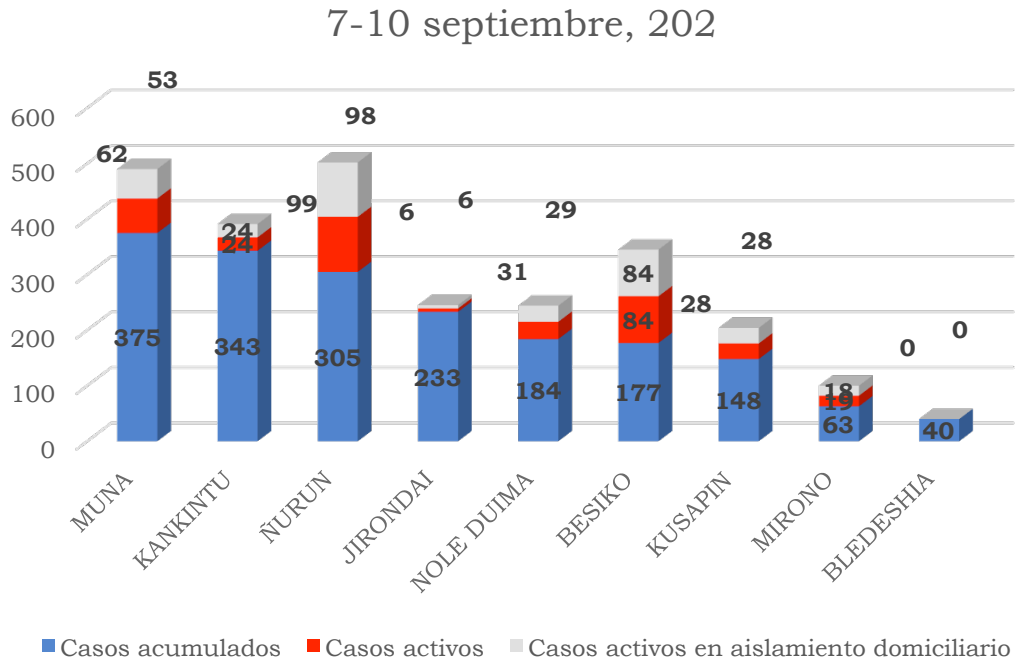
#QuédateEnCasa

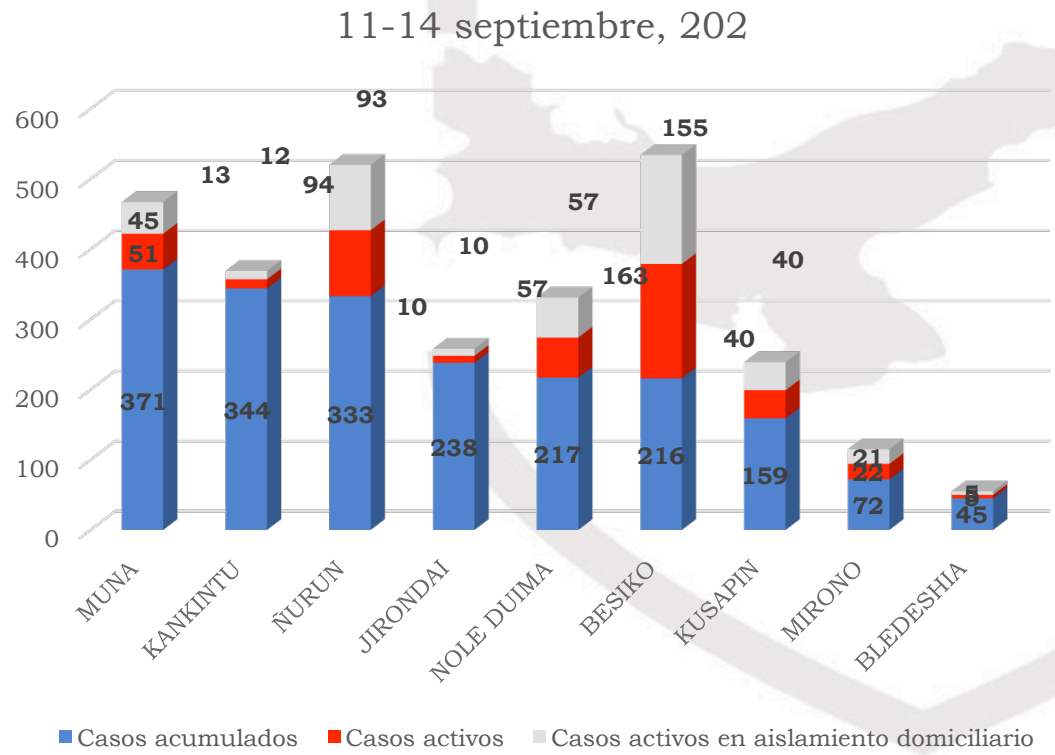
Plan Protégete Panamá

REPÚBLICA DE PANAMÁ
— GOBIERNO NACIONAL —

CENTRO NACIONAL DE TRAZABILIDAD COVID-19

Casos acumulados / Casos activos / Casos activos en aislamiento domiciliario por distrito





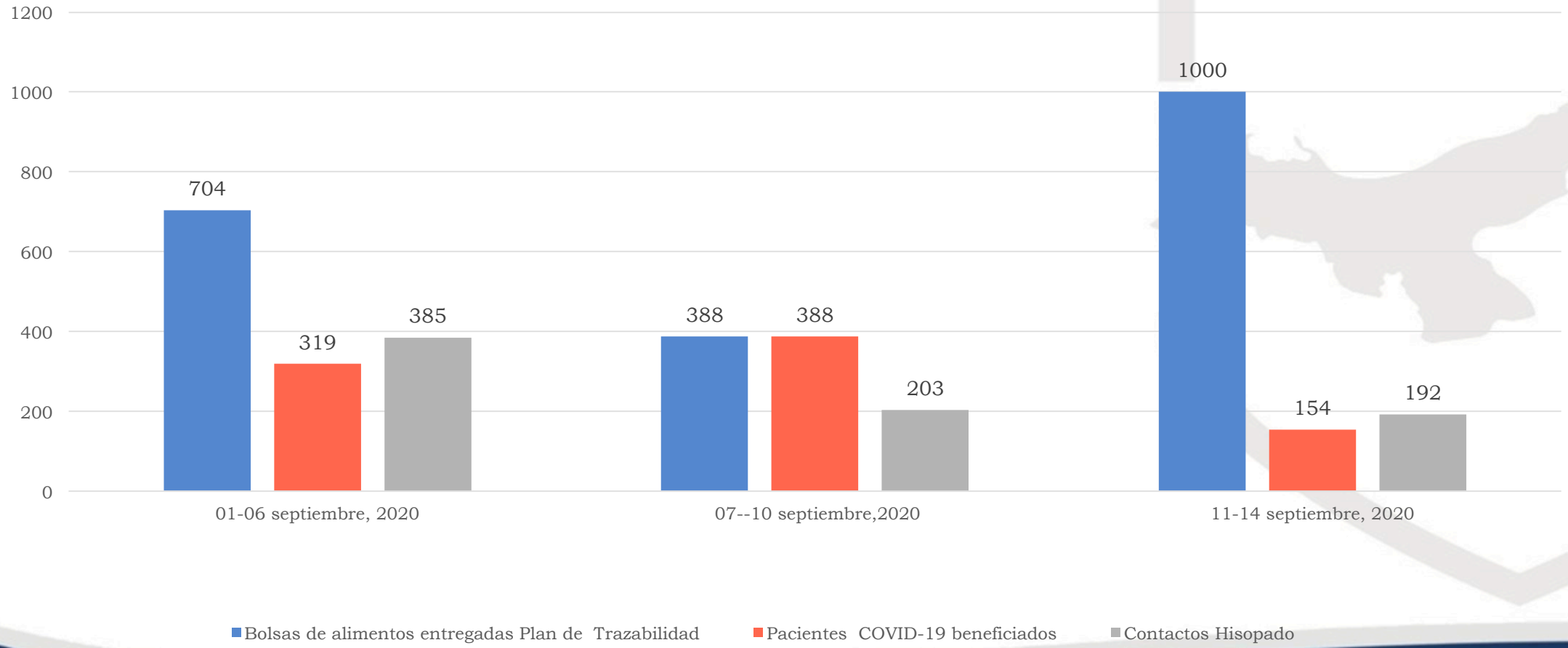
#QuédateEnCasa

Plan Protégete Panamá

REPÚBLICA DE PANAMÁ
— GOBIERNO NACIONAL —

CENTRO NACIONAL DE TRAZABILIDAD COVID-19

Bolsas del Plan Panamá Solidario vs personas beneficiadas



#QuédateEnCasa

2. Accesibilidad geográfica

Comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por distrito

Podemos señalar que la mayoría de los corregimientos y comunidades de la Comarca Ngobe Bugle son áreas de difícil y muy difícil acceso geográfico debido a los caminos de penetración, a pesar de que en los últimos 10 años han mejorado algunas áreas con carreteras dentro del Plan de desarrollo de los pueblos indígenas y áreas rurales del país; Además la dispersión poblacional y las condiciones naturales limitan el accesos a los servicios de salud y educación como principales componentes.

Entre los principales áreas se encuentran:

DISTRITOS	COMUNIDADES
Ñurum	Guibale, Guayabito
Muna	Guayabal, Guacamaya, Alto Balsa
Nole Duima	Ratón
Mirono	Cascabel
Besiko	Shube, Cerro Patena
Jirondai	Qda. Venado, Qda Zorra
Kankintu	Trinchera
Kusapin	Cañaveral
Bledeshea	Alto Bilingüe

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

DISTRITOS	COMUNIDADES	HORAS	KM	CS –	CABECERA
Ñurum	Guibale, Guayabito			Buenos Aires	Buenos Aires
Muna	Guayabal, Guacamaya, Alto Balsa			Llano ñopo	Llano Ñopo
Nole Duima	Raton			Hato Chami	Hato Chamo
Mirono	Cascabel			Hato Chami	Hato July
Besiko	Shube			Soloy	Soloy
Jironday	Qda. Venado, Qda Zorra			Kankintu	Guariviara
Kankintu	Trinchera			kankintu	Kankintu
Kusapin	Cañaveral			Kusapin	Kusapin
Bledeshea	Alto Bilingüe			Santa Fe	Santa Catalina

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

DISTRITOS	COMUNIDADES	HORAS	TRANSPORTE	HORARIO	SALIDA
Ñurum	Guibale, Guayabito	5	Caminando – carro 4 x 4	N/A	
Muna	Guayabal, Hato Comun	4	Caminando		
Nole Duima	Raton	3	Camindando – carro 4x4		
Mirono	Cascabel	5	Caminando – carro 4 x4		
Besiko	Shube	4	Caminando carro 4x4		
Gironday	Qda. Venado, Qda Zorra	9	Caminado		
Kankintu	Trinchera	9	caminando		
Kusapin	Cañaveral	4	Botes		
Bledeshea	Alto Bilingüe	8	Caminado – carro 4x4		

¿Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.

DISTRITOS	COMUNIDADES	HORAS
Ñurum	Guibale, Guayabito	5
Muna	Guayabal, hato Comun	4
Nole Duima	Raton	3
Mirono	Cascabel	5
Besiko	Shube	4
Jironday	Qda. Venado, Qda Zorra	9
Kankintu	Trinchera	9
Kusapin	Cañaveral	4
Bledeshea	Alto Bilingüe	8

¿Cuál es el costo de movilización para la población?

DISTRITOS	COMUNIDADES	COSTO	CS –	CABECERA
Ñurum	Guibale, Guayabito	…	Buenos Aires	Buenos Aires
Muna	Guayabal, Guacamaya, Alto Balsa	…	Llano ñopo	Llano Ñopo
Nole Duima	Raton	10.00	Hato Chami	Hato Chami
Mirono	Cascabel	15.00	Hato Chami	Hato July
Besiko	Shube	18.00	Soloy	Soloy
Jirondai	Qda. Venado, Qda Zorra	12.00	Kankintu	Guariviara
Kankintu	Trinchera	10.00	Kankintu	Kankintu
Kusapin	Cañaveral	…	Kusapin	Kusapin
Bledeshea	Alto Bilingüe	…	Santa Fe	Santa Catalina

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

No existen mecanismos definidos para la población que no cuenta con recursos económicos, ya que los servicios de salud se brindan de manera gratuita dentro del territorio comarcal. Compromiso adquirido por el Ministro de salud Camilo Alleyne y que hasta ahora se ha respetado; por otro lado la población es cubierta con apoyo del Programa de Fortalecimiento de de Redes Integrales de Servicios de Salud.

3. Complejidad de la Red

La región cuenta con una red integrada de servicios de salud (RISS)?

Actualmente se continua trabajando en la RISS, como piloto se inicio en el año 2018 en los distritos de Besiko y Muna, de estos Besiko fue finalmente al cual se le realizo el análisis completo de la red. En general y para toda la Comarca Ngabe Bugle esta pendiente la identificación de mas actores claves para el tema de la Gobernanza; El puntaje obtenido en el análisis **(25.6 %)** nos muestra que estamos ante una red incipiente que requiere de mucho trabajo comunitario para lograr una participación social amplia e integrar a otros sectores que manejan agendas que incluyen temas relacionados a la salud.

ÁMBITOS		NIVEL DE DESARROLLO
1	MODELO ASISTENCIAL	25.0%
2	GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	25.0%
3	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	28.6%
4	ASIGNACIÓN E INCENTIVOS	25.0%
	TOTAL RISS	25.6%

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

La Comarca Ngabe Bugle cuenta solo con el Ministerio de Salud como único proveedor de servicios de salud; la complejidad de sus instalaciones son 100 % de nivel primario y esta conformada por Puestos de salud, Subcentros de salud, Centros de salud, Centros de salud con camas; además se han incorporado infraestructuras como casas o albergues maternos, para desarrollar estrategias en vías de mejorar las principales situaciones de los indicadores de salud. También se cuenta con una Clínica para el seguiminieto y control de personas que viven con VIH, una clínica de cesación tabaco que requiere ser reforzada. Se oferta una Cartera de servicios que privilegia la Estrategia de Atención Primaria de Salud.
Ademas se cuenta con el la Estrategia de Extension de Cobertura (EEC), que nos apoya a Fortalecer los Servcios básicos de salud con 27 grupos poblacionales de los cuales 13 estan bajo

la coordinación del Proyecto a nivel regional y 14 de manera indirecta a través de proveedores externos (organizaciones extrainstitucionales).

Habilitación dentro de la Complejidad de la Red para hacerle frente a la Pandemia por Covid- 19.

Para hacerle frente a la Pandemia por el nuevo coronavirus, se han habilitado dentro de la red de atención **(17) Albergues Covid- 19** que funcionan como Hotel- Hospital. Las infraestructuras son en su mayoría escuelas y se han elegido las ubicaciones en base a la migracion poblacional y la dinamica de los casos por Covid- 19. Las personas confirmadas por la Enfermedad son trasladadas al albergue mas cercano que posea la capacidad cama para darle seguimiento adecuado. Tambien existen personas aisladas en sus casas lo cual hace aun mas complejo el seguimiento, para ello se han conformado Equipos de Respuesta Rápida desde el inicio del alerta sanitario, en cada distrito con apoyo de ERR conformados por Coordinadores Regionales de manera de poder cubrir la mayor cantidad de visitas domiciliares y personas beneficiadas asi como investigaciones propias por la Pandemia y por otros eventos de notificación obligatoria.

Actividades relacionadas a la atención por Covid-19 en la Region Ngabe Bugle, de 1 º marzo al 23 de junio de 2020.

Responsable	Tamizajes	Visitas domiciliarias (Pob. Beneficiada)	Triage	Hisopados	Pacientes en Albergues COVID-19
Total	**29,893**	**3,136**	**1,531**	**1,932**	44
Hospital General Oriente Chiricano	8,248		972	251	
Sede Regional	645	128	66	204	
Distritos sanitarios	**21,000**				
BESIKO			…	44	2
MIRONO		148	25	12	…
MUNA		623	…	46	
NOLE DUIMA		261	…	26	12
ÑURUM		328	8	135	1
KANKINTU		25		377	27
KUSAPIN		15	460	15	
JIRONDAI		1,492	…	561	
SANTA CATALINA		116	…	84	2
Fuera de Area: FA				177	

Fuente: SIES- Estadisticas 2020. Sección de Registros de Estadisticas de Salud, Depto. de Planificación de Salud. Comarca Ngabe Bugle.

¿Cuáles son las características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos? Cuáles son los horarios de atención?

En la mayoría de los Centros de Salud la Infraestructura no es acorde con la necesidad y demanda real de la población, faltan consultorios para Nutricion, Areas para Saneamiento Ambiental, Area para toma de muestras de laboratorios, Area para atención de Trabajo social, Psicologia, Salud Mental, Cesación de Tabaco las cuales podrian compartirse según

cronogramas, e inclusive se requieren Consultorios Médicos y Area de urgencias sobre todo en las instalaciones de la Costa. A pesar del espacio físico que falta para el recurso humano ya existente, es necesario más recurso humano para poder cubrir con las demandas diarias de la población sin desatender las actividades de promoción y prevención que deben ser la prioridad en nuestra area; Se ha dotado a los Centros de Salud con equipo biomédico básico para los controles de salud y además para la atención de morbilidades. Sin duda es necesario trabajar en un Plan de mantenimiento, reposición y compra de equipo biomédico y no médico, puesto que ya esta habilitado el Programa para Equipamiento a nivel regional, sin embargo debe hacerse el análisis correspondiente para la provisión adecuada de los servicios.

En la actualidad no existe red de comunicación; Hacia los años 2005 a 2010 la comunicación se realizaba a traves de radios en cada una de las 108 instalciones de salud e inclusive en las ambulancias (Charlie) existentes. Por otro lado la experiencia con Telemedicina fue buena sin embargo el Programa Nacional carecia de mantenimiento para los equipos; Adicional a la comunicación no se cuenta con suficientes equipos de informática, los cuales son necesarios para la captura de las estadisticas. Hasta ahora los reportes se realizan a traves de los telefonos móviles en aquellos lugares con suficiente conectividad con antenas de provedores cercanas o escuelas, telefonos publicos con sistemas solares cuando estos funcionan.

El horario de atención al usuario es de 7am a 3pm y extensión de horario en (9) Centros de Salud con camas las 24/ 7. Los Puestos de salud, Subcentros y Centros de salud basicos tienen un horario de 7am a 3pm de lunes a viernes sin extensión de horario. Ademas dentro de la Red se cuenta con un Hospital de área, el cual por Decreto 385 del 2012 debería estar funcionando por gestión pública.

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

DISTRITO	INSTALACION	HORARIO
Ñurum	CS de Buenos Aires	24 horas
Muna	Cs Llano Ñopo	24 horas
Nole Duima	Cs Hato Chamo	24 horas
Besiko	Cs Soloy	24 horas
Kankintu	Cs Bisira	24 horas
Kankintu	Cs kankintu	24 horas
Kusapin	Cs Kusapin	24 horas
Kusapin	Cs Rio Chiriqui	24 horas
Bledeshia	Cs Santa Catalina	24 horas
San Félix, Chiriquí	Hospital Francisco Pérez	24 horas urgencias

*Hospital bajo la responsabilidad de la Región de Salud Ngabe Bugle (apoyo en la Gestión)

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

La Red de servicios esta sectorizada según la división politico administrativa, en base a esta manejamos (9) Distritos sanitarios. Debido a la dificil geografia, se utilizan criterios de accesibilidad, es decir que sin importar la residencia de la población la misma puede acudir a la instalación mas cercana. Cabe señalar que en la Estrategia de Extensión de cobertura utilizamos iguales criterios y hemos asignado sectores para brindar los servicios de prevencion, promoción y atencion acercandonos a la comunidad utilizando la ubicación mas favorable para la población.

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

A pesar del recurso humano limitado, cada instalacion de salud de salud tipo Centro de salud posee al menos un Equipo basico, el cual desde el año 2018 llamamos ENA (Equipo Nuclear de Atención)

¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

En estos momentos el Equipo basico esta conformado por el siguiente personal:

N°	PROFESIONAL	CANTIDAD
1	Medico General	1
2	Enfermero (a) básico	1
3	Técnico en enfermería	1
4	Técnico saneamiento ambiental	1
5	Educador para la salud	1

Es importante señalar que para la implementación de la Estrategia de Redes, debemos analizar los perfiles que conformaran para esta Región de país los diferentes tipos de Equipos, ya sean Nucleares, de Especialidades y los de profesionales de apoyo

¿Cuál es la población de responsabilidad de los equipos básicos de sector?

DISTRITO	INSTALACION	POBLACION DE RESPONSABILIDAD
Ñurum	CS de Buenos Aires	
Muna	CS Llano Ñopo	
Muna	CS Chichica	
Muna	SbCS Alto caballero	
Nole Duima	CS Hato Chamo	
Nole Duima	SbCS Cerro Iglesias	
Mirono	CS Hato July	
Besiko	CS Soloy	
Kankintu	CS Bisira	
Kankintu	CS kankintu	
Kusapin	CS Kusapin	
Kusapin	CS Rio Chiriqui	
Bledeshia	CS Santa Catalina	

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

Se caracteriza en base al perfil epidemiológico de cada area, la población y sus necesidades reales.

Cartera de Servicios de salud para la red fija regional (13 Instalaciones de salud).

Servicios de promoción de salud

1. Saneamiento ambiental.
   - El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura.
   - Identificación de factores de riesgos en las viviendas

Servicios de promoción de salud

- Promoción de estilos de vida saludables.
- La formación de jóvenes educadores de pares informan a sus compañeros escolarizados sobre el riesgo de las its , vih , tabaquismo y promueven la elaboración de un plan de vida con metas claras a alcanzar tomando en cuenta las limitantes y fortalezas que poseen
- La formación de redes intersectoriales para hacerle frente a los problemas comunes que tienen nuestras comunidades, como los diferentes tipos de violencia, enfermedades transmitidas por vectores y otras.
  - El desarrollo de ferias de la salud para la promoción de estilos de vida saludable.
- La elaboración y distribución de materiales educativos y promocionales sobre estilos de vida saludable.
- La conformación de adolescentes en los centros de salud que ingresan al programa de servicios amigables para el adolescente.
- La elaboración de material didáctico, juegos de mesas y rota folios para el desarrollo de habilidades para la vida en cada centro de salud en el programa de servicios amigables (13 centros).
- Reactivación o conformación de los comité intersectoriales de Guías de Gestión.
- Implementación del programa familias fuertes.

2. Educación para la salud.
   - Promoción de las inmunizaciones
   - Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
   - Promoción de los controles prenatales
   - Promoción de los controles puerperales
   - Promoción de la lactancia materna
   - Promoción de la salud bucal
   - Identificación de signos de alarma por IRA’s, EDA’s y embarazos de alto riesgo.
3. Educación sobre alimentación y nutrición.
   - Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses
   - Consejería individualizada a embarazadas
   - Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
   - Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses
   - Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puérperas y madres lactantes
4. Organización y capacitación para la participación comunitaria.

- Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas
- Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.
- Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.
- Identificación y capacitación de monitoras comunitarias
- Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses
- Reunión comunitaria con los líderes y autoridades
- Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

Servicios de prevención de salud

5. Inmunizaciones
6. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto
7. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses.
8. Controles a escolares y adolescente mediante la estrategia de fortaleciendo llamada servicios amigables.

9. Control puerperal
10. Atención integral para las mujeres en edad fértil.
    - Toma de muestra de Papanicolau a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
    - Examen de mamas
    - Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.
    - Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.
11. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario
    - Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
    - Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

Servicios de atención de salud

12. Atención a la morbilidad
    - Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.
    - Atención de enfermedades inmunoprevenibles
    - Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas
    - Atención primaria de las urgencias
    - Atención de morbilidad general
13. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso
14. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.
15. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.
16. Mejora de cobertura de atención a adolescentes por demanda espontánea y atención en los centros educativos .para la detección oportuna de adolescentes embarazadas, uso de tabaco, droga y algún tipo de violencia.

17. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis
18. Captación y Atención de pacientes con enfermedad Inmunodeficientes (VIH) a través de 2 clínica organizadas (Clínica TARV).

Cartera de Servicios de salud para la red itinerante (14 Grupos poblacionales).

Servicios de promoción de salud

1. Saneamiento ambiental.
   - El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura.
   - Identificación de factores de riesgos en las viviendas
2. Educación para la salud.
   - Promoción de las inmunizaciones
   - Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
   - Promoción de los controles prenatales
   - Promoción de los controles puerperales
   - Promoción de la lactancia materna
   - Promoción de la salud bucal
   - Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.
3. Educación sobre alimentación y nutrición.
   - Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses
   - Consejería individualizada a embarazadas
   - Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
   - Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses
   - Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puérperas y madres lactantes
4. Organización y capacitación para la participación comunitaria.
   - Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas
   - Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.
   - Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.
   - Identificación y capacitación de monitoras comunitarias
   - Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses
   - Reunión comunitaria con los líderes y autoridades
   - Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

Servicios de prevención de salud

1. Inmunizaciones
2. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto
3. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.
4. Control puerperal
5. Atención integral para las mujeres en edad fértil.
   - Toma de muestra de Papanicolau a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
   - Examen de mamas
   - Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.

- Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.

6. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario
   - Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
   - Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

Servicios de atención de salud

7. Atención a la morbilidad

   - Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.
   - Atención de enfermedades inmunoprevenibles
   - Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas
   - Atención primaria de las urgencias
   - Atención de morbilidad general

5. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso
6. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.
7. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.
8. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar y adolescentes mediante una estrategia de fortalecimiento llamada servicios amigables.

9. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis

¿Cuál es el costo de los productos incluidos en la cartera de servicio?

No se ha realizado la evaluación del costo en los servicios incluidos en la Cartera de servicios; actualmente se manejan los costos de la capita en la Estrategia de Extensión de Cobertura. El promedio de la cápita en red fija e itinerante institucional es de B/ 40.51.

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

Los servicios son gratuitos en todas las instalaciones de salud entros ubicadas dentro del area comarcal. En el Hospital de San Felix se recauda con exoneracion según evaluación administrativa , ya que no cuenta con evaluador socio económico como tal. Se utiliza los precios de referencia del Ministerio de Salud y en algunos servicios se hace un ajuste debido al nivel socioeconomico de procedencia de los pacientes, pero es la misma tarifa para todos, se estandariza. A los asegurados no se les cobra, no existe convenio de compensación de costos. El tema de costos no se lleva en esta Región de Salud. Se estan inciando esfuerzos para realizar un análisis que nos arroje el costo al menos aproximado de los servicios que la población demanda.

¿Existen y se aplican protocolos de atención?¿cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican?

Existen Normas tecnicas y administrativas, Protocolos y Guias de atención nacionales para los direntes Programas que se llevan a nivel del Ministerio de Salud. Estos Protocolos se aplican en todas las instalaciones de la red primaria dentro de la Comarca Ngabe Bugle. Es importante mecionar que la Estrategia de Extensión de Cobertura aplica los Protocolos normados por MINSA, estipulado dentro del Reglamento Operativo que regula las actividades que desarrolla la Estrategia.

¿Cada qué tiempo se revisan los protocolos de atención?

Los Protocolos de atencion se revisan a nivel central en un promedio de 2 a 3 años, en dicha revisión particpan coordinadores de los regiones de salud según Programa ademas de expertos y especialistas en los temas. En la revisión se toman en cuenta evidencias cientificas y recomendaciones internacionales de los Organismos que fungen como rectores y asesores en la salud mundial.

¿Cómo se articula la red de servicios del MINSA con la de la CSS? Existe consenso firmado?

No contamos con consenso firmados con la CSS, ya que dentro del territorio comarcal no existen instalaciones de salud de este proveedor del asegurado, sin embargo al ser una red puramente primaria se derivan los casos a instalaciones de mayor complejidad que en su mayoria son de la Caja del Seguro Social; por ello en el desarrollo de la RISS Ngabe Bugle debe incluirse a este prestador y con apoyo del Nivel central del MINSA realizar los convenios

correspondientes de pago de los servicios requeridos por nuestra población de responsabilidad.

¿Cómo se articula la red formal de servicios de salud con la informal?

La red informal está compuesta por curadores botánicos llamados médicos tradicionales y parteras. Contamos con una lista oficial de este personal el cual en su mayoria pertenece a la Asociación de Médicos Tradicionales y Parteras Ngabes, ASASTRAN. Aquellas parteras y curanderos fuera de ASASTRAN también son identificados y capacitados. Actualmente se encuentran en reactivación con apoyo de UNFPA, ya que el útlimo período que recibieron fondos para el trabajo comuntario consistente en viáticos a modo de fue entre el perido 2011-2012. Los fondos proceden del Ministerio de Salud y su ejecución fue supervisada por la Región de Salud Ngabe Bugle ya que el depósito se realizaba dentro de nuestro fondo de trabajo. Se requeria de un informe de actividades y posteriormente se midio el impacto en estos dos períodos. La asociación debe sustentar sus actividades, de ser aprobados fondos definitivamente que a nivel Regional en conjunto con la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas se requerira de buscar una estrategia y herramientas de monitoreo que nos permitan evaluar de manera objetiva el impacto de las actividades comunitarias.

¿Cómo se articulan la red formal pública y la privada?

Dentro del territorio de Comarca Ngabe Bugle no existe estalecimientos privados de atención a la población, sin emabrgo recibimos las notificaciones obligatorias de las enfermedades estipuladas en el Decreto Ejecutivo 1617 del 21 de octubre del 2014 por parte de todos los centros y hospitales privados.

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

Dependiendo de la necesidad del usuario y al tipo de instalación de salud a la cual tenga acceso, principalmente entre las del primer nivel de complejidad, el sistema de referencia y contrarraferencia sigue un flujo en el cual el paciente se deriva a la instalación de salud donde exista la capacidad resolutiva para su problema. Existe aun resistencia entre algunos funcionarios de salud quienes refieren a la instalación más cercana aunque ésta no cuente con una capacidad instalada para dar el manejo adecuado al paciente lo que atrasa la resolución del problema de salud, cuando desde el inicio pudo ser derivado al nivel de complejidad correpondiente que no necesariamente es el tercer nivel, pero donde se cuenta con la capacidad tanto en personal de salud, insumo y equipo biomédico para dar el manejo adecuado. La situación descrita obedece a los casos que son canalizados por urgencias, para los problemas que requieren de evaluación a través de consulta externa con especialidades, se realiza el tramite de la cita y se utoliza el formato normado del SURCO. El mecanismo específico para el trámite de la cita se realiza con el apoyo de la Sección de Registros de Estadísticas en Salud via telefónica y se le envia la información a la instalación solicitante quienes se encargan a traves de trabajo social de facilitar un transporte ya sea propio del MINSA o de otro sector para pacientes que no tienen la facilidad de acudir por sus medios a dichas citas.
Las debilidades son los retornos de la informacion en el formato correspondiente por parte de los especialista, quienes usan los formatos establecidos por la unidad hospitalaria en la que

laboran. La Herramienta es valiosa, pero aun no se logra dar el uso adecuado para alcanzar el objetivo principal por el cual fue creado. En los niveles locales contamos con datos de la referencia del paciente, pero el porcentaje de contrarreferencia es muy bajo o inexistente.

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

Amparado en que como Estado el ente regulador de la Salud de la población panameña es el Ministerio de Salud y siendo nuestro deber garantizar este estado de completo bienestar, se reconoce la necesidad de que todas las instancias de salud unificaran un mismo sistema de referir y contrareferir a los pacientes de manera que se le pueda dar el seguimiento oportuno manejando información completa y detallada de los procesos de salud a los que fue sometido dicho paciente, de forma tal que el resultado final de verificacion de la mejoria completa del paciente se de apropiadamente. Ante tal necesidad se crea el Sistema Unico de Referencia y Contrarreferencia, SURCO.

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

Como se explico en la pregunta anterior, la contrarefencia es la parte que presenta mayor dificultad, ya que en un bajo porcentaje regresa al nivel que dio origen la referencia.

¿Cuáles son las necesidades de mejoras a la estructura física? ¿Las instalaciones de salud cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad?

Todas las instalaciones de salud necesitan ser remodeladas, y adecuadas para el buen funcionamiento de los servicios de salud y de esta manera brindar atención de calidad y calidez, que tanto la población como el personal que allí labora se sienta satisfecho de su área de atención.
Las necesidades de mejoras es una de las graves problemáticas con las que nos encontramos en casi todas las instalaciones (cambio de techo, pinturas, ampliaciones, reposición completa, construcciones nuevas de concreto) son algunas de las que podemos mencionar.
Nuestras instalaciones de salud no cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad a excepción del Centro de Salud de Soloy, Sub Centro de Salud de Alto Caballero y Puesto de Salud de El Piro Nº1, los cuales cuentan con rampa para la población con discapacidad.

¿Existen en su región los centros reintegra?

No contamos con Centros Reintegra dentro de la Comarca Ngabe Bugle, los pacientes son referidos según sus residencias a Centros ubicados en Bocas del Toro, Chiriquí y Verguas.

¿Se tienen actualizados el censo de población de discapacitados

El MINSA de la Ngobe-Bugle no tiene un censo de la población discapacitada; ya que esta población es captada y atendida a través de los diferentes programas de salud y programas sociales dentro de la comarca y el dato no se registra tampoco en las hojas de atencion diarias ni de giras; es una gran debilidad.

Según la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (PENDIS 2006), para Comarca Ngabe Bugle fueron 2,989 segmentos censales, de los cuales con discapacidad fueron 938 segmentos y 2,051 sin discapacidad. En las áreas indígenas la prevalencia de personas con discapacidad fue de 13.5 %, siendo 11.3 % la prevalencia en el país. El total de población con discapacidad encuestada fue de 16,475 lo cual representó un 4.8 % del total encuestado. El censo de población y vivienda del 2010 reveló 4,147 personas con discapacidad en la Comarca Ngabe Bugle, de este total las deficiencias físicas fueron las discapacidades mas encontradas con 1,190 seguidas de las discapacidades por sordera y ceguera con 957 y 942 respectivamente. La tasa de personas con discapacidad fue de 27 % por 1,000 habitantes y los corregimientos involucrados fueron Bakama, Guariviara, Jadebery, Susama, Mununi.

Debido a que existe una relación entre la discapacidad y la longevidad, es de esperar encontrar diagnósticos de discapacidad en la población dentro del grupo de la tercera edada, es decir despues de los 55 años en mujeres y despues de los 60 años en hombres; además debemos poder diagnosticar las discapacidades en otros grupos de edades, por lo cual se hace de suma importancia exigir el estricto registro e ingreso de las discapacidades y su tipo dentro de las estadísticas de salud.

¿Cómo se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contra referencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así ¿Cómo? ¿A qué modelo de atención responden?

Actualmente se esta retomando el seguimiento de las contrareferencias, sin embargo el problema no esta en el nivel primario, si no en los segundos y terceros niveles , para fortalecer este sistema debera realizarse una campaña de sensibilizacion en las areas de las diferentes especialidades que deben contrareferir, inclusive para recomendar al generalista y verificar si el paciente fue manejado de la forma correcta. Este aspecto esta en manos de las autoridades Nacionales y Directores de Hospitales. El SURCO responde a un modelo de atención integral, sin embargo al no darse como se debe el modelo se fragmenta tal como se encuentra el Sistema de Salud actualmente.

Cuadro No. 9

CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)	1 (0.13)	0.0063
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general	11 (0.049)	0.14
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total centros ambulatorios		
Sector Privado	No Aplica	
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
Total Centros de Salud	12	

Fuentes: Depto. de Planificación de Salud, Región Ngabe Bugle año 2020.

4. Bolsones de desprotegidos

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

Los bolsones identificados en la comarca Ngäbe-Buglé se encuentran principalmente en las áreas más distantes de los centros de salud donde se encuentran, con poblaciones dispersas y el terreno muy quebrado sin carreteras ni caminos de penetración. Estas áreas se encuentran en los corregimientos de Piedra Roja, Mununi, Guoroni (Norte de Kankintú), Valle Bonito, Río Grande, Río Piedra (Norte de Santa Catalina), el norte de Muna (Peña Blanca, Krua), corregimiento de Paredón y Guibale de Nurun. El distrito de Girondai que en la actualidad no cuenta con centro de salud equipado con personal y los puestos que existen están supervisados por el corregimiento de Bisira.

Ante la Pandemia por Covid- 19 se conformaron equipos de respuesta rápida en todos los distritos sanitarios, como se mencionó antes y ademas equipos regionales, una vez monitoreada las áreas y controlados los clusters en el distrito de Jirondai, se procedio a enviar ERR a las áreas mas desprotegidas con el fin de investigación de rumores, prevención a traves de inmunizaciones, promoción sobre cuidados ante el Covid- 19 y seguimiento de casos encontrados. Los corregimientos visitados fueron Piedra Roja, Mununi y Tolote.

¿Cuáles son los principales riesgos que los afectan?

La dispersión de la población y las áreas inaccesibles, la cultura, la religión, la irregularidad del terreno, son factores que influyen en la atención en nuestra población.

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

Datos del Programa Ampiado de Inmunizaciones Pendientes

5. Recursos Humanos

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

Ya que el reclutamiento de personal tiene como definición al conjunto de procedimientos orientado a atraer candidatos potencialmente calificados y capaces de ocupar cargos dentro de una estructura organizativa, el Ministerio no han variado los cambios en cuanto a este proceso de reclutamiento de personal; se espera que cada día las personas sean más capaces de desempeñar sus responsabilidades.

En cuanto al número de trabajadores, en el caso específico de la Comarca Ngäbe Bugle la cantidad de nombramientos deberia ir en aumento ya que en los últimos años han sido muy pocos y se requiere con urgencia de personal calificado para su ubicación en las diferentes instalaciones de Salud y áreas administrativas diversas. En cuanto a los despidos es potestad de las autoridades a Nivel Central del MINSA, ya sea por la aplicación de sanciones dentro de la normativa administrativa que nos rige o bien por temas de índole político de los diferentes gobiernos.

Se solicitaron nombramientos por contingencia debido a la Pandemia por coronavirus, en total unos 96 nuevos funcionarios iniciaron labores en junio 2020, de una necesidad real de 206. Anexo 2 Recursos Humanos.

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

En la mayoría de los casos el MINSA capacita al personal de la red informal través de los Programas de su competencia en coordinación o con el apoyo de la Unidad Docente Regional (UDR) sobre todo para el tema de logística y fondos. Para temas de capacitación de parteras por ejemplo, el responsable de la organización y ejecución de la actividad es el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. La supervisión de dicha actividad es llevada a cabo por la UDR, quien debe verificar que se cumpla con los requisitos necesarios que avalen las horas de entrenamiento o capacitación en el tema correspondiente y asi expedir las Certificaciones.

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

Para las actualizaciones de competencias tecnico administrativas del personal de salud la Unidad Docente Regional (UDR) del Departamento de Recursos Humanos, debe realizar un análisis período de las deficiencias encontradas en las diferentes áreas dentro de la estructura organizativa regional. En los últimos 5 años, se ha recibido apoyo económico del nivel central a través de la cuenta unica del tesoro con fondos provenientes de actividades contra el Tabaco. Las actividades de docencia deben ser ejecutadas por los diferentes Departamentos, Unidades y/ o secciones regionales quienes indicaran a su vez a la Unidad Docente Regional los temas que deben ser reforzados y/ o actualizados. En el tema de actualización de las normas de los diferentes Programas de salud estas son responsabilidad de los mismos programas quienes deben bajar la informacion hacia los niveles locales tecnicos, de igual forma pueden coordinar la logistica con la UDR.

La docencia al personal de enfermería se realiza mensualmente a nivel local y a nivel regional bimensualmente a excepción de las actividades docentes alusivas a campañas y según la necesidad del momento.

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

El equipo de salud participa en la priorizacion de salud a través de la realización de reuniones de consultorías, conociendo las necesidades básicas, y en conjunto con los datos estadísticos, el perfil epidemiológico realizan el análisis de situación de salud de sus áreas, hasta ahora distritos, para mejorar la situación actual; se toma en cuenta la opinión de la comunidad, es decir la participación social.
También deben realizar su Plan Operativo Anual con Metas según su recurso humano y apoyo externo, de las actividades priorizadas y sustentadas al nivel regional, traducir este plan en presupuesto para realizar las actividades plasmadas en su Plan. Estas actividades se empezaron a retomar en el año 2018, sin embargo con los cambios de los directores de distritos y luego de autoridades regionales se hace necesario que se aborde de manera apremiante dichos aspectos y se entrene al personal en los procesos de gestion y dirección local.

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

El equipo de salud no determina los costos de la atención sanitaria. El mayor peso lo tiene las Hospitalizaciones o admisiones a salas de corta estancia; Se les orienta sobre los costos promedios de los insumos, el gasto en pago de turnos extras, combustibles para giras y/o traslados, una vez cada año. (Por Provisión y Gestión Farmacéutica, Almacén de Medicamentos, Coord. Medico quirúrgica)

Las tarifas existentes contemplan los costos reales de los servicios?

No contamos con tarifas; anteriormente se daba un aporte, el cual se mantiene en algunos distritos, este aporte es mas bien para temas de mantenimiento de áreas verdes y prioirdades que la instalacion requiera comomparte del apoyo comunitario, pero no es obligatorio, ya que desde el año 2007 se elimino el gasto de bolsillo en todas las instalaciones de salud ubicadas dentro del territorio comarcal de manera de poder garantizar la gratuidad de la atención y dismunuir las brechas de acceso a los servicios de salud.

Los costos estimados se utilizan en el proceso de compensación de costo pactado con la CSS (convenio o acuerdo con la CSS)

No estamos estimando costos de compensación. A nivel del Hospital de San Félix se inicia un proceso de evaluación del gasto en conjunto con Provisión Regional, dado a la alta demanda de población del Oriente Chiricano que estamos atendiendo solo con presupuesto Regional Ngabe Bugle, la meta es poder compartir la responsabilidad de los costos que genera la atención para aquellos usuarios que cuentan con seguro social.

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

No existen en el territorio comarcal entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, ni en nungun otro sector; La población debe accesar a estudios superiores fuera de la región ya sea en las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro, Veraguas y según el tipo de estudios, existencia de becas para estudios en la capital del pais o fuera de este. No tenemos convenios con ninguna universidad. Para el tema de postgrados cada funcionario de salud costea sus gastos, en ocasiones se ofrecen becas de estudios desde el nivel central pero son muy pocas y al darse los estudios de manera presencial en otras provincias se hace difícil la asistencia y culminación de estos estudios. Tal vez con las modalidades virtuales esta situación pueda mejorar. Hasta ahora el nivel central del MINSA a apoyado a la Región Ngabe Bugle con 3 becas de estudios en Gerencia de servicios de salud, 4 becas para Maestria en Salud Pública en el período del 2005 al 2009. En el período 2009- 2014 y en convenio con UNFPA y Universidad Autónoma de Chiriquí (UNACHI), se otorgaron 50 becas por un monto del 50% del total del costo para estudios en Salud Pública con énfasis en interculturalidad. Fuera de estos estudios se hacen pasantías organizadas por el personal de enfermería para sus funcionarios.

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

Estudios como tal no existen, sin embargo la Contraloría General de la República a través del INEC, Instituto Nacional de Estadisticas y Censo ha realizado algunas encuestas realcionadas a la distribucion del empleo en el sector mas bien privado y según sexo. La Encuesta de Propósitos Multiples de marzo del 2019 reveló que la población económicamente activa era de 82,420 personas siendo este el 37.6 % del total de la población estimada; de estas personas 42,753 fueron hombres y 39,667 fueron mujeres locual representa un 51.8 % y 48.1 % respectivamente. Estos empleos representaron el global de ambos sectores publico y privado.

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

No se ha realizado un estudio, pero los ingresos a nivel público no estan relacionados con el nivel de calificacion de los recursos humanos sobretodo en el área administrativa de carrera. Para el caso del Ministerio de Salud especificamente se esta haciendo una revisión de toda la estructura organizativa y ademas la clasificación y reclasificación del personal con puestos administrativos. Los ingresos para personal técnico basicamente se dan según perfil, pero tampoco se realiza un reclutamiento adecuado y hay evidencia de profesionales con menor nivel de calificación que perciben iguales ingresos debido a que entran con un cargo específico que ya esta ligado a una remuneración por perfil.

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

No se tienen estudios de la relación con la remuneracion en el ambito privado.

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

La modalidad de tercerización se realiza dentro del MINSA a traves de la Estrategia de Extensión de Cobertura, con la contratación de Proveedores externos de servicios de salud itinerantes. Tambien se ha tercerizado servicios como limpieza y desinfección , alimentación y dietética del Hospital General del Oriente Chiricano donde se contrata a un proveedor privado para que brinde los servicios. Fuera de estos Contratos no tenemos por ahora más modalidades de tercerizacion dentro de Comarca Ngabe Bugle

Cuadro No. 10

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

Funciones Sistema de Salud	PERIODO														
	1999(sept)- 2004(agost)			2004 (sept)- 2009 (junio)			2009 (jul)-2014 (jun)			2014 (jul)- 2019 (junio)			2019 (junio)		
Subsectores	Público	Privado	Seg.S	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.
Regulación															
Conducción															
Desempeño FESP															
Financiamiento															
Aseguramiento															
Provisión															

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

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

Cuadro No.11

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

Total de médicos	2014				2016				2018			
	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado
Generales	37	37			40	40			32	32		
Pediatras									2	2		
Psiquiátras												
Cirujanos												
Internistas	1	1			1	1			1	1		
Familiares												
Gineco Obstetras					1	1			1	1		
Otras especialidades												
No. Total De Enfermeras	36	36			56	56			64	64		
No. De Odontólogos	9	9			11	11			13	13		
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.												
Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Habs												
Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs												

Razón De Parteras (os) Por 10,000 Habs												
No. Total De Técnicos De Laboratorio	5	5			5	5			8	8		
No. Total de Técnicos de Enfermería	89	89			90	90			114	114		
No. Total de Asistentes Dentales									1	1		
No. Total de Cito tecnólogos												
No. de Farmacéuticos	4	3	1		4	3	1		5	4	1	
No. de Asistentes de Farmacia	3	3			3	3			5	5		
No. de Educadores para la Salud	2	2			3	3			3	3		
No. de Promotores de Salud	60	60			70	70			81	81		
No. de Asistentes de Salud	96	96			87	87			84	84		
No. de Inspectores de Saneamiento	11	11			13	13			15	15		
No. de Inspectores antivectoriales	20	20			24	24			26	26		
No. de Veterinarios												
No. de Ingenieros y arquitectos					1	1			1	1		
No. Graduandos de postgrado en salud pública									2	2		
No. de escuelas de Salud Pública									0	0		
No. Univ. Con maestría en Salud Pública									0	0		

Cuadro No.12
RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
ULTIMO AÑO DISPONIBLE (2020)

	Cargos									
INSTITUCION	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmcet.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA	33	4	64	13	114	5		291	9	8
CONTRATO								12		2
PERMANENTE	33	4	64	13	114	5	52	279	9	6
RED FIJA	13	0	10	0	13	0	5	8	0	
RED ITENERANTE	14	0	14	0	14	0	14		0	
CSS			1		6	1				
PRIVADO										
TOTAL	60	4	88	13	141	6	71	299	9	8

6. Insumos sanitarios

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

¿Cuál es el número de farmacias funcionando?

En la región Ngobe Bugle actualmente tenemos funcionando 88 instalaciones con área para dispensación y almacenamiento básico de medicamentos, sin embargo contamos solo con seis (6) farmacias con personal idóneo (Centro de Salud de Kankintu, Centro de Salud de Soloy, Centro de Salud de Hato Chami, Centro de Salud de Llano Ñopo, Centro de Salud de Buenos Aires y Hospital General del Oriente Chiricano, Francisco Pérez)

¿Cuántas son farmacias comunitarias?

No tenemos farmacias comunitarias

Conocen la existencia de la política de medicamentos del 2009?

La Política de Nacional de Medicamentos fue adopatada a través de Resolución Nº 632 del 30 de junio de 2009; esta fundamentada en siete (7) componentes básicos: Acceso, Calidad, eficacia y vigilancia de la seguridad, Uso racional, Investigación, Recurso humano con competencias, Protección de la Propiedad intelectual, Monitoreo y Evaluación para el desarrollo de la misma. Además establece lineamientos y estrategias que buscan fortalecer el acceso, uso racional de medicamentos, la disponibilidad de medicamentos esenciales, racionalizar el gasto farmacéutico, fortalecer la gestión del suministro y reforzar el sistema de vigialncia y control de calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos.

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

La Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) fue creada mediante Resolución Nº 203 del 20 de abril de 2010 y modificada a través de Resolución Nº 925 del 15 de julio de 2015. La cual se crea como estrategia para desarrollar la Politica Nacional de Medicamentos adoptada el año anterior.

El **Articulo Segundo** de la resolución Nº 203, especifica los integrantes que la conforman y establece que dichos profesionales de la salud deberan poseer competencias reconocidas en la gestión de medicamentos.

Integrantes de la CONAMEP:

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

El **Artículo Quinto** establece sus principales funciones:

1. La elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales (LME) los cuales serán seleccionados según el perfil epidemiológico del país, las morbilidades más prevalentes y en base a su evidencia científica. Esta servirá de referencia para la producción farmacéutica, el desarrollo científico y tecnológico, la capacitación del recurso humano en salud. Este listado será actualizado cada dos (2) años y tendrá una amplia difusión.
2. La elaboración de la lista nacional de medicamentos especializados de alto costo y difícil adquisición en base a criterios establecidos.
3. La elaboración del Formulario Nacional de Medicamentos.
4. Elaboración y validación de guías y protocolos de tratamiento.
5. La revisión periódica de los listados de medicamentos para su inclusión y/o exclusión.
6. La revisión periódica del formulario nacional de medicamentos, guías y los protocolos de tratamiento.
7. Desarrollo, implementación y normativa de las farmacias comunitarias en los centros de atención primaria de salud, para favorecer el acceso, asequibilidad y uso racional de medicamentos por toda la población.

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

Publicada en gaceta oficial la lista nacional de medicamentos esenciales con 712 renglones de medicamentos.

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

A nivel regional existe un listado de medicamentos que considera el perfil edpidemiologico y los niveles de complejidad de la red de servicios de salud, los renglones del listado dependera del tipo de instalación y servicios que brinda.

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

Dependiendo de la complejidad de la instalación asi mismo se manejan el número de renglones de diferentes tipos de insumos y medicamentos.

A Nivel de Región

Renglones	Cantidad
Medicamentos	307
Medico quirúrgico	159
Laboratorio	200
Odontología	154

A Nivel de Hospital General Oriente Chiricano

Renglones	Cantidad
Medicamentos	335
Medico Quirurgico	208
Imagenologia	48

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

El LSS/ SUMA se continua utilizando, se actualizan los inventarios mensuales por instalación a nivel regional, la principal limitación es el escaso recurso humano para llevar los datos al dia.

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

Los informes del LSS/ SUMA se utilizan para verificar el abastecimiento y realizar la transferencia de insumos a través de los diferentes tipos de instalaciones de salud según el propio movimiento de determinado insumo que se evidencia en el sistema, además se corroboran las existencias con los consumos y solicitudes de las instalaciones, también ha sido úitl en la revision de los inventarios de auditoria interna y el kardex.

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

La distribución de los diferentes insumos sanitarios se realiza de manera periodica cada 3 meses para Puestos de salud, cada 2 meses para Centros de Salud y mensual en el caso del Hospital. Ademas se realizan entregas extraordinarias segun los insumos que se adquieren ya sea por compras regionales o entregas del nivel central de manera de mantener el abastecimiento de los diferentes tipos de insumos por encima del 87 % semanal.

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

A nivel regional y hospitalario contamos con formatos estadanrizados para la solicitud formal de los diferentes tipos de insumos, los formatos incluyen columnas de existencia, consumo, fechas de vencimiento y se especifica el tipo de instalación. Con estos formatos se actualiza el SIAL y además se verifica la infromación contenida en el LSS/ SUMA, de manera de poder realizar la estimación de las necesidades reales de los insumos.

¿Están conformados los comité regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?

Con base en la Resolución Ministerial Nº 037 del 23 de julio de 2014, se conformó el Comité Regional de farmaco vigilancia y farmacoterapia. Este Comité se debe ir actualizando según vayan cambiando las asignaciones al personal de salud responsable, lo importante es que permanezca activo y rinda informes periodicos.

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

El nivel central del Ministerio de Salud en conjunto con la Caja del Seguro Social, y a través de los diferentes Programas dentro de la Dirección General de Salud Pública del MINSA, trabaja en conjunto con las regiones de salud para desarrollar y actualizar los protocolos de tratamiento para las enfermedades prevalentes. Actualmente contamos con Planes Estratégicos que incluyen revisiones del tema de manejo estandarizado de las patologias prevalentes en el pais, y que son ajustadas al nivel regional segun nuestro perfil epidemiológico.

¿Qué porcentaje de las farmacias de la red pública de servicios de salud (CSS y MINSA) cuentan con farmacéutico.

Contamos con (6) seis farmacias en el MINSA que cuentan con farmaceuticos. Estos profesionales se concentran en horarios de lunes a viernes de 7 am a 3 pm y aquellas instalaciones que trabajan con extensión de horario cubren de 3 pm a 11pm segun cronogramas realizados en base a las demandas evidenciadas de la población. Los fines de semana se cubren de 7am a 3pm y de 3pm a 11pm solo en aquellas farmacias con demanda confirmada. Para el caso del Hospital del Oriente Chiricano se cubren horarios regulares de 8 horas (7am a 3pm) y se continuan jornadas de apoyo al cuarto de urgencia con horarios de (6) seis horas hasta las 1am.

Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?

En el tiempo en que no se cuenta con el servicio de farmacia dentro de nuestra instalación que sería de 11:00 pm hasta las 7:00 am, la demanda de consulta por morbilidad es baja, sin embargo si el paciente que acude a consulta amerita la receta de medicamentos ambulatoriamente se utiliza un stock que el farmaceutico deja en el cuarto de urgencias para estos casos.

¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?

No contamos con banco de sangre, sin embargo existe un proyecto del Servicio de Medicina transfucional para el Hospital General del Oriente Chiricano

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

En cuanto a Laboratorios clinicos contamos con (4) ubicados en el Centro de Salud de Soloy, Centro de Salud de Kankintu, Centro de Salud de Hato Chami y el Hopsital General del Orinete Chiricano, el resto de áreas de laboratorio consisten en extracción y correo de muestras como es el caso de Alto Caballero.

No contamos con laboratorio de agua ni de alimentos las muestras son llevadas a laboratorios de otras Regiones de salud como apoyo.

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

El Hospital General del Oriente Chiricano es la instalación que cuenta con el laboratorio de referencia para las instalaciones de salud ubicadas en el área sur de la Comarca Ngabe Bugle, para el caso de las instalaciones del área norte de costa cercano a Bocas del Toro utilizamos el laboratorio clinico del Hospital de Chiriqui Grande, por otro lado cuando se trata de laboratorios especiales como es el caso de las muestras de Hisopados para la detección de Coronavirus el laboratorio de referencia es el el ubicado en el Hospital Jose Domingo De Obaldia de la Región de Chiriquí.
Para el tema de Tamizajes Neonatal se utiliza el Hospital del Niño José Renan Esquivel como laboratorio de referencia.
Los criterios utilizados para la selección de laboratorios de referencia son en base a la red ya existente a nivel del pais y la ubicación geográfica de la propia región de salud, ademas según el tipo de prueba que se requiere procesar.

¿Son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? ¿Con que criterios se definen esas tarifas? ¿Existe margen de ganancia para las instalaciones de salud? ¿Cuál es?

En todas las instalaciones comarcales el servicio de salud es gratuito, en el Hospital General del Oriente Chiricano las tarifas de laboratorio y medicamentos son uniformes para todos los usuarios. Dichas tarifas se basan en un listado de costos aproximados dados por el departamento de costos del nivel central que es acorde al grado de complejidad y situación socioeconómica del área de responsabilidad, sin embargo nos dirigimos hacia la disminución de la brecha de acceso que representa el gasto de bolsillo de manera de garantizar a la población una verdadera aplicación de la Estrategia de Salud Universal. Actualmente por motivo de la Pandemia se ha eliminado la recaudación en esta instalación hospitalaria.

¿Existe un laboratorio de referencia definido para citología?

Para las citologias usamos como referencia los laboratorios de los Hospitales de la Región de Chiriquí (Hospital José Domingo De Obaldia), Región de Veraguas (Hospital José Luis “Chicho” Fabrega) y Bocas del Toro (Hospital de Rambala - CSS). La muestra se envia dependiendo de la ubicación y accesibilidad de las instalaciones de salud.

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

Se trabaja en base a un cuadernillo de insumos sanitarios priorizando en base al perfil epidemiológico, morbilidades del año anterior, consumo y demográfia.
Laboratorio envía cuadernillo con estimación de necesidades a nivel central para los insumos necesarios en los laboratorios de los centros de salud, sin embargo las distribuciones en algunas ocasiones están retrasadas por lo que con la finalidad de mantener abastecidos se realizan traslados de fondos a las partdas especificas para cada tipo de insumo sanitario. También se debe mencionar que cuando se envía estimaciones en la mayoria de las ocasiones se solicitan ajustes en las mismas ya que sobrepasan presupuestos aprovados por la Asamblea Nacional de Diputados; por tal razon la diferencia de insumos dene ser comprados localmente. Esta misma situación ocurre con el Hospital General del Oriente Chiricano.

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

INDICADOR	2015	2016	2017	2018	2019
Gasto total en medicamentos por la CSS	No Aplica				
Gasto total en medicamentos por MINSA	2,116,815.40	2,521,269.21	2,786,557.55	2,188,260.08	1,018,338.72
Gasto Per cápita en medicamentos	11.57	13.78	15.23	10.23	5.4.64
Gasto total en laboratorio por la CSS	No Aplica				
Gasto total en laboratorio por MINSA			210,647.00	107,000.00	
Gasto Per cápita en laboratorio					
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS	No Aplica				
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA	Centralizado	Centralizado	Centralizado	70,000.00	Centralizado
Gasto Per cápita en médico quirúrgico					
Gasto total en odontología por la CSS	No Aplica				
Gasto total en odontología por MINSA		5,278.52	49,897.24	18,645.88	15,743.48
Gasto Per cápita en odontología					
Gasto total en imagenología por la CSS	No Aplica				
Gasto total en imagenología por MINSA	Nivel central			25,000.00	25,000.00
Gasto Per cápita en imagenología					

7. Equipos y tecnologia

¿Se conoce el porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso? ¿Conoce el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil? ¿Existe algún listado de equipos para su reposición?

Se desconce el porcentaje de equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso, tampoco se cuenta con el porcentaje de equipos que ya han cumplido su vida util, esto debe ser trabajado por el Departamento de Provisión de servicios de Salud. Es importante mencionar que actualmente existe un listado de equipo biomédico según necesidades y solicitudes de los Directores Médicos de Distritos, sin embargo no se cuenta con un Plan de reposicion, adquisición y mantenimiento Regional del mismo. Los equipos que mas se reponen son equipos basicos como esfigmomanómetros de adulto y pediatricos, termometros digitales, oximetros de pulso, estetoscopios, Aparatos de nebulización, dopplers fetales, set diagnosticos, set de intubación. El mantenimiento de todos los equipos se realiza a traves de solicitud al nivel central de la Dirección de Provision de Servicios de Salud y su Departamento de Biomedica, ya que no contamos con esta unidad en la Región de salud.

FOTOGRAFÍA Nº 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

1. Lista de Espera y Mora quirúrgica

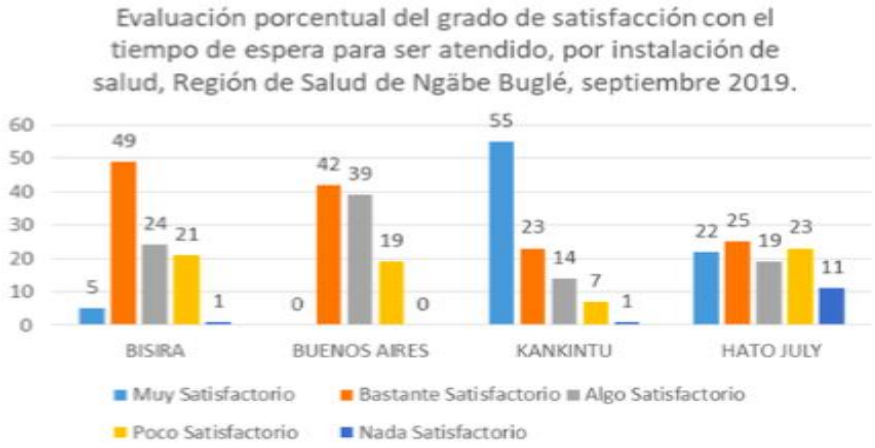
¿Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos? A nivel hospitalario se han establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica? ¿Han sido efectivos? Existe una lista de espera por servicio quirúrgico?

En cuanto a Mora quirurgica no contamos con salón de operaciones, por lo que no tenemos lista de espera para este servicio.

¿En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios que espera por la atención demandada?

En los Centros de Salud la atención con el médico general es la más demandada, por lo tanto el servicio que más usuarios en espera posee, ya que el recurso humano es poco. Principalmente se concentra la atención ya sea para control o por morbilidad. En el Hospital la espera se concentra en el cuarto de urgencias, ya que la población acude por trastornos de salud crónicos de seguimiento o control que debe ser realizado por un médico de cabecera, lo cual congestiona el servicio y aumenta el tiempo de espera.
Según el Resultado de la Encuesta de satisfacción de las instalaciones de salud de la Comarca Ngabe Bugle de septiembre 2019, en la Categoría de Puntualidad y Prontitud en los Servicios la evaluación del grado de satisfacción con el tiempo de espera para ser atendido el promedio regional fue bastante satisfactorio con un 35 %, seguido de un 24 % Algo satisfactorio, un 20.5 % Muy satisfactorio, 17.5 % Poco satisfactorio y un 3.0 % Nada satisfactorio; sin embargo en los Centros de Salud de Buenos Aires y Hato July los encuestados calificaron el tiempo de espera como poco y nada satisfactorio con 19 % y 11 % respectivamente. (Gráfica Nº 17)

Gráfica Nº 17:



Fuente: Encuesta de Satisfacción de las instalaciones de salud Comarca Ngabe Bugle. Septiembre 2019.

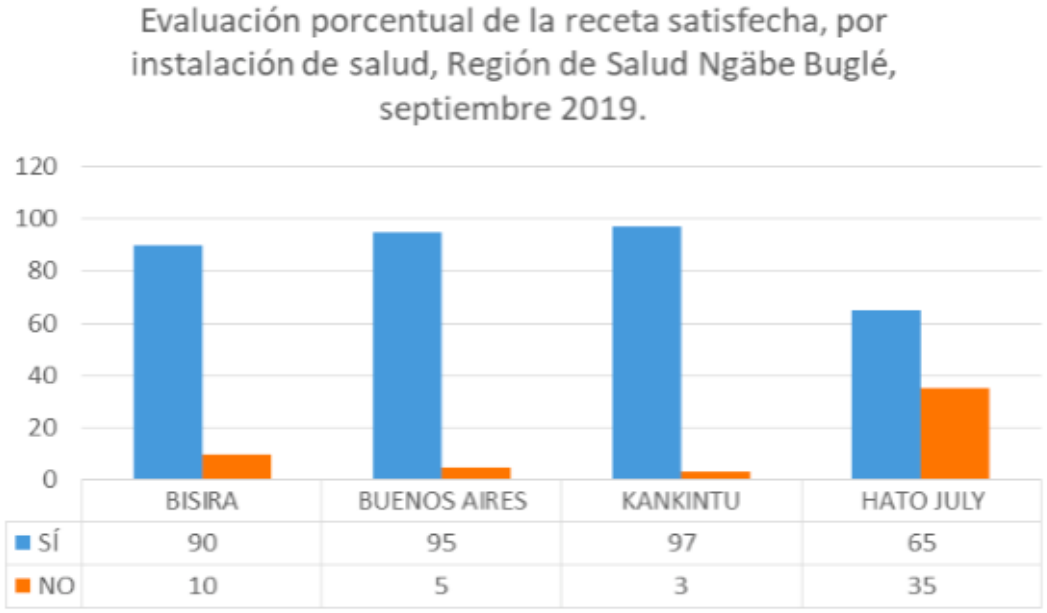
¿Se registra el rechazo de pacientes?

El rechazo del paciente no es registrado actualmente. En teoría no debe existir rechazo de pacientes debido a la naturaleza del área geografica y condición de la población; además las actividades se siguen realizando aunque en menor proporción debido a las extensiones de horario en las (9) instalaciones de salud habilitadas para el continuo de la atencion (24/ 7).
Las quejas comunitarias llegan principalmente de comunidades en áeas más accesibles donde los funcionarios entran y salen a diario.

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

Según la Encuesta de Satisfacción al Cliente realizada en el 2007 los resultados por distritos fueron los siguientes: Besiko, Kankintu, Ñurum, Nole Duima por Cerro Iglesias. Mientras que el 2019 se aplicó la Encuesta de Satisfacción de las Intslaciones de Salud de la Región Ngabe Bugle en la cual en términos de disponiblidad de recursos para la atención en la categoría evaluada Nivel general de satisfacción con la instalación de salud y la receta satisfecha se encontro que el 13 % de los encuestados en general refirieron no haber encontrado todos los medicamentos que les prescribieron, siendo el Centro de Salud de Hato July en el Distrito de Mironó el que arrojó el mayor porcentaje con 35 %. (Gráfica Nº 18)

Gráfica Nº 18:



Fuente: Encuesta de Satisfacción de las instalaciones de salud Comarca Ngabe Bugle. Septiembre 2019.

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

Para el trámite y coordinación de citas médicas a otros niveles de complejidad, el médico llena un formulario con datos del paciente y se envia a reges quien nos apoya consiguiendo las citas en cualquier parte del pais, se le comunica al médico que solicito el tramite para que este le informe al paciente o familiar a través de llamada telefónica o a traves de un dia de cita para que regrese al Centro de Salud a buscar respuesta sobre la fecha y generales de la cita.

2. Horario de servicios

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

Los Centros de Salud ofrecen sus Servicios en horarios regulares de 7.00 am a 3.00 pm, y aquellos Centros con extensión de horario poseen servicios las 24 horas los 7 dias de la semana. El resto de las instalaciones de salud trabjan en horarios de 7am a 3pm de lunes a viernes.

En el caso del Hospital General Oriente Chiricano la consulta externa se da en horario regular de 7am a 3pm, a excepción de los últimos 6 meses por motivo de Pandemia, sin embargo es importante señalar que se está aperturando la misma de manera parcial a través de citas. Los servicios de Apoyo al Diagnostico apoyan su jornada regular de 7am a 3pm y posterirmente realizan jornadas extras de apoyo al Cuarto de Urgencias hasta las 11pm. Por motivo de Pandemia estos servicios (Radiologia, Laboratorio, Farmacia) realizan jornadas extras hasta la 1am.

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

En los Centros de Salud se da consultas de todo tipo desde controles de salud, morbilidades comunes y urgencias medicas. Ademas en algunas instalaciones se ha habilitados servicios de apoyo al diagnóstico como Laboratorio y Farmacia. Tambien se realizan procedimientos menores por citas previas, Charlas tipo talleres de los diferentes programas de salud incluyendo temas de nutrición, manipuladores de alimentos.

La principal limitante en la implementación de los servicios en horario ampliado es la falta de Recurso Humano asignados a cada una de estas áreas, ya que toda vez el mismo funcionario que realiza sus respectivas jornadas ordinarias es el mismo que debe quedarse y cubrir el este horario ampliado, lo que

conduce a un desgaste físico y mental, pudiendo llevar al personal de salud a un Sindrome de Bornout que ademas puede repercutir en el trato y manejo del paciente.

3. Mecanismos de medición de la satisfacción del usuario

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

La instalacion como tal no desarrolla encuestas de satisfacción del usuario, aplican la Encuesta de satisfacción normada por la sección de calidad del Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud; sin embargo existen los buzones de sugerencias que deben ser retomados para tener una estiamción mas real de las demandas no satisfechas de la población.

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

Como se mencionó en la actualidad no se llevan informes de los buzones de sugerencias, las encuestas de satisfacción normadas se aplican cada año en instalaciones elegidas a través de la Coordinación Regional de Calidad.

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

Los resultados de estas encuestas primero deben ser divulgados, lo cual no se esta realizando, de esta manera las instalaciones podrán usar este análisi para tomra medidas y aplicar estrategias que mejoren en su conjunto los indicadores de calidad medidos y algunos adicionales que según el área geografica puediera cobrar importancia.

¿Se realizan las auditorias sociales en su región?

Se estan realizando auditorias sociales solo para la Estrategia de Extensión de Cobertura; que para los grupos institucionales itinerantes en el año 2018 el resultado fue en promedio de 4.5 de 5 lo cual es una buena evaluación; mientras que en 2019 los resultados para la red fija fueron en promedio de 4.3.

¿Se comparten estos resultados?

Las Auditorias se divulgan al Equipo de Gestión quien a su vez debe brindar la información a los niveles distritales para la toma de decisiones.

¿Conocen el programa de humanización?

El Programa de humanización y acompañamiento espiritual fue creado a traves del Decreto Ejecutivo N° 4 del 2 de febrero de 2010, Su Coordinación a nivel Nacional esta bajo el Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

¿Se aplican en algunos de sus hospitales?

Hasta ahora no se aplica formalmente ya que se ha iniciado con Hospitales de mayor demanda, sin embargo se trata de aplica por el recurso humano con los pacientes de la Clinica TARV.

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

Actualmente no se conoce en su totalidad la demanda insatisfecha, ya que no esta siendo medida; la Encuesta de satisfacción mide muy pocos indicadores relacionados con la satisfacción del usuario, sin embargo en servicios como Farmacia contamos con formatos para medir la demanda satisfecha en cuanto al despacho de medicamento prescrito lo que nos ha servido para mejorar el abastecimiento de insumos específicos. Fuera de esta información no se estan realizando analisis de las principales causas de traslados y si estan se relacionan a falta de capacidad resolutiva propia del primer nivel o si en efecto es una situación de salud derivable al no ofertar el servicio como por ejemplo problemas de orden quirurgico, examenes especiales, etc.

4. Control de calidad

¿Han realizado auditorias de expedientes, auditorias médicas y administrativas. Comentar aspectos de estos estudios y auditorias.

Cada año se realizan Auditorias de Expedientes clínicos, para la auditoria del 2018 realizada durante el 2019 en las instalaciones tipo Centros de Salud, la información no pudo ser presentada debida a un fallo en el nuevo sistema o plataforma para capturar los datos de manera digital. A excepción del Hospital del Oriente Chiricano donde se pudo realizar una Auditoria de Expedientes clínicos electrónicos en SEIS, en marzo 2020, cuyo resultado fue de escasa calidad. Se estableció un Plan de acción para mejorar los resultados y esta pendiente continuar con al menos el último trimestre del presente año o iniciar en el 2021 debido a que la Pandemia por coronavirus limito la mayoría de las actividades que se realizan regularmente a todos los niveles y a penas se esta retomando de manera parcial ciertas actividades. Es de gran importancia mencionar que las Auditorias de Expedientes clínicos en las instalaciones de salud de la Comarca Ngabe Bugle llevan realizandose hace más de 10 años, a pesar de ello año tras

año vemos los mismos resultados, lo cual indica que no se estan tomando en cuenta los dichos resultados para mejorar la calidad de la atención sobretodo porque lo que se audita es la prevención realizada a través de los controles de salud de los diferentes programas y cuyos indicadores básicos de salud permanecen sin cambios significativos, esta situación guarda una estrecha relación con los resultados de las auditorias y las estrategias planteadas en los Planes de accion que por los resultados sabemos que no se llegan a cumplir, cayendo en un circulo vicioso del cual no se podra salir si no se toma conciencia por parte de la Coordinación regional de calidad, el Departamento de Provisión de Servicios de Salud y los niveles operativos locales.

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

Los controles de calidad existentes solo a nivel de laboratorio, siendo evaluadas las competencias del personal, además de apoyo a nivel del Gorgas de las evaluacion en la calidad de las lecturas de la pruebas de baciloscopia, VIH y dengue.

¿Conoce sobre el observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando?
Utilizan estos indicadores de calidad y cuadro de mando para la toma de decisiones

El Observatorio de Calidad de la Atención de Salud (OCAS), bajo la responsabilidad de la Dirección General de Salud del Mnisiterio de Salud, Subdirección General de la población, se ha venido trabajando por un equipo multidsciplinario a nivel nacional y en octubre del 2019 se actualizaron y publicaron los lineamientos para la conformacion e implementacion del mismo. Encontramos los indicadores a medir segun el nivel de complejidad de la instalación de salud asi como los cuadros de mando; A la fecha la Región de Salud Ngabe Bugle no a utilizado los indicadores ni los cuadros de mando sugeridos, en el tema de calidad solo se tiene la ya mencionada aplicación de Encuesta de satisfacción de las instalaciones de salud que además estan ya publicadas dentro de este Observatorio.

¿Se ha desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios

No existe un Plan de Mejoramiento de la calidad como tal, pero se realizan de manera semestral la evaluación de los logros en los diferentes distritos, Verificacion de cumplimiento de metas basados en los recursos disponibles para ello, Supervisiones de Abastecimientos.

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

Se realizan las Auditoria de Expedientes, Registros e informes de abastecimientos de diferentes tipos de insumos sanitarios, Requisito de entrenamiento en soporte vital basico como minimo para el personal de salud que labora en la Region de Salud Ngabe Bugle por la dificultad del acceso.

¿Están establecidos los mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector?

Esta establecido que los reclamos o quejas del usuario deben hacerse a traves del buzon de sugerencias o de manera escrita o verbal con testigos de la comunidad en las instalaciones de salud, de aquí los directores de salud que generalmente son los coordinadores del comité de calidad en sus areas deben resolver la situacion, si esta no esta en sus manos deben bajar la queja a nivel de Provision de Servicios de de Salud y dependiendo de cual sea la queja se realiza reunion con el Departamento involucrado y se dan las recomendaciones para proceder con las acciones. Así debería llevarse este proceso en la practica, sin embargo , la comunidad prefiere venir directamente a la Subdireccion o la DRS para plantear formalmente sus quejas, generalmente en grupos o a traves de un lider de la comunidad con notas que llevan firmas de quienes tienen el mismo problema o queja. Esto puede deberse a la falta de promoción de los Buzones de sugerencias y/ o quejas, además no existen evidencias en los ultimos 5 años de que esta actividad se este realizando.

Medición de la Capacidad Operativa de las instalaciones de salud durante la Pandemia por Covid- 19

Se aplico la Herramienta para la Evaluación Opertaiva de Hospitalaria y los Centros de Salud para la atención de pacientes sospechosos o confirmados por coronavirus, en esta se lograron evaluar 5 instalaciones de salud de una programación de 10.

Para el Hospital General del Oriente Chiricano el porcentaje de cumplimiento fue de 67.4 %, para el Centro de Salud con camas de Soloy el cumplimiento fue de 80.0%, en el Centro de Salud con camas de Hato Chami cumplió con un 68.9 % , en el caso del Centro de Salud con camas de Buenos Aires el cumplimiento que se obtuvo fue de 67 % y en el Centro de Salud con camas de Llano Ñopo fue de 12 %. (Herramienta Anexo 3

FOTOGRAFÍA Nº 5: ACTORES Y RED SOCIAL

FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

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

Hasta ahora la población mas que apoyar la gestión, se organiza para solicitar al nivel Regional lo que ellos consideran son sus prioridades. Lo hacen a través de autoridades de elección popular como portavoces , o lideres de la comunidad, en ocasiones son asociaciones quienes se acercan a la Región para que nosotros los apoyemos en sus acciones.
La organización comunitaria nace principalmente de los niveles locales o regionales a las comunidades, con jornadas de capacitación para el empoderamiento de las acciones en salud, responsabilidad compartida, actividad en la que se debe hacer enfasis y fortalecer al nivel local para que mejore la participación social y de aquí una vez claras las responsabilidades se de este apoyo a la gestión que es muy importante y de gran necesidad.

¿Cuál es el inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud (Comités de Salud, Juntas de Agua, Iglesias, ONG´S, Clubes Cívicos, organizaciones de pacientes, Grupos Organizados de Trabajadores de Salud, Otros?

Inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud se detallan de la siguiente manera.

Distrito	Lista de JAAR	Comité de Salud	Asociaciones
Kusapin	33	13	ASMUNG
Kankintu	30	8	Curanderos botanicos y parteras: ASASTRAN
Besiko	66	20	PARTERAS
Mironó	49	40	COOPERATIVAS
Nole Duima	39	17	ASOCIACION PADRES DE FAMILIA
Muna	151	3	
Ñurum	39	14	
	407	125	

¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

Contribuyen a la mejora de la salud desarrollando actividades a nivel de las instalaciones y la comunidad en acciones de ornato, gestionan recursos, son vigilantes de una buena salud en la población, se reúnen periódicamente para buscar soluciones a los problemas de salud.

¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?
¿Cuáles son sus intereses? ¿Qué los hace de mayor o menor relevancia?

Cuando se realizó la valoración de la RISS, Red Integrada de Servicios de Salud, para la Comarca Ngabe Bugle , en el Ambito de Gobernanza se identificaron una serie de actores claves para el desarrollo de la Red, algunos muy ligados a temas de salud y ambiente cuyas metas consideran aspectos similares a los que tenemos en nuestros Planes estrategicos; otros actores de mucha importacia pero cuyos temas en salud no son los priorizados aun asi no dejan de ser tomados en cuenta.

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

El sector informal esta compuesto por los curanderos botánicos y parteras tradicionales, ubicados en los diferentes distritos de la región, la poblacion acude a sus casas por atención en otros casos atienden en las instalaciones de salud por acuerdo entre ambas partes.

Distrito	Curadores Botanicos	Parteras
Besiko	9	65 (9)*
Mirono	10	54 (10)*
Muna	17	91 (40)*
Nole Duima	5	13 (11)*
Ñurum	12	69 (15)*
Kankintu	5	6 (20)*
Kusapin	10	70 (15)*
Total	**68**	**368**

Fuente: Programa de salud Sexual y reproductiva Regional. Año 2020
*Parteras capacitadas

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades del equipo de salud de su región para potenciar la red social de salud?

Fortalezas: Recurso Humano con deseos de mejorar las condiciones de salud de la poblacion, Conocemos la cultura de la Región en la cual laboramos, Podemos contar con apoyo interinstitucional.
Debilidades: Poco Recurso Humano y multiples funciones, lo que limita el tiempo para llevar a cabo actividades. No se realizan consensos en equipo, por lo que no todos manejamos la misma información.

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

En general la Estrategia de Extensión de Cobertura es percibida positivamente por la comunidad, ya que es lo que se revela en las auditorias sociales como se mostro anteriormente, la mayoría de las quejas van ligadas mas bien a la calidad y el trato en el servicio de salud y la falta de insumos; En el caso de las monitoras la percepción medida fue positiva, sin embargo al no haber desembolsos presupuestarios dejaron de funcionar, la estrategia ha perdido credibilidad y ya no encontramos personas en la comunidad que deseen formar parte de este programa para disminuir la desnutrición infantil. La percepción de la Red de Oportunidades en general es buena , sin embargo las quejas han sido la falta de seguimiento en el cumplimiento de los criterios para ingresar o salir de dicho Programa, además las comunidades son orientadas por MEDUCA o por MINSA en cuanto a la importancia real de las solicitudes que deben cumplir para obtener sus correspondientes pagos y no solo buscar una firma. La percepción de 120 a los 65 tambien es buena, todo subsidio es bien visto por quien lo percibe.

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

Estos Decretos y Resoluciones son bien vistos sobre todo dentro del área comarcal, y desde su promulgación se han cumplido en todas las instalaciones de salud. Podemos mencionar que desde el 2007 aumentaron los Controles Prenatales y los partos en Centros de salud, también aumentaron los Controles de salud en menores de 5 años; sin embargo debemos hacer más promoción de que la salud es responsabilidad de todos y que las comunidades tienen derecho a ella , pero también deben ser conscientes de las responsabilidades, puesto que en los centros de salud o cualquier instalación de esta región de salud no se recauda por ningún tipo de servicio la población ha dejado de darle la importancia debida (ejemplo los niños juegan con los insumos de salud que se les brindan y en ocasiones se rompen si usamos frascos de vidrio), por ello debe realizarse mas promoción de que estos beneficios tambien conllevan parte de la responsabilidad del autocuidado de cada individuo su familia y su ambiente asi como el cuidado de las instalaciones de salud y apoyo en las actividades sociales de estas como limpiezas generales de áreas verdes y otras en las cuales tanto los comites de salud como la comunidad deben participar.

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

FOTOGRAFÍA Nº 6: PROYECCIÓN DE LA RED

FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

1. Adecuaciones de la oferta en términos de equipos básicos

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

Necesitamos conformar más equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud enfermedad; la oferta se encuentra establecida en la Cartera de Servicios que brindamos a la población (Promoción, Prevención y Atención), esta situación se debe a la geografia de difícil y muy difícil acceso y además a la dispersión de la población, por otro lado al tener estos aspectos las atenciones sobretodo de prevención se dan distanciadas lo cual hace que podamos perder oportunidades de controles de salud oportunos.
Debido a la Pandemia por Covid- 19 se contrataron (5) Equipos básicos para hacerle frente a esta situación sobretodo en el seguimiento y evaluación de casos en los Albergues Covid- 19.

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

En la actualidad las JAPAS no se brindan, sin embargo continuamos realizando las giras con grupos itinerantes externos e internos y apoyo a la red fija a traves de la Estrategia de extensión de Coburtura (FORIS), las visitas domiciliares se dan principalmente dentro del Programa de Cuidados Paliativos y con la pandemia por Covid- 19 se han retomado de manera general las visitas a los domicilios ya sea para seguimiento o investigación. Se continuan realizando las cirugias oftamologicas, que por Pandemia se han visto afectadas, pero se mantienen las listas de pacientes con situaciones de salud evaladas en espera de ser atendidos dentro dentro del Programa visual.

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

Se realizan Programas radiales en los emisoras Bajai de Veraguas, Faro de David, Resumen 20 en Bocas del Toro; además se postean actividades y comunicados en twiter, facebook y la prensa local.

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

Debido al crecimiento de la población y las principales causas de morbimortalidad en esta area, se ha realizado un plan para la elevación de la capacidad resolutiva en las diferentes instalaciones de salud; ademas en el caso de los servicios ya ofertados mas que modificarlos se esta trabajando para reforzar la calidad de dichos servicios, en ciertas instalaciones se tiene planificado abrir servicios que antes no se habian ofertado como odontologia y laboratorio. (estan dentro del Plan quinquenal de proyectos y acciones)

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

Dentro del Plan Nacional de Modernizacion Hospitalaria, se ha contemplado al Hospital General del Oriente Chiricano mas que para ser elevado a un segundo nivel de complejidad para que cumpla con este nivel; Hemos trabajado en la red CONE (Cuidados Obstetricos y Neonatales Esenciales) para que dicho Hospital llegue a ser un CONE completo capaz de resolver las complicaciones Materno infantiles mas frecuentes, a la vez la habilitación de equipo biomedico para resolver mayor tipo de urgencias de otras especialidades básicas. Mejorando el espacio actual a traves de proyectos de inversion de mejoras a corto y mediano plazo.

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

Cada Programa de salud ha establecido estrategias para mejorar el abordaje de la población según curso de vida, tomando además como base el Modelo de atención actual adopatado como país, IFCA.

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

La Planificación de los servicios se ha realizado a nivel local con apoyo regional, se ha involucrado a la comunidad a traves de visitas a las áreas y tomando en cuenta las opiniones o el sentir de las mismas. Finalmente se realiza un estudio con base en estadisticas de población, area geográficas y distancias, para el caso de anexar un servicio de salud nuevo e incluirlo como ampliación de una instalación de salud determinada. La planificación a nivel local se ha retomado desde el año 2018 con capacitaciones a los directores médicos de distrtitos en el area de gestión, en donde deben realizar su análisis de situación de salud para luego priorizar actividades tomando en cuenta los recursos disponibles, luego formular el presupuesto para realizar las actividades priorizadas tomando en cuenta tambien compromisos internacionales como la agenda 2030 y plasmarlo en su Planes Operativos anuales. Actualmente se deberá realizar una nueva capacitación ya que se han cambiado en este periodo desde junio 2019 a junio 2020 la mayoría del personal del distrito que ya habia sido entrenado.

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

La organización con base a sectores que se esta llevando a cabo define espacios poblacionales específicos, no podemos aplicar las mismas estrategias para abordar iguales problemas de salud en toda la Comarca, lo que nos hace pensar en espacios especificos para determinado grupo de manera que podamos satisfacer su demanda sin afectar otros aspectos sociales, finalmente siempre tenemos el diálogo y la orientación con evidencias para educar a la población sobre lo más conveniente para ellos en materia de salud.

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

Los espacios estan definidos para los beneficiarios dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura (FORIS), esta pendiente continuar este trabajo de sectorizacion en el resto de las comunidades que tenemos bajo nuestra responsabilidad.

¿Cómo deberán asumirse los derechos y deberes de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud, en un nuevo modelo de atención? Se conoce la existencia de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003. ¿Cómo se aplica?

Se conoce la existencia de la ley 68 del 20 de noviembre de 2003, sin embargopero no se aplica rutinariamente, depende de los actores involucrados y la divulgación de la ley ha sido limitada para el cliente externo. Se ha tratado de sensibilizar a todos los profesionales de la salud y sólo se ha tenido cambios en el sector técnico especialmente de registros médicos.

¿Tienen los equipos de salud la competencia técnica suficiente para asumir nuevos enfoque en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación? ¿Qué aspectos sería necesario fortalecer? ¿Qué estrategias sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud?

Tienen la competencia tecnica, pero aun asi debe ser reforzada. Aspectos a fortalecer en el tema de incentivos: ambientes laborales saludables, facilidades de movilización a sus áreas de trabajo, mejoras y/ o habilitación de áreas de descanso adecuadas, Evaluación de la escala salarial real para las áreas de dificil acceso, ya que el 40% actual es usado para compensar lo que el funcionario debera invertir para llegar a su puesto de trabajo. Esta mejora salarial puede ser estratificada según área geográfica. Las actualizaciones en congresos, seminarios, diplomados y pasantias anuales como minimo dentro y fuera del pais como ejemplos de incentivos reales.

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

Actualmente no se usa un enfoque biopsicosocial en todas las instalaciones de salud, se esta en el proceso de orientacion al personal de salud.Puesto que en su mayoria los servicios prestados ven al paciente solo por su control de salud o morbilidad, se involucran en la parte social, mas no en la psicologica o mental. Y a esto debemos añadirle la parte espiritual, en la cual tambien se esta iniciando un proceso de planificacion para su abordaje.

2. Adecuación de la cartera de servicios

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

La eficacia y calidad de las acciones se evalúan periódicamente por el Deparatamento Regional de Provisión de Servicios a través del Formato de Auditoría de expedientes ya que involucra todos los aspectos normados por nuestro ente rector (MINSA) con aspectos de cada uno de los programas que se ejecutan en todas nuestras instalaciones periféricas; en cual para el año en curso se ha logrado organizar y participar en el monitoreo, Evaluación y Supervisión a 12 de los 13 Grupos Poblacionales bajo nuestra responsabilidad Regional; en cada uno de estas Evaluaciones se intentó involucrar a la Jefatura de Enfermería y los diferentes coordinadores de Programas cuyo resultado consecuentemente se discute con todo el Equipo de Salud in situ de cada una de las áreas en un plan de acción que se entrega a los coordinadores de instalaciones y las mismas se pasan a la Dirección Regional para toma de decisiónes.

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

Se revisa cada 5 años tomando en cuenta infraestrucutara del área, equipamiento, Recurso Humano Existente, Materiales e incluso las necesidades de acuerdo al perfil epidemiológico existente en las áreas. Planificación recomienda que se revise cada 2 años en conjunto con el Plan Quinquenal de Inversiones.

¿En qué instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental?

El nuevo Modelo de Atención adoptado por el país no ha sido ampppliamente divulagdo, sin embargo si se esta implementando en las instalaciones tipo Centros de Salud que cuentan mas personal para el abordaje muldisciplinario y del ambiente.

¿Cuáles considera usted que son las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido?

La red de servicios actual nos parece que se acopla bien a las demandas existentes en nuestra Región sanitaria ya que integra la Atención de las personas de manera individual (con el Abordaje de necesidades y problemas de salud, a través de Programas y Protocolos de Atención); La Atención a la Familia (con la Vigilancia de la salud familiar, atención a factores de riesgo familiares y estilos de Vida saludables) y la Atención Comunitaria (con acciones que garantizan espacios saludables con participación comunitaria y social). Debe brindarse la capacitación integral.

¿Cómo debe mejorarse la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial?

La capacidad del Sistema de Urgencia ha mejorado en los últimos 5 años en nuestra Región Sanitaria ya que se han logrado equipar a algunas instalaciones dentro del Primer Nivel de Atención de Insumos Biomédicos mejorando la capacidad resolutiva de los mismos; sin embargo hay que reforzar en la sensibilización del Recurso Humano y su actualización, desarrollar el flujo adecuado para las causas reales de derivación de pacientes a otros niveles de mayor complejidad, dotar de vehiculos de emergencias para los traslados según protocolos ya estandarizados a nivel de país, mejorar la red comunicación, reestablecer el uso de telesalud y telemedicina en nuestras áreas, solo por mencionar algunos aspectos que debemos mejorar

¿Se utiliza el TRIAGE? ¿Cuales han sido los resultados de su implementación?

Debido a que las actividades que deben predominar en la red de servicios dentro de nuestras instalaciones Periféricas son de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades no es algo que se utiliza de manera rutinaria; sin embargo a raiz de la pandemia por Covid- 19 el personal de salud ha visto la importancia de su realización. Durante los ultimos 6 meses se han podido brindar atención oportuna a verdaderas urgencias que de otra manera hubieran tenido que espar su turno para la atención sobretodo cuando el paciente no presenta síntomas evidentes de gravedad y termina complicandose mientras aguarda en la sala de espera.

¿Los Proveedores públicos y privados están obligados a prestar el mismo conjunto de beneficios?

Los proveedores de salud privados dentro de la Comarca Ngabe Bugle son las Organizaciones extrainstitucionales del la Estrategia de Extensión de Cobertura, los mismos estan obligados a prestar el mismo conunto de beneficios a la población, lo cual esta estipulado en sus Convenios de gestión. El Ministerio de salud a traves de la proia Región de salud Ngabe Bugle tiene como responsabilidad supervisar el cumplimiento de dichos beneficios para la población.

3. Ampliación de cobertura

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

La red de servicios actual si debe ser reorganizada por nivel de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de la atención, actualmente la población acude a las instalaciones de salud sobretodo el caso de Hospital de segundo nivel de complejidad para temas de primer nivel de atención, para ello además de la promoción debemos buscar estrategias de atención tales como giras periódicas en aquellas áreas donde no se cuenta con una instalación de salud; ademas revisar el Plan quinquenal de inversiones para priorizar por las autoridades actuales cuales instalaciones de salud deben ser elevadas según los análisis ya existentes. El flujo que debe seguir el paciente tambien es de suma importancia , debe quedar establecido para evitar demoras en la resolución de la situación de salud del paciente y aumentar sus probabilidades de vida en el caso de las urgencias y acercar los servicios especializados que sean necesarios, a la población a través de giras o trámite más expedito de fechas para citas sobretodo en los casos fuera de la región de Comarca Ngabe Bugle y Hospital General del Oriente Chiricano.

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

En nuestro caso se puede considerar que involucraría ambas premisas ya que evidentemente contamos con una población de responsabilidad sectorizada en áreas de muy difícil acceso cuyas condiciones para acceder al sistema de salud público de manera oportuna se hace muchas veces imposible ya que involucra largas horas de camino a pie y en otras circunstancias deben utilizar vehículos de transporte marítimo (botes sin motor, pangas entre otros) con horas o días de anticipación para acceder a una instalación sanitaria en busca de una atención.

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

Toda actividad extramuros debe regirse a través de la misma Normativa establecida por el Ministerio de Salud incluso las actividades realizadas por las Oes en la atención de la población contenidas dentro de un Reglamento Operativo Monitoreado, Evaluado y supervisado por el Ministerio de Salud.
En Ella debería participar un Equipo Básico de Salud completo conformado por (Médico, Enfermero/a, Técnico en Enfermería, Saneamiento Ambiental, Conductor de Vehículo o Motorista), y ademas al ser integrales se requiere la participación de Odontología, algunas especialidades como Ginecobstetricia, Especialistas en salud mental, nutricionistas, educadores para la salud, Inspectores de control de vectores, Farmacéuiticos, Tecnólogos médicos y otros perfiles de personal de salud según el área a desarrollar la actividad y la realidad de la demanda.

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

Los Servicios Básicos Integrales que se debería incorporar para ampliar la cobertura de Servicios sería a través de las siguientes disciplinas: Nutricionista, Tecnólogo Médico, baciloscopistas y posiblemente considerar a futuro incorporar la participación periódica de Médicos Especialistas (tipo Ginecólogos Obstetras Y pediatras) con Intervención Directa en la Reducción de la Morbimortalidad Materno Infantil de nuestra Población de Responsabilidad.

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

La estrategia de disminución de oportunidades perdidas como opción de ampliar coberturas, en realidad en nuestra área de responsabilidad la aplica todo los integrantes del Equipo Básico de Salud, ya que reconocemos en todo momento la inaccesibilidad geográfica, cultural existentes en nuestra área de responsabilidad y hemos tenido que aprender a trabajar en equipo no solamente para sacar un trabajo rutinario sino pensando siempre en el bienestar de nuestros pacientes dejando atrás todas las limitantes existentes.

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

La integración se da pero dentro de los datos oficilaes que maneja la Contraloría General de la República , para realizar la solicitud de la información preliminar a la Caja del Seguro Social se debe tramitar siguiendo un protocolo que solo el a través del Despacho Superior podemos tener acceso a dicha información.

¿Se cuenta con un sistema de información único?

No contamos con un Sistema de información unico, dentro del propio MINSA contamos con difversos sistemas de información practicamnete cada Programa maneja su propio sistema, sin emabrgo el sistema de informacion oficial es el SIES para el MINSA, la Caja del Seguro Social tambien maneja su propio sistema de información.

Cuadro No.14

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
Periodos					
2016					
2017					
2018					
Género					
Hombre					
Mujeres					
Base Poblacional					
Niños (menores de 1 años)					
Niños de 1 a 4 años					
Personas de 5 a 9 años					
Personas de 10 a 14 años					
Personas de 15 a 19 años					
Personas de 20 a 59 años					
personas de 60 a 64 años					
Adultos mayores (65 años y más)					
Zonas Geográficas					
Urbana					
Rural					
Pertenencia Étnica					
Blanco					
Indígenas					
Afro-descendientes					
Mestizo					
Otros					

FUENTE(S):

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

FOTOGRAFÍA Nº 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES

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

1. Organización y Funcionamiento

Cuadro No. 15
MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

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

FUENTE(S):
Nota: utilizar la denominación ND cuando la información no esté disponible

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

El rol de rectoria se ejerce basicamente en las supervisiones a establecimientos de intere´s sanitario y en la vigilancia del consumo de tabaco, ademas la entrega de datos de interés sanitario por parte de otras instituciones de salud privadas y publicas fuera del territorio comarcal. Las Funciones esenciales de Salud Pública se vigilan y cumplen de forma indirecta ya que se envian circulares de la Dirección General de Salud para realizar tareas específicas relacionadas en su mayoria con las FESP, pero no se realizan la vigilancia de estas Funciones de manera regular ni por iniciativa regional. En las Supervisiones a establecimientos de interes sanitarios participan personal de Saneamineto ambiental y salubristas, de no estar disponibles se realiza por el medico responsable del distrtito.

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

Actualmnete se esta trabajndo la estructura organizativa regional ya que se han creado nuevas unidades y direcciones nacionales que no están bien definidas a nivel regional ni local, la mision y visión de la institución se conocen para el caso de ambos presatdores de servicios de salud. En el organigrama que se esta trabajando con apoyo de la Oficina de Organización y Desarrollo Institucional (OODI), se estan ajustando las funciones de acuerdo a los niveles y al recurso humnao existente.

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

El organigrama actual no responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización a nivel regional, por lo antes señalado que se han ceado nuevas direccionde nacionales y unidades lo nos lleva a trabajar en la reorganización regional de la estructura organizativa para ser homologada. El último organigrama regional fue evaluado, revisado y homologado en el 2014, con la Resolución Nº 012 de enero del 2014; A (6) seis años se han dado muchos cambios a nivel nacional y por ello se debe realizar las adecuaciones en el organigrama regional.

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

En cuanto al ordenamiento político administrativo existente consideramos que no es necesario crear nuevas regiones, lo que debe ser mejorado es la cantidad de recurso humano y contar en las regiones con el presupuesto aecuado para ejecutar las actividades de responabilidad.

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

No existen muchos avances en el tema de la descentralización, a pesar de que en el presupuesto Ley contamos con fondos en los diferentes objetos de gastos, estos estan centraliados y es el nivel central quien realiza las compras y nos envian según vayan llegando los insumos para este caso particular; Entendemos que las compras a mayor escala benefician los costos finales de los prodcutos, pero sus trámites son muy burocraticos al punto que las compras de un año en particuar nos estan llegando a la mitad del año siguiente. En el caso de Ngabe Bugle las instalaciones de salud o niveles locales carecen de áreas y recursos humanos administrativos para llevar sus presupuestos, por lo cual no se les descentraliza desde el nivel regional fondos, más bien los distritos deben solicitar sus necesidades a traves de un plan para las prioridades a comprarr que debieron a su vez ser incluidos en sus Planes Operaticos Anuales.

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

En el rol de estos en la prestacion de los servicios de salud es contribuir a mejorar la calidad de vida de la poblacion ofertando servicios de salud requeridos por la comunidad, su vinculacion con el nivel Regional y nacional es de apoyo mutuo sobre todo en el tema de los fondos presupuestarios ademas de aquellos fondos obtenidos por autogestión, el Ministerio de Salud a nivel central y regional según sea el caso, deben brindar apoyo financiero de ser necesario, para que se logre cumplir con la prestación del servicio de salud.

La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios.

La estructura orgánica debe guardar relación directa con los procesos sanitarios en consecuencia se puede establecer que la estructura organizativa de la

institución es el esquema de jerarquización y división de las funciones y componentes de ella, esto es un punto clave a la hora de tomar decisiones.

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

La estructura de la región como esta definida debe contar con el recurso humano suficiente paracumplir con cada una de las funciones sin sobrecargar al personal ya existente.

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

Existe un manual de procedimientos administrativos, creado a través de Resolución administrativa del 19 de marzo de 2001 conocido aplicado como reglamento interno.
Entre sus principales aplicaciones esta la de dejar establecidos los deberes y derechos que tienen el funcionario dentro de la institución. Ademas dicta pautas en cuanto a tipificación de faltas.

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

El modelo de gestión por resultados, ya conocido con el Programa de la Estrategia de Extensión de Cobertura es el que se esta por ser introducido, sin embargo nos hace falta personal capacitado en el modelo; por otro lado y dentro del modelo de gestión tenemos la gestión descentralizada de los recursos hacia las regiones de salud cuya implementación hara posible que se dé el ejercicio de la competencias y funciones del Ministerio de Salud como entidad rectora en los niveles regional y local.

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

Las políticas de salud corresponden en gran medida a las necesidades de la región, sin embargo en la práctica se requiere el recurso humano en cantidad y con las competencias necesarias para el desarrollo y seguimiento de los planes operativos nacidos del Plan Estrategico Regional.

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

La planificación operativa y presupuestaria guarda relación directa con las políticas, objetivos y líneas de acción, aunque debe reforzarse las competencias

del recurso humano, de manera que ante cualquier cambio de actores no se sufra perdida de las capacidades las cuales deben manejarse a todo los niveles (regional y local).
Es dificil mantener la aplicación, ya que una vez formulado el presupuesto y aprobado los fondos sufren cambios a menor cantidad por lo que los Planes deben ser ajustados con lo cual deben priorizarse actividades y en consecuencia la aplicación de las politicas se limitan a la parte de la oferta de servciios dejando de atender el rol rector y de conducción, ademas de deberse al poco recurso humano tambien se le sum la falta de presupuesto.

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

Los Planes Operativos se realizan actualmente a nivel de la Región de Salud a través de los Departamentos y Coordinaciones Regionales; estos planes son subidos por cada responsable de la Unidad Ejecutora. El Departamento de Planificación Regional debe realizar la revisión previa al registro de los Planes para verificar que estén alineados con la Política Nacional de Salud y el Plan Estratégico de Gobierno. Una vez en la plataforma del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Nacional de Salud (SIMEPLANS), el seguimiento lo hace el Planificador, realizando cortes de monitoreo cada trimestre como esta establecido en la misma plataforma, cuya finalidad es revisar la dinámica del comportamiento del cumplimiento de las actividades y la ejecución presupuestaria, de forma de que las autoridades regionales puedan tomar decisiones oportunamente. Para poder realizar este monitoreo y evaluar los resultados obtenidos de la aplicación de actividades e intervenciones la plataforma debe ser alimentada con los datos de cada Unidad Ejecutora lo cual es bastante difícil en nuestra región dada la multiplicidad de funciones del personal, pero que sin embargo es posible realizar puesto que se ha logrado en algun año anterior.
Por otro lado el proceso de capacitación a los niveles locales se inició, debe darsele seguimiento para que en lo posterior sus planes tambien puedan ser monitoreados a traves de esta valiosa herramienta.

¿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?

Los principales aspectos en donde el nivel central inicide en el desempeño del nivel regional son principalmente en la centralización de las compras de ciertos insumos médicos y medicamentos asi como de algunos activos como equipos biomédicos, además la contratación inmediata del recurso humano.

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

La toma de decisiones se hace basada en la disponibilidad presupuestaria, la cual al tener que ser ajustada cada año obliga a las Unidades Ejecutoras a prioirzar actividades. Este año esta toma de decisiones se vio aun más afectada por la Pandemia debida a Covid- 19, ya que el presupuesto en su mayoría se tuvo que disponer para actividades necesarias para hacerle frente a la misma.

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

La función de supervision, evaluación y control de la provisión de servicios de salud en el sector publico y privado se realiza multidisciplinariamente bajo el liderazgo del Departamento de Provision de Servicios de Salud Regional. Es resposabilidad de este departamento la supervisión, pero se fortalece con el apoyo de las Coordinaciones relacionadas a servicios de apoyo al diagnóstico y otras coordinaciones relacionadas con la demanda y oferta de los servcios.

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

El análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, la planificación y coordinación se inición por el Departamento de Planificación de Salud Regional hacia el año 2018, sin embargo es una acción multidisciplinaria en la cual cada responsable dependeindo el tema específico debe participar y aportar recomendaciones para la mejora. Una vez se logre realizar este seguimiento dentro de la región de salud propia podrán participar otros sectores que estan ligados a temas de salud puntuales y cuyos objetivos y metas coinciden con los del Ministerio de Salud por lo que debemos hacer sinergia y no dividir el esfuerzo.

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

Solo el Hospital General Oriente Chiricano cuenta con tecnologia informatica y el soporte se recibe de parte del nivel central en ocasiones a traves del Proyecto SEIS en temas especificos realcionados al Expediente electrónico.

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

El Expdediente electrónico oficial se lleva en el Hospital General Oriente Chiricano la Clínica TARV lleva un expediente electrónico que aun no ha sido unificado con el SEIS, por otro lado el LSS- SUMA se lleva a nivel de la Sede Regional a través de la Coordinación de Farmacia y otras coordinaciones relacionadas con el manejo de insumos medicos.

¿Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica, (por ejemplo para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar el tipo de servicio a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitalización)?

La información suministrada a través de la tecnología informática, para el caso del Hospital es de gran ayuda para la gestión administrativa ya que se podría optimizar el rendimiento de las salas de hospitalización, sin embargo no ha sido utilizada hasta ahora. Los informes revelan la producción de la consulta externa con un solo especialista, por ejemplo de pediatria en el año 2016, y posteriormente en el año 2018 con dos funcionarios una menor producción y mayor número de traslados. Se hacenlos análisis y las recomendaciones pertinentes, pero quienes deben tomar las medidas no dan el seguimiento. A pesar de ello se puede decir que la informacion es de gran utilidad para la gestión administrativa y clínica.

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

Solo el Hospital General del Oriente Chiricano cuenta con teleradiología, expediente electrónico y forma parte de las instalaciones que se apoyan a traves del hospital virtual; La telesalud y telemedidina han sido utilizadas en 10 centros de salud y el Hospital General del Oriente Chiriciano, (periodo 2007- 2010 y luego año 2015), la experiencia fue positiva, sin embargo la falta de mantenimiento por parte del propio Proyecto a nivel nacional causó el deterioro de los equipos, por otro lado existe personal de salud que se resiste al uso de la tecnología.

La gran debilidad a tomar en cuenta al momento de retomar las estrategias, es la del mantenimiento de los euipos y la capacitación continua del peronal de salud y administrativo.

FOTOGRAFÍA Nº 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

1. Planificación Regional y Programación local

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

La actualización del análisis de situación de salud formalmente se realiza cada 3 años desde su inicio en el año 2016, sin emabrgo cada año se realiza la elaboración de planes estratégicos, planes operativos, proyecciones, se evalúan y miden resultados de indicadores en base a metas establecidas, en donde participa la mayoría de los actores involucrados a nivel regional.

¿La planificación regional es participativa?

La planificación regional es dinámica y participativa, ya que todos los programas y departamentos funcionan en base a una planeación elaborada desde el año anterior. Analizan y comparan resultados en base a los indicadores anuales, y fortalecen o cambian estrategias dependiendo de los resultados.

¿Quiénes participan? ¿Con qué frecuencia se efectúa este proceso?

Desde el año 2018 se inició la participación activa de las diferentes Unidades Ejecutoras a nivel regional y se retomó la participación local.

¿Existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS? Cómo se facilitan estos procesos?

No existe planificación conjunta, ya que no contamos con instalaciones de la CSS dentro del territorio de Comarca Ngabe Bugle, sin embargo debe tomarse en cuenta ya que los Hospitales de mayor complejidad a donde se refieren los pacientes son de la CSS. Se cumple con lo dictado en la Constitución de que la salud es un derecho universal y no se niega la atención, sin embargo es de importancia conocer los procedimientos y costos de estos servicios, además dentro de las instalaciones de salud de esta Comarca se atienden pacientes fuera de área que son asegurados (3.09 %). Mas que para una compensación de costos la planificación e información debe servir para un análisis exhaustivo que nos ayude a mejorar la oferta y sobretodo la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud APS..

Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

No se realiza.

¿La población participa del proceso de planificación sanitaria? ¿Cómo participa? ¿Desde qué momentos?

Si se le da participación a la población para la planificación sanitaria a nivel local donde la comunidad da sus aportes referentes a cambios o mejoras sobretodo en los servicios de salud ofertados.

¿Cómo y quiénes efectúan la convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de planificación regional y de programación local?

Los Comites de salud son los encargados de convocar a la comunidad en el momento en que el equipo de salus local este realizando las consultas para prioirzar las actividades.

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

Las metas establecidas se evalúan a traves de indicadores de salud con la información de registros de estadísticas en salud regional; Los indicadores de evaluación de insumos se miden en base al abastecimientos y demandas no satisfecha de renglones agotados de diferentes tipos de insumos, indicadores de procesos y resultados medidos con actividades propuestas para alcanzar metas dentro de los planes anuales o semestrales; Las evaluaciones son realizadas por coordinaciones encargadas de los diferentes suministros, los programas también miden sus indicadores; estas actividades se realizan dos veces al año por la limitante del recursos financieros y la multiplicidad de funciones del personal de salud. En este año, no se han realizado a la fecha estas actividades y en su lugar se están reprogramando actividades debido a la Pandemia por coronavirus.

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

Se trabaja en un Plan Quinquenal de Inversiones y de Recursos Humanos por parte del Departamento de Planificación de salud quien lo realiza de manera consultiva revisando las prioridades de los niveles locales y luego la prioirzación de la Dirección Regional. Los planes operativos se realizan cada año tanto por las coordinaciones regionales como por los niveles locales. Aun encontramos muchas deficiencias en la Planeación operativa local y regional, sobretodo en la alineación de actividades con la politica nacional de salud y el plan estratégico de gobierno, la construcción de nuevos indicadores para medir metas esoecificas dentro de esta comarca. Se ha orientado al personal para que utilicen como base

los planes estratégicos de sus programas y los indicadores de compromisos nacionales e internacionales, sin embargo sobretodo los niveles locales desean medir otras actividades por lo que se hace necesario continuar el reforzamiebto de la planificación a estos nivles.

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

Los análisis de situación se utilizan y se priorizan para elaboración de planes y estrategias.

¿Estos planes incluyen a otras entidades del sector?

Hasta ahora no se realiza planeación conjunta, durante el análisis y valoración de la Red Integrada de Servicios de salud, RISS, se concluyo que debe existir una sola Gobernanza y que la planeación debe ser conjunta e intersectorial con una apmlia participación social para lograr mejores resutados.

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

El SIAL, se lleva a nivel de la sede regional, con un oersona que alimenta la información en los formatos establecidos. En base a la información que de este obtenemos podemos hacer movilización de insumos a lugares donde se requieren con lo cual se disminuyen los insumos vencidos. Y además se mejora el abastecimiento de las instalaciones sobretodo las del nivel mas básico como Puestos de salud.

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

Se ha avanzado ya que se retomó la captura de información en el Sistema desde al año 2017, sin embargo hace falta recurso humano para lelvar al dia dicha información y además hacer cortes para evaluaciones periódicas sobre abastecimeintos y verificar si la cadena logística de sumnistros esta funcionando de manera óptima y si en realidad estamos aseguarndo los insumos a los usuarios.

2. Presupuestacion por objetivo

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

Los presupuestos se programan de acuerdo a los resultados obtenidos en los indicadores de las actividades priorizadas.

¿Cuál es la proporción del presupuesto asignada a la atención de la población y cuál a las funciones de salud pública y del ambiente?

El presupuesto es asignado históricamente, las variamciones en los montos depende de situaciones inesperadas dentro de la región de salud como desastres naturales, también aumentan cuando se elaboran estrategias nuevas a nivel nacional que requieren la alimentación del presupuesto regional para alcanzar sus metas como por ejemplo Programas de infraestructuras, Programas para abastecimiento garantizado de isnumos medicos. La mayor parte de el presupuesto asignado regularmente obedece a fondos para funcionamiento en la atención de la población, para los temas de funciones de salud pública y del ambiente generalmente los fondos son escasos y ademas estan centralizados.

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

El nivel de responsabilidad de los directores distritales en el proceso de elaboración de presupuesto se habia dado en los años 2007- 2008, luego hubo una interrupción en la cual solo el nivel regional le programaba a los niveles locales. El seguimiento de la ejecución presupyestaria y la rendicion de cuentas solo se realiza a nivel regional. Cabe señalar que los distritos no poseen unidades administrativas ejecutoras de presupuesto.

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

Los Convenios de gestión son una herramienta de apoyo para el monitoreo y evaluación de las metas y la ejecución del presupuesto cónsono con las actividades planeadas, no asi para compras fuera de las prioridades por decisión unilateral; Su reactivación ayudaría a mejorar la toma de decisiones a nivel estratégico que es lo que finalmente buscamos con esta herramienta de gestión. Conociendo que los Convenios de gestión nacen como parte de las herramientas para desarrollar una Gestión por Resultados de forma de encontrar soluciones a

problemas públicos basados en análisis económicos, con ellos deberíamos poder priorizar la financiación de los resultados y no solo la de los insumos como se realiza actualmente. El personal de salud deberá ser motivado a través de un incentivo atractivo para que se logre concentrar en las metas propuestas dentro del Convenio y además mantener el control de los recursos gastados para realizar la actividad que nos lleva a esa meta. Un Convenio de Gestión con enfoque no integrado nos ayudaría a avanzar de manera transversal en nuestro sector y no dependeriamos del apoyo político cuando se presenten temas de reformas claves durante la implementación.
El Ministerio de Salud de Panamá tiene experiencia en Convenios de gestión y esta experiencia junto a la de otros países de la Región nos indican que mejorariamos la eficiencia y calidad del gasto en salud sobretodo cuando queremos caminar hacia una Salud Universal. El enfoque no integrado nos permitirá que el Convenio sea subscrito de manera voluntaria a nivel de las Regiones de Salud y los distritos sanitario y / o las instalaciones de salud, mientras el nivel central tendrá que crear incentivos lo suficientemente llamativos como para aumentar la demanda de Convenios de gestión a nivel nacional.

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

Actuamente se llevan a cabo Convenios de Gestión dentro de la Región de Salud a traves de la esrategia de Extensión de Cobertura (FORIS: Programa de **Fo**rtalecimiento de las **R**edes **I**ntegradas de **S**ervicios de Salud), ademas existen Convenios de gestión firmados cada 2 o 3 años para el uso del SEIS (Sistema Electronico de Información de Salud) es decir para el uso del Expediente electrónico. De alli algunos acuerdos puntuales entre sectores.
A nivel de Región se debe poder introducir compromisos con los niveles distritales que incluyan las metas que hasta ahora no se han podido alcanzar y que son parte de compromisos o adenas internacionales. Serían convenios con componentes de servicios y de gestion de manera de avanzar hasta lograr evaluar el impacto en los resultados obtenidos.

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

Hasta ahora el porcentaje del presupuesto de salud para la salud publica se ha aumentado, pero es centralizado y se da solo en situaciones específicas como en este caso la Pandemia por Covid- 19. Para el Hospital General del Oriente Chiricano se depositó B/ 1,000,000.00 de manera que pudiera hacerle frente a la situación de salud. La propia Región de Salud ha tenido que utilizar fondos de la Estrategia de Extensión de Cobertura para tema de contratación de personal de salud, insumos y hasta infraestructura, y el nivel central esta depositando la demanda en cuanto a horarios extras para realizar investigaciones, trazabilidad y seguimiento de pacinetes en los Albergues Covid- 19.

3. Incentivos

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

Solamente se ha establecido a nivel nacional un bono de desempeño que en la actualidad no satisface la realidad de las competencias del personal, no hace ninguna diferencia entre quien realiza su trabajo con esmero y sobrepasa el rendimiento de quienes simplemente se limitan a cumplir una función sin analizar los resultados. Se debe poder introducir un incentivo real, al merito del personal de salud sea cual sea su cargo y funciones de manera que se note que hacer un buen trabajo con eficiencia y calidad hace la diferencia en los resultados tanto de metas como de evaluación del personal.
De manera indirecta se premia a las instalaciones de salud que hacen un esfuerzo por mejorar su infraestructura ya sea con apoyo regional o de autogestión que es lo que realmente se busca, asi existen dentro de la Comarca Ngabe Bugle Centros de Salud que han ganado primer y segundo lugar en mejoras y han obtenido vehiculos 4x4 para realizar sus labores locales, asi como televisores para promoción de salud, computadoras para realizar sus informes administrativos entre otros. Este evento es liderado por la Dirección de Promoción de la Salud.

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

Como se mencionó en la pregunta anterior este bono no satisface la realidad de las competencias y esfuerzo de los funcionarios, el mismo obedece practicamente a un aguinaldo navideño del cual todos son merecedores sin importar el desempeño.

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

En base a la productividad se han aplicado incentivos dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura, fuera de este realmente no se aplica ningun incentivo al personal de salud. Para la usabilidad del SEIS, Sistema Electrónico de informacion de Salud (Expediente electrónico), se trata de entregar certificados al merito a aquellos funcionarios sobresalientes en el uso del mismo y se complementa con artículos promocionales, estos articulos deberían poder ser individualizados y no entregarse de manera rutinaria. Esto podría hacer una diferencia, por otro lado debería realizarse una encuesta para conocer que tipo de incentivos realmente motivan al personal y no asumir el mismo.

Se considera qué un sistema de incentivos impactará sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud?

Se piensa que un sistema de incentivos bien aplicado podría impactar la relación costo- beneficio y costo efectividad en los servicios de salud, ya que según estudios en países desarrollados el personal motivado realiza mejor sus labores y expresa su creatividad logrando un mejor desempeño de sus funciones lo cual se reflejaría en el beneficio y la efectividad que debe tener el servicio de salud.

4. Sistema de abastecimiento y suministro

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

En la actualidad las especificaciones técnicas de los insumos sanitarios para los diferentes servciios las determina la Dirección de Medicamentos y otros insumos médicos del Ministerio de Salud creada en el período 2014- 2019. Se reúnen con expertos de otras Direcciones nacionales e instituciones para revisar los insumos y verificar las especificaciones técnicas acorde a las necesidades de la demanda en el país.

¿Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios?

En cada Almacen de Medicamentos y otros insumos sanitarios se lleva un kardex ciego. Además a nivel Regional la Administración lleva el kardex institucional el cual se compara con el LSS _ SUMA, hasta ahora ha sido de mucho beneficio sobretodo al momento de las auditorias internas.

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

Las compras son centralizada en base a un cuadernillo anual. Cuando en el presupuesto del año vigente contamos con asignaciones presupuestarias se realizan las compras a nivel regional. La entrega de estas compras centralizadas llegan con 6 meses de atraso, en consecuencia el insumo no esta de manera oportuna a la disposición del ususario para el cual fue programado, en términos de demanda no satisfecha este proceso nos afecta, sin embargo se conoce que las compras a gran escala e internacionales abaratan los costos de insumos sanitarios con mejor calidad.

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

Se conoce la existencia de compras a través de organismos internacionales como COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamerica y Rep. Dominicana), OPS y UNFPA; el mecanismo internacional de la compra y el detalle del mismo se manejan a nivel central.

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

Para las compras regionales los proveedores que cumplen con los requisitos establecidos en los pliegos de cargos son considerados para evaluar su producto, según el tipo de compra, generalmente de Contratación menor (B/ 3,000.00 a 30,000.00), se adjudica la misma. Participa la Unidad Ejecutora que realizó la solicitud.

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

Las Comisiones evaluadoras se conforman cuando las compras sobrepasan de los B/ 50,000.00, las mismas deben estar conformadas a traves de Resuelto Ministerial y los integrantes deben ser expertos en el tipo de insumo, ser objetivos e imparciales a la hora de la evaluación, y redactar un informe de la evaluacióno verificación realizada.

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

Actualmente los pagos se realizan al contado, aunque en los documentos de orden de compra se indica que la compra es a crédito, en realidad son compras para las cuales se tienen fondos dentro de la cuenta presupuestaria regional.

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

El control de las pérdidas y fraudes esta a cargo de la Dirección de Farmacias y Drogas, quienes envían información a las regiones de salud en alerta a proveedores inhabilitados, productos sin registros sanitarios, o productos con fallas terapéuticas, etc. Los descartes hasta ahora no han sido efectivos, los requisitos se cumplen sin embargo solo existe en el país un proveedor para el procedimiento, la región de salud acumula productos vencidos que no pueden ser

descartados en el año de vencimiento; por otro lado se ha mejorado la dinámica de los insumos y el vencimiento es menor.

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

El tema de vencimiento en los insumos se ha mejorado gracias al LSS-SUMA ya que podemó del pais donde exista la necesidad, el traslado del insumo se debe realizar al menos 3 meses an,tes del vencimiento o puede estar alejada la fecha de vencimiento pero se conoce por los movimientos en el inventario, que no estan siendo utilizados y por lo tanto se pueden enviar a una isntalación donde si esten requiriendo dicho insumo.

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

Cada año se debe llenar un cuadernillo de insumos sanitarios, en este llenado participan los niveles locales, expertos en programas y coordinadores de los insumos. Una vez revisado el producto final del cuadernillo , este es enviado al nivel central, es importante mencionar que el cuadernillo sufre ajustes en los costos y se deben priorizar los insumos al monto que el nivel central indica según disponibilidad financiera. Esta lista de insumos será la que le nivel central comprara para la región de salud los procesos (licitación pública, homologación, revisión de precios, adjudicación ,órdenes de compra y entrega en el almacén nacional y es este el que entrega a los almacenes regionales, según cronograma), se realizan en el nivel central y se envía el insumo 6 meses después siguiendo un cronograma de entregas nacional. Una vez el insumomllega al Almacen de medicamentos e insumos médicos cada coordinador organiza la entrega a las diferentes instalaciones de salud.
Las principales limitantes son que el Almacen actual no posee las condiciones de almacenamiento adecuadas, el recurso humano es insuficiente y apenas se cuenta con un pick up de una cabina y un vehiculo tipo camión pequeño para el trasnporte de los insumos a las 108 instalaciones de salud de la Comarca Ngabe Bugle.

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

No hay convenios con la CSS, todas las instalaciones que tenemos dentro del territorio comarcal son MINSA. tampoco se celebran convenios con las instalaciones de la CSS de referencia.

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

Para la elaboración del cuadernillo de los diferentes insumos médicos que se compraran participan miembros del Comité de Farmacoterapia y Farmacovigilancia, Coordinadores de Programas Regionales, Medicos de los Distritos; se verifica el comportamiento de la dinámica de morbimortalidad conlas estadisticas del año en curso y al menos 3 años anteriores para analizar la cronologia de los eventos y el comportamiento, basados en los protocolos ya existentes se confecciona el listado de los insumos en los diferentes cuadernillos para tal efecto.

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

La estimación de necesidades se realiza en base a la Logística de Consumo , perfil epidemiológico, la dinámica demográfica y las evidencias de las morbilidades regionales.

¿Cómo se registra la información de consumo?

Se registra en el SIAL (formatos de consumo diario , mensual y trimestral)

Conoce las modalidades de compra?

Las modalidades que más se utilizan a nivel de la Región de salud son las Compras de contratación menor (B/ 3,000.00 a 30,000.00), la Licitación Pública (compras de más de B/ 50,000.00) donde siempre se elige la de menor valor, Licitación por mejor valor (compras mayores de B/100,000.00) estas generalmente se realizan a nivel central y son compras de infraestructuras o servicios, Licitación para convenio marco que depende del tipo de insumo que se requiere adquirir.

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

Este manual es con el cual se nos supervisa cada año el Almacén de medicamentos y otros insumos médicos, en el se describen las especificaciones que debe tener cada tipo de insumo para su almacenamiento, requisitos del ambiente de trabajo como áreas funcionales y prevención de riesgos.

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

Para subir un Perfil de Proyecto se requiere que los terrenos donde se contruira el mismo sean del Estado y específicamente en este caso pertenezcan al Ministerio de Salud, hasta ahora se posee un borrador con las áreas funcionales y dimensiones del Almacén, basados en los incumplimientos encontrados en las supervisiones que realiza Farmacias y Drogas Nacional, pero al no contar con el terreno se dificulta estimar un monto.

5. Sistema de información en salud

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

Disponemos de Sistema de Estadisticas Medicas (SIES: Sistema de Informacion y Estadisticas de Salud), Sistema de Vigilancia Sanitaria para temas de Salud Pública (SISVIG), Sistema de Monitoreo de pacientes que viven con VIH (MoniTARV), Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS), SIREGES que es el sistema de registros de estadisticas de salud de la Estrategia de Extensión de Cobertura, SIMEPLANS (Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Política Nacional de Salud para el seguimiento de los Planes Operativos y la Ejecución presupuestaria), todos estos deben ser alimentados para tener información real y tomar decisiones oportunamente.

La información disponible ¿se utiliza en forma efectiva para la toma de decisiones regionales y locales?

Con la Pandemia por Coronavirus se evidencio la efectividad de los sistemas utlizados, ya que la información pudo ser evaluada y la toma de decision se realizó oportunamente en el caso de los cluster que surgieron en el Distrito de Jirondai, las medidas fueron aplicadas de manera inmediata por el nivel local con apoyo regional.
En general estos sistemas nos ayudan a tomar decisiones, sin embargo se requiere de mas recurso humano para poder mantenerlos al dia.

¿Cómo se evalúa la calidad de la información? ¿Quiénes y cuándo se evalúa? Se aplica la auditoria informática?

La calidad de la informacion no es evaluada, la herramienta usada aun posee fallas que no permiten obtener ciertos cruces de datos.

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

En los últimos 5 años el análisis se realiza a nivel regional, los equipos de salud en la mayoria de los casos no tienen idea de cómo van sus estadisticas. Desde el 2018 año en que se retomo la elaboración de Planes Operativos por los nivles locales, se les solicito la realización de sus análisis de resultados en los períodos evaluados (2017) y 3 años atrás para evaluar el comportamiento de indicadores; Se realizó por parte de Planificación de Salud Regional, Talleres de capacitación en Planificación estratégica y operativa, análisis de situación de salud, alinemaineto de actividades con la Politica Nacional de Salud 2016- 2025 y el Plan de Gobierno, Medición y contribución de cada distrito en el logro de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y priorización de actividades asi como la formulación de sus presupuestos en base a los insumos requeridos para realizar las actividades de sus planes operativos; Cada director de distrito presentó su plan operativo, posterior a este evento debido al coronavirus no se continuaron los Talleres previstos, sin embargo se considera que en los 3 talleres realizados se les dieron las herramientas básicas para que a nivel local puedan utilizar la información estadística para realizar su análisis y replanteamiento de intervenciones, debe darse seguimiento a este tema. En Provisión de Servicios de Salud por ejemplo, se verifican las atenciones brindadas en promedio y cuantas corresponden a controles de salud, también se utiliza la informacion para tomar desiciones sobre extender horarios en Centros de Salud o redistribuir horarios extras donde haya mayor demanda en una situacion no contemplada o inesperada, En todos los casos los cambios o ajustes realizados han sido oportunos.

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

El uso de la información esta definido por el nivel central a través de la Oficina de Organización y Desarrollo Institucional (OODI), basado en la Ley 6 del 22 de enero del 2002, que adopta las normas para la transparencia en la gestión pública y la acción de habeas data.

¿Con qué mecanismo establecen los usuarios sus necesidades de información?

Los usuarios hacen notas de solicitud formal de copias de sus expedientes y se les tramita a penas la información llega a la sede regional o en el caso del Hospital de San Felix la nota de solicitud llegue a Reges y este conteste para devolver la información a quien la solicitó. Generalmente los juzgados son quienes piden informacion de manera formal.

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

Actualmente no tenemos centros de producción establecidos, pero se inicia por parte de la Dirección de Planificación de Salud un plan piloto en algunas regiones de salud con la Metodologia de la Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS), cuyo propósito es desarrollar o mejorar un sistema de información gerencial para la toma de decisiones en la gestión de instituciones o redes de servicios de salus apliacando las herramientas de esta metodologia. Con la misma el nivel central busca fortalecer las capacidades gerenciales de los servicios de salud. El contenido tematico del curso es el fortalecimiento de las capacidades gerenciales, la cosntruccion de indicadores de gerenciales, el análisis de la información, y la toma de decisiones.

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

Contamos con sistemas de información paralelos, se esta tratando de realizar la unificación de los mismos.

6. Equipamiento y tecnología

En los talleres de Planificación de salud se solicito a los directores de distrito entregaran la situación y necesidad de equipo biomédico, con el objetivo de enviar la información al Departamento de Provisión de Servicios de Salud y este en conjunto con los niveles locales desarrollaran un Plan de adquisición, reposición y mantenimiento de los equipos biomédicos de la instalaciones de salud de la Comarca Ngabe Bugle y desarrollar con este Plan un Programa de Continuidad dentro del Banco de Proyectos del Ministerio de Economía y Finanzas. Dicho Plan no se ha obtenido.
Debido a la Pandemia por Covid- 19 se tuvo que dotar de equipos a las diferentes instalaciones de salud, sobretodo camas hospitalarias, equipos menores como termómetros digitales, oxímetros de pulso, estetoscopios, esfigmomanómetros, pesas y balanzas entre los principales.

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL (2020)

Cuadro No. 16

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas	**87**	**87**	**…**	**…**
Hospital General del Oriente Chiricano	56	56		
Centro de Salud de Hato Chamo	7	7		
Centro de Salud de Soloy	6	6		
Centro de Salud de Llano Ñopo	4	4		
Centro de Salud de Buenos Aires	3	3		
Centro de Salud de Kankintu	4	4		
Centro de Salud de Rio Chiriquí	2	2		
Centro de Salud de Santa Catalina	2	2		
Centro de Salud de Bisira	2	2		
No. de servicios de imagenologìa	1	1		
• **No. De Ultrasonidos**	3	3		
• **No. De Rayos X**	1	1		
• **No. De Panorex**	0	0		
• **No. De Periapical**	1	1		
• **No. De CAT**	0	0		
• **No. De Mamógrafos**	1	1		
• **No. De Equipos de resonancias magnéticas**	0	0		
No. de Laboratorios Clínicos	3	3		
No. de Bancos de Sangre	0	0		
No. de Farmacias	14	14		
No. de Sillones Dentales **Completos** **Incompletos**	12	12	…	…

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

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

Población de responsabilidad del Hospital General del Oriente Chiricano es de 159,400 habitantes lo cual nos da 3,5 camas por 10,000 hab. Mientras que en el nivel primario contamos con un total de 31 camas y una poblacion de responsabilidad de 224,823 habitantes lo cual arroja 1.3 camas por 10,000 hab.
La recomendación de la OMS es de 3 camas por 1,000 habitantes, lo cual nos deja una capacidad instalada muy por debajo de la requerida. Para hacerle frente al coronavirus hemos habilitado 15 Albergues Covid- 19 , los cuales poseen una capacidad para 550 personas, cabe señalar que camas hospitalarias no existen esta capacidad es de camas ¾ comunes y catres con lo cual la capacidad instalada de camas queda igual; todo paciente que requiera atención de mayor complejidad debera ser referido a las Instalaciones de salud de las regiones aledañas. Los Albergues Covid- 19 fueron instaurados para aisalmiento estricto de las personas del resto de la comunidad para disminuir la transmisión viral, dado a que las costumbres de la población son vivir en hacinamiento, se espera una transmisión elevada de esta enfermedad para lo cual la habilitación de los Albergues Covid- 19 son una intervención adecuada que requiere de promoción y educación del uso de los mismos hacia la población.

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

El mecanismo utilizados dentro de la unidad hospitalaria para el reporte de estudios por imágenes realizados es a través del sistema de tele radiología en la cual las imágenes son captadas y procesadas a nivel local e interpretadas en el nivel central cuyo reporte es remitido nuevamente hacia la instalación en periodo aproximado de 10 días. Actualmente existe una especialista en radiología quien lee los reportes semanales por lo que se hace mas expedito los resultados, aun asi nos seguimos valiendo del Hospital virtual.

Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?

Del total de estudios realizados un 2 % no es retirado, todos los estudios se leen ya sea a traves del Hospital virtual o por la medico radióloga en el caso del Hospital. Las imágenes de urgencias no son informadas ya que se van con el paciente en el traslado, si es un Hospital de la red de teleradiología ésta se busca en la plataforma.

¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación

A nivel de Hospital y Regional no contamos con presupuesto para reparación y/ o mantenimiento de equipos biomédicos, se realiza por el nvel central. El Hospital

recibe B/ 23,490.00 anuales que se utilizan para algunas piezas, baterias de sus equipos.

¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.

No contamos con personal de mantenimiento de equipos biomedicos, nos apoya el nivel central o la región de Chiriquí cuando es estrictamente requerido.

¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?

A nivel Regional B/ 875,000.00, sin embargo no se cuenta ni con el objeto de gasto para equipo biomédico.

Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?

Criterio de equipamiento básico segun tipo de instalación y servicio ofertado, sin embargo en la actualidad no se cuenta con datos de este procedimiento.

FOTOGRAFÍA Nº 9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Compensacion de costos

¿Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, comente sus experiencias?

El sistema de compensacion existe, sin embargo este no se esta llevando a cabo. Actualmente estamos segregando los pacientes asegurados atendidos en el Hospital, para unirlo al total Regional que es un % muy bajo. Sin embargo el peso se siente en el area del Oriente Chiricano, ya que la farmacia del hospital abastece a la población que no encuentra insumo en los Centros de Salud de la Región de Chiriqui en el área del Oriente de la provincia, aun asi se brinda el servicio, sin embargo existe población que no es contemplada en nuestros cuadernillos de suministros sanitarios, por ser del Oriente de la Region de Chiriqui; por ello es prioridad entablar algun convenio o acercamiento con la Region de salud de Chiriqui y con la CSS para que el Hospital cuente con recursos financieros suficientes para seguir dando respuesta a esa población asegurada sin dejar desprotegida al resto que son quienes en realidad contemplamos en nuestro presupuesto.

¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento, los recursos y los resultados? ¿Qué decisiones se toman a partir de este análisis?

Regionalmente no se hacen análisis de costos. Se realiza un análisis de las instalaciones 24 horas , la demanda, los resultados obtenidos y el costo que conlleva el mantener estos servicios abiertos durante todo el año. Por ello se debe usar el horario extra para realizar citas de control, procedimientos menores, capacitaciones, etc. Actividades programadas sin desgaste del personal de salud, pero con soluciones para la población que es quien en realidad demanda los servicios de salud y sabemos que no poseen otra alternativa de atención.

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

Aspectos de la atención que determinan su costo: principalmente la promoción y prevención deficientes; que se tenga que realizar traslados por falta de insumos o equipo biomédico básico, enfermedad avanzada que no podra ser resuelta en Centro de Salud con camas, las distancias, el personal de salud disponible para

brindar la atención, personal no calificado o ausencia del personal con mayor capacidad resolutiva.

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

Regionalmente no tenemos tarifas establecidas, el Hospital posee tarifas adecuadas a la población y su nivel socioeconomico basado en recomendaciones de tablas de tarifas del Ministerio de Salud.

Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?

Debe ser afectada en gran manera, sin embargo al no llevar los costos no tenemos una idea clara de la magnitud de la afectación.

2. Fuentes de financiación

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

No, Para la Región Ngabe Bugle han aumentado, pese a la existencia de Programas destinados a disminuir el indice de pobreza mediante el acceso a salud y educación, estos programas han perdido su enfoque y hacen que la población no le de la verdadera importancia a gozar de buena salud, mucho menos si no tiene costo alguno; sin embargo se invierten esos bonos en celulares, maquillajes, y sustancias no nutritivas como sodas y chucherias con colorantes artificiales. Hace falta un adecuado seguimiento y orientación a la población por parte de los promotores del Ministerio de Desarrollo Social en conjunto o con apoyo del Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud.

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

Para el año 2018 se destinó a salud un 20.08 % del Gasto Público, un gasto similar al de hace unos 10 años, donde en el 2007 el % del Gasto Público destiando a salud fue de un 20.72 % . De igual manera al menos en la Comarca Ngabe Bugle no vemos grandes cambios en los indicadores de salud.

¿Cómo funciona el sistema de evaluación socio-económica? ¿Permite la recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios? ¿Qué modificaciones deben realizarse? ¿Se conoce la diferencia entre costos y tarifas?

No existe una real evaluación socioeconómica, dentro del territorio comarcal la atención es gratuita; en el Hospital General del Oriente Chiricano se recauda usando las tarifas estándar del Ministerio de Salud, si el paciente no puede pagar se le pone un sello de exhonerado. No se lleva un control del costo real de la atención.

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

Las Resoluciones de gratuidad han aumentado las atenciones de control y morbilidad en las instalaciones de salud sobretodo aquellas de tipo Centro de Salud.

¿Dentro de su región de salud, a qué población debe subsidiar el Presupuesto del Estado?
Se subsidia a toda la población.

El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria?
Este subsidio en realidad no garantiza la equidad sanitaria, ya que la población esta dispersa y el recurso humano es el menor del pais, de manera que para lograr las mismas metas que en otras regiones del pais el esfuerzo es mayor.

¿Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultadas para la organización del sistema? ¿Qué normas deberían regularlas?
En realidad las donaciones no son una fuente importante de financiamiento, en ocasiones lo que es donado no es lo que se requiere; en los últimos meses debido a la pandemia por coronavirus se han estdo realizando donaciones sobretodo de insumos de desinfección y cabinas para realizar los hisopados, oximetros de pulso y termómetros. Aun no tenemos una cifra para estas donaciones ya que llegan sin precios, inclusive los insumos del nivel central se envían en cantidad sin costos.

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

Se han recibido principalmente de organismos internacionales fondos destinados a compra de ambulancias y construcciones de instalaciones de salud. En su mayoría el donante entrega el insumo.

¿Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?
Se desconocen las tarifas reales, prácticamente no se recauda en esta región de salud, pero no se piensa que exista una sobreutilización del sistema mas bien una duplicidad de la red fija con los proveedores externos.

¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto público en salud, privado y de bolsillo?

No recaudamos, por lo que no contamos con información sobre gasto de bolsillo actual, pero según la Encuesta de Gasto de Bolsillo realizada por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, ICGES del 2014, el gasto de bolsillo al menos en el distrtito de Besiko fue de B/ 19.79 en promedio llegando a gastar desde B/ 2.00 en malestares de gastrtitis hasta B/ 60.00 en dolor de cabeza y migrañas; comparado con otros distritos encuestados donde la Comarca Madugandi gastó B/ 15.00 en dolor de cabeza y migraña y los distritos de las provincias de David y Colón gastaron hasta B/ 200.00 anuales en medicamentos para la Diabetes.

Existen recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta (ancho de banda, servidores, contratación de servicios de internet).

Actualmente las contrataciones para la instalación o mejoras de tecnologías de punta se realizan a nivel central, como por ejemplo el Proyecto del Sistema Electrónico de Información de Salud cuya conectividad y almacenamiento de información se realiza a traves de un Proveedor externo, también los mantenimientos de equipos biomedicos de teleradiología.

¿Quién decide y sobre qué base, el proceso de gestionar, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes? (responsabilidad social, empresarial a nivel nacional, regional y local).
Se realiza a nivel Central.

¿El sector salud está en conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud?
Se tiene el conocimiento y las bases legales para obtener recursos a través de la cooperación internacional, lo que se requiere son donantes que respondan a las demandas reales solicitadas por estas vías. Es importante mencionar que cada país tiene un protocolo que debemos cumplir al solicitar algun tipo de apoyo, generalmente la Embajada de Japon apoya con la compra de ambulancias para las comunidades, posteriormente esta ambulancia debe ser traspasada al ministerio de Salud para poder darle el menatenimiento en el caso en que la comunidad no se organice y asuma estos costos; también se reciben donaciones de infraestructura como por ejemplo a tarves de la Emabajada de los estados Unidos de América, quienes también poseen sus requisitos.

FOTOGRAFIA Nº 10: PROYECTOS DE INVERSIÓN

FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN

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

Las mejoras y mantenimiento de las infraestructuras ya existentes asi como su equipamiento son las inversiones requeridas para iniciar el desarrollo de la RISS.

¿Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión? ¿Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?

Los criterios principales son la viabilidad del proyecto, basicamente al ser proyectos de interés social deben estar alineados con el Plan Estratégico de Gobierno para ser considerados. Antes de subir cualquier proyecto este debe ser pasar por la revisión por parte de la Comisión Evaluadora de la Dirección de Planificación de Salud, para el caso de Proyectos nuevos, una vez se realiza la aprobación de la viabilidad se puede subir como perfil dentro del Banco de Proyectos del MEF. Este debe cumplir con requisitos mínimos según el monto total como por ejemplo estudios de factibilidad que se exigen cuando el proyecto tiene un costo mayor a 5 millones de dolares. La principal dificultad es el poco recurso humano destinado a elaborar los perfiles, ingresar el perfil dentro del Banco del MEF y realizar la solicitud de fondos siempre que se cuente con internet no debe existir dificultad. Los Proyectos de mayor complejidad o aquellos que se realizan en fases se suben a nivel regional y se monitorean con apoyo del nivel central, los planos en ocasiones también los desarrolla el nivel central tomando en cuenta las áreas médico funcionales previo visto bueno de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

¿De los proyectos de inversión del año 2020 y los proyectados para el 2021, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)? ¿Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada?

De hecho todos los proyectos apuntan a mejorar la red de servicios, y buscan fortalecer la atención primaria, sin embargo en los últimos 10 años proyectos como tal fueron aprobados para la vigencias 2016 a 2019, pero los fondos no fueron depositados a la region de salud y otros quedaron con licitaciones desiertas. Los proyectos que se han logrado realizar basicamente son los que se priorizan bajo el Programa de Mejoramiento de las instalaciones de salud de la Región Ngabe Bugle, a pesar de que se envia en menor cantidad que la aprobada siempre se logra realizar alguna actividad por parte de infraestructura.

Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.

Existen por parte de la Embajada de Los Estados Unidos de Norteamérica los Centros de Salud de Quebrada Hacha de Besiko (2019) y el Centro de Salud de Hacha de Kankintu (2019), ambos fueron reposiciones de infraestructuras existentes y con la resposición se elevaron de complejidad de acuerdo al análisis de la red. Estan pendientes los equipamientos y el recurso humano completo.
En el 2013 se inauguro el Centro de Salud de Alto Caballero financiado tambien por la Emabjada de los estados Unidos de Norteamérica y a traves de los diferentes periodos se recibe cooperación tecnica internacional a traves de la Embajada de Japon que principalmente apoya a las comunidades con ambulancias.

¿Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado?

Se cuanta con el Plan Quinquenal de inversiones, el cual se revisa y actualiza cada año. Este Plan incluye proyectos de continuidad como el Programa de Mejoramiento de las Instalaciones de Salud de la Región Ngabe Bugle con codigo SINIP 12112.999, y proyectos nuevos que consisten en ampliaciones y reposiciones basicamente. El programa de equipamiento aun no se ha subido (desde el 2018), por falta de información del Departamento reponsable.

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

El Plan ya contiene las prioridades regionales analizadas.

ANEXOS

Anexo 2

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD NGABE BUGLE
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION DE SALUD

NOMBRAMIENTO DE PERSONAL TRANSITORIO Y NECESIDADES PRIORIZADAS DE RECURSO HUMANO ANTE LA PANDEMIA POR COVID- 19

CARGOS	Necesidad real de personal	Posiciones transitorias	SUELDO MENSUAL	SUELDO 12 MESES	XIII MES	SOBRESUELDO	PRESTACIONES SOCIALES		COSTO ANUAL	Descripción
							SS (9.75)	SE		
TOTAL	**206**	**96**							**$ 1,093,039.92**	**Población: 224,823 hab. Extension territorial total: 6,968 km2**
Medico General	16	**5**	2,892.40	34,708.80			3,384.11	433.86	192,633.84	Se requieren (16) medicos para cubrir 8 horas de atencion y seguimiento medico en los (16) Albergues programadoas a lo largo de todo el territorio Comarcal. Ademas mientras no existan pacientes en los Albergues se deben reforzar las actividades de investigación Epidemiológica en campo como parte de los ERR, también se debe realizan actividades extramuro de Atención Primaria que incluyen las visitas domiciliarias. Se debe cubrir descanso reglamentario segun rotaciones.
Enfermeras	16	**4**	1,799.00	21,588.00			2,104.83	269.85	95,850.72	Se requieren (16) enfermeros para cubrir (8) horas de actividades de seguimiento y cuidados de enfermeria en los (16) Albergues programados a lo largo de todo el territorio Comarcal. Ademas mientras no existan pacientes en los Albergues se deben reforzar las actividades extramuro de Atención Primaria. Descanso reglamentario. Actividades de gestion administrativa.
Tec. Enfermería	16	**10**	1,166.20	13,994.40			1,364.45	174.93	155,337.84	Se requieren (16) tecnicos de enfermeria para cubrir (8) horas de actividades propias del perfil, ademas cubrir las actividades extramuro de atencion primaria, cubrir actividades en giras medicas y otras extramuro.
Educador para la Salud	16	**2**	980.00	11,760.00			1,146.60	147.00	26,107.20	Se requieren (16) educadores para la salud para fortalecer las actividades de promoción en Albergues y giras medicas.
Inspector Saneamiento Ambiental	16	**1**	925.00	11,100.00			1,082.25	138.75	12,321.00	Se requieren (2) inspectore de saneamiento ambieintal para cubrir 16 horas de giras en el corregimiento de Camaron arriba cuya Extensión territorial total es de 49.7 km2 , y vacaciones.
Secretaria	4	*1*	600.00	7,200.00			702.00	90.00	7,992.00	Se requiere (1) asistenete administrativo para cubrir 8 horas de lunes a viernes de actividades de apoyo a la administracion.
Promotor de salud	85	67	600.00	7,200.00			702.00	90.00	535,464.00	Se requiere (3) Promotores de salud para cubrir 8 horas de lunes a viernes las comunidades de los corregimientos de Camaron arriba
Tecnico de Estadísticas	6	*4*	925.00	11,100.00			1,082.25	138.75	49,284.00	Se requiere (1) asistente de reges para cubrir 8 horas en archivos clinicos y captacion de datos, (1) asistente de reges para cubrir 8 horas de captacion de datos en la instalacion y en actividades de giras medicas, y las vacaciones.
Conductor de Ambulancia	6	1	600.00	7,200.00			702.00	90.00	7,992.00	Se requieren (5) conductores de ambulancia para cubrir 8 horas cada uno del servicio de traslado de pacientes de lunes a viernes y (1) Conductor de vehículo para cubrir investigaciones epidemiologicas, tiempo compensatorio e incapacidades por COVID-19.