

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD
2020



REGIÓN DE SALUD DE DARIÉN

REGIÓN DE SALUD DE DARIÉN

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD 2020

ÍNDICE

Introducción

Fotografía 1. El Contexto.

Fotografía 2. ¿Cuál es la demanda y necesidad de los servicios de Salud.

Fotografía 3. Caracterización de la Oferta.

Fotografía 4. Satisfacción del Usuario.

Fotografía 5. Actores y Red Social.

Fotografía 6. Proyección de la Red.

Fotografía 7. Caracterización del Sistema Regional Proyecciones.

Fotografía 8. Instrumento de Gestión.

Fotografía 9. Financiación de los Servicios.

Fotografía 10. Proyectos de Inversión.



INTRODUCCIÓN



Los Análisis de Situación de Salud (ASIS), consisten en procesos sistemáticos, analítico-sintéticos diversos, dirigidos a identificar, medir y explicar el perfil de Salud-enfermedad de una población determinada, así como establecer los requerimientos, necesidades y prioridades existentes en materia de salud, a fin de proporcionar la información necesaria para el diseño, planificación e implementación de programas y/o proyectos para su resolución.



Los ASIS encuentran su fundamento en el conocimiento y en el análisis de las distintas interacciones de las condiciones de vida de la población, así como del nivel de los procesos de salud, en el caso que nos ocupa, de la Región de Salud de Darién.

Hemos de señalar que, con relación a las condiciones de vida, en ellas se convergen ciertos factores como los demográficos, económicos, sociales, culturales y ambientales, además de los Servicios de Salud.



Se ha establecido ampliamente que los ASIS están dirigidos a:

- Definir necesidades y prioridades en salud,
- Detectar factores determinantes del proceso salud-enfermedad,
- Identificar desigualdades e inequidades sociales en salud,
- Formular estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud,
- Generar evidencia que permita prever situaciones de salud,
- Evaluar la pertinencia y el cumplimiento de políticas de salud y estrategias de promoción, prevención y control.



De esta forma, el ASIS nos brinda las herramientas necesarias, a través de fases metodológicas para la identificación adecuada de nuestras necesidades como insumo para la elaboración de intervenciones costo – efectivas en un nivel de mayor colaboración entre los sectores involucrados que aporten mejoras a las condiciones de salud y de vida tanto las personas como de las familias en la Provincia de Darién.



FOTOGRAFÍA 1

EL CONTEXTO

TENDENCIAS

PROYECCIONES DEL DESARROLLO ECONÓMICO

IMPACTO DE LOS CAMBIOS CLIMÁTICOS

EL CONTEXTO

1. Principales problemas políticos económico socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño.

Darién, con una superficie de 16,290.2 km², es la provincia más grande del país y presenta características diversas y peculiares propias de su geografía lo que dificulta el acceso a la población que allí reside. La mayor parte del territorio es selvática, siendo una de las fuentes de mayor biodiversidad tanto nacional como para el mundo entero.

A pesar de que es la provincia con menos habitantes del país, con aproximadamente 70,834 personas al 01 de julio de 2020, según estimación del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud. Es multiétnico, ya que conviven indígenas de la raza Emberá-Wounaan, afrodescendientes, colombianos y latinos; éstos últimos, en gran parte, provenientes del interior del país.

La mayoría de los indígenas viven a orillas de sus ríos, en pequeños poblados. Los latinos han ocupado más el área de carretera; principalmente, la Vía Panamericana y sus conexiones y los afrodescendientes se ubican en áreas de la costa del litoral Pacífico y a orillas de ríos.

Esta distribución de la población en un área tan extensa y con diferencias es lo que hace difícil y complicado darle una mejor atención social, educativa y de salud, entre otros; lo que es un reto para las autoridades locales y del gobierno nacional.

Consideramos que los problemas políticos sociales que más inciden en la situación de salud y su desempeño son:

POBREZA:

La pobreza general y la extrema pobreza siguen siendo más comunes en las áreas rurales del país que en las urbanas, a pesar de las mejoras que se perciben por la situación económica del país. La condición está ligada a la calidad del empleo, que es precaria en las empresas familiares rurales, así como en los trabajos por cuenta propia, poco remunerados en las zonas rurales si se le compara, para la misma ocupación, al de la urbana. No menos importante, para efecto del nivel de bienestar es el mayor número de personas por hogar en las áreas rurales, pero de modo especial, en las indígenas.

La pobreza, incluyendo la extrema pobreza o indigencia, no sólo es una condición predominante en las áreas rurales, sino que habría que agregar, para localizarla con más exactitud, la de las comarcas indígenas o la de las áreas en las provincias en las que corrientemente estos grupos étnicos suelen también habitar, de allí que ha sido un fenómeno existente en Darién.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en estudios recientes: “Panamá ha logrado un progreso significativo en la reducción de la pobreza en los últimos años, en parte debido al crecimiento económico y a las transferencias públicas. Entre 2015 y 2018, si utilizamos la línea de pobreza de US\$5,5 al día, resultaría en una disminución de pobreza del 15,4% a un 12,5%, mientras que la pobreza extrema, fijada en US\$3,2 diarios, declinó de 6,7% a un estimado de 5,1%. Pero la pobreza solo disminuyó marginalmente en 2019 y se espera que aumente en 2020 como resultado del brote de la COVID-19, afectando los avances logrados.

También predominan agudas disparidades regionales. La pobreza prevalece en áreas rurales, en su mayoría habitadas por poblaciones indígenas y afrodescendientes. El acceso a los servicios básicos no es universal y depende de factores como la ubicación geográfica, niveles educativos, etnicidad e ingresos de los hogares.

Conforme lo establecido en el Informe del Índice de Pobreza Multidimensional de Panamá 2018 (MED-DAES), el porcentaje de personas en condición de pobreza multidimensional se ubicó en 19.0% en 2018, una leve reducción de 0.1 puntos porcentuales (pp) en comparación con el valor inicial del año 2017. Esto representó en 2018, que el número de personas en pobreza multidimensional fuera de 789,181 y en términos de hogares, 137,573 ó 12.2%.

Cuadro No. 1. Porcentaje de pobres multidimensionales, según provincias y comarcas indígenas: Años 2017 y 2018

Provincias y comarcas indígenas	Porcentaje de pobres multidimensionales	
	2017	2018
Total.....	<u>19.1</u>	<u>19.0</u>
Provincias		
Bocas del Toro.....	44.6	41.1
Coclé.....	22.6	19.3
Colón.....	16.4	16.3
Chiriquí.....	12.4	11.9
Darién.....	40.0	35.9
Herrera.....	7.2	5.1
Los Santos.....	4.2	4.0
Panamá.....	8.6	10.2
Panamá Oeste.....	15.6	15.5
Veraguas.....	19.1	17.2
Comarcas indígenas		
Guna Yala.....	91.4	93.8
Emberá.....	70.8	70.8
Ngäbe Buglé.....	93.4	91.0

Fuente: Elaborado en la Dirección de Análisis Económico y Social del Ministerio de Economía y Finanzas, con base en los datos de la Encuesta de Propósitos Múltiples realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo en el mes de marzo de cada año.

En el mencionado informe se nos indica además que al analizar la información de la pobreza multidimensional por regiones, se pudo encontrar un mayor detalle en la magnitud de los cambios o variaciones. Entre las trece divisiones administrativas geográficas, donde más se redujo el porcentaje de personas en esta condición fue en: Darién (4.1 pp), Bocas del Toro (3.5 pp), Coclé (3.3 pp) y la comarca indígena Ngäbe Buglé (2.3 pp), regiones tradicionalmente con elevados niveles de pobreza y donde se encuentra el 41.8% de los pobres respecto de total del país.

Por otro lado, del total de pobres multidimensionales en el país, 450,199 o el 57.0% residen en 3 de las 13 regiones en que se divide el país: 191,610 o 24.3% en la Comarca Ngäbe Buglé, 163,671 o 20.7% en la provincia de Panamá y 94,918 o 12.0% en la de Panamá Oeste. En tanto, las regiones con las menores proporciones respecto del total país: Los Santos (3,674 o 0.5%), Herrera (6,012 o 0.8%) y la comarca indígena Emberá (8,761 o 1.1%).

ANALFABETISMO

El XII Censo de Población y VIII de Vivienda, programados para este año 2020, fueron suspendidos por las autoridades nacionales con motivo de la pandemia mundial del Covid – 19; sin embargo, el Ministerio de Desarrollo Social (Mides), a través de la Dirección de Alfabetización ha publicado un Informe al respecto, en el marco del **Día Internacional de la Alfabetización**, que se celebró el pasado 8 de septiembre de 2020, donde encontramos los últimos avances de los Programas de alfabetización a nivel nacional, y en el que se destaca que en los últimos 12 años (2007-2019), Panamá logró reducir en un 50% el número de personas que no sabe leer y escribir, al pasar de 148 mil 140 analfabetas a 72 mil 424.

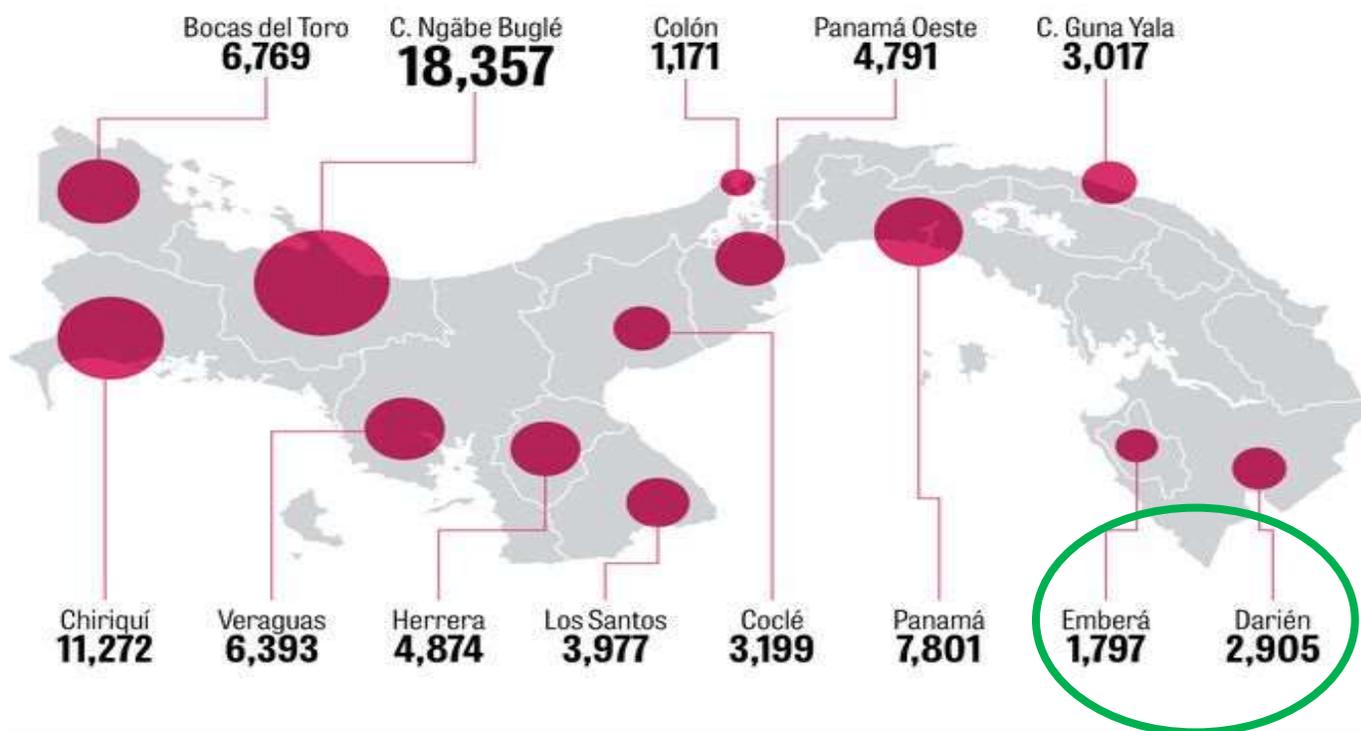
El Censo de Población de 2010 de la Contraloría General de la República identificó a 148 mil 747 personas analfabetas, cifra que representaba el 5.5% de la población total del país.

Nueve años después –hasta agosto de 2019–, las estadísticas del Mides indican que en la última década se ha alfabetizado a 76 mil 323 personas a través del programa “Yo sí puedo”, creado en 2007.

Las autoridades de la Dirección de Alfabetización del Mides esperan que para el próximo censo el porcentaje de personas analfabetas en el país caiga a un 3.3%.

Alfabetización según provincia

En cantidad de personas que saben leer y escribir 2019



Infografía; LP (R. Hernández) - Fuente: Ministerio de la Presidencia

La experiencia de los Programas de alfabetización en Darién, la encontramos con el mencionado método cubano: “Yo, sí puedo”, el cual consiste en un proyecto integral que promueve el bienestar de las personas y su inclusión en la sociedad, y permite que las personas aprendan a partir de la experiencia de lo conocido (números), a lo desconocido (letras).

La metodología es novedosa, flexible, fácil; se empieza el aprendizaje con el conocimiento que tienen las personas de los números y la familia, lo que hace que la ruta de aprendizaje se haga más fácil para la persona que es iletrada.

El objetivo fundamental del programa es reducir la cantidad de personas iletradas en todo el país, siguiendo los lineamientos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Fin de la pobreza (ODS 1). Educación de calidad (ODS 4). Trabajo decente y crecimiento económico (ODS 8). Reducción de las desigualdades (ODS 10). Paz, justicia e instituciones sólidas (ODS 16). Alianzas para lograr los objetivos (ODS 17).

En Darién este programa se lograron los siguientes objetivos:

- ✓ Se conmemoró el Día Internacional de la Alfabetización, el 8 de septiembre, con actividades, especialmente graduaciones.
- ✓ En el mes de febrero, se participó en el Congreso Internacional de Pedagogía celebrado en La Habana, Cuba, con el lema Encuentro internacional por la unidad de los educadores.
- ✓ Se realizó la reunión anual (febrero) con los coordinadores provinciales, comarcales y regionales, el Viceministro y los asesores cubanos, con el objetivo de presentar los resultados correspondientes al año 2018 y la proyección estratégica para el 2019 cuya principal meta es lograr alfabetizar 2000 personas iletradas a nivel nacional. 2019.
- ✓ Durante el periodo -septiembre 2018 a julio-2019- se realizaron 30 actos de graduación en el país.
- ✓ Se inició el proceso de cooperación, Convenio MIDES-MIGOB, para la alfabetización en las cárceles de la población de iletrados que allí se encuentren.
- ✓ Se le hizo una adenda al Convenio MIDES-Cuba referente a los servicios de los asesores cubanos que están en Panamá.
- ✓ Se logra alfabetizar 1,626 personas aproximadamente desde septiembre de 2018 hasta julio de 2019. De las cuales 1,068 son mujeres y 558 son hombres.
- ✓ Darién se alfabetizaron 31 varones, 74 mujeres. En total 105 iletrados.

SEGURIDAD

En Panamá es importante reafirmar y ejecutar con seriedad una política de seguridad nacional frente a la problemática del Darién, en estricto respeto al derecho internacional, a la igualdad jurídica y a nuestra soberanía.

Debemos entender que la apertura del tapón del Darién amenaza la seguridad nacional, constituyéndose en un problema complejo que requiere de respuestas multisectoriales.

El Darién con su 290 kms. de frontera, cubiertos prácticamente de selva virgen y de una estructura social multiétnica desplazada en un espacio binacional, debe ser producto de un estudio muy profundo y no a la ligera.

Darién es por excelencia el receptáculo de la migración sur de desplazados, quienes prefieren ingresar a Panamá por esta vía, en vez de los controlados puertos y aeropuertos. Sabiendo y entendiendo que por allí están los mecanismos necesarios para lograr su trasiego migratorio, evadiendo todos los obstáculos jurídicos.

Sin lugar a dudas, el problema, lo específico del hoy por hoy, para esta frontera es la crisis que vive Colombia con la narcoguerrilla y el trasiego de indocumentados. Estos conflictos que actualmente azotan a ese país nos involucra directamente, y más por las vulnerabilidades que hemos venido planteando.

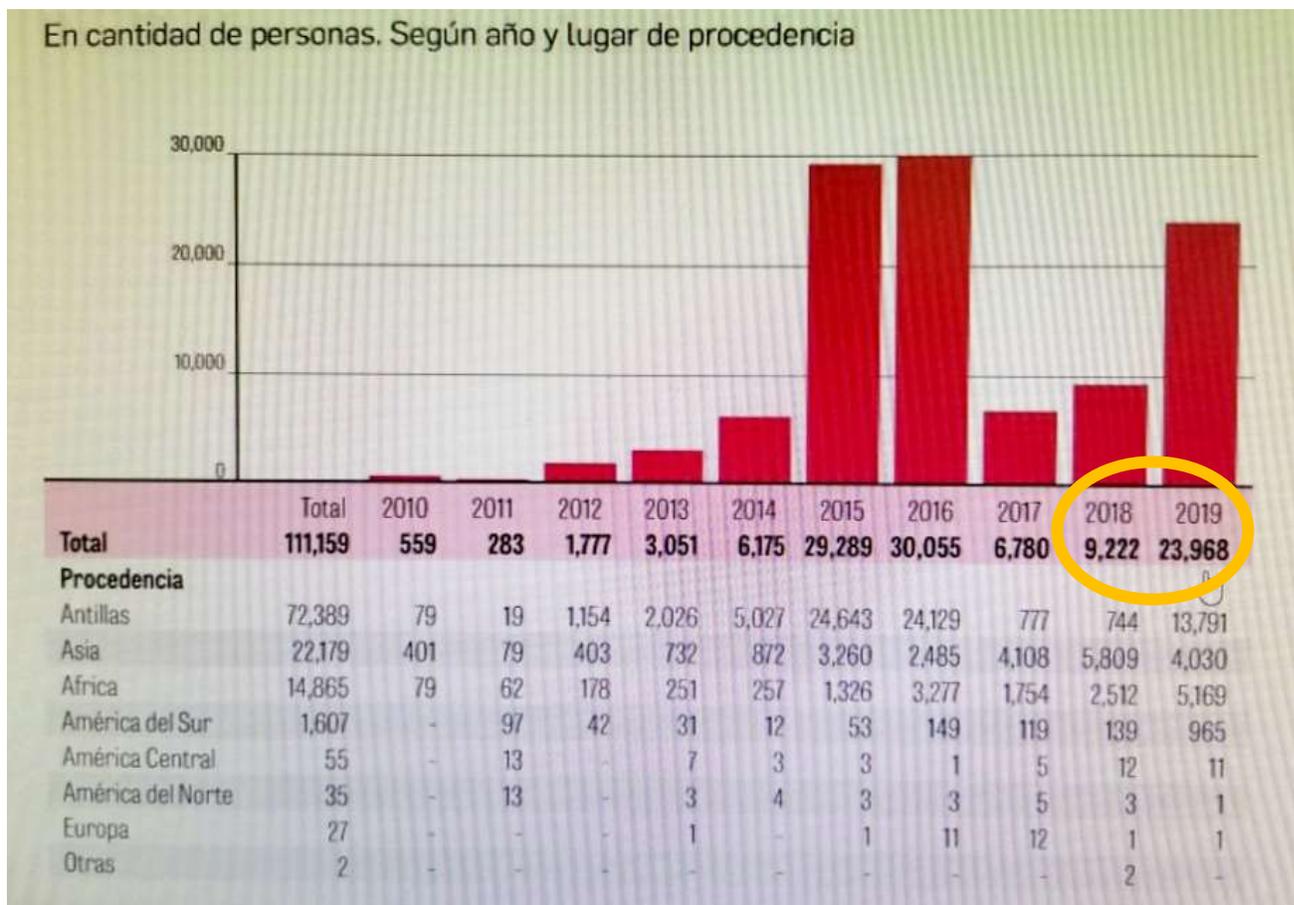
Se hace necesario fortalecer la seguridad en nuestra frontera con Colombia para darle seguridad y paz a los lugareños y a la población en general, lo cual le corresponde al Servicio Nacional de Frontera (SENAFRONT) y al Servicio Nacional Aeronaval (SENAN).

2. ¿Cuáles son las prioridades identificadas?

Dentro de las prioridades identificadas tenemos la afectación de seguridad sanitaria en la provincia de Darién debido a la migración indiscriminada de extranjeros africanos, cubanos, asiáticos, suramericanos, etc.

La cantidad de extranjeros que ingresaron por la selva panameña del Darién en 2019 subió el 61.5%, comparado con el año anterior, que se presumen son indocumentados que utilizan el territorio panameño como vía de paso hacia Centroamérica y destino final, a Los Estados Unidos, en busca de mejores oportunidades de vida.

Esta situación ha traído consecuencias mayores con la llegada de la pandemia por el Covid-19, debido al confinamiento que se ha dado tanto por los cercos sanitarios internos como por los cercos sanitarios internacionales y se ha reflejado la transmisión comunitaria del virus dentro de estos grupos de migrantes, que han demandado mayores recursos e insumos que incluyen los servicios médicos para el manejo y trazabilidad de los afectados.



Fuente: Dirección Nacional de Migración.

Después del éxodo vivido durante los años 2015 y 2016, en el flujo de migrantes por la frontera colombo-panameña se había dado una baja considerable y significativa que viene a resurgir en el 2019, y cuya tendencia se mantiene por el momento.

3. Aspectos que favorecen o afectan el desarrollo de las estrategias del MINSA.

Las estrategias del MINSA para un desarrollo satisfactorio se verán siempre afectadas cuando al área que se desea impactar son las de difícil acceso como ocurre en la Provincia de Darién, ya que las infraestructuras son de vieja data y algunas necesitan mejoras significativas. Actualmente se está trabajando en estos aspectos, y hemos sido favorecidos, a través de programas de proyectos de inversión del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con la construcción de dos

(2) Centros de Salud con camas, que serán ubicados en el área comarcal Emberá Wounaan, en la comunidad de Lajas Blancas y en la comunidad de Sambú, en el Distrito de Chepigana; lo que mejoraría la oferta en la atención de salud a la población de estos sectores. En el futuro, se espera la entrega de un MINSA – CAPSI en el área de Santa Fé y la culminación del Hospital Regional de Darién en Metetí.

La desigualdad en la atención de salud está dada no sólo por carencias de accesibilidad sociocultural y geográfica, sino también por desigualdades de ingreso, que generan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de la población, ya que la misma subsiste de la agricultura y de las actividades económicas informales, aunado al alto costo de la canasta básica de alimentos que se incrementa cuando más lejos se encuentran los poblados, en comparación con el resto del país.

El Modelo de Atención de salud en la provincia se rige por lo dispuesto por el Ministerio de Salud e incluye un conjunto de características y el concepto de salud, los elementos que determinan la organización de la estructura en red, los recursos de salud, el financiamiento, los actores, el alcance y la forma como la población accede al sistema, y recibe respuesta a sus derechos a la salud.

La capacidad de respuesta de salud a la población se ve afectada por el número insuficiente de profesionales de la salud como médicos, enfermeras, laboratoristas (5), odontólogos (5), y de especialistas en toda la provincia. Igual sucede con el recurso humano administrativo que escasea en todas las áreas y algunas veces no cumple con el perfil del cargo que se ostenta.

La centralización y burocracia administrativa que retrasa las entregas oportunas de insumos, medicamentos para el funcionamiento del sistema de salud.

Esta realidad nos demuestra que se hace necesario políticas más agresivas para alcanzar los objetivos trazados en materia de salud en la Provincia de Darién, de manera que no se le siga tratando como la provincia olvidada, sino como la provincia que necesita y se le provea de todo el apoyo de los recursos necesarios, y será sólo de esta forma que conseguiremos un modelo de gestión de salud diferente y de mayor beneficio a la población darienita.

4. Convenios en donde nuestro país es signatario.

La gestión y negociación de la cooperación internacional, está a cargo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), en estrecha colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores y de la oficina de Coordinación de la Cooperación Internacional de la Presidencia de la República. El Ministerio de Salud, posee oficinas de cooperación internacional, quienes se encargan de la coordinación

interna, del asesoramiento en el diseño de proyectos y del seguimiento de los compromisos internacionales adquiridos por ellos.

Como miembro del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) Panamá participa en diferentes organismos de coordinación en materia de salud: Reunión del Sector Salud de Centro América y República Dominicana, Consejo de Ministros de Salud de Centro América, Consejo de Ministras de la Mujer de Centro América, Consejo Centro Americano de Instituciones de Seguridad Social, y Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento.

Con la estrategia de la OPS/OMS de cooperación técnica entre países, Panamá ha ejecutado proyectos conjuntos con las naciones de América Central y el Caribe sobre salud mental, rehabilitación, violencia urbana y temas relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional.

Con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Organismo Internacional de Energía Atómica, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la OPS de Cooperación Sur-Sur y Triangular (51), ejecutó 31 proyectos en el sector salud por un monto aproximado a los 12 millones de balboas. También trabaja en un proyecto de saneamiento de la Bahía de Panamá, que tiene un costo estimado en 321 millones de balboas.

Panamá es un país pequeño, pero con una política integral en materia de control de tabaco ya que desde el 2004 es Parte del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. La República de Panamá ratificó el CMCT en 2004 y aprobó la Ley de control del tabaco en 2008, incluyendo, entre los aspectos que destacan:

- Los ambientes 100% libres de humo del tabaco en las áreas de trabajo cerrados en áreas tales como bares, pub, restaurantes, casinos y otros, en áreas comunes de edificios públicos o privados sean de edificios residenciales o comerciales, en todas las áreas deportivas interiores y exteriores. En este momento se estima un cumplimiento cercano al 95%.
- El Ministerio de Salud implementó programas para dejar de fumar con acceso gratuito al tratamiento en diez clínicas para dejar de fumar en las diferentes provincias.
- Sólo se permite, la venta de productos de tabaco con destino específico para su comercialización en Panamá.
- Con la nueva legislación se reafirmó la prohibición de la venta de productos de tabaco a menores de edad y se prohibió el uso de menores en la venta de productos de tabaco.

- No se permite la venta de cigarrillos sueltos, ni en paquete de los menores de 20 unidades.

También está prohibido, el uso de máquinas expendedoras.

- En las instalaciones deportivas, de educación y salud, públicas o privadas, no se permite la venta de productos de tabaco.
- Prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco, incluida la indirecta y subliminal y la prohibición de la exhibición de los productos de tabaco en puntos de venta. No está permitida en los establecimientos comerciales (puntos de venta) como tampoco la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco transfronterizo. • El paquete de productos del tabaco tiene las advertencias sanitarias y pictogramas en el 50% de ambas caras, con rotación anual. En Panamá, la evidencia indica que esta medida estimula el interés en dejar de fumar por parte de los consumidores de tabaco, quienes han solicitado que las imágenes sean más fuertes e impactantes.
- Todos los paquetes tienen en un lateral, tanto una advertencia sanitaria permanente que dice: "FUMAR PUEDE CAUSAR LA MUERTE." Cinco advertencias adicionales son emitidas por el Ministerio de Salud para ser colocadas en las cajetillas de productos de tabaco con el interés de informar sobre los riesgos y daños a la salud. Los mensajes deben ser visibles y legibles, escritos en español.
- En ambas caras principales aparecerá el pictograma y el mensaje de la advertencia escrita en una proporción de sesenta a cuarenta (60:40) del espacio destinado para este fin.
- Las cinco advertencias sanitarias deben ser distribuidas proporcionalmente al volumen de los envases.
- El reglamento de la Ley 13 de 2008, prohíbe el uso de cualquier texto o imágenes que pueda asociar el producto con una actividad o estado de salud, con excepción de la enfermedad, la muerte o adicción.
- La información sobre el origen del producto, fecha de producción y de caducidad, el lugar donde se venderá el producto, el número de lote y el registro se colocarán en un lateral del empaquetado, incluido en un código de barras.
- El uso de términos que da la falsa sensación de seguridad a los consumidores no se permite por lo que en Panamá se han eliminado un sin número de frases que aparecían hasta el 2008 en los paquetes de cigarrillos.

Con el BID, el BIRF y fondos locales como lo son: El Programa de Protección Social-Apoyo a la Red de Oportunidades. El Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud, financiado por el BIRF/fondos locales. El Programa de

Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de Los Servicios de Salud, financiados por el BID/Fondos locales, por un monto de 70 millones de balboas, para el periodo 2012-2017 y la Iniciativa Salud Mesoamericana 2015, financiados por el BID y Comités de Donantes, por un monto de 2.85 millones de balboas, para el periodo 2012-2014.

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

La gestión de la cooperación internacional para el desarrollo está reglamentada en Panamá mediante la ley 97 de 21 de diciembre de 1998.

El gobierno posee varias herramientas para promover el crecimiento en los sectores claves y están descritas en su plan de Gobierno.

Se invita a la comunidad internacional a compartir esfuerzos que nos permitan incrementar y articular recursos para lograr objetivos comunes al desarrollo del país. Se plantea la importancia de que Panamá comparta las experiencias que han incidido en su crecimiento económico e inclusión social con otros países, generando iniciativas de cooperación y triangular para fortalecer el desarrollo de las capacidades y los procesos de aprendizaje mutuo en nuestras instituciones y aportar el desarrollo económico y social de la región.

Las estrategias nacionales de cooperación se dan a través de tres objetivos.

- Lograr una menor dispersión y una mejor focalización de la cooperación en los temas prioritarios para el desarrollo económico y social del país.
- Fortalecer las capacidades de las instituciones panameñas de intercambiar experiencias, aprendizaje y buenas prácticas con países de la región.
- Impulsar relaciones de confianza, transparencia y coordinación con todos los actores vinculados al sistema de cooperación de Panamá que permita garantizar la eficacia e impacto de sus acciones en el desarrollo económico y social del país.

Panamá está adscrito a lineamientos internacionales con:

- Acuerdos de cooperación técnica internacional.
- Objetivos de desarrollo sostenible.
- Adhesión de Panamá a la declaración de París.
- Plan de Acción de ACCRA sobre la eficacia de la ayuda.

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

Las ideas plasmadas en el Plan de Gobierno actual, por medio de ejes, objetivos y estrategias, es el documento que evidencia acciones concretas para combatir la pobreza. Este es pues, un documento en firme, que guía a la actual gestión en ese

tema. En 4 de los 6 Ejes que presenta este plan está inmerso el concepto de combate a la pobreza.

7. Mecanismos de conducción de la política social a nivel regional.

La conducción de la política social es responsabilidad de las instituciones públicas que forman parte del Gabinete Social del Ejecutivo (MINSA, Ministerio de Educación, Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Ministerio de Obras Públicas y MEF). Los lineamientos relacionados con el desarrollo de la salud se insertan en el Plan de Gobierno y en las Políticas y Estrategias de Salud como guía para las acciones, planes, programas y proyectos dirigidos a impulsar un modelo de atención de salud. Actualmente los principales problemas políticos y sociales que influyen sobre la situación de salud o el desempeño de los servicios de salud son: el desempleo, la pobreza, la desnutrición, la falta de oportunidades para el sector rural, los cambios en los hábitos y costumbres de la población, mismas que se han agudizado como motivo de la pandemia por Covid-19.

En la región existe el Consejo Técnico Provincial que, en teoría, coordina las acciones de todas las instituciones estatales con funciones en la provincia. En esas reuniones los Directores de Instituciones Gubernamentales ofrecen un informe periódico de su gestión e informan sobre sus actividades y proyectos para lograr el apoyo de las otras direcciones con algún grado de coordinación interinstitucional.

Con la finalidad de revisar aspectos sociales y económicos de la provincia de Darién se lleva a cabo en el distrito cabecera de esta provincia, La Palma, una Junta Técnica en donde asisten las altas autoridades y directores de diversas entidades, así como organizaciones y activistas comprometidos en mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos. La reunión es programada mensualmente y aunque la mayor parte de las veces, la reunión se da en los auditorios de las Villas Gubernamentales de La Palma, cada cierto tiempo, por votación o postulación de alguna entidad o miembros de comunidades, dicha reunión es realizada en otros lugares de la provincia. Todas las autoridades, entre ellas el Gobernador de la provincia, asumen el compromiso de ejecutar dentro de sus planes y proyectos actividades que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

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

Según el MEF, el MIDES y el Instituto de Estadística y Censo, en el 2018 se estimó que de los 4 millones de habitantes que había en Panamá, aproximadamente unas 77,700 personas vivían en condición de pobreza multidimensional, lo que representaba un 42.4%.

Si bien en el 2018 con respecto al 2017, se dio una mejora en el índice de pobreza multidimensional (IPM), observándose que las reducciones más significativas se presentaron en las provincias de Panamá Oeste, Colón y las Comarcas Indígenas de Ngäbe Buglé y Emberá Wounaan; entre las provincias más favorecidas por los números estaban: Darién (4.1%), Bocas del Toro (3.5%), Coclé (3.3%) y la comarca indígena Ngäbe Buglé (2.3%), regiones tradicionalmente con elevados niveles de pobreza y donde se encuentra el 41.8% de los pobres respecto de total del país.

Según el BID, se espera que el crecimiento en Panamá para 2020 se contraiga significativamente debido a la pandemia del COVID-19 (Coronavirus) con afectación en las principales áreas laborales, como servicios y construcción. Aunque casi todos los sectores han sido golpeados, se esperan contribuciones positivas al crecimiento por parte del gasto público, pero esto aumentará el déficit fiscal.

Los estudios realizados sobre el índice de pobreza multidimensional (IPM), le han brindado las herramientas necesarias al gobierno nacional, para establecer una serie de programas sociales de apoyo a la población en general, con miras a reducir dicho índice, como los son:

1. La Red de Oportunidades

es un proyecto de alta sensibilidad social que tiene como objetivo insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, en la dinámica del desarrollo nacional, garantizando los servicios de salud y educación, todo lo cual mejora sustancialmente la calidad de vida de 72,563 hogares beneficiarios. Más de 362,815 personas beneficiadas mediante las Transferencias Monetarias Condicionadas - TMC.

Con los mapas de pobreza se logró focalizar la población hasta el nivel de corregimientos. Con ayuda de técnicos del Ministerio de Economía y Finanzas, Banco Mundial y el BID, se elaboró un modelo econométrico para poder evaluar las diferentes variables socioeconómicas obtenidas, a través del Censo de Vulnerabilidad social, y poder establecer su nivel de pobreza.

Se utiliza el Proxi Means Test, que consiste en usar los datos de la Encuesta de Vulnerabilidad Social para estimar los coeficientes de algunas variables socioeconómicas, lo cual se expresa en porcentajes.

Los datos que se ingresan al sistema informático son proporcionados por los miembros del hogar, las medidas o porcentajes obtenidos mediante la corrida del modelo econométrico, van a estar directamente relacionados con las respuestas dadas en el Censo de Vulnerabilidad Social.

Dentro de las 75 preguntas de la encuesta, ninguna cuestiona acerca del partido político al que pertenece, ideología o religión de los miembros del hogar. Después

de pasar todo el ciclo de procesos informáticos, el propio sistema crea los listados de acuerdo a los porcentajes o probabilidades estimadas por el modelo. No se puede hacer una selección subjetiva de los beneficiarios.

El programa lo integran 4 componentes básicos:

- Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC)
- Oferta de Servicios
- Acompañamiento Familiar
- Infraestructura Territorial

TRANSFERENCIA MONETARIA CONDICIONADA

Es el compromiso que asume el Gobierno Nacional de entregar un apoyo económico en efectivo a las 72,563 beneficiarias registradas.

La entrega se hace a las mujeres como jefas del hogar. Ese apoyo económico debe ser utilizado en los servicios básicos indispensables para potenciar el desarrollo humano de los miembros más jóvenes del hogar beneficiado. Existe una condicionalidad para poder recibir las TMC, que es el cumplimiento de las corresponsabilidades.

Para este año 2020 al efectuarse el tercer pago totalizan 1,981 beneficiarias de la red de oportunidades en Darién.

MODALIDADES DEL PROCESO DE PAGO

Modalidad Fija: se emplea desde el 2010. El pago se efectúa a las beneficiarias residentes en 438 corregimientos accesibles, a través de 54 sucursales del Banco Nacional de Panamá a nivel nacional.

Modalidad Móvil: se efectúa desde el 2006. Pago por planillas: a beneficiarias de 102 corregimientos de difícil acceso. Dispensadores de Dinero: se utilizan desde 2011 en 36 corregimientos y a través del Sistema Biométrico en 9 corregimientos.

CORRESPONSABILIDADES

Las corresponsabilidades son los compromisos adquiridos entre el Estado Panameño y los hogares beneficiarios la Red de Oportunidades. Es un esfuerzo conjunto del MIDES, SALUD Y MEDUCA de prestar los servicios de salud, educación y de los hogares beneficiarios. La jefa del hogar velará para que los integrantes de su familia acudan a los centros de salud en busca de vacunación, controles de embarazo y asistencia médica, en otros casos mantener dentro del sistema educativo a los niños y niñas miembros del hogar, así como participar activamente en las reuniones escolares.

EL ESTADO SE COMPROMETE A:

- Entregar la Transferencia Monetaria Condicionada bimestralmente a las jefas de hogares beneficiarios.
- Brindar y garantizar que la prestación de los servicios de educación estén disponibles para que sus hijos (niños, niñas, adolescentes en edad escolar) reciban la instrucción educativa adecuada.
- Ofrecer servicios de salud primaria, vacunaciones gratuitas a los menores de 5 años y controles de embarazo;

- Promover entre los integrantes de los hogares beneficiarios el desarrollo de capacidades para la generación de ingresos lo que les permitirá que fortalezcan sus capacidades productivas.
- Facilitar la obtención de los documentos de identidad personal, en coordinación con el Tribunal Electoral.

LAS FAMILIAS SE COMPROMETEN A:

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

OFERTA DE SERVICIOS

Los servicios ofrecidos por las entidades gubernamentales promueven el desarrollo humano familiar y normalizan el acceso a la diversidad de servicios a los que tienen derecho.

SALUD

Atención gratuita a todas las niñas y niños menores de 5 años y mujeres embarazadas en la familia. Orientación sexual y reproductiva.

EDUCACIÓN

Atención y reinserción en las escuelas primarias, pre-media y media a niños, niñas y adolescentes. Presencia en las escuelas de los acudientes, cuando así sea requerida por el cuerpo de maestros.

HABITABILIDAD

Capacitación a las familias sobre el mejoramiento de aspectos relacionados con sus condiciones de vida material y social.

REGISTRO CIVIL

Orientación y regularización de inscripciones de nacimientos y defunciones de niños, niñas, jóvenes y adultos de las familias que no estén debidamente registradas como ciudadanos panameños, o que estándolo no han obtenido sus documentos de identidad personal.

DESARROLLO RURAL

Promoción de aprendizajes técnicos para que desarrollen actividades que permitan mejorar su entorno y calidad de vida.

GENERACION DE INGRESOS

Impulso de actividades técnicas de capacitación para adquirir conocimientos y las destrezas necesarias que permitan la generación de ingresos adicionales en el hogar.

DESARROLLO SOCIAL

Fomento de la participación ciudadana de las familias en actividades y acciones de protección cívica y social de las comunidades.

ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

Es una estrategia de intervención, a nivel local, dirigida a reforzar y potenciar el impacto de la Red de Oportunidades. Está concebido para brindar a los hogares

beneficiarios el apoyo que requieren a lo largo de su participación en el programa, con la meta de facilitarla.

INFRAESTRUCTURA TERRITORIAL

Las entidades gubernamentales focalizan sus recursos en los corregimientos de pobreza extrema, priorizando la inversión en infraestructura territorial que se requiera para atender las necesidades de agua, saneamiento, electrificación rural, caminos y vías de acceso en las áreas de indígenas y rurales.

2. Redes Territoriales

Este programa va dirigido a comunidades en pobreza y pobreza extrema para promover su desarrollo mediante la participación de la población como protagonistas, identificando sus necesidades y la solución de sus problemas. Es una propuesta que se construye mediante la articulación entre instituciones del Estado, gobiernos locales, sociedad civil y comunidades.

El programa fue creado mediante la Resolución No. 316 de 21 de junio de 2018 como un programa de inclusión productiva del Ministerio de Desarrollo Social. La generación y diversificación de ingresos de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad a través del desarrollo de capacidades productivas y de emprendimiento se logra por medio de la capacitación, transferencias de activos y asistencia técnica que contribuyan a la adopción de nuevas tecnologías.

El objetivo es mejorar la calidad de vida de los grupos familiares de las comunidades participantes, dejar capacidades instaladas en los grupos familiares comunitarios, impulsar el asociativismo y emprendimiento para lograr la sostenibilidad e inclusión productiva. Hay redes territoriales que están distribuidas de la siguiente manera: Panamá 25, Coclé 22, Colón 13, Chiriquí 8, Herrera 16, Los Santos 6, Veraguas 27 y Panamá Oeste 11.

Hasta 2019, se han formado 128 Redes Territoriales en 77 corregimientos y en 30 distritos a nivel provincial, contando con 896 líderes o lideresas, beneficiando a 1,507 familias y a una población estimada de 7,535 personas.

De igual manera se logró que:

- Entre febrero y abril de 2019 se coordinó el curso de ceba de pollos de engorde y siembra de arroz y maíz, en Metetí, con la participación de 20 beneficiarios de los diferentes programas de transferencia económica, a través de las capacitaciones que brinda el Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano (INADEH) y el Instituto de Investigación Agropecuaria de Panamá (IDIAP).
- De mayo a junio se dio inicio al curso de hortalizas y parcelas demostrativas realizado en la comunidad Metetí, con la participación de 17 beneficiarias (os) de los diferentes programas de transferencia económica. El mismo curso se dio entre junio y julio en la comunidad de Punuloso, con la participación de 10 beneficiarios y de los diferentes programas de transferencia económica. En agosto, el curso de hortalizas y parcelas se dio en Metetí y Punuloso. Se inició con la selección del terreno, se determinó las propiedades físicas del suelo topografía, textura, estructura. Después,

se pasó a la limpieza del terreno ya que era una zona de poco uso estaba convertido en rastrojo, obteniendo buenos beneficios.

3. Programa 120 a los 65.

El MIDES Darién y Comarca Wargandí, cuenta con 28 promotores, un coordinador y dos digitadores, en conjunto con el resto del personal provincial para manejar el programa en toda la provincia.

Hasta agosto del 2019 hay un total en planilla de 2,278 personas. En los casos de los adultos que están encamados y no cuentan con familiares, se les asigna un promotor para que lo apoye en realizar los trámites debidos. Las actividades realizadas fueron:

- Capacitaciones sobre las corresponsabilidades del programa, realizadas por cada promotor de los diferentes corregimientos.
- Reuniones con la población de beneficiarios para que cumplan con las corresponsabilidades.
- Desde inicios del año 2019, se empezó con la verificación de Fe de Vida y cumplimiento de la corresponsabilidad.
- Capacitación a los adultos mayores con respecto al buen uso del beneficio económico.
- Capacitación a los familiares sobre el trato y los derechos que tienen los adultos mayores.

Para este año 2020 al efectuarse el tercer pago totalizan 2,346 beneficiarios de este programa en la Provincia de Darién.

4. Ángel Guardián

El programa Ángel Guardián es uno de los pilares que mitiga y da respuesta a la población con necesidades especiales en la provincia de Darién, quienes por la naturaleza de su condición, demandan acceso a oportunidades para su integración socio-económica, en condiciones de equidad.

En el año 2014 hubo un total de 204 beneficiarios activos en el programa, en 2019 son 300 beneficiarios activos que gozan del subsidio económico o transferencia monetaria condicionada con el fin de mejorar la calidad de vida de estas personas con discapacidad severa, en condición de dependencia y pobreza extrema procurando integrarles a la vida familiar y comunitaria, garantizándoles el goce de sus derechos.

Se ha logrado dar respuesta a estos beneficiarios en conjunto con: la Secretaría Nacional de Discapacidad (SENADIS), Ministerio de Salud (MINSA), Defensoría del Pueblo, Autoridad de Tránsito y Transporte Terrestre (ATTT), Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE), Lotería Nacional de Beneficencia y PANDEPORTES, quienes dan respuestas inmediatas mediante donaciones (pañales desechables, ayudas técnicas, leche y bolsa de comidas), y promueven la participación de la población en actividades como caminatas, pabellones, capacitaciones encaminada a temas relacionados con la discapacidad, deberes y derechos.

Para este año 2020 al efectuarse el tercer pago totalizan 407 beneficiarios de este programa.

10. Impacto de cambios climáticos, contaminación ambiental y ruido en el desarrollo económico y social de la población.

A finales del 2010, acontecieron las peores inundaciones de los últimos 50 años en la región central de Darién, en la cuenca del río Chucunaque, y en el área de Chepo. A pesar de que los ciclos climatológicos tienen períodos de recurrencia, de hasta más de cien años, lo ocurrido en Panamá puso en evidencia la vulnerabilidad de nuestras comunidades a los impactos que día tras día impone el cambio en el clima.

La provincia de Darién es uno de los lugares de mayor biodiversidad del planeta, tiene la mayor riqueza hidrográfica, sin embargo, está amenazada por la deforestación, y la tala indiscriminada de árboles, corriendo el riesgo de aumentar la vulnerabilidad a inundaciones, deslaves, pérdida de cultivos y aumento de enfermedades, entre otros problemas. Cualquiera que viaje a Darién por la carretera podrá observar extensas áreas devastadas por la práctica más popular: la quema indiscriminada de los bosques con fines agropecuarios y la tala de árboles para la venta de madera. Al adentrarnos en la región, el paisaje no es distinto; la deforestación es evidente y dolorosa.

Eventos extremos cada día toman más relevancia por la magnitud de los desastres naturales que afectan a los llamados refugios ambientales. La economía darienita se basa en la agricultura, la ganadería y la pesca y la mayoría de los pobladores vive con ingresos menores a 97 dólares mensuales.

En los últimos 20 años, se ha perdido una tercera parte de los bosques, debido a las actividades humanas descontroladas como la deforestación, que aumenta el impacto sobre la provincia. Los daños están relacionados al uso excesivo de combustibles fósiles liberados, como el dióxido de carbono que producen efecto invernadero; también está relacionada la conversión de bosques a otros usos como la ganadería, la agricultura y la minería, siendo la deforestación responsable del 20 por ciento de los gases que producen efecto invernadero y se da principalmente en estos bosques tropicales.

En Darién hay actualmente 8 zonas protegidas, que abarcan sistemas marinos costeros, bosques tropicales, manglares, entre otros. Está catalogada como una de las mayores biodiversidades del mundo.

El Parque Nacional Darién, aumentó a 610,000 hectáreas recientemente y fue creado en el año 1980. Es el mayor parque nacional no sólo de Panamá sino también de Centroamérica y se localiza al sudeste del país, extendiéndose prácticamente a lo largo de la frontera con Colombia. Por su importancia internacional fue declarado por la UNESCO Sitio del Patrimonio Mundial en 1981 y Reserva de la Biosfera en 1982.

Darién está ubicada en el extremo oriental de Panamá, limita con Colombia y con el Océano Pacífico. Ocupa una extensión territorial de 11,896 kilómetros cuadrados; es decir, el 22.2% de la superficie total del país, que es de 78,200 km², incluyendo sus aguas territoriales.

De ese total, el 41% es de cobertura boscosa, de la cual más de la mitad (26%), corresponde a Darién que, por ser puente terrestre entre Norte y Suramérica, es una provincia rica en especies de plantas y animales de ambos lados del continente.

Darién alberga unas 2,638 especies de flora, el 27.7% de todas las especies registradas en el país. De ese total, 189 especies son endémicas nacionales y la mayor parte habita en el Parque Nacional Darién, calificado como uno de los bosques más extensos del país (5,970 km²); sin embargo, lo preocupante es que, si no se detiene la tala ilegal, ese panorama podría cambiar: la flora y la fauna de la tierra del bunde y bullarengue podrían desaparecer.

Según un informe de MiAmbiente, desde hace unos 30 años, el hombre, con su tala indiscriminada, ha arrasado con el 40% de los bosques darienitas. Actualmente, se calcula que entre el 75% y el 80% de la madera que se consume en Panamá (110 mil metros cúbicos) proviene del Darién. De ese porcentaje, el 96% de la madera se extrae de forma ilegal.

Esa práctica provocó la casi desaparición de especies como caoba y cedro amargo; y casi arrasó con el cocobolo, en este caso hubo que prohibir su extracción para salvarle de la extinción.

El cocobolo es una madera preciosa y muy dura que no se procesa en Panamá. Se utiliza en la confección de tableros de autos de lujo y para fabricar muebles finos. En Panamá, los indígenas Emberá Wounaan lo usan para confeccionar artesanías.

ABUSO EN PERMISOS

En Darién, no toda la tala de árboles está prohibida. MiAmbiente otorga permisos comunitarios; sin embargo, están siendo utilizados para explotar una mayor cantidad de recursos forestales y de manera ilegal.

MiAmbiente tiene un marco legal y más de 150 resoluciones, entre ellas una que regula la trazabilidad forestal.

El Sistema de Trazabilidad y Control Forestal (STCF), tiene como objetivo tener mayor control sobre el movimiento físico de la madera y lograr una mejor gestión de este recurso natural. Es un proyecto que da seguimiento y verifica la legalidad de los productos forestales a través de toda su trayectoria desde la realización de los censos de las áreas de aprovechamiento anual (AAA), hasta los patios de acopio de la industria.

Al momento de realizar el censo en campo se colocan las etiquetas azules en las bases del árbol; este dispositivo cuenta con información vital sobre la procedencia de las unidades forestales. Luego, al momento de cortar el árbol, se coloca las etiquetas amarillas a cada tuca; ella cuenta con información general sobre especie, volumen y dimensión de la unidad cortada, entre otros.

Desde la implementación de este sistema en 2018 a la fecha:

- Se han realizado 16 monitoreos a los planes de manejo forestal de los permisos comunitarios indígenas de las comarcas Emberá-Wounaan, Wargandí y Madugandí.
- Se estableció la línea base de 15 patios de acopio de madera donde se realizaron inventarios y se revisó su legalidad.
- Evaluación de 75 planes implicados sostenibles de aprovechamiento forestal en fincas privadas los cuales fueron verificados en campo donde fueron instalados los chips electrónicos de los árboles de aprovechamiento, semilleros y remanentes.
- Se capacitaron 64 personas entre funcionarios, regentes forestales, usuarios y dueños de industrias forestales en la innovación de la colocación de los chips electrónicos en los árboles y tucas de los diferentes permisos de aprovechamiento.
- Los funcionarios del Ministerio de Ambiente en los puestos de control han sido dotados con teléfonos inteligentes (Sistema Android), un app y data celular para acceso a internet

A pesar de ello, no se cuenta aún con el personal suficiente para esta labor en todos los departamentos y agencias.

Actualmente los madereros han puesto sus ojos en otra especie: el bálsamo. Para la entidad, el bálsamo puede generar importantes ingresos económicos, pero se debe regular su extracción para evitar lo sucedido con la especie cocobolo.

En cuanto al proceso de verificación de trazabilidad forestal, se han hecho algunas mejoras, ya que actualmente la guía puede ser verificada desde celular y arroja toda la información de la madera (especie, procedencia, número de permiso, etc.) y los madereros también pueden introducir la información al celular en el campo antes del corte del árbol y posteriormente es que se lo otorga el permiso. Ya la información es satelital y se accede a través de código personalizados.

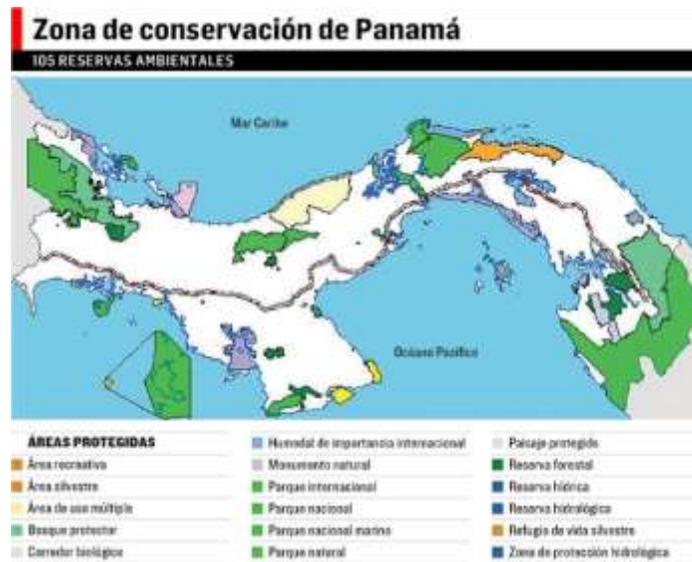
SUSPENDEN PERMISOS

A finales de 2014, la extracción en los bosques darienitas obligó a MiAmbiente a suspender los permisos de tala de árboles, para evitar más deterioro; esto luego de un operativo denominado 'Proteger y Controlar Ayuda a Conservar', que realizó la entidad en áreas boscosas de siete comunidades indígenas del Darién. Con el operativo retuvieron 7,043.78 m³ de madera y decomisaron otros 122.23 m³ entre Panamá Este y Darién.

Producto de la campaña que se inició en octubre de 2014 y finalizó el 1 de junio de 2015, MiAmbiente abrió 15 procesos administrativos a las empresas propietarias de patios de acopio de madera.

LOS VIGILANTES

El dirigente indígena William Barrigón reconoció el impacto ecológico que están sufriendo los bosques en algunas comunidades, pues estos son sus fuentes de subsistencia; no obstante, advirtió que ellos son los que a diario custodian, vigilan y protegen los bosques, por lo que merecen ser compensados.



Según datos del Mapa Forestal de 2015, las áreas donde están las comarcas son las más conservadas, sin embargo, eso no significa que estas áreas hayan sido impactadas. La ley que crea el Ministerio de Ambiente (Ley 8 de 2015) establece los pagos por servicios ambientales, pero también se trabaja en un proyecto de ley donde se plantea el pago por daños ambientales.

'El ministerio se está preparando para eso (Ley de compensación). Se están haciendo los estudios técnicos para demostrar que los bosques del país crean carbono y demostrar cuánto carbono se fija, para luego reclamar que Panamá reciba esos bonos'. La Asamblea Nacional de Diputados de Panamá, aprobó la Ley No. 69 de 9 de octubre de 2017, "Que crea un Programa de Incentivos para la Cobertura Forestal y la Conservación de Bosques Naturales y dicta otras disposiciones" (G.O. No. 28397 C).

Costa Rica cuenta con una Ley de compensación de bonos por los servicios y daños ambientales, que oscila entre \$80 y \$100 por hectárea de bosque o rastrojo.

MiAmbiente, el WWF y la OIMT (Organización Internacional de las Maderas Tropicales) impulsan también un proyecto de gobernanza forestal en el cual todos los actores, madereros, dueños de fincas, autoridades, activistas y conservacionistas se comprometan con un pacto por la madera legal que permita un manejo forestal sostenible y la comercialización responsable de productos del bosque.

La iniciativa está orientada a dar seguimiento al proyecto 'Expandiendo el manejo forestal sostenible en territorios de la comarca Emberá Wounaan', auspiciado por la OIMT. Cuenta con el apoyo de CONAGEFOR (Consejo Nacional de Gestión Forestal) y CONAPIP (Coordinadora Nacional de Pueblos Indígenas de Panamá).

La provincia de Darién tiene el potencial para el desarrollo forestal, pero eso significa que los madereros, los dueños de fincas, MiAmbiente, la sociedad civil y los ambientalistas, comprendan que todos tenemos un rol y que ese trabajo se tiene que hacer en coordinación.

El proyecto incluye un plan de reforestación de los terrenos ya degradados, especialmente en las áreas de Chucunaque y Setegantí, que son áreas críticas de degradación y las principales fuentes de agua de la provincia. En ellas habita el 40% de la población darienita y este año se vieron afectadas por una fuerte sequía.

La WWF, resalta la necesidad que existe de lograr el pacto por la madera legal, pues, aunque Darién es una provincia rica en flora, el sistema desleal de explotación de los bosques que existe actualmente no solo amenaza con destruir la riqueza natural de las comunidades de la provincia, sino también uno de los principales bosques nativos con capacidad productiva que quedan en el país.

La tala ilegal, además de atentar contra la conservación de los bosques, afecta el trabajo que han venido realizando durante 10 años, en el manejo de los bosques, con el cual se ha logrado establecer 80 mil hectáreas bajo manejo y la certificación internacional de las primeras 26 mil hectáreas de bosques en Panamá.

'La tala ilegal deja a las comunidades en la misma situación de pobreza y lo que es peor, con un bosque altamente intervenido e impactado en su potencial productivo a futuro'.

En la Comarca Embera-Wounaan entre el año 1992 al 2000, hubo una pérdida de 535 hectáreas anualmente y entre los años 2007 a 2019 se perdió aproximadamente 1,300 hectáreas por año, por lo que se ha duplicado la deforestación en esta zona.

Mientras, Darién entre los años 2012 y 2019, sufrió una pérdida de 3,000 hectáreas por año.

El proyecto es parte de la estrategia del país para enfrentar el problema de la tala ilegal y la idea es sumar a todos los actores (autoridad, finqueros, madereros, sociedad civil, conservacionistas y ambientalistas) para que reconozcan que el problema existe y lograr que todos participen para mejorar la situación.

La realidad es que, a este ritmo, de no detenerse la tala descontrolada en Darién y Panamá Este, en unos 30 años esos bosques podrían ser solo desiertos. Según las autoridades, Panamá todavía está a tiempo para salvar los recursos forestales y está en las manos de todos protegerlos para que sigan teniendo ese estatus internacional de Patrimonio Natural de la Humanidad.

NORMATIVAS

Las sanciones por talar



La pena de prisión para las personas que talen madera de manera ilegal es de 3 a 7 años. Esto se determinará luego de un proceso penal, que les garantice sus derechos y el debido proceso. La persona que sea dueña de una propiedad privada, también tiene una responsabilidad social; y antes de cortar cualquier árbol debe pedir un permiso y sustentar por qué lo va a talar.

ACTIVIDADES

La Dirección Regional del Ministerio de Ambiente (MiAMBIENTE) en Darién con el apoyo de Estudiantes de ISAE Universidad, la organización BRISAECO y unidades del Servicio Nacional de Fronteras (SENAFRONT), en el contexto del proyecto Alianza por el Millón de Hectáreas, ha realizado actividades de llenado de bolsas para germinar semillas de especies forestales, y posteriores jornadas de reforestación en distintos lugares del sector de la carretera.



Unas 83 hectáreas han sido reforestadas en las comunidades indígenas Emberá Purú y Arimae, en la provincia de Darién, como parte de los proyectos de la Autoridad del Canal de Panamá (ACP), en compensación ecológica por las obras de construcción de las nuevas esclusas. El compromiso del Canal de Panamá es reforestar dos hectáreas por cada una afectada durante los trabajos de ampliación de la vía acuática. La iniciativa implica un año de establecimiento de la plantación y otros cuatro de mantenimiento, en un trabajo conjunto con contratistas locales.

Fortalecimiento de la Reforestación- Alianza por el Millón de Hectáreas

La cueca del Río Chucunaque forma parte de éste proyecto que busca reforestar un millón (1, 000,000) de hectáreas en el territorio nacional en veinte (20) años, con el fin de disminuir la tasa de deforestación y degradación forestal; conservar y/o aumentar los servicios ecosistémicos de las cuencas hidrográficas; salvaguardar los bosques naturales; restaurar las riberas de los ríos, las zonas de amortiguamiento de las áreas protegidas y los corredores biológicos, disponer de materia prima forestal por medio de la reforestación o forestación comercial; y contribuir a la adaptación y mitigación del cambio climático.

Proyecto Fortalecimiento de la Capacidad de Gestión para Reducir la Tala y el Comercio Forestal Ilegal a Través de Mecanismos de Monitoreo y Control

Con el objetivo de fortalecer la capacidad del Ministerio de Ambiente para desarrollar una eficaz y eficiente gestión forestal y contribuir a la prevención y control de la tala y comercio forestal ilegal en la Región Este de Panamá (Bayano y Darién), se desarrolla este proyecto en Panamá, en el distrito de Chepo (Comarca kuna de Madugandí) cuenca del río Bayano y Darién, distrito de Cémaco (Comarca Emberá Wounnan), cuenca del Río Chucunaque, con el apoyo financiero de OIMT.

Proyecto Gobernanza Forestal de los Bosques Tropicales de la Región del

Darién, Panamá

Para fortalecer los mecanismos de gobernanza y gobernabilidad como marcos políticos que valoren todos los bienes y servicios provenientes de bosques naturales beneficiando las comunidades locales reduciendo las tendencias de ilegalidad y degradación forestal en la región del Darién en Panamá. Este proyecto, también con la colaboración financiera de OIMT, se lleva a cabo en Panamá, en el distrito de Chepo (Comarca kuna de Madugandí) cuenca del rio Bayano y Darién, en el distrito de Cémaco (Comarca Emberá Wounnan), cuenca del Rio Chucunaque y distrito de Pinogana, cuenca de los Ríos Tuirá y Balsa.

11. Legislaciones existentes que favorece la participación social en la gestión sanitaria.

En el caso de la participación social en la gestión regional sanitaria, puede decirse que se participa en la Junta Técnica Provincial, estos son de carácter informativo y en ellas se ventilan problemas y logros. No se abordan los procesos de planificación del MINSA.

La convocatoria de participación social sanitaria debería hacerse considerando los grupos organizados (Comités de Salud, JAAR's, JIAR's). En las áreas rurales hay mayor nivel de participación de la población en el proceso de programación y de resolución de problemas de salud, que se logra con el mayor compromiso de los funcionarios. En el área urbana la participación es más difícil toda vez que existen otras prioridades, tanto para la población como para algunos funcionarios. Es importante que se dé un cambio de actitud del personal y de la misma población.

12. Legislaciones existentes que favorece la participación social en la gestión sanitaria.

En el caso de la participación social en la gestión regional, puede decirse que se participa en la Junta Técnica Provincial, estos son de carácter informativo y en ellas se ventilan problemas y logros. No se abordan los procesos de planificación del MINSA.

La convocatoria de participación social debería hacerse considerando los grupos organizados (Comités de Salud, JAAR's, JIAR's), los cuales son elegidos democráticamente y cuentan con personería jurídica, bajo la regencia del Ministerio de Salud. En las áreas rurales hay mayor nivel de participación de la población en el proceso de programación y de resolución de problemas de salud, que se logra con el mayor compromiso de los funcionarios. En el área urbana la participación es

más difícil toda vez que existen otras prioridades, tanto para la población como para algunos funcionarios. Es importante que se dé un cambio de actitud del personal y de la misma población de forma que sea más participativo para la resolución de sus necesidades, en aras de la mejor convivencia de la sociedad.

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

El Índice de Desarrollo Humano se concentra en evaluar el nivel de progreso de las personas en dimensiones esenciales para el aumento de sus capacidades como son: alcanzar una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y tener un nivel de vida aceptable. Para analizar la situación del país a nivel de provincias y comarcas se utilizó el Índice de Desarrollo Humano de Panamá (IDHP), comparando los años 2014 y 2018. El índice presenta valores de 0 a 1, en el que 1 indica el valor más alto en desarrollo humano.



DESARROLLO HUMANO POR PROVINCIAS Y COMARCAS

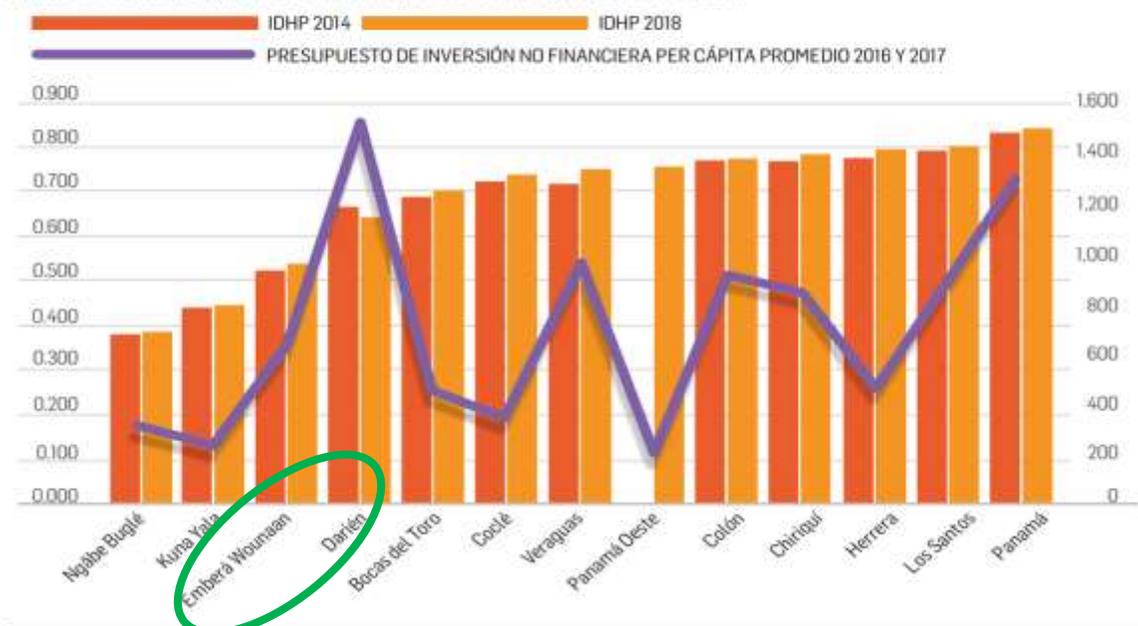
Desde el punto de vista de desarrollo humano, medido a través del Índice de Desarrollo Humano de Panamá (IDHP), son conocidas las disparidades que muestra el país, donde la provincia de **Panamá supera el umbral de alto Desarrollo Humano (mayor a 0.8)**, seguida de cerca por Los Santos, Herrera, Chiriquí y Colón.

En un rango medio, Panamá Oeste, Veraguas, Coclé, Bocas del Toro y Darién (esta última provincia tuvo un descenso entre 2014 y 2018). **En un nivel de logro bajo se ubican las comarcas Emberá, Guna Yala y Ngäbe Buglé.**

GRÁFICO 2 | ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO E INVERSIÓN NO FINANCIERA, POR PROVINCIAS Y COMARCAS

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Programación de Inversiones.

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO DE PANAMÁ 2014 Y 2018



El promedio nacional para el año 2018 llegó a 0.8, cerca del promedio se ubican Chiriquí, Colón y Herrera, en tanto Los Santos y Panamá superan el promedio nacional, llegando esta última al nivel de Desarrollo Humano Alto (superior a 0.8). Más abajo, en orden decreciente, se ubican Bocas del Toro y Darién. Significativamente más atrás, rezagadas de la media nacional, se encuentran las comarcas: Emberá Wounaan, está justo en el límite de desarrollo humano bajo (0.5); en tanto Guna Yala y Ngäbe Buglé se ubican por debajo de ese límite. Cabe mencionar que a pesar de ello, la Comarca Emberá Wounaan tuvo una leve mejoría en el 2018, respecto al 2014, no así Darién como provincia.

14. Marco Legal que confiere al MINSA el ejercicio de la función regulatoria de manera directa o por medio de agencia especializada

BASE LEGAL

Constitución Política de Panamá: Capítulo 6.

Código Sanitario de la República de Panamá: Ley N° 66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.

Decreto de Gabinete N°1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones. (Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969).

Decreto N° 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial N° 16.437 del 2 de septiembre de 1969).

Ley No.9 de 20 de junio de 1994, que establece y regula la Carrera Administrativa y el Decreto Ejecutivo No. 222 de 1994, por el cual se reglamenta la Carrera Administrativa.

Decreto de Gabinete N° 129 de 15 de mayo de 1995, por medio del cual se descentralizan las regiones sanitarias de Chiriquí, Bocas del Toro, Coclé, Colón, San Blas, Darién, Veraguas, Los Santos, Herrera, Panamá Oeste, Panamá Este, Región Metropolitana y Región de San Miguelito.

Decreto de Gabinete N° 389 de 9 de septiembre de 1997, por el cual se reglamenta el Decreto de Gabinete No. 401 de 29 de diciembre de 1970, en cuanto a los deberes y obligaciones de los Comités de Salud.

Resolución No. 276 de 9 de julio de 1998, Que instituye la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud”.

Resoluciones N° 334 de 13 de agosto de 1998, se instituye la estructura orgánica de los Sistemas Regionales de Salud y N° 58 de 1 de enero de 1995, por medio del cual se crean los distritos de salud.

Ley No. 38 del 31 de julio de 2000 de la Procuraduría de la Administración, que regula el Procedimiento Administrativo General y dicta disposiciones especiales.

Ley 1 de 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y Otros Productos para la Salud Humana.

Decreto Ejecutivo N° 178 de 12 de julio de 2001, “Que reglamenta la Ley 1 de 10 de enero de 2001, sobre Medicamentos y Otros Productos para la Salud Humana.

Resolución Administrativa N° 026-REC./HUM./DAL de 19 de marzo de 2001, “Que adopta el Reglamento Interno del Ministerio de Salud”.

Resolución No. 182 de 14 de junio de 2001 que crea el Comité Técnico Interinstitucional.

Decreto Ejecutivo N° 7 del 24 de febrero de 2005, que crea la Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad.

Ley No. 4 de 8 de enero de 2007, “Que crea el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal y dicta otras disposiciones”.

Ley No. 24 de 2 de julio de 2007 que modifica y adiciona artículos a la Ley 9 de 1994, que establece y regula la Carrera Administrativa, y dicta otras disposiciones.

Resolución N° 788 de 12 de diciembre de 2007, “Que modifica la Resolución 276 de 9 de julio de 1998, y dicta otras disposiciones”.

Ley 41 de 30 de junio de 2009, “Que instituye y regula la carrera de Registros y Estadísticas de Salud”.

Resolución No. 632 de 30 de junio de 2009, “Por medio del cual se adopta la Política Nacional de Medicamentos”.

Resolución No. 665 de 31 de julio de 2009, “Que modifica la Resolución No. 788 de 12 de diciembre de 2007, y dicta otras disposiciones”,

Resolución N° 047 de 1 de febrero de 2010, “Que crea la Sección de Administración de Seguros”.

Decreto Ejecutivo No. 41 de 2 de febrero de 2010. “Por el cual se crea el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo”.

Resolución No. 203 de 20 de abril de 2010, que crea la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP), como un organismo técnico, bajo la dependencia del Ministerio de Salud, que la presidirá.

Decreto Ejecutivo No. 538 de 11 de mayo de 2010, que crea la Región de Salud de Panamá Norte.

Decreto Ejecutivo No. 539 de 11 de mayo de 2010, que crea la Región de Salud del Distrito de Arraiján.

Resolución No. 428 de 14 de abril de 2011, que crea la Región de Salud de Panamá Norte y la Región de Salud del Distrito de Arraiján en la Estructura Orgánica del Ministerio de Salud”.

Resolución No. 429 de 14 de abril de 2011, que crea la Dirección de Administración de Proyectos Especiales y establece sus funciones.

Resolución No. 706 de 22 de julio de 2011, que crea la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas y establece sus funciones.

Las Resoluciones y Resueltos internos del ministro(a) de Salud.

15. Resultado positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población de la función regulatoria del MINSA

Rectoría del Sistema Nacional de Salud

El proceso de Reforma y Modernización en Salud considera entre sus fundamentos la Rectoría del Sistema. Ante esta exigencia de la sociedad panameña, los roles de Vigilancia y Provisión de Servicios de Atención a la Población y el Ambiente, serán fortalecidas a través de la estructuración de los Programas Nacionales: Programa Nacional de Vigilancia de la Salud Poblacional y Ambiental.

Programa de Provisión de Servicios de Atención a la Población y el Ambiente.

La operatividad del Sistema de Rectoría de la Salud implica el que todos los organismos públicos y privados con competencia en la producción de la salud, enmarquen sus acciones de acuerdo a las políticas, planes, programas y normas que promulgue el Ministerio de Salud. También quedarán sujetos a un simultáneo proceso de monitoreo, supervisión y evaluación, que será ejercido en procura de la eficiencia y la calidad de los servicios de salud en el país. Para el desarrollo de la descentralización en salud, otra de las acciones prioritarias, la orientación básica consistirá en la operativización de la Estrategia de la Atención Primaria, en búsqueda de la equidad en salud. Ello implica priorizar a los grupos humanos postergados, desarrollando el primer nivel de atención y mejorando la capacidad operativa y gerencial de los servicios de salud.

El punto focal para el desarrollo de la descentralización lo constituye el fortalecimiento del Nivel Local, como base de la respuesta organizada a los requerimientos de salud de la población y el ambiente.

La consolidación de las acciones para la Rectoría y la Descentralización que orienta el Ministerio de Salud, será apoyada por la implementación de estructuras y procesos que concreten ambos procesos técnico políticos.

1. Implementación del Sistema de Información en Salud
2. Desarrollo de nuevas estrategias para el financiamiento de la salud
3. Desarrollo efectivo de la Participación Social en Salud
4. Diseño y ejecución de perfiles educacionales para el proceso de capacitación y formación permanente del recurso humano en salud.

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

La fiscalización se da desde el nivel nacional a través de la Unidad de Auditoría Interna.

FUNCIONES

01. Asesorar a la Dirección del Sistema Regional y a todos los niveles de la organización y presentar información oportuna y periódica en materia de auditoría de operaciones administrativas y financieras.

02. Auditar las operaciones financieras y administrativas y de otro tipo de la Región de Salud en sus diferentes niveles organizativos, a fin de comprobar si se ajusta a lo establecido por las leyes y normas vigentes.

03. Elaborar el Plan Anual de Auditoría Interna de la Región de Salud y asegurar su envío a la Oficina de Auditoría Interna de la Sede del Ministerio de Salud.

04. Coordinar con la Oficina de Auditoría Interna del Ministerio de Salud, el apoyo logístico y la programación de actividades para la realización de áudios especiales no contenidos en el Plan Anual de Auditoría Interna.

05. Evaluar permanentemente la eficacia y eficiencia de los sistemas, procedimientos y procesos de trabajo administrativos, presupuestarios y financieros, así como los instrumentos de control interno utilizados.

06. Evaluar el debido cumplimiento de las Normas de Control Interno para el Área de Presupuesto, para el Área de Administración Financiera Gubernamental, para el Área de Materiales, Suministros y Activos Fijos y para el Área de Administración de Recursos Humano, según los procedimientos establecidos.

07. Supervisar la aplicación de los métodos de trabajo a seguir en materia de auditoría, a nivel de la Región de Salud.

08. Cumplir con las disposiciones legales vigentes y con los principios de ética profesional.

09. Verificar que se implementen las recomendaciones y correctivos presentados por la Unidad de Auditoría Interna, de acuerdo a las Normas de Control Interno Gubernamental.

10. Atender las denuncias y quejas presentadas por terceros acerca del manejo de los recursos y bienes asignados a las unidades administrativas en todo el nivel regional.
11. Remitir los resultados de los informes de auditoría a la Oficina de Auditoría Interna del Nivel Nacional para su revisión.
12. Evaluar lo concerniente a la formación, administración y cumplimiento de las normas de las Juntas Administradoras de Agua y de los Comités de Salud.
13. Supervisar el proceso de inventario en los almacenes en coordinación con el equipo de funcionarios encargados de realizar el inventario.
14. Supervisar las actividades realizadas por los auditores internos de la Región de Salud.
15. Programar la realización de arqueos periódicos a las diferentes cajas menudas de la Región de Salud.

A nivel regional, el Departamento de Fiscalización de la Contraloría General de la República, realiza la labor de fiscalización en los procesos administrativos, así como el manejo de las cajas menudas.

Los niveles locales velan por el correcto uso de los fondos recibidos en sus instalaciones, y son sujetos a evaluaciones realizadas por la Unidad de auditoría interna.



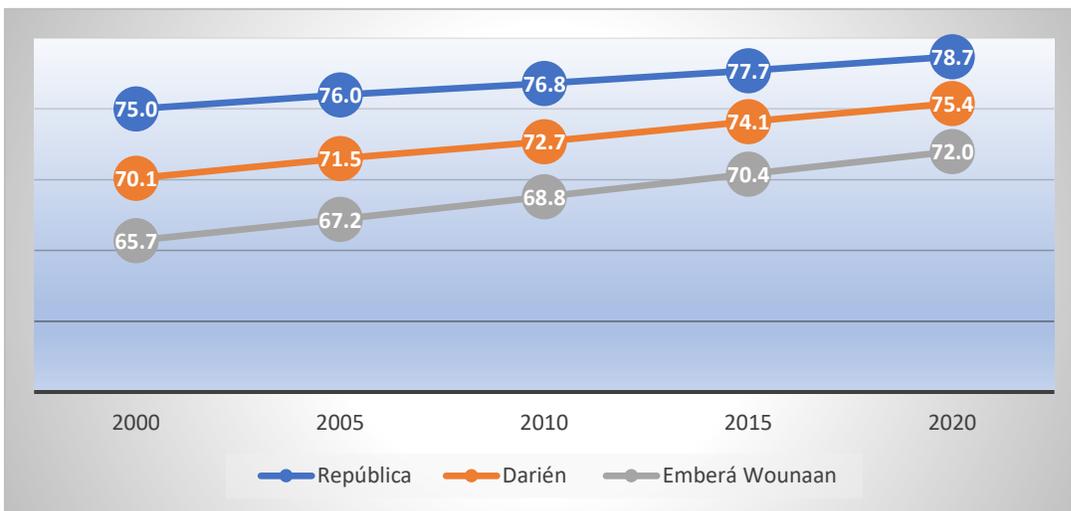
FOTOGRAFÍA 2

¿CUÁL ES LA DEMANDA DE NECESIDADES Y SERVICIOS?

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS
MORBILIDAD
MORTALIDAD

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO GENERAL Y POR GÉNERO DE LA REGIÓN

Grafica 1. ESTIMACIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER, SEGÚN PROVINCIA, COMARCA INDÍGENA AÑOS 2000-2020



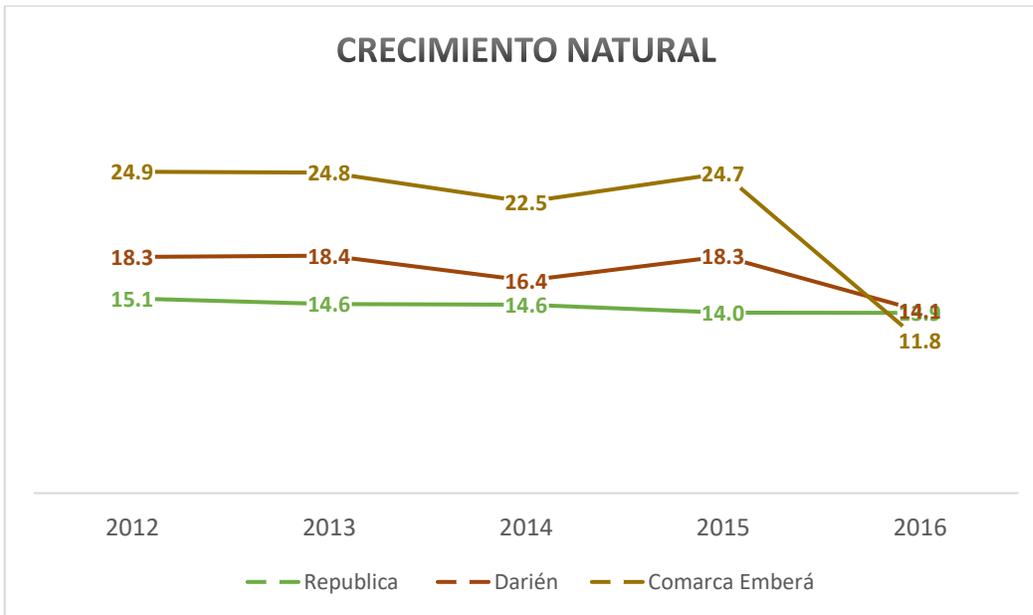
Fuente análisis sociodemográficas. INEC Contraloría General

La esperanza de vida en la República, según estimación del 2000-20, ha aumentado un 4,9 año, se prevé que una esperanza de vida para este período alcance los 78.7 años.

Por otra parte la provincia de Darién, para el 2,000 la esperanza de vida era de 70.1 años y para el 2020 se proyectó que es 75.4, en lo que se observa un aumento de 7.6.

La Comarca Emberá Wounaan inicia y se mantiene como la de mayor nivel de mortalidad; en consecuencia, resulta ser la de menor esperanza de vida al nacer. Sin embargo, es allí donde se espera el mayor incremento en este indicador de 6.3 años, al pasar de 65.7 a 72.0, variando un 9.5 ciento en el período señalado.

GRAFICA 2. TASA DE CRECIMIENTO NATURAL EN PANAMÁ, DARIÉN Y COMARCA EMBERÁ WOUNAAN AÑOS 2012 - 2016

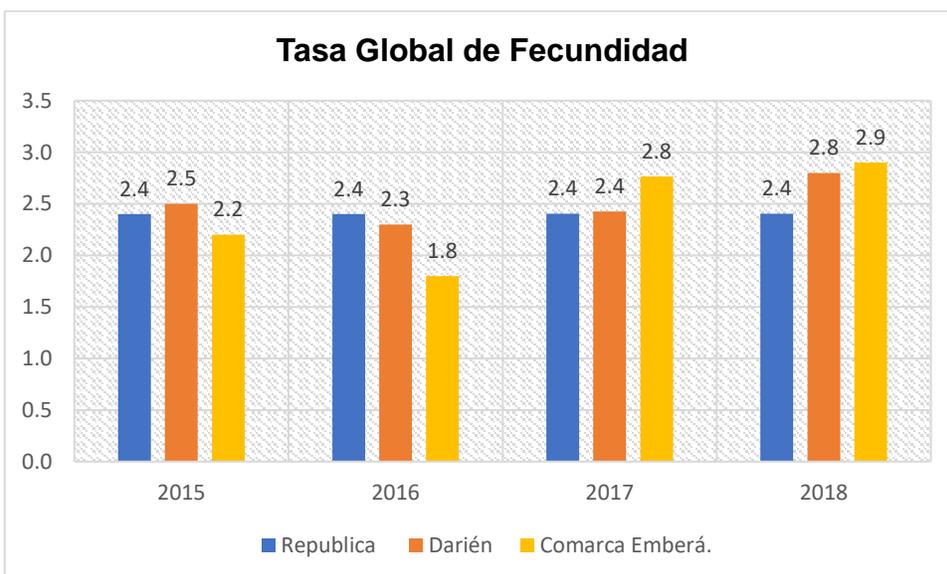


FUENTE INDICADORES SOCIALES INEC CONTRALORÍA GENERAL

La tasa de crecimiento natural de la población de la República fue para el año 2012 de 15.1 por ciento, por cada mil habitantes. Mientras que para el 2016 obtuvo un 14.6 por ciento.

Es conveniente destacar, que Darién mostró un porcentaje de 18.3 para el 2015, por lo que tuvo un descenso en 14.1 por ciento y la Comarca Emberá Wounaan fue la que registró un mayor decrecimiento de 24.9 a 11.8 por ciento.

GRAFICA 3. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN PANAMÁ, DARIÉN Y EMBERÁ WOUNAAN, AÑOS 2015 – 2018



Fuente: Contraloría General de la República – INEC-

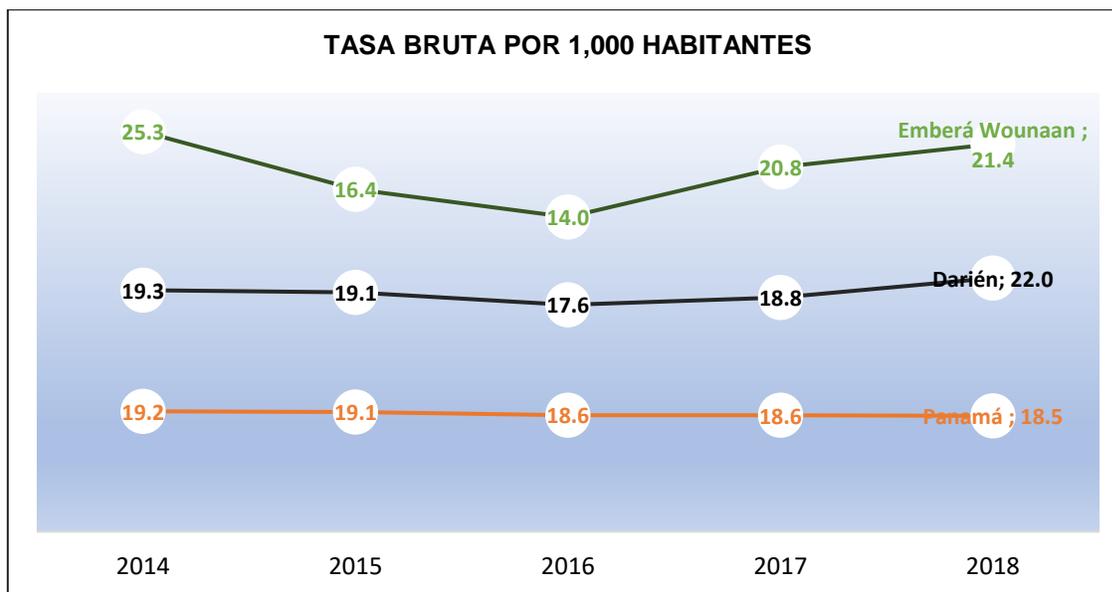
La tasa global de fecundidad en el país para el periodo 2015- 2018 se mantiene en 2.4, en la provincia de Darién en el año 2015 se observa una tasa de 2.5, para el 2016 desciende a 2.3, para luego aumentar en el 2018, al alcanzar una tasa de 2.8. La comarca Emberá es donde se nota el aumento de la tasa Global de fecundidad de un 2.2 del 2015 a 2.9 para el año 2018.

Cuadro 1. TASA BRUTA DE NATALIDAD EN LA REPÚBLICA, SEGÚN PROVINCIA Y COMARCA INDÍGENA DE RESIDENCIA: AÑOS 2014-18

Área, provincia, comarca indígena y distrito de residencia	Nacimientos vivos									
	Número					Tasa bruta por 1,000 habitantes (1)				
	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
República	75,183	75,901	75,184	76,166	76,863	19.2	19.1	18.6	18.6	18.5
Darién	1,037	1,039	970	1,048	1,241	19.3	19.1	17.6	18.8	22.0
Emberá Wounaan	293	194	169	255	268	25.3	16.4	14.0	20.8	21.4

FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES.VOLUMEN II. NACIMIENTOS VIVOS Y DEFUNCIONES FETALES. INEC

GRAFICA 34, TASA BRUTA DE NATALIDAD, REPÚBLICA, PROVINCIA DE DARIÉN Y EMBERÁ WOUNAAN.

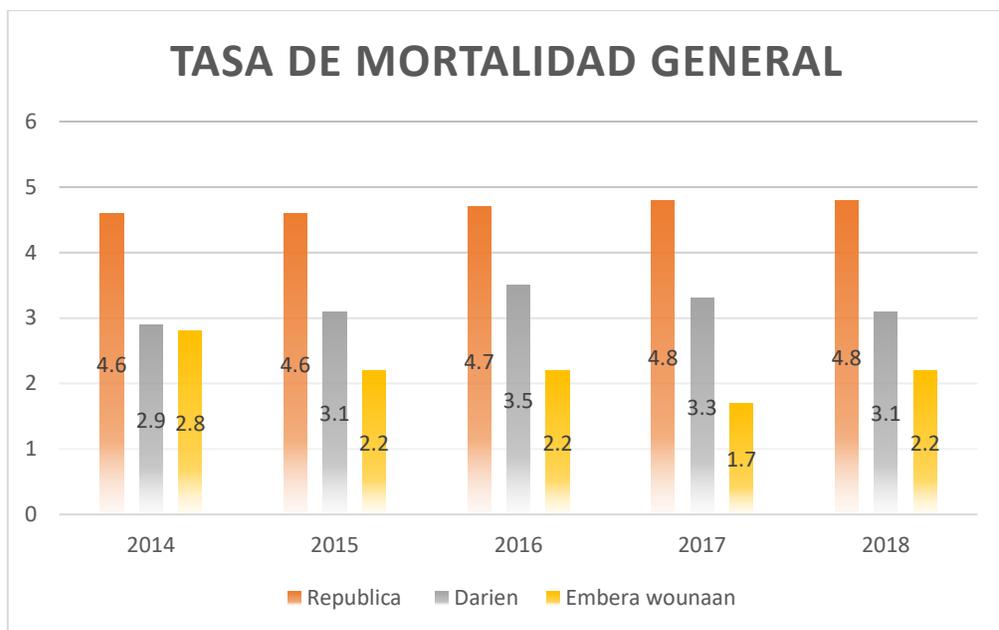


FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES.VOLUMEN II. NACIMIENTOS VIVOS Y DEFUNCIONES FETALES. INEC

Podemos observar que la tasa de natalidad en el país, para el periodo comprendido del 2014 – 2018 muestra un descenso de 19.0 a 18.5, lo cual significa que disminuyó

en un 3.6 por ciento. Mientras que en la provincia de Darién para los años de comparación, se observa que para el 2016 se da una baja en la cifra; sin embargo, para el año 2018 sube a 22.0. De tal forma, se concluye que del 2014 al 2018 la Provincia de Darién registra un aumento del 14.6 por ciento. Por su parte, el área de la Comarca Emberá Wounaan registra una tasa de natalidad de 25.3 en 2015 y 2016.

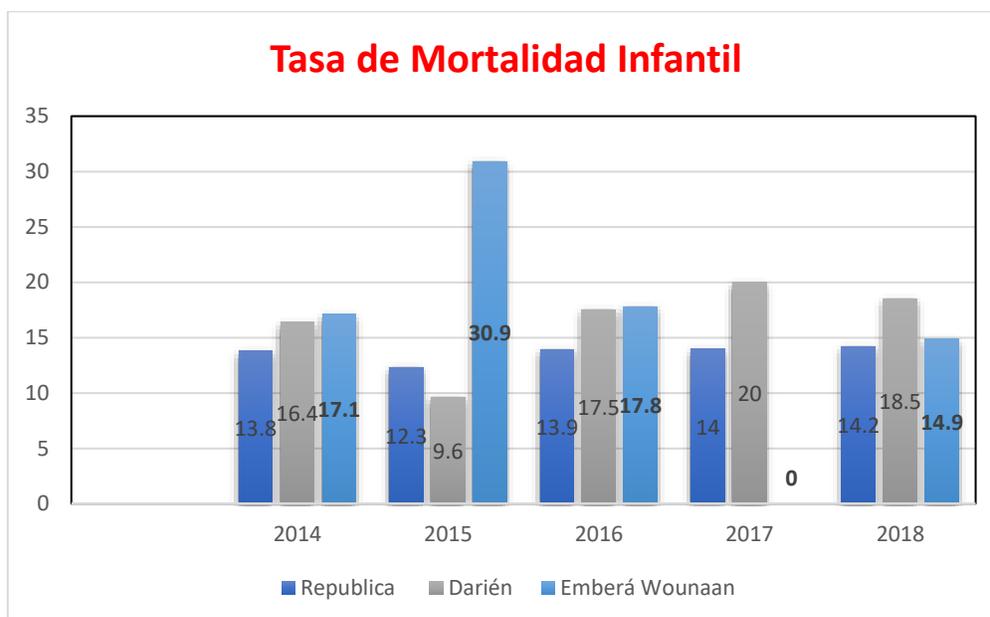
GRAFICA 5. TASA DE MORTALIDAD GENERAL DE LA REPÚBLICA, PROVINCIA DE DARIÉN Y COMARCA EMBERÁ WOUNAAN



FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES. VOLUMEN III DEFUNCIONES. INEC

La tasa de mortalidad en 2018 en Panamá se mantuvo en 4.8 % con respecto al 2017 es decir, 4.8 muertes por cada mil habitantes. En la provincia de Darién para el 2016 se nota el aumento de un 3.5, pero para el 2018 disminuyó a 3.1, mientras que la Comarca Emberá Wounaan ha subido respecto al 2017, hasta situarse en el 2.2 %, es decir, 2,2 muertes por cada mil habitantes.

GRAFICA 6; TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LA REPÚBLICA, PROVINCIA DE DARIÉN Y COMARCA EMBERÁ WOUNAAN. AÑOS 2014-2018



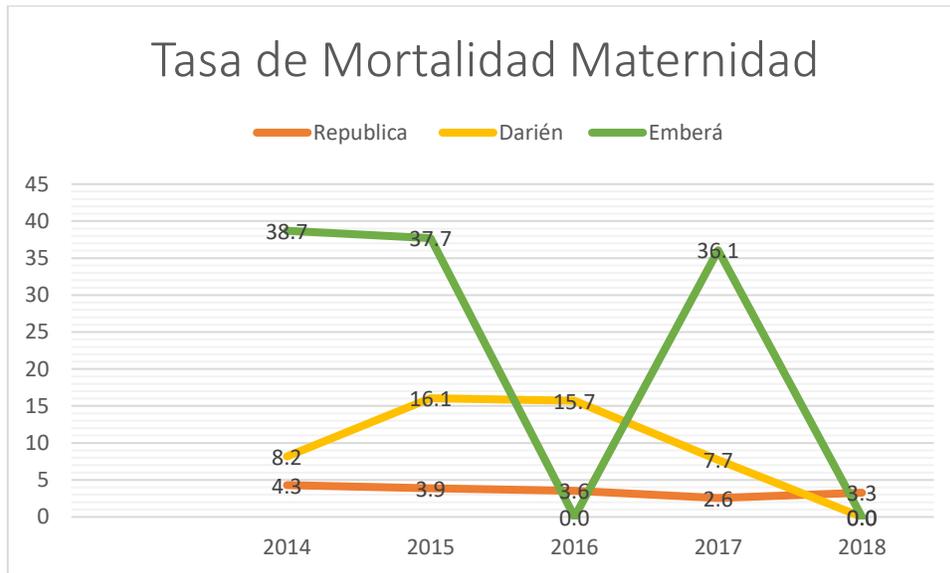
FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES. VOLUMEN III DEFUNCIONES. INEC

En Panamá a nivel nacional, en el año 2015 se registraron 12.3 defunciones por cada mil nacidos vivos; dicha tasa de mortalidad infantil aumentó para los años: 2016 con 13.9, 2017 con 14.0 y 2018 con 14.2.

En la provincia de Darién; sin embargo, para el año 2015 se dieron 9.6 defunciones por cada mil nacidos vivos, presentando un aumento en el 2017 y 2018, respectivamente, en un 20.0 y 18.5.

En la Comarca Emberá Wounaan hay variaciones, ya que en el 2015 presenta un aumento de 30.9 defunciones por cada mil nacidos vivos, para el 2016 bajó a 17.8 y para el 2017 no presentó defunción infantil, sin embargo, para el 2018 presenta 14.9 defunciones por cada mil nacidos vivos.

GRAFICA 7; TASA DE MORTALIDAD MATERNA DE LA REPÚBLICA, PROVINCIA DE DARIÉN Y COMARCA EMBERÁ WOUNAAN



FUENTE: ESTADISTICAS VITALES. VOLUMEN III DEFUNCIONES. INEC

En Panamá a nivel nacional la tasa de mortalidad materna, es decir el número de mujeres que fallecen por complicaciones del embarazo, parto y puerperio por cada cien mil nacimientos vivos, ha bajado 1 punto entre las cifras del 2014 (4.3) y del 2018 (3.3).

En la Provincia de Darién la cifra registrada para el año 2014 (8.2), aumenta en 2015 (16.1) y en el 2016 (15.7), sin embargo, para el año de 2017 baja a 7.7 hasta no registrar ninguna muerte materna en el 2018.

En la Comarca Emberá Wounaan para el 2015 se alcanza una cifra de 37.7, para el 2016 no registra muerte materna, para luego en el 2017 registrar una cifra de 36.1, la cual baja a cero en el año 2018.

La mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, son graves problemas de salud pública que manifiestan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida. Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y la calidad de la atención a que tienen acceso.

Para el país estos avances son parcialmente el resultado de la implementación de políticas públicas como el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal 2015- 2020.



FOTOGRAFÍA 3

CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

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

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. **¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?**

Considera el establecimiento, desarrollo y supervisión de los sistemas de vigilancia de los factores protectores y de riesgos para la salud y de la morbi-mortalidad poblacional, así como está relacionada con el logro de intervenciones sanitarias efectivas en el Sistema Nacional de Salud.

Los departamentos relacionados dependen de la Dirección General de Salud Pública, ubicada en el Nivel Operativo Ejecutivo, y depende jerárquicamente del Despacho Superior, del nivel nacional.

2. **¿Qué problemas se deben vigilar?**

La Región de Salud de Darién, a través de la coordinación de Epidemiología, da seguimiento semanal a las enfermedades de notificación obligatoria detalladas en la Guía Nacional de Epidemiología (82 enfermedades).

La recopilación semanal de la información de todas las instalaciones es ingresada al programa SISVIG, que es una plataforma web para el registro automatizado de los datos de vigilancia.

Adicional se hace la vigilancia de:

- Casos Febriles
- Casos de Diarrea
- Casos de Neumonías

Actualmente se incluye la notificación prioritaria y obligatoria de los casos sospechosos por infección por el virus Covid-19.

La región cuenta con un personal de epidemiología que trabaja en campo y se encarga de levantar el proceso de investigación de cualquier brote.

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

Fortalezas:

La excelente formación de los profesionales del Departamento, con especialización en Salud Pública y Epidemiología. Algunos de ellos con amplia experiencia en Vigilancia Epidemiológica.

La incorporación de profesionales también con especialización en la disciplina.

Coordinación inmediata y oportuna con el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud (ICGES) en la realización de las pruebas requeridas,

aportes con insumos y capacitaciones, tanto al personal técnico como médico.

Debilidades:

La necesidad de capacitación del personal en el manejo de los equipos informáticos y los programas seleccionados para las bases de datos, así como en los conocimientos epidemiológicos imprescindibles para desempeñar sus funciones.

Falta de seguimiento en las actualizaciones de los diferentes instrumentos de llenado que se envían al ICGES.

La dificultad de la coordinación entre los distintos generadores de información elaborada, sobre todo en el caso de las enfermedades no transmisibles, debido a la inaccesibilidad tecnológica, característica del pobre desarrollo tecnológico.

La falta de guías operacionales por escrito que establezcan la respuesta ante la notificación de un brote o evento, en las instalaciones.

Establecimiento de mecanismos formales de coordinación desde el nivel central al regional y al local, en relación a funciones y responsabilidades.

La capacidad de detección de brotes y de casos (sub registro).

Falta de capacitación para investigar brotes de los técnicos de nivel local.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

Darién, fronteriza con Colombia ocupa una superficie de 16,803 km², lo que la convierte en la provincia de mayor tamaño en el país, con 22.2% del total de la superficie nacional. De dicha extensión territorial 4,383.5 km², corresponde a la Comarca Emberá Wounaan.

La Provincia de Darién está conformada por 5 Distritos: Pinogana, Chepigana y Santa Fe, Sambú y Cémaco siendo éstas dos últimos pertenecientes a la Comarca Emberá Wounaan. Cabe resaltar que las comunidades de Nurra, Wala y Mortí que pertenecen a la Comarca Wargandí, también son atendidas por la Región de Salud de Darién.

Para julio de 2020, la población total estimada de la Provincia de Darién es de 70,834, de la cual 57,818 se ubican fuera de la Comarca y 13,016 corresponde a los habitantes de la Comarca Emberá Wounaan, lo que produce las dos densidades más bajas de las Provincias y comarcas del país con 4.6 y 2.9 habitantes por kilómetro², respectivamente. Esta situación deja

ver la gran dispersión de la población localizada en centros poblados, pequeños y vinculados en su mayoría a los cursos de los ríos.

Cuatro provincias muestran tasas de pobreza total mayores al 50% de sus habitantes: Darién, Bocas del Toro, Coclé y Veraguas, siendo la Provincia de Darién la que presenta el mayor porcentaje de pobreza total.

En 2018 los índices de pobreza extrema en la provincia de Darién y la Comarca Emberá Wounaan era de 35.9% y 70.8%, respectivamente.

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

El transporte en la provincia de Darién se dificulta, debido a la dispersión de las comunidades, propia de su geografía, ya que es considerada como área de difícil acceso.

El Distrito de Chepigana tiene acceso por vía pluvial, aérea y terrestre de la siguiente forma, en base a Corregimientos:

Agua Fría: Terrestre.

Río Congo Arriba: Terrestre y Pluvial.

Río Congo: Pluvial.

Santa Fe: Terrestre.

Cucunatí: Terrestre.

Río Iglesias: Terrestre

La Palma: Terrestre (interno), pluvial, aérea.

Setegantí: Terrestre (desde la Palma).

Camogantí: Pluvial (mar y río).

Chepigana: Terrestre (desde la Palma)

Taimatí: Pluvial, por mar Garachiné: Pluvial por mar, y aéreo

Sambú, Pluvial por mar, aéreo.

Puerto Piña: Pluvial por mar, aéreo.

Jaqué: Pluvial por mar, aéreo.

Tucutí: Pluvial por mar y luego río.

El Distrito de Pinogana tiene acceso por vía pluvial, aérea y terrestre de la siguiente forma, en base a Corregimientos:

Comarca Wargandi: Terrestre, Pluvial por río.

Metetí: Terrestre.

Yaviza: Terrestre.

Pinogana: Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río.

El Real de Santa María: Aéreo, Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río.

Púcuro: Pluvial por río.

Paya: Pluvial por río.

Boca de Cupe: Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río.

Yape: Terrestre (desde Yaviza), luego Pluvial por río.

Distrito de Cémaco: Pluvial por Río.

Distrito de Sambú: Pluvial por mar y río, Aéreo.

Cabe mencionar que los vuelos comerciales sólo se realizan para las áreas de Jaqué y Piña. Las demás pistas son utilizadas por autoridades nacionales, SENAFRONT y SENAN, cuando amerita.

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

El costo de movilización está sujeto a los precios fluctuantes del combustible para la movilización que se da principalmente por vía pluvial, sumado al costo agregado por la distribución desde la Provincia de Panamá hacia las diferentes áreas de Darién.

En cuanto al transporte público terrestre las tarifas están reguladas por la Autoridad de Transporte y Tránsito Terrestre (ATTT).

Como ejemplos, tenemos que la movilización de Boca de Cupe hacia el Hospital de Yaviza en transporte particular cuesta B/. 40.00. Un transporte público de Puerto Quimba a La Palma cuesta B/. 5.00, y en transporte público de Santa Fe a Metetí el costo para la población es de B/. 1.50.

COMPLEJIDAD DE LA RED

1. **¿La región cuenta con una red integrada e integrales de servicios de salud?**

La región sí cuenta con una red de servicios pública integrada en un flujo de funciones desde las instalaciones más básicas como los puestos de salud hasta los centros maternos infantiles y hospitales. Igualmente se mantiene comunicación con los Hospitales de 2do Nivel: Hospital de Chepo y 24 de Diciembre Lourdes De Tzanetatos, y Tercer Nivel: Hospital Santo Tomás, Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid y Hospital del Niño.

La Junta Técnica brinda el espacio para que la toma de decisiones y enlaces con las instituciones gubernamentales se den de manera más coordinada, en materia de sanidad, así como apoyos recíprocos con dichas instituciones (MIDES, SENADIS, SENAN, SENAFRONT, MIAMBIENTE, IDAAN, etc).

Hay cooperación constante con los estamentos de seguridad, Migración y la Defensoría del pueblo, principalmente en el tema de migrantes.

Hay que destacar la estrecha colaboración que existe con SENAFRONT y SENAN, tanto en apoyo administrativo logístico (apoyo recíproco en salud,

de personal, ambulancias, trámites administrativos, cooperación en actividades de promoción y prevención de seguridad y salud).

Igualmente se da la participación coordinada con grupos comunitarios organizados, como los comités de salud, grupos de apoyo comunitario (Salud Comunitaria de Metetí), así como educación y diálogo educativo y tratamiento de problemáticas, a través de programas radiales y entrevistas.

2. **¿Con base a los niveles de atención cómo caracteriza la complejidad de las instalaciones de la red pública regional de salud tanto del MINSa como de la CSS?**

Todas las instalaciones son de primer nivel de atención. En Darién no se cuenta con instalaciones de la CSS, en tanto los asegurados son atendidos en las instalaciones del MINSa.

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

Los puestos de salud son manejados por asistentes y promotores de salud. En los sub centros de salud como el de Unión Chocó, Lajas Blancas, Platanilla, Cucunatí, Tucutí y Puerto Piña hay presencia de médicos y personal de enfermería.

Los centros maternos infantiles (CMI) y los hospitales brindan una atención más completa, con médicos, enfermeras, técnicos en enfermería, y algunos cuentan con laboratorio y médico especialista.

Se labora en todas las instalaciones de 7:00a.m. a 3:00p.m., en los hospitales y CMI se brinda atención médica 24/7, incluyendo horas extraordinarias de 3:00p.m. a 7:00a.m., ya que cuentan con camas de hospitalización, cuarto de urgencias y parto.

Detallamos la categorización de estructuras abajo. Todas las instalaciones son de primer nivel de atención.

CODIGO	DENOMINACION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	LUGAR POBLADO
0501010401	HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	CHEPIGANA	LA PALMA	LA PALMA
0502010501	HOSPITAL EL REAL	PINOGENA	EL REAL	EL REAL
0502070501	HOSPITAL YAVIZA (MANUEL NIETO)	PINOGENA	YAVIZA	YAVIZA
CENTROS DE SALUD CON CAMA				
0501040901	C. DE S. GARACHINE	CHEPIGANA	GARACHINE	GARACHINE
0501050901	C. DE S. JAQUE	CHEPIGANA	JAQUE	JAQUE
0501090901	C. DE S. SAMBU	CHEPIGANA	SAMBU	SAMBU
0501160901	C. DE S. SANTA FE	CHEPIGANA	SANTA FE	SANTA FE
0502020901	C. DE S. BOCA DE CUPE	PINOGENA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE
0502080901	C. DE S. METETI	PINOGENA	METETI	METETI
SUB-CENTROS DE SALUD				
0501031201	S. C. DE S. CHEPIGANA	CHEPIGANA	CHEPIGANA	CHEPIGANA
0501121201	S. C. DE S. TUCUTI	CHEPIGANA	TUCUTI	TUCUTI
0501141201	S. C. DE S. CUCUNATI	CHEPIGANA	CUCUNATI	CUCUNATI
0502041201	S. C. DE S. PINOGENA	PINOGENA	PINOGENA	PINOGENA
0501151201	S. C. DE S. PLATANILLA	CHEPIGANA	SANTA FE	PLATANILLA
1101011202	S. C. DE S. UNION CHOCHOE	CEMACO	CIRILO GUAINORA	UNION CHOCHOE
1101021203	S. C. DE S. LAJAS BLANCA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	LAJAS BLANCAS
0502071201	S. C. DE S. CANGLON	PINOGENA	METETI	CANGLON

COMARCA EMBERA				
1101011401	P. DE S. CAPETUIRA	CEMACO	CIRILO GUAINORA	CAPETUIRA
1101011403	P. DE S. VISTA ALEGRE	CEMACO	CIRILO GUAINORA	VISTA ALEGRE
1101021401	P. DE S. BAJO CHIQUITO	CEMACO	LAJAS BLANCAS	BAJO CHIQUITO
1101021402	P. DE S. EL SALTO	CEMACO	LAJAS BLANCAS	EL SALTO
1101021404	P. DE S. MARRAGANTI	CEMACO	LAJAS BLANCAS	MARRAGANTI
1101021405	P. DE S. CANAAN	CEMACO	LAJAS BLANCAS	CANAAN
1101021406	P. DE S. PEÑA DE BIJAGUAL	CEMACO	LAJAS BLANCAS	PEÑA BIJAGUAL
1101021407	P. DE S. BELLA AMOR Y CALETA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	LA CALETA
1101031401	P. DE S. COMUN	CEMACO	MANUEL ORTEGA	COMUN
1101031402	P. DE S. COROZAL	CEMACO	MANUEL ORTEGA	COROZAL
1101031403	P. DE S. EL TIGRE	CEMACO	MANUEL ORTEGA	EL TIGRE
1101031404	P. DE S. PUNTA GRANDE	CEMACO	MANUEL ORTEGA	PUNTA GRANDE
1102011401	P. DE S. BAYAMON	SAMBU	RIO SABALO	BAYAMON
1102011402	P. DE S. BOCA DE TRAMPA	SAMBU	RIO SABALO	BOCA DE TRAMPA
1102021401	P. DE S. JINGURUDO	SAMBU	JINGURUDO	JINGURUDO
1102021402	P. DE S. PAVARANDO 1/	SAMBU	JINGURUDO	PAVARANDO

PUESTOS DE SALUD				
0501011401	P. DE S. MOGUE	CHEPIGANA	LA PALMA	MOGUE
0501011402	P. DE S. PUNTA ALEGRE	CHEPIGANA	LA PALMA	PUNTA ALEGRE
0501021401	P. DE S. CAMOGANTI	CHEPIGANA	CAMOGANTI	CAMOGANTI
0501031401	P. DE S. LA MAREA	CHEPIGANA	CHEPIGANA	LA MAREA
0501041401	P. DE S. CALLE LARGA	CHEPIGANA	GARACHINE	CALLE LARGA
0501041402	P. DE S. RIO DE JESUS	CHEPIGANA	GARACHINE	RIO DE JESUS
0501051401	P. DE S. BIROQUERA	CHEPIGANA	JAQUE	BIROQUERA
0501061401	P. DE S. PLAYA MUERTO	CHEPIGANA	PUERTO PIÑA	PLAYA DEL MUERTO
0501061402	P. DE S. PUERTO PIÑA	CHEPIGANA	PUERTO PIÑA	PUERTO PIÑA
0501071401	P. DE S. BARRIALES	CHEPIGANA	RIO CONGO	BARRIALES
0501071402	P. DE S. RESERVA	CHEPIGANA	RIO CONGO	RESERVA
0501071403	P. DE S. RIO CONGO	CHEPIGANA	RIO CONGO	RIO CONGO
0501081401	P. DE S. ARRETI	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	ARRETI
0501081402	P. DE S. RIO IGLESIAS	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	RIO IGLESIAS
0501101401	P. DE S. EL QUINTIN	CHEPIGANA	SETEGANTI	QUINTIN
0501101402	P. DE S. DE SETEGANTI	CHEPIGANA	SETEGANTI	SETEGANTI
0501111401	P. DE S. TAIMATI	CHEPIGANA	TAIMATI	TAIMATI
0501121401	P. DE S. MANENE	CHEPIGANA	TUCUTI	MANENE
0501151402	P. DE S. BUENA VISTA 1/	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	BUENA VISTA
0501131401	P. DE S. EL TIRAO	CHEPIGANA	AGUA FRIA	EL TIRAO
0501161402	P. DE S. TAMARINDO	CHEPIGANA	SANTA FE	TAMARINDO
0501161403	P. DE S. DE BOCA LARA	CHEPIGANA	SANTA FE	BOCA DE LARA
0501161404	P. DE S. DE ARIMAE	CHEPIGANA	SANTA FE	ARIMAE
0502021401	P. DE S. EL BALSAL	PINOAGANA	PUCURO	EL BASAL
0502031401	P. DE S. PAYA	PINOAGANA	PAYA	PAYA
0502051401	P. DE S. PUCURO	PINOAGANA	PUCURO	PUCURO
0502091401	P. DE S. WALA	PINOAGANA	C. KUNA DE WARGANDI	WARGANDI
0502091402	P. DE S. NURRA	PINOAGANA	C. KUNA DE WARGANDI	NURRA
0502081401	P. DE S. MORTI	PINOAGANA	METETI	METETI

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

La provincia no labora con un sistema de extensión de horario, se mantiene la actividad de horas extras como turnos en horario de 3:00p.m. a 11:00p.m. y 11:00p.m. a 7:00a.m., con atención de urgencias y hospitalización, en las 3 instalaciones categorizadas como Hospitales, las 6 que son Centro Materno Infantiles, y los 8 Sub centros de Salud, excepto Chepigana.

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

La sectorización está dada por área sanitaria, en total 9, donde cada una tiene una instalación principal a saber, los 3 hospitales y los 6 CMI. La categorización es de determinación histórica donde se construyeron estas instalaciones y atendiendo la planeación de la red pública de los servicios de salud.

Existe una propuesta actualmente para organizar la red de servicios en Distritos Sanitarios.

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

Los equipos trabajan de manera integral, según el nivel de complejidad en el que se encuentren, con servicio de salud con camas de hospitalización en hospitales y centros de salud, y asistentes de salud en puestos de salud.

La atención de salud se da a partir de una menor complejidad en los puestos de salud a una de mayor complejidad hasta llegar al hospital y de ser necesario, se trasladan de allí hacia la Provincia de Panamá.

7. **¿Qué profesionales conforman el equipo básico?**

Todas las instalaciones principales que conforman la red de servicios y son las regentes de las 9 áreas sanitarias, cuentan con equipo básico, con Médico General, Enfermera, Técnico de Enfermería, Técnicos de laboratorio. Se detalla abajo la distribución del personal en cada una de las instalaciones (Ver cuadro de la cartera de los servicios de salud).

8. **¿Cuál es la población de responsabilidad de los equipos de sector?**

DENOMINACION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	LUGAR POBLADO		POB. DE RESP. 2010
HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	CHEPIGANA	LA PALMA	LA PALMA		10458
HOSPITAL EL REAL	PINOIANA	EL REAL	EL REAL		1327
HOSPITAL YAVIZA (MANUEL NIETO)	PINOIANA	YAVIZA	YAVIZA		5882
CENTROS DE SALUD CON C					
C. DE S. GARACHINE	CHEPIGANA	GARACHINE	GARACHINE		3546
C. DE S. JAQUE	CHEPIGANA	JAQUE	JAQUE		3299
C. DE S. SAMBU	CHEPIGANA	SAMBU	SAMBU		3083
C. DE S. SANTA FE	CHEPIGANA	SANTA FE	SANTA FE		13670
C. DE S. BOCA DE CUPE	PINOIANA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE		4504
C. DE S. METETI	PINOIANA	METETI	METETI		9748

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

La cartera de servicios va acorde a la capacidad resolutive de cada una de las instalaciones, todas de primer nivel de atención, con hospitalización en hospitales rurales y CMI.

Los programas son todos los que brinda el Ministerio de Salud.

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

La cartera de servicios de cada una de las instalaciones es presentada en cuadro adjunto abajo.

El costo de los productos, no tiene un lineamiento definido y varía de instalación a instalación. Sin embargo, es importante mencionar los esfuerzos que realiza el MINSa, en cuanto a la implementación del sistema de expediente electrónico (SEIS), con un módulo de facturación, que redundará en grandes beneficios para la Región de Salud de Darién, ya que llevamos todo el peso de la población asegurada y no asegurada.

REGION DE SALUD DE DARIEN
SERVICIOS DE SALUD QUE SE BRINDAN EN LA CONSULTA EXTERNA
SEGUN REGION Y DISTRITO
AÑO 2017

INSTITUCION	SERVICIOS DE SALUD																																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44						
TOTAL REGIONAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
CENTROS DE SALUD (MNSA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
HOSPITAL DE YAVIZA	X								X								X						X	X	X																									
HOSPITAL EL REAL	X								X															X	X	X																								
HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	X	X							X				X				X						X	X	X																									
C. M. I DE BOCA DE CUPE	X																							X	X	X																								
C. M. I DE GARACHINE	X																							X	X	X																								
C. M. I DE JAQUE	X								X															X	X	X																								
C. M. I DE SAMBU	X								X									X						X	X	X																								
C. M. I DE SANTA FE	X	X							X								X	X					X	X	X																									
C.M.I DE METETI	X	X							X									X	X				X	X	X																									
SUB.C.S. CHEPIGANA																																																		
SUB.C.S. DE PLATANILLA	X																							X		X																								
SUB.C.S. DE UNION CHOCO	X																																																	
SUB.C.S. DE LAJA BLANCA	X																																																	
SUB.C.S. CUCUNATI	X																																																	
SUB.C.S. DE PINOGANA	X																																																	
SUB.C.S. DE TUCUTI	X																							X		X																								
SUB.C.S. CANGLON	X																																																	

- 1. MEDICINA GENERAL
- 6. PSIQUIATRIA
- 11. CARDIOLOGIA
- 16. ORTOPIEDIA
- 21. OPTOMETRIA
- 26. FARMACIA
- 31. CIRUGIA PLASTICA
- 36. NEUROLOGIA
- 41. HEMATOLOGIA
- 44. ANESTESIOLOGIA

- 2. PEDIATRIA
- 7. PSICOLOGIA
- 12. CIRUGIA GENERAL
- 17. RADIOLOGIA
- 22. ESTIMULACION PRECOZ
- 27. FONOAUDIOLOGIA
- 32. GASTROENTEROLOGIA
- 37. SALUD MENTAL
- 42. NEFROLOGIA
- 45. REUMATOLOGIA

- 3. GINECO-OBSTETRICIA
- 8. OTORRINOLARINGOLOGIA
- 13. FISIATRIA
- 18. LABORATORIO
- 23. ENFERMERIA
- 28. FISIOTERAPIA
- 33. GINECOLOGIA
- 38. ENDOCRINOLOGIA
- 43. NEONATOLOGIA
- 46. NUTROLOGIA

- 4. DERMATOLOGIA
- 9. SALUD FAMILIAR
- 14. MEDICINA INTERNA
- 19. TRABAJO SOCIAL
- 24. COLUPOSCOPIA
- 29. MAXILOFACIAL
- 34. CLINICA CRANEO FACIAL
- 39. NEUMOLOGIA
- 44. ONCOLOGIA
- 47. FONIATRIA

- 5. OFTALMOLOGIA
- 10. ODONTOLOGIA
- 15. UROLOGIA
- 20. NUTRICION
- 25. SANEAMIENTO AMBIENTAL
- 30. NEUROCIROGIA
- 35. ALERGOLOGIA
- 40. GENETICA
- 43. INFECTOLOGIA
- 48. AUDIOLOGIA

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

A pesar de no contar con instalaciones de la CSS en la provincia, los asegurados reciben los mismos beneficios en la atención con toda la cartera de servicios brindada, sin costo. Los costos como ya se mencionó varían en todas las instalaciones y no esta normada cifra específica para los servicios brindados.

En algunos centros de atención existe la presencia de los Comités de Salud, que se organizan y hacen cobros simbólicos a los no asegurados, con el fin de recaudar fondos para sus actividades dentro del marco legal establecido.

12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención? ¿Qué cada tiempo se revisan?

La Región de Salud de Darién sigue los protocolos, normativas y guías, establecidos por el nivel nacional y se imparten a todas las áreas sanitarias y se aplican conforme han sido formulados.

A nivel regional no existe evidencia de que se haya realizado alguna actividad para la revisión de los mismos, ya que se realizan en el nivel nacional, mediante talleres y nos corresponde seguir los lineamientos dispuestos.

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

No aplica pues no existen instalaciones de la Seguridad Social que brinden servicios de salud en la provincia.

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

Solamente existen en la provincia instalaciones formales del Ministerio de Salud. De manera informal se presenta la opción a la población de la medicina tradicional, llevada por médicos tradicionales indígenas y curanderos, incluso reconocidos en sus comunidades en la provincia. La medicina alternativa está teniendo presencia en los últimos años ofreciendo servicios de medicina naturista.

15. ¿Cómo se articula la red formal pública y la privada?

No existen instalaciones de salud privadas como hospitales. Actualmente existen dos clínicas de práctica privada en Metetí que ofrecen servicios básicos de medicina general, ginecología y odontología.

16. ¿El sistema de referencia contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias?

El SURCO, sí considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones, pues detalla el nivel de complejidad ofertado en el momento que justifica el traslado de la responsabilidad de salud de un paciente en un momento dado.

17. ¿Cómo se da el flujo de pacientes a lo interno de cada instalación sanitaria y entre una y otra instalación de la red regional de salud?

El flujo se da en cada instalación, basándose en los niveles de complejidad de las mismas.

Los Puestos de Salud son manejados por un asistente, quien realiza todas las actividades de promoción y atención que en el marco de la ley le son permitidas, igualmente maneja primeros auxilios de pacientes en urgencias y refiere a instalaciones de mayor resolución (Hospitales de la Provincia y CMI que sea responsable en su área sanitaria).

Los Sub Centros de Salud son manejados principalmente por auxiliares de enfermería y/o enfermeras, quienes llevan las actividades de promoción y

prevención, así como primeros auxilios en casos de urgencias, derivando a Instalaciones de mayor resolución (Hospitales y CMI).

En la actualidad contamos con servicio de Medicina General y Urgencias con atención de 24 horas al día en los sub centros de:

Platanilla (2 Médicos Generales)

Cucunatí (1 Médico General, con rotación de Médicos Generales del CMI de Santa Fé)

Canglón (Rotación de Médicos Generales del CMI de Metetí)

Unión Chocó (2 Médicos Generales)

Lajas Blancas (1 Médico General y Rotación de Médicos Generales del CMI de Metetí)

Tucutí (2 Médicos Generales)

En todos estos casos derivan sus pacientes a Hospitales o CMI. El Sub centro de Platanilla por su localización geográfica refiere directamente a la Instalación de Segundo Nivel de Chepo.

CMI y Hospitales.

Contamos con 3 Hospitales y 6 CMI que se manejan con un Servicio Formal de Estadística que deriva el paciente a un área de Filtro, donde son derivados al servicio que solicita o requiere el Paciente.

Estos Hospitales (San José de La Palma, Manuel Nieto y El Real de Santa María) y los CMI (Metetí, Santa Fe, Garachiné, Jaqué, Sambú, Boca de Cupe) refieren a las instalaciones de mayor resolución que se encuentran en Chepo (Hospital de la CSS) y Panamá (Hospital Santo Tomás/ Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid y Hospital del Niño).

El Hospital de la Palma cuenta con las especialidades de Pediatría, Cirugía General y Medicina Interna, por lo que internamente se da esta derivación en casos específicos desde Medicina General. Situación similar sucede en el CMI de Santa Fe con el servicio de Pediatría.

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

El sistema SURCO se utiliza por los médicos generales y especialistas para derivar pacientes a centros con servicios de mayor capacidad resolutive. Generalmente se deriva asignando la especialidad necesitada, en caso de urgencias y según la misma al Hospital de Segundo Nivel de Chepo y de Tercer Nivel en Panamá (Hospital Santo Tomás/ Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid y Hospital del Niño).

Igualmente se refieren casos no urgentes, pero que requieren evaluaciones de mayor especialización con designación de la especialidad, poco se ve en este caso derivación a una instalación específica.

La principal debilidad es que menos del 1% de las referencias tienen su contra referencia.

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

Si se utiliza desde su implementación en el sistema nacional.

SURCO es considerado mediante el Resuelto ministerial N° 422 del 9 de diciembre de 2003, como el único para instalaciones del MINSA y de la CSS que regula a nivel nacional las referencias y contrarreferencias, otorgadas a los usuarios de los servicios de salud del país.

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

La principal dificultad consiste en la recepción en la instalación de origen. Esta anomalía no nos permite identificar y captar los diagnósticos definitivos de los pacientes referidos para dejar constancia en los expedientes y así dar seguimiento al paciente, de forma periódica o continua.

Menos del 1 por ciento de esta documentación se recibe, por causas como:
No se elabora el documento al egreso de los pacientes.

Los pacientes no la entregan a la instalación de origen.

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

En cuanto a la estructura física de las instalaciones las necesidades son muchas, ya que la mayoría fueron construidas hace tiempo y ya presentan deterioros considerables. Además, por el aumento de la demanda, debido al incremento de la población requiere mayores espacios con mejor distribución.

Este 2020 se elaboraron 4 perfiles de proyecto, que incluyen la construcción de 2 nuevos Centros de salud con camas ó CMI, y la adecuación de otras 2 instalaciones existentes.

La Región de Salud de Darién carece de personal de la DIS, ya que sólo cuenta con un electromecánico.

Todas las instalaciones principales cuentan con una rampa para entrada de discapacitados. Sin embargo, no están dotados de otras estructuras como barras de seguridad y protección en las instalaciones, en baños, etc.

22. ¿Existen en su región los centros Reintegra?

Existe una sola estructura de Reintegra, ubicada en los predios del CMI de Metetí, pero que no cuenta con funcionarios. Sin embargo, ha sido utilizada por personal del IPHE, que ofrece servicios de Fisioterapia.

Actualmente dicha instalación, está siendo utilizada como centro de referencia de sala de Covid-19.

23. ¿Se tienen actualizados los censos de población de discapacitados?

Los datos estadísticos oficiales corresponden al censo de 2010:

Provincias y comarcas indígenas	Total	Tipo de discapacidad						
		Ceguera	Sordera	Retraso mental	Parálisis cerebral	Deficiencia física	Problemas mentales	Otro
TOTAL	97,165	21,377	15,191	15,518	3,720	29,280	8,168	3,911
Panamá.....	41,536	9,402	6,505	6,177	1,678	11,973	3,640	2,161
Chiriquí.....	14,663	3,543	2,252	2,357	517	4,349	1,156	489
Coclé.....	8,319	1,778	1,198	1,444	315	2,695	633	256
Veraguas.....	8,133	1,383	1,258	1,566	321	2,769	601	235
Herrera.....	4,980	960	732	852	217	1,748	375	96
Colón.....	4,505	891	671	847	220	1,235	401	240
Los Santos.....	4,193	882	529	706	199	1,439	448	190
Ngöbe Bugle....	4,147	942	957	539	83	1,190	386	50
Bocas del Toro..	3,425	777	557	606	99	961	281	144
Darién.....	2,165	693	341	310	49	584	157	31
Kuna Yala.....	597	169	101	59	11	186	57	14
Emberá.....	502	157	90	55	11	151	33	5

24. ¿Cómo se está fortaleciendo los sistemas de referencia y contrareferencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así ¿cómo? ¿A qué modelo de atención responden?

No hay datos que sugieren un fortalecimiento del sistema de referencia y contrareferencia.

Dentro de la Región de Salud de Darién los pacientes referidos de un lugar de menor resolución para un lugar de mayor resolución son informados del médico tratante al médico receptor, vía telefónica, y el paciente es enviado con su respectiva referencia. No hay una captación de la información del número de pacientes recibidos y por área sanitaria; lo mismo sucede con la cantidad de pacientes referidos hacia la Provincia de Panamá.

25. CUADRO 9. CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

SECTOR PUBLICO	Nº de Centros	Nº Centros x 1000 habitantes	Nº de Camas	Nº de Camas por 1000 hab
HOSPITALES				
Alta Complejidad	0	0	0	0
Mediana (especialidades básicas)	1	0.015	25	0.388
Baja (Medicina General)	2	0.031	43	0.667
Total Hospitales	3	0.046	68	1.055
Centros Ambulatorios				
Centros con especialidades	1	0.015	23	0.357
Centros de nivel primario con medicina General	13	0.186	65	1.001
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	---	---	--	---
Total de Centros Ambulatorios	---	0.201	---	1.358

La Región de Salud de Darién no cuenta con instalaciones que laboren en el sector privado. Solo 2 clínicas populares privados en Metetí, que ofrecen servicios de Medicina General, Odontología, Ginecología y algunas especialidades de forma intermitente.

El Hospital San José de La Palma, cuenta con tres especialidades básicas: Cirugía General, Pediatría, y además de Medicina Interna, cuyo funcionario es de la CSS.

La denominación de Hospitales es histórica, porque funcionan como centros con cama de hospitalización.

Dentro de los centros ambulatorios con Medicina General están:

Sub Centros de Platanilla, Puerto Piña, Tucutí, Cucunatí, Canglón, Lajas Blancas y Unión Chocó.

Se han presentado propuestas para elevarlos a la categoría de Centros de Salud.

LOS RECURSOS HUMANOS

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

El manejo de los nombramientos sigue siendo centralizado, la asignación de plazas es una decisión de la administración central, a pesar de las solicitudes que se hacen a nivel regional conforme las necesidades.

El Departamento de Recursos Humanos se encarga del reclutamiento de perfiles técnicos, aunque en muchas ocasiones los nombramientos, principalmente administrativos se dan de manera directa.

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

Los curadores o curanderos son tradicionales y no hay registros de que los mismos sean capacitados formalmente.

Las parteras empíricas sí son capacitadas por la Región de Salud de Darién. Dichas actividades se han fortalecido en los últimos años con la Estrategia de Fortalecimiento de coberturas y la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015.

A las parteras empíricas también se le surte de insumos necesarios para los procedimientos de parto seguro, en casa.

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

El personal en la Región de Salud de Darién labora en horario de 20 días por 10 libras (Médicos y Técnicos) y 20 días por 8 libras (Departamento de enfermería), el departamento administrativo labora 5 días a la semana. Los servicios son de atención primaria ambulatoria con algunas instalaciones con camas de hospitalización.

La asignación de horas administrativas, visitas comunitarias, giras, son programadas desde el nivel local y/o regional respondiendo a las necesidades de la población.

Dada la dificultad de acceso a horas de capacitación por el lugar y la distancia donde laboran los funcionarios se ha promovido docencias en niveles locales. Se les facilita material didáctico (tríptico), para el desarrollo de las mismas. En las principales áreas cuentan con una computadora portátil y equipo multimedia. Se promueve toda la información emanada del nivel nacional hacia el nivel regional, que incluyen actualizaciones de protocolos, normas y guías de atención. Otras capacitaciones a nivel regional se realizan seleccionando el personal disponible de forma programada, ya que las áreas no pueden quedar desatendidas.

También se realizan otras capacitaciones fuera de la provincia como congresos, cursos, seminarios, entre otros, que son coordinados en conjunto con la Unidad de Docencia Regional (UDR) y la Dirección Médica.

Anteriormente se realizaban giras integrales a áreas apartadas con equipos multidisciplinarios (Médicos, Enfermeros, Laboratoristas, Especialistas), las cuales redundaban en beneficio de las comunidades más apartadas; sin embargo, actualmente, las mismas no se han programado.

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

Los análisis de situación de salud son herramientas claves que orientan claramente la dirección y toma de decisiones del sistema regional y su funcionamiento. Anualmente se realizaban reuniones de análisis de programas de salud y sus tendencias. Se presentaba el POA y el FODA por programa y se sacaban las conclusiones.

Desde el nivel central se dan las directrices a los niveles regionales y estos a los locales para la toma de decisiones y/o participación en actividades prioritarias de salud.

5. **¿Cómo se determinan los costos de la atención sanitaria? ¿Cuáles son las actividades con mayor peso en la definición de estos costos?**

Los costos no están amparados por un documento administrativo, y son manejados de manera particular por cada una de las unidades locales, a través de Comités de Salud, donde aplica, y recolección de fondos en hospitales que son depositados en una cuenta bancaria de la Región de Salud de Darién.

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

No hay un sistema formal que contemple costos reales. Generalmente se trata de costos simbólicos, conforme a la capacidad económica del paciente.

7. **¿Los costos estimados se utilizan en el proceso de compensación de costo pactado con la CSS?**

Debería ser, pero no se está dando el proceso de compensación de costos con la CSS.

8. **¿Existen en su región entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo de salud?**

La Universidad de Panamá con su Centro Regional Universitario prepara en pre grado, Técnicos de Enfermería, ofreciendo la carrera completa. La Carrera de Licenciatura en Enfermería, es ofrecida de manera parcial, brindando a la fecha los dos primeros años.

También existe la carrera de Licenciatura en Registros Médicos.

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

Formalmente no se ha presentado ningún estudio en la Región de Salud sobre este tema, estamos en un proceso de investigación sobre las bases en las que se fundamentó la apertura de carreras de salud en la provincia.

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

Los ingresos del personal se dan por el Ministerio de Salud, según la categoría, por años de servicio en que se encuentra cada uno del personal, y cumpliendo con acuerdos gubernamentales y de gremios.

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

No aplica.

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

A través de los proyectos de BID-MINSA- UGSAF, se da atención extramuros a las poblaciones vulnerables, con cartera de servicios específica, y rendición de cuentas, con objetivos y metas a cumplir, con empresas contratadas (OE, Salud de Todos) y un grupo administrado por la Región de Darién (FORIS), que este año 2020 se le renovó el contrato hasta el mes de Diciembre.

13. **Comentar las acciones del MINSA para mejorar el desempeño de la evaluación del FESP.**

CUADRO 10. MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIOS E INCIDENCIAS EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

	1990-1994 Políticas y Estrategias de Salud	1995-1999 Políticas y Estrategias de Salud	2000-2004 Políticas y Estrategias de Salud	2005 - 2009 Políticas y Estrategias de Salud	2010-2015 Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos
Regulación	2	1	1	0	1
Conducción	3	0	1	1	1
FESP	31	7	15	8	7
Provisión	3	2	3	2	2
Financiamiento	1	1	2	0	1
Aseguramiento	0	0	0	0	0 (1 OE)

CUADRO 11. RECURSO HUMANO BASICO EN LA RED DE ATENCION

	MEDICOS GENERALES	CSG	MEJOR ESPECIALISTAS	CSG	ODONTOLOGOS	CSG	ENFERMERIA	CSG	TECNICOS DE ENFERMERIA	CSG	TECNOLOGO MEDICO	CSG	ASISTENTE DE LABORATORIO	ASISTENTE DE ODONTOLOGIA	TECNICO DE RADIOLOGIA	FARMACIUTICOS	ASISTENTE SDE FARMACIA	MEDICO VETERINARIO	REGES	ASISTENTE SDE SALUD	SANSAMBIENTO AMBIENTAL	PROMOTORES	NUTRICO NERA	TRABAJO SOCIAL	ADMINISTRATIVOS
HOSPITAL SAN JOSE DE LA PALMA	5		2	1	1		5	1	5			1		1	1	1	1		1	9	1	7			16
HOSPITAL MANUEL NIETO DE YAVIZA	3				1		3	1	1	1		1				1	1		2	10	1	5			11
HOSPITAL EL REAL DE SANTAMARIA	2					1	2		2								1		1		1	2			4
CVI SANTA FE	8	1	1		2		6	1	6	2	2		1	1		1	1		2	7	1	4	1	1	10
CVI METETI	5	1	1		1		8		6				1			1	3	3	3	3	2	3	1		14
CVI SAMBU	2				1		3		3		1						1		1	3		6			9
CVI GARACHINE	2						1	1	4								1		1	4	1				4
CVI JAQUE	2	1			1		4		2	2							1		1	2					2
CVI BOCA DE CUPE	4						3		3	1							1		1	6	1	2			4
OFICINA REGIONAL	1															2					1				17
346	34	3	4	1	7	1	35	4	32	6	3	2	2	2	1	6	11	3	13	44	9	29	2	1	91

Del cuadro anterior se destaca que es evidente que la proporción de recurso humano requerida para 10,000 habitantes, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dista de la cantidad que actualmente disponemos en la Región de Salud de Darién. La misma cuenta con 17.25 colaboradores por cada 10,000 habitantes.

LOS INSUMOS SANITARIOS

1. ¿Cuál es el número de farmacias funcionando? ¿cuántas son farmacias comunitarias? ¿Quién y cómo se administran éstas últimas?

La región cuenta con 15 farmacias ubicadas en cada una de las 9 instalaciones principales de las áreas sanitarias. (3 hospitales y 6 centros materno-infantiles) y en el resto de las instalaciones que cuentan con servicio de medicina general. Adicional se cuenta con farmacia en algunos subcentros y puestos de salud.

Los centros donde se distribuyen medicamentos son: El Hospital San José de La Palma, Hospital Manuel Nieto de Yaviza y el Hospital El Real de Santamaría en el Real.

Centro Maternos Infantiles: Jaqué, Garachiné, Santa Fe, Metetí, Boca de Cupe y Sambú.

Sub Centros de: Platanilla, Tucutí, Cucunatí, Canglón, Lajas Blancas, Unión Chocó.

Existen farmacias privadas con 2 en Santa Fe, 4 en Metetí y una en La Palma.

2. ¿Conoce la existencia de la política de medicamentos de 2009?

El Ministerio de Salud emitió, la Resolución 632 del 30 de junio de 2009, "Por la cual se adopta la Política Nacional de Medicamentos", fundamentada en siete componentes básicos: el acceso a los medicamentos, calidad, eficacia y vigilancia de la seguridad de los medicamentos, uso racional de los medicamentos, investigación, recursos humanos, propiedad intelectual, monitoreo y evaluación del desarrollo de la política nacional de medicamentos.

La política establece lineamientos y estrategias para fortalecer el acceso, uso racional de medicamentos, favorece el desarrollo de los servicios

farmacéuticos como la estrategia de mejoramiento continuo del espacio en lo que más frecuentemente se utilizan, favorecer la disponibilidad de medicamentos esenciales, racionalizar el gasto farmacéutico, favorecer el acceso económico y geográfico del medicamento y fortalecer la gestión del suministro, así como a reforzar el sistema de vigilancia y control de la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos.

3. ¿Conocen sobre la existencia de la Comisión Nacional de Medicamentos (CONAMEP)?

Es creada a través de la resolución 203 del 20 de abril de 2010.

La Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) está conformada por profesionales de la salud de reconocida competencia profesional en la gestión del medicamento, de las siguientes instituciones de salud, comisiones institucionales y organismos colegiados, con derecho a voz y voto:

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

Las principales funciones de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP) son:

1. La elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales (LME) los cuales serán seleccionados según el perfil epidemiológico del país, las morbilidades más prevalentes y en base a su evidencia científica. Esta servirá de referencia para la producción farmacéutica, el desarrollo científico y tecnológico, la capacitación del recurso humano en salud. Este listado será actualizado cada dos (2) años y tendrá una amplia difusión.

2. La elaboración de la lista nacional de medicamentos especializados de alto costo y difícil adquisición en base a criterios establecidos.
3. La elaboración del Formulario Nacional de Medicamentos.
4. Elaboración y validación de guías y protocolos de tratamiento.
5. La revisión periódica de los listados de medicamentos para su inclusión y/o exclusión.
6. La revisión periódica del formulario nacional de medicamentos, guías y los protocolos de tratamiento.
 7. Desarrollo, implementación y normativa de las farmacias comunitarias en los centros de atención primaria de salud, para favorecer el acceso, asequibilidad y uso racional de medicamentos por toda la población.

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

Este listado será actualizado cada dos (2) años y tendrá una amplia difusión.

5. ¿Existe un listado regional de medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio, odontología, imagenología, que considere los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios y el perfil de salud enfermedad de la población?

Existe un cuadernillo que envía el nivel central para la solicitud de insumos cada año, que es la que se utiliza en la región y básicamente es para la atención de la red primaria. Los listados se manejan por departamento o coordinación como es el caso de Laboratorio que maneja sus insumos y el coordinador médico quirúrgico lo que le corresponde al igual que la jefa de farmacia.

6. ¿Cuál es el número de renglones de medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio, odontología, imagenología incluidos? ¿quiénes lo utilizan?

Renglones de Medicamentos 289, en todas las áreas sanitarias.

Renglones de Médico quirúrgico 234, en todas las áreas sanitarias.

Renglones de Laboratorio 125, son utilizados por las instalaciones con laboratorio (5)

Renglones de Odontología 152, donde existen odontólogos (5 instalaciones).

Renglones de Imagenología 13, solo se utilizan en La Palma donde hay RX.

En Darién estos renglones lo utilizan todas las instalaciones que tengan médico en el caso de medicamentos, porque nuestras instalaciones realmente no se ubican en las categorías según nivel de atención que nos han dado; así que aunque la atención se da en subcentros, hay presencia de

médico y se hospitaliza. La única excepción son los narcóticos o medicamentos de control que sólo se dan donde hay personal de farmacia. Los médicos de subcentros pueden hacer las recetas y retirarlas en las instalaciones que cuentan con personal de farmacia. A los puestos de salud se les despacha medicamentos que deben basarse en el listado según su nivel de atención que equivale a botiquines de pueblo.

7. ¿Conoce y utiliza la herramienta LSS/suma para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio, odontología, imagenología en su almacén regional, hospital regional o instalaciones de mayor capacidad resolutive?

Se tiene conocimiento de la herramienta, LSS /suma y solo el almacén de farmacia es quien maneja los insumos de laboratorio con esta herramienta.

8. ¿Se utilizan los informes gerenciales y transaccionales que genera el LSS /suma, para la toma de decisiones gerenciales oportunas?

Solo el departamento de farmacia lo utiliza y sí es muy útil estos informes de LSS/suma para toma de decisiones; incluso es la única herramienta con ventajas con la que contamos.

9. ¿Existen esquemas de distribución y subvención para facilitar el acceso a los medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio, odontología, imagenología por grupo poblacional o por patologías?

No tenemos conocimiento de la existencia.

10. ¿se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos?

Tanto los del Laboratorio de Santa Fe, como de Farmacia utilizan los formatos de consumo para hacer sus estimaciones y en el resto de las instalaciones está por implementarse.

11. ¿Están conformados los comités regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?

No están conformados.

12. ¿Existen y se aplican protocolos de tratamiento estandarizado para las patologías prevalentes en las instituciones?
Los protocolos existen, pero no hay evidencia de que se cumplan cabalmente o haya un sistema de monitoreo que permita verificar que los mismos son cumplidos. Las auditorías de expedientes han mostrado fallas en la aplicación de las mismas. Donde hay presencia de especialistas hay mayor cumplimiento de éstas.
13. Qué porcentaje de las farmacias privadas cuenta con farmacéutico. ¿en qué horario del servicio se concentran estos profesionales? ¿quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?
Existen 7 farmacias: 1 en La Palma, 4 en Metetí y 2 en Santa Fe.
No hay registros de cuales farmacias cuentan con farmacéutico presencial, ni como distribuyen sus horarios de atención.
14. ¿Qué porcentaje de las farmacias de la red pública de servicios de salud cuentan con un farmacéutico? ¿En qué horario del servicio se concentran estos profesionales? ¿quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?
Son 4 farmacéuticos. Laboran en horario de 7am a 3pm con turnos hasta las 9pm cada día.
15. ¿Cuál es el número anual de donaciones de sangre?
La Región de Salud de Darién no cuenta con Banco de Sangre.
16. ¿Cuántos laboratorios clínicos, de agua, de alimentos están funcionando?
Funcionando con Tecnólogos Médicos son 4 laboratorios clínicos y en uno se realiza correo de muestra dando en total 5 laboratorios.
17. ¿Existe un laboratorio de referencia definido? ¿Qué criterios se aplicaron para su selección?
De la Región de Salud en sí, no hay un laboratorio de referencia, pero si se cuenta con un laboratorio del ICGES localizado en Metetí que es referencia para la realización de exámenes de algunos patógenos como las arbovirosis y actualmente el principal para la detección del virus COVID-19.

18. ¿Son uniformes las tarifas de los laboratorios y medicamentos para los usuarios? ¿Con qué criterios se definen esas tarifas? ¿Existen margen de ganancia para las instalaciones de Salud?

No existe una tarifa reglamentada ya que, hay instalaciones donde el cobro es por el Comité de salud y otros donde se hace a través de la Administración local, tomando en cuenta la situación económica del paciente y que, a los menores de cinco años de edad, los asegurados, los discapacitados, no se les cobra.

19. ¿Existe un laboratorio definido para citología?

No existe formalmente en Darién este servicio, pero las muestras son leídas en Panamá, en el Policentro de Juan Díaz, aunque el volumen es grande y trae retrasos en la entrega, debido a que ese personal igualmente colabora con otras áreas del país.

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

Se hace según necesidades de los servicios en las instalaciones, según las existencias de insumos en un momento dado, y si se cuenta con el recurso financiero. Por ejemplo, el objeto de gasto 274 que es la de laboratorio está centralizada; así que cada año se hace un presupuesto y el nivel central determina que monto va a asignar al laboratorio. En general se prioriza en aquellos renglones que no han llegado o hay demora en las entregas de las compras centralizadas del MINSA. Se prioriza por los medicamentos inyectables de uso hospitalario, sobre todo los de urgencias y los utilizados en pacientes hospitalizados y de uso pediátrico.



FOTOGRAFÍA 4

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTA DE ESPERA

HORARIOS DE SERVICIOS

MECANISMOS PAR LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

CONTROL DE CALIDAD

SATISFACCION DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

1. Mora Quirúrgica y hasta cuando se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos. Mecanismos de registro y control de la mora quirúrgica.

La Región de Salud de Darién cuenta con dos salones de operaciones en el Hospital San José de La Palma y un cirujano, pero no contamos con anesthesiólogo. Las actividades quirúrgicas se limitan a la realización de pequeñas jornadas de procedimientos como salpingectomía y herniorrafías no complicadas. No se cuenta con un listado de mora quirúrgica de manera formal, y las actividades se van realizando según demanda y programación de corto plazo. Cuando se realizan las operaciones se hacen con la asistencia de un médico general y se usa ketamina como anestésico.

2. Servicios, programas o actividades donde se concentra el mayor número de usuarios en espera por la atención demandada.

La atención se resuelve según demanda espontánea en todos los servicios. Anteriormente se aprovechaba las giras integrales para la captación de pacientes para salpingectomía y se elaboraba una lista de espera para posteriormente programarlas pero este tipo de actividades se han dejado de hacer y más agravado por el evento pandémico de COVID-19.

3. Registro del rechazo de pacientes.

No se dan rechazo de pacientes en ningún servicio.

El servicio de laboratorio está determinado por cupos que se dan diariamente, y se puede dar un rechazo sólo por exceso de cupos, postergando la atención para otro día.

La consulta de Pediatría en Santa Fe se programa mediante citas previas, de lunes a viernes.

4. Distritos donde existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención.

La provincia tiene cinco Distritos, dos de los cuales son indígenas. En todos los Distritos contamos con instalaciones de salud con equipo básico. La

demanda es satisfecha generalmente para todos los servicios de la cartera y se da por demanda espontánea.

5. Mecanismos para otorgar citas de medicina general y especializada.

Todas las consultas se dan por demanda espontánea y organizada por cupos diarios y cupos programados.

No existe centro de llamadas, ni se utilizan redes sociales para ello.

HORARIO DE SERVICIOS

1. Horario en que se ofrecen los servicios de salud (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud)

Contamos con tres instalaciones con categorización histórica de Hospital y 6 instalaciones que son CMI.

Todos trabajan en horario de 7:00am a 3:00pm., de lunes a viernes.

2. Satisfacción del usuario con los horarios actuales.

No se ha realizado ningún estudio o encuesta de satisfacción en ninguna instalación que evidencie objetivamente la satisfacción de los horarios, pero tampoco hay denuncias relacionadas y ya la población está acostumbrada.

3. Propuesta de modificación de horarios, ya sea para prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones.

Se consideró informalmente en la gestión regional anterior ofrecer una extensión de horario en algunas instalaciones; sin embargo, nunca se plasmó de manera formal, ya que el personal es escaso.

Las instalaciones laboran 24 horas al día y 7 días a la semana, por lo que la demanda generalmente es satisfecha, a través del horario de Urgencias en Medicina General.

4. Servicios que se brindan en los horarios ampliados. Limitantes en la implementación de los servicios de horario ampliado.

La Región de Salud de Darién no ha utilizado nunca esta estrategia laboral.

MECANISMOS DE MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

1. Encuestas de satisfacción de usuarios.

No se realizan este tipo de encuestas. Existen buzones de sugerencias, que en cierto sentido evidencian el nivel de satisfacción de los usuarios.

2. Establecimientos con aplicación periódica de estudios o encuestas de satisfacción del usuario, buzón de sugerencias, centro de llamadas.

CARACTERÍSTICA	PORCENTAJE
ENCUESTAS DE SATISFACCION	0
BUZON DE SUGERENCIAS	100
CENTRO DE LLAMADAS	0

3. Uso de los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario para la toma de decisiones.

No aplica.

4. Auditorías sociales en la Región de Salud de Darién

El proceso de auditorías sociales forma parte de la evaluación de la estrategia de extensión de coberturas, y su aplicación está definida en el Reglamento Operativo del mismo. No se realizan auditorías sociales para evaluación de las instalaciones como parte de actividades institucionales.

El inicio de la etapa de la estrategia que implica su funcionamiento en las instalaciones (red fija), marca el inicio de la medición de la satisfacción de usuario, a través de las auditorías sociales en estas instalaciones.

5. Utilización de los resultados de las auditorías

Los resultados de las auditorías sociales son consolidados y presentados en reuniones bienales, que son organizadas por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud.

6. Programa de humanización

Creado a través del Despacho de la Primera Dama y el Ministerio de Salud, mediante el Decreto N°41 del 2 de febrero de 2010, con el fin de brindar acompañamiento humanizado y espiritual dentro de un proceso estructurado y coherente para intervenir en los contextos de salud, de manera que

produzcan cambios de actitud del personal de salud y administrativos, de acuerdo a las necesidades del enfermo y los familiares. El programa está adscrito al Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de los Servicios de Salud que coordina y evalúa y da seguimiento con colaboración del Despacho de la Primera Dama.

El ministerio está trabajando en un programa que se denomina Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo, que trata de retomar la razón de ser de la medicina que es: el cuidar a la persona sufriendo, y que la jornada tiene dos vías: Humanización y de los Cuidados Paliativos.

Esto busca reconocer el derecho de todo enfermo de ser atendido con dignidad, lo que no se pierde por una enfermedad o padecimientos terminales. Con esto se busca rescatar los valores y principios, a través del acompañamiento humano y espiritual y los cuidados paliativos.

7. Se aplican en algunos de sus hospitales

No está siendo aplicado en la provincia.

8. Demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio. Ejemplos: urgencias, consulta externa, hospitalización, rehabilitación, y otros.

No existe demanda insatisfecha de los servicios. Nuestras instalaciones laboran 24 horas al día, 7 días a la semana, y el porcentaje de rotación de camas en hospitalización es bajo (12.9%).

CONTROL DE CALIDAD

1. Auditorías de expedientes, auditorías médicas y administrativas.

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Provisión de Servicios realiza anualmente la auditoria de expedientes, en las 9 instalaciones principales con formularios enfocados en la atención de los protocolos normados en los diferentes programas.

Anualmente también se realizan auditorías internas del Ministerio en el ramo administrativo para evaluar la realización adecuada y transparente de los procesos de la gestión.

La Oficina de Fiscalización de la Contraloría General en Darién, hace regularmente auditorías en el manejo de Cajas Menudas de las instalaciones que manejan esta.

2. Implementación de los programas de calidad.

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

Como se mencionó anteriormente se dan las auditorías de expedientes; sin embargo, en este 2020, por razón de la pandemia por Covid-19, no se ha hecho la presentación de los resultados de la auditoría del 2019.

Auditoría interna y la Oficina de Fiscalización de la Contraloría, también da informes y recomendaciones para la mejora de la gestión administrativa.

Técnicamente existen formularios para informar sobre fallas terapéuticas o de equipos o insumos; sin embargo, su monitoreo no se da de manera regular.

3. Observatorio de calidad que está en la página web del MINSA

No se conoce la herramienta, pero se gestionará adquirir su conocimiento y evaluar su uso en la Región, a través de la Coordinación de Planificación.

4. Desarrollo de programas de mejoramiento de la calidad de los servicios.

No se están desarrollando estos programas, fuera de lo ya mencionado (pregunta 1 del apartado).

5. Instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos.

Queda plasmado el compromiso de la Región de Salud de la evaluación del Observatorio de Calidad.

6. Establecimiento de mecanismos específicos para la canalización de reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector.

A nivel Regional se reciben las quejas, denuncias y recomendaciones a través del número telefónico 311 (Centro de atención ciudadana), y las mismas son manejadas por el Director Regional o en su defecto por quien designe para esto.

A nivel local, se reciben las quejas, denuncias o recomendaciones a través de los buzones de sugerencias o por interrelación directa con los gerentes locales, quienes se encargan de la resolución, según los niveles de complejidad de los mismos, utilizando sus facultades legales, ya sea delegando en funcionarios de la instalación o derivando al nivel regional.



FOTOGRAFÍA 5

ACTORES Y RED SOCIAL

COMITÉS, ONG'S, CLUBES CÍVICOS, IGLESIA
GRUPOS ORGANIZADOS DE TRABAJADORES
OTROS

1. Organización de la población para apoyar la gestión y oferta de servicios de salud

La población se organiza, a través de diversos grupos comunitarios para apoyar la gestión de salud, tales como:

- Comités de Salud
- JAAR's y JIAR´S
- Grupos de las Iglesias
- ONG (FUNDACIÓN PRO NIÑOS DE DARIÉN)
- Clubes cívicos (Rotarios, Kiwanis, Club 20-30, Leones)

2. Inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud

Las organizaciones comunitarias que apoyan las acciones de Salud son:

- Comités de Salud:
- Juntas Administradoras de Agua Rural (JAAR's):
Juntas Integrales de Acueductos Rurales (JIAR´s):
- Clubes Cívicos:
- Iglesias Católicas, Metodista, Evangélica y Adventista:
- ONG's:

Se presenta a continuación el listado de Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, actualmente organizadas en la Provincia:

ACUEDUCTOS RURALES EN DARIEN

ACUEDUCTO	AÑO DE CONSTRUCCION	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACION BENEFICIARIA	NUEVO/MEJORA	SISTEMA ORGANIZACIONAL (JAAR) PERSONERIA JURIDICA	TIPO DE CLORINADOR		TANQUE DE ALMACENAMIENTO	RED DE DISTRIBUCION FUNCIONAN
								LINEA	CARGA CONSTANTE		
115					41424		75	25	6	114	114
1	1976	CHEPIGANA	LA PALMA	NUEVO PARITILLA	114			1		1	1
1	1977	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	RIO IGLESIAS	341			1		1	1
1	1978	CHEPIGANA	RIO CONGO	RIO CONGO	155			1			1
1	1980	CHEPIGANA	LA PALMA	SETEGANTI	344		1			1	1
1	1980	CHEPIGANA	CAMOGANTI	CAMOGANTI	210		1			1	1
1	1982	CHEPIGANA	SANTA FE	SANTA FE	2814	MEJORA	1			1	1
1	1982	CHEPIGANA	SANTA FE	LA CANTERA	104			1		1	1
1	1981	CHEPIGANA	LA PALMA	QUINTIN	180		1			1	1
1	1992	CHEPIGANA	LA PALMA	CUCUNATI	758		1			1	1
1	1992	CHEPIGANA	TUCUTI	MANENE	554			1		1	1
		CHEPIGANA	TUCUTI	GALILEA							
		CHEPIGANA	TUCUTI	LLANO BONITO							
1	1993	CHEPIGANA	LA PALMA	PUNTA ALEGRE	605			1		1	1
1	1993	CHEPIGANA	RIO CONGO	LA RESERVA	162			1		1	1
1	1994	CHEPIGANA	LA PALMA	MOGUE	396			1		1	1
1	1994	CHEPIGANA	CHEPIGANA	LA MAREA	98			1		1	1
1	1996	CHEPIGANA	TUCUTI	CHULETI	82		1			1	1
1	1998	CHEPIGANA	TUCUTI	PUEBLO NUEVO	52		1			1	1
1	1980	CHEPIGANA	SANTA FE	UEBRADA HOND	452	MEJORA	1			1	1
1	1982	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	ARRETI	199	MEJORA	1			1	1
1	1984	CHEPIGANA	SANTA FE	BOCA DE LARA	333		1			1	1
1	1985	CHEPIGANA	SANTA FE	ARIMAE	425	MEJORA	1			1	1
1	1985	CHEPIGANA	SANTA FE	PUEBLO NUEVO	254	MEJORA	1			1	1
1	1985	CHEPIGANA	SANTA FE	ZAPALLAL	840	MEJORA	1			1	1
1	1990	CHEPIGANA	SANTA FE	LA LOMITA	152	MEJORA	1	1		1	1
1	1990	CHEPIGANA	SANTA FE	GUAYABILLO	103					1	1
1	1992	CHEPIGANA	SANTA FE	ALTO DE CRISTO	390	MEJORA	1	1		1	1
1	1992	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIB	ARENA	224					1	1
1	1993	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIB	PLATANILLA	214					1	1
1	1993	CHEPIGANA	SANTA FE	RIO ROMAN	86		1			1	1
1	1994	CHEPIGANA	SANTA FE	TAMARINDO	422					1	1
		CHEPIGANA	SANTA FE	ZIMBA							
1	1994	CHEPIGANA	SANTA FE	UEBRADA MUERT	114					1	1
1	1994	CHEPIGANA	SANTA FE	PUERTO CANTERA	143					1	1
1	1997	CHEPIGANA	SANTA FE	AGUA FRIA 2	1120			1		1	1
		CHEPIGANA	SANTA FE	EL TIRAO							
		CHEPIGANA	SANTA FE	EL TIRAO CHOCO							
1	1992	CHEPIGANA	JAQUE	BIROQUERA	280					1	1
1	1992	CHEPIGANA	JAQUE	PUERTO PIÑA	406					1	1
1	1993	CHEPIGANA	JAQUE	LUCAS	151		1			1	1
1	1993	SAMBU	JINGURUDO	CHURUCO	77				1	1	1
1	1993	CHEPIGANA	SANTA DFE	SANTA MARTA	72					1	1
1	1993	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIB	VALLE RICO	127					1	1
1	1994	SAMBU	SAMBU	LA CHUNGA	248					1	1

1	1995	CHEPIGANA	JAQUE	EL COCO	230					1	1	
1	1996	CHEPIGANA	JAQUE	EL MAMEY	101					1	1	
1	1997	SAMBU	SAMBU	SAMBU	2790		1			1	1	
		SAMBU	SAMBU	RIO DE JESUS								
		SAMBU	SAMBU	LA COLONIA								
		SAMBU	SAMBU	BAYAMON								
		SAMBU	SAMBU	PUERTO INDIO								
		SAMBU	SAMBU	ATALAYA								
		SAMBU	SAMBU	CELODIO								
1	1998	SAMBU	JINGURUDO	JINGURUDO	185		1		1	1	1	
1	1998	SAMBU	RIO SABALO	BOCA DE TRAMPA	197					1	1	
		SAMBU		RIO TIGRE								
1	1999	SAMBU	JINGURUDO	CONDOTO	108					1	1	
1	1972	CHEPIGANA	TAIMATI	TAIMATI	485		1			1	1	
1	1972	PINOAGANA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE	1423		1			1	1	
1	1974	PINOAGANA	PINOAGANA	PINOAGANA	340		1			1	1	
1	1979	PINOAGANA	METETI	NICANOR	251		1			1	1	
1	1981	PINOAGANA		SANSONCITO	284		1				1	1
1	1983	PINOAGANA		CANGLON	822		1				1	1
1	1983	PINOAGANA		LOS PAVITOS	658		1				1	1
1	1984	PINOAGANA		QUEBRADA FELI	392		1				1	1
1	1984	PINOAGANA		SAN VICENTE	281	MEJORA	1				1	1
1	1986	PINOAGANA		METETI	4500	MEJORA	1	1			1	1
1	1992	PINOAGANA		PINOAGANA	PIEDRA CANDELA	273	MEJORA	1	1		1	1
1	1992	PINOAGANA		PINOAGANA	PORTUCHADA	409	MEJORA	1	1		1	1
1	1992	PINOAGANA		PINOAGANA	VILLA DARIEN	325	MEJORA	1	1		1	1
1	1993	CHEPIGANA	GARACHINE	PLAYA MUERTO	432		1			1	1	
1	1994	PINOAGANA	METETI	SANSON	301		1		1	1	1	
1	1997	PINOAGANA	YAVIZA	SANTA LIBRADA	736		1			1	1	
1	1998	PINOAGANA	PINOAGANA	NUEVO PROGRESO	596		1			1	1	
1	1999	PINOAGANA	METETI	SANSON ARRIBA	82					1	1	
1	1991	CEMACO	LAJAS BLANCAS	EL SALTO	360	MEJORA				1	1	
1	1998	CHEPIGANA	TUCUTI	BUENOS AIRES	78		1			1	1	
1	1999	CHEPIGANA	LA PALMA	PIIBAE	400		1			1	1	
		CHEPIGANA	LA PALMA	LA QUEBRADA								
1	2000	PINOAGANA	METETI	PUNULOSO	432	MEJORA	1	1		1	1	
				BUENOS AIRES								
				PUNOLOSITA								
1	2001	CEMACO	IRILO GUAYNOIR	UNION CHOCOE	820	MEJORA				1	1	
1	2001	CEMACO	IRILO GUAYNOIR	PUENTE	37					1	1	
1	2012	PINOAGANA	PINOAGANA	YAPE	55	NUEVO				1	1	
1	1999	CHEPIGANA	RIO CONGO	RIO VENAO	99		1			1	1	
1	1999	CHEPIGANA	CUCUNATI	CANDELILLA	150		1			1	1	
1	1999	CHEPIGANA	CHEPIGANA	SANTA ROSA	78		1			1	1	
1	1999	CHEPIGANA	SANTA FE	AGUAS CLARAS	58		1			1	1	
1	1999	CHEPIGANA	CHEPIGANA	SAN PEDRITO	56		1			1	1	
1	2001	CHEPIGANA	LA PALMA	BARRIALES	358		1			1	1	
1	1999	CHEPIGANA	CHEPIGANA	ALDEA EMBERA	107		1			1	1	
1	2000	CHEPIGANA	JAQUE	COCALITO	62		1			1	1	
1	2000	CHEPIGANA	JAQUE	GUAYABITO	32		1			1	1	
1	2000	CHEPIGANA	JAQUE	VALLE ALEGRE	227		1			1		
				LLANO BONITO								

1	2000	CHEPIGANA	JAQUE	VALLE ALEGRE	227		1		1	
				LLANO BONITO						
1	2001	SAMBU	JINGURUDO	PAVARANDO	184		1		1	1
1	2001	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	AGUAS CALIENTE	69		1		1	1
1	2001	CHEPIGANA	CHEPIGANA	ARUZA ARRIBA	233		1		1	1
1	2001	CHEPIGANA	SANTA FE	LA MONEDA	426	MEJORA	1	1	1	1
1	2002	CHEPIGANA	LA PALMA	LLANO BONITO	56		1		1	1
1	2002	CEMACO	LAJAS BLANCAS	PEÑA BIJAGUAL	137	MEJORA	1		1	1
1	2002	WARGANDI	WARGANDI	NURRA	154		1		1	1
1	2002	SAMBU	JINGURUDO	BOCA DE WINA	135		1		1	1
1	2002	SAMBU	JINGURUDO	BOROBICHI	72		1		1	1
1	2003	CHEPIGANA	RIO CONGO	BUENA VISTA	85			1	1	1
1	2003	CHEPIGANA	CUCUNATI	EUSEBIO	100		1		1	1
1	2003	CHEPIGANA	GARACHINE	CERRO NAÍPE	221		1		1	1
1	2003	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	AGUA BUENA 3	110		1		1	1
1	2004	CHEPIGANA	LA PALMA	LA INDIA	60		1		1	1
1	2004	CHEPIGANA	TUCUTI	EL BACAO	60		1		1	1
1	2005	CHEPIGANA	RIO CONGO	LA PEÑITA	100			1	1	1
1	2005	CEMACO	LAJAS BLANCAS	NUEVO VIGIA	529	MEJORA	1	1	1	1
1	2005	CEMACO	LAJAS BLANCAS	VILLA CALETA	209			1	1	1
1	2006	PINOANA	YAVIZA	CANGLON 2	242		1		1	1
1	2008	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	RIO PAVO	129		1		1	1
1	2008	CEMACO	LAJAS BLANCAS	RIOCITO	166	MEJORA	1	1	1	1
1	2008	CEMACO	LAJAS BLANCAS	TORTUGA	169	MEJORA	1	1	1	1
1	2010	CHEPIGANA	TAIMATI	CEMACO	293		1		1	1
1	2010	PINOANA	PINOANA	VISTA ALEGRE	365			1	1	1
1	2010	CEMACO	IRILO GUAYNOR	CAPETUIRA	1100		1		1	1
1	2010	CEMACO	LAJAS BLANCAS	ALTO PLAYONA	287		1		1	1
1	1999	CEMACO	LAJAS BLANCAS	CANAAN	392		1		1	1
1	2010	CEMACO	MANUEL ORTEGA	NARANJAL	98				1	1
1	2008	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	BIJAGUAL	160				1	1
1	2008	PINOANA	PAYA	PAYA	341				1	1
1	2008	PINOANA	PUCURU	PUCURO	433				1	1
1	2002	CEMACO	LAJAS BLANCAS	MOGOTE	72	MEJORA	1	1	1	1
1	2013	CEMACO	LAJAS BLANCAS	LAJAS BLANCAS	410	NUEVO	1	1	1	1
1	2010	CHEPIGANA	RIO CONGO ARRIBA	NUEVO PARAISO	236				1	1
1	2013	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	STRADA DE ARRE	180	MEJORA	1	1	1	1

3. Tipos de apoyo que generan estas organizaciones

Estas organizaciones generan apoyo en cuanto a la Promoción de la Salud, Giras Médicas, dotación de insumos y equipos, entre otros.

Tipo de apoyo que generan estas organizaciones:

Comité de Salud:

1. Organización Comunitaria.
2. Organización de giras a realizar.
3. Comité de apoyo para la dotación de pacientes que no tiene seguimiento en algún programa de salud.
4. Organización de los comités de agua.

Juntas Administradoras de Agua Rural (JAAR's y JIAR's):

1. Administración de los acueductos rurales.
2. Mejorar la calidad de agua.
3. Promover el uso del agua apta para consumo humano.
4. Mantenimiento del acueducto.

Iglesias

1. Católica, Cuadrangular y Adventista.

Apoyo logístico para la realización de giras médicas.

Concientización y Prevención de los valores morales y cívicos de sus comunidades.

Promocionar el aspecto Educativo en salud, a través del mejoramiento de los estilos de vida.

ONG'S (Fundación Pro-Niños de Darién)

1. Atención directa en algunas comunidades, a través de los programas establecidos como granjas, comedores escolares.

4. Análisis de los actores sociales

Hacia el año 2000 sí se realizó con el estudio de Proyecto de Desarrollo Sostenible al Darién por el hoy Ministerio de Economía y Finanzas.

Sus intereses son:

Personales

Políticos

A favor de la Comunidad.

Relevancia mayor: Interés común que en esos momentos lo motiva (Proyectos de Desarrollo Sostenibles)

En la actualidad no se ha realizado un estudio de este tipo.

5. Caracterización del sector informal de atención en salud. Número de curadores que existen y a qué actividad se dedican y su integración con las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud.

Caracterización del sector informal de atención de salud:

Personas que se caracterizan por ejercer la medicina, a través de la Botánica (curanderos) se desconoce su número.

La actividad de los curanderos se desarrolla por medio del uso de plantas medicinales y rituales de cantos.

Las prácticas y cultura de la población se integran a las actividades de salud, mediante las organizaciones y programaciones de los mismos, a

través de los líderes comunitarios, (Promotores, ayudantes, dirigentes comunitarios o nokoos, caciques, etc.)

6. Fortalezas y debilidades del equipo de salud de su región para potenciar la red social de salud

Fortalezas:

1. Conocimiento del área.
2. La mística del trabajo del personal.
3. Personal capacitado para las actividades de promoción y prevención.

Debilidades:

1. No se trabaja de manera integral.
2. Falta de diagnóstico de salud de los niveles locales.
3. No conformación de un equipo conductor.
4. La injerencia de la política partidista (AMENAZA).
5. Cambios frecuentes administrativos.

7. Percepción de la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral de la niñez con una base comunitaria y la atención de la población que pertenece a la red de oportunidades y a la población que está en 120/65

Históricamente desde los inicios de la estrategia de extensión de cobertura, se ha manejado todos estos programas como un ente aparte que pareciera llevar la conducción de salud sin el monitoreo de la Región de Salud.

A pesar de que las estrategias de cobertura tienen más de 17 años en la provincia, todavía existen muchas dudas sobre su funcionamiento, por parte de los funcionarios del Ministerio de Salud en la provincia. El uso de organizaciones no gubernamentales es foco para la discrepancia y desacuerdos en las opiniones de los niveles locales sobre el verdadero beneficio de esta estrategia debido a la falta de coordinación.

Sólo en los últimos años se da paso a la participación directa de la Región de Salud para la conducción del programa, a través de la llamada organización institucional; sin embargo, la falta de capacitación para el fortalecimiento de las bases de la estrategia de extensión de coberturas, a nivel regional y local, provocó que dichos proyectos se mantuvieran, de igual modo, como entes aislados.

La consecución del recurso humano para el monitoreo de AIN C, es un nudo crítico, debido a las deficiencias que hay en el proceso de pagos, de este personal, miembros de las comunidades, y que son de escasos recursos.

Las dificultades administrativas que ha enfrentado la Región de Salud para llevar estos proyectos radican en la presión que se impone desde el nivel superior para cumplir con fechas pre establecidas sin haber subsanado fallas del pasado.

El pago de 120/65 utiliza los recursos de nuestras instalaciones para la evaluación de estos beneficiarios, sin la definición de un plan estructurado en el Programa del Adulto Mayor. Aún no vemos la integración del Programa de Salud de Adultos Mayor con este beneficio. En apariencia existe la idea de que solo acuden cuando requieren la firma de un funcionario de salud para recibir el beneficio, sin que la instalación reciba el impulso para complementar y atender lo que realmente en materia de promoción y prevención es requerido.

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

Las diferentes resoluciones y decretos de gratuidad favorecen con la planeación correcta el aumento de las coberturas en salud en nuestra área de responsabilidad, pero al no haber un ordenamiento, planeación y encausamiento de recursos, las instalaciones quedan muchas veces limitadas por las sobre demanda que esto genera y a la postre trae consigo desgaste del recurso humano, sobreutilización de la instalación y consumo de insumos.

La población ve con agrado estas medidas de gratuidad, pero al no estar educadas correctamente exigen probablemente más de lo que involucra la gratuidad, trayendo insatisfacción del cliente y sobre uso de los recursos del estado; pues la política no orienta a la población para el uso correcto de estos beneficios. Vemos también que no hay un plan específico a nivel regional para la educación de la población en este y en muchos aspectos.

Los decretos y resoluciones son aplicados dentro de todas las instalaciones de salud de la provincia.



FOTOGRAFÍA 6

PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES A LA OFERTA EN TÉRMINOS DE EQUIPOS
BÁSICOS

ADECUACIONES A LA CARTERA DE SERVICIOS
AMPLIACIÓN DE COBERTURA A POBLACIONES
DESPROTEGIDAS Y DE DIFÍCIL ACCESO

ADECUACIONES DE LA OFERTA

1. La promoción de la salud y la prevención de los daños como parte de la concepción moderna de los modelos de atención.

Las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son procesos y movimientos que permiten un mejor desempeño de la gestión en salud pública. La importancia estratégica de las FESP, tales como vigilancia, monitoreo y promoción de la salud, radica en la generación, por parte del sistema de salud, de una respuesta efectiva, eficiente y de calidad a intereses colectivos en materia de salud. En la actualidad se acentúan las FESP para evitar retrocesos en los logros de las condiciones de salud y en la reducción de la carga de enfermedades cardiovasculares prevenibles, cáncer, diabetes e hipertensión.

Podemos mencionar que los enfoques actuales en promoción y prevención de riesgos se conciben en:

Vigilancia de la Salud Pública y control de riesgos y daños:

- Capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
- Desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general.
- Instalación y apoyo a laboratorios de capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas.
- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- Vinculación con redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria a nivel local para generar respuestas rápidas ante eventuales problemas de salud o de riesgos específicos.
- Promoción de la Salud, con énfasis en Enfermedades no transmisibles:
- Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una CULTURA de la salud.

- Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.
- Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.

Un seguimiento eficaz es crucial para el control del tabaco, porque permite caracterizar y determinar la amplitud de la situación del consumo de tabaco y sus consecuencias, así como determinar la mejor manera de adaptar las políticas e implementar acciones. Es en este marco que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Sanitaria para el Control del Tabaco en Panamá (SISVISCTA).

La lucha contra el tabaco implica la creación de vínculos y relaciones con actores que tienen que ver con la demanda y la oferta de este producto lo que conlleva que la vigilancia sea integral; es decir, se requiere un trabajo intersectorial.

Es importante mostrar una visión integral del trabajo que realiza el país, así como de la gestión de los datos relacionados con la aplicación del Convenio Marco, es por eso que la participación de todos los involucrados en la implementación del Convenio es de gran importancia para diseñar un sistema de vigilancia que aborde todos los aspectos de la lucha contra el tabaco consignados en el Convenio Marco.

El SISVISCTA tiene el objetivo de facilitar la gestión, implementación, el monitoreo y la evaluación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y fortalecer las acciones del país en materia de reducción de la demanda de tabaco, que incluye la protección contra la exposición al humo del tabaco; el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; acciones de educación, comunicación, formación y sensibilización pública; control de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; comercio ilícito de productos de tabaco; ventas a y por menores, entre otros aspectos.

De acuerdo a estimaciones de la OMS, el tabaco mata a casi 6 millones de personas al año, constituyéndose una de las mayores amenazas para la

salud pública mundial, por lo que fortalecer la vigilancia sanitaria es esencial para el control del tabaco.

Panamá trabaja en la aplicación del CMCT desde el 2004 cuando se convirtió en uno de los primeros signatarios de este tratado internacional y considera que todas las personas deberían poder respirar aire sin humo. Leyes contra el humo protegen la salud de los panameños y de todos los residentes en el país; estas han sido bien acogidas y animan a los fumadores a dejar de fumar. El sistema fortalecerá estos avances en el país y contribuirá a proteger los logros alcanzados en el tema. De acuerdo al cronograma de trabajo, el SISVISCTA estará validado e implementado en el corto plazo.

En la Provincia de Darién, no se cuenta con Clínicas de Cesación de Tabaco, pero ya se han hecho los esfuerzos para encaminar este tipo de iniciativas, contando con un coordinador de salud mental y actualmente con personal capacitado para esta clínica, que será implementada en el Centro Materno Infantil

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Los ODS son parte de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y guiarán las políticas de desarrollo al año 2030 en los estados miembros que los han adoptado, en el marco de la 70° Asamblea General de las Naciones Unidas.



El Gobierno de la República de Panamá, adoptó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como pauta de desarrollo nacional mediante Decreto Ejecutivo N°393, publicado en la Gaceta Oficial N° 27870-B, de 15 de septiembre de 2015, que crea una Comisión Interinstitucional de apoyo y

seguimiento para su implementación, adscrita al Gabinete Social que lideriza el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Uno de los mandatos de la Comisión, es alinear los objetivos, programas y proyectos del Plan Estratégico de Gobierno con los ODS, para asegurar los recursos y lograr cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el año 2000, la comunidad internacional asumió en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) uno de los compromisos más ambiciosos para erradicar la pobreza. Sin duda, la adopción de los ODM ha sido un gran ejemplo del esfuerzo de la comunidad internacional para impulsar el desarrollo mundial. A pocos meses del vencimiento del plazo para el cumplimiento de estos objetivos, se estableció un nuevo marco global para el desarrollo posterior al 2015 que continuará y fortalecerá los balances logrados a través de los ODM y que, a la luz de los complejos retos del desarrollo ayudarán a la erradicación de la pobreza y al logro de la sustentabilidad con nuevos parámetros.

<p>4 Objetivos de salud de 8 ODM</p>	<p>1 Objetivo Único entre 17 ODS Objetivo 3: "Garantizando vidas saludables y promoviendo el bienestar para todas las edades" consta de nueve metas y 4 estrategias</p>
<p>Objetivo 4: Reducir la Mortalidad Infantil</p>	<p>Meta 3.2: Para el año 2030, finalizar las muertes evitables en recién nacidos y en niños menores de cinco años.</p>
<p>Objetivo 5: Mejorar la salud materna</p>	<p>Meta 3.1: Para el año 2030, reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100,00 nacidos vivos.</p>
<p>Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades</p>	<p>Meta 3.3: Para el año 2030, finalizar la epidemia de SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.</p>
<p>Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental</p>	<p>Meta 3.9: Para el año 2030, reducir substancialmente el número de muertes, enfermedades por químicos, por contaminación, polución del aire y el agua.</p>

La Agenda de Desarrollo Post-2015 define objetivos que inciden en las causas estructurales de la pobreza y permiten combatir las desigualdades, generar oportunidades para mejorar los niveles de vida y la prosperidad de todos los miembros de nuestras sociedades en un marco de desarrollo sostenible a nivel mundial, tanto para los países en desarrollo como desarrollados.

Dichos objetivos, se enmarcan en la coordinación intersectorial, las alianzas multisectoriales y el trabajo en equipo, para el avance más equitativo de la salud. Un claro mensaje de estos actores, exige la plena incorporación de las tres vertientes del desarrollo sostenible: la social, la económica y la medioambiental. Hay un fuerte llamado para trascender del PIB a la hora de medir adecuadamente el bienestar y el progreso humano, abordar las desigualdades y poner énfasis en una gobernanza eficaz. El acuerdo entrará en vigor en el año 2020 y será objeto de revisión de los compromisos cada cinco años. El proceso representa una oportunidad única para renovar el compromiso gubernamental hacia la salud pública y la búsqueda de sinergias para avanzar en los objetivos de desarrollo sustentable e implementar las prioridades técnicas y políticas establecidas en los planes nacionales de salud. Se requiere de un análisis estadístico más robusto, por lo que constituye una oportunidad para mejorar los sistemas de información, y los procesos de monitoreo y evaluación de los indicadores de salud, incluyendo indicadores económicos y de inclusión social.

2. Conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de la salud enfermedad. Adecuación de la oferta de servicios en términos de los equipos básicos de salud.

Los nuevos modelos de atención priorizan el fortalecimiento de la atención primaria, en ese sentido los equipos básicos forman parte importante de este enfoque. Esto implica un gran cambio organizacional principalmente en las actividades de Atención Primaria (Primer Nivel de Atención), administradas por el Ministerio de Salud. Las actividades de Atención Primaria incluyen actividades de naturaleza preventiva y principalmente corresponden al control prenatal, el control de crecimiento y desarrollo en los niños menores de 5 años, la planificación familiar y la vacunación. En la actualidad se da de manera dual: por las instalaciones de salud, pero sujetas a las restricciones presupuestarias, y por el Programa de extensión de coberturas, a través de un préstamo financiado por el BID.

Más que la intercambiabilidad de roles, el modelo debe darse con base a la función rectora del Ministerio para su supervisión y monitoreo de actividades, lo que propondrá un menor desgaste, evitando la dualidad de actividades e información. Su creación se realizó para agrupar y reforzar las actividades de prevención y promoción, además de continuar atendiendo la morbilidad

prevalente, según las necesidades de la población. A esta agrupación de actividades se denominó Atención Integral.

3. Introducción de nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, programa de atención a domicilio, JAPA, grupos itinerantes.

En nuestra provincia se están dando algunas de estas modalidades desde hace varios años:

Los equipos itinerantes existen desde el año 1998, con el Programa de Salud Rural, actualmente Estrategia de extensión de coberturas.

Las Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria (JAPA) son actividades de cirugías a las que en el día a día la población no tiene acceso en nuestra provincia. Estas intervenciones de las JAPA han sido suspendidas en los últimos años y que es necesario para bajar la mora quirúrgica en cuanto a las salpingectomías y las herniorafias, entre otras atenciones.

4. Uso de las redes sociales como herramientas de divulgación de temas prioritarios como uso racional de medicamentos, polifarmacia, uso racional de antibióticos, automedicación, apego a la terapéutica, otros, de una manera continua y sistemática.

El uso de las redes sociales (Whatsaap, Facebook, Instagram, Twitter) como herramienta de divulgación ha sido un medio muy importante en esta pandemia por Covid-19, brindando información sobre las medidas de prevención para disminuir los contagios y las generadas por las autoridades políticas y de salud, a través de las normativas correspondientes, en cuanto al manejo de la movilidad y cercos sanitarios.

Las redes sociales también han ayudado en la comunicación entre funcionarios de salud, de manera inmediata y oportuna, en la presentación de casos de pacientes y consultas.

5. Adopción de decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel

La introducción de modelos de red fija, con la inclusión de equipos básicos de salud, es la principal decisión que se ha tomado en primer nivel de atención que atiende a la evolución de un proceso en la estrategia de extensión de coberturas, y en el que existe la percepción de que no tenemos la rectoría de este proceso.

6. Adopción de decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel.

La Región de Salud de Darién no cuenta con instalaciones de segundo nivel. Se está construyendo una, que es el MINSA Capsi en Santa Fe; sin embargo, la obra se encuentra en un litigio promovido por la empresa constructora contra el Estado, en un Tribunal de Arbitraje de Francia. Esta obra se encuentra en un 95% de avance.

7. Desarrollo de programas y acciones para la identificación de grupos de riesgo definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, género, etnia o marginación.

El Estado panameño, desarrolla programas sociales enfocados en apoyar de manera integral a familias que se encuentran en situación de pobreza. La línea de pobreza general (LPG) es la suma, de todos los pobres ya sean extremos o no.

La Red de Oportunidades, es un programa del MIDES de alta sensibilidad social que tiene como objetivo insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, en la dinámica del desarrollo nacional, garantizando los servicios de salud y educación, todo lo cual mejora sustancialmente la calidad de vida de 72,563 hogares beneficiarios. Más de 362,815 personas beneficiadas mediante las Transferencias Monetarias Condicionadas -TMC. **120 a los 65**, es el programa Especial de Transferencia Económica a los Adultos Mayores (hombres y mujeres) del MIDES que consiste en la entrega de 120.00 balboas mensuales a las personas adultas mayores de 70 años o más sin Jubilación ni Pensión, en condiciones de riesgo social, vulnerabilidad, marginación o pobreza.

Ángel Guardián, es un programa exclusivo del Mides, que consiste en conceder un subsidio de ochenta balboas (B/.80.00) mensuales, a personas con discapacidad severa, el cual se entregará cada dos meses a las personas beneficiarias, a través de su padre o madre, tutor o en quien recaiga la representación legal; será individual, intransferible y permanente, sujeto a evaluaciones periódicas. Se calcula que entre 55 y 60 mil personas podrían ingresar a este programa. Para el año 2016 se destinaron 15 millones de balboas.

La factura de los programas de transferencia monetaria condicionada del Ministerio de Desarrollo Social (Mides) para el 2018 sumó 59 millones de dólares.

En el 2018 el dinero fue desembolsado entre 201 mil 937 beneficiarios a nivel nacional, de los cuatro programas: 120 a los 65, Red de Oportunidades, Ángel Guardián y Bono Alimentario, según informes del MIDES.

Por otra parte tenemos el programa **Beca Universal**, gestionado por el IFARHU, el cual tiene un costo de B/. 183 millones de balboas. La beca universal será recibida por estudiantes de educación básica, pre-media y media, si cumplen con lo siguiente: en las escuelas oficiales deben tener un promedio mínimo de 3.0 para los alumnos de educación básica; y un promedio mínimo de 3.0 por materia para los alumnos de educación pre media y media.

En las escuelas particulares, deben cumplirse los mismos requisitos, pero sólo las que cuesten menos de B/.1000.00 balboas anuales, entre matrícula y mensualidad. Alrededor de 800.000 mil estudiantes de escuelas oficiales son beneficiados con este programa.

Todos estos programas forman parte de la política de programas sociales del Gobierno Nacional. Todos están vinculados con las políticas de salud vigentes a través del nexo que hay entre los Ejes, Objetivos, Estrategias del Plan de Gobierno y las Políticas actuales de Salud.

Por otra parte, Jaqué, El Real, Puerto Obaldía, Boca de Cupe, Yape, Yaviza y La Palma son algunas de las poblaciones que albergan alrededor de 863 personas que ingresaron a finales de 1996 al Darién panameño huyendo la violencia del conflicto en Colombia. Si bien con el tiempo las autoridades de Panamá y Colombia intentaron llevar adelante mecanismos para la repatriación voluntaria, un grupo numeroso de COLOMBIANOS permanecieron en el país de acogida alegando temor por sus vidas si retornaban.

Para su protección en Panamá, fue concedido por el Estado un estatuto particular llamado el “**Estatuto Humanitario Provisional de Protección**” que les proporcionaba el derecho de vivir en el país de manera temporal y la seguridad de la no devolución. No obstante, esta protección circunscribía su circulación a las comunidades de acogida, permitiendo su movilización con un sistema de permisos autorizados que ha limitado por años su libertad de tránsito en una provincia de difícil acceso, donde la vida de sus pobladores se impacta por las pocas oportunidades económicas y la falta de servicios públicos. Para la población refugiada esta situación es doblemente crítica, pues el estatuto temporal no incluye el derecho al trabajo. En este sentido, ha sido apremiante para el ACNUR encontrar soluciones para el desarrollo

de su vida. El largo camino hacia una solución duradera se concretó en la Asamblea de Diputados de Panamá los 26 y 27 de octubre de 2011 con la aprobación de la ley que establece el cambio de la categoría migratoria para la población temporalmente protegida, abriendo las puertas para que opten por su residencia permanente y, finalmente, su integración plena en Panamá donde muchos ya tienen vínculos familiares.

8. Prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de la vida, niñez adolescencia, edad adulta, vejez.

El Ministerio de Salud enfatiza la atención con las etapas de la vida, a través de los programas de atención ya normados y bien establecidos.

Programa Ampliado de Inmunización
Programa de Control de la Tuberculosis
Programa de Cuidados Paliativos
Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud
Programa de Protección Social – Apoyo a la Red de Oportunidades
Programa de Salud Bucal
Programa de Salud Integral de Niñez y Adolescencia
Programa de Salud Penitenciaria
Programa Iniciativa Salud Mesoamérica
Programa ITS/VIH/SIDA
Programa Nacional de Sangre
Programa Nacional de Tamizaje Neonatal
Programa Salud Adulto Mayor
Programa Salud de Adulto
Programa Salud Mental
Programa Salud Nutricional
Programa Salud Ocupacional
Programa Salud Sexual y Reproductiva

9. **Planificación de servicios en el nivel local y participación de los diferentes actores sociales**

Los niveles locales según necesidades hacen solicitudes al nivel regional, quien presupuestariamente da la solución a éstos.

No se están dando las planificaciones de programaciones operativas anuales locales lo que dificulta que se cumpla con los seguimientos a los programas, cumplimientos de metas, pues no están establecidas. No hay participación de actores sociales en la toma de decisiones sanitarias.

10. **Organización con base a sectores implica la definición de espacios poblacionales específicos.**

La realidad sanitaria puede concebirse sistémicamente como una situación que comprende procesos que se dan en espacios de diferente nivel. Entre

dichos procesos existen relaciones de jerarquía, según las cuales los procesos complejos determinan a los procesos simples. Igualmente, los procesos se producen en diferentes espacios poblacionales relacionados, entre éstos también existen relaciones jerárquicas, según las cuales las estructuras mayores determinan los procesos en las menores. Para entender e intervenir la realidad sanitaria se requiere tener una visión integrada y explicaciones multinivel de la realidad, en general, y en la salud de la población, en particular. Los procesos de los dominios más complejos incorporan a los más simples, sometiéndoles a sus propias determinaciones y leyes; por consiguiente, las leyes que rigen el dominio más complejo de lo social, determinan a las leyes de lo biológico y de lo físico. El abordaje sistémico de la realidad no es propio de la salud pública; se ha desarrollado en múltiples campos de la vida, tal como en la psicología, los procesos, sociales, la administración y para la realidad en su conjunto.

11. Definición y caracterización de estos espacios poblacionales en la región.

Los espacios poblacionales están definidos principalmente basados en su etnia, la distribución por poder adquisitivo no está definida la provincia es enteramente rural.

Tenemos, como ya se ha mencionado, a la población temporalmente protegida, que migraron a nuestro país dado los conflictos en el suyo (como por ejemplo, Colombia).

12. 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.

Conocimiento de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, y su aplicación.

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada. Es por ello que, nuestra propuesta plantea un modelo de atención, basado en el Sistema Público de Salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (DEFENSORIA DEL PUEBLO: 2008) ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e

interrelacionados. Esto es un concepto que está inmerso en los nuevos modelos de atención.

Los usuarios de los centros y servicios de salud pública y privada tienen derecho a recibir información sobre los servicios a que puede tener acceso, así como a la prestación de estos sin discriminación alguna y con respeto a su personalidad. No obstante, se respetará la voluntad de una persona de no ser informada.

La Ley 68 del 20 de noviembre de 2003, se presentó en la Gaceta Oficial No. 24935 del 25 de noviembre de 2003, y regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada. La ley es conocida y se aplica en nuestras instalaciones.

13. Equipos de salud y la competencia suficiente para asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación.

Los equipos de salud tienen la competencia técnica suficiente; sin embargo, son limitados por la escasez de recursos, por la sobrecarga de funciones al haber limitaciones de personal, por la poca o escasa motivación que reciben por parte de los niveles superiores.

14. Porcentaje de los trabajadores de salud que reside en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora.

Debido a la dificultad del acceso a las instalaciones, el personal en su mayoría no es de la provincia, y el 100% vive en las periferias de las instalaciones en un radio que no supera el kilómetro².

15. Integralidad de las acciones biopsicosociales, y su uso como enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud.

El abordaje de las Políticas Sociales en todo el territorio nacional, sin lugar a dudas, exige articulación y acciones coordinadas que eviten la dispersión y/o superposición de recursos, tanto humanos como económicos, y el fortalecimiento de las instancias de diálogo, organización y trabajo interinstitucional.

Gestión, articulación, coordinación, organización, información y relevamiento desde la transparencia e integralidad de las acciones, son los objetivos fundamentales que estructuran la tarea del plan de Gobierno actual y que está siendo implementado en el modelo sanitario en la Región de Salud de

Darién como un espacio estratégico para la planificación y la coordinación del trabajo en Políticas Sociales en todo el país.

Las problemáticas actuales requieren respuestas rápidas e integrales; es decir, que sumen todas las miradas y voces; por eso, en la resolución intervienen todos los organismos responsables de la política social nacional: los Municipios, las Provincias y el Gobierno nacional, quienes integran sus planes y programas sociales para contribuir al fortalecimiento de la Red.

La salud mental es fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países. La ausencia de salud mental, conlleva a los trastornos mentales y del comportamiento, los cuales suelen afectar a más del 25% de la población en algún momento de la vida, impactando la economía de las sociedades y la calidad de vida de los individuos y las familias.

Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción. La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2%. Muchos consideran que la primera causa de discapacidad en las Américas es la depresión.

Los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes, responsables de discapacidades, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas hasta los trastornos relacionados con el estrés de la vida diaria, que en muchos casos es un factor presente en situaciones de violencia, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar.

Se estima que la brecha de tratamiento (personas con trastornos mentales que no reciben algún tipo de tratamiento) en la Región es superior al 60%. Por ejemplo, el 58% de las personas afectadas con psicosis no afectivas,

53.3% de las personas afectadas por alcoholismo, 46% de las personas con trastorno bipolar y un 41.1% de las personas con trastornos de ansiedad NO están siendo tratadas.

Situación de Salud Mental en Panamá

Según los datos recopilados de las consultas de salud mental en las instalaciones de atención primaria del Ministerio de Salud, durante los años 2011 y 2012, las principales causas de trastornos mentales y del comportamiento, fueron los Trastornos de ansiedad, los Trastornos afectivos, Trastornos de conducta no especificado, Insomnio y los Trastornos de desarrollo de habilidades escolares, no especificado.

Durante el año 2011, en las instalaciones de atención primaria del Ministerio de Salud, se brindaron un total de 25, 311 consultas, de las cuales correspondieron al sexo masculino y 15,028 consultas (64.5%) al sexo femenino. Entre las principales causas de consultas podemos señalar las siguientes: los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, los trastornos de conducta no especificado, el insomnio no orgánico, los trastornos del desarrollo de las habilidades escolares no especificado, esquizofrenia, los trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda y el trastorno de adaptación.

Las Regiones de Salud con tasas más elevadas de trastornos mentales fueron: Los Santos, Herrera y Veraguas, superando la tasa de país de 679.7 x 100,000 habitantes, siendo las mujeres más afectadas (tasa de 811.4x100000) que los hombres (tasa de 549.4 x 100000).

Para el año 2012, se atendieron un total de 23,783 consultas, lo que representa una tasa de 627.9 x 100,000 habitantes El mayor porcentaje de consultas fueron dadas a usuarias del sexo femenino: 14024 consultas, y 9759 consultas corresponden al sexo masculino.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN SALUD MENTAL.

MINISTERIO DE SALUD. 2012

<i>Morbilidad</i>	<i>Tasas</i>
1. Trastorno de ansiedad no especificado	142.9
2. Episodio depresivo no especificado	58.3
3. Trastorno de ansiedad generalizado	28.6
4. Trastorno de la conducta, no especificado	23.7
5. Esquizofrenia no especificado	20.6
6. Insomnio no orgánico	15.7
7. Trastorno del desarrollo de las actividades escolares	14.8
8. Trastorno específico del desarrollo de la función	14.2
9. Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, síndrome de dependencia	14.1
10. Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alcohol, intoxicación aguda	12.5

ADECUACION DE LA CARTERA DE SERVICIOS

1. Evaluación de la eficacia y calidad de las acciones.

La eficacia y calidad es evaluada solamente por el proceso que dirige la Dirección de Provisión de Servicios, a través de la auditoría de expedientes, actividad que es anual y que es responsabilidad regional del mismo departamento con Registros Médicos y Estadísticas.

No se está realizado en los últimos 5 años al menos una evaluación de la calidad utilizando los formularios establecidos en los programas de atención integral.

2. Revisión de las necesidades de salud de la población y de la cartera de servicios.

La cartera de servicios no ha sido evaluada ni adecuada en los últimos años, tampoco se conoce el establecimiento de una norma que indique la reevaluación de esta cartera.

3. Desarrollo del modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental

Todas las instalaciones de Darién desarrollan este modelo dentro de las limitantes presupuestarias, de estructura y de recursos humanos, debido a que están enmarcadas en categorización de primer nivel de atención.

4. Mejoras que deben efectuarse en la red de servicios para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido.

1. Describir los propósitos y objetivos a cumplir por el establecimiento a nivel general.
2. Determinar el área de influencia poblacional y /o geográfica, con ubicación del establecimiento y definición de la población a ser atendida.
3. Describir la operatividad, identificando y definiendo las actividades médicas y de servicios a prestar, dependiendo de la clasificación del establecimiento (ambulatorio y/u hospitalario):
 - 3.1. Horario y funcionamiento del establecimiento.
 - 3.2. Especialidades médicas y no medicas ofertadas.
 - 3.3. Descripción del personal del establecimiento; número de médicos por especialidad, personal profesional, enfermería, personal técnico y administrativo.
5. Número de consultorios y otros ambientes destinados a la atención de los usuarios, indicando las actividades a cumplir en ellos.
6. Describir el servicio quirúrgico, obstétrico, hospitalización, emergencia.
6. Describir los servicios de apoyo, mencionar si son propios o contratados, de ser contratados, deberá adjuntar copia del convenio.
7. Describir la disposición de los desechos sólidos, líquidos, patológicos, biológicos y otros de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.
8. Descripción de los servicios auxiliares de diagnóstico.
9. Listado de los equipos fijos y móviles por servicio y área.
10. Número de camas distribuidas por servicios.

La habilitación evalúa la estructura física, dotación y ubicación de equipos, flujo médico funcional y recursos humanos acordes a la oferta de servicio de un establecimiento proveedor de servicios de salud. El modelo médico arquitectónico marca pautas para crear la dimensión de áreas y espacios, características de las instalaciones requeridas para el equipo y mobiliario acorde a las actividades que se realizan en cada servicio.

Para el diseño del establecimiento se debe tener claro el nivel de resolución y servicios que se pretenden brindar, para lo cual es necesario elaborar el programa médico funcional. Deben tomarse en cuenta los indicadores de productividad y rendimiento, para el cálculo de los servicios, personal y equipamiento en función del número y tipo de actividades a desarrollar.

5. Mejora de la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística, y la coordinación intersectorial.

Muchas de las instalaciones de salud no fueron diseñados adecuadamente contemplando el área de urgencias, comenzando por su entrada de acceso y su disposición interna. A través del tiempo se han realizado adecuaciones, algunas programadas y otras no, para subsanar esta deficiencia. Los nuevos modelos de construcción de centros de salud, ya contemplan estas correcciones. Como es el caso de los 2 CMI que han sido proyectados este año 2020. El MINSA- CAPSI de Santa Fe, con 95% de avance en su construcción, incluye las especificaciones requeridas para el área de Urgencias, al igual que el Hospital de Metetí, cuya obra está paralizada.

El abastecimiento de combustible de las ambulancias se realiza a través de sistema de tarjetas chip, lo que ha brindado una mejoría en este aspecto, ya que anteriormente se realizaba mediante facturación y en muchas ocasiones dicho abastecimiento era suspendido por falta de pago.

Para inicios del año 2017, la Región de Salud adquirió dos ambulancias Toyota Land Cruiser que se ubicaron en el Hospital de Yaviza y en el CMI de Metetí. Posteriormente, a inicios del año 2018, se adquirió una ambulancia marca Dodge con techo alto que se asignó al CMI de Santa Fe. También se nombraron a finales del 2017, dos Técnicos en urgencias médicas, asignados uno al Hospital de Yaviza y el otro al CMI de Metetí. Esta estrategia parte del nivel nacional, con el propósito del mejoramiento de los traslados de pacientes. La misma incluyó la capacitación de los conductores de dichas ambulancias, bajo el Curso de Operadores de Vehículos de Emergencias (OVE), formando un total de ocho funcionarios.

A pesar de los logros alcanzados el recurso humano de conductores aún se encuentra por debajo de lo requerido, lo que implica un desgaste y cansancio de los mismos por la sobrecarga de trabajo.

Infelizmente hemos tenido situaciones ajenas, en donde se han visto involucradas ambulancias en accidentes de tránsito, aunado a que las antiguas ambulancias han sufrido desgastes por el tiempo de vida y falta de mantenimiento. Debido a ello, actualmente en la Provincia de Darién sólo se mantienen dos ambulancias funcionando, lo que es extremadamente preocupante al momento en que se necesitan trasladar pacientes de gravedad a los centros hospitalarios de Panamá. En ocasiones ha sido necesario realizar traslados de pacientes en vehículos tipo pick up, doble cabina, no adecuadas para esta actividad. Otras veces, se ha logrado apoyo

por parte de la ambulancia del SENAFRONT, lo cual es posible cuando existe disponibilidad.

6. TRIAGE

Se utiliza parcialmente en algunas instalaciones, su efectividad es nula, pues al existir en muchos casos un solo médico, obliga necesariamente al final a atender todo lo que se presente. Las áreas dispersas evitan que se pueda referir a consulta posterior los pacientes, pues éstos generalmente viven en la periferia de las instalaciones, y por la falta de seguridad no hay condiciones que favorezcan evitar conflictos que se generen de la toma de decisiones.

7. Proveedores públicos y privados y la prestación del mismo conjunto de beneficios

La provincia no oferta en materia privada servicios de salud con cartera amplia, solo pequeños establecimientos (actualmente 2 en Santa Fe), y la visita eventual de especialistas para la realización de ultrasonidos ginecológicos.

AMPLIACION DE COBERTURA

1. Organización de la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención.

La Red de Servicios de Salud se distribuye en tres niveles de atención (I, II, III) y está compuesta por servicios de salud complementarios y articulados de complejidad creciente de acuerdo a la demanda de los problemas de salud, la población y la territorialidad. Esta noción de complejidad sirve para organizar la red de una manera más eficiente y está basada en la evidencia y en el principio establecido en la Atención Primaria de Salud (APS) que sostiene que los problemas de salud menos complejos son los más frecuentes y requieren tecnologías de bajo costo y los problemas más complejos son los menos frecuentes, pero también son los más costosos. A todo lo largo de la Red de Servicios se necesita la participación del ámbito institucional y comunitario en el desarrollo de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas a la atención comunitaria, familiar e individual.

La extensión de cobertura a través del proyecto BID-MINSA-UGSAF, (FORIS y OES), son estrategias de atención primaria dentro de la Red de Servicios.

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

Dada la dispersión las instalaciones de salud en nuestra provincia laboran 24 horas al día y 7 días a la semana, donde hay un equipo básico al menos, por lo que no es opción extender los números de días. No se cuenta con el recurso humano necesario para que administrativamente laboren también en fines de semanas, lo que también se presenta como problemática si se considera extensiones de horario. Se debe hacer una evaluación y planeación adecuada en materia de recursos humanos, infraestructura e insumos antes de plantear una respuesta a este cuestionamiento.

3. Normas para la realización de las giras médicas integrales y las JAPAS

Las giras médicas que se efectúan deben estar normadas por el Ministerio de Salud y supervisadas por los niveles locales. La falta de recursos convierte en una odisea la supervisión de los mismos.

Las JAPAS tienen directrices nacionales y también están sujetas a cambios que dependen enteramente de situaciones a ese nivel, lo que muchas veces incomoda el funcionamiento de los niveles locales y regional. La falta de recurso humano capacitado limita la participación

4. Estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar la cobertura.

La metodología contribuya a la caracterización de las poblaciones vulnerables que ya los países han puesto en marcha, con el propósito de plantear estrategias especialmente adaptadas para llegar a las zonas de baja cobertura, así como a aquellas cuya vigilancia epidemiológica es deficiente. Todas estas medidas son parte del abordaje de las agendas inconclusas en salud.

Esta es una metodología viva, flexible, que puede ser adaptada a las realidades diversas de la provincia.

Es aplicado en el programa ampliado de inmunizaciones.

5. Mecanismo de coordinación administrativa establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales.

La coordinación actual es con la empresa colombiana SALUD DE TODOS LTDA, contratada para el cumplimiento de la estrategia de extensión de coberturas en red fija capitada y equipos itinerantes.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

Cada EBS llevará el registro de actividades, haciendo uso de los instrumentos primarios del MINSA. La captación y registro se llevará a cabo en el lugar donde se preste el servicio de atención.

La OE es responsable de sistematizar la información captada durante la atención en el SIEEC y en el sistema de estadísticas de salud (SIES), ambos entregados por el MINSA.

El Experto en Registros Médicos y Estadística será responsable de generar las HTE (Hojas de Trabajo del Estadígrafo), las cuales deberán ser consolidadas a partir del SIES y entregadas a la Región de Salud correspondiente dentro de los primeros diez (10) días calendarios posteriores a cada mes finalizado.

Las OE presentarán cinco (5) tipos de informes: (i) informe inicial; (ii) informes mensuales; (iii) informes de ronda; (iv) informe cuatrimestral e (v) informes anuales, los cuales deben ser entregados en formato electrónico (únicamente) acompañados de la cuasi-factura correspondiente.

6. Articulación de la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija.

Conforme su desarrollo, la Estrategia de Extensión de Coberturas (red itinerante) ha buscado evidenciar de forma paulatina, las ventajas de un Modelo de Atención nominalizado, un Modelo de Gestión por Resultados, un Modelo Organizacional Integral y un Modelo de Financiamiento capitado ligado a la nominalización y los resultados. Tomando esa experiencia, se están dando los primeros pasos para extrapolar estos modelos a la red fija de instalaciones de salud, iniciando en paralelo una etapa de preparación (2011-2012) de una estrategia denominada

“Fortalecimiento de Coberturas de APS” (red fija) ya implementado:

Inicialmente se ha avanzado en una etapa de preparación caracterizada por:

- Esta etapa del modelo de fortalecimiento se fundamenta en: (i) el desarrollo de competencias, (ii) utilización de los sistemas de

información, monitoreo y evaluación vigentes, (iii) elaboración de herramientas “domésticas” de apoyo gerencial, (iv) implementación de mecanismos de coordinación entre las unidades básicas de salud (UBA´s), prestadoras de la Cartera de Prestaciones Priorizada (CPP), y la Dirección Regional de Salud como gestora de la red de servicios, (v) incorporación de un esquema nominalizado de la atención (migrado de la división política al flujo real de la demanda), (vi) ajuste al esquema de evaluación tradicional, para migrarlo a un esquema de evaluación por resultados basado en la nominalización de la población beneficiaria.

- Esta etapa no incluye el financiamiento capitado, se refuerza financieramente con Planes Operativos para desarrollar el Modelo de Atención Nominalizado y de Gestión por Resultados (en un esquema cuatrimestral, sólo, de indicadores de desempeño, no así de procesos, que incluye el apoyo básico para la habilitación de las instalaciones.

Los principales resultados esperados son: un padrón de población beneficiaria de la red fija de instalaciones, adaptación al Modelo de Gestión por Resultados con una introducción paulatina (semestral a cuatrimestral), rediseño de la red de servicios de acuerdo al flujo real de la demanda y el proceso de habilitación de los establecimientos de salud en marcha. Sin embargo, la falta de fondos, la necesidad de cumplir con agendas previas sin la preparación adecuada, la falta de internalización del concepto, y la falta de rectoría del ministerio han provocado complicaciones en el flujo adecuado de esta estrategia.

7. ¿Integración de los datos de cobertura provenientes de las instalaciones de la CSS y el sector privado?

No aplica.

8. Sistema de información único.

El sistema único de información se rige a través del Departamento de Registros y Estadísticas en Salud; sin embargo, la información generada es tardía, y muchos datos de la región se reciben de otras fuentes (Contraloría). Además, se está implementando una herramienta (SIREGES) para la estrategia de extensión de coberturas que es considerada duplicadora de la información y que no ha rendido los beneficios que espera el sistema de salud.

9. COBERTURAS DEL SISTEMA DE SALUD

El Ministerio de Salud cubre el 100% de la población en la provincia.

La misma no cuenta con instalaciones de salud de organismos privados, ni de la CSS. A pesar de que se llevan a cabo actividades de extensión de coberturas por Organizaciones Extra Institucionales, la responsabilidad total es del Ministerio de Salud por la Región de Salud de Darién.



FOTOGRAFÍA 7

**CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA
REGIONAL Y PROYECCIONES
ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO**

1. Rol de rectoría de la autoridad sanitaria.

El Sistema de Rectoría de la Salud tiene como misión central el desarrollo humano sostenible de toda la población en la provincia, fomentar la producción social de la salud integral, reducir las grandes disparidades en la situación de salud y en el acceso a servicios de salud poblacional y ambiental entre grupos de población, modernizar la gestión técnico-administrativa y financiera de los servicios de salud, garantizar el acceso a los servicios y la sostenibilidad financiera de los mismos a la población de mayores riesgo; reducir los riesgos de enfermar y morir de la población, del ambiente en que vive y satisfacer la demanda social del bien de la salud. Esta rectoría va de la mano con el cumplimiento de las normativas de salud fundamentadas en las políticas de salud vigentes. El cumplimiento de va desde el nivel regional a los niveles locales, sin embargo, responde más que a una planeación, a un actuar determinado por circunstancias que se van dando.

2. Conocimiento de la misión, visión organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, de la CSS, y del sector privado.

La Dirección Regional y los Niveles locales conocen la misión, visión y organigrama actual del Ministerio, no se conoce ni se maneja el organigrama de la CSS, y acotamos que en la provincia no hay un sector privado que brinde servicios en materia de salud, más allá de ONG's, a excepción de dos clínicas de atención privada en Metetí que solo brindan servicios básicos tipo consultorio médico. Consideramos que el organigrama sí respondería a las necesidades que en materia de organización requiere la institución, sin embargo, su ejecutoria se ve mermada por el déficit de recursos económicos, humanos, de equipo e infraestructura en el que nos encontramos.

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

El organigrama de la Región de Salud de Darién está desfasado y el Manual de Funciones Regional homologada data de 2013; lo que urge la revisión y adecuación de nuestro Organigrama.

Actualmente, a través de la oficina de Organización de Desarrollo Institucional (ODI), se está efectuando a nivel nacional una revisión y actualización de este Manual.

Hemos propuesto incluir en el organigrama: las Juntas Integradas de Acueductos Rurales (JIAR's), Unidad Docente Regional (UDR), Departamento de Asuntos Sanitarios Indígenas (DASI), Oficina Integral de Riesgos y Desastres en Salud (OIRDS), Emergencias en Salud (EMS), Comité de Bioética e Investigación y la Sección de Médico Quirúrgico.

El cumplimiento de funciones de los actores contemplados en el Organigrama no se cumple; ya que, en muchos casos, no tienen la persona asignada para ejercerlo, como es el caso de asesor legal, auditor interno, relacionista pública, entre otros, que depende de la consecución de recursos financieros para el nombramiento de estos.

Consideramos que una buena Gestión de Salud depende del cumplimiento de las funciones establecidas en el Manual de Funciones Regional y de la Organización de su estructura por lo que es un reto para Darién lograr esa meta.

4. Regionalización como sistema que permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria.

En nuestra provincia tenemos un verdadero crisol de razas: indígenas, afrodescendientes, extranjeros residentes, extranjeros migrantes, interioranos, con sus peculiaridades y diferentes formas de desarrollo económico y social. La provincia esta dividida en un Darién Comarcal (Indígena) y en un Darién no Comarcal.

Esto ha traído como consecuencia movimientos comunitarios y consultas técnicas por parte de los originarios, con la pretensión de crear una nueva Región de Salud Emberá Wounaan desde hace más de 10 años justificándose en las necesidades que tiene este grupo poblacional y así lograr darle una atención más directa y oportuna; además de contribuir al desarrollo de su Comarca. Sin embargo, no es adecuado responder a un deseo sólo político, ni de un grupo sectorizado, sin el análisis objetivo de la situación actual que demuestre la verdadera necesidad de la creación de una Región de Salud, ya que, quedaría condenada desde su nacimiento a un fundamento organizativo en todos los aspectos, que le permitiera entonces realmente satisfacer las necesidades de sus comunidades para lo cual fue creada.

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

Pregunta repetida (3), ya respondida.

6. Grado de avance en el proceso de descentralización del nivel central hacia las regiones, de las regiones hacia los niveles locales.

La descentralización es necesaria desde el nivel nacional hacia el nivel regional (gestión de los recursos humanos); sin embargo, algunos renglones del presupuesto se mantienen en franca centralización: medicamentos, equipo médico quirúrgico, laboratorio. Por otra parte, debemos reconocer que es muy probable que la Región de Salud no está en capacidad de asumir el proceso debido a que se carece de recursos humanos suficientes, de estructuras de almacenamiento, y funcionarios con poca experiencia en los diversos departamentos; por lo cual el proceso debe ser gradual y priorizado. En la actualidad los niveles locales no cuentan con los recursos humanos en cantidad y calidad necesarias para efectuar en debida forma los procesos administrativos. La relación jerárquica es vertical y se da del nivel central hacia el local, excepción hecha, en algunas ocasiones, en aspectos de recursos humanos donde se hacen las asignaciones desde el nivel central hacia el nivel local.

7. Rol de los patronatos y de los consejos de gestión en la presentación de los servicios de salud y cómo se vinculan con las autoridades regionales y nacionales.

No aplica.

8. Estructura orgánica y su relación con los procesos sanitarios

Una estructura organizacional es el conjunto de las funciones y de las relaciones que determinan formalmente las funciones que cada unidad debe cumplir y el modo de comunicación entre cada unidad. Es una herramienta esencial para el desarrollo de la misma, pues es a través de ella que se puede establecer un mecanismo que permita que se cumpla de manera correcta y eficiente los planes que la región tenga. Así nuestro equipo de colaboradores trabaja con un objetivo en común y para llevar a cabo ese objetivo cada una de ellas tiene una función. La importancia de la estructura se encuentra en que ésta nos ayuda a definir qué se debe hacer y quién debe hacerlo. La estructura es una de las bases de la organización (o de la desorganización) de las actividades. Una buena estructura permitirá una mejor integración y coordinación de todos los integrantes. Al estar mejor organizados se logrará un mejor aprovechamiento de los recursos lo que a la larga puede hacernos más eficientes.

9. Equipo regional y la estructura de la región de salud.

Para el equipo regional la estructura planteada cumple a cabalidad teóricamente con las necesidades de conducción de la Región, el problema no es la forma estructural, más bien radica en la falta de recurso humano con perfil y disponibilidad para ocupar los espacios. Es sabido y común que un Coordinador tenga que ejercer múltiples funciones a nivel regional y local lo que trae desgaste, retraso en el cumplimiento de metas, así como de la calidad en la ejecución de las tareas.

10. Manuales de procedimientos administrativos.

Sí existen manuales de procedimientos administrativos. Se aplican, según el caso, por el jefe de departamento.

11. Coordinación con la CSS.

La Coordinación con la CSS es muy pobre o nula. Se debería dar bajo la base de extensión de coberturas (gastos, duplicidad de funciones y otras). Es necesario que se dé una coordinación desde el nivel nacional, para dar las pautas necesarias para que los niveles regional y local tengan una comunicación adecuada con la CSS.

La coordinación es más de nivel administrativo, relacionado al manejo del recurso humano de esa institución laborando en instalaciones del MINSA, así como los beneficios de transporte para asegurados que acuden a citas de especialidad.

12. Fortalezas y debilidades de la organización y el funcionamiento regional

Fortalezas:

Personal con experiencia.

Debilidades:

Presupuesto insuficiente.

Poca coordinación interdisciplinaria.

Falta de capacitación gerencial.

Centralización de acciones que tienen notable influencia (Medicamentos, Médico quirúrgico, DIS).

Falta de recurso humano, administrativo, especializado y técnico.

13. Cambios en el modelo de gestión y en la relación entre los actores.

Sí se están introduciendo cambios en el modelo de gestión siguiendo los lineamientos nacionales. Los cambios son lentos y poco efectivos por falta de recursos y las directrices con las que se da estos modelos de conducción y gestión. Por ejemplo, el pago por resultados dado con la Estrategia de Extensión de Coberturas no ha tenido el éxito esperado, la falta de planeación y preparación a nivel local, el cumplimiento de procesos a expensas de calendarios externos sin la debida planeación, la falta de dotación oportuna de recursos y equipos son causas de la ineficacia de este modelo. El nivel central en el desempeño del nivel regional incide en la ausencia de directrices.

14. Políticas de Salud y su relación al funcionamiento regional.

Las políticas de salud responden en teoría a las necesidades regionales, con apartados que reflejan el interés en la atención primaria, que es la fortaleza de nuestra Región. Nuevamente las dificultades radican en la capacidad presupuestaria que al final asigna el Estado para el cumplimiento de esas políticas, pues las decisiones no van de la mano y no satisfacen las realidades de las regiones.

15. Planificación operativa y presupuestaria y su relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción.

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

16. Elaboración, registro y monitoreos de Programas Operativos Anuales en SIMEPLANS.

Los planificadores de cada Región pueden registrar en esta herramienta su Programa Operativo Anual (POA) y hacer seguimiento o monitoreo trimestralmente, evaluando grados de avance de cada uno de los ítems consignados.

17. Influencia del nivel central en el desempeño del nivel regional. Puntos críticos de la burocracia administrativa.

El nivel central en el desempeño del nivel regional incide en la ejecución de directrices y la toma de decisiones. El punto crítico es la centralización de decisiones, dando la impresión que existe un proceso de improvisación. Los nudos críticos pueden darse con un proceso de descentralización

(presupuesto, recursos humanos calificados sobre todo en los servicios técnicos, y la demora de los procesos administrativos).

18. Toma de decisiones y priorización de las mismas.

Las decisiones se toman en el nivel central, recae en la regional el cumplimiento de las normativas. El nivel nacional responde a las decisiones basadas en un Plan de Gobierno que rija en el momento. Igualmente, muchas de las decisiones en materia de consecución de equipo y recursos de cualquier índole puede responder a requerimientos de la política local.

19. Funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud al sector público y privado.

La rectoría de todas estas funciones es de la Dirección Regional y de las autoridades en los niveles locales; sin embargo, el nivel central toma decisiones muchas veces inconsultas, lo que permite la ejecución de acciones sin el conocimiento de la organización a nivel de los directivos regionales o locales.

20. Instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, la planificación y coordinación en la región.

La Coordinación de Planificación es la encargada del cumplimiento de las siguientes funciones.

FUNCIONES:

01. Asegurar la divulgación e implementación de las políticas nacionales de salud.

02. Garantizar la formulación e implementación del Plan Estratégico regional y operativos locales, considerando el diseño de indicadores y la evaluación de resultados.

03. Analizar en forma integral, la información económica y financiera proveniente de los gastos que se imputan a la provisión de servicios, promoción y salud pública.

04. Coordinar el proceso de análisis de la situación y tendencias de salud de la población y el ambiente, en sus condicionantes sociales, económicos, políticos y culturales.

05. Coordinar con la administración y con la dirección regional la priorización del gasto público de acuerdo a las necesidades de la Región.

06. Apoyar a al Dirección de planificación en la evaluación de las políticas de salud.

07. Implementar y dar seguimiento al Sistema de Información regional de salud para que facilite el proceso de toma de decisiones con base en el análisis de la situación y tendencias de salud, poblacional, ambiental y de servicio.

08. Desarrollar el diagnóstico de situación de salud del Sistema Regional, considerando la salud poblacional, ambiental y la red de servicios de salud.

09. Analizar e interpretar la situación de salud poblacional, ambiental y de los servicios de salud en el ámbito regional, distrital y local.

10. Apoyar y coordinar el monitoreo y evaluación de la programación local.

11. Elaborar los perfiles de proyectos de inversión con base a las necesidades regionales.

21. Centros de salud que disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, acceso al servicio de internet, al menos para la gestión administrativa, de personal para la sistematización de los inventarios y del fortalecimiento de la promoción y prevención de enfermedades.

Tecnología Informática de soporte al sistema de información 0%

Acceso a servicio de Internet (red fija) 33%

Sistematización de inventarios 0%

Fortalecimiento de promoción y prevención 0%

Cabe indicar que la red móvil de las empresas (CABLE & WIRELESS PANAMÁ, CLARO, TIGO, DIGICEL), ofrecen servicios de data, a través de los dispositivos celulares, a pesar de que la señal es deficiente en algunas áreas es un medio de transferencia de datos y comunicación en toda la provincia (90%).

22. Hospitales e instalaciones ambulatorias que disponen de tecnología de soporte al sistema de información para la gestión administrativa y para la gestión clínica, expediente electrónico, LSS SUMA, ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos.

Ningún centro cuenta con un sistema de soporte tecnológico al sistema de información administrativa. Cuentan con equipo computacional que se usa básicamente para la redacción de informes, más no para monitoreo a través de una estructuración informática.

Ningún centro cuenta con soporte tecnológico para expediente electrónico ni LSS SUMA, que actualmente es solamente usado en el nivel regional en el Depósito de Medicamentos.

Todas las instalaciones tienen equipo para registro de estadísticas en salud.

23. Grado de uso de la información para la gestión clínica.

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

24. Existencia de la teleradiología, telemedicina, clínicas virtuales, espirometría y electrocardiografía digital, hospital virtual, expediente electrónico, y su uso en la región.

Teleradiología: ningún beneficio. Se intentó instalar hace más de 10 años en el Hospital San José de La Palma, pero nunca funcionó.

Telemedicina: fue instalado en todas las instalaciones de salud tipo centro y algunos subcentros. Facilitó la comunicación entre instalaciones, así como con Salud 0.

Clínicas Virtuales: no ha sido aplicado.

Espirometría y Electrocardiografía digital: se tuvo acceso a través del Fondo de Tabaco. Fue instalado en el Hospital de El Real, Hospital de Yaviza y Hospital de La Palma. El personal fue capacitado; sin embargo, en la actualidad estos sistemas no han tenido los resultados esperados, ya que la Espirometría no está en funcionamiento; mientras que los electrocardiógrafos son de uso general.

Hospital Virtual: es desconocido.

SISTEMA ELECTRONICO DE INFORMACION DE SALUD (SEIS)

El Ministerio de Salud con la finalidad de prestar servicios de salud con criterios de equidad, eficacia, eficiencia, y calidad; con un enfoque integral en la atención de salud de sus pacientes, inició en octubre de 2013 el proyecto de Sistema de Información Hospitalario y Atención Primaria, indispensable para elevar la calidad de los servicios brindados.

El Sistema de Información que dará soporte a la actividad, ha de garantizar el cumplimiento del compromiso de brindar el servicio la instancia más cercana, accesible y de mayor capacidad de respuesta en el menor tiempo, a las necesidades de los ciudadanos y profesionales de la salud, considerando los siguientes objetivos:

- Situar al usuario de los servicios de salud en el núcleo de la actividad asistencial.
- Facilitar al usuario de los servicios de salud el acceso a los recursos y a la asistencia sanitaria mediante la identificación indiscutible del mismo.
- Incrementar la eficiencia del Sistema de Salud a través de cambios en sus mecanismos de gestión.
- Disponer de un Sistema de Información que permita su adaptación al entorno actual y futuro.
- Unificar los datos de todo el Sistema de Información que permita una gestión multihospital/metacentro y multiproceso orientado a la calidad. Los datos podrán ser clínicos, administrativos, de gestión, de recursos y de actividad.
- Ayudar a la toma de decisiones, mediante la implantación de mecanismos que permitan monitorear la calidad de los servicios que se prestan y los niveles de eficacia de los mismos. Se consideró la implantación del modelo básico de Atención de Primer Nivel en 10 unidades de las Provincias Centrales (Herrera, Los Santos y Coclé) en una primera etapa, la cual busca:
 - Fortalecer la imagen institucional
 - Mejorar los procesos de planificación
 - Mejorar los procesos de atención
 - Disminuir el sub-registro y eliminar duplicidad
 - Fortalecer el proceso de recolección de datos y el registro para la elaboración de los indicadores de salud
 - Dotar de una herramienta para la toma de decisiones con información fiable en tiempo real y el acceso a indicadores de gestión.
 - Mejorar los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación
 - Reordenar los roles del personal de salud

En cumplimiento con la misión como Autoridad Sanitaria de Panamá, nos corresponde, la mejora de la atención en salud, incluida la automatización e innovación de los procesos y por otra parte, para cumplir con lo establecido en la “Política 9” 2010-2015, cuyo objetivo estratégico es el de “reestructurar la red pública de servicios de salud con innovación tecnológica, mediante automatización e informatización de expedientes médicos a nivel nacional en instalaciones y hospitales”.

Con la aprobación y firma del Contrato No. 085 en octubre de 2013, con una duración de 2 (dos) años, un alcance de 100 instalaciones de salud y la puesta en marcha en marzo de 2014 de la automatización e informatización de expedientes electrónicos de salud a nivel nacional, el Sistema de Información de Salud se interconecta con las diferentes áreas de un Hospital, Centro de Salud, y MINSA CAPSI, para generar un Expediente Clínico único del paciente a mejorar a nuestro

Sistema de Información. Este Sistema, puede ser consultado desde cualquier Instalación de Salud del MINSA en donde esté instalado, a nivel nacional. Facilitará, además, el control y seguimiento de la condición de salud del paciente (controles de salud y enfermedades), le brindará una atención rápida, eficaz y eficiente mediante la implementación de una plataforma tecnológica de Salud Gestión desde los consultorios para tramitar órdenes de Radiología, Farmacia, Laboratorio y otros. Al establecimiento del nuevo gobierno a partir del 1 de julio de 2014, desde el Despacho Superior el Señor Ministro de Salud instruyó a los actores técnicos y administrativos una revisión de todo lo actuado, a realizar los ajustes a los requerimientos que se tengan en materia técnica y de recursos, además, a darle continuidad al proceso en beneficio de toda la población que asisten a las instalaciones de salud a nivel nacional en demanda de nuestros servicios.

BASE LEGAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SEIS

01. Constitución Política de Panamá: Capítulo 6.
02. Código Sanitario de la República de Panamá: Ley N° 66 de 10 de noviembre de 1947, el cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.
03. Decreto de Gabinete N°1 del 15 de enero de 1969: Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones. (Gaceta Oficial N° 16.292 de 4 de febrero de 1969).
04. Decreto N° 75 del 27 de febrero de 1969: Por medio del cual se establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud (Gaceta Oficial N° 16.437 del 2 de septiembre de 1969).
05. Ley N° 68 del 20 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada.
06. Decreto Ejecutivo N° 1458 del 6 de noviembre de 2012; por el cual se reglamenta la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información de decisión libre e informada.
07. Ley N° 51 del 22 de julio de 2008, Que define y regula los documentos electrónicos y las firmas electrónicas y la prestación de servicios de almacenamiento tecnológico de documentos y de certificación de firmas electrónicas y adopta otras disposiciones para el desarrollo del comercio electrónico.
08. Decreto Ejecutivo N° 684 del 18 de octubre de 2013, que reglamenta la Ley N° 51 del 22 de julio de 2008, y la Ley N° 82 de 9 de noviembre de 2012 en materia de firma electrónica.

09. Ley N° 82 de 9 de noviembre de 2012, que otorga al Registro Público de Panamá atribuciones de autoridad registradora y certificadora raíz de firma electrónica para la República de Panamá, modifica la Ley N° 51 de julio de 2008 y adopta otras disposiciones.
10. Resolución N° DG-125-2013 del 6 de noviembre de 2013, por el cual se dicta el Reglamento Técnico N° 1 de la Dirección Nacional de Firma Electrónica.
11. Ley 83 de 9 de noviembre de 2012, que regula el uso de medios electrónicos para los trámites gubernamentales y modifica la Ley 65 de 2009, que crea la Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental.
12. Ley 68 y su reglamentación "Derechos y deberes del paciente" Registro de Salud REGES es el custodio del expediente del paciente Creación de una Comisión Nacional, Regional y Local para el Expediente Clínico del paciente.
13. Decreto Ejecutivo No. 41 de 2 de febrero de 2010. "Por el cual se crea el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo".
14. Decreto Ejecutivo 1617 de 21 de octubre de 2014. "Que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación obligatoria, define los tipos de vigilancia epidemiológica, vigilancia laboratorio, y se señalan los procedimientos para su realización".
15. Ley 3 de 5 de enero de 2000. "General sobre las infecciones de transmisión sexual el virus de inmunodeficiencia humana y el sida".
Gaceta oficial N° 27986-B, Decreto Ejecutivo N° 19, del 09 de marzo de 2016, QUE MODIFICA EL DECRETO EJECUTIVO NO. 210 DE 26 DE JULIO DE 2001 QUE REGLAMENTA LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD Y SE DEROGA EL DECRETO 12 DE 27 DE ENERO DE 1983.
16. Resolución N° 945 del 22 de julio 2015, que aprueba la estructura organizativa de los equipos responsables de implementar El Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) de expedientes clínicos electrónicos.

IMPLEMENTACION EN LA REGION DE SALUD DE DARIEN

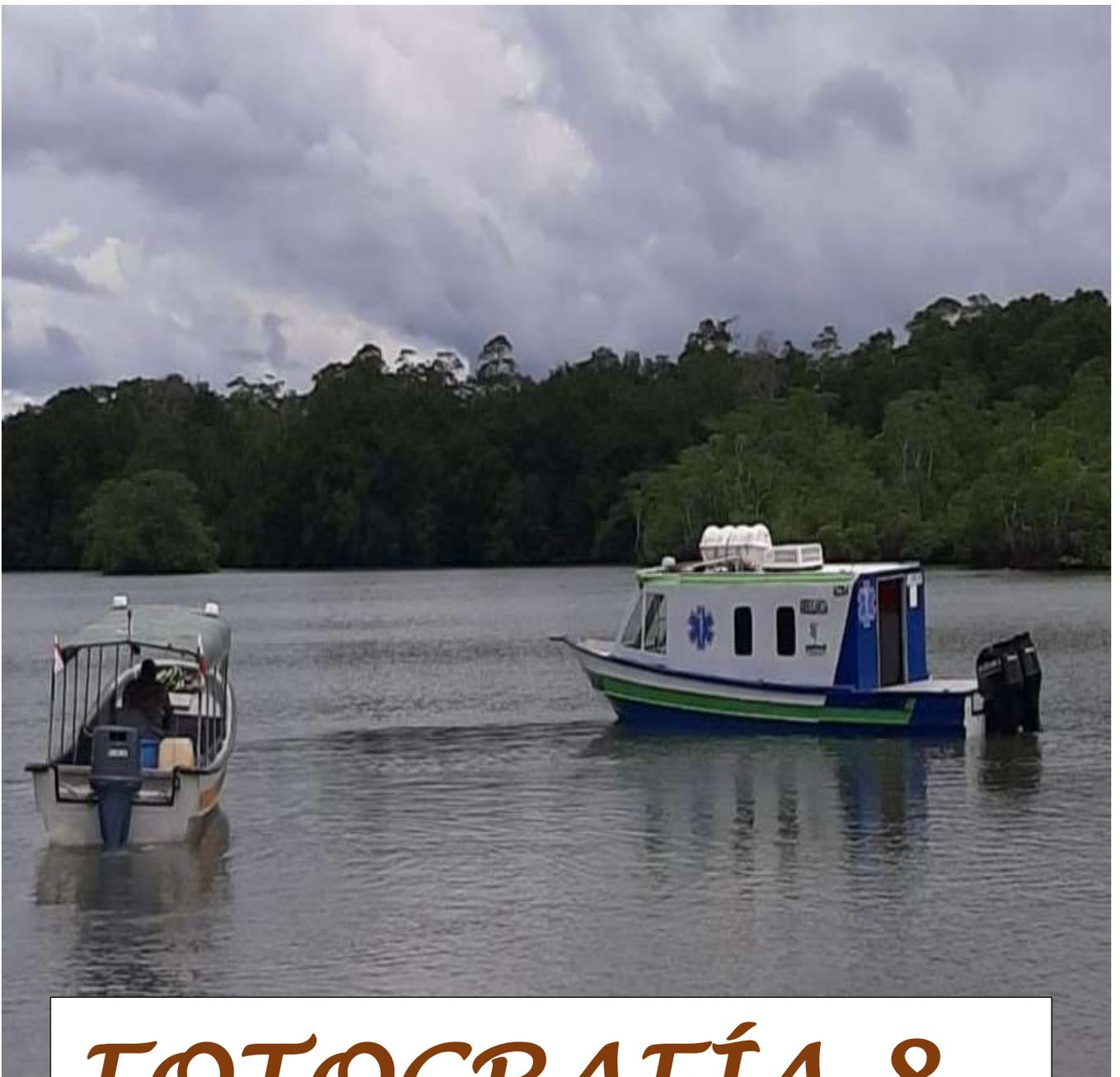
Desde mediados del 2016, se inició el proceso de sensibilización de la implementación de la herramienta electrónica, en el CMI de Metetí; se dieron las capacitaciones y el proceso formal de afiliación de pacientes. A la fecha el proceso de capacitación ha sido completado en todo el personal técnico del CMI de Metetí, CMI de Santa Fe y el Hospital de La Palma con el funcionamiento de la herramienta totalmente en la consulta externa de los servicios de Medicina General, Enfermería, Trabajo Social y Nutrición.

Hemos encontrado dificultades en la actualización de los inventarios de los fármacos debido al formato en que llegan los pedidos a la institución. El inventario de farmacia utiliza LSS SUMA desde hace más de 10 años, para el registro y control de entrada, salida y saldo de medicamentos.

Se inició la implementación del Sistema SEIS en el área de farmacia, en cuanto a Estadísticas de pacientes y el envío de recetas electrónicas de la atención hacia la farmacia; sin embargo, se ha descontinuado su uso, principalmente debida a las deficiencias existentes en el servicio de la red internet en las instalaciones.

EXPANSIÓN DEL SISTEMA ELECTRÓNICO DE INFORMACIÓN DE SALUD:

Posteriormente se extendió al CMI de Santa Fe y por último, al Hospital de La Palma. Actualmente está en espera de iniciar funcionamiento en el Hospital de Yaviza e instalación en Boca de Cupe.



FOTOGRAFÍA 8

INSTRUMENTO DE GESTIÓN
PLANIFICACIÓN REGIONAL Y PROGRAMACIÓN LOCAL
PRESUPUESTACIÓN POR OBJETIVOS
INCENTIVOS
SISTEMA DE ABASTECIMIENTO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD
EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA

PLANIFICACIÓN REGIONAL Y PROGRAMACIÓN LOCAL

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

Desde el año 2010 no encontramos evidencia de un análisis de la situación de salud en la provincia. El documento existente fue realizado por el Departamento de Estadística como documento formal de diagnóstico.

Para el año 2014, el Departamento de Planificación elaboró un documento y se realizó la presentación de la situación de salud de la provincia donde participaron la Dirección Regional, Planificación, Provisión de Servicios, Coordinación de Epidemiología, Coordinación de Enfermería, Coordinación del Programa Ampliado de Inmunizaciones y la Administración Regional.

Para el año 2017, se elaboró el último Análisis de Situación de Salud que es más completo siguiendo la Guía nacional de ASIS de la Dirección Nacional de Planificación y el cual es el que se está revisando y actualizando.

En el análisis actual han participado el Departamento de Registro y Estadísticas de Salud (REGES), y funcionarios de entidades públicas como MIDES y MiAMBIENTE, suministrando información actualizada.

2. ¿La planificación regional es participativa?

La Planificación Regional está siendo participativa de manera formal, y programa reuniones anuales con la presencia de las autoridades Regionales y Locales de Salud donde se expone con metodología FODA, las situaciones actuales en nuestras áreas sanitarias, que nos sirven para la elaboración de los planes de acción.

Con el evento de la Pandemia COVID-19, esta reunión no se ha realizado.

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

Como se mencionó, se programa anualmente una reunión de coordinación con los niveles regional y locales para el análisis de las diversas problemáticas de la Región Sanitaria.

Anteriormente, a inicio de año se efectuaba una reunión de todos los Coordinadores Regionales con el Director Regional para evaluar los programas y otros temas; pero en los últimos años no se ha realizado. Se mantiene una reunión por año, que es la presentación de los resultados de la auditoría de

expedientes, con los Coordinadores Regionales, Jefes de Departamentos y Directores Locales.

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

Actualmente no existen instalaciones de salud de la CSS, por tanto, no se da un proceso de planificación ni de programación conjunta. Los gerentes de la CSS establecen algún tipo de coordinación con los gerentes regionales, ya que existen médicos y enfermeros que son funcionarios de la CSS. La misma tiene una oficina de enlace administrativo, pero la coordinación para planeaciones en Salud no existe.

5. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?.

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

6. ¿Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo?

La población no participa en forma activa en los procesos de planificación y programación local, toda vez que se escuchan sus opiniones y el equipo saca las conclusiones y define las acciones.

7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?.

Como se refiere no hay un programa de trabajo MINSA – CSS. La relación se mantiene por la presencia de funcionarios de la CSS en establecimientos del MINSA.

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

Si bien se dan reuniones con representantes de las comunidades y miembros de grupos organizados para buscar soluciones a las problemáticas que afectan la provincia, como ya se comentó, no se da una participación de los mismos a largo plazo en el proceso de planeación regional de salud.

Los grupos más representativos de la comunidad que se manifiestan en ocasiones para exigir y buscar soluciones a diversos problemas de salud son los Comités de Salud.

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

La sociedad como tal no participa en los procesos de planificación regional, pero en algunos casos, son representados por organizaciones de la comunidad como los Comités de Salud que aportan sugerencias.

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

Anteriormente se hacía una reunión general de coordinadores de la región de Salud todos los años donde cada uno presentaba los resultados de lo programado en el año anterior y se establecía metas para el año que iniciaba; ya que se buscaba hacerla en el mes de enero. Estas reuniones se han dejado de hacer y solo se ha realizado la reunión anual de presentación de resultado de auditoría de expediente.

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

Existe el plan quinquenal y anualmente se presenta el POA Regional de Planificación que se plasma en el SIMEPLANS; sin embargo, el seguimiento es parcial, toda vez que las prioridades y la ejecución se ven afectadas por las decisiones que en su momento privan en el nivel central.

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

En teoría, los análisis de situaciones de salud es una herramienta eficaz para la elaboración de los planes operativos que se deben preparar todos los años; sin embargo, reunir a todos los actores que involucran un plan regional se complica por las labores que cada coordinador y director local desempeña, aunado a las distancias de los lugares donde se encuentran.

Se requiere programar muy cuidadosamente la convocatoria para la realización de reuniones de coordinación, de manera que en un curso de varios días se les pueda instruir y orientar sobre la elaboración de los planes, tomando en cuenta el Análisis de situación de salud actual.

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

En nuestro caso, nuestros Planes Operativo Anual (POA), se refiere a los Programas que se desarrollan en el sector salud y los que son de tema administrativo.

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

En la región está en funcionamiento el Sistema LSS SUMA de aseguramiento de insumos por parte de Farmacia, tanto para los hospitales como para los Programas de Tuberculosis, Malaria y otros, mediante el cual se registra un conjunto ordenado de datos esenciales y se derivan informes que proporcionan información oportuna y exacta con el propósito de mejorar la toma de decisiones en el sistema logístico de medicamentos y que tiene como datos esenciales:

- ✓ Saldos o Existencias Disponibles:
 - ✓ Las cantidades de existencias utilizables que están disponibles en todos los niveles del sistema logístico en un momento dado en el tiempo
- Consumo:
- ✓ La cantidad de insumos entregados a los usuarios durante un determinado periodo de tiempo.

Ajustes:

La cantidad de insumos retirados del sistema de distribución por otras razones diferentes al consumo (por ejemplo, pérdidas, vencimiento, robo, deterioro).

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

En la Región se capacitó a un equipo que se encargó de hacer la retroalimentación a todas las instalaciones, actividad que se realizó en el año 2013. En el año 2014 se adquirieron los equipos computacionales para la implementación de LSS SUMA. A nivel del almacén Regional se utiliza el sistema LSS SUMA en el depósito de medicamentos.

PRESUPUESTO POR PRODUCTO Y RESULTADO

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

Los presupuestos que se realizan atienden a consecución de elaboraciones históricas, con un grado de objetividad que no cumple con los requisitos que permitirían la construcción de un fundamento real para el proceso de su elaboración.

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

Se desconoce la distribución del presupuesto asignado a la atención de salud de la población y del ambiente y de las funciones de salud pública, toda vez que no se presupuesta de esta forma. El presupuesto está basado en inversiones y funcionamiento, pero no se hace un análisis a profundidad de lo que se destina a salud pública y al ambiente.

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

Los directivos locales no están involucrados en la elaboración del anteproyecto de presupuesto dado que no elaboran un diagnóstico situacional, análisis del mismo ni programas operativos. Los administradores y directivos regionales elaboran todo el proceso regional. El seguimiento para la ejecución presupuestaria lo efectúan la Dirección Regional y la Administración. Los niveles locales solicitan los recursos requeridos y son aplicados en función de las prioridades regionales, en cuyo proceso no participan los gerentes locales.

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

Los convenios de gestión son una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación.

Los convenios, son una alternativa para optimizar los recursos y el servicio con calidad y contribuyen al presupuesto por objetivos. Para definir el tipo habría que analizar la oferta y la demanda, quizás la mejor opción sería la pública-pública, por las características de la provincia.

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

En los últimos años no se han desarrollado Convenios de gestión entre los niveles nacional y regional, y del regional con el local, restándole importancia a los mismos.

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

Ya se mencionó que el presupuesto asignado se da para funcionamiento e inversiones, pero no se ha hecho un análisis que podría darse como tarea pendiente para determinar si realmente hay algún tipo de estratificación por objeto de gasto para esta rama, por lo tanto no hay una proyección real y fidedigna de la consecución y aplicación del presupuesto.

INCENTIVOS

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

Ya existen incentivos, como en el caso del personal médico, de enfermería y técnicos, que reciben el incremento del 40% del salario, por tratarse de un área de difícil acceso. Otro incentivo para este personal es el establecido por Ley, como son los derechos a la categorización por niveles, programados para cada profesión; en el caso de los médicos inicia en quinta categoría hasta llegar a primera categoría y de allí en adelante, el incentivo de los bienales. También al personal técnico – administrativo se le incentiva con un bono a final de año.

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

La evaluación de desempeño está normado por un formulario que debe ser llenado por el jefe inmediato. Dicho formulario contiene criterios para ser evaluados mediante un puntaje, que de ser satisfactoria, da lugar a los incentivos mencionados..

3. ¿Cuáles han sido introducidos?.

Se mantienen los bonos, en el sentido siempre y cuando el funcionario cumpla con la evaluación de desempeño, a pesar de que muchas veces esta evaluación atiende a criterios subjetivos y no atienden al desempeño y productividad del funcionario.

4. ¿Para qué categorías de personal?.

Esto se da según la profesión del funcionario.

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

La antigüedad es factor determinante en el bono, la productividad no.

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

Dependerá de variables medibles de desempeño y de productividad para justificar los incentivos. Otra manera de promover los incentivos es cubriendo gastos de congresos, cursos y diplomados, que al final revierten a su crecimiento y superación profesional y al mismo tiempo, beneficio para la población que atiende.

Debe aplicarse el sistema de méritos (meritocracia), de manera de identificar funcionarios ejemplares en los niveles locales y regionales.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

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

El Comité Técnico Nacional Interinstitucional está integrado por personal técnico idóneo, especialistas, quienes determinan las especificaciones técnicas en medicamentos, equipos, instrumental e insumos médico quirúrgico, de imagenología, de odontología y de laboratorio y cualquier otro insumo que requieran las Instituciones del Estado.

Este Comité cuenta con la integración de especialistas de las siguientes Instituciones:

- a) Ministerio de Salud
- (b) Hospital Santo Tomás
- (c) Hospital de Especialidades Pediátricas Omar Torrijos Herrera
- (d) Hospital del Niño
- (e) Caja de Seguro Social
- (f) Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
- (g) Instituto Oncológico Nacional
- (h) Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid
- (i) La Universidad de Panamá.

El Comité está integrado por los siguientes cinco (5) subcomités: medicamentos, médico quirúrgico, de imagenología, de odontología y de laboratorio.

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

Sí hay sistemas de inventario para los insumos sanitarios, mediante estas herramientas: Kardex – inventario interno, Control interno y LSS SUMA.

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

En el año 2010, el MINSA inició el proceso de sistematización de la gestión de medicamentos utilizando el LSS/SUMA con adaptaciones que permitieran una oportuna gestión de todos los insumos sanitarios: medicamentos, material médico quirúrgico, insumos para odontología, materiales e insumos para imagenología e insumos reactivos para laboratorio de análisis clínico.

El proceso inició con un taller de inducción al LSS/SUMA, con el objetivo de dar a conocer las posibilidades de la herramienta y los beneficios que traería en el desarrollo del trabajo diario del personal del Almacén Central de Medicamentos. Progresivamente, se realizaron las inversiones en infraestructura y los equipos necesarios para el funcionamiento en línea del LSS/SUMA adaptado a las necesidades de Panamá por el Ingeniero Víctor Martínez, Consultor del Programa de Preparativos para Emergencias y Desastres de la OPS/OMS. Se concretó la dotación del servidor y las computadoras, así como la interconexión de los equipos, a través de una red con acceso a Internet y la instalación del software.

Junto con el Almacén Central se automatizó la gestión en los almacenes de las regiones de salud del Área Metropolitana, Herrera, la Comarca Ngabe Buglé, Veraguas, Chiriquí y Los Santos. Posteriormente, fueron añadidas a este grupo las regiones de salud de Darién y Bocas del Toro. Actualmente es utilizado por nosotros en el Depósito de Almacén, bajo la Coordinación de Farmacia y ha sido muy efectiva.

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

El Proceso de compras / se da por la competencia en las cotizaciones.

Las dificultades se dan por deficiencias en las requisiciones y por la burocracia excesiva que rige al sistema público.

- La evaluación de los proveedores se da en base al cumplimiento, más que en relación a las especificaciones;
- Pago a proveedores es al contado y a crédito;
- No hay mecanismo de control de pérdidas o fraude;
- El sistema de abastecimiento del central al regional y local tiene limitaciones en cuanto a transporte, recurso humano;

- No hay coordinación entre Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social; y,
- En el nivel local se determinan las necesidades y se toma en cuenta la limitante del presupuesto.

El proceso de compras puede mejorarse procurando una mayor transparencia, así como una mejor coordinación con Control Fiscal para agilizar dichos procesos.

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

Sí. La negociación conjunta de medicamentos para enfermedades críticas, dentro de los trabajos del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), ha permitido que los países miembros tengan acceso a fármacos de "limitada disponibilidad en el mercado" y aumenten la cobertura de los mismos en la salud pública al bajar los costos y en consecuencia incrementar el volumen de compra.

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

El sistema de compras se da en base a los montos que conllevan la compra. Pudiendo hacer compras directas hasta B/.3,000.00, o por el Sistema Panamá compras Hasta B/.30,000.00, mediante acto público. Más de esas cantidades son reguladas por el nivel central.

Los proveedores deben cumplir con requisitos como paz y salvos del MEF Y la CSS, entre otros.

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

Ver pregunta 1 del apartado.

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

Los pagos son al contado y al crédito, lo cual se contempla desde el inicio del proceso.

9. Mecanismos ¿Cuáles son los mecanismos establecidos para controlar las pérdidas y fraudes, se coordina con la Dirección General de Salud y

Dirección Nacional de Farmacias y Drogas el procedimiento para el descarte? ¿Son efectivos? ¿Cómo podrían mejorarse?.

No conocemos mecanismos para controlar las pérdidas y fraudes más allá de los criterios técnicos y los compromisos que adquiere la empresa en materia de garantías y las cláusulas de incumplimiento de los contratos de compra respectivas. La coordinación para los descartes no es efectiva y recae principalmente en la Región de Salud para su manejo, muchas veces costoso y con la limitante de no contar con presupuesto para este fin.

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

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

Sí. El sistema se está utilizando a nivel del depósito de medicamentos y permite tener el control del inventario.

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

El abastecimiento es lento, conlleva muchos retrasos en las entregas. La logística se constituye en un problema por la falta de espacios adecuados, ya que el almacén y depósito se encuentran en los predios del Instituto de Salud Mental y no contamos con un Depósito propiamente en la provincia y tampoco con el recurso humano suficiente ni el transporte propio para los acarrees. Aparte de esto está el hecho de que la mayoría de las instalaciones se conectan pluvialmente lo que implica un costo elevadísimo de transporte por el consumo de combustible.

Y además tenemos áreas como Jaqué, cuyo medio de transporte logístico es aéreo y por barco.

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

No aplica.

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

Sabemos de la existencia de los criterios técnicos, pero no llega a nuestro nivel un informe de la manera en que son priorizadas las compras. A pesar de que se elaboran los cuadernillos muchas de las solicitudes no son satisfechas y se reciben insumos que no se necesitan.

La prioridad se da más bien por el consumo, que por una estadística de los medicamentos usados por enfermedad.

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

Las estimaciones se realizan de manera informal, basado en inexistencias, por lo que se capacitó al personal en el sistema de aseguramiento logístico (LSS / SUMA) para dar una fórmula objetiva para el cálculo de las necesidades.

15. ¿Cómo se registra la información de consumo?.

Para Medicamentos y Médico Quirúrgico se utilizan formatos de saldos y pedidos. Administrativamente la presentación de informes no es regular, trayendo como consecuencia la incidencia de eventos de desabastecimiento.

16. ¿Conoce las modalidades de compra?.

Ver pregunta 6 del apartado.

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

Sí se conoce.

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

Existen los perfiles, ya ingresados al banco de proyectos de SINIP en su momento.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

1. ¿Se dispone de sistemas de información sobre la situación de la salud, vigilancia de la salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de

servicios, recursos humanos, promoción de la salud, estadísticas sociales y vitales, confiables y oportunas?.

Los sistemas de información son lentos, a pesar de contar con un grado de tecnología, el acceso a internet en muchas de las áreas es limitada o nula. El personal es escaso y en Estadísticas solo contamos a nivel Regional con dos funcionarios para la captación y consolidación de toda la información recibida. En todos los departamentos se cuenta con uno o dos funcionarios, lo que limita el flujo adecuado de la información y su análisis.

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

Con la preparación del análisis de situación para el año 2017, y el presente documento, se pretende utilizar de forma efectiva la información disponible en la toma de decisiones por departamentos, a nivel local y regional.

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

No se cuenta con un sistema de evaluación de la calidad. Existen evidencias en muchos aspectos de duplicidad de información. No se da ninguna actividad de auditoría informática; sin embargo, con la herramienta SEIS se ha ido capacitando al personal cada vez que se incluye nuevas herramientas dentro de los programas.

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

La Región enfrenta una gran debilidad y es la ausencia de seguimiento de programas por lo que evidentemente el equipo de salud no está analizando su información al nivel local ni regional.

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

Se está definiendo el rol del Planificador de la Región de Salud en la conducción de los lineamientos a seguir para que se reactive el análisis de la información y monitoreo de programas en la Región de Darién.

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

No hay evidencia en la actualidad de aplicación de formularios que establezcan un mecanismo de necesidad de información para los usuarios. En todo caso, habría que auditar los buzones de sugerencias para determinar cuál es la necesidad de información de los usuarios..

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

Los centros de producción tienen problemas en su definición, no están claramente establecidos, para que respondan a las necesidades y complejidad de la instalación.

La información gerencial se maneja con consolidados, que limitan su aplicabilidad. La disponibilidad de la información no está organizada lo que está relacionado con los perfiles del personal que cumplen estas funciones, que no son acordes con lo requerido para las posiciones.

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

Para fines del ministerio contamos con un sistema único de información; sin embargo, se está introduciendo un sistema paralelo de manera definitiva a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura en Modalidad de Red Fija, con un sistema llamado SIREGES.

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA AÑO 2019

**Cuadro No. 16
REGIÓN DE SALUD DE DARIÉN
NÚMERO DE CAMAS POR INSTALACIÓN / NÚMERO DE CAMAS POR HABITANTE**

Instalación	Institución/Nº de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
Nº Total de Camas	155	155		
Hospital San José de La Palma	25	25		
Hospital Manuel Nieto	23	23		
Hospital El Real	16	16		
CMI Santa Fe	23	23		
CMI Metetí	19	19		

CMI Boca de Cupe	8	8		
CMI Garachiné	11	11		
CMI Sambú	14	14		
CMI Jaqué	16	16		
EQUIPAMIENTO				
	TOTAL	MINSA	CSS	PRIVADO
Nº de servicios de Imagenología	4	4		
Nº de Ultrasonidos	2	2		
Nº de Rayos X	1	1		
Nº de Panorex	0	0		
Nº de Periapical	0	0		
Nº de CAT	0	0		
Nº de Mamógrafos	0	0		
Nº de Equipos de RMI	0	0		
Nº de Laboratorios Clínicos	4	4		
Nº de Bancos de Sangre	0	0		
Nº de Farmacias	9	9		
Nº de Sillones dentales completos	8	8		

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

Según la información suministrada la Provincia cuenta con 2.78 camas por cada 1000 habitantes, lo que demuestra es una cantidad acorde para la realidad de la provincia.

Esto no cuenta las camas que serán adicionadas (125 para el nuevo hospital regional y 30 para el MINSa -CAPSi).

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

Los estudios son reportados de manera informal por el médico general. No contamos con especialistas para los reportes formales. Sólo se realizan radiografías simples en el Hospital de La Palma.

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

Las solicitudes son por demanda espontánea, por lo que se entregan reportes informales de manera inmediata.

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

No hay presupuesto consignado para mantenimiento. Las reparaciones y mantenimiento son brindadas por el nivel central, a través de Biomédica o en casos específicos (Odontología, por ejemplo) se puede dar por autogestión.

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

No se cuenta con personal de mantenimiento en el nivel Regional y desconocemos los perfiles del nivel Central.

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

Los montos para la adquisición de equipos están principalmente en la parte Odontológica y Médico Quirúrgico. Ver Presupuesto aprobado 2020.

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

Básicamente es determinado por la solicitud de necesidades de las instalaciones locales. Las mismas solicitan principalmente a razón de

desuso, antigüedad y falta definitiva de funcionamiento de un equipo en particular.



FOTOGRAFÍA 9

FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS
COMPENSACIÓN DE COSTOS
FUENTES DE FINANCIACIÓN
AUTOGESTIÓN
APORTES
PRESUPUESTO DEL ESTADO
DONACIONES
SEGURO SOLIDARIO

COMPENSACION DE COSTOS

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

Anteriormente para la evaluación de los costos se estuvo utilizando el sistema de compensación Costo 20. Sin embargo, el mismo no se llevaba adecuadamente, toda vez que no se realizan los análisis en relación con la producción, rendimiento, recursos y costo.

Como no se hace análisis no se toman decisiones considerando esta información.

2. ¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de 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?.

A nivel local se lleva a cabo facturación del sistema y los informes estadísticos; sin embargo, existen fallas en el manejo debido al conocimiento del personal para llevar a cabo los procesos. La Región tiene varios años de haber trasladado sus oficinas a la provincia de Darién con un personal joven sin la experiencia para enfrentar el reto, con disposición. Sin embargo, esta situación trajo como era de esperar conflictos en la resolución de trámites administrativos.

El uso de la producción estadística es utilizado como producto para la elaboración del presupuesto, pero ha sido principalmente como cumplimiento de un requisito con falta de un análisis debido.

3. ¿Qué aspectos de la atención sanitaria determinan sus costos? ¿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?.

Los aspectos que están determinando los costos de la atención sanitaria son:
Estructura física,
Recursos humanos,
Equipo, y,
Medicamentos.

A nivel regional, y en todas las instalaciones, se carece de tecnología de punta y la complejidad de la red de Darién es mínima. No hay duplicidad de servicios MINSA – CSS, ni MINSA-MINSA. Tampoco se da elevación de los costos por decisiones de diagnóstico y tratamiento por parte de parte de los profesionales.

Se elevan los costos por la poca capacidad resolutive que implica traslados o utilización de insumos no adecuados. Estos traslados incluso por la poca capacidad resolutive se dan aparte de fines terapéuticos, con fines diagnósticos.

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

Las tarifas no reflejan los costos reales; fueron definidas a nivel central y deben ajustarse según nivel socioeconómico de las poblaciones en cada una de sus áreas.

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

No hay duplicidad de servicios MINSA -CSS, ni MINSA-MINSA, la provincia solo cuenta con una oficina de enlace administrativo de a CSS.

FUENTES DE FINANCIACION

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

Según datos del Banco Mundial, en dólares, ver cuadro abajo.

	2009	2010	2011	2012	2013	Evolucion Porcentual entre los años 2009 y 2013
Producto Interno Bruto Precios constantes En Millones de Balboas de 1996	19,538.4	20,994.4	23,272.1	25,755.5	27,919.0	42.9%
Población	3,450,349	3,504,483	3,723,821	3,787,511	3,850,735	11.6%
PIB per Capita	5,662.73	5,990.73	6,249.52	6,800.11	7,250.30	28.0%
Gasto Publico en millones de Balboas	10,136.9	11,084.2	12,454.6	16,278.9	18,141.9	79.0%
Gasto Publico como porcentaje del PIB	51.9%	52.8%	53.5%	63.2%	65.0%	25.2%
Gasto Publico Social En Millones de B/.	4,118.1	5,041.3	5,549.5	7,272.6	8,568.5	108.1%
Gasto Publico Social como porcentaje del Gasto Publico	40.6%	45.5%	44.6%	44.7%	47.2%	16.3%
Gasto Total en Salud (Incluye Sector Público y Privado) En Millones de Balboas	1,819.4	2,205.4	2,483.9	3,149.1	3,676.2	102.1%
Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB	9.3%	10.5%	10.7%	12.2%	13.2%	41.4%
Gasto Total en Salud Per Capita en Balboas	527.3	629.3	667.0	831.4	954.7	81.0%
Gasto Publico social en Salud En millones de B/.	1,319.4	1,515.4	1,681.9	2,286.1	2,713.2	105.6%
Funcionamiento	1,110.4	1,202.1	1,373.7	1,824.4	2,152.3	93.8%
Inversiones	209.0	313.3	308.2	461.7	560.9	168.4%
Gasto Publico en Salud como Porcentaje del PIB	6.8%	7.2%	7.2%	8.9%	9.7%	43.9%
Gasto Publico en Salud Per Capita en Balboas	382.4	432.4	451.7	603.6	704.6	84.3%
Gasto Privado en Salud En millones de B/.	500.0	690.0	802.0	863.0	963.0	92.6%
Seguros Privados	82.0	113.0	129.0	181.0	207.0	152.4%
Gastos Directos de los Hogares	418.0	577.0	673.0	682.0	756.0	80.9%
Gasto Privado en Salud Per Capita	144.9	196.9	215.4	227.9	250.1	72.6%

Fuente: Contraloría General de la Republica, MEF Dirección de Análisis Financiero y Económico
Datos del Gasto Privado en Salud de la OPS

Por lo anterior podemos decir que la brecha ha ido en aumento entre el gasto total en salud en el país y el gasto público per cápita.

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

El Banco Mundial (BM) identifica que Panamá es una de las economías más globalizadas en la región con mayor gasto en salud como porcentaje del PIB, siendo ejemplo para los países de la región que desean mejorar la calidad de vida y la productividad de sus habitantes.

El gasto total en salud en el año 2010 alcanzaba el 8.0% del PIB, mientras que para el año 2013 el gasto alcanza el 7.2%. Este gasto es significativo y de gran impacto económico y social, considerando que el gasto en salud ha aumentado, pero el PIB ha aumentado más rápido como consecuencia del crecimiento económico que ha experimentado el país los últimos años. Los resultados de Panamá, según el FEM

El Foro Económico Mundial (FEM) es el organismo internacional que mide la competitividad de los países y la capacidad productiva de los mismos, para hacer uso eficiente de los recursos disponibles para mejorar la calidad de vida de la población. La medición se realiza a través del Índice de

Competitividad Global (ICG), que mide el conjunto de instituciones, políticas y factores que determinan la productividad de un país. Su medición se realiza a través de tres factores principales (básicos, eficiencia e innovación) que concentran 12 pilares fundamentales de la competitividad de una nación.

Estos 12 pilares que miden la competitividad de los países son: Instituciones, Infraestructura, Estabilidad Macroeconómica, Salud y Educación Primaria, Educación Superior y Capacitación, Eficiencia del Mercado de Bienes, Eficiencia del Mercado Laboral, Sofisticación de Mercados Financieros, Disponibilidad Tecnológica, Tamaño del Mercado, Sofisticación de los negocios e Innovación.

Estos pilares a su vez contemplan una serie de indicadores, que están compuestos por estadísticas oficiales (data dura) y percepción de los empresarios, para medir el avance de competitividad en las diversas economías.

Dentro del pilar correspondiente a la salud de los países del ICG, el país ha bajado del puesto 68 (2013 – 2014) al puesto 79 (2014 – 2015), cayendo significativamente 11 posiciones de acuerdo a su más reciente evaluación

A pesar de que en el indicador de impacto económico de la malaria se mejoró notablemente, de la posición 78 a la posición 9, debido a los programas y proyectos llevados a cabo por el Ministerio de Salud (MINSA), aún se observaron caídas significativas en otros indicadores, con oportunidad de mejora a corto y mediano plazo.

3. ¿Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?

La atención sanitaria para funcionamiento e inversiones es dada casi en su totalidad por el presupuesto público, no se puede decir con certeza que grado de influencia tiene la autogestión o las cooperaciones pues no se ha hecho una evaluación de este tipo.

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

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

5. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios que gestionan?.

La estructura sanitaria administrativa de la Región de Darién no tiene este tipo de figura.

6. El aporte de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios.

Así es, el copago se recibe en función de la capacidad de las personas, y se acepta el aporte que estas puedan dar.

7. ¿Cómo funciona el sistema de evaluación 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?.

En economía el **coste** o **costo** es el valor monetario de los consumos de factores que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien o servicio. Todo proceso de producción de un bien supone el consumo o desgaste de una serie de factores productivos, el concepto de coste está íntimamente ligado al sacrificio incurrido para producir ese bien. Todo coste conlleva un componente de subjetividad que toda valoración supone.

La **tarifa** es el precio que pagan los usuarios o consumidores de un servicio público al Estado o al concesionario, a cambio de la prestación del servicio. Esta tarifa es fijada, en principio, libremente por el concesionario. Sin embargo, en los casos que lo determina la ley, la Administración fija - generalmente en colaboración con el concesionario - un precio máximo o tarifa legal.

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

El servicio de atención a la salud nunca es gratuito, alguien tiene que financiarlo, pero la "gratuidad" ha sido utilizada en un sentido demagógico, sin tener en cuenta que la salud pública es mucho más amplia, incluye el bienestar de la población. Considerando que la atención médica "gratuita" es realizada en condiciones óptimas: con insumos, medicamentos, medios de diagnósticos adecuados, etc., es solo un aspecto para la accesibilidad a la

atención de la salud/enfermedad, no el único, también es necesario tener presentes otros factores como educación, vivienda, medios de transporte, barrera lingüística, agua potable, etc.

La salud debe ser integral, la gratuidad en la forma implementada por las autoridades oficiales, sin estudio planificado y sin financiación, no la garantiza y termina reduciéndose en un enfoque parcial.

La gratuidad aparentemente rompió la barrera económica para no pagar las consultas, que al final no tiene impacto económico para compras o inversiones, pero sí los demás aranceles que evidenciaron otras barreras que no fueron contempladas, como la falta de recursos humanos (médicos, enfermeras, etc.), infraestructura o de financiamiento de la compra de reactivos para análisis de laboratorio, la compra de equipos para satisfacer las demandas de estudios de rayos X, ecocardiografía, tomografía, al igual que la contratación del personal administrativo y profesional especialista que debe manejar estos aparatos biomédicos.

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

Los subsidios del Estado se duplicaron en los últimos 5 años, se invirtió en la Red de Oportunidades, en el programa Ángel Guardián, en 100 a los 70, la Beca Universal y el peso del subsidio eléctrico fue mucho mayor que cualquiera de los anteriores. Los subsidios otorgados el año 2016 “representan el 14,5% del total del gasto corriente del Sector Público No Financiero”, reveló el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Adicionalmente está el caso del subsidio al tanque de gas, por ejemplo, que en el último quinquenio implicó un sacrificio fiscal de \$440 millones asociado a la fijación del precio del tanque de 25 libras, de acuerdo con datos oficiales publicados por el MEF y la Secretaría Nacional de Energía.

Adicionalmente está el caso del subsidio al tanque de gas, por ejemplo, que en el último quinquenio implicó un sacrificio fiscal de \$440 millones asociado a la fijación del precio del tanque de 25 libras, de acuerdo con datos oficiales publicados por el MEF y la Secretaría Nacional de Energía.

Adicionalmente está el caso del subsidio al tanque de gas, por ejemplo, que en el último quinquenio implicó un sacrificio fiscal de \$440 millones asociado a la fijación del precio del tanque de 25 libras, de acuerdo con datos oficiales publicados por el MEF y la Secretaría Nacional de Energía.

10. ¿El Subsidio es garante de la equidad sanitaria?

Los subsidios para la atención de salud son las transferencias de recursos económicos que hace el Estado hacia las personas para que estas puedan acceder a ciertos bienes o servicios de salud que estima necesarios y que por sus propios medios no los pueden alcanzar. Los subsidios pueden ser dirigidos a la demanda o a la oferta de los servicios de salud.

El subsidio a la demanda, está dirigido al consumidor quien recibe un aporte para pagar su sistema de salud decidiendo soberanamente a que institución recurrirá para adquirir a precio real el producto o servicio de salud requerido, dentro de su plan de salud elegido, de tal modo que la persona subsidiada mantiene su poder de negociación. El pago a los proveedores de los servicios de salud es "per cápita".

Su desventaja radica en que al ser el médico el proveedor de los servicios de salud es quien genera el consumo del paciente (la oferta crea la demanda) y por lo tanto puede llevar a la aparición de incentivos perversos como es el sobreconsumo (moral hazard) incrementando las utilidades de los proveedores y los costos de la salud.

La principal desventaja es la carencia de soberanía del paciente demandante pues se le es asignado un establecimiento de salud que podría no satisfacer su demanda por servicios de salud generando insatisfacción en los usuarios e ineficiencia en el sistema.

Los beneficios que se proporcionan -por una mal entendida solidaridad- son iguales para todos e independientes del monto de los aportes. Ello produce incentivos perversos que motivan la existencia de numerosas irregularidades, como es el caso de la evasión de las cotizaciones de salud. Así, existen muchos trabajadores independientes o de empresas familiares que gozan de buenos ingresos, y que cotizan sólo el mínimo legal.

Esta situación se agrava en la modalidad de atención institucional, ya que el que cotiza más recibe una bonificación inferior para sus prestaciones médicas.

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

Las donaciones no tienen una cuantía importante en la Región. Alguna de las que han llegado generan más bien dificultades porque otorgan equipos

dañados o medicamentos vencidos o innecesarios. No ha existido o no se a aplicado un mecanismo regulatorio para la adquisición de las mismas.

Es indispensable que se establezcan normas para regular donaciones. Se da el caso de donaciones de medicamentos vencidos lo que genera un incremento del índice de ejecución del componente de medicamentos. Se recomienda que sé de una evaluación previa de la donación, la cual debe hacerse entre el MINSA y la entidad donante.

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

Actualmente en la provincia se están dando aportes:

Técnico, Consultoría para La Mejora de la Calidad en la Atención Hospitalaria. SIGIL BID MINSA.

Financiero, Estrategia de Extensión de Cobertura, BID MINSA.

Financiero, Programa de Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015. Fundación Carlos Slim – Bill y Belinda Gates. BID.

Técnico, Giras Integrales con el apoyo de la Cruz Roja.

13. ¿Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?.

Los costos facilitan la sobreutilización de los servicios, ya que las personas que viven en las áreas periféricas a la instalación acuden a buscar servicios fuera de los horarios regulares de atención, provocando sobrecarga igualmente del sistema y sobre desgaste del recurso incluido el humano.

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

La información de gastos en salud es confiable y oportuna. Se registra a partir de las órdenes de compra, solicitudes de bienes, registros contables, informes presupuestarios que se realizan con regularidad mensual informes de la administración. Los niveles locales realizan sus solicitudes con base a sus necesidades y luego la Región busca los recursos para la adquisición.

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

La provincia de Darién no escapa del desarrollo tecnológico, probablemente con más lentitud; sin embargo, el presupuesto permite la adquisición de equipo que permita tener acceso a internet en la mayor parte de la provincia.

En la actualidad se ha adquirido los servicios de la empresa WIPET para tales fines y se trabaja en la posibilidad de dar acceso a internet a áreas como Boca de Cupé, Sambú y Jaqué.

16. Toma ¿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).

En la actualidad es el nivel regional quien formula un anteproyecto de presupuesto, remite al nivel central, quien consolida nacionalmente y remite al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Una vez aprobado por la Asamblea Legislativa y el MEF regresa al MINSA central y de allí a la Región y al nivel Local. Este último realiza sus solicitudes de recursos basados en sus necesidades y la Región asigna.

La formulación del presupuesto se hace en base a presupuestos históricos o promedios, ya que no conocen los costos por programa y no los puede determinar en forma científica basándose en las verdaderas necesidades ya que no conocen los costos reales de las acciones realizadas. La autonomía regional se refleja en la posibilidad de efectuar traslados de partida, según los rubros necesarios. Sin embargo, existen algunas limitantes toda vez que se cuenta con partidas centralizadas como las de medicamento, laboratorio, médico – quirúrgico. En el fondo de administración la asignación de partidas se da con base en las necesidades.

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

La Región de Salud no tiene personal capacitado para este tipo de procedimientos, la cooperación externa viene más enmarcada en directrices del nivel central o motivados por los propios objetivos de estas organizaciones externas.



FOTOGRAFÍA 10

PROYECTOS DE INVERSIÓN

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

El sistema de salud panameño se encuentra fragmentado, esto es debido a causas importantes a mencionar cómo y en los que realmente hay que invertir el recurso de capital y humano para su solución:

La segmentación institucional y la segregación poblacional del sistema de salud, la debilidad de la capacidad rectora del ministerio como Autoridad sanitaria y las múltiples trabas jurídicas y administrativas que limitan el adecuado flujo de los procesos.

Existe coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios, así hay quienes no colaboran mutuamente e ignoran y compiten en la prestación de salud, operando sin la integración se impide la estandarización de los contenidos, la calidad y el costo de la provisión de servicios, lo que genera costos de transacción y asignaciones ineficientes de los recursos del sistema.

Existen grandes inequidades en el acceso y la utilización de los recursos con grandes diferencias en los derechos de los asegurados, en niveles de gastos y grados de acceso a los servicios por distintos estratos de la población.

Existen grandes inequidades en el acceso y la utilización de los recursos con grandes diferencias en los derechos de los asegurados, en niveles de gastos y grados de acceso a los servicios por distintos estratos de la población.

A pesar de promover la atención primaria vemos como los modelos de atención se centran en la enfermedad y cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria.

Hay problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.

Los modelos de financiamiento de organismos de cooperación son de financiamiento de programas verticales.

Para enfrentar esta problemática la inversión debe darse en el sentido de una convergencia inter institucional y la integración operativa:

Con el fortalecimiento de la Rectoría y la Conducción de la Política sectorial.

Con el Diálogo político y social que involucre múltiples actores.

Con la armonización e integración del financiamiento.

Alineamiento y armonización de la cooperación internacional.

Sistemas basados en la Atención Primaria de Salud.

Incorporación de los conocimientos de los Programas a la organización de sistemas.

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

La Región de Salud de Darién ha logrado subsanar la situación que impedía ingresar al banco de proyectos del SISTEMA NACIONAL DE INVERSIONES PÚBLICAS, con lo que se ha podido formular proyectos y avanzar en esa materia.

- 3. Proyectos ¿De los proyectos de inversión del año 2014 y los proyectados para el 2015, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)? ¿Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada?.**

A continuación, presento el listado de proyectos del año 2017 que se encuentran en el banco de datos de SINIP, todos apuntan a mejorar la red de servicios de salud.



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN

DEPARTAMENTO DE FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PRESUPUESTO Y PROYECTOS DE INVERSIÓN

Ejecución del Presupuesto de Inversiones por Programas y Proyectos

Al 30 de Septiembre de 2017. En Balboas



REGION DE SALUD DE DARIEN								
DETALLE	PRESUPUESTO LEY	PRESUPUESTO MODIFICADO	ASIGNADO A LA FECHA	EJECUTADO A LA FECHA	% DE EJECUCION A LA FECHA	% DE AVANCE FISICO EN OBRE	PAGADO	% PAGADO
HOSPITAL GENERAL DE METETI	B/.79,229,849.47					66.87%		
MINSA CAPSI DE SANTA FE	B/.8,513,912.44					90.35%		
Construcción de la obra para Mejoras y ampliación del Centro de Rehabilitación Integral (Reintegra) y el Centro de Salud de Cucunatí	B/.405,468.48	B/.405,468.48	B/.405,468.48	B/.0.00	0			B/.0.00
Ampliación al Hospital El Real de Santamaría	B/.2,092,751.79	B/.2,092,751.79	B/.2,092,751.79	B/.0.00	0			B/.0.00
Ampliación al Hospital San José de La Palma	B/.2,000,000.00	B/.2,000,000.00	B/.2,000,000.00	B/.0.00	0			B/.0.00
Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Metetí	B/.65,000.00	B/.65,000.00	B/.65,000.00	B/.0.00	0			B/.0.00
Habilitación del Sub-Centro de Salud de Pinogana	B/.29,903.29	B/.29,903.29	B/.29,903.29	B/.0.00	0			B/.0.00
Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Boca de Cupe	B/.50,000.00	B/.50,000.00	B/.50,000.00	B/.0.00	0			B/.0.00
TOTAL DE INVERSION	B/149,328,641.42							

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

En materia de salud:

Con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) el contrato de préstamo N°7587-PA para la ejecución del Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud, con el objetivo de reducir las inequidades en el sector salud incrementando el acceso a servicios básicos de atención en zonas rurales pobres y mejorar los resultados de salud que beneficiarán a los grupos más vulnerables de la población.

Contrato de préstamo N°2563/OC-PN con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la implementación del Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud con el objetivo de mejorar la equidad en salud a través del incremento en el acceso, uso y calidad de servicios de salud en comarcas indígenas y sus áreas limítrofes.

El Gobierno de Panamá suscribió el Convenio Marco N° PN-G1001 y los Convenios Individuales N° GRT/HE-13116-PN y GRT/HE/13117-PN para la implementación del Programa Iniciativa Salud Mesoamérica Panamá 2015 con el objetivo de mejorar el acceso, cobertura, uso y calidad de los servicios de salud materna, reproductiva, neonatal e infantil en las comarcas indígenas de Guna Yala y Emberá Wounaan, con miras a contribuir con la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil y la reducción de la desnutrición crónica. Existe apoyo de parte de la Cruz Roja Internacional pero no conocemos a nivel regional convenios firmados.

Está programado para el año 2018, la consecución de un albergue materno en los predios del Centro Materno Infantil de Metetí y la construcción de un nuevo puesto de salud en la comunidad de El Salto (comunidad Emberá, en el corregimiento de Lajas Blancas).

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

La Región cuenta con un plan Quinquenal de inversiones, actualizado, estamos en la conformación de un nuevo equipo con cooperación de Planificación, Provisión de Servicios y la Dirección de Infraestructura para la evaluación estructural actual.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
 DIRECCION DE PROGRAMACION DE INVERSIONES PUBLICAS
 PLAN QUINQUENAL INDICATIVO DE INVERSIONES NO FINANCIERAS

2017-2021

(En Balboas)

Ministerio de Salud

402

Instr.	Cod. Inv.	SINUP	Fecha	Proyecto (descripción)	ESTADO ACTUAL	Coste Total	2017	2018	2019	2020	2021	Suma
1	012	12130.999	2.1.1.703.05.01.514	Mantenimiento Reparaciones Darién	EN EJECUCION	B/.1,590,000.00	B/.1,590,000.00	B/.0.00	B/.300,000.00	B/.300,000.00	B/.300,000.00	B/.300,000.00
2	012	12130.999	2.1.1.703.05.01.514	Construcción Hospital de Darién	EN EJECUCION,	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
3	12			MINSA CAPSI de Santa Fe	OBRA-DETENIDA							
4	012	17269.999	2.1.1.001.22.01.514	PROGRAMA AMPLIACIÓN III SALUD PRIMERO		B/.8,997,316.00	B/.6,047,316.00	B/.2,150,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
5	012	17269.001	2.1.1.001.22.01.514	Rehabilitación Hospital el Real de Santa María	Para Licitación, pospuesta al 16 de agosto de 2017							
6	012	17269.022	2.1.1.001.22.01.514	Construcción Puestos de Salud en la Provincia de Darién	Para Licitación	B/.2,104,738.00	B/.2,104,738.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
7	012	17269.023	2.1.1.001.22.01.514	Mejoramiento Centro Materno Infantil de Sambú	Para 2016	B/.650,000.00	B/.650,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
8	012	17269.024	2.1.1.001.22.01.514	Mejoramiento Centro de Salud de Cucuruzal	Ajudicado a Roberto Rodríguez e Hijos, en tramite de	B/.600,000.00	B/.0.00	B/.600,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
9	012	17269.025	2.1.1.001.22.01.514	Mejoramiento Centro de Rehabilitación Integral de Metetí	Licitación 2 de Septiembre de 2016	B/.453,861.00	B/.453,861.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
10	012	17269.031	2.1.1.001.22.01.514	Ampliación Centro de Salud de Unión Chocoe	Para ejecutar en 2018 MINSA BID	B/.288,861.00	B/.288,861.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
11	012	17269.032	2.1.1.001.22.01.514	Ampliación del Hospital San José en La Palma, Región de Salud de Darién.		B/.600,000.00	B/.300,000.00	B/.300,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
12	012	14033.000	2.1.1.001.22.01.514	Habilitación del Centro Materno Infantil de Platamilla	Para Licitación	B/.2,749,856.00	B/.2,749,856.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
13	012	1280.011	012.1.2.04.05	Construcción Acueductos en Darién	Proyecto Permanente, Nivel Central	B/.300,000.00	B/.300,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
14	012	12830.006	012.1.2.03.09	Instalación Letrinas en la región de Darién	Proyecto Permanente, Nivel Central	B/.793,200.00	B/.793,200.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
15	012	16019.002	012.1.3.04.10	Alimentación Temprana para la prevención de la desnutrición en Darién	Proyecto Permanente, Nivel Central	B/.297,000.00	B/.297,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
16	012	17269.065	POR ASIGNAR	Construcción del Depósito Regional de Biológicos	Para 2016	B/.383,932.00	B/.383,932.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
17	012	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Construcción del Sub Centro de Salud de el Salto	A Realizar por Embajada de EELU 2018	B/.1,360,000.00	B/.0.00	B/.1,360,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
18	012	17269.063	POR ASIGNAR	Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Boca de Coupe	En asesoría Legal para subir a compras	B/.959,200.00	B/.959,200.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
19	012	17269.064	POR ASIGNAR	Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Garachine	Sistema eléctrico 2017	B/.1,060,000.00	B/.0.00	B/.1,060,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
20	012	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Reposición del Puesto de Salud de Wala	Para 2019	B/.1,060,000.00	B/.0.00	B/.1,060,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
21	12	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Reposición del Sub Centro de Salud de Chepiana	Para 2016	B/.287,500.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.287,500.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
22	12	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Reposición de los Puestos de Salud de Camogani y Selegani	Para 2016	B/.300,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
23	12	POR ASIGNAR	POR ASIGNAR	Mejoramiento del Centro Materno Infantil de Santa Fe	En asesoría Legal para subir a compras, por la DIS	B/.325,000.00	B/.0.00	B/.325,000.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00	B/.0.00
				Total		B/.25,060,464.00	B/.16,717,964.00	B/.7,620,065.00	B/.587,500.00	B/.300,000.00	B/.300,000.00	B/.300,000.00

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

Definitivamente la inversión pública constituye una variable estratégica para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población y al desarrollo socio-económico de la región, por lo que es importante contar con instrumentos que propicien la optimización de los recursos destinados a los proyectos de inversión. Estamos conformando el equipo para la presentación de un documento que vincule el tema de la inversión pública, basado en un Sistema de Inversión Pública, y un enfoque moderno de la Gestión Pública por Resultados, que contempla el seguimiento y evaluación de los proyectos, como un pilar necesario para consolidar el aprendizaje institucional, y la derivación de buenas prácticas para la mejora continua.