

Región de Salud de Panamá Oeste Departamento de Planificación Regional

Análisis De Situación de Salud Región de Salud Panamá Oeste

Año 2019



Agosto, 2020

AUTORIDADES REGIONALES DE SALUD



Dr. Kevin Cedeño

DIRECTOR REGIONAL DE SALUD



Dra. Sandra Muñoz
SUBDIRECTORA REGIONAL DE SALUD

NIVEL ASESOR

Licda. Jaclyn Cerrud
Asesoría Legal

Licda. Luz Caballero
Relaciones Públicas

Licdo. Antonio Barahona
Gestión de Riesgos y Desastres

Dra. Josefina de Sánchez
Salud Integral para la Población con Discapacidad

NIVEL FISCALIZADOR

Licda. Jessica Vargas
Auditoría Interna

NIVEL TÉCNICO

Dra. Sandra Muñoz
Planificación en Salud

NIVEL AUXILIAR DE APOYO

Licda. Leticia Mitre
Administración y Finanzas

Licda. Jessica Almanza
Recursos Humanos

Licdo. Ariel Montez
Informática

NIVEL OPERATIVO-EJECUTIVO

Dra. Dalia Rodríguez
Salud Pública

Licdo. Ernesto González
Promoción de la Salud

Dra. Jeannette Gómez
Provisión de los Servicios de Salud

NIVEL OPERATIVO

HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO

Dra. Yamilka Abad
Directora Médica

CENTROS DE SALUD

Dra. Diniaris Chong
Minsa-Capsi Burunga

Dra. Lyliana Diez de Aldrete
C.S. Nuevo Chorrillo

Dra. Evelyn Jiménez
C.S. Artemio Jaén

Dr. Emmanuel Castro
S.C.S Santa Clara

Dra. Acidia Olmedo
Minsa-Capsi Coco

Dr. Daniel Federico Maregocio
C.S. El Espino

Dra. Joemis González
C.S. Altos de San Fco.

Dr. Mario Candanedo
C.S. Puerto Caimito

Dr. Guillermo Fernández
C.S. Capira

Dr. Francisco Leiva
C.S. San Carlos

Dr. Antonio Delgado
C.S. Lídice

Dra. Nilcia Rodríguez
C.S. Chame

Dra. Elisa Ching
C.S Bejuco

EQUIPO TÉCNICO CONDUCTOR DEL PROCESO MINSA

Dra. Sandra Muñoz
Planificación

Dr. Andrés Cornejo
Programa de Salud de Adultos

Dra. Jacqueline Guerra
Planificación

Licda. Ruth Robinson
Programa de Salud de Adultos

Licda. Gretel Greco
REGES

Dra. Virgina Torres
Programa TBC/VIH-SIDA

Dra. Jeannette Gómez
Provisión de los Servicios

Licda. Estelia Castillo
Programa TBC/VIH-SIDA

Dra. Leslie Gómez
Coordinación de Calidad

Téc. Marcelino Ramos
Saneamiento Ambiental

Licda. Ernesto Gonzalez
Promoción de la Salud

Dra. Ana Martínez
DEPA

Licda. Mariaelena Corrales
Educadora para la salud

Dra. Lorena Merlo
Epidemiología

Dra. Dalia Rodríguez
Salud Pública

Licda. Xiomara Nuñez
PAI

Dra. Denia de Gómez
Programa Escolar y Adolescente

Licda. Sixta Ruíz
Enfermería

Licda. Yariela Jara
Programa Infantil

Licda. Anataide Bethancourt
Enfermería

Dra. Lilia Olaya
Programa de SSR

Dra. Ingrid Martínez
Salud Bucal

Dra. Mercedes Henríquez
Programa de Salud Ocupacional

Dra. Tharsis Stanford
Salud Bucal

Dra. Josefina de Sánchez
Discapacidad

Dra. María Cañizales
Programa de Cuidados Paliativos y
Humanización

Licda. Laura Olivella
Programa de Cuidados Paliativos y
Humanización

Dra. Lucia Alleyne
Programa de Salud Mental

Licda: Clelia Mariscal
Programa de Salud Mental

Licdo. Oscar Price
Laboratorio Clínico

Téc. Rafael Domínguez
Control de Vectores

Dra. Marianela Molina
Zoonosis

Licdo. Javier Dixon
Farmacia

Licda. Lourdes Sánchez
Almacén de Insumos Sanitarios

Licda. Perla Ochogavia
Programa de Salud Nutricional

Licda. Xiomara Rosas
Trabajo Social

Licdo. Julio Solís
Costo 20

Licda. María Chong
Planificadora Hosp. Nicolás Solano

EQUIPO DE TRABAJO

Dra. Sandra Muñoz

Dra. Jacqueline Guerra

Dr. Ismael Vergara

Magíster María Elena Corrales

Administrativa Johana Carrasco

Licenciada Gretel Greco

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

CSS

Dra. Herminia Mariscal

Cuerpo de Bomberos

Coronel Rubèn Madrid

MIDES

Dra. Zaidith Núñez

MI AMBIENTE

Ing. Pablo Rodríguez

MITRADEL

Lic. Janina Mendoza De Leòn

Gobiernos Locales

Municipio de La Chorrera

Municipio de Chame

Municipio de Arraiján

Municipio de Capira

MEDUCA

Magíster Oscar Herrera

Gobernación Provincial

Licda. Sindy Smith

MIVIOT

MEF

MICI

MIDA

IDAAN

MOP

Sociedad China - La Chorrera

Indice

Contenido General de las Fotografías

Fotografía N° 1. El Contexto

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

Fotografía N° 2. ¿Cuál es la demanda y necesidades de servicios?

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

Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta

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

Fotografía N° 4: Satisfacción del Cliente

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

Fotografía N° 5: Red Social

1. Comités, ONGS, Clubes Cívicos, Iglesias, Otros

Fotografía N° 6: Proyección de la Red

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

Fotografía N° 7: Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones

1. Organización y Funcionamiento

Fotografía N° 8: Instrumentos de Gestión

1. Planificación Regional y Programación Local
2. Presupuestación por Objetivos (DPO)
3. Incentivos
4. Sistema de Abastecimiento y Suministro
5. Sistema de Información en Salud
6. Catastro
7. Equipamiento y Tecnología

Fotografía N° 9: Financiación de los Servicios

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

Fotografía N° 10: Proyectos de Inversión

Introducción

En el presente documento se muestra el Análisis de la Situación de Salud de la Región de Salud de Panamá Oeste (ASIS). El mismo es una herramienta para la gestión, que aporta información útil para la toma de decisiones y el diseño de los Programas de intervención; así como los proyectos de inversión que contribuyen a la mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud, disminuyendo las brechas de equidad y desigualdad social.

Este análisis permite la identificación y priorización de los principales problemas, así como la definición de estrategias interinstitucionales e intersectoriales para su abordaje integral.

El análisis del perfil socio epidemiológico y de los factores determinantes, incluyendo la oferta de salud; básicamente, nos facilita explicar el contexto del proceso salud-enfermedad de la población bajo nuestra responsabilidad, considerando los daños a la salud, problemas de salud y sus determinantes, la red social de apoyo. Aporta las herramientas para la identificación de los principales problemas político- económico - socio cultural y de género; así como las necesidades y prioridades en salud de la población de nuestra Región y al mismo tiempo, la definición de programas y proyectos adecuados para la conservación integral de la salud y del ambiente y la evaluación de su impacto en salud mediante la participación social.

El Análisis de la Situación de Salud se basa en la Guía para el Análisis de Situación de Salud, que presenta una serie de fotografías con preguntas que orientan el mismo.

Tiene como marco de referencia los datos estadísticos e información relevante de fuentes bibliográficas, los cuales se presentan en gráficas, tablas y cuadros con sus respectivas observaciones y consideraciones finales. El mismo se enmarca en las Políticas de Salud, el Plan nacional de Salud y el Plan de Gobierno Uniendo Fuerzas.

Presentamos el documento del ASIS con la finalidad de que sea de utilidad para los usuarios de los servicios de salud, los prestadores de salud intra y extrasectoriales; así como para los proveedores de otras Instituciones Gubernamentales, No Gubernamentales, la Sociedad Civil y la población en general.

FOTOGRAFÍA #1

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



FOTOGRAFÍA N° 1.

CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

Entre los principales problemas político- económico - socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño están crecimiento urbanístico de manera desorganizada, seguridad, falta de oportunidades laborales para la juventud, ausencia de planificación urbanística, delincuencia, consumo de sustancias ilícitas, escasez de agua y una eterna crisis de transporte, acompañado de la escasez de recursos humanos acorde con la demanda de la población de responsabilidad.

Una vez identificados los aspectos, las prioridades son:

- Aumentar las coberturas de salud en las comunidades más vulnerables,
- Abastecer con agua potable de calidad a la población, tener un sistema de recolección de basura eficiente.
- Trabajar conjuntamente con el Gobierno local para aumentar las oportunidades de una mejor calidad de vida a las personas más vulnerables,
- Planificación conjunta MINSA-CSS

Entre los aspectos que favorecen el desarrollo de los procesos en el MINSA se encuentran la atención integral de manera gratuita a todos los menores de 5 años y a las mujeres embarazadas, entrega de cremas nutricionales a todas las personas que la requieran, medicamentos a costos asequibles, exoneración de pagos de consulta y de exámenes a la población que lo ameriten por su situaciones de escasos recursos económicos, programas activos de salpingectomía y vasectomía a la población; mientras los que limitan se encuentran asignación presupuestaria no acorde con la realidad de la necesidad, insuficiente recursos humano técnico para dar respuesta adecuada a la demanda y falta de capacitaciones al personal administrativo para mejorar sus competencias.

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

- Declaración y Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (2000)
- Ley 13 medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud
- Código sanitario internacional
- Convenio de Desarrollo de los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) y Agenda para el desarrollo. (2015)

En nuestra Región tenemos formulaciones de cooperación técnica financiera para realizar procesos de modernización, reformar, transformar y gestionar cambios en el Estado como es el caso del Programa Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud.

La lucha para la erradicación de la pobreza sí es una prioridad Gubernamental, que se materializa en el PLAN COLMENA.

PLAN COLMENA

Este Plan se aborda alineando, focalizando, priorizando, diagnosticando, capacitando, ejecutando y dando seguimiento con la ciudadanía activa. Consiste en recuperar y fortalecer la acción de Gobierno desde las comunidades, empoderando las Gobernaciones y las Juntas Técnicas. En coordinación con los Gobiernos Locales.

Organizando la participación ciudadana para que se constituyen en actores de su propio desarrollo.

Las Instituciones deben estar alineadas, actuando conjuntamente y con efectividad.

Se han priorizado 63 distritos y 300 corregimientos. Actuando para impulsar a los panameños y panameñas que se nos han quedado atrás del desarrollo.

La selección de los corregimientos se establece mediante los siguientes pasos

- Paso 1: Cálculo del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) corregimiento ajustado al 2019.
- Paso 2. Ranking de los más Pobres.
- Paso 3: Consultas
- Paso 4: Selección de los corregimientos.

Se inicia con la inducción y capacitación a las Gobernaciones y sus Juntas Técnicas. Es necesario verificar la situación de los servicios en las provincias. Y las Juntas Técnicas se pueden apoyar con los planificadores del Ministerio de Economía y Finanzas, para alinear con el PEG 2019 – 2024 a nivel provincia (existencia de proyectos, actividades que desarrollan, instalaciones con las que cuentan, presupuesto, aliados recursos humano técnico). La Provincia de Panamá Oeste fue seleccionada por el Gobierno Nacional como Plan Piloto para el desarrollo del PLAN COLMENA, en el Distrito de Capira.

Descripción del PLAN COLMENA en el Distrito de Capira

DATOS GENERALES DEL DISTRITO DE CAPIRA Y LOS SEIS (6) CORREGIIMIENTOS SELECCIONADOS PARA EL PLAN PILOTO.

1. **Población:** La población del distrito de Capira y los seis corregimientos seleccionados en el plan piloto. Capira está constituido por trece (13) corregimientos: Capira, Caimito, Campana, Cermeño, Cirí de Los Sotos, Cirí Grande, El Cacao, La Trinidad, Las Ollas Arriba, Lídice, Villa Carmen, Villa Rosario y Santa Rosa; y posee 219 lugares poblados en los cuales habitan

más de 47 mil personas, de los cuales el 47% son mujeres y el 53% son hombres.

Población estimada a julio de 2019, de los seis corregimientos seleccionados para el Plan Piloto del Distrito de Capira.

Corregimiento	Total	Hombres	Mujeres	0-4 años	0-4 años (%)	65+ años	65+ años (%)	Rural (% total)
El Cacao	5,637	2,958	2,679	616	11%	404	7%	100%
Cirí Grande	4,378	2,296	2,082	453	10%	369	8%	100%
La Trinidad	3,069	1,610	1,459	267	9%	254	8%	100%
Cirí de los Sotos	2,597	1,363	1,234	252	10%	216	8%	100%
Santa Rosa	2,251	1,279	972	275	12%	173	8%	100%
Ollas Arriba	1,557	817	740	145	9%	273	8%	12%

Situación Social:

El distrito de Capira cuenta con 81 instalaciones educativas; 89% de éstas están destinadas a la educación primaria. Estos colegios cuentan con 397 aulas de clases; 93% de las cuales se encuentran en un estado físico de mantenimiento entre regular y malo. El 85% de los colegios del distrito está abastecido con agua proveniente de acueductos rurales y tan sólo el 9% tiene conexión a internet. El analfabetismo es del 5% y la deserción escolar, aunque es baja, tiende a aumentar a medida que el estudiante avanza hacia el nivel medio. El distrito cuenta con 21 instalaciones de salud, la mayor parte de las cuales son puestos de salud sin médico ni enfermera asignados; y que están en malas condiciones de mantenimiento en su infraestructura (Diagnóstico Situacional, Dirección de Programaciones del Ministerio de Economía y Finanzas, publicado en septiembre de 2017).

Aspectos Económicos: El 48% de la población del distrito se considera económicamente activa. Entre ellas, el desempleo es del 5%. Un 33% de toda la población del distrito tiene seguro social. Sin embargo, entre los empleados hay un 34% que no cuenta con seguro social. De estos últimos, un 83% no tiene contrato. En cuanto al ingreso por hogar el 38% gana menos que el costo de la canasta básica.

Capira es el mayor productor agrícola de la provincia de Panamá Oeste. Entre los principales rubros agrícolas están el plátano, la naranja, el café, las hortalizas, el culantro, la guayaba y la papaya. En cuanto a la producción pecuaria, el principal rubro es la cría de aves seguida de la producción bovina. La pesca se desarrolla a nivel artesanal y la actividad minera principal es la extracción de piedra de cantera y arena (Diagnóstico Situacional, Dirección de Programaciones del Ministerio de Economía y Finanzas, publicado en septiembre de 2017).

Infraestructura, escuelas e instalaciones de salud: En total los seis (6) corregimientos más pobres del distrito de Capira cuentan con sesenta y seis (66) escuelas y catorce (14) instalaciones de salud.

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA 2020-2021

➤ **Objetivo:**

Garantizar a la población que vive en el Distrito de Capira el derecho al desarrollo, a través de la actuación territorial con la implementación integral de la política pública, llevando la oferta multisectorial de forma articulada.

➤ **Línea de Acción:**

El Plan de acción de Capira presenta Ejes estratégicos que cuentan con áreas de intervención definidas por la Estrategia Plan Colmena sobre los cuales se establecen los ámbitos de trabajo para superar las condiciones de vulnerabilidad y pobreza de los corregimientos de El Cacao, Cirí Grande, La Trinidad, Cirí de los Sotos, Santa Rosa y Ollas Arriba, el mismo se desarrolló con base a la estrategia, líneas y áreas de intervención para alcanzar el desarrollo de los seis (6) corregimientos seleccionados del distrito de Capira.

- **Desarrollo Social:** Salud con énfasis en primera infancia, Inseguridad alimentaria y nutrición; Sistema de educación y permanencia en la misma; condiciones habitacionales (viviendas) que impacten al mejoramiento de la calidad de vida; disminución de la violencia; inseguridad ciudadana.
- **Desarrollo Económico:** Su potencial productivo, desarrollo de capacidades creando oportunidades. Empleo y Emprendimiento
- **Infraestructura:** Mejora las vías de accesibilidad a las comunidades, mejores condiciones para el traslado y distribución de la producción agropecuaria; acceso a la energía eléctrica.
- **Ambiente:** Mejorar la calidad y acceso del agua a la población para su bienestar; Saneamiento básico y letración; manejo adecuado de la basura.

Entre los ejes transversales se identifica:

- **Fortalecimiento Institucional:** Aumento de la cobertura, eficacia y eficiencia de las instituciones y los servicios de atención que ofrecen a la población en el territorio, contribuyendo en el desarrollo local.
- **Género y Derechos Humanos:** Igualdad entre hombres, mujeres; niñas y mujeres en condiciones de igualdad acceden a servicios de educación, salud sexual y reproductiva, empoderamiento económico, a través del trabajo digno, emprendimiento, y participación ciudadana.
- **Gestión del Conocimiento:** Experiencia innovadora para el desarrollo sostenible del territorio.

➤ **Indicadores:**

Los indicadores son asociados con la actividad para el monitoreo y seguimiento de la implementación de la Estrategia Plan Colmena en Capira

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

Potencialmente, el MIDES cuenta con una serie de programas como Centro de orientación y atención integral, Red de Oportunidades, Redes territoriales, Padrino Empresario, 120 a los 65, Desarrollo social seguro, Programa de alfabetización, Ángel guardián, Centros de orientación infantil y familiar.

CENTRO DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL (COAI)

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

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

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

RED DE OPORTUNIDADES

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.

MÉTODO DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIAS

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

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.

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 de 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 las prestaciones 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.

PROYECTO REDES TERRITORIALES

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

Objetivo General

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

Objetivo Específico

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

Ejecución del Programa

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

PROGRAMA PADRINO EMPRESARIO

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

Objetivo General

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

Objetivo Especifico

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

Ejecución del Programa

Este programa se ejecuta con la responsabilidad social empresarial, a través de la donación que realizan las empresas al programa, la cual es deducible de impuesto en un 100% del impuesto sobre la renta. Además, la empresa capacita al estudiante, para que adquiera una experiencia previa laboral con miras a contratarlo cuando éste sea adulto y de no ser asimilado por la empresa, sale preparado laboralmente

para competir en el mercado laboral. Por otro lado, no existe una relación laboral entre la empresa y el adolescente, ya que la misma le ofrece una beca laboral, lo avala un convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral.

Se asigna un funcionario del MIDES, como enlace entre la empresa, el joven y su familia de manera personalizada. Al adolescente se le cubre con una póliza contra accidente personal, una hora antes, durante y una hora después de su capacitación. La empresa ofrece su donación (beca) mensual directamente al programa y no al adolescente. El programa les paga quincenalmente las becas a los estudiantes. Entre los compromisos de las empresas que colaboran con el Programa Padrino Empresario tenemos: contar con licencia comercial o natural, estar debidamente inscrita en el Registro Público, recibir las visitas previas que realiza el personal del programa, contar con una dirección fija donde realizan sus actividades comerciales. El Programa es auspiciado por las Empresas privadas, el Ministerio de Desarrollo Social, la Cámara de Comercio e Industrias y Agricultura de Panamá, Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral y la Sociedad civil; y cada una de estas tiene representantes ante el Consejo Directivo del Programa.

PROGRAMA 120 PARA LOS 65

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

Objetivo general

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores de 65 años y más, que no gocen de una jubilación o pensión en la República de Panamá, mediante el otorgamiento de transferencias económicas, con el fin de apoyarlos en la satisfacción de sus necesidades básicas sociales y sus condiciones de vida.

Misión y Visión

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



Ejecución del Programa

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

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

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

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

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

Objetivo General

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

Objetivo Específico

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

Ejecución del programa

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

la reinserción social, la formación vocacional, o en su efecto, para la autonomía económica (Fase III).

PROGRAMA DE ALFABETIZACIÓN

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

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

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

PROGRAMA ANGEL GUARDIAN

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

Objetivo General

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

Corresponsabilidades

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

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

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

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

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

CENTROS DE ORIENTACIÓN INFANTIL Y FAMILIAR

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

Ejecución del Programa

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

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

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

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

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

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

Este programa conlleva a la autosugestión y a la participación de los padres de familia y la comunidad en la planificación, organización y desarrollo del mismo, asumiendo la toma de decisiones de acuerdo a los criterios de actividad, participación, relevancia, pertenencia cultural e integración.

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

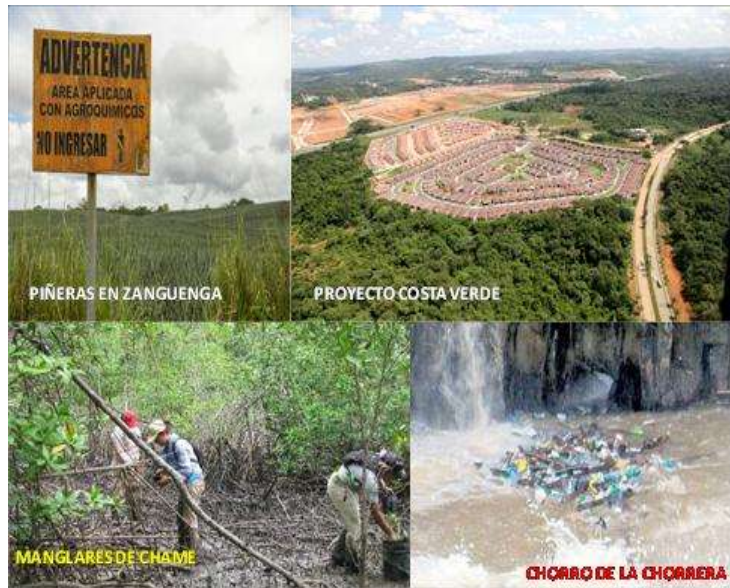
Los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional se ha mejorado notablemente ya que las instalaciones de los niveles locales por parte de los equipos de los comites de la salud han involucrado para el mejoramiento de las coordinaciones necesarias con los actores sociales ya que se prestan muy dispuestos a participar en las reuniones de coordinaciones.

En cuanto a la intervención en el Consejo de Coordinación Provincial y el Consejo Técnico Municipal, la participación es muy activa, tomando en cuenta que a partir de este año (2014) los distritos que integran nuestra región sanitaria fueron segregados para formar parte de una nueva Provincia (Panamá Oeste), por lo que se ha aumentado significativamente el grado de participación y gestión de estas coordinaciones.

Las políticas de Salud se relacionan con los diversos proyectos de inversión social que crea el MIDES con el objetivo de insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, y a los mayores de 65 años que cumplan con uno de los cuatro criterios para recibir el beneficio (riesgo social, vulnerabilidad, marginación y

pobreza), a fin de garantizarles los servicios de salud para mejorar su calidad de vida.

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



Panamá Oeste por su posición estratégica tiene una variabilidad geográfica que se ha venido impactado gradualmente, en Distritos como Arraiján y La Chorrera por su cercanía a la ciudad capital se ha convertido en sitios atractivos para desarrollos urbanísticos a gran escala, por lo que la deforestación, contaminación de las aguas y deficiente sistema de recolección de aguas residuales nos afecta. En el Distrito de Capirol los proyectos residenciales están iniciando e igualmente no se refleja que existan medidas de mitigación que se apliquen a estas promotoras, aunado a esto la migración del interior hacia la capital por el abandono del agro ha producido el fenómeno de invasión de tierras sin ningún tipo de planificación. En Chame y San Carlos la deforestación de manglares y proyectos de tipo turísticos también ya reflejan impactos ambientales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el año 1973, mediante la Ley 105 se reglamentan las Juntas Comunales, que entre sus funciones está la de participar en los programas de producción de la salud. Decreto Ejecutivo N° 40 de 18 de abril de 1994, DECRETO EJECUTIVO N° 389, de 9 de septiembre de 1997

Ley N° 3 de 17 de mayo de 1994: "Por la cual se aprueba el Código de la Familia". Artículo 692: La familia, en interacción con el apoyo de la comunidad y del Estado, debe realizar esfuerzo organizados para mejorar, proteger y mantener su salud integral.

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

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

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

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

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

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

¿Qué cambios son necesarios?

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

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

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

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

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

FOTOGRAFÍA #2

- Aspectos demográficos
- Aspectos epidemiológicos
- Morbilidad
- Mortalidad



FOTOGRAFIA #2

DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS

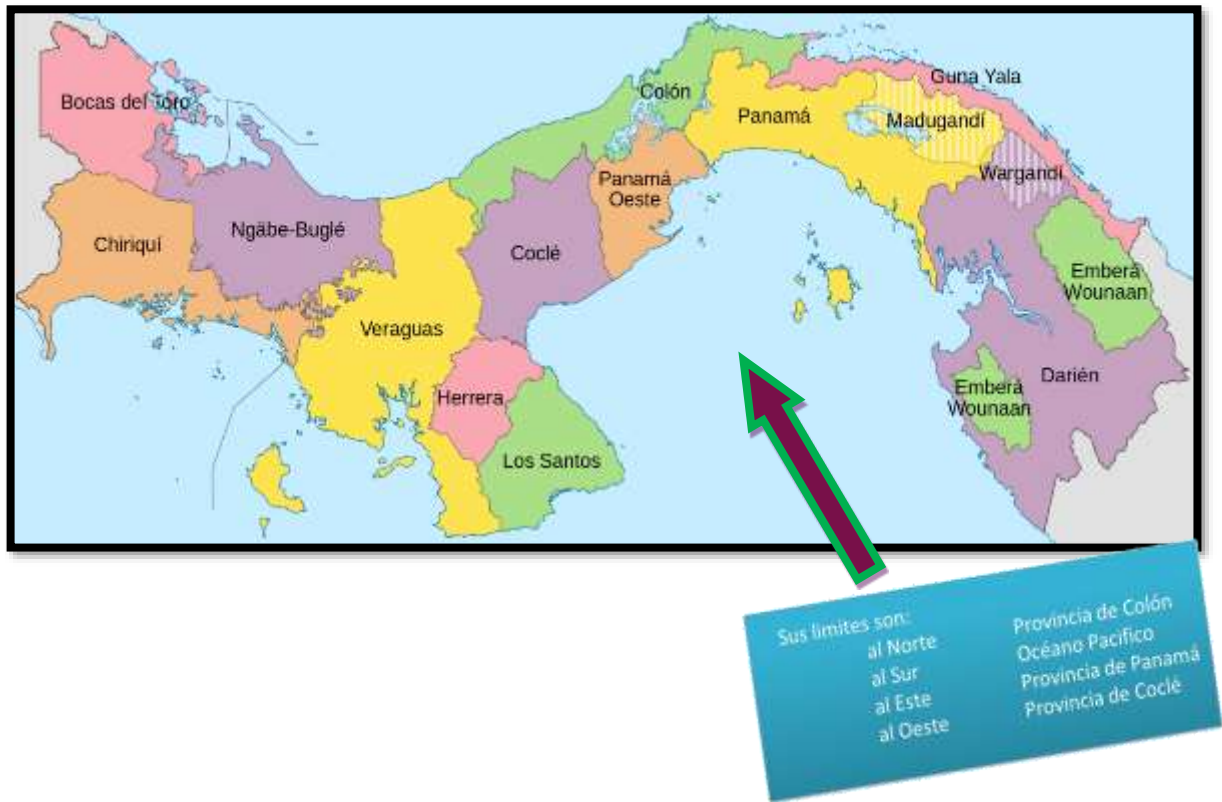
INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Indicadores Demográficos	2000			2010			2018		
	Total			Total			Total		
Densidad de la Población	104.5			182.3			233.5		
Rural	...								
Urbana									
Tasa de crecimiento natural o anual	24.7			14.6			14.6		
tasa bruta de natalidad	27.3			18.3			19.1		
tasa global de fecundidad	79.2			67.7			73.7		
tasa general de fecundidad	104.1			68.2			73.7		
Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2019		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Total	257,823	131,109	126,714	449,633	227,974	221,659	576,089	290,609	285,480
Menor de un año	5,612	2,751	2,861	9,404	4,822	4,582	8,516	4,351	4,165
1 a 4	21,526	11,027	10,499	37,554	19,224	18,330	38,872	18,963	18,070
5 a 9	25,678	13,202	12,476	46,384	23,763	22,621	49,391	25,350	24,041
10 a 14	25,170	12,394	12,776	41,685	21,497	20,188	48,475	24,708	23,767
15 a 19	24,862	12,626	12,236	35,671	18,657	17,014	43,930	22,362	21,568
20 a 59	135,111	69,125	65,986	243,794	122,419	121,375	325,846	164,697	161,149
60 años y más	99,864	50,944	48,920	155,540	76,272	79,268	166,396	81,259	85,137

Fuente(s): INEC. Contraloría General de la República. Otros Datos: Región de Salud Panamá Oeste, 2019. */ por 100 hab. Toda la información de Estadística Vitales (Nacimiento y Defunciones) es del 2019, ya que Contraloría G.R.P. no ha entregado al MINSA las mismas del 2018.

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

UBICACIÓN DE PANAMÁ OESTE



Creación de la provincia de Panamá Oeste

La provincia de Panamá Oeste fue creada mediante la Ley 119 del 30 de diciembre de 2013, la cual convirtió la antigua región de la provincia de Panamá en una nueva provincia partir del 1 de enero del 2014 constituyendo así, la décima provincia.

Ubicación

La provincia de Panamá Oeste está situada en la costa del océano Pacífico, al lado occidental del canal de Panamá. La máxima altitud es el Cerro Trinidad (1300 msnm), posee una geografía en la que se aprecian bosques, playas y montañas. Sus características demográficas incluyen zonas urbanas, semiurbanas y rurales algunas con muy difícil acceso. Está formado por todos los pueblos ubicados en al oeste del Canal de Panamá hasta la Provincia de Coclé. Comprende los distritos de: Arraiján, Capiña, Chame La Chorrera y San Carlos.

Arraiján



Está compuesto por 8 corregimientos: Arraiján, Veracruz, Nuevo Emperador, Burunga, Santa Clara, Cerro Silvestre, Juan Demóstenes Arosemena y Vista Alegre. La mayoría de sus habitantes trabaja o en la ciudad, aunque cada día aumenta la fuente de empleos por medio de centros comerciales como Westland Mall y por el desarrollo de la zona industrial y comercial de Panamá Pacífico y el Puerto de Vacamonte.

Capira

El distrito está conformado por los siguientes corregimientos: Capira, Caimito, Campana, Cermeño, Cirí de Los Sotos, Cirí Grande, El Cacao, La Trinidad, Las Ollas Arriba, Lídice, Villa Carmen, Villa Rosario, Santa Rosa. Posee el punto más alto de la provincia, el Cerro Trinidad y el Parque Nacional Campana.



Chame

Cuenta con 11 corregimientos: Chame, Bejuco, Buenos Aires, Cabuya, Chicá, El Líbano, Las Lajas, Nueva Gorgona, Punta Chame, Sajalices, Sorá.



La economía del distrito se basa, principalmente, en la agricultura (el coco, el plátano, el tamarindo y la piña para la exportación), ganadería (raza Brahman) y pesca de subsistencia, Actualmente, se ha incorporado la actividad del turismo con la

construcción de importantes hoteles y otras facilidades para el turismo interno y externo.

La

Chorrera



Es la segunda ciudad más grande e importante del país tras la capital. Es reconocida por su feria internacional y como la ciudad del Bollo y el Chicheme.

En esta ciudad se celebra la Feria Internacional de La

Chorrera, adicional el distrito tiene unos terrenos de sabana, un clima cálido y de lluvias fuertes (especialmente en la época lluviosa), lo que da lugar a extensos herbazales que favorecen una importante cría de ganado vacuno, y en menor medida porcino. Las fértiles tierras dan buenas cosechas de la piña, el arroz, café, cítricos, yuca, frijoles y azúcar de caña.

San Carlos



El distrito está conformado por los siguientes corregimientos: San Carlos, El Espino, El Higo, Guayabito, La Ermita, La Laguna, Las Uvas, Los Llanitos, San José. Se destaca por sus playas extensas y concurridas. Es famoso por sus casas y condominios de playa.

Características Demográficas:

1. Generalidades de la Población:

Para el año 2020, la Región de Panamá Oeste tiene una población estimada de 583,738 habitantes. La esperanza de vida es de 79.60 años, 76.89 años para los varones y 82.44 años para las mujeres. Cuenta con una extensión territorial de 2467.1 Km², y una densidad poblacional de 236.6 hab./Km² siendo una de las más altas a nivel nacional.

El Distrito de Arraiján (1,780.3 hab./Km²), La Chorrera (292.5 hab./ Km²) son los de mayor densidad, Chame (90.4 hab./Km²), San Carlos (72.4 hab./Km²) y Capira el de menor densidad (51.3hab./Km²).

Tabla N° 1. Población de Panamá Oeste, según distrito y sexo. Población estimada al 1° de julio 2020.

2020	ARRAIJAN	CAPIRA	CHAME	LA CHORRERA	SAN CARLOS	TOTAL
TOTAL	278.256	47.894	31.898	201.301	24.389	583,738
Hombres	138.330	25.184	16.949	102.288	13.041	295.792
Mujeres	139.926	22.710	14.949	99.013	11.348	287.946

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. INEC, Estadísticas Vitales

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

La distribución porcentual de la población es de 50.7% hombres y 49.3% mujeres, El 51.9 % reside en el área urbana y el 48.1 %, en área rural.

Según el X Censo de Población y el VI de Vivienda, Arraiján es el distrito con mayor cantidad de población. En tanto que, el menos poblado es el distrito de San Carlos, por su característica de ser un sitio propicio para mantener casas de playa y que solo son ocupadas durante los fines de semana.

Migración:

4 de cada 10 personas que viven en Panamá Oeste nacieron en otra provincia. La cifra de contraloría referente a los inmigrantes es de 42.7%, ubicando la provincia como la de mayor recepción de migrantes, además es la provincia con menor tasa de emigrantes, datos de la contraloría del año 2010 reportan a penas 13.6%.

Cultura:

Panamá Oeste es conocida por su folklore y por ciertas tradiciones que hacen a la provincia un lugar atractivo para visitar: los famosos locales como el Chichemito, Quesos Chela y Quesos Mili, lugares donde se cocinan los diferentes platos típicos de la provincia y del país, paradas predilectas para los que hacen el viaje al interior del país; La confección de muñecos de año viejo, que son exhibidos a lo largo de la orilla de la carretera Interamericana, para deleite de propios y extraños; La celebración del Corpus Christi y la danza del gran diablo de La Chorrera, así como las fiestas del patrón de cada distrito y la muy popular Feria Internacional de La Chorrera, el Festival de la Cumbia Chorrerana, la Feria de la Piña y la Feria de Las Flores, en Chame.

Además de lo mencionado, el Distrito de La Chorrera es hogar de Bandas de Música colegiales y las también conocidas como Independientes, en las cuales se destacan:

La Banda de Música Virgilio Escala del Colegio Pedro Pablo Sánchez, y la Banda Víctor Raúl González, del Colegio Moisés Castillo Ocaña, las cuales han representado a la provincia y al país en eventos nacionales e internacionales, siendo muchas veces reconocidas por su calidad de interpretación.

Tabla N° 2. SUPERFICIE, POBLACIÓN Y DENSIDAD, EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AL 1° DE JULIO DEL 2019 (a)

D I S T R I T O S	SUPERFICIE (KM2) (1)	POBLACIÓN (2)	HABITANTES (KM2)
REGIÓN	2467.1	576089	233.5
ARRAIJÁN (2)	156.3	273763	1751.5
CAPIRA	932.8	47244	50.6
CHAME	352.9	31373	88.9
LA CHORRERA	688.1	199708	290.2
SAN CARLOS	337.0	24001	71.2

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

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

(2) Excluye el corregimiento de Veracruz.

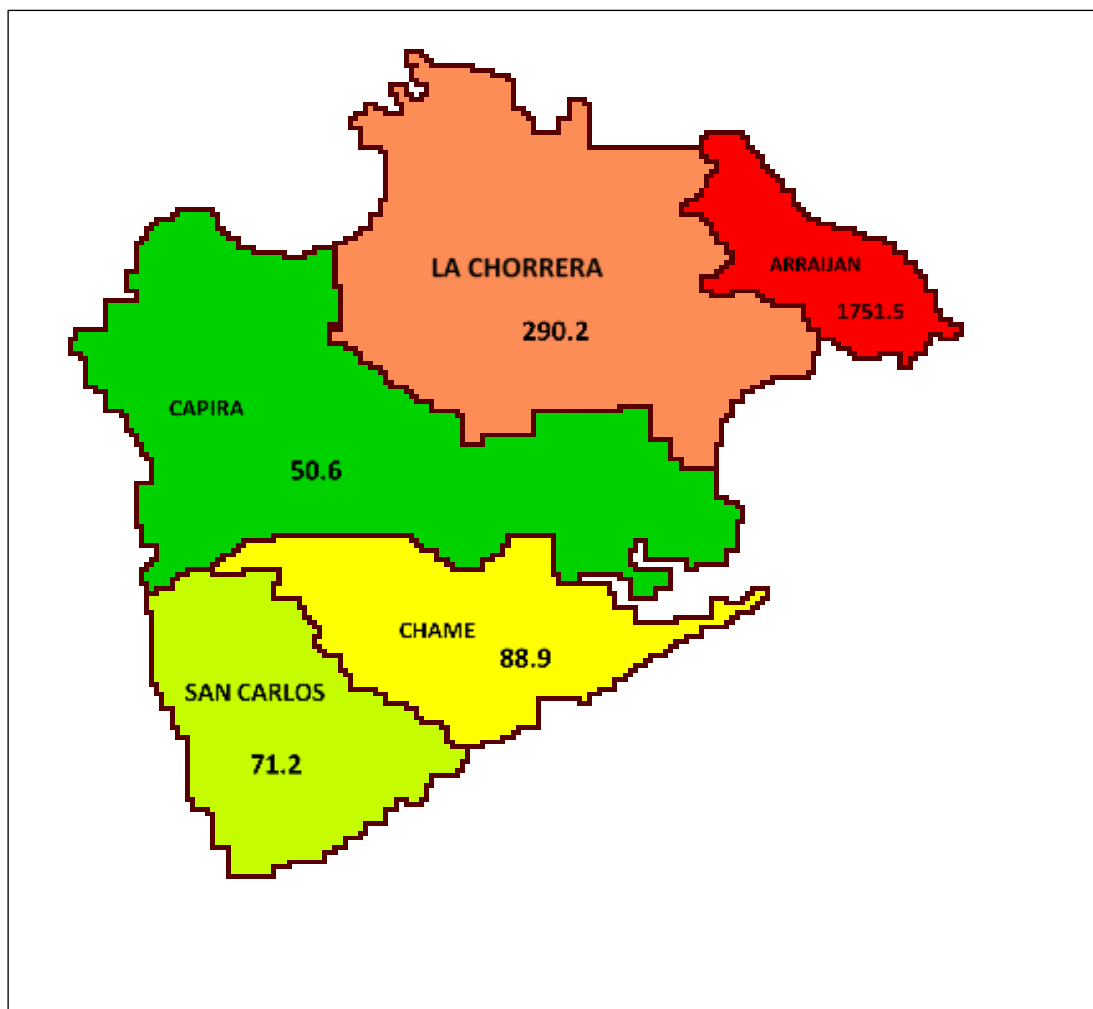
Elaborado por: Sistema Regional de Salud Panamá Oeste. Departamento de Registros y Estadística de Salud

Estructura y Dinámica Poblacional en Panamá Oeste

Como consecuencia de su posición geográfica y de una serie de factores que inciden por su cercanía a la ciudad capital, la población está constituida por diversos grupos humanos, principalmente, asentamientos hispano-indígenas, extranjeros y migrantes de otras provincias del interior del país.

En el distrito de Arraiján se concentra la mayor cantidad de población indígena, proveniente de Guna Yala con asentamientos humanos en Loma Cová (Kalu Muguir Yala, Bóyala, Boyalito, Chumical, Las Nubes, Valle del Sol, Las Veraneras, Altos de Howard, entre otros.

**DENSIDAD DE POBLACIÓN, EN LA REGIÓN DE SALUD, PANAMÁ OESTE,
POR DISTRITO. AÑO: 2019**

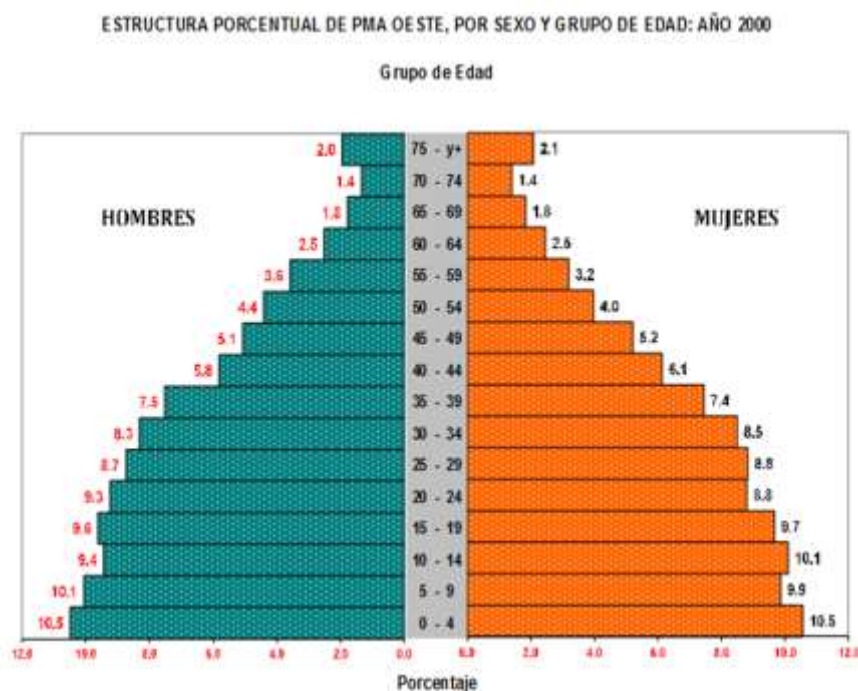


**Fuente Documental: Contraloría General de la República de Panamá.
INEC, Estadísticas Vitales.**

Fuente Institucional: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

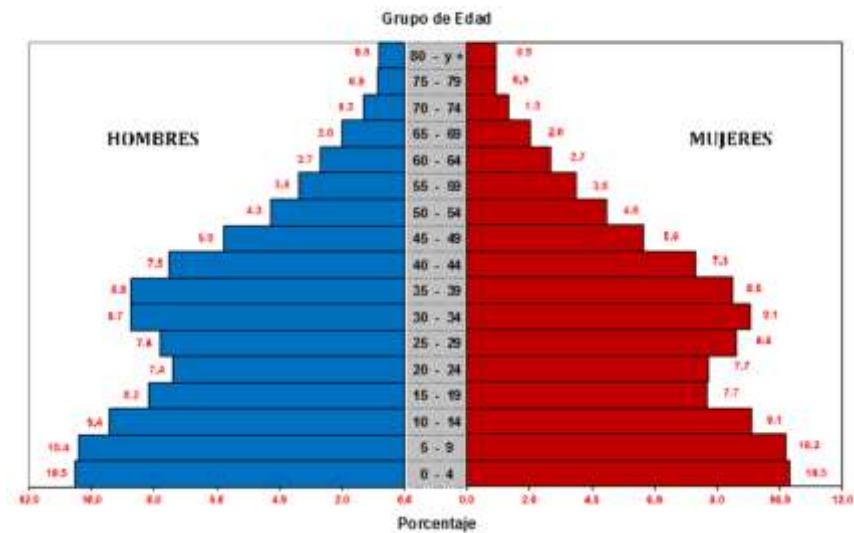
La población de esta Provincia, a partir del año 2000, cuando aún formaba parte de la Provincia de Panamá, se estableció en 257,823 habitantes; la cual para el año 2010 prácticamente se duplicó según el censo y para el año 2014 se estimó en 518,013 habitantes, para el año 2019 se estimó una población de 576,089, con un aumento lo que representa un crecimiento de 318266 habitantes en 19 años.

De acuerdo a sus resultados, se puede señalar que nuestra región ha pasado de una tasa crecimiento natural alta 24.7 en el año 2000, a un crecimiento más lento registrado por una tasa anual de crecimiento promedio (TCP) de 14.6 en el año 2010, y para el año 2018 se ha mantuvo en 14.6 situación que según las estimaciones se mantendrá durante los próximos 25 años, como consecuencia directa de la disminución de la fecundidad a nivel nacional.



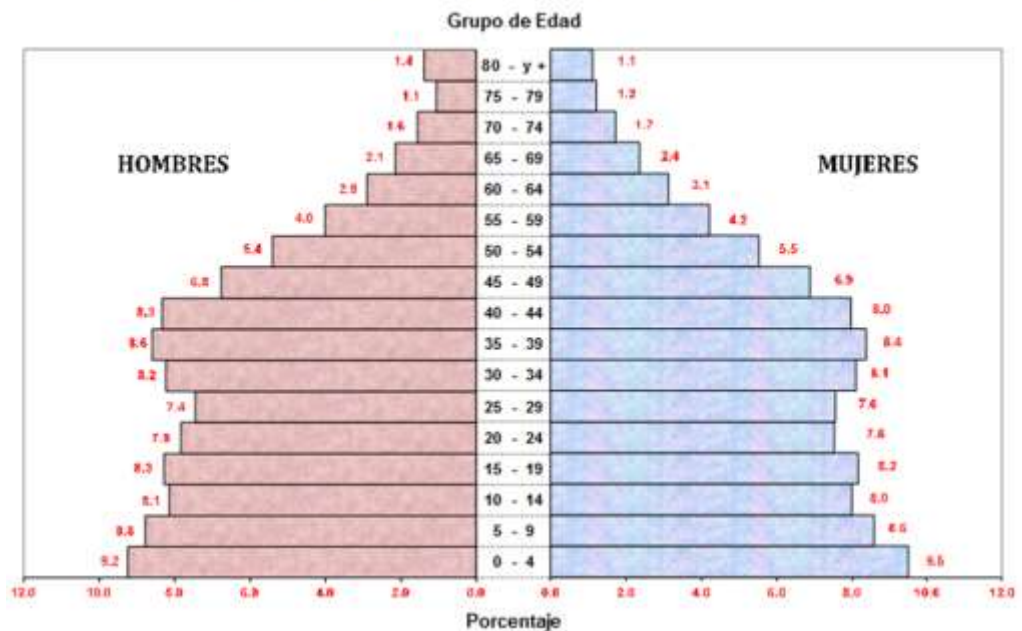
Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. INEC, Estadísticas Vitales.
Depto. Estadísticas y Registros Médicos, RSPO.

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



Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. INEC, Estadísticas Vitales.
Depto. Estadísticas y Registros Médicos, RSPO.

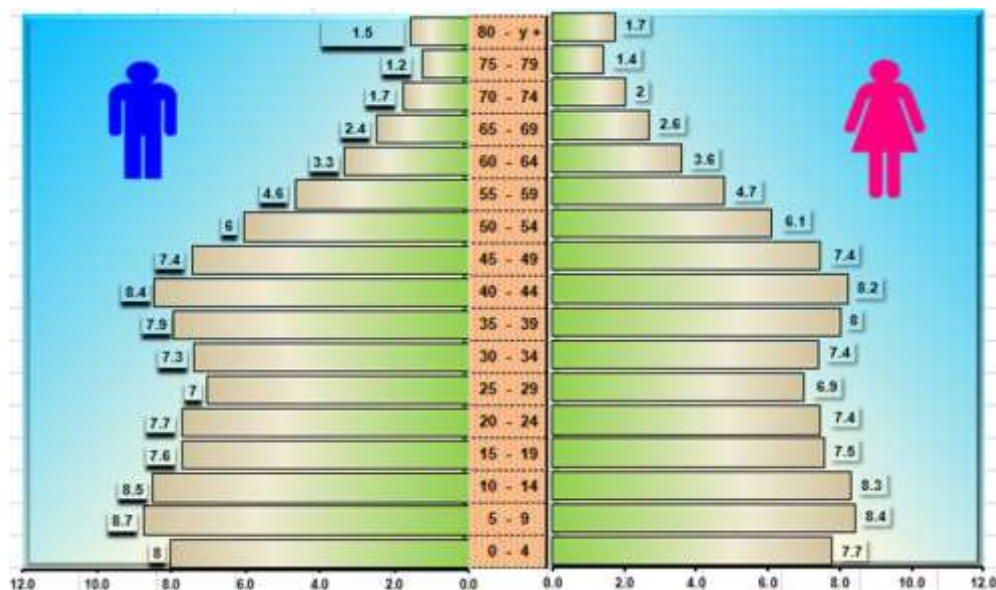
ESTRUCTURA PORCENTUAL DE PMA OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



Gráfica # 1

ESTRUCTURA POBLACIONAL DE PANAMÁ OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2019,

Grupo de Edad



Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. INEC, Estadísticas Vitales.

Depto. Estadísticas y Registros Médicos, RSPO.

Al analizar la estructura de la población, se observa que el 23.9% de los habitantes son menores de 15 años y el 11.8% son mayores de 65 años, El 64.2%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Los <5 años representan el 7.5 %, el grupo de 5 – 9 el 8.2%, el grupo de 10 – 14 años el 8.3% y de 15-19 años el 7.7%. El sexo masculino, constituye el 50.7% y el sexo femenino el 49.3%.

Observando las pirámides de años anteriores con respecto a la actual podemos distinguir una disminucion en la base de la pirámide para el 2018 con respecto a las anteriores y un aumento en la edad de 40 – 44 años en la poblacion de la provincia de Panama Oeste.

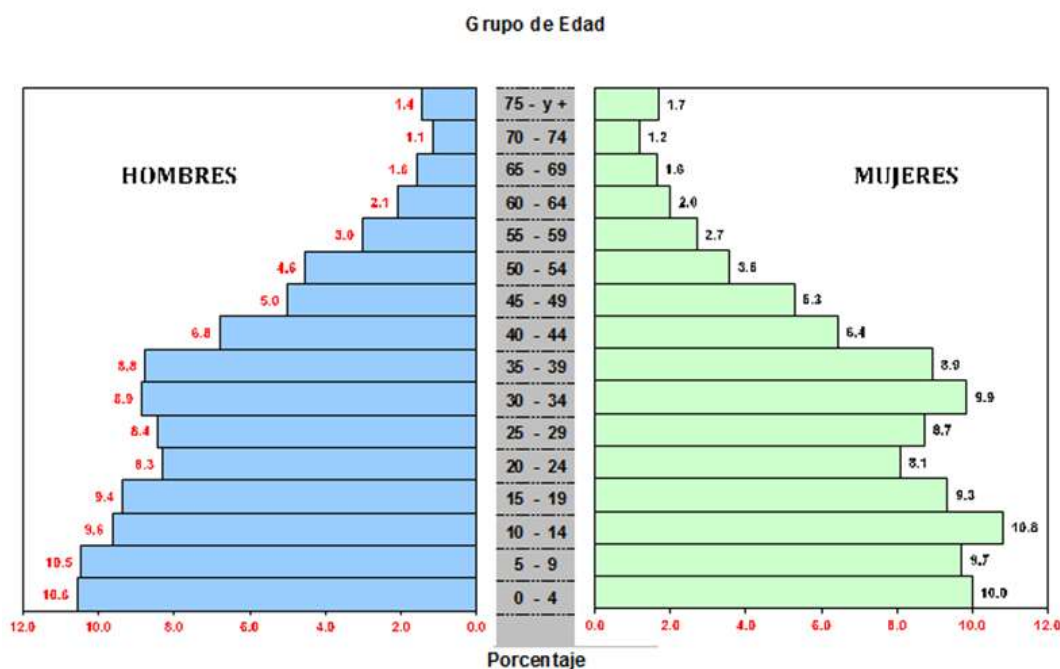
Distrito de Arraiján:

Al analizar la estructura de la población, se observa que el 25.0% de los habitantes son menores de 15 años y el 9.5% son mayores de 65 años, El 65.5%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Los <5 años representan el 7.8 %, el

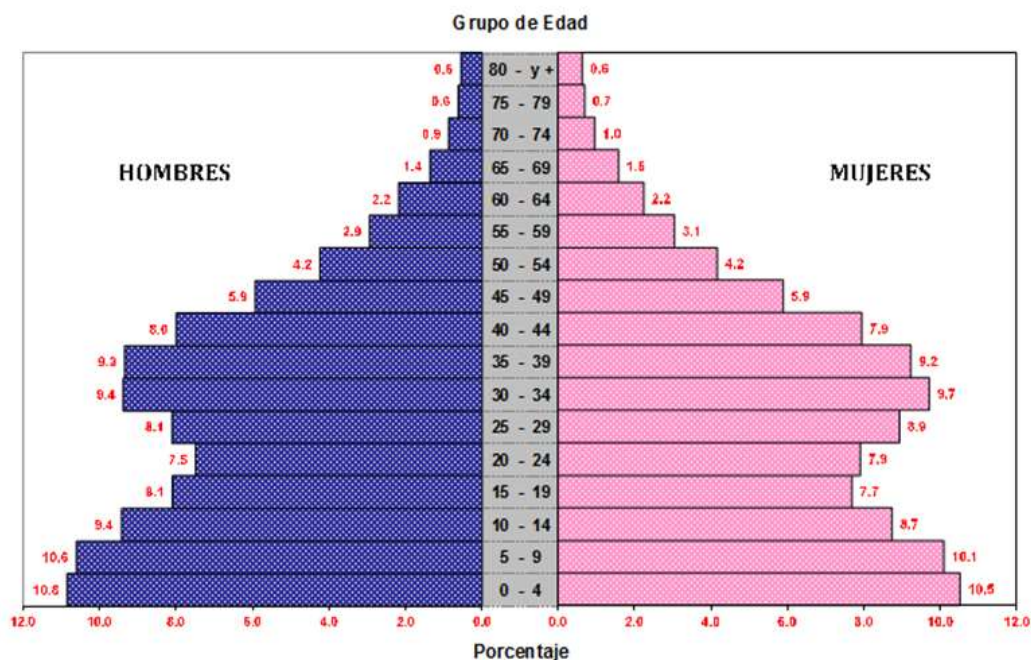
grupo de 5 – 9 el 8.6%, el grupo de 10 – 14 años el 8.6% y de 15-19 años el 7.9%. El sexo masculino, constituye el 49.7% y el sexo femenino el 50.3%.

Observando las pirámides de los años anteriores encontramos disminucion en la base de la pirámide para el año 2019 con respecto al año 2000 y 2010, igualmente podemos observar que se mantiene la tendencia de poblacion en la poblacion de 40 a 44 años.

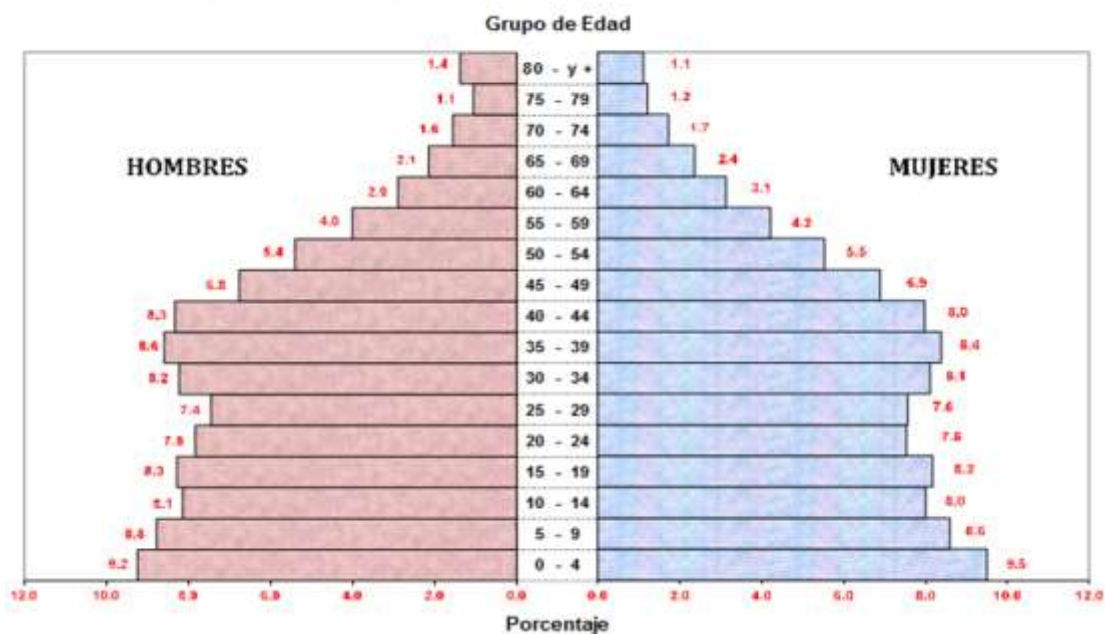
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE ARRAJAN, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



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



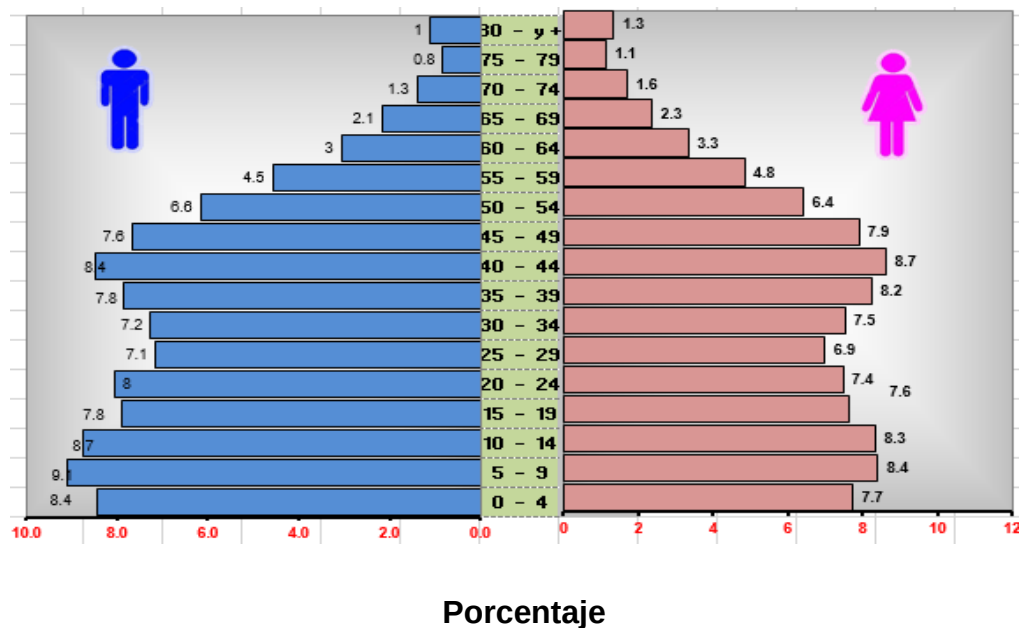
ESTRUCTURA PORCENTUAL DE PMA OESTE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2014



Gráfica # 2

ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE ARRAIJÁN, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2019

Grupo de Edad



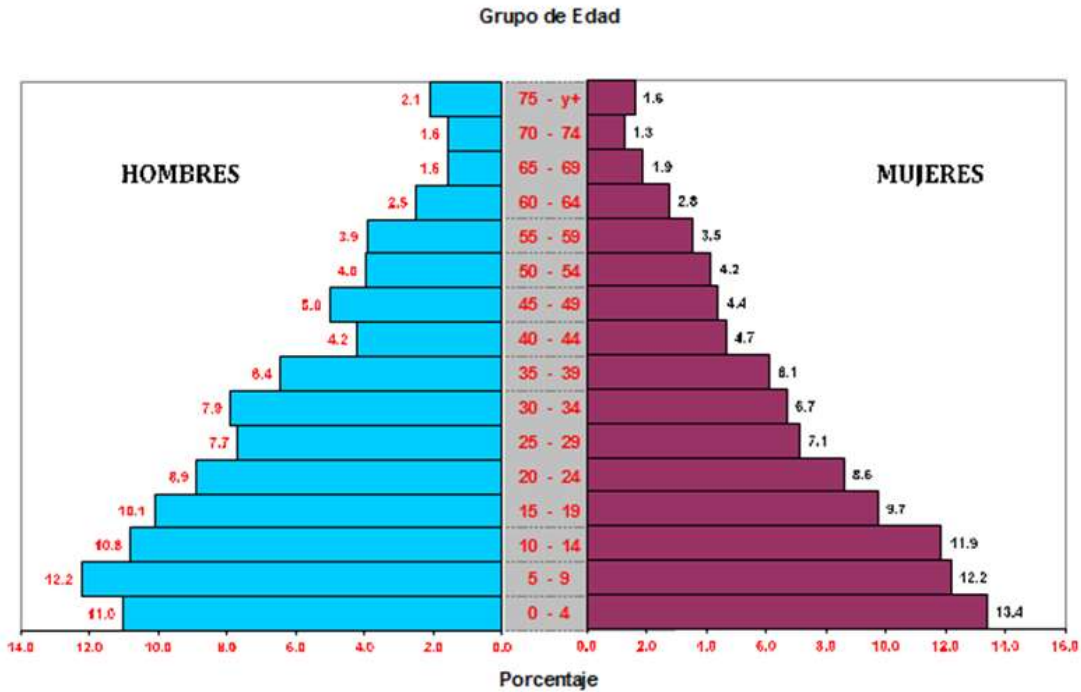
Fuente: Depto. Estadísticas y Registros Médicos, RSPO.

Distrito de Capira

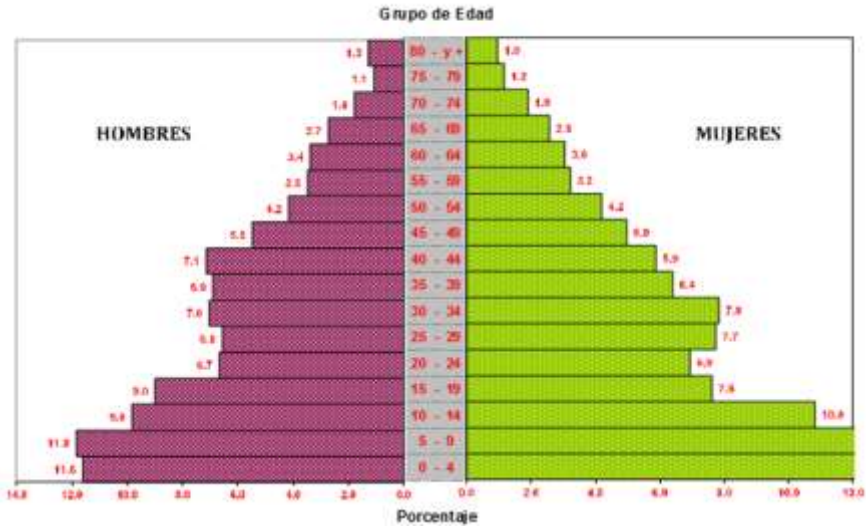
En cuanto a la estructura de esta población, el sexo masculino, constituye el 52.3% y el sexo femenino el 47.7%; se observa que los <5 años representan el 8.4 %, el grupo de 5–9 el 10.0%, el grupo de 10 – 14 años el 9.8 % y de 15-19 años el 9.0%. El 27.1 % de los habitantes son menores de 15 años y el 12.8% son mayores de 65 años, El 60.0 %, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años.

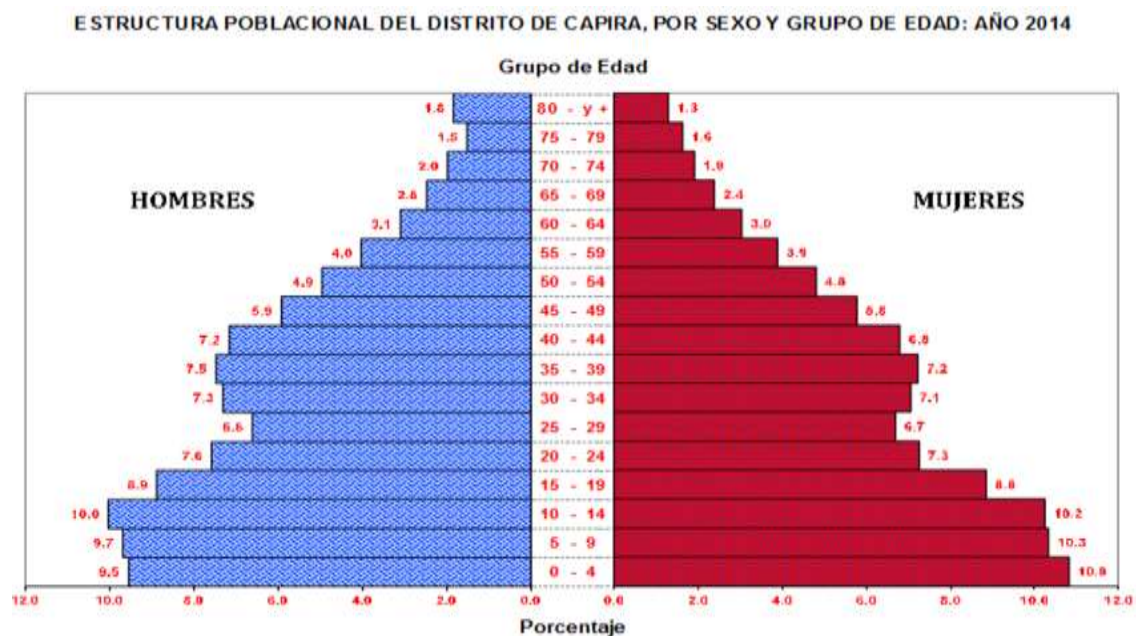
Observamos con respecto a los años anteriores que para el año 2019 la base de la pirámide se disminuye lo que significa menos nacimientos con una barra ancha en edades de 10 – 14 años, con respecto a las pirámides del 2000 y 2010 que predeeminan bases anchas y una disminucion en las barras de las edades productivas.

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

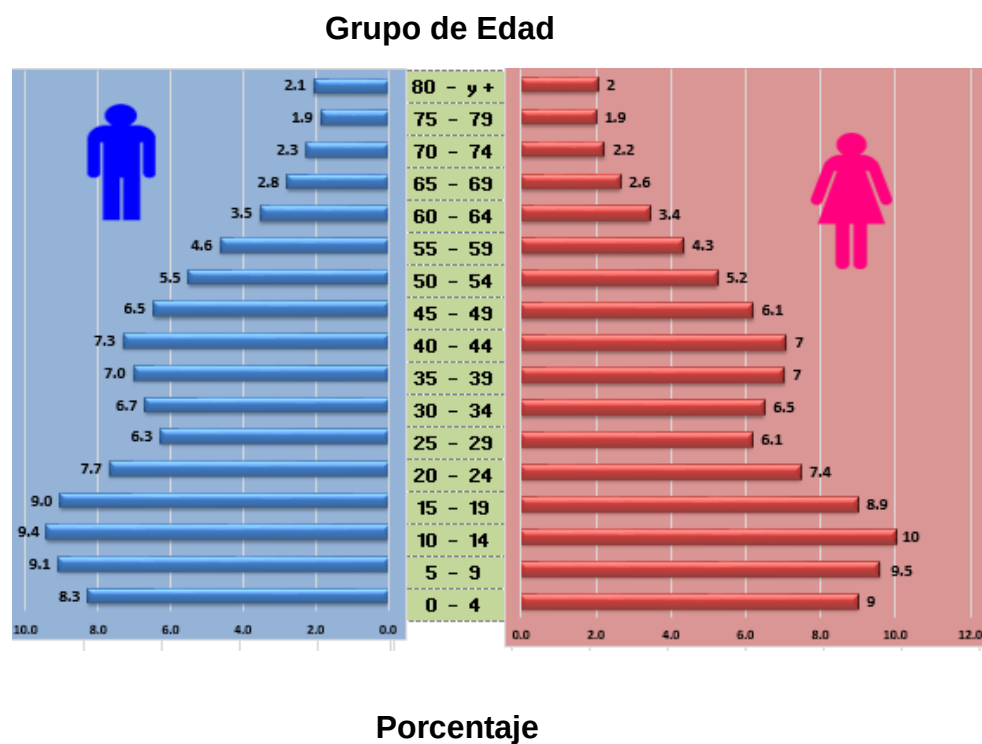


E ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010





Gráfica # 3
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CAPIRA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2019

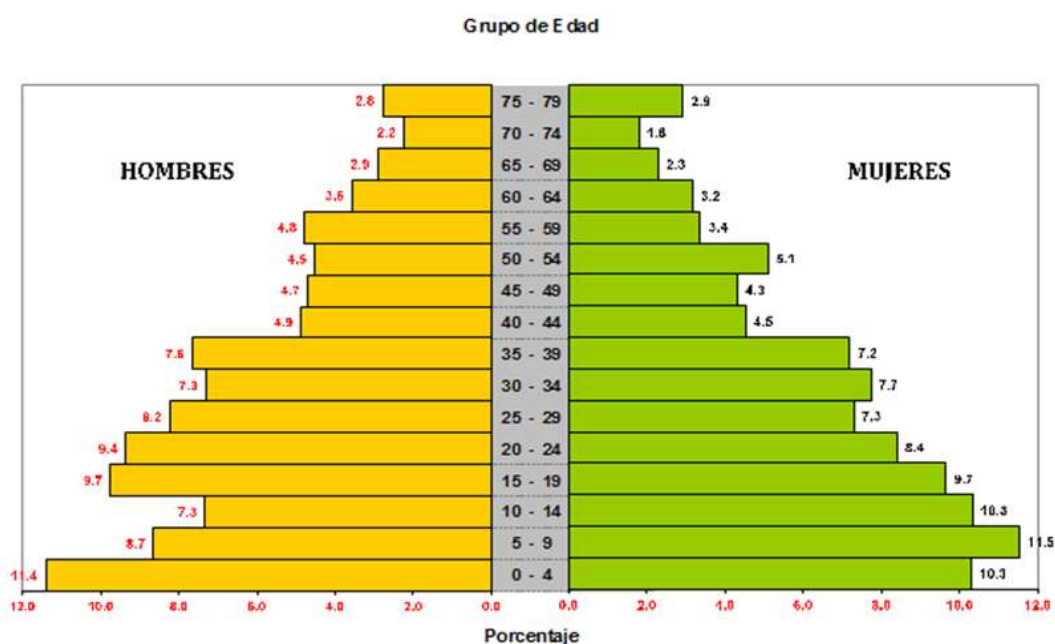


Fuente: Depto. Estadísticas y Registros Médicos, RSPO.

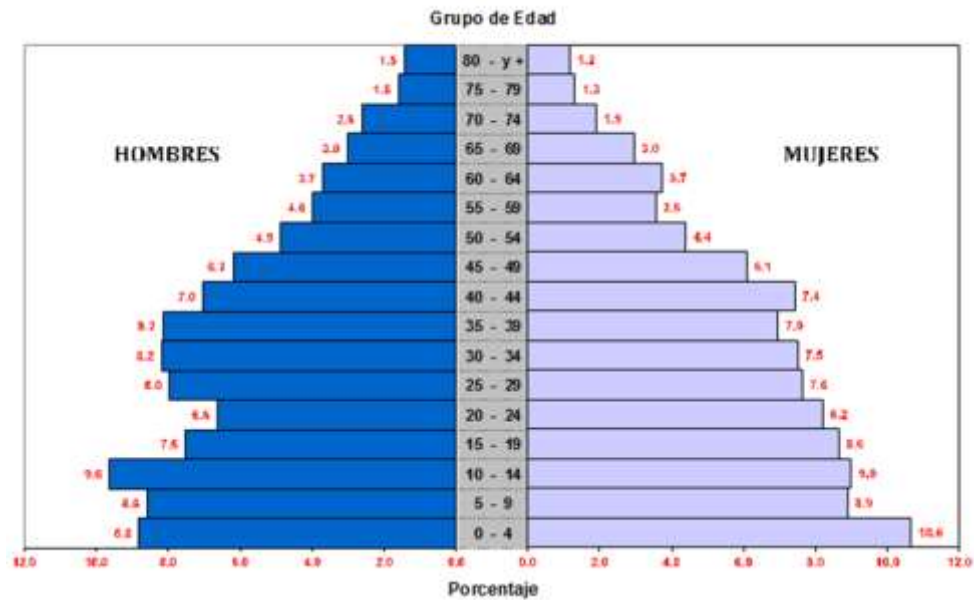
Distrito de Chame

En cuanto a la estructura de esta población, el sexo masculino, constituye el 53.1% y el sexo femenino el 46.9%; se observa que los <5 años representan el 7.3 %, el grupo de 5–9 el 7.5 %, el grupo de 10 – 14 años el 7.9 % y de 15-19 años el 7.9 %. El 22.8% de los habitantes son menores de 15 años y el 15.5% son mayores de 65 años, El 61.7%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. Observamos la disminucion notable de la base de la pirámide, los nacimientos, con respecto a los años anteriores y también una disminucion en la poblacion con respecto al 2000 y 2010.

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

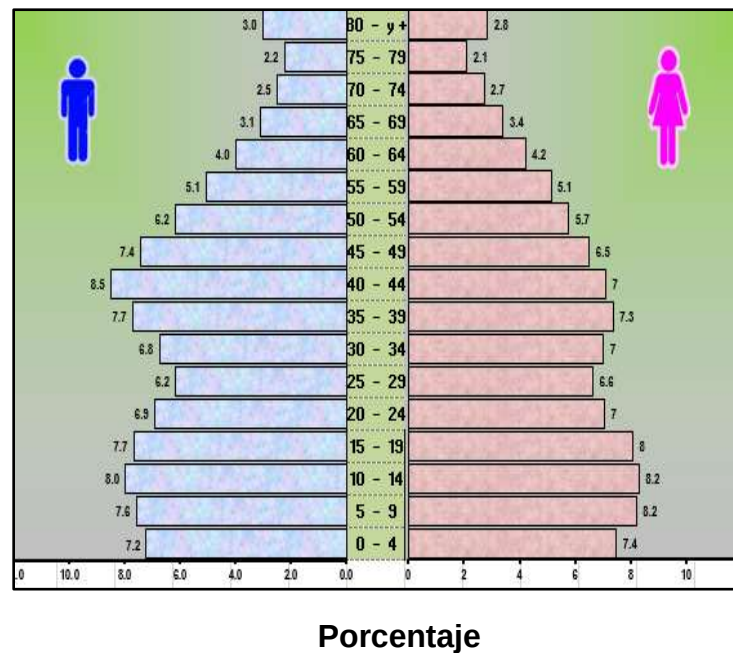


ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CHAME, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



Gráfica # 4

ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CHAME, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2019

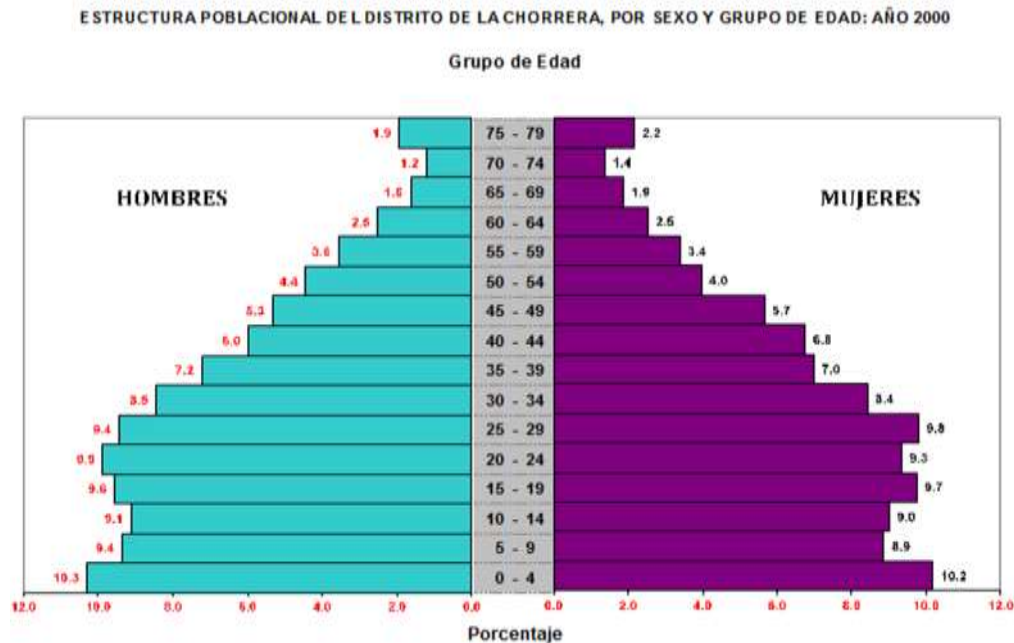


Fuente: Depto. Estadísticas y Registros Médicos, RSPO

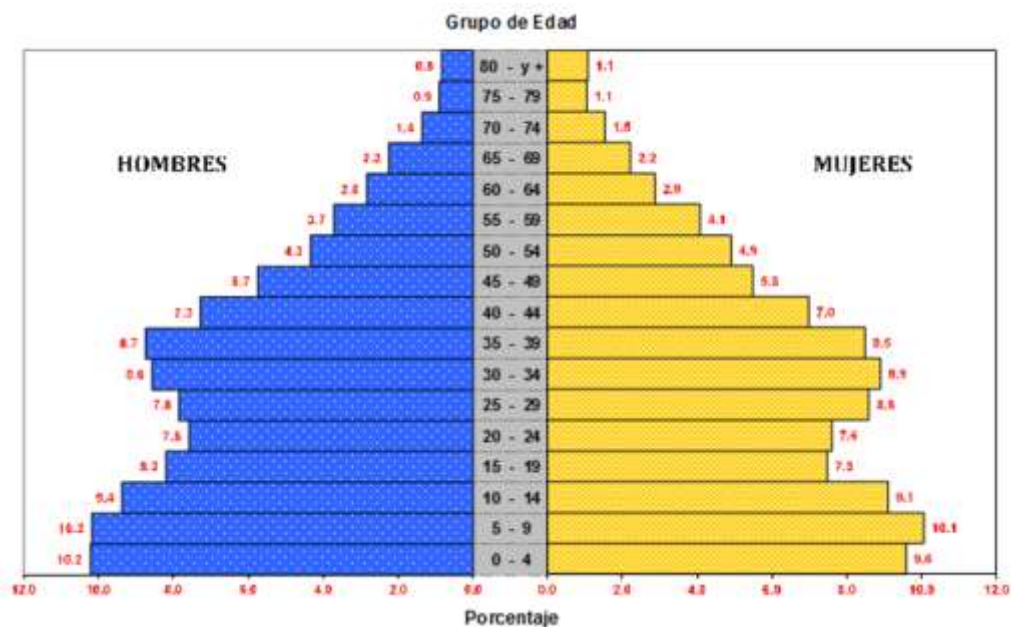
Distrito de La Chorrera

En cuanto a la estructura de esta población, se observa que los <5 años representan el 7.3 %, el grupo de 5–9 el 8.2%, el grupo de 10–14 años el 7.3% y de 15-19 años el 8.0%. El 23.5% de los habitantes son menores de 15 años y el 12.2% son mayores de 65 años, El 64.3%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. El sexo masculino, constituye el 50.8% y el sexo femenino el 49.2%.

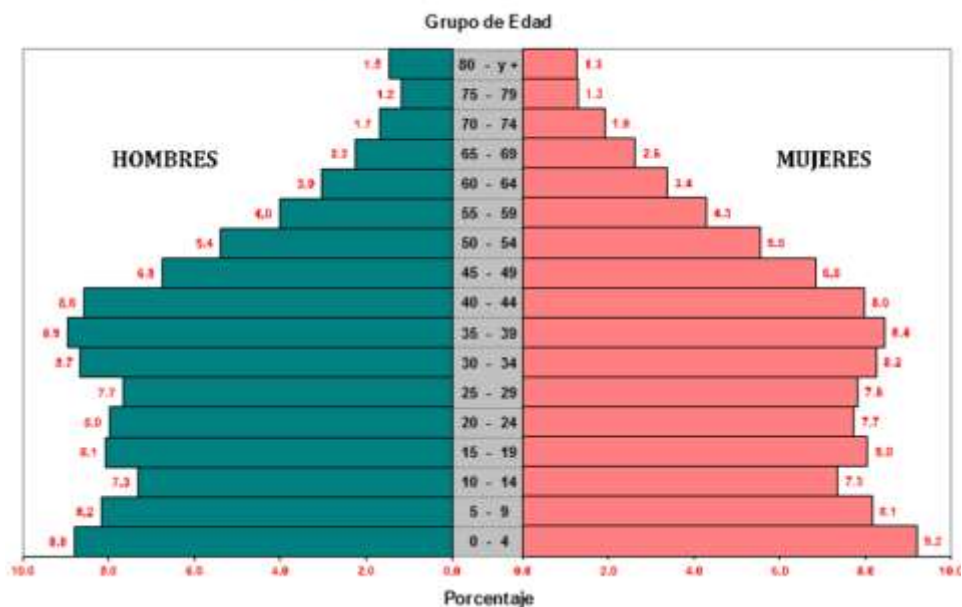
Observamos la disminucion de la base de la piramedie para el año 2019 y una barra ancha a nivel de las edades productivas. Con respecto a las edades productivas se mantiene una tendencia estable en las edades productivas.



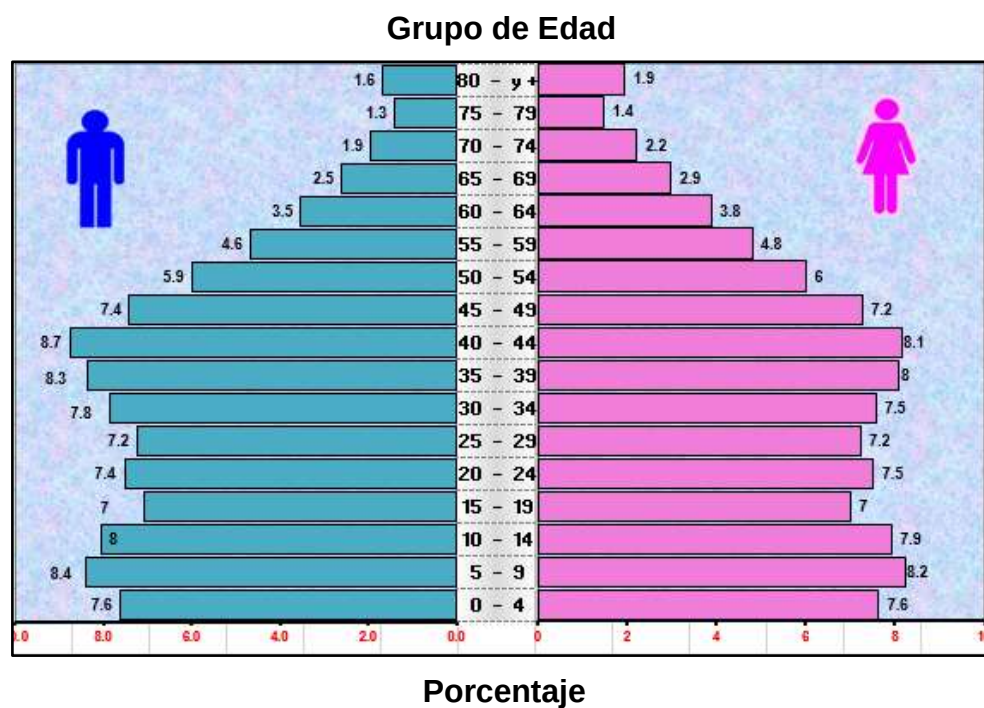
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE LA CHORRERA, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



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



Gráfica # 5
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE CHORRERA, POR SEXO Y
GRUPO DE EDAD: AÑO 2019



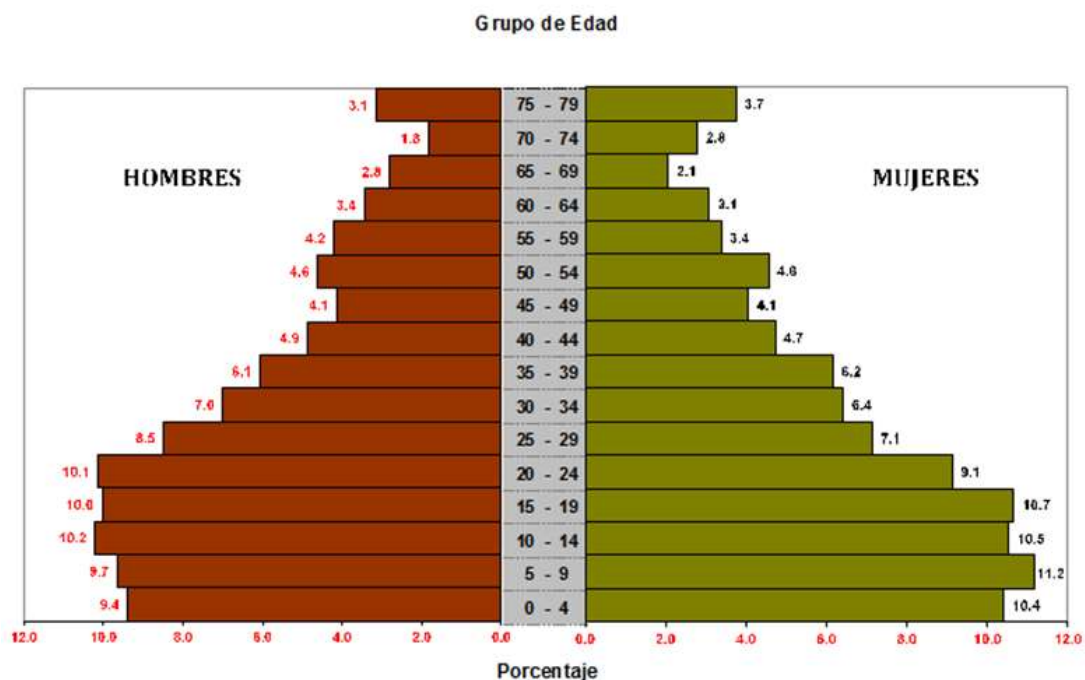
Fuente: Depto. Estadísticas y Registros Médicos, RSPO.

Distrito de San Carlos

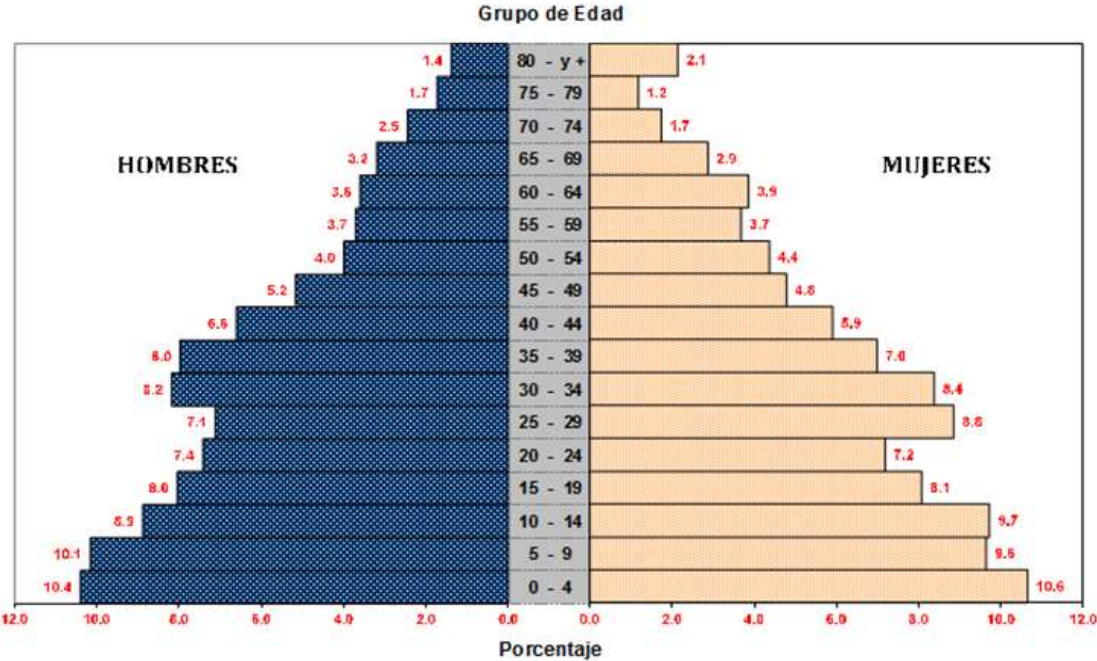
En la estructura poblacional de este distrito se puede observar que los <5 años representan el 7.3 %, el grupo de 5–9 el 7.6%, el grupo de 10 – 14 años el 8.2% y de 15-19 años el 8.0%. El 23.2% de los habitantes son menores de 15 años y el 15.0% son mayores de 65 años, El 61.8%, corresponde al grupo de edad productiva de 15 - 64 años. El sexo masculino, constituye el 53.5% y el sexo femenino el 46.5%.

Observamos que en el año 2019 se disminuyo la base de la pirámide en este distrito con respecto al 2000 y 2010 y se ha aumentado las barras en las edades productivas.

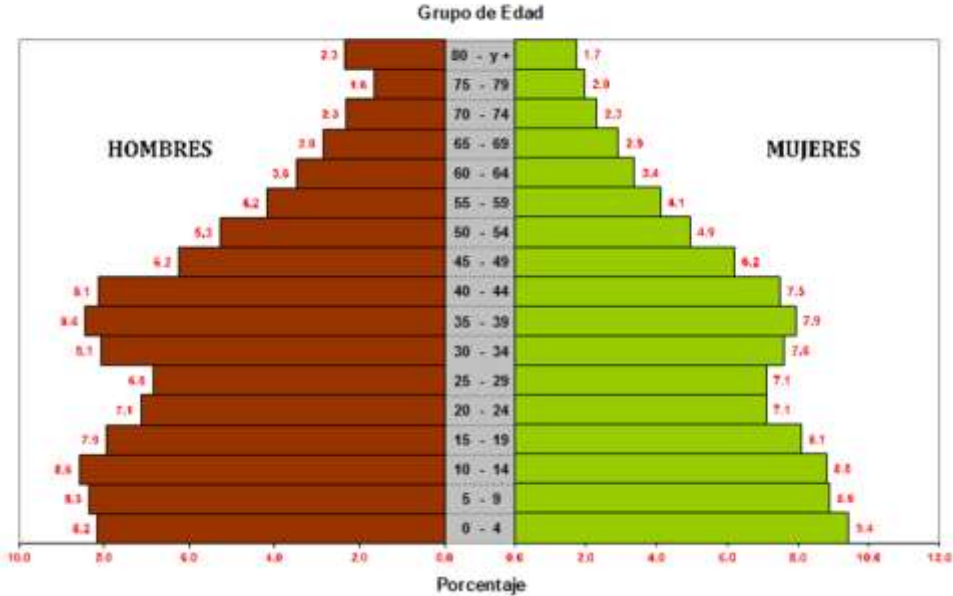
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE SAN CARLOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2000



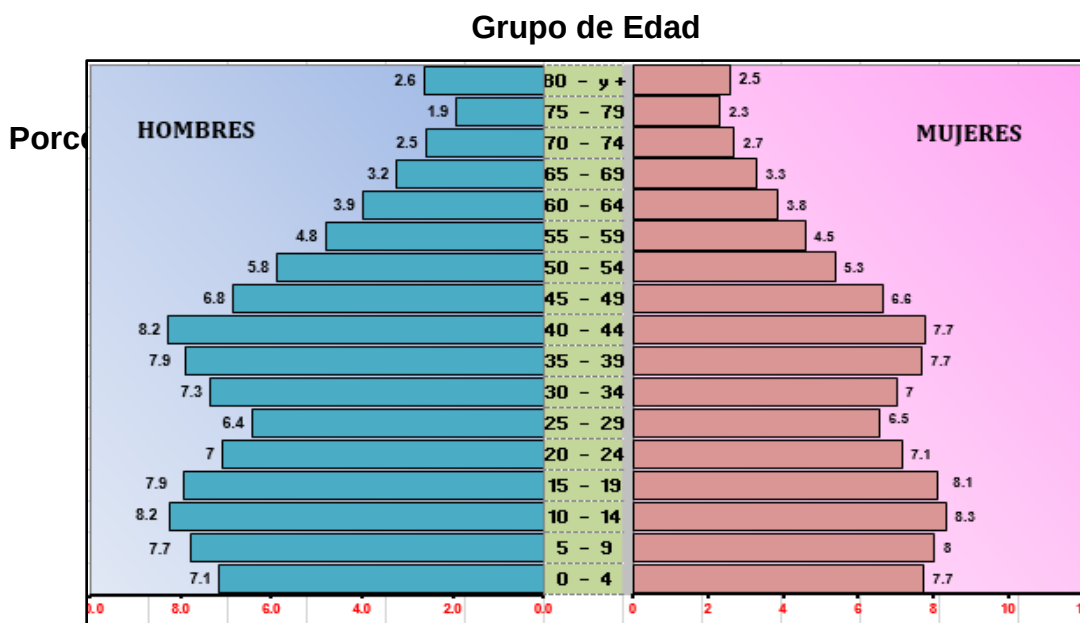
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE SAN CARLOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD: AÑO 2010



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



Gráfica # 6
ESTRUCTURA POBLACIONAL DEL DISTRITO DE SAN CARLOS, POR SEXO
GRUPO DE EDAD: AÑO 2019



Fuente: Depto. Estadísticas y Registros Médicos, RSPo.

Basado en los indicadores demográficos se puede concluir que la Poblacion de Panamá Oeste presenta un crecimiento poblacional de 14.6 lo que se ha mantenido en los últimos 9 años ya que en el 2010 la Provincia de Panamá Oeste presentó la misma cifra. No obstante, la Tasa general de fecundidad de la Provincia de Panama Oeste aumentò ya que en el año 2010 se encontraba en 68.2 y en el año 2018 aumento a 73.7 que va acorde con una tasa de natalidad aumentada en el año 2010 de 18.3 a 19.1 en el año 2018.

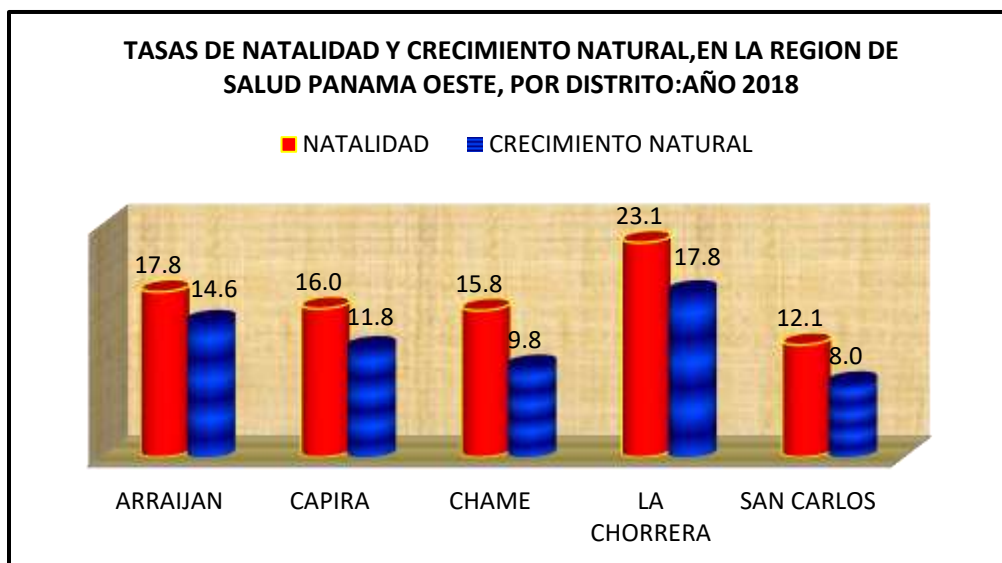
Este análisis concuerda con la Densidad Demográfica que se ha aumentado ya que en el año 2010 fue de 182.3 y en el año 2018 es de 233.5 correlacionado a que la poblacion de la Provinica de Panama Oeste ha ido en un franco aumento que puede explicarse por la gran cantidad de proyectos urbanísticos en la provincia y por lo tanto aumento de la poblacion en edad productiva en la Provincia de Panamá Oeste.

La misma tiene base estrecha, además, una disminución rápida hacia el vértice. Se trata de una población joven con una tendencia a la baja natalidad.

Esta transición demográfica afecta las condiciones de salud de la población indudablemente, la cual está reflejando un paulatino aumento de las personas en edades mayores, lo que permite referirnos al inicio de un proceso de envejecimiento

demográfico que aunque incipiente, se prevé gradual y sostenido en los próximos años.

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



SITUACIÓN DE SALUD, ASPECTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD EN LA REPÚBLICA, POR SEXO, SEGÚN ÁREA, PROVINCIA Y CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA: AÑOS 2012-16										
Área, provincia y condición de actividad económica	Distribución porcentual de la población de 15 y más años de edad (1) (2)									
	2012		2013		2014		2015		2016	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Panamá Oeste	..	..	48.7	51.3	49.7	50.3	49.6	50.4	48.3	51.7
Económicamente activos	..	..	60.8	39.2	60.3	39.7	60.1	39.9	58.9	41.1
Ocupada	..	..	61.1	38.9	60.6	39.4	60.9	39.1	59.2	40.8
Desocupada	..	..	51.8	48.2	55.1	44.9	47.3	52.7	54.8	45.2
No económicamente activa	..	..	26.8	73.2	30.5	69.5	31.1	68.9	28.2	71.8

PENSIONADOS Y JUBILADOS POR CADA CIENTO HABITANTES Y POR CADA CIENTO PROTEGIDOS EN LA PROVINCIA DE PANAMA OESTE AÑOS 2012-16

Provincia	Pensionados y jubilados				
	2012	2013	2014	2015	2016 (P)
Por cada cien habitantes (1)					
Panamá Oeste	..	..	...	6.0	6.1
Por cada cien protegidos					
Panamá Oeste	..	..	...	7.4	7.5

PORCENTAJE DE COTIZANTES ACTIVOS DEL TOTAL DE ASEGURADOS COTIZANTES EN LA PROVINCIA DE PANAMA OESTE AÑOS 2012-16					
Provincia y comarca indígena	Porcentaje de cotizantes activos del total de asegurados cotizantes				
	2012	2013	2014	2015	2016 (P)
Panamá Oeste	..	..	...	85.2	85.0

ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN:

Se cuenta con cerca de 373 escuelas en total, públicas y privadas, se han cerrado en los últimos años 2 escuelas públicas (El Bejuco en Capira y El Mangote en Chame) por falta de matrícula. Además, se cuenta con una matrícula para el año 2019 de aproximadamente 118,508 estudiantes

, de los cuales 96,800 acuden a los sistemas públicos de enseñanza distribuidos en 243 escuelas oficiales entre Multigrados, primarias, Premedia, medias y Jóvenes y Adultos. Al sistema privado de educación acuden cerca de 21,708 estudiantes distribuidos en 130 escuelas.

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

Grado de escolaridad	2000			2010			2019		
Total	Hombre	Mujer		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Públicas									
Preescolar	5488	2831	2,657	8278	4228	4050	10847	5594	5253
Primaria	38727	20141	18586	46878	24331	22547	50925	26247	24678
Premedia	13317	6752	6565	20427			21697	10762	10935
Media	6845	3374	3471	8690			12077	5782	6295
Privadas *****2015									
Preescolar	1301	616	685	1211	599	612	4073	1996	2077
Primaria	3782	1740	2042	3377	1698	1679	10399	5096	5303
Premedia	1335	645	690	1797	920	877	4386	2149	2237
Media	783	365	418	856	400	456	2850	1397	1453

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

- Lavado de manos en donde se destaca el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano, docente y de salud, en el tema para que en los centros escolares y comunidades se promueva entre los niños la práctica del lavado de manos con agua y jabón, para la prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.
- Control y prevención del Dengue con el propósito de activar todos los programas de salud para la prevención y erradicación del dengue

intensificando las estrategias para la eliminación de criaderos y control del mismo.

- Grupo Caza Mosquito
- Reciclaje se busca reducir la proliferación de desechos sólidos por las calles y veredas, y por ende reducir los criaderos y proliferación de vectores a nivel de casa, escuela y comunidad.
- Guardianes de la Cuenca MEDUCA –ACP en donde se ve el tema de Calidad de Agua en las regiones de la cuenca.
- Manejo y uso de plaguicidas: Ley N° 19 sobre medidas de prevención, control y fiscalización en torno a la producción, preparación y otros precursores y sustancias químicas controladas.
- Control y limpieza de guano de murciélagos y palomas se supervisa, se hacen recomendaciones al director y en caso grave se procede a una evaluación por parte de Ingeniería y Arquitectura para la solución del problema.
- Se realizó un concurso de Ensayo Escolar ACU (Asociaciones Cívicas Unidas, en el mes de agosto 2014 con el tema ¿Qué relación hay entre la basura y los vectores?
- Programa de limpieza general en todos los Centros Educativos de Panamá Oeste.

POBLACIÓN ESTUDIANTIL AÑO 2019 PANAMÁ OESTE. Julio 2019*

NIVEL O GRADO	TOTAL
Kínder oficial	8,656
CEFACEI dentro de las escuelas	835
CEFACEI fuera de las escuelas y CAIPI	1430
Primaria	50,925
Premedia y Media	33,774
Terminación de Estudios Primarios	82
TOTAL	95,702

*Solo escuelas oficiales

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

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

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

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

ECONOMÍA:

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

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

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

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

La Chorrera y Arraiján es un eje con gran impulso comercial. Aporta 5,2% del Producto Interno Bruto (PIB) al país.

En base al mapa de riesgo realizado por la Oficina Integral de Riesgos y Desastres en salud la Provincia de Panamá Oeste presenta riesgo de inundaciones en los Distritos de Arraiján y La Chorrera.

El suministro de agua potable es por medio de acueductos rurales que son administrados por Junta Administradora de Agua y Comites de Salud, los cuales

utilizan pozos perforados, fuentes por gravedad ríos y quebradas supervisadas por el IDAAN; y el IDAAN que utiliza plantas de tratamiento.

La región oeste recibe agua de 6 plantas potabilizadoras: Miraflores y Biwater (Laguna Alta) abastecen a casi todo el distrito de Arraiján (99%), La Potabilizadora de El Trapichito abastece cerca del 30% del área urbana del distrito de la Chorrera y el 70% complementario de dicha área está dada por la Potabilizadora de Mendoza. La quinta potabilizadora del área Oeste es la de Bejuco, la cual dota de agua a los corregimientos de Bejuco y Chame, por último, la potabilizadora de San Carlos brinda el servicio a la cabecera del distrito.

También existe en Cerro Cama una potabilizadora de agua que abastece a todo el poblado y que ya es necesario el mejoramiento por el aumento de la población. El abastecimiento del agua de las áreas rurales de los 5 distritos de la región está dado por un sistema de acueductos rurales. Algunos de estos acueductos están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y otros bajo responsabilidad del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacional. De los 330 acueductos rurales en 282 poblados que operan bajo la responsabilidad del MINSA, 175 funcionan con turbinas, 132 por gravedad y 23 emplean un sistema mixto. Actualmente el 80% de los acueductos rurales cuentan con clorinadores.

En la actualidad, por la construcción de proyectos urbanísticos en la Provincia de Panama Oeste, mas específicamente en el Distrito de Arraijan el IDAAN aumentó su capacidad de distribución de agua para las viviendas y así poder garantizarle el suministro.

Se ha fortalecido dentro de las acciones del Departamento de Sanemaiento Ambiental las acciones para el mejoramiento de los acueductos rurales, asesoramiento a las Juntas Administradores de Agua Rurals (JAAR) y dotación de insumo para el mantenimiento de los clorinadores. Se monitorean los acueductos periódicamente con pruebas de laboratorios químicos para la verificar la calidad del agua.

DISTRITO	POBLACION	VIVIENDAS	CON AGUA POTABLE	
			CONEXIÓN DOMICILIAR	POZO PLUMA PUBLICA
Arraiján	255704	72189	70395	6
La Chorrera	151232	76932	72775	16
Capira	53240	19045	15676	340
Chame	31329	14743	14181	0
San Carlos	22948	8645	8334	0

Condiciones de Saneamiento Básico

Condiciones del Saneamiento Básico (Encuesta Mix o Censo)	2019
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano	98.9%
Urbano	99.9%
Rural	97.9%
Indígena	0
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (rellenos sanitario o enterramiento)	70.4%
Urbano	88.4%
Rural	48.8%
Indígena	0
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (Alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)	94.3%
Urbano	92.4%
Rural	96.7%

Indígena	0
% de Instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)	17%

Podemos observar que la Provincia de Panama Oeste presenta un 99.9% con disposición de agua potable esto incluye áreas urbanas y áreas rurales.

Tenemos un 70.4% a nivel provincial de disposición adecuada de residuos solidos con un 88.4% en área urbana y un 48.8% en área rural. Y con 94.3% de áreas residuales a nivel de la provincia de Panama Oeste.

Luego si podemos observar que el 17% de las instalaciones de salud de la region de salud de Panama Oeste no cuenta jcon una disposición adecuada de desechos hospitalarios y esto es una limitación a nivel de nuestra provincia.

En relación a los residuos sólidos existe un Relleno Sanitario en La Chorrera que reciben los desechos de Arraijan, La Chorrera y San Carlos.

En el Distrito de Chame existe un vertedero a cielo abierto el cual no reúne las condiciones mínimas y allí depositan sus desechos lospodemos obser distritos de Capira y Chame.

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

Actualmente, se tiene un proyecto para el mejoramiento de las aguas residuales de Arraijan y La Chorrera se encuentra dentro de el Proyecto de Sanemaiento de la Bahía por lo que en los próximos años este aspecto se debe ir mejora

**TASA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, REGIÓN
DE SALUD PANAMÁ OESTE: AÑO 2019**

CAUSA / CÓDIGO		TOTAL	
		Nº	TASA
TOTAL		276216	479.5
DIARREA Y GASTROENTERITIS	A09.0- A09.9	36549	63.4
RINOFARINGITIS AGUDA	J00.X	24339	42.2
OBESIDAD, Y LAS NO ESPECIFICADA	E66.1 - E66.9	17288	30.0
SINDROME GRIPAL Y OTRAS	J11.0 - J11.8	8322	14.4
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	I10.0-2	7010	12.2
INFECC. EN VIAS URINARIAS	N39.0	4415	7.7
INFECC. AGUDAS DE LAS VIAS RESP. SUP. Y SITIOS MÚLTIPLES Y N. E.	J06.0-J06.9	3501	6.1
DIABETES MELLITUS Y LAS NO ESPECIF.	E10.0 - E14. 1-9	2408	4.2
AMIGDALITIS AGUDA, Y LAS NO ESPECIF.	J03.0 - J03.9	2345	4.1
FARINGITIS AGUDA, N.E.	J02.0 - J02.9	2296	4.0
DERMATITIS Y LAS NO ESPECIF.	L30.9	2168	3.8
PIODERMA	L08.0	1922	3.3
GASTRITIS, ESPECIFICADAS Y N.E.	K29.1 - K29.7	1898	3.3
LUMBAGO, N.E.	M54.5	1744	3.0
PARASITOSIS INTESTINAL	B82.9	1279	2.2
ASMA, Y LAS NO ESPECIF.	J45.0 - J45.9	1252	2.2
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T78.4	1005	1.7

DESNUTRICIÓN LEVE, MODERADO - SEVERO	E44.1-2 - E42.X	861	1.5
ANEMIA Y LAS NO ESPECIF.	D64.9	857	1.5
DESNUTRICIÓN - BAJO PESO	E46.X	846	1.5
OTRAS CAUSAS		153911	267.2

Fuente Institucional: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

**Cuadro N° 27. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN LA REGIÓN
DE SALUD PANAMÁ OESTE, POR GRUPO DE EDAD: AÑO 2019**

GRUPO DE EDAD													
< 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		5-9 AÑOS		10-14 AÑOS		15 -19 AÑOS		20-59 AÑOS		60 Y MAS	
CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°	CAUSA	N°
TOTAL	20447	TOTAL	51097	TOTAL	37334	TOTAL	23769	TOTAL	23831	TOTAL	2E+05	TOTAL	30693
RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	4937	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	3471	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A03.0-3)	4538	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A03.0-3)	2150	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A03.0-3)	1684	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A03.0-3)	15071	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10-I15)	4602
GASTROENTERITIS Y COLITIS (A03.0-3)	2043	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A03.0-3)	8780	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	3612	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	1110	OBESIDAD (E66.9)	607	OBESIDAD (E66.9)	11344	GASTROENTERITIS Y COLITIS (A03.0-3)	2281
BRONQUIOLITIS AGUDA Y LAS N/E (J21.0-3)	1774	INFECC. AGUDA DE VIAS RESP. SUP. (J06.0-3)	1312	OBESIDAD (E66.9)	954	OBESIDAD (E66.9)	809	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	566	INFLUENZA (J11.0-3)	4057	OBESIDAD (E66.9)	1909
OBESIDAD N/E (E66.9)	585	INFLUENZA (J11.0-3)	1218	INFLUENZA (J11.0-3)	870	INFLUENZA (J11.0-3)	444	INFLUENZA (J11.0-3)	368	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	3674	DIABETE MELLITUS Y LAS N/E (E10.0-E14.3)	1165
INFLUENZA (J11.0-3)	421	BRONQUIOLITIS AGUDA Y LAS N/E (J21.0-3)	1078	INFECC. AGUDA DE VIAS RESP. SUP. (J06.0-3)	646	INFECC. AGUDA DE VIAS RESP. SUP. (J06.0-3)	239	INF. DE VIAS URINARIAS (N53.0)	349	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10-I15)	3593	RINOFARINGITIS AGUDA (J00.X)	960
DERMATITIS N/E (L30.0-3)	315	AMIGDALITIS AGUDA (J03.0-9)	1047	AMIGDALITIS AGUDA (J03.0-9)	488	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO Y LOS N/E (N54.0-3)	147	GASTRITIS Y LAS N/E (K23.0-3)	158	INF. DE VIAS URINARIAS (N53.0)	2632	INFLUENZA (J11.0-3)	933
ICTERICIA NEONATAL, N/E (P53.3)	304	PIODERMA (L00.0)	398	FARINGITIS AGUDA N/E (J02.0-3)	359	AMIGDALITIS AGUDA (J03.0-9)	143	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO Y LOS N/E (N54.0-3)	135	DORSALGIA (M54.0-3)	1912	TRAST. DEL METAB. DE LAS LIPOPROTEINAS Y LAS N/E (E70.0-E74.3)	781
DERMATITIS DEL PAÑAL (L22.X)	297	FARINGITIS AGUDA N/E (J02.0-3)	766	PIODERMA (L00.0)	291	INF. DE VIAS URINARIAS (N53.0)	127	INFECC. AGUDA DE VIAS RESP. SUP. (J06.0-3)	120	CONJUNTIVITIS Y LAS N/E (H10.0-3)	1289	INF. DE VIAS URINARIAS (N53.0)	651
INFECC. AGUDA DE VIAS RESP. SUP. (J06.0-3)	280	FARINGITIS Y LAS N/E (J02.0-3)	766	DERMATITIS N/E (L30.0-3)	262	ESCABIOSIS (D06.X)	117	APSCESO CUTÁNEO Y LOS N/E (L02.0-3)	107	DIABETE MELLITUS Y LAS N/E (E10.0-E14.3)	1224	DORSALGIA (M54.0-3)	520
PIODERMA (L00.0)	256	ESCABIOSIS (D06.X)	648	MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO Y LOS N/E (N54.0-3)	253	CONJUNTIVITIS Y LAS N/E (H10.0-3)	116	DOLOR ABDOMINAL Y PÉLVICO (R10.0-4)	103	GASTRITIS, Y DUODENITIS (K23.0-3)	1198	DOLOR EN ARTICULACION (M25.3)	358
ESCABIOSIS (D06.X)	250	OBESIDAD (E66.9)	600	PARASITOSIS INTESTINAL (B62.3)	224	FARINGITIS AGUDA N/E (J02.0-3)	115	FARINGITIS AGUDA N/E (J02.0-3)	85	TRAST. DEL METAB. DE LAS LIPOPROTEINAS Y LAS N/E (E70.0-E74.3)	1138	DERMATITIS Y ECZEMA (L20-L30)	255
FARINGITIS Y LAS N/E (J02.0-3)	244	DERMATITIS N/E (L30.0-3)	552	ESCABIOSIS (D06.X)	223	DERMATITIS N/E (L30.0-3)	111	CEFALEA (R51.X)	81	INFECC. AGUDA DE VIAS RESP. SUP. (J06.0-3)	793	GASTRITIS, Y DUODENITIS (K23.0-3)	249
DERMATITIS ATÓPICA Y LAS N/E (L20.0-3)	241	ASMA Y LAS N/E (J45.0-3)	470	ASMA Y LAS N/E (J45.0-3)	200	APSCESO CUTÁNEO Y LOS N/E (L02.0-3)	82	CONJUNTIVITIS Y LAS N/E (H10.0-3)	79	DERMATITIS N/E (L30.0-3)	664	ENFERMEDAD ESCARABROVASCULARES (I20-I25)	116
CONJUNTIVITIS Y LAS N/E (H10.0-3)	234	PARASITOSIS INTESTINAL (B62.3)	435	DESNUTRICION PROTEIN N/E (E40.X)	193	ALERGIA NO ESPECIFICADA (T78.4)	78	AMIGDALITIS AGUDA (J03.0-9)	69	DOLOR EN ARTICULACION (M25.3)	647	ENFER. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA N/E (J44.0-3)	72
OTRAS CAUSAS	8266	OTRAS CAUSAS	22956	OTRAS CAUSAS	24221	OTRAS CAUSAS	17981	OTRAS CAUSAS	19380	OTRAS CAUSAS	103497	OTRAS CAUSAS	15841

NOTA: Se excluye Morbilidades Odontológicas

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIES

Fuente Institucional: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

**TASA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE NOTIFICACIÓN ESPECIAL, EN LA REGIÓN DE SALUD
PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AÑO 2019**

CAUSAS / CODIGO		TOTAL		D I S T R I T O S									
				ARRAIJÁN		CAPIRA		CHAME		LA CHORRERA		SAN CARLOS	
		N°	TASA /	N°	TASA /	N°	TASA /	N°	TASA /	N°	TASA /	N°	TASA /
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09.0 - 9	36,549	63.4	14,536	53.1	1,926	40.8	450	14.3	15,450	77.4	4,187	174.5
SINDROME GRIPAL	J10.1 - J11.8	8,322	14.4	2,891	10.6	1,993	42.2	6	0.2	3,281	16.4	151	6.3
BRONQUIOLITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	J21.9	2,922	5.1	1,325	4.8	273	5.8	31	1.0	1,058	5.3	235	9.8
CONJUNTIVITIS N/E Y OTRAS CONJUNTIVITIS	H10.1-H10.9, B30.1- B30.9	2,565	4.5	1,003	3.7	182	3.9	46	1.5	1,204	6.0	130	5.4
BRONCONEUMONIA Y NEUMONIA	J12.0 - J18.0 - J18.9	1,573	2.7	851	3.1	20	0.4	3	0.1	660	3.3	39	1.6
MORDEDURA DE PERRO EN LUGAR N/E	W54.0 - W54.9	1,508	2.6	700	2.6	121	2.6	28	0.9	429	2.1	230	9.6
VULVOVAGINITIS, VAGINITIS AGUDA Y VULVITIS 2/	N76.0, N77.1	1,207	4.2	463	3.3	272	12.1	0	0.0	412	4.2	60	5.4
DENGUE	A90.X, A91.X	834	1.4	574	2.1	9	0.2	7	0.2	176	0.9	68	2.8
CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA 2/	B37.3, B37.9	825	2.9	293	2.1	245	10.9	25	1.7	254	2.6	8	0.7
VARICELA	B01.9	654	1.1	282	1.0	17	0.4	21	0.7	280	1.4	54	2.2
AMEBIASIS	A06.0 - A06.9	449	0.8	53	0.2	41	0.9	11	0.4	306	1.5	38	1.58
VENENO DE ESCORPION	T63.2	280	0.5	101	0.4	44	0.9	7	0.2	125	0.6	3	0.1
ABUSO FÍSICO Y OTROS	T74.0-T74.9	248	0.9	159	1.2	2	0.1	1	0.1	66	0.7	20	1.56
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA 2/	N73.9	235	0.8	163	1.2	15	0.7	0	0.0	29	0.3	28	2.5
INFECCIÓN VIRUS PAPILOMA HUMANO 2/	B97.7	231	0.8	68	0.5	45	2.0	3	0.2	115	1.2	0	0.0
LEISHMANIASIS CUTÁNEA Y OTRAS	B55.1-9	146	0.5	33	0.2	68	2.7	5	0.3	39	0.4	1	0.1
BLNORRÁGIA	A54.0-9	80	0.1	40	0.1	4	0.1	2	0.1	32	0.2	2	0.1
GIARDIASIS	A07.1	72	0.1	28	0.1	7	0.1	1	0.0	34	0.2	2	0.1
MORDEDURA DE OFIDIO	T63.0	60	0.1	24	0.1	4	0.1	1	0.03	7	0.0	24	1.0
VERRUGAS VENÉREAS ANOGENITALES	A63.0	59	0.1	24	0.1	0	0.0	1	0.0	34	0.2	0	0.0
OTRAS CAUSAS		17,303	30.0	10,419	38.1	0	0.0	27	0.9	6,159	30.8	698	29.1

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIRES

Fuente Institucional: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

**Cuadro N° 48. TASA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, EN LA REGIÓN
DE SALUD PANAMÁ OESTE: AÑO 2019**

CAUSAS	NUMERO (Ing+Nvas)	TASA
OBSIDAD (E66.0- E66.9)	13,661	59.1
EMFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10- I15)	8,196	35.5
DIABETES MELLITUS (E10 - E14)	2,389	10.3
TRAST. DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEÍNAS Y OTRAS LIPIDEMIAS (E78.0-9)	1,919	8.3
ARTROPATIAS (M00 - M25)	1,713	7.4
ASMA (J45.0 - J45.9)	422	1.8
EPILEPSIA (G40.0 - G40.9)	185	0.8
ENFER. CEREBROVASCULARES (I60 - I69)	176	0.8
ENFERMEDAD DEL CORAZON (I30 - I52)	99	0.4
ENFER. PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (J44.0 - J44.9)	82	0.4
INSUFICIENCIA RENAL (N17 - N19)	45	0.2
OTRAS CAUSAS	1,959	8.5

Fuente Documental: Sistema de Información Estadística en Salud. SIRES

**Cuadro N° 5. TASA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES, EN LA REGIÓN DE SALUD
PANAMÁ OESTE, POR GRUPO DE EDAD: AÑO 2018**

< 1 AÑO		Nº.	TASA	1 a 4 AÑOS		Nº.	TASA
P20/P29	TRASTORNO RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECÍFICOS DEL PERÍODO PERINATAL	26	25.38	V01/V09	PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSPORTE	2	0.05
P35/P39	INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERÍODO PERINATAL	25	2.36	A16.2	TUBERCULOSIS DE PULMON, SIN MENCIÓN DE CONFIRMACIÓN BACTERIOLOGICA O HISTOLOGICO.	1	0.03
Q20/Q28	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA CIRCULATORIOS	13	1.22	C49.9	TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO CONJUNTIVO Y TEJIDO BLANDO	1	0.03
P05/P08	TRAST. RELAC. CON LA DURACIÓN DE LA GESTACIÓN Y EL CRECIMIENTO FETAL	10	0.94	D15-1	TUMOR BENIGNO DEL CORAZÓN	1	0.03
P75/P78	TRAST. DEL SISTEMA DIGESTIVO DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO	9	0.85	G04.9	ENCEFALITIS, MIELITIS Y ENCEFALOMIELITIS, NO ESPECIFICADAS	1	0.03
R00/R99	CAUSAS MORTALIDAD MAL DEFINIDA Y DESCONOCIDAS	9	0.85	G62.9	POLINEUROPATIA, NO ESPECÍFICA	1	0.03
J09/J18	INFLUENZA (GRIPE) NEUMONIA	5	0.47	G80.9	PARÁLISIS CEREBRAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	1	0.03
Q38/Q45	OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA DIGESTIVO	5	0.47	I51.8	OTRAS ENFERMEDADES CARDÍACAS	1	0.03
Q65/Q79	MALFORMACIONES Y DEFECTOS CONGENITOS DEL SIST. OSTEO MUSCULAR	5	0.47	Q90.9	SÍNDROME DE DOWN, NO ESPECÍFICO	1	0.03
Q90/Q99	ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	5	0.47	W74.9	AHOGRAMIENTO Y SUMERSIÓN NO ESPECIFICADA	1	0.03
Q80/Q89	OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS	3	0.28	Y20.X	AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO Y SOFOCACIÓN, DE INTENCIÓN NO DETERMINADA	1	0.03
	OTRAS CAUSAS	23	2.17		OTRAS CAUSAS	2	0.05
TOTAL		138	13.00	TOTAL		14	0.38
5 a 14 AÑOS		Nº	TASA	15 a 19 AÑOS		Nº	TASA
V01/Y98	ACCIDENTES, SUICIDIOS, HOMICIDIOS, Y OTRAS CAUSAS EXTERNAS.	4	0.04	V01/Y98	ACCIDENTES, SUICIDIOS, HOMICIDIOS, Y OTRAS CAUSAS EXTERNAS.	17	0.40
C00/C97	TUMORES MALIGNOS	4	0.04	G00/G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	3	0.07
G00/G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	4	0.03	I00/I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	3	0.07
Q00/Q07	MALFORMACIONES CONGENITAS DEL SISTEMA NERVIOSO	3	0.02	C00/C97	TUMORES MALIGNOS	2	0.05
E00/E90	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	2	0.02	R00/R99	CAUSAS MORTALIDAD MAL DEFINIDA Y DESCONOCIDAS	2	0.05
I00/I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	2	0.02	B37.9	CANDIDIASIS, NO ESPECIFICADA	1	0.02
R00/R99	CAUSAS MORTALIDAD MAL DEFINIDA Y DESCONOCIDAS	2	0.02	E14.X	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA	1	0.02
K63.1	PERFORACIÓN DEL INTESTINO (NO TRAUMÁTICA)	1	0.01	K73.0	HEPATITIS CRÓNICA PERSISTENTE	1	0.02
			0.00	N04.9	SÍNDROME NEFRÓTICO	1	0.02
	OTRAS CAUSAS	1	0.01	Q89.9	MALFORMACIONES CONGENITAS, NO ESPECÍFICAS	1	0.02
TOTAL		23	0.24	TOTAL		32	0.75
20 a 59 AÑOS		Nº	TASA	60 AÑOS Y MÁS		Nº	TASA
V01/Y98	ACCIDENTES, SUICIDIOS, HOMICIDIOS, Y OTRAS CAUSAS EXTERNAS.	137	0.43	C00/C97	TUMORES MALIGNOS	304	5.08
C00/C97	TUMORES MALIGNOS	110	0.34	I60/I69	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	209	3.49
B20/B24	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA	54	0.17	I30/I52	OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	153	2.55
E10/E14	DIABETES MELLITUS	37	0.12	I21.9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	146	2.44
I30/I52	OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	36	0.11	E10/E14	DIABETES MELLITUS	127	2.12
K00/K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	31	0.10	J00/J99	ENFERMEDAD DEL SISTEMA RESPIRATORIO	106	1.77
N00/N99	ENFERMEDAD DEL SISTEMA GENITOURINARIO	30	0.09	K00/K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	94	1.57
I60/I69	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	28	0.09	I10/I15	ENFERMEDAD HIPERTENSIVAS	86	1.44
R00/R99	CAUSAS MORTALIDAD MAL DEFINIDA Y DESCONOCIDAS	24	0.07	R00/R99	CAUSAS MORTALIDAD MAL DEFINIDA Y DESCONOCIDAS	83	1.39
I21.9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	21	0.07	N00/N99	ENFERMEDAD DEL SISTEMA GENITOURINARIO	67	1.12
I00/I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	18	0.06	J09/J18	INFLUENZA (GRIPE) NEUMONIA	43	0.72
J00/J99	ENFERMEDAD DEL SISTEMA RESPIRATORIO	15	0.05	G00/G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	42	0.70
G00/G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	14	0.04	V01/Y98	ACCIDENTES, SUICIDIOS, HOMICIDIOS, Y OTRAS CAUSAS EXTERNAS.	41	0.68
I10/I15	ENFERMEDAD HIPERTENSIVAS	12	0.04	I20/I25	ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZÓN	37	0.62
	OTRAS CAUSAS	52	0.16		OTRAS CAUSAS	122	2.04
TOTAL		619	1.93	TOTAL		1660	27.71
No especificada		2	0.00				

Fuente Documental: Contraloría General de la República de Panamá. INEC, Estadísticas Vitales

Fuente Institucional: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

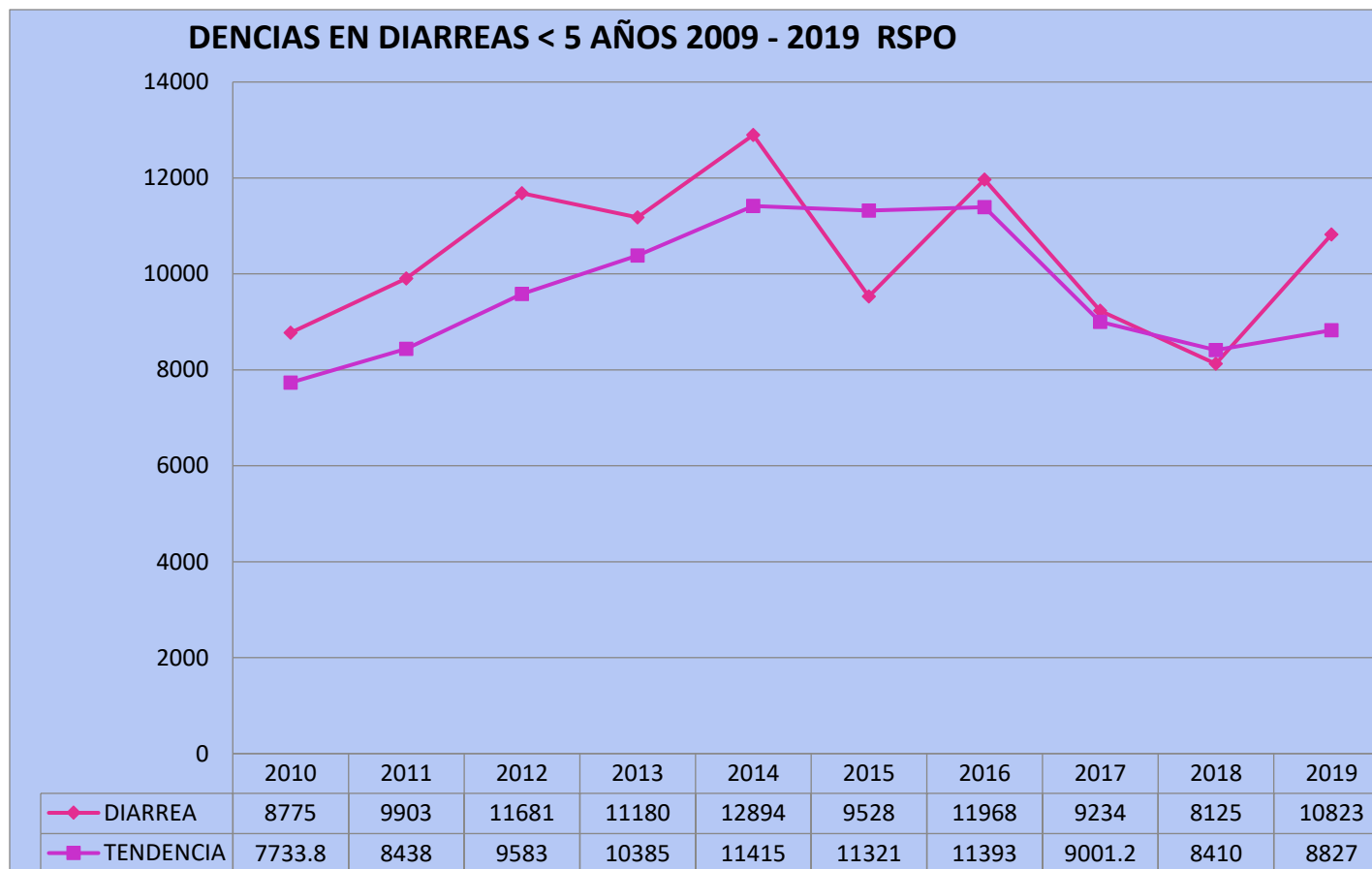
Cuadro N° 6. TASA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES, EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE, POR DISTRITO: AÑO 2018

DEFUNCIONES GENERALES		TOTAL		ARRAIJAN		CAPIRA		CHAME		LA CHORRERA		SAN CARLOS	
		Nº	TASA l/	Nº	TASA l/	Nº	TASA l/	Nº	TASA l/	Nº	TASA l/	Nº	TASA l/
TUMORES MALIGNOS	(C00-D09)	423	0.75	183	0.68	24	0.52	30	0.97	170	0.86	16	0.68
ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	(I60-I69)	238	0.42	103	0.38	13	0.28	13	0.42	99	0.50	10	0.42
ACCIDENTES, SUICIDIOS, HOMICIDIOS Y OTRAS CAUSA EXTERNAS	(V00-Y98)	203	0.36	74	0.28	17	0.36	13	0.42	88	0.45	11	0.47
OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON	(I30-I52)	192	0.34	56	0.21	22	0.47	23	0.75	81	0.41	10	0.42
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	(I21)	168	0.30	77	0.29	16	0.34	15	0.49	53	0.27	7	0.30
DIABETES MELLITUS	(E10-E14)	165	0.29	57	0.21	13	0.28	12	0.39	79	0.40	4	0.17
ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO	(K00-K99)	129	0.23	44	0.16	12	0.26	9	0.29	62	0.32	2	0.08
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	(N00-N99)	98	0.17	46	0.17	6	0.13	8	0.26	33	0.17	5	0.21
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	(I10-I15)	98	0.17	44	0.16	8	0.17	10	0.32	32	0.16	4	0.17
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	(P00-P99)	78	0.14	39	0.15	5	0.11	4	0.13	30	0.15	0	0.00
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	(G00-G99)	67	0.12	24	0.09	6	0.13	6	0.19	28	0.14	3	0.13
ENFERMEDAD DEL SISTEMA RESPIRATORIO	(J00-J99)	63	0.11	18	0.07	10	0.21	7	0.23	26	0.13	2	0.08
VIH y S.I.D.A.	(B20-B24)	62	0.11	34	0.13	2	0.04	3	0.10	22	0.11	1	0.04
ENFER. CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES	(J40-J47)	55	0.10	17	0.06	4	0.09	4	0.13	27	0.14	3	0.13
BRONCONEUMONIA / NEUMONIAS ESPECIFICADAS Y N.E.	(J12-J18.9)	52	0.09	25	0.09	1	0.02	4	0.13	19	0.10	3	0.13
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	(I00-I99)	45	0.08	19	0.07	2	0.04	1	0.03	21	0.11	2	0.08
MALFORM CONGENITAS, DEFORMIDAD Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	(Q00-Q99)	41	0.07	12	0.04	2	0.04	3	0.10	22	0.11	2	0.08
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	(A00-B99)	41	0.07	18	0.07	2	0.04	1	0.03	20	0.10	0	0.00
ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON	(I20-I25)	40	0.07	17	0.06	4	0.09	3	0.10	15	0.08	1	0.04
ENFER. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y Metabólicas	(E00-E99)	29	0.05	10	0.04	0	0.00	2	0.06	16	0.08	1	0.04
DEMÁS CAUSAS		201	0.36	88	0.33	22	0.47	10	0.32	72	0.37	9	0.38
TOTAL		2488	4.40	1005	3.75	191	4.10	181	5.87	1015	5.16	96	4.07

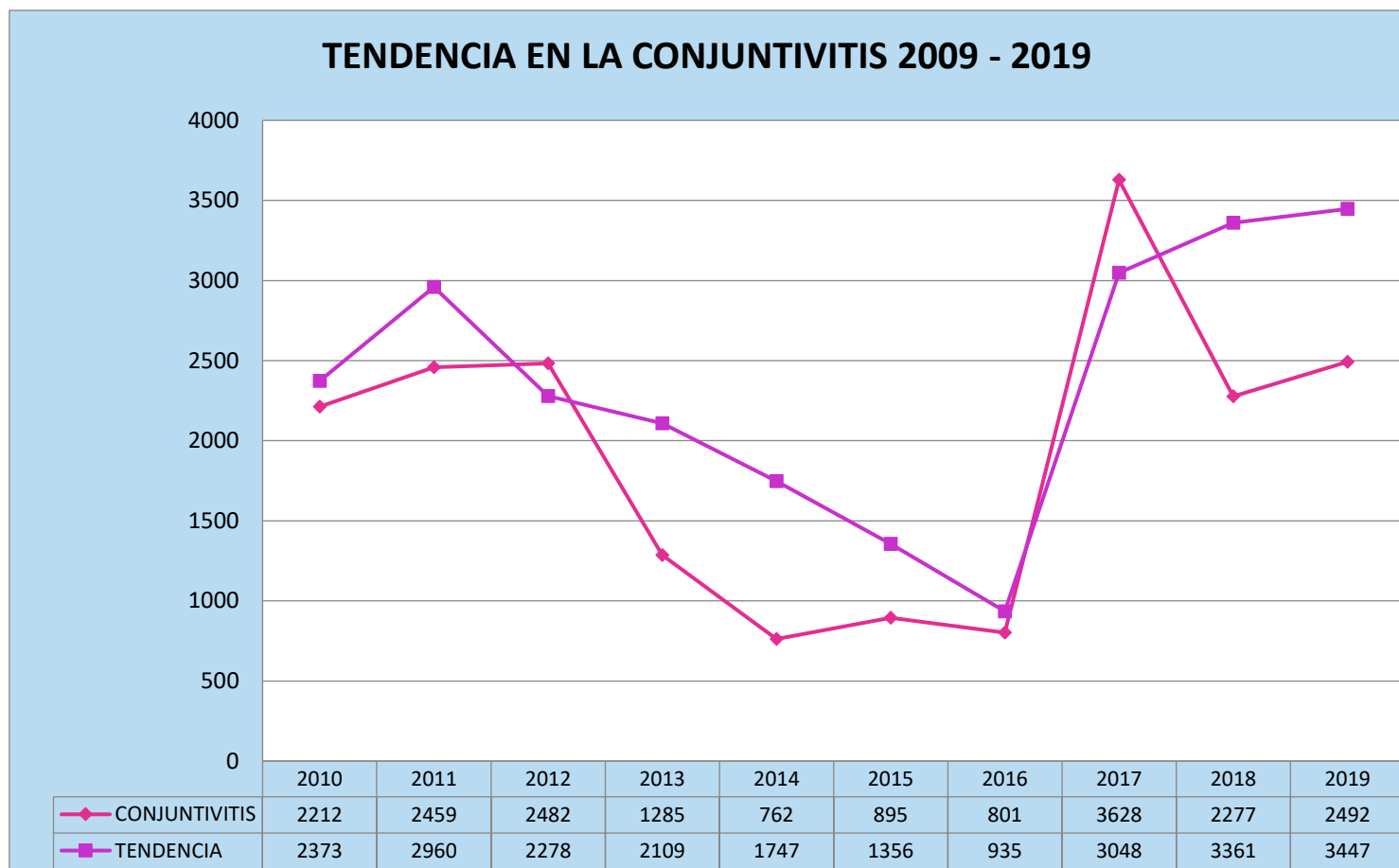
1/ Cálculo por cada 1,000 habitantes

Fuente Documental: Contraloría General de la República de Panamá. INEC, Estadísticas Vitales.

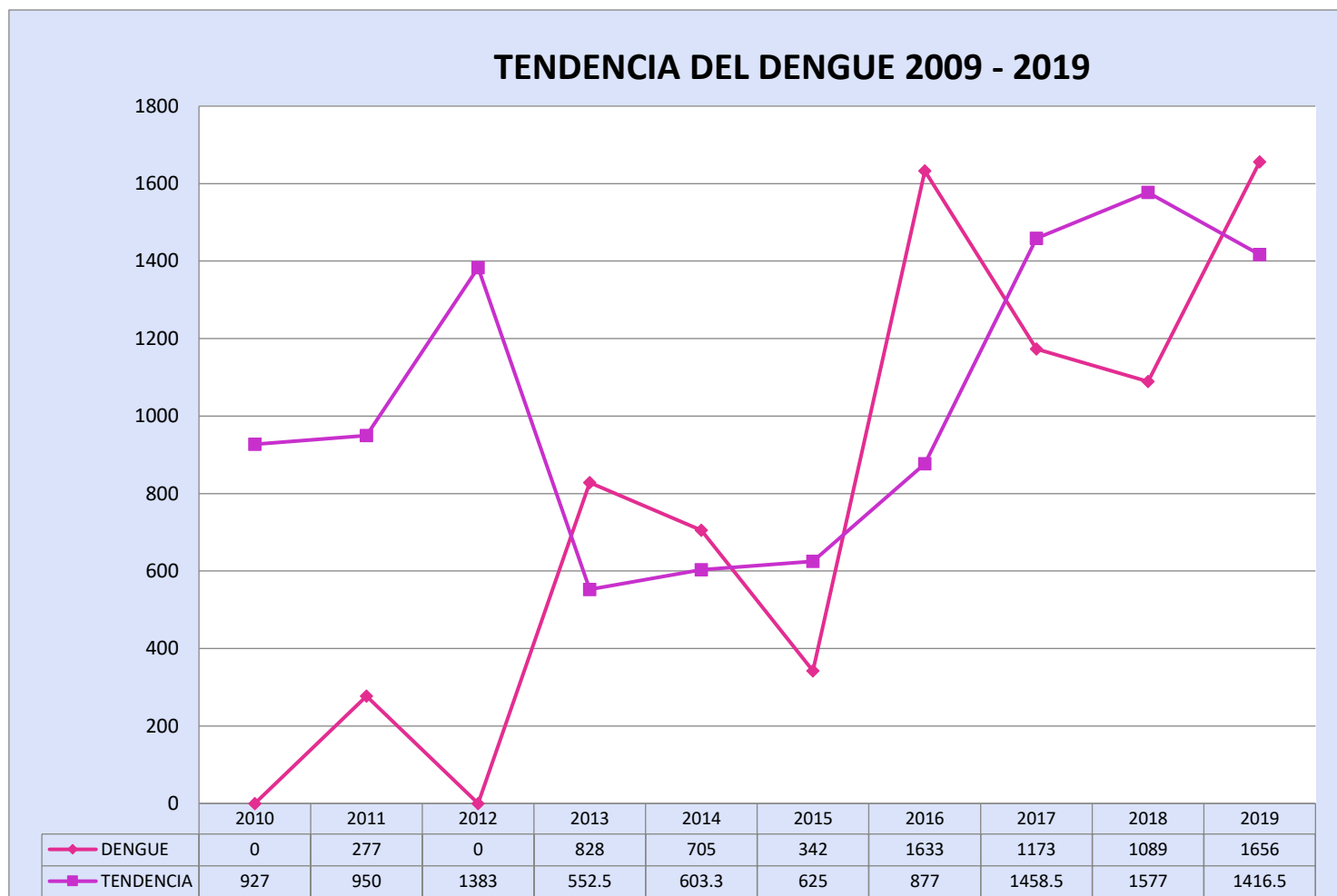
Fuente Institucional: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.



Notamos que la tendencia de la Diarrea en los menores de 5 años fue en aumento hasta el año 2016 y en los últimos tres años ha estado en una tendencia a la baja.

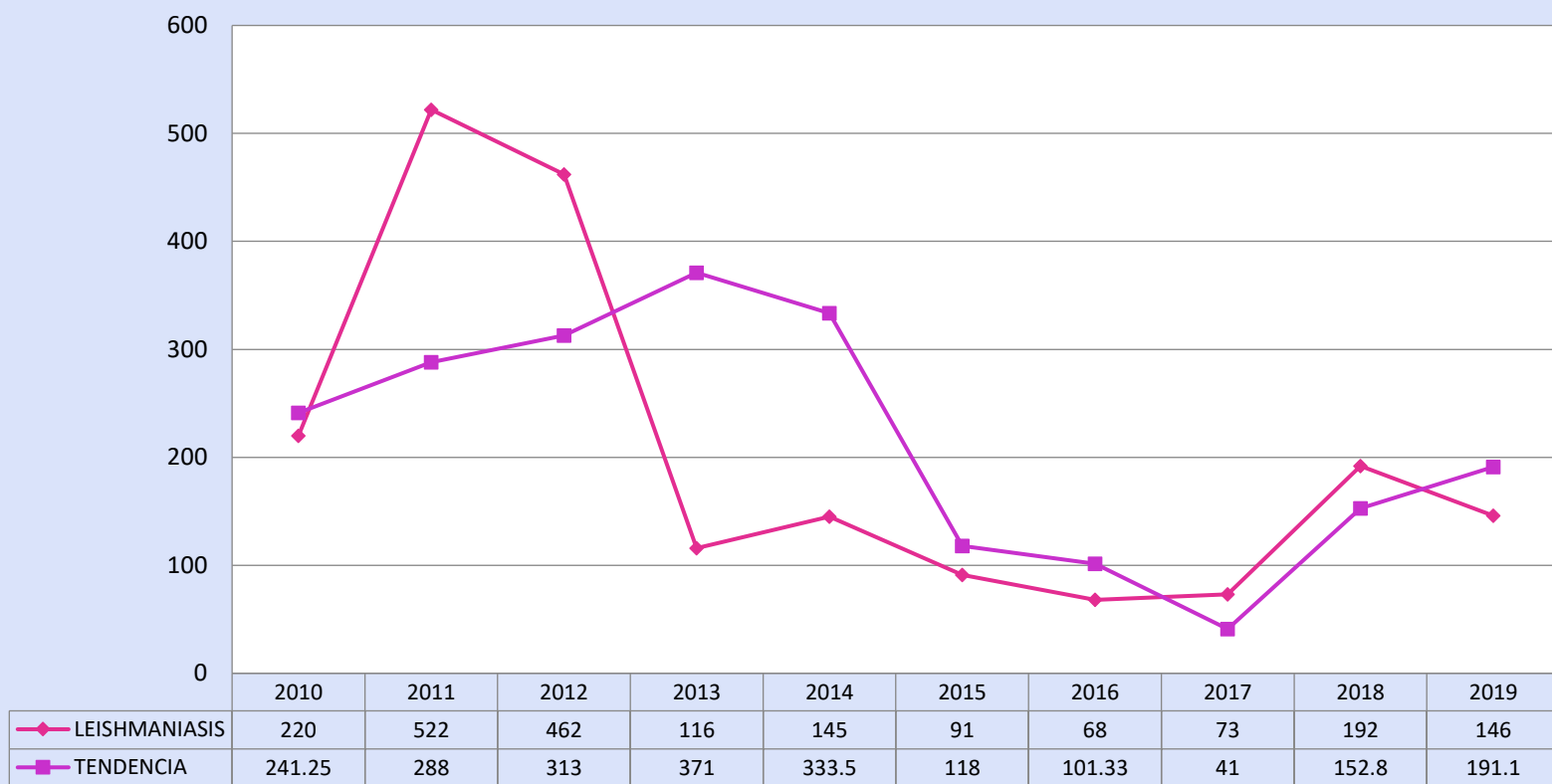


Notamos que los casos de Conjuntivitis se aumento en los últimos tres años con una tendencia al aumento del numero de casos.

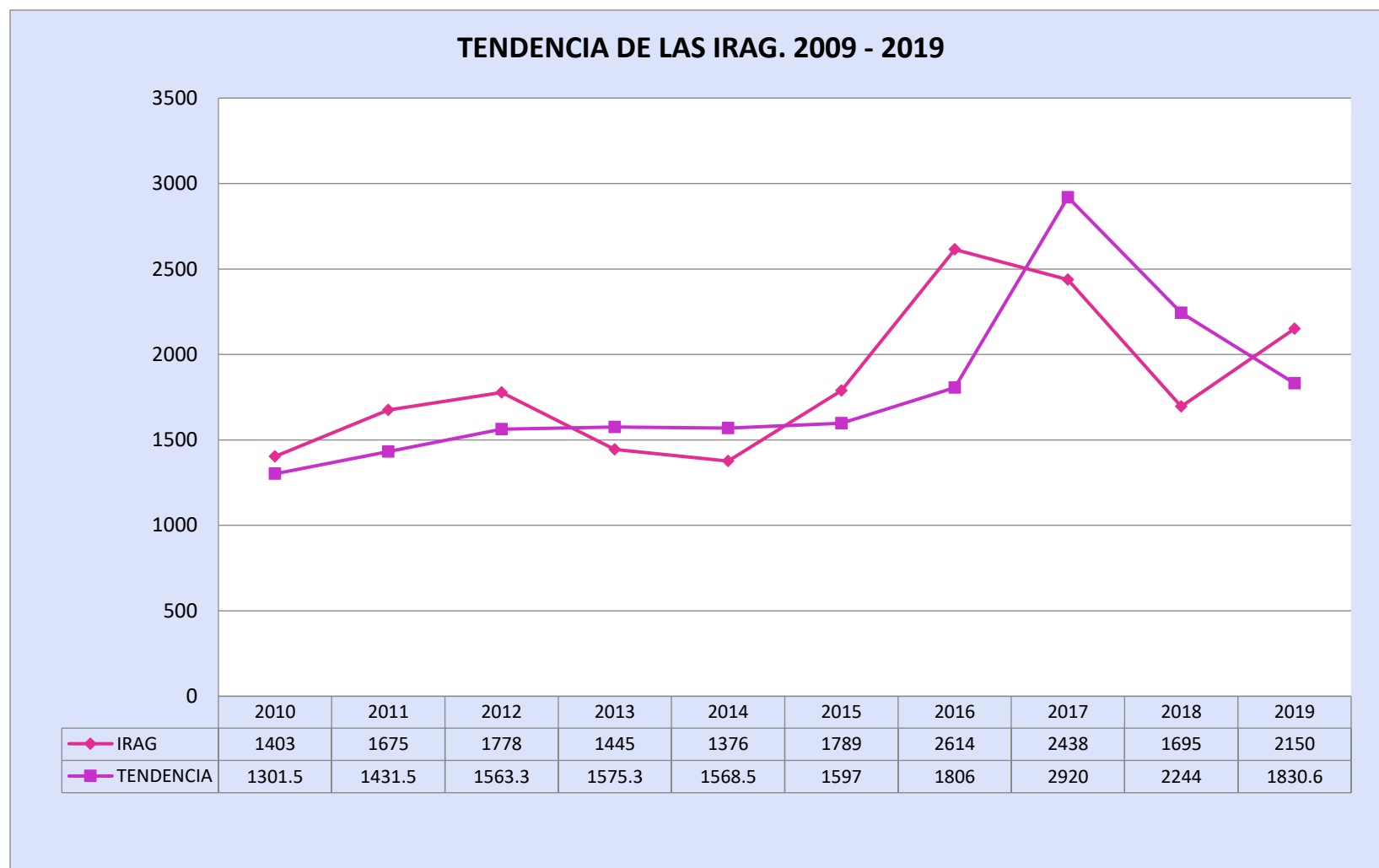


Analizamos que los casos de Dengue aumentaron en aproximadamente 600 casos en el 2017 y la tendencia de la enfermedad està en un aumento considerable y la tendencia ha estado cosntante en los últimos tres años .

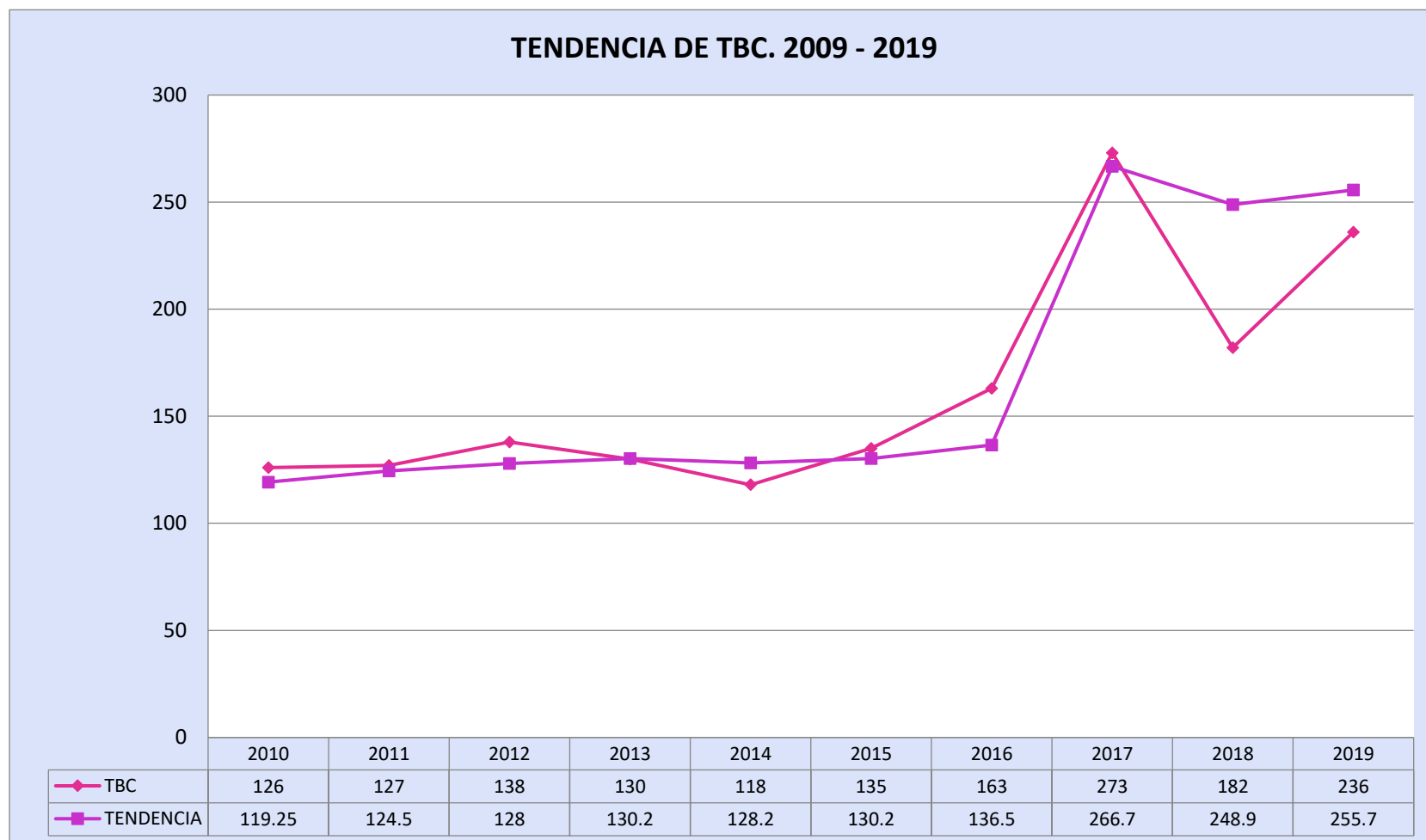
TENDENCIA DE LA LEISHMANIASIS. 2009 - 2019. RSPO



Analizamos que los casos de Leshmaniasis en la Provincia de Panama Oeste en el año 2018 y 2019 ha aumentado y la tendencia va hacia el alza.

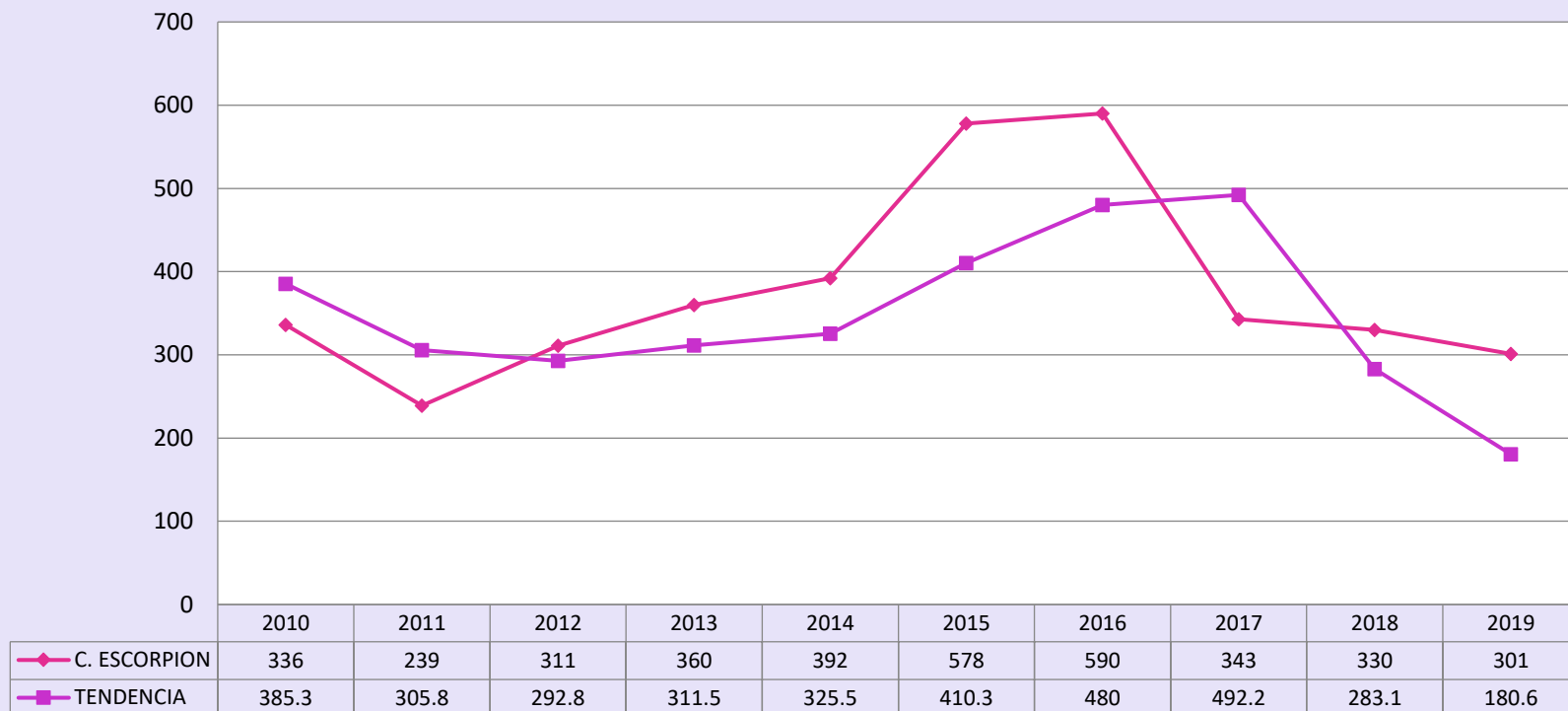


Analizamos que las Infecciones de Vías Respiratorias Agudas se encuentran con una leve disminución y la tendencia va hacia la baja.



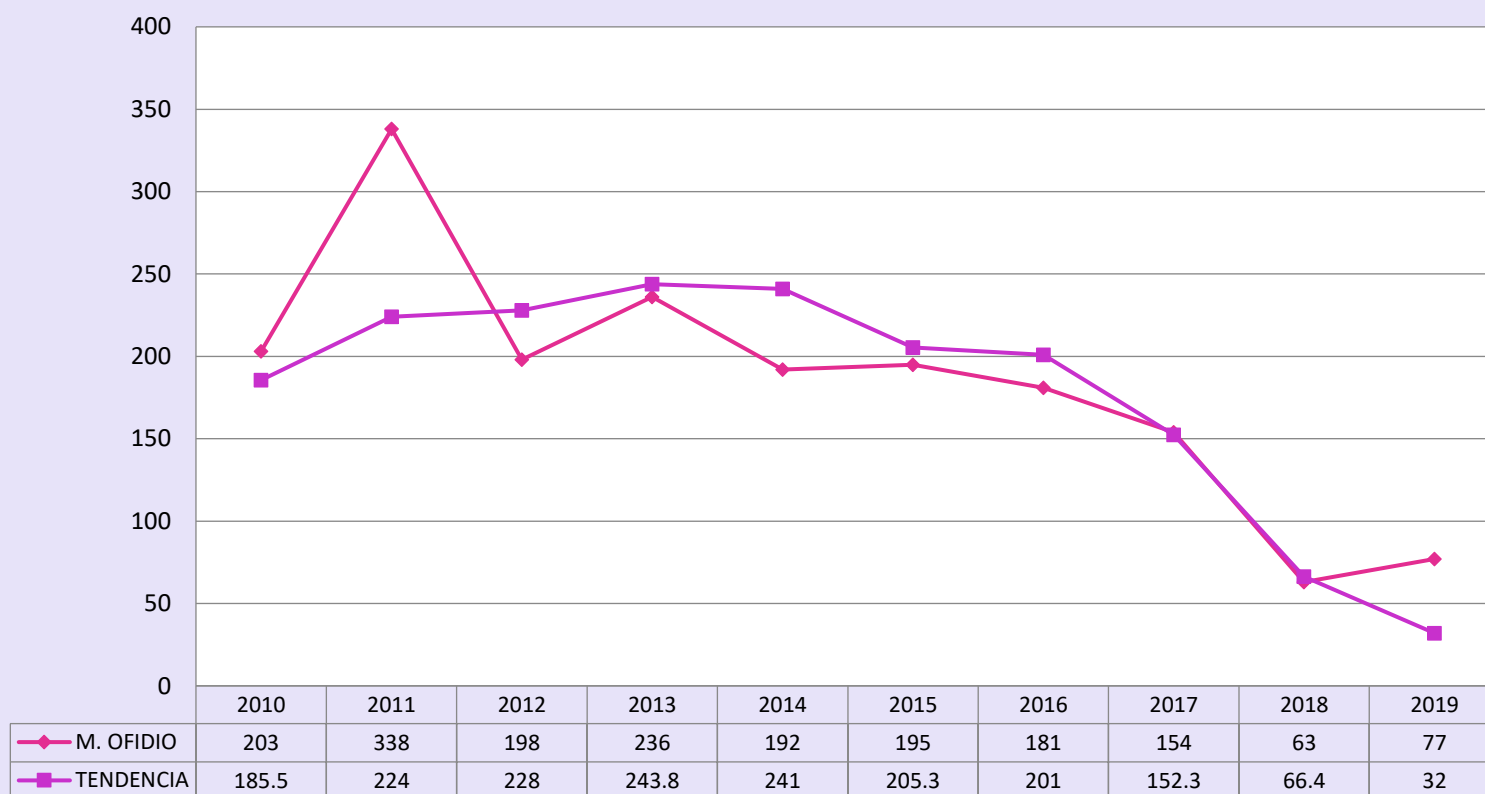
En la Enfermedad de Tuberculosis podemos observar un aumento de los casos para el año del 2019 y con una tendencia al alza.

TENDENCIA DE CONTACTO TRAUMATICO CON ESCORPION. 2009 - 2019 RSPO



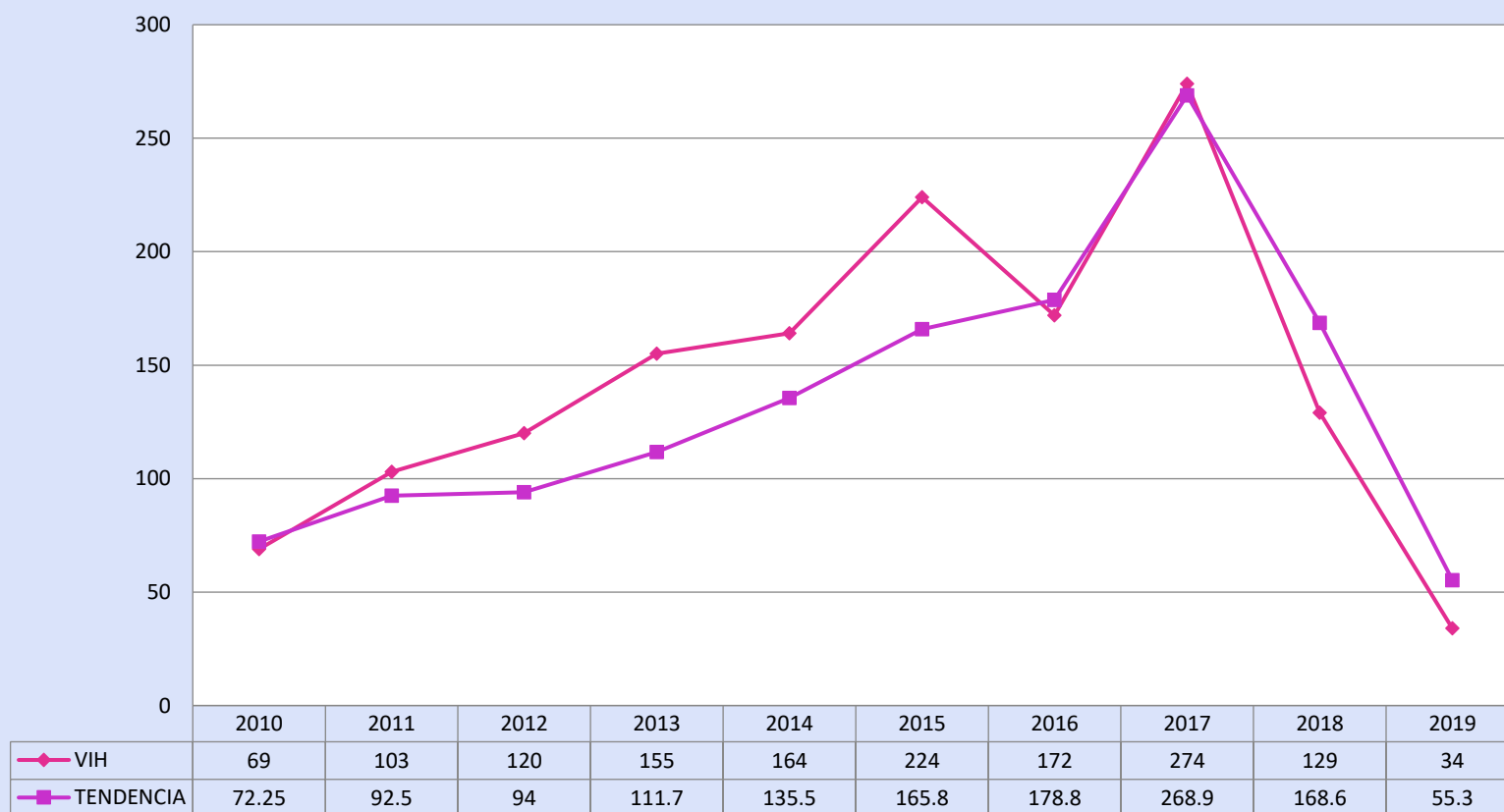
En cuanto al Contacto Traumático con Escorpion el nmero de casos esta mantendiendose estable y la tendencia es la baja.

TENDENCIA DE MORDEDURA DE OFIDIO. 2009 - 2019 RSPO



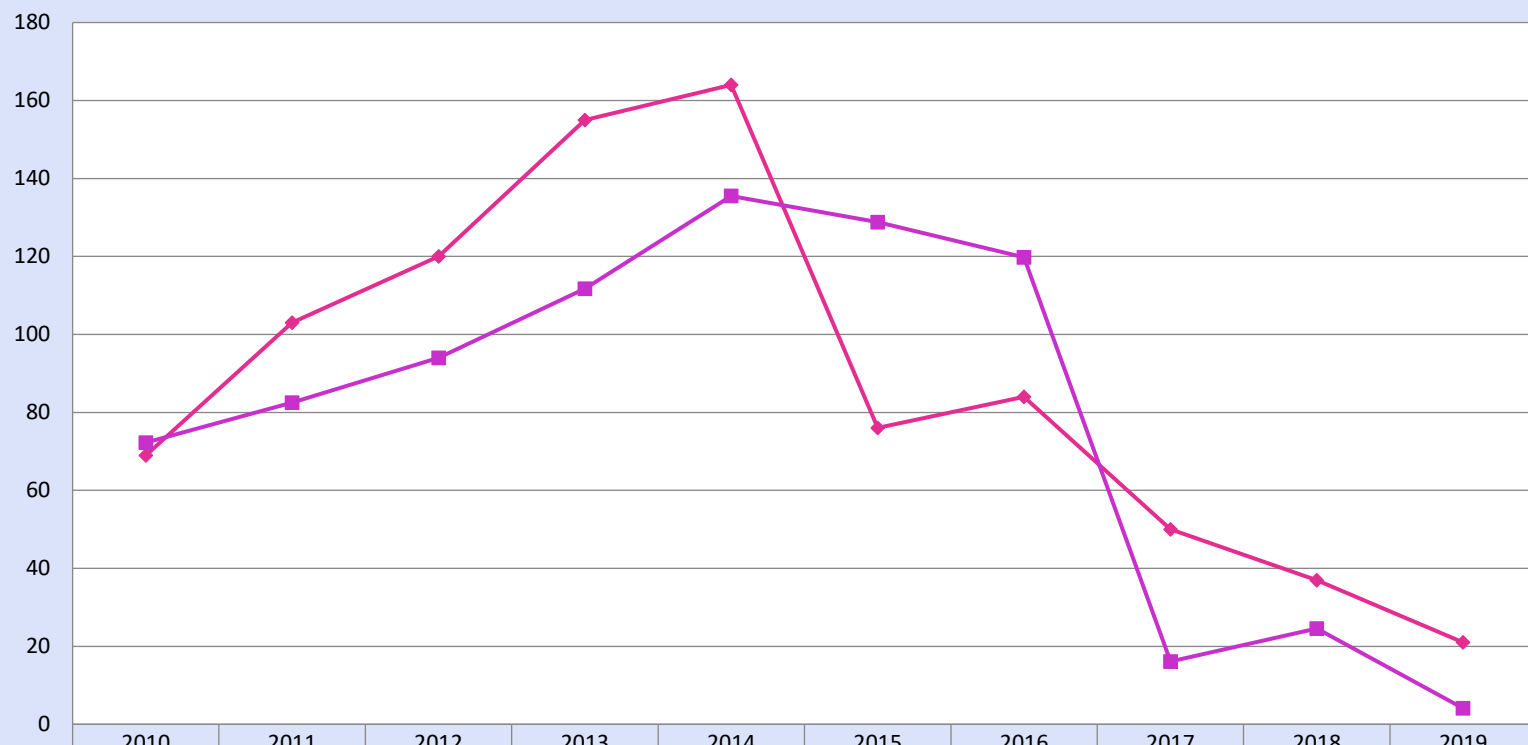
Los casos de la Mordedura de Ofidio han disminuido en el año 2018 y con un aumento de 14 casos para el 2019 y la tendencia claramente va hacia la baja.

TENDENCIA DE VIH. 2009 - 2019 RSPO



En cuanto al VIH podemos observar que han disminuido los casos en el año 2019 según datos preliminares dados por el Departamento de REGES y la tendencia según los datos es a la baja en la Provincia de Panama Oeste

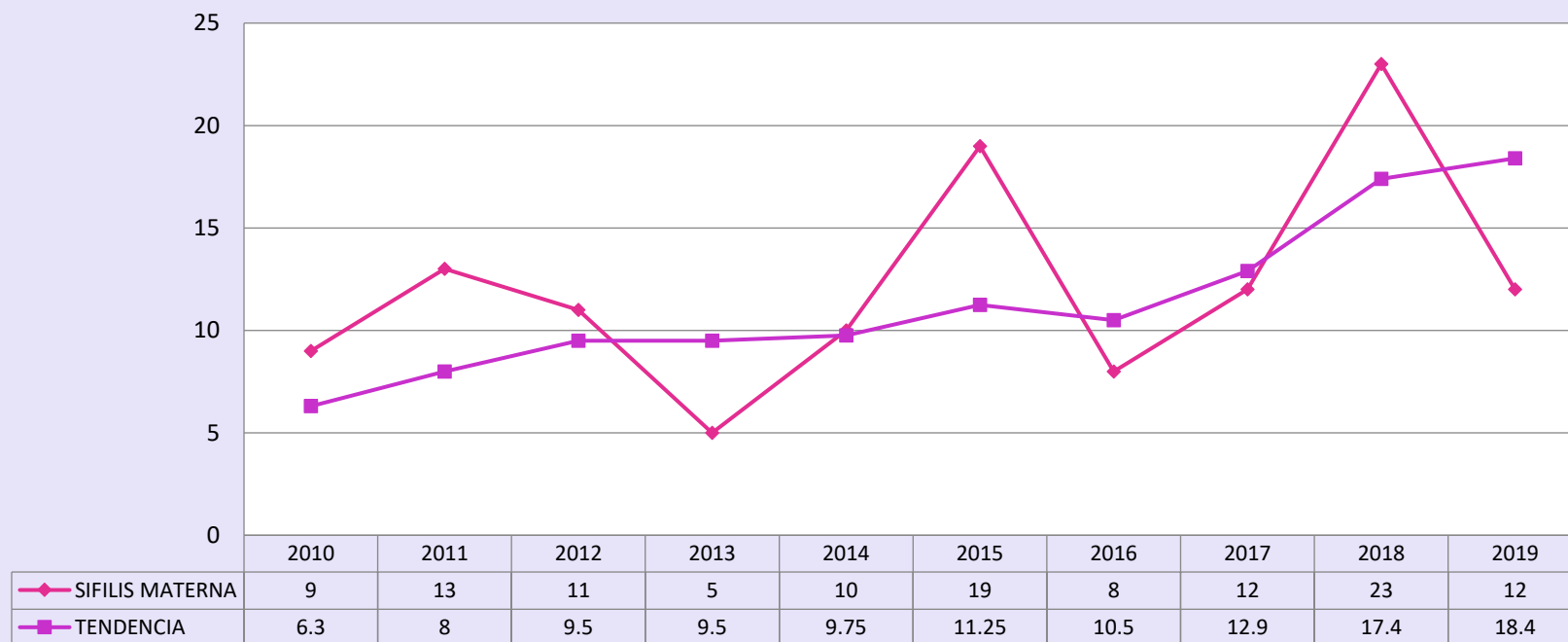
TENDENCIA DE CASOS DE SIDA. 2009 - 2019. RSPO



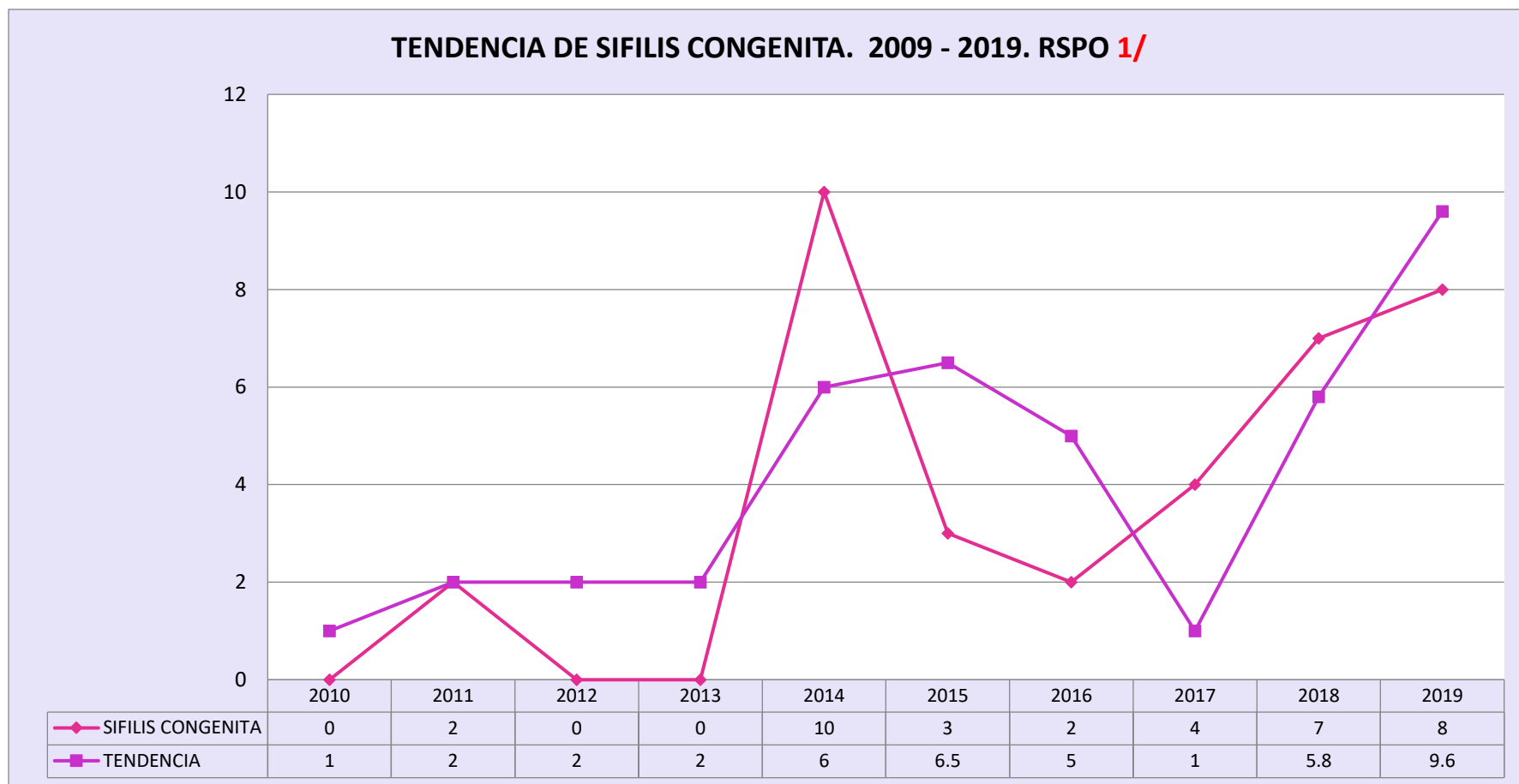
Los casos de SIDA según datos preliminares dados por el Departamento de REGES disminuyeron y la tendencia esta a la baja.

1/ datos preliminares 2019

TENDENCIA DE SIFILIS MATERNA. 2009 - 2019. RSPO

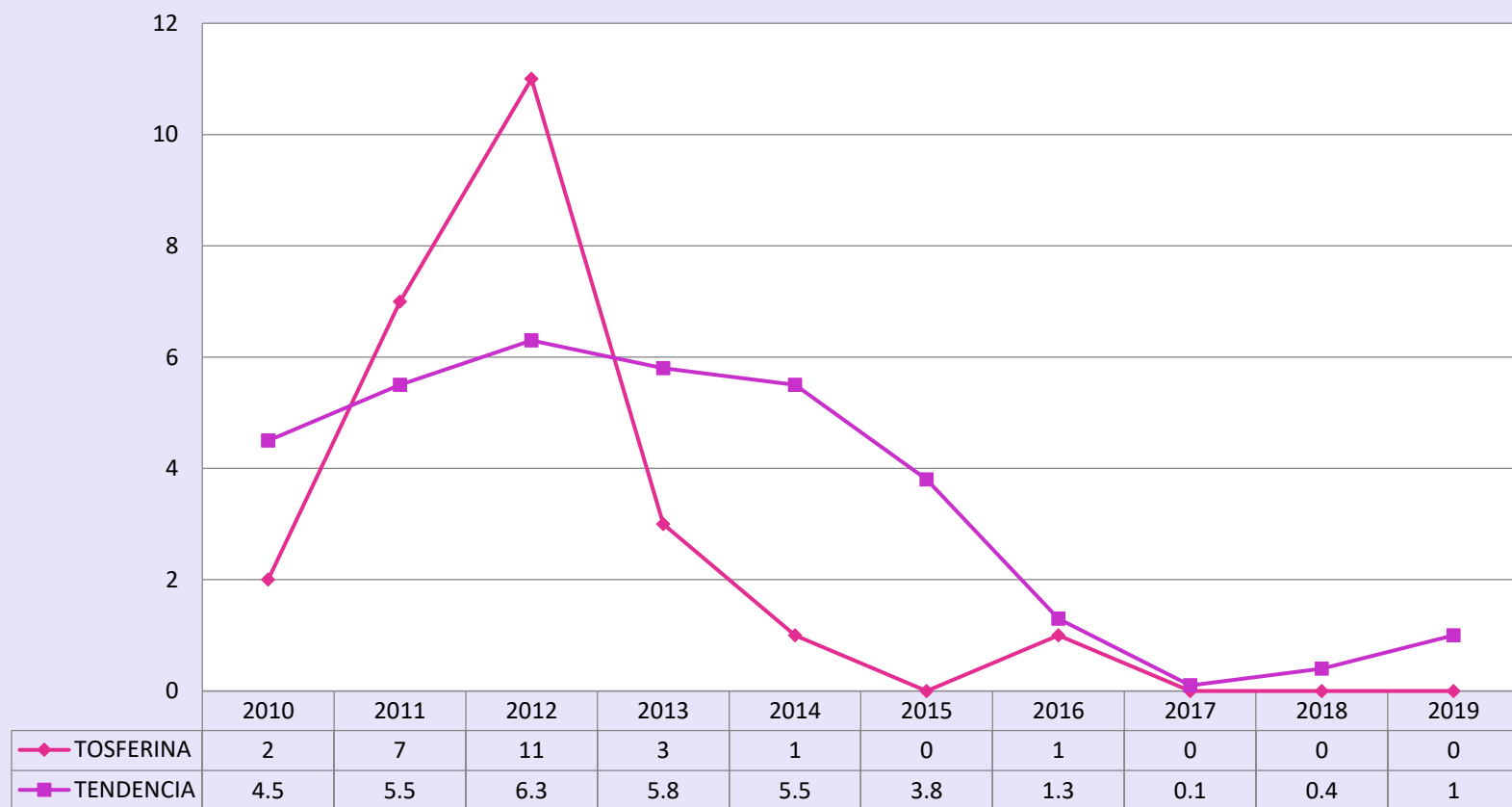


La Sifilis Materna disminuyo en el año 2019 con una tendencia al aumento.



La Sifilis Congenita ha ido aumento en un caso en los años 2018y 2019 y la tendencia se encuentra hacia el alza.

TENDENCIA DE CASOS DE TOSFERINA. 2009 - 2019. RSPO

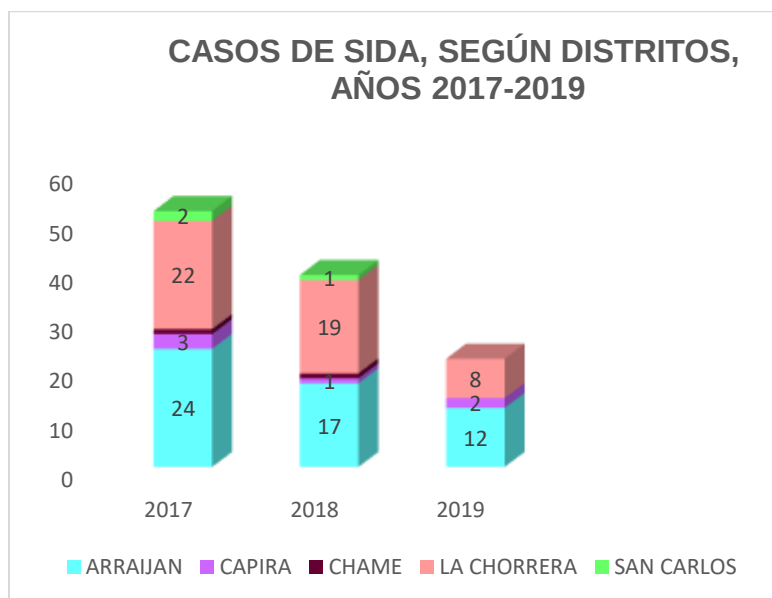


No se reportan casos de Tosferina en los últimos tres años reportados en la Provincia de Panama Oeste

VIH Y SIDA

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE SIDA EN LA RSPO, SEGÚN DISTRITOS, AÑOS 2017-2019

Casos de SIDA				
Distrito/Año	2017	2018	2019	TOTAL
ARRAIJAN	24	17	12	53
CHORRERA	22	19	8	49
CHAME	1	1	0	2
SAN CARLOS	2	1	0	3
CAPIRA	3	1	2	6
TOTAL	52	39	22	113

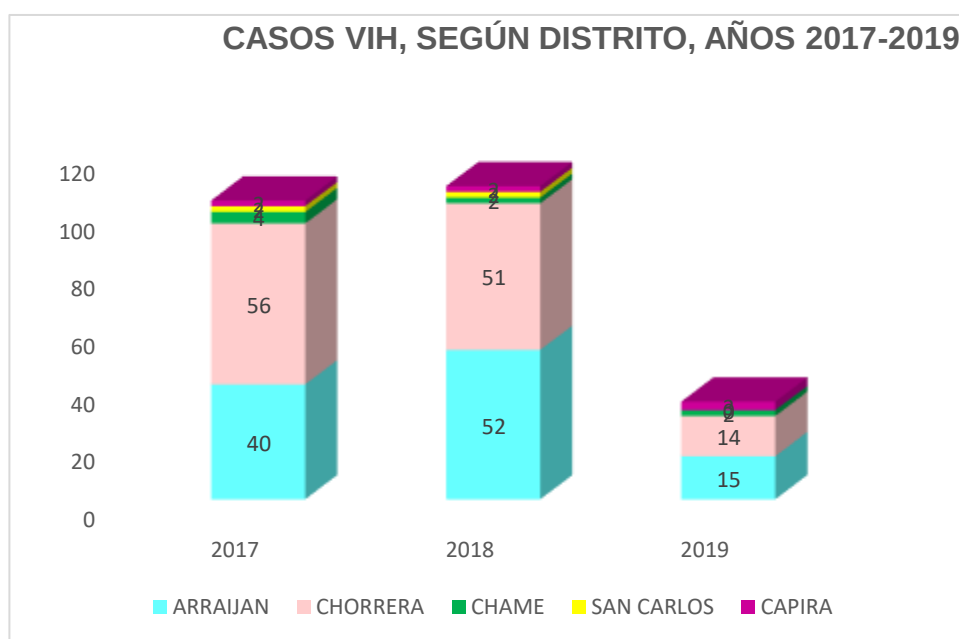


Fuente: Coordinación Regional de ITS/ VIH/Hepatitis Virales, año 2020

Los casos de SIDA, durante los años 2017 al 2019 (primer semestre), presentan mayor incidencia en el Distrito de Arraiján, con un 47% del total de los casos, seguido del distrito de La Chorrera, con un 43%, Capira aporta el 5% de los casos, mientras que San Carlos tiene un 3% y Chame el 2%

DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE VIH EN LA RSPO, SEGÚN DISTRITOS, AÑOS 2017-2019

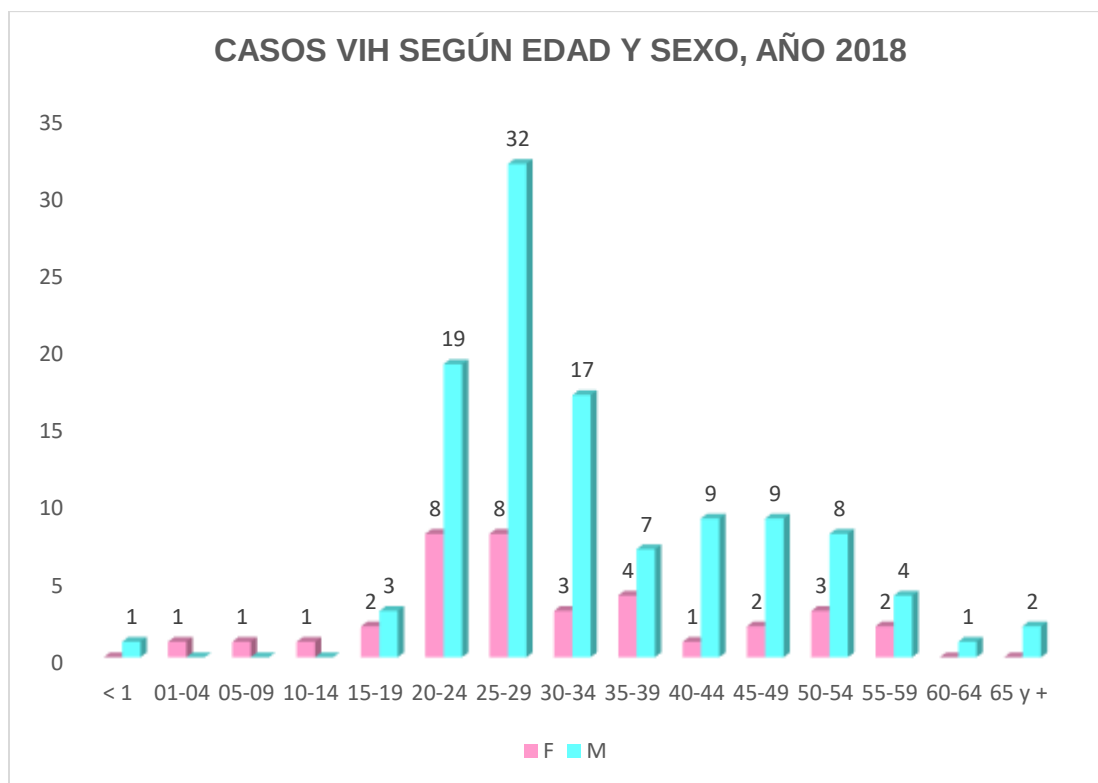
	Casos de VIH			
Distrito/Año	2017	2018	2019	TOTAL
ARRAIJAN	40	52	15	107
CHORRERA	56	51	14	121
CHAME	4	2	2	8
SAN CARLOS	2	2	0	4
CAPIRA	2	2	3	7
TOTAL	104	109	34	247



Fuente: Coordinación Regional de ITS/ VIH/Hepatitis Virales, año 2020

El mayor porcentaje de casos de VIH en la RSPO se concentra en los Distritos de La Chorrera, con un 49% y Arraiján un 43 %, mientras que el menor porcentaje lo presentan los distritos de Chame y Capira con un 3%, y San Carlos con un 2%.

INCIDENCIA DE CASOS DE VIH SEGÚN EDAD Y SEXO, AÑO 2018			
	VIH		
Edad/Sexo	F	M	Total
< 1	0	1	1
01-04	1	0	1
05-09	1	0	1
10-14	1	0	1
15-19	2	3	5
20-24	8	19	27
25-29	8	32	40
30-34	3	17	20
35-39	4	7	11
40-44	1	9	10
45-49	2	9	11
50-54	3	8	11
55-59	2	4	6
60-64	0	1	1
65 y +	0	2	2
Total general	36	112	148



Fuente: Coordinación Regional de ITS/ VIH/Hepatitis Virales, año 2020

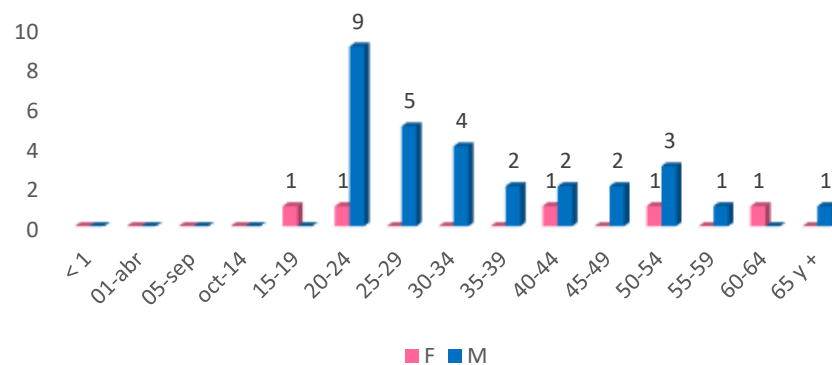
La mayor incidencia de casos de VIH en el año 2018, está comprendida dentro de los rangos de edad de 20-39 años con un 59% de los casos, seguido del grupo de 35-54 años, con el 29%, esto representa que el 88% de los casos de predominio masculino, con una proporción de 4:1.

La mayor cantidad de infecciones por el VIH están ocurriendo en nuestra población en edad fértil y económicamente productiva.

INCIDENCIA DE CASOS DE VIH
SEGÚN EDAD Y SEXO, AÑO 2019

	VIH		
Edad/Sexo	F	M	Total
< 1	0	0	0
01-04	0	0	0
05-09	0	0	0
10-14	0	0	0
15-19	1	0	1
20-24	1	9	10
25-29	0	5	5
30-34	0	4	4
35-39	0	2	2
40-44	1	2	3
45-49	0	2	2
50-54	1	3	4
55-59	0	1	1
60-64	1	0	1
65 y +	0	1	1
Total general	5	29	34

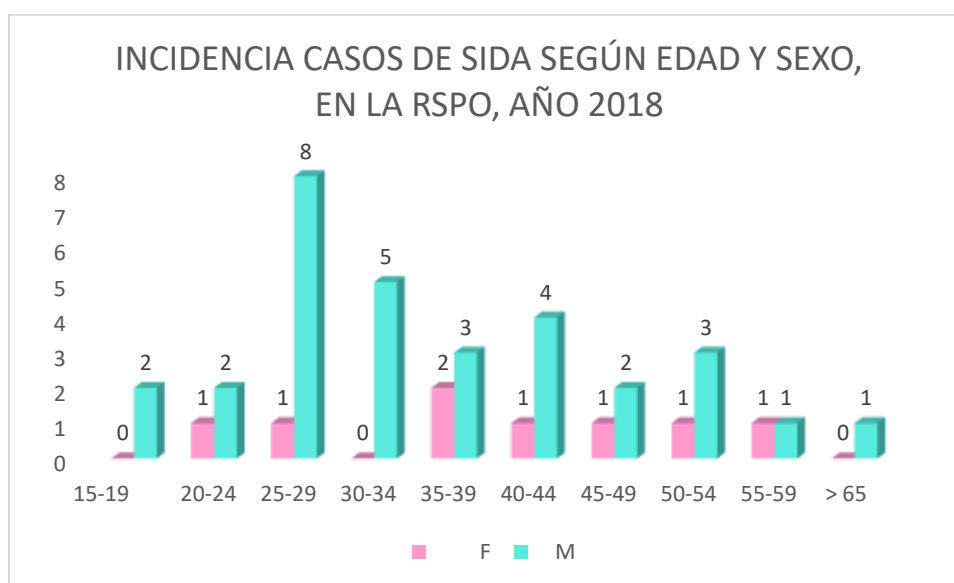
INCIDENCIA DE VIH SEGÚN EDAD Y SEXO,
1 SEMESTRE AÑO 2019



Durante el primer semestre del año 2019 se observa el mismo comportamiento del año 2018, con mayor incidencia del VIH dentro de los grupos etarios de 20-54 años, de predominio masculino, en una proporción de 4:1.

INCIDENCIA DE CASOS DE SIDA, SEGÚN EDAD Y SEXO, AÑO 2018

EDAD	F	M	Total
15-19	0	2	2
20-24	1	2	3
25-29	1	8	9
30-34	0	5	5
35-39	2	3	5
40-44	1	4	5
45-49	1	2	3
50-54	1	3	4
55-59	1	1	2
> 65	0	1	1
Total	8	31	39



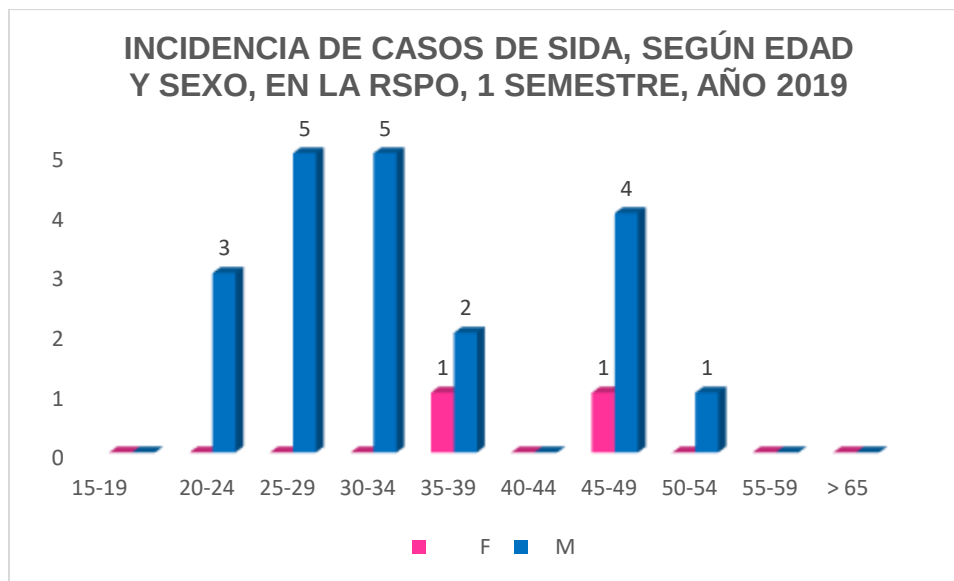
Fuente: Coordinación Regional de ITS/ VIH/Hepatitis Virales, año 2020

En el año 2018, se observa mayor incidencia de casos de SIDA en las edades de 25-54 años, de predominio masculino, en proporción de 4:1.

Los casos de VIH avanzado o SIDA han ido disminuyendo en los últimos años, debido probablemente a un diagnóstico más oportuno o a la mayor realización de pruebas de VIH, logrando detectarse en fases tempranas y al acceso de mayor variedad de medicamentos antiretrovirales.

INCIDENCIA DE CASOS DE SIDA, SEGÚN EDAD Y SEXO,
1er SEMESTRE, AÑO 2019

EDAD	Total	
	F	M
15-19	0	0
20-24	0	3
25-29	0	5
30-34	0	5
35-39	1	2
40-44	0	0
45-49	1	4
50-54	0	1
55-59	0	0
> 65	0	0
Total	2	20



Fuente: Coordinación Regional de ITS/ VIH/Hepatitis Virales, año 2020

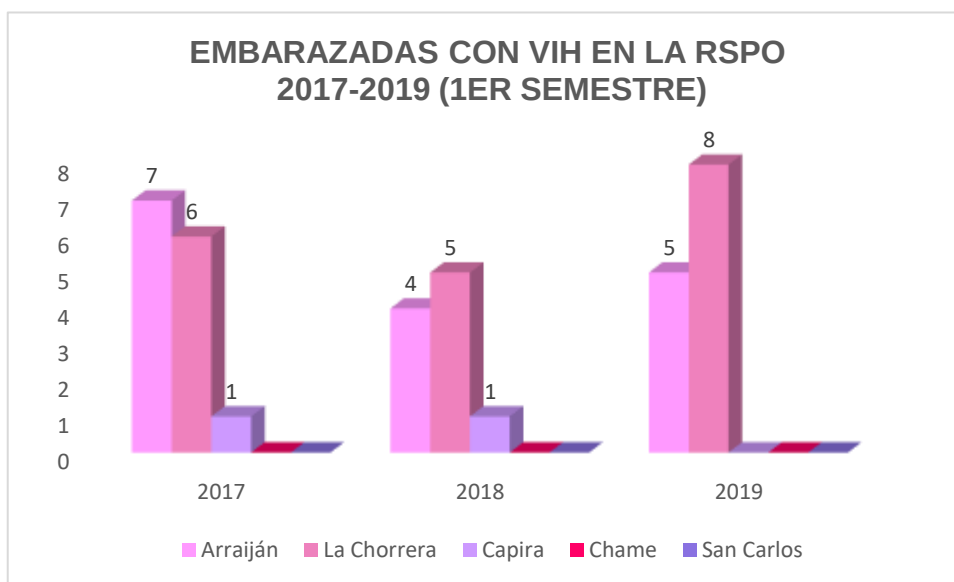
En el primer semestre de 2019 se observa la mayoría de los casos de SIDA dentro de las edades de 20-49 años, de predominio masculino, con una proporción de 4:1.

El VIH/SIDA afecta a todos los grupos etarios, desde niños (ya sea por transmisión vertical o por abuso sexual), hasta adolescentes, hombres y mujeres en edad fértil y tercera edad.

EMBARAZADAS CON VIH, SEGÚN DISTRITO EN LA RSPO, AÑOS 2017-2019(1ER SEMESTRE)

Año	Arraiján	La Chorrera	Capira	Chame	San Carlos	Total
2017	7	6	1	0	0	14
2018	4	5	1	0	0	10
2019	5	8	0	0	0	13

Durante los años 2017-2019, la tendencia de las embarazadas con VIH+ es al aumento; a pesar de las campañas de prevención del VIH. Observándose mayor incidencia de casos en el distrito de Arraiján, seguido de la Chorrera.



SALUD OCUPACIONAL

MINSA

- 1- No se cuenta con el recurso humano necesario e indispensable para llevar de manera integral el programa de salud ocupacional regional (Sobretudo en la parte técnica)
- 2- Se cuenta con un sólo facultativo especializado en salud ocupacional y medicina del Trabajo (Médico especialista en Salud Ocupacional y Medicina del Trabajo)
- 3- Contamos con el apoyo de diversas coordinaciones y departamentos, así como trabajo social, salud mental y de otros integrantes técnicos para la realización integralmente el programa (Se cuenta con el Comité Evaluador de Seguridad, Higiene y Salud Ocupacional para la discusión de diversos factores de riesgos a evaluarse al nivel regional)
- 4- No contamos con médico general en la clínica del empleado ni con Terapeuta Ocupacional (Se realizan las referencias por parte de facultativos generales y especialistas hacia Salud Ocupacional Regional, así como la referencia en caso de lesiones musculoesqueléticas a Fisiatría y Fisioterapia del HNAS; así como en los Centros de Salud que cuentan con dicho Servicio de Rehabilitación física)
- 5- Se realizan evaluaciones de peritaje médico ocupacional sobre enfermedades profesionales, ocupacionales y crónicas; así como las evaluaciones según riesgos por el Comité Evaluador de Seguridad, Salud e Higiene laboral; los cuales estos podrían ser agravadas por la actividad laboral ejecutada (Aptitud médica laboral)
- 6- Se realizan atención de control preocupacional y ocupacional; así como el control por Enfermedades crónicas/degenerativas a funcionarios pertenecientes a la región de salud panamá oeste, Centros de Salud y hospital Nicolás a. Solano; referidos por los diversos facultativos Se realizan inspecciones y control ocupacional preventivo en diversas empresas en conjunto con salud ocupacional de la CSS y otras coordinaciones pertenecientes a la RSPO según el Factor de riesgo a evaluarse y requerido según actividad económica
- 7- Monitoreo de departamentos que presentan riesgo ocupacional (Evaluación de Puesto de Trabajo)
- 8- Capacitaciones y talleres continuos según factor de riesgo mayormente presentado consecuente para su mejoramiento en su área laboral

- 9- Coordinación con el departamento de promoción de la salud, nutrición sobre diversas actividades para el mejoramiento del estilo de vida y conducta saludable al grupo de riesgo.
- 10- Vigilancia continua de factores de riesgo en el área laboral (Manejo de Bitácora de Salud Ocupacional)
- 11- Falta de transporte para el traslado a la evaluación y control de salud ocupacional empresarial.

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

El manejo en la notificación de los accidentes de trabajo por parte de los facultativos ha mejorado a partir de finales de 2017. Han venido en aumento en comparación a otros años previos (sobre todo notificación del riesgo biológico y físico ocasionado durante su actividad económica durante la ejecución de sus funciones asignadas), aunque su reporte anteriormente no era continuo.

Año	No. De accidentes reportados	Tipo de accidente más prevalente	Causas
2017	10	Biológico	Condición peligrosa y acto inseguro
2018	12	Biológico/trauma contuso	Condición peligrosa y acto inseguro
2019	08 (reporte hasta agosto 2019)	Biológico/Trauma contuso/ accidente en auto (trayecto)	Condición peligrosa y acto inseguro

Ha mejorado el control y la coordinación con Recursos Humanos para la evaluación preocupacional de los funcionarios.

En las enfermedades crónicas y ocupacional ha mejorado su control y seguimiento se ha mejorado en comparación al año 2017

Patología ocupacionales más frecuentes	Enfermedades crónicas más frecuentes	Grupo de trabajadores susceptibles
• Lumbopatías discales • Lumbopatías posturales • Escoliosis funcionales • Estrés laboral • SD. Ansioso depresivo y otras psicopatías	• Obesidad y sobrepeso • hipertensión arterial • Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 (67%) • Síndrome metabólico • Enfermedades óseas degenerativas (osteoartrosis) • Neoplasias operadas (ca. Mama, ca.cu)	- Odontólogos - Enfermería - Médicos y laboratoristas - Técnicos de vectores - Administrativo

Datos de reporte hasta agosto 2019

Se anexa Gráfico evaluativo año 2019 de evaluación realizada a funcionarios pertenecientes a la RSPO sobre Enfermedades crónicas/degenerativas/Involutivas; así como de inclusión Ocupacional

ESTADO NUTRICIONAL DE FUNCIONARIOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD PERTENECIENTES A LA RSPO/HOSPITAL NICOLÁS A. SOLANO

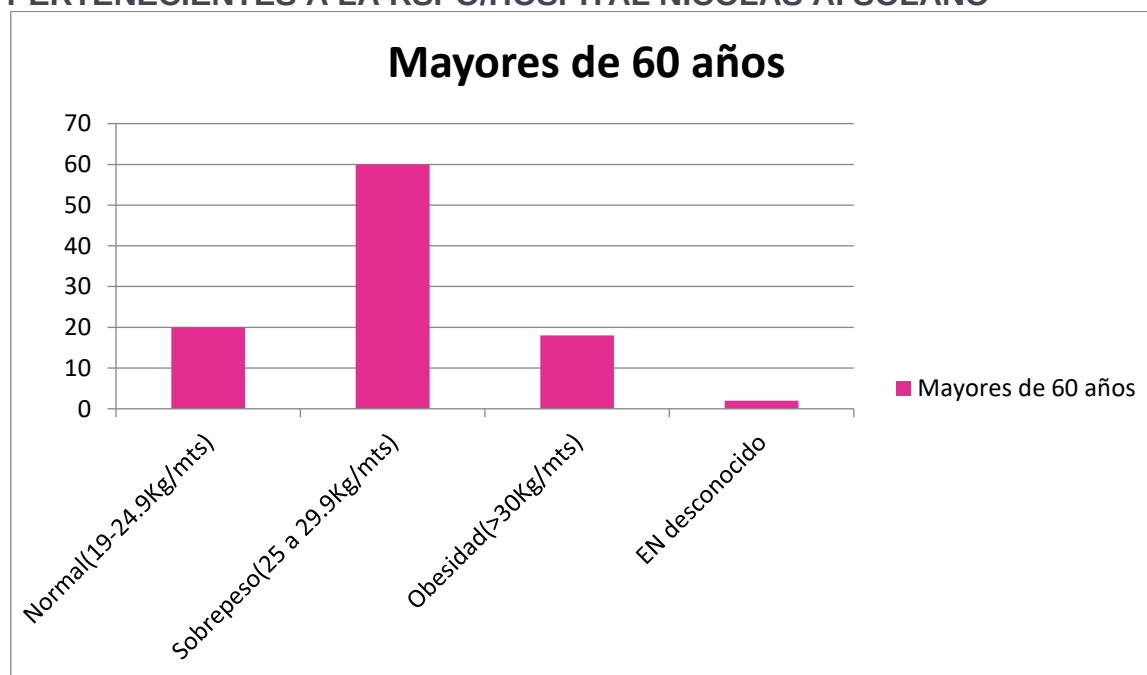


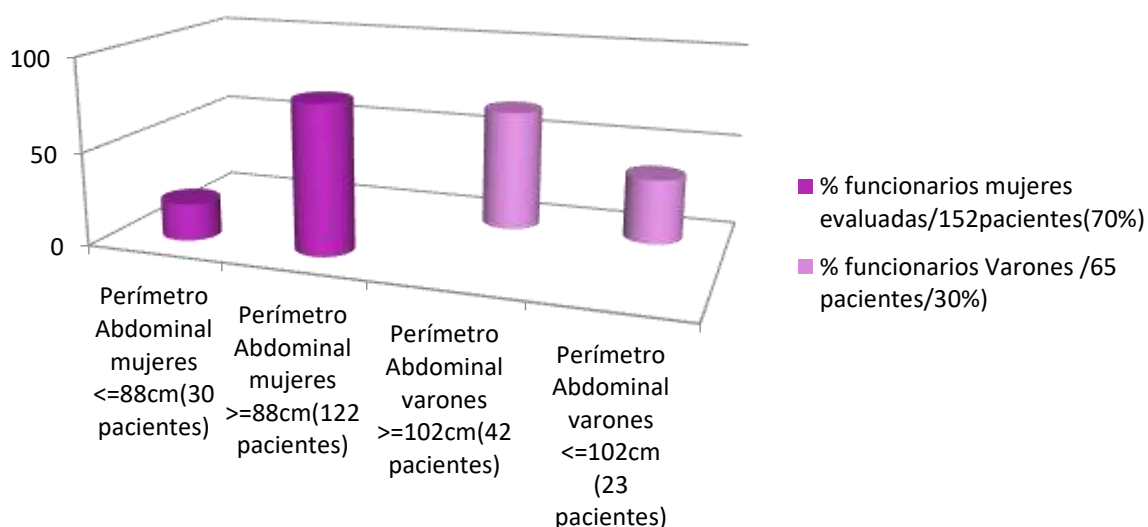
Gráfico No. 2: Se señala la influencia del estilo de vida según constitución corporal(IMC) y Comorbilidad(Patología de fondo) en los funcionarios evaluados(217 funcionarios) mayores de 60 años de edad

Conclusión del análisis gráfico:

- 1- Total de funcionarios de salud multidisciplinario evaluados: 217 pacientes
- 2- Realización de evaluación médica preocupacional y ocupacional a funcionarios mayores de 60 años y más hasta el mes de marzo de 2020
- 3- Se toma en cuenta durante su evaluación la Comorbilidad señalada en la Gráfica No. 1 y su Estado nutricional para representar los siguientes datos:
 - 3.1: Normal - mayores de 60 años: 20%= 43 pacientes
 - 3.2: Sobrepeso-mayores de 60 años: 60%= 130 pacientes
 - 3.5: Obesidad-mayores de 60 años: 18%= 39 pacientes
 - 3.6: Estado Nutricional sin datos no recopilados en el expediente clínico: 2%= 4 pacientes

Se concluye que hay más prevalencia de funcionarios mayores de 60 años con patologías inflamatoria manifestado en un estado nutricional de sobrepeso, aunque esto no es concluyente, pero si orientativo; el cual se debe incluir los datos de Perímetro abdominal y otros datos de control clínico para conocer su riesgo metabólico relacionado a su status inflamatorio orgánico.

Porcentaje de funcionarios mayores de 60 años y su relación con Perímetro Abdominal



Gráfica No. 3: Se muestra el % de funcionarios evaluados sobre un universo de 217 pacientes y su control físico del perímetro abdominal como determinante orientativo en la inflamación orgánica y Comorbilidades referidas. No se toma en cuenta parámetro de sexo (sólo control médico físico general/y un rango de PA (Perímetro Abdominal de $\leq 88\text{cm}$ en mujeres/ $\leq 102\text{cm}$ en varones)

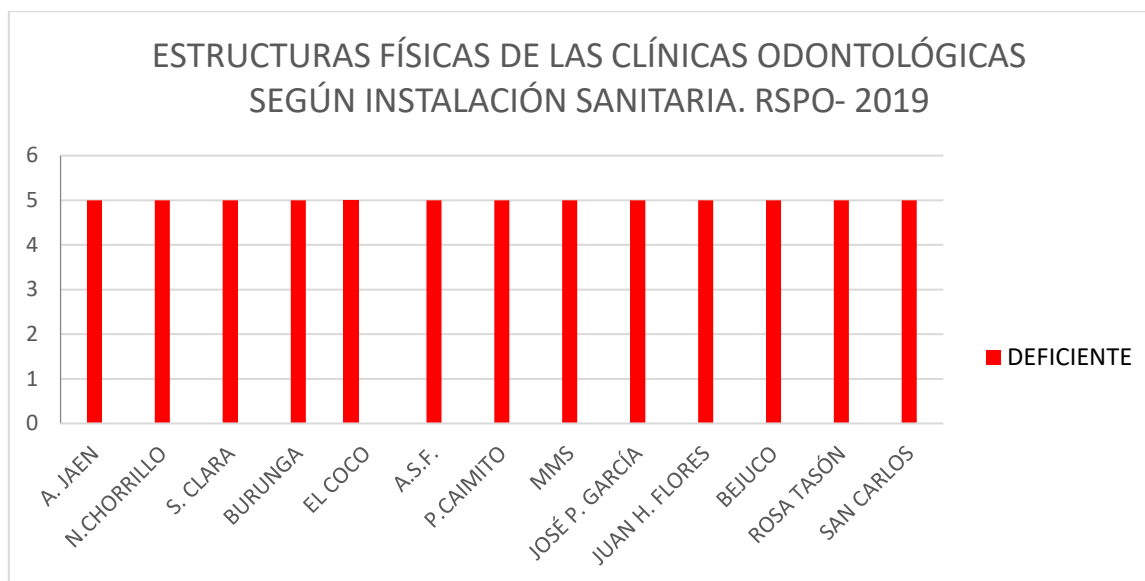
Conclusión gráfica:

- 1- Se toman en cuenta variables de medición de perímetro abdominal(cm) al grupo de funcionarios mayores de 60 años (Universo evaluado: 217 pacientes/ 152(70%) femenino/65(30%)masculino
- 2- Se toma en cuenta la medición del Perímetro Abdominal según guía nutricional y establecido por la OMS (Normal mujeres $\leq 88\text{cm}$ /Normal en varones $\leq 102\text{cm}$).
- 3- Se establece valores mayores de los establecidos por la guía nutricional del perímetro abdominal riesgo inflamatorio representado en diversas Comorbilidades de manifestación por enfermedad crónica, autoinmune o de degeneración metabólica e inmunológica.

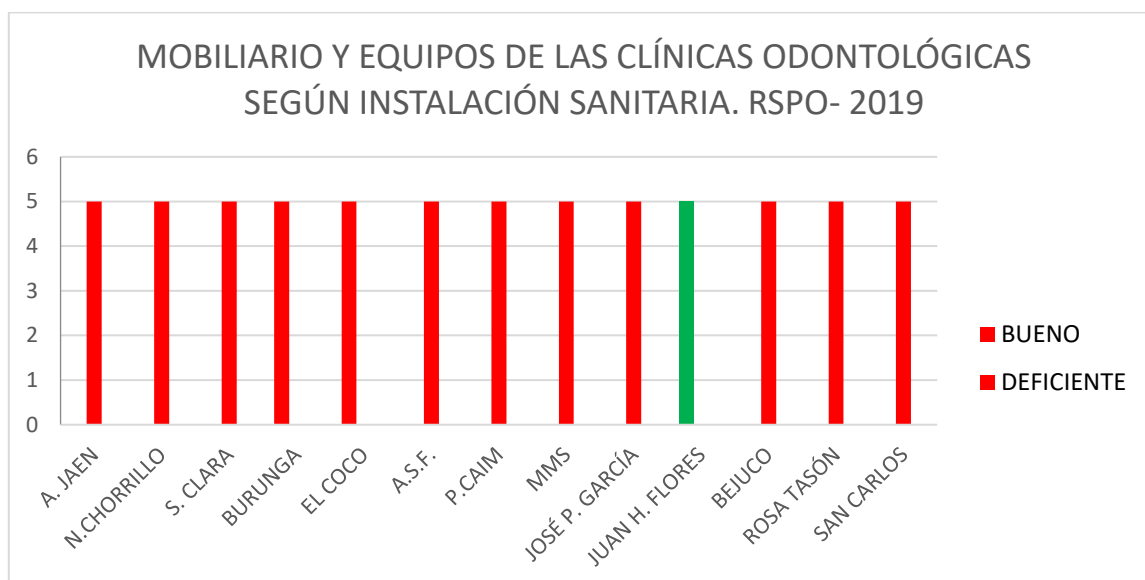
Salud Bucal

en cada uno de los aspectos se evalúan varios criterios. la pérdida de un criterio indica calificación del aspecto. en relación a los aspectos de estructura y mobiliario, la pérdida de un criterio lo ubica en deficiente calidad. en los aspectos administrativos se realizará el porcentaje de los criterios alcanzados aspectos:

1. **Estructura física:** 0 % en buenas condiciones (minsa capsí de el coco)
100% deficientes condiciones (las otras instalaciones)
espacio físico inadecuado, poco espacio para la circulación, sólo área clínica. no cuentan con lavamanos asépticos, ni fregador de doble tina. en algunos casos poca seguridad de puerta y ventanas, o cortina en la ventana. deficiente ventilación e inadecuada temperatura de trabajo. el área administrativa dentro del área clínica. la clínica de artemio jaén tiene las diversas áreas de un consultorio odontológico, sin embargo, los consultorios no están independientes, comején en tomacorrientes y en rajaduras en las paredes. el minsa capsí de burunga se encuentra con filtraciones e agua, las dos computadoras que tiene se encuentran dañadas, están trabajando con expediente físico.



2. Mobiliario y equipo: 8 % en buenas condiciones 92% deficientes condiciones no poseen refrigeradora para la conservación de los insumos. no tienen muebles para bandeja e insumos. poseen unidad de aire acondicionado tipo spleet. sólo sillón para el operador. no hay sillón para tao por falta de espacio. no tienen archivador para el manejo y conservación de los documentos de la clínica.



3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:



Se consideraron cinco (5) aspectos:

Programación: que verifica la elaboración de programación, informes y si se cuenta con la disponibilidad de las normas de salud bucal, bioseguridad, de registro estadístico de actividades y manual de flúor.

Adquisición de insumos, evidencias de solicitudes de insumos y de trámite de compra de insumos para su instalación, ambos siguiendo el debido proceso administrativo y el período de tiempo oportuno.

Recepción de insumos: de acuerdo al tiempo oportuno de recepción.

Almacenamiento de insumos: se refiere a la capacidad de recibir los insumos dentro del departamento o en coordinación con farmacia de la instalación, a los espacios requeridos para su almacenamiento de acuerdo a su fecha de vencimiento. disponibilidad de espacio para el almacenamiento de insumos vencidos.

Controles: se refiere a los controles de mantenimiento de los equipos, de limpieza del departamento, de los programas, de la demanda insatisfecha, de la asistencia del recurso humano, del abastecimiento y desabastecimiento y registros de incidentes y accidentes.

De las trece (13) instalaciones (centros de salud y minsa caps) supervisados:

- El 15 % alcanzó entre el 80 y el 100% de logro de los aspectos citados
- El 8% alcanzó el 60% de logro de los aspectos citados
- El 31% alcanzó entre el 40% de logro de los aspectos citados
- El 23% alcanzó entre 20% y menos de logro de los aspectos citados

- El 23% alcanzó el 0% de logro de los aspectos citados (minsa capsí de burunga, que ha tenido períodos en los que ha permanecido cerrado por daños y/o reparaciones y el centro de salud de bejuco).

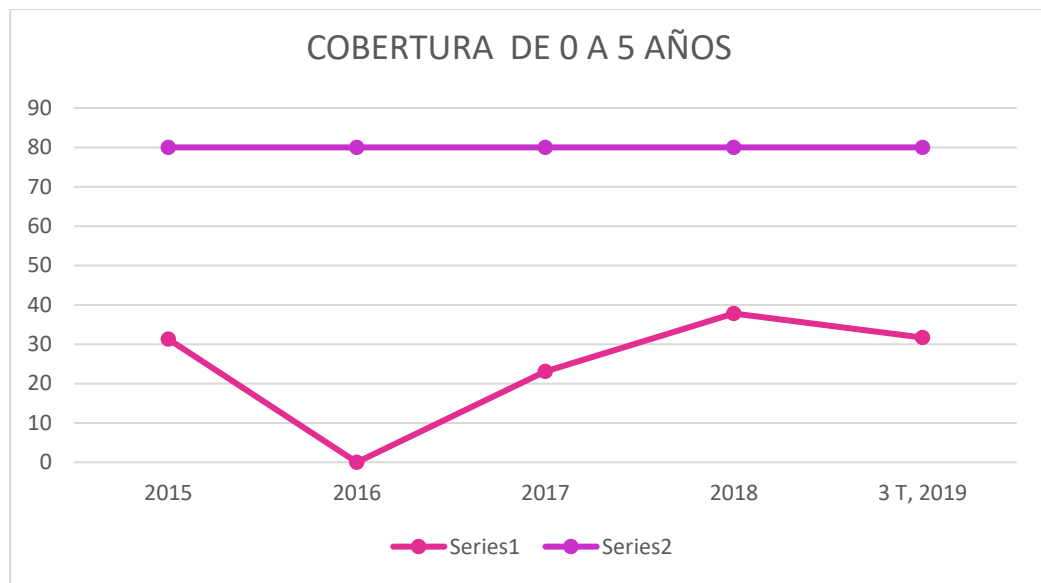
4. Coberturas alcanzadas en el período de cinco años (de 2015 al tercer trimestre de 2019)

PROGRAMA	GRUPO ETARIO	AÑOS				
		2015	2016	2017	2018	3 trimestre 2019
SERVICIO DE SALUD BUCAL	POBLACIÓN TOTAL	15.4	15	13.9	14.7	11.7
INFANTIL	< DE 5	31.3	31.7	23.1	37.8	26.0
EN EDAD ESCOLAR	5-9	22.9	22.1	20.7	23.6	22.8
	10-14	14.6	16.2	15.8	15.3	14.2
ESCOLARES		35.1	40.1	289.5	17.3	24.9
ADOLESCENTE	15-19	25.5	24.7	16.5	19.5	16.0
SALUD DE ADULTOS	20-59	12.2	11.7	8.1	10.7	8.4
TERCERA EDAD	60 Y +	4.9	4.4	4.5	5.8	3.8
MATERNALES		48.7	48	43.8	54.8	42.4
MANIPULADORES DE ALIMENTOS		97.6	100	94.9	42.2	97.6
HIGIENE SOCIAL						

Comparando el porcentaje de cobertura normado versus el alcanzado, observamos que los programas prioritarios (infantil y maternal) se encuentran muy por debajo de la norma.

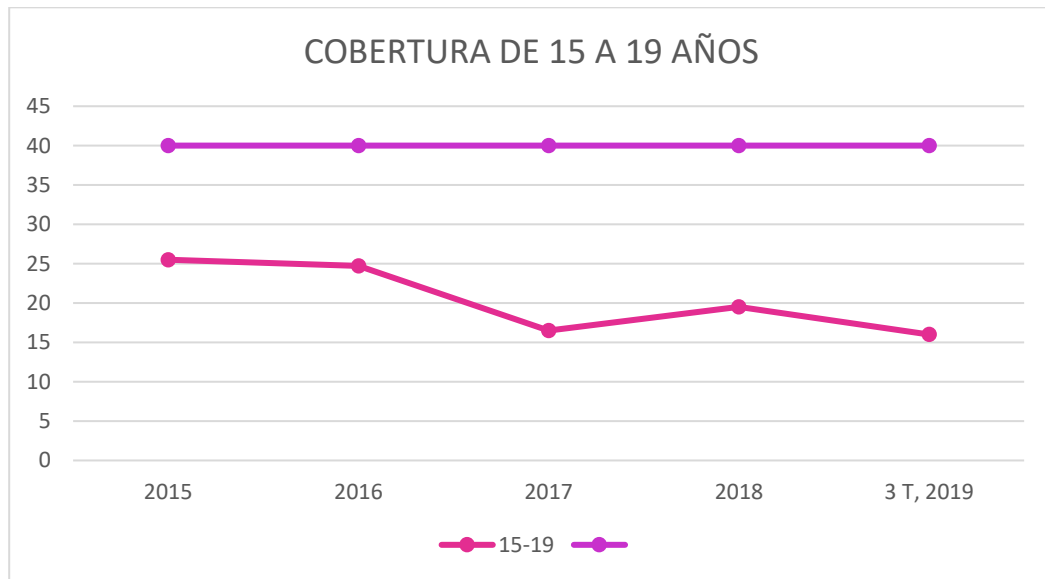
Los programas de 20 a 59 y 60 y más han sobrepasado la norma establecida. El programa de manipulador de alimentos influye en la mayor captación de personas en ambos grupos etarios.

La información proporcionada por REGES está agrupada de manera diferente en algunos años, y contiene o no datos que no pueden ser comparados (por ejemplo, Higiene Social, Manipuladores de alimentos, escolares, edad escolar.



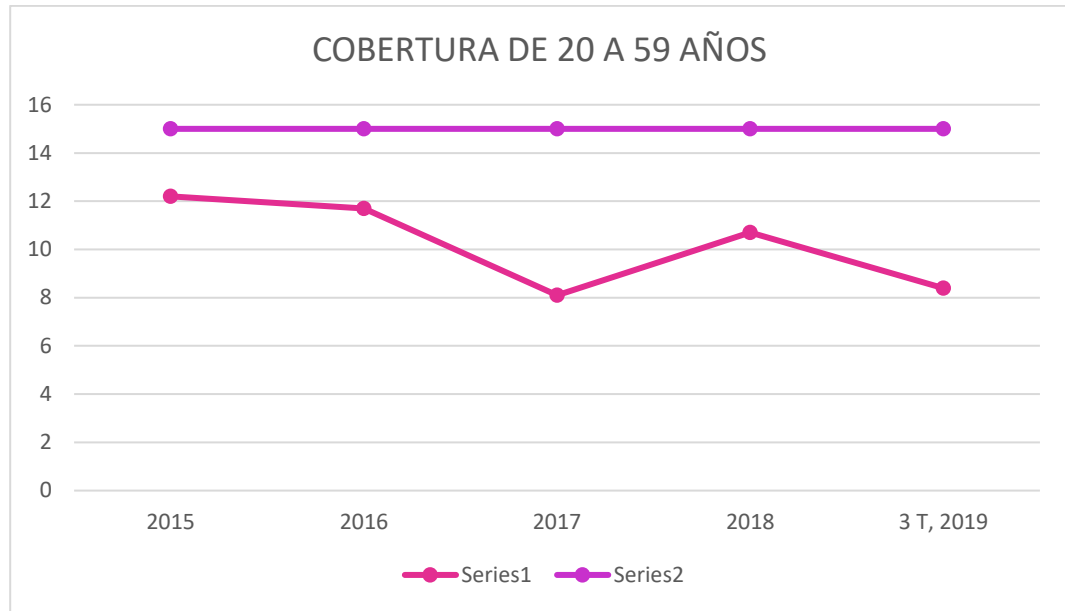
0-5

	2015	2016	2017	2018	3 T, 2019
COBERTURA	31.3	31.7	23.1	37.8	31.7
NORMA	80	80	80	80	80



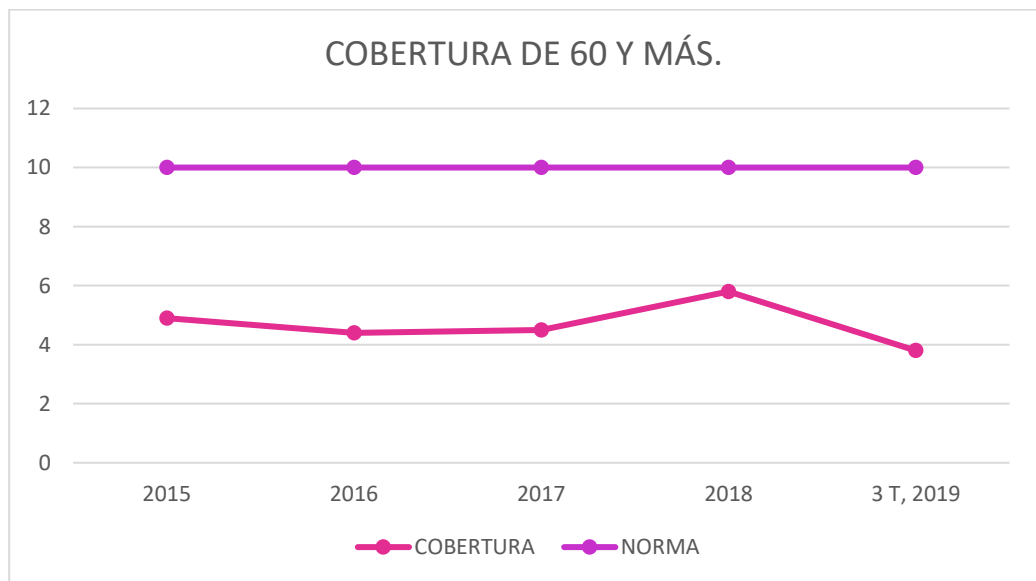
15-19

	2015	2016	2017	2018	3 T, 2019
COBERTURA	25.5	24.7	16.5	19.5	16.0
NORMA	40	40	40	40	40



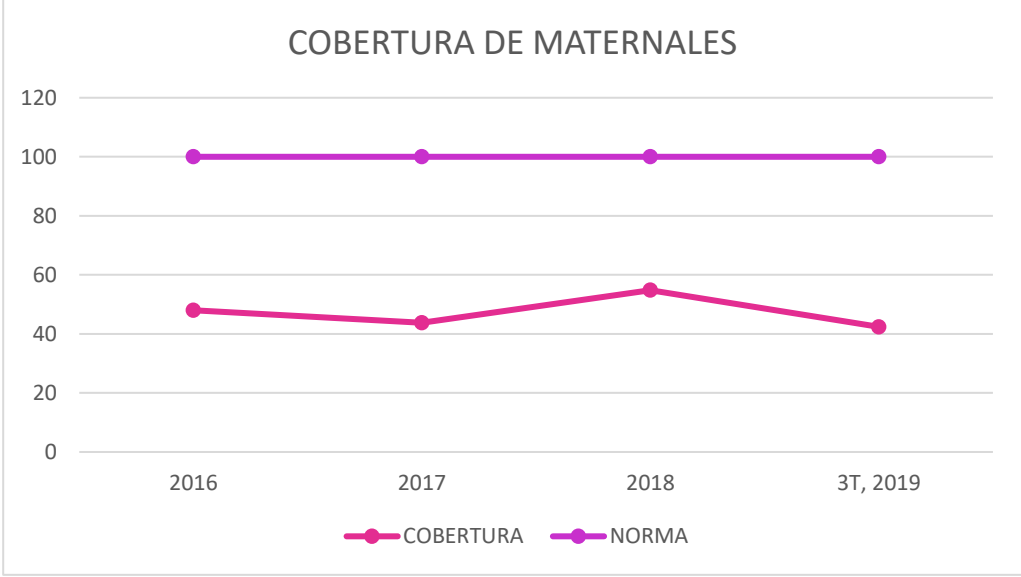
20-59

	2015	2016	2017	2018	3 T, 2019
COBERTURA	16	13.5	13.3	12.2	11.7
NORMA	15	15	15	15	15



60 +

	2015	2016	2017	2018	3 T, 2019
COBERTURA	5.3	4.8	5.5	4.9	4.4
NORMA	10	10	10	10	10



Maternales		2015	2016	2017	2018	3T, 2019
	COBERTURA	48.7	48	43.8	54.8	42.4
	NORMA	100	100	100	100	100

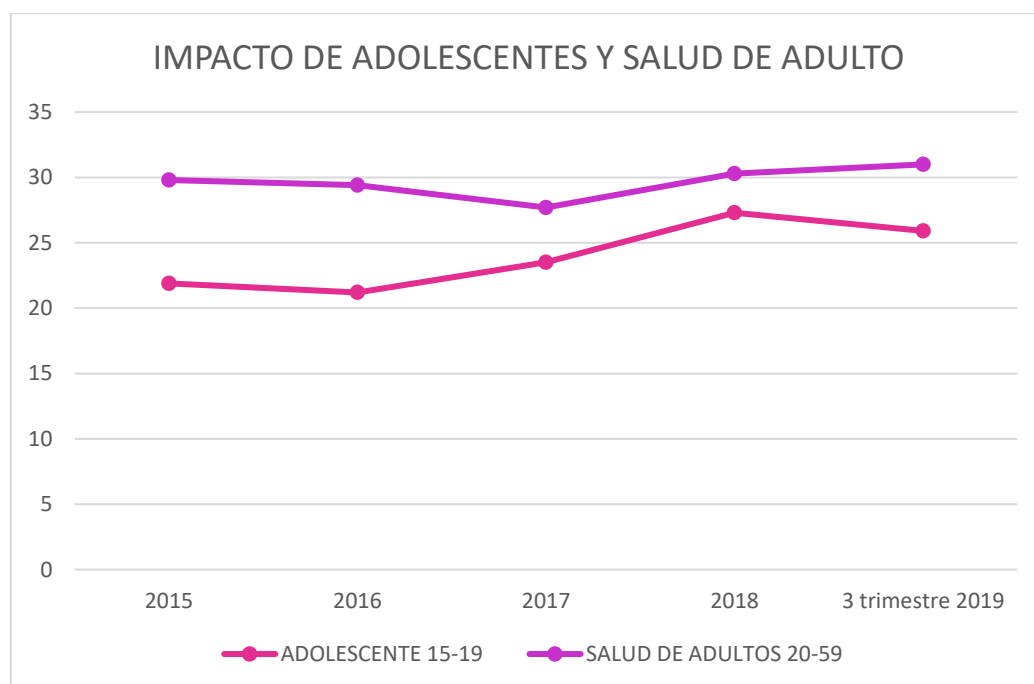
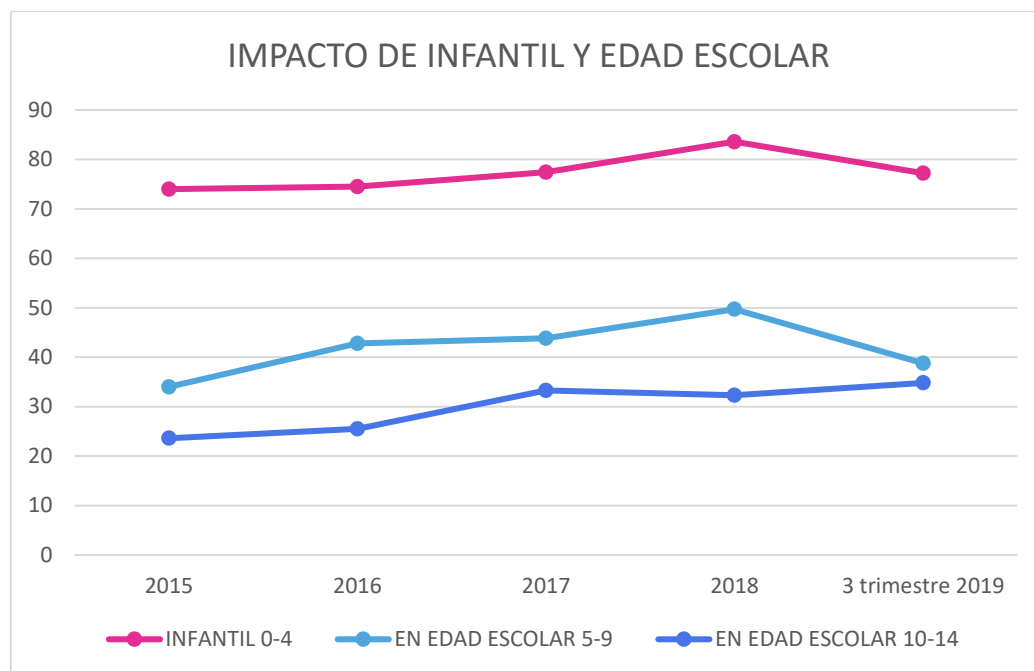
5. IMPACTOS ALCANZADOS POR GRUPOS DE EDAD, EN EL PERÍODO DE CINCO AÑOS (DE 2015 AL 2019)

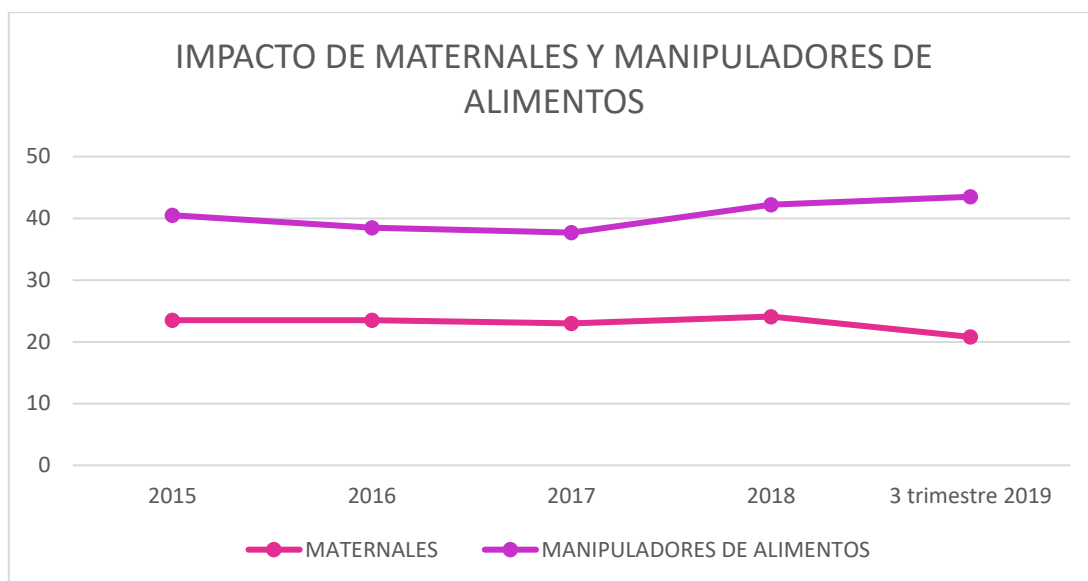
PROGRAMA	GRUPO ETARIO	AÑOS				
		2015	2016	2017	2018	3 trimestre 2019
INFANTIL	0-4	74.0	74.5	77.4	83.6	77.2
EN EDAD ESCOLAR	5-9	34.0	42.8	43.8	49.7	38.8
	10-14	23.6	25.5	33.3	32.3	34.8
ESCOLARES		35.2	47.4	49.9	53.1	41.7
ADOLESCENTE	15-19	21.9	21.2	23.5	27.3	25.9
SALUD DE ADULTOS	20-59	29.8	29.4	27.7	30.3	31.0
TERCERA EDAD	60 y +	25.5	27.9	28.6	27.6	30.8
MATERNALES		23.5	23.5	23.0	24.1	20.8
MANIPULADORES DE ALIMENTOS		40.5	38.5	37.7	42.2	43.5

el impacto es un indicador que mide la terminación del tratamiento en el paciente captado. este es un indicador que depende mucho del paciente, su interés en mejorar su salud bucal, su educación y sus recursos económicos. en el caso de las maternales y el programa infantil que no tiene costo alguno, pues depende del interés de los padres (en el caso de los menores) y en las características propias del embarazo (en las maternales.)

el impacto del grupo de menor de un año debe ser el 100 %, pero en los datos recibidos por reges se encuentran consolidados los datos de < de 1 año y de 1-4 años.

el impacto en las maternales se mantiene, a pesar de ser un programa gratuito, en cambio en los manipuladores de alimentos va decreciendo, indicando de los manipuladores de alimentos captados sólo entre el 38 y el 42% alcanzan un estado óptimo de salud bucal. consideramos que las ferias de manipuladores de alimentos aumentan las coberturas de manipuladores de alimentos y los ingresos del centro de salud, sin embargo, el impacto se va reduciendo y esto indica que los m.a. no alcanzan el óptimo estado de salud bucal que se desea.





6. ACTIVIDADES

Presentamos los datos proporcionados por reges, de las actividades realizadas por los odontólogos de 2015 a tercer trimestre de 2019. observamos un franco predominio de actividades preventivas. y escasas horas dirigidas a la educación e investigación.

Actividades	2015	2016	2017	2018	3T, 2019
Preventivas	159865	166536	172480	186125	147444
Curativas	62028	61147	52402	53041	42353
Educativas	627	1317	944	567	406
Investigación	3	53	161	15	1
Total	221893	227683	225987	239748	190203



7. HORAS DISPONIBLES Y HORAS SILLÓN

Las horas disponibles corresponden al total de horas por las que están contratados los odontólogos. las horas sillón se refieren a las horas utilizadas en atención de pacientes en el sillón dental. no se tiene el desglose total de las horas en otras actividades (reuniones, docencias, daños de los equipos, etc)

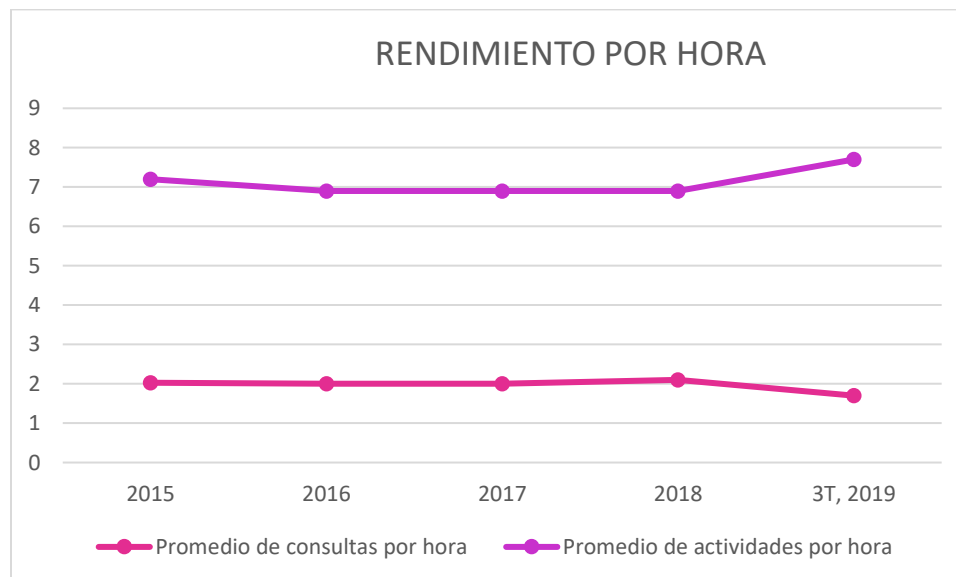
HORAS	2015	2016	2017	2018	3T, 2019
Total de horas sillón trabajadas	30,666	32,818	32802	34659	24777
Horas disponibles	52,744	54,576		61380	

8. Rendimiento: se refiere a la producción de los odontólogos, se mide en dos indicadores (consultas / hora y actividades/horas)

Observamos que las consultas por hora se mantienen desde 2014 a 2016 en un rango de dos (2) consultas por hora (dentro de la norma establecida), sin embargo, la cantidad de actividades realizadas a los pacientes van en disminución.

esto parece indicar que como los pacientes en las instalaciones del minsu, tienen que pagar, se les realizan sólo las actividades que su presupuesto puede pagar. por lo tanto, la norma de dos pacientes por hora debe ser revisada para los odontólogos del ministerio de salud.

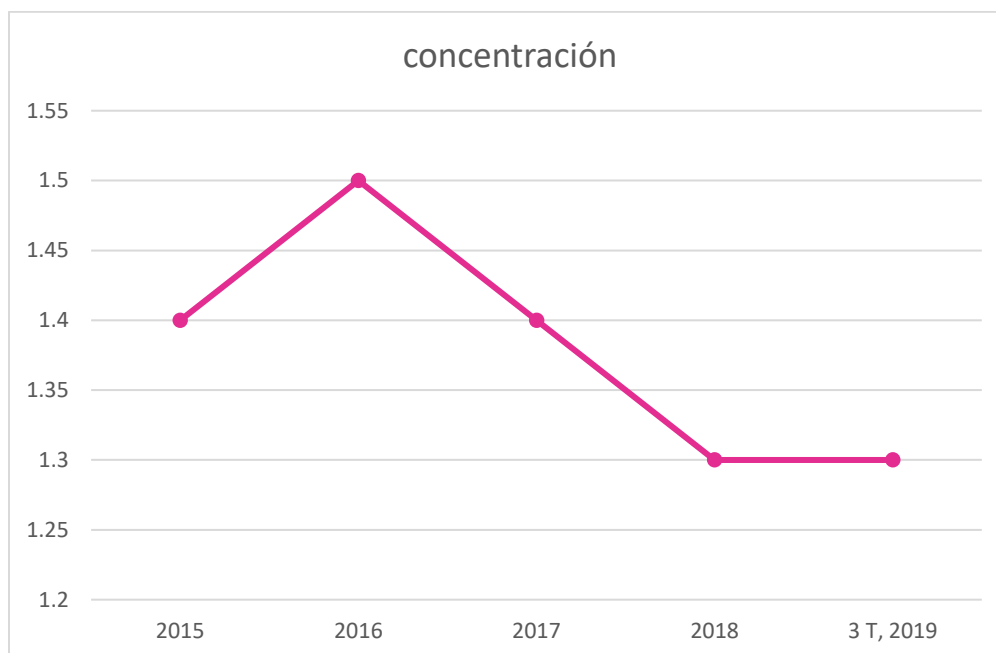
RENDIMIENTO	2015	2016	2017	2018	3T, 2019
Promedio de consultas por hora	2.03	2	2.0	2.1	1.7
Promedio de actividades por hora	7.2	6.9	6.9	6.9	7.7



9. CONCENTRACIÓN

La concentración es un promedio que se obtiene de dividir el total de pacientes atendidos entre las primeras consultas. nos indica cuántas veces al año se atiende un paciente. observamos de acuerdo a los datos obtenidos que los pacientes de nuestra región acuden a la instalación, en promedio, una vez al año. esto muestra que se requiere de más promoción de salud, de la cartera de servicios que ofrece salud bucal. algunas instalaciones han llegado a su máxima capacidad de resolución, debido a las condiciones físicas de la instalación y que es necesario desglosar las otras horas para determinar si las horas odontológicas se están empleando en su totalidad.

	2015	2016	2017	2018	3 T, 2019
concentración	1.4	1.5	1.4	1.3	1.3

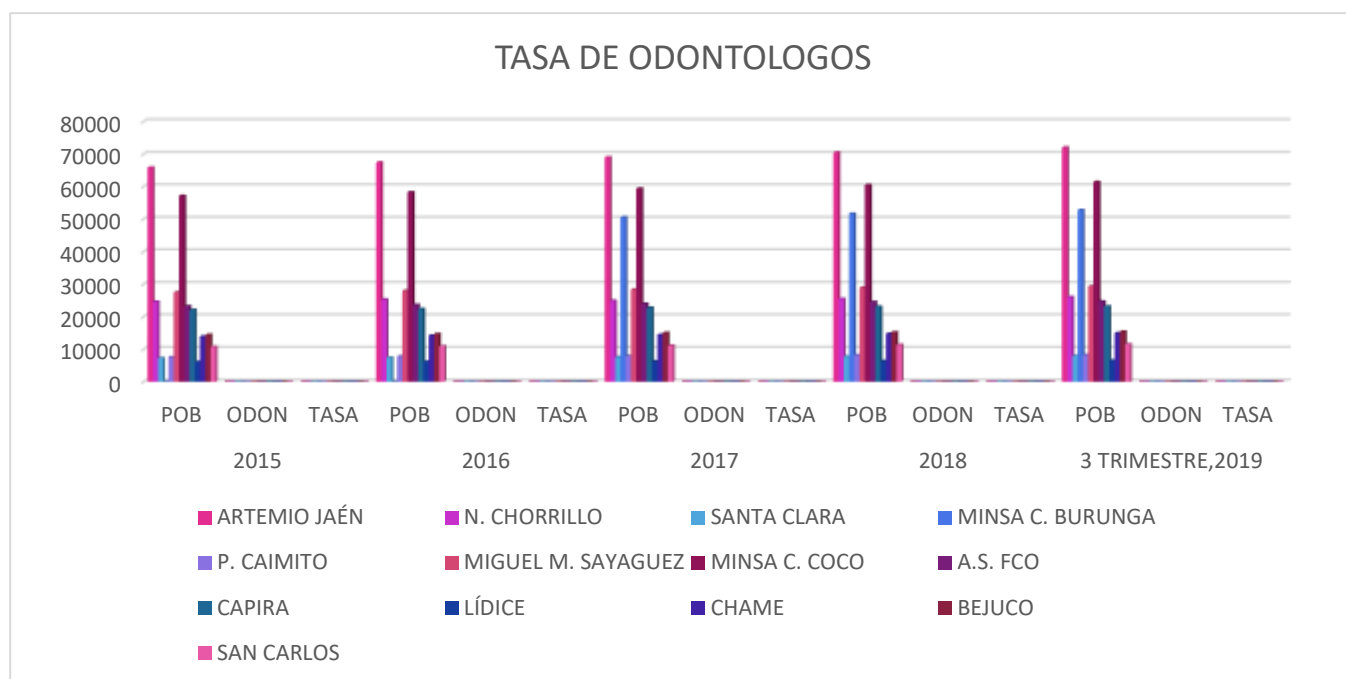


10. TASA DE ODONTÓLOGO X 10,000 HABITANTES

Este indicador muestra cuántos odontólogos cubren una población de 10,000 habitantes. Los resultados arrojan que para cada 10,000 habitantes hay disponible aproximadamente un (1) odontólogo.

Este es un indicador regional, sin embargo, no es homogéneo para todas las instalaciones.

INSTALACION	2015			2016			2017			2018			3 TRIMESTRE, 2019		
	POB	ODON	TASA	POB	ODON	TASA	POB	ODON	TASA	POB	ODON	TASA	POB	ODON	TASA
ARTEMIO JAÉN	65875	4	0.61	67490	4	0.59	69014	4	0,58	70532	4	0,57	72032	4	0,56
N. CHORRILLO	24651	2	0.81	25305	2	0.79	24910	2	0,80	25506	3	1,18	26094	3	1,15
SANTA CLARA	7258	1	1.38	7440	1	1.34	7610	1	1,31	7772	1	1,29	7941	1	1,26
MINSAC. BURUNGA	****	****	****	*****	*****	*****	50573	2	0,40	51708	2	0,39	52834	2	0,38
P. CAIMITO	7590	2	2.64	7762	2	2.58	7931	1	1,26	8182	2	2,44	8257	2	2,42
MIGUEL M. SAYAGUEZ	27531	5	1.82	27988	5	1.79	28418	4	1,41	28975	4	1,38	29353	4	1,36
MINSAC. COCO	57156	7	1.22	58291	6	1.03	59399	7	1,18	60479	6	0,99	61478	6	0,98
A.S. FCO	23238	4	1.72	23646	4	1.69	24029	4	1,66	24593	4	1,63	24745	4	1,62
CAPIRA	22089	2	0.91	22436	2	0.89	22778	2	0,88	23120	2	0,87	23202	2	0,86
LÍDICE	6103	1	1.64	6203	2	3.22	6293	1	1,59	6392	2	3,13	6580	1	1,52
CHAME	13930	2	1.44	14199	3	2.11	14463	2	1,38	14721	3	2,04	14972	3	2,00
BEJUCO	14412	2	1.39	14672	2	1.36	15059	2	1,33	15212	2	1,31	15475	0	0,00
SAN CARLOS	10739	2	1.86	10959	2	1.82	11169	2	1,79	11370	3	2,64	11568	2	1,73
HOSPITAL		2			1			1			1			1	
		36			36			35			35			35	



La distribución del recurso humano está sujeta a la existencia de estructuras físicas dentro de un área geográfica determinada y a la capacidad instalada de las mismas. podemos apreciar que instalaciones como artemio jaén (nuevo arraiján), nuevo chorrillo y Capira tiene una tasa por debajo de un odontólogo por cada 10,000 habitantes. se requiere incrementar la cantidad de odontólogos, sin embargo, la capacidad instalada y las condiciones actuales de dichos consultorios odontológicos no lo permiten.

en cambio instalaciones como nuevo emperador, puerto caimito, miguel martín sayaguez, altos de san francisco, lídice, chame, bejuco y san carlos tienen una tasa que oscila entre 1.5 a 3 odontólogos x 10,000 habitantes y son consultorios con la posibilidad de asignar el recurso humano por la existencia de sillones dentales y /o por tener dentro de su área de responsabilidad, zonas de difícil acceso.

el minsa capsí del coco engloba otras instalaciones (escuela pedro pablo sánchez, escuela república de costa rica, ciudad del niño) donde hay sillones dentales y odontólogos asignados de manera permanente, situándolo en una tasa de 1 odontólogo x 10,000.

Programa de Infantil y Niñez

El incremento de la estimación de la población menor de año en el quinquenio no ha sido representativo.

La cobertura de Crecimiento y Desarrollo en menores de un año del 2009 al 2011 guarda una relación fluctuante en un porcentaje de 1 y 2, a excepción del año 2012

donde se refleja un Sub registro del 100.7% que no garantiza que todos son de nuestra jurisdicción ya que hay 66 niños por arriba de la población estimada.

Tomando en consideración que tenemos frontera con Coclé y por accesibilidad a los servicios de salud, se les hace más fácil y económico atenderse en el área de San Carlos.

La concentración de Crecimiento y Desarrollo se han mantenido como una constante atreves del quinquenio.

La estimación de la población en < 1 año en el 2015 tiene un incremento de 108 más de menores que para el año 2016 pero eso nos indica que la población puede estar mal estimada o que se atiende fuera de área o de jurisdicción y en año 2014, la estimación de la población < de 1 año tiene una brecha que no guarda relación desde el 2009 al 2013 y luego continua esta relación de estimación hasta el año 2016.

El porcentaje de anemia en menor de un año ha fluctuado. Y como ejemplo tomé evidencia de los años 2012 y 2013 en edades 4 a 11 meses, y laboré un cuadro para mayor evidencia.

Año	2012	2013
Total de niños (as) menores esperados para atención	4,634	4976
Total de niños (as) atendidos en todas las Instalaciones	10,319	5309
Total de ingresos en programa de Sales de Hierro	1,897	3140

Lo que nos indica que para el 2012: 8,422 no recibieron sales de hierro y para el 2013: 2,169 quedaron desprotegidos, eso no significa que sea menos que en el 2012 sino que la población atendida fue menor.

Se puede considerar que el usuario no tiene accesibilidad al medicamento de sales de hierro, que debe recibir en cada control de forma terapéutica. Lo que nos indica que el usuario desconoce que existen Normas, Leyes que garantizan una atención integral gratuita.

Hay que concienciar a los Médicos para que cumplan con las entregas de sales de hierro establecidas por el sistema de salud y las normas y que no promocionen otros productos que son más costosos y que no están al alcance del usuario.

Las principales causas de morbilidad fueron:

	2009	2010	2011	2012
Rinofaringitis	✓	✓	✓	✓
Diarreas y Gastroenteritis	✓	✓	✓	✓
Síndrome Gripal	✓			✓
Influenza con altas Manifestaciones		✓	✓	

La rinofaringitis, Diarreas y Gastroenteritis se han mantenido en el mismo lugar en todo el quinquenio

Causas de la mortalidad en el quinquenio (2009 / 2012).

Menores de un año	De 1 a 4 años
Ciertas afecciones en el Periodo Perinatal	Enfermedades del corazón
Malformaciones congénitas deformidades y anomalía cromo somática	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Bronconeumonía	Bronconeumonía
	Malformaciones congénitas, deformidad y anomalías cromo somáticas
	Accidentes, suicidios, homicidios y otras causas externas.

Se mantuvo los mismos diagnóstico

INDICADORES DEL PROGRAMA INFANTIL: AÑOS 2015-2017

INDICADORES	2015	2016	2017 1er Sem
Estimación de Población de niños >1 año	9344	9236	8922
Cobertura de C y D en < 8 días	1413/12.9		1541/12.7
Cobertura de Cy D <1año	98.4	102.5	
Estimación de Población de niños de 1-4	37969	38135	37681
Cobertura de Cy D de 1-4 años	50.6	71.2	21.1
Concentración de C Y D < 1 Año	5.4	5.3	5.3
1.4 años	2.4	1.9	1.7
Tasa de incidencia de Bronconeumonía y Neumonía en > 5 años 1/	21.3	22.6	5.55
Tasa de incidencia de E.D.A. en > 5 años 1/	376.2	234.1	119.7
% de Anemia en < 1 año	189/3.77	185/2.0	89/1.0
% de Anemia de 1 - 4 años	410/2.0	388/1.0	173/0.5
Mortalidad en < 1 año (Número y Tasa)	105/9.6	...	...
Mortalidad en 1 - 4 años (Número y Tasa)	26/0.13	...	...

Programa Escolar y Adolescente

A través de estos años se sigue llevando a cabo acciones de salud tendientes a la atención integral de la población infantil con el programa Infantil y el Programa de salud escolar, y en los adolescentes, con la atención del Programa de adolescentes en las instalaciones de salud y centros educativos.

Contamos con 13 Instalaciones de Salud del MINSA, que llevan adelante los programas escolar y adolescente, siguiendo las normativas establecidas en cada uno. En el programa escolar tenemos como lineamiento las normas de 1993 y en adolescentes las de 2006.

Año tras año se brinda capacitación y actualización de las normas al personal multidisciplinario de centros de salud e instalaciones de la Caja del Seguro Social, sobre todo de los protocolos y guías que sustentan las Normas de ambos programas.

Ya hemos participado de la revisión de las normas del Programa Escolar en el 2015 y 2018 y esperamos que muy pronto se realice la implementación de Nuevas normas para este programa.

A continuación, realizaremos un análisis de los principales indicadores de ambos programas en el periodo 2009-2019. Sin embargo, tenemos una brecha porque hasta el 2011 se obtenía información de la Caja del Seguro Social y desde el 2012 hasta la fecha los resultados de los indicadores provienen únicamente de las instalaciones de salud del MINSA:

Escolar:

Durante estos últimos 10 años se ha mantenido la atención de las escuelas sectorizadas, de tal forma que son cubiertas por el MINSA y por la Caja de Seguro Social, donde el 100 % de las escuelas públicas están dentro del programa escolar, ya sea en atención parcial o completa. La atención completa ha ido en aumento por directrices regionales del programa, incluyendo las Escuelas saludables. Todavía es difícil llegar a algunas escuelas en área montañosa con atención completa, por la dificultad del transporte, esto especialmente en las áreas de Capira y El Espino.

En relación a la cobertura de atención del programa escolar, el MINSA cubre EL 82 % de las escuelas y CSS el 18 %.

Durante todos estos años la región de salud Panamá Oeste ha suministrado vacunas, hierro preventivo y anti parasitarios, así como las acciones de control de vectores y saneamiento ambiental de manera permanente a las escuelas bajo responsabilidad de la Caja del Seguro Social. Sin embargo, en el período del 2016 al 2018 no hubo suministro de hierro preventivo para ninguna de las escuelas de la región, por desabastecimiento del MINSA y la región en el año 2018 hizo una compra y priorizó en embarazadas, población infantil y escuelas en áreas del campo. Para el 2019 llegó el hierro desde el nivel nacional pero tarde para ser distribuido en las escuelas y cumplir con la cantidad mínima de semanas necesaria de cobertura.

A continuación, algunos indicadores más relevantes:

1. **Crecimiento y Desarrollo:** se presenta una tendencia más o menos estable, con algunos incrementos en el 2013 y 2017. Con porcentajes de cobertura alrededor del 75%.
2. **Escolares que ingresan con esquema completo y los que fueron vacunados:** en los primeros años de este período, se observa una tendencia al aumento y luego un descenso en los últimos 3 años. Paro del sector educación, epidemias de influenza e inasistencia de escolares pueden haber afectado este indicador.

La vacuna contra el virus del papiloma humano, entró al esquema de vacunación nacional en octubre de 2008, para las niñas de 10 años y en el 2013 se aplica a niños y niñas.

Para mejorar las coberturas de las dosis aplicadas, se debe programar actividades de captación en las escuelas primarias, tanto públicas como privadas.

En la cobertura de VPH Y Tdap mejoramos en un 10 % en VPH y 2.2 % en Tdap para el 2019.

Felicitamos a todos los equipos de la región, por los esfuerzos realizados y esperamos que cada año sea mejor.

RECOMENDACIONES:

- Que la Caja del Seguro Social mantenga sus estrategias con el programa, ya que tiene bajo su responsabilidad una gran población escolar.
- Que el personal de las instalaciones locales de salud, le den mejor seguimiento a las dosis aplicadas (1ras y 2das) y así disminuir la deserción.
- Que se incrementen los programas de promoción con VPH, en las escuelas (públicas y privadas) haciendo énfasis en la importancia de la aplicación de las 2das dosis.
- Se implementen estrategias dirigidas a la educación privada.
- A los niveles locales de MINSA, soliciten apoyo, previa coordinación al nivel Regional para realizar actividades en las escuelas.
- Verificar si se están registrando niñas/os por el lugar donde viven, o por la dirección de la escuela.

También se ha implementado el Vacuno móvil, donde el personal de enfermería se traslada en transporte regional promocionando con el megáfono en las comunidades, la actividad de vacunación incluyendo el VPH.

6. Escolares encuestados: hay una tendencia a la disminución en los últimos 3 años y creemos que se debe a subregistro y en algunos casos a poca colaboración de los docentes, ya que ésta es una actividad que le compete.

7.Encuestas a edificios escolares: observamos un descenso del indicador y pudimos constar que se debe a un sub registro, por lo que se han realizado reuniones con el departamento de saneamiento ambiental para corregir las deficiencias encontradas.

8.Escolares con técnica de cepillado: se registra una tendencia al aumento de las coberturas en los últimos 5 años y puede deberse a una mejor coordinación con el equipo de salud bucal, para lo cual se realizan docencia y talleres con las Jefas de clínicas de los niveles locales.

9.Escolares protegidos con flúor: se registra un leve descenso en los últimos 5 años y puede deberse a sub registro en los informes del área de Salud Bucal local enviados a REGES, además que este es un informe que se entrega a fin de año y para ello se ha coordinado con Salud Bucal regional la revisión previa a ser enviados a Estadística regional.

10.Escolares con hemoglobina baja: se ha mantenido con una tendencia al descenso en los últimos años, lo cual puede deberse a la suplementación de hierro sostenida hasta el 2015 y el apoyo de la compra por la región luego en el 2018.

En cuanto a la morbilidad biológica prevalece entre las primeras 5 causas: el bajo peso, la obesidad, anemia no específica, infecciones respiratorias y caries dental. En la Morbilidad Psicológica: bajo rendimiento escolar, Trastorno del desarrollo en habilidades escolares y Trastorno de conducta no especificada.

En la morbilidad social: Problemas relacionadas con situación de familias atípicas, negligencia y abandono por parte de los padres.

En el área de Promoción se realizan charlas, talleres, conformación grupos caza mosquitos, caza humos, campañas de lavado de mano y prevención de Dengue, donde participen todo el personal multidisciplinario con diferentes temas relacionados a su departamento.

A nivel intersectorial contamos desde el 2002 con la Comisión Técnica Regional de Salud Escolar conformada por varias instituciones como: MEDUCA, CSS, MINSA, MIDES, IPHE, ANAVIP (Asociación Nacional de Avicultores de Panamá), UMECIT, MIDA, SENNIAT y la comunidad. Desde el 2005 llevando el desarrollo del programa de escuelas saludables, donde participan 14 escuelas de la región: El Higo (San Carlos), Berta E. Fernández (Bejuco), Hernando Bárcenas (Lídice), Harmodio Arias (Capira), Federico Boyd (Capira), Majara (Lídice), La Herradura (La Chorrera), Leopoldo Castillo (La Chorrera), Victoriano Chacón (La Chorrera), IPHE (La Chorrera), Playa Chiquita (Puerto Caimito), Vista Bella, Fuente de Amor y Roberto Chiari en Arraiján.

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

El proyecto ha desarrollado 6 aspectos fundamentales:

1. Capacitación: Talleres Seminarios, reuniones, encuentros, Escuelas para padres.
2. Promoción: Desfile, feria, entrega material didáctica, reconocimiento de las escuelas.
3. Formación a docentes: programa de salud escolar, Habilidades para la vida, Salud sexual y reproductiva.
4. Atención de Salud: Giras escolares y desarrollo del programa escolar.
5. Monitoreo y evaluación: Monitoreo de Habilidades para la vida y Supervisiones Integrales.
6. Guía básica de alimentos saludables de Kioscos y cafeterías de centros educativos desde 2017 en dos escuelas: Hernando Bárcenas (Capira) y La Herradura (La Chorrera).

Una limitante en los escolares atendidos por la Caja de Seguro Social es que los no beneficiados por el seguro, se les atiende por el médico, pero no se les realiza los laboratorios, en este aspecto son referidos al centro de salud más cercano y con la identificación de “Programa escolar” y se les cobra a costo del programa.

En la actividad de Aplicación tópica de Flúor, tampoco el Seguro Social lo cubre, quedando desprotegidos esta población, algunos coordinadores de escolar gestionan con los padres de familia la compra de este insumo, pero no en todas las escuelas. En el 2018 se giró nota a la Dirección institucional de la Caja de Seguro Social regional, para solicitar se considerará la adquisición del flúor, pero no se obtuvo una respuesta formal.

II. Programa de salud integral de los/as adolescentes

En cuanto a la población adolescente comprendida entre los 10 y 19 años, para el 2019 es de 92,405 habitantes, que representan el 16% de la población total, con tendencia al descenso. El sexo masculino representa el 51% y el femenino el 49%.

Muchas de las escuelas primarias han ido transformándose en lo que son los centros básicos donde se alcanza la educación básica hasta 9°. Existe un total de 40 escuelas entre básicas, pre-medias y medias, con una población de 58,823 estudiantes y la Región de Salud a través del Programa de Salud integral del adolescente cubre el 47% de ellas. Estos datos son únicamente de los Centros de Salud, ya que desde el 2012 hasta la fecha no se cuenta con las estadísticas de la Caja del Seguro Social por problemas de registro de la información en esa Institución, lo cual no permite el análisis comparativo con los años anteriores (2009 al 2011), donde si se registró la información de ambas entidades (MINSA/CSS).

Cada año los Centros de Salud dan cobertura a 1 ó 2 escuelas secundarias bajo su responsabilidad, dependiendo del recurso humano disponible; atienden un nivel determinado (ejemplo: 7°, 9° ó 10°). Recordemos que esta atención en las escuelas es una estrategia para aumentar coberturas de crecimiento y desarrollo, ya que la Norma del Programa dice que “todo adolescente que acude a una instalación de salud, debe ser captado en el Programa para control de salud, por lo menos 1 control por cada año de edad, lo cual debe garantizar el cumplimiento de la meta que es el 40% de la población adolescente.

Analizaremos algunos indicadores:

A) Crecimiento y desarrollo:

En cuanto a la cobertura de crecimiento y desarrollo, alcanzamos coberturas entre 24% y 29 % en los últimos 5 años, lo cual es aceptable si lo comparamos con el nivel nacional que es de 20%.

Contribuye al aumento de las coberturas, los manipuladores de alimentos que acuden diariamente a los Centros de Salud y la aplicación del programa en algunas

escuelas básicas y medias. Al analizar esta cobertura de los últimos 5 años, con datos exclusivos de la Región de Salud y por información de que pocas instalaciones de la Caja llevan este programa, como es el caso de la Policlínica de Arraiján, nos permite concluir que los centros de salud son los que en su mayoría aportan al aumento de esta cobertura, dando así cumplimiento a la Norma. En el año 2011 y 2019 el mismo personal de la Caja solicitó capacitación sobre la Implementación de las normas de adolescentes, la cual se realizó y contó con la asistencia de personal de algunas de las Unidades ejecutoras locales. Además, por la participación en el Comité intersectorial de Guías de gestión desde el 2011, la Caja de Seguro social se le invita a participar en las capacitaciones que ofrecemos sobre el tema de Adolescencia.

Cabe destacar que los Centros de Salud han implementado las normas técnico-administrativas del Programa de Salud Integral del adolescente, con la Historia Clínica, la hoja de evolución y el formulario complementario de salud sexual y reproductiva, además cuentan con las herramientas o instrumentos necesarios para una adecuada atención del adolescente, garantizando un trabajo multidisciplinario, con capacitaciones y monitoreos (1 vez al año), así como evaluaciones en su momento, de la atención a través de las auditorías de expedientes, pero en los últimos años no se audita este programa por instrucciones del nivel nacional.

B) Adolescentes embarazadas:

Si lo analizamos desde el indicador de los **nacimientos vivos**, el cual es utilizado a nivel de país, mantenemos una tendencia al descenso, lo cual es positivo. Han ayudado a esta disminución los programas de promoción y prevención con adolescentes de los grupos organizados, en el Programa de Servicios de salud amigables para los adolescentes (SSAA), con el acompañamiento técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), desde el 2012 hasta la fecha, así como la estrategia de la atención integral en las escuelas básicas.

Desde otro indicador como es el de los **ingresos de embarazos**, también se observa una tendencia al descenso, toda vez que este mide la proporción de embarazos en adolescentes en relación con el total de embarazos captados. Para el 2018 fue de 26.8 % y para el 2019 de 23.3 %.

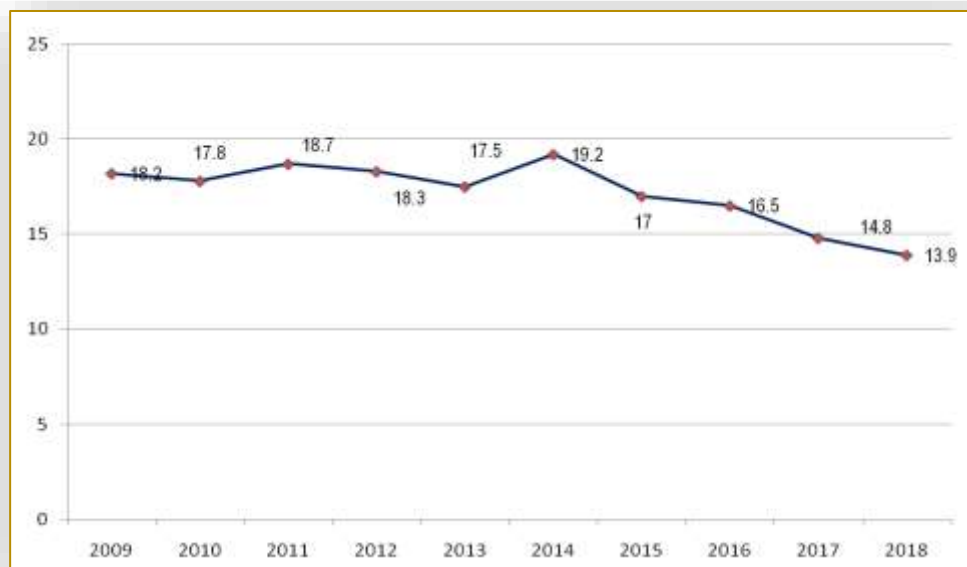
Los porcentajes de embarazo en adolescentes en el 2019 se registraron así, de mayor a menor tenemos:

1. Puerto Caimito (31%) ocupando el primer lugar igual que en el 2018 y con aumento de 5%.
2. Lídice (29%) con aumento de 10% en relación con el 2018, cuando había sido el centro con el porcentaje más bajo.
3. Artemio Jaén (25%)
4. El MINSACAPSI El Coco, Altos de San Francisco y El Espino (23%)
5. San Carlos (21.6%)
6. Chame (21.5%)
7. Puesto Salud Santa Clara (18%)
8. MINSACAPSI Burunga, Nuevo Chorrillo y Bejuco (17%)
9. Capira (13.5 %)

Observamos un descenso considerable en el 2019 en las últimas 4 instalaciones de salud, donde la estrategia de los SSAA se realiza y el Módulo de adolescentes se encuentra.

Porcentaje de embarazo en adolescentes (Nacidos Vivos) 2009 -2018

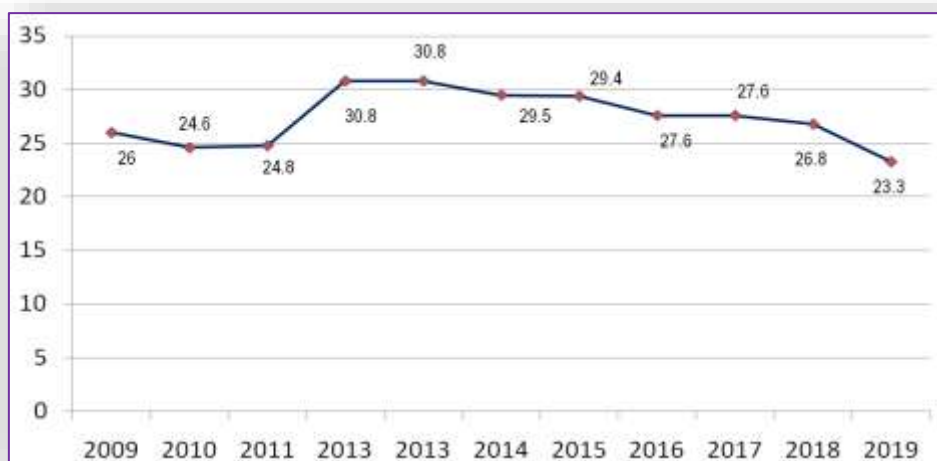
% Embarazo en adolescentes



FUENTE: Estadística Regional

Región de Salud Panamá Oeste AREA ESCOLAR Y ADOLESCENTE Porcentaje de embarazo en adolescentes (Ingresos) 2009 al 2019

%Embarazo en adolescentes



FUENTE: Estadística Regional

C) Planificación familiar:

Cuando analizamos las consultas Nuevas e Ingresos, se observa que las adolescentes de 15-19 años representan más o menos el 15% del total de mujeres que planifican (adultas y adolescentes) y las de 10-14 años el 0.2%.

De acuerdo con datos estadísticos de los 10 centros de salud en el Programa de SSAA en el 2018, en el grupo de 10 a 14 años el 76.9% utiliza las inyectables y 23.1% el Condón; en el grupo de 15 a 19 años el 87.6% usan inyectables, el 10% condón, 2% orales y el 0.4% DIU.

En cuanto al estudio de implantes se realizó en 2 centros de salud, El Espino y Puerto Caimito y para el año 2019 se completó la aplicación de los mismos y la investigación sobre este tema.

D) Cuando se revisa las principales causas de Morbilidad biológica tanto en el grupo de 10-14 como de 15-19 años, prevalece en los primeros lugares: la Enfermedad diarreica, las infecciones respiratorias y las nutricionales (obesidad).

En cuanto a las de Salud Mental están los Problemas relacionados con la adaptación cultural, Problemas relacionados con bajo rendimiento escolar, Problemas relacionados con apoyo familiar.

En la Morbilidad social están: Problemas relacionados con situación familiar atípica, bajo rendimiento escolar, Hechos estresantes.

Se observa que, dentro de las principales causas de morbilidad general, no aparece registrado los diagnósticos de riesgo biológico (Inicio de vida sexual, tabaquismo, drogas), lo cual se asemeja al nivel Nacional, de allí que se recalca en las actualizaciones con los médicos, el hecho de la importancia de registrar estos diagnósticos al momento de la captación del adolescente.

Cabe destacar la presencia de ITS en 10-19 años como: Vulvovaginitis, Enfermedad Inflamatoria pélvica, Verrugas Venéreas, IVPH lo cual es preocupante, ya que esto demuestra el inicio de vida sexual temprana sin protección, aunado a los riesgos de adquirir VIH/Sida. En cuanto a VIH se reportan 11 casos en la población de 15-19 años en el 2018, pero no en la de 10-14 años. En cuanto al Sida, hay dos casos en 15-19 años para el 2018, no se reportó casos en 10 a 14 años.

E) Las primeras causas de Mortalidad se asemejan mucho a las del Nivel Nacional que son: 1. Accidentes, suicidios y homicidios, muy relacionados con las morbilidades psicosociales y la violencia (que pueden ser prevenibles) 2. Enfermedades del sistema nervioso. 3. Tumores malignos.

En cuanto a la Tasa de Suicidio y Homicidio en adolescentes fue de 0 en el grupo de 10 a 14 años tanto en el 2016 como en el 2017. Sin embargo, en el grupo de 15 a 19 años los casos fueron registrados solo en la población masculina, y para el 2016 la tasa de homicidio fue de 0.28 x 1000 y la tasa de suicidio de 0.05 x 1000; igualmente para el 2017 se presentan casos en el sexo masculino solamente, siendo la tasa de homicidio de 0.23 x1000 y la tasa de suicidio en 0.

Observamos que las causas de mortalidad en adolescentes se ubican en los accidentes, suicidios, homicidios y otras causas externas, las cuales se pueden prevenir. Algunas están relacionadas con la ingesta de alcohol y el uso de drogas y otras con lo que es la violencia doméstica y la deserción escolar todo esto unido a la disfunción familiar y a problemas socioeconómicos, que pone en riesgo a los adolescentes y por ende sus proyectos de vida.

También se ha observado en los últimos años aumento de la delincuencia en nuestra región, otro factor que afecta gravemente a la juventud.

Algunas estrategias para disminuir la mortalidad en jóvenes de acuerdo con un informe de OPS en marzo del 2019 apunta hacia:

- Programas de salud bien financiados y que involucren a otros sectores.
- Fomentar sistemas de salud que respondan a sus necesidades.
- Enfoques basados en evidencias dirigidas a Grupos vulnerables
- Implementar Programas de monitoreo y evaluación para generar mejoras continuas.
- Desarrollo capacidades para quienes trabajan con adolescentes.
- Empoderar e involucrar a jóvenes como agentes de cambio.

Teniendo en cuenta estos aspectos, la Coordinación Regional de escolar y adolescentes, lleva adelante varios Programas tendientes a disminuir los factores de riesgo biopsicosocial y fortalecer las capacidades de los adolescentes, así tenemos: el Programa de Servicios de salud Amigables para adolescentes MINSA/CSS/UNFPA, Guías de gestión para adolescentes, Programa Familias Fuertes. Participamos también en la Mesa Municipal de Protección de Niñez y Adolescencia del distrito de Chame y del Comité Regional de Erradicación de Trabajo Infantil (SENNIAF), colaborando en actividades de prevención de la violencia, maltrato infantil y erradicación del trabajo infantil.

Para el 2019 todas las instalaciones de salud del MINSA (13 en total) se les ha capacitado en la estrategia de Servicios amigables para adolescentes, sin embargo, uno de los centros no cumplió con la conformación del grupo de adolescentes por limitaciones del personal (San Carlos).

Además, en el 2018 se concretó el Módulo de adolescentes en el Centro de salud de Nuevo Chorrillo, con el apoyo económico de la Embajada de Japón, el cual comenzó a prestar servicios en el mes de agosto y a la fecha ha logrado el aumento de consultas de crecimiento y desarrollo y planificación familiar. También ha capacitado adolescentes escolarizados y de la comunidad, trabajando en conjunto con ONG. Para lograr los objetivos propuestos debe ser reforzado con personal de salud, sobre todo en Salud Mental con Psiquiatra y/o Psicólogo y algunos insumos como computadoras.

En el Programa de familias fuertes, se han realizado cinco graduaciones desde el 2015 al 2019 y estos son los resultados:

- Beneficiados 50 familias y 75 adolescentes (51 % femenino y 49 % masculino)
- Ha sido aplicado en familias en condiciones económicas difíciles o escasos recursos.
- En las encuestas aplicadas antes y después del programa se observa cambios positivos, en los padres se desarrollan destrezas para demostrar afecto y tener una mejor escucha. En los hijos hay mayor capacidad para la toma de buenas decisiones, mejoras en sus relaciones en la familia, solución de problemas y demostraciones afectivas hacia sus padres.
- Permanencia en el sistema educativo
- Deseo de Participar en el programa de Servicios amigables para adolescentes.
- Promueve el autocuidado a través de los controles de salud.
- Padres y tutores empoderados y con mayor confianza para la búsqueda de los servicios de salud.

Para el seguimiento se han realizado las siguientes actividades:

- Sesiones educativas con temas sugeridos por los padres y jóvenes.
- Controles de salud del adolescente.
- Citas terapéuticas de Salud Mental y Trabajo Social.
- Llamadas telefónicas
- Entrevistas personales

A los centros de salud se le dictan directrices cada año para la ejecución de ambos programas a través de actividades como:

1. Reuniones de coordinación con el nivel local, de carácter administrativo y docente (Evaluaciones cuantitativas de los programas).
2. Monitoreos a instalaciones de salud, Supervisiones integrales con el equipo de salud Regional.
3. Capacitaciones al personal de salud, actualizaciones y becas auspiciadas por el UNFPA sobre temas de adolescencia (Postgrados y cursos).
4. Inducción a nuevo personal de salud que ingresa al sistema, esto es de vital importancia para un adecuado desenvolvimiento en el nivel local.
5. Fortalecimiento del manejo de los/as adolescentes, dirigido a padres y madres de familia a través del Programa de Familias Fuertes.
6. Conformación de redes como: Comisión Técnica de Salud Escolar y el Comité intersectorial de Guías de gestión para adolescentes.

Los centros de salud para dar cumplimiento a las Normas en lo relacionado a la Prevención y Promoción de la salud, realizan actividades como:

1. Organización de grupos comunitarios, de embarazadas adolescentes y escolarizados, para el fortalecimiento de la educación de pares.

2. Capacitaciones como charlas, seminarios y talleres
3. Actividades recreativas
4. Murales y distribución de material educativo
5. Ferias de la salud
6. Réplicas de educadores de pares supervisadas por un adulto responsable que puede ser un personal de salud o docente.

Algunos aspectos administrativos que podrían contribuir a mejorar el trabajo que realiza el personal de salud a nivel local son:

1. Recurso humano de Salud Mental en la mayoría de los centros de salud.
2. Presupuesto desde el nivel nacional para actividades de Promoción de la salud.
3. Para el debido rendimiento del personal de salud, aplicación de la normativa de 2 pacientes nuevos por hora y 4 pacientes subsecuentes por hora.
4. Conformación de Red intersectorial e interinstitucional para la programación, ejecución y evaluación de los programas en cada centro de salud.
5. Compromiso de trabajo en equipo para llevar adelante programas de educación y promoción continuos (por ejemplo, planes docentes con seguimiento a tres años) con las escuelas y/o grupos organizados.
6. Programas de Meritocracia al personal de salud desde el nivel Regional.
7. La construcción de un Centro integral de atención para adolescentes.

Para el 2020 de acuerdo a las políticas de salud y el Plan operativo anual se tiene contemplado continuar con la capacitación a personal de salud, monitoreo y supervisiones integrales a instalaciones de salud, fortalecer el Programa de SSAA en todos los centros de salud y MINSA/CAPSI, Fortalecer las redes intersectoriales y Consejos consultivos de adolescentes.

También se ha realizado reunión con todos los departamentos y programas que tienen que ver con el programa escolar, para bajar lineamientos a los niveles locales y así mejorar el resultado de los indicadores.

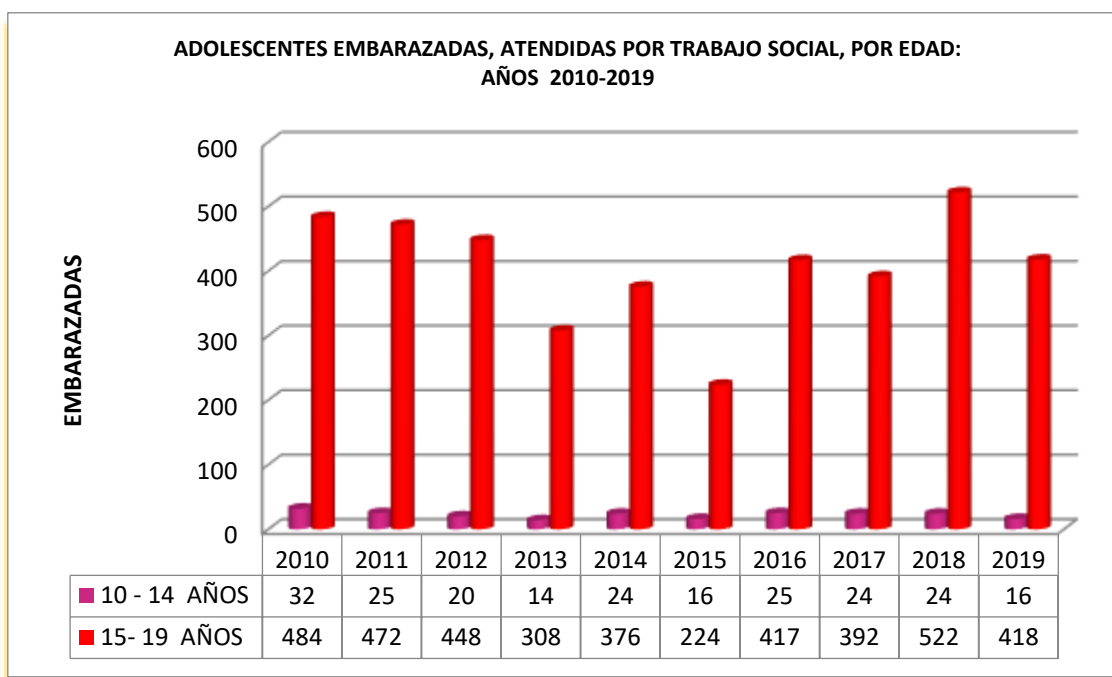
Como **proyecciones** para estos programas tenemos:

1. Escuelas saludables implementando la Guía Básica de alimentos permitidos en los kioscos y cafeterías escolares, por Resuelto del MEDUCA No. 3623 del 17 de julio del 2017, que fue adoptado por el MINSA, bajo Resolución No. 049 del 30 de enero del 2018, con asesoría de la OPS y el INCAP, 2017-2019.
2. Aumento del número de escuelas con atención completa.
3. Los escolares sean beneficiados con todas las actividades del programa escolar ya sean que estén bajo responsabilidad del MINSA o Caja de Seguro Social.
4. Aumentar cobertura de la atención completa de escuelas primarias en los corregimientos del Plan COLMENA a partir del 2020.
5. Participación conjunta con promoción de la Salud en la certificación de escuelas promotoras, través del programa de escuelas saludables.

6. Continuidad de los convenios MINSA/Organismos internacionales en proyectos en beneficios de las y los adolescentes.
7. La ampliación del Programa Familias Fuertes a toda la región, incluyendo en el Plan COLMENA, con la conformación de 6 equipos capacitados en la estrategia, siendo un total de 25 funcionarios de salud local y regional
8. La aplicación de los estándares de calidad de atención a adolescentes, a dos de los centros de salud dentro del programa de servicios amigables, Chame y Nuevo Chorrillo.
9. Red de adolescentes/Consejos Consultivos de adolescentes.
10. Seguir incidiendo en la disminución de los embarazos en adolescentes, violencia, ITS/VIH/Sida y consumo de tabaco y otras drogas.
11. La construcción de otro Módulo de adolescentes y de un Centro integral para adolescentes.

Trabajo Social

En el periodo 2010 a 2019 la Sección de Trabajo Social ha atravesado con problemas de recurso humano para ofrecer el servicio en los doce centros de salud y hospital.



Gráfica Población de Adolescentes Embarazadas por Edad Atendidas por Trabajo Social 2010-2019.

En la gráfica se observa que en el periodo 2012 a 2016 la población de Adolescentes Embarazadas en edad de 10 a 14 años ha disminuido a un promedio de 20 por año con respecto al periodo 2007 al 2011 donde se atendió un promedio de 30 embarazadas.

De igual forma la atención de adolescentes embarazadas en edades de 15 a 19 años ha disminuido en el periodo 2012 a 2016 con una atención promedio de 355 embarazadas por año, sin embargo, en el periodo anterior 2007 a 2011, se atendió un promedio mayor reflejando una atención de 465 embarazadas por año.

Podemos señalar que desde el 2010 la captación de adolescentes embarazadas ha disminuido lo cual puede estar relacionado a:

1. Culminación de contrato de dos trabajadoras sociales.
2. Jubilación de una trabajadora social en 2013, quedando solamente cuatro (4) trabajadoras sociales que atendían Centro de Salud de Nuevo Arraiján, Centro de Salud Nuevo Chorrillo, Centro de Salud Magally Ruiz y Hospital Nicolás A. Solano.

Realizando Análisis del de las Adolescentes Embarazadas atendidas por Trabajo Social de 2010 al 2019, sabemos que se van a presentar los embarazos en las Adolescentes, lo ideal sería que no hubiera embarazo en estas edades; pero la realidad que sí. Lo importante es que Trabajo Social las capte, las atienda al igual su grupo familiar, evitando la revictimización y que se den apoyo familiar.

De hecho, en los últimos años, Trabajo Social atiende esta población que debería ser un 100%, pero por las múltiples funciones, por las actividades extra murales no se da ese 100% (ver a todas las adolescentes embarazadas), entre un 80 y 90% las atenciones en esas actividades extramurales esta la prevención del embarazo en los grupos estudiantiles, en el programa escolar y adolescentes.

Otra intervención de Trabajo Social en este grupo es orientar: en la planificación familiar, evitando, que las adolescentes madre repitan un nuevo embarazo; hay que educar, orientar e insistir en la planificación familiar y en acciones educativas de la sexualidad saludables.

La importancia que, a través de los años, en el grupo de edad 10-14 años, ha disminuido el embarazo, podemos decir, ya que Trabajo Social trata la intervenir en todos los casos de estas edades, por el componente legal que implica menor de 14 años con un embarazo.



Gráfica Población Infantil por Sexo y Edad Atendidos por Trabajo Social 2010 – 2019.

Del 2007 al 2011, solo se referían a trabajo social los menores que presentaban durante la atención alguna conducta de riesgo, observándose poca atención en este periodo. A partir del 2012, por orden del nivel nacional se dio la instrucción que todos los menores debían tener un control social al año, se han hecho las coordinaciones con el equipo de salud y las referencias han mejorado, pero no como se esperaba. Con la implementación del sistema SEIS en algunos Centros de Salud los formularios de Trabajo Social para la atención de niños de 0 a 4 años son de nueve páginas en el primer control social, lo que requiere una atención extensa razón por la que los padres de los menores no esperan para la atención.

En los últimos años se ha incrementado la atención a la población infantil, como se observa en la gráfica; el motivo es el cumplimiento de la Norma establecida en la población infantil que es un Control Social al año.

El equipo Multidisciplinario de los Centros de Salud conoce la normativa y dan inicio a la referencia a Trabajo Social de ésta población.

Los Centros de salud que tienen Pediatría, se coordina con ellos para sus respectivas referencias internas.

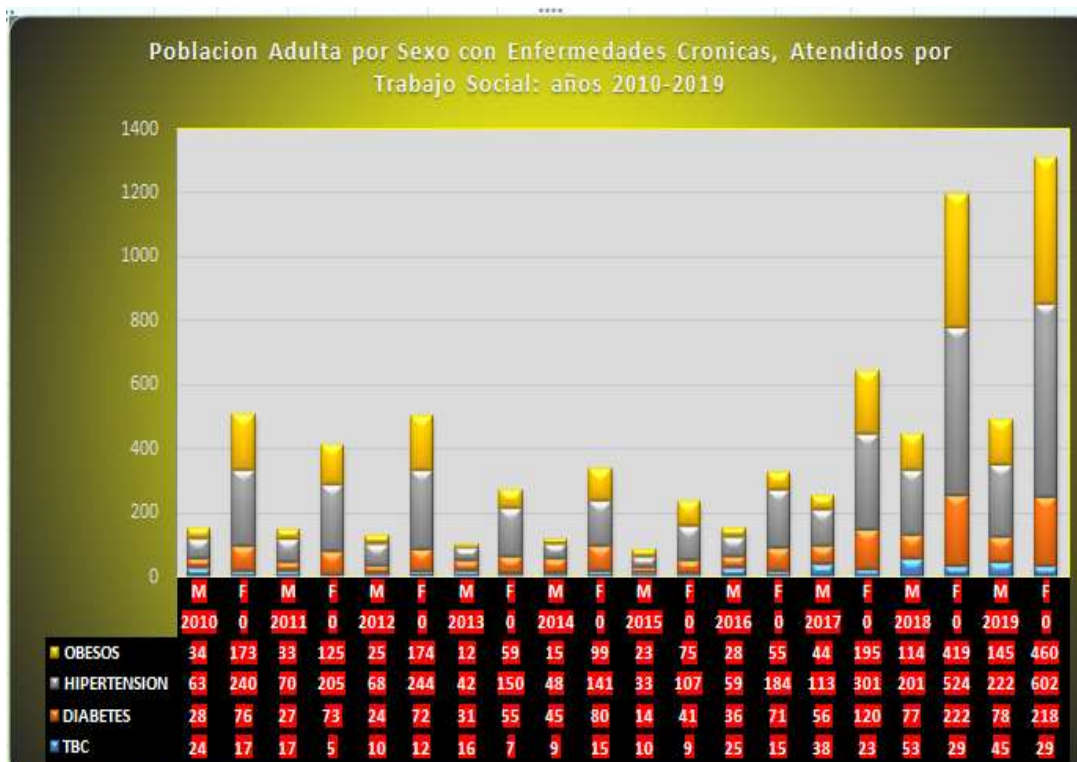
Los Centros de Salud que no tienen éste recurso especializado, coordinar con los médicos generales y la Enfermera de Crecimiento, Desarrollo, y Vacunación.

Los totales nos indican la aceptación de los padres en acudir a las citas de Trabajo Social, inclusive acuden ambos padres en algunas ocasiones.

De las evaluaciones sociales de Trabajo Social se detectan riesgos tanto físico, sicológicos como los sociales; del riesgo físico se refieren al personal para su atención como los Psicólogos, cumpliendo con la atención integral integral de nuestros menores de edad; población prioritarios para Trabajo Social para la prevención a nivel familiar.

Los riesgos sociales se presentan en las dinámicas familiares inadecuadas que influyan en la socialización del niño(a).

Gráfica Población Adulta por Sexo con Enfermedades Crónicas Atendida por Trabajo Social 2010-2019.



Como se puede observar en la gráfica anterior al 2007, no se había asignado un código de la C-10 para la atención de los hipertensos y diabéticos por Trabajo Social. En el 2008 se realizaron las coordinaciones y se le asignó el Z86.3 para diabéticos, Z86.7 para hipertensos y Z86.1 para TBC. Se realizaron las coordinaciones con el equipo del programa de adulto para las referencias a Trabajo Social. Podemos observar que a partir del 2008 empieza a hacerse el registro de estos pacientes, por las cinco trabajadoras Sociales que había en la Región de Salud Panamá Oeste. En general la gráfica presenta una disminución en la atención a partir del 2013, en este año se jubiló una Trabajadora Social.

Población adulta con Enfermedades Crónicas.

T.B.C. = 74

Diabetes = 296

Hipertensión = 824

Obesidad = 605

En los últimos años ha aumentado los casos de las enfermedades crónicas a nivel del país. Como sabemos, los factores determinantes como el estilo de vida del panameño incrementan estas enfermedades.

Trabajo Social, en los últimos dos años se observa la atención social al aumentada en estos pacientes que acuden a sus controles en el Centro Salud. Es muy

significativo ese aumento en Trabajo Social, ya que su intervención se centra en evitar las complicaciones de las enfermedades interviniendo en el grupo familiar sobre el apoyo que se debe dar a éstos pacientes; en el conocimiento, en la adaptación y en la responsabilidad del continuo control.

También, Trabajo Social apoya en las necesidades del paciente en el tratamiento, en la alimentación y otras necesidades que pueden restablecer su funcionamiento. A la vez que interviene en la prevención de estas enfermedades con otros miembros de la familia que estén saludables.

Cuidados Paliativos

El progreso científico hace posible curar muchas enfermedades antes irremediables o letales. Las nuevas tecnologías médicas permiten prolongar la supervivencia de una persona y diferir el momento de la muerte. El actual patrón demográfico y de morbilidad hace esperar que, en los próximos años, además del número de muertes por cáncer, aumenten las personas con enfermedades crónicas y degenerativas y el número de adultos mayores. Por tanto, cada vez es mayor el número de personas que pueden verse enfrentadas a una situación terminal en sí mismos o en sus familiares. Así vemos en la actualidad, que las diez principales causas de muerte en Panamá son en su mayoría por enfermedades crónico - degenerativas: siendo el cáncer (que ocupa el primer lugar), las muertes violentas, enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus las más frecuente

El enfoque de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual.

Los estudios realizados en otros países sugieren que más del 90 % de aquellos que padecen una enfermedad terminal pasan la mayor parte de su último año de vida en su casa. De allí la importancia de esta modalidad de atención domiciliaria de Cuidados Paliativos a pacientes en fase terminal

El niño, igual que el adulto en estado terminal, suele ser consciente de los cambios que están ocurriendo en su entorno, y tiene un deseo de estar en su casa, ya que es allí donde están sus seres, mascotas y objetos más queridos.

Parte de la acción de los proveedores de cuidado paliativo, es la posibilidad de pasar por el proceso de agonía y muerte en el lugar en donde el paciente y su familia se sientan más cómodos. Siempre que las condiciones clínicas, anímicas y sociales lo permitan, se procura favorecer la paliación en casa.

Esto requiere de una gran inversión en tiempo, recursos, y del apoyo de las instituciones, pero a la vez puede representar en no pocos casos, una manera en la

cual administrativamente, el hospital ahorra días-cama, y a la vez se proporciona al paciente y a su familia, un respeto hacia su voluntad. Por lo anterior, las instituciones de salud deberán proveer las facilidades para la atención domiciliaria de las personas con enfermedades terminales.

La Región de Salud Panamá Oeste da seguimiento al cumplimiento a lo establecido en este programa. Por ello, y tomando como marco de referencia el documento marco, presentamos este informe, cuya finalidad es unificar aspectos teóricos y de planificación para la continuidad del desarrollo del mismo en el Hospital Regional Nicolás A. Solano y Centros de Salud de la Región.

Para ello, se potencian recursos ya existentes, se dota de nuevas estructuras, se fomenta la capacitación continua de los profesionales y se impulsan las herramientas necesarias para la evaluación y seguimiento de la calidad de la atención prestada a pacientes y familiares, así como aquellas otras que permitan profundizar en el conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios.

En la elaboración de este informe, se han analizado las características de la prestación de cuidados paliativos en el Hospital e Instalaciones de Atención Primaria y se han contrastado con el Programa Nacional de Cuidado Paliativo.

PROPOSITO:

Ofrecer servicios de salud de la más alta calidad, esenciales para lograr un estado óptimo de bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano, promoviendo la calidad de la vida, así como el alivio del sufrimiento del paciente y su familia en la etapa final de una enfermedad terminal avanzada.

MISIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

“Proveer y desarrollar servicios de salud de alta calidad, preferiblemente en el hogar, a pacientes con enfermedad avanzada en fase terminal, de manera que sean eficientes y seguros, con la participación de un personal competente, comprometido y empático, además de la familia y la comunidad”.

VISION

“Muerte digna de las personas con enfermedad avanzada en fase terminal, preferiblemente junto a su familia y en su entorno”.

VALORES

Calidad, equidad, humanismo, excelencia, eficiencia, sensibilidad, integridad y compromiso.

POSTULADOS DEL PROGRAMA

El ser humano:

1. Tiene derecho a disfrutar de un estado óptimo de salud sin distinción de raza, sexo, género, edad, credo religioso o político, condiciones sociales, económicas, e impedimentos.
2. Que sufre de una enfermedad terminal tiene derecho a la más alta calidad de vida, a morir con dignidad, a recibir cuidado paliativo y soporte.

3. Puede mantener o recuperar su estado óptimo de salud ya sea en el ambiente familiar o institucional.

OBJETIVO GENERAL

1. Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad terminal avanzada y sus familias, de manera racional, planificada y eficiente, garantizando los cuidados paliativos según los principios rectores del Sistema Nacional de Salud.

En el año 2018 estos fueron los avances:

- Asignación de una oficina para el Programa de Cuidados Paliativos
- Asignación de una secretaria al Programa
- Reunión con el equipo y autoridades del hospital para la instalación de la clínica del dolor en consulta externa 2018
- Instalación de la Clínica del Dolor en el Hospital Nicolás A. Solano el 26 de junio 2018
- Seminario: Manejo del Dolor Crónico con la participación de funcionarios del hospital y centros de salud el día el 1 de agosto del 2018 en el auditorio del hospital regional Nicolás A. Solano
- Coordinación con el nivel nacional para la adquisición de opioides.
- Conformación del Equipo de Cuidados Paliativos en el Hospital Nicolás A.
- Conformado y funcionando los Equipo de Cuidados Paliativos en cada Centros de Salud
- Supervisión y monitoreo de los avances del programa a los equipos locales y hospital
- Visitas domiciliarias a pacientes de la cohorte de Cuidados Paliativos por el Equipo Interdisciplinario

En este año el programa ha tenido grandes avances que detallamos a continuación

- ❖ Reuniones del Equipo Regional los jueves de cada semana cuyas funciones es la de él enlace con el nivel nacional y el equipo local.
- ❖ Asesoría y Seguimiento por el Equipo Regional a los Equipos Interdisciplinario de Atención Primaria
- ❖ Adquisición de medicamentos opioides para los pacientes de Cuidados paliativos
Adquisición de Recetarios Oficiales para su prescripción

- ❖ Capacitación a Coordinadores Locales del Programa sobre Llenado y Entrega de Certificación de Defunción realizada abril 2019
- ❖ Capacitación a Médicos y Especialista del HRNA tema: Cuando iniciar los Cuidados Paliativos expositor Dr. Da Costa realizado el 9 de octubre de 2019
- ❖ Participación del Equipo Regional en el Taller de Cuidados Paliativos realizado en el auditorio del ION
- ❖ Capacitación a Médicos y Enfermeras de cuarto de urgencia del HRNAS Tema: Manejo del paciente de Cuidados Paliativos en el cuarto de Urgencia
- ❖ Jornada de Cuidados Paliativos de la Caja de Seguro Social los días 11,12,13 de abril en el Hotel Panamá
- ❖ Jornada de Cuidados Paliativos los días 19,20,21 de septiembre 2019 en la USMA
- ❖ Realización de Seminario de Cuidados Paliativos: Taller de Duelo el 3 y 4 de octubre
- ❖ Visitas Domiciliarias (Atención al paciente y Seguimiento de Duelo al familiar) realizadas por los Equipos Interdisciplinarios del Nivel Local a pacientes de la Cohorte y familia
- ❖ Intervención en crisis y seguimiento a pacientes de CP y familiares
- ❖ Coordinación y Enlace con el SADI de la Policlínica de Arraijan y Santiago Barraza
- ❖ Coordinación y Enlace con Equipo de Cuidados Paliativos del hospital para el seguimiento de pacientes egresado
- ❖ Supervisiones y Monitoreo del Equipo Regional a los Equipos Locales y del Hospitales

La Región de Salud de Panamá Oeste centros de salud cuentan con un adecuado abastecimiento de medicamentos opioides; los centros que cuentan con ellos son el Magallys Ruiz y el MINSA/CAPSI de Burunga ya que tiene Licenciado en Farmacias para su manejo

Todos los médicos del programa del nivel local cuentan con recetarios oficiales para la prescripción de opioides y certificados de defunción para los pacientes del programa de Cuidados Paliativos

Con respecto al Hospital Regional Nicolás A. Solano después de reunirnos en varias ocasiones con autoridades del nosocomio se logra asignar otro médico para el programa de Cuidados Paliativos, luego el Equipo Regional capacita al personal de salud (Médicos y Enfermeras del Cuarto de Urgencia con la finalidad de brindar conocimiento para el manejo del paciente de cuidados paliativos y familia

Se mantiene actualizado a los Equipos Locales a través de capacitaciones constante con el objetivo de que adquieran más conocimiento para brindar una atención de calidad y más humanizada a los pacientes y familia

En ese año el Psicólogo que formaba parte del Equipo Regional fue trasladado al nivel nacional.

REUNIONES REALIZADAS



Equipo Regional y Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital

DOCENCIA



Médicos y Especialista del Hospital



Seminario de Cuidados Paliativos



Médicos del Cuarto de Urgencia
Nacional



Presentación del Equipo Regional al nivel

SUPERVISIONES Y MONITOREO DEL PROGRAMA



VISITAS DOMICILIARIAS Y SEGUIMIENTO DE DUELO REALIZADAS POR LOS EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA



Seguimiento de Duelo a familiares por los Equipos de Cuida

Hallazgo encontrado:

- Falta de Integración de otras disciplinas en el equipo Interdisciplinario de cuidados paliativos en algunos centros de salud
- En algunos centros de salud no se está realizando actividades de capacitación sobre cuidados paliativos a los demás miembros del equipo y la comunidad
- Falta de transporte para realizar las visitas domiciliarias
- No se coordina e integran las acciones del Programa Nacional de Cuidados Paliativos con otros programas de salud
- • Al momento de la supervisión no cuenta con la Cuarta Guías Operativa que es el Acompañamiento en Duelo en Cuidados Paliativos y las Normas del Manejo Pediátrico en Cuidados Paliativos ya que nos llegó a mediados de año
- No se ha logrado el funcionamiento en un 100% del Equipo de Cuidados Paliativos en el Hospital.

Compromisos:

Se le da respuesta a la problemática existente y se hace entrega de la Cuarta Guías Operativa y las Normas del Manejo Pediátrico en Cuidados Paliativos a todo los Equipos Locales y al Equipo del Hospital previa capacitación

Autoridades del Hospital Regional Nicolás A. Solano se comprometen a que el Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos tenga un funcionamiento en un 90%

Los equipos de cuidados paliativos de algunos centros de salud supervisados dentro de su programación incluirán actividades de capacitación sobre cuidados paliativos a miembros del equipo de salud y a la comunidad.

El equipo interdisciplinario de cuidados paliativos coordinara e integrara acciones del Programa de Cuidados Paliativos con otros programas de salud.

Se continuará supervisando y monitoreando los avances del Programa de Cuidados Paliativos en el Hospital y Nivel Local

Para concluir tenemos que la necesidad de brindar cuidados paliativos al enfermo crónico o en fase terminal adquiere cada vez más importancia dentro del sistema de salud. Para el personal de salud la existencia de un enfermo terminal es un reto, ya que el paciente y su familia tienen diferentes necesidades a lo largo del proceso de la enfermedad y ante la muerte.

Es de suma importancia que el personal de salud asignado a los a las instalaciones de salud en los hospitales generales y atención primaria tenga un nivel de conocimientos suficiente acerca de lo que son y lo que engloba a los cuidados paliativos, pues estos están relacionados con pacientes a los que se enfrentan y cuidan comúnmente entre ellos. Y le dará un nivel de confianza para tratar mejor a los pacientes de CP y sus familiares

Esto es fundamental para brindar una atención de calidad dentro de las instituciones de salud, por lo que es prioritario que el 100 % del personal tenga la capacitación y los conocimientos adecuados para aplicarlos; de esta manera, todos tendrán el mismo objetivo en común.

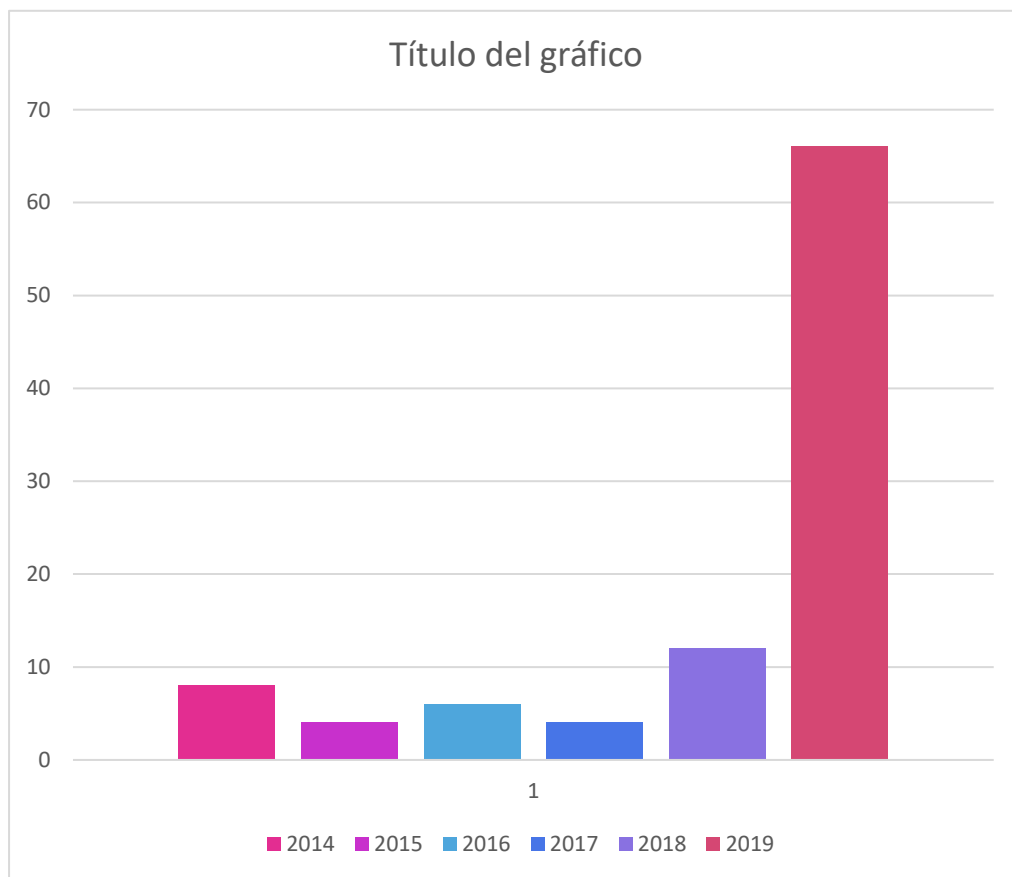
Para el año 2019 no contamos con la información de los datos de mortalidad por cáncer, ya que la contraloría no ha enviado dichos datos a la Región de Salud de Panamá Oeste, ya consultado previamente con la jefa de REGES Regional.

MINISTERIO DE SALUD

REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE

COHORTE DE PACIENTES POR AÑO

2014	2015	2016	2017	2018	2019
8	4	6	4	12	66



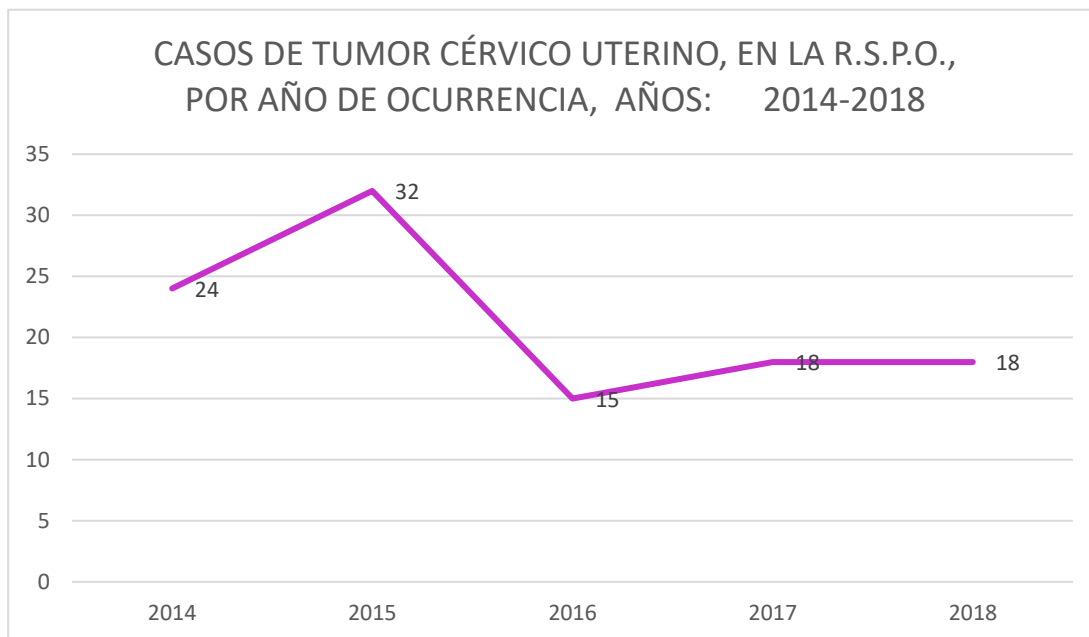
Hemos tenido un aumento en el Cohorte de pacientes a través de los años, debido a que se ha reforzado e impulsado el Programa con Médico Coordinador, Más médicos al Programa a los Niveles Locales.

Coordinación a Nivel Nacional MINSA - CSS además de más pacientes referidos por el Nivel Nacional.

SISTEMA REGIONAL DE SALUD PANAMÁ OESTE
PLANIFICACIÓN REGIONAL
departamento de registros y estadísticas de salud
mortalidad por tumor maligno cervico uterino,
en la region de salud panamá oeste
años: 2014 - 2018

DISTRITOS	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL	24	32	15	18	18

Fuente: Contraloria General de la República de Panamá. INEC. Estadísticas Vitales
Preparado: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

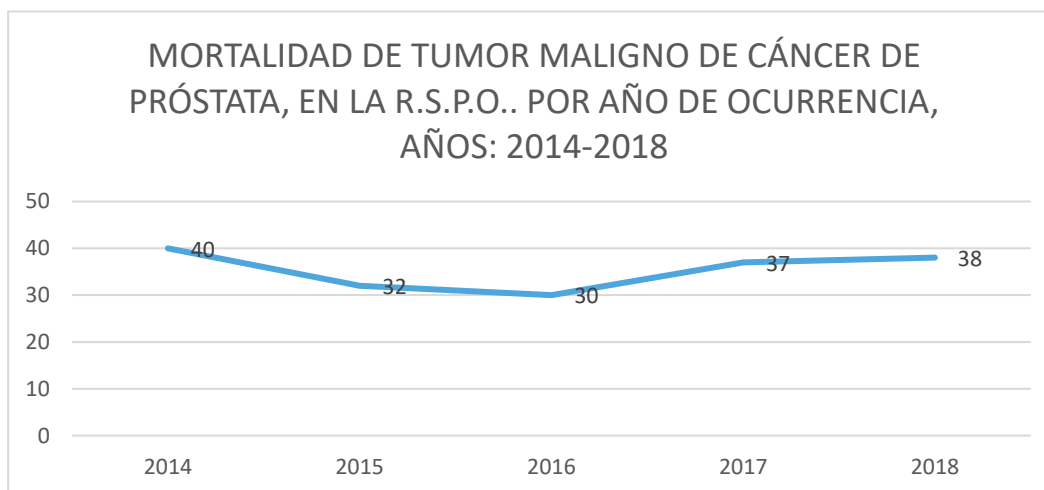


EN ESTA GRAFICA PODEMOS OBSERVAR QUE SE MANTIENE LA TENDENCIA Y PODEMOS DECIR QUE TAMBIEN HAY UN AUMENTO EN LA CAPTACIÓN DE ESTAS PACIENTES MEDIANTE CONTROLES DE SALUD CAMPAÑAS DE PAPANICOLAU Y CONCIENTIZACION DE LA POBLACIÓN EN CUANTO A ESTE TIPO DE CANCER.

SISTEMA REGIONAL DE SALUD PANAMÁ OESTE
PLANIFICACIÓN REGIONAL
DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD
MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DE PROSTATA,
EN LA REGION DE SALUD PANAMÁ OESTE
AÑOS: 2014 - 2018

DISTRITOS	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL	40	32	30	37	38

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá INEC. Estadísticas Vitales
Preparado: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

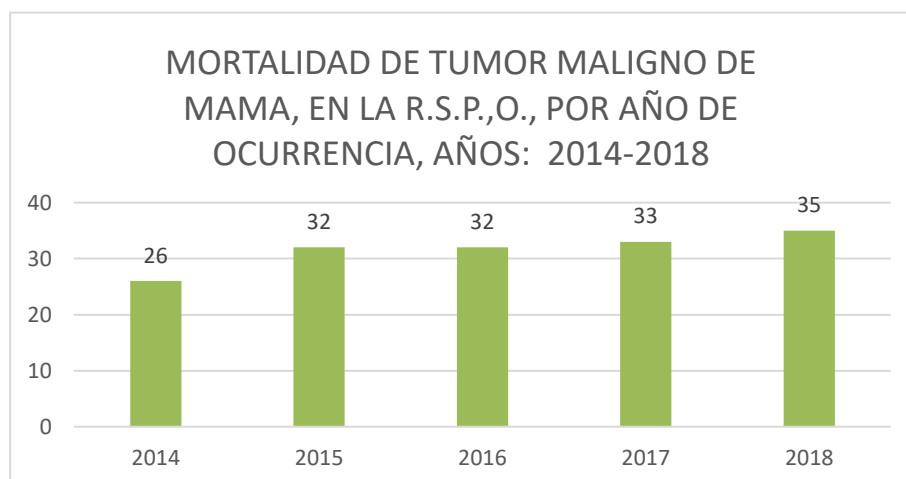


EN ESA GRAFICA PODEMOS CONCLUIR QUE TAMBIEN SE MANTENIDO LA TENDENCIA DEBIDO A QUE LA POBLACION ESTA MAS CONCIENTE Y ATENTA DE SUSU CONTROLES DE SALUD, LAS CAMPAÑAS DE LA CINTA ROSA/ AZUL, LOS EXÁMENES DE PSA Y TACTO RECTAL NOS HACEN REALIZAR UN DIAGNOSTICO MAS OPORTUNO.

SISTEMA REGIONAL DE SALUD PANAMÁ OESTE
PLANIFICACIÓN REGIONAL
DEPARTAMENTO DE REGISTROS Y ESTADÍSTICAS DE SALUD
MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DE MAMA,
EN LA REGION DE SALUD PANAMÁ OESTE
AÑOS: 2014 - 2018

DISTRITOS	2014	2015	2016	2017	2018
TOTAL	26	32	32	33	35
Arraijan	20				

Fuente: Contraloria General de la República de Panamá. INEC. Estadísticas Vitales
Preparado: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud



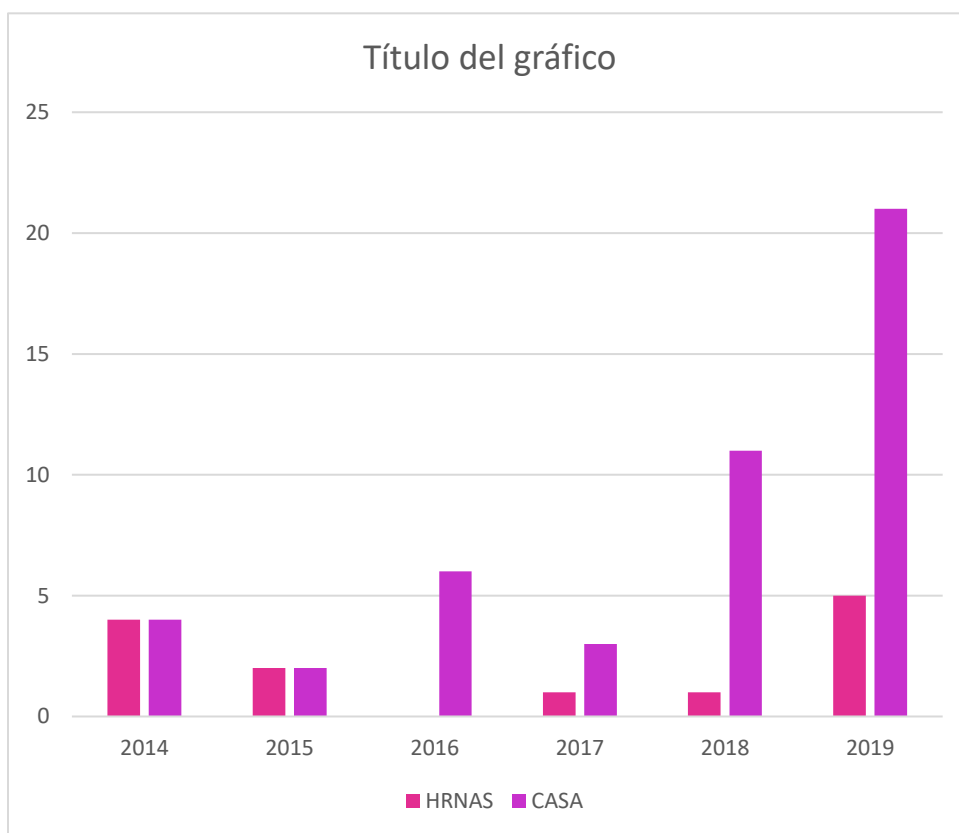
En esta grafica se puede observar cómo se mantenido la tendencia casi en los últimos cuatro años probablemente a una mejor captación de estas pacientes, pacientes están acudiendo a sus controles de salud Examen de mamas, mamografías, debido al impulso de esas campañas de cinta rosada y realizando el diagnóstico.

MINISTERIO DE SALUD

REGIÓN DE SALUD PANAMÁ OESTE

DEFUNCIONES DE PACIENTES CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN LUGAR

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HRNAS	4	2	0	1	1	5
CASA	4	2	6	3	11	21



Generalmente el 90% de los pacientes que padecen de enfermedad terminal pasan su último año de vida en casa, he aquí la importancia de esta modalidad de atención. En la gráfica podemos ver que según los estudios realizados en otros países panamá no escapa de esta realidad. Más pacientes mueren en casa que en hospital alrededor de su entorno y al lado de sus seres queridos.

Programa de Humanización

Los enfermos en nuestros hospitales e instituciones de salud merecen recibir atención integral profesional con los mejores avances tecnológicos, científicos y humanos dados con respeto, cariño y calidez

La humanización de la salud es más que un cambio, necesario, es una forma de pensar y de actuar; es desaprender lo aprendido, para aprender que no se requiere del hacer, si no del estar.

Estos avances técnicos científicos al mismo tiempo han reducido al hombre a una estadística, una atención fría, calculada y carente de humanismo, haciendo más difícil la enfermedad agudizando el sufrimiento

Humanizar es un tema complejo; Se refiere a tomar conciencia de sí mismo, y nos permite reubicarnos en la realidad, mejorando nuestra capacidad para ayudar a los demás coherentes con nuestros valores.

Por ende, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: "Trato humanizado a la persona sana y enferma" este organismo enfatiza que la Humanización:

"Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida"

Por todo ello el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y auto cuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica.

De tal forma que el profesional de salud tiene el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en los pacientes

En Panamá la percepción de la población panameña de la calidad de la atención que reciben los enfermos, medida a través de los medios de comunicación y de la observación directa nos habla de una separación entre la realidad y el ideal, que en muchas ocasiones supera los límites tolerables. Esta diferencia entre la realidad del mundo de la salud (deshumanización) y su deber ser (humanización), se manifiesta en diferentes sectores o áreas:

- Hay un deterioro de la relación personal de salud –paciente- familia
- Condiciones inadecuadas en que los profesionales de salud laboran
- Demandas de atención ante las necesidades insatisfechas de paciente y familia
- Comunicación inadecuada del personal de salud hacia el paciente y su familia
- Mora de la atención

- La atención de salud guiada en ocasiones por criterios reductivos.
(Despersonalización)
- Estructuras arquitectónicas, poco acordes con las exigencias de un servicio de salud más humano

En función de esta realidad, se propuso la implementación del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo en el sistema público de salud, considerando las necesidades de la persona enferma y su familia, las necesidades de los trabajadores de la salud, los Factores estructurales y organizativos.

Este programa va dirigido a los enfermos y sus familiares; al personal y a las autoridades del sector público de salud del país. Se asume que ser familiar de un enfermo en riesgo de muerte, o con una enfermedad crónica, crea la necesidad inmediata del apoyo de este programa



Programa Regional de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo

MISIÓN:

Promover el fortalecimiento de la cultura de servicio y atención humanizada al usuario desde una perspectiva coherente, sostenible y diferencial de acorde a la política de humanización

VISIÓN:

Institución de salud de Atención Primaria con alta complejidad, reconocida a nivel regional y nacional por la calidad, seguridad y humanización de sus servicios, formación del talento humano, y responsabilidad social”

NUESTROS VALORES

Respeto: Compromiso de los colaboradores de brindar atención a sus pacientes, con la consideración y cortesía que su condición de humano enfermo requiere.

Solidaridad: Determinación firme y perseverante de empeñarnos por el bien común que nos inclina a responder favorablemente a las necesidades de nuestros usuarios.

Responsabilidad: Cumplimiento de nuestras obligaciones, el tener cuidados a la hora de tomar decisiones en cuanto a la atención que le damos a los colaboradores y usuarios

Sensibilidad: Debemos ser sensibles ante otras personas. Esto nos permitirá ayudar, ser compasivos, utilizar la empatía y entender el dolor ajeno. Una persona sensible comprende las miradas y los gestos más allá de las palabras y saber cuando la otra necesita algo.

Compasión: Reconocimiento del sufrimiento cuando está presente (en vez de la evitación o negación del sufrimiento) unido al deseo genuino de intentar aliviarlo y prevenirlo

Equidad: Brindamos una atención justa e igualitaria a los usuarios de acuerdo con sus necesidades, independientemente de su estrato socioeconómico, filiación política, raza, sexo, edad, religión o condiciones físicas.

Tolerancia: Aceptamos las opiniones, ideas o actitudes de nuestros usuarios

CALIDEZ EN LA ATENCIÓN: es transmitirles al paciente y su familia calor humano legítimo, generar empatía, tener una actitud diligente y optimista y propiciar un ambiente agradable a los usuarios y el entorno laboral. Aquí es donde el talento humano de la organización se vuelve indispensable en la generación de esta cultura

Trabajo en Equipo: Entendemos que solo con el aporte de cada uno y la unión de las diferentes áreas y unidades funcionales podremos lograr los grandes propósitos institucionales; lo cual requiere el intercambio de acciones, experiencias e ideas, así como la colaboración mutua, armonizando al interior de las diferentes unidades y la buena relación entre los procesos organizacionales.

OBJETIVOS GENERAL

Implementar el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo en Atención Primaria en donde los colaboradores se sientan identificados, comprometidos y motivados a mejorar la atención y el Trato Humano hacia el paciente y sus familias

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover la atención Humanizada en los Centros hospitalarios del país según las necesidades del enfermo su familia y los trabajadores de la Salud.

- Brindar compañía espiritual de los pacientes desde la óptica de las creencias y necesidades individuales de cada paciente.
- Brindar capacitación constante encaminada a sensibilizar a los trabajadores de la salud y voluntarios
- Promover el desarrollo de modelos de atención centrado en las necesidades de la persona y no en la enfermedad.

En enero del 2018 se le asigna también a la Dra. Cañizales el Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo a falta de recurso humano el Equipo Regional y Local de Cuidados Paliativos llevan también el Programa de humanización

Este año hemos tenido avances en el programa son los siguientes

- Se creó y se puso en marcha la Oficina de Atención e información del paciente y familiar en la sala de espera del Cuarto de Urgencia del Hospital Regional Nicolás A. Solano y Centros de salud de la RSPO
- Se colocó las carteras de servicios que brinda el hospital en las diferentes áreas entre eso un Banner del TRIAGE en el cuarto de urgencia.
- Reuniones del Equipo Regional con Autoridades de la Región y la del hospital para clínica del bienestar del empleado
- Instalación de la Clínica del Bienestar del Empleado en el Hospital Regional Nicolás A. Solano
- Entrega de consolidado de cada centro de salud como resultado de la aplicación de Encuesta satisfacción al paciente y personal
- Reunión y Docencia con los Equipos del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual de Enfermo del Nivel Local realizada el día 28 de febrero 2020 en el auditorio del Hospital Regional Nicolás A. Solano
- Realización de seminario de Humanización el 30 de mayo 2019
- Actividades de monitoreo sobre las necesidades y Recurso Humano en centros de salud y hospital
- Enlace y Coordinación con los diferentes programas en Humanización

REUNIONES DEL EQUIPO REGIONAL CON AUTORIDADES DEL HOSPITAL
PARA

LA INSTALACION DE LA CLINICA DE BIENESTAR DEL EMPLEADO



**INSTALACIÓN DE LA CLINICA DEL BIENTESTAR DEL EMPLEADO EN EL
HOSPITAL**



Consultorio Bienestar del Empleado

Reunión con integrante del Programa de Humanización del Hospital y el Equipo Regional



DOCENCIA

Seminario del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo



OFICINA DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y FAMILIAR



En la sala de Espera del cuarto de Urgencia del Hospital se encuentra la oficina de atención

Actualmente hay centros de salud que cuentan con la oficina de atención e información al paciente y familia entre esos está el Magally Ruiz

Supervisión del Nivel Nacional Dra. Crespo, Coordinadora del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo a Centros de salud y Hospital





SUPERVISION Y MONITOREO DEL PROGRAMA A LOS EQUIPOS LOCALES





Los Equipos de Cuidados Paliativos llevan también el Programa de Humanización ante la falta de recurso humano

Se realiza supervisiones y monitoreo del Programa a los centros de salud y hospital.

Hallazgos Encontrados:

- No se coordinan e integran las acciones de programa con otros programas.
- No se realizan capacitaciones a colegas, miembros del equipo de salud y la comunidad en temas de humanización.
- Evalúan la satisfacción en la atención que se brinda al usuario a través de encuestas y buzón de sugerencias.
- Algunos centros no cuentan con la oficina de atención al paciente y familia.
- Mantienen una adecuada señalización en los centros de salud.

COMPROMISOS:

- Realizar capacitaciones al equipo local y charlas a la comunidad o sala de espera.
- Darle seguimiento a la oficina de atención al paciente.
- Coordinar el programa con otros programas.
- Aplicación de encuestas cada año para evaluar y corregir la satisfacción en la atención al usuario.

Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor

- I. **DIANOSTICO SITUACIONAL:** → a continuación, describiremos las características de nuestra población y el desarrollo logrado en cuanto a atención médica:

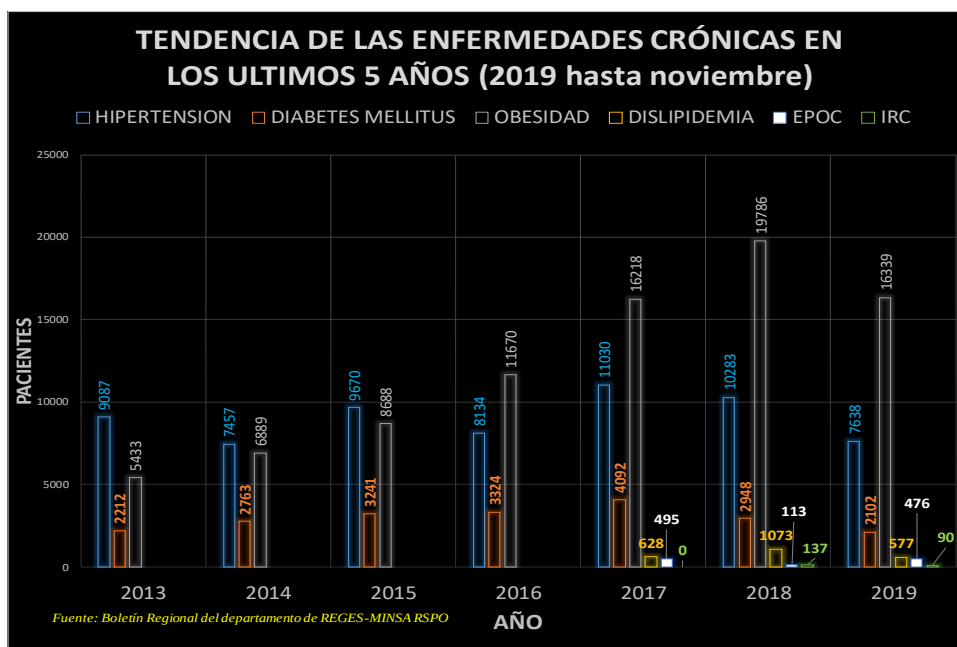
- a. **POBLACIÓN** → CARACTERISTICAS DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS: para el 2018 nuestra población de cobertura de **20-59 años era de 194969 y > de 60 años 36223**; para el 2019 **198406 y 37945** respectivamente.



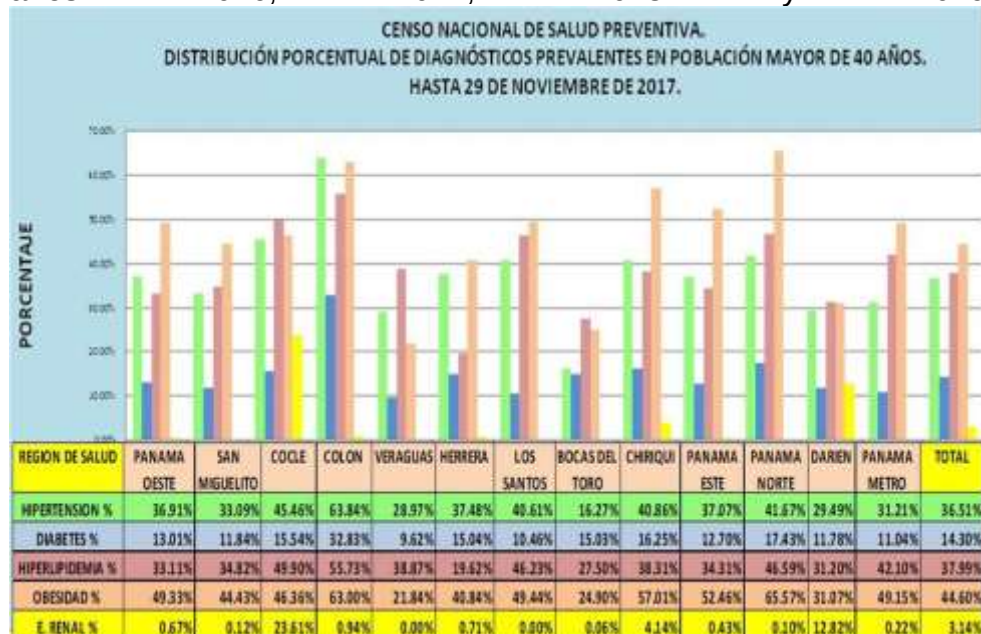
- b. **COBERTURAS DE LOS PROGRAMAS:** De toda la población censada en nuestra provincia, se hacen acuerdos con la Caja de Seguro Social para que se enfoque en la atención de sus asegurados; así se comparte la carga de trabajo de la siguiente forma: 48% de la población la cubre CSS y el 52% restante MINSA. Cabe destacar que existen largas discusiones y convenios que se ajustan corregimientos y áreas de difícil acceso pero en general la responsabilidad de toda la población sigue siendo MINSA. De lo derivado anteriormente, se despliega las coberturas de los últimos 5 años por parte de MINSA en la siguiente grafica.
- c. **ENFERMEDADES CRONICAS:**
- i. **NACIONAL:** interesante fue el censo nacional que se desarrolló durante el período de gobierno anterior el cual tomaremos como punto de apoyo en cuanto a las ENT. En la

gráfica siguiente se despliega la prevalencia por provincia que arroja el Censo Nacional en cuanto a las ENT. Si bien ha sido discutido y cuestionado esta información por los sesgos que se advirtieron durante su realización, bien nos sirve de referencia para acercarnos a lo que podemos esperar en esta materia.

- d. **PANAMÁ OESTE:** en los últimos años han mejorado los diagnósticos de las ENT. La práctica y ejercicio que se realizó durante el desarrollo del Censo Nacional concientizó al personal de salud a puntualizar diagnósticos y consignarlos en su consultoría diaria por lo reflejado.



años 2016, 2017, 2018 y 2019.



II. PODER RESOLUTIVO DE LA REGION FRENTE A LA DEMANDA DE ATENCION MÉDICA DE NUESTRA POBLACIÓN:

a. RESILIENCIA DE NUESTRO SISTEMA DE SALUD EN PANAMÁ

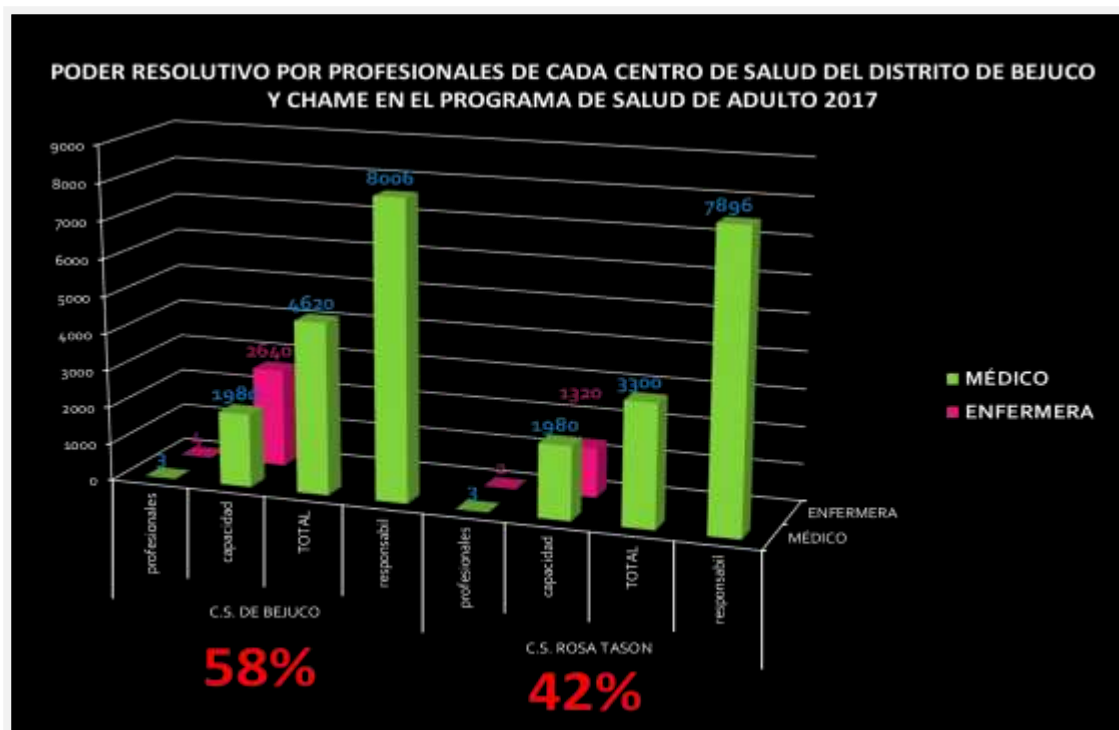
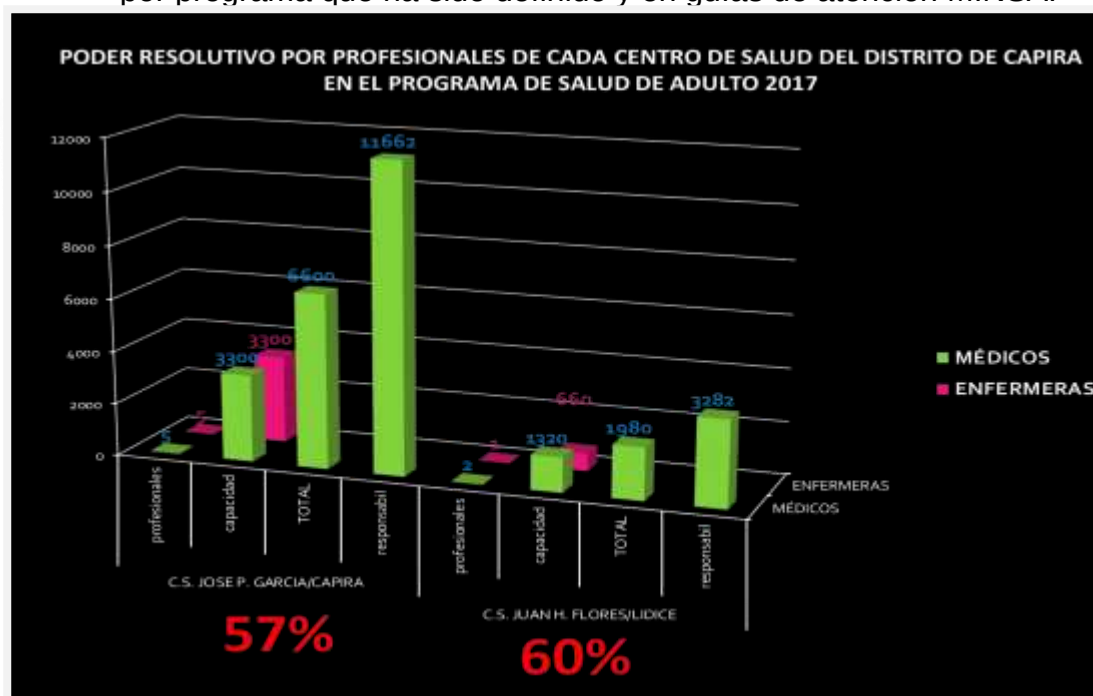
OESTE. La RSPO desde la perspectiva del programa de salud de adulto y adulto mayor regional responde a los lineamientos técnico-administrativos del nivel nacional y sirve de coordinación con el nivel local ejecutor. Cada unidad ejecutora enfrenta retos específicos inherentes a sus instalaciones y características poblacional y geográfica por lo que cada instalación tiene una capacidad limitada de dar respuesta a su población de cobertura. Así, en nuestra región contamos con 15 unidades administrativas locales a mencionar:

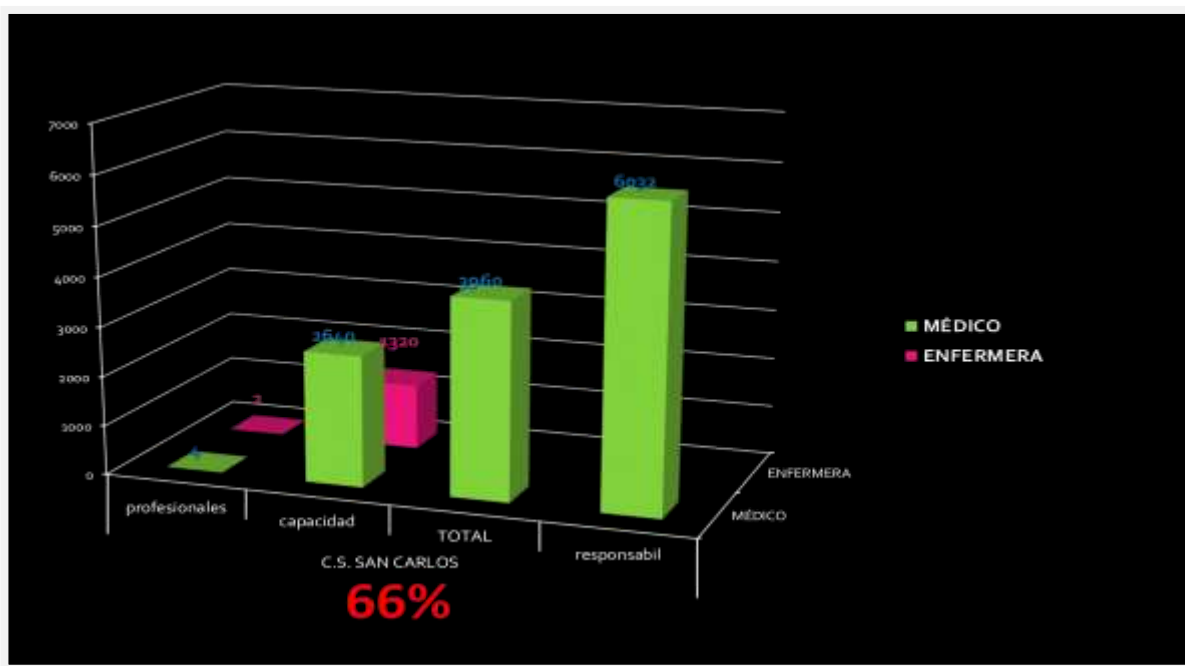
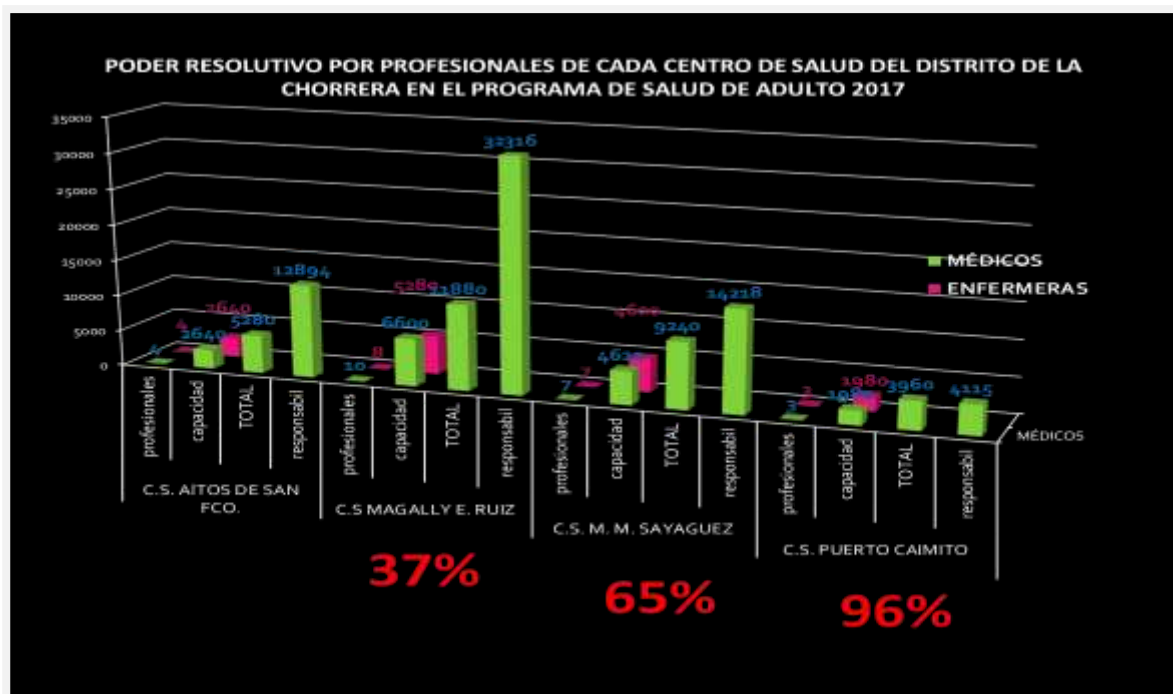
i. HRNAS

ii. CENTROS DE SALUD

1. MINSA CAPSI – Burunga/con sus puestos de salud
2. C.S. Nvo. Chorrillo/con sus puestos de salud
3. Sub-C.S. Santa Clara/con sus puestos de salud
4. C.S. Artemio Jaen/con sus puestos de salud
5. C.S. Altos de San Francisco/con sus puestos de salud
6. C.S. Puerto Caimito/con sus puestos de salud
7. MINSA CAPSI – COCO/con sus puestos de salud
8. C.S. Espino/con sus puestos de salud
9. C.S. Capiro/con sus puestos de salud
10. C.S. Lídice/con sus puestos de salud
11. Sub-C.S. El Cacao/con sus puestos de salud
12. C.S. Bejuco **(unido al de Chame por remodelación)**
/con sus puestos de salud
13. C.S. CHAME/con sus puestos de salud
14. C.S. San Carlos/con sus puestos de salud

- b. **PODER RESOLUTIVO DE NUESTROS CENTROS DE SALUD.** En las siguientes gráficas daremos una representación en general por centro de la capacidad de respuesta de los mismos a su población basados solo en el equipo básico de cantidad de enfermeras y médicos generales. Este valor en porcentajes se desprende de la premisa que cada médico y enfermera atiende a un número finito y bien establecido por día; basados en el tiempo de atención al paciente por programa que ha sido definido y en guías de atención MINSA.





De todo lo anterior se puede concluir que aquellos centros con población de coberturas pequeñas tienen una capacidad resolutiva muy buena en comparación con aquellos cuya población de cobertura se concentra en los corregimientos mas céntricos y de concentración comercial. Así los centros que concentran gran población son el Artemio Jaén en Arraiján y MINSA CAPSI EL COCO en La Chorrera; siendo estos los centros con menor capacidad resolutiva para su población de cobertura a pesar de que cuentan con mejor cartera de servicios que el resto de los centros en general. Dicho sea de paso, la solución es acuñar mas personal médico y de enfermería para cubrir los programas y llegar a las metas pretendidas.

III. **CALIDAD DE ATENCIÓN EN LAS INSTALACIONES MINSA RSPO.**

Desde el 2016, y en los años 2018 y 2019 igualmente, la **Coordinación De Salud De Adulto Regional** llevo a cabo una serie de monitoreo de expedientes y reuniones con los **Gerentes y Coordinadores De Salud De Adulto Local** en los diferentes Centros De Salud De La Región De Panamá Oeste con la intención de establecer un **Diagnóstico Situacional Del Programa**. a fin de acuñar estrategias a lo siguiente:

- a. **Porcentaje de coberturas logradas** después de analizar sus dinámicas, logísticas, oportunidades, amenazas, limitantes, deficiencias, dificultades, debilidades y fortalezas.
- b. **Calidad de atención en el programa:** después de analizar la atención de los funcionarios plasmada en los expedientes de los diferentes pacientes; tanto expediente manual como digital. Todo el análisis se objetiva bajo el tamiz paralelo de las **Normas De Salud De Adulto**.

La dinámica anual se desarrolló de la siguiente forma: Cada año en una reunión general y luego de evaluar los monitoreos en general, nos reuníamos con cada centro y por distrito y debatía el FODA por lo cual se establecían estrategias a desarrollar para ese año (las cuales están puntualizadas en cada POA 2018 y 2019); se trazaba un cronograma de actividades a fin de dar cumplimiento a las estrategias planteadas.

Cada año se daba seguimiento al cumplimiento de lo programado y la Coordinación De Salud De Adulto Regional mantuvo el sistema de reuniones y monitoreo de expedientes en cada centro, dando los primeros lineamientos a cada centro atacando desde el primer mes aquellas limitantes que impactaran el desarrollo de dicho programa durante el transcurso de cada año.

En cada centro la dinámica fue la misma detallada a continuación: se desarrolla llevando a cabo reuniones con los gerentes y equipo de coordinación de salud de adulto local inmediatamente después de un monitoreo de expedientes en cada centro. En la misma se discute su FODA y se hacen pactos a corto plazo.

- a. **Monitoreo De Expedientes:** se inicia la actividad con la colaboración de REGES, el cual nos aparta 10 expedientes de Manipuladores de alimentos, 10 expedientes de enfermos crónicos y 10 expedientes de controles de salud de adulto. se utiliza el instrumento de auditoría propio del programa.
 - I. criterios de inclusión de la auditoria:
 1. paciente > 20 años
 2. atención en el año de interés
 3. se acepta la historia clínica con vigencia de 2 años.
 - II. Se revisa cada expediente identificando e individualizando la participación de cada funcionario y se busca si en cada atención e intervención del equipo de salud se procura desarrollar las actividades que demandan las normas y guías en este programa.

- b. **Reunión:** luego de la revisión escueta del programa nos reunimos con el gerente y el equipo de salud de adulto local, presentamos y analizamos los resultados encontrados identificándose las limitantes y deficiencias. finalmente discutimos los acuerdos y estrategias a seguir para mejorar la calidad de atención, cobertura y cumplimiento de normas del programa.

IV. FODA GENERAL DE LOS CENTROS:

- a. **FORTALEZAS:** Los centros de salud de Chame, Bejuco y Nuevo Chorrillo han desarrollado liderazgo y compromiso en el desarrollo del programa hasta el momento. se constituyen en parte de nuestras fortalezas operativas al sumar a la cobertura regional y, aunque hay detalles que mejorar, la calidad de atención de los mismos es encomiable. ¡FELICITACIONES PARA ESTOS TRES EQUIPOS! También queremos resaltar al Centro de Salud de San Carlos, el cual obtuvo el mayor porcentaje de cobertura de su población en el 2017. sin embargo, cabe resaltar, que debe mejorar fuertemente la calidad de atención ya que se encuentran graves deficiencias al analizar la información plasmada en los expedientes físicos y digitales; donde se denota la falta de control de las ENT, seguimiento, ni se monitorean de cerca con laboratorios y pocas veces se mandan exámenes de gabinete.

- i. Cada centro de salud cuenta con un equipo de coordinación de salud de adulto conformado por medico y enfermera (menos el centro de salud Artemio Jaén).
- ii. El programa cuenta con normas bien definidas
- iii. Se cuenta con una estructura de instalaciones de salud según grado de complejidad en atención primaria.
- iv. Especialistas del sistema a quienes referir.
- v. El 46.2% de los centros de salud cuentan con laboratorio.

- b. **OPORTUNIDADES:**

- i. **Apoyo regional**
- ii. Instituciones privadas
- iii. Instituciones gubernamentales
- iv. Equipo de salud mental
 - 1. 4 centros de salud completo (Nvo Chorrillo, Nuevo Arraiján, Minsa Capsi Coco, Altos de San Francisco)
 - 2. parcial: Puerto Caimito, Chame, Capira, MC Burunga.

- c. **DEBILIDADES:**

- I. **Organizacional**

- 1. el 53.8% de los centros de salud NO cuentan con laboratorio.
- 2. falta de nutricionistas

- II. **Cartera de servicio de apoyo:**

- 1. equipo de salud mental:
 - a. no tienen: Nuevo Emperador, Espino, Cacao, San Carlos, y Lídice

- b. **Calidad De Atención.** Destacaremos las dos buenas excepciones en este criterio y resaltaremos el esfuerzo que denotan los Centros de Salud de Chame, Bejuco, Nuevo Chorrillo y El Espino; los cuales se observa el ordenamiento de sus expedientes y al revisarlos se apegan, en general, al cumplimiento de las normas establecidas y cuentan con estrategias para darle seguimiento a los pacientes que ameritan más atención. En el resto de los centros salud se evidencia la falta de compromiso con el paciente y sus enfermedades crónicas; el descuido de registrar en el expediente las acciones tomadas en pro de mejorar sus descompensaciones. Se hace evidente que no se les hace seriamente sus laboratorios, ni exámenes de gabinete anual, el pobre seguimiento hasta ver logrado el control de su alteración; así mismo documentarlo. Es común ver el paciente que se registra descompensado; y así ver sólo una o dos consultas posteriores, en ocasiones ninguna más, para luego verse el registro de otra atención un año más tarde con la misma acentuada descompensación de arrastre y aun así no se le complete sus pruebas y controles. Mucho menos entonces para los pacientes "sanos" a los cuales hay que motivar la prevención; y sólo resalta el común denominador de los expedientes: el no llenado de la historia clínica completa con sus consecuentes órdenes de laboratorios y exámenes de gabinete control.

III. Recurso humano y aptitudes:

1. Falta de funcionarios que hagan frente a la población demandante por área de cobertura.
2. Actitud de algunos funcionarios cuya desidia impacta en la calidad de atención del paciente, desmotiva al resto del equipo, dificulta y entorpece lograr las metas de coberturas
1. Falta de liderazgo en los centros de mayor cobertura de nuestra región. tal es el caso del Centro de Salud Artemio Jaén donde se observa falta de interés y de liderazgo en el programa de salud de adulto ya que solo la enfermera es la que se observa interesada. a pesar de que se le ha dado notificación vía verbal al gerente del centro no se ha visto cambios positivos.
2. Falta de sentido de responsabilidad y compromiso con el programa. hay médicos que alegan que no tienen

responsabilidad de llevar programas por tanto solo apoyan parcialmente el programa y se resisten a comprometerse íntegramente. tales casos se observan en el Artemio Jaén y Minsa Capsi Coco Magally Ruiz. En este sentido es preocupante que centros que tienen a cargo la mayor parte de la población adulta de Panamá Oeste no se les observe el interés y preocupación por este grupo etario. A estos dos centros en particular se les ha extendido todo el apoyo y colaboración de parte de la Coordinación Regional. sin embargo, la coordinación solicita encarecidamente al director regional tome acciones sobre el tema e inste a sus gerentes a prestar mas cooperación a fin de mejorar sus coberturas.

3. Deficiencia en el llenado completo de la historia clínica de salud de adulto
4. a excepción de los centros felicitados, deficiencia en el seguimiento del paciente crónico. no se programan citas subsiguientes.
 - a. no se los envían los laboratorios pertinentes. Mucho menos EKG ni radiografía de tórax
 - b. no se refiere a especialidades ni a nutrición, ni trabajo social, ni al equipo de salud mental
 - c. deficiencia en el control de glicemia y presiones arteriales
 - d. muy deficiente diagnostico nutricional
 - e. no se constata consejería de temas de salud
 - f. Deficiente toma de papanicolau
5. Manipulador de alimento:
 - a. Deficiente o llenado incompleto en la historia clínica. principalmente el examen físico. En general no se les manda el perfil lípido, deficiencia en el diagnostico nutricional, a los mayores de 40 años no se les manda PSA, poca consejería y orientación de temas de interés en salud
 - b. muy poca indicación de mamografía y examen de mama
6. Controles de salud:
7. Deficiente o llenado incompleto en la historia clínica. principalmente el examen físico, en general no se les manda el perfil lípido, deficiencia en el diagnostico nutricional, a los mayores de 40 años no se les manda PSA, poca consejería y orientación de temas de interés en salud, muy poca indicación de mamografía y examen de mama, deficiente control de laboratorios y exámenes de gabinete, mucha deficiencia en las referencias a

nutrición, odontología, t. social y salud mental, falta de seguimiento al paciente.

- IV. Esta coordinación quiere resaltar que al momento del monitoreo observamos la división del expediente clínico del paciente entre en el físico y el digital. se puede asegurar categóricamente que de todos los centros que manejan SEIS sólo CS CHAME, BEJUCO Y NUEVO CHORRILLO, están utilizando el formulario de historia clínica del adulto digital; el resto de los centros utilizan solo el SOAPE. Aquellos pacientes con historia clínica vigente llena esta registrado en el formulario anterior en el expediente físico.

b. AMENAZAS

- I. Debido a la dualidad del expediente, entre el físico y el digital, se entorpece la revisión y auditoria de los expedientes ya que tomó más tiempo evaluar cada expediente.
- II. Experimentamos personalmente los problemas, dificultades y lentitud del programar SEIS mientras auditábamos y navegábamos entre los formularios dentro del expediente de cada paciente. nos toco confrontar la caída del sistema intermitentemente, el ralentecimiento del mismo. Esto impacta en la calidad y cantidad de atención en cada centro. podemos deducir que esto impactará directamente en las coberturas del programa de salud de adulto.
- III. falta de liderazgo gerencial y coordinación en los centros con mayor población de responsabilidad. Las estrategias tomadas ahora serán decisivas en el impacto de la calidad de atención y coberturas de este año 2017.
- IV. Emergencias, desastres y riesgos de carácter público que inactivan la logística programada por requerir la atención de todas las unidades de salud para enfrentarlas.

II. ESTRATEGIAS TOMADAS:

- a. Supervisión y monitoreo del programa.
- b. Mejorar la comunicación e interacción entre el nivel local y el regional.
- c. Apoyo al nivel local en el desarrollar actividades del programa.
- d. Docencias.
- e. Atención.
- f. Desarrollo de ferias o jornadas de atención.
- g. Coordinar logística.

- h. Libro de citas.
- i. Tarjeta de los crónicos



Programa de Discapacidad

Programas del Ministerio de Salud con Líneas de Acción referente a Discapacidad

Salud Bucal Comunidades libre de caries

1. Mary Arias



2. IPHE



Trabajo Social



Visitas Domiciliarias



Ayuda Técnicas Otorgadas

Entrega de Silla de Ruedas y Bastón



Otras Ayudas



Entrega de Pampers



Sensibilizados en temática de discapacidad en el nivel local (para personal técnico y administrativo)

Taller Viviendo la discapacidad para jóvenes. Programa de salud, Servicios Amigables



Reunión con enlaces del nivel local para Coordinar acciones relacionadas con la atención y documentos para el control.



Sensibilización a odontólogos

Apoyos Interinstitucionales Brindados IPHE, Senadis, Mides



Capacitaciones en Normativas y Leyes de Discapacidad para colaboradores de la Región



Giras para captación y atención de personas con discapacidad (Cirí de Los Sotos , Crí Grande, Cerro Cama)



Taller Para Cuidadores de personas con discapacidad



Participación en espacio radial en el Día Internacional de las PcD



Participación en Caminatas



MINISTERIO DE SALUD								
REGION PANAMA OESTE								
INSTALACIONES QUE BRINDADN SERVICIOS DE REHABILITACION								
INSTALACION DE SALUD	NIVEL DE ATENCION	FSIATRIA	FSIOTERAPIA	TERAPIA OCUPACIONAL	TERAPIA DE LENGUAJE	ESTIMULACION TEMPRANA	PSICOLOGIA	PSIQUIATRIA
MINSACAPSI BURUNGA	1	0	1 (M)	1	0	0	0	1
Santa Clara								
MINSACAPSI EL COCO	1	0	2 (M) (I)	0		(I)		1
C.S. ALTOS DE SAN FRANCISCO	1	0	(I)	0	0	(I)		1
C.S. CAPIRA	1	0	1 (M) (I)	0	0	(I)	1	1
C.S. NUEVO CHORILLO	1	0	(I)	0	0	(I)		
C.S. PUERTO CAIMITO	1	0	0	0	0	(I)	0	1
C.S. CHAME	1	0	0	0	0	0	0	1
C.S. EL ESPINO	1	0	(I)	0	0	(I)	0	
C.S. BEJUCO	1	0	0	0	0	(I)	0	
C.S. NUEVO ARRAIJAN	1		(I)			(I)		1
C.S. LIDICE	1					(I)		
C.S. SAN CARLOS	1							
HOSPITAL NICOLAS A. SOLANO	2	1	8	0	2 (M)	(I)	1	

Equipo de Rehabilitación completo solo Minsa Capsi El CoCo y HRNAS, Burunga equipo básico. IPHE (I) solo población niños con discapacidad.

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD PANAMA OESTE
ENLACE DE DISCAPACIDAD
INFORME DE GRATUIDAD

MES: _____ AÑO: _____

Instalación de Salud: _____

SERVICIOS	INFANTIL		MATERNAL		DISCAPACIDAD		COSTO TOTAL	
	PTES. ATENDIDOS	B/.	PTES. ATENDIDOS	B/.	PTES. ATENDIDOS	B/.	PTES. ATENDIDOS	B/.
Consultas								
Farmacia								
Odontología								
Laboratorio								
Total								

Director Médico: _____

Responsable: _____

Avances: Seguimiento y control de la gratuidad de discapacidad en la región.

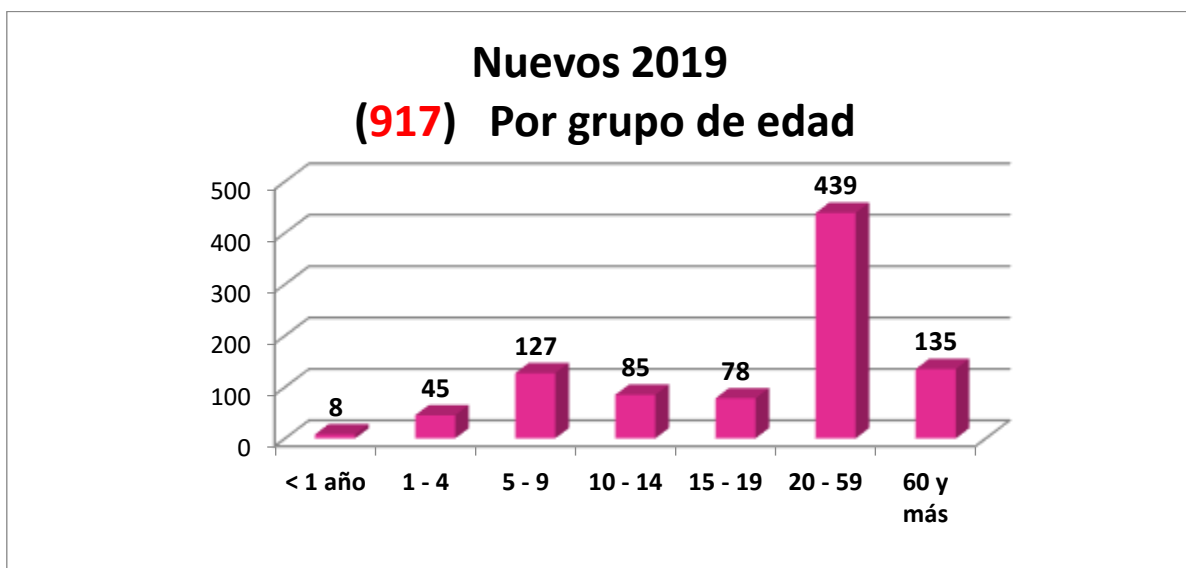
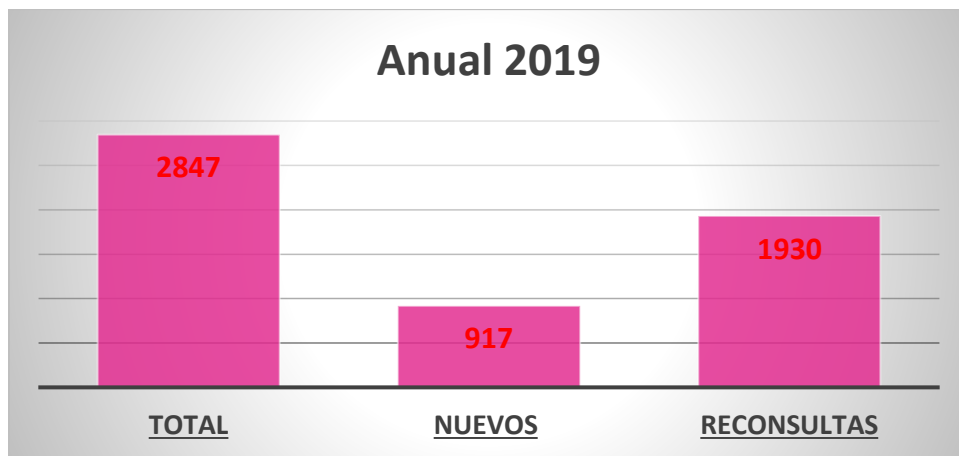
2017= 66.7% de cumplimiento 2018 = 92.3 % 2019= 84.6%

Confección de Carné de discapacidad RSPO

AÑO	CANTIDAD DE CARNÉ
2015	271
2016	291
2017	433
2018	607
2019	420

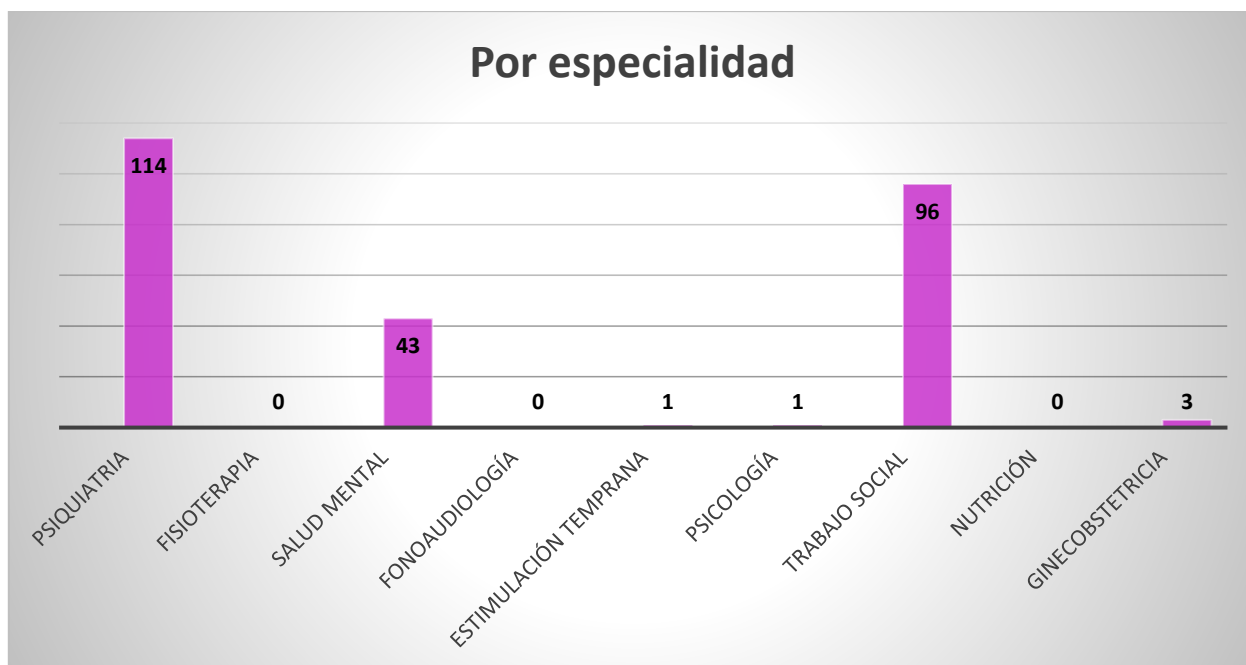


Fuente: Estadística Regional



El mayor porcentaje de PcD se encuentra entre los 20-59 años, población económicamente productiva.

Grupo 60 años y más, los problemas degenerativos son frecuentes



Debilidades: Personal y Equipo de rehabilitación incompleto en el nivel local
Contamos con Centros de Rehabilitación (Reintegra y Teletón) que aún no se entregan
Carencia en el Sistema Tecnológico para el registro de la atención de las PcD en el HRNAS

Programa de Tuberculosis

Panamá se comprometió a alcanzar la **ESTRATEGIA MUNDIAL FIN A LA TB EN EL 2035**

Esperando cumplir con los **Objetivos:**

- 95 % disminución de las muertes x TB.
- 90 % disminución de la tasa de incidencia de la TB comparada con el 2015.

SITUACIÓN MUNDIAL TB, AÑOS 2018- 2019

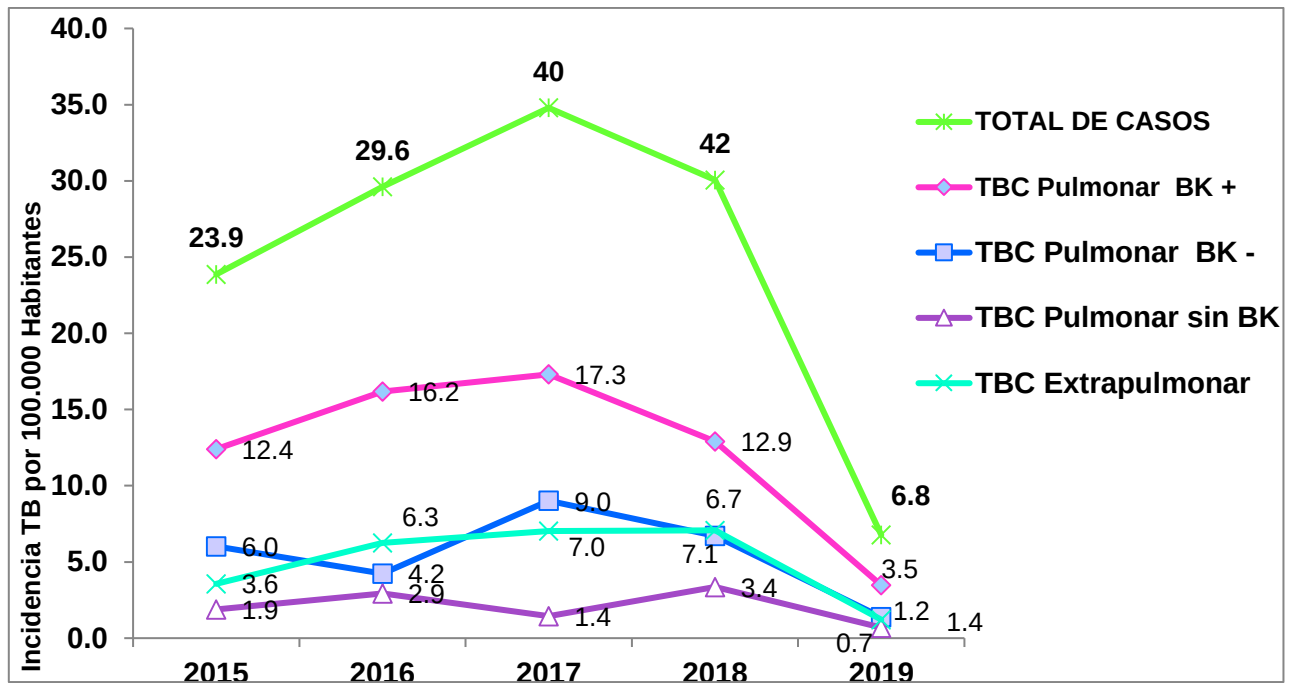
Datos	Mundial	Panamá 2018	P. Oeste 2018	P. Oeste 2019
Enfermos	10 millones	2,200	236	182
TB/VIH	1,2 millones	230	60	33
TB/MDR	558,000	59	9	10
Fallecidos	1,6 millones	240	12	13

Fuente: Datos de la Coordinación de TB Regional 2019

En el año 2018, Panamá Oeste aporta el 10% (236) de los casos de Tuberculosis a nivel Nacional (2,200), el 25% de los casos presenta coinfección TB/VIH, el 15 % (9) casos de Tuberculosis Multidrogoresistente y el 5% (12) egresaron como defunciones en la región tomando en cuenta el total de casos del país.

Durante el año 2019 se observó una disminución de los casos de Tuberculosis en la Región de Salud de Panamá Oeste, 182, de los cuales 33 (18%) son coinfección TB/VIH, 10 (5%) casos de TB Resistente y se registraron 13(7%) defunciones por TB.

TASAS DE TB, SEGÚN PRESENTACIÓN DE CASOS NUEVOS, EN LA RSPO, AÑOS 2015 – 2019.



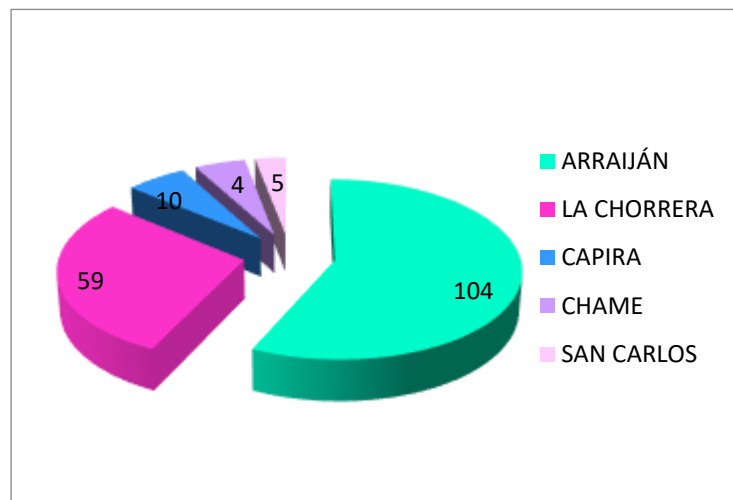
Fuente: Datos de la Coordinación de TB Regional 2019

La presentación de la Tuberculosis en la Región de Salud de Panamá Oeste que predomina es la Tuberculosis Pulmonar BK+, con una tasa de 12,9 casos por 100,000 habitantes en el año 2018. Los casos son diagnosticados en su mayoría por baciloscopías, cultivos de *Mycobacterium TB* + y Pruebas moleculares como el Gene X-Pert MTB-RIF, el cual detecta la presencia de *Myc. TB* y Resistencia a la Rifampicina al mismo tiempo.

En los últimos años se han reportado un aumento de casos de Tuberculosis Extrapulmonares, sobre todo pleurales y meníngeas.

DISTRITO	CASOS
ARRAIJÁN	104
LA CHORRERA	59
CAPIRA	10
CHAME	4
SAN CARLOS	5
TOTAL	182

CASOS DE TB SEGÚN DISTRITO EN LA RSPO, AÑO 2019

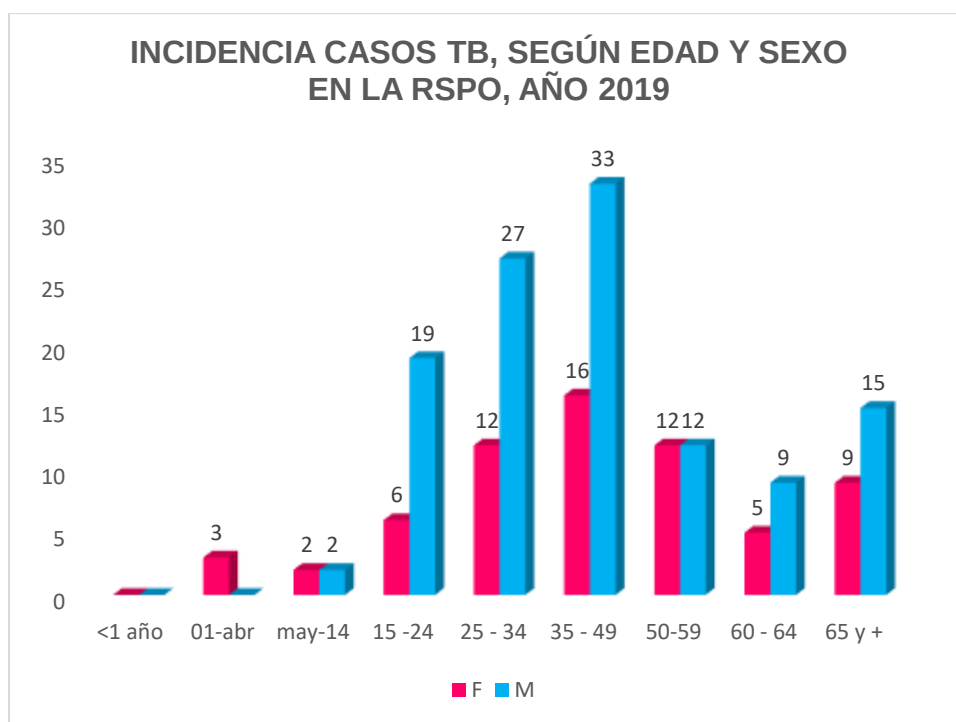


Fuente: Datos de la Coordinación de TB Regional 2019

En el año 2019, se notificaron 182 casos de Tuberculosis en la Región de Salud de Panamá Oeste, la mayor incidencia se presentó en el distrito de Arraiján, con 104 casos y 59 en el Distrito de La Chorrera, seguido por Capira con 10 casos.

INCIDENCIA CASOS TB SEGÚN EDAD Y SEXO EN RSPO, AÑO 2019

Edad/Sexo	F	M	TOTAL
<1 año	0	0	0
01 - 04	3	0	3
05 - 14	2	2	4
15 - 24	6	19	25
25 - 34	12	27	39
35 - 49	16	33	49
50-59	12	12	24
60 - 64	5	9	14
65 y +	9	15	24
TOTAL	65	117	182



Fuente: Datos de la Coordinación de TB Regional 2019

Del total de 182 casos en el año 2019, 117 sons de sexo masculino y 65 de sexo femenino.

La Tuberculosis se presenta en todos los grupos etarios, con mayor incidencia entre las edades de 15-59 años, con predominio en el sexo masculino, en una proporción de 2:1.

**TASA DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS SEGÚN EDAD, EN LA RSPO,
AÑOS 2017-2019**

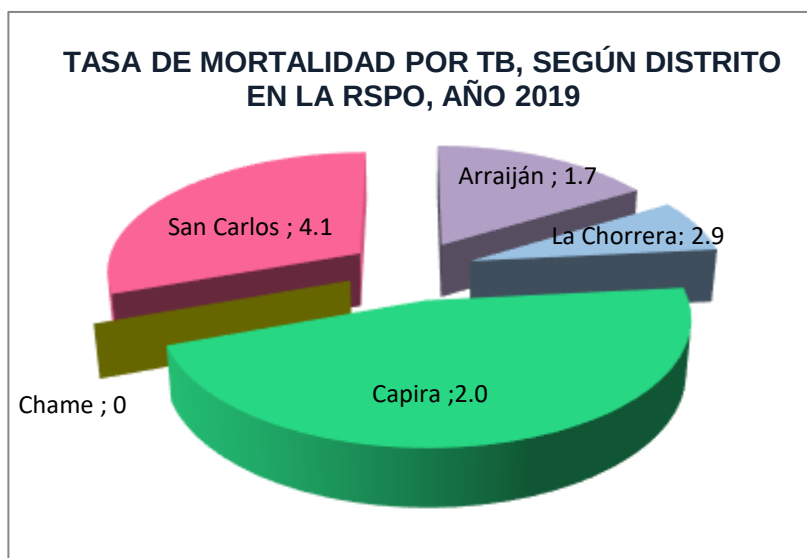
EDADES	2017		2018		2019	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Total	223	40	236	42	182	31
>1 Año	0	0	1	11	0	0
1 a 4	1	3	3	8	3	8
5 a 9	3	6	5	10	0	0
10 a 14	3	6	4	8	4	8
15 a 19	12	28	10	23	7	15
20 a 24	24	56	28	64	18	41
25 a 34	50	61	48	58	39	47
35 a 49	69	52	55	59	49	35
50 a 59	26	42	36	58	24	37
60 a 64	11	61	13	68	14	67
65 y +	14	36	30	73	24	53

Fuente: Datos de la Coordinación de TB Regional, año 2019. Tasa x 100,000 habitantes

La tasa de incidencia de la Tuberculosis en la Provincia de Panamá Oeste en el año 2017 fue de 40 casos por cien mil habitantes, para el año 2018 la tasa de la TB fue de 42 casos por cien mil habitantes y en el año 2019 se observó un descenso a 31 casos por cien mil habitantes.

TUBERCULOSIS: TASA DE MORTALIDAD SEGÚN DISTRITO. AÑO 2019.

AÑOS	2019	
DISTRITO	Defunciones	Tasa
ARRAIJÁN	5	1.7
LA CHORRERA	6	2.9
CAPIRA	1	2.0
CHAME	0	0
SAN CARLOS	1	4.1
TOTAL	13	10.7



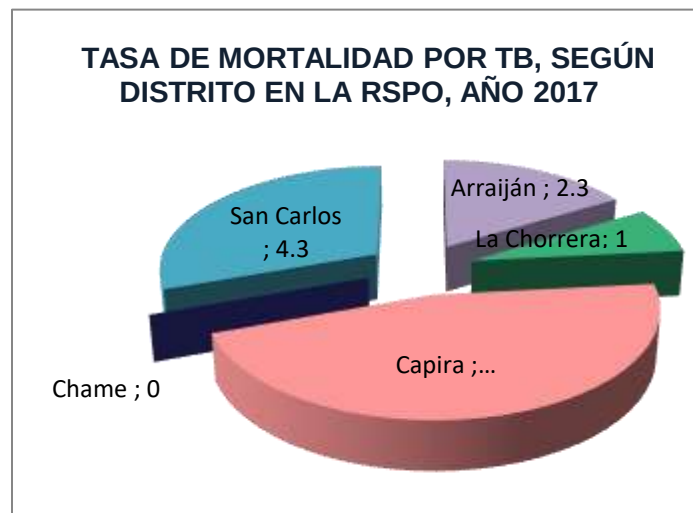
Fuente: Datos de la Coordinación de TB Regional, año 2019. Tasa de Mortalidad por 100,000 habitantes.

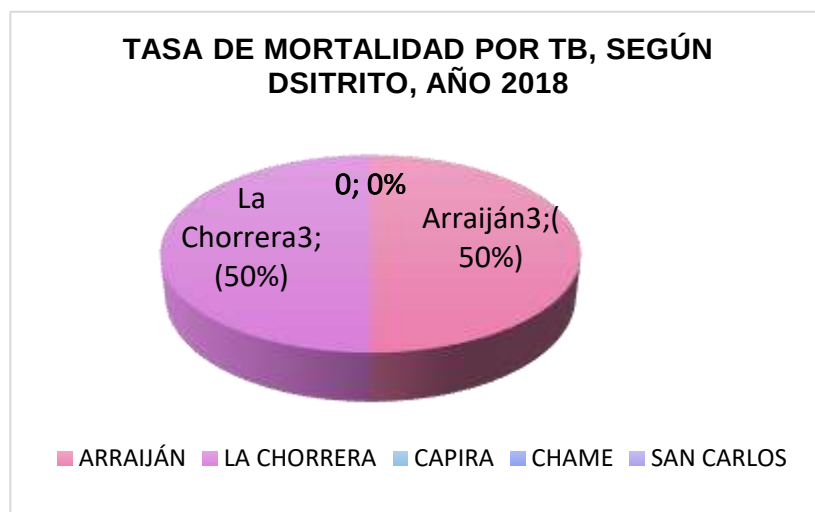
Los distritos de la provincia de Panamá Oeste que registraron mayor tasa de Mortalidad por Tuberculosis durante el año 2019 fueron San Carlos, con tasa de 4.1, seguido por el Distrito de La Chorrera con una tasa de 2.9.

TASA DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS SEGÚN DISTRITO, EN LA RSPO, AÑOS 2017- 2018

AÑOS	2017		2018	
DISTRITO	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
ARRAIJÁN	6	2.3	7	3
LA CHORRERA	2	1.0	5	3
CAPIRA	3	6.5	0	0
CHAME	0	0	0	0
SAN CARLOS	1	4.3	0	0
TOTAL	12	14.1	12	6

Fuente: Datos de la Coordinación de TB Regional, año 2019





En el año 2017 la tasa más alta de mortalidad por Tuberculosis en la RSPO, la presentó el distrito de Capira (6.5) por cada 100, 000 habitantes, seguido por el Distrito de San Carlos con una tasa de defunciones de 4.3.

Para el año 2018 se observó igual tasa de mortalidad por TB en los distritos de Arraiján y La Chorrera 3 defunciones por cada 100,000 habitantes.

La Región de Salud de Panamá Oeste tiene entre sus principales problemas de salud se encuentra la obesidad, la diabetes mellitus y los problemas hipertensivos que se sintetizan en una sola patología llamada Síndrome Metabólico. Dicha enfermedad actualmente a nivel mundial es del 36.8% según la Organización Mundial de la Salud y nuestra región no escapa de dicho problema ya que aproximadamente según datos estadísticos recabados en el Censo Poblacional de Salud realizado en los años 2018 y año 2019 aproximadamente se encuentra en un 24%. Por lo que se enfocan dentro de nuestras instalaciones de salud a la promoción y educación a la disminución de los factores de riesgo de estas enfermedades.

Entre los factores de riesgo que podemos encontrar en la población de Panamá Oeste se encuentra el tabaquismo, el consumo de bebidas alcohólicas y el sedentarismo. Esta tiene un impacto importante en la población ya que el estilo de vida saludable en nuestra población se está desde hace más o menos cinco años inculcando tanto en los adolescentes como en los escolares y preescolares. Igualmente, estos estilos de vida saludable lo reforzamos con acciones que se plasman en el Plan de Tabaco Regional para la erradicación del tabaquismo en nuestra población.

Otros de los factores de riesgo muy importantes en nuestra población son el consumo de sustancias ilícitas y la violencia intrafamiliar que ponen en riesgo la salud física, biológica y mental de las personas. Esto es importante mencionarlo ya que el aumento de consumo de sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, etc. ha ido en aumento en la región y con mucho más impacto en los adolescentes.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN

Presentamos coberturas de vacunación en casi todas las vacunas arriba del 80%, lo cual es positivo, pero debe mejorar hasta alcanzar el 85%. Sin embargo, es importante destacar que presentamos casos de tosferina principalmente en el Distrito de Arraiján en población indígena casi en un 90% de los casos por la gran migración de este grupo de población que no tiene empoderamiento de su responsabilidad en el cuidado de su salud ni del resto de la comunidad.

En cuanto a las morbilidades las principales causas son Infecciones Respiratorias Agudas, obesidad, gastroenteritis, dermatitis y problemas de vías respiratorias como Influenza. .

El comportamiento de las morbilidades es fundamental, por tanto el abordaje del componente de enfermedades no transmisibles las cuales son consideradas actualmente como una epidemia y nuestra población no se escapada de esta realidad, siendo la obesidad la más predominante, seguido de enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus, trastornos del almacenamiento de las grasas y lípidos (Dislipidemias) y también se encuentran las Artropatías como problema frecuente entre este grupo de enfermedades no transmisibles.

Analizando estos factores previos se puede predecir fácilmente que las principales causas de mortalidad están asociadas a ENT, por lo que, destacan las siguientes: tumores

malignos, enfermedades cerebrovasculares, accidentes-suicidios-homicidios, otras enfermedades del corazón, infarto agudo de miocardio y diabetes mellitus.

Se observa una tendencia a subir en los casos de diabetes e hipertensión a nivel de la población de 20 años y más. Igual ocurre con relación a la obesidad fenómeno que se presenta en los niños de 5 a 9 años, 10 a 14 años y 15 a 19 años presentan registro de obesidad entre las cinco primeras causas de morbilidad en cada grupo etario.

En cuanto las principales causas de notificación especial las diarreas, Infecciones de Vías Respiratorias Agudas IRAG (síndrome gripal, bronquitis aguda, bronconeumonía síndrome gripal, bronquitis aguda, bronconeumonías), mordeduras de perro, vulvovaginitis y dengue son las más relevantes. Aunque consideramos falta de registro en los casos de violencia.

La proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años, es que estas van en aumento, por lo que se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica.

El manejo en la notificación de los accidentes de trabajo por parte de los facultativos ha mejorado a partir de finales de 2017. Han venido en aumento en comparación a otros años previos (sobre todo notificación del riesgo biológico y físico ocasionado durante su actividad económica durante la ejecución de sus funciones asignadas), aunque su reporte anteriormente no era continuo.

La Región de Salud de Panamá Oeste estamos trabajando arduamente en las coordinaciones para lograr cumplir con los ODS: entre esas tenemos:

COORDINACIÓN DE NIÑEZ:

Aplicar y evaluar encuesta de satisfacción al usuario, con la finalidad de presentárselo a los Niveles Locales y hagan las mejoras en sus atenciones.

Divulgar la Ley de gratuidad de los menores de 5 años, a través de las charlas en las salas de espera en los Niveles Locales, entrega de trípticos a la comunidad.

Lograr que cada año 2 Centros de salud cuenten con su área de Lactario como lo establece la Ley 129.

Lograr que el equipo de salud utilice aproximadamente la Libreta del Niño y La Niña en los Niveles Locales.

Mejorar la cobertura de vacunación a través de la búsqueda de los inasistentes a vacuna.

Incrementar la cobertura de Crecimiento y Desarrollo en menor de 1 año y de 1 a 4 años a través de captación cuando acude al Médico, Estimulación Precoz, Etc.

PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Para mejorar la Salud Materna, Neonatal y Reproductiva.

Educación integral en Salud Sexual y Reproductiva.

Acciones:

1- Programa de Planificación Familiar.

Consejería de métodos anticonceptivos.

Accesos a los métodos anticonceptivos tradicionales y de larga duración.

Ofrecer servicios e insumos.

2- Atención integral de la mujer en edad fértil (MEF).

Dotar de métodos anticonceptivos modernos.

Toma de muestra de citología cervical (Pap) a MEF y embarazadas.

Atención ginecológica oportuna.

3- Acceso a una atención de calidad para el embarazo y el Parto.

Control prenatal oportuna (consejería por promotores de salud, líderes comunitarios,

Parteros Empíricos y todo funcionario de salud).

Atención calificada del Parto, incluyendo atención de urgencia obstétrica y neonatal (CONE).

Atención post-natal inmediata para madres puérperas y los recién nacidos.

PROGRAMA DE SALUD DE ADULTOS Y ADULTO MAYOR:

Capacitaciones al personal de salud sobre las ENT. Y el manejo del programa de salud de adulto y adulto mayor

Buen llenado de la hoja de Registro Diario de Actividades (RDA)

Buen llenado de la Historia Clínica

Buen manejo de las diferentes entidades de ENT y su nuevo enfoque con miras a la calidad de vida en 5, 10 y más años siguientes

La importancia de creación de grupos como población cautiva en la cual se puede trabajar activamente y capacitar a fin de crear reproductores de buenos estilos de vida saludables

Creación de grupos Salud de adultos y adulto mayor a fin de trabajar en una población cautiva cada vez más creciente la prevención y manejo de las ENT y promover prácticas de estilos de vida saludable.

3. Aumentar las coberturas de los controles de salud de los dos programas
4. Aumentar la cobertura de vacunas en la población vulnerable
5. Promover y prevenir las ENT a través de ferias y charlas en sala de espera para la comunidad
6. Coordinar con las instituciones gubernamentales y privadas a fin de hacer sinergia en la lucha para fomentar las buenas prácticas de un estilo de vida saludable.
7. Monitorear y supervisar las coberturas trimestrales a fin de incoar nuevas estrategias que encaminen la meta trazada
8. Monitorear el buen llenado de los expedientes clínicos del adulto y adulto mayor

COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL:

Capacitar a los coordinadores Regionales y Locales de los diferentes programas de salud,

Escolar, Salud de Adulto, S.S.R., sobre cómo enfrentar el estigma de la Depresión, Intento de Suicidio y Suicidio Consumado.

Realizar campañas de sensibilización a la población sobre el tema de la Depresión, Intento de suicidio y suicidio consumado.

Entrenar al personal de APS para aumentar la captación, Ideación e Intentos Suicidas en el Programa de mhGAP(OMS), de casos de Depresión e Intentos de Suicidio.

Disminuir la tasa de Depresión e Intento de Suicidio a través de los programas de prevención, coordinados

Desde el Programa de Salud Mental con el personal que brinda atención a la población.

COORDINACIÓN TB/VIH/ITS:

Adecuar una sala de aislamiento de pacientes con TB y TB Resistente en el HRNAS.

Crear una figura de enlace para:

El trámite de citas expeditas de los pacientes TBR con los Neumólogos e Infectólogos.

Coordinación con los hospitales de tercer nivel de atención, para el manejo eficaz y oportuno del paciente a su egreso.

Consecución de un equipo de Gene X-Pert para la detección temprana de casos

de TB y TB Resistentes en la RSPO.

Dotar de un carro a la coordinación para realizar supervisiones, monitoreos, capacitaciones, apoyo a los niveles locales (correos de muestras, visitas domiciliarias, búsqueda de contactos y de pacientes inasistentes al TAES) y otras actividades inherentes a la coordinación.

Realizar compromisos políticos para la erradicación de la TB a nivel Regional y Nacional.
(Alianzas estratégicas)

Mejorar la estructura de áreas de espera comunes de las instalaciones de salud, para facilitar la ventilación.

Construir un centro de excelencia de atención de pacientes de Tuberculosis en la RSPO

FOTOGRAFÍA N° 3

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



FOTOGRAFÍA N° 3

CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

Vigilancia Sanitaria

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

Propósitos:

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

Entre los problemas que debe vigilar se encuentran:

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

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

Fortalezas

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

Debilidades

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

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

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

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

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

El tiempo que demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana varía de acuerdo a la estación del año (lluvioso o seco), así como del medio de transporte utilizado.

DISTRITO	Comunidad/Lugar Poblado	Distancia a instalación más cercana (tiempo)	distancia a instalación más cercana (Km)	Transporte utilizado	Costo (por persona aproximado) B/.
ARRAIJAN	Sectores de Burunga, Playita de Bique, Loma Cová	45 min	7.2-11.1	auto	B/3.00
CAPIRA	Rio Indio, Sta. Rosa, Claras Arriba.	1-3 horas	28.7 - 34.7	Pick up, caballo	B/3.00- B/5.00
CHAME	Manglarito, Pta. Chame	1-1:30 horas	21-26	auto	B/3.00
LA CHORRERA	Las Pavas	1-1:30 horas		Pick up, bote	B/3.00- B/7.00
SAN CARLOS	Mata ahogado	1 hora	27.1	Pick up, caballo	B/5.00

Las distancias existentes entre las instalaciones de salud con personal más cercana y estas comunidades podrían variar desde horas, ya que en las mismas no se cuentan con transporte permanente, horario que va generalmente hasta las 6:00 p.m. y las carreteras de acceso en mal estado.

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

COMPLEJIDAD DE LA RED

La Región de Salud de Panamá Oeste está compuesta por una red pública de atención con un total de 81 Instalaciones distribuidas de la siguiente manera: 45 Puestos de Salud, 10 Sub Centros de Salud, 1 CAPPS, 1 Centro de Promoción, 10 Centros de Salud, 5 ULAPS, 3 Policlínicas, 3 MINSA-CAPSi (1 no ha sido utilizado aún, ya que se encuentra en litigio) y 1 Hospital Regional de Segundo Nivel que cubre la demanda de la Red Primaria del Ministerio de Salud y La Caja de Seguro Social.

	MINSA	CSS	TOTAL	ULAPS	CAPPS	POLICLINICA	HOSPITAL	CENTRO REINTEGRA *	MINSA-CAPSi*	CENTRO DE PROMOCIÓN	CENTRO DE SALUD	SUBCENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD
	72	9	81	5	1	3	1	2	3	1	10	10	45
ARRAIJÁN	5	4	9	2	1	1	0	0	1	0	2	1	1
CAPIRA	20	1	21	1	0	0	0	0	0	1	2	4	13
CHAME	13	0	13	0	0	0	0	1	0	0	2	0	10
LA CHORRERA	22	2	24	1	0	1	1	1	2	0	3	1	14
SAN CARLOS	12	2	14	1	0	1	0	0	0	0	1	4	7

Actualmente no se ha inaugurado el MC de Puerto Caimito (litigio) y los Reintegra están finalizando su construcción, Centro de Salud de Bejuco está cerrado por remodelación, el Centro de Promoción está cerrado actualmente.

Con base a los niveles de atención, las instalaciones de la red pública regional de salud y su caracterización con respecto a la complejidad tanto del MINSA como de la CSS, el 92% pertenecen al I Nivel de Atención y el 8% al II Nivel de Atención; de las mismas el 89% están bajo la responsabilidad del MINSA y el 11% a la CSS. En cuanto al II Nivel el 25% pertenece al MINSA y el otro 75% a la CSS.

Los horarios de atención el 100% de las Instalaciones brindan atención en horario de 7:00 am-3:00 pm, sin embargo los Centros de Salud (Capira, Bejuco y Artemio Jaén) laboran en horario extendido; de la siguiente forma Centro de Salud de Capira 3:00 p.m a 11:00 p.m. todos los días y fines de semana y días feriados 7:00 a.m. a

3:00 p.m., Centro de Salud de Bejuco (actualmente es el Centro de Salud de Chame, mientras culminan las remodelaciones en el Centro de Salud de Bejuco) y el Centro de Salud Artemio Jaén fines de semana y días feriados 7:00 a.m. a 3:00 p.m.. Las policlínicas de la CSS y el Hospital Regional Nicolás A. Solano brindan atención de urgencias con sus servicios de apoyo las 24 horas.

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

Entre los criterios aplicados para la sectorización están:

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

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

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

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

La cartera de servicios y programas que se ofertan a la población desarrolla estrategias de promoción de la salud, de vigilancia y control de factores de riesgo, de prevención de enfermedades y diagnóstico precoz, de apoyo para el autocuidado; y servicios de atención de morbilidades, rehabilitación, atención paliativa y domiciliaria; los mismos se asignan para asumir y facilitar la atención sanitaria y las

prestaciones básicas correspondientes a su nivel de atención y debe responder a las necesidades de Salud colectivas e individuales de su población de responsabilidad.



CARTERA DE SERVICIOS DE LOS NIVELES LOCALES

[illegible]

[illegible]

	Otorrinolaringología	P												
	Paidopsiquiatría													
	Patología													
	Pediatría		T2	P	T3		T2			T1	P	T3		T1
	Perinatología													
	Proctología													
	Psiquiatría		T2	P	T2		T2		T1			T2	T2	
	Reumatología													
	Salud Ocupacional													
	Traumatología													
	Urología	P												
	Uroginecología													
	Consulta Profesional Técnica													
	Enfermería	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	Optometría													
	Nutrición	P		P			T2				P			
	Psicología	P	P				P							
	Trabajo Social	P	P	P	P	T4	T3			T2	P	P		
	Servicio Bucodental													
	Cirugías bucodentales						P							
	Restauraciones	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
	Radiografía dental	P	P	P	P		P		P			P	P	P

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Guía de llenado
Servicio Permanente/diario= P
Servicio 4 días a la semana= T4
Servicio 3 días a la semana= T3
Servicio 2 días a la semana= T2
Servicio 1 días a la semana= T1
Sin servicio= Vacío

Las tarifas mediante las cuales se ofrecen los servicios en las instalaciones del MINSA oscilan entre los B/. 0.50 y B/.2.00 para la atención y para tener acceso a los servicios de apoyo se establecen tarifas económicas distintas (sí el usuario no cuenta con la disponibilidad de pago se le realiza una evaluación socio-económica y se procede a prestar el servicio); estas tarifas incluyen la atención para usuarios no asegurados (los asegurados son atendidos mediante el Convenio de Compensación de Costos para la Provisión de Servicio de Atención de Salud) y es aplicable a usuarios que no se incluyen en la Ley de Gratuidad.

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

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

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

SISTEMA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

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

Ambos fenómenos, repercuten en el incremento de gastos de administración, la reducción del tamaño de beneficiarios y en el logro de la equidad y de la eficiencia. Asimismo, han impactado en las asimetrías que se observan en los procesos de descentralización; por el surgimiento de nuevos actores públicos y privados en el sector salud, progresivo aumento en la participación de los seguros privados; y un marcado deterioro de la salud pública.

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

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

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

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

Hojas verdes queda en el expediente del paciente referido con las hojas de color blanco, amarillo y rosado El especialista se queda con las hojas amarillo y rosado, y envió al paciente de regreso a su Centro con la Contrarreferencia ya contestada en la hoja blanca.

La hoja amarilla reposará en los archivos de la Instalación receptora de la Referencia, la hoja rosada se enviará al Departamento de P.S.S. para su evaluación.

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

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

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

El 85% de las Instalaciones del MINSA necesitan mejoras en las estructuras físicas, entre estas reposiciones, ampliaciones y adecuaciones acordes al aumento de la población y cartera de servicios. Sin embargo, en la mayoría se cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad como rampas de acceso y pasillos amplios, no así en baños adecuados.

En Panamá Oeste se encuentra actualmente en construcción dos proyectos de Centros Reintegra, pero no se cuenta con censo actualizado de la población de discapacitados.

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

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

Fotografía N° 4

CALIDAD



LISTA DE ESPERA

En la red primaria de atención regional no mantenemos listas de espera ya que se atiende por demanda espontánea y no contamos con registros de la demanda insatisfecha. En la Encuesta de Satisfacción realizada en el año 2019 en 4 instalaciones de salud una de las preguntas fue: **Tiempo de Espera para Conseguir Cupo** los resultados fueron de baja satisfacción en todas las instalaciones encuestadas:

- San Carlos 49.9 por ciento entre muy satisfactorio y bastante satisfacción
- Rosa Tasón (Chame) 47.8 por ciento entre muy satisfactorio y bastante satisfacción
- Minsa Capsi El Coco 45.6 por ciento entre muy satisfactorio y bastante satisfacción
- Capira 36.7 por ciento entre muy satisfactorio y bastante satisfacción

Actualmente contamos con el mecanismo de registro de agendas para controles de salud, control de embarazo, crecimiento y desarrollo en el Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS) que es controlada por Registro y Estadística de Salud local.

HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención regular en nuestras instalaciones es de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. de lunes a viernes. En el Centro de Salud Capira se tiene extensión de horario hasta las 11:00 p.m. de lunes a viernes y sábado, domingo y días feriados de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., mientras que los Centros de Salud Artemio Jaén y Rosa Tasón presentan la atención regular de lunes a viernes y los días sábados, domingos y días feriados de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

MECANISMOS PARA LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Encuesta de Satisfacción

Los principales mecanismos utilizados a nivel regional han sido Encuestas de Satisfacción, en el año 2018 se aplicó en una sola instalación el Centro de Salud de Altos de San Francisco. En el 2019 se aplicaron en 4 instalaciones: Minsa Capsi El Coco, Centros de Salud Chame, Capira y San Carlos; aunque no se midió el nivel de Satisfacción General del total de los criterios monitoreados los mejores resultados se obtuvieron en el Centro de Salud de Chame y los más bajos en el Centro de Salud de Capira.

Buzón de Sugerencias

En el año 2018 se solicitó la activación de los Buzones de Sugerencias, incluso se les entregó a cada Centro de Salud y Minsa Capsi un buzón, sin embargo, sólo el Centro de Salud de Nuevo Chorrillo ha enviado sus informes y los ha mantenido hasta la actualidad.

CONTROL DE CALIDAD

➤ Comité de Calidad

Período 2006 - 2011

El Comité de Calidad Regional conformado desde el año 2006 recibiendo entonces el nombre de comisión de calidad, se mantuvo activo hasta el año 2011 durante éste período se desarrollaron actividades, proyectos tanto regionales como locales. Con respecto a las comisiones de calidad locales en el año 2006 existían en 6 Centros de Salud activamente.

A partir de la Resolución 520 del 5 de junio de 2009 cambia su nombre a Comité, en ésta resolución se ordena la creación del Comité de Calidad Nacional, Regional y Locales, con esta resolución se oficializa y se fortalecen las acciones para el Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Período 2016 - 2019

En el año 2016, por iniciativa regional, se reactiva el Comité de Calidad Regional hasta el año 2019, durante éste período se realizaron las siguientes actividades: la aplicación del Instrumento de Optimización del Desempeño y la Calidad, la Aplicación de Encuestas de Satisfacción y la Auditoría de Expedientes.

En los niveles locales no se tuvo acogida a la solicitud de la reactivación de los Comité de Calidad, sólo 3 reportaron su conformación, sin embargo, durante éste período no se registraron actividades.

Período 2020

Actualmente tenemos pendiente la reconfirmación del Comité de Calidad Regional y de los niveles locales.

➤ Optimización del Desempeño y la Calidad

La aplicación de instrumentos para la medición de la Optimización del Desempeño y la Calidad (ODC) se realiza en el Hospital Regional Nicolás A. Solano (HRNAS) desde el año 2011, en ese entonces la medición se realizaba por un equipo del nivel nacional.

Con la Resolución 520 del 5 de junio del año 2015, se establece la base legal para la aplicación del Instrumento para la Optimización del Desempeño y la Calidad tanto en el nivel hospitalario como en la red primaria de atención.

Es a partir del año 2016, que la medición de la ODC del hospital pasó a ser responsabilidad del nivel regional y además se incorpora medición en los Centros de Salud, es así como se capacita al personal que conformaba el Comité de Calidad Regional. En ese año, además de la medición en el HRNAS a nivel primario se realiza en el Minsa Capsi El Coco.

En el año 2017, se incorporó la medición en los Centros de Salud El Espino y Nuevo Chorrillo, y se realiza seguimiento en el Minsa Capsi El Coco y el HRNAS; en el año 2018, se realizaron seguimientos en el HRNAS, Minsa Capsi El Coco y Centro de Salud El Espino, se realiza la primera medición en el Centro de Salud Puerto Caimito; en el año 2019 se dio seguimiento al Minsa Capsi El Coco y se hace la primera medición en el Centro de Salud Capira.

El Minsa Capsi El Coco, es la única instalación de la red primaria que se le ha dado seguimiento a la medición y los resultados obtenidos reflejaron disminución de la Brecha en el desempeño y calidad de Atención

Debido a la necesidad de capacitar al nuevo Comité de Calidad Regional tenemos pendiente la realización de las mediciones en las instalaciones.

➤ **Auditoría de Expedientes Clínicos**

En nuestra región se ha realizado Auditoría de Expedientes Clínicos desde el año 2001 inicialmente con adelantos significativos en los resultados de todos los grupos de estudio auditados. A partir del año 2010 se inició un descenso que al pasar de los años fue significativo en los resultados de todos los grupos de estudio.

La Auditoría de Expedientes Clínicos hasta el año 2017 el proceso consistía en la revisión de expedientes físicos, a partir del año 2018 se inició la Auditoría de Expedientes Electrónicos a nivel nacional, sin embargo, por problemas de usuario y contraseñas en nuestra región no se pudo iniciar la auditoría electrónica por lo que se realizó auditoría física en todas las instalaciones en los grupos de estudio de embarazadas y expedientes con diagnóstico de Enfermedades Crónicas.

En el año 2019, se realizó Auditoría Electrónica, los grupos de estudios fueron menor de 1 año, 1 a 5 años de edad, adultos de 20 años y más y con enfermedades crónicas. La Auditoría de Expedientes físico sólo se realizó en el Centro de Salud El Espino, en el Centro de Salud Puerto Caimito no se realizó auditoría por problemas de contaminación.

Para el 2020 las Auditorías fueron suspendidas y queda pendiente el retomar el monitoreo y actualizaciones del personal que brinda atención para que se cumplan con las normas de atención.

FOTOGRAFÍA N°5

- ACTORES
- RED SOCIAL



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

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

Organización Comunitaria	Número
Comités de Salud	97
Juntas Administradoras	225
Iglesias	9
ONG	4
Clubes Cívicos	8
Organizaciones de pacientes (Capítulo de APADI) Pmá. Oeste	1
Organización de pacientes con Cáncer (APACAFA)	1
SICAMUCH (Transportistas)	1
Grupos de 3era. Edad	8
Grupo de Adolescentes	12
Grupos Caza mosquitos	60
Grupos Caza humo	60

Fuente: Depto. Promoción de la Salud RSPO.

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

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

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

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

Los sobadores se dedican a atender pequeñas fracturas y luxaciones.

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

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

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

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Existencia de un marco legal que favorece y regula la participación social.	Deficientes mecanismos de comunicación y coordinación con la comunidad.
La Política de Salud privilegia la participación social.	Falta de incentivos para la participación comunitaria.
Hay credibilidad por parte de la comunidad en el Equipo de Salud.	Los equipos de salud no cuentan con transporte.
Se cuenta en la Región con grupos organizados y con disponibilidad para apoyar las acciones de salud.	Escaso trabajo en equipo.
Existencia de equipos comunitarios capacitados (promotores comunales, promotores comunitarios, asistentes de salud y monitoras.	Poco recurso humano capacitado en promoción de la salud.
El actual modelo de atención propicia la promoción de la salud y la participación social.	Escasa coordinación intra e intersectorial.
Se cuenta con grupos itinerantes (FORIS) que proveen servicios de salud a poblaciones vulnerables.	Persistencia de la departamentalización y fragmentación de tareas en salud.

Fuente: Depto. Promoción de la Salud RSPO.

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

La población que pertenece a la Red de Oportunidades y los que son beneficiarios de los 120/65 considera que la atención de salud que reciben es regular, ya que tienen que desplazarse a los Centros de Salud y algunas veces no encuentran

cupos. No se están realizando giras de salud a las comunidades y sólo se brinda promoción de la salud por parte de los promotores comunitarios.

Las resoluciones y decretos que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud (Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005 y Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005) se percibe como un beneficio, aunque hay que considerar que, a pesar de no mantener un presupuesto para el mismo, la atención se da en un 100%.

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

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

FOTOGRAFIA N° 6

• PROYECCION DE LA RED



FOTOGRAFÍA N° 6:

PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

1. Promocionando a través de equipos básicos de salud en las comunidades los principales temas de salud priorizados y de los controles de salud de los diferentes grupos étnicos. Juega papel importante el educador para la salud y el técnico de ambiente.
2. Sí, por medio de la asignación de población de responsabilidad a cada equipo básico a través de la metodología de sectorización de la población de comunidades. Actualmente contamos con seis grupos de Giras Itinerantes que atienden áreas de la población que se encuentran a más de una hora de la Instalación de Salud más cercana.
3. Sí Grupos itinerantes a través de un modelo de gestión por resultados.
4. La Región utiliza Redes sociales como herramienta de divulgación de temas prioritarios de manera continua y sistemática, enviando información de importancia a
La Región utiliza medios de comunicación radial para mensajes de promoción de la salud, mensajes preventivos, control y vigilancia en salud.
5. Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel tales como extensión de horarios en algunas instalaciones.
6. Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos de riesgo definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, edad, género, etnia o marginación tales como Las Clínicas de cesación de tabaco, Clínica amigable de Panamá Oeste en el C de S Altos de San Francisco que brinda atención una vez a la semana en horario de 3:30 a 7:30 brindando atención de forma gratuita a hombres que tienen sexo con hombres, homosexuales, entre otros con énfasis en la prevención del VIH – SIDA.
7. Sí, se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de vida: niñez, adolescencia, edad adulta, vejez, en los Grupos itinerantes.
Además, las acciones realizadas por cada programa de salud y las fechas establecidas para prevención, mitigación de ciertos padecimientos como

son la obesidad, enfermedades crónicas, el VIH/SIDA, prevención del cáncer en todas sus formas etc.

8. ¿Cómo se da la planificación de servicios en el nivel local? ¿Qué participación tienen los diferentes actores sociales?
9. La organización con base a sectores implica la definición de espacios poblacionales específicos.
En base al área de responsabilidad de cada instalación. Al flujo de la demanda y a los programas de salud, así como a la estimación de necesidades. La participación de los diferentes actores sociales es escasa y muy particularmente en casos específicos de acuerdo a la voluntad y actitud de algunas autoridades políticas del área como son los representantes de corregimientos alcaldes etc. La participación de la sociedad civil es poca.
10. En los grupos itinerantes están bien definidos, algunos hay que actualizar la sectorización, la cartera de servicios. De igual manera se ha de fortalecer e impulsar más la participación de comités de salud y otros grupos organizados.
11. ¿Cómo deberán asumirse los derechos y deberes de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud, en un nuevo modelo de atención? Se conoce la existencia de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003. Cómo se aplica?
12. Hay que actualizar a los equipos de salud en los nuevos enfoques de promoción, prevención y rehabilitación para la prestación de servicios. Se requiere nuevo planteamiento del modelo de atención centrado en la promoción y prevención con nuevo enfoque y el modelo de gestión por resultados. Se requiere actualizar a los trabajadores de salud en los nuevos enfoques del modelo de atención y de gestión, proveerles de competencias técnicas con los nuevos enfoques y evaluar resultados. En relación a los derechos y deberes de los ciudadanos, la familia y la comunidad en torno a su propia salud se han de sensibilizar y a estos estamentos de la sociedad para que asuman el rol protagónico que les corresponde en su responsabilidad de mantener su salud.

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

1. La eficacia y calidad de las acciones deben ser evaluadas periódicamente. ¿Con base a qué criterios? ¿Quién y Cómo se evalúan? Estableciendo metas evaluando resultados, se debe preparar un equipo de expertos evaluadores, ofreciendo incentivos tangibles incluso económicos, trabajar con población censada y no con población estimada.

2. ¿Con que frecuencia se revisa y adecúa a las necesidades de salud de la población la cartera de servicios? Cada 5 años o más.
3. ¿En qué instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental? Se dejó de aplicar este modelo por falta de supervisión y evaluación. Tanto del nivel nacional como regional.
4. ¿Cuáles considera usted que son las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios, para desarrollar el modelo de médico funcional antes definido? Debe realizarse un replanteamiento del modelo de atención Centrado en la promoción y prevención y no en la enfermedad, pero con efectividad en la ejecución ya que muchas veces solo queda en el planteamiento y no se ejecuta.
5. ¿Cómo debe mejorarse la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial? El Nivel local no está preparado para la atención de urgencias verdaderas se requiere actualizar al personal técnico en la atención de urgencias, además de la habilitación de los niveles locales con mejoramiento de la infraestructura que en muchos ya se ha quedado pequeña.
6. Se utiliza el TRIAGE. No se utiliza en el nivel local, en el Hospital sí en cuarto de urgencias.
¿Sí, Cuales han sido los resultados de su implementación? Se utiliza en los casos de contingencia y en el cuarto de urgencia del hospital regional

AMPLIACION DE COBERTURA

1. ¿Cómo debe organizarse la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención? Han de organizarse de una manera coordinada para complementarse unos con otros y poder brindar un servicio más completo sin antagonizarse unos con los otros.
2. ¿La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en término de mayor número de horas de apertura al día o con relación a un mayor número de días semanales para la provisión de servicios en función del análisis de comportamiento poblacional? A un mayor número de días semanales en función de la demanda y del comportamiento poblacional tratando de reducir la brecha de inequidad en la accesibilidad a los servicios de salud.
3. ¿Bajo qué normas deben realizarse las giras médicas integrales y las jornadas atención primaria ambulatoria? ¿Quiénes deben participar? Bajo las normas de atención del MINSA y tomando en cuenta criterios de accesibilidad, condiciones de pobreza de la población. Debe participar todo el equipo de salud.

4. ¿Cuáles son los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios? ¿Cómo se incluyen en la cartera de servicios? ¿Y Cuáles son los servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados en apoyo a este proceso? Los servicios básicos de salud incluyendo odontología, laboratorio en los casos que se requiera y que la capacidad instalada lo permita, es importante que cada servicio cuente con personal idóneo.
5. ¿La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? ¿Cómo y Cuándo se aplican? ¿Quién las aplica? No es para ampliar sino para cubrir metas de cobertura. Se aplica cuando se lleva un seguimiento del estado de salud de la población, a través del conocimiento en particular de la población (Padrón de Población de responsabilidad).
6. ¿Cuál es el mecanismo de coordinación administrativa (informes, archivo de expedientes y otras) establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales? El mecanismo de coordinación queda establecido en el convenio de gestión y el reglamento operativo a través de los informes técnicos y administrativos mensuales, bimestrales, cuatrimestrales anuales e iniciales, así como toda comunicación por escrito. Además, por las supervisiones tanto a la Sede del prestador como a los Equipos Básicos en el campo. También se establece coordinación con los directores de cada uno de los centros de salud del área en que se ejecutan o prestan los servicios la Organizaciones Extra Institucionales. En estos momentos no estamos en convenio con ninguna Organización Extra Institucional
7. ¿En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija? Se articula a través del seguimiento a las acciones de salud de los beneficiarios tanto por la red fija como la itinerante. Se articula reflejándose en los indicadores de desempeño de los grupos priorizados y en las coberturas tanto del nivel local como regional. Se articula también para no duplicar acciones de salud en las mismas áreas, así como también para complementar servicios de salud como es el caso de incluir el servicio de odontología en algunas de las actividades de la red itinerante con la red fija. De igual manera se articula en casos de contingencia y se potencian los servicios de salud al contar con Equipos básicos de Salud adicionales a los de la red fija que deben trabajar de forma coordinada y fortalecida.
8. ¿Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado? Si se integran los datos de cobertura de instalaciones de la CSS, con el sector privado solo lo que concierne a epidemiología y toma de Papanicolaou faltando lo que serían los controles de salud y morbilidad.

9. ¿Se cuenta con un sistema de información único? Todavía no contamos con un sistema de información único, se están realizando esfuerzos para tener un sistema de salud unificado que nos pueda perfilar el estado de salud de la población en general y que no sea segmentado como lo tenemos actualmente, no obstante, todavía se requiere de grandes esfuerzos y coordinaciones y voluntad política para lograr esta meta.
10. COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD y adecuarla los periodos según de gestión gubernamental y las edades (menor de 1 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años, 20-59 años, 60-64 años, 65 y más)

Cuadro N° 15. CONSULTAS DE CONTROL, EN LA REGIÓN DE SALUD PANAMÁ					
CESTE, POR PROFESIONAL, SEGÚN DISTRITO DE INSTALACIÓN: AÑO 2019					
DISTRITO / INSTALACIÓN	TOTAL	CONSULTAS			
		MEDICAS		ENFERMERIA	
		Nº	%	Nº	%
TOTAL REGIONAL	195,061	156,365	80.2	38,696	19.8
DISTRITO DE ARRAIJÁN	55,885	47,685	85.3	8,200	14.7
C.S. ARTEMIO JAÉN	21,162	17,577	83.1	3,585	16.9
C.S. NVO. CHORRILLO	12,788	10,097	79.0	2,691	21.0
SUB.C.S. STA CLARA	6,174	5,218	84.5	956	15.5
MINSA CAPSI BURUNGA	15,761	14,793	93.9	968	6.1
DISTRITO DE CAPRA	27,253	21,078	77.3	6,175	22.7
C.S. JOSE P. GARCIA	21,859	16,910	77.4	4,949	22.6
C.S. JUAN H. FLORES	5,394	4,168	77.3	1,226	22.7
DISTRITO DE CHAME	21,262	15,843	74.5	5,419	25.5
C.S. BEJUCO	10,301	8,074	78.4	2,227	21.6
C.S. ROSA TASON	10,961	7,769	70.9	3,192	29.1
DISTRITO DE LA CHORRERA	78,516	61,505	78.3	17,011	21.7
C. DE S. ALTOS DE SAN FRANCISCO	13,573	9,082	66.9	4,491	33.1
C.S. MIGUEL M. SAYAGUEZ	28,208	20,662	73.2	7,546	26.8
MINSA CAPSI MAGALLY RUIZ	26,408	22,963	87.0	3,445	13.0
C.S. PTO. CAMITO	10,327	8,798	85.2	1,529	14.8
DISTRITO DE SAN CARLOS	12,145	10,254	84.4	1,891	15.6
C.S. DE SAN CARLOS	12,145	10,254	84.4	1,891	15.6

Fuente: Departamento Registros Medicos y estadística de salud.

Cuadro 14.**COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD**

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

FOTOGRAFÍA N° 7

CARACTERIZACION DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES



FOTOGRAFÍA N° 7

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

El rol de rectoría de la autoridad sanitaria en nuestra Región Sanitaria esta bajo la responsabilidad del MINSA, se cumplen y vigilan las Funciones Esenciales de Salud Pública, las de regulación, las de conducción y las de armonización de la provisión de los servicios de salud. Estas funciones se realizan planteando estrategias y velando por el cumplimiento de las mismas con la colaboración de las instancias correspondientes.

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

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

El grado de avance en el proceso de descentralización de las regiones hacia los niveles locales y del primer nivel de atención es aún lento. Este paso debe darse desde el nivel nacional, donde aún procesos que pueden hacerse más expeditos, persisten aplicándose con cierto grado de burocracia.

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

La Estructura Orgánica debe guardar relación con los procesos Sanitarios. El modelo de Organización de la RSPO se basa en principio del trabajo de equipo en donde la Dirección Regional y la Sub-dirección se ubican en el nivel político; las oficinas de Asesoría, Legal, Relaciones Públicas, Personas con Discapacidad y OIRDS se ubican en el Nivel Asesor. En el Nivel de Fiscalización se encuentra la Oficina de Auditoría Interna. El Departamento de Administración y Finanzas, DIS y Oficina de Recursos Humanos en el Nivel Apoyo.

En el Nivel Técnico El Departamento de Planificación de Salud, en el Nivel Operativo-Ejecutivo se encuentran los Departamentos de Provisión de los Servicios, Promoción de la Salud y Salud Pública.

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

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

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

La Planificación es el primer momento de coordinación, el cual debe darse en todo el proceso administrativo de los servicios de salud. Se establecen nexos de coordinación para:

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

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Recurso Humano capacitado y sensibilizado con los problemas de salud, económicos y sociales de los moradores del distrito. Importancia del trabajo con la comunidad, en la comunidad y para la comunidad.	Poco recurso humano para brindar atención Biopsicosocial de los individuos, familias y comunidades.
Instalaciones de los centros de salud en las comunidades, lo que le hace accesible la atención de salud a los moradores además de conocer sus problemas sociales y ambientales.	Sin actualizar la misión y la visión regional.
El personal reconoce su responsabilidad en incrementar el nivel de salud de la población y el ambiente.	Prevalece la demanda de atención por morbilidad
Con poco recurso humano y con responsabilidad resolvemos problemas epidemiológicos que amenazan la comunidad.	Cumplimiento de horarios de parte de un recurso humano importante.
Existen especialistas en familia en los centros de salud.	Transporte insuficiente para las actividades comunitarias y para efectuar las supervisiones Capacitantes en los servicios locales.
Sistema de referencia y contra referida	Falta de trabajo en equipo

Políticas regionales abiertas que permiten la participación de recurso humano en las políticas de salud establecidas	Problemas de implementación de acciones de salud y ambiente, que no sean solo teóricas sino prácticas.
Fortalecimiento en la Dirección de Recursos Humanos	Falta de personal para efectuar las demandas de extensión de horario, trabajo extramuro los conflictos e intereses políticos.
Existencia de la plataforma SIMEPLANS	Falta de una infraestructura adecuada para las oficinas regionales.
Existencia del Sistema Electrónico de Información en Salud.	Falta de departamentos sencillos como por ejemplo DIS Dirección de Infraestructura en Salud

Las políticas de salud responden a las necesidades regionales, sin embargo, no se destinan los recursos necesarios e indispensables para la ejecución de las mismas. La planificación operativa y presupuestaria se relaciona directamente con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción. El registro de los POA's en la plataforma del SIMEPLANS se lleva a cabo y se monitorea periódicamente.

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

Las decisiones se toman basadas en administración por objetivos y se prioriza según diagnósticos y necesidades.

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

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

Todos los centros de salud disponen de tecnología informática de soporte al sistema de información, aunque el acceso al servicio de internet es no adecuado, al menos para la gestión administrativa de personal para la sistematización de los inventarios y para el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En nuestra región, se dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa, para la gestión clínica se ha implementado el uso del Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS), en todas nuestras instalaciones de salud, el LSS-SUMA (Departamento de farmacia regional), para registro de ingresos y egresos de insumos sanitarios, estadísticas clínicas (SIES) todas las instalaciones cuentan con acceso a esta data.

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

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

FOTOGRAFÍA N°8

- Planificación Regional y Programación Local
- Presupuestación por Objetivos (DPO)
- Incentivos
- Sistema de Abastecimiento y



FOTOGRAFÍA N°8 INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

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

La planificación regional es participativa, el análisis mensual de los indicadores permite analizar la dinámica de los indicadores para mejorar la toma de decisión e involucra los distintos actores.

Existe un calendario anual de actividades priorizadas regional y a la vez un cronograma anual establecido de reuniones de equipo conductor, coordinadores regionales, gerentes de salud, conjunta MINSA-CSS (bimestrales) e interinstitucional.

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

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

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

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

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

Las metas establecidas se evalúan mediante porcentaje de cumplimiento de cada uno de los indicadores de evaluación para insumos, procesos y programas, el encargado de cada sección es quien organiza las estrategias, actividades y periodo de ejecución en lo programado en el plan operativo anual (POA), en la plataforma SIMEPLANS.

Efectivamente existe un Plan estratégico quinquenal, basado en éste se realizan planes operativos anuales y en estos están definidas las estrategias y rutas críticas.

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

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

PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

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

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

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

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

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

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

INCENTIVOS

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

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

Entre otros incentivos introducidos están cambios de categorías, por antigüedad, con sus respectivos pagos retroactivos. Estos incluyen al personal técnico y administrativo, para ello no se contempla en base a su productividad.

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

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

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

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

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

Se aplica el rechazo de un proveedor cuando no cumple con las normas o requerimientos establecidos en la entrega del material solicitado en la orden de compra. Así mismo cuando no llevan todo los requisitos o especificaciones del producto o servicio solicitado en la orden de compra ya sea en el momento de cotizar o entregar en el Almacén el producto.

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

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

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

Se dispone de algunos sistemas de información no tan oportunos como se desearía, sin embargo, lo ideal sería que se pueda contar con un sistema que contemple todas las variables del sistema salud.

En la actualidad se cuenta con el Sistema Electrónico de Información en Salud (SEIS), el cual se ha implementado en la mayoría de nuestras instalaciones y el mismo tiene como objetivo permitir la interconexión con las diferentes áreas de Hospitales, Centros de Salud y/o MINSA-Capsi, para generar un ÚNICO Expediente Clínico del paciente y el mismo podrá ser consultado desde cualquier Instalación de Salud del MINSA a nivel nacional, en donde esté implementado el sistema.

La información disponible se utiliza de forma efectiva para la toma de decisiones a todos los niveles.

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

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

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

✓ Análisis para detección de limitantes

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

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

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

Según el Presupuesto Ley aprobado para el año 2019 en nuestra Región, el monto destinado a la adquisición de nuevos equipos fue de B/. 58,430.73

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

FOTOGRAFÍA N°9

1. Compensación de Costos

2. Fuentes de Financiación

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



FOTOGRAFÍA N°9 FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

COMPENSACION DE COSTOS

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

MINISTERIO DE SALUD			
INSTITUCION	CLASIFICACION	Instalación	Nivel de Atención
CENTRO DE SALUD (12)		Policlínica Dr. Santiago Barraza	II Nivel
C. DE S. NVO ARRAIJAN (ARTEMIO JAEN)	ESPECIALIZADO	Policlínica Dr. Blas Gómez Chetro	II Nivel
C. DE S. NVO CHORRILLO	BASICO	Policlínica Dr. Juan Vega Méndez	II Nivel
C. DE S. CAPIRA (JOSE P. GARCIA)	ESPECIALIZADO	ULAPS Vista Alegre	I Nivel
C. DE S. LIDICE (JUAN H. FLORES)	BASICO	ULAPS Guadalupe	I Nivel
C. DE S. ROSA TAZON	ESPECIALIZADO	ULAPS San José	I Nivel
C. DE S. BEJUCO	BASICO	CAPPS Capira	I Nivel
MC. EL COCO	ESPECIALIZADO	CAPPS Vacamonte	I Nivel
MC. BURUNGA	ESPECIALIZADO	CAPPS El Tecal	I Nivel
C. DE S. FEUILLET (MIGUEL SAYAGUEZ)	ESPECIALIZADO	CAPPS de Sajalices	I Nivel
C. DE S. ALTOS DE SAN FRANCISCO	ESPECIALIZADO		
C. DE S. PTO. CAMITO	BASICO		
C. DE S. DE SAN CARLOS	BASICO		
SUB CENTRO DE SALUD (12)			
S. C. DE S. NVO. EMPERADOR	BASICO		
S. C. DE S. SANTA CLARA	BASICO		
S. C. DE S. CAMPANA	BASICO		
S. C. DE S. MONTE OSCURO	BASICO		
SUBC. DE S. NUEVA ARENOSA	BASICO		
S. C. DE S. VILLA DEL CARMEN	BASICO		
S. C. DE S. SAJALICES 1/	BASICO		
S. C. DE S. EL ARADO	BASICO		
S. C. DE S. EL ESPINO 1/	BASICO		
S. C. DE S. EL HIGO	BASICO		
S. C. DE S. LAS UVAS	BASICO		
S. C. DE S. LAS MARGARITAS	BASICO		

Intalaciones convenidas en La Región de Salud Panamá Oeste:

Clausula 1: EL MINSA y LA CAJA acuerdan establecer los criterios para coordinar la prestación de servicios de salud entre ambas instituciones, que se brindarán a la población del

interior del país; que permitan

satisfacer las demandas de la población asegurada y no asegurada, optimizando los recursos del Estado.

Clausula 2: Se obligan a prestar servicios de salud a los pacientes asegurados y no asegurados respectivamente en sus instalaciones de salud hospitalaria y ambulatoria del primer y segundo nivel de atención

Clausula 3: Se obligan facturar el servicio de salud a los pacientes asegurados y no asegurados, respectivamente en sus instalaciones de salud hospitalarias y ambulatorias del primer y segundo nivel de atención, ubicadas e el interior del país y que estan comprendidas en la cartera de servicios.

Clausula12: **LA CAJA** cobrará a los pacientes no asegurados, la atención de salud que brinde a éstos en sus instalaciones, incluidas en este Convenio, utilizando como base las mismas tarifas que se cobran en las instalaciones de **EL MINSA** para la atención de los servicios de salud. **LA CAJA** no mantendrá cuentas por cobrar directas a los pacientes no asegurados. Los costos no cubiertos por los pacientes no asegurados, serán facturados por **LA CAJA** a **EL MINSA**, utilizando como base los costos unitarios de los servicios de salud convenidos en el Anexo No.3 de este Convenio. **LA CAJA** deberá realizar la evaluación socio económica a los pacientes no asegurados que requieran de sus servicios, y no cuentan con los recursos para hacer frente al pago de las tarifas correspondientes.

Clausula 13: **EL MINSA** suministrará a **LA CAJA**, sus tarifas actualizadas vigentes para el cobro por la prestación de los servicios de salud a los pacientes no asegurados, para que **LA CAJA** las aplique, tal como lo dispone la cláusula Décima Segunda de este Convenio.

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

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

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

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

En cuanto a cómo influye la tecnología de punta en las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud, y duplicidad de los servicios, podemos señalar lo siguiente: los datos estadísticos reflejan que los profesionales para los diagnósticos y tratamientos cada día se apoyan más en tecnologías modernas y de última generación, así como también ha elevado la capacidad resolutoria de las instalaciones sanitarias. Por otro lado, se mantiene en muchos casos la duplicidad de servicios de salud a lo interno de la Caja de Seguro Social y con el Ministerio de Salud.

Los aspectos de la atención sanitaria que determinan los costos (Sistema Costo 20) se pueden agrupar en grandes procesos como son:

- Producción por Servicios (datos estadísticos).
- Recurso Humano (salarios, décimos, prestaciones).
- Gastos de servicios básicos (agua, luz, teléfono, impresión, viáticos, alquileres).
- Gastos de Infraestructura y Equipo (mantenimiento de edificio, mantenimiento de equipo, factor de uso de edificio, factor de uso de equipo, otros mantenimiento y reparaciones).
- Gastos de insumos # 1 (alimentación, vestuario, combustible y lubricante, papelería y útiles de oficina, medicamentos y oxígeno).
- Gastos de insumos # 2 (artículos de farmacia, útiles de cocina y aseo, artículo de laboratorio, Instrumental quirúrgico, otros materiales y suministros).



Las tarifas a cobrar a los pacientes No Asegurados, se señalan en el convenio de Separación y Compensación de Costo y las mismas no responden a los costos reales de la atención.

Dentro de los servicios de Laboratorio, Odontología, Farmacia, Consultas y Otros procedimientos de las instalaciones de La Región de Salud Panamá Oeste, se

han unificado tarifas para ser establecidas en los niveles locales de la siguiente manera:

Laboratorio: a través de la coordinación regional de laboratorio basado en un estudio de las ofertas que se brindaban en su momento dentro de las clínicas de salud privadas ubicadas dentro del entorno de nuestras instalaciones de salud se establecieron tarifas más bajas y accesibles a la población, las cuales, fueron presentadas por la Sub. Dirección Regional, Sección de Costo Regional y aprobadas por el Director Médico Regional en noviembre del 2019, para ser aplicadas en los centros de salud hasta la fecha.

Tarifas de Laboratorio:

LABORATORIO		CALCIO	4.00	PERFIL DE EBSTEIN BARR VIRUS	16.00
HEMATOLOGÍA		AMILASAS	4.00	HEPATITIS B	8.00
HEMOGRAMA COMPLETO	5.00	CREATIN FOSFOQUINASA	5.00	HEPATITIS C	8.00
SOLUBILIDAD DE HEMOGLOBINA	2.00	SODIO	5.00	PAQUETE MATERNAL (TOXO, RUB, CMV, HEP B)	15.00
ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	5.00	POTASIO	5.00		
SEDIMENTACIÓN	2.00	CLORURO	5.00	SEROLOGIA	
TIPAJE/RH	2.00	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	5.00	RPR/VDRL	3.50
TIEMPO DE PROTROMBINA	6.00	TROPONINA T/ I	10.00	PCR	3.50
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	6.00	PRUEBA DE TOLERANCIA A GLUCOSA	10.00	FACTOR REUMATOIDEO	4.00
FIBRINOGENO	6.00	COLINESTERASA	5.00	ASTO	4.00
RETICULOCITOS	3.00	GAMMA GUTAMIL TRANSFERASA	5.00	PRUEBA DE EMBARAZO	5.00
FROTIS DE SANGRE PERIFERICA	5.00	PANEL CARDIACO (5 PARAMETROS)	80.00	HIV	6.00
EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	4.00			MHATP	6.00
FROTIS DE MALARIA	/ SIN COSTO	QUIMICA ESPECIAL		BRUCELOSIS	5.00
PLACA POR LEISHMANIASIS	/ SIN COSTO	PERFIL TIROIDEO (T3, T4, TSH)	10.00	MONOTEST	4.00
		T4LIBRE	5.00		
QUIMICA		T3	5.00	BACTERIOLOGÍA	
GLUCOSA	3.00	T4	5.00	CULTIVO DE SECRECIONES	8.00
CREATININA	3.00	TSH	5.00	FROTIS DE GRAM	3.00
NITROGENO DE UREA	3.50	PSA TOTAL	5.00	CULTIVO DE AEROBIOS	10.00
ACIDO URICO	3.50	PSA TOTAL Y PSA LIBRE	8.00	ESPERMOCULTIVO	8.00
PROTEINAS TOTALES	3.00	PROLACTINA	10.00	SUSPENSIÓN POR TRICOMONAS	2.00
ALBUMINA/ GLOBULINAS	3.00	DEPURACION DE CREATININA	8.00		
BILIRRUBINAS	5.00	TOXOPLASMOSIS IGG	5.00	URIANÁLISIS	
FOSFORO	5.00	TOXOPLASMOSIS IGM	5.00	ORINA GENERAL	2.00
FOSFATASA ALCALINA	4.00	RUBEOLA IGG	5.00	ENVASE DE ORINA	0.25
COLESTEROL	4.00	RUBEOLA IGM	5.00		
TRIGLICERIDOS	4.00	CMV IGG	5.00	PARASITOLOGIA	
HDL	4.00	CMV IGM	5.00	HECES GENERAL	2.00
LDL	4.00	BHCG CUANTITATIVA	10.00	SANGRE OCULTA EN HECES	2.00
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	15.00	CEA	12.00	LEUCOCITOS EN HECES	2.00
DESHIDROGENASA LACTICA	5.00	CA-125	12.00	HELICOBACTER PYLORI EN HECES	8.00
TRANSAMINASA OXALACETICA	4.00	CA19-9	12.00	ENVASE PARA HECES	0.25
TRANSAMINASA PIRUVICA	4.00	IGE	6.00		

- **Odontología:** a través de la coordinación de salud bucal y los jefes de clínica de los centros de salud se lograron unificar criterios para establecer las tarifas que serían aplicadas de forma unificada en los procedimientos odontológicos de nuestras instalaciones de salud, las cuales, fueron presentadas por la Sub. Dirección Regional, Sección de Costo Regional y aprobadas por el Director Médico Regional en noviembre del 2019, para ser aplicadas en los centros de salud hasta la fecha.

ODONTOLOGÍA				
TRATAMIENTOS	5-12 AÑOS	13- 18 AÑOS	19- 54 AÑOS	55 AÑOS Y +
Consulta	1.00	1.00	1.00	1.00
Exodoncia	5.00	8.00	10.00	8.00
Cirugías		20.00	20.00	17.00
Radiografías	5.00	5.00	5.00	4.50
Corte de puntos	3.00	3.00	3.00	2.50
Suturas	1.00	1.00	1.00	1.00
Tratamientos de alveolitis		5.00	5.00	4.50
Profilaxis	5.00	8.00	10.00	8.00
Restauración de amalgamas de 1 superficie	5.00	8.00	10.00	8.00
Restauración de amalgamas de 2 -3 superficie	5.00	10.00	12.00	10.00
Resina de 1 superficie	10.00	15.00	20.00	17.00
Resina de 2 superficie	10.00	20.00	25.00	21.00
Tratamiento de endodoncia		40.00	40.00	34.00
Ionómero de vidrio fotocurable	5.00			
Sellantes de fosas y fisuras	2.00			
Restauración provisional	5.00	5.00	5.00	4.50
Pulpotomías + restauración	10.00			
Drenaje de Absceso				
Bases o recubrimiento pulpar				
Ferilizaciones				

- **Farmacia:** a través de la coordinación regional de farmacia se establecieron tarifas bajas y accesibles a la población para la adquisición de medicamentos e insumos de salud, las cuales, fueron presentadas por la Sub. Dirección Regional, Sección de Costo Regional y aprobadas por el Director Médico Regional en noviembre del 2019, para ser aplicadas en los centros de salud hasta la fecha.

ampolla fenitoina sodica	0.40
ampolla fenobarbital	3.00
ampolla flufenazina	3.00
ampolla furosemida	0.15
ampolla glucantime	Gratis
ampolla haldol/haloperidol	0.85
ampolla hidralazina	1.00
ampolla largactil ——— Clorpromazina	2.00
ampolla methergin ——— Metilergometrina	1.00
ampolla metoclopramida/ plasil	0.10
ampolla midazolam	2.90
ampolla morfina cloridrato	0.55
ampolla naci (cloruro de sodio)	0.60
ampolla pefidina/meperidina ——— Demenol	2.00
ampolla propranolol cloridrato	20.00
ampolla ranitidina	1.00
ampolla sulfato de magnesio 1g	0.50
ampolla adrenalina	0.10
ampolla apresolina	5.00
ampolla ceftriaxona 500mg.	0.50
ampolla decagon -solone ——— Dexametazona	1.00
ampolla difenhidramina	8.00
ampolla dolo neurobion	2.00
ampolla dolofar	0.90
ampolla fitomenudina (vitamina K) ——— Fitomenadiona	1.00
Gentamicina de 40mg. ——— Gentamicina de 40mg.	0.60
ampolla garamicina 160mg ——— Gentamicina de 160mg.	0.45
ampolla garamicina 40mg ——— Gentamicina de 40mg.	0.15
ampolla garamicina 80mg ——— Gentamicina de 80mg.	0.30
ampolla gentamicina 160mg	0.60
ampolla intropin 8(dopamida?) 200mg ——— Dopamina	6.00
ampolla isoplin	1.50
ampolla oxilicina	0.15
ampolla polivitaminas I M V	3.00
ampolla primipartan clorotrimetran clorfeniramina maleato	0.15
ampolla tramadol	0.40
ampolla verapamilo	3.00
aplicación de medicamento	****
artrocentesis	25.00
bicarbonato	1.00
bota de yeso corta de pie	12.00
bota de yeso larga de pie	25.00
calcium sandoz 10% ——— Calcio 10%	0.75
cincho pelvico	35.00
cirugia menor en consultorio	10.00
consulta optometria	2.00

consulta terapia ocupacional	2.00
consulta fisioterapia	2.00
consulta sadi	1.00
consulta salud ocupacional	2.00
coraza de yeso	40.00
curaciones de ortopedia	5.00
despacilina de 100 a 400 unid. mas (aplic.50 jering.25, agua dest.10)	0.25 c/u Vial
despacilina de 401 a 800 unid. mas (aplic.50 jering.25, agua dest.10)	
despacilina de 800 a 1.200 unid. mas (aplic.50 jering.25, agua dest.10)	
especulo vaginal	1.00
espiga de yeso	40.00
extracción de cuerpo extraño	5.00
ferula de aluminio	6.00
ferula de fibra de vidrio de 3"	20.00
ferula de fibra de vidrio de 4"	25.00
ferula de yeso corta de mano	6.00
ferula de yeso corta de pie	10.00
ferula de yeso larga de mano	10.00
ferula de yeso larga de pie	15.00
ferula en u	5.00
infiltración	10.00
insulina rapida 3 unidades	3.00 el vial
insulina rapida 10 unidades	
insulina rapida 11 unidades	
insulina rapida 12 unidades	
insulina rapida 4 unidades	
insulina rapida 5 unidades	
insulina rapida 6 unidades	
insulina rapida 7 unidades	
insulina rapida 8 unidades	
insulina rapida 9 unidades	
insulina rapida 13 unidades	
insulina rapida 14 unidades	
insulina rapida 15 unidades	
insulina rapida 16 unidades	
insulina rapida 17 unidades	
kerodol	2.00
ketorodal	2.00
lactato de inger 1.000 cc	0.65
lactato de inger 500 cc	0.65
lavado ocular	3.00
maskilla de adulta ——— Includa en la triadoterapia	0.00
maskilla de niño ——— Includa en la triadoterapia	0.00
medicut ——— Includa en set de canalización	0.00
parche de curaciones	6.00
partos	20.00

- **Consultas y otros procedimientos:** a través de estudios realizados por la Sub. Dirección Regional y La Sección de Costo Regional tomando como referencia tarifas de los niveles locales y Hospital Regional Nicolas A. Solano, se logró unificar tarifas de consulta y otros procedimientos, las cuales, fueron presentadas y aprobadas por el Director Médico Regional en noviembre del 2019, para ser aplicadas en los centros de salud hasta la fecha.

Las personas de VIH y VSR, son gratuitas para la población en riesgo, adolescentes y a toda población que acceda a su control de salud. 080 214 del 17/5/18

ACTUALIZADO AL 30 DE JUNIO 2019 POR DRA. OLIVIA VEGA

ACTUALIZADO AL 24 DE JUNIO 2019 POR DRA. OLGA VEGA

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN NACIONAL
CARTERA DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
POR CENTRO DE SALUD COM TARIJA - CONSOLIDADO

SERVICIO	Costo Promedio Regional
PRECOLOGIA	2.00
BSO GENERAL (TOOOS LOS PROGRAMAS)	1.00
REDIATRIA (0-3 AÑOS)	2.00
ISQUATRIA	2.00
ENDOCALDOLOGIA	2.00
SALUD MENTAL	2.00
UTRICION	1.00
RECOCOLOGIA	2.00
TRABAJO SOCIAL	2.00
URG. GENERAL	2.00
ODONTOLOGIA	1.50
HAIGINE SOCIAL	3.00
DET. DEL CANCER (PAP)	1.33
CORTE DE PUNTO	0.25 C./U.
CLIRACIONES	3.00/6.00 (incluye muros)
CHITERMIA	1.00
ASIST. Calentador Pared / Fiestoneja	2.00
INFECTABLE (incluye medicamento)	1.00 (incluye seringa)
COLPOSCOPIA	12.00
CRIOITERAPIA	15.00
R. R. R.	5.00
INHALOTERAPIA	IRA \$2.30 (incluye la mascarilla) el resto 1.00
LAB. CLINICO (INCLUIR CUADRO APARTE)	1.00
MONITOREOS FETALES	5.00 (incluye curacion hasta 10 pts), luego 10.00
SUTURAS	15.00
EX. TRASLADO GINECOLOGICO	1.00
TOMA DE GLUCIDIA	1.00
TOMA DE GLUCIDIA EN TERCERA EDAD	0.50
TOMA DE PRESION	3.00 incluye consulta
CAMBIO DE BOMBA	5.00 incluye consulta
CAMBIO DE BOMBA CON EQUIPO	5.00
EXTRACCIÓN DE UÑA	1.00
CANALIZACION E INTRAVENOSA	1.00

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

El gasto público en Panamá en 2018, disminuyó 81,9 millones, un 0.68%, hasta un total de 11.962,9 millones de euros. Esta cifra supone que el gasto público en 2018 alcanzó el 21.73% del PIB, una caída de solo 0.11 puntos respecto a 2017, cuando el gasto fue el 21,84% del PIB.

Inversión en salud representó 9,5 % de producto interno bruto en 2018.

El proyecto de Rendición de Cuentas revela que el gasto total en salud alcanzó el 9,5 % del producto interno bruto (PIB) en el año 2018. Asimismo, aumentaron los recursos destinados a ese rubro un 0,8 % del PIB respecto a 2014, por la entrada de más colectivos de pasivos al Sistema Nacional Integrado de Salud. El gasto público en el sector pasó de representar el 50 % del total al 70 % entre 2004 y 2018.

La creación de los consejos de gestión, que antes eran llamados “patronatos”, comenzó a finales de 2010 con la presentación de proyectos de ley ante la Asamblea Nacional, los cuales se convirtieron en ley de la República de forma paulatina entre 2010 y 2012.

Con este nuevo modelo de financiación y de gestión, se busca brindar la oportunidad de disponer de mayores recursos económicos para fortalecer la capacidad instalada en infraestructura, equipos, materiales e insumos y así satisfacer las necesidades de la población, manteniendo altos niveles de eficiencia, transparencia en la gestión y principalmente calidad en los servicios de salud que brindan los centros hospitalarios.

La evaluación socioeconómica la hace la trabajadora social y el ajuste lo hacen los administradores y directores médicos de cada instalación. Mediante la evaluación socioeconómica no se permite la recuperación de los costos; pero si los justifica, por lo general los arreglos de pago no se logran cobrar en su totalidad.

Tarifa: es el precio que pagan los usuarios o consumidores de un servicio público al Estado a cambio de la prestación del servicio.

Costo de atención: es la relación que se obtiene entre el gasto monetario de un centro de producción y sus niveles de actividad.

Costo convenido: es el resultado del proceso de negociación entre el MINSA y la CSS, en la cual las partes acuerdan con base a sus costos unitarios promedios, un indicador de costo común para facturar y compensar un determinado producto sanitario.

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

Dentro de nuestra región consideramos que la población de áreas de difícil acceso debe ser subsidiadas por el presupuesto del Estado; aunque la mayoría es beneficiada por proyectos como red de oportunidades, 120/70, beca universal; no se refleja avance en los indicadores de salud.

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

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

Las tarifas actuales no facilitan la sobre utilización de los servicios de salud, porque no son coherentes a la realidad del costo del servicio brindado y los servicios están carentes de los recursos necesarios, además el uso de los

servicios por los asegurados aumenta el gasto de salud, ya que no se compensan los costos en los niveles locales, por lo tanto, sí limitan la eficiencia del sistema, sin embargo, el impacto sobre la población beneficiada no tiene precio

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

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

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

Para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud a nivel regional se debe cumplir con los siguientes procedimientos: Nota al director Médico por el donante, almacén hace recepción, si viene con destino específico la unidad hace solicitud a almacén, sin destino se distribuirá según necesidad, al terminar el procedimiento deben reposar en Dirección Médica nota del donante, recepción y distribución con los recibidos

FOTOGRAFÍA N°10

PROYECTOS DE INVERSION



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

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

1. Debe cumplir con los requisitos del Banco de Proyectos del MEF
2. Sostenibilidad de los proyectos

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

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

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

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

Para el año 2020 y 2021 enfocamos los proyectos de inversión seguiran fortaleciendo la Red Primaria de Salud con el Ceentro de Salud de Nuevo Emperador y Mejoramientos de las Instalaciones de Salud del Plan Colmena. De igual manera se proyectará el fortalecimiento de la red Hospitalaria con el Mejoramiento de las Infraestructuras del Hospital Regional Nicolàs A. Solano.

Actualmente la Region de Salud de Panama Oeste no cuenta con proyectos con cooperación técnica internacional ya que los criterios técnicos de los proyectos de nuestra region y de todo el nivel nacional se hace por parte de funciionatios del Ministeriio de Salud.

La Region de Salud de Panama Oeste cuenta con Plan Quinquenal de Inversiones el cual esta enfocado en el fortalecimiento de la Red Primaria de Salud y Hospitalariael que consideramos que se encuentra adecuado a las prioridades y necesidades de nuestra region de salud.