2018

# ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD REGIÓN DE CHIRIQUÍ

salud

**AUTORIDADES REGIONALES**

Dr. Alcibíades Batista
Director Regional de Salud

Dr. Manuel Díaz
Subdirector Regional de Salud

Lic. Kevin Rubio
Administrador Regional

Dra. Meiling Yau
Jefa de Planificación Regional

Dra. Ericka Ferguson
Jefa de Salud Pública Regional

**COORDINACIÓN NACIONAL**

Dra. Norma Astudillo
Jefa del Departamento de Análisis de Situación y Tendencia de Salud

**EQUIPO TECNICO**

**Departamento de Planificación Regional**
Yira Ibarra

# ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

## FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

En nuestra región, dentro de los principales problemas en el contexto, encontramos los que describimos a continuación:

- Problemas sociales y de género:
  - Gran cantidad de embarazos en adolescentes, Chiriquí para 2016 la segunda provincia con más embarazos en adolescentes (1350), luego de Panamá. Según Datos del HJDO 23% de los partos que se atienden corresponden a adolescentes de 10 a 15 años. Esto se considera violencia.
  - Existencia de bandas delincuenciales en áreas como las lomas, Barriada San José, Barriada el Alba, Barriada el Sapo, Los abanicos, Calle Octava, Divino Niño.
  - El 49.2% de las personas en pobreza multidimensional son de 0 a 17 años pudiendo impulsar a que estos jóvenes recurran a unirse a bandas para solventar sus necesidades.

- Económicos:
  - En siete de los trece distritos, 45% o más de la población viven en pobreza: Tolé con 78.8 % de la población, San Lorenzo con 54.9%, Renacimiento con 61%, Remedios con 49.8%, Gualaca con 47.5, Barú con 52% y Alanje con 56.6%.
  - Según datos del MEF, 7.2% de la población es multidimensionalmente pobre en donde 11% es por precariedad del empleo; 9.8% es debido a manejo inadecuado de la basura y 13.4 % es por logro educativo insuficiente.
  - Altas tasas de empleo informal 50.5 en 2015 y 45.8 en 2016, que incide en la pobreza multidimensional.

- Socioculturales:
  - Por ser una provincia con frontera con costa Rica, se propicia la migración desde diferentes países especialmente Nicaragua, el salvador y venezolanos que ingresan en trabajos informales. En diciembre de 2015 hasta marzo de 2016; Chiriquí enfrento la responsabilidad de dar asilo y atención a 1410 cubanos. Para 2016 se atendieron en la en Instalaciones del MINSA 1339 migrantes de diversas nacionalidades. Así también hay emigración temporal de la población de Ngäbe Buglë a Costa Rica y a las áreas de Renacimiento para la cosecha de café, esta corriente migratoria es factor de riesgo para la propagación de enfermedades infectocontagiosas y trata de personas., en el año 2016 de octubre a diciembre

se atendieron 1473 personas en fincas cafetaleras y 1774 en los Puestos fronterizos. Al ser una provincia multicultural donde según encuesta de Propósitos Múltiples de marzo 2017, 31.45% de la población se considera indígena, esto puede incide en la aceptación de la terapéutica y aceptación de vacunas.

- Políticos:
  - Existe conflicto con las normativas del adolescente, se sobreponen a los objetivos del programa.
  - Fragmentación del sistema con la presencia de instalaciones de la CSS y del MINSA con la segmentación de la población y dualidad de servicios.

En la Provincia de Chiriquí, las prioridades identificadas con relación al contexto se detallan a continuación:

- Se debe hacer alianzas con otras instituciones para intervenir en los diversos determinantes que inciden en la pobreza multidimensional como lo son la vigilancia por parte de MITRADEL que se cumplan con el código de trabajo, colaboración con MIDES para que las transferencias monetarias se utilicen de manera adecuada y se cumplan con las corresponsabilidades. Inspeccionar por parte de salud la disposición de la basura y en colaboración con el municipio dar respuesta y orientación a esta problemática.
- Dar prioridad a los adolescentes, Fortalecer el programa de adolescentes por parte del MINSA y colaborar con MIDES y Ministerio de educación en orientación sobre salud mental y reproductiva. Incrementar el número de servicios amigables del adolescente.
- Ministerio de Educación debe elaborar estrategias para incentivar al estudiante a terminar sus estudios de Premedia y universitarios; como lo son becas, orientación sobre las ofertas de empleo, fortalecer los programas de INADEH de educación vocacional y técnica.
- El Ministerio de trabajo debe velar por que no haya trabajo infantil.
- Fortalecer la participación de las comunidades en los programas de salud.
- Se debe poner énfasis al tratamiento integral con enfoque biopsicosocial e intercultural y no patocéntrico.
- Continuar con la estrategia de atención en tiempos de cosecha de café en fincas y puntos fronterizos y que MITRADEL vele por el cumplimiento de los derechos de los trabajadores.

Dentro de los aspectos que favorecen y/o afectan el desarrollo de los procesos en MINSA Región Chiriquí,

Afectan:

- Las creencias y culturas que afectan las coberturas de programas.
- La visión patocéntrica de los funcionarios y la población, que consideran que es más importantes las morbilidades que los controles de salud.
- La centralización de las compras de insumos de laboratorio, medicamento y medico quirúrgicos, que propician el desabastecimiento y sobreabastecimiento de algunos renglones.
- Insuficiente presupuesto para lograr las compras de equipo biomédico y mantenimiento de las estructuras y equipos,
- La implementación del sistema Istmo que enlenteció los procesos en su fase inicial.
- Fragmentación del sistema con la presencia de instalaciones de la CSS y del MINSA con la segmentación de la población.

Favorecen:

- Personal con eficiente conocimiento administrativo.
- Capacidad de autogestión.
- Colaboración intersectorial que se han logrado en actividades como el Censo y EGI_DENGUE
- Articulación interinstitucional: red de políticas públicas de adolescencia y juventud, red contra la violencia, red contra el trabajo infantil, etc. Que son funcionales

Dentro de los convenios, acuerdos y compromisos internacionales de los cuales nuestro país es signatario, podemos señalar los siguientes:

- Instrumento internacional sobre los Derechos de la Mujer ratificamos por la República de Panamá 2009.
- Convención Interamericana para Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer.
- Convención Interamericana sobre las obligaciones Alimentarias (Ley 38/1998).
- Convenio Basilea
- Convenio Marco para el control del tabaco.
- Protocolo de Kioto
- Convenio de Estocolmo,
- Reglamento sanitario internacional,
- Convenio del Cordón Fronterizo y Convenio a la Atención de la población migrante,

- Convenio para la prevención de la trata de personas (ONU y OIM),
- Convenio de Rotterdam
- Convención Internacional de los Derechos del Niño
- Convenio Mesoamericano.

En Panamá, existen formulaciones explícitas y/o cooperación técnica financiera para realizar procesos de modernización, reformar, transformar y gestionar cambios, como el Convenio Panamá / BID para la transformación de los servicios de salud. Consideramos que la lucha contra la pobreza es una prioridad gubernamental y más allá de esto, en el Plan de Gobierno se pretende trabajar principalmente sobre las desigualdades observadas en nuestro país.

Algunas intervenciones han sido por mencionar algunas:

Programas de transferencias monetarias condicionadas:

- Beca universal: MEDUCA
- 120/65: MIDES
- Red de Oportunidades: MIDES
- Ángel Guardián: MIDES

Otras intervenciones han sido:

- Huertos familiares: programa de la primera dama,
- Alimentación complementaria: MEDUCA, MINSA, MIDES, SENAPAN.PAN,
- Mi primer empleo: AMPYME
- Subsidios estatales como: gas, luz eléctrica, transporte.
- Jumbo ferias: Ministerio de la Presidencia de la República
- Congelación de Precios a la Canasta básica: Presidencia de la República
- Se realizó el mapeo de la pobreza multidimensional en el caso de Chiriquí con Tolé como distrito prioritario y formándose el gabinete social de la provincia.
- El Plan “Panamá: El País de Todos – Cero Pobreza.” Este plan es sumamente importante porque es la ruta para focalizar, integrar y articular los esfuerzos hacia el logro de los ODS – 2030

La política Social es conducida principalmente por el MIDES. En Chiriquí existe la red intersectorial de Políticas Pública liderada por esta institución, y que involucra a diversas instituciones incluyendo al MINSA, para realizar intervenciones en beneficio de la población.

El MINSA participa plenamente el consejo provincial y consejo técnico municipal, brindando informes por parte de salud y participando en las decisiones y colaborando con actividades intersectoriales.

A partir de los resultados de IPM, Tolé fue designado como distrito prioritario al ser el más pobre de la provincia y MINSA forma parte del gabinete social que se instauró en

el distrito de Tolé, que realizara intervenciones y actividades para llevar a cabo el Plan “Panamá: El País de Todos – Cero Pobreza.”

Somos una región ejemplo en la implementación de los programas sociales regionales. Las políticas de salud se incorporan a los programas sociales por medio de su política 3, OE. 3.3 Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional.
Se realizan reuniones con Red de Oportunidades, se le garantiza el cumplimiento de leyes de gratuidad a las mujeres embarazadas, niños menores de 5 años. Se implementa el programa de salud sexual y reproductiva (PLAFA, Citología cervical). Se vela por que los beneficiarios de 100 a los 70, se incluyan en el programa de salud de adulto y adulto mayor. Con la beca universal se colabora con MEDUCA con Temas en escuela para padres. En el programa de Ángel guardián, se realizan visitas domiciliarias, para garantizar salud a esta población.

Dentro de las proyecciones y tendencias del contexto político-económicas-sociales-culturales y de género en relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud-enfermedad de la población a nivel provincial, regional y de distrito, podemos mencionar que, dentro de las proyecciones, es lograr seguir con la colaboración intersectorial y redes que contamos para garantizar que no haya trabajo infantil, trata de personas, garantizar una migración digna. Con las leyes de descentralización de la administración pública conseguir apoyo para mejorar estructuras. Fortalecimiento de los programas de enfermedades crónicas por el aumento de la expectativa de vida de la población y tener una clínica de patología renal, ya que se ha observado aumento en la prevalencia de enfermedad Renal crónica. Lograr que se cumpla el Plan “Panamá: El País de Todos – Cero Pobreza.” En el distrito de Tolé que es distrito prioritario para iniciar con el plan.

En relación con el impacto del cambio climático en Chiriquí, éste ha incidido mayoritariamente con fuertes lluvias que han y producido inundaciones que han afectados las áreas de Barú, Nuevo México de Alanje y cerro Punta (afectado en los últimos años los productos agrícolas).

La legislación favorece la participación social en la gestión sanitaria a través de las Políticas de Salud que en su Eje 3: Promoviendo la Salud con participación Social fomenta la promoción de la Salud y Participación ciudadana en salud. Entre las formas de participación Social que hay en la provincia se encuentran: La red Intersectorial de Políticas Públicas, Red contra la violencia a la Mujer y el Hombre, Comisión Permanente para la Protección y Asistencia a Migrantes en Condición de

Vulnerabilidad (COPPAMI) que involucra a Costa Rica y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Según datos del INEC, en el informe de para el año 2014, el Índice de Desarrollo Humano de la provincia de Chiriquí es 0.8 y se encuentra entre las provincias en el segmento de mayor desarrollo humano y alto dinamismo.

A su vez, se han establecido varias redes y comisiones que cuentan con estrategias de concertación como lo son:

- CONADIS es una comisión que reúne a todos los estamentos de la provincia basados en un Pla Estratégico Nacional y desarrollado por el plan Operativo relacionados con las personas de discapacidad que lideriza el SENADIS (REINTEGRA).
- Junta técnica provincial.
- Comisión ambiental (representadas por todas entidades de la provincia).
- Red de políticas públicas Juventud y familia
- Red Intersectorial de trabajo Infantil y protección de adolescencia trabajadora.

Existe un marco legal que confiere al MINSA el ejercicio de la función regulatoria de manera directa, fundamentado especialmente en la constitución política de la República de Panamá en el Capítulo 6 relacionado a la salud, seguridad social y asistencia social.
Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, mediante el cual se crea el Ministerio de Salud, para protección, promoción rehabilitación y reparación de la salud.
El Código Sanitario, Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, G.O. 10467 regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene publica, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa, otorga al Ministerio de Salud la facultad de tener una función regulatoria de manera directa. Y La Ley 40 de 16 de noviembre de 2006, confiere de forma directa a Los Directores Médicos de Centros de Salud competencia para conocer (capacidad) situaciones sanitarias en primera instancia.

La función regulatoria ha sido positiva porque ha permitido que el Ministerio de Salud tenga una injerencia completa en todo lo que respecta a la fiscalización general de los procesos en los cuales tiene que ver la manipulación de alimentos para el consumo humano. Esto sucede a través de sus secciones especializadas en un área sensitiva de salud, las cuales a saber son, Zoonosis, Saneamiento Ambiental, el Departamento de Protección de Alimentos, Control de vectores, este último es el encargado de la fiscalización sanitaria de establecimientos tales como mataderos, supermercados, fábrica de quesos, panaderías, etc.

El nivel de competencia establecido en materia de fiscalización para el nivel regional lo detallamos a continuación:

La Ley 40 de 10 de noviembre de 2006 que modifica El Código Sanitario el cual establece las competencias de la siguiente forma:

Artículo 218. *

Cualquier persona natural o jurídica que cometa una falta o contravención a las disposiciones de este Código y demás disposiciones legales vigentes en materia de salud pública, será sancionada con:

1. Amonestación. Llamado de atención escrito que le hará la autoridad sanitaria competente al infractor.
2. Multa. Sanción pecuniaria que, de acuerdo con la gravedad de la falta, oscila entre un mínimo de diez balboas (B/.10.00) y un máximo de cien mil balboas (B/.100,000.00).
3. Suspensión temporal de las actividades. Sanción que impide el ejercicio normal de las actividades a que se dedica la persona natural o jurídica infractora, y que durará mientras subsista la afectación a la salud pública.
4. Clausura del establecimiento. Sanción que puede ser temporal o definitiva, de acuerdo con la gravedad de la falta.
5. Decomiso. Consiste en el retiro de los artículos o productos que afecten la salud pública, de conformidad con las autoridades sanitarias.

*Reformado por Ley 40 de 16 de noviembre de 2006, Gaceta 25,674

Artículo 219. *

Las autoridades en materia de salud pública están facultadas para imponer las siguientes sanciones:

1. En el caso de los directores de centros, subcentros o Policentros de salud, multas desde diez balboas (B/.10.00) hasta quinientos balboas (B/.500.00) y el decomiso de los artículos y objetos que afecten la salud.
2. En el caso de los directores regionales de salud, multas de quinientos un balboa (B/.501.00) hasta cinco mil balboas (B/.5,000.00), la suspensión temporal de actividades, cuando así se requiera mientras se mantenga la afectación a la salud pública, y el decomiso de los artículos y objetos que afecten la salud.
3. En el caso del Director General de Salud Pública, multas desde cinco mil un balboas (B/.5,001.00) hasta cien mil balboas (B/.100,000.00), la clausura de los establecimientos de manera temporal o definitiva de acuerdo con la circunstancia que se presente en cada caso, y el decomiso de los artículos y objetos que afecten la salud.

*Reformado por Ley 40 de 16 de noviembre de 2006, Gaceta 25,674

La competencia a nivel local lo confiere más que todo la circunscripción geográfica del área de atención y jurisdicción del Director Médico del Centro de Salud, éste conocimiento en cuanto a la Competencia Regional lo establece la cuantía del negocio o si se trata de un expediente de segunda instancia, y la Competencia Nacional trata procesos sanitarios determinados por la cuantía y por razón de la materia (permisos sanitarios de operación) entre otros.

En Panamá, a nivel nacional, existen Normas Sanitarias iniciando con el Código Sanitario en donde a lo largo de su articulado regula, fiscaliza e impone multas a los establecimientos comerciales que se dediquen de forma alguna a la -manipulación, procesamiento, expendio de alimentos, etc. y el MINSA fiscaliza su cumplimiento mediante el cumplimiento de los Decretos: 856 del 4 de agosto de 2015 y 40 del 26 de enero de 2010, que habla sobre el permiso de operación sanitario y constancia de inspección sanitaria. Se realizan inspecciones por los diferentes departamentos para velar el cumplimento de las diferentes normas según el tipo de local de interés sanitario, según la resolución 631 de fecha 11 de agosto de 204, que establece las responsabilidad de los locales sanitarios que le corresponden a los Departamentos De Protección De Alimentos, Zoonosis y Calidad Sanitaria Del Ambiente .

Artículo 3: Refiere que le corresponde al el Departamento de Protección de Alimentos:

- Las fábricas y otros establecimientos de producción de alimentos y bebidas, empacadoras, panificadoras, panaderías y dulcerías que distribuyen sus productos.
- Los establecimientos que distribuyan y expenden productos alimenticios y bebidas en gran escala, tales como supermercados, distribuidoras, depósitos, mercados (públicos y privados) ferias libres.
- Restaurantes, entre ellos las comidas rápidas y las turísticas, las cocinas en establecimientos de salud, internados, cárceles y entidades de interés social y educativo.
- Los establecimientos donde se procesen leche y sus derivados al por mayor y menor.
- Los vehículos de transporte de productos alimenticios, cárnicos, leche y derivados hielo y otros.
- Embarcaciones y empacadoras de productos marinos.
- Las carnicerías.
- Fábricas de hielo.

Artículo 4: señala las atribuciones y competencias del departamento de zoonosis.

- Explotación pecuaria como porquerizas, establos, pesebreras, avícolas, galeras de ordeño, fábricas y molino de harina de origen animal y similar.
- Las clínicas veterinarias, circos y establecimientos de venta de animales.
- Cuarentena de animales menores (caninos y felinos).
- Mantener la vigilancia en los puertos y aeropuertos nacionales en todo lo concerniente a las enfermedades exóticas.
- Las quejas referentes a tendencias de animales con relación a la Salud Pública.

Artículo 5: establece las competencias del Departamento De Calidad Sanitaria De Ambiente son:

- Fondas, parrilladas y ventas ambulantes con sus respectivos transportes.
- Abarroterías, tiendas, kioscos, mini súper y mercaditos.
- Cantinas, bodega, bares y discotecas.
- Panaderías, dulcerías y refresquerías con venta local que no distribuyen los productos.
- Café internet.

## FOTOGRAFÍA N° 2. DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS

**Cuadro No.1**

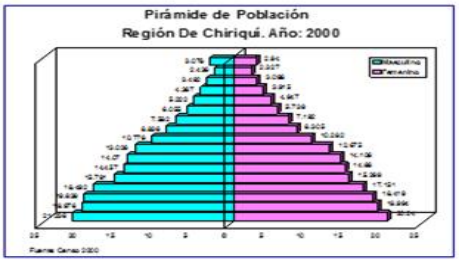
**INDICADORES DEMOGRÁFICOS**

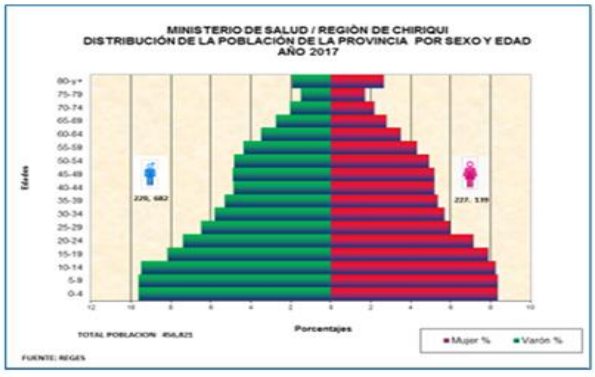
| A. Indicadores demográficos | 2013 | | | 2014 | | | 2015 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Densidad de población | 68.6 | | | 69.2 | | | 69.7 | | |
| □ Rural | N/D | | | N/D | | | N/D | | |
| □ Urbana | N/D | | | N/D | | | N/D | | |
| □ Indígena | N/D | | | N/D | | | N/D | | |
| Tasa de crecimiento natural o anual | 14.2 | | | 13.3 | | | 12.9 | | |
| Tasa bruta de natalidad | 19.7 | | | 18.5 | | | 18 | | |
| Tasa global de fecundidad | 2.7 | | | 2.7 | | | 2.5 | | |
| Tasa general de fecundidad | 74.9 | | | 76.7 | | | 76 | | |
| Porcentaje de población urbana | N/D | | | N/D | | | N/D | | |
| Porcentaje de población rural | N/D | | | N/D | | | N/D | | |
| Porcentaje de población indígena | N/D | | | N/D | | | N/D | | |
| Razón de dependencia | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| % De población inmigrante | 6.9* | 2010 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| % De población emigrante | 22.6* | 2010 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Saldo migratorio | 89.7* | 2010 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| % De población discapacitada | 3.62* | 2010 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |

| Estructura de población por grupo de edad (en años) | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Total | 451 236 | 227 148 | 224 088 | 454 083 | 228 042 | 225 641 | 456 821 | 229 682 | 227 139 |
| Menor de un año | 8 684 | 4 440 | 4 244 | 8 678 | 4 437 | 4 241 | 8 677 | 4 436 | 4 241 |
| 1 a 4 | 34 617 | 17 691 | 16 926 | 34 596 | 17 681 | 16 915 | 34 570 | 17 668 | 16 902 |
| 5 a 9 | 43 305 | 22 174 | 21 221 | 43 310 | 22 132 | 21 178 | 43 232 | 22 092 | 21 140 |
| 10 a 14 | 42 787 | 21 860 | 20 917 | 42 735 | 21 834 | 20 901 | 42 687 | 21 810 | 20 877 |
| 15 a 9 | 40 584 | 20 784 | 19 800 | 40 709 | 20 869 | 19 840 | 40 885 | 20 940 | 19 945 |
| 20 a 59 | 222 899 | 112 079 | 110 820 | 223 752 | 112 407 | 111 305 | 224 350 | 112 737 | 111 613 |
| 60 a 64 | 16 594 | 8 357 | 8 237 | 17 146 | 8 635 | 8 511 | 17 748 | 8 918 | 8 830 |
| 65 y más | 41 676 | 19 763 | 21 913 | 43 157 | 20 407 | 22 750 | 4 467 | 21 081 | 23 591 |
| **Otras Tasas** | **2013** | | | **2014** | | | **2015** | | |
| | **Total** | **Masc** | **Fem** | **Total** | **Masc** | **Fem** | **Total** | **Masc** | **Fem** |
| Tasa de mortalidad | 6.97 | 5.76 | 8.2 | 5.1 | 6 | 4.3 | 4.73 | 5.56 | 3.9 |
| Tasa de mortalidad en < de 1 año | 15.6 | 15.3 | 16 | 15.4 | 17.6 | 13.2 | 16.2 | 18.7 | 13.7 |
| Tasa de mortalidad perinatal | 12.1 | N/D | N/D | 13.8 | N/D | N/D | 12.7 | N/D | N/D |
| Tasa de mortalidad neonatal | 9.6 | 9.98 | 9.28 | 10.4 | 12..56 | 8 | 9.5 | 11.1 | 7.8 |
| Tasa de mortalidad postneonatal | 7.2 | 6.9 | 7.4 | 5.8 | 5.58 | 6 | 7.88 | 8.9 | 6.8 |
| Tasa de mortalidad en menores de 5 años | 3.9 | 4.0 | 3.8 | 3.8 | 4.1 | 3.4 | 3.9 | 4.2 | 3.5 |
| Tasa de mortalidad materna | 2.8 | x | x | 0 | x | x | 1.8 | x | x |
| Esperanza de vida al nacer (total) | 78 | 74.4 | 81.7 | 78.3 | 74.7 | 82 | 78.4 | 74.9 | 82.1 |

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

## Pirámide Poblacional 2000, 2010 y 2017





Dentro de las conclusiones como producto del análisis de los indicadores demográficos en relación con la salud-enfermedad y cómo influye en la población de esta región, la pirámide poblacional de la Región de Chiriquí de 2017, muestra una ensanchamiento en el área media y cúspide, con un estrechamiento hacia la base, con respecto al 2000, que se mostraba ancha en la base y angosta en la cúspide, se observa que las tasas de mortalidad general, e infantil ha disminuido en el 2015, con respecto al año 2013. La esperanza de vida al nacer ha llegado a 78, los que nos indica que esta tendencia a ensanchamiento de la cúspide puede ir aumentando por mejores condiciones de vida que aumentan la esperanza de vida y mejores tratamientos para enfermedades que antes no tenían cura o control. Esto nos hace reflexionar sobre el aumento de enfermedades propias de la vejez y enfermedades crónicas. A pesar de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, perinatal y neonatal, posiblemente por mejores medidas de prevención y mejoramiento de la tecnología hospitalaria, en contraparte hay disminución de la tasa de natalidad produce el estrechamiento de las bases.

La disminución de la natalidad y aumento de la población adulta mayor nos indica un probable aumento de las enfermedades crónica no transmisible, neurodegenerativas por la vejez como Parkinson y Alzheimer y osteoarticulares degenerativas.

Según el análisis realizado, se requiere de un replanteamiento de toda la estrategia en salud, fortalecimiento de la atención primaria en sus componentes de promoción, prevención y los determinantes sociales de la salud, mayor participación comunitaria así también la infraestructura hospitalaria para la atención de las complicaciones de estas enfermedades y otras propias de la vejez.
El aumento de la población adolescente y adulta joven supone seguir con los programas de planificación familiar, niñez y adolescencia poniendo énfasis en las clínicas amigables del adolescente.

**Cuadro No. 2**
**Situación de Salud, Aspectos Económicos y Sociales**

| B. Aspectos económicos y sociales | 2013 | | | 2014 | | | 2015 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Población económicamente activa | 184,872 | 118,985 | 65,887 | 184,044 | 118,044 | 65,626 | 182,345 | 113,794 | 68,551 |
| Tasa de actividad | 59.7 | 78.3 | 41.8 | 57.6 | 76.9 | 39.4 | 58 | 75.2 | 42.1 |
| Tasa de desempleo | 4.86 | 4.07 | 6.29 | 5.37 | 3.58 | 4.03 | 3.7 | 3.9 | 4.73 |
| Tasa de empleo informal | 51.7 | 53.3 | 49.9 | 50.5 | 52.8 | 47.7 | 45.8 | 47.5 | 43.4 |
| Porcentaje de población asegurada | 39% | N/D | N/D | 32% | N/D | N/D | 30% | N/D | N/D |
| asegurados activos | 37% | N/D | N/D | 36.3% | N/D | N/D | 29.8% | N/D | N/D |
| pensionados | 7% | N/D | N/D | 10.24% | N/D | N/D | 8.28% | N/D | N/D |
| beneficiarios | 56.5% | N/D | N/D | 53.4% | N/D | N/D | 61.8% | N/D | N/D |
| Porcentaje de analfabetismo | 5.9% | 2010* | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Escolaridad de la población | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Básica completa | 91.9% | 92.2% | 91.6% | 96% | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Pre Media y Media completa | 69.1% | 67.2% | 71.1% | 81.3 oficial 84.5 particular | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Superior no Universitaria | 593 | N/D | N/D | 1312 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |
| Universidad completa | 2390 | N/D | N/D | 3323 | N/D | N/D | N/D | N/D | N/D |

Dentro de las tendencias, se observa que para los próximos años se mantendrá la tendencia de una tasa de actividad de la población de un 58% en promedio, a expensa del sexo masculino. Se observa que el empleo informal va en disminución, sin embargo, podría ir nuevamente en aumento por el fenómeno de los emigrantes venezolanos, nicaragüense y cubano que ha afrontado el país.
En cuanto a la educación se observa que la tasa de analfabetismo para el 2010 fue 5.9% y se espera que para los otros años disminuya con las intervenciones que se han realizado por instituciones como MIDES y MEDUCA con su programa de alfabetización.

Actividades Económicas:

Dentro de los principales productos agrícolas y de alimentos procesados en la región, tenemos la siguiente distribución según distrito:

Renacimiento, Bugaba, Boquerón Boquete:

- Café, Hortalizas: papa, cebolla, lechuga, tomate, pimentón, zanahoria, brócoli etc.; leche, queso, yogurt, licores de frutas y café, agua embotellada. Leguminosas, frutas como: fresas, zarzamora, tomate de árbol, naranja.

Barú y Alanje:

- Plátano, Palma Africana, Aceite de Palma, arroz, caña de azúcar, maíz, productos artesanales como: panecitos, cocadas, raspadura. frutas como: Banano, mamón chino, mangostán.

San Lorenzo, Tolé, San Félix: Ganadería, leche, pesca
Dolega: Naranja, jugos de frutas.
Otros. Bollos, masa de maíz, platanitos, yuca y hojuelas de maíz (procesados)

Dentro del porcentaje de tierras dedicadas a la agricultura y ganadería extensiva intensiva, la superficie terrestre de la provincia de Chiriquí 6,547 km2 (654,700 hectáreas)

Superficie utilizada en la agricultura: 91,362.2 hectáreas lo cual representa el 13. 94%
Superficie utilizada en ganadería intensiva 222,710.50 hectáreas, lo que representa un 34.02%
Fuente: censo 2010 (www.contraloría.gob.pa)

Las principales actividades económicas de la provincia son: La Ganadería, la agricultura, la pesca y el turismo.

Sus principales actividades económicas son para el año 2012: arroz 20,810 hectáreas sembradas con una producción de 416,900 quintales ocupando el primer lugar en este producto a nivel nacional; el maíz con una superficie sembrada de 9,720 hectáreas y una cosecha ha de 230,500 quintales ocupando el tercer lugar a nivel de la república; el frijol de bejuco con 4,220 hectáreas sembradas y una producción 58, 900 quintales ocupando también el primer sitio en este producto. El café con una zafra anual de 140,000 quintales ocupa por amplio margen el primer lugar a nivel nacional. En el sector pecuario, el ganado vacuno para el año 2012 tuvo un censo de 331,500 cabezas de ganado siendo la provincia con mayor producción del país, el ganado porcino ocupa el tercer lugar con 41, 600 unidades; la actividad avícola con 1, 152,500 unidades ocupan el tercer lugar a nivel nacional.

La región de Chiriquí es el mayor productor de energía hidroeléctrica del país con una producción aproximada de 700 mega watts, casi la mitad de los requerimientos del país

Ambiente y Riesgo Ambiental:

Dentro de los proyectos de deforestación con respaldo privado o del gobierno, se desarrollan:

- 125 proyectos de reforestación privados
- 40 proyectos de reforestación por compensación ecológica.

Proyectos de gobierno:

- Sub-Cuenca del Rio David CONADEL-IDEL
- Corredor biológico, víveres de plantas para reforestación de parte altas en Río Sereno y Potrerillos.
- Proyecto de restauración de cuencas con las comunidades en: Río Chico, Río Chiriquí Viejo y Río Chiriquí.

En riesgo en cuanto a los fenómenos naturales como sismo, Inundaciones, deslaves entre otros eventos antrópicos tenemos las siguientes áreas que son las más vulnerables de la provincia de Chiriquí.
El distrito de Renacimiento es un área totalmente vulnerable en cuanto a deslizamientos, inundaciones y sismo además que es un área fronteriza con Costa Rica y es utilizada frecuentemente por los extranjeros que migran hacia otros países; como también es utilizada para el tiempo de la cosecha del café por la cercanía con la frontera de Costa Rica.

El distrito de Puerto Armuelles: en las áreas de Progreso, Macano, Manaca norte, Manaca civil son las más afectadas por fuertes lluvias e inundaciones también es un área sísmica

Donde hay una falla en el mar la cual esta aproximadamente en el área de Limones.

El distrito de Alanje esta propenso a inundaciones especialmente las áreas de Paja de Sombrero y Chiriquí viejo debido a que el río Piedra se une con el río de Alanje y por las hidroeléctricas que represan las aguas en esta localidad.

En el distrito de Tierras Altas Volcán, el área de Cerro Punta, es propensa a deslaves, sismos, inundaciones por las fuertes lluvias y las represas artificiales que se crean en las montañas por las empalizadas que se forman en los ríos.

El Distrito de Boquete es propenso a sismo, inundaciones por su caudaloso río Caldera que en muchas ocasiones la salida del cauce de este ha provocado que los residentes abandonen sus hogares hacia albergues temporales.

Agua y Saneamiento:

**Cuadro No. 3**
**Condiciones del Saneamiento Básico**

| Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010) | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|
| % de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano | | | |
| Urbano | 99.9 | 96 | 97.4 |
| Rural | 98 | 95 | 96.3 |
| Indígena | N/D | N/D | N/D |
| % de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento) | | | |
| Urbano | 67.6 | 96.3 | 95 |
| Rural | 31.3 | 91.8 | 89 |
| Indígena | N/D | N/D | N/D |
| % de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico) | | | |
| Urbano | 67.6 | 99 | 99.7 |
| Rural | 31.3 | 99 | 97.7 |
| Indígena | N/D | N/D | N/D |
| % de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento) | 67.6% | 91.8% | 95% |

Nota: Desde el año 2015, se mantiene contrato de recolección de desechos sólidos, con la empresa Servicios Ambientales de Chiriquí (SACH), que incluye hospitales y Centros de Salud.

- Los mecanismos de suministro de agua de la Región son:
  - IDAAN agua tratadas bacteriológicamente y de manera fisicoquímica.
  - Pozo perforado
  - Fuentes Naturales por gravedad.
- Mecanismo de disposición de aguas residuales:
  - Alcantarillados (IDAAN)
  - Planta de tratamiento de aguas residuales (P.T.A.R)
  - Tanque séptico
    - tratamiento por sistema de biodigestores.
  - Letrinas en áreas de difícil acceso
- Disposición de desechos sólidos
  - Rellenos sanitarios (existen 6 en toda la provincia: David, Barú, Gualaca, Renacimiento, San Félix y Boquete)
  - El relleno sanitario de David cubre los Distritos de Bugaba, Boquerón, Alanje y Dolega)

- El resto de los de los Distritos (7) no cuentan con relleno Sanitario. Utilizan otras formas como: entierro, quema.
- Se proyecta para el (2018-2019) el tratamiento de desechos sólidos con sistema de autoclaves para la provincia, en los distritos se instalarán sitios de acopio para ser trasladados al Distrito de David, Corregimiento de Chiriquí.

Perfil epidemiológico:

**Cuadro No. 4**

**Incidencia de Pobreza por Distrito 2015**

| Incidencia de la pobreza por distrito | % de Población | | |
|---|---|---|---|
| | Total | Pobreza general | Pobreza extrema |
| Alanje | 56.6 | 38.3 | 15.3 |
| Boquete | 20.1 | 16.4 | 3.7 |
| Barú | 52.0 | 37.6 | 14.4 |
| Boquerón | 33.5 | 25.8 | 7.7 |
| Bugaba | 29.5 | 23.1 | 6.4 |
| David | 14.0 | 11.0 | 3.0 |
| Dolega | 17.6 | 14.1 | 3.5 |
| Gualaca | 47.5 | 34.4 | 13.1 |
| Remedios | 49.8 | 35.6 | 14.2 |
| Renacimiento | 61.9 | 45.1 | 16.8 |
| San Félix | 32 | 24.9 | 7.1 |
| San Lorenzo | 54.9 | 40.5 | 14.4 |
| Tolé | 78.8 | 52.2 | 26.6 |

**Cuadro no.5**

**Principales Etnias Predominantes**

| Cultura, Etnia y Colonias Predominantes | Etnia | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Indígenas | | | Afrodescendientes | | | | |
| | Ngäbe | Bugle | Kuna | Negro colonial | Negro | Negro antillano | Otro | No declarado |
| % de población según edad | 79.6 % | 16.2% | 1.7% | 27% | 46% | 19% | 6% | |
| 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 | | | | | | | | |
| Lenguaje y dialectos | Ngawbere | Buglere (o muriere) | | | | | | |

Al realizar el análisis del perfil epidemiológico, podemos observar que el distrito más pobre es Tolé con 78.8 %, seguido de Renacimiento con 61.9%, Alanje con 56.6% y San Lorenzo con 54.9%, estos distritos poseen asentamientos indígenas que representan la población más pobre. Barú también es uno de los distritos más pobres con 52.5% también existen asentamientos indígena pero la población desocupada de las áreas bananeras contribuyen al porcentaje.

Entre los grupos indígenas la etnia que predominante es la Gnäbe, seguida de la Buglé, y del grupo de afrodescendientes la etnia predominante la negra.

**Cuadro No. 6 principales Tasas de Mortalidad según Sexo**

| C. Principales causas de mortalidad | 2013 | | | 2014 | | | 2015 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Mortalidad general | | | | | | | | | |
| 1.Diabetes mellitus | 184 | 56 | 128 | 202 | 98 | 104 | 195 | 103 | 92 |
| 2.Enfermedades isquémicas del corazón | 389 | 191 | 198 | 269 | 173 | 96 | 184 | 112 | 72 |
| 3.Enfermedades cerebro vasculares | 300 | 118 | 182 | 210 | 108 | 102 | 161 | 89 | 72 |
| 4.Otras enfermedades del corazón | 176 | 60 | 116 | 109 | 55 | 54 | 116 | 55 | 61 |
| 5.Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 92 | 36 | 56 | 88 | 55 | 33 | 98 | 56 | 42 |
| Mortalidad en menores de un año | | | | | | | | | |
| 1.Malformaciones congénitas | 36 | 20 | 16 | 34 | 18 | 16 | 41 | 26 | 15 |
| 2.Otras complicaciones respiratorias del recién nacido | 17 | 9 | 8 | 17 | 11 | 6 | 20 | 8 | 12 |
| 3.Neumonia | 20 | 11 | 9 | 11 | 5 | 6 | 18 | 11 | 7 |
| 3.Sepsis bacteriana del recién nacido | 9 | 4 | 5 | 16 | 7 | 9 | 17 | 12 | 5 |
| 5.otras enfermedades | 12 | 4 | 8 | 3 | 2 | 1 | 6 | 3 | 3 |
| Mortalidad materna | | | | | | | | | |
| 1.Causas obstétricas directas | 0 | x | 0 | 0 | x | 0 | 1 | x | 1 |
| 2.Embarazo terminado en aborto | 0 | x | 0 | 0 | x | 0 | 0 | x | 0 |
| 3.Causas obstétricas indirectas | 1 | x | 1 | 0 | x | 0 | 1 | x | 1 |
| 4.Otras muertes obstétricas directas | 2 | x | 2 | 0 | x | 0 | 0 | x | 0 |

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República, Hospital José Domingo de Obaldía. (HJDO)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| % de muertes por hipertensión arterial esencial | 43 (1.38%) | 34.9 | 65.1 | 51(2.19%) | 66.7 | 33.3 | 83 (3.88%) | 57.8 | 42.2 |
| % de muertes por diabetes mellitus | 184 (5.92%) | 30.4 | 69.6 | 202(8.68%) | 48.5 | 51.5 | 197(9.22%) | 52.3 | 47.7 |
| % de muertes por enfermedades isquémicas del corazón | 389 (12.5%) | 49.1 | 50.9 | 269(12.7%) | 64.3 | 35.7 | 192(8.99%) | 59.9 | 40.1 |
| % de muertes por otras enfermedades crónicas | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| % de muertes por causas circulatorias | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| % de muertes por enfermedades respiratorias crónicas | 92 (2.96%) | 39.1 | 60.9 | 81(3.48%) | 43.2 | 56.8 | 98(4.59%) | 57.1 | 42.9 |
| % de muertes por insuficiencia renal crónica | 50 (1.61%) | 48 | 52 | 39(1.67%) | 58.9 | 41.1 | 15 (0.70%) | 66.7 | 33.3 |
| % de muertes por causas externas | 34 (1.09%) | 70.6 | 29.4 | 43(1.84%) | 86.0 | 14.0 | 29(1.35%) | 86.2 | 13.8 |
| % de muertes por suicidios | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| % de muertes por homicidios | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| % de muertes por accidentes | 13 (0.41%) | 100 | - | 20(0.85%) | 85.0 | 15.0 | 171(36.5%) | 82.4 | 17.6 |
| % de muertes por accidentes de tránsito | 64 (2.06%) | 75 | 25 | 59(2.53%) | 81.3 | 18.7 | 91(4.26%) | 79.1 | 20.9 |
| % de muertes por violencia | 13 (0.41%) | 100 | - | - | - | - | 41(1.92%) | 87.8 | 12.2 |
| % Muertes por violencia social e intrafamiliar | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

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

**Cuadro No. 7**
**Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo**

| | 2013 | | | 2014 | | | 2015 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Total de todas las muertes | 3105 | 1293 | 1812 | 2326 | 1360 | 966 | 2135 | 1264 | 871 |
| % de sub registro de la mortalidad general | | | | | | | | | |
| % de sub registro de la mortalidad infantil | | | | | | | | | |
| % de sub registro de la mortalidad materna | | | | | | | | | |
| % de defunciones por síntomas y causas mal definidas | 42 (1.35%) | 38.1 | 61.9 | 37(1.59%) | 67.6 | 32.4 | 37(1.73%) | 75.7 | 24.3 |
| % de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas | 320 (10.3%) | 41.9 | 58.1 | 209(0.98%) | 59.8 | 40.2 | 186(8.71%) | 61.3 | 38.7 |
| % de muertes por diarrea | 10 (0.32%) | 80.0 | 20.0 | 7 (0.30%) | 85.7 | 14.3 | 6 (0.28%) | 33.3 | 66.7 |
| % de muertes por infecciones respiratorias | 44 (1.41%) | 27.3 | 72.7 | 40 (1.71%) | 60.0 | 40.0 | 47(2.20%) | 63.8 | 36.2 |
| % de muertes por TBC | 20 (0.64%) | 40 | 60 | 10 (0.42%) | 30.0 | 70.0 | 13(0.60%) | 69.2 | 30.8 |
| % de muertes por VIH | 48 (1.54%) | 75 | 25 | 36 (1.54%) | 80.6 | 19.4 | 28 (1.31%) | 92.9 | 7.1 |
| % de otras | | | | | | | | | |
| % de muertes por enfermedades crónicas agrupadas | 369 (11.8%) | 35.5 | 64.5 | 380(16.3%) | 55.3 | 44.7 | 393(18.4%) | 55.2 | 44.8 |
| % de muertes por tumores malignos | 387 (12.4%) | 41.6 | 58.4 | 284(12.2%) | 53.9 | 46.1 | 273(12.7%) | 57.1 | 42.9 |

Los principales riesgos para las salud, según el perfil epidemiológico nacional y provincial son aquellos relacionados con las enfermedades crónicas como el sedentarismo, la mala alimentación, los estilos de vida, las prácticas de riesgo que también están relacionadas con algunas enfermedades de persistencias infecto contagiosa como el VIH/SIDA, Sífilis, y otras.

**Tasa de las Principales Causas Morbilidad**

| D. Principales causas de Morbilidad | 2015 | | | 2016 | | | 2017 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Morbilidad general | | | | | | | | | |
| 1.Rinofaringitis aguda (resfriado) | 64760 | 30471 | 34290 | 52485 | 24419 | 28066 | 15558 | 7301 | 8257 |
| 2.Gastroenteritis y colitis de origen no especificado | 34416 | 17267 | 17149 | 27668 | 13475 | 14193 | 9257 | 4476 | 4781 |
| 3.Caries de la dentina | 38042 | 16513 | 21529 | 27077 | 11124 | 15953 | 9493 | 3922 | 5571 |
| 4.Influenza con otras manifestaciones respiratorias | 21292 | 9199 | 12093 | 14375 | 6068 | 8307 | 0 | 0 | 0 |
| 5.Otras infecciones agudas de sitios múltiples | 15712 | 7390 | 8322 | 11765 | 5142 | 6623 | 1688 | 2058 | 3746 |
| Morbilidad en menores de un año | | | | | | | | | |
| 1.Rinofaringitis aguda (resfriado) | 9680 | 5232 | 4448 | 7276 | 3833 | 3443 | 2293 | 1174 | 1119 |
| 2.Gastroenteritis y colitis de origen no especificado | 4722 | 2480 | 2242 | 3391 | 1867 | 1524 | 1179 | 662 | 517 |
| 3.Influenza con otras manifestaciones respiratorias | 2289 | 1089 | 1200 | 1504 | 761 | 743 | 372 | 198 | 174 |
| 4.Broquiolitis aguda no especificada | 1476 | 937 | 539 | 974 | 593 | 381 | 266 | 159 | 107 |
| 5.Depositos en los dientes | 996 | 586 | 410 | 923 | 531 | 392 | 225 | 123 | 102 |
| Morbilidad en menores de 1-4 años | | | | | | | | | |
| 1.Rinofaringitis aguda (resfriado) | 19768 | 9696 | 10072 | 15227 | 7514 | 7713 | 4237 | 2028 | 2209 |
| 2.Gastroenteritis y colitis de origen no especificado | 13082 | 6908 | 6174 | 9925 | 5019 | 4906 | 3425 | 1667 | 1758 |
| 3.Otras infecciones agudas de sitios múltiples | 5245 | 2903 | 2342 | 3719 | 1793 | 1926 | 1235 | 616 | 619 |
| 4. Influenza con otras manifestaciones respiratorias | 5300 | 2633 | 2667 | 3580 | 1652 | 1928 | 806 | 376 | 430 |
| 5.Faringitis aguda no especificada | 3741 | 1921 | 1820 | 2649 | 1347 | 1302 | 776 | 398 | 378 |

**Tasa de las Principales Causas Morbilidad**

| D. Principales causas de Morbilidad | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Morbilidad Neonatal | | | | | | | | | |
| 1. Rinofaringitis aguda (resfriado) | 357 | 195 | 162 | 224 | 105 | 119 | 92 | 54 | 38 |
| 2.Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso | 0 | 0 | 0 | 30 | 18 | 12 | 34 | 18 | 16 |
| 3.Influenza con otras manifestaciones respiratorias | 138 | 82 | 56 | 123 | 61 | 62 | 23 | 14 | 9 |
| 4.Gastroenteritis y colitis de origen no especificada | 5 | 3 | 2 | 151 | 81 | 70 | 14 | 7 | 7 |
| 5.Pioderma | 59 | 27 | 32 | 86 | 48 | 38 | 14 | 5 | 9 |
| Morbilidad Post Neonatal | | | | | | | | | |
| 1.Rinofaringitis aguda (resfriado) | 438 | 237 | 201 | 1666 | 999 | 667 | 202 | 110 | 92 |
| 2.Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso | 0 | 0 | 0 | 194 | 97 | 97 | 71 | 35 | 36 |
| 3.Influenza con otras manifestaciones respiratorias | 138 | 82 | 56 | 434 | 223 | 211 | 62 | 26 | 36 |
| 4.Caries de la dentina | 3 | 1 | 2 | 26 | 13 | 13 | 58 | 28 | 30 |
| 5.Parasitosis intestinal sin otra especificación | 9 | 6 | 3 | 56 | 28 | 28 | 49 | 27 | 22 |
| Morbilidad Materna | | | | | | | | | |
| 1.Desgarro perineal durante el parto | 1105 | - | - | 1455 | - | - | 1549 | - | - |
| 2.Hipertension gestacional en el embarazo | 439 | - | - | 666 | - | - | 733 | - | - |
| 3.Otras obstrucciones del trabajo de parto | 0 | - | - | 424 | - | - | 393 | - | - |
| 4.Trabajo de parto y parto complicado por sufrimiento fetal | 286 | - | - | 352 | - | - | 355 | - | - |
| 5.Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte | 135 | - | - | 383 | - | - | 318 | - | - |

| G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas) | 2015 | | | 2016 | | | Abril(2017) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Mas | Fem | Total | Mas | Fem | Total | Mas | Fem |
| 1. Obesidad | 25065 | 7049 | 18016 | 5774 | 1674 | 4100 | 4941 | 1629 | 3312 |
| 2. Hipertensión arterial | 12601 | 4073 | 8528 | 5952 | 1751 | 4201 | 4200 | 2983 | 1217 |
| 3. Diabetes Mellitus | 3878 | 1230 | 2675 | 1955 | 554 | 1401 | 1358 | 963 | 395 |
| 3. Dislipidemia | 2200 | 629 | 1571 | 1118 | 370 | 748 | 2000 | 680\| | 1320 |

| E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| 1. Tosferina | 0,022 | | | 0.133 | | | 0 | | |
| 2. Tétano | 0 | | | 0 | | | 0 | | |
| 3. Sarampión | 0 | | | 0 | | | 0 | | |
| 4. Rubeola | 0 | | | 0 | | | 0 | | |
| 5. Varicela | 25.138 | | | 20.344 | | | 17.904 | | |
| **F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles** | **2014** | | | **2015** | | | **2016** | | |
| | **Total** | **Masc** | **Fem** | **Total** | **Masc** | **Fem** | **Total** | **Masc** | **Fem** |
| 1. | * | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | |
| **I. Principales Problemas de salud emergentes y reemergentes.** | **2014** | | | **2015** | | | **2016** | | |
| | **Total** | **Masc** | **Fem** | **Total** | **Masc** | **Fem** | **Total** | **Masc** | **Fem** |
| 1. Dengue | 1.985 | | | 1.308 | | | 2.775 | | |
| 2. VIH | 2.855 | | | 2.686 | | | 3.920 | | |
| 3. Malaria | 0 | | | 0 | | | 0 | | |
| 4. Leptospirosis | 1.985 | | | 0 | | | 0 | | |
| 5. Influenza | 486,45 | | | 429,76 | | | 472.69 | | |

Con respecto a la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años, la tendencia es a la disminución de las inmunoprevenible, pero debemos estar alertas con algunas que amenazan con incrementar o difíciles de erradicar si no se toman medidas de prevención y se fortalece la promoción de la salud, como Sífilis congénita, VIH, Dengue, Zika y Chinkunguya.No se tienen registros de enfermedades inmunoprevenible no transmisibles

Entre las principales causas de morbilidad en los 13 Distritos de la provincia de Chiriquí, se encuentran entre las enfermedades infecciosas , la rinofaringitis y la gastroenteritis,ocupando las primeras causas , se observa también que las enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad son diagnósticos frecuentemente encontrados en los diversos Distritos, evidenciandose la nesecidad de promover estilos de vida saludable y fortalecer los programs de salud de Adulto.

Sobre Salud Ocupacional:

**DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD**
**DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE SALUD**
**INFORME DE RIESGOS PROFESIONALES**
**CONSOLIDADO 2017-2016 (enero a noviembre)**

**REGIÓN: CHIRIQUÍ**

| RIESGOS PROFESIONALES | | TOTAL | |
|---|---|---|---|
| | | 2017 | 2016 |
| TIPO DE ACCIDENTE | Total de Accidentes | 1280 | 592 |
| | Traumatismos | 754 | 321 |
| | Heridas Cortantes | 247 | 129 |
| | Quemaduras | 19 | 24 |
| | Otros | 260 | 122 |
| ENFERMEDAD PROFESIONAL | | 43 | 31 |
| TOTAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | 1323 | 623 |
| DÍAS DE INCAPACIDAD | Total | 10291 | 6758 |
| | Accidentes | 10166 | 6496 |
| | Enf. Profesional | 125 | 262 |
| INDICADOR | días de Incapacidad por Total de RP / N° de Riesgos Profesionales | 7.8 | 10.8 |
| | días de Incapacidad por Accidente / N° de Accidentes | 7.9 | 11.0 |
| | días de Incapacidad por Enf. Prof. / N° de Enf. Prof. | 2.9 | 8.5 |

No se conoce, no se han realizado estudios de percepción sobre sus condiciones de salud en la región de Chiriquí.

# FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

## LA VIGILANCIA SANITARIA

La vigilancia sanitaria considera aspectos como: Vigilancia sanitaria de los establecimientos de interés sanitario (hoteles, pensiones, prostíbulos, mercaditos, bodegas, fondas, ventas ambulantes, campo de juego, urbanizaciones, fábricas, talleres y otros) por Saneamiento ambiental, zoonosis y Protección de Alimentos, Control de desechos sólidos y líquidos (basura y aguas servidas), vigilancia Epidemiológica, control de Vectores, Sanidad Internacional,

Se debe vigilar patologías de notificación obligatoria estipuladas en el Decreto 1617, así como dar fiel cumplimiento a lo establecido en cuanto a vigilancia en el Reglamento Sanitario Internacional, con lo que compete a puertos de entrada, de igual forma se realiza una evaluación y análisis estadístico semanal a través del monitoreo semanal de problema de salud pública de notificación obligatoria, informe que se socializa por el departamento de Epidemiología cada martes a nivel Regional (Dirección Regional) y a nivel nacional (Epidemiología Nacional).

Con respecto a las fortalezas y debilidades para la vigilancia sanitaria a nivel regional, claramente se puede identificar lo siguiente:

**FORTALEZAS:** Personal con experiencia y comprometido, sistema de vigilancia y notificación, leyes que respaldan la actividad, continuidad de la vigilancia, apertura de turnos de vigilancia a partir del 2016.

**DEBILIDADES:** Personal con muchos años de servicio y escaso, lo que conlleva a tener múltiples actividades.

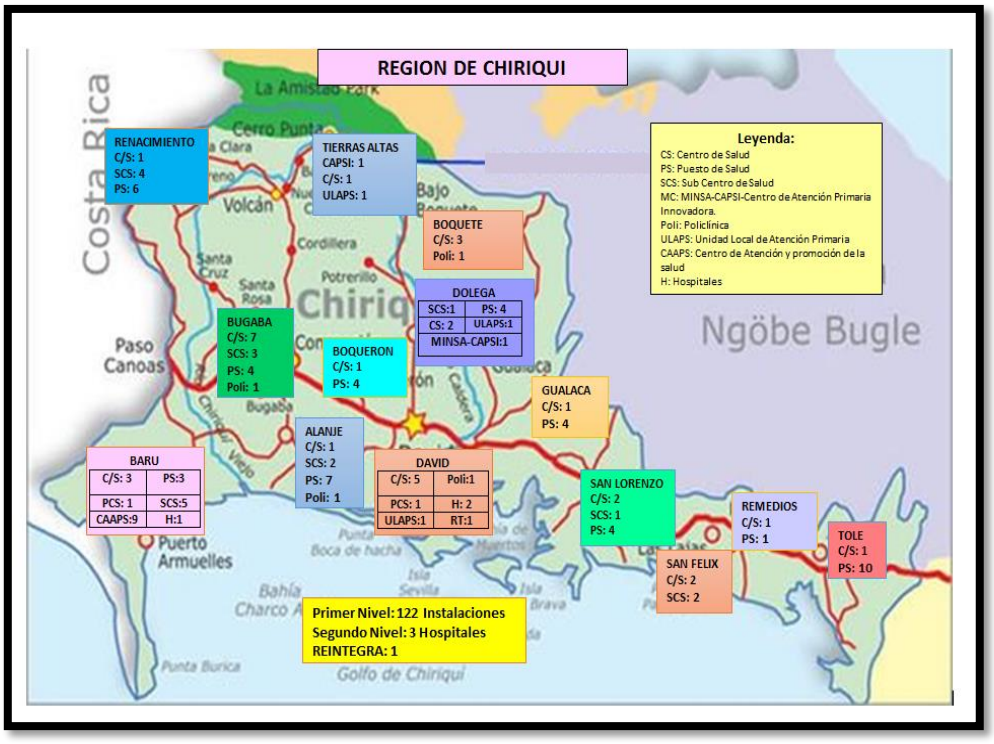
## ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

## COMPLEJIDAD DE LA RED

La región no cuenta con una red integrada e integral de servicios de salud. Pero con el advenimiento del censo de salud preventiva hemos logrado fortalecer la comunicación con la CSS, municipios, MEDUCA y otras instituciones, y se ha logrado un trabajo conjunto.
A nivel Nacional se están avalando el instrumento de evaluación para ver el porcentaje de avance para con una RIIS de cada región.

Caracterización de la complejidad de las instalaciones de la red pública regional de atención de salud (MINSA-CSS):

| Nivel de Atención | MINSA | CSS | TOTAL |
|---|---|---|---|
| Primer Nivel | -Puestos de Salud (54)<br>-Sub Centros de Salud (18)<br>-Centros de Salud (28)<br>-Centro de Salud Con Cama (2)<br>-Policentro de Salud (2)<br>-MINSA –CAPSI (2) | -CAPPS (9)<br>-ULAPS (3)<br>-Policlínicas (4) | 122 |
| Segundo Nivel | -Hospital Materno Infantil (1) | -Hospital Regional (1)<br>-Hospital de Area (1) | 3 |




Las siguientes son características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, además de sus horarios de atención.

MINSA:

- Los Puestos de Salud son instalaciones que no poseen tecnología, son atendidos por Asistentes de Salud, algunos son cubiertos por Giras Itinerantes de la Región.
- Subcentro de Salud son instalaciones que no cuentan con equipo tecnológicos, atendidos por Técnico de enfermería y/o Enfermera, también son cubiertos por Giras institucionales.
- Centros de Salud, ULAPS y CAPPS: médico, odontólogos, enfermeras, auxiliares o técnica de Enfermerías, farmacéuticos, Inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores.

- Policlínicas, Policentro y MINSA-CAPSIS: Médico, Enfermera, Auxiliar o Técnico de Enfermería, farmacéutico, Inspector de Saneamiento Ambiental y Vectores, Odontólogos, Especialistas de Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatras, Salud Mental y Laboratoristas, trabajador Social, Psicólogo. Cuentan con recursos como EKG, RX, Mamógrafo, ultrasonido, laboratorio. MINSA- CAPSI de volcán y Dolega cuentan con Colposcopio.

- Recurso Tecnológico:

  Actualmente El Policentro de la Barriada San José, Policentro de Puerto Armuelles, Centro de Salud de La estrella, San Mateo, San Cristóbal, Barrio Bolívar, Las Lajas MINSA CAPSI de Dolega y Volcán cuentan con el SEIS.

  El horario de atención regular es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Las siguientes son instalaciones tienen horario extendido y el horario de funcionamiento.

CSS: tiene horario extendido en la Policlínica Gustavo a Ros todos los días hasta las once de la noche y fines de semana de siete a once de la noche.

| EXTENSIÓN DE HORARIO MINSA CHIRIQUÍ | | |
|---|---|---|
| INSTALACIÓN | HORARIO REGULAR | HORARIO EXTENDIDO |
| Centro de Salud de Boquete y Policentro de la Barriada San José | Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m. | Lunes a Viernes de 3:00 p.m. a 11:00 p.m. Sábados, Domingos y día feriados de 7:00 a.m. A 3:00 p.m. |
| Centro de Salud de Río Sereno | Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m. | de Lunes a Domingo y días feriados de 3:00 p.m. a 11:00 p.m. |
| Capsi de Dolega y Centro de Salud de Tolé | Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m. | de Lunes a viernes de 3:00 p.m. a 7:00 p.m. Sábados, Domingo y días feriados de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. |
| Centro de Salud de Las Lomas | Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m. | Lunes a Viernes de 3:00 p.m. a 11:00 p.m. |
| Centro de Salud de San Lorenzo | Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m. | Lunes , Miercoles y Viernes de 3:00 p.m. a 11:00 p.m. |
| Centro de Salud de Aserrío | Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m. | Sábados y Domingos de 7:00 a.m. A 3:00 p.m. |
| MINSA CAPSI de Volcán | Lunes a Viernes de 7:00 a.m. A 3:00 p.m. | Lunes -Viernes de 3:00p.m. a 11:00 p.m. Sabádos , Domingo y feriados **24 H** |

La Provincia de Chiriquí en la parte Sanitaria, está sectorizadas en 4 grandes áreas sanitarias: Área de David comprende 4 Distrito que son: David, Gualaca, Boquete y Dolega. Área Sanitaria de Bugaba está comprende: La Sede del Distrito de Bugaba (Concepción); Distrito de Alanje, Boquerón, Renacimiento, Volcán (a partir 2019). Área Sanitaria del Oriente: Tolé, Remedios. San Félix y San Lorenzo. Área Sanitaria de Barú: La Sede de Puerto Armuelles, Bananera y Paso Canoas.
Para la parte de atención, el área de David utiliza una sectorización realizada hace 5 años tanto para la parte de saneamiento como para atención. El resto de los Distrito cada Centro de Salud es responsable de un área de responsabilidad basada en la sectorización política.

Se reunieron El equipo de trabajo de cada Distrito, incluyendo al de saneamiento tomando en cuenta la accesibilidad y población. (David)

Los profesionales en los establecimientos de salud se integran por diferentes departamentos, así tenemos personal dedicado a actividades educativas,
Curativas, promocionales, preventivas, personal de apoyo, personal administrativo.

El equipo básico de salud se compone por el médico, la enfermera, el técnico en enfermería, odontólogo, REGES y farmaceuta.
En la PMEFSS el equipo básico se compone de médico, técnico de enfermería1 y técnico en enfermería 2, educador para la salud y el conductor.

La población de responsabilidad de determinada instalación está determinada por la sectorización que se realizó, cada distrito esta sectorizado y a cada instalación le corresponde determinado sector.

En el caso de PMEFSS también se valen de la sectorización que está detallada en el reglamento operativo.

La cartera de servicio es según el nivel de atención y depende del tipo de Instalación sea: Puesto de Salud, Sub-Centro de Salud, Centro de salud básico, Centro de Salud con especialidades, Policentros, MINSA-CAPSI para el MINSA para MINSA, CAPPS. ULAPS, Policlínica para CSS. La OE tiene otra cartera de servicios básicas y los hospitales otra.

La cartera de servicio por Instalación ver: **ANEXO 2.**

Lo que evidencia la aplicación de protocolos de atención, existen normas y guías de atención para algunos programas como el materno infantil, niñez y adolescencia, salud mental y programa de adultos. En el año 2006 se realizó un intento por protocolizar más de cien enfermedades de las más prevalentes del adulto, sin embargo, en la actualidad esos protocolos no han sido revisados y están en desuso. Existe una gran variabilidad en la terapéutica. Los protocolos de atención se aplican estrictamente en programas muy verticales como tuberculosis y clínica anti retro viral.

El MINSA con la CSS, no se reúne de forma periódica para tomar decisiones en cuanto a salud, sino que hay reuniones e intercambio de información puntual como la comisión de muerte materna, PTMI, programa de VIH/SIDA, Tuberculosis, paliativa, PAI y epidemiología.

La red formal no tiene articulación con la informal. No existe una articulación formal entre ambas redes. Normalmente los profesionales que laboran en el sector público en la

región son los mismos que trabajan en el sector privado. Pero no hay intercambio de información solo PAI tiene intercambio de información y epidemiología.

Sin embargo, sí existe el sistema de referencia y contra referencia, se considera el flujo, y funciona bastante bien cuando se trata del sentido ascendente, es decir, desde el primer nivel hacia los niveles especializados, pero en muy contadas ocasiones las referencias son contestadas a los niveles de atención básicos. (contra referencia).

Cuando el paciente es referido a lo interno de la instalación presenta el SURCO debidamente llenado a la ventanilla de REGES y este lo deriva a la disciplina o departamento al que fue referido. Hay instalaciones en donde la comunicación es inmediata y el paciente se atiende simultáneamente, en otras ocasiones se le da cita posteriormente.

Cuando es entre instalaciones, el paciente se presenta a la ventanilla de REGES con el SURCO respectivo y se le atiende ese mismo día o se le da cita posterior. Cuando es en instalación de la CSS (policlínicas) el paciente.

Los pacientes son referidos por medio del llenado del SURCO entre el primer nivel, en donde tenga el servicio requerido. Del primer nivel de atención al segundo nivel también se procede al llenado del SURCO igualmente del segundo al tercer nivel.

El sistema no es efectivo ya que tiene varios nudos críticos, como por ejemplo que las subespecialidades de la CSS no aceptan SURCO proveniente del primer nivel, si no que estén derivados desde Medicina Interna. Otra de las dificultades es que el médico especialista no llena la contra referencia y no la deriva al nivel local donde fue emitida.

Una debilidad es que el nivel local no ayuda al paciente a tramitar su cita, ya que muchos de ellos son de reas lejana, de escasos recursos o analfabeta.

En la región de Chiriquí existe un centro de REINTEGRA, con todas las facilidades para esta población está localizado contiguo al nuevo Hospital José Domingo de Obaldía.

También se está fortaleciendo mediante la creación de la comisión regional de SURCO, integrada por funcionarios de la CSS, funcionarios de los Hospitales Regionales, MINSA y hospitales privados.

Se tiene planificado realizar supervisiones de monitoreo, evaluación de indicadores con posterior divulgación de los resultados. También un plan de capacitación a los funcionarios del Sistema.

**Cuadro No. 9**

**CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

| Sector Público | No. Centros x 1000 Hab. | No. Camas x 1000 Hab. |
|---|---|---|
| **Hospitales** | | |
| Alta complejidad | 2 | 711 |
| Mediana (especialidades básicas) | 1 | |
| Baja (medicina general) | 0 | |
| Total Hospitales | 3 | |
| **Centros Ambulatorios** | | |
| Centros con especialidades | 16 | |
| Centros de nivel primario con medicina general | 45 | |
| Centros de nivel primario con personal residente no profesional | 61 | |
| Total centros ambulatorios | 122 | |
| **Sector Privado** | | |
| **Hospitales** | | |
| Alta complejidad | 2 | 80 |
| Mediana (especialidades básicas) | 2 | 17 |
| Baja (medicina general) | 0 | |
| Total Hospitales | 4 | |
| **Centros Ambulatorios** | | |
| Centros con especialidades | 7 | |
| Centros de nivel primario con medicina general | x | |
| Centros de nivel primario con personal residente no profesional | | |
| Total Centros ambulatorios | | |
| Total Centros de Salud | | |

## BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

Los bolsones de personas vulnerables o desprotegidas son:

- Área bananera por su realidad socioeconómica,
- Asentamientos de grupos indígenas, en donde se suma a los determinantes de salud socio económicos los culturales, ubicados en el área de Chirigua en el distrito de Alanje, y
- Zonas urbanas del Distrito de David, en donde por razones socio económicas y de seguridad se pueden valorar como grupos sensibles (El Alba, Loma Colorada, Varital, etc.

Los riesgos más significativos de esta población son saneamiento del área de vivienda (deposición de desechos, manejo y deposición de excretas), agua para consumo humano (agua potable), condiciones de viviendas no adecuadas, mala alimentación que conlleva problemas de desnutrición y anemia, dificultad en el establecimiento de prioridades en el acceso a los servicios de salud de manera oportuna por barreras culturales en la población indígena.

Para este años 2017 hasta julio las coberturas fueron:

menores de 1 año son:
Polio/Hexavalente: 76%
Hexavalente/ Pentavalente: 76%
Influenza: 77%
Rotavirus: 80%

Para niños de 1-4 años:
Hepatitis A: 77%
MMR: 81%

VPH 1 dosis: 96%
2 dosis: 85%

***LOS RECURSOS HUMANOS***

Dentro de los principales cambios introducidos en la planificación y la gestión de los recursos humanos (por ejemplo en el reclutamiento, la asignación a puestos de trabajo, el número de trabajadores, los mecanismos de redistribución, el despido u otros) informamos que:

- El sistema de reclutamiento de recursos humano aun es de manera centralizada, se mandan las hojas de vida y la selección se realiza en Panamá.
- En la Región luego de la llegada del personal se evalúa los lugares con falta de ese personal, se especial atención a el área del Oriente Chiricano y Renacimiento.

Las parteras se capacitan mediante el manual de capacitación, se identifican quienes son, se les reúne y se les da la capacitación también se les provee de insumos necesarios. No se le da capacitación al resto de la red informal.

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

A nivel local se realiza un cronograma de capacitación, tanto docencias generales, como docencias de enfermería. Se procura dar en horas de la tarde para no interrumpir la atención. Se les da permiso a las instalaciones para trasladarse al lugar de la docencia.
A nivel Hospitalario tanto médicos internos como residentes tienen un plan de capacitación continua y permanente con actividades formativas y sumativas. A Nivel Regional se realizan capacitaciones de los diversos programas para dar a conocer y reforzar las normas o para informar sobre actualizaciones. Esto es para todas las instalaciones donde se envían circular y se alterna al personal a capacitar.
También se dan capacitaciones sobre normativas tanto a técnicos como administrativos.

El equipo de salud se reúne, todos los viernes se realizan reuniones con el equipo de salud para la toma de decisiones. Se trae a la mesa el tema a tratar, se discute y se toma la decisión.

Los costos de atención sanitaria son definidos a nivel Nacional y los convenios son realizados entre MINSA y CSS también a nivel Nacional.

No, las tarifas están por debajo del costo real. Estas tarifas datan de varios años y no se han actualizado.

Los costos estimados se utilizan en el proceso de compensación de costo pactado con la CSS (convenio o acuerdo con la CSS) y si, este es utilizado para la compensación de costos.

Existentes en la región entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud tanto universidades como institutos, podemos mencionar:

Universidad: UDELAS, Universidad Latina de Panamá, Columbus University, UNACHI.
Institutos: Instituto Nueva Visión, Instituto Nueva Luz, Instituto de Educción cooperativo CECOOPE.

Según las estadísticas de Recursos humanos de la CSS, MINSA y HJDO se cuenta en la provincia con 516 médicos especialistas comparado con 235 médicos generales, la tendencia ha sido la formación de especialistas, se ha subvalorado al médico General,

los egresados de las universidades vienen formados con un currículo enfocado al área hospitalaria y no a la atención primaria.

Para incorporar la parte de condiciones de empleo en las regiones, no existen estudios de tipo de empleo en salud, flexibilidad laboral y protección social de los trabajadores, distribución del empleo entre sectores públicos y privados.

En el sector público, desde el año 2016, se aprobó una nueva escala salarial para todo el gremio en salud, con aumento de los bonos y turnos. Esta medida mejora la situación laboral del todo el sector. Sin embargo, aún faltan otros acuerdos para mejorar los incentivos para aquellos que laboran en áreas alejadas y de difícil acceso. Para todo el gremio excepto el médico se aprobó el pago de sobresueldo por postgrados y maestrías a los que estén ejerciendo en su cargo lo estudiado. Para el gremio médico Médicos generales, especialistas, sus especialistas y aquellos con estudios de Maestría y Postgrados académicos, están en la misma escala Salarial. Para los administrativos reciben un aumento cada 3 años. Sin embargo, por estudios no hay sobresueldo.

En el área privada los salarios base de los técnicos son menores a los de la pública, el resto que cuentan con consultorios cobra por consultas y estos precios no tienen regulación. Para los administrativos depende del cargo que ejerza.

En el primer nivel de atención se encuentra funcionando el programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PMEFSS) Dentro de este programa, la UGSAF paga a Organizaciones Extra Institucionales (OE), que son empresas privadas, para que brinden paquetes básicos de salud en áreas de difícil acceso de la región. También se encuentran las unidades de hemodiálisis, y las Resonancia Magnéticas se realizan en hospitales privados de ser necesarios.

Una de las intervenciones que se realizan para mejorar el desempeño de la FESP, es introducir el POA de la Región en el sistema SIMEPLANS realizar el monitoreo. Así mismo utilizar y mantener al día los sistemas de Vigilancias como el SIVIG y el de Tuberculosis.

## Cuadro No.11

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

| Total de médicos | 2015 | | | | 2016 | | | | 2017 (sept) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | MINSA | CSS | HJDO | Total | MINSA | CSS | HJDO | Total | MINSA | CSS | HJDO |
| Generales | **246** | 106 | 101 | 39 | **245** | 102 | 105 | 38 | **235** | 107 | 96 | 32 |
| Pediatras | **34** | - | 13 | 21 | **47** | 11 | 12 | 24 | **49** | 13 | 12 | 24 |
| Psiquiátras | **9** | - | 5 | 4 | **9** | 1 | 5 | 3 | **12** | 1 | 8 | 3 |
| Cirujanos | **15** | - | 13 | 2 | **23** | 2 | 19 | 2 | **23** | 2 | 19 | 2 |
| Internistas | **29** | - | 18 | 11 | **25** | 3 | 20 | 2 | **27** | 3 | 22 | 2 |
| Familiares | **5** | - | 4 | 1 | **5** | 1 | 3 | 1 | **9** | 6 | 2 | 1 |
| Gineco Obstetras | **34** | - | 19 | 15 | **43** | 1 | 14 | 28 | **57** | 6 | 15 | 36 |
| Otras especialidades | **295** | 147 | 121 | 27 | **318** | 148 | 130 | 40 | **339** | 156 | 145 | 38 |
| No. Total De Enfermeras | **838** | 145 | 395 | 298 | **866** | 148 | 400 | 318 | **944** | 158 | 467 | 319 |
| No. De Odontólogos | **94** | 62 | 32 | 0 | **98** | 58 | 40 | 0 | **103** | 58 | 45 | 0 |
| Razón De Médicos Por 10,000 Habs. | **15.4** | x | x | x | **15.7** | x | x | x | **16.4** | x | x | x |
| Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Hab. | **22.68** | x | x | x | **19.07** | x | x | x | **20.6** | x | x | x |
| Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Hab. | **2.08** | x | x | x | **2.19** | x | x | x | **2.25** | x | x | x |
| Razón De Parteras (os) Por 10,000 Hab. | **2.61** | 118 | -- | --- | **2.2** | 100 | --- | -- | **1.94** | 89 | -- | -- |
| No. Total De Técnicos De Laboratorio | 58 | 8 | 23 | 27 | 64 | 14 | 23 | 27 | 94 | 32 | 29 | 33 |
| No. Total de Técnicos de Enfermería | 757 | 152 | 504 | 101 | 766 | 148 | 522 | 96 | 815 | 158 | 543 | 114 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. Total de Asistentes Dentales | 69 | 22 | 45 | 2 | 75 | 23 | 50 | 2 | 73 | 22 | 49 | 2 |
| No. Total de Cito tecnólogos | 6 | 0 | 5 | 1 | 8 | 0 | 5 | 3 | 8 | 0 | 5 | 3 |
| No. de Farmacéuticos | 83 | 17 | 60 | 6 | 83 | 17 | 59 | 7 | 102 | 19 | 75 | 8 |
| No. de Asistentes de Farmacia | 115 | 20 | 78 | 17 | 148 | 52 | 86 | 10 | 158 | 53 | 93 | 12 |
| No. de Educadores para la Salud | 13 | 13 | 0 | 0 | 13 | 13 | 0 | 0 | 15 | 15 | 0 | 0 |
| No. de Promotores de Salud | 23 | 23 | 0 | 0 | 22 | 22 | 0 | 0 | 22 | 22 | 0 | 0 |
| No. de Asistentes de Salud | 23 | 23 | 0 | 0 | 22 | 22 | 0 | 0 | 6 | 6 | 0 | 0 |
| No. de Inspectores de Saneamiento | 49 | 49 | 0 | 0 | 49 | 49 | 0 | 0 | 46 | 46 | 0 | 0 |
| No. de Inspectores antivectoriales | 57 | 57 | 0 | 0 | 53 | 53 | 0 | 0 | 60 | 60 | 0 | 0 |
| No. de Veterinarios | 15 | 15 | 0 | 0 | 14 | 14 | 0 | 0 | 14 | 14 | 0 | 0 |
| No. de Ingenieros y arquitectos | ND | 0 | 0 | ND | 3 | 3 | 0 | ND | 3 | 3 | 0 | |
| No. Graduandos de postgrado en salud pública | ND | ND | ND | ND | 6 | 6 | 0 | ND | 17 | 12 | 1 | 4 |
| No. de escuelas de Salud Pública | ND | ND | ND | ND | 1 | X | X | X | 1 | X | X | X |
| No. Univ. Con maestría en Salud Pública | ND | ND | ND | ND | 1 | X | X | X | 1 | X | X | X |

## Cuadro No.12
## Recursos Humanos En Las Instituciones De Salud
## Ultimo Año Disponible

| | Cargos 2017 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCION | Méd. Gen. | Méd. Esp | Enf | Odont | Téc. Enf. | Farmcet. | Otros trabajadores técnicos de salud | Personal Adm. | Lab. | Nutri. |
| MINSA | 107 | 187 | 158 | 58 | 158 | 19 | 393 | 565 | 32 | 7 |
| CONTRATO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 23 | 84 | 0 | 4 |
| PERMANENTE | 107 | 187 | 158 | 58 | 158 | 19 | 370 | 481 | 32 | 3 |
| RED FIJA | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 | 5 | 0 | 0 |
| RED ITENERANTE | 7 | 0 | 7 | 0 | 7 | 0 | 7 | 10 | 0 | 0 |
| CSS | 96 | 223 | 467 | 45 | 543 | 75 | 147 | 924 | 79 | 16 |
| HOSPITAL OBALDIA | 32 | 135 | 319 | 2 | 114 | 8 | 121 | 536 | 33 | 5 |
| TOTAL | 247 | 545 | 956 | 105 | 827 | 102 | 673 | 2040 | 144 | 28 |

## LOS INSUMOS SANITARIOS

Existen 39 farmacias funcionando, una comunitaria administrada por el HJDO y si se conoce la política de medicamentos de 2009.

Existe un listado Regional de medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio. No se cuenta con coordinación de imagenología.

- El cuadernillo de medicamentos cuenta con 279 renglones.
- El cuadernillo de médico-quirúrgico cuenta con 117 renglones.
- Odontología cuenta con 188 renglones.
- Renglones de insumos y reactivos de laboratorio: 179 renglones

En Farmacia y médico quirúrgico, se realiza de acuerdo con un cronograma de distribución bimensual.

Para laboratorio:
Si existe un cronograma de distribución de los insumos y materiales de laboratorio. Se han dividido en dos grupos, y cada dos meses reciben el pedido solicitado.

| GRUPO # 1 | | GRUPO # 2 | |
|---|---|---|---|
| C.S. DE LA BARRIADA SAN JOSÉ | FEBRERO<br>ABRIL<br>JUNIO<br>AGOSTO<br>OCTUBRE<br>DICIEMBRE | C.S. DE BOQUERÓN | ENERO<br>MARZO<br>MAYO<br>JULIO<br>SEPTIEMBRE<br>NOVIEMBRE |
| C.S. DE BARRIO BOLIVAR | | C.S. DE GUALACA | |
| PUERTO ARMUELLES | | C.S. DE SAN MATEO | |
| MINSA CAPSI DE DOLEGA | | MINSA CAPSI DE VOLCÁN | |
| C.S. DE RÍO SERENO | | | |
| C.S. DE SANTA MARTA | | | |
| C.S. DE TOLÉ | | | |
| C.S. EL TEJAR DE ALANJE | | | |

Se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios (medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología) en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos
No se han conformado los comités regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia

No existen y ni se aplican protocolos de tratamiento estandarizado para las patologías prevalentes en las instituciones

Se realizaron en el año 2006 en conjunto con el nivel nacional y las otras regiones la protocolización de las enfermedades más prevalentes del adulto, pero estos protocolos no han sido aplicados ni se han actualizado.

El 100% de las farmacias privadas cuentan con farmacéutico. El 50% en horario matutino y el 50% en horario vespertino. En horarios en los que no se encuentran farmacéuticos debe existir un asistente o técnico en farmacia

El 34% de las farmacias cuentan con farmacéutico. El profesional farmacéutico se concentra de 7 am a 3pm. Durante los períodos en que no hay farmacéutico las farmacias son atendidas con Asistentes de Farmacia.

MINSA cuenta con 18 farmacéuticos nombrados de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Número anual de donaciones de sangre:

| **AÑO** | **Unidades de sangre donadas Hospital José Domingo De Obaldía** |
|---|---|
| 2015 | 2280 |
| 2016 | 2426 |

En la región están funcionando 13 laboratorios clínicos, 1 de alimento. Existen dos laboratorios agua acreditados: MINSA, Universidad Autónoma de Chiriquí y Acuatec.

El laboratorio de referencia en nuestra Red de laboratorios es el de la Barriada San José. Se escogió este laboratorio por la complejidad de las pruebas que realiza, como Dengue, Hanta Virus y Chikungunya.

Las tarifas de los laboratorios y medicamentos son uniformes para los usuarios. Las mismas fueron establecidas en base al costo de las pruebas y al valor de la prueba en Hospitales de referencia como el Hospital José Domingo De Obaldía, Hospital Regional Rafael Hernández y el Hospital Del Niño. Así mismo para los medicamentos. Todas las muestras son referidas al Laboratorio de Citología del Hospital José Domingo De Obaldía.

La adquisición de medicamentos, insumos de odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología se priorizan dependiendo del inventario, consumo y el perfil epidemiológico de la población.

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

| INDICADOR | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|---|---|---|---|---|
| Gasto total en medicamentos por la CSS | 6,309,140.61 | 5,443,979.45 | 802,481.50 | 7,277,192.62 | 4,734,812.78 |
| Gasto total en medicamentos por MINSA | 60,929.77 | 271,879.34 | 717,416.59 | 407,960.24 | 97,968.51 |
| Gasto Per cápita en medicamentos | 6,370,070.38 | 5,715,858.79 | 1,519,898.09 | 7,685,159.86 | 4,832781.29 |
| Gasto total en laboratorio por la CSS | 6,794,813.62 | 3,967,966.06 | 5,735,653.94 | 6,060,315.26 | 3,314,274.03 |
| Gasto total en laboratorio por MINSA | 88,157.42 | 99,497.06 | 217,306.95 | 267,964.26 | 119,315.81 |
| Gasto Per cápita en laboratorio | 6,882,971.04 | 4,067,463.12 | 5,952,960.89 | 6,328,279.52 | 3,433,589.84 |
| Gasto total en médico quirúrgico por la CSS | 2,208,368.53 | 2,386,273.74 | 3,425,889.53 | 5,033,155.63 | 2,671,807.17 |
| Gasto total en médico quirúrgico por MINSA | | | | | |
| Gasto Per cápita en médico quirúrgico | | | | | |
| Gasto total en odontología por la CSS | | | | | |
| Gasto total en odontología por MINSA | | | 12,048.20 | 39,932.29 | 25,968.90 |
| Gasto Per cápita en odontología | | | | | |
| Gasto total en imagenología por la CSS | | | | | |
| Gasto total en imagenología por MINSA | | | | 9,908.20 | 1,570.76 |
| Gasto Per cápita en imagenología | | | | | |

### EQUIPOS Y TECNOLOGIA

El porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso, se conoce y se lleva una lista por instalación. Actualmente hay un 15% de equipos defectuosos. El porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil es de un 36% y aún siguen en uso.

Existe un listado de equipos para su reposición y fue entregado al Departamento de Provisión y Servicios de Salud de Panamá en enero del 2018 “Requerimiento de Equipos Médicos 2017” para el abastecimiento de la Región de Chiriquí. Se encuentran en proceso de Orden de Compra.

## FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

La mora quirúrgica es de dos meses aproximadamente, se maneja con lista de espera por servicio. En los servicios aún no han definido los tiempos de espera de este hospital por tipo de intervención quirúrgica. Se maneja una lista de espera de programación electiva. El mayor número de usuarios es espera por la atención demandada, se concentra en el servicio de oftalmología y cirugía general. No existe un registro de rechazo de pacientes

En el distrito David existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención. Este distrito cuenta, por un lado, con mayores recursos tanto en infraestructura como en recursos humanos para la salud, y por otro lado con mayor densidad de población es donde se registra la mayor demanda no satisfecha.

Con respecto a los mecanismos (redes sociales, presencial, centros de llamadas, otros) se utilizan para otorgar citas de medicina general y especializada, la CSS utiliza un centro de atención telefónica para conseguir las citas para atención. En el MINSA y Hospital De Obaldía se realizan por ventanilla. Para la atención de médicos generales y especialistas que tengan espacio en la agenda la atención es inmediata al sacar el cupo.

## HORARIO DE SERVICIOS

Los centros de salud ofertan servicios normalmente de siete de la mañana a tres de la tarde y existen centros con extensión de horario de tres de la tarde hasta las once de la noche. El MINSA CAPSI de Volcán ofrece servicio 24 horas. Los hospitales su consulta externa es de 7:00a.m. a 3:00P.m.; El servicio de urgencias y hospitalización es las veinticuatro horas del día todo el año, normalmente existe un sistema de TRIAGE o filtro en los cuartos de urgencias. Los hospitales privados también ofertan servicios las 24 horas del día.

No se han realizado encuestas de percepción para afirmar que la población está conforme con los horarios actuales. Los médicos que atienden la extensión de horario perciben que la población se siente cómoda con la extensión de horario ya que no está destinada solamente a urgencias sino también a atención en general y controles de salud.

Se ha realizado una propuesta de modificación de horarios, para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones para el MINSA CAPSI de Volcán desde junio de 2017, que se inició labores durante 24h. El resto de las instalaciones se mantiene con el mismo horario extendido, debido al poco presupuesto que existe para la realización de turnos.

Los servicios que se ofrecen en los horarios ampliados equivalen a la cartera de servicios en horarios regulares, ya que las extensiones de horarios no son destinadas solamente para atención de urgencias sino también para todas las otras actividades curativas, preventivas, promocionales y educativas. las limitantes encontradas son escaso recurso humano, ya que se atiende gran cantidad de población y en el horario extendido no el recurso humano que labora generalmente son 2 enfermeras y un médico general. se observa que la producción por personal es mayor el horario extendido que en el regular. otra limitante que se observa es la falta de ambulancias especialmente el área de David y Dolega, una sola ambulancia cubre Dolega, David.

## MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

La CSS periódicamente realiza encuestas de satisfacción del usuario. El MINSA a partir del mes de septiembre ha iniciado a realizar encuestas de satisfacción del abastecimiento de medicamentos en 6 centros de salud al azar cada mes y se

realizan 50 usuarios por centro de salud en conjunto con promoción de salud y provisión nacional. Por su laboratorio encuestas de satisfacción de flebotomía.

Todos los centros de salud del MINSA y de la CSS poseen buzones de sugerencias y centros de llamadas. El Ministerio de Salud monitorea diariamente todas las quejas de los usuarios que se producen desde cualquier parte de la región. 17% de los centros de salud se le hace encuesta de satisfacción de medicamentos.

Sí se consideran los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario para buscar los correctivos necesarios para brindar atención de calidad y mejorar la accesibilidad de servicios a los usuarios. Las auditorías sociales se realizan todos los años en el mes de diciembre. Principalmente en la estrategia de extensión de cobertura y FORIS. Estos resultados son consolidados en un informe, luego se presenta a nivel local, regional y nacional, de manera tal que es socializado.

En la región de Chiriquí, se está conformando la comisión regional liderizada por el departamento de provisión de salud y se estará trabajando en conjunto con la comisión de calidad. Sin embargo, no se lleva a cabo en los hospitales. Desconocemos el nivel de demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio

**CONTROL DE CALIDAD**

Todos los años se están realizando las auditorias de expedientes, se realizan en el MINSA, Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, evalúan el cumplimiento de los procesos y normas de los programas integrales de salud. A partir del año 2018 se migrará a realizar auditoría de los expedientes electrónicos.

El departamento de auditoría interna se encarga de realizar auditorías a los diferentes departamentos.

Programas de calidad, se han establecido por medio de encuestas ODC (Optimización del desempeño y calidad). Se evaluó e la clínica CLAM, el hospital Dionisio Arrocha y Centro de Salud de San Mateo, está pendiente en el Centro de Salud de las Lomas. Esto es realizado por la Comisión Regional de Calidad utilizando el formulario ODC, que nos provee el nivel Nacional. El observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando se conoce y se está utilizando de guía. También se han desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios en cuanto a la calidad de los equipos, en donde se nombró un personal de biomédico.

También con respecto al personal se realizan capacitaciones continuas de parte de los diferentes programas a Directores Médicos Distritales, Coordinadores de Programas y personal administrativos.

El laboratorio Regional contrata controles de calidad externos que se realizan anualmente para Química General, Química especial, Hematología, uroanálisis, parasitología y sífilis. Para VIH se preparan en la Región de Chiriquí y se le da cobertura a la Región de Comarca Ngäbe, Bocas del Toro y Veraguas.

Algunos centros se han beneficiado por proyectos de mejoramientos de infraestructura y con los MINSA CAPSI se ha mejorado la calidad de instalaciones.

En cuanto a la EEC y FORIS se realizan programas de supervisiones periódicas para el cumplimiento del reglamento operativo y las normas de los programas integrales de salud. Esta misma estrategia recibe una auditoría técnica externa coordinada por la UGSAF.

Existen instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación con el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos, como, por ejemplo, para la auditoria de expediente se utilizan los formularios respectivos; para las instalaciones de salud y Hospitales, se utiliza los formularios ODC; para ECC, se utilizan formulario de supervisión establecidos por la UGSAF. También existen establecidos los mecanismos específicos para la canalización de los reclamos y la adjudicación de quejas de los distintos actores del sector, como la denuncia directa a los directores médicos y administradores de la instalación, a través de llamadas al 311 y por medio de buzón de sugerencias.

## FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

La comunidad se organiza en grupos comunitarios como comités de salud, juntas de acueductos rurales, clubes cívicos, organizaciones religiosas, también es importante resaltar organizaciones comunitarias vinculadas a la gestión de gobierno como las juntas comunales y juntas locales. En el caso muy particular del comité de salud es un apoyo directo al desarrollo de la cartera de servicios de salud en las diferentes instalaciones de salud. La junta de agua es la encargada de la administración, funcionamiento y mantenimiento de los acueductos rurales y también están presentes en algunos residenciales urbanos, siendo esta organización comunitaria regulada por el MINSA, los grupos religiosos o eclesiásticos los hay de diferentes tendencias como son católicos y otras corrientes religiosas denominadas de la orden (cristiana). En los últimos años las cooperativas y las ferias han tomado un especial interés por el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En las comunidades más alejadas donde hay grupos itinerantes de salud existen los auditores sociales quienes son los que evalúan la cartera de servicios médicos desde la perspectiva comunitaria. Otro grupo comunitario importante es el club de padres de familia quienes apoyan las campañas de salud en los diferentes planteles escolares.

Existe un inventario de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud (Comités de Salud, Juntas de Agua, Iglesias, ONG´S, Clubes Cívicos, organizaciones de pacientes, Grupos Organizados de Trabajadores de Salud.
Hay 125 comités de salud, 500 juntas de agua, Grupo de la tercera edad, grupo de autoayuda (alcohólicos anónimos, dependencia química y otras adicciones) diversidad de iglesia tales como (católicas, Testigo de Jehová, adventistas, protestantes, metodistas, Evangélicos, cuadrangulares, Islamitas, budistas) Clubes cívicos (Club de Leones, Rotario, 20-30, Sor optimista, Cámara Junior. Organizaciones de Pacientes (Osteomizados, Los pacientes Renales, Diabéticos, Hipertensos; Discapacitados, Padres de niños con autismo, Padres de niños con Síndrome de Down, Pacientes con VIH, ANCEC, Asociación de amigos de los niños con leucemia y cáncer) Grupos de Trabajadores de la Salud: ANPATE, CONAGEPROTSA, COMENENAL, ANPATE, AFUSA Y REGES)

El comité de salud su principal función es de colaborar en las actividades de promoción y prevención de la Salud, y además realiza actividades menores de recaudación de dinero apoyando al Centro de Salud y pacientes.

La JAARS se encargan de administrar y darle mantenimiento a los acueductos rurales.
Los grupos comunitarios religiosos, tercera edad y de auto ayuda tienen una importancia en la prevención, acceso y rehabilitación del paciente, estos grupos generalmente los inicia el personal técnico y después logran autonomía, su papel más importante es lograr adherencia a los tratamientos médicos como también el efecto psicológico de acompañamiento al enfermo. Los clubes cívicos y organizaciones comunitarias ligadas a la gestión de gobierno específicamente autoridades locales aportan logística, mano de obra insumos y otros elementos importantes a la gestión de salud. Cabe destacar que siempre se ha creado sinergia con los diferentes grupos comunitarios con el fin de crear acceso directo a los servicios de salud.

Se ha realizado prospección a más de 100 organizaciones comunitaria en área rurales.

El sector informal de atención de la salud está compuesto por botánicos y personas que se hacen llamar espiritistas los cuales para ofrecer este tipo de servicio no tienen una idoneidad expedida también en este tipo de actividad se encuentran personas nacionales y extranjeras utilizan los diarios nacionales y emisoras locales para promocionar sus servicios, no hay un inventario real y se conoce muy poco del servicio que expiden a la población.

La medicina natural y remedios caseros se practican de manera personal en los domicilios de las personas practicada de acuerdo con la creencia de la persona que requiera la necesidad. En cuanto la protección de los conocimientos de la medicina tradicional indígenas está protegida por la ley 17 la cual regula los medicamentos herbarios, tradicionales. Es importante destacar que mediante esta ley hay un reconocimiento de los médicos tradicionales indígenas, costumbres, tradiciones, botánicos y parteras.
A continuación, describimos ciertas fortalezas y debilidades de estas organizaciones:

Debilidades: Insuficiente recurso humano dedicado al trabajo con las organizaciones (educadores para la salud y Trabajadores sociales). Falta de fondos ´para capacitaciones, falta de transporte para darle seguimiento a las acciones comunitaria, poca actitud del personal en la visión de Salud Pública ante la importancia de la participación social.

Fortalezas: Se cuenta con personal capacitado y sensibilizados. Contamos con las políticas de Salud que incentivan la participación social.

De acuerdo con los resultados de las auditorías sociales realizadas, con la participación de los representantes de las organizaciones comunitaria, de los grupos poblacionales beneficiarios del programa de extensión de cobertura en salud, la población percibe el mismo de forma satisfactoria, con entusiasmo y desean que se amplíen la cartera de servicios y que se continúe la atención forma ininterrumpida. lo sino la Red de Oportunidades y 120 /70

Desde la perspectiva del personal de salud y sociedad civil se requiere más control y seguimiento para estos programas y que haya mayor coordinación.

Existe el desconocimiento de la población sobre estas leyes y hay instalaciones como hospitales y la CSS, que no ofertan y no cumplen con estas disposiciones. Tenemos como debilidad de personal en las cajas y especialmente en la extensión de horario para realizar estas exoneraciones.

## FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

### ADECUACIONES DE LA OFERTA

La promoción de la salud y la prevención de los daños forman parte de la concepción moderna de los modelos de atención. Esto forma parte de los modelos, el sustento legal, se encuentra en la Política 9 de la Políticas de Salud 2015-2025, sin embargo, muchos profesionales no se encuentran sensibilizados o preparados en este enfoque. Se debe realizar más docencias, talleres inclusive incluirlo en los programas de posgrados de las universidades.

Es necesario que se conformen equipos básicos para que sean los responsables de un grupo poblacional y que se puedan realizar adecuadamente los controles. Actualmente estamos con un déficit de personal que no nos permite llevar adecuadamente los programas.

La atención a domicilio se realiza en el programa de paliativos principalmente y cuando hay una investigación epidemiológica, y vacunación de inasistentes; por falta de recurso humano, no se puede lograr enteramente en los otros programas. También se está llevando un programa Visión 20-20 de cirugías oftalmológicas en el Hospital Obaldía dos veces por semana. En cuanto a las JAPAS se están realizando alrededor de 3-4 Jornadas anuales en comunidades vulnerables.

Por otro lado, se lleva el Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimientos de los servicios de Salud con dos modalidades la Estrategia de extensión de coberturas (EEC) y la de Fortalecimiento de las redes integradas en salud (FORIS).

Sí se están utilizando principalmente Twitter para dar a conocer las labores realizadas en la Región. Además, se están instaurando nuevos servicios de estimulación temprana en diversas instalaciones, Se cuenta con un nuevo equipo de fototerapia para el tratamiento de Psoriasis, se cuenta con el servicio de espirometría y tele radiología. Se está fortaleciendo un programa de atención a la población migrante a zonas cafetaleras.

En cuanto al segundo Niveles está construyendo el nuevo hospital de Bugaba previsto para el 2018.

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. Se ha iniciado un programa para la población LGBT y para trabajadoras del sexo. El programa de Servicios Amigables a Adolescente, el de la Población Migrante, El programa de alimentación complementaria (PACO) para población indígena y Población privada de libertad.

También se realizan reuniones para la vigilancia de Transmisión vertical VIH y Sífilis, cuidados paliativos, suplementación con hierro, y ácido fólico. Clínica de cesación de tabaco, grupo de autoayuda fármaco dependencia. El seguro social ha implantado clínicas de heridas, clínica de diabetes con soporte de glucómetros a pacientes, la diálisis peritoneales y hemodiálisis y los equipos de SADI. Inclusión de personas con discapacidad para el ingreso al Programa Ángel Guardián.

A nivel Local, los servicios son planificados junto con el nivel regional y en algunas ocasiones con actores sociales como la comunidad organizada, comité de Salud y muchas veces es impulsada o colaboran los representantes de las comunidades.

Sin embargo, una de las debilidades es que la planificación sectorial no se hace en conjunto con otras entidades, cada Ministerio planifica de manera individual.

La Región trabaja mediante la División Política en Distritos y Corregimientos. Para efecto de la vigilancia Sanitaria en áreas Sanitarias. No se cuenta con división por área de responsabilidad.

La población desconoce la ley 68. Consideramos que falta más divulgación con los funcionarios. El consentimiento informado está en odontología y ginecología y en cirugías ambulatorias (JAPAS). Existe un cuestionamiento de que si ya existe una política definida de atención primaria para prevenir enfermedades que en el futuro van a ser permanentes y mucho más costosas. Existe la duda de que la persona o persona que en última instancia tiene que tomar las decisiones finales estén de acuerdo con los planteamientos que se hacen en esta reunión tan participativa. Esto implica dinero, una vez que se decida apoyar la salud, entonces destinar los fondos que sean necesarios. Se han realizado muchas reuniones como esta, se han propuesto muchas soluciones, pero a la hora que surge la parte financiera, hasta allí llega el debate.

El MINSA Región Chiriquí cuenta con las competencias en recurso humano. A nivel Regional, se les coordina capacitaciones de los programas con este enfoque, pero se necesita reforzar con un programa de educación continua al personal y que cuente con recursos financieros. No contamos con estadísticas ni información para conocer qué porcentaje de los trabajadores de salud reside en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora.

Con respecto a la Integralidad de las acciones biopsicosociales y si se utiliza este enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud y en el análisis de este enfoque, no existe un análisis de los diagnósticos psicosociales ni el porcentaje de deriva. Las historias clínicas en las auditorias muestran que este enfoque no se da en la región de manera sistemática ni contamos con instrumentos implantados para este enfoque.

**ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS**

La cartera de servicios fue evaluada y estandarizada según los niveles de atención y complejidad, se coordinó conjuntamente con Provisión de los servicios Nacional y Regional el departamento de planificación y los directores médicos de cada instalación de Salud. En cuanto a la Estrategia de extensión de cobertura la cartera de servicios y el reglamento operativo, se revisa cada año (UGSAF)

El modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental, no se ha implementado en el MINSA. Los centros de salud atienden a la población según la cartera de servicios. La CSS tiene una iniciativa de Médico de Cabecera.

Es necesario más capacitación y supervisión, establecer una sectorización y un listado de pacientes. Se requiere una sostenibilidad en los abastecimientos de Insumos.

Se requiere estrategias como la que se están implementando de extensión de horario de las instalaciones de la red primaria, para que no se sature los cuartos de urgencias con patologías que no son verdaderas urgencias. Se debe educar a los pacientes en el buen uso del cuarto de urgencias. Se debe tener una mejor articulación entre los sistemas de respuestas de urgencias (Cruz Roja, 911, Bomberos, MINSA y CSS) se debería colocar un solo lugar para que reposen y luego que sean enviadas, ya que las de 911 son insuficientes, de esta manera se optimiza el recurso. También se debe implementar el TRIAGE para identificar y clasificar las urgencias. Se debe activar y optimizar el sistema de SURCO, entre las instalaciones de primer nivel y los hospitales de referencia.

La CSS utiliza el TRIAGE en el cuarto de urgencias del Hospital Rafael Hernández los pacientes que son considerados verdes son referidos a la policlínica y e instalaciones del MINSA con extensión de horario. y también el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía. No contamos con instrumentos legales que lo establezcan, cada uno establece una cartera de servicio dependiendo de su complejidad y recurso.

**AMPLIACION DE COBERTURA**

Con respecto a la red por niveles de atención, se debe realizar una sectorización y establecer población de responsabilidad, para cada instalación de referencia y esta a su vez según la complejidad. Se establecer claramente cuáles son la cartera que se oferta según los niveles de todas instituciones CSS, MINSA y Estrategia de extensión de cobertura, trabajando de manera conjunta y con un buen sistema de SURCO.

Recomendamos que se debe realizar estudio de demanda insatisfecha en el horario regular, y según el crecimiento poblacional de los últimos años. Actualmente se hizo una coordinación con la CSS en donde se investigó la procedencia de los pacientes que acudían a las consultas del cuarto de urgencia que no fueron atendidos en horario normal. Y se procedió a realizar la extensión de horario en el área correspondiente esto se realizó para el área de David. En Boquete, San Lorenzo y Tolé se determinaron por la cantidad de población y la lejanía a instalaciones de

referencia y no existir otras alternativas de atención. Se debe implementar ambas mayor número de horas y días a la semana.
Las giras médicas deben de ser organizadas tomando en cuenta vulnerabilidad de la población, accesibilidad a la red fija, y debe ser cíclica para que tengan impacto. Deberían ser coordinadas junto con la CSS y grupos cívicos. Para las JAPAS se realiza análisis de las áreas que presentan un listado con más pacientes con paridad satisfecha, Debe tomarse en cuenta que la instalación sede de la gira cuente con las adecuaciones y requisitos para los a carros quirúrgicos. Participa el Equipo Local y Regional.

Cada Distrito debe contar con un Policentro o MINSA –CAPSI, que serviría como centro de referencia para ese Distrito. Así se da mayor respuesta a la comunidad. De requerir otro servicio se referiría al segundo Nivel de atención. Para ampliar la cobertura se debe incluir Ginecología, Psicología, Nutrición y Educador para la salud. Los servicios intermedios que se requerirían son: electrocardiograma, ultrasonidos ginecológicos, espirómetros, Laboratorio y Rayos X.

El equipo de salud debe estar sensibilizado en este aspecto y trabajar en equipo para identificar las oportunidades perdidas, y realizar la intervención de manera inmediata. Las giras integrales son una estrategia para búsqueda de oportunidades perdidas como inasistentes a los controles y vacunas. La OE realiza un informe inicial cuando inicia el año contractual. Después un informe administrativo, informe técnico que incluye informe de producción cuatrimestral y anual. Existen reuniones mensuales con las autoridades y los grupos de OE para coordinar acciones e intercambiar información sobre vacunas, PAP, y vigilancia epidemiológica. El nivel regional realiza supervisiones de rondas para ver el cumplimiento del reglamento operativo. Cada inicio de año contractual de gira la Región realiza una inducción para todos los grupos en cuanto a los programas y reglamento interno.

Con el Nivel privado hay intercambio de información sólo sobre vacunas y enfermedades de notificación obligatoria. Con la Caja se intercambia información de cobertura de vacunas, enfermedades notificables, Tuberculosis, VIH, cuidados paliativos, muerte materna y PTMI. No se cuenta con un sistema único de información único, CSS utiliza uno, MINSA utiliza el SIES y PAI además hemos iniciado el SEIS.

## Cuadro No.14

## COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

| | Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total) | Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud) | Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud | Porcentaje de personas cubierto por el sector privado | Porcentaje de personas sin cobertura |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodos** | | | | | |
| 2014 | 100 | 61 | 39% | ND | |
| 2015 | 100 | 68 | 32% | ND | |
| 2016 | 100 | 90 | 30% | ND | |
| **Género** | | | | | |
| Hombre | ND | | | | |
| Mujeres | ND | | | | |
| **Base Poblacional** | | | | | |
| Niños (menores de 1 años) | ND | | | | |
| Niños de 1 a 4 años | ND | | | | |
| Personas de 5 a 9 años | ND | | | | |
| Personas de 10 a 14 años | ND | | | | |
| Personas de 15 a 19 años | ND | | | | |
| Personas de 20 a 59 años | ND | | | | |
| personas de 60 a 64 años | ND | | | | |
| Adultos mayores (65 años y más) | ND | | | | |
| **Zonas Geográficas** | | | | | |
| Urbana | ND | | | | |
| Rural | ND | | | | |
| **Pertenencia Étnica** | | | | | |
| Blanco | ND | | | | |
| Indígenas | ND | | | | |
| Afrodescendientes | ND | | | | |
| Mestizo | ND | | | | |
| **Otros** | | | | | |

FUENTE(S):

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

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

### ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

**Cuadro No. 15**
**MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD**

| Funciones / Organizaciones | Rectoría | | Funcionamiento | Aseguramiento | Provisión |
|---|---|---|---|---|---|
| | Conducción | Regulación y Fiscalización | | | |
| Gobierno Central | No | No | No | No | No |
| Min. Salud | Si | Si | Si | Si | Si |
| Min. Justicia | No | No | No | No | No |
| Fuerzas Armadas | No | No | No | No | No |
| Otros | No | No | No | No | No |
| Instituciones de Seguro Social | Si | Si | Si | Si | Si |
| Gobierno regional (provincial) | No | No | No | No | No |
| Gobierno local (Distrito, Corregimiento) | No | No | No | No | NO |
| Aseguradoras privadas | No | No | No | Si | Si |
| Sin Lucro | No | No | No | Si | Si |
| Con lucro | No | No | No | Si | Si |
| Proveedores privados | Si | Si | Si | Si | Si |
| Sin lucro | Si | Si | Si | Si | Si |
| Con lucro | Si | Si | Si | Si | Si |

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

En la región de Chiriquí, se ejerce la rectoría y si se cumplen y vigilan las FESP, las de conducción y las de armonización de la provisión de los servicios de salud. Para asegurar esto, se realizan las siguientes acciones:

a. **Conducción**: Primeramente, divulgación de las Políticas de Salud en este mismo sector, luego a las autoridad en los el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal.
   Fomentando la participación comunitaria, organizando y capacitando Juntas de Agua, Comités de Salud, Grupos de la tercera edad, Auditores Sociales.
   Realizando coordinación intersectorial para realizar y actualizar los Análisis de situación de Salud y estrategias para el beneficio de la comunidad como el EGI_DENGUE, censo se Salud preventiva, Atención a los caminantes en la Zafra de Café.
   Participando en reuniones y formando parte de Redes como INAMU, COPPAMI. Se reúne regularmente la Comisión Técnica Sectorial Binacional de Salud (CTBS-S) entre Panamá y Costa Rica para garantizar la salud del área fronteriza.
b. **Regulación:** La Región ejerce esta función velando por que se cumplan con la normativa del código Sanitario Internacional y todas las normas de los sitios de interés Sanitario. En las reuniones de CTBS-S, se tratan temas para la vigilancia sanitaria de ambos países y se buscan estrategias para armonizar las normativas de ambos países.
   Vigilancia y supervisión de las farmacias y casa farmacéuticas.

c. **Armonización de la provisión**: Se realizan supervisiones programa de extensión de cobertura en su modalidad de Organización extrainstitucional y la red fija, garantizando la cobertura a comunidades alejadas o vulnerables. Se garantiza la calidad de la atención por medio de auditoria de expedientes y encuestas de calidad a las instalaciones de Salud y Hospitales, y a la extensión de cobertura por medio de auditoria sociales.
d. **Cumplimiento de las FESP**: Se enfoca principalmente en la Vigilancia de la Salud, por el Departamento de Salud Pública y la sección de Epidemiología por medio de la vigilancia Sanitaria por las unidades de Zoonosis, Protección de Alimentos, Saneamiento ambiental y vectores.
    - Vigilancia de Enfermedades notificables, estudio de brotes. Llenando la base SIGVIG.
    - Seguimiento de tendencias, evaluación y análisis de la situación: Se realizó el ASIS 2014, y este año 2017 hemos hecho la actualización.
    - Se estudia el perfil epidemiológico por parte de diferentes departamentos y coordinaciones junto con la Dirección médica.
    - Promoción de la Salud y participación ciudadana: El departamento de Promoción de la Salud realiza planes de promoción de la salud tomando en cuenta la participación de comités de salud y ligas, se forman comités de Salud y Juntas de Aguas en coordinación con asesoría legal y Departamento de Agua potable.
    - La Gestión y planificación: El departamento de Planificación en conjunto con Departamento de Administración y finanzas y la sección de presupuesto y Recurso humano, se realiza mediante POA de las instalaciones y de la Región, se utiliza para el anteproyecto de presupuesto y Recurso humano. SE le da seguimiento al POA mediante la herramienta SIMEPLANS
    - FESP 6: Se vigila el cumplimiento del cumplimiento del RSI y normas sanitarias.
    - FESP 7: Se les da seguimiento a las leyes de gratuidad, se han realizado extensión de horarios hasta las 11pm en algunas instalaciones y 24h el MINSACAPSI de Volcán. Se hacen supervisiones a las FORIS y OE.
    - FESP 8: Se realiza educación y capacitación al personal de salud, actualización en los programas.
    - FESP 9: Se realizan auditorias de expedientes y encuesta de calidad.
    - FESP 10: Se ha participado en investigaciones del Nivel Nacional como la GATS, Gasto de bolsillos entre otros. A nivel Regional no se han hecho investigaciones.
    - FESP 11: Se cuenta con un plan de contingencia en Desastres.

Cada institución conoce misión, visión, su organigrama y funciones de las unidades ejecutoras. Se tienen siete departamentos con secciones bajo sus cargos, que consideramos son suficientes para el manejo de la región, sin embargo, hay secciones que no la respetan en la práctica y crean confusiones jerárquicas. Esto dificulta el funcionamiento efectivo del trabajo en equipo. Los directores distritales y locales muchas veces desconocen intervenciones que algunas secciones realizan en su área de responsabilidad. Se requiere definir en el organigrama algunos programas que existen pero no se detalla a que departamento responde como Visión 20-20, oficina de Discapacidad y Atención a la población migrante y población indígena.

Tenemos la firme convicción que aquí en Chiriquí, el sistema regional y distrital funciona. Sin embargo, debe descentralizar los recursos y realizar una sectorización para cada instalación. Respecto al avance en el proceso de descentralización, se ha avanzado muy poco o nada. No existe o puede haber descentralización efectiva en tanto no exista en el ámbito presupuestario y financiero que lo acompañe. Los niveles regionales dependen de las inversiones y las compras del nivel nacional. No existe un presupuesto asignado por área o distrito sanitario lo cual dificulta, y hace lenta la gestión.

El Rol del patronato en caso de Chiriquí del Hospital José Domingo de Obaldía, como lo establece la Ley 12 de enero de 2001, es de administrar, conservar y proteger las instalaciones del complejo hospitalario José Domingo De Obaldía y ofrece en este hospital los servicios de salud preventiva y curativa, rehabilitación, docencia e investigación. Se vincula con el Nivel Nacional del cual recibe parte de su presupuesto y además debe cumplir con las Normas Sanitarias que estipula el MINSA.

El Minsa Regional forma parte del Patronato e interviene en la toma de decisiones.

La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios ya que es una función de la Autoridad Sanitaria.
Debe contemplar la sección ambiental, provisión de servicios a la población a y a los aspectos administrativos. Consideramos que la estructura como está actualmente es adecuada. Se cuenta con el reglamento interno. Hay responsabilidad de aplicarlo por parte de los directores y administradores locales. También se cuenta con el apoyo de recursos humanos y de asesoría legal. Se aplica en el proceso de inducción y cuando hay que responder a las fallas.

Con respecto a la coordinación con la CSS, se da en actividades de vigilancia epidemiológica, en el programa de paliativos, en la coordinación del programa de VIH/SIDA y para la coordinación de los censos de salud preventiva. Sin embargo, para otra información estadística hay mucha burocracia en la CSS se requiere pedir autorización a nivel nacional. Consideramos que la autorización debería ser a nivel regional y oportuna ya que el MINSA como autoridad rectora requiere de ambas informaciones para evaluar la cobertura real de los programas.

Entre las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional, detallamos a continuación:

Fortalezas: Existe personal técnico capacitado y comprometido con la salud de la población además de alta sensibilización por atender personas no aseguradas y de escaso recurso.
Debilidades: El personal administrativo es vulnerable a los cambios políticos. Los cargos de jefatura son políticos, no hay incentivos para directores de distritos ni coordinadores. Otra debilidad es el sistema de salud segmentado que no permite ver la salud global de la población.

Consideramos que el modelo de gestión no ha cambiado en la región. El presupuesto centralizado y dependiente de las decisiones del MEF y la asamblea a pesar de la construcción del anteproyecto de presupuesto regional de acuerdo con las necesidades reales.

Las políticas de salud sí responden a las necesidades regionales ya que cada uno de los ejes fortalecen la rectoría y la vigilancia de las FESP. La planificación operativa y presupuestaria también guardan relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción, ya que al formular los Planes operativos se utilizan las políticas actuales 2016-2025 y cada actividad realizada corresponde a una línea de acción, a una política ya su respectivo eje. Además de contar con el componente de programación financiera.

Los POA son registrados en el SIMEPLANS como herramienta de monitoreo y evaluación a partir del año 2017 por cada uno de los departamento y coordinaciones. Los monitoreos se realizan de forma trimestral. El planificador, los coordinadores Regionales, el director y subdirector regional lo monitorean. Todos tienen una clave de acceso a la herramienta.

El sector salud se encuentra altamente burocratizado. Las principales decisiones, tanto en la CSS como en el MINSA se toman desde el nivel central. Pudiera ser sensato examinar las experiencias de otros pises que han descentralizado totalmente sus sistemas sanitarios, convirtiéndolos en autónomos por regiones, con presupuestos propios.

Las decisiones son tomadas por la dirección regional y el departamento de administración, recursos humanos y asesoría legal. También se toma en cuenta las opiniones de los coordinadores y jefes de departamento según sea el caso. Las decisiones se toman en base a varios criterios: El presupuesto asignado, el perfil epidemiológico de la región y son prioritarios los eventos de salud pública. También se toman en cuenta solicitudes de los gobernantes y de la sociedad civil en determinados casos.

Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios las realiza el departamento de provisión de la Caja de seguro social en la CSS. El Departamento de Provisión del MINSA supervisa la provisión de los servicios en las Instalaciones del MINSA y de la FORIS y de la Organizaciones extrainstitucionales. A nivel privado MINSA no supervisa.

La Dirección Médica en conjunto con el Departamento de Planificación y provisión de los servicios son las instancias responsables de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región. La realizan por medio del monitorea del POA que responden a las políticas.

Alrededor de 14 de las 35 (40%) cuentan con tecnología informática de soporte al sistema de información, acceso a servicio de internet, al menos para la gestión administrativa, de personal, para la sistematización de los inventarios y para el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, ya que cuentan con el SEIS, para la atención médica. Para los inventarios aún se realiza de manera Manual.

Las instalaciones que cuentan con tecnología para la Gestión -Administrativa son: el Hospital Obaldía, Hospital Dionicio Arrocha, Hospital Regional Rafael Hernández, La Sede Regional de CSS y MINSA.
Para la gestión clínica: Hospital Obaldía, Hospital Dionicio Arrocha, Hospital Regional Rafael Hernández.
CSS: La Policlínica Gustavo a Ross, La Policlínica de Bugaba, de Boquete y nuevo vedado.

MINSA: Policentro de Puerto Armuelles., MINSA CAPSI de Volcán y Dolega, Centros de Salud: de Alanje, de San Mateo, Las Lomas, Barrio Bolívar, la Barriada San José, San Cristóbal, Las Lajas, San Félix y Boquete.

En los hospitales se usa las estadísticas para construir y evaluar los indicadores hospitalarios. Se reúnen cada mes para evaluar el desempeño. En Boquete, Río Sereno, Tolé, Barriada San José, Gualaca y Volcán se cuenta con espirómetro y EKG. La debilidad es que no se cuenta con un personal exclusivo que lo maneje.

## FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

### PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

Con respecto a la actualización del análisis de situación de salud:

**CSS:** Se evalúan informes de gestión de las áreas programáticas: Promoción de la salud, situación hospitalaria. Médico quirúrgico, urgencias Consulta externa y Ejecución Presupuestaria de todas las unidades ejecutoras, cada una y luego un consolidado. Su periodicidad es: mensual, trimestral y anual. Participan todos los directores, administradores, planificadores y coordinadores de programas. La toma de decisiones a nivel local se ve afectada por directrices del nivel central, aunque existe cierto nivel de toma de decisiones regionales establecidas en los planes locales. Financieramente se requiere la aprobación central.

**MINSA**: Análisis anual por distrito y región del diagnóstico de salud. Se realiza el diagnóstico anual por los Directores Distritales y cada Coordinador de Programa. Generalmente estos análisis se hacen por separado y la información es referida al nivel regional o central a solicitud. El ASIS en forma escrita y consolidada cada 5 años.
Hospital José Domingo de Obaldía: Se lleva un modelo de gestión estratégica. Incluye un diagnóstico anual y un plan estratégico quinquenal. Participan los jefes de departamento, divisiones, y Dirección Médica General. La planificación regional es participativa.

En la CSS participan las unidades ejecutoras y los coordinadores. Se efectúan un plan operativo anual.

En el HJDO se realiza un plan estratégico quinquenal y POA, Participan los jefes de departamento, divisiones, y Dirección Médica General.

MINSA: Se realiza de manera anual. Cada Instalación realiza su POA y departamento Regionales la utilizan para realizar su POA Regional, luego se consolida y se utiliza para la realización del anteproyecto de presupuesto. Ahora con la herramienta SIMEPLAN cada departamento introduce su POA, este se consolida de manera automática y cada departamento lo monitoriza. También existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS y se facilitan mediante la anuencia de ambos directores regionales. Hay una programación local conjunta MINSA-CSS y se realiza sobre una base de un programa de trabajo que involucra principalmente reuniones.

Se programan las de reuniones de muerte materna, comisión para la prevención de la transmisión materno infantil de VIH y SIFILIS, en el programa de cuidados paliativos, para la programación de vacunas. También existe programación conjunta entre las unidades de docencia para la rotación por los hospitales y unidades locales de enfermería, Médicos para el internado y residencias. También se realizan programación para los censos de salud preventiva.

HMIJDDO:
La población participa representada en el Patronato. Corresponde a Clubes cívicos y Cámara de comercio. Su participación se da en el momento de la validación o aprobación del Plan. Para la CSS y el MINSA la población no participa en la planificación. En el caso del Patronato del Hospital José Domingo de Obaldía la reunión es convocada por el presidente de este.

El proceso de evaluación de las metas establecidas, existiendo indicadores de evaluación de insumos, proceso y resultados, se dan de la siguiente manera:

En CSS:
Existen indicadores de gestión de los procesos anteriormente mencionados, contenidos en el plan, en un documento que se llama: Informe de Gestión (mensual, trimestral y anual). Existe la implementación del SIS que cuenta con un módulo de resultados Quickly View cualquier administrador tiene acceso a la información disponible a través de Presupuesto y Finanzas.

En MINSA
A través del SIMEPLANS se realiza el monitoreo del POA Regional de manera trimestral y anual en donde se muestran los indicadores de resultados para las actividades. Esta evaluación es realizada por la dirección regional en conjunto con planificación y los coordinadores.

Hospital Obaldía
Se evalúan las metas anualmente. También los indicadores establecidos en el plan estratégico y operativo y a nivel presupuestario.
La evaluación es realizada por Planificación, Dirección General, Patronato, Comité de Gestión y dependiendo del tipo de análisis se convoca a los actores relacionados. No hay un análisis general presentado a todas las áreas. La información está disponible.

Con respecto a la existencia de los planes estratégicos quinquenales, los planes operativos anuales, están definidas las estrategias y ruta crítica

En el MINSA: Hay Planes Operativos Anuales y plan quinquenal de proyecto. En CSS: Planes operativos. En HJDDO: Estratégico quinquenal y operativos anuales. Sí tienen estrategias y rutas críticas definidas por el nivel central. En CSS: los planes vienen prediseñados desde el nivel Central. En el MINSA: los POA se realizan con base en el plan nacional y aportan lo correspondiente al análisis regional y local, y en HMIJDDO si vienen prediseñados. Todos los planes incluyen a otras entidades o sectores de la región. HMIJDDO: Entidades formadoras de recurso humano nacional e internacional a través de convenios; CSS, MINSA regional, Hogares y auspicios, MIDES, Hospitales privados y públicos. MEDUCA, MINISTERIO PUBLICO.

CSS: MINSA con los programas oficiales. Entidades encargadas de la formación de recursos humanos. Hospitales privados.

MINSA: CSS, MIDES, ONG, INAMU, Hospitales Cooperativos, Hospitales Privados, MEDUCA, MINISTERIO PUBLICO. Universidades Públicas y Privadas, SENIAF.

En la región, también se conoce el sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento.

Con respecto a los avances en la implementación Sistema de Administración Logística (SIAL), se utiliza para el control de existencia y consumo por los departamentos de farmacia, odontología y laboratorio.

## PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

Los presupuestos de funcionamiento se realizan de manera planificadas con objetivos definidos y siguiendo las políticas de salud por medio de POA regional y además se calcula le presupuesto con respecto a la producción por servicios del

año pasado para asignar presupuesto a cada instalación, por tanto, tiene un componente de planificación, pero también es histórico.

Principales componentes o grupos del presupuesto de funcionamiento:

**Servicios personales:**

- renglón 040- sobretiempo y pago de la contribución social

**Servicios no personales:**

- Servicios básicos y mantenimiento y reparación de edificios y equipos.

**Materiales y suministros en donde se concentra la mayor parte del presupuesto**

- Partidas de Insumo sanitarios

**Máquinas y Equipos**

**Transferencias**

Acerca de la proporción del presupuesto asignada a la atención de la población y las funciones de salud pública y del ambiente, para el 2017, el 49% del presupuesto total ha sido para atención a la población y 5% para la FESP.

El nivel de responsabilidad de los directivos de instalaciones en el proceso de elaboración y seguimiento de presupuestos, rendición de cuentas por resultados de servicios según indicadores cualitativos y cuantitativos de actividades y de calidad, es como corresponde:

CSS: 100% directores médicos y administradores
MINSA. Compartida director médico, presupuesto, REGES, administración.
HJDO: director, presupuesto y administración

El reactivar los convenios de gestión no es una alternativa para la elaboración de presupuesto a nivel regional. Se debe definir los costos unitarios por centros de producción antes de establecer convenios de gestión que se utilice como insumo para el anteproyecto de presupuesto.

MINSA, HMIJDDO y CSS han realizado aproximaciones de costo unitario, pero se utilizan otras herramientas que se definen por el nivel nacional, sobre todo para el sistema de compensación entre MINSA y CSS.

Se están introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud. En el HJDO no, en el MINSA tampoco, sin embargo

la CSS a nivel de atención primaria firmados por los directores médicos de todas las unidades.

El presupuesto para Salud Pública se ha aumentado de 195,332 en 2016 a 227,820 en 2017, se han instaurado turnos para la vigilancia de puertos de entradas y aeropuertos, también se mantiene los turnos para la Zafra de Café en Paso Canoas y Renacimiento, así como de vigilancia sanitaria por DEPA, Saneamiento Ambiental y Zoonosis.

## INCENTIVOS

Se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud. Se describe el análisis de su desarrollo así:

HMIJDDO: Bono de Productividad/Desempeño (Médico, Técnico y Administrativo). En el MINSA: Bono de productividad / Desempeño. En la CSS: Prima de Productividad con base en tareas extraordinarias. Bono de Productividad/ Desempeño
En Chiriquí, no se consideran que la evaluación para obtener el bono responde a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales de salud. Explicamos a continuación:

**HMIJDDO**:
No se ha implementado un instrumento objetivo y adecuado para evaluar el desempeño del profesional médico. Enfermería cuenta con un instrumento, normado para el gremio, de evaluación de desempeño. El instrumento para evaluar el personal administrativo no es el de carrera administrativa y existe el de los bonos y el elaborado en el Hospital.

**MINSA:**
Enfermería cuenta con un instrumento, normado para el gremio, de evaluación de desempeño.
El instrumento implementado a nivel nacional para los gremios y administrativos del MINSA

**CSS:**
Tienen 4 instrumentos de evaluación de desempeño: Médicos, Técnicos y administrativos además del normado para Enfermería. Son instrumentos muy subjetivos y no evalúan todos los elementos de desempeño. Hay instrumentos diferentes que se aplican a los médicos residentes e internos. HMIJDDO, MINSA y CSS utilizan los instrumentos de evaluación aprobados por CONAGREPROTSA. Este instrumento es utilizado tanto para Administrativos como para técnicos. No se aplican incentivos económicos por antigüedad, salvo los incrementos de la escala salarial gremial que no se considera un incentivo. La productividad solo a través del bono de fin de año.

CSS implementó un sistema de incentivo anual Labor a la Excelencia 212 Grados, por Trabajo de Investigación, Labor Extraordinaria, entre otros, que incentivaba al personal por su relevancia. Incluía a todo el personal.

Actualmente el bono de productividad tiene parámetros generales y todos los funcionarios que cumplan con estos requisitos mínimos obtiene el bono. Consideramos que debe haber otros incentivos ligados a logros en programas o coberturas, y estos incentivos deben ir de la mano de una valoración objetiva.
Se propone incrementar incentivos de apoyo para investigación, becas de estudio, licencias con sueldo para estudios relacionados con el área de trabajo.
También se deben considerar incentivos a aquellos profesionales que laboran en áreas alejadas de la ciudad capital, no sólo de manera monetaria, sino que se podría brindar servicios básicos de manera gratuita, transporte gratuito y hospedaje para los que lo requieran.

Esta intervención es costo efectiva, ya que la Meritocracia incentivaba a los funcionarios, logra un compromiso mayor del recurso humano motivado, y por ende un mejor servicio a la comunidad.

## SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

Las especificaciones técnicas por insumo sanitario, se determina por medio de Criterio técnico, Ficha técnica, Registro sanitario y la evidencia científica del beneficio del insumo. Las determina el técnico idóneo que maneja el insumo ya sea de laboratorio, farmacia, odontología y médico quirúrgico, los equipos biomédicos determinan la Ingeniera biomédica de la Región. Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios y se describe a continuación:

HMIJDDO: Se realiza a través de un software (SIHOGA) compuesto por diversos módulos y niveles de privilegio de usuario, que relaciona existencias, precios, proveedores y almacenes.
Funciona en la red interna del Hospital y permite el monitoreo por parte de los directivos.
MINSA: Se utiliza un Kardex para los insumos sanitarios, también se utiliza una plantilla de Excel, que incluye el consumo mensual, el inventario y para la existencia por instalación y en el almacén regional.
Esta plantilla la decidió el nivel Nacional la dirección de medicamentos e insumos sanitarios, la sección de logística.

El proceso de compras en términos de la competencia se lleva a cabo por medio del Sistema de Panamá Compras. A través de la Ley 22 de contrataciones públicas.

Limitaciones la introducción del sistema ISTMO sin previa capacitación del recurso humano. El sistema no estaba acorde en todos los términos y manejos del MINSA. El convenio marco es otra limitante ya que muchas veces la mercancía no es de calidad. Es frecuente encontrarse con actos desiertos por incumplimiento de requisitos establecidos por la norma. Los proveedores incumplen con la entrega del insumo y las multas son insignificantes. Estos procesos podrían mejorarse disminuyendo la burocracia del proceso, disminuyendo los tiempos de publicación, actos públicos, tiempo de recepción de la declaración y que estas licitaciones se lleven a cabo a nivel regional y no nacional. Es importante aclarar que la región no tiene competencia de compras conjuntas a través de los organismos internacionales. Acerca de la evaluación de los proveedores la ley de contrataciones públicas determina la forma para multar a los proveedores por incumplimiento en la entrega del bien o servicio los rangos oscilan desde 1% para compras menores, 3% para actos público y 4% para convenio marco.

Para efecto de sanciones, se notifica al proveedor a través de un proceso donde como primera sanción, se hace un llamado de atención, después conlleva una sanción de 3 meses y de incurrir en la falta, se hace una sanción definitiva por el tribunal administrativo de contrataciones públicas.

Existen comisiones evaluadoras para cada uno de los 5 grupos de suministros sanitarios y está constituida por personal idóneo conocedor de un bien o servicio solicitado para recomendar la adjudicación de un acto público, previa corroboración de todo los solicitado en el pliego de cargo.

Los acuerdos de pago a los proveedores que se hace para todas las fuentes de financiamiento se establecen en la orden de compra con la condición de pago en un término de 30 días hábiles a través de crédito. (Esto se debe a la entrada en vigencia del ISTMO para ambos fondos).

Dentro de los mecanismos establecidos para controlar pérdidas y fraudes, la empresa debe solicitar formalmente la destrucción de los productos ante la Dirección Nacional de Farmacia y Droga (Departamento de Auditoria de calidad a establecimientos Farmacéuticos), detallando los motivos de la destrucción descrito por la empresa fabricante, composición química de cada producto y nombre de la empresa que realizara el proceso de destruición. para tal efecto la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas elaborara en formato electrónico el documento destinado para esta finalidad y en el mismo se detallarán los siguientes aspectos:

- Listado completo de los productos a destruir.
- Cantidades de cada insumo.
- Precios Unitarios
- Precios Globales
- Fechas de expiración

- Motivos para su disposición final
- Copia de la factura de importación
- Peso total de los productos a descartar en Kg.

Una vez completado el documento, el solicitante lo entregara a la dirección de Farmacia y Drogas en formato escrito con dos juegos de copias.

Adjuntar a la documentación anterior mencionada, el original con sello fresco de recibido, de la comunicación a la contraloría general de la Nación y la sección, oficina, o departamento auditorio interna de la empresa o institución (Caja de Seguro Social y MINSA), sobre la intención de efectuar la destrucción de los productos no aptos para el uso y consumo humano.

En el caso de nuestra Región los mecanismos no son efectivos ya que la empresa cotizante ofrece el servicio por un alto costo que la región no ha podido afrontar. Se mejoraría con la instalación de un incinerador a nivel regional que brinde el servicio a las diferentes instalaciones.

En la Región de Chiriquí, no se usa el LSS/SUMA. Se realiza un proceso manual de verificación de fechas de expiración de todos los insumos sanitarios. El sistema ISTMO no se ha podido implementar en el ARIS. Para la articulación del sistema de abastecimiento y suministro entre el nivel nacional y el regional, el Nivel Regional manda informes al Nivel nacional sobre el abastecimiento a 6 meses, 3 meses y 0 meses. El nivel Nacional realiza compras anuales.

Abastecimiento del Nivel Nacional al Regional:

- Las entregas son bimensuales
- Entregas en sitio por parte del proveedor
- Alquiler de servicio de transporte
- Entregas extraordinarias

Limitantes:

- Espacio físico
- Condiciones adecuadas de almacenamiento
- Entregas totales de las compras
- En Panamá la Región cuenta con gran cantidad de mercancía que no pueden entregarnos la por falta de vehículo
- La Región de Chiriquí no tiene vehículos para buscar su mercancía

- No contamos con suficiente personal almacenista que colabore en la función de asignación y distribución de medicamentos

Abastecimiento del Nivel Regional al Nivel Local

El Nivel Local realiza informe de abastecimientos a los coordinadores regionales, estos lo consolidan y envían el informe a la ARIS, las entregas se realiza de forma bimensual y también se hacen entregas por urgencias

Limitantes

- Espacio físico
- Transporte inadecuado
- Muchas veces el trabajo de entregas se atrasa por demoras en el proceso administrativo.

Para la coordinación del abastecimiento y suministro entre la CSS y el MINSA se requiere una nota de solicitud del insumo, el director regional aprueba el traspaso y se realiza un documento de traspaso de insumos.

Consideramos que esto se realiza de manera efectiva y sin obstáculos.

Los criterios aplicables a la priorización de la compra consideran el perfil de morbi - mortalidad de la población y los principales riesgos a la que está sometida a pesar de que las compras de insumos sanitarios son a Nivel Central. La región hace traslados de partidas para la compra de insumos. Hemos aplicado esto cuando se agota insumos, para colaborar con el programa Barrio Seguro, para los censos de salud preventiva, atención a los migrantes cubanos, inundaciones.

Las estimaciones se hacen tomando en cuenta:

- Los informe de consumo de las instalaciones
- Los consumos históricos
- Las 10 principales morbilidades
- Perfil de la población

La información se registra en los informes diarios para hacer un consolidado mensual y se pasa al informe de SIAL. Todos hace de forma manual

Las modalidades de compra que se utilizan, se mencionan a continuación: catálogo de convenio Marco, por la ley 22 de contrataciones públicas, las modalidades son las siguientes:

Compras menores: compras hasta un monto de mil dólares, esta debe tener un mínimo de una cotización, de 2 mil a 3mil debe llevar un mínimo de 2 cotizaciones.

Acto público: 3,001 a 30 mil se colocan en el portal de panamá compras.

Licitación pública: compras mayores de 30 mil.
A partir de 2018 por medio de la ley 61 del 29 de septiembre de 2017, las licitaciones públicas serán a partir de 50,001.00

El manual de buenas prácticas de almacenamiento constituye una herramienta que permite una descripción actualizada y precisa de las actividades que se desarrollan en los almacenes de medicamentos e insumos sanitarios, favorece la ejecución correcta y oportuna de los procesos operacionales.

Se han presentados perfiles de proyecto para el mejoramiento del almacén regional de Chiriquí. Actualmente se está cambiando el techo del almacén.

## SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

Se disponen de sistema de información sobre la situación de salud, como los es el SIES que se utiliza en el MINSA y consolida las estadísticas de la morbilidad y las actividades realizadas en la región, el PAI que consolida las vacunas de todas las instituciones. También está el Sistema de Vigilancia epidemiológica (SISVIG) para notificables y TBC.
Se ha implementado el SIMEPLANS para el monitoreo de actividades y el presupuesto.
El ISTMO nos brinda información de la ejecución presupuestaria, facturación para salidas y entradas en compras locales.
SIAL: para inventario y consumo
Todas estas plataformas de información son confiables, pero no siempre oportunos por falta de recurso humano para la digitalización de la información, en el caso del SISVIG si es oportuno. La información disponible, se utiliza en forma efectiva para la toma de decisiones regionales. También se utiliza para la toma de decisiones y para presentar los avances al nivel regional y nacional, pero aún falta más empoderamiento en el análisis por el nivel local. Se les capacita anualmente por algunas coordinaciones para que tengan las herramientas para el análisis de coberturas e indicadores de salud, para lograr este empoderamiento. Para determinar la calidad de la información se realiza una evaluación mensual en busca de inconsistencia de manera Distrital y Regional para garantizar la calidad de la información. No se aplica auditoría informática. Los coordinadores de los programas son los que más analizan la información. El departamento de REGES le proporciona las estadísticas y los coordinadores se reúnen y realizan informes de los principales indicadores. No es oportuno ya que por escases de recurso humano y una gran cantidad de instalaciones la digitación de la información está rezagada usualmente por 3 meses.

El uso y contenidos de la información, en el caso del programa de niñez y adolescencia y salud sexual y reproductiva las normas revisadas a nivel nacional dictaminan como debe presentarse la información y los indicadores a evaluar y con quienes se debe compartir esta información. En el caso de salud de adulto no está normado.

Para el monitoreo de la enfermedad renal si existe una matriz unificada tanto para el nivel local como regional. Para establecer las necesidades de información, los usuarios la solicitan mediante una nota a la Dirección Médica informando para qué y cómo se usará la información, de ser aprobada se remite a REGES o al Departamento correspondiente.

También se contemplan los centros de producción y si responden a las necesidades de la instalación. Los centros de producción son: Medicina General, Medicina especializada, servicios de apoyo al diagnóstico, programa preventivo.

Contamos con sistema de información paralelos en los sistemas de salud. Caja utiliza uno y MINSA otro y en muchos casos la información de la Caja no llega al MINSA

## EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

| Nombre de la Instalación | Institución/No. de camas | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Total | MINSA | CSS | PRIVADO |
| **No. Total de camas (2.2 X 1000 HAB)** | 1036 | | | |
| • Hospital Regional | | | 343 | |
| • Hospital Dionisio Arrocha | | | 119 | |
| • Policlínica Gustavo A. Ross | | | 4 | |
| • Policlínica de Bugaba | | | 28 | |
| • Policlínica de Boquete | | | 3 | |
| • Policlínica de Divalá | | | 1 | |
| • MINSA CAPSI de Volcán | | 16 | | |
| • Centro de Salud Materno Infantil de Tolé | | 5 | | |
| • Centro de Salud Materno Infantil de Sereno | | 5 | | |
| • Hospital José Domingo de Obaldía | | 415 | | |
| • Hospital Chiriquí | | 57 | | |
| • Hospital Mae Lewis | | 23 | | |
| • Clínica Hospital Cattan | | 10 | | |
| • Hospital Cooperativo | | 7 | | |
| **No. de servicios de imagenología** | | | | |
| • **No. De Ultrasonidos** | 34 | 9 | 10 | 15 |
| • **No. De Rayos X** | 18 | 2 | 11 | 5 |
| • **No. De Panorex** | 6 | 6 | ND | nd |
| • **No. De Periapical** | 8 | 4 | ND | 4 |
| • **No. De CAT** | 3 | 0 | 1 | 2 |
| • **No. De Mamógrafos** | 10 | 2 | 6 | 2 |
| • **No. De Equipos de resonancias magnéticas** | 2 | 0 | 0 | 2 |
| **No. de Laboratorios Clínicos** | 60 | 12 | 8 | 40 |
| **No. de Bancos de Sangre** | 5 | 1 | 2 | 2 |
| **No. de Farmacias** | 166 | 37 | 17 | 112 |
| **No. de Sillones Dentales**<br>**Completos**<br>**Incompletos** | 69 | 43<br>2 | Nd | 26 |

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

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

En el MINSA los informes son enviados por tele radiología al HST y son interpretados. En la CSS el radiólogo interpreta y es entregado en un lapso de un mes. Para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes:

CSS: Se mantiene ventanillas para la atención y entrega de los resultados.
MINSA: Los resultados son entregados de inmediato si no requiere de interpretación y son entregados por la secretaria.

2.5% del fondo es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación. Con respecto del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica, son 10. Sólo 5 son idóneos.

El monto del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos para 2017 fue 35,997 dólares (0.8% del presupuesto). Las compras de equipo están centralizadas. Como no se cuenta con suficiente presupuesto para compra de equipos se debe priorizar tomando en cuenta la producción de las instalaciones y el perfil de morbilidad de la población, proveyendo de equipos prioritarios como autoclaves, nebulizadores.

## FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

### COMPENSACION DE COSTOS

Existe un Convenio de Compensación de Costos por la prestación se Servicios de Salud entre en MINSA y la CSS, desde el año 1998, el cual incluye todas las instalaciones de salud de la red de servicios del MINSA como de la CSS, del interior del país. Este Convenio se Negocia a Nivel de la SEDE, por lo general se actualiza anualmente, a veces bianual, hasta trianual. Contiene una Cartera o Listado de Servicios con sus respectivos costos, que es lo que propiamente se compensan las instituciones. La base de la Compensación es la producción estadística que cada centro de producción genera y que mensualmente es remitida a las Unidades de Estadística de la Región y esta a su vez la remite a la Unidad de Estadística Sede, y esta al Departamento de Costos Sede para su consolidado.

Desde que se inició con este proceso de compensación solo en una oportunidad se ha dado efectivamente la compensación a favor del MINSA-año 2001 (se compensaron tres años a favor del MINSA 1999, 2000 Y 2001).

Posterior a esto, aunque se sigue brindando los servicios a la población asegurada año tras año no se ha recibido ningún pago de esta compensación.

Entre los mecanismos que se aplican para el análisis de la información de costos y cómo éstos se relacionan los costos con los productos, con el rendimiento, los recursos y los resultados, además de las decisiones que se toman a partir de este análisis, describimos lo siguiente:

Actualmente se dan diversos análisis:

- Se puede analizar Los Servicios brindados a la población Total de la región, por distrito, por instalación. Del total cuando se le brindo a la población asegurada y a lo no asegurada.
- Conocer cuándo del gasto en que incurren nuestras instalaciones corresponde a la población asegurada y no asegurada.
- Utilizando una metodología de Costo, podemos conocer el costo promedio de los servicios que se brindan, se puede conocer el gasto total en que incurre una instalación de salud, desglosando este gasto según rubros. Cuando en salarios, medicamentos, médicos quirúrgicos, etc.
- Aplicando esta misma metodología de costo para las diversas instalaciones de salud de la Región, podemos evaluar el rendimiento y efectividad de nuestras instalaciones de salud, que cuentan con prácticamente los mismos recursos.
- Estos resultados nos permiten proyectar los presupuestos requeridos para periodos futuros., la necesidad de más recursos, etc.
- Ala fecha esta unidad no toma decisiones sobre los resultados. Una vez se tiene la información se le suministra a los Administradores y/o Directivos, más no sabemos de su interpretación o decisiones al respecto. Nunca nos preguntan nada.

En cuanto a los aspectos de la atención sanitaria y cómo se determinan sus costos, cómo influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios, esto depende del nivel de atención: El primario brinda una atención preventiva y curativa básica, sin embargo, consideramos que en la medida que nuestras instalaciones cuenten con los servicios de diagnósticos y tratamiento esenciales como los laboratorios y la radiología, terapia física, farmacias, se evitaría

en gran medida la duplicidad de los servicios. Un paciente que requiere la atención en un nivel primario, si no es de control de salud, tiene que referirse a un hospital donde nuevamente lo ve un profesional y le hacen los exámenes pertinentes para poder diagnosticarlo efectivamente, considero que allí se duplica la atención.

Las Tarifas representan un costo simbólico, subsidiado por el estado, que no necesariamente obedecen a una política financiera. Es variable para cada instalación de salud, datan de muchos años atrás. Si bien es cierto cada director de estas instalaciones de Salud podría ajustarla de acuerdo a los costos reales según los recursos invertidos, esta es una decisión un tanto difícil, ya que nuestro objetivo como entidades públicas es ofertar los servicios a la población para mantenerlos sanos; y a nuestras instalaciones acuden pacientes de diversas condiciones económicas, hay quienes no pueden pagar nada. Además, la Constitución indica que no podemos discriminar a nadie por su condición, en este sentido incrementar estas tarifas afecta a una gran parte de la población más vulnerable. Lo ideal y considerando las nuevas tendencias internacionales es no cobrar. Siendo Objetivos de acuerdo con nuestra Capacidades de respuesta, haciendo un análisis Socioeconómico por distrito.

Es importante agregar que, a nuestro juicio, la duplicidad de los servicios afecta la calidad de atención que se le dé a la población, considerando los escases de los recursos, entre más demanda menos calidad para el paciente, menor eficacia y eficiencia para nuestros profesionales y entidades, ya que los recursos asignados no son suficientes, y la población buscando respuesta duplica la demanda afectando aún más los resultados.

## FUENTES DE FINANCIACION

No contamos con información si se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto publico per cápita a nivel regional. A nivel nacional, el porcentaje del producto interno que se destina al sector salud en 2014 fue 8%. Aproximadamente el 80% de la atención sanitaria se financia través del presupuesto público. Con respecto a los aportes de la autogestión, se utiliza básicamente para la compra de insumos sanitarios, que para el año 2017 fue 535,911.13 dólares

La función del Patronato en el HJDO se concentra en la vigilancia de la ejecución de los fondos, aportan financieramente para actividades internas del Hospital. Los servicios hospitalarios son a través de los fondos del estado.

En la Instalaciones del MINSA los asegurados no pagan y los no asegurados deben pagar los servicios según el costo estipulado sin embargo si no cuenta con el recurso o hace arreglo de pago o se exonera. **VER ANEXO 3**

En la CSS los asegurados no pagan y los no asegurados deben pagar la tarifa según el convenio de costo, se le pregunta 3 veces si cuenta con recursos para pagar y si responde que no, no se le cobra y el pago es atreves de la compensación de costo CSS- MINSA.

Acerca del sistema de evaluación socioeconómica, en la CSS todo no asegurado tiene que pagar, si no cuenta con el recurso, pasa a evaluación socioeconómica donde está la trabajadora social, evalúa la situación y el monto pasa a la compensación de costos. Sin embargo, en el MINSA los asegurados no pagan y pasan a costo paciente donde se registra el gasto y esto va al informe de compensación. El no asegurado debe pagar, pero si no cuenta con recurso en los lugares que se cuenta con Trabajadora social ella los evalúa y hace un arreglo de pago o se exonera. Si no existe trabajadora social el director médico o el médico tratante evalúa si se le exonera el monto.
Esto no permite la recuperación de los costos de los insumos es una tarifa subsidiada. Si se conoce la diferencia, costo es el monto o precio que la institución obtiene los insumos y tarifas es el precio que se le ofrece al usuario.

Esta situación, relacionada al impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad, el presupuesto no es afectado, ya que esa población fue estipulada en el presupuesto y para el pedido de insumos. Se está invirtiendo en la salud de población con alta vulnerabilidad social y en indicadores que traducen la situación de inequidad social del país. Estas medidas de gratuidad son impostergables e insustituibles, no van a empobrecer al país ni a quebrar las finanzas estatales.

La región de Chiriquí tiene actualmente un aseguramiento que ronda el 83.6% entre cotizantes directos y beneficiarios. Consideramos que debe comenzar por subsidiar el 16.4% de la población que no está cubierta por la seguridad social. Algunas opiniones giran en torno a dos temas fundamentales, uno es que el per cápita que el estado pague por los no asegurados debe ser igual al per cápita que la CSS paga por la atención de los asegurados, y dos, que se debe pagar una adicional por la población beneficiaria ya que esta constituye más del 50% de la población asegurada y representa un gasto muy grande para la seguridad social.

La protección social en salud, traducida como aseguramiento universal, complementado con una atención sanitaria efectiva y eficiente en tiempo y espacio, si se convierte en garante de equidad en salud. Concluimos que no deben existir

asegurados y no asegurados, no debemos pasar de este quinquenio en que toda la población panameña cuente con un aseguramiento real en salud, complementado entre el régimen de seguro social y el de los impuestos generales

No hemos recibido donaciones financieras en estos 2 últimos años, por lo que no es una importante fuente financiera. Las donaciones llegan a la región a través de la CUT y luego pueden ser utilizadas.

Para conocer sobre los aportes técnicos-financieros de organismos internacionales, empresa privada u otros, en la región no se han recibido directamente estos aportes. Este beneficio se maneja a nivel Nacional. De la empresa privada las donaciones han sido en insumos no en dinero. La Clínica CLAM ha recibido aportes técnicos por parte de Universidad del Valle de Guatemala (prevención del VIH en población PEMAR), pero siempre se maneja desde el nivel central.

Las tarifas actuales del sistema No facilitan la sobreutilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema. Consideramos se sobre utiliza por la falta de concienciación de la población, la falta de orientación del personal de salud hacia la población y la falta de control por no tener un sistema de información unificado. Estas no limitan la eficiencia del sistema.

Existe información, es confiable, no necesariamente oportuna para el nivel nacional, mas no para el nivel regional.
No existen recursos para la adquisición, contratación, mejoras de las tecnologías de punta. El presupuesto asignado es muy limitando y contamos con una gran cantidad de instalaciones de salud 35 centros de salud, además que se maneja desde el nivel central.

El proceso de gestionar, negociar y modular recursos técnicos financieros de diversas fuentes (responsabilidad social, empresarial a nivel nacional, regional y local), es un proceso complejo que inicia por el propio órgano ejecutivo, la asamblea de diputados, el ministro de salud y director de la CSS, el MEF, la Contraloría General de la República. A nivel local, una vez asignados los presupuestos, existe un nivel gerencial regional, tanto de la CSS como del MINSA que ejecutan los presupuestos, de acuerdo con planes operativos anuales.

Acerca del conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud, el MINSA por intermedio de diversas dependencias de la institución tiene convenio con entidades internacionales, verbigracia.

El Departamento de Agua Potable (DISAPAS) mantiene un convenio con el Banco Mundial en el cual este suministra los fondos para el desarrollo de proyectos, con la ayuda y el manejo de una entidad fiduciaria, tal es el caso de LAFISE, quien administra y suministra los fondos, el MINSA supervisa los proyectos y rinde los informes respectivos para que se realicen los desembolsos pertinentes y necesarios.
De igual forma el PMEFSS por parte del MINSA recibe fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el desarrollo de sus programas, previo el informe respectivo para que se realicen los desembolsos.

## FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN

Las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS), son:

- Unificación de los dos subsistemas públicos de salud.
- La convergencia de esfuerzos, recursos y actividades en estrategias comunes aunque sean diferentes entidades e instituciones.
- Protección social en salud, un real aseguramiento en salud.
- Delimitar la red de servicios por territorio de acuerdo con las dos entidades.
- Considerar las áreas de mayor población: David, Bugaba, y las áreas donde no existe uno de los dos subsistemas etc.

Consideramos que los criterios a cumplirse para presentar proyectos de inversión deben ser:

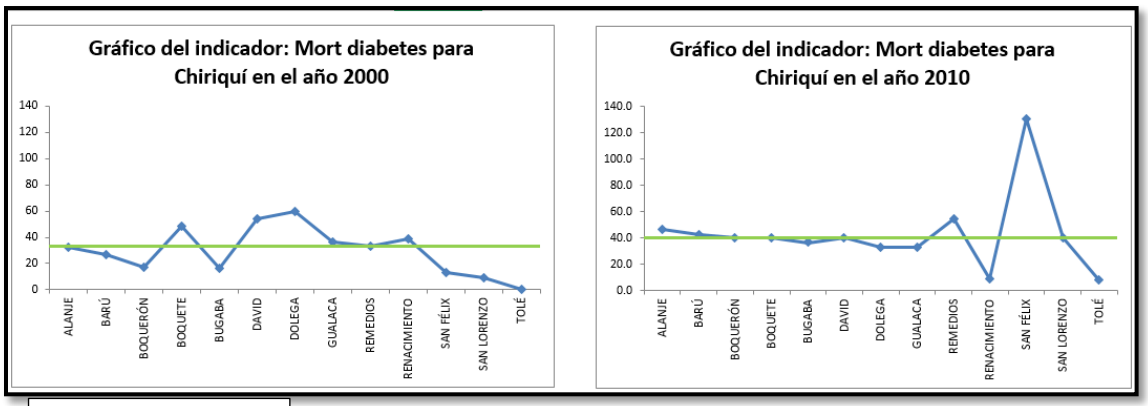
1. Parte de una propuesta nacional para fortalecer la atención de promoción y prevención como estrategia y fortalece el nivel de atención primaria fundamental.
2. Que presente aportes significativos para la sociedad y el país.
3. Necesidad sentida por la comunidad
4. Mejoramiento del ambiente y áreas de trabajo
5. Aumento de cobertura
6. Seguridad y mantenimiento adecuado de la infraestructura.
7. Sistema en óptimas condiciones.
8. Decisión política.

De acuerdo con los criterios establecidos por el MEF, se presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región. Muchas veces el recurso es limitado para el MINSA Nacional y aún a pesar de que los perfiles fueron realizados de forma completa y aprobados en el banco de proyectos no existe el presupuesto para su aprobación a nivel regional.
La otra limitante es una vez aprobado la demora de los trámites administrativos hacen que no se ejecuten los proyectos.
Que el perfil no cuente con los requisitos para su aprobación.
Una vez completada la información en el Banco de Proyectos, la Institución Responsable enviará la misma – a través del Banco de Proyectos – para la consideración de la DPI.
Los que se consideran dificultan para su desarrollo son los proyectos nuevos que muchas veces, aunque se incluyan en el banco de proyectos no contarán con presupuesto por el simple hecho de ser proyectos nuevos. Se busca priorizar proyectos de continuidad hasta optimizar la instalación.

Dentro de los proyectos de inversión 2017 y 2018 están dirigidos a las mejoras infraestructura de la red del MINSA. El mismo fue realizado en conjunto con los actores regionales del MINSA. Como red integrada no se ha realizado. Con ello se busca fortalecer la estrategia de atención primaria. Si existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional, como el apoyo para el funcionamiento de la Clínica CLAM para la atención de las PEMAR, subvencionado por la Universidad del Valle de Guatemala (prevención del VIH en población PEMAR). No es un proyecto de infraestructura.
También contamos como región con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado y evaluado por el Nivel Nacional y por el MEF. No se ha realizado como red integrada.
El Plan es revisado constantemente en conjunto con la DIS. Los principales componentes son código SINIP, si cuenta con partida, costo total del proyecto. Si es nuevo o de continuidad. Por año se realizan los perfiles y se incluyen en el banco de proyectos del MEF. Y aunque fueran aprobados por el MEF el problema es la partida presupuestaria que muchas veces no existe. Consideramos que el mismo debe ser revisado y adecuado a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales y analizar su desarrollo. Las necesidades surgen constantemente lo que hace necesario su revisión. Y también por decisión política. Se requiere de una participación conjunta para la elaboración de proyectos que conlleven al mejoramiento y no así duplicidad.
El mismo es realizado por cada institución. No se realiza de forma conjunta.

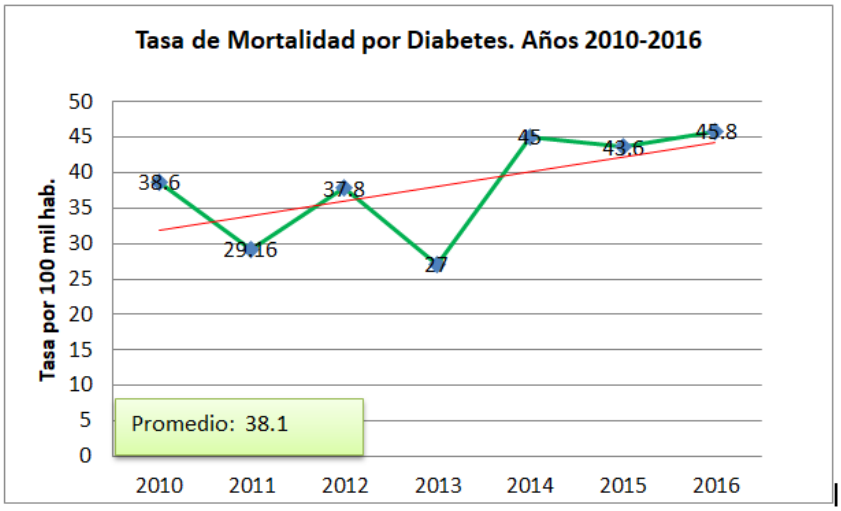
# ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES

## TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES




Fuente: INEC Panamá

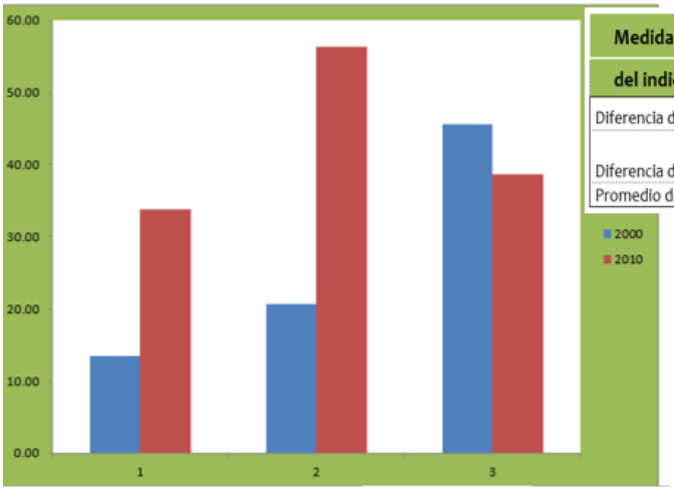
Para el año 2000, la tasa promedio de muerte por diabetes fue 33 por 100 mil hab., se puede observar que los distritos con mayor Tasa de Mortalidad fueron: Boquete, David y Dolega, aquellos con menor Tasa de Mortalidad fueron: San Félix, San Lorenzo y Tolé (distritos del Oriente Chiricano). Para el año 2010 la tasa promedio ascendió a 38.6 por 100 mil hab. y los distritos con mayor tasa de mortalidad fueron San Félix, con una tasa 3 veces por arriba de la cifra promedio, y Remedios. Los distritos con menor tasa fueron Renacimiento y Tolé con tasas por debajo de 20.




Fuente: INEC Panamá.

Por otro lado, al analizar la tendencia de los años 2010 a 2016 en la provincia, se observa que está en incremento la Tasa de Mortalidad por esta causa.

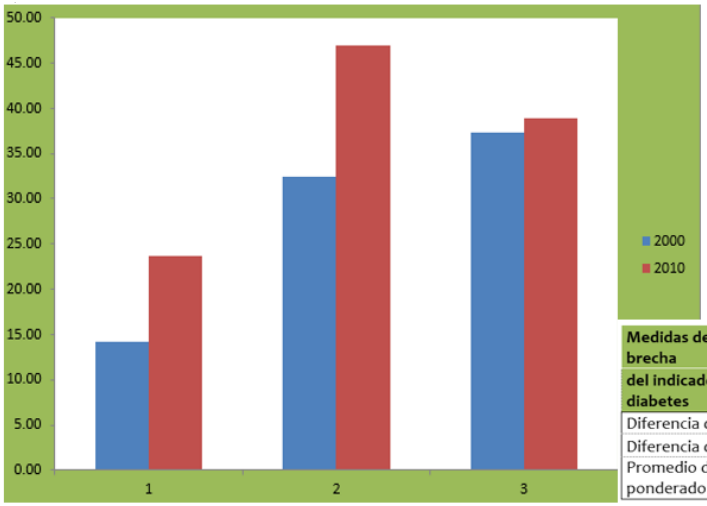
## DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO




| Medidas de desigualdad de brecha del indicador: Mort diabetes | 2000 | 2010 | Cambio en el tiempo |
|---|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | -32.11 | -4.79 | 27.31 |
| Diferencia del riesgo relativo | 0.30 | 0.88 | 0.58 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 26.59 | 42.96 | 16.37 |

Al analizar la Tasa de Mortalidad por diabetes por ingreso, podemos observar que para el año 2000 el grupo de mejor ingreso fue el más afectado con una diferencia del riesgo absoluto de -32.11 (Barú, Dolega, Boquete y David). Para el año 2010 el grupo de mediano ingreso es el más afectado seguido del mejo ingreso. La brecha entre el peor ingreso y mejor ingreso disminuyó a -4.79 para este año, tanto los distritos más ricos como los más pobres se mueren casi en igual proporción por esta enfermedad.

## DESIGUALDAD SEGÚN ANALFABETISMO




| Medidas de desigualdad de brecha del indicador: Mort. por diabetes | 2000 | 2010 | Cambio en el tiempo |
|---|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | -23.21 | -15.13 | 8.07 |
| Diferencia del riesgo relativo | 0.38 | 0.61 | 0.23 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 27.99 | 36.50 | 8.51 |

Cuando realizamos el análisis por analfabetismo, tenemos como resultado que, para ambos años la Tasa de Mortalidad por diabetes, es superior en el último tercil de menor analfabetismo (Bugaba, Barú Dolega Y David en 2000 y 2010), con brechas similares para ambos años -23.21 y -15.13 respectivamente.

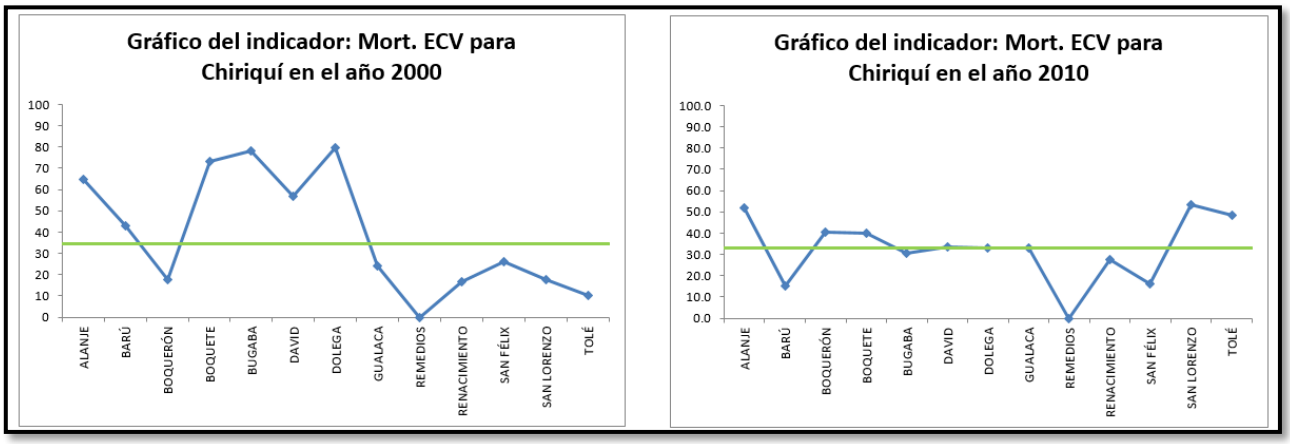
## ANÁLISIS

La Tasa de Mortalidad por diabetes va en aumento a través de los años con una tasa promedio de 38.1.

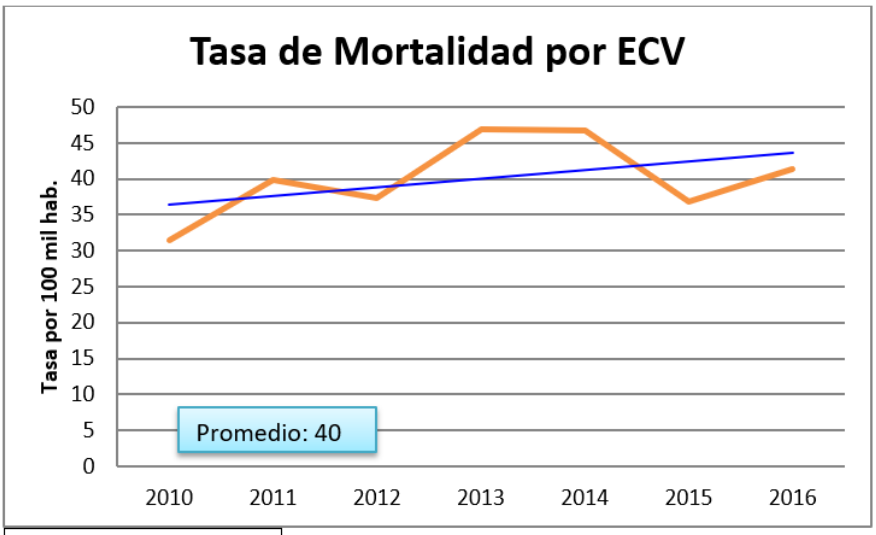
Al observar los resultados de los análisis de desigualdad por ingreso y por analfabetismo, observamos que, en el año 2000, los distritos con mayor alfabetismo y mayores ingresos eran más afectados, para el 2010 en la desigualdad por ingreso, la brecha disminuyó de -32.11 a -4.79 y por analfabetismo la brecha disminuyó de -23.21 a -15.13. Esto puede tener su explicación en que los Distritos con mejor ingreso y más alfabetismo tienen más acceso a restaurantes de comida rápida rica en azúcares, también sus pobladores son más sedentarios por poseer trabajos de oficina y mejores medios de transporte, por otro lado en estos distritos contamos con bolsones desprotegidos en el caso de David, lugar como Pedregal, los Abanicos, Villa Escondida cuyos moradores son de clase media y baja, y no tiene acceso, ya sea por transporte o por dinero, a un control de salud o a medicamentos.

Habría que explorar factores que no permiten un buen control metabólico como la calidad de medicación, la forma de la toma, la técnica de colocación de insulina, la orientación e indicaciones por parte del médico tratante que en ocasiones ya sea por carecer de tiempo, por la gran cantidad de demanda no le explica de manera adecuada al paciente. El cambio a un de estilo de vida saludable (actividad física, no fumar), y una dieta adecuada también es un factor en cual debemos incidir sin embargo en la red del MINSA contamos con una limitada cantidad de nutricionistas para que apoyen este pilar. Otro factor que incide es la aceptación de la enfermedad, la depresión y el apoyo familiar que si no es adecuada lleva a una pobre adherencia al tratamiento.

## TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR



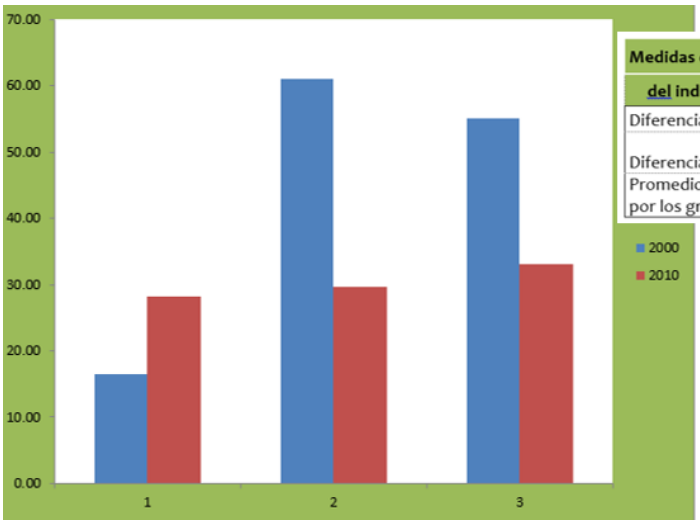

Para el indicador de mortalidad por ECV observamos que en el año 2000 los distritos más afectados fueron Alanje, Boquete, Bugaba, Dolega y los menos afectados fueron Remedios, Boquerón, Renacimiento, San Lorenzo y Tolé con un promedio de la Tasa de 34. En el año 2010 el promedio de la Tasa fue 33 y los distritos con Tasas más elevadas fueron Alanje, San Lorenzo y Tolé; aquellos con Tasas menores fueron Remedio y Barú.




Fuente: INEC Panamá

Al observar la tendencia de la Tasa de Mortalidad por ECV a través de los años vemos que está en aumento. Y con un promedio Provincial de 40 x 100,000 hab.

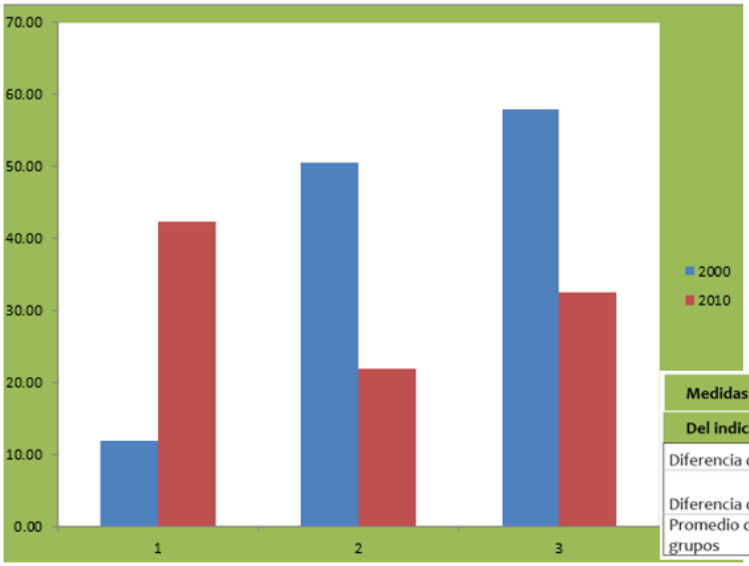
**DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO**




| Medidas de desigualdad de brecha del indicador: Mort. ECV | 2000 | 2010 | Cambio en el tiempo |
|---|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | -38.65 | -4.86 | 33.79 |
| Diferencia del riesgo relativo | 0.30 | 0.85 | 0.56 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 44.18 | 30.32 | -13.86 |

Al analizar la Tasa de Mortalidad por ECV con respecto al ingreso, podemos observar que para el año 2000 el grupo de mejor ingreso fue el más afectado con una diferencia del riesgo absoluto de -38.65 (Barú, Dolega, Boquete y David). Para el año 2010 el grupo de mejor ingreso también fue el más afectado, pero con disminución de la brecha a -4.86.

**DESIGUALDAD SEGÚN ANALFABETISMO**




| Medidas de desigualdad de brecha Del indicador: Mort. ECV | 2000 | 2010 | Cambio en el tiempo |
|---|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | -46.04 | 9.87 | 55.91 |
| Diferencia del riesgo relativo | 0.21 | 1.30 | 1.10 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 40.15 | 32.28 | -7.87 |

Cuando analizamos la desigualdad por analfabetismo, vemos como resultado que para el año 2000, los distritos más alfabetas (Bugaba, Dolega, David), mueren más de ECV que los menos alfabetas con una brecha de -46.04. En el año 2010 se observa una inversión de los resultados, el primer tercil de peor analfabetimo (Tolé,

Renacimiento , San Lorenzo y  Alanje), moría más por Eventos cerebrovasculares, pero con una brecha de 9.87.

## ANÁLISIS

En cuanto a la Tasa de Mortalidad por ECV podemos observar que está en incremento a lo largo de los años. Al realizar el análisis de la desigualdad por ingreso se evidencia que la tasa más elevada se encuentra en los Distritos de Mayor Ingreso para ambos años, si embargo en el año 2010 observamos que la distribución es similar en los tres terciles y con predominio en la de mejor ingreso, pero con una disminución de la brecha, denota que la población de menor ingreso está siendo afectada casi de igual manera.

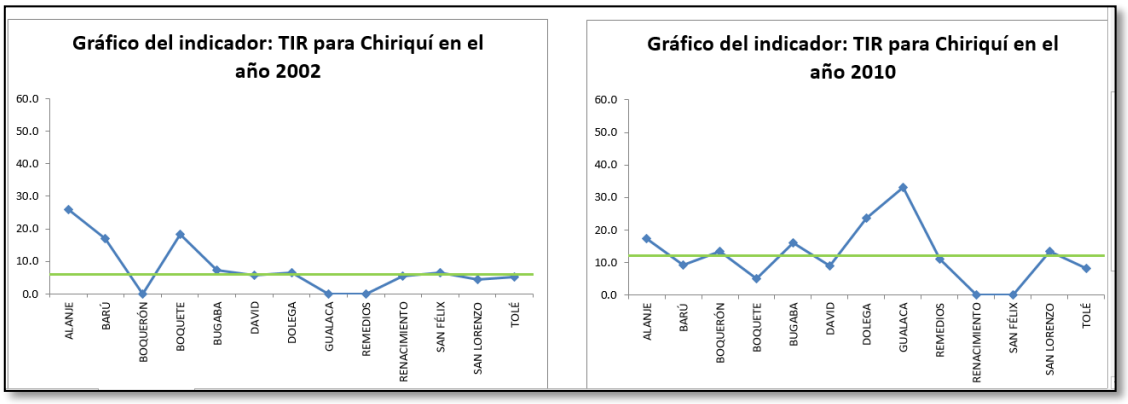
Esta situación podría ser explicada por la ingestión de comidas procesadas, ricas en grasas y con alto contenido de sodio  y enlatados,  también  un mayor estrés de las clases sociales más altas que desencadena la Hipertensión arterial y la Diabetes causantes de esta enfermedad.  Pero la población de menor ingreso está muriendo por estas mismas causas, pero con la agravante de que como tienen menos ingresos tienen  menor acceso a control de salud y a los medicamentos.

Analizando la desigualdad por analfabetismo observamos que en el 2000 la tasa más elevada fue en los más alfabetas con una brecha de -46.04, pero en 2010, fue en los menos alfabetas con una brecha de 9.87, observándose un fenómeno similar al del ingreso en que las brechas han disminuído .

Podemos inferir que para el 2000, los alfabetas tenían más altas tasas, porque al igual que pasa con la diabetes, los distritos más alfabetas son lo de mejor ingreso, que por estar sometidos a más estress laboral y muchos cuentan con más de un trabajo, tienen menos tiempo para cocinar en sus hogares una comida de mejor calidad, deben comer en restaurantes, fondas y comida rápida. Así mismo cuentan con poco tiempo o no se les da permiso en sus trabajos para ir a los controles.

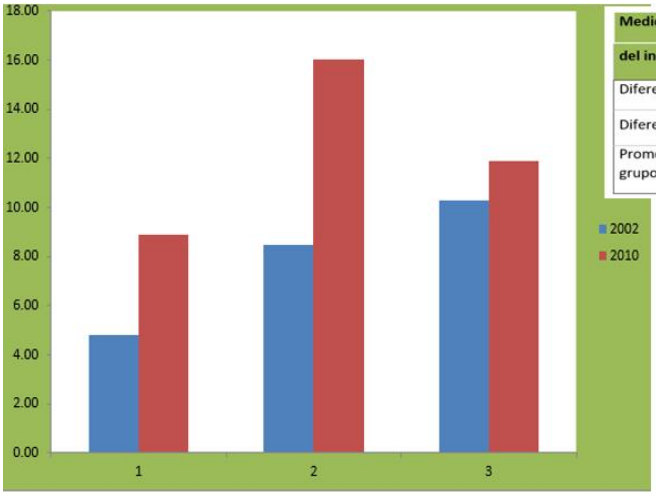
Para el 2010  los no alfabetas tienen tasas más altas de mortalidad, quizá porque a lo largo de los años, con mejores intervenciones en salud sobre estilos de vida saludable, los más alfabetas se han sensibilizado y mueren menos, pero los no alfabetas mueren más por no comprender las instrucciones de los médicamentos y la importante de los controles.

## TASA DE MORTALIDAD DE INSUFICENCIA RENAL



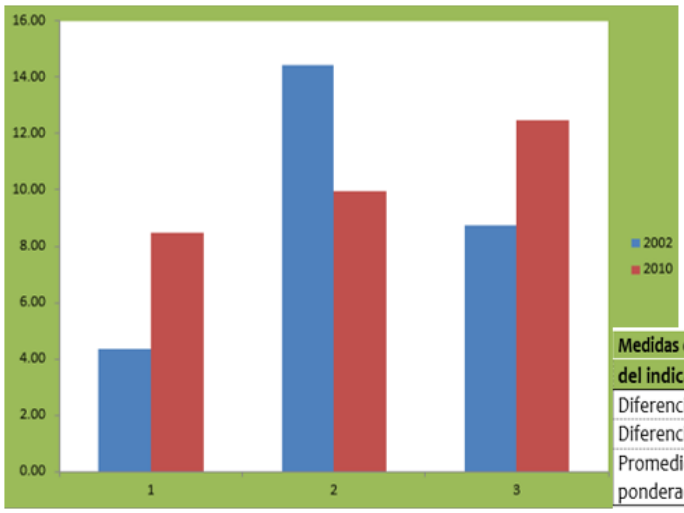

Se puede observar que para el año 2002 los distritos con mayor Tasa de Mortalidad por Insuficiencia Renal (IR) fueron: Alanje y Boquete, los distritos con menor tasa fueron Boquerón, Gualaca y Remedios en donde no hubo defunciones. Para el año 2010 los distritos con mayor tasa fueron Dolega y Gualaca, este último pasó de no tener defunciones a presentar la mayor tasa de mortalidad.

## DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO




| Medidas de desigualdad de brecha del indicador: TIR | 2002 | 2010 | Cambio en el tiempo |
|---|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | -5.47 | -3.03 | 2.45 |
| Diferencia del riesgo relativo | 0.47 | 0.75 | 0.28 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 7.86 | 12.26 | 4.40 |

Al realizar el análisis de la Mortalidad por ingreso, se puede observar que tanto para el año 2002 como para el 2010, la tasa de insuficiencia renal era mayor en el grupo de mejor ingreso (Barú, Dolega, Boquete y David), con brechas similares de -5,47 y -3.03 respectivamente.




| Medidas de desigualdad de brecha del indicador: TIR analfabetismo | 2002 | 2010 | Cambio en el tiempo |
|---|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | -4.39 | -4.01 | 0.38 |
| Diferencia del riesgo relativo | 0.50 | 0.68 | 0.18 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 9.17 | 10.31 | 1.14 |

En el análisis por analfabetismo, podemos notar que para el año 2000 y 2010 los más alfabetas mueren más por Insufuciencia renal que los menos alfabetas.

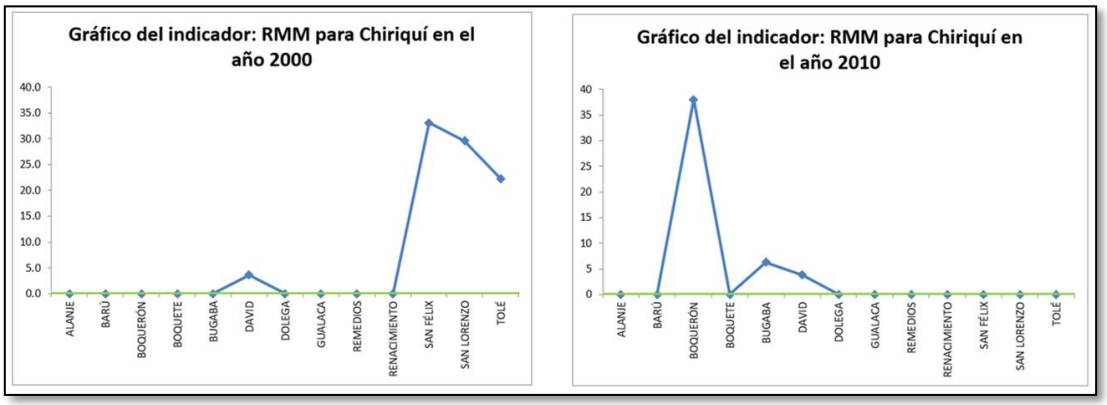
## ANÁLISIS

Al analizar las gráficas comparativas del año 2000 y 2010 podemos observar que las Tasa más altas de Mortalidad por IR son Alanje, Barú, Boquete y Gualaca, distritos agrícolas por lo que debemos considerar realizar estudios sobre uso de plaguicidas en estas localidades.

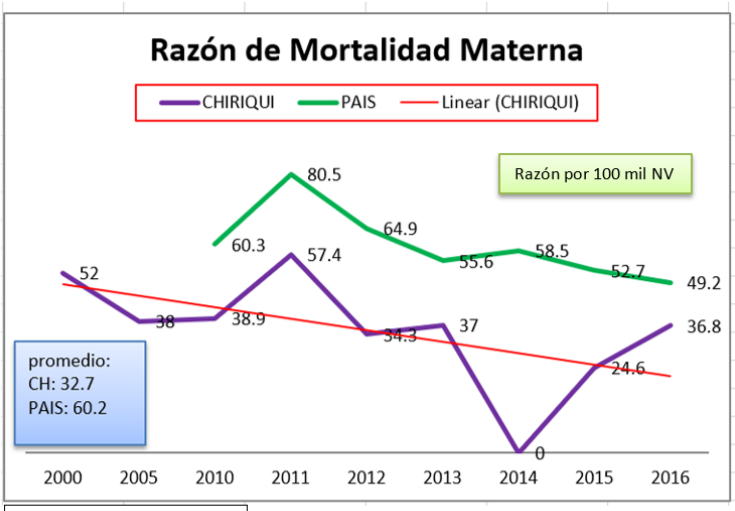
Según el análisis de desigualdad por ingreso y alfabetismo podemos ver que los Distritos de mayor ingreso son los que mueren más por esta enfermedad coincidente con los resultados anteriores ya que la Tasa de Mortalidad por Diabetes y de ECV se encuentran en los distritos de mayor ingreso, siendo que todas estas enfermedades tiene factores de riesgo en común, era de esperarse este resultado.

Para ambos estratificadores la brechas son reducidas en ambos años, pero esto supone un mayor peso para los de menos ingresos por no contar con recurso para la movilización para realizarse hemódialisis y no tener condicones adecuadas en su hogar para diálisis peritoneal.

## RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA



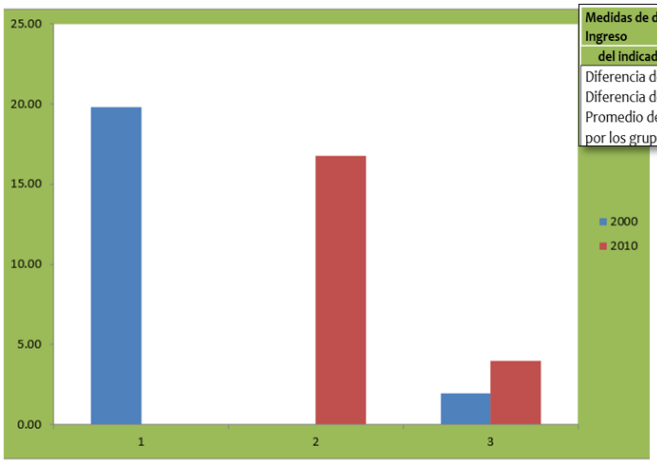

En Chiriquí en el año 2000 los distritos con casos de mortalidad materna fueron San Félix con la Tasa más alta; San Lorenzo, Tolé y David con la Tasa más baja y para el 2010 los distritos que presentaron casos fueron Boquerón con la Tasa más elevada, Bubaga y David.




Fuente: INEC Panamá

Observamos que para la Razón de Mortalidad Materna la tendencia es a la disminución, en el año 2000 la tasa fue 52, en 2005 fue 38, en el 2010 la tasa fue 38.9, en 2014 no hubo casos, en 2015 la tasa fue de 24.6 y en 2016 se elevó a 36.8, sin embargo, nos hemos mantenido por debajo de la tasa promedio de País.

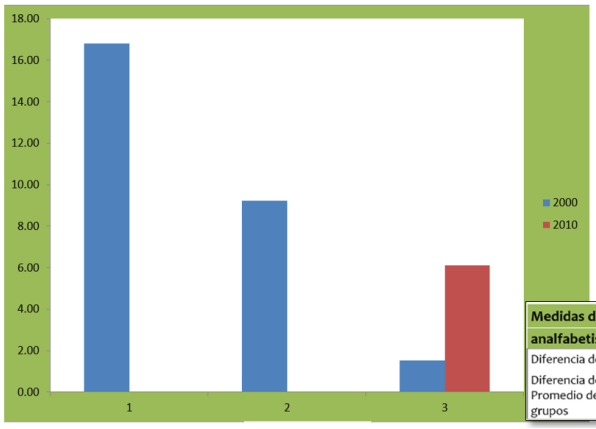
## DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO




| Medidas de desigualdad de brecha por Ingreso del indicador: RMM | 2000 | 2010 | Cambio en el tiempo |
|---|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | 17.87 | -3.98 | -21.85 |
| Diferencia del riesgo relativo | 10.11 | 0.00 | -10.11 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 7.26 | 6.91 | -0.35 |

Cuando realizamos el análisis de la desigualdad por Ingreso podemos observar que en el 2000 la Razón de mortalidad materna más elevadas se concentran en los Distritos más pobres (Tolé, San Lorenzo y San Félix), con una brecha de 17.87, en cambio en el 2010 la tasa de Mortalidad fue más elevada en el segundo tercil de ingreso medios en este caso Boquerón y en el tercil de mejor ingreso en los distritos de David y Bugaba con una brecha de -3.98.

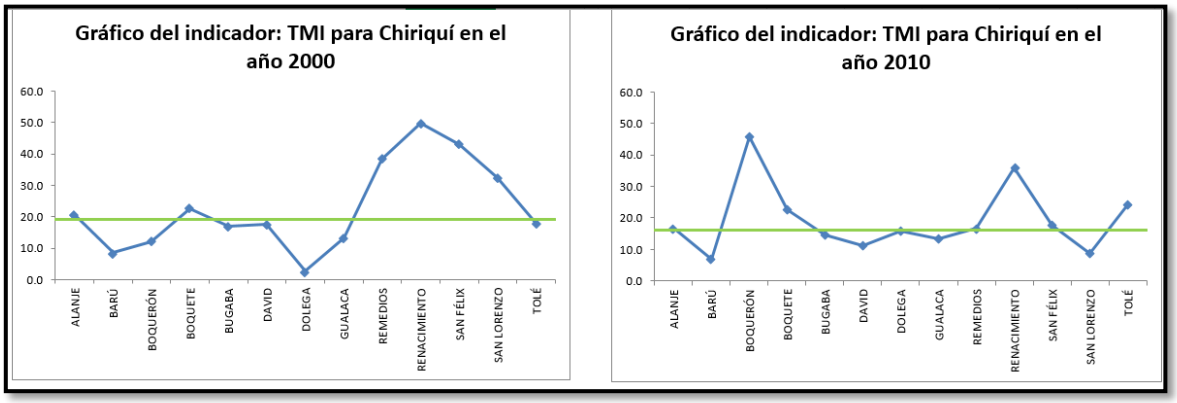
## DESIGUALDAD SEGÚN ANALFABETISMO



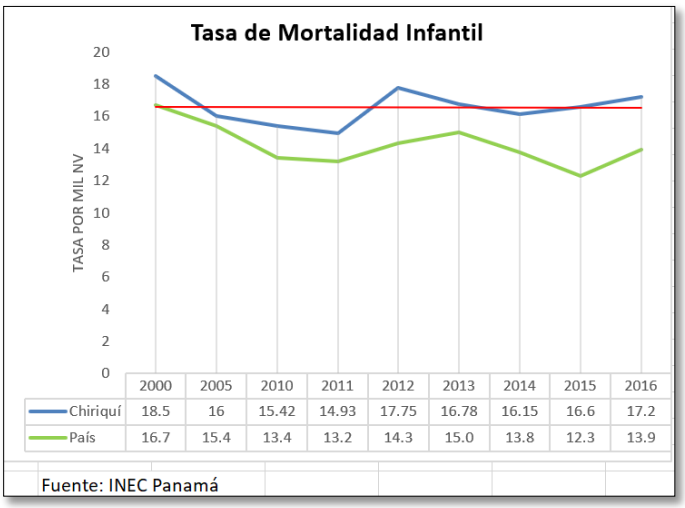

| Medidas de desigualdad de brecha por analfabetismo del indicador: RMM | 2000 | 2010 |
|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | 15.28 | -6.11 |
| Diferencia del riesgo relativo | 10.98 | 0.00 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 9.18 | 2.04 |

En el caso de la desigualdad por analfabetismo para el año 2000 se observa que la mayor Razón de mortalidad se encuentran en el tercil con más analfabetismo (Tolé, San Lorenzo, Renacimiento), con una brecha de 15.28 y en el 2010 la tasa más alta fue en el tercil de menos analfabetismo (Boquerón, Bugaba y David), con una brecha de -6.11.

## TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

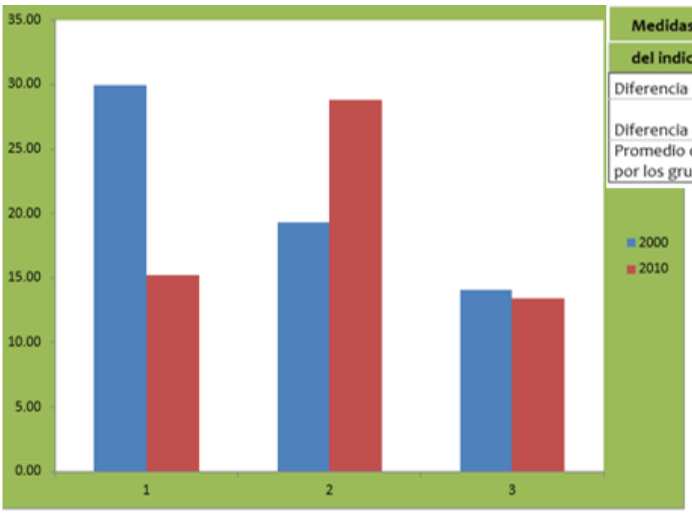



La mayor Tasa de Mortalidad infantil en el año 2000 se observó en los Distritos de Remedios, Renacimiento, San Félix y San Lorenzo superando el promedio de la provincia. En el año 2010 la Tasa más alta fueron en los Distritos de Boquerón, Renacimiento y Tolé.




Desde 2010 la tasa de mortalidad Infantil se ha mantenido con poca variabilidad a lo largo de los años con un promedio provincial de 16.4, superando el promedio nacional. En el año 2000 la Tasa fue 18.5, para 2005 fue 16, en 2010 fue 15.42 y 2015 16.6 por mil nacidos vivos.

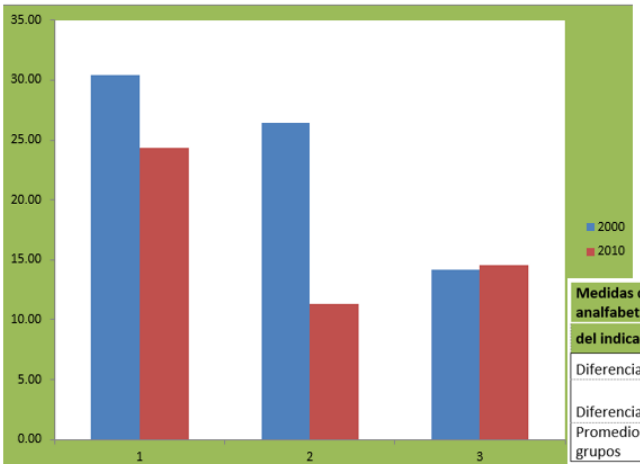
## DESIGUALDAD SEGÚN INGRESO




| Medidas de desigualdad de brecha del indicador:TMI | 2000 | 2010 | Cambio en el tiempo |
|---|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | 15.88 | 1.85 | -14.03 |
| Diferencia del riesgo relativo | 2.13 | 1.14 | -0.99 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 21.14 | 19.13 | -2.01 |

Al analizar la Tasa de Mortalidad infantil según ingreso, observamos que la Tasa es mayor en los distritos con peor ingreso Tolé, Renacimiento, San Lorenzo, San Félix y Gualaca en el 2000. En el 2010 la Tasa es mayor en el segundo tercil (San Félix, Remedios, Boquerón, Gualaca), pero entre el primer tercil y último tercil la brecha es sólo 1.85.

## DESIGUALDAD SEGÚN ANALFABETISMO




| Medidas de desigualdad de brecha Según analfabetismo del indicador: TMI | 2000 | 2010 | Cambio en el tiempo |
|---|---|---|---|
| Diferencia del riesgo absoluto | 16.21 | 9.83 | -6.37 |
| Diferencia del riesgo relativo | 2.14 | 1.68 | -0.47 |
| Promedio del indicador ponderado por los grupos | 23.66 | 16.75 | -6.91 |

Para la desigualdad por analfabetismo, tenemos como resultado una mayor mortalidad infantil en los distritos con más analfabetismo (Tolé, San Lorenzo, Renacimiento, Remedios) y en 2010 se observa el mismo fenómeno, pero Alanje reemplaza a Remedios con una brecha de 16.21 y 9.83 respectivamente.

**ANÁLISIS:**

Al observar la tendencia de la Razón de Mortalidad Materna en Chiriquí se observa que es a la disminución, sin embargo, vemos que nuevamente se elevó las cifras, en cuanto a la Mortalidad Infantil, observamos que no hay mayor variación a través de los años, esto nos indica que hay que replantear las estrategias en el control prenatal. Un nudo crítico que tenemos con ambas mortalidades es el déficit o mal llenado del lugar de origen, ya que en el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía se atienden tanto población de Bocas del Toro como de la comarca, y cuando fallecen muchas veces la incluyen la defunción como de Chiriquí, así mismo, como contamos con muchos indígenas que están de paso en los cafetales y fincas indican que son de Chiriquí siendo su residencia permanente la Comarca Gnäbe Buglé.

En cuanto al análisis de desigualdades podemos observar que para el año 2000, tanto para la Mortalidad Materna como la infantil, éstas son más elevadas en los Distritos con menor ingreso y menor alfabetismo: San Félix, San Lorenzo y Tolé, pertenecientes al Oriente Chiricano. En estos distritos su mayor fuente de trabajo es la ganadería y la lechería. Por estar cerca de la Comarca Gnäbe Buglé cuenta con gran cantidad de población Indígena, ya sea que reside o que está de tránsito. El Analfabetismo incide en el desconocimiento de los derechos en Salud Sexual y Reproductiva, en los derechos de gratuidad para los controles prenatales y controles de crecimiento y desarrollo; implica también no reconocer los signos de alarma durante su embarazo y signos de alarma para las enfermedades infantiles. La falta de ingreso también redunda en falta de servicios básicos como luz, agua y una vivienda digna propiciando enfermedades infecciosas como diarreas. Aunado a esto se encuentra el factor cultural en donde muchas prefieren el parto en casa, acuden primeramente a curanderos y tienen una alta tasa de natalidad aumentando el riesgo en el embarazo. Por otro lado, esta población tiene problemas de acceso a los servicios de salud ya sea por no contar con ingreso para pagar el transporte, o por la falta de éste, haciendo que deban recorrer grandes distancias prefiriendo entonces no acudir a las instalaciones de Salud. A pesar de la existencia de Centros de Salud para el 2000 ninguno contaba con laboratorio, por lo que los exámenes había que realizárselos en el Hospital del Oriente Chiricano, en los laboratorios privados o en David. Otro probable factor es que, en el hospital a pesar de contar con sala de parto y pediatría, no contaban con recursos para atender los embarazos complicados, o urgencias quirúrgicas y patologías pediátricas complicadas; teniéndose que trasladar hacia David.

Cuando realizamos el análisis de 2010 cambia el panorama, disminuye la Razón de Mortalidad de 52 a 38.9 y son los distritos con mayor ingreso y mayor analfabetismo

los que cuentan con una Razón de Mortalidad Materna más elevada. Para la desigualdad por nivel de ingresos se podría explicar por el advenimiento de diversas intervenciones enfocadas a los cuidados prenatales a poblaciones vulnerables y alejadas como el proyecto de mejora de la equidad y desempeño de la salud con sus paquetes básicos brindando mayor acceso a los servicios de Salud, ofreciendo atención prenatal en las comunidades, por tanto disminuye la mortalidad en estos distritos, pero permanece la tendencia en las de mayor ingreso. Es necesario hacer la observación que es el Distrito de Boquerón en donde hay la mayor cantidad de muertes, se tiene áreas que son muy alejadas que colindan con el Distrito de Tierras altas y presenta asentamientos indígenas, lo mismo para Bugaba, en el caso de David hay asentamiento indígenas, pero también área donde se concentran población con pobreza como lo es Las Lomas y Pedregal en donde otros determinantes afectan el acceso a los servicios de salud como el horario de transporte, el ingresos bajo y la violencia, en muchos de estos lugares hay bandas, delincuencia y droga. Por lo que tenemos que seguir realizando las reuniones de Muerte Materna, monitorizar cuales son los poblados donde mayormente ocurren estas muertes, y no sólo para ver estadísticas sino para plantear soluciones.

Al analizar la desigualdad en la Tasa de mortalidad infantil como se evidenció que la Tasa más elevada se encuentra en los de peor ingreso, pero con una brecha muy reducida de 1.85, pudiendo la misma explicación de disminución de la tasa en los de menor ingreso por haber mejorado la accesibilidad a los servicios con la intervención de la ECC que incluía también mejora de la calidad del agua pudiendo haber incidido en la diminución de algunas enfermedades infecciosas principalmente la diarrea y parasitosis.

En cuanto a analfabetismo se observa que siguen siendo los Distritos más analfabetas los afectados: Tolé, San Lorenzo, Renacimiento y Remedios, siendo esto un obstáculo para que la madre comprenda las instrucciones del médico y del medicamento; también para la comprensión de las consecuencias de no atender a tiempo al infante.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Según el análisis de desigualdades podemos concluir que en Chiriquí los distritos con mayor ingreso y alfabetismo tienen tasas más elevadas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes, ECV e IR), estos resultados nos invitan a replantear las intervenciones en los programas de Salud de Adulto y Adulto Mayor con estrategias que incidan en este grupo poblacional sin abandonar a los grupos más vulnerables, ya que generalmente se le brinda más énfasis a la población de menor ingreso y alfabetismo, sin embargo podemos observar que afectan contrariamente a grupos de mayor ingreso y alfabetismo. También se

podría realizar estudios que nos permitan conocer si hubo o no buen control de estas enfermedades y la adherencia al tratamiento.
Por último, al observar que la tendencia de la mortalidad va en aumento, esto nos indica que debemos fortalecer el tamizaje, educación sobre esta enfermedad y el programa de control de enfermedades crónicas en nuestra provincia. También debemos promover la educación continua en los profesionales sobre las normas de atención y sobre los protocolos de tratamiento.
Los censos de salud preventiva han mejorado el tamizaje, pero falta un plan para garantizar que el paciente acceda y se mantenga en control y que haya abastecimiento de medicamentos para cubrir sus necesidades.
En cuanto a la Tasa de Mortalidad Materna para el año 2000 eran más afectados los distritos de peor ingreso y alfabetismo. Para el 2010 se concentra en los de mejor ingreso, por lo que debemos fortalecer el programa de Salud Sexual y reproductiva en estos distritos sin desmejorar en los más vulnerables. Se deben hacer estudios de desigualdad por corregimientos en busca de aquellos que presentan más desigualdad para realizar intervenciones puntuales.
En cuanto a la Mortalidad Infantil sigue afectando a los distritos más pobres y analfabetas, pero con disminución de la brecha, por lo que debemos seguir enfocándonos en esta meta sin olvidar los bolsones desprotegidos de los distritos de mejor ingreso.
Debemos redoblar esfuerzos para cumplir con el ODS 3: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», que se han planteado para disminuir la mortalidad materna e infantil por causas evitables y disminuir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.

# ANEXOS

## ANEXO 1. FLUJOGRAMA DE LAS COMUNIDADES MÁS ALEJADAS POR DISTRITO

## DISTRITO DE ALANJE

Por su distribución y ubicación geográfica las comunidades con menor **accesibilidad geográfica** son los regimientos de **Chiriquí Viejo, Orillas de Chiriquí y Barro Blanco** los cuales están ubicados más al noroeste de la cabecera del Distrito de Alanje. En cuanto a **la accesibilidad económica** las comunidades de **San Martin, Tres Bocas (Chiriquí Viejo), Bajo Chirigagua (El Tejar) y La Picadura (Divalá)** según datos tomados de la contraloría general de la republica son los regimientos con menores ingresos económicos por familia siendo este en promedio de 60 dls.

| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del distrito (Alanje) | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Chiriquí viejo | Puesto de salud nuevo México | 11.4 km<br>34 a 35 minutos | 55.8 km<br>1 hora | Bus<br><br><br>taxi | 5:30am a 4pm y de 6am-6pm<br><br>6am-4pm | $2.40 balboas<br><br>$4.00 balboas |
| Barro blanco | Centro de salud Aserrío | 9.9 km<br>28 a 30 minutos | 40.2 km<br>45 minutos | Bus<br><br><br>taxi | 5am-7pm<br><br>5am-6pm | $2.00 (aserrío)<br>$4.00(barro blanco)<br><br>$10 balboas |
| Bajo Chirigagua | Centro de salud Alanje | 5.7 km<br>10 a 12 minutos | 5.7 km<br>10 a 12 minutos | Bus<br><br>Taxi | 5am-7:30pm<br>6am adelante | $0.35 centavos<br>$2 balboas |

# FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACION MÁS CERCANA

1 Hora

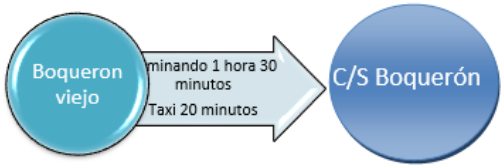
1 Hora

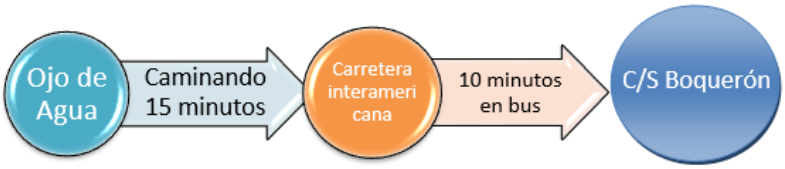
# DISTRIO DE BOQUERÓN

| Comunidad | Distancia Kms | Tiempo | Costo | Horario | Medios de Transporte |
|---|---|---|---|---|---|
| **BOQUERON VIEJO** | 3 kms | 2 horas | B/. 6.00 | 3:30 am | Taxi |
| **OJO DE AGUA** | 8 kms | 1:15 minutos | B/. 5.20 | 5:00 am | Taxi y Bus |
| **LAS MONJAS** | 17 Kms | 1:40 horas | B/. 2.60 | 3:30 am | Caminan 1 hora Bus |
| **LOS NARANJOS** | 23 Kms | 1:20 horas | B/. 4:90 | 4:00 am | Buses (2) |
| **SANTA RITA** | 15 Kms | 40 minutos | B/. 2.60 | 5:30 am | Bus |
| **PARAISO** | 16 Kms | 1 hora | B/. 3.80 | 4:00 am | Buses (2) |
| **SANTA MARTA** | 18 Kms | 1:15 hora | B/. 3.80 | 4:00 am | Buses (2) caminando 15 minutos |
| **LA HERRADURA** | 17 Kms | 1:10 hora | B/. 3.95 | 4:00 am | Buses (2) |
| **MIRAFLORES** | 16 Kms | 1 hora | B/. 3.80 | 4:10 am | Bus (2) |

En Boquerón viejo y Ojo de Agua para buscar transporte solo se puede ir a caballo o caminando

# FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACION MÁS CERCANA



# DISTRITO DE BUGABA

| Pregunta Comunidad | Instalación más Cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Quebrada Llana | C/S San Andrés | (1-hora, hasta San Francisco, caminando, 2Kms aproximadamente) y de San Francisco al Centro de Salud de San Andrés, está en Vehículo de Transporte Colectivo a 10 minutos aproximadamente. | 49 Km<br>54 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 8.00 (ida y vuelta) |
| La Esperanza | C/S San Andrés | (45 minutos aproximadamente, hasta San Francisco caminando 1Kms aproximadamente) y de San Francisco al Centro de Salud de San Andrés, está a 10 minutos /transporte colectivo. | 44 Km<br>45 minutos | Caminando<br>Transporte Colectivo/Selectivo | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 8.00 (ida y vuelta) |
| Alto Chiriquí | Puesto de Salud<br>Gómez | Está a 6Km aproximadamente, más 15 minutos en tiempo transporte colectivo) | 24 Km<br>24 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta) |
| Gómez Abajo | Sub-Centro de Salud<br>Gómez | Está a 5 km, más 15 minutos en tiempo transporte colectivo) | 33 Km<br>33 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 |

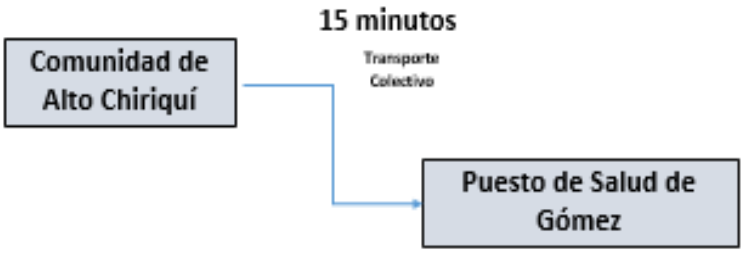
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | (ida y vuelta) |
| La Meseta | Sub-Centro de Salud<br>Gómez | (Está a 5 km, más 15 minutos en tiempo transporte selectivo). | 34 Km<br>36 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 6.00 (ida y vuelta) |
| Correntón | C/S Aserrío de Gariché | (Está aproximadamente 21 Km, más 30 minutos en tiempo). Correntón-Jacú aproximadamente a 30 minutos caminando). | 43 Km<br>50 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 10.00 (ida y vuelta) |
| Las Azules | C/S Aserrío de Gariché | Está aproximadamente 8 Km, más 35 minutos en tiempo Transporte Colectivo). | 25 Km<br>30 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta) |
| Los Arenales | C/S Aserrío de Gariché | Está aproximadamente 7 Km, más 30 minutos en tiempo, transporte Selectivo). | 18 Km<br>20 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta) |
| Jujucales | Puesto de Salud de Bongo | (Está aproximadamente a 2 Km, más caminando hasta la intersección de la Cuchilla y Las | 14 Km<br>16 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 |

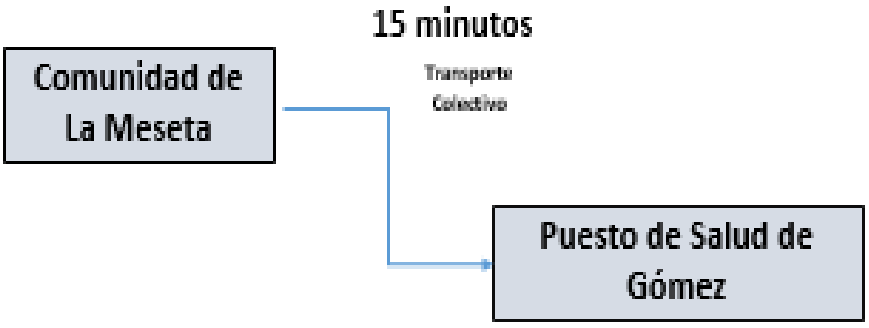
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Tumbas) (1-hora, desde este punto se encuentra al Centro de Salud a 4 Km, 10 minutos en transporte colectivo). | | | | hasta B/. 5.00 (ida y vuelta) |
| Las Tumbas | Puesto de Salud de Bongo | Se encuentra a 7,6 Km (10mtos) en transporte colectivo) | 20 Km<br>22 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 6.00 (ida y vuelta) |
| La Madroña | Sub Centro de Salud La Mata de Bugaba | Está aproximadamente a 1.5 Km (45 minutos a 1 hora) transporte-caminando o a caballo. | 5 Km<br>8 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando<br>Caballo | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 4.00 (ida y vuelta) |
| Altos Los Miranda | Puesto de Salud Las Trancas de Siogui | (Está aproximadamente a 1 Km (45 minutos a 1 hora) transporte caminando o a caballo tiempo relativo. | 12 Km<br>18 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 5.00 (ida y vuelta) |
| Ojo de Agua | C/S Santa Marta | (Está a 1 Km (10 minutos) transporte colectivo y muchas veces acceden caminando 30 minutos). | 14 Km<br>14 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta) |

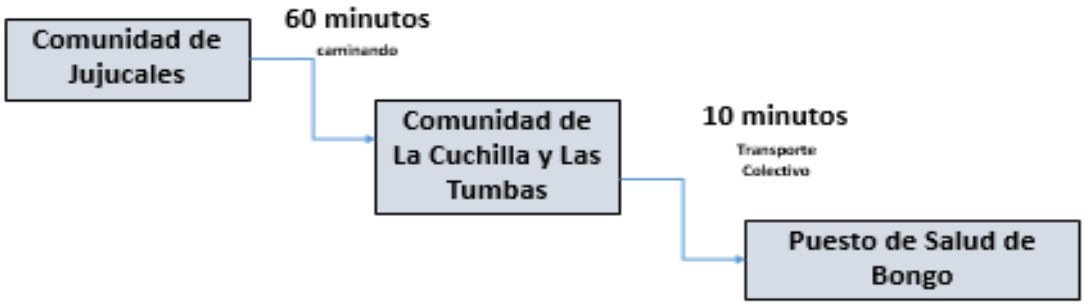
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bajo Frío | C/S Santa Rosa | Se encuentra a 3,6 Km (2 horas) hasta Camarón Arriba, donde toman el transporte colectivo hacia el Centro de Salud a 10 minutos de recorrido. | 21 Km<br>29 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 9.00 (ida y vuelta) |
| Volante Arriba | C/S Sortová | (Se encuentra a 1 Km (45 minutos) aproximadamente hasta la comunidad de Buena Vista Abajo (frente a Lácteos Don Joaquín) donde toman un transporte colectivo hasta Porvenir, donde luego hacen trasbordo hacia Sortová más 1.30 hora). | 14 Km<br>15 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 7.00 (ida y vuelta) |
| Volante Abajo | C/S Sortová | (Salen de Volante Abajo caminando o a caballo hasta la Comunidad de La Colonia más 2 Km (1 hora) de distancia. Luego toman transporte colectivo, que lo transporta al Centro de Salud de Sortová Centro más (10 minutos). | 13 Km<br>12 Minut0s | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 6.00 (ida y vuelta) |
| Quebrada Negra (Arriba, Abajo) | C/S Santo Domingo | (Se encuentra a 1 Km de distancia al Centro de Salud, de 30 a 45 minutos caminando (se encuentra regularmente pacientes de la Etnia Ngäbe Bugle). | 16 Km<br>25 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 8.00 (ida y vuelta) |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Manchuila Abajo | C/S Santo Domingo | (Se encuentra más a 1.5 Km (1 hora) al Puesto de Salud de Manchuila (cerrado actualmente) por lo que tienen que trasladarse al C/S de Santo Domingo unos 4 Km más, transporte caminando o a caballo. | 17 Km<br><br>19 minutos | Transporte Colectivo/Selectivo<br><br>Caminando | Diurno | Variable pero puede oscilar entre B/.2.00 hasta B/. 5.00 (ida y vuelta) |

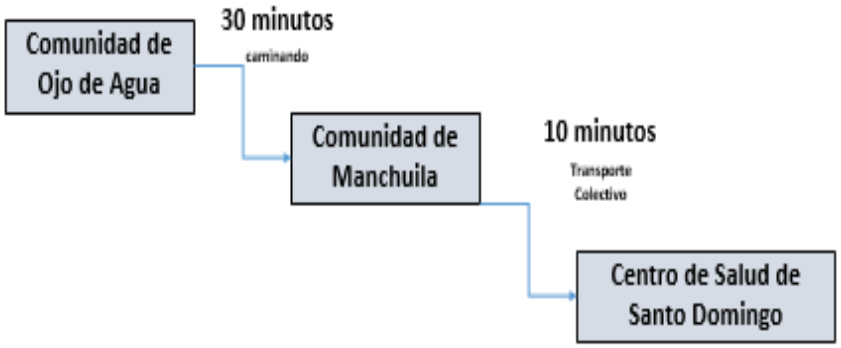
## FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACION MÁS CERCANA

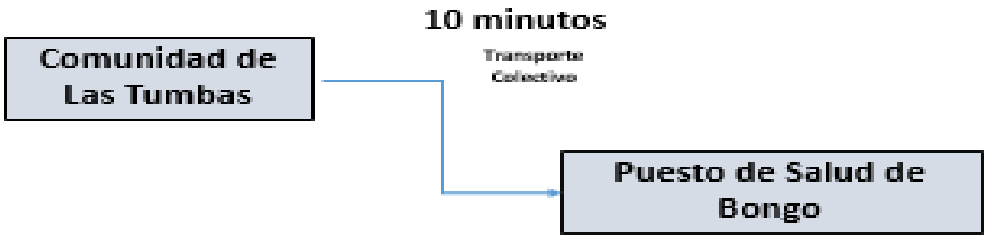


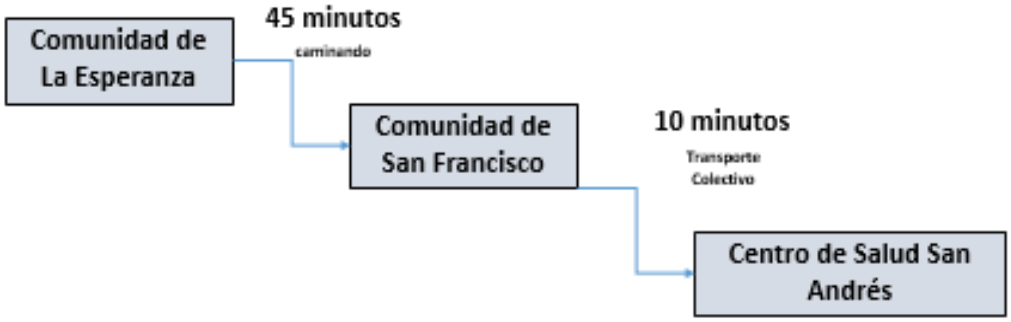

Comunidad de Jujucales
60 minutos
caminando
Comunidad de La Cuchilla y Las Tumbas
10 minutos
Transporte Colectivo
Puesto de Salud de Bongo

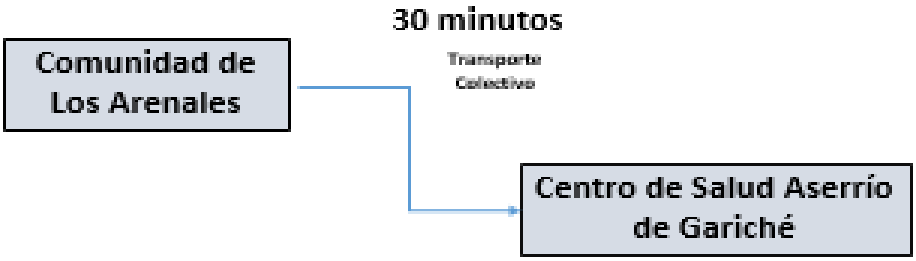
Comunidad de La Madroña
60 minutos
caminando
Sub Centro de Salud de La Mata de Bugaba

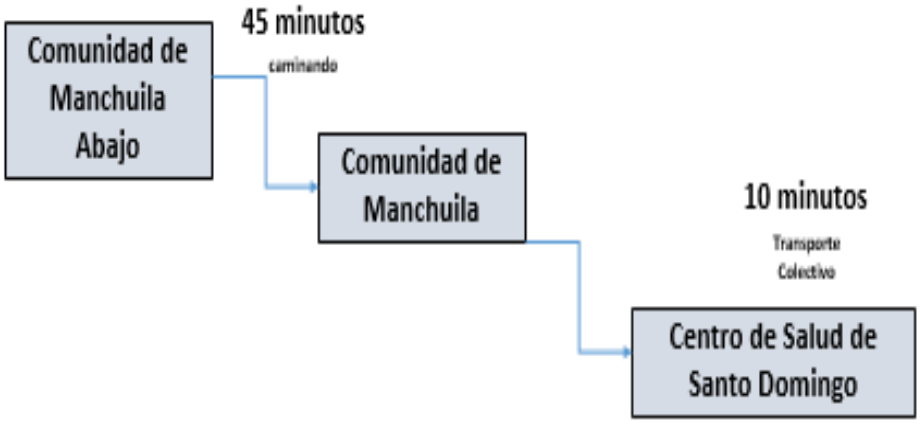

Comunidad de Ojo de Agua
30 minutos
caminando
Comunidad de Manchuila
10 minutos
Transporte Colectivo
Centro de Salud de Santo Domingo

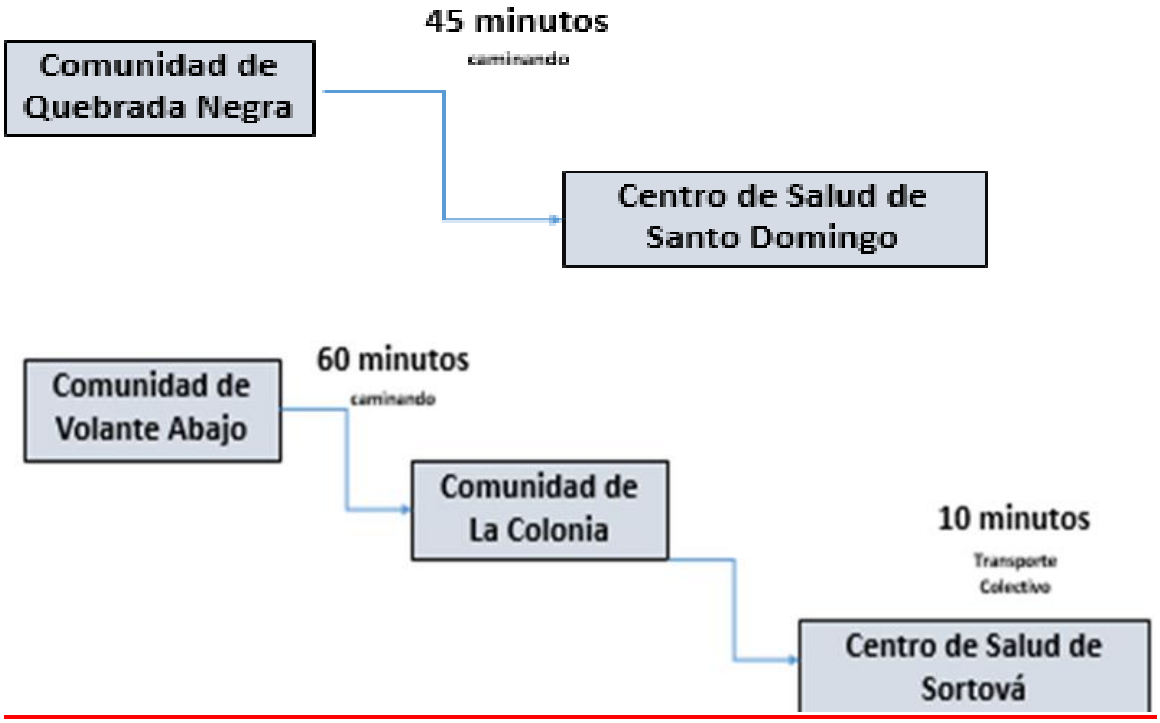

Comunidad de Las Tumbas
10 minutos
Transporte Colectivo
Puesto de Salud de Bongo

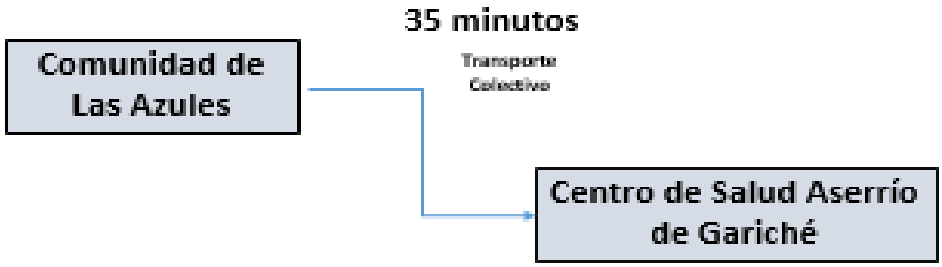
Comunidad de Quebrada Llana
1 hora
caminando
Comunidad de San Francisco
10 minutos
Transporte Colectivo
Centro de Salud San Andrés

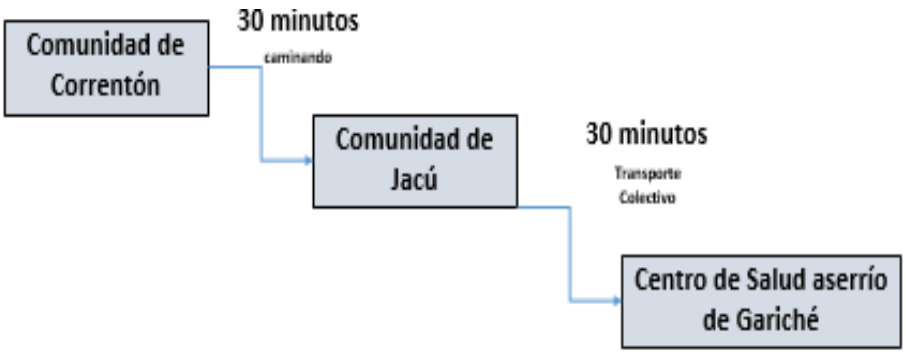

Comunidad de La Esperanza
45 minutos
caminando
Comunidad de San Francisco
10 minutos
Transporte Colectivo
Centro de Salud San Andrés

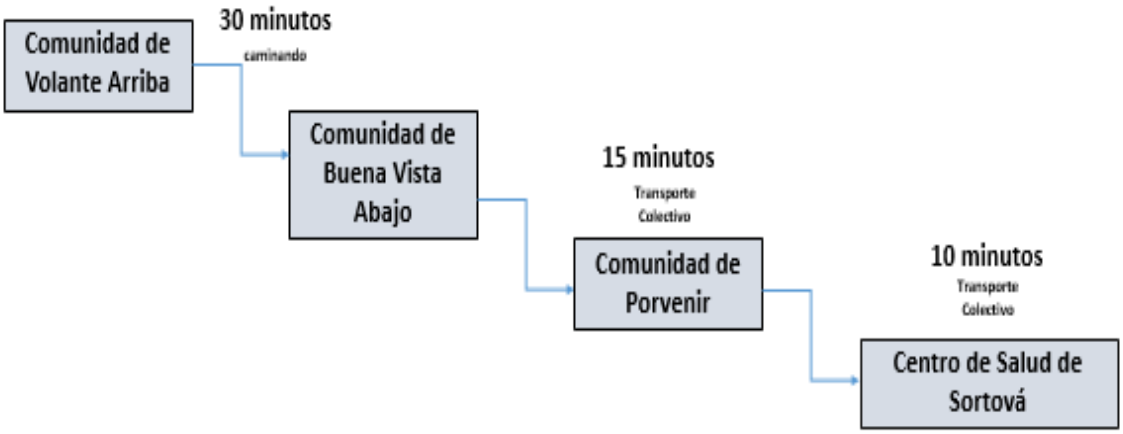

Comunidad de Los Arenales
30 minutos
Transporte Colectivo
Centro de Salud Aserrío de Gariché


Comunidad de Manchuila Abajo
45 minutos
caminando
Comunidad de Manchuila
10 minutos
Transporte Colectivo
Centro de Salud de Santo Domingo

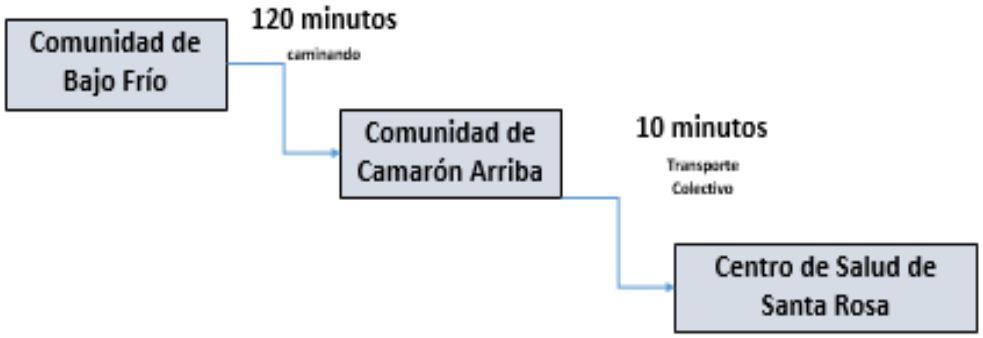

45 minutos
caminando
Comunidad de Quebrada Negra
Centro de Salud de Santo Domingo
Comunidad de Volante Abajo
60 minutos
caminando
Comunidad de La Colonia
10 minutos
Transporte Colectivo
Centro de Salud de Sortová


35 minutos
Transporte Colectivo
Comunidad de Las Azules
Centro de Salud Aserrío de Gariché


Comunidad de Correntón
30 minutos
caminando
Comunidad de Jacú
30 minutos
Transporte Colectivo
Centro de Salud aserrío de Gariché


Comunidad de Volante Arriba
30 minutos
caminando
Comunidad de Buena Vista Abajo
15 minutos
Transporte Colectivo
Comunidad de Porvenir
10 minutos
Transporte Colectivo
Centro de Salud de Sortová

60 minutos
caminando
Comunidad de Altos Los Miranda
Puesto de Salud de Las Trancas de Sioguí

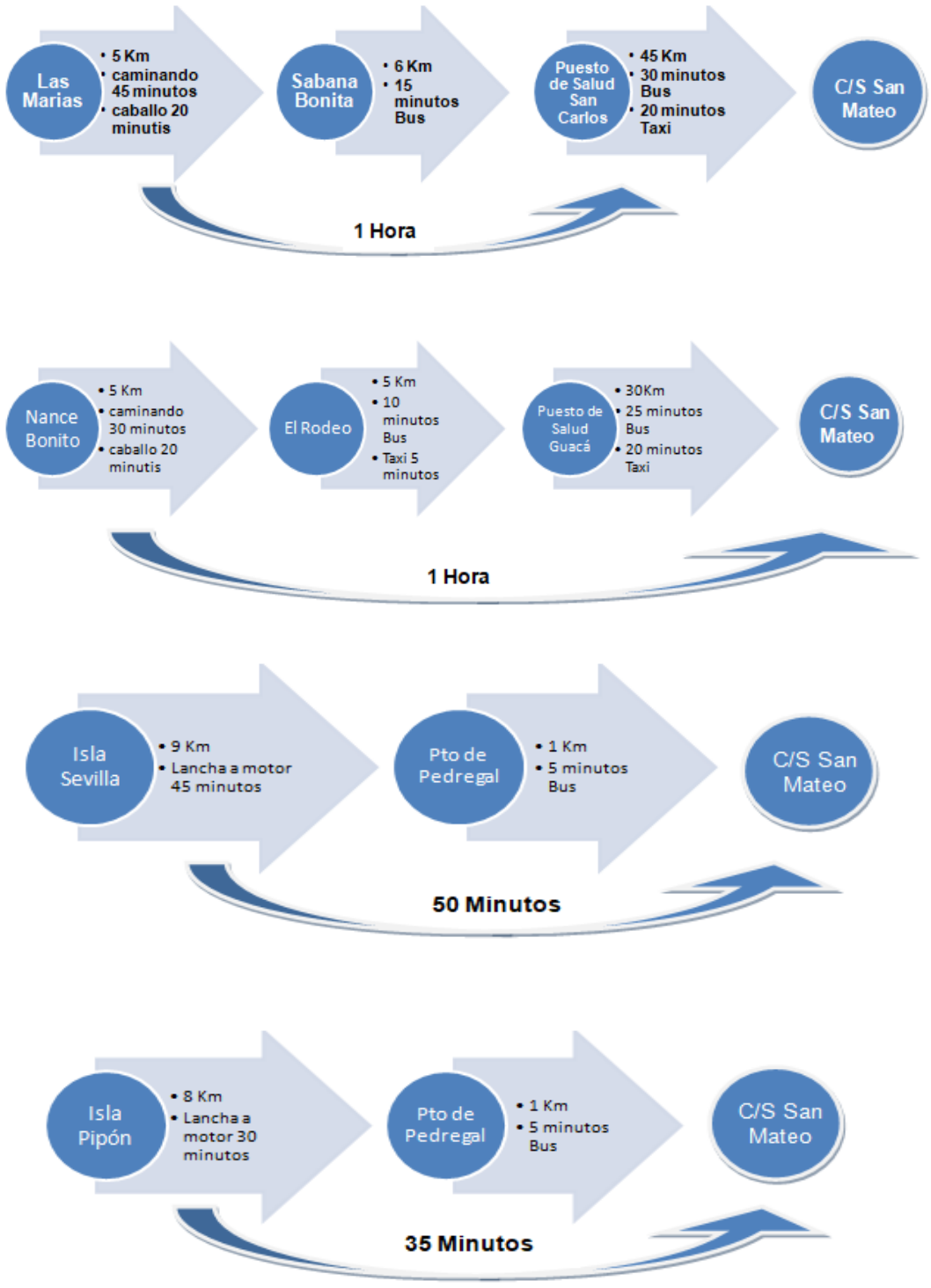



## DISTRITO DE DAVID

| Comunidad | Instalación del MINSA mas cercana | Distancia en tiempo y Km a la instalación de salud desde la comunidad | Distancia de la comunidad a la cabecera del distrito en Km | Medios de trasporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Las Marías | Puesto de Salud de San Carlos | 1 Hora<br>15 minutos<br>11 Km | 45 Km | -Pies y caballo (hasta sabana bonita)<br>-Bus | 24 Horas<br><br>5:00am a 5:00pm | $2.90 |
| Nance Bonito | Puesto de Salud de Guacá | 1 Hora<br>20 minutos<br>10 Km | 40 Km | -Pies y caballo (hasta el rodeo)<br>-Bus | 24 Horas<br><br>5:00am a 6:00pm | $3.50 |
| Isla Sevilla | C/S Bda San José | 45 Minitos<br>12.8 Km | 9 Km | -Bus<br>-Lancha de motor | 5:00am a 11:00pm<br>Libre demanda | $0.70 Bus<br>$50.00 - $100.00 lancha completa |
| Isla pipón | C/S Bda San José | 30 Minutos | 8 Km | -Bote con remo<br>-Lancha con motor<br>-Bus | Libre demanda<br>5:00am a 11:00pm | $50.00 - $100.00 lancha completa<br>$0.70 Bus |

***Las lanchas son llamadas algunas tipo taxi y cobran 50.00 a 150.00 depende de la capacidad de la lancha y el tipo de lancha.**

**FLUJOFRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACIÓN MAS CERCANA Y AL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA**



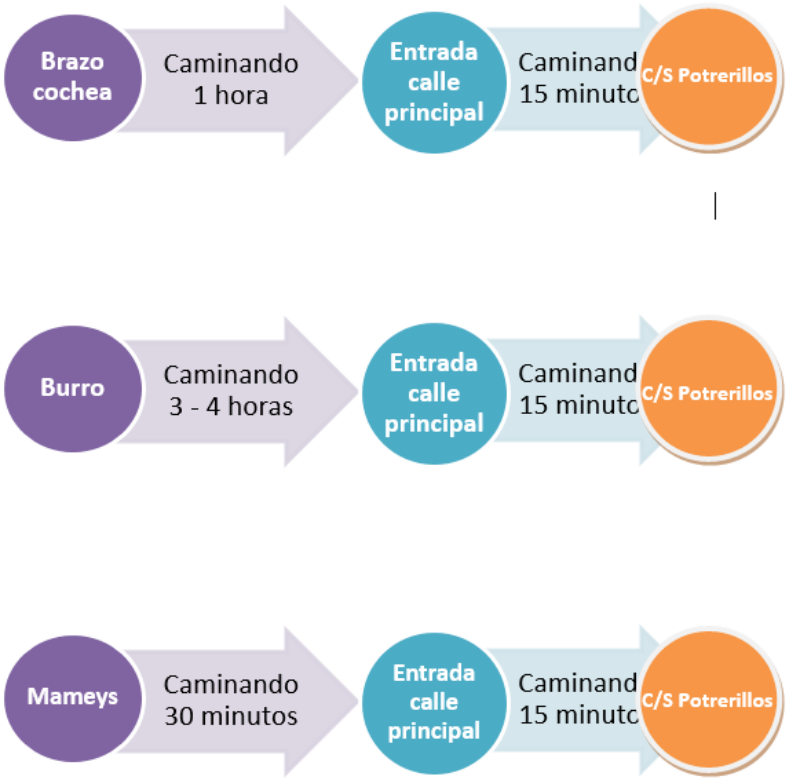
## DISTRITO DE DOLEGA

### ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

Todas las comunidades tienen accesibilidad a la instalación de salud y a la cabecera del Corregimiento. Las más distantes son: Los Mameyes, Las Brujas, Y el Burro (es un cerro donde viven aproximadamente 5 familias).

| COMUNIDAD | INSTALACION DE SALUD MAS CERCANA | DISTANCIA A LA INSTALACIÓN MÁS CERCANA | DISTANCIA A LA CABECERA DEL DISTRITO (DOLEGA) | MEDIO DE TRANSPORTE | HORARIO | COSTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Los Mameyes Las Brujas El Burro** | Sub Centro de Salud de Potrerillos Arriba<br><br>Centro de Salud Potrerillos Abajo.<br><br>MINSA CAPSI Dolega | 2 horas caminando / 31 minutos en auto 7.2km<br><br>35 minutos en auto /2hrs. Y 30 minutos caminando 14 km<br><br>42 minutos en auto /4hrs. 36 minutos caminando 25 km | 42 minutos en auto 25 km | A pies, bus<br><br>Bus, Taxi<br><br>Bus | Primer bus a partir de las 5:55 a.m. y a partir de las 7:00 a.m. cada 1 hora hasta las 9:00 p.m. | 0.35 centavos<br><br>0.50 centavos + 0.35 centavos<br><br>1.00 balboas |

# FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACION MÁS CERCANA

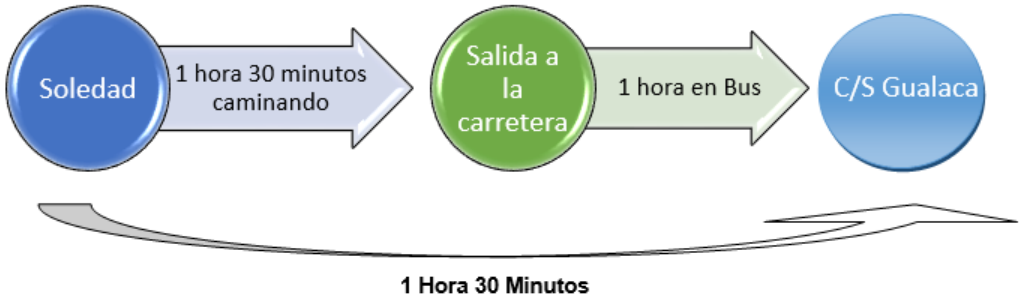



| COMUNIDAD | INSTALACIÓN MÁS CERCANA | DISTANCIA A LA INSTALACIÓN MÁS CERCANA | DISTANCIA A LA CABECERA DEL DISTRITO (GUALACA) | MEDIO DE TRANSPORTE | HORARIO | COSTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Soledad (Hornito) | Centro De Salud De Gualaca | 71 kms | 71 kms | -caminando<br>-caballo<br>-carro<br>-bus | bus desde 6 am | 2.70 en bus a Gualaca |
| Fortuna | Centro Salud De Caldera | 52 kms | 70 kms | -caminando<br>-caballo<br>-carro<br>-bus | no hay ruta bus en la comunidad. cuando salen a carretera principal bus ruta | 2.30 a caldera |
| Gualaquita | Centro De Salud De Gualaca | 20 kms | 20 kms | -caminando<br>-caballo<br>-carro<br>-bus | desde 5 am pasan buses por donde salen | 0.75$ a Gualaca |

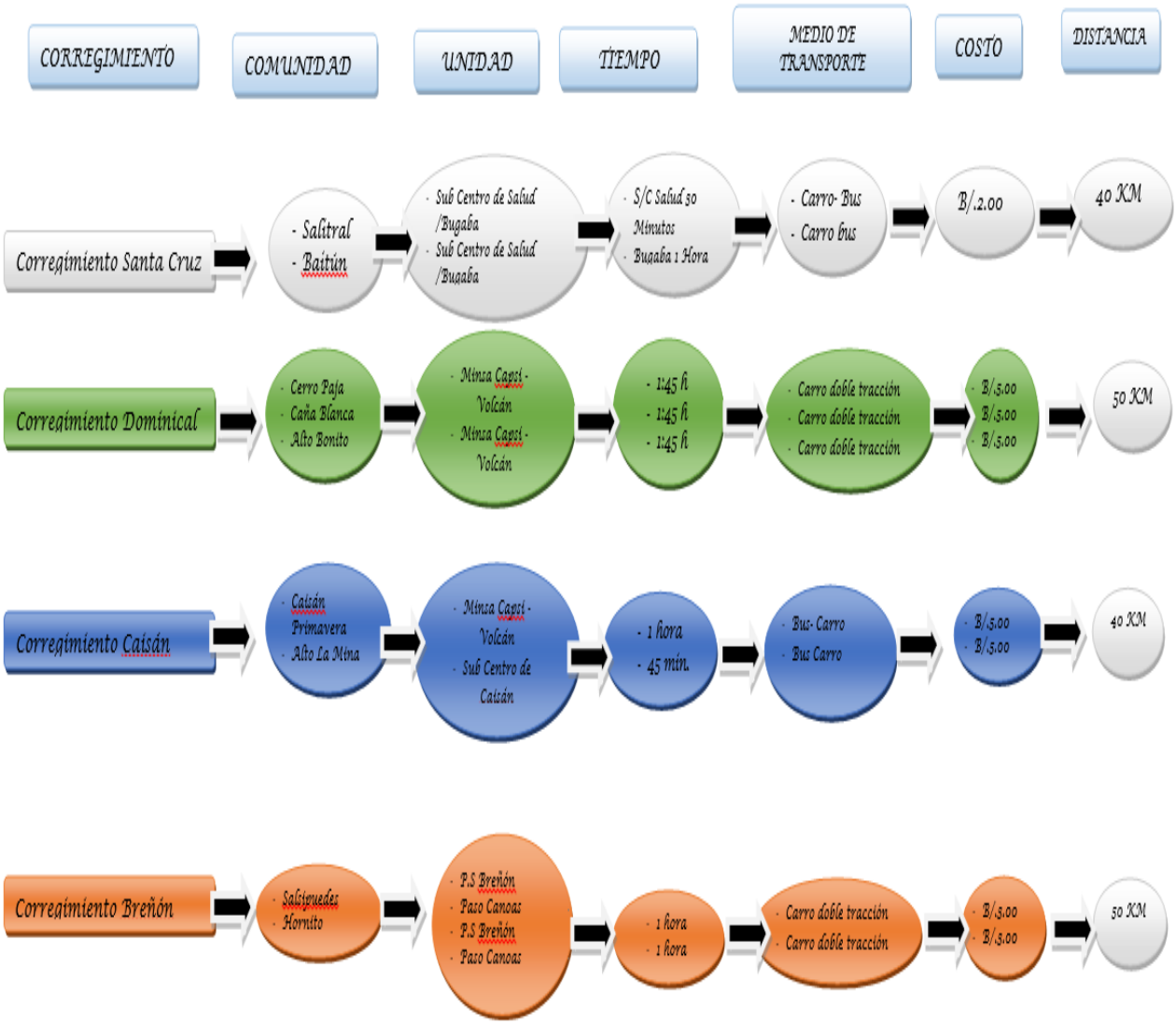
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bongo | Centro De Salud Chiriquí | 35 kms | 37 kms | -caminando<br>-caballo<br>-carro<br>-bus | bus desde 5 am de los Ángeles | 1,25 $ de los Ángeles al cruce 0.60 de cruce a Gualaca 1,40 $ de los Ángeles a Chiriquí |
| El Macho | Centro De Salud De Chiriquí | 43 kms | 45 kms | -caminando<br>-caballo<br>-carro<br>-bus | bus desde 5 am de los Ángeles | 1,25 $ de los Ángeles al cruce 0.60 de cruce a Gualaca 1,40 $ de los Ángeles a Chiriquí |
| Galerita | Centro De Salud De Chiriquí | 37 kms | 39 kms | -caminando<br>-caballo<br>-carro<br>-bus | desde 5 am bus de los Ángeles | 1,25 $ de los Ángeles al cruce 0.60 de cruce a Gualaca 1,40 $ de los Ángeles a Chiriquí |
| Calabazal | Centro De Salud De Caldera | 28 kms | 36 kms | -caminando<br>-caballo<br>-carro<br>-bus | bus de Chiriquicito a caldera | 0,75$ |
| Paja De Sombrero | Centro De Salud De Caldera | 24 kms | 32 kms | -caminando<br>-caballo<br>-carro<br>-bus | bus sale una sola vez por día a las 5 am | a caldera: 1.25 si usa bus hasta Gualaca son 3.00 ida más 3.00 dólares regreso |

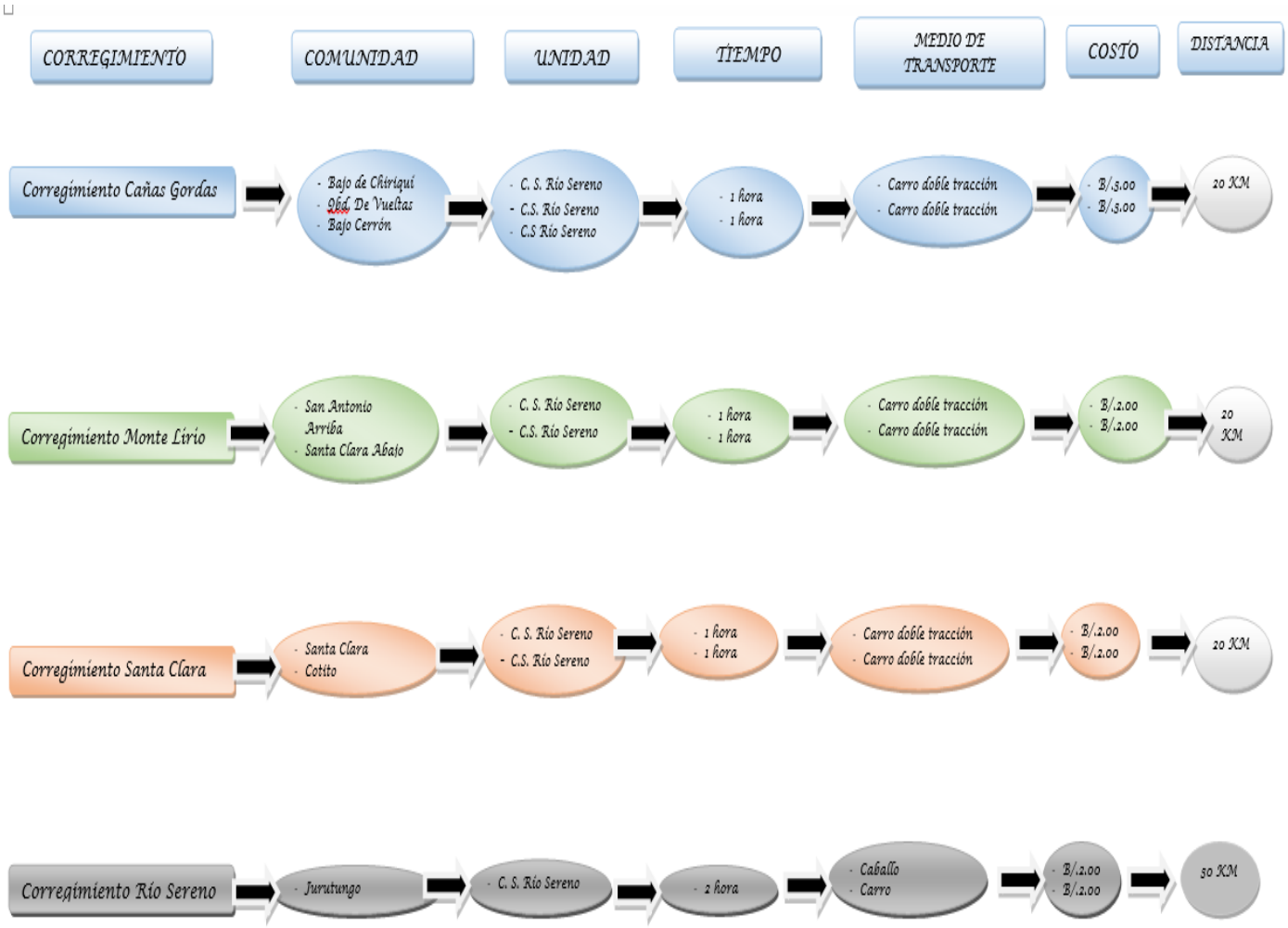
# DISTRITO DE GUALACA

## FLIUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACIÓN MÁS CERCANA



# DISTRITO DE RENACIMIENTO




CORREGIMIENTO
COMUNIDAD
UNIDAD
TIEMPO
MEDIO DE TRANSPORTE
COSTO
DISTANCIA
Corregimiento Cañas Gordas
- Bajo de Chiriquí
- Vda. De Vueltas
- Bajo Cerrón
- C. S. Río Sereno
- C.S. Río Sereno
- C.S Río Sereno
- 1 hora
- 1 hora
- Carro doble tracción
- Carro doble tracción
- B/.3.00
- B/.3.00
20 KM
Corregimiento Monte Lirio
- San Antonio Arriba
- Santa Clara Abajo
- C. S. Río Sereno
- C.S. Río Sereno
- 1 hora
- 1 hora
- Carro doble tracción
- Carro doble tracción
- B/.2.00
- B/.2.00
20 KM
Corregimiento Santa Clara
- Santa Clara
- Cotito
- C. S. Río Sereno
- C.S. Río Sereno
- 1 hora
- 1 hora
- Carro doble tracción
- Carro doble tracción
- B/.2.00
- B/.2.00
20 KM
Corregimiento Río Sereno
- Jurutungo
- C. S. Río Sereno
- 2 hora
- Caballo
- Carro
- B/.2.00
- B/.2.00
50 KM

# DISTRITO DE REMEDIOS

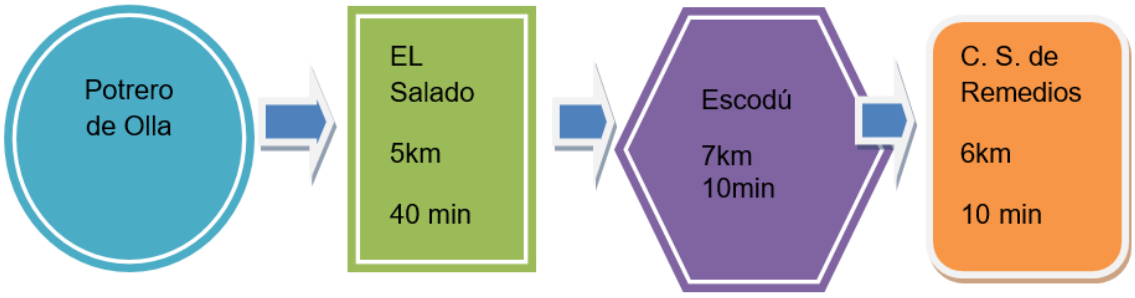
La comunidad con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural en el Distrito de Remedios es Potrero de Olla ubicada en el corregimiento de El Nancito.

La distancia existente entre el Centro de Salud de Remedios y la comunidad de Potrero de Olla es de aproximadamente 18 km y su recorrido en tiempo es de una (1) hora. Igualmente es la distancia entre la comunidad de Potrero de Olla y la cabecera del Distrito ya que el Centro de Salud de Remedios se encuentra ubicado en la cabecera del Distrito.

Los medios de transporte utilizados son pickup 4x4 colectivos desde El Salado (entrada o ruta de acceso) hasta la comunidad de Potrero de Olla, y los buses de ruta interna y externa. Ya que ésta población tiene que transbordarse de Potrero de Olla hasta El Salado luego de El Salado hasta El Escodú y de aquí a Centro de Salud de Remedios. El horario del sistema de trasporte es de las 5:00am hasta las 7:00pm.

La población de Potrero de Olla demora una (1) hora en llegar al Centro de Salud de Remedios.

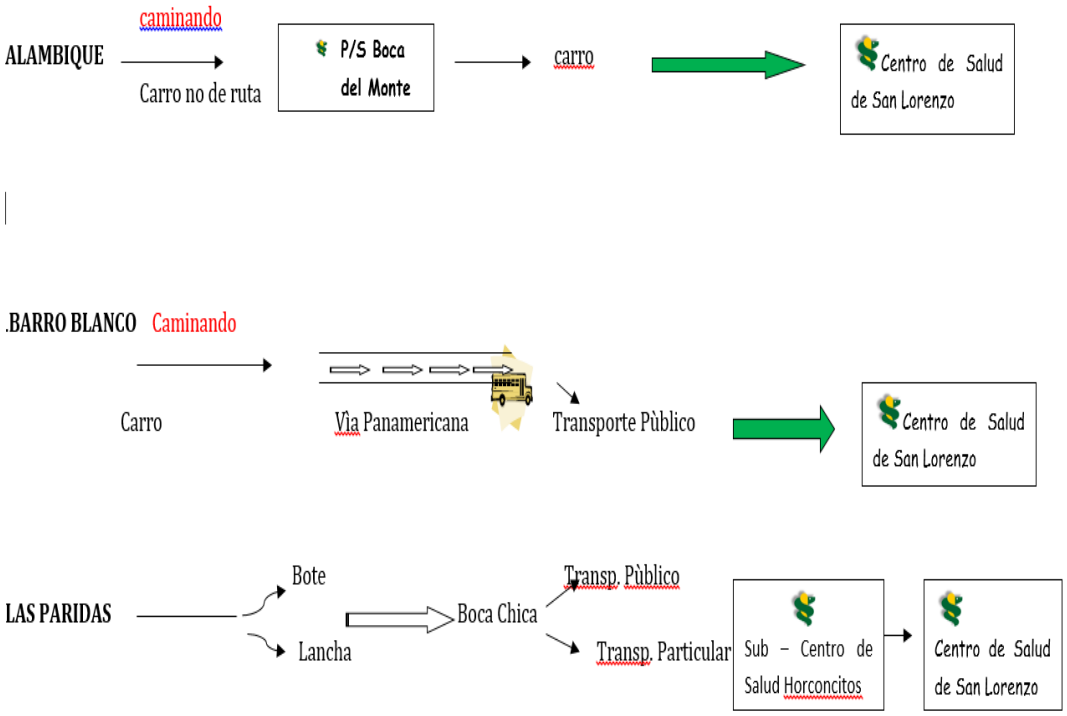
*Flujograma de Llegada*




El costo de la movilización para la población de Potrero de Olla es de B/. 4.70 aproximadamente

# DISTRITO DE SAN LORENZO.

1. **LAS DISTANCIAS EN TIEMPO EXISTENTES ENTRE LAS INSTALACIONES DE SALUD MÁS CERCANAS Y ESTAS COMUNIDADES SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:**



| COMUNIDAD | INSTALACION MAS CERCANA | DISTANCIAS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Caminando | Hamaca | Carro | Lancha o Bote | Kilòmetros | Distancia a la Cabecera de Horconcitos |
| Peses | SAN LORENZO | 3 Horas 45 minutos | 5 horas | 1 hora | ----- | 24 | 2 horas |
| Monito | | 6 horas | 8 horas | 1 hora 30 minutos | ----- | 26 | 2 horas |
| Alambique | BOCA DEL MONTE | 1 hora35 minutos | 2 horas | 13 minutos | ---- | 7.8 km | 1 hora 35 |
| El María | | 2 horas | 3 horas | ---- | ---- | 9 km | 2 horas 30 minutos |
| Barro Blanco | | 3 hora 1 minutos | 5 horas | 1 hora | ---- | 15 km | 45 minutos |
| Isla Las Paridas | BOCA CHICA | 2 horas 45 minutos | ----- | 1 hora 5 minutos | 45 minutos | 33 | 1 hora 5 minutos |
| Isla Palenque | | 2 horas 10 minutos | ----- | 30 minutos | 10 minutos | 22 | 30 minutos |
| Isla Boca Brava | | 4 horas 52 minutos | ----- | 34 minutos | 5 minutos | 24 | 25 minutos |

COSTO DE MOVILIZACIÒN PARA LA POBLACIÒN QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD

Costo Ida y Vuelta

- Llano Grande Al Rio = B/ 1.00
- Del Rio A Llano Grande B/ 1.00 **Pasaje Ida Y Vuelta = B/ 2.00**
- Boca Del Monte – San Lorenzo = B/ 1.50
- San Lorenzo – Boca Del Monte = B/ 1.50 **Pasaje Ida Y Vuelta = B/ 3.00**
- **Las Vueltas – San Lorenzo = B/ 1.50**
- **San Lorenzo – Las Vueltas = B/ 1.50 Pasaje Ida Y Vuelta = B/3.00**
- Boca Chica – Horconcitos = Bus B/ 3.00
- Boca Chica – Horconcitos = Taxi B/. 24.00 (Depende De La Hora En La Que Se Requiera Realizar El Traslado)
- Bote O Lancha Las Paridas - Boca Chica = Costo Real B/. 240.00 – Costo Por Combustible/. 80.00
- Bote O Lancha Isla Palenque – Boca Chica = Costo Real B/.120.00 – Costo Por Combustible: B/.40.00
- Bote O Lancha Boca Brava – Boca Chica = Costo Real B/. 120.00 – Costo Por Combustible: B/ 40.00

**OBSERVACIONES: Estas áreas son costas: se desplazan en lancha hasta Boca Chica y luego en carro a Horconcitos= Boca Chica – San Lorenzo 45 minutos**

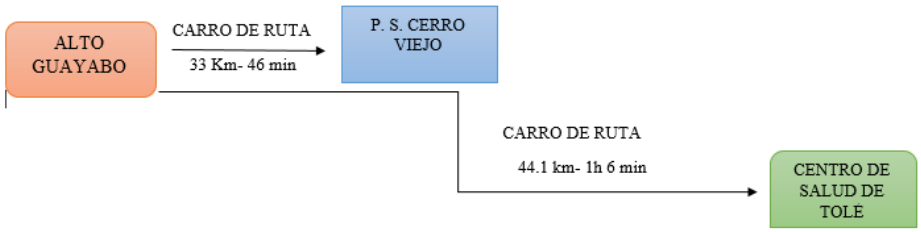
## DISTRITO DE SAN FELIX

## FLUJOGRAMA DE LLEGADA A LA INSTALACIÓN MÁS CERCANA

| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia y tiempo a la instalación más cercana | Distancia y tiempo a la cabecera del Distrito (Las Lajas) | Medio de transporte | costo |
|---|---|---|---|---|---|
| **Boca Macho** | S/C Juay | 25 km<br>Caminado : 4h<br>Caballo: 2h | 35 km | Caballo<br>Bus | $1.40 |
| **Galique** | S/C Juay | 15 km<br>Caminando : 2.5h<br>Caballo 2h | 25 km | Caballo<br>Bus | $1.40 |
| **La Playa** | C/S de la Lajas | 13 km<br>Caminando: 2.5h<br>Taxi : 35 min | 13km | Taxi | $ 5.00 |
| **Buenos Aires** | C/S de la Lajas | 12 km<br>Caminando: 2.h<br>Taxi : 30 min | 12km | Taxi | $2.00 |

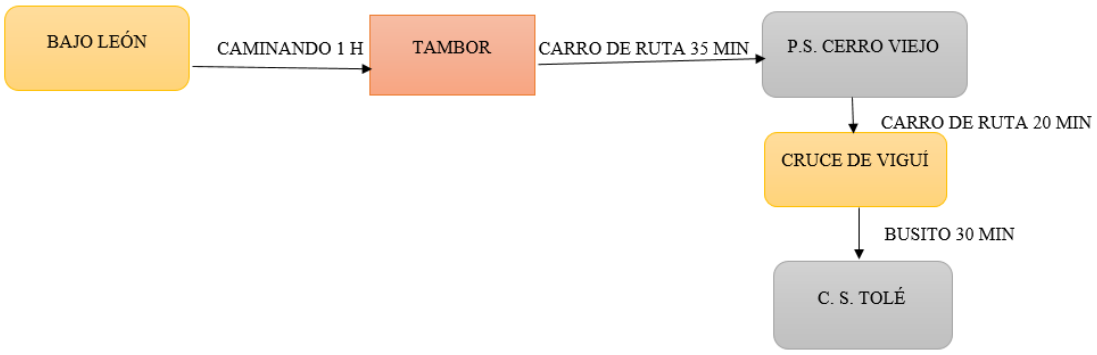
# DISTRITO DE TOLE

| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé ) | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alto Guayabo | Puesto de Salud de Cerro Viejo | 33 Km<br>46 minutos | 44.1 Km<br>1h 6 min | Carro doble de transporte hasta Viguí<br>Luego busito de Viguí a Tolé | (Alto Guayabo-Cerro Viejo)<br>5:00 am<br>12:00 md<br>4:30 pm<br><br>(Viguí a Tolé)<br>Cada 30 minutos sale un busito | 2.50<br><br>(Ida y vuelta)<br><br>2.60 |

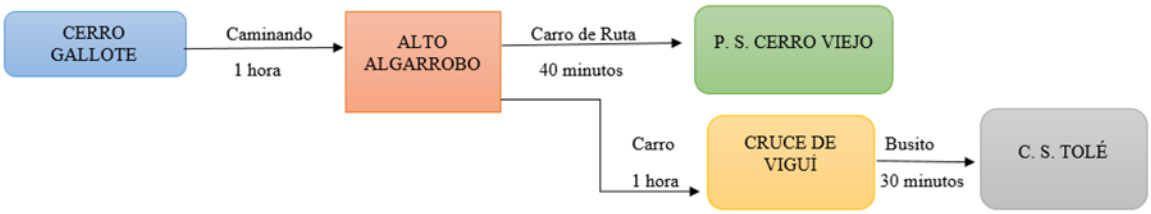



| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé ) | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bajo León | Puesto de Salud de Cerro Viejo | 1 h 35 min* | 2 horas* | -Caminando hasta Tambor (1h)<br><br>-Luego carro de ruta de tambor a cerro viejo (35 min)<br><br>Sí amerita venir a Tolé -Busito de Cerro Viejo a Tolé | -<br><br>(Tambor a Cerro Viejo) 3 vueltas al día<br><br>(Viguí a Tolé)<br>Cada 30 minutos sale un busito | -<br><br>1.25<br><br>1.30 |

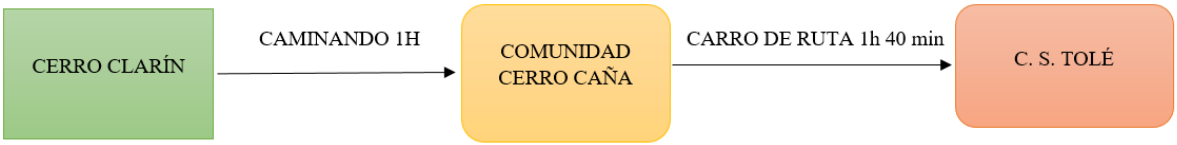
*No aparece en el Google map



| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé ) | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cerro Gallote | Puesto Salud de Cerro Viejo | Caminando (1h) hasta Alto Algarrobo<br><br>De Alto Algarrobo a Cerro Viejo<br><br>o<br><br>De Alto Algarrobo a Viguí<br><br>De Viguí a Tolé | **40.9 Km (2h 30 min)**<br><br>(40 min)<br><br><br><br>(1h)<br><br>(30 min) | -Caminando hasta Alto Algarrobo<br><br>-Luego en carro de ruta hasta Cerro Viejo<br><br>o<br><br>De Alto Algarrobo a Viguí<br><br>De Viguí a Tolé | -<br><br>Cada 30 minutos<br><br><br><br><br>Cada 30 minutos | -<br><br>1.00<br><br><br><br>1.75<br><br>1.30 |

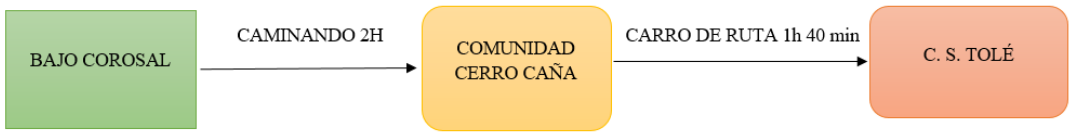



| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé ) | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cerro Clarín | Centro de Salud de Tolé | Caminando (1h) hasta Cerro Caña<br>De cerro caña a Tolé en carro de ruta<br>(1h 40 min) | (2h 40 min) | -Caminando hasta Cerro Caña<br>-Luego en carro de ruta hasta Tolé | -<br><br>6:00 am<br>1:00 pm<br>5:00 pm<br><br>3 vueltas al día | -<br><br>3.50<br><br><br>- |

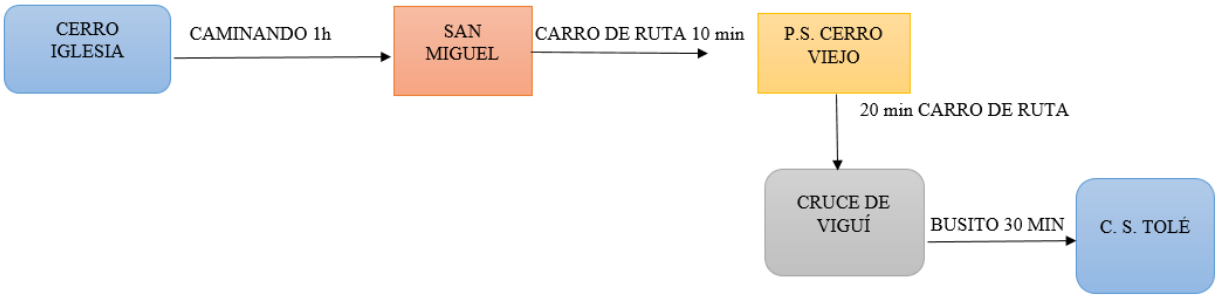


| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé ) | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cerro Brujo | Puesto de Salud de Cerro Viejo | 5.1 Km | 32.9 Km | Caminando hasta el Puesto de Salud de Cerro Viejo (1h)<br><br>Busito de Cerro Viejo a Tolé | -<br><br>(Viguí a Tolé) Cada 30 minutos sale un busito | -<br><br>(Ida y vuelta) 2.60 |

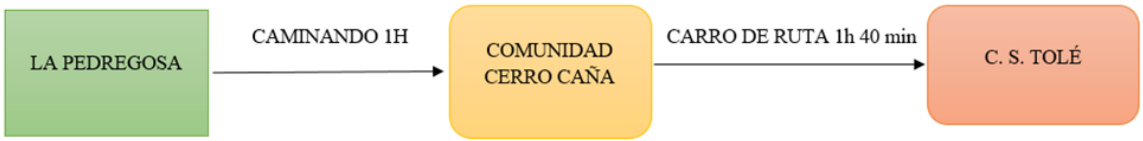
| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé ) | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bajo Corosal | Centro de Salud de Tolé | Caminando (2h) hasta Cerro Caña<br>De cerro caña a Tolé en carro de ruta (1h 40 min) | (2h) | -Caminando hasta Alto Algarrobo<br>-Luego en carro de ruta hasta Cerro Viejo<br>ó<br><br>De Alto Algarrobo a Viguí<br><br>De Viguí a Tolé | -<br><br>Cada 30 minutos | -<br><br>1.00<br><br><br>1.75<br><br><br>1.30 |



| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé ) | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cerro Iglesia | Puesto de Cerro Viejo | Caminando (1h) | (2h) | -Caminando hasta San Miguel (cerro viejo) 1h<br>-Luego en carro de ruta hasta el puesto (10 min)<br>Ó<br>hasta Viguí si va para Tolé (30 min)<br>-Luego busito de Viguí a Tolé (30 min) | -<br>3 vueltas al día<br><br><br><br>-Cada 30 min | -<br>1.00<br><br><br><br>1.30 |

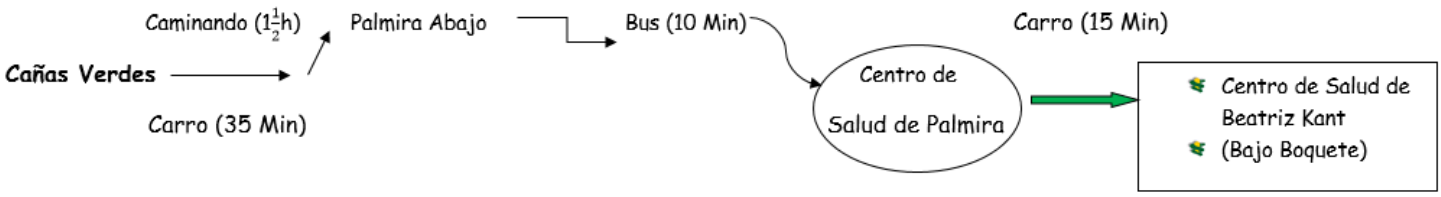



| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito (Tolé ) | Medio de transporte | Horario | Costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| La Pedregosa | Centro de Salud de Tolé | Caminando (1h) hasta Cerro Caña<br>De cerro caña a Tolé en carro de ruta<br>(1h 40 min) | (2h) | -Caminando hasta Alto Algarrobo<br>-Luego en carro de ruta hasta Cerro Viejo<br>ó<br>De Alto Algarrobo a Viguí<br>De Viguí a Tolé | -<br>Cada 30 minutos | -<br>1.00<br><br>1.75<br><br>1.30 |



## DISTRITO DE BOQUETE

| Comunidad | Instalación más cercana | Distancia a la instalación más cercana | Distancia a la cabecera del Distrito ( Bajo Boquete) | Medio de transporte | horario | costo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cañas verdes | Centro de Salud de Palmira | 7 km<br>$1\frac{1}{2}$horas Caminando<br><br>35 Min en carro | 16 km<br>1 hora en carro<br><br>$1\frac{1}{2}$ Caminando + 20Min en carro | Bus (desde Palmira Abajo) | 6:00 a.m. a 6:00 pm | 1 balboa |

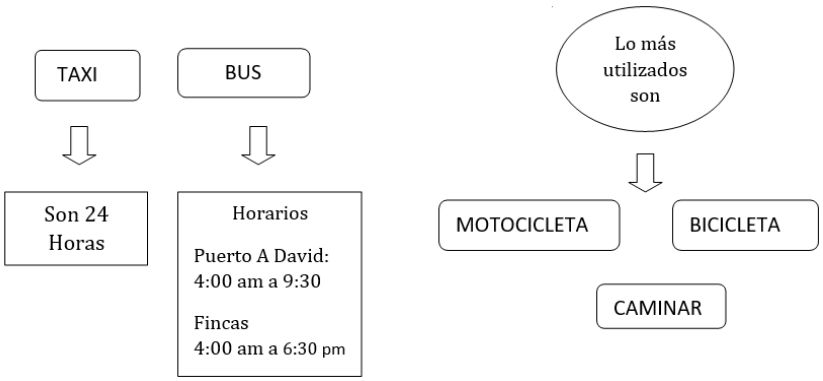



## DISTRITO DE BARÚ

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

| CORREGIMIENTO | COMUNIDAD |
|---|---|
| PUERTO ARMUELLES (CABECERA) | Rio Chiquito |
| LIMONES | Bella Vista |
| RODOLFO AGUILAR | Los Planes |
| BACO | Majagual |
| PROGRESO | Almendro |

Los medios usuales de transporte utilizados y el horario del sistema de transporte

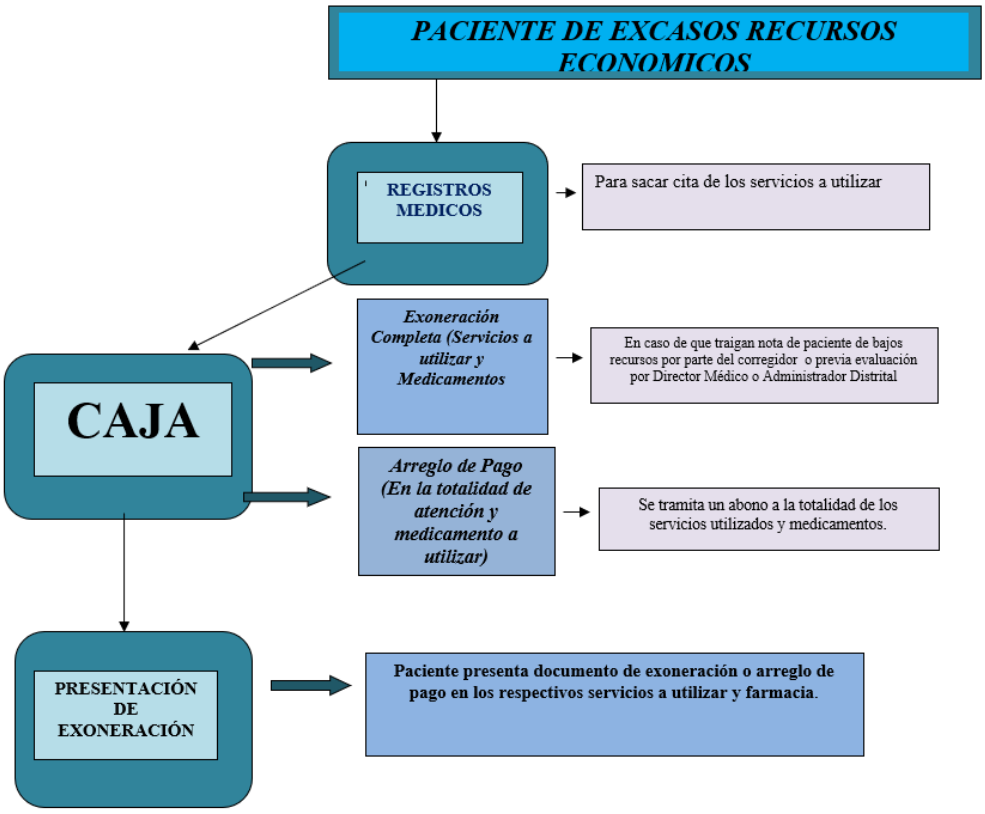



Distancias (en tiempo y en kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera

| **Comunidad** | **Instalación más cercana** | **Distancia y tiempo a la instalación más cercana** | **Distancia y tiempo a la cabecera del Distrito** | **Medio de transporte** | **Horario** | **Costo** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bella Vista | Subcentro De Bella Vista | Está en la comunidad por ende está muy cerca de la población. | 29,0 km en bus 1:30 minutos en carro 1:15 minutos | Bus Caballo Taxi Caminando Carro | 6:00 am A 6:00 pm | A Bella Vista Bus 2.50 $ Taxi 1.20$$ a la cabecera (ida y vuelta) 6.20$$ |
| Rio Chiquito | Policentro De Puerto Armuelles | 1 hora en caballo O 1:30 minutos caminando hasta la comunidad de San Bartolo, se toma un bus hasta el pueblo | De San Bartolo En carro 15 minutos En bus 25 minutos | Bus Taxi Caminando Caballo | 4:00 am A 6:00 pm | Taxi 3.60 $ Bus 1.20$ |
| Los Planes | Puesto De Salud la Victoria O Policentro De Puerto Armuelles | De los planes a la vitoria 3:30 minutos a caballo 5 horas a pie | De la victoria al Policentro En carro 1:10 minutos En bus 1:30 minutos | Caminando Caballo Bus | 5:00 am A 5:30 pm | Bus 2.40 $ |
| Majagual | Puesto De Salud de Majagual | Está en la comunidad por ende está muy cerca de la población. | 21,0 km En bus 0:55 minutos En carro 0:40 minutos | Bus Motocicleta Taxi Carro | 5:30 am A 6:00 pm | Bus 1.25$ Taxi 1.20$ |
| Almendro | Centro De Salud de Progreso | En carro 0:20 minutos En bus 0:35 minutos | De progreso al Policentro 32,7 Km En bus 1:15 minutos En carro 0:50 minutos | Bus Taxi Motocicleta | 5:30 am a 5:00 pm | Taxi 3.00$ Bus 1.95$ |

El mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recurso económico es el proceso de exoneración al paciente sea para medicamentos, exámenes, inyectables y demás. Brindándole una buena atención.

**MECANISMO DEFINIDO PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO CUENTA CON RECURSOS ECONÓMICOS**



# ANEXO 2. CARTERA DE SERVICIOS DE LAS INSTALACIONES DE LA REGION DE CHIRIQUÍ

**CENTRO DE SALUD CON ESPECIALIDAD DE ALANJE**

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por:

  -Odontología

  -Medicina General

  - Especialistas (Ginecología, Pediatría)

  -Psicología

  -Nutrición

  **Otros:**

  -Estimulación temprana
- Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como:

  - laboratorios (correo de muestras)

  - farmacias

  -Cuarto de procedimientos
- Saneamiento básico y Ambiental

**PUESTOS DE SALUD (Querévalos, Chiriquí viejo, La Pita, Canta Gallo, Palo Grande, Orilla Del Rio, Santo Tomas)**

- Promoción de la Salud
- Prevención de la Salud
- Primeros Auxilios
- Cubierta por giras institucionales una vez por semana

**SUB CENTRO DE SALUD (GUARUMAL)**

- Promoción de la Salud
- Prevención de la Salud (Enfermería)
- Primeros Auxilios
- Giras institucionales una vez por semana

**SUB CENTRO DE SALUD (EL TEJAR)**

- Promoción de la Salud (promotor comunal)
- Prevención de la Salud (Enfermería)
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por:
  - -Medicina general
  - -Psicología
  - -Nutrición
  - -Odontología
- Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como:
  - laboratorios
  - farmacias

## CENTRO DE SALUD DE BOQUERON

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud por:

  -Odontología

  -Medicina General

  - Especialistas :

    -Ginecología

    -Pediatría

  -Psicología

  -Nutrición

  **Otros:**

  -Estimulación temprana
- Servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, como:

  - laboratorios (correo de muestras)

  - farmacias

  -Cuarto de procedimientos
- Saneamiento básico y Ambiental

## CARTERA DE SERVICIO BOQUERON

- **PUESTOS DE SALUD ( Cordillera, Guabal, Bocalatun y Tijeras)**
  - Cartera de Servicios
    - Promoción de la Salud
    - Prevención de la Salud
    - Primeros Auxilios
- Cubierta por giras institucionales una vez por semana

| CARTERA DE SERVICIOS DISTRITO DE DAVID | |
|---|---|
| **EL POLICENTRO DE LA BARRIADA SAN JOSE** | **CENTRO DE SALUD DE SAN MATEO** |
| • Promoción de la Salud.<br>• Prevención de la Salud.<br>• Diagnóstico y tratamiento de problemas.<br>-Medicina General<br>-Dermatología<br>-Psicología<br>-Medicina Interna<br>-Ginecología<br>-Estimulación Temprana<br>-Fisioterapia<br>- Pediatría<br>-Trabajo Social<br>-Nutrición<br>-Psiquiatría<br>-Cardiología<br>-Enfermería<br>-Odontología<br>• Apoyo al diagnóstico y tratamiento<br>- laboratorio<br>-Farmacia<br>-Rayos X<br>-Toma de Electrocardiograma<br>-Espirometría<br>• Cirugía ambulatoria.<br>• Urgencias.<br>• Saneamiento básico y Ambiental | • Promoción de la Salud.<br>• Prevención de la Salud.<br>• Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.<br>-Medicina General<br>-Psicología<br>-Medicina Interna<br>-Ginecología<br>-Estimulación Temprana<br>- Pediatría<br>-Psiquiatría<br>-Enfermería<br>-Odontología<br>-Nutrición<br>-Trabajo Social<br>-Cardiología<br>-Infectología<br>• Otros:<br>-Clínica CLAM<br>-Higiene Social<br>• Apoyo al diagnóstico y tratamiento<br>- laboratorio<br>-Farmacia<br>• Saneamiento básico y ambiental. |

| CENTRO DE SALUD BARRIO BOLIVAR Y SAN CRISTOBAL | CENTRO DE SALUD DE CHIRIQUÍ Y LAS LOMAS |
|---|---|
| • Promoción de la Salud.<br>• Prevención de la Salud.<br>• Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.<br>-Medicina General<br>-Psicología<br>-Ginecología<br>-Estimulación Temprana<br>-Enfermería<br>-Odontología<br>-Nutrición<br>-Trabajo Social<br>-Dermatología<br>• Apoyo al diagnóstico y tratamiento<br>- laboratorio y San Cristóbal (correo de muestras)<br>-Farmacia<br>Saneamiento básico y ambiental | • Promoción de la Salud.<br>• Prevención de la Salud.<br>• Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.<br>-Medicina General<br>-Ginecología<br>-Enfermería<br>-Odontología<br>-Nutrición<br>-Psicología y Fisioterapia en las Lomas<br>• Apoyo al diagnóstico y tratamiento<br>- laboratorio (correo de muestras)<br>-Farmacia<br>-EKG (las Lomas)<br>• Saneamiento básico y ambiental. |

## CENTRO DE SALUD DE GUALACA

- **SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD

PARTERAS TRADICIONALES

COMUNICACIÓN DE LA SALUD

- **SERVICIOS DE PREVENCIÓN**

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

INMUNIZACIONES

TOMA DE CITOLOGÍA CERVICAL (PAP)

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONTROL PRENATAL

CONTROL PUERPERAL

SALUD BUCODENTAL

MANIPULADOR DE ALIMENTOS

SALUD AMBIENTAL

VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA

- **SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN**

CONSULTA EXTERNA DE: MEDICINA GENERAL LUNES A VIERNES

GINECOLOGÍA LUNES Y MIÉRCOLES

PEDIATRÍA JUEVES Y VIERNES

ESTIMULACIÓN TEMPRANA: JUEVES Y VIERNES

SERVICIOS DE LABORATORIO

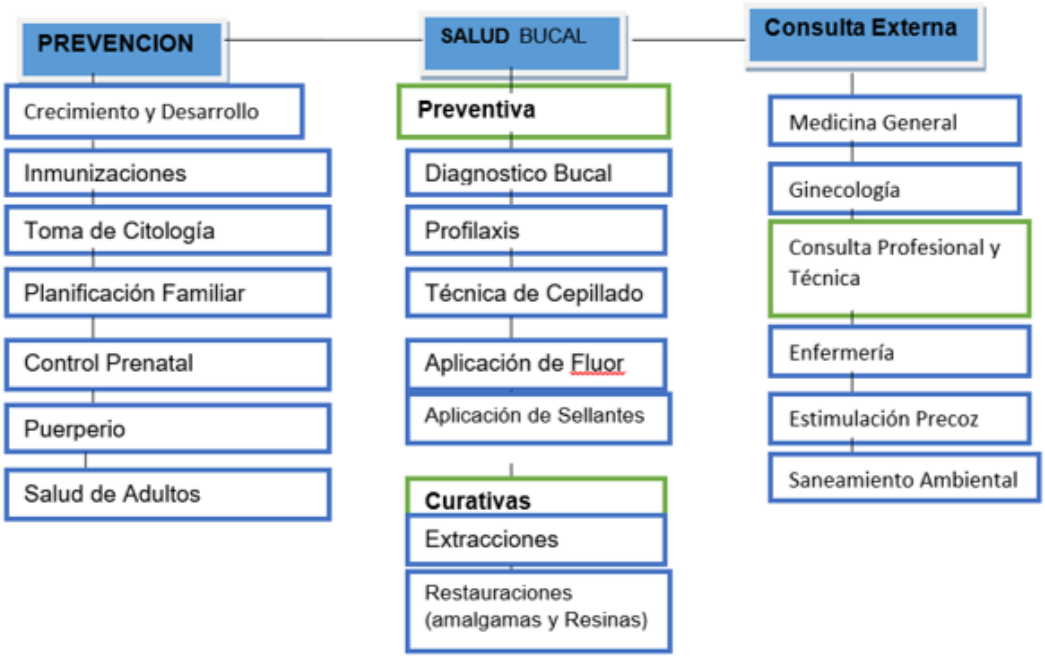
SERVICIO DE FARMACIA

| MINSA CAPSI DE DOLEGA |
|---|
| ♦ Promoción de la Salud.<br>♦ Prevención de la Salud.<br>♦ Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.<br>♦ Dermatología 1 vez a la semana<br>♦ Psicología<br>♦ Medicina Interna<br>♦ Ginecología<br>♦ Estimulación Temprana<br>♦ Fisioterapia<br>♦ Pediatría<br>➢ Apoyo al diagnóstico y tratamiento<br>➢ laboratorio<br>➢ -Farmacia<br>➢ -Rayos X y Mamografía<br>➢ -Toma de Electrocardiograma<br>♦ Saneamiento básico y ambiental.<br>♦ Cuarto de procedimientos:<br>♦ Curaciones Corte de Puntos<br>♦ Inyectable<br>♦ Nebulización |

| CENTRO DE SALUD POTRERILLOS ABAJO | SUB CENTRO DE SALUD POTRERILLOS ARRIBA |
|---|---|
| ❖ Promoción de la Salud.<br>❖ Prevención de la Salud.<br>➢ Crecimiento y Desarrollo<br>➢ Vacunación<br>➢ Toma de Citología Cervical uterina<br>➢ Programa de Enfermedades Crónicas<br>➢ Programa Maternal<br>➢ Programa de Salud Adultos<br><br>❖ Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.<br>➢ Consulta Medicina General<br>➢ Pediatría 2 veces a la semana<br>❖ Apoyo al diagnóstico y tratamiento<br>➢ Farmacia<br>❖ Cuarto de procedimientos:<br>➢ Curaciones<br>➢ Corte de Puntos<br>➢ Inyectable<br>➢ Nebulizaciones | • Consulta Medicina General 1 vez a la semana<br>• Enfermería 2 veces a la semana<br>• Pediatría 1 veces a la semana<br>• Signos Vitales<br>• Registros Médicos y Estadísticos<br>• Recaudación<br>• Curaciones<br>• Corte de Puntos<br>• Crecimiento y Desarrollo<br>• Vacunación 2 veces a la semana<br>• Toma de Citología Cervical uterina 2 veces a la semana<br>• Farmacia<br>• Inyectable 2 veces a la semana<br>• Nebulizaciones 2 veces a la semana |

| CARTERA DE SERVICIOS DE CENTRO MATERNO INFANTIL DE RIO SERENO | |
|---|---|
| **HORARIO NORMAL** | **EXTENSIÓN DE HORARIO** |
| 7:00 a.m. - 3:00 p.m.<br>Lunes - viernes | 3:00 p.m. - 11:00 p.m.<br>Lunes- viernes<br>Días feriados y fines de semana |
| ➢ Medicina General<br>➢ Enfermería<br>➢ Farmacia<br>➢ Odontología<br>➢ Laboratorio<br>➢ Saneamiento Ambiental<br>➢ Control de Vectores<br>➢ Recaudación<br>➢ Costo 20<br>➢ Crecimiento y desarrollo<br>➢ Maternal (Control Pre- Natal)<br>➢ Salud de Adultos<br>➢ Manipuladores de alimentos<br>➢ Salud Escolar y Adolescentes<br>➢ Planificación Familiar<br>➢ Prevención del Cáncer | ➢ Servicio de Observación<br>➢ Urgencias<br>➢ Inyectable<br>➢ Curaciones<br>➢ Nebulización<br>➢ Atención de parto inminente<br>➢ Vacunación<br>➢ Giras de Salud<br>➢ Visitas Domiciliarias<br>➢ Traslados de pacientes<br>➢ Cuidados Paliativos<br>➢ Giras - Fincas Cafetaleras<br>➢ Inspecciones Sanitarias<br>➢ Campañas<br>➢ Capacitaciones<br>➢ Clínica de Salud Mental<br>➢ Clínica de Cesación de Tabaco |

| CARTERA DE SERVICIOS DEL SUB CENTRO DE SALUD (CAÑAS GORDAS, MONTE LIRIO, CAIZAN Y SANTA CRUZ | CARTERA DE SERVICIOS DE PUESTOS DE SALUD (BREÑON, PIEDRA CANDELA , BAJO CHIRIQUÍ, SANTA CLARA, DOMINICAL, QUEBRADA DE VUELTA) |
|---|---|
| ➢ Medicina General<br>➢ Enfermería<br>➢ Crecimiento y Desarrollo<br>➢ Control Prenatal<br>➢ Inyectable<br>➢ Curación<br>➢ Visitas Domiciliarias<br>➢ Gira Escolar<br>➢ Prevención de Cáncer<br>➢ Corte de Puntos<br>➢ Capacitaciones<br>➢ Referencia de Pacientes | ➢ Medicina General<br>➢ Enfermería<br>➢ Crecimiento y Desarrollo<br>➢ Control Prenatal<br>➢ Inyectable<br>➢ Curación<br>➢ Visitas Domiciliarias<br>➢ Gira Escolar<br>➢ Prevención de Cáncer<br>➢ Corte de Puntos<br>➢ Capacitaciones<br>➢ Referencia de Pacientes |




## PUESTOS DE SALUD DE NANCITO

- Promoción de la Salud
- Prevención de la Salud
- Primeros Auxilios
- Cubierta por giras institucionales una vez por semana

**CARTERA DE SERVICIOS**
**CENTRO DE SALUD DE SAN LORENZO**

Medicina General..... Lunes A Viernes
Odontología..... Lunes A Viernes
Especialidades:
Pediatría..... Lunes A Viernes
Ginecología..... Jueves
Enfermería..... Lunes A Viernes
Psicología..... Lunes A Viernes
Estimulación Temprana..... .....Lunes Y Miércoles
Fisioterapia..... Lunes Y Miércoles
Farmacia..... Lunes A Viernes

Saneamiento Ambiental Y Educación Sanitaria.....Lunes A Viernes
Promoción De La Salud..... Lunes A Viernes
Educación Para La Salud
Organización Comunitaria
Trabajo Social..... Martes, Miércoles, Jueves Y Viernes
Programa De Atención A La Mujer..... Lunes A Viernes

- Toma De Citología (Papanicolaou)
- Planificación Familiar
- Control Prenatal
- Puerperio

Programa De Salud De Adultos ..... Lunes A Viernes
Toma De Presión Arterial, Glicemia
Programa De Atención A La Niñez ..... Lunes A Viernes
Programa De Salud Mental..... Lunes A Viernes
Programa De Inmunizaciones..... Lunes A Viernes
Programa De Salud Integral Del Adolescente..... Lunes A Viernes
Servicios Amigables Del Adolescente
Otras Actividades:

- Cirugía Menor
- Curaciones
- Inyectables
- Nebulizaciones
- Colocación Y Cambio De Sonda Urinaria

**CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN**

- Promoción de la Salud.
- Prevención de la Salud.
  - Crecimiento y Desarrollo
  - Vacunación
  - Toma de Citología Cervical uterina
  - Programa de Enfermedades Crónicas
  - Programa Maternal
  - Programa de Salud Adultos
- Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.
  - Consulta Medicina General
- Apoyo al diagnóstico y tratamiento
  - Farmacia
- Cuarto de procedimientos:
  - Curaciones
  - Corte de Puntos
  - Inyectable
  - Nebulizaciones

| PUESTOS DE SALUD (BOCA DEL MONTE, SABALO Y BOCA CHICA, CIENEGUITA) | SUB CENTRO DE SALUD (HORCONCITO) |
|---|---|
| • Promoción de la Salud<br>• Prevención de la Salud<br>• Primeros Auxilios<br>• Asistente de Salud<br><br>Cubierta por giras institucionales una vez por semana<br><br>*Boca Chica y Cieneguita están cerrados, pero se abren para las giras. | • Promoción de la Salud<br>• Prevención de la Salud (Técnico de Enfermería)<br>• Primeros Auxilios<br><br>Giras institucionales una vez por semana |

**PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA EQUIDAD Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD ( PMEFSS)**

**CARTERA DE PRESTACIONES PRIORIZADAS**

- **SANEAMIENTO AMBIENTAL El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de basura.**
- **EDUCACION PARA LA SALUD Promoción de las inmunizaciones, controles de salud en menores de 59 meses, controles prenatales, controles puerperales, lactancia materna, salud bucal, identificación de signos de alarma por IRA, EDA y embarazos de alto riesgo.**
- **EDUCACION SOBRE ALIMENTACION Y NUTRICION Comprende las siguientes actividades: Consejería individualizada a niñez menor de 24 meses, a embarazadas, visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con ganancia inadecuada de peso. Educación sobre alimentación apropiada para el / la menor de 59 meses, embarazadas, puérperas y madres lactantes**
- **ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Organización y capacitación de comités de salud y juntas administradoras de acueducto rural. Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al manual de promotores, identificación y capacitación de monitoras comunitarias**
- **INMUNIZACIONES aplicación de vacunas a niños, embarazadas, puérperas, y a toda la población, para la prevención de enfermedades como, polio, papera, sarampión, Rubeola, Tétano, Difteria, Tosferina, Diarrea por Rotavirus, Tuberculosis extra pulmonar, Neumonía, Hepatitis A, Hepatitis B, papiloma, influenza.**
- **CONTROL PRENATAL atención, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional para del parto.**
- **CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO evaluación del crecimiento y del desarrollo psicomotor de los niños y niñas menores de 5 años.**
- **CONTROL PUERPERAL atención, educación y orientación a la mujer puérpera (después del parto).**
- **TOMA DE MUESTRA DE PAP toma y entrega de resultados del examen del PAP para prevenir la muerte por el cáncer cérvico - uterino.**
- **EXAMEN DE MAMA para prevención de la muerte por cáncer de mama.**
- **PLANIFICACIÓN FAMILIAR se le hará la entrega de métodos anticonceptivos para la planificación familiar.**
- **MONITOREO DE LA GANANCIA DE PESO Monitoreo de la ganancia adecuada de peso en la niñez menor de 24 meses y embarazada. Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas con ganancia inadecuada de peso.**
- **MEDICINA GENERAL atención a enfermedades como: respiratorias, diarreicas, de la piel, infectocontagiosas, inmunoprevenibles, hipertensión, diabetes, manejo de urgencias y otras.**
- **ATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses con desnutrición leve, moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso. Atención al déficit de micronutrientes a menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.**
- **DETECCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, se toma muestra para detección temprana y tratamiento de tuberculosis.**
- **DETECCIÓN Y MANEJO DE LA MALARIA Y LEISHMANIASIS**

## ANEXO 3. TARIFAS CONVENIDAS

| SEROLOGÍA | PRECIO SUGERIDO (B/.) |
|---|---|
| VDRL | 3.00 |
| TPHA | 4.00 |
| SIFILIS | 3.00 |
| FR, FACTOR REUMATOIDEO | 3.00 |
| ASTO, ESTREPTOLICINAS ESTREPTOCCOCICAS | 3.00 |
| PCR, PROTEINA C REACTIVA | 3.00 |
| HCG, PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE O SUERO | 5.00 |
| HIV PRUEBA RÁPIDA | 8.00 |
| BRUCELOSIS | 3.00 |
| TOXOPLASMOSIS IgG (HAI) | 8.00 |
| MONONUCLEOSIS IgG | 4.00 |
| MONONUCLEOSIS IgM | 4.00 |
| HEPATITIS C | 10.00 |
| HBsAg, ANTIGENO DE SUPERFICIE DE HEPATITIS B | 10.00 |
| CHAGAS | 10.00 |
| **PARASITOLOGIA** | |
| HECES GENERALES | 1.00 |
| SANGRE OCULTA | 1.00 |
| AZUL DE METILENO | 2.00 |
| H. PILORY | 10.00 |
| ROTAVIRUS/ADENOVIUS | 8.00 |
| **QUÍMICA GENERAL** | |
| GLUCOSA | 3.00 |
| GLUCOSA POST PRANDIAL, GLUCOSA 2HPP | 3.00 |
| CREATININA | 3.00 |
| NITRÓGENO DE UREA | 3.00 |
| ÁCIDO ÚRICO | 3.00 |
| COLESTEROL TOTAL | 3.00 |
| TRIGLICERIDOS | 5.00 |
| HDL COLESTEROL | 5.00 |
| LDL COLESTEROL | 5.00 |
| AST/GOT | 4.00 |
| ALT/GOT | 4.00 |
| AMILASA | 4.00 |
| FOSFATASA ALCALINA | 4.00 |
| CALCIO | 3.00 |
| BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA | 4.00 |
| BILIRRUBINA INDIRECTA | 2.00 |
| POTASIO | 3.00 |
| MAGNESIO | 3.00 |
| PROTEINA TOTAL | 4.00 |
| ALBUMINA | 4.00 |
| GLOBULINA | 2.00 |
| FOSFORO | 3.00 |
| COLINESTERASA | 6.00 |
| CPK | 3.00 |

| **QUÍMICA ESPECIAL** | |
|---|---|
| T4 TOTAL | 8.00 |
| T4 LIBRE | 8.00 |
| T3 TOTAL | 8.00 |
| TSH | 8.00 |
| HIV | 10.00 |
| IgE | 10.00 |
| CMV IgG, CITOMEGALOVIRUS IgG | 12.00 |
| CMV IgM, CITOMEGALOVIRUS IgM | 12.00 |
| TOXOPLASMOSIS IgG | 8.00 |
| TOXOPLASMOSIS IgM | 8.00 |
| RUBEOLA IgM | 10.00 |
| DENGUE IgG e IgM | 10.00 |
| PSA TOTAL | 10.00 |
| PSA LIBRE | 10.00 |
| HBA1c, HEMOGLOBINA GLICOSILADA | 15.00 |
| HEPATITIS B | 10.00 |
| HANTAVIRUS | 10.00 |
| CHIKUNGUNYA | 10.00 |
| **HEMATOLOGÍA** | |
| BHC | 5.00 |
| HEMOGLOBINA (HEMOCUBE) | 1.00 |
| SOLUBILIDAD DE HEMOGLOBINA | 2.00 |
| GRUPO SANGUINEO, TIPAJE Y RH | 3.00 |
| VES, VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN | 2.00 |
| TP, TIEMPO DE TROMBINA | 8.00 |
| TPT, TIEMPO DE PROTROMBINA | 8.00 |
| FIBRINÓGENO | 8.00 |
| INR | 2.00 |
| FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICO | 3.00 |
| FROTIS POR MALARIA | 3.00 |
| **URINALISIS** | |
| EXAMEN GENERAL | 2.00 |
| ORTHO, PRUEBA DE EMBARAZO | 3.00 |
| COCAINA | 4.00 |
| MARIHUANA | 4.00 |
| **BACTERIOLOGIA** | |
| FROTIS POR GRAM | 3.00 |
| FROTIS POR BAAR | 3.00 |
| SUSPENSION POR TRICOMONAS Y LEVADURAS | 3.00 |

| SERVICIO DE ODONTOLOGIA | | | |
|---|---|---|---|
| **Consulta** | $0.50 | | |
| **CIRUGIA** | **ADULTO** | **NIÑO** | **MATERNAL** |
| Exodoncia simple | $2.50 | $1.50 | $2.00 |
| Exodoncia a colgajo | $5.00 | $0.00 | $4.00 |
| Exodoncia terceras molares | $20.00 | $0.00 | $0.00 |
| Exodoncia múltiple (0.40) | $20.00 | $0.00 | $15.00 |
| **MAS PIEZA** | | | |
| Tratamiento de alveolitis | $3.00 | $2.00 | $2.50 |
| Remoción de sutura | $0.75 | $0.00 | $0.50 |
| Control y curación | $0.50 | $0.00 | $0.50 |
| Sutura | $1.00 | $0.75 | $0.75 |
| Tratamiento de hemorragia | $3.00 | $2.00 | $2.50 |
| **RESTAURACIONES** | | | |
| Amalgamas de una o dos superficies | $2.50 | $2.00 | $2.00 |
| Amalgamas de más de dos superficies | $3.00 | $2.00 | $2.00 |
| Resina de autococurado de 1 o 2 superficies | $2.50 | $2.00 | $2.00 |
| Resina de autococurado de 2 superficies | $3.00 | $2.50 | $2.50 |
| Resina de fotocurado | $10.00 | $8.00 | $8.00 |
| Base temporal | $1.00 | $0.75 | $0.75 |
| Recubrimiento pulpar directo o indirecto | $1.00 | $0.75 | $0.75 |
| **RESTAURACIONES** | | | |
| Ionómero de vidrio | $2.00 | $1.50 | $1.50 |
| Sellantes de fosa y resina c/u | $0.00 | $0.50 | $0.00 |
| **PERIODONCIA** | | | |
| Profilaxis y detrartaje | $3.50 | $2.50 | $3.00 |
| Aplicación de flúor en gel | $0.50 | $0.00 | $0.00 |
| Detrartaje | $2.00 | $1.00 | $1.50 |
| Curetaje periodontal | $10.00 | $0.00 | $8.00 |
| **ENDODONCIA** | | | |
| Tratamiento endodontico unirradicular | $30.00 | $20.00 | $25.00 |
| Pulpectomía | $0.00 | $15.00 | $0.00 |
| Pulpectomía | $0.00 | $20.00 | $0.00 |
| **RADIOLOGIA** | | | |
| RX por cada placa | $3.00 | $2.50 | $2.50 |
| Serie radiográfica | $20.00 | $15.00 | $15.00 |

| CIRUGIA MENOR | |
|---|---|
| Corte de puntos (cada uno) | $0.25 |
| Sutura (cada punto) | $0.25 |

| OTROS EXAMENES | |
|---|---|
| Consulta Medicina General | $0.50 |
| Ultrasonido | $10.00 |
| Electrocardiograma | $10.00 |
| Extracción de uña | $4.00 |
| Lavado de oído | $4.00 |
| Nebulización c/u | $2.00 |
| Fisioterapia (5 a 18 años) | $0.75 |
| Fisioterapia (Adulto) | $2.00 |
| Canalización mas bolsa (sin medicamento) | $4.00 |
| Certificado de buena salud | $1.00 |
| Certificado siquiatría | $1.00 |
| Certificado psicología | $1.00 |

**GRATUIDAD PARA:**

- EMBARAZADAS HASTA EL PUERPERIO (TARJETA DE CONTROL DE EMBARAZO)
- NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS CUMPLIDOS (TARJETA DE VACUNA).
- DISCAPACITADOS (CARNÉ DEL MIDES, LEY 42)
- PROGRAMA CLINICA TARV, TBC.