

2016

REGIÓN DE SALUD DE SAN MIGUELITO
ANÁLISIS DE SITUACION DE
SALUD



salud
Ministerio de Salud

Panamá

Ministerio de Salud
Región de Salud de San Miguelito
Análisis Prospectivo de la Red de Servicios
Caracterización del Contexto

Los Principales problemas político – Sociales de la región de que influyen en la situación de salud y su desempeño,

Se ve incrementa los grupos delincuenciales en las comunidades de la Región de Salud de San Miguelito, sin control de las autoridades, altamente peligrosos que se han posesionado de territorios, en los cuales aterrorizan a la población, aplican tasas impositivas para circular, asaltan, roban, trafican, reclutan niños y jóvenes para incorporarlos a sus actividades ilícitas. Estos niveles de violencia están afectando la salud de la población y ponen en riesgo la seguridad de los miembros del equipo de salud para el desarrollo de sus actividades en la comunidad.

Migraciones de poblaciones extra nacionales ilegales, provenientes de países que presentan indicadores de salud de riesgo o con problemas de coberturas y accesos al sistema de salud, se establecen en asentamientos humanos en áreas de la Región de Salud de San Miguelito, generando riesgos a la salud individual y colectiva. Estas poblaciones por su condición irregular de entrada al país, poco acuden a los centros de salud y el sistema de información no registra su procedencia y otros datos de interés desde el punto de vista epidemiológico.

Incumplimiento en la aplicación de las normales legales de gratuidad para las mujeres y otros grupos vulnerables como son los menores de cinco (5) años y discapacitados, situación que vulnera derechos universales de estas poblaciones.

La carga económica de los comités de salud, producida por la contratación de recurso humano, genera demandas a los ingresos provenientes de la donación que aportan los usuarios de los centros de salud, situación que se toma como excusa para cobrarles a las personas exoneradas por disposición legal.

Mala disposición de los desechos sólidos y abastecimiento de agua potable

Las prioridades identificadas son:

Atención a las mujeres y menores embarazadas, mejorando sus controles de salud y disminuyendo infecciones de transmisión sexual en ellas.

Atención integrada a las enfermedades infantiles en todos los menores de 5 años;

Programa ampliado de inmunización;

Alimentación del lactante y del niño pequeño.

Ampliar la disponibilidad del tratamiento VIH/SIDA

Proporcionar la mejor atención posible a las personas infectadas con el VIH/SIDA y a sus familias.

Control de infestación del dengue.

Aspectos que favorecen el desarrollo de los procesos en el MINSA son:

Políticas públicas claras en la Rectoría del sector salud.

Descentralización de las Regiones para abordar los problemas inherentes a cada are de acuerdo a su perfil demográfico y epidemiológico.

Recurso Humano Técnicamente preparado y comprometido en su rol de vigilar la salud.

Aspectos que afectan el desarrollo de los procesos en el MINSA son:

La política partidista conlleva a rotación de personal técnico.

Centralización en la contratación del RH necesario para cada región.

Deficiencia en la gestión de los servicios sanitarios.

Insatisfacción del usuario interno por instalaciones en mal estado y falta de tecnología de punta que acelere los resultados.

Insatisfacción en el usuario externo por la demora en su atención y por las instalaciones en mal estado.

Panamá, es miembro del Sistema de Naciones Unidas, por lo que se allana a todos los acuerdos, compromisos y estrategias emanadas de dicha organización. El Minsa tiene por política de salud cumplir con los Objetivos del milenio y ahora con los objetivos desarrollos sostenibles, el Minsa se compromete en mejorar los indicadores país en

Son 17 OBJETIVOS DESARROLLOS SOSTENIBLES para transformar nuestro mundo

Los países han adoptado un nuevo programa de desarrollo sostenible y un nuevo acuerdo mundial sobre el cambio climático.

Objetivos N°2 Hambre y seguridad Alimentaria.

OBJETIVO N°3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

OBJETIVO N°6. Agua y Saneamiento.

MINSA, aduana, OPS: programa de prevención del tabaquismo

OPS , Colgate Palmolive comunidades libres de caries junio del 2008 (capacitación por partes de expertos de la OPS)

UNFPA -fondo de población de las naciones unidas (UNFPA) formación de servicios amigables en adolescentes inscritos en san miguelito, formación de educadores de pares. En temas como prevención embarazo en adolescentes, VIH-SIDA.

Proyecto de salud visual: exámenes visuales de los escolares y dotación de lentes, con el auspicio del despacho de la primera dama.

Proyecto de Centro de Rehabilitación física del Club Activo 20-30 en el Centro de Salud Nuevo Veranillo

BID proyecto de las libretas del niño y la niña

Fundación Chagres, fundación natura, ACP, instituciones privadas: capacitación de las juntas administradoras de agua y mejoras de infraestructura de los sistemas de abastecimiento de agua, mejoras y construcción de instalaciones sanitarias

La lucha contra la pobreza es una prioridad gubernamental por tanto
Dentro de la política de estado y en cumplimiento a los desarrollos sostenibles la Pobreza es parte importante a combatir como política de estado

Si es una prioridad gubernamental, para ello se han generado leyes y programas de protección social focalizados en poblaciones altamente vulnerables como son los niños menores de cinco años, personas con discapacidad, mujeres gestantes, adultos mayores, poblaciones indígenas y otros, para los cuales se han establecido transferencias monetarias condicionadas, como es la Red de Oportunidades, el Programa 120/65, la Beca Universal, el Programa Ángel Guardián, Programa techo de esperanza para los grupos originarios, beca universal, subsidio al transporte público

Cuyos beneficiarios deben controlar su salud en las instalaciones del MINSA y otros proveedores de salud.

En cuanto al Ministerio de Salud, en cada gestión de gobierno, se establece en los planes ministeriales Políticas, estrategias y líneas de trabajo en torno al abordaje de la salud como un derecho de los grupos vulnerables. Tales acciones se orientan 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.

Por otro lado, las disposiciones de gratuidad de la atención de salud benefician principalmente a personas en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

Actores: MIVI, MIDES, MINSA, MEDUCA, autoridad de transporte metropolitana de Panamá, SENACYT, IFHARU.

Así mismo a través de la OMS la cual trabaja con los países los ODM, el estado busca disminuir esa brecha de pobreza y hambre contribuyendo a la planificación y la realización de encuestas sobre nutrición;

Participando en el análisis y la interpretación de los resultados de las encuestas sobre nutrición;

Respaldo el desarrollo de sistemas de vigilancia nutricional; velando por que la nutrición sea parte integrante de la atención y el apoyo a los afectados por el VIH y la TB;

Elaborando planes y políticas nacionales de nutrición; y fomentando la ejecución de medidas fundamentales en materia de nutrición.

Los mecanismos de Conducción de la Política social a Nivel Regional están limitados por cada Institución Pública. No hay ningún grado de coordinación entre Instituciones no hay

información en cuanto como se trabaja. Se debe unir esfuerzos basadas en el Plan de Gobierno, la visión y misión de cómo trabajar para el pueblo.

En la actualidad se ha reactivado la participación de la región de salud al consejo técnico provincial y municipal.

Las políticas actuales de salud se articulan con los programas sociales de las siguientes maneras:

Siendo la salud una variable del desarrollo socio económico del país y una dimensión fundamental del desarrollo humano, en Panamá es una exigencia constitucional, la articulación de la Política de Salud con la política social y económica.

De hecho, algunos programas sociales, sobre todo los de protección social para grupos vulnerables, establecen entre sus condiciones para que sus usuarios reciban estos beneficios, el control de la salud. Tal es el caso de la Red de Oportunidades, 120/65, Beca Universal, Ángel Guardián entre otros.

Gratuidad en los grupos vulnerables (menores de 5 años, embarazadas, discapacitados) para incrementar las coberturas y disminución de la morbilidad.

Con el programa de red de oportunidades se enlaza directamente con la Región de San Miguelito y el departamento de provisión de los servicios garantizando que las personas que reciban el subsidio cumplan con su control de salud.

Con la beca universal se trata de coordinar el programa escolar del MINSa con MEDUCA para lograr que los niños que reciban el subsidio presenten sus vacunas completas al igual que su control anual de salud.

Con el programa del ángel guardián aun no contamos con un enlace directo sin embargo estamos en las negociaciones para crear los vínculos.

Las proyecciones y tendencias del contexto político-socio – cultural y de género en relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud-enfermedad de la población de San Miguelito da Como resultado de las buenas prácticas de género, realizadas en la región de salud de San Miguelito en el marco de la reforma y modernización de la red de servicios, se desarrolla el eje de transversalización de la dimensión de género en el sistema de información regional. Ello permite desagregar la información por corregimiento y comunidades.

El impacto del cambio climático, contaminación ambiental y ruido en el desarrollo social de la población, es negativo y en avanzada, por un lado mejoran las condiciones de la vivienda, sin embargo los sistemas de tratamiento de las aguas residuales no han soportado la capacidad de carga de los cuerpos receptores para la biodegradación de sustancias residuales, así como materiales sólidos o desechos de todo tipo, por tanto sigue la contaminación de los riachuelos por el colapso de los tanques sépticos y plantas de tratamiento.

La exposición a los rayos solares es cada vez mayor debido a la excesiva pavimentación, ausencia de áreas verdes, uso de aires acondicionado, ventanas y puertas de vidrio.

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

En el distrito de San Miguelito, no hay aéreas reportadas en la producción de alimentos ni maderables que se vean afectadas,

Otra actividad altamente modificadora del clima y tal vez la más importante es el Transporte Terrestre en la región de San Miguelito, incrementado cada vez más el parque vehículos y manteniéndose exactamente las mismas vías de comunicación de hace 30 años, haciendo el acceso a las calles principales difícil. Ahora en Panamá usamos combustible con etanol, sin embargo, legislación resiente deja opcional su uso, manteniéndose la deposición de hollín y carbón al medio ambiente siendo altos diarios y a cada segundo, incrementando el CO₂. En otras palabras nuestra legislación normativa para el transporte desde la perspectiva de salud ha logrado poco en las medidas sanitarias (gases tóxicos, ruido, basura arrojada desde los vehículos, manejo desordenado y conducta agresiva del conductor).

La incorporación y puesta en marcha del Metro de Panamá, cuya energía es eléctrica a ayudado a disminuir un tanto la contaminación por ruido y la congestión causada por los autobuses así como las emanaciones de gases, sin embargo, la construcción de la ampliación hasta la entrada del valle de San Isidro, ha dado por resultado congestión severo en esa área,

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

La basura y aguas negras son los principales modificadores de la vida de especies animales y vegetales de los ríos y quebradas, en el sentido que proliferan unos y mueren otros.

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

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

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: Título III Derechos y Deberes Individuales y Sociales, Capítulo 6 Salud, Seguridad Social y Asistencia Social.

Artículo 4: La República de Panamá acata las normas Internacional.

Código Sanitario de la República de Panamá: Ley N° 66 de 10 de noviembre de 1947 “Por la cual se aprueba el Código Sanitario” (Gaceta Oficial 10,467 de 6 de diciembre de 1947). El cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública, la política sanitaria y la medicina preventiva y curativa.

Decreto de Gabinete N° 1 de 15 de enero de 1969 “Por el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y coordinación de las instituciones del sector salud”. (Gaceta Oficial N° 16,292 de 4 de febrero de 1969).

Convenio para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer Ratificado por Panamá mediante ley N° 4 de 22 de mayo de 1981.

Convenio Internacional para prevenir sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de Belem do Para. Ratificado por nuestro país mediante Ley N°12 de 20 de abril de 1995.

Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del Tabaco. Ratificado por Panamá a través de la Ley 40 de 7 de julio de 2004.

Artículo 116: Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

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

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

Ley N° 3 de 17 de mayo de 1994: “Por la cual se aprueba el Código de la Familia”.

Artículo 692: La familia, en interacción con el apoyo de la comunidad y del Estado, debe realizar esfuerzo organizados para mejorar, proteger y mantener su salud integral.

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

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

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

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

LEY N° 71 de 23 de diciembre de 2008: “Que crea el Instituto Nacional de la mujer”

Artículo 4: El Instituto tendrá como objetivo lo siguiente:

La coordinación, con las Instituciones públicas o privadas, de los programas y proyectos dirigidos a eliminar las causas estructurales de la desigualdad entre los géneros, promoviendo acciones tendientes a su reducción o eliminación...”.

Artículo 5: El Instituto tendrá las siguientes atribuciones:

Servir de facilitador y colaborador para la formación y diseños
De las políticas d igualdad de oportunidades para la mujer y equidad del genero...”.

Artículo 6: El Instituto tendrá las siguientes funciones:

realizar acciones para fomentar una cultura de igualdad y de respeto de los derechos consagrados en la Constitución Política, en los instrumentos internacionales ratificados por la República de Panamá y en las demás leyes y reglamentos nacionales, especialmente a los que se refieren al reconocimiento de los derechos humanos y la libertades fundamentales de la mujer..”..

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

El índice de Desarrollo Humano en el año 2013, para la República de Panamá es de 0.780 y para el 2014 se mantiene en 0.78 aún no hay cifras 2016 y la provincia de Panamá es de 0.828 considerado muy alta, equivalente a Hungría.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Es el 59 países

En los últimos cinco años, no se han establecido estrategias de concertación

El índice de desigualdad de género es de 0:503 en 2013, ocupando la posición 108 de 186 países

En las políticas y estrategias del Ministerio de Salud se incorporan elementos que dan la apertura a la participación de la población organizada en la gestión de salud, en el caso particular de la Región de Salud de San Miguelito, se suscribió un “Pacto por la Salud con 2013 líderes que participaron en el Primer Foro de Líderes Comunitarios por la Salud, realizado en 2010.

El pacto por la salud suscrito establece compromisos para que los líderes representante de las comunidades participen en la gestión local de salud mediante un conjunto de actividades de promoción y prevención de la salud en sus comunidades. Por su parte, la Dirección Regional de Salud se compromete a fortalecer las condiciones para la inclusión de los líderes en la gestión de la salud, así como a mejorar la oferta de servicios y la calidad de atención.

El marco legal que Ampara al MINSA es, la Constitución Política de la República, el Código sanitario,

Funciones Esenciales de Salud Pública: es otra de las responsabilidades exclusivas del Ministerio de Salud, las cuales describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública que es el de mejorar la salud de la población y el ambiente. Los campos de actuación de estas funciones esenciales se resumen en, Salud Ambiental, la salud ocupacional, la salud materno-infantil, las enfermedades crónicas.

FESP 1: Seguimiento, evaluación y Análisis de la situación de la Salud de la población

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, Investigación y control de riesgos y daños en salud pública

FESP 3: Promoción de la Salud

FESP 4: El aseguramiento de la Participación social en la salud

FESP 5: Desarrollo de políticas y Capacidad institucional para Planificación y gestión en salud

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad Institucional de regulación y Fiscalización en salud

FESP 7: Evaluación y promoción del Acceso equitativo de la población a los servicios de salud

- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- FESP 9: La seguridad de la calidad en los Servicios de salud
- FESP 10: Investigación en salud pública
- FESP 11: Reducción del impacto de las Emergencias y desastres en la salud

El ejercicio de la función regulatoria ha resultado positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población.

Sin embargo estas funciones regulatorias de salud publicas marchan de manera muy lenta debido a los diferentes intereses políticos partidistas.

La fiscalización del nivel local es llevada a cabo por el nivel regional, que supervisa y monitorea, no solo la parte técnica medica si no también administrativamente o gestión

Se hacen monitoreo y evaluaciones de las programaciones locales, así mismo los coordinadores de programas, (salud sexual y reproductiva, Niñez y adolescentes, materno infantil, inmunización, epidemiología, salud Bucal, salud Escolar, salud mental, salud nutricional, farmacia, laboratorio, salud adultos) supervisan y dan apoyo a los niveles locales, en cuanto administración, el acompañamiento es similar.

Existen normas sanitarias para el funcionamiento de establecimiento público y el MINSA fiscaliza el cumplimiento de éstas. Es la responsabilidad legal del MINSA velar por la Salud Publica por lo que se apoya en normas, leyes, decretos y resoluciones:

- Resolución 79,1989 gaceta 23621, “Salones de belleza, barberías y similares”.
- Resolución 94,1997gaceta 23266, “carnet manipulador alimento”.
- Resolución 0616, 2011gaceta 2011”procedimiento para obtener carnet MA”.
- Decreto 386 Gaceta 23344 regula uso de plaguicida por empres fumigadoras.
- Ley 40 modifica art de cód. Sanitario gaceta 25674, “actas de inspecciones”
- Decreto 40, 2010, gaceta 26463 “permisos sanitarios de operación”
- Decreto 1, 2004 gaceta 24970, “Nivel de ruido”.
- Decreto 306, 2002, gaceta 24635, “regula control de ruido espacios públicos”.
- Decreto 270,2013, gaceta 24635, “re utilización aceite vegetal”.
- Decreto 157,2004, gaceta 25062, “establecimiento expendio alimento”.
- Ley 13,2008, gaceta 25966, “uso de tabaco”
- Decreto 230,2008, gaceta 26033 “regula uso tabaco”.
- Resolución 869, 2011 regla uso de acta de inspección y boletas inspección.

- Resolución 792, para inspección de establecimiento no requieren permisos.

Sin embargo no se ha podido estrechar colaboración con el municipio para los procesos de vigilancia en el uso de tabaco en áreas públicas, ventas de alimentos ambulantes y otros.

LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS

Cuadro No.1

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

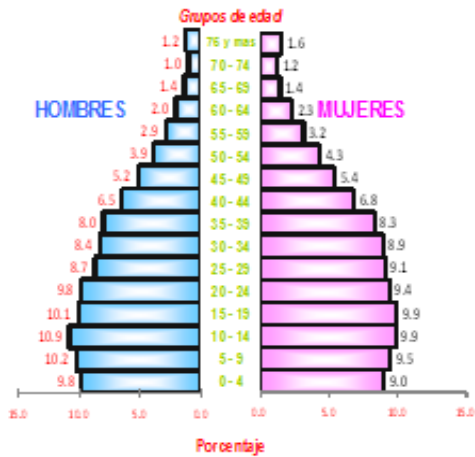
| A. Indicadores demográficos | 2000 | | | 2010 | | | 2014 | | | 2016 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|---------------|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total |
| Densidad de población | 6634 | | | 7474 | | | 7019 | | | 7870 |
| · Rural | 649 | | | 1020 | | | 2401 | | | |
| · Urbana | 5875 | | | 6300 | | | 4618 | | | |
| · Indígena | 110 | | | 154 | | | | | | |
| Tasa de crecimiento natural o anual | 20.9 | | | 14.4 | | | | | | |
| Tasa bruta de natalidad | 24 | | | 19 | | | | | | 19.10% |
| Tasa global de fecundidad | | | | | | | | | | |
| Tasa general de fecundidad | 58.8 | | | 28.3 | | | | | | 2.44 |
| Porcentaje de población urbana | | | | | | | | | | |
| Porcentaje de población rural | | | | | | | | | | |
| Porcentaje de población indígena | | | | | | | | | | |
| Razón de dependencia | 0.49 | | | 0.47 | | | | | | |
| % De población inmigrante | | | | | | | | | 4.70% | |
| % De población emigrante | | | | | | | | | | |
| Saldo migratorio | | | | | | | | | | |
| % De población discapacitada | 1.40% | 1.60% | 1.30% | 1.90% | 2.00% | 1.90% | | | 2.90% | |

| Estructura de población por grupo de edad (en años) | 2000 | | | 2010 | | | 2014 | | | 2016 | | |
|---|--------|---------------|--------|--------|---------------|--------|--------|---------------|--------|--------|---------------|--------|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| | Total | 331692 | 161901 | 169791 | 373703 | 182468 | 191235 | 350949 | 171512 | 179437 | 360101 | 176055 |
| Menor de un año | 6236 | 3241 | 2995 | 6555 | 3358 | 3197 | 5846 | 2853 | 2993 | 5611 | 2936 | 2675 |
| 1 a 4 | 24936 | 12688 | 12248 | 26170 | 13390 | 12780 | 22966 | 11502 | 11464 | 22466 | 11590 | 10876 |
| 5 a 9 | 32617 | 16569 | 16048 | 30853 | 15746 | 15107 | 27858 | 14181 | 13677 | 27783 | 14107 | 13676 |
| 10 a 14 | 34313 | 17576 | 16737 | 30995 | 15662 | 15333 | 27064 | 13654 | 13410 | 27203 | 13697 | 13506 |
| 15 a 19 | 33115 | 16322 | 16793 | 32950 | 16605 | 16345 | 26444 | 13220 | 13224 | 26761 | 13388 | 13373 |
| 20 a 59 | 180339 | 86345 | 93994 | 213959 | 103686 | 110273 | 200547 | 98616 | 101931 | 205048 | 101085 | 103963 |
| 60 a 64 | 7166 | 3310 | 3856 | 11188 | 5004 | 6184 | 13350 | 5909 | 7441 | 14604 | 6514 | 8090 |
| 65 y más | 12970 | 5850 | 7120 | 21033 | 9017 | 12016 | 26874 | 11577 | 15297 | 30625 | 12738 | 17887 |

| Otras Tasas | 2000 | | | 2010 | | | 2012 | | | 2016 | | |
|---|-------|------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|------|-----|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Tasa de mortalidad | 3.7 | 4.3 | 3.1 | 4.1 | 5.0 | 3.3 | 4.4 | 5.4 | 3.5 | 5.1 | | |
| Tasa de mortalidad en < de 1 año | 12.8 | 12.5 | 13.1 | 9.5 | 9.2 | 9.9 | 10.8 | 8.7 | 13.0 | 9.6 | | |
| Tasa de mortalidad perinatal | 11.3 | | | 10.0 | | | 8.7 | 2.9 | 6.2 | 5.2 | | |
| Tasa de mortalidad neonatal | 7.7 | 7.5 | 8.0 | 6.4 | 6.3 | 6.4 | 7.1 | 4.2 | 10.1 | 7.2 | | |
| Tasa de mortalidad postneonatal | 5.0 | 4.9 | 5.1 | 3.2 | 3.4 | 2.9 | 3.7 | 4.5 | 2.8 | 2.3 | | |
| Tasa de mortalidad en menores de 5 años | 3.9 | 4.1 | 3.7 | 2.4 | 1.6 | 1.1 | 2.8 | 2.3 | 3.2 | 2.7 | | |
| Tasa de mortalidad materna | 0.12 | | | 0.43 | | | 0.95 | | | 0.3 | | |
| Esperanza de vida al nacer (total) | 75.6 | 73.4 | 78.0 | 78.0 | 74.8 | 81.1 | 78.7 | 75.7 | 81.9 | 78.9 | 75.9 | 82 |

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2000, 2010, 2013 y 2014 por cada uno de los distritos.

MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
PIRAMIDE POBLACIONAL
AÑO 2000



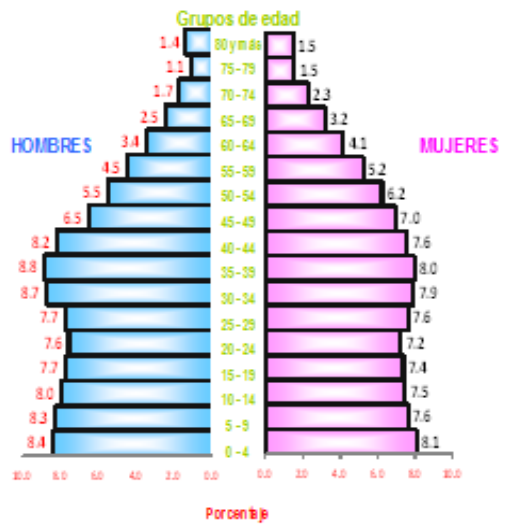
MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO LAS CUMBRES Y CHILIBRE
PIRAMIDE POBLACIONAL
AÑO 2010



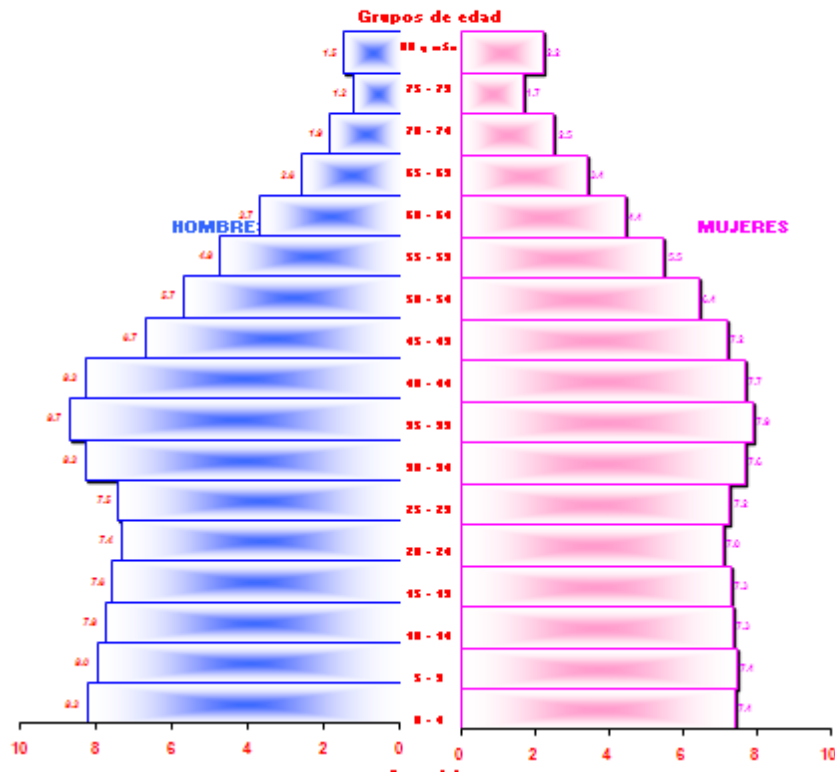
MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
PIRAMIDE POBLACIONAL
AÑO 2013



MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
PIRAMIDE POBLACIONAL
AÑO 2014



**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO LAS CUMBRES Y CHILIBRE
PIRAMIDE POBLACIONAL
AÑO 2016**



Conclusiones

La población está envejeciendo, no hay políticas poblacionales para co-alinear el desarrollo económico con la población, en estos momentos hay severas debilidades con las necesidades a las que nos estamos enfrentando en el país la mano de obra extranjera está desplazando a la mano de obra panameña.

Según los indicadores demográficos la población del Distrito de San Miguelito presenta una densidad poblacional más concentrado en el área urbana 6634hab Km² según año 2,000 y 7019 hab/Km² para el 1er semestre del 2014, mostrando un aumento en la densidad observándose este comportamiento desde la década del 80 hasta 2,014, En 2016 la densidad aumento 7,202hab/Km². sin embargo su crecimiento natural refleja una disminución que va muy relacionada con la tasa bruta de natalidad y la tasa global de fecundidad.

Se observa una concentración de la población en el área urbana.

Por otro lado vemos que la esperanza de vida al nacer va en aumento(78.7) tanto para el sexo masculino, como para el sexo femenino (81.9 mujer); (75.7 hombre). Con respecto a los años 2000 y 2010 (75.6 y 78.0) respectivamente.

En cuanto a las tasas de mortalidad ha registrado un leve aumento de 3.7 en el 2000, a 4.4 en el 2014, por c/1000 habitantes. Vemos en el menor de 1 año 12.8 para el 2000, 9.5 en el 2010, y un re punto muy preocupante de 10.8 por c/1000 nacidos vivos.

En las pirámides poblacionales observamos un ensanchamiento en las edades medias de la vida además la esperanza de vida ha aumentado (78 años), sin embargo la población sufre de enfermedades crónicas los que encarece los costos de la salud ya que aumenta la morbilidad de la población y aumenta las personas con discapacidad.

Intervenciones para mejorar indicadores

- Crear políticas poblacionales
- Intervenir en la mejora de los indicadores de salud para aumentar los controles de salud poblacional.
- Concientizar a la población en cuanto a prevención de las enfermedades y estilo de vida saludable.

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

| B. Aspectos económicos y sociales | 2000 | | | 2010 | | | 2016 | | |
|---|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|
| | Tot. | Masc | Fem | Tot. | Masc | Fem | Tot. | Masc | Fem |
| Población económicamente activa | | | | | | | | | |
| Tasa de actividad | | | | | | | | | |
| Tasa de desempleo | | | | | | | 19.1% | | |
| Tasa de empleo informal | | | | | | | 40.2% | | |
| Porcentaje de población asegurada | | | | 56.86 | 27.67 | 29.19 | 75.11% | | |
| <input type="checkbox"/> asegurados activos | | | | 104937 | 58475 | 46462 | 1,183,684 | | |
| <input type="checkbox"/> pensionados | | | | 3092 | 1363 | 1729 | 266,656 | | |
| <input type="checkbox"/> jubilados | | | | 19704 | 9221 | 10483 | | | |
| <input type="checkbox"/> beneficiarios | | | | 84739 | 34330 | 50409 | 1,501,004 | | |
| Porcentaje de analfabetismo | | | | 1.4 | 1.2 | 1.6 | | | |
| Escolaridad de la población | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------|-------|-------|-------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Básica completa | | | | 35789 | 23546 | 12243 | 11303 | | |
| <input type="checkbox"/> Media completa | | | | 91036 | 61088 | 29948 | 31140 | | |
| <input type="checkbox"/> Vocacional | | | | 6455 | 4159 | 2296 | 1863 | | |
| <input type="checkbox"/> Universidad completa | | | | 16789 | 6858 | 9931 | | | |
| Déficit habitacional | | | | | | | | | |

Las tendencias esperadas en los próximos años, en los indicadores de salud ambiental, educación, vivienda, saneamiento y desempleo son:

- **En ambiente**, la tendencia siguen siendo los desastres naturales, inundaciones, deslaves por construir en laderas de cerros, ráfagas de vientos y tornados, debido a la deforestación y al asentamiento por invasiones en áreas no aptas para edificar viviendas.
- **En educación**, sigue la deserción escolar, aunque ha mejorado el no abandono por la entrega de la beca universal,
- **Vivienda**, se ha avanzado por la construcción de viviendas de interés social, sin embargo estas barriadas se ubican lejos de las vías principales y con poco acceso al servicio público de transporte.
- **El saneamiento**, aumento el % de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano, la disposición de aguas residuales ha mejorado por el plan de saneamiento de la bahía, y la recolección de estas aguas residuales para su tratamiento.
- **Desempleo**, según el censo de 2010, la tasa de desempleo fue de 19.1%

Los riesgos a la salud principalmente se encuentran en los corregimientos de BELISARIO FRIAS, BELISARIO PORRAS, ARNULFO ARIAS

El porcentaje de comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales, en el Distrito de San Miguelito:

- Corregimiento de Mateo Iturralde: Inundaciones, Riesgo social.
- Corregimiento de José Domingo Espinar: Inundación
- Corregimiento de Amelia Denis de Icaza: Deslizamiento de Tierra, Incendio, Pobreza, Bandas delincuenciales

- Corregimiento de Belisario Porras: Inundaciones, deslizamiento
- Corregimiento de Omar Torrijos: Inundaciones Deslizamientos, Delincuencia Bandas
- Corregimiento de Belisario Frías: Inundaciones, Deslizamiento Bandas Delincuenciales
- Corregimiento de Arnulfo Arias: Inundaciones, Deslizamiento Pobreza, riesgo Social Bandas delincuenciales.
- Corregimiento de Victoriano Lorenzo: Inundación, Pobreza, riesgo Social, Banda delincuenciales.
- Corregimiento Rufina Alfaro: Inundación, riesgo social

No hay producción agrícola en San Miguelito, y si hay industrias de alimentos procesados (embutidos, pollo, carnes, alimentos rápidos, etc.) toledano, Bonlac.

No hay tierras dedicadas a la agricultura y **ganadería** estas actividades no se practican en San Miguelito,

No hay proyectos de reforestación con respaldo privado o del gobierno en el distrito de San Miguelito

Las principales actividades económicas de la región son el comercio, las ventas de productos al detal y economía informal.

Los son el comercio, ventas de productos al de tal economía informal, También encontramos fábricas de elaboración ,proceso, almacenamiento distribución y expendio de productos alimenticios, productos como bloques, agua embotelladas, insumos agrícolas, acopios de hierros, servicios de salones de belleza,. Aproximadamente 15% mano de obra local, siendo los centros comerciales de Los Andes y Metro mal los de mayor concentración laboral,

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

Cuadro No. 3

Condiciones del Saneamiento Básico

| Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010) | 2010 | 2012 | 2016 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| % de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano | | | |
| <input type="checkbox"/> Urbano | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| <input type="checkbox"/> Rural | 89.1 | 99.3 | 99.4 |
| <input type="checkbox"/> Indígena | 78.3 | 0.3 | |
| % de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento) | | | |
| <input type="checkbox"/> Urbano | 100.0 | 98.6 | 98.6 |
| <input type="checkbox"/> Rural | 99.6 | 88.8 | 0 |
| <input type="checkbox"/> Indígena | 92.5 | 0.9 | 0 |
| % de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico) | | | |
| <input type="checkbox"/> Urbano | 93.8 | 99.9 | 99.9 |
| <input type="checkbox"/> Rural | 38.2 | 96.6 | 0 |
| <input type="checkbox"/> Indígena | 3.3 | 0.3 | 0 |
| % de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento) | 83.0 | 91.0 | 100.0 |

Cuadro No. 4

Incidencia de Pobreza por Distrito

| Incidencia de la pobreza por distrito | % de Población 2010 | | |
|--|----------------------------|---------------|------------------------|
| | Total | Pobres | Pobres Extremos |
| 1. SAN MIGUELITO | 27.6 | 11.0 | 16.7 |
| 2. PANAMA | 16.4 | 6.5 | 9.9 |

| Incidencia de la pobreza por distrito 2015 | % de Población 2015 | | |
|---|----------------------------|---------------|------------------------|
| | Total | Pobres | Pobres Extremos |
| 1. SAN MIGUELITO | 15.1 | 12.7 | 2.4 |

Cuadro no.5

Principales Etnias Predominantes

| Cultura, Etnia y Colonias Predominantes | Etnia | | |
|---|----------------------|----------|---------|
| | Emberá | Guna | Ngäbe |
| % de población según edad | 0.9% | 0.6% | 0.3% |
| Población indígena | 3360 | 2381 | 1005 |
| 0-4 años | 361 | 195 | 72 |
| 5-9 años | 361 | 222 | 84 |
| 10-14 años | 382 | 205 | 72 |
| 15-19 años | 376 | 270 | 122 |
| 20-59 años | 1731 | 1266 | 592 |
| 60-64 años | 51 | 72 | 23 |
| 65 y más | 98 | 151 | 40 |
| Lenguaje y dialectos | Emberá(ÉbêrâB'e'dea) | Dulegaya | Ngäbere |

| Cultura, Etnia y Colonias Predominantes 2010 | % | Etnia | | |
|--|-------|-------|--------|-------|
| | | Total | Hombre | Mujer |
| % de población | 4.5 | 2.3 | 2.3 | 2.2 |
| TOTAL | 16982 | 8491 | 4216 | 4275 |
| KUNA | 0.6 | 2381 | 1171 | 1210 |
| NGABE | 0.3 | 1005 | 478 | 527 |
| BUGLE | 0.1 | 437 | 223 | 214 |
| TERIBE/NAOO | 0.01 | 35 | 17 | 18 |
| BOKOTA | 0.04 | 144 | 71 | 73 |
| EMBERA | 0.9 | 3360 | 1659 | 1701 |

| | | | | |
|--------------|------|-----|-----|-----|
| WOUNAAN | 0.05 | 170 | 91 | 79 |
| BRI-BRI | 0.03 | 101 | 45 | 56 |
| OTRO | 0.02 | 63 | 42 | 21 |
| NO DECLARADO | 0.2 | 795 | 419 | 376 |

| Colonias Predominantes 2010 | % | Etnia | | |
|-----------------------------|------|-------|--------|-------|
| | | Total | Hombre | Mujer |
| % De población según edad | | | | |
| Total | | | | |
| NEGRO (a) COLONIAL | 3.2 | 11903 | 5948 | 5955 |
| NEGRO (a) ANTILLANO | 22.4 | 8368 | 4161 | 4207 |
| NEGRO (a) | 5.1 | 18904 | 9639 | 9265 |
| Otro | 0.7 | 2495 | 1212 | 1283 |
| No declarado | 0.2 | 824 | 441 | 383 |

Cuadro No. 6 Principales Tasas de Mortalidad según Sexo

| | 2000 | | | 2010 | | | 2012 | | | 2015 | | |
|--|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|
| C. Principales causas de mortalidad | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Mortalidad general | | | | | | | | | | | | |
| 1. Enfermedad circulatoria | 350 | 177 | 173 | 221 | 125 | 96 | 449 | 239 | 210 | 516 | 262 | 254 |
| 2. Traumatismo | 128 | 106 | 22 | 111 | 96 | 15 | 233 | 208 | 25 | 0 | | |
| 3. Enfermedad infecciosas | 148 | 90 | 58 | 48 | 31 | 17 | 106 | 82 | 24 | 91 | 65 | 26 |
| 4. Tumores | 199 | 103 | 96 | 129 | 67 | 62 | 322 | 176 | 146 | 329 | 170 | 159 |
| 5. Enfermedad sistema respiratorio | 162 | 87 | 75 | 66 | 39 | 27 | 155 | 81 | 74 | 114 | 58 | 56 |
| Mortalidad en menores de un año | | | | | | | | | | | | |
| 1. Prematuridad | 43 | 22 | 21 | 16 | 9 | 7 | 38 | 28 | 10 | | | |
| | 28 | 15 | 13 | 16 | 10 | 6 | 19 | | | 13 | 6 | 7 |
| 3. Hallazgos anormales clínicos | | | | 3 | | 3 | | | | 5 | 5 | 0 |
| 4. enfermedad sistema respiratorio | 9 | 4 | 5 | 2 | | 2 | 7 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 5. enfermedades infecciosas | 18 | 7 | 11 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 6. Trauma obstétrico | 1 | 1 | | | | | | | | | | |
| Mortalidad en menores de 1-4 años | | | | | | | | | | | | |
| 1. Prematuridad | 43 | 22 | 21 | 16 | 9 | 7 | 38 | 28 | 10 | | | |
| 2. Anomalías | 28 | 15 | 13 | 18 | 11 | 7 | 21 | 8 | 13 | 1 | 0 | 1 |
| 3. Enfermedad infecciosa | 22 | 10 | 12 | 1 | 1 | | 2 | | 2 | 3 | 3 | 0 |
| 4. Enfermedad respiratoria | 11 | 5 | 6 | 3 | 1 | 2 | 8 | 5 | 3 | 2 | 2 | 0 |
| 5. Traumatismo | 5 | 4 | 1 | | | | 6 | 3 | 3 | 0 | | |
| Mortalidad perinatal | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | | | | 38 | | | 55 | | | | | |
| 2. Rn. afectados por trabajo de parto | | | | 16 | | | 13 | | | | | |
| 3. Signos morbosos mal definidos | | | | | | | 7 | | | | | |
| 4. Trastornos relacionados con la gestación | | | | | | | 3 | | | | | |
| 5. malformaciones congénitas | | | | 13 | | | 7 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|
| 6. Hipoxia | | | | 3 | | | 0 | | | | | |
| Mortalidad neonatal | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | 40 | 20 | 20 | 16 | 9 | 7 | 38 | 28 | 10 | 33 | 15 | 18 |
| 2.anomalias congénitas | 14 | 8 | 6 | 14 | 10 | 4 | 7 | 5 | 2 | 6 | 0 | 6 |
| 3.enfermedad infecciosa | 5 | 2 | 3 | 1 | 1 | | | | | | | |
| 4.enfermedad sistema respiratorio | 2 | | 2 | | | | 1 | 1 | | | | |
| 5.trauma obstétrico | 1 | | 1 | | | | | | | | | |
| Afecciones originadas en el periodo perinatal | | | | 16 | 7 | 9 | | | | | | |
| 1. Síntomas, signos y hallazgos morbosos anormales y de laboratorio | | | | 3 | | 3 | 5 | 2 | 3 | | | |
| 2. Causas externas de morbilidad y mortalidad | | | | | | | 1 | | 1 | | | |
| Mortalidad Post neonatal | | | | | | | | | | | | |
| 1.enfermedad infecciosa | 14 | 6 | 8 | | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 2.anomalias congénitas | 13 | 7 | 6 | 2 | 1 | 1 | 12 | 2 | 10 | 1 | 1 | 0 |
| 3.enfermedad respiratoria | 6 | 4 | 2 | 2 | | 2 | 6 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 4.ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | 4 | 2 | 2 | | | | | | | 4 | 3 | 1 |
| 5.enfermedad sistema circulatorio | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | | | | | |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas | | | | 1 | 1 | | | | | | | |
| Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y laboratorio | | | | | | | 2 | 2 | | 5 | 5 | 0 |
| Mortalidad materna | | | | | | | | | | | | |
| 1. Embarazo ectópico, no especificado | | | | 1 | | 1 | | | | | | |
| 2.mola hidatiforme, no especificada | | | | 1 | | 1 | | | | | | |
| 3. Muerte obstétrica indirecta, enf. Sistema respiratorio que complica en embarazo, parto y el puerperio | | | | 1 | | 1 | 4 | | 4 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|---|---|---|
| 4. Otras muertes obstétricas directas | | | | | | | 3 | | | 3 | 2 | 0 | 2 |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|---|---|---|

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

Cuadro No. 7

Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo

| | 2000 | | | 2010 | | | 2012 | | | 2016 | | |
|--|-------|------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|------|-----|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| % de sub registro de la mortalidad general | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| % de sub registro de la mortalidad infantil | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| % de sub registro de la mortalidad materna | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| % de defunciones por síntomas y causas mal definidas | 2.6 | 2.6 | | 0.7 | 0.9 | 0.5 | 1.1 | 1.2 | 1.0 | 0.6 | 0.8 | 0.4 |
| % de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas | 11.1 | 7.4 | 16 | 19.9 | 18.3 | 22.3 | 15.0 | 15.9 | 13.7 | 2.5 | 3.7 | 1.4 |
| % de muertes por diarrea | | | | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0 |
| % de muertes por infecciones respiratorias | 13.3 | 12.6 | 14.3 | 10.2 | 8.3 | 12.8 | 9.0 | 7.9 | 10.5 | 3.2 | 3.3 | 3 |
| % de muertes por TBC | | | | 1.5 | 0.7 | 1.0 | 0.8 | 1.0 | 0.4 | 0.3 | 0.4 | 0.2 |
| % de muertes por VIH | | | | 3.5 | 4.6 | 1.9 | 3.3 | 4.8 | 1.1 | 0.2 | 0.3 | 0.1 |
| % de otras | 19.0 | 18.6 | 19.4 | 5.4 | 4.6 | 6.5 | 1.8 | 2.1 | 1.4 | | | |
| % de muertes por enfermedades crónicas agrupadas | | | | 46.2 | 40.2 | 55.0 | 41.8 | 36.8 | 49.1 | | | |
| % de muertes por tumores malignos | 16.3 | 14.9 | 18.2 | 19.6 | 15.3 | 25.8 | 18.7 | 17.2 | 20.8 | 9.2 | 9.7 | 8.7 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|------|
| % de muertes por hipertensión arterial esencial | | | | 1.6 | 1.4 | 1.9 | 1.5 | 0.9 | 2.3 | 0.9 | 0.9 | 0.9 |
| % de muertes por diabetes mellitus | 2.9 | 1.9 | 4.2 | 6.8 | 4.9 | 9.5 | 7.2 | 4.4 | 11.2 | 3.4 | 3.1 | 3.8 |
| % de muertes por enfermedades isquémicas del corazón | | | | 12.8 | 13.7 | 11.6 | 10.9 | 4.4 | 11.2 | 4.8 | 5.8 | 3.9 |
| % de muertes por otras enfermedades crónicas | | | | 5.4 | 4.8 | 6.2 | 3.6 | 3.7 | 3.4 | | | |
| % de muertes por causas circulatorias | 28.7 | 25.6 | 32.9 | 22.9 | 22.9 | 23.0 | 26.0 | 23.4 | 29.9 | | | |
| % de muertes por enfermedades respiratorias crónicas | 13.3 | 12.6 | 14.3 | 3.7 | 3.2 | 4.4 | 1.9 | 2.3 | 1.3 | | | |
| % de muertes por insuficiencia renal crónica | | | | 0.3 | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 1.3 | 1.1 | 1.4 | 0.9 |
| % de muertes por causas externas | 10.5 | 15.3 | 4.2 | 15.0 | 33.3 | 2.4 | 13.5 | 20.4 | 3.6 | 3.9 | 6.9 | 1.2 |
| % de muertes por suicidios | | | | 1.0 | 0.9 | 1.1 | 0.4 | 0.5 | 0.3 | | | |
| % de muertes por homicidios | | | | 9.5 | 15.4 | 1.1 | 8.2 | 13.0 | 1.3 | 2.1 | 4 | 0.2 |
| % de muertes por accidentes | | | | 1.2 | 1.6 | 0.5 | 3.1 | 4.1 | 1.6 | 0.2 | 0.5 | 0.05 |
| % de muertes por accidentes de tránsito | | | | 2.5 | 4.0 | 0.3 | 2.2 | 3.2 | 0.7 | 0.7 | 1.1 | 0.5 |
| % de muertes por violencia | | | | 9.5 | 15.4 | 1.0 | 9.4 | 14.4 | 2.1 | | | |
| % Muertes por violencia social e intrafamiliar | | | | | | | | | | | | |

Cuadro No. 8

**Tasa de las Principales Causas Morbilidad
de las principales causas por Sexo**

| D. Principales causas de Morbilidad | 2010 | | | 2013 | | | 2016 | | |
|--|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| Morbilidad general | | | | | | | | | |
| 1.Rinofaringitis aguda | | 9943 | 11946 | 16195 | 6831 | 9364 | 21707 | 9623 | 12084 |
| 2.Caries de la dentina | | | | 16158 | 5982 | 10176 | 13490 | 5686 | 7804 |
| 3.Hipertensiòn esencial (primaria) | | | | 11646 | 2794 | 8852 | 8740 | 2694 | 6046 |
| 4.Obesidad, no especificada | | | | 8239 | 1587 | 6652 | 5863 | 1534 | 4329 |
| 5.Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | | | | 6929 | 3009 | 3920 | 9706 | 4426 | 5280 |
| Morbilidad en menores de un año | | | | | | | | | |
| 1.Bronquiolitis aguda, no especificada | | | | 583 | 320 | 263 | 548 | 290 | 258 |
| 2.Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado | | | | 233 | 124 | 109 | 218 | 116 | 102 |
| 3.Neumonía, no especificada | | | | 28 | 14 | 14 | 10 | 3 | 7 |
| 4.Varicela sin complicaciones | | | | 22 | 7 | 15 | 18 | 12 | 6 |
| 5.Bronconeumonía, no especificada | | | | 19 | 11 | 8 | 26 | 21 | 5 |
| Morbilidad en menores de 1-4 años | | | | | | | | | |
| 1.Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado | | | | 534 | 237 | 297 | 639 | 320 | 319 |
| 2.Bronquiolitis aguda, no especificada | | | | 122 | 64 | 58 | 187 | 100 | 87 |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 3.Varicela sin complicaciones | | | | 81 | 38 | 43 | 77 | 34 | 43 |
| 4.Bronconeumonía, no especificada | | | | 29 | 14 | 15 | 38 | 22 | 16 |
| 5.Neumonía, no especificada | | | | 9 | 5 | 4 | 17 | 12 | 5 |
| Morbilidad Perinatal | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | |
| Morbilidad Neonatal | | | | | | | | | |
| 1.Sepsis neonatal | | | | 475 | 263 | 213 | | | |
| 2.Ictericia Neonatal | | | | 198 | 109 | 89 | 248 | 137 | 111 |
| 3. Taquipnea del R.N. | | | | 199 | 134 | 65 | | | |
| 4. Recién Nacido Excepcionalmente Grande | | | | 172 | 117 | 55 | | | |
| 5. Pequeño para la Edad Gestacional | | | | 136 | 59 | 77 | | | |
| Morbilidad Post neonatal | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | |
| Morbilidad materna | | | | | | | | | |
| 1.Aumento excesivo de peso en el embarazo | | | | 633 | | 541 | 206 | | 206 |
| 2.Otras infecciones y las no especificadas de vías genitourinarias en el embarazo | | | | 484 | | 484 | 252 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|--|-----|-----|--|--|
| 3. Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio | | | | 294 | | 294 | 141 | | |
| 4. Desnutrición en el embarazo | | | | 270 | | 270 | 88 | | |
| 5. Amenaza de aborto | | | | 230 | | 230 | 212 | | |

| E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles | 2010 | | | 2012 | | | 2016 | | |
|---|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| 1. Herpes zoster, sin complicaciones | 0.5 | 0.3 | 0.5 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 |
| 2. Parotiditis | 0.03 | 0.03 | 0.04 | 0.04 | 0.04 | 0.04 | 0.008 | 0.001 | 0.005 |
| 3. Síndrome de coqueluche | 0.01 | 0.01 | 0.01 | | | | | | |
| 4. Meningitis | | | | 0.002 | | 0.005 | | | |
| 5. Neumonía | | | | 0.002 | 0.005 | | 0.11 | 0.14 | 0.09 |

| F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles. | 2010 | | | 2012 | | | 2016 | | |
|---|-------|-----|-----|-------|-------|-----|-------|-----|-----|
| | Total | Mas | Fem | Total | Mas | Fem | Total | Mas | Fem |
| 1. Herpes zoster, sin complicaciones | 0.5 | 0.3 | 0.5 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 |
| 2. Neumonía | | | | 0.002 | 0.005 | | | | |

| G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas) | 2010 | | | 2012 | | | 2016 | | |
|--|-------|------|------|-------|------|------|-------|-------|-------|
| | Total | Mas | Fem | Total | Mas | Fem | Total | Mas | Fem |
| 1. Hipertensión Arterial | 26.2 | 13.7 | 38.2 | 29.7 | 16.3 | 42.4 | 24.27 | 15.3 | 32.85 |
| 2. Obesidad | 15.4 | 6.1 | 24.2 | 17.1 | 7.9 | 25.9 | 16.28 | 8.71 | 23.52 |
| 4. Asma | 6.1 | 7.0 | 8.4 | 8.7 | 8.0 | 9.4 | 9.9 | 10.07 | 9.74 |
| 5. Artritis | 0.6 | 0.3 | 0.9 | 0.6 | 0.3 | 0.8 | 0.35 | 0.2 | 0.5 |

Cuadro No.16

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA REGION DE SAN MIGUELITO
POR GRUPO DE EDAD
AÑO 2016

| < 1 AÑO CAUSAS | Nº | 1- 4 AÑOS CAUSAS | Nº | 5-9 AÑOS CAUSAS | Nº | 10-14AÑOS CAUSAS | Nº | 15 -19 AÑOS CAUSAS | Nº | 20-59 ANOS CAUSAS | Nº | 60 Y MAS CAUSAS | Nº |
|--|------|-----------------------------|------|-------------------------------------|------|------------------------------|------|--|------|------------------------------|------|--------------------------|-------|
| ENFERMEDAD | NO. | ENFERMEDAD | NO. | ENFERMEDAD | NO. | ENFERMEDAD | NO. | ENFERMEDAD | NO. | ENFERMEDAD | NO. | ENFERMEDAD | NO. |
| RINOFARINGITIS AGUDA | 4236 | RINOFARINGITIS AGUDA | 7128 | CARIES DE LA DENTINA | 3561 | CARIES DE LA DENTINA | 1789 | PROBLEMAS RELACIONASA OTRA CIRCUNSTANCIA | 1382 | PROBLEMA RELACIONADO ORTAS | 6268 | HIPERTENSION ARTERIAL | 3,521 |
| GASTROENTERITIS | 964 | GASTROENTERITIS | 2789 | RINOFARINGITIS AGUDA | 2326 | RINOFARINGITIS AGUDA | 844 | CARIES DE LA DENTINA | 1259 | CARIES DE LA SENTINA | 5859 | OBESIDAD | 1063 |
| BRONQUIOLITIS AGUDA | 548 | ASMA | 1336 | DEPOSITOS EN LOS DIENTES | 1524 | DEPOSITOS EN LOS DIENTES | 798 | RINOFARINGITIS AGUDA | 1004 | RINOFARINGITIS AGUDA | 5498 | DIABETES MELLITUS | 869 |
| ANEMIA | 317 | FARINGITIS AGUDA | 1154 | GASTROENTERITIS | 863 | GASTROENTERITIS | 400 | DEPOSITOS EN LOS DIENTES | 736 | HIPERTENSION ARTERIAL | 5046 | RINOFARINGITIS AGUDA | 671 |
| BRONQUITIS AGUDA | 313 | OTRAS INFECCIONES AGUDAS | 1134 | FARINGITIS AGUDA | 636 | OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENFE. | 341 | OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENFERMEDADES | 687 | OBESIDAD | 4144 | SOSPECHA OTRAS ENFE. | 612 |
| ESCABIOSIS | 308 | PIODERMA | 771 | OTRAS INFECCIONES AGUDA | 581 | FARINGITIS AGUDA | 318 | INFECCION VIAS URINARIAS | 626 | DEPOSITOS EN LOS DIENTES | 3939 | INFECCION VIAS URINARIAS | 489 |
| PROBLEMAS BAJO INGRESO OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENF. | 297 | CARIES DE LA DENTINA | 706 | ASMA | 478 | ANOMALIAS DE LOS DIENTES | 309 | GASTROENTERITIS | 609 | GASTROENTERITIS | 3832 | LETRA NO LEGIBLE | 424 |
| ASMA | 289 | AMIGDALITIS AGUDA | 657 | NECROSIS DE LA PULPA | 444 | ASMA | 256 | GINGIVITIS CRONICA | 375 | OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENFE. | 3693 | CARIES DE LA DENTINA | 309 |
| ASMA | 254 | INFLUENZA | 639 | ANOMALIAS DE LA POSICION DE DIENTES | 407 | OTRAS INFECCIONES AGUDAS | 256 | FARINGITIS AGUDA | 375 | INFECCION VIAS URINARIAS | 3432 | LUMBAGO | 276 |
| FARINGITIS AGUDA | 254 | OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENF. | 562 | OBS.POR SOSPECHA OTRAS ENF. | 386 | GINGIVITIS CRONICA | 250 | OTRAS INFECCIONES AGUDAS | 285 | GINGIVITIS CRONICAS | 1961 | GASTROENTERITIS | 249 |
| ICTERICIA NEONATAL | 248 | BRONQUITIS AGUDA | 552 | CARIES LIMITADAS | 381 | NECROSIS DE LA PULPA | 189 | LETRA NO LEGIBLE | 264 | LUMBAGO | 1936 | FARINGITIS AGUDA | 224 |
| DERMATITIS DEL PAÑAL | 231 | ESCABIOSIS | 520 | AMIGDALITIS AGUDA | 315 | OBESIDAD | 180 | NECROSIS DE LA PULPA | 246 | LETRA NO LEGIBLE | 1918 | INFLUENZA | 192 |
| RINITIS CRONICA | 220 | IMPETIGO | 415 | INFLUENZA | 309 | INFECCION VIAS URINARIAS | 169 | GINGIVITIS CRONICA | 240 | FARINGITIS AGUDA | 1728 | VENAS VARICOSAS | 125 |
| INFUENZA | 218 | ANEMIA | 406 | ESCABIOSIS | 299 | LETRA NO LEGIBLE | 165 | GASTRITIS | 228 | INFLUENZA | 1361 | ARTROSIS | 122 |
| CONJUNTIVITIS | 210 | LETRA NO LEGIBLE | 374 | PIODERMA | 299 | CARIES LIMITADA AL ESMALTE | 165 | ASMA | 194 | NECROSIS DE LA PULPA | 1232 | ANEMIA | 111 |

Descripción de la situación de las principales conductas y hábitos de riesgos de la población (tabaquismo, sedentarismo, hábitos de alimentación y nutrición, conductas y prácticas sexuales sin protección, consumo de alcohol, drogas, violencias, acoso, acoso entre niños/as y adolescentes (bullying), ruidos, accidentes, delitos, intoxicación por plaguicidas, otros). Y los diferentes programas dirigidos a promover o incentivar los estilos de vida saludables en la población

En relación al consumo de tabaco según la encuesta mundial de tabaco realizada en el 2013 encontramos una baja prevalencia en el consumo de este producto 5.3%, siendo para los hombre de 9.0% y las mujeres 1.3%. Por rango de edad, los grupos de 40-59 y el de 60 y más presentan prevalencias más altas con 7.6% y 4.8% respectivamente, mientras que la más baja, 1.7%, se estimo para el grupo de 15 a 19 años. El consumo de tabaco fumado, que es el principal tipo de consumo en el Distrito, reflejó una prevalencia de 5.0% en general, mientras que para los hombres es de 8.9% y en las mujeres 0.9%. Con relación al tabaco sin humo, la prevalencia general fue de 0.5%, teniendo los hombres 0.3% y las mujeres 0.7%.

En materia de exposición al humo del tabaco de segunda mano (HTSM) se refleja que el 95.9% de los adultos que trabajan en interiores están protegidos de la exposición a este humo, así como el 94.8% de los adultos en sus hogares y el 86.8% de los adultos que visitan restaurantes no están expuestos al HTSM.

La cesación del consumo de tabaco se refleja como una preocupación de los consumidores siendo que 6 de cada 10 fumadores actuales planearon o estaban pensando dejar de fumar y que 4 de cada 10 fumadores hicieron un intento para dejar de fumar en los últimos 12 meses.

Como parte de las políticas de control de tabaco que implementa Panamá desde el año 2005 está la impresión en las cajetillas de productos de tabaco de advertencias sanitarias con imágenes, el 71.3% de los adultos de 15 años y más notaron las advertencias sanitarias y que 4 de cada 10 consideraron dejar de fumar debido a la misma (40.4%). Cerca de 4 de cada 7 fumadores actuales (56.8%) que notaron advertencias, pensaron en dejar de fumar.

En lo referente a los anuncios de tabaquismo en los medios de comunicación 5 de cada 10 adultos había visto información contra el tabaco en la televisión o la radio. 2 de cada 10 adultos había visto mercadeo de cigarrillos en las tiendas donde se venden cigarrillos; 2 de cada 10 adultos había visto comercialización de cigarrillos (que no sea en el comercio) o patrocinio de eventos deportivos.

En promedio, un fumador de cigarrillos actual gasta 109.90 USD por mes en cigarrillos manufacturados.

En general la población de San Miguelito esta consciente de los riesgos de enfermedades a las que se exponen al fumar (93.3%) cree que fumar causa enfermedades graves y un 98.4% de los adultos cree que le humo que respiran de otras personas fumadoras causa enfermedades graves en los no fumadores.

Fuente: Encuesta mundial del tabaco, san Miguelito, 2013.

Analizando las enfermedades crónicas no transmitirlas, encontramos un aumento en las trazas de prevalencia , comparando 2010-2012, teniendo así, que la Hipertensión Arterial, mostro prevalencia de 26.2, para el 2010, y 29.7 en 2012. Con un aumento significativo en las mujeres de 38.2 y 42.4 para 2010 y 2012 respectivamente.

En cuanto Obesidad, también hay aumento en la prevalencia comparando 2010 y 2012, en 15.4 y 17.1 respectivamente. Es importante enfatizar que la prevalencia en mujeres en comparación a los hombres es alarmantemente alta, en 2010 6.1 en hombres y 24.2 en mujeres y para el 2012 7.9 hombre y 25.9 en mujeres.

Se observa dificultades con la conducta y prácticas sexuales, hay mucha incidencia de promiscuidad sexual ITS, por la falta de práctica sexual seguras

Principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad.

Principales causas de morbilidad general

1. 1er lugar **Rinofaringitis** aguda 9364 en femeninas y 6831 hombres
2. 2do Caries dentales
3. 3 er Hipertensión Arterial
4. 4to Obesidad, no especifica
5. 5to Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso.

Proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años Las enfermedades de notificación obligatorias en los últimos 5 años son:

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------|------|------|------|------|------|
| Influenza | 1er | 1er | 2do | 2do | 2do |
| Diarrea | 2do | 2do | 1er | 1er | 1er |
| Conjuntivitis | 3er | 3er | 3er | 3er | 3er |

Del año 2012a 2016, el comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria mantuvo la constancia alternando siempre los puestos 1 y 2, ese comportamiento se ha mantenido a la fecha.

Objetivamente no se conoce la percepción de la población sobre su condición de salud, sin embargo en la práctica de la medicina hemos podido constatar que la población sabe de los riesgo de enfermedad sin embargo persiste una conducta de poco control de salud y mal manejo de medicamentos, solo asistir al médico cuando sienten alguna morbilidad

Avances de la región de San Miguelito en relación a los ODM.

ODM-4 REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL.

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años. En 1990 la mortalidad infantil fue de 24.5/1000 nacidos vivos

Para reducir la mortalidad infantil hemos estado monitorizando trimestralmente los indicadores involucrados logrando un aumento en la captación de los menores de un año, así como también el porcentaje de controles de salud y su concentración, además hemos logrado aumentar coberturas de vacunación.

| INDICADOR | Cobertura 2016 |
|---|----------------|
| NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD CAPTADOS EN EL PROGRAMA INFANTIL | 7196 |
| NÚMERO TOTAL DE CONTROLES DE SALUD REALIZADOS A MENORES DE 1 AÑO DE EDAD | 26051 |
| NÚMERO DE DOSIS DE VACUNA CONTRA POLIO QUE SE APLICÓ A MENORES DE 1 AÑO | 73.2% |
| NÚMERO DE DOSIS DE VACUNA PENTAVALENTE QUE SE APLICÓ A MENORES DE 1 AÑO | 73.8% |
| NÚMERO DE DOSIS DE VACUNA CONTRA ROTAVIRUS QUE SE APLICÓ A MENORES DE 1 | 73.9% |

ODM-5 MEJORAR LA SALUD MATERNA.

Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015 la mortalidad materna.

En el 2012 la tasa de mortalidad materna fue de 4 por 100mil habitantes y en el 2013 no hubo muertes maternas.

Para reducir la mortalidad materna hemos estado monitorizando los indicadores de cobertura de atención trimestralmente

Captación del embarazo

| INDICADORES | 2016 |
|---|-------|
| NÚMERO DE EMBARAZADAS CAPTADAS | 18850 |
| PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CAPTADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN (> O IGUAL AL 60%) | 99% |
| PORCENTAJE DE EMBARAZADAS CAPTADAS EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN (MENOS DEL 8%) | 79% |
| NÚMERO DE PUERPARAS CAPTADAS | 84% |
| NÚMERO DE EMBARAZADAS EVALUADAS POR ODONTOLOGÍA | 20% |

CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

Aspectos que Considera la Vigilancia Sanitaria

- Inspecciones
- Encuestas
- Monitoreo
- Promoción, capacitación, educación
- Marco Legal
- Participación social
- Determinantes sociales

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

La Vigilancia Sanitaria dentro de las actividades desarrolladas por el Departamento de Protección de Alimento, involucra la prevención de las enfermedades transmitidas por alimento, mediante las inspecciones a establecimientos de fabricación, transformación, distribución, almacenamiento y expendio de alimentos. Se realiza la vigilancia activa de las enfermedades transmitidas por alimentos, mediante la investigación de casos reportados en los diferentes centros de atención primaria de la región, así como las captadas por el Hospital San Miguel Arcangel. En menor escala pero con igual relevancia se encuentra la atención a quejas y denuncias sanitarias sobre establecimientos de expendio de alimentos. En el contexto de educación comunitaria se realizan charlas y exposiciones audiovisuales en los Centros de Salud, sobre medidas de prevención de contaminación alimentaria. Se brinda capacitación y apoyo a la formación de los facilitadores en el centro de capacitación de manipuladores de alimento y establecimientos de interés sanitario.

Charlas de capacitación para reforzar los conocimientos en materia de implementación de planes de aseguramiento de calidad alimentaria, constituyen un pilar fundamental para prevención de contaminación alimentaria en la manufactura.

Médicos Veterinarios debidamente capacitados han sido asignados a las plantas de sacrificio y proceso de cárnicos de la región de Salud de San Miguelito. Estos funcionarios deben velar para que el proceso se lleve en condiciones de inocuidad, y además cumplir con los protocolos de muestreo para monitoreo de laboratorios de la microbiología de los alimentos y residuos de medicamentos.

Problemas a de saneamiento ambiental a vigilar

Disposición inadecuada de aguas negras y servidas

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

Se mantiene la cultura popular de automedicación por lo tanto, Existe un alto subregistro de las Toxiinfecciones alimentarias en la Región de Salud de San Miguelito, debido a que muchas personas afectadas toman remedios o medican y no acuden a los Centros de Salud y además porque al presentarse a los planteles de atención primaria, las etiologías que generaron las mismas no son especificadas debido a la falta de insumos para la tipificación laboratorios. Por otra parte la falta de programas de muestreo de alimentos en expendio, no permiten mantener estudios actualizados de prevalencia de enfermedades de transmisión alimentaria en la región, sin embargo el Departamento de Protección de Alimentos ejecuta programas con la finalidad de mantener la vigilancia pasiva mediante las inspecciones a alimentos, así como la vigilancia activa de las enfermedades de transmisión alimentaria que son reportadas al departamento.

También es necesario reforzar la vigilancia de las enfermedades de transmisión alimentaria en las plantas de sacrificio de aves, ya sea por enfermedades zoonóticas mediante la toma frecuente de muestras con la debida representatividad estadística, así como por las no conformidades en la implementación de los programas de aseguramiento de la calidad alimentaria.

Fortalezas y debilidades para la vigilancia sanitaria a nivel regional son

Fortalezas Existencias de decretos, códigos y leyes.

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

Debilidades: Desconocimientos de las percepciones de Salud – Enfermedad de las comunidades que estamos tratando.

- Insuficiencia de recurso humano,
- La no divulgación de capacitación a la comunidad.
- Ausencia de reglamentos específicos para vigilar higiene y seguridad.
- Limitada descentralización hacia los niveles locales
- Desconocimiento de la situación de salud de las áreas de difícil acceso.
- Falta de consulta en la implementación de las políticas en los niveles locales.
- No existe un análisis de causalidad periódico y continuo.
- Capacidad para reunirse y ventilar en plenaria.
- No existe un sistema de Vigilancia sobre riesgos sociales, entre ellos la violencia social y doméstica.
- Escasa vigilancia de factores de riesgos asociados a otros problemas Bio-Psico-Sociales.
- Falta de vigilancia de los planes
- Escaso compromiso para el desarrollo de los aspectos sociales de la salud en la planificación, provisión, vigilancia de la salud y acceso a la salud, sobre todo de los grupos protegidos por normas legales de gratuidad..
- Gestión medicalizada y biológica de los servicios de salud.
- No hay una coordinación ínter programática
- Escaso nombramiento de trabajadores sociales para atender las patologías sociales.
- Escasa coordinación intersectorial
- No hay verdadera planificación integral de todos los departamentos.
- Limitados mecanismos de negociación e inclusión de la comunidad organizada en la producción de la salud.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

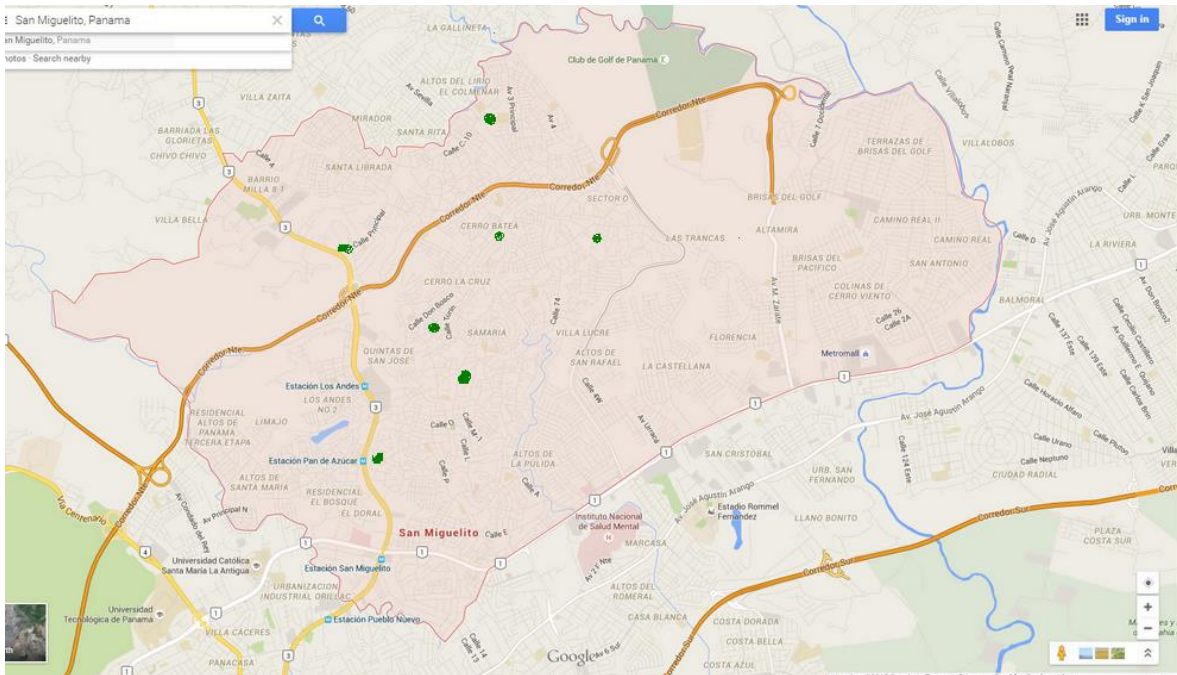
No hay comunidades inaccesibilidad geográficamente en san miguelito sin embargo en lo Cultural y económico: hay limitaciones por violencia (pandillerismo y crimen organizado que restringen el flujo de las personas ajenas a la comunidad por las diversas aéreas). Alto costo del transporte.

Las distancias (en tiempo y en kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera se observa en la infografía.

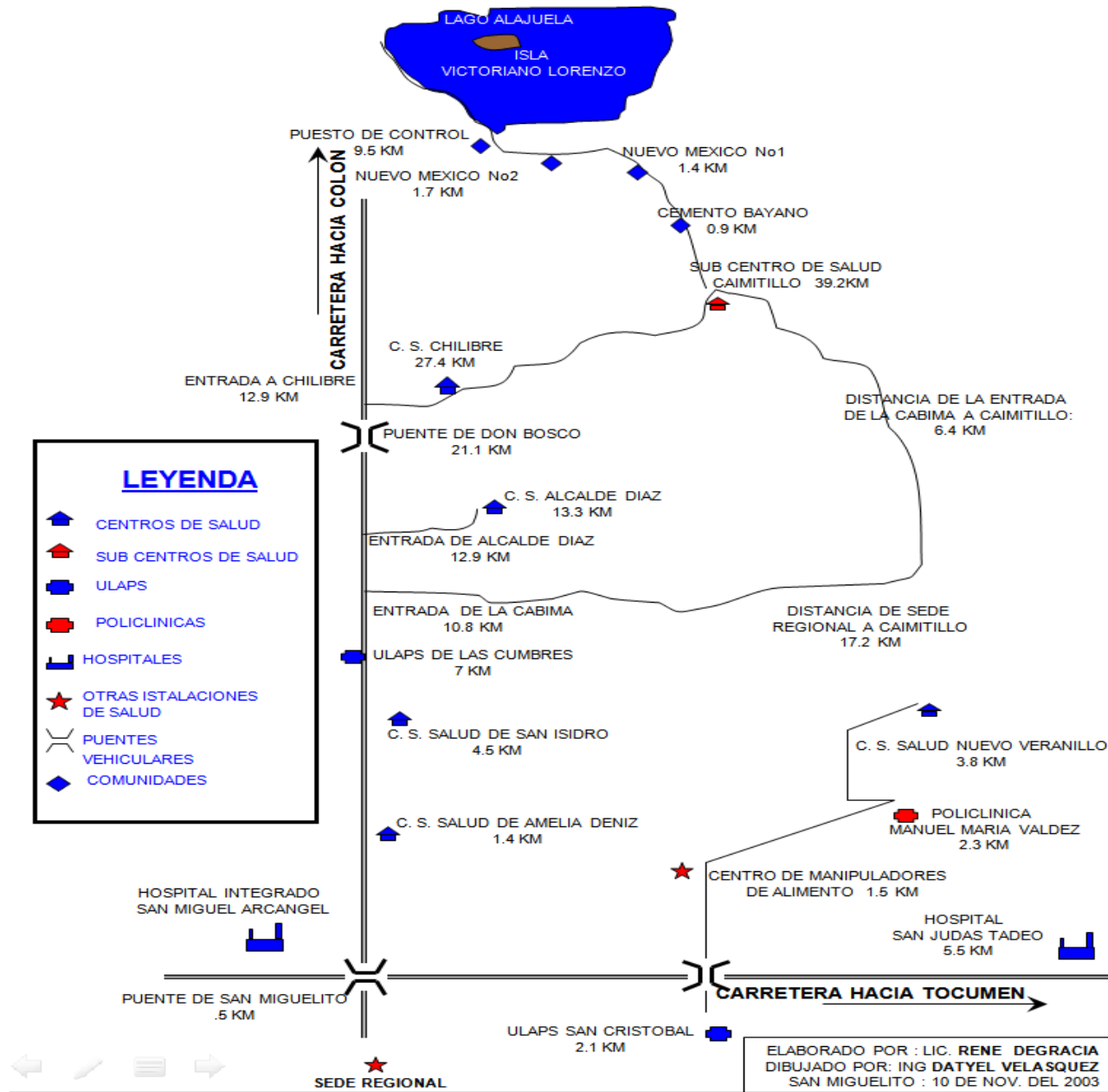
los medios usuales de transporte utilizados y Horario del sistema de transporte.
Metro – 5:00 am a 10:00 pm Metro bus: 24 horas, rutas internas, taxis, transportes piratas,

1. La población demora en tiempo para tener acceso a la instalación de salud más cercana
Ver infografía:

El acceso a las instalaciones de salud en San Miguelito, mas difícil están en el área de Rufina Alfaro, José Domingo Espinar



**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
DISTANCIAS DE SEDE REGIONAL A LAS INSTALACIONES DE SALUD**



El costo de movilización de transportación para la población es
 Metro costo 35c público en general, jubilados 17c, estudiantes 10c
 Metro bus: costo 25c público en general ruta normal, corredor 1.25. Estudiantes 10c

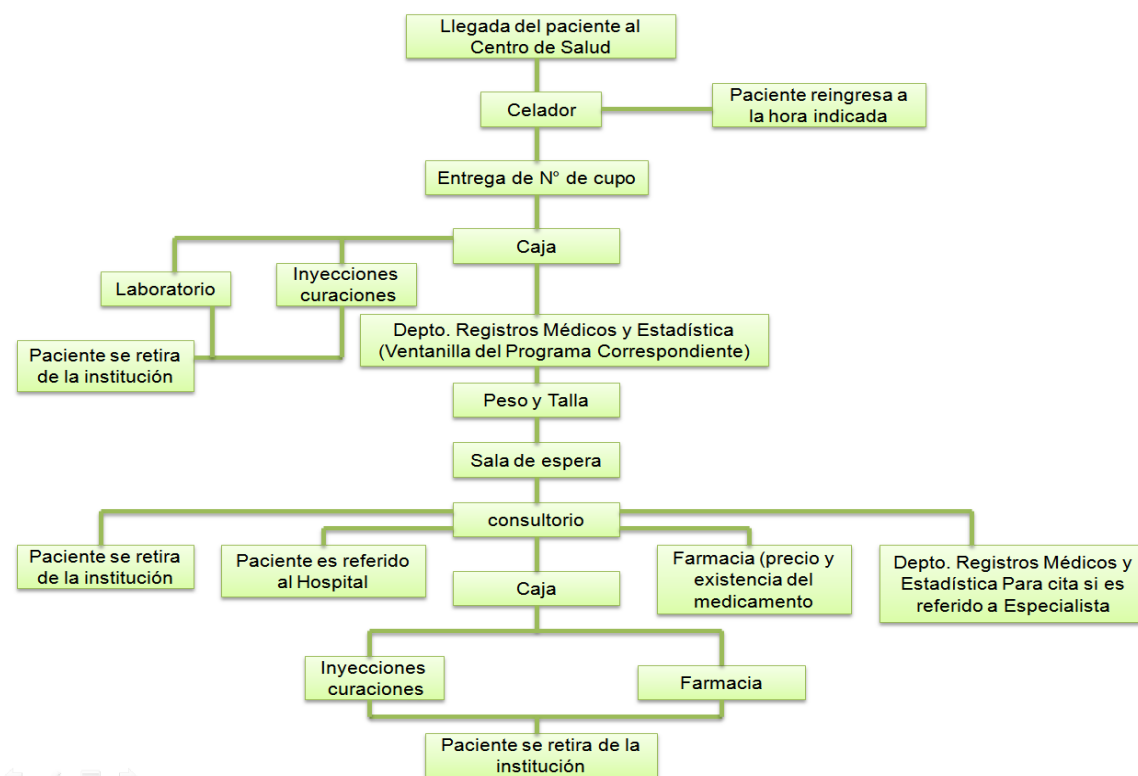
El mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos

En cuanto al flujo grama de llegada del Paciente al centro de salud, este es Recibido por el celador, el cual entrega el nº de cupo, pasa a la caja, a pagar la consulta; laboratorio o inyecciones y curaciones, el paciente se retira.

El paciente luego de pagar el nº de cupo en caja, pasa a Registro Medico y Estadística (ventanilla del Programa correspondiente). Peso y Talla, Sala de Espera, pasa al Consultorio, Paciente se retira de la institución, Paciente Referido al Hospital, Farmacia (precio y existencia del medicamento), Departamento Registro médicos para cita (de ser referido a un especialista). Del consultorio a Caja para Inyecciones/Curaciones o Farmacia.

Para la población que no cuenta con recursos económicos, el flujo grama es exactamente igual salvo exoneración de pago, según criterio de Trabajo Social y se aplican también las exoneraciones por decreto presidencial.

Flujograma de atención integral de Morbilidad y control de salud de



Fuente: Reestructuración de la atención de salud a la población (1995)

COMPLEJIDAD DE LA RED

La región No cuenta con una red integrada e integrales de servicios de salud (RIISS)
La red de servicios No es integrada, siendo la CSS, proveedor de servicios médicos únicamente para asegurados y beneficiarios debidamente inscritos, no atienden problemas de saneamiento ambiental

La Región de Salud de San Miguelito está compuesta por una Red pública de atención primaria formada por (7) Centros de Salud y 1 Subcentros (Tinajita), Existe un Hospital Regional de Segundo Nivel San Miguel Arcángel que cubre la demanda de la Red Primaria del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social y un Hospital del segundo nivel (C.S.S).Susana Jones.

Policlínicas María Valdés y Generoso de la Guardia, CAPSS Torrijos Carter.

En la Región de Salud de San Miguelito, existe un Centro de Salud, Nuevo Veranillo, que por sus Recursos físicos humanos y tecnológicos cumple con las características de 2 A (Secundario Ambulatorio) , pues cuenta con un Sub Nivel 1 A (atención primario) capacitado para la atención de urgencias, consultas y atención de especialidad e imagenología, Pediatría entre otras. El Centro de salud San Isidro, opera un cuarto de urgencia las 24hras El resto de los Centros de Salud pertenecen al nivel 1 A (primario ambulatorio); Representan el primer contacto del usuario con el sistema y paso obligado por los siguientes niveles. Contemplan un modelo de Atención Integral basado en Equipos Básicos (un médicos general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y un técnico de Salud) a las cuales se les asigna una cantidad de familias de una zona de responsabilidad, apoyados por Equipo de atención complementario como son : Saneamiento Ambiental, Odontología, Laboratorio, trabajo social y Profesionales especialistas. sin embargo este modelo de atención a sido víctima de los vaivenes políticos por lo que ha caído en desuso.

Los centros de salud con extensión de horario y fines de semana, son San Isidro (3-11pm y 11-7am), Nuevo Veranillo: Lunes a viernes 3 – 9 y sábados 7-3pm., Cerro Batea: Lunes a viernes 7-3 pm; Torrijos Carter: Lunes a domingo de 7-3pm 3-11 pm, 11-7am en

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

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

Como ya se dijo anteriormente el modelo de sectorización a sido dejado a un lado debido a la falta de interés de las autoridades de salud.

Los equipos básicos de salud se integran a los establecimientos de salud, a través de coordinaciones internas e interconsultas, para el monitoreo y seguimiento, donde la comunidad se incorpora en el momento que se le solicita.

El Equipos Básicos de salud, de acuerdo al modelo de atención Familiar, comunitario y ambiental lo conforman, (un médicos general, una enfermera, un auxiliar de enfermería y un técnico de Salud) a las cuales se asigna una cantidad de familias de una zona de responsabilidad, apoyados por Equipo de atención complementario como son: Saneamiento Ambiental, Odontología, Laboratorio, trabajo social y Profesionales especialistas.

El modelo de atención estipulo 5,000hbt por equipo básico, de responsabilidad

La cartera de servicios que se ofrece a la población está orientada a facilitar la atención sanitaria y las prestaciones básicas que corresponden al primer nivel de atención tomando en consideración las necesidades de Salud-enfermedad de la población bajo nuestra responsabilidad.

Los programas que se ofertan a la población son los siguientes:

- Programa Atención Integral de la salud de la niñez y adolescencia
- Programa de Salud sexual y reproductiva
- Atención Integral del Adulto y la Adulta
- Atención integral del adulto y adulta mayor
- Promoción y Prevención de la Salud
- Vigilancia Epidemiológica
- Control de Vectores y Saneamiento Ambiental
- Protección de Alimentos
- Sistema de Referencia y Contra referencia
- Programa nacional de HIV-SIDA
- Programa de salud penitenciaria
- Programa de TBC
- Programa Salud ocupacional
- Programa salud bucal
- Programa ampliado de inmunización
-

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

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

Atención Integral a los y las adolescentes

Atención Integral a la Mujer

Atención Integral del Adulto y la Adulta

Organización de la Gestión del Modelo de Salud Familiar, Comunitario y Ambiental
Sistema de Referencia y Contra referencia
Promoción y Prevención Colectiva
Control y vigilancia Epidemiológica y de Salud Pública.

No hay diferencia en la tarifa, en cuanto a usuario asegurado y no asegurado.

La tarifa para los usuario asegurados y no asegurados es la misma, el costo de la consulta para los servicios de medicina general y otras consultas es de 0 .50 centavos y de 1.00 balboa para las especialidades y la atención de los fines de semana. Se respeta la ley de gratuidad para los menores de 5 años, embarazadas y pacientes con capacidades especiales identificados.

Consulta externa de medicina general y medicina especializada: 1 balboa

Existen los protocolos de atención por servicio, protocolo de atención de diabetes mellitus, HTA, obesidad, atención penitenciaria, normas de atención integral a la mujer, protocolo de enfermedades de notificación obligatoria, normas para la salud y el ambiente, normas y protocolos de atención de odontología,

Actualmente ambas redes de servicios MINSA y CSS, trabajan de manera independiente, aunque todas nuestras instalaciones atienden un importante número de pacientes asegurados no existe un convenio que formalice la coordinación MINSA-CSS. Ni hay articulación.

A pesar de esto en el programa de TBC existe una integración en cuanto al abastecimiento de medicamentos para estos pacientes.

En el programa ampliado de inmunización existe una coordinación e integración para el abastecimiento de las vacunas.

En La vigilancia epidemiológica existe una integración a través del SISVIG

No existe relación alguna entre la red informal de salud y la red formal, Tampoco hay articulación de la red pública de salud de San Miguelito, no se articula con la red privada, esta trabaja independiente del monitoreo gubernamental de Salud.

El sistema de referencia – contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias,, ya que depende de la cartera de servicio de cada instalación y del nivel de atención de las mismas. En base a esto se realizan las derivaciones de pacientes a las diferentes instalaciones.

el flujo de pacientes a lo interno de cada instalación sanitaria y entre una y otra instalación de la red regional de salud, se da por la referencia interna en cada instalación de salud se realiza con un formulario de referencia interna diferente al surco o por medio de interconsulta entre los profesionales, de una instalación a otra se realiza utilizando el

formulario de SURCO el cual se utiliza para la referencia de paciente entre instalaciones del mismo nivel o hacia instalaciones de mayor nivel de complejidad.

Los mecanismos con qué funciona el sistema de referencia contra referencia entre el primero, segundo y tercer nivel de atención es Utilizando el formulario del sistema único de referencia y contra referencia para los tres niveles de atención tomando en consideración la cartera de servicio de cada uno de ellos el primer nivel genera referencia a otras instalaciones de primer nivel con una cartera de servicios más amplia y de ser necesario al segundo o tercer nivel según el diagnóstico del paciente. El segundo nivel dependiendo de su capacidad resolutive refiere a su vez al tercer nivel. Tanto el segundo como el tercer nivel de atención deben contra referir al primer nivel para el control posterior del paciente.

El sistema es efectivo en la referencia sin embargo no hay reciprocidad en cuanto a las contra referencia.

No hay Contra referencia efectiva del 2do y 3er nivel de atención. Entre el primero, segundo y tercer nivel de atención? Se utiliza el formulario del sistema único de referencia y contra referencia para los tres niveles de atención tomando en consideración la cartera de servicio de cada uno de ellos el primer nivel genera referencia a otras instalaciones de primer nivel con una cartera de servicios más amplia y de ser necesario al segundo o tercer nivel según el diagnóstico del paciente. El segundo nivel dependiendo de su capacidad resolutive refiere a su vez al tercer nivel. Tanto el segundo como el tercer nivel de atención deben contra referir al primer nivel para el control posterior del paciente.

Las debilidades del sistema de referencia y contra referencia las encontramos en:

- a- Aún existen funcionarios que no cumplen con el llenado completo de todos los cuestionamientos o puntos del formulario.
- b. El tercer nivel de atención y la CSS no están participando de las reuniones de coordinación.
- c. El formulario en papel químico de 4 páginas no se ha logrado conseguir con una óptima calidad para que la información sea legible en todas las copias.
- d. letra ilegible

El Sistema Única de Referencia está reglamentado por decreto ley del 9 de Diciembre 2003- Resolución 422. Si se utiliza en la red primaria

Las dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del sistema de Referencia y Contra referencia:

- Dificultad para que los coordinadores locales puedan realizar los informes mensuales que evalúan la calidad y cantidad de referencias generadas ya que aún, cuando hay una nota que autoriza la asignación de las horas administrativas con este fin las mismas no se hacen efectivas.

- La ausencia de los coordinadores de SURCO de las policlínicas de la CSS en las reuniones de coordinación y seguimiento que se realizan trimestralmente.
- Aun presentamos dificultad en la calidad del papel químico del formulario y en el desglose de los formularios en nuestras instalaciones de salud, ya que en algunas en lugar de utilizar original y tres copias utilizan original y una o dos copias pese a que los formularios son suministrados por el nivel regional.

En cuanto a las infraestructuras, de los centros de salud, Si tenemos grandes necesidades de mejoras en estructuras físicas de nuestras instalaciones iniciando con que no contamos con un edificio para nuestras oficinas regionales, la cual está ubicada en un edificio alquilado ubicado en la región metro. Además nuestras instalaciones no han sido planificadas y sus estructuras obedecen a la necesidad de aumentar la respuesta a nuestra población siendo laberintos que han crecidos para dar respuesta a nuestra población. La necesidad de mejorar la estructura física de las instalaciones de salud regionales es imperante en muchos aspectos, ya que actualmente hay limitantes en cuanto a espacio, el lugar de almacenaje de insumos clínicos y/o de aseo u oficina es reducido o no se cuenta con el mismo. En muchos de los centros de salud la estructura física requiere ser renovada parcialmente y adecuarla para permitir la incorporación de las nuevas tecnologías de la información que nos darían mayores posibilidades a los profesionales de la salud de acceder a información relativa a la salud, las enfermedades, sus factores condicionantes y las posibilidades de prevención, curación o rehabilitación.

En nuestra Región de Salud no existen los centros Reintegra.

La información disponible se encuentra en los resultados del censo celebrado en el año 2010. No obstante el departamento de enfermería debe llevar un registro de los certificados expedidos a personas con discapacidad que lo han solicitado en la Región de Salud

.En el 2016, y debido a una óptima gestión llevada a cabo por la oficina de ONSIP,

Con el fin de fortalecer el sistema de referencia y contra referencia de pacientes se realizan reuniones trimestrales en las que participan los coordinadores locales de nuestros centros de salud y el HSMA (jefes de servicios y el departamento de calidad) con el fin de identificar los nudos críticos en el proceso de la referencia y contra referencia de pacientes.

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

Los bolsones de desprotegidos se ubican en: Cerro viento rural, las trancas, loma Brown, finca Amelia, corregimiento, aéreas rurales de Rufina Alfaro y José Domingo Espinar

Los principales riesgos que los afectan son:
 Pandillerismo, diarreas, caries, dificultad para acceder al centro de salud.

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

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO COBERTURA DE VACUNACION POBLACION ESTIMADA AÑO 2016

| POBLACION | B.C.G. | | PENTAVALENTE | | POLIO | | ROTA VIRUS | |
|-----------|--------|----|--------------|------|-------|------|------------|------|
| | Nº | % | N | % | Nº | % | Nº | % |
| 5611 | 2583 | 46 | 4143 | 73.8 | 4106 | 73,2 | 4146 | 73.9 |

| | SARAMPION |
|----------|-----------|
| 1-4 AÑOS | 20.56 |

| | VPH |
|------------|-------|
| 10-14 AÑOS | 35.85 |

LOS RECURSOS HUMANOS

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) tenemos:

- En la planificación y gestión del recurso humano no hemos tenido mucho avance ya que aún se mantiene centralizado, seguimos con dificultades en la asignación de plazas o puestos de trabajos de personal técnico que se ha retirado del sistema por jubilación o cambios a otras instituciones. Estas plazas pasan años sin ser restituidas y en ocasiones se pierden.
- Si existe un período de inducción para los funcionarios de primer ingreso. Continuamos recibiendo recurso humano no capacitado mientras que el personal técnico requerido no

es nombrado: Tecnólogos Médicos, Asistentes de Laboratorio, Asistentes Dentales, Enfermeras; Licenciados en Farmacia, Conductores, Personal de Mantenimiento, etc.

- Se está estableciendo el precedente de que los puestos de jefatura regional, tanto del departamento de Protección de Alimentos como de Control de Zoonosis, sean ocupados por Médicos Veterinarios de acuerdo al nivel del pensum académico de los funcionarios. Las jefaturas locales se asignan a los Médicos Veterinarios de mayor cantidad de años de labor en la Región de San Miguelito. Debido a la falta de recurso humano, algunos funcionarios del departamento cubren dos o más centros de salud, en funciones de DEPA y Zoonosis.
- Se está nombrando personal de la planilla contrato a planilla de permanentes con el objetivo de llenar las necesidades en los centros de salud de manera que se pueda ir reduciendo la planilla (040) de turnos. De manera tal que se siga dando los servicios de extensión de horarios con personal permanente y poder conformar en su totalidad los turnos vespertinos.

Los recursos que sirven en la red informal de salud no se capacitan (parteras, curadores y otros) En la actualidad No aplica supervisión alguna
La oficina de docencia es la encargada de impartir curso, de capacitación técnica y administrativa, talleres y seminarios a todos los funcionarios de la región.

Los equipos de salud participan a través de Plan Operativo Local y SIMEPLAN elaborado por cada centro de salud quienes priorizan las intervenciones, enmarcándose en la política nacional de salud para el periodo 2016-2025.

El equipo de salud determina los costos de la atención sanitaria según centros de salud y estos varían en, laboratorios, odontología, farmacia, procedimientos. Esta variación es influenciada por los comités de salud quienes tienen la necesidad de generar ingresos para funcionar.

Las tarifas existentes No contemplan los costos reales de los servicios
No, son tarifas simbólicas establecidas con el fin de que los servicios sean accesibles a nuestros usuarios.

No se hace compensación de costos ni se llevan un registro exacto de la atención de pacientes asegurados, beneficiarios, debido a que no hay convenio o acuerdo pactado con la CSS en la Región de San Miguelito

No Existente en la región entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud (Lista de entidades formadoras de los profesionales, tendencia de la relación "Generalista vs. Especialistas" por lo que No se reformulan los currículos de formación profesional en pregrado y posgrado de las carreras de salud
No la hay.

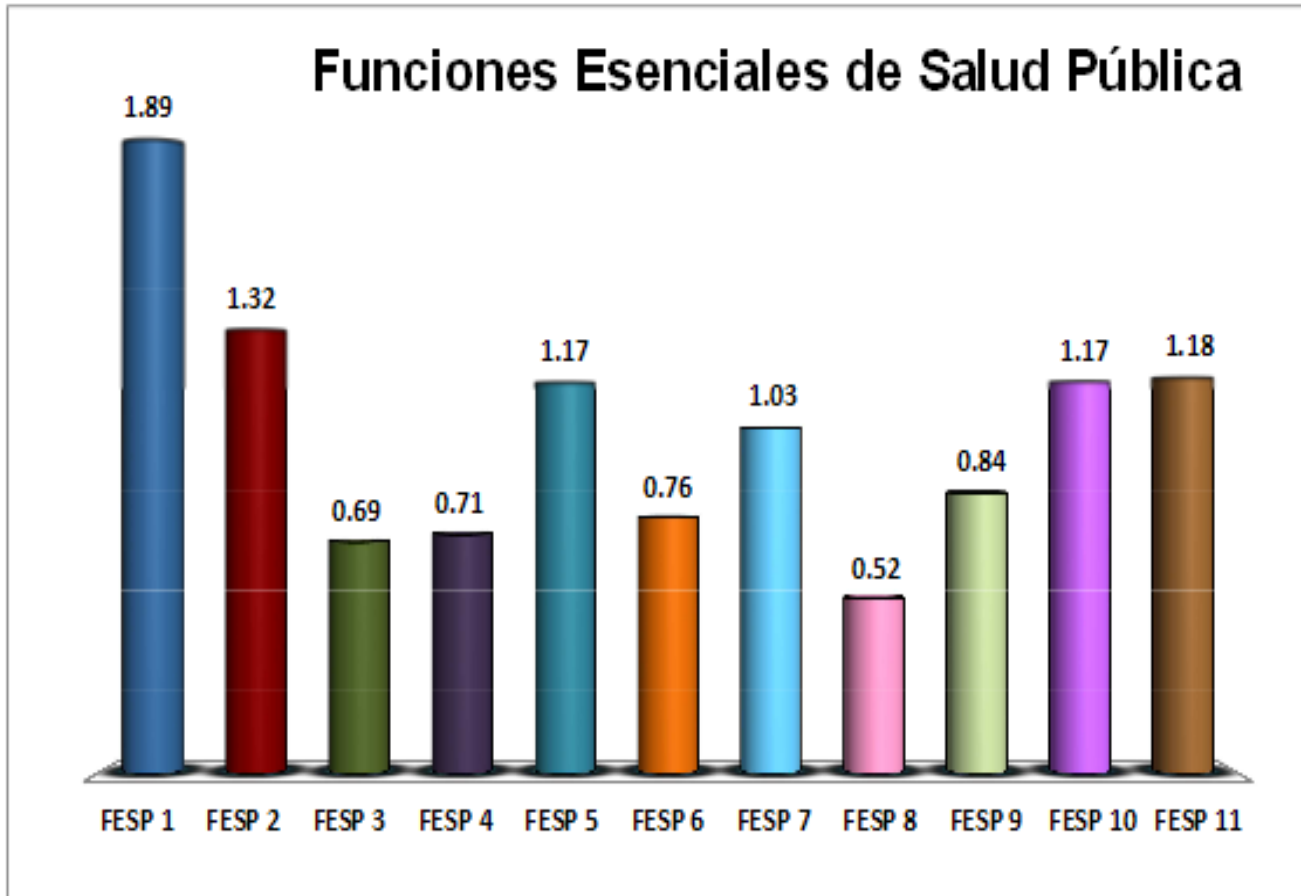
No Existe Información de condiciones de empleo en las regiones flexibilidad laboral y protección social de los trabajadores, distribución del empleo entre sectores públicos y privados

No Existe Información en relación de ingresos y nivel de calificación de los recursos humanos en el sector público. ni privado Sin embargo en el servicio público se inicia con salario mínimo

No se ha utilizado esta modalidad de tercerización o internalización en el sector salud en la Región de San Miguelito.

Las acciones del MINSa para mejorar el desempeño en la evaluación de la FESP.
Funciones Esenciales de Salud Pública

- FESP 1 Monitoreo y análisis de la situación de salud
- FESP 2 Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños a la Salud Pública
- FESP 3 Promoción de salud
- FESP 4 Participación de los ciudadanos en salud
- FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional de Planificación y gestión en Salud Pública
- FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de Regulación y fiscalización en Salud Pública
- FESP 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los Servicios de salud necesarios
- FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud Pública
- FESP 9 Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos
- FESP 10 Investigación, desarrollo e implementación de Soluciones innovadoras en Salud Pública
- FESP 11 Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud



El análisis general de las FESP señala que la FESP 1, monitoreo, evaluación y Análisis de la situación de salud de la población, Fue la única de las once que Alcanzó un desempeño óptimo con un resultado de 1.8

9.

Las FESP que alcanzaron un desempeño medio superior, es decir, que obtuvieron Ponderaciones entre 1 a 1.50 fueron:

FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y Daños en salud pública con una ponderación total de 1.32

FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud con Una ponderación total de 1.18

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y Gestión en salud pública con una ponderación total De 1.17

FESP 10: Investigación en salud pública con una ponderación total de 1.17

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativa de la población a los Servicios de salud necesarios con una ponderación total de 1.03

Cuadro No.11

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

| Total de médicos | Total | MIN SA | CSS | Privado | Total | MIN SA | CSS | Privado | Total | MIN SA | CSS | Privado | Total 2016 | MIN SA 2016 | CSS 2016 | Privado |
|---|-------|--------|-----|---------|-------|--------|-----|---------|-------|--------|-----|---------|------------|-------------|----------|---------|
| Total de Médicos | 71 | 71 | | | 87 | 87 | | | 86 | 86 | | | | 137 | | |
| Generales | 39 | 39 | | | 54 | 54 | | | 56 | 56 | | | | 59 | | |
| Pediatras | 9 | 9 | | | 10 | 10 | | | 10 | 10 | | | | 11 | | |
| Psiquiatras | 5 | 5 | | | 6 | 6 | | | 5 | 5 | | | | 4 | | |
| Cirujanos | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| Internistas | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiares | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | |
| Gineco Obstetras | 11 | 11 | | | 11 | 11 | | | 9 | 9 | | | | 11 | | |
| Otras especialidades | 5 | 5 | | | 5 | 5 | | | 5 | 5 | | | | 4 | | |
| No. Total De Enfermeras | 28 | 28 | | | 33 | 33 | | | 29 | 29 | | | | 37 | | |
| No. De Odontólogos | 37 | 37 | | | 43 | 43 | | | 34 | 34 | | | | 42 | | |
| Razón De Médicos Por 10,000 Habs. | 3.8 | 3.8 | | | 2.8 | 2.8 | | | 2.7 | 2.7 | | | | | | |
| Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Habs | 1.5 | 1.5 | | | 1.1 | 1.1 | | | 1.0 | 1.0 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|--|--|-----|-----|--|--|-----|-----|--|--|----|--|
| Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs | 2.0 | 2.0 | | | 1.4 | 1.4 | | | 1.1 | 1.1 | | | | |
| Razón De Parteras (os) Por 10,000 Habs | | | | | | | | | | | | | | |
| No. Total De Técnicos De Laboratorio | 9 | 9 | | | 14 | 14 | | | 11 | 11 | | | | |
| No. Total de Técnicos de Enfermería | 22 | 22 | | | 30 | 30 | | | 23 | 23 | | | 26 | |
| No. Total de Asistentes Dentales | 14 | 14 | | | 11 | 11 | | | 14 | 14 | | | 15 | |
| No. Total de Cito tecnólogos | | | | | | | | | | | | | | |
| No. de Farmacéuticos | 7 | 7 | | | 8 | 8 | | | 11 | 11 | | | 12 | |
| No. de Asistentes de Farmacia | 6 | 6 | | | 1 | 1 | | | 6 | 6 | | | 4 | |
| No. de Educadores para la Salud | 2 | 2 | | | 6 | 6 | | | 1 | 1 | | | 3 | |
| No. de Promotores de Salud | 2 | 2 | | | 27 | 27 | | | 27 | 27 | | | | |
| No. de Asistentes de Salud | 2 | 2 | | | 6 | 6 | | | 1 | 1 | | | | |
| No. de Inspectores de Saneamiento | 13 | 13 | | | 14 | 14 | | | 14 | 14 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|--|--|----|----|--|--|----|----|--|--|--|--|----|
| No. de Inspectores antivectoriales | 26 | 26 | | | 47 | 47 | | | 44 | 44 | | | | | 37 |
| No. de Veterinarios | 4 | 4 | | | 11 | 11 | | | 11 | 11 | | | | | 7 |
| No. de Ingenieros y arquitectos | 2 | 2 | | | | | | | 0 | 0 | | | | | |
| No. Graduados de postgrado en salud pública | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. de escuelas de Salud Pública | 0 | | | | 0 | | | | 0 | | | | | | |
| No. Univ. Con maestría en Salud Pública | 0 | | | | 0 | | | | 0 | | | | | | |

LOS INSUMOS SANITARIOS (Medicamentos. Médico Quirúrgicos, Laboratorios, Odontología, Imagenología)

La Región de Salud de San Miguelito cuenta con 8 farmacias en los Centros de Salud y 4 Farmacias a Nivel de Sub Centros. El HSMA cuenta con 1 al igual que las 2 Policlínicas de la CSS, la CAPSS de Torrijos Carter y el Hospital Susana Jones. No existen Farmacias Comunitarias.

Existe política de medicamentos del 2009, la cual crea mediante Resolución No 632 del 30 de junio 2009

También existe la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP)

Creada mediante resolución 203 del 20 de abril de 2010

Cumple con la función de elaborar la primera la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LME) y de Medicamentos Especializados, cumpliendo con lo establecido en el acápite 1 y 2 del artículo quinto de la Resolución 925 del 15 de julio de 2015.

Hay avance en la elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales y especializados y En la actualidad existe un equipo que está trabajando en la elaboración de esta lista.

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

el listado de imagenología que manejamos fue adecuado a los servicios que brinda el centro de salud de Veranillo (mamografías y Radiología convencional) El listado de médico-quirúrgico al igual que el de odontología esta basado en la cartera de servicio y requerimiento de un primer de atención . El listado de medicamentos está basado en el primer nivel de atención, existe el Reglamento de selección creado mediante resolución 1014 del 31 octubre de 2011. Laboratorio también cuenta con un listado regional de insumos.

Renglones de medicamentos, médicos quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología incluidos

Imagenología cuenta con: 18 Renglones. Estos son utilizados por el servicio de Imagenología del Centro de Salud de Veranillo.

Farmacia cuenta con 231 renglones. Los renglones de Médico-quirúrgico que utiliza la región de San Miguelito son 155 mientras que odontología maneja 86 renglones. El número de renglones de insumos e instrumental en odontología es de 86. La región de Salud de San Miguelito en lo concerniente a los Laboratorios utiliza 150 renglones de pruebas de laboratorio las cuales son utilizadas por el Laboratorio Regional y los 7 restantes servicios de Laboratorio.

La herramienta LSS/SUMA, para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología en su almacén regional, hospital regional o instalaciones de mayor capacidad resolutive,

es una herramienta útil ya que nos ofrece información sobre los consumos y existencias de los insumos de los diferentes servicios a nivel regional y en cada una de nuestras instalaciones.

Esta herramienta también es importante en la toma de decisión gerencial como es la compra de insumos y proyección de nuestras necesidades de insumos. El sistema Suma es de mucha utilidad en todas las áreas Nos brinda una amplia visión de todos los insumos médico-quirúrgicos que se encuentran inventariados a nivel nacional y de donde nuestra región , suple las necesidades de sus centros de salud para brindarle la mejor atención que se merece los pacientes del área.

Se utilizan los informes generados por la LSS/SUMA para la toma de decisiones gerenciales oportunas, es una herramienta de gran utilidad para las proyecciones de compras y manejo de presupuesto anual.

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

El área de farmacia y odontología realiza la distribución tomando en consideración los pedidos mensuales de cada instalación de salud. En médico-quirúrgico el flujo de distribución inicia a nivel del depósito nacional quien suministra a las catorce regiones de salud, estos suministro al llegar al depósito regional son distribuidos a todas nuestras

instalaciones tomando en consideración sus solicitudes de insumos.

La distribución de insumos de Laboratorios a los niveles locales se realiza de forma mensual tomando en consideración sus consumos, el mismo tomando en cuenta el flujo grama de distribución regional.

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?

Sí, Este formato o cuadernillo de registro de insumos médico-quirúrgicos ayuda directamente a proyectar la evolución, déficit, aumento de la demanda en cada uno de los centros de salud.

Cada centro de salud cuenta con su cuadernillo el cual presenta a la coordinación regional cada mes para el monitoreo. Imagenología al igual que las otras áreas utiliza el listado de insumos.

En la región de San Miguelito están en proceso de capacitación para la conformación de los comités regionales.

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

Todas las instalaciones cuentan con farmacéutico en el horario que declara el establecimiento Por ley siempre deben tener un farmacéutico.

Todos los Centros de Salud, en horarios de 7am -3pm y en horarios de extensión..

En todos los horarios de extensión contamos con farmacéuticos pagados por turnos.

Se tiene un cronograma de vacaciones y un farmacéutico(a) para cubrir imprevistos de horarios regulares.

No realizamos donación de sangre en nuestros laboratorios. El HSMA si pero desconocemos la información.

La región actualmente cuenta con 8 laboratorios clínicos. No existe Laboratorio de Agua ni de Alimento.

Se cuenta con un laboratorio clínico regional ubicado en el centro de salud de Veranillo. Los criterios que se utilizaron fueron los de espacios, accesibilidad, recursos humanos, tecnología y su respectiva habilitación por el Consejo Técnico de Salud.

Los precios de los exámenes de laboratorios son uniformes se utiliza el criterio de costo, y la ganancia es aceptable.

Existe una lista de medicamentos con tarifas uniformes los cuales son simbólicos. No se tiene ningún margen de ganancia.

No existe un laboratorio de referencia definido para citología Las pruebas de citología de nuestra región son procesadas una parte por el ION y los otros por un equipo de citotecnólogos y asistentes pagados por turnos

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

En el caso de los laboratorios se prioriza en los programas de mayor demanda (maternales, infantiles y salud de adulto.)

Farmacias prioriza tomando en consideración el consumo de cada centro de salud, morbilidad, los programas y población de responsabilidad.

Imagenología: se solicitan los insumos tomando en consideración la cartera de servicio ofertada.

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

| INDICADOR | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|----------|------------|--------------|--|----------|--------|-----------|
| Gasto total en medicamentos por MINSA | 527,310.53 | 1,441.08 | 752,170.69 | 1,066,987.69 | | 4,495.18 | 956.97 | 46,822.20 |
| Gasto Per cápita en medicamentos | 2.42 | 7.32 | 3.37 | 4.93 | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------|-----------|-----------|
| Gasto total en laboratorio por MINSA | | | | | | 12,917.04 | 34,093.09 | 10,750.03 |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|-----------|-----------|-----------|

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|-----------|-----------|-----------|
| Gasto Per cápita en laboratorio | | | | | | | | |
| Gasto total en médico quirúrgico por la CSS | | | | | | | | |
| Gasto total en médico quirúrgico por MINSA | | | | | | 47,100.12 | 59,620.77 | 38,624.55 |

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

Porcentaje aproximadamente de equipos en condiciones defectuosas el específico es del 18%, en el cuadro se especifican, y el porcentaje de equipos descartados es aproximadamente el 10%,

Inventario de equipo existente

| EQUIPO ODONTOLOGICO | Amelia denis | cerro batea | San isidro | Torrijos carter | valle de urraca | Veranillo |
|-----------------------|--------------|-------------|------------|-----------------|-----------------|-----------|
| autoclave | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| amalgamador | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 |
| sillon dental | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 8 |
| compresor | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| lampara de fotocurado | 7 | 4 | 3 | 2 | 4 | 9 |
| cavitron | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |
| succion | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| rayos x | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 |

| Equipo Laboratorio | Amelia denis | cerro batea | San isidro | Torrijos carter | valle de urraca | Veranillo |
|---------------------|--------------|-------------|------------|-----------------|-----------------|-----------|
| microscopio | 1 | 1 | 5 | 2 | 2 | 7 |
| centrifuga | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| mezcladora de tubos | | | | | | 1 |
| rotadores | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| lampara de tipajerh | | 1 | | | | 1 |
| espirometro | 1 | | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | | | |
|------------------------|--|---|---|--|---|---|
| contador de celulas | | 1 | 1 | | 1 | |
| microhematocrito | | 1 | | | 1 | |
| camara de bioseguridad | | | | | | 1 |
| | | | | | | |

| Equipo medicoquirurgico | Amelia denis | cerro batea | San isidro | Torrijos carter | valle de urraca | Veranillo |
|-----------------------------|--------------|-------------|------------|-----------------|-----------------|-----------|
| camilla ginecologica | 9 | 3 | 8 | 3 | 2 | 4 |
| electrocardiografo | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| esfignomanometro pared/base | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 |
| monitor signos vitales | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| monitor desfibrilador | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| doppler | 2 | 2 | | 1 | 2 | 3 |
| ultrasonido | 1 | | 1 | | | 1 |
| set de diagnostico | 4 | 3 | 2 | 5 | 6 | 5 |
| colposcopio | | | 1 | 2 | | 2 |
| mamografo | | | | | | 1 |
| | | | | | | |

El informe de descarte 2016 de la Región de San Miguelito, con sus criterios técnicos cuenta con 816 registros contables de equipos, los cuales deben destruirse, eliminarse del inventario y proceder a su desecho en el vertedero oficial.

Se solicitan para reemplazar los descartados y los deteriorados.

El 25% es el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil. Ya que la gran mayoría de los equipos cuentan con más de 15 años.

Si Existe listado de equipos para su reposición

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA NO APLICA/ ESTADISTICA

la mora quirúrgica no aplica en la región por ser primer nivel de atención Información no disponible por el HSM

Los servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios es espera por la atención demandada es en Laboratorio: En el turno matutino

Si, Se registra el rechazo de pacientes por día y tipo de actividad o programa Laboratorio: (como norma de atención un Laboratorista clínico con su equipo completo atiende 30 pacientes más las Urgencias). Por lo que como promedio se dejan de atender entre 15 a 20 pacientes diarios.

En nuestras instalaciones las citas se otorgan de manera presencial para todos los servicios ofertados

HORARIO DE SERVICIOS

Los Centros de Salud ofrecen horarios variados con carteras de servicios de 1er nivel de atención de la siguiente manera:

San Isidro: 24 horas los 365 días del años con un servicio de atención de “urgencia”(en la actualidad en proceso de construcción)

Torrijos Carter: 24 horas los 365 días del años con un servicio de atención de “urgencia”

Centro de Salud de Veranillo: Lunes a Viernes con horario de 7: A.M.-9 P.M. y los Sábados de 7:00 AM a 3:00 PM

centro de Don Bosco: lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm

Centro de Salud Valle de Urraca: lunes a Viernes de 7:00 am a 3:00 pm

Centro de Salud de Cerro Batea: 7:00 AM – 3:00 PM de lunes a sábado

Su centro de Tinajita(Centro Penitenciario) 7:00 am a 7:00 pm

Centro de Salud de Amelia Denis: lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm

La población Si, está satisfecha con los horarios actuales, considero que la respuesta es positiva ya que la extensión de horario en casi todas nuestras instalaciones permite mayor accesibilidad a los servicios de salud ofertados a lo largo de nuestra región.

Este año 2016, se realizaron reducción en los horarios de atención de algunas de nuestras instalaciones por reducción importante en el presupuesto de turnos. El horario arriba descrito es el actualizado, sin embargo dependiendo de la demanda así se incrementa o no la oferta de servicios.

Se ofrece el Servicio de Medicina General, Laboratorio, Farmacia, Enfermería (Vacunas, Curaciones, Inyectables, Venoclisis, etc.), Odontología.

San Isidro ofrece además Urgencia, Pediatría y Ginecología

Veranillo ofrece: Clínica Amigable.

Torrijos Carter: Clínica de VIH, Colposcopia

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE CALIDAD

Los establecimientos de salud desarrollan encuestas de satisfacción de usuarios
Encuestas de la Satisfacción del Cliente

Encuestas en las Ferias de Salud para funcionarios

Encuesta de Dengue

Encuesta Campaña Rosa-Azul

Encuesta Odontología

Se aplican a establecimientos de salud, periódicamente estudios o encuestas de satisfacción del usuario, buzón de sugerencias, centro de llamadas u otras

Aplicación periódica 2 veces al año, la encuesta de satisfacción de usuarios externos e internos. Las otras encuestas cuando se realiza la actividad.

Buzón de sugerencia: se revisa una vez al mes

Investigación

Se consideran los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario para la toma de decisiones algunas veces; las acciones las corrigen los Directores Médicos, Jefes de Departamentos, y Coordinadores cuando es necesario y se comparten en Presentaciones y Reuniones.

El programa de humanización, funciona, hay una clínica de cuidados paliativos, bajo la conducción del despacho de la 1era Dama, se reunió personal a nivel regional y local, el

despacho 1era dama daba la capacitación. Medicó familiar, psiquiatra, trabajo social, iglesia católica.

Se aplican en el HSMA

Se Conoce la demanda insatisfecha en la región, por instalación y por tipo de servicio
Ejemplos: urgencias, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y mecanismo utilizó para medir la demanda insatisfecha:

Mejorar el trato del personal de ventanilla

Tiempo de espera en la atención de consulta externa se debe reducir

Mejorar la falta de insumos

Falta de asistentes en departamentos como Farmacia, Odontología, Laboratorios, etc.

Falta de Ambulancias, paramédicos, conductores de Ambulancias y equipo como monitor, aparato de presión, etc.

Falta de médicos en Chilibre, Sub Centro de Caimitillo y Agua Buena

Falta de medicamentos

Falta de sillas para los funcionarios que sean ergonómicos, especialmente en el Centro de Capacitación

Falta de sillas para los pacientes en los Centros de Salud y Sub Centros es el área de espera

Falta de computadoras, data show y equipo completo en el Centro de Capacitación

Falta de computadoras en la Región de Salud, centros de Salud, etc.

CONTROL DE CALIDAD

Se Han realizado auditorias de expedientes, auditorias médicas y administrativas.
Y Los resultados de auditorías de expedientes son satisfactorios, cada año se reportan mejoras..

El programa de calidad que se han establecido y cuyo impacto han tenido en el funcionamiento regional Ha sido Programa de Salud Bucal Mejoramiento de la equidad y fortalecimiento de los servicios, algunos con alto impacto.

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

Se hacen planes de mejoramiento en los servicios que brindamos cuando se toman las decisiones.

Se brinda capacitaciones a usuario externo e interno para concientizarlas y mejorar Mejora en infraestructura como construcción de servicios para pacientes en CS, ampliación de consultorio y remodelación en CS

Construcción de Laboratorios

Construcción de Comedores para los Funcionarios

Mejoras de pintura a CS

Se ha desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios programas como:

Mejoras en la Atención de los pacientes
Reducción del tiempo de espera
Mejora en la atención en ventanilla

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

Monitoreo y supervisión
Buzón de Sugerencias y quejas
Reuniones de seguimiento
Evaluación para el bono

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

En cada instalación debe estar conformado el Comité de Calidad que canaliza dichos reclamos y quejas (Actores locales), que informa al Director médico para la implementación de mejoras.

ACTORES Y RED SOCIAL

La población de acuerdo al Decreto de Gabinete 401, debe organizarse en Comités de Salud para el cumplimiento de un conjunto de funciones destinada a participar activamente en la producción social de salud. La realidad es que los Comités han limitado su accionar a funciones de administración (control de los ingresos provenientes de las donaciones que hacen los usuarios, nombramiento de personal y otras) no así a la promoción y prevención de la salud en la comunidad.

Otros grupos que participan en acciones de salud son los que se organizan con la finalidad de auto ayuda, tal es el caso de los adultos mayores, enfermos crónicos (diabéticos, hipertensos), grupos de adolescentes, grupos escolares de cazamosquitos, grupos de mujeres y otros.

Los líderes tradicionales que existen en las comunidades son identificados e incorporados para la coordinación de actividades de salud en la comunidad. Por otro lado, la Iglesia católica a través de la Pastoral de la Salud y la Pastoral Social realizan acciones de atención espiritual a enfermos en casa, se trabaja con niños, adolescentes y adultos atendiendo problemáticas de salud y espiritual; las iglesias Evangélicas dan atención espiritual a enfermos y realizan otras actividades de prevención de pandillerismos, organizan actividades de atención a la salud.

La Región de Salud de San Miguelito realizó en el año 2010 el I Foro Regional de Líderes Comunitarios por la Salud, con la participación de ---. En este se suscribió un Pacto Social por la Salud por representantes de cada uno de los 10 Foros Locales

realizados en San Isidro; Torrijos Carter, Amelia Denis de Icaza, Nuevo Veranillo, Roberto Durán, Valle de Urraca, Alcalde Díaz, Chilibre, Nuevo Caimitillo y La Unión de Agua Buena.

En 2011, se realiza el Primer Encuentro de Mujeres Líderes por la Salud, con la asistencia de 213 representantes de organizaciones locales de todo el ámbito regional.

El año 2012, la Región organizó el Encuentro de Adultos Mayores con una asistencia de 100 personas de las comunidades circunscritas a este ámbito sanitario, en donde se trataron temas de salud propios para este grupo etareo, siempre con el objetivo de hacer copartícipe a de su autocuidado y de las acciones de salud que realiza la institución en las comunidades para mejorar su condición de salud.

También se coordina con ONG's dedicadas al tratamiento de adicciones como son Fundación Remar, Alcohólicos Anónimos, Alanon, APLAFA, y otras.

Cabe señalar que el trabajo comunitario se ha limitado significativamente, así como el accionar de las organizaciones que trabajan por la salud debido a los hechos delictivos que se suceden en su hábitat.

No se lleva a nivel de la Región un inventario de Organizaciones comunitarias aliadas a la producción de salud. Cada centro de Salud tiene identificado los líderes y grupos comunitarios aliados, los cuales integra a las actividades puntuales de promoción y prevención de la salud que se realicen. Todos los centros de salud cuentan con un Comités de Salud

Entre los apoyos que generan está la de servir de informantes claves, acompañamiento al equipo de salud en algunos momentos cuando éstos tienen que movilizarse a la comunidad, liderar pocas actividades de promoción y prevención de la salud en la comunidad.

No se ha realizado análisis de actores sociales en la actualidad

Coexiste un sector informal de salud que opera en distintas comunidades con una alta heterogeneidad en las prácticas de sanación: cuerpo, mente y espíritu. Los curadores atienden diferentes síntomas y enfermedades, curan el mal de ojo, hechizos y emplean plantas medicinales, medicamentos farmacéuticos, oraciones y otros insumos que provee la naturaleza. Estos servicios son demandados por hombres, mujeres de todas las edades y tienen un costo variado.

Ello se comprobó con las primeras investigaciones exploratorias realizadas en la Región, entre las que se encuentran:

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

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

No se lleva un registro actualizado de curadores existentes, no es tema de abordaje la interculturalidad de los distintos grupos étnicos existentes en la Región. No se han realizado investigaciones que reflejen la integración de los aspectos culturales y las prácticas de estos grupos en el sistema formal.

Las fortalezas y debilidades del equipo de salud de la región para potenciar la red social de salud son:

Fortalezas:

Dispone de profesionales de las ciencias sociales como trabajadores sociales en todos los centros de salud, educadores para la salud, especialistas en promoción de la salud.

Debilidades:

Desconocimiento y/o poco compromiso en la ejecución de las políticas y estrategia de salud orientadas a esta temática.

Insuficiente voluntad para integrar en la planificación local los procesos de participación social y la coordinación con las instituciones del sector social existentes en cada espacio población de los centros de salud.

Poco seguimiento de los intentos realizados para conformar las redes sociales de salud.

Insuficiencia de transporte.

Percepción de alta peligrosidad en las comunidades, lo que genera en el equipo de salud tomar medidas de protección, no saliendo a éstas.

La estrategia de extensión de cobertura se percibe efectiva para el cumplimiento de los Objetivos del Milenio y por la oportunidad que ofrece a la población más vulnerable de acceder a los servicios de salud. No se conoce si existen monitoras de salud infantil en las comunidades, no obstante, ha sido positivo condicionar las transferencias monetarias de protección social que desarrolla el gobierno, a través de la Red de Oportunidades y del programa 120/70, ya que obliga a los beneficiarios y sus tutores a cumplir con esta condición. En el caso de la Red de Oportunidades se da seguimiento a las tarjetas de control para monitorear toma de PAP y vacunación, tarea que realiza el equipo responsable de vigilar el cumplimiento de los controles de salud, el que está conformado por la Dra. Vanesa Pérez y la Licda. Rosa Pérez, trabajadora social.

Atendiendo a las disposiciones constitucionales y de otras normas jurídicas sobre la obligación del funcionario público de cumplir solo lo que la ley le mandata, el tema de percepciones no se aplica. En cuanto a la ejecución de las normas de gratuidad, desde

su implantación a nivel nacional, ha sido difícil ejecutarlas por las interpretaciones fuera de contexto que se aplican, violentando en múltiples ocasiones derechos de los destinatarios. El equipo de trabajadores sociales ha estado permanentemente intercediendo para su cumplimiento, se ha educado a la población beneficiaria y a los equipos locales, la dirección de la región ha remitido reiteradamente instrucciones para su aplicación, la cual en la práctica queda a criterio de los directores médicos locales en qué momento se aplica, en qué servicio y en qué horario. Por último, se remitió a todos los centros de salud un anuncio para colocarlo en lugar visible a los usuarios, así como al equipo de salud sobre las disposiciones legales que consagran el derecho a la atención gratuita

ADECUACIONES DE LA OFERTA

Atravez de la PROMOCION y participación social de la salud e involucrando los diferentes actores sociales, comunidades, organizaciones, empresas, MIDES, MEDUCA, MIVI, MOP, IDAAN, MUNICIPIO, CSS, ETC

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

Sí, Para la constitución del equipo de salud es necesario asumir objetivos comunes y establecer líneas de acción que posibiliten el desarrollo de los sistemas de salud.

Para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud.

Se están introduciendo nuevas modalidades de atención de salud, tales como procedimientos de un día, cirugía ambulatoria, programa de atención a domicilio, Jornadas de Atención en salud (JAPAS), grupos itinerantes, entre otras asi que Sí, JAPAS con cirugía ambulatorias (Salpingectomias y Vasectomías)

Las JAPAS se realizan en coordinación con Provisión de Servicios Nacional en la fecha o fechas asignadas por ellos, utilizando los carros diagnósticos del MINSA con recurso humano tanto regional como del nivel nacional. Nuestras JAPAS no son

atencionales más bien están dirigidas a la parte quirúrgica y a la diagnóstica con la realización de mamografías, EKG, PAPs.

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

Si, se utilizan las redes como herramientas de divulgación de temas noticias y promocionales, en cuanto al uso racional de medicamento, se hace de manera conservadora.

Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel?
Sí, se han dotado a los centros de salud con equipo de tecnología como Espirómetros, ECG, y en laboratorio equipos técnicos que optimizan los resultados

Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel?
A través de un plan maestro de inversión se busca la construcción de 3 poli centros y mejoras de otras instalaciones de salud, con el ánimo de dar respuesta a la alta demanda de servicios y a si mismo contener la demanda al 2 y 3 nivel de atención.

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? Si es así, cuáles? T. SOC/PROV

Trabajo social por la función de atender a la población más vulnerable, identifica individuos, familias y grupos en estado de pobreza y otras falencias psico sociales que requieren atención y no la reciben. Tal es el caso de personas que viven violencia doméstica (maltrato infantil, maltrato de la mujer, de adultos mayores y de discapacitados) abuso sexual, personas con VIH, desempleo bajos ingresos, migrantes extranjeros y grupos étnicos discriminados como es la población indígena, los cuales se canalizan para su atención integral. Por otro lado, las giras de salud permitían la captación de grupos de riesgo.

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

Existen los programas desarrollados en la Región destinados a éste objetivo

El programa de Salud integral de niñez y adolescencia el cual tiene la función de monitorear el cumplimiento de las normas de atención integral de niñez y adolescencia en las instalaciones de salud.

El programa de adulto encargado de la elaboración de las normas, guías de manejo, protocolos y procedimientos de salud integral de la población adulta, así como su cumplimiento a través del monitoreo oportuno en las instalaciones de salud, para contribuir a elevar el nivel de salud de la población adulta y mejorar su calidad de vida.

El programa de Salud adulto mayor cuya función es asegurar la elaboración de las Normas Técnicas y Administrativas, Guías de Manejo y Protocolos de Atención de Salud Integral del Adulto Mayor, así como su cumplimiento a través del monitoreo oportuno en las instalaciones de salud, para contribuir a recuperar la autonomía del adulto mayor y mejorar su calidad de vida.

Actualmente la planificación local excluye a los actores sociales comunitarios, ni tampoco participa todo el equipo de salud local.

La planificación en el nivel local se realizaba con la programación local y participando todo el equipo local, y miembros del comité de salud.

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

El modelo de atención individual, familiar comunitario y ambiental, delimitaba u organizaba los centros de salud con áreas de responsabilidad, y estos a su vez en sectores con .# de habitantes y estos con equipos básicos de salud, esas zonas eran aproximadamente de 5,000 habitantes por sector.

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

Los derechos son irrenunciables y exigibles por quienes son sus beneficiarios y el Estado a través de sus instituciones tiene la obligación de tutelarlos y cumplirlos.

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

No existe una comisión que evalúe periódicamente la efectividad de las acciones pero cada disciplina o coordinación con los jefes de departamento realizan evaluaciones después de cada actividad programada.

Si existen los coordinadores de calidad que están formalizando los sistemas de evaluaciones periódicas.

No se revisa con frecuencia, La cartera de servicios No ha variado desde su inicio

El modelo Atención Individual, Familiar Comunitario y Ambiental, se llevo acabo en toda la región de San Miguelito, como región piloto, en todos sus componentes, Rectoría del MinSa , Vigilancia y Provisión de Servicios de Atención a la Población y el Ambiente, sectorización, Equipos Básicos y equipos Complementarios, trabajos comunitarios, Referencia y contra referencia. Demostrando su funcionalidad.

En la actualidad se lleva a cabo, sin supervisión o se ha caído en una práctica meramente curativa por falta de lineamientos claros desde el nivel nacional quienes dictan las políticas de salud.

Las Mejoras que deben efectuarse en la red de servicios es la distribución los recursos humanos y cumplimiento de los horarios.

Nuestras instalaciones de salud no cuentan con un servicios de urgencias propiamente dicho, cuenta con médicos que atienden urgencias pero nuestras instalaciones distan de ser cuartos de urgencias. Aún faltan equipos y ofrecer estudios de laboratorios y de diagnóstico para el tratamiento de este tipo de paciente que demandan de atención.

El SIRA para el traslado de paciente realiza el triage en base a los diagnósticos y al riesgo establecido por el médico que ordena el traslado para priorizar en la realización de los mismos. Cuáles han sido los resultados de su implementación.

Tenemos conocimientos de que el HSMA lo realiza en los diferentes servicios de urgencias (ginecobstetricia, pediatría, urgencia de adultos).

AMPLIACION DE COBERTURA

La Red de Servicios ya está organizada por niveles de atención y de complejidad. Sugerencias: ampliación de turnos pagado.

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

Es una buena alternativa dada la falta de recurso humano, esto incrementaría la cobertura del servicio, y facilitaría la realización de algunas actividades de inspección a establecimientos de alimentos que laboran fuera del horario normal de trabajo de las oficinas públicas.

Ambas opciones se han puesto en práctica en nuestra región con la finalidad aumentando la accesibilidad a los servicios de salud para nuestra población

Bajo normas las giras médicas integrales deben realizarse y las jornadas de atención primaria ambulatoria

Es necesario una participación mas activa de algunas comunidades indígenas en el apoyo logístico en dichas actividades, ya que en muchas ocasiones el personal técnico se ve obligado a realizar el trabajo pesado de la logística para trasladar los insumos a estas comunidades.

Estas deben realizarse encaminadas a ofrecer atención integral a las áreas de difícil

Acceso de nuestra región. Deben participar todos los funcionarios de nuestra región que formen parte de la cartera de servicios ofertados en las mismas.

Las carteras de servicios se deben modificar tomando en consideración las necesidades demandadas por nuestra población siempre y cuando puedan ser ofertadas según el nivel de atención y la complejidad del mismo.

Para incluirse debe considerarse la capacidad de respuesta y la sostenibilidad del servicio a incluirse.

Servicios de deben mejorarse es el orientado a la atención de urgencia y traslado de pacientes (ambulancias)

Los servicios que no tenemos y que deben ser requeridos.

La estrategia es aprovechando las visitas al centro de salud por morbilidad vs controles de salud, visitas domiciliarias a los inasistentes, ferias, jornadas extramuros. (informe anexar).

No hay coordinación efectiva con las instalaciones de la CSS regional ni con el sector privado. Con Epidemiología si se cuenta y PAI.

El sistema Información Estadística en Salud (SIES) Y LA PMMV, se utiliza solamente en las instalaciones de salud del MINSA. Por lo que No se utiliza sistema de información Unificado.

**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 | | | | | |
| 2000 | 13.4 | 13.4 | | | |
| 2010 | 15.6 | 15.6 | | | |
| 2012 | 17.9 | 17.9 | | | |
| 2016 | | 21.7 | | | |
| Género | | | | | |
| Hombre | | 10.6 | | | |
| Mujeres | | 14.8 | | | |
| Base Poblacional | | | | | |
| Niños (menores de 1 años) | | | | | |
| 2000 | 133.1 | 133.1 | | | |
| 2010 | 126.1 | 126.1 | | | |
| 2012 | 155.4 | 155.4 | | | |
| 2016 | | 103.76 | | | |
| Niños de 1 a 4 años | | | | | |
| 2000 | 26.8 | 26.8 | | | |
| 2010 | 28.3 | 28.3 | | | |
| 2012 | 31 | 31 | | | |
| 2016 | | 43.53 | | | |
| Personas de 5 a 9 años | | | | | |
| 2000 | 28.2 | 28.2 | | | |
| 2010 | 21.3 | 21.3 | | | |
| 2012 | 22.8 | 22.8 | | | |
| 2016 | | 37.5 | | | |
| Personas de 10 a 14 años | | | | | |
| 2000 | 10.4 | 10.4 | | | |
| 2010 | 17.2 | 17.2 | | | |
| 2012 | 17.9 | 17.9 | | | |
| 2016 | | 23.8 | | | |
| Personas de 15 a 19 años | | | | | |
| 2000 | 7.7 | 7.7 | | | |
| 2010 | 11.3 | 11.3 | | | |

| | | | | | |
|---------------------------|------|-------|--|--|--|
| 2012 | 12.7 | 12.7 | | | |
| 2016 | | 22.31 | | | |
| Personas de 20 a 59 años | | | | | |
| 2000 | 7.2 | 7.2 | | | |
| 2010 | 11.5 | 11.5 | | | |
| 2012 | 14.7 | 14.7 | | | |
| 2016 | | 18.75 | | | |
| Personas de 60 y mas | | | | | |
| 2000 | 16.3 | 16.3 | | | |
| 2010 | 22.6 | 22.6 | | | |
| 2012 | 18.3 | 18.3 | | | |
| 2016 | | 14.36 | | | |
| Zonas Geográficas | | | | | |
| Urbana | | | | | |
| Rural | | | | | |
| Pertenencia Étnica | | | | | |
| Blanco | | | | | |
| Indígenas | | | | | |
| Afro-descendientes | | | | | |
| Mestizo | | | | | |
| Otros | | | | | |

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

CUADRO N° 15

MAPEO INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD

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

La Región de Salud ejerce su Rol de rectoría de la salud mediante la vigilancia Epidemiológica, las inspecciones que realiza Saneamiento Ambiental, Vectores, De protección de alimentos, zoonosis a los establecimiento de expendio de alimentos, mataderos, plantas procesadoras de alimento, salones de belleza, disposición de basura, tanques sépticos, aguas residuales, etc cumpliendo las normas de atención a la población, bioseguridad.

Si se siguen y cumplen las funciones esenciales de Salud Pública, Realizando Análisis de situación de Salud. Se investigan y vigilan la epidemiología, en Promoción de la salud se participa a la población en su cuidado. se provén los servicios a través de las secciones de lab, farmacia, odontología, medico quirúrgicos, biomédica, etc. El nivel Regional es el responsable de proveer los medios necesarios al nivel local para la ejecución de las funciones esenciales. Estas funciones son realizadas constantemente.

Si se conoce la misión y visión del MINSA, la cual está inserta en el Plan de Gobierno, el Organigrama y manual de funciones, Si responde a las necesidades para el funcionamiento adecuado y efectivo de la región, No así de la CSS, pues no hay intercambio adecuado de información por el momento.

Si es necesario cambiar la forma de administración y hacerla municipal, de modo tal que el Sistema de Salud a través de los municipios tengan el acceso directo a sus corregimientos ya que son estos los que tienen mayor contacto con la población de responsabilidad.

El organigrama si, responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización,

Por que se divide en niveles en los cuales describe y delimita funciones , tales como el Directivo, coordinador, asesor, fiscalizador, de apoyo, técnico, operativo ejecutivo y nivel ejecutor.

El Avance en descentralización es Ninguno, La descentralización es en el trabajo, en la responsabilidad de mantener la y vigilar la salud publica más no en la presupuestaria, y limita la ejecución de los planes operativos, locales y quinquenales.

El rol de los patronatos y de los consejos de gestión en la prestación de estos organismos está definido en la ley que regula a los proveedores de servicios médicos, como es el caso de Hospitales Nacionales como el H. del Niño y Santo Tomás y Regionales como el Hospital San Miguel Arcángel. Este último se rige por la Ley N° 1 de 3 de febrero de 2010, Que constituye el Hospital San Miguel Arcángel como una entidad de Gestión Pública.

Dispone de un Consejo Directivo, integrado por
El ministro de Salud

Ministro de Economía y Finanzas

Director General de la Caja de Seguro Social

Un representante del Club Activo 20-30

Un representante del Club de leones,

Un representante del Club Kiwanis

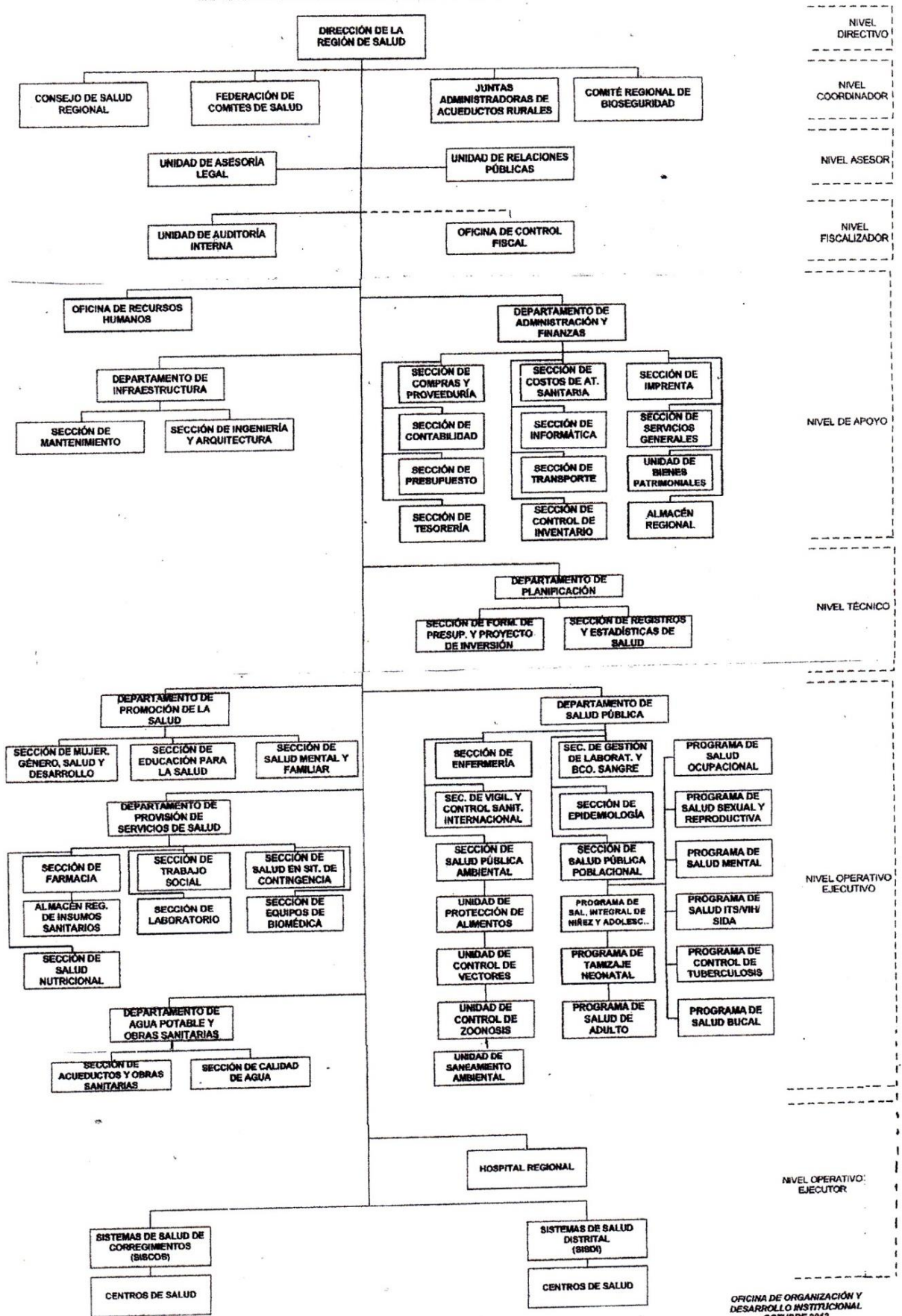
Un representante de la Asociación de Usuarios del Hospital San Miguel Arcángel

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

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

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

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



Existen manuales de procedimiento administrativo, y si se aplican y Sí Existen, Son de Obligatorio cumplimiento y son aplicados Siempre y en todo momento, el sector público, solamente puede hacer lo que la ley manda,

Existen manuales para la administración, como:

Manual general de contabilidad gubernamental

Organización de la Administración Financiera, de la dirección de Finanzas,

Dirección Nacional de Contabilidad, Y el Ministerio de economía y Finanzas es el ente rector de la administración pública.

En la actualidad No hay coordinación oficial como tal con la CSS.

La coordinación con la CSS se da, a través de la información Epidemiológica y

Estadística en la producción de servicios, y a través del sistema Referencias y Contra referencias del asegurado a los diferentes niveles de Atención:

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

Deben Participar de este proceso todos los Funcionarios de Salud (Planificación Consensual).

La Planificación es el primer momento de coordinación, el cual debe darse en todo el proceso Administrativo de los Servicios de Salud. Se establecen nexos de coordinación para:

- Mejorar comunicación
- Mejor dirección y control
- Evitar dualidades de funciones
- Mejorar la eficiencia y efectividad.
- Disminuir el gasto.
- Aumentar la cobertura en salud

Fortaleza en la Región de Salud de San Miguelito, es el recurso Humano con la experiencia de haber sido Región Piloto y haber trabajado un modelo de atención familiar, comunitaria y ambiental, en todos sus componentes, haber coordinado conjuntamente con la CSS.

Debilidades en la Región de San Miguelito, ha sido la indecisión política, para continuar con el modelo de atención y la falta de lineamientos.

| FORTALEZA | DEBILIDADES |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos Humanos capacitado y Sensibilizado con los problemas de salud, económicos y sociales de los moradores del distrito. ▪ El Recurso Humano la Importancia de trabajo con la comunidad, en la comunidad y para la comunidad. ▪ Instalaciones de los centros de Salud en las comunidades, lo que le hace accesible la atención de salud a los moradores y conocer sus problemas sociales y ambientales. ▪ Personal reconoce su Responsabilidad en incrementar el nivel de Salud de la población y el ambiente en la Región de San Miguelito. ▪ Con poco recurso humano y con Responsabilidad resolvemos problemas epidemiológicos que amenazan a la comunidad. ▪ Existencia de especialistas en Familia en los centros de Salud. ▪ Sistema de referencia y contra Referencia que empieza a funcionar. ▪ Políticas regionales abiertas que Permiten la participación de recurso humano en las políticas de salud establecidas. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poco Recurso Humano para brindar Atención Biopsicosocial de los Individuos, familias comunidades. ▪ Sin revisar la misión y la visión de La región de Salud de San Miguelito. ▪ Prevalece la demanda de atención Por morbilidad. ▪ Cumplimiento de horarios de parte De un recurso humano importante. ▪ Falta de definición clara de modelo De atención. ▪ Transporte insuficiente para las actividades comunitarias y para efectuar supervisión y capacitaciones en los Servicios locales. ▪ Falta de participación de la comunidad. ▪ Falta de personal para efectuar la demandas de extensión de horario, Trabajo extra muros. ▪ Los conflictos e intereses políticos Prevalen en las acciones de salud. ▪ Demostración del personal. ▪ Falta de trabajo en equipo. ▪ Problemas de implementación de |

| | |
|---|--|
| . | <p>Acciones de salud y ambiente, que no sean solo teóricas sino prácticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuevo modelo, que realmente no se implementa por falta de recursos <p>Materiales y humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ centros de salud ubicados en zonas rojas ▪ Falta de Seguridad para el Desarrollo de actividades comunitarias. ▪ Fortalecimiento en la Dirección de Recursos Humanos |
|---|--|

En la actualidad, No se ha dado ningún cambio en el modelo de Gestión ni en relación a los actores, sin embargo años anteriores se avanzó al introducir cambios en el modelo de gestión (desconcentración) Se inició atención por áreas de responsabilidad (zonas sanitarias). Se formaron E B S. Se firmaron acuerdos de gestión.

El modelo de Gestión del HISMA constituyo cambios significativos tales como Diferenciación de las funciones del ente normativos, contratado, evaluador, Financiado y proveedor. Esta diferenciación de servicios pertinente sirvió para aplicar Estrategias pendientes a garantizar Servicios de salud con eficiencia eficacia y calidad

Responden las políticas a las necesidades regionales, se aplican según las normas de atención y lo programado, por ende Si responde en lo Teórico más No así en lo Práctico

La planificación Operativa Si guarda alguna relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción, sin embargo, la centralización en el manejo del presupuesto muchas veces da al traste con el cumplimiento de lo programado. Los desembolsos de las partidas asignadas son enviados sin una constante en la entrega por lo que la región se ve en la necesidad de ejecutar hasta donde pueda.

Los P.O.A si son registrados en el SIMEPLAN anualmente, el poa de salud pública se realiza evaluación de monitoreo trimestral sin embargo no se registra toda la información en el SIMEPLAN ya que la evaluación de los indicadores se realiza por centro de salud y corregimiento y el poa registrado en la plataforma virtual es un consolidado regional.

El Nivel Central incide en la región en la supervisión y rendición de cuentas, así como en los lineamientos claros de las políticas de salud y la estricta observancia de las mismas.

Los puntos críticos de la burocracia administrativa, la encontramos principalmente en la asignación presupuestaria, y en la necesidad de RH,.

El manejo presupuestario, y la contratación del RH necesario, por parte de cada una de las regiones ayudarían a soltar el nudo crítico y a transformar el sistema de salud del país.

En la actualidad las decisiones son tomadas por la gerencia y su equipo técnico.

Se toman decisiones basadas en Administración por objetivos y se prioriza según Diagnósticos y Necesidades. se realizan reuniones técnicas y administrativas semanalmente

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

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

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

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

Todos los Centros de Salud cuentan con Computadoras y Programas Aislados De Contabilidad, Estadísticas SIES, PAI, SISVIG, SEIS, SIES, Costos.

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

El HSMA, Susana Jones CSS, Generoso Guardia; Santa Librada, cuentan con el expediente clínico electrónico, Los Centros de Salud del Minsa No poseen equipo informático para el expediente clínico

Se Conoce la existencia de la tele radiología, telemedicina, clínicas virtuales, espirómetros y electrocardiografía digital, hospital virtual, expediente electrónico, son utilizados en la región, Sí se conoce la existencia pero no en esta Región.

Espirómetros: Se capacitaron y se instalaron, se empezaron hacer los primeros estudios.

INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

El análisis de salud local se realiza anualmente con la participación de los departamentos de salud pública, provisión, planificación y estadística, además de las coordinaciones locales.

Si debido a que las decisiones generalmente se toman en conjunto con los jefes de departamento y en coordinación con el Directo Regional, además anualmente se solicita a los directores médicos de centros de Salud.

Los jefes de departamento y en coordinación con el Directo Regional, además anualmente se solicita a los directores médicos de centros de Salud

En la actualidad No se da la Planificación conjunta MINSA-CSS en la Región de San Miguelito. Sin embargo, Para 1998 se creó la Unidad de Planificación Integrada MINSA-CSS, que Logro la coordinación, Planificación de Acciones Conjuntas de Gestión.. PAI campañas conjuntas. Campaña de las América y puesta al día.

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

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

En la actualidad NO se da la planificación conjunta MINSA-CSS, en San Miguelito. No se efectúa Programación local conjunta MINSA-CSS, aunque se distingue nuestra Responsabilidad para cada instalación de Salud donde el 30% de población es no asegurada y el 70% restante es asegurada.

Al no haber una programación conjunta no se realiza un programa de trabajo unificado, lo que manifiesta dualidad en las acciones en la ejecución de lo Programa de Salud establecidos. En la actualidad hay programa de trabajo MINSA-CSS, PAI y SISVIG, epidemiología, PAI y SISVIG, epidemiología

La población No participa del proceso de planificación sanitaria, sin embargo, a través de la dirección de Promoción de la Salud, se le da participación en actividades.

En los centros de salud se elaboran las programaciones locales, donde participan todos los funcionarios, y así de esa manera se le da participación a los comités de salud. El nivel Regional a través de la oficina de Promoción de la Salud.

Las Proyecciones de la Planificación Regional y Local para el 2,015 al 2,019 y en adelante: esta dado un proceso inmerso en un Sistema de Evaluación con los indicadores de Entrada, Proceso, Resultados y costos según presupuesto.

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

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

Existen Planes Estratégicos Quinquenales en infraestructura, planes operativos anuales, donde se definen estrategias para intervenir problemas priorizados.

Este plan estratégico es la sumatoria de las programaciones anuales, y se trabaja actividades, resultados esperados, metas, indicadores de resultados esperados, y responsable de la actividad.

Sí, se elaboran los Planes Operativos Anuales de los centros de Salud así como su programación local, con el ASIS, priorizando las intervenciones surgidas del mismo.

Estos planes incluyen a otras entidades del sector Teóricamente Si, deben participar todos los actores sociales, sin embargo en la práctica es extremadamente difícil, la coordinación con todos los actores para saber su criterio, por lo que se utilizan las entrevistas personales y la ayuda del internet y las paginas oficiales del Estado para sustraerle información. (se están haciendo los acercamientos. Planificación conjunta salud y social.

El sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento

Sí, existe un cronograma de abastecimiento de las instituciones de salud de la región con fecha de entrega de insumos sanitarios y medicamentos los 5 primeros días hábiles de cada mes y con fecha de entrega de solicitud por parte de las instalaciones de salud de responsabilidad los 15 de cada mes.

PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación o en base a los resultados? Nunca se han realizado los presupuestos de funcionamientos e inversión en base a objetivos definidos, Históricamente Se han realizado en base al **resultado del año anterior** con un incremento de aproximadamente 10%, ya que el presupuesto se maneja a nivel de la sede del MINSA, y son estos los que lo administran al país según desembolso de economía y finanzas.

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

La proporción es **atención de la población es el 19.0% Ambiente 2.2%**

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 esta Responsabilidad recae, en el Director Regional, y en los centros de Salud, los directores de los centros tiene responsabilidad, sin embargo no utilizan el 100% de las herramientas gerenciales disponibles.

Reactivar los convenios de gestión es una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación

Sí, Los convenios de Gestión son herramientas, tipo contratos donde se comprometen los centros de salud a cumplir con mejorar indicadores de salud, así como, en su infraestructura, en el usuario interno y externo, obligaría al nivel central a proveer el presupuesto y el resultado de su ejecución en base a lo programado.

En la actualidad no se están introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud, sin embargo, En la región de Salud de San Miguelito se firmaron compromisos de gestión en todos los Centros de Salud; las cuales fueron evaluadas a principios del año 2,000 al 2007. Los acuerdos fueron firmados por el Director Regional y los respectivos Directores; en conjunto con el representante del Comité de Salud. Actualmente no se esta utilizando los acuerdos de gestión, sino la programación operativa. La duración

de dicho acuerdo consistía en una oferta de servicios basada en una población dada por el nivel regional y repartido en 17 cláusulas de compromiso tanto para el Centro de Salud como para el Nivel regional.

Se ha aumentado el porcentaje del presupuesto de salud para la Salud Pública. ,este aumento del presupuesto ley aprobado ha tenido incremento en los últimos 5 años., sin embargo, el presupuesto modificado no ha tenido mucha variación, inclusive el año2014, fue menos que el 2013.

INCENTIVOS

Se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud y estos son económico y por acuerdos Gremiales.

La evaluación para obtener el bono, realmente no responde a criterios de evaluación del desempeño o estándares internacionales que midan de una manera objetiva e imparcial al funcionario de salud, mas bien queda a criterio del jefe inmediato sin que haya un mecanismo de protección a dicho desempeño.

No Se aplican los incentivos con base a la productividad, sólo en función de la antigüedad del personal de salud

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

Sí se afecta por el incremento constante en el renglón de servicios personales, en cuanto al incentivo por antigüedad y no por desempeño.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

Las especificaciones técnicas por insumo sanitario Se determina tomando como base a las Fichas Técnicas y La unidad solicitante es la que determina las especificaciones técnicas de los elementos o servicios requeridos, tomando en cuenta la política normas de establecidas para la demanda de población y los indicadores de salud.

Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios establecido, mediante el criterio primero que entra, primero que sale, dadas las características de cada artículo o medicamento establecido a través del departamento de Administración y Finanzas en coordinación con los Jefes de Almacén

También se toma en cuenta la fecha de expiración de los medicamentos y reactivo de los laboratorios para darle salida a un determinado producto.

El proceso de compras, en términos de la competencia y sus limitaciones Están Centralizados en el Minsa. Existe un retraso de entrega de insumos por burocracia

El proceso de compras conjuntas, compras a través de los organismos internacionales Atraves de OPS se compra, UNFPA , COMISCA

Cómo los proveedores se evalúan y el mecanismos que se aplican para el rechazo de los mismos es A través del NIVEL NACIONAL. Los insumos se compran en base a las necesidades tomando en consideración que el insumo cuente con ficha técnica, para rechazar un insumo debe estar documentado por medio de informes de falla sanitaria o técnica.

Existen las comisiones evaluadoras conformadas por representantes todos institucionales, los cuales verifican que se hayan cumplido con el pliego de cargo además de revisar todas las presentaciones de los proponentes y sus correspondientes registros sanitarios al día.

Se establecen los acuerdos de pago a proveedores, para cada una de las fuentes de financiamiento (presupuesto regular, autogestión y otras) siendo el mas usado La región realiza las compras al contado, Autogestión.

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

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

En los diferentes departamentos de las instalaciones:

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

Se Conoce la información de los insumos vencidos que brinda en el LSS/SUMA. el suma ofrece información sobre fecha de vencimiento, lote y cantidad de insumo existente en el almacén.

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

Las relaciones que existen entre el Nivel Regional y Nivel Nacional, para el abastecimiento y suministro consiste en la coordinación que se da con la Jefatura del Departamento de Medicamentos y la Coordinación de Farmacia a Nivel Regional, y esta a su vez con el Nivel Nacional, consideramos que el sistema de abastecimiento y suministro del Nivel Nacional al Nivel Regional necesita ser mejorado ya que hay mucha demora en la entrega de insumos y no se toma el criterio técnico del nivel regional nacional.

El sistema de abastecimiento y suministro del nivel Regional al nivel local es aceptable ya que existe una estrecha comunicación entre ambos niveles locales tiene problemas de transporte, sus Limitantes: no se cumplen con los requerimientos reales de los niveles locales, al momento de abastecer y suministrar lo solicitado.

No se coordina el abastecimiento y suministro entre la CSS y el MINSA,
No hay Intercambio o abastecimiento MINSA-CSS

Se consideran los criterios aplicables a la priorización de la compras en relación al perfil de morbi - mortalidad, sin embargo, muchos medicamentos del cuadro básico no son obtenidos y muchas se suministran con demora. Debido al largo proceso de compras.

Se realiza la estimación de necesidades de insumos sanitarios A través de los registros de consumos.

Se registra la información de consumo Se utiliza los formatos de registros de consumo

Se conoce, se utilizan las modalidades de Crédito y Contado, atreves de el portal de Panamá Compra y cotizaciones por el mejor precio y calidad.

Se inicia el proceso, mediante nota dirigida al Director solicitando la compra, se confecciona la requisición, luego del VB, pasa a presupuesto para comprometer la compra, una vez esto, pasa a contabilidad para hacer la reserva, regresa a compra para los tramites de cotización y confeccionar la orden de compra y pasa nuevamente a contabilidad para el sellado de la misma, una vez esto, regresa a finanzas para reservar el dinero.

La orden de compra sale de finanzas a tesorería para la confección de cheque, si es al contado, de ser a crédito, pasa a control fiscal. una vez regresa de control fiscal, el proveedor entrega la mercancía al almacén central, quienes reciben o no conforme y esa documentación la entregan al proveedor para el cobro.

Se Conoce el manual de buenas prácticas de almacenamiento, avances en su implementación y Mantenemos un depósito regional de medicamentos, con el

objetivo de garantizar que las que las condiciones de almacenamiento no representen un riesgo en la calidad, eficacia, seguridad y funcionalidad de los insumos médicos y medicamentos cumpliendo con los requisitos de espacio y temperatura adecuados para conservación de los mismos.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

Se dispone de sistemas de información sobre la situación de la salud, vigilancia de la salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, recursos humanos, promoción de la salud, estadísticas sociales y vitales, confiables y oportunas y Sí, el sistema de información estadística en salud así como, vigilancia epidemiológica, ampliada inmunización, describe situación de salud, en finanzas se utilizan los software, entregados por economía y finanzas,, en Provisión de servicio igual, no así en Recursos Humanos.

Para Recursos humanos actualmente no existe ninguna plataforma electrónica para el manejo del mismo.

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

La información es evaluada a nivel Regional, se hace cada 6 meses, no se hace auditoria informática.

el equipo de salud aplica para analizar, la información que surge como producto del sistema y aplica procesos transformadores, mediante monitoreo y evaluaciones periódicas, de la programación local y de los planes operativos, se realizan reuniones mensuales con los equipos técnicos de la región y de los centros de salud, donde se revisan y adecuan las estrategias a seguir. Las intervenciones se hacen para corregir o rectificar problemas que surjan.

Se han definido los usos y contenidos de información, y definen ese contenido de la información es requerido y utilizado por los coordinadores de programas, siendo definido por el nivel Normativo, regional y central y esta información suministrada por la producción en los niveles locales, esta información local es determinada según diagnostico y necesidades de uso.

Los usuarios establecen sus necesidades de información según la herramienta que tengan a disposición

Sí existen múltiples sistemas de información en la región, usados para cada área de trabajo. Esto dificulta la entrega de información por la variedad de formatos que son en muchas veces redundantes.

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Cuadro No. 16

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

| Nombre de la Instalación | Institución/No. de camas | | | |
|---|---------------------------------|--------------|------------|----------------|
| | Total | MINSA | CSS | PRIVADO |
| No. Total de camas | 283 | 251 | 30 | 2 |
| • HSMA | 251 | 251 | | |
| • HSJC | 30 | | 30 | |
| • Centro de Medicina Preventiva Brisas del Golf | 2 | | | 2 |
| No. de servicios de imagenología | 17 | 4 | 10 | 3 |
| • No. De Ultrasonidos | 4 | 1 | 3 | |
| • No. De Rayos X | 5 | 1 | 4 | |
| • No. De Panorex | 0 | 0 | | |
| • No. De Periapical | 1 | 1 | | |
| • No. De CAT | 1 | 0 | 1 | |
| • No. De Mamógrafos | 5 | 1 | 1 | 3 |
| • No. De Equipos de resonancias magnéticas | 1 | 0 | 1 | 0 |
| No. de Laboratorios Clínicos | 10 | 6 | 4 | |
| No. de Bancos de Sangre | 2 | 1 | 1 | |
| No. de Farmacias | 11 | 7 | 4 | |
| No. de Sillones Dentales | 27 | 27 | | |
| Completos | 26 | 26 | | |
| Incompletos | 1 | 1 | | |

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

| No. De Camas por mil habitantes | Número de Habitantes |
|--|---------------------------------------|
| 18.9 | De 0 a 15 mil habitantes |
| 7.1 | De 15,001 a 40 mil habitantes |
| 1.1 | De 40,001 a 250 mil habitantes |
| 0.9 | Más de 250 mil habitantes |

Los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?
La RSSM contrata un medico Radiólogo, por turno para interpretar las imágenes de las mamografías solamente.

Los mecanismos que se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes y el porcentaje de estudios realizados que no son retirados
Los resultados de las mamografías se entregan en ventanilla del departamento de imágenes.
Se entregan el 100% de los resultados.

El porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación
Esta supeditado al desembolso que haga el nivel nacional.

El porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.
El 98% del personal es empírico, solo existe 1 ingeniero de biomédica.

Los montos del presupuesto destinado a la adquisición de nuevos equipos esta supeditado a las necesidades inmediatas y a los traslados de partidas presupuestarias, por rubros no ejecutados o asignados sin consulta a la región.

El criterio utilizado para la adquisición de nueva tecnología es técnico, según especificaciones de los usuarios para agilizar y producir más servicio.

FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

y

COMPENSACION DE COSTOS

No Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, La compensación de costos consiste en el pago que anualmente tiene que reembolsar la caja de seguro social al ministerio de salud y vice versa, por los servicios que se le brindan a los asegurados en los distintos centros de salud.

Los aspectos que determinan de la atención sanitaria y sus costos, así como 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 es la Autogestión:

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

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

Donaciones:

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

Las tarifas establecidas No responden a los costos reales, No, el sector Salud y sus tarifas por los servicios que ofertan en los centros de Salud no compensan las Costas reales puesto que la inversión que se realiza para la compra de insumos y proveen recursos humano es mayor que ingreso recuperado.

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

la compensación de costo afecta la duplicidad de servicios Elevando el gasto en salud al estado.

FUENTES DE FINANCIACION

las brechas siguen ampliándose y el gasto en Salud per capita continúa ascendiendo

El gasto en salud 1,260 y del producto interno bruto 7.6 para 2012. El gasto público en sanidad en Panamá creció 238,1 millones en 2012, es decir un 10,46%, hasta 1.455,2 millones lo que representó el 19,56% del gasto público total.

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

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

El aporte de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios.

Sí y el grueso de ese ingreso por la aportación de la atención se utilizan para el pago de la planilla o servicios personales de los comités de salud.

El sistema de evaluación socio-económica se utilizo en la RSSM, con el objeto de brindar la atención en base a su ingreso económico, donde el paciente hacia un copago según su clasificación un % de aporte. el HSMA era el receptor de esa clasificación y luego era compensado con el CSS, Este sistema permitía la recuperación en parte del costo de su atención. El sistema funcionaba y callo en des uso por voluntades políticas contrarias a el mismo.

El impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en los presupuesto es un impacto que se ha visto y ha sido el desabastecimiento y escasas en todos los centros de salud

La población que debería ser subsidiada por el presupuesto de estado Debería subsidiarse a aquellos desempleados debidamente demostrados su estatus. Pobreza Extrema

El subsidio estatal es No es garante de la equidad sanitaria debido a las áreas de difícil acceso y poblaciones vulnerables, sin embargo se ha mejorado y reducido la brecha sanitaria.

Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultades para la organización del sistema, ¿Qué normas deberían regularlas? Sí, la donación es utilizada como pago por servicios, en la consulta, estos ingresos ayudan al sostenimiento y funcionamiento de los comités de salud, para pagar principalmente planilla, de manejarse en otra forma podría ayudar al centro a invertir en tecnología para el beneficio de la población.

Las tarifas Sí facilitan la sobre utilización de los servicios de salud, por la gratuidad, por las visitas constantes que saturan el sistema de re consultas impidiendo el ingreso de nuevas consultas.

No, Existen recursos para las adquisiciones, contrataciones y mejoras de la tecnología de punta (ancho de bandas, servidores, contrataciones de servicios de internet) se hacen a nivel nacional, sin embargo el internet suministrado al a nivel local no tiene la capacidad ni velocidad de transmitir ni recibir data.

El sector salud No está en conocimiento de los marcos legales e institucionales ni los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud, No se tiene el conocimiento en los procedimientos para obtener recursos de de la cooperación externa.

PROYECTOS DE INVERSIÓN

Las principales aéreas de inversión requeridas para dar respuesta al crecimiento y demanda poblacional en San Miguelito, integrando la red de servicio de salud y fortaleciendo el nivel local, la construcción de 3 poli centros de salud, ubicados en los sitio de los centros de San Isidro, Nuevo Veranillo y Torrijos Carter, haciendo de estas instalaciones un nivel de complejidad mayor a lo que son hoy, con un poder resolutivo que podrá contener la demanda

para presentar proyectos de inversión se debe llenar los criterios establecidos por el MEF, y su plataforma virtual del SIMEPLAN Y SINIP,

Las limitaciones pone MEF al no suministrar las contraseñas de acceso para incorporar los proyectos al banco de proyectos.

Actualmente la Región de San Miguelito tiene licitado el Policentro de San Isidro, con el objetivo de responder a las necesidades de los usuarios, personal médico y administrativo, en condiciones de seguridad, garantizando los servicios de salud en forma ininterrumpida, garantizando el acceso universal y la atención integral con EQUIDAD Y CALIDAD.

NO existe ningún proyecto financiado por medio o fuente internacional.

Contamos en la región ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado Si existe un Plan de Inversión.

Sí, siempre hay que revisar y adecuar los proyectos dada la demanda en la atención de la población.

Bibliografía

1. Plan de Gobierno de La República de Panamá 2014-2019.
2. Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos, 2010-2015. Dirección de Planificación, Ministerio de Salud de Panamá, “2010.
3. Funciones Esenciales de La Salud Pública. 2002.
4. Lineamiento Metodológico de los Perfiles de los Sistemas de Salud, Monitoreo y Análisis de los Sistemas de Cambio. OPS- USAID.
5. Análisis Prospectivo de la Red de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

Fuentes Consultadas

Experiencia técnica del personal de:

- Dirección Nacional de Planificación
 - Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud
 - Departamento de Planificación de Salud Poblacional
 - Departamento de Planificación de Salud Ambiental
 - Departamento de Registros y Estadísticas de Salud
 - Departamento de Formulación y Evaluación de Presupuesto y Proyectos de Inversión
- Dirección de Recursos Humanos
- Dirección de Promoción de La Salud
- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
- Dirección General de Salud
- Planificación Regional de las 14 Regiones