



Esta Guía para la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) contiene diez (10) Fotografías basadas en escenarios de trabajo colaborativos, que facilita un Proceso armónico, inclusivo, participativo y de trabajo en equipo. Cada Fotografía cuenta con una serie de preguntas, que contribuyen a la organización del proceso de búsqueda de información, para orientar el análisis, la caracterización de la situación y el ASIS.

GUIA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Macro Visión de Salud

Dirección de Planificación de Salud

AUTORIDADES NACIONALES

Francisco Javier Terrientes
Ministro de Salud

Miguel Mayo
Viceministro de Salud

Luis H. Vega
Secretario General del Ministerio de Salud

Reina Roa
Directora de Planificación de Salud

Iritzel Santamaría
Sub-Directora de Planificación de Salud

COORDINACIÓN

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

EQUIPO TECNICO

Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud

Yelkis Gill
Jamileth Cortes
Bernardino Lozano
Rebeca Bazan de Baena
Cristina Gómez

Equipo Técnico de DIPLAN

Alvis Ruiloba

Luz Mery Lasso

Rodrigo Arosemena

Fanny Castañeda

Olga Palomino

Guillermina M´Leary

Fanny Castañeda

Feliza Tong

Fania de Roach

José Galastica

Planificadores Regionales

Ramón A. Taylor - Bocas Del Toro

Alex Aparicio – Coclé

Geni Hooker – Colón

Ramón Ramón– Chiriquí

José A. Hernández – Darién

Carlos Grannum – Herrera

Luis Salazar – Kuna Yala

Elsi Pedro – Ngobe Bugle

Gilberto Vaz – Los Santos

Mineth Guizado – Veraguas

Alberto Ceballos – Panamá Este

Oscar Muñoz – Panamá Oeste

Miguel Canales – San Miguelito

Mónica Landao – Metropolitana

APOYO

Dayara Martínez

Jefa de Planificación de Recursos Humanos

Felipe Castillo R

Cooperación Técnica y Asuntos Internacionales

AGRADECIMIENTO

La cooperación técnica brindada por la Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de La Salud (**OPS-OMS**) y sus representantes en Panamá, han contribuido de manera especial y diligente en la elaboración de la **Guía de Análisis de Situación de Salud de la República de Panamá**, demostrando un verdadero compromiso con la salud de los panameños.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, cumpliendo con el Rol de Rector, Conductor y Regulador de la gestión de Salud que le confiere la Constitución de la República de Panamá, y atendiendo al llamado de nuestras autoridades, que indican la necesidad de crear cuanto antes una coordinación eficiente de los recursos Institucionales, para el desarrollo del ASIS en beneficio de los ciudadanos y ciudadanas de nuestro país.

Para tal efecto, bajo la Coordinación del Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud, el equipo de profesionales que laboran en la Dirección Nacional de Planificación de Salud y los Planificadores Regionales, ha trabajado en una Guía para elaborar un Análisis de Situación de Salud (ASIS), la cual logrará con esta Macro Visión de la Salud, atender las prioridades y necesidades de la población, con la participación de todos los actores claves.

Ante este Reto y Desafío es necesario iniciar un proceso de convocatoria a todos los involucrados, con la finalidad de compartir esta Guía para la elaboración del ASIS y llevar a cabo un trabajo en equipo coordinado, armónico, colaborativo, inclusivo y participativo; que nos permita poder organizar la búsqueda efectiva de información que oriente de forma óptima y eficiente el análisis y así avanzar en la identificación de los problemas de salud del individuo, las familias, comunidad y ambiente.

Esta experiencia permitirá el abordaje de las necesidades, atender las prioridades de salud poblacional, identificar las brechas y definir el grado de coordinación requerida, para avanzar en este complejo proceso, que nos permita trabajar en una propuesta de transformación y mejora de la situación de salud identificada.

La aplicación de esta Guía para la elaboración del ASIS, tiene como propósito generar un Debate Público, sobre la Salud Poblacional- Ambiental y sus determinantes, con la finalidad de aunar esfuerzos conjuntos, que nos permitan ese abordaje integral e integrado, que la Salud Pública requiere.

METODOLOGÍA DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA GUIA

- Convocar a los representantes de instituciones y actores involucrados desde el nivel local hasta el regional.
- Presentar la Guía definida
 - Objetivo
 - Plan de trabajo. Informar la fecha programada para la entrega de los resultados del trabajo a realizar.
- Identificar y definir funciones y responsabilidades de acuerdo a competencia, sobre la base de la información requerida para desarrollar la Guía.
- Elaborar el cronograma de actividades del trabajo a nivel local a nivel regional.
- Elaborar el plan de monitoreo y seguimiento de la aplicación de la guía.
- Evaluar el proceso.
- Elaborar el informe final del desarrollo de la guía a nivel local y regional.
- Presentar el informe, al departamento de Análisis de Situación y Tendencia de Salud, de la DIPLAN.

CONTENIDO GENERAL DE LAS FOTOGRAFÍAS

Fotografía N° 1. EL CONTEXTO

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

Fotografía N° 2. ¿CUÁL ES LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS?

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

Fotografía N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

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

Fotografía N° 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

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

Fotografía N° 5: ACTORES Y RED SOCIAL

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

Fotografía N° 6: PROYECCIÓN DE LA RED

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

Fotografía N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES

1. Organización y Funcionamiento

Fotografía N° 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

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

Fotografía N° 9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

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

Fotografía N° 10: PROYECTOS DE INVERSIÓN

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE SALUD
GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

1. ¿Describe 3 ó 4 principales problemas político - económico - socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño? (Considerar inclusive como los conflictos de competencia entre instituciones públicas afecta el desempeño de Salud).

La pobreza sigue siendo uno de los problemas sociales de Chiriquí y que están influyendo en la situación de salud. Según datos del Ministerio de Economía y Finanzas, para el año 2012, Chiriquí tenía un 29.1% de pobreza (nacional 25.8 %) y 8.9 % (nacional 10.4 %) de indigencia. Siendo los distritos mas pobres: Gualaca, Tole, Remedios, San Félix, San Lorenzo y Renacimiento.

El otro problema que consideramos relevantes es el analfabetismo, ya que nuestra provincia tiene 22,030 analfabetos, según datos obtenidos de la Contraloría General de la República. La tasa de alfabetismo en la provincia de Chiriquí para el año 2013 fue de 93.6%, la asistencia combinada de escolaridad fue de 80.4% para el mismo año, el promedio de años de escolaridad fue de 9.4% y el logro de educación fue de 0.797

En la Provincia de Chiriquí, como en el resto de la República, no existe un aseguramiento general en salud para toda la población. La Constitución de la República de Panamá establece en su artículo numero-----, que es deber del estado velar por la salud de todos los panameños , sin embargo cumplido 111 años de vida republicana , esta no ha pasado de la retórica a la práctica ya que la provisión efectiva y eficiente de servicios de salud no llega aun a una gran cantidad de panameños. La seguridad social solo existe para los trabajadores formales.

Chiriquí tiene una población de 426.000 mil habitantes; hasta el año 2012 existían 381,473 personas protegidas por la seguridad social de los cuales 164,885 eran asegurados cotizantes, de estos 138, 402 eran cotizantes activos y 25,483 eran pensionados. Dependientes eran un total de 216,588 de los cuales 159,035 eran hijos, y 34,733 esposas o compañeras y 21,801 padre o madre; 19 esposo o esposa invalido o invalida. *Fuente: Contraloría General de la República. Instituto de Estadística y Censo. Sección de Estadísticas Vitales.*

La existencia de 2 instituciones públicas proveedoras de salud en muchas de las comunidades. Existe y se comparte la visión de un sistema unificado. El MINSA carece de los recursos necesarios para la provisión de servicios a los pacientes no asegurados. Desde el 2005 se discute en la mesa de salud sobre la duplicidad de funciones. A pesar de la duplicidad en muchos lugares hay abarrotamiento de pacientes en ambas instalaciones y ninguno de los dos soluciona efectivamente los problemas de salud de las personas de esas mismas comunidades. El presupuesto de la CSS es ineficiente y el del MINSA es insuficiente. Aunado a esto existe el problema de la centralización de los presupuestos en el nivel nacional, situación que se ve con mucho más énfasis en el caso del MINSA.

Al no existir un plan nacional de salud, en el momento en que se dan los cambios de gobierno se cae en la improvisación, es decir, el gobierno saliente tiene un plan x para un problema , el siguiente gobierno lo archiva. No hay una continuidad cuando se cambia de gobierno. Con la elaboración de este ASIS estamos en el camino correcto, hay que discutir que es lo que queremos en salud, inclusive, el debate debe ir mucho más allá, hay que discutir no solamente lo que s inherente a salud, si no también sectores que son afines con la salud como lo son la educación, etc.

Una tarea pendiente por abordar y encarar como país es el tema de la politización del sector salud, sobre todo del sub sector gubernamental. La política partidista está profundamente enraizada en todas las decisiones técnicas y administrativas que se toman dentro del sector, por ejemplo, no siempre se nombran en los puestos a las personas más capacitadas o mejor intencionadas en que se hagan cambios; se nombran como directores a personas que no tienen la mejor preparación para dirigir las instituciones. Hay personas bien capacitadas pero que no son políticos y cuando hay cambios no se toman en cuenta.

Hace falta que las políticas sean políticas de estado, lo que un gobierno hizo, el otro debe seguirlo, ejemplo, la cadena de frío, la idea es buena pero se quedo dormida, no hubo seguimiento, resultado: recurso, dinero perdido, estancamiento .El tortuguismo ahora se debe al enlentecimiento provocado por la NO continuidad.

Otro problema grande que se ha dado con el transcurso del tiempo es que las instituciones hacen leyes propias, la constitución debe prevalecer sobre todas las demás leyes de este país, por ejemplo, en el tema sanitario, ninguna institución u organismo, por mandato constitucional, está por encima del Ministerio de Salud. Por ejemplo las leyes de discapacitados no son respetadas por todas las instituciones. Es lamentable que exista una permanente contraposición de leyes, que entre otras cosas , entorpezcan o bloqueen los procesos gubernamentales.

No vemos claro que esto, la elaboración de este ASIS, nos lleve a ningún lado. Estas fotografías son ideas de OPS. En la reunión de la Mesa de salud quedaron claros los elementos que debe tener un diagnostico de salud, que ese diagnóstico tiene una estructuración, y sentimos que hacía es a lo que hay que ir. Los gremios convocados en ese entonces, quedaron ilustrados que lo que se necesitaba en el país tenía que ser en base a un diagnostico de todo al sector salud, e históricamente se dejaron de hacer. En el 2007 en la mesa del PNUD se saltaron el diagnostico.

Estas fotografías son más un reflejo de la decisión política nacional. No vamos a cambiar nada de esto. Es necesaria información estadística, grupos de riesgo, etc. Las decisiones si la unificación va solucionar esto. Poner las cosas rescatables que han dado resultado y cuáles no. Primero recopilar la información estadística. Agua potable, basura etc. Después recorrido de campo, etc. Cita la opinión del Doctor Miranda (ex Director Regional de la CSS) la reunión anterior. Para responde estas preguntas hay que hacer campo. Contestar esta pregunta no nos acerca más al diagnostico.

Esta pregunta nos guía a dar una mirada más profunda, más allá de ver solo números, ver como dentro del sector salud estamos haciendo las cosas. Que significa la palabra salud, el enfoque pato céntrico. La diferencias entre las culturas, entre géneros, percepción por géneros de los servicios de salud, ¿cuáles son sus limitantes? Nos sirve para guiarnos y hacer un abordaje, interculturalidad, calidad humana, acciones que hagan participe a la población sobre la salud. La pregunta va mucho más allá.

Cuando se avalúa este documento nos percatamos de que es un diagnóstico integral, no solo sociopolítico, hay indicadores de mortalidad y otros indicadores que tiene que ver con la salud de la población. Es un diagnóstico muy completo, que nos va a permitir problemas o carencias, vicios que no permiten el ejercicio de una buena administración en la salud pública. Ejecutamos anualmente el presupuesto asignado para dar a entender que somos eficientes ejecutando las partidas presupuestarias pero nunca sabemos si en realidad si estamos llegando a la población con la calidad y la eficiencia que requieren los servicios de salud. Nos gastamos el dinero para decir que somos lo máximo. Tratamos de puntualizar con el dinero que se nos asigna algunos problemas de la salud en nuestro medio pero nunca sabemos si en realidad si lo que estamos haciendo logra determinar si estamos llegando a resolver los problemas de la salud de la población.

Unificar fondos, unificar sistema. Discutir unificación de fondos. No hacer cortinas de humos. Todo apunta a la unificación de fondos. Los fondos no son iguales para atención en salud. Si se unifican los fondos, se estaría del presupuesto sobre la CSS. El porcentaje de la CSS es más grande que el del MINSA. No hay que unificar para privatizar. El gobierno debe aportar lo que se necesite. El aseguramiento universal tiene que ser la cobertura universal efectiva. Los servicios que se ofrezcan sean universales, la calidad sea similar en todas las regiones del país.

Otro problema identificado es la falta de Apoyo logístico para realizar la vigilancia epidemiológica de intereses sanitarios. (Materiales, transporte, recursos humanos, instalaciones)

Diferencias en la cosmovisión de la salud que parte de la cultura propia de cada grupo (mestizo e indígena)

Focalización del uso de los servicios de salud por parte del sexo femenino. Lo anterior mediado por situaciones de género, culturales, laborales, percepción de riesgo,

2. Una vez identificado los aspectos. ¿Cuáles son las prioridades identificadas?

Que la población en general tenga acceso a una seguridad social, reduciendo la burocracia.

La unificación de la atención en SALUD COMO UN SISTEMA UNICO DE Salud donde se integre MINSA-CSS.

Cumplir con el aseguramiento universal de salud al total de la población.

Adecuación de los servicios para lograr la cobertura universal en salud, dotando a las instituciones correspondientes de transporte, recursos humanos, infraestructura etc.

Una provisión en salud con enfoque intercultural y de género

Optimizar el gasto de salud evitando en lo posible la duplicidad de funciones.

Fortalecer la atención primaria de salud como un tema de estado.

Fortalecer la vigilancia sanitaria

Fortalecer el papel rector del MINSA

Una atención primaria fuerte

3. Identifique los aspectos que favorecen y/o afectan el desarrollo de los procesos en el MINSA (Nacional o Regional).
Ejemplos: aspectos políticos prioritarios: como déficit público, la deuda externa, la excesiva, descentralización, la ineficiencia administrativa y de gestión o la insatisfacción del público, entre otros.

Elevar el nivel técnico de los servidores de salud.

Prevalecen las decisiones políticas ante las técnicas.

Falta de Priorización en el presupuesto nacional.

Ineficiente administrativa en el gasto.

Mala planificación que genera gasto excesivo, insatisfacción del usuario.

4. ¿Conoce convenios, acuerdos, compromisos internacionales en donde nuestro país es signatario?

Sí X

Podemos señalar los siguientes:

Instrumento internacional sobre los Derechos de la Mujer ratificamos por la República de Panamá 2009.

Convención Interamericana para Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer.

Convención Interamericana sobre las obligaciones Alimentarias (Ley 38/1998).
Convención

Panamá es signatario del convenio Basilea, Convenio Control anti tabaco, ODM, contrabando de medicamentos, Protocolo de Kyoto Convenio de Estocolmo, Reglamento sanitario internacional, Convenio del MINSA de Centroamérica, Convenio del Cordón Fronterizo, Convenio a la Atención de la población migrante, Convenio para la prevención de la trata de personas (ONU y OIM), Convenio de Rotterdam, Convención Internacional de los Derechos del Niño, Convenio Mesoamericano.

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

Sí X

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:
Convenio Panamá / BID para la transformación de los servicios de salud

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

El gobierno panameño ha tenido algunas iniciativas:

Huertos familiares: programa de la primera dama,

Beca universal: MEDUCA

Alimentación complementaria: MEDUCA, MINSA, MIDES, SENAPAN.PAN,

Ciento veinte a los sesenta y cinco: MIDES

Red de Oportunidades: MIDES

Mi primer empleo: AMPYME

Ángel Guardián: Despacho de la Primera Dama

Cien / 65: Ministerio de la Presidencia de la República

Subsidios estatales como: gas, luz eléctrica, transporte.

Jumbo ferias: Ministerio de la Presidencia de la República

Congelación de Precios a la Canasta básica: Presidencia de la República

Educación a la población, responsabilidad de la población,

En discusión del ASIS algunos de los participantes acordó que estos programas no disminuyen ni combate la pobreza. Se debe legislar para que se haga mejor distribución de las riquezas.

Algunas opiniones concluyen en que la lucha contra la pobreza no es una prioridad gubernamental.

Los subsidios son “parches” y maquillan las estadísticas de la pobreza

7. ¿Cuáles son los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional? ¿Cuál es el grado de coordinación entre instituciones para garantizar la ejecución de esa política? ¿Cuál es su nivel de participación en el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal?

La política social del estado está incluida dentro de una red de entidades, instituciones y ministerios representada en el consejo provincial de coordinación.

Se hace a nivel de las direcciones regionales, pero la información o las acciones no permean hasta los niveles ejecutores.

La participación del MINSA es muy activa en las soluciones que se presentan.

8. ¿Cómo se incorpora la política de salud a los programas sociales regionales? Por ejemplo: Red de oportunidades, 120 a los 70, beca universal y otros proyectos de inversión social.

Las políticas de salud actualmente no se incorporan de manera efectiva a los programas sociales regionales ya que se ha perdido la coordinación efectiva entre instituciones y se han relajado los mecanismos de control.

9. ¿Cuáles son las proyecciones y tendencias del contexto político-económico-socio cultural – y de género, su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud – enfermedad de la población tanto a nivel provincial, regional y distrito? En el caso de las Regiones de Salud de San Miguelito y Metropolitana desagregar hasta nivel de corregimiento.

El análisis de género de la economía panameña permite corroborar algunos de los planteamientos involucrados en la teoría económica feminista. Entre éstos se destaca que una parte importante del trabajo desempeñado por mujeres es ignorada en términos monetarios y de contabilidad dentro de las cuentas nacionales, lo que se traduce en niveles inferiores a la actividad productiva efectivamente desarrollada. Igual situación se observa con respecto a los efectos sobre la medición del uso del tiempo y de la productividad tanto de hombres como de mujeres. La invisibilidad del trabajo doméstico, las prolongadas jornadas de trabajo femenino no remunerado, la discriminación en el mercado laboral especialmente en términos de salario por igual trabajo y responsabilidad, son otras características no tomadas en consideración en los análisis económicos.

En general la teoría económica es ‘ciega al sexo’, al ignorar el trabajo doméstico y de cuidados realizados en el hogar y su relación con el desarrollo humano, la calidad de la fuerza de trabajo, la actividad económica y la producción nacional. La misma ofrece una visión parcial de la realidad, que no favorece a la implementación de políticas públicas adecuadas, tendientes a superar las inequidades producidas por el mercado. Esto redundaría en una ciudadanía social de menor categoría para las mujeres, ya que no son consideradas como sujetos del desarrollo económico.

A la problemática anteriormente descrita se añade la ausencia de estadísticas segregadas por sexo que impiden dimensionar el aporte económico de las mujeres, lo que repercute en la persistencia de la desigualdad.

La equidad de género es un requisito para el desarrollo, premisa contraria a lo que usualmente se plantea. La desigualdad de género se ve como un tema social separado, que debe ser discutido en el contexto de la distribución de los frutos de un desarrollo exitoso y no como un obstáculo para alcanzar un desarrollo económico equilibrado. Es decir, la equidad es una condición para el crecimiento y no necesariamente un resultado del desarrollo económico. Así como esta última tiene un impacto sobre la desigualdad de género, la desigualdad, también tiene repercusiones negativas sobre el desempeño exitoso de la economía.

Existe una interdependencia entre la economía de producción monetizada y la economía reproductiva no monetizada. El dinero no es neutro en términos de género. El acceso de las mujeres al dinero está estructurado por las relaciones de género. Por lo tanto, es necesario considerar.

En cuanto al género y economía y el perfil epidemiológico las mujeres son las que acuden más a las instalaciones de salud por lo que más se encuentra sobretodo en los distritos de David, Bugaba y Barú morbilidades como caries dentales, IRA, Diarrea. Así mismo es sus relaciones en cuanto a crónicas como ACV, Diabetes, HTA.

10. ¿Cuál ha sido el impacto de los cambios climáticos, contaminación ambiental (agua, suelo y aire) y ruido en el desarrollo económico y social de la población? ¿Qué áreas productivas han sido las más afectadas? ¿En qué áreas geográfico-poblacionales han impactado con mayor fuerza?

El impacto ha sido negativo ya que ha habido alteración del entorno ambiental afectando el eco sistema. El desarrollo económico se ha visto afectado al disminuir la capacidad productiva por alteración del suelo, disminución de precipitación pluvial, recalentamiento del planeta, incremento y resistencia de las plagas. Todo lo anterior ha afectado la salud de la población y el empobrecimiento de muchas de las familias que pertenecen a la clase productora.

Las aéreas mas afectadas productivamente han sido el banano, el arroz, la carne , leche, huevo, cerdo, área pesquera. Las aéreas geográficas más afectadas han sido, Tierras Altas, Alanje, Barú.

En el tema ambiental no existe comunicación ni coordinación entre las instituciones. El afectado por esta falta de comunicación es el paciente. Nuestra función es restablecer la salud.

Un ejemplo particular es el tema de los plaguicidas el cual está abandonado por el sector salud. EL MIDA, por su parte, está haciendo mucho en este tema, como el diplomado efectuado en esta materia.

El programa de plaguicida PLAGSALUD está abandonado. Sigue habiendo problemas en salud, el problema importante es la exposición dérmica, los fungicidas son los más importantes. Va a existir en el futuro problemas con los efectos sobre la salud relacionados con estos productos. Dentro del diagnóstico se debe tomar en cuenta los plaguicidas en forma general: es un tema en el cual las autoridades no están tan interesadas.

Es preciso revisar todos los convenios que tiene que ver con el tema laboral y la salud ocupacional. Existe una tendencia hay tendencia de los grandes capitales nacionales y foráneos en destruir la salud ocupacional, principalmente el programa de salud ocupacional de la CSS.

11. ¿La legislación existente favorece la participación social en la gestión sanitaria? ¿Qué cambios son necesarios?
¿Cuáles son las formas de participación social en su área de responsabilidad?

Si la favorece porque la participación libremente de la población organizada en las acciones de salud.

Los cambios necesarios: mejorar la actitud de los funcionarios frente al derecho que tiene la población a participar en las acciones de salud, (promoción, prevención, apoyo a la atención, y evaluación)

Las formas de participación son: a través de los comités de salud, JAAR, auditorias sociales, participación de las empresas privadas, consejo provinciales de coordinación, redes de apoyo, estrategias de atención de cobertura, promotores comunitarios voluntarios, JAPA, etc.

12. ¿Cuál es el índice de desarrollo humano general y por género de la región?

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de la Provincia de Chiriquí es de 0.769 catalogado como un Índice Alto. Ocupa el quinto lugar en el país, el primer lugar lo ocupa la Provincia de Panamá que es la única en el país que tiene un IDH catalogado como Muy Alto con 0.828. El IDH de la Provincia de Chiriquí, si lo comparásemos con algún país del mundo, sería equivalente a la República de Serbia

13. Se han establecido estrategias de concertación, de políticas y de gestión participativas?

CONADIS es una comisión que reúne a todos los estamentos de la provincia basados en un Pla Estratégico Nacional y desarrollado por el plan Operativo relacionados con las personas de discapacidad que lideriza el SENADIS (REINTEGRA).

Junta técnica provincial.

Comisión ambiental (representadas por todas entidades de la provincia), Rede de políticas publicas

14. Existe un marco legal que confiere al MINSA el ejercicio de la función regulatoria de manera directa o por medio de agencia especializadas

Si existe, fundamentado especialmente en la constitución política de la República de Panamá en el Capitulo 6 relacionado a la salud, seguridad social y asistencia social.

La Constitución dicta las normativas generales de aplicación de las normas, y en este caso delegando dichas funciones al Ministerio de Salud por vía del Decreto d Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, mediante el cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establece las normas de integración y coordinación de las instituciones del sector salud, dicho decreto no se encuentra inmerso en la Gaceta Oficial 16292 de 4 de febrero de 1969.

El cual entre sus considerandos establece la responsabilidad del estado de velar por la salud del pueblo panameño. Existe la ley 40 de la CN y el Código Sanitario

15. Explique si el ejercicio de la función regulatoria ha resultado ser positivo en términos de su contribución a la mejora de las condiciones de salud de la población.

Sí. Con anterioridad todas y cada una de las normas se encontraban dispersas y el Ministerio de salud en virtud de la subscripción de la carta de Punta del Este adquirió el compromiso de perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales , integrando las funciones de prevención y curación para lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica, creando progresivamente los que fueran indispensables para asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y prevención de las enfermedades.

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

Sí . Están establecidas las funciones y competencias de cada uno de los niveles nacionales, regionales y locales.

Ley 40 de 2006 que modifica la ley 66 de 1947

Código Sanitario de la República de Panamá

Artículo 219 de la ley 66 de 1947 queda así:

Las autoridades de salud están facultadas para sancionar:

1. Directores de centros, sub centros , poli centros de salud

1.1 Multas B/ 10.00 a B/500.00 y el decomiso de artículos y objetos que afecten la salud

2. Directores Regionales

2.1 Multas de B/ 501.00 a B/ 5000.00

3. Directores Generales de Salud Pública

3.1 Multas de B/ 5001.00 a B/ 100.000.00

3.2 La clausura del establecimiento de manera temporal o definitiva de acuerdo con las circunstancias que se presenten en cada caso, y el decomiso de los artículos y objetos que afecten la salud
El artículo 220 y 222 de la ley 40 del 206 que modificó el código sanitario establece entre otras cosas los procedimientos a seguir para los trámites de quejas y de oficio las implicaciones sanitarias; para el caso de las quejas se debe seguir un procedimiento establecido en la ley que s admisión de la misma la comunicación y notificación apertura de pruebas y practica de pruebas , mientras que en los procedimientos de oficio , únicamente bastara que el acta de inspección para el paso a seguir en ella se detalla por parte del inspector las vivencias que el a encontrado y las recomendaciones a seguir por parte de la autoridad.

17. Existen normas sanitarias para el funcionamiento de establecimiento público y el MINSA fiscaliza el cumplimiento de éstas.

El decreto Ejecutivo 631 de fecha 11 de agosto de 2014

En el Título Señala:

LAS RESPONSABILIDADES A LOS DEPARTAMENTOS DE PROTECCION DE ALIMENTOS, ZONOSIS Y CALIDAD SANITARIA DEL AMBIENTE EN LO REFERENTE A LA VIGILANCIA Y CONTROL SANITARIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRODUCCION, PROCESAMIENTO, RESOLVIO EN SU ARTÍCULO 3 LO SIGUIENTE:

ARTICULO 3:

EL DEPARTAMENTO DE PROTECCION DE ALIMENTOS EN GRAN Y BAJO VOLUMEN ASI COMO SU COMERCIALIZACION QUEDAN ESTE DEPARTAMENTO: ENTRE OTRAS:

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

POR SU PARTE EL ARTICULO CUARTO SEÑALA LAS ATRIBUCIONES Y COMPETENCIAS DEL DEPARTAMENTO DE ZONOSIS.

- A- Explotación pecuaria como porquerizas, establos, pesebreras, avícolas, galeras de ordeño, fabricas y molino de harina de origen animal y similar.**
- B- Las clínicas veterinarias, circos y establecimientos de venta de animales.**
- C- Cuarentena de animales menores (caninos y felinos).**
- D- Mantener la vigilancia en los puertos y aeropuertos nacionales en todo lo concerniente a las enfermedades exóticas.**

E- Las quejas referentes a tendencias de animales con relación a la Salud Pública.

ARTICULO QUINTO ESTABLECE LAS COMPETENCIAS DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD SANITARIA DE AMBIENTE SON:

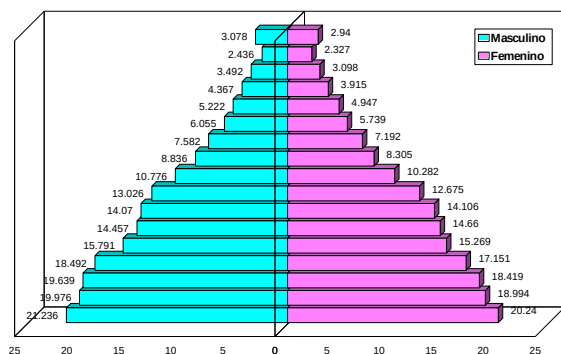
- A- Fondas, parrilladas y ventas ambulantes con sus respectivos transportes.
- B- Abarroterías, tiendas, kioscos, mini súper y mercaditos.
- C- Cantinas, bodega, bares y discotecas.
- D- Panaderías, dulcerías y refresquerías con venta local que no distribuyen los productos.
- E- Café internet.

FOTOGRAFÍA N° 2. ¿CUÁL ES LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS?

A. Indicadores demográficos	2000			2010			2014		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Densidad de población	56.9			64.2			68.10		
□ Rural	32.54			36.0			52		
□ Urbana	26.2			29.7			ND		
□ Indígena				5.7			ND		
Tasa de crecimiento natural o anual	15.6			13.2			ND		
Tasa bruta de natalidad	21.0			18.1			ND		
Tasa global de fecundidad	2.5			2.3			ND		
Tasa general de fecundidad	84.6			60.3			ND		
Porcentaje de población urbana	44.87%			45.26%			ND		
Porcentaje de población rural	55.38%			54.73%			ND		
Porcentaje de población indígena	-			8.87%			ND		
Razón de dependencia									
% De población inmigrante	0.03 (población 409,483 del año 2006)	ND	ND	0.10%	ND	ND	ND	ND	ND
% De población emigrante	2.38% (población 409,483 del año 2006)	ND	ND	3.66%	ND	ND	ND	ND	ND
Saldo migratorio	-1966	ND	ND	-3308		-	-3361	ND	ND
% De población discapacitada	2.11%	ND	ND	3.62%	ND	ND	3.35%	ND	ND
	-	-	-	-	-	-		-	-
Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2014		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total	368790	188531	180259	426790	216114	210676	448329	225824	222505
Menor de un año				8112	4145	3967	8688	4442	4246
1 a 4	41476	21236	20240	32617	16657	15960	34647	17706	16941
5 a 9	38790	19976	18994	40895	20874	20021	43471	22212	21259

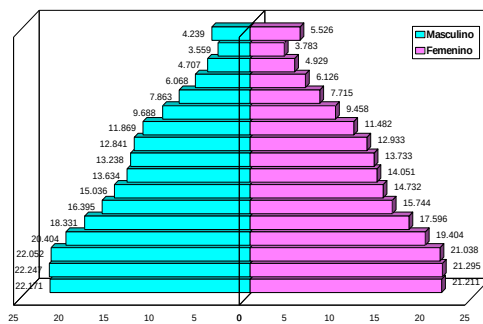
10 a 14	38058	19639	18419	40902	20867	20035	43124	22028	21096
15 a 9	35643	18492	17151	37483	19238	18245	40102	20560	19542
20 a 59	178821	90593	88228	220021	110960	109061	221941	111614	110327
60 a 64	10169	5222	4947	13926	7034	6892	16098	8115	7983
65 y más	25293	13373	11920	32834	16339	16495	40258	19147	21111
Otras Tasas									
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad	5.1			4.9			5.9 (2020)	ND	ND
Tasa de mortalidad en < de 1 año	24.2	25.7	22.8	15.4	14.1	11.6	14.9(2012)	ND	ND
Tasa de mortalidad perinatal	22.9	-	-	8.4	ND		9.2 (2013)	ND	ND
Tasa de mortalidad neonatal	9.9	ND	ND	8.4	ND	ND	10.4 (2012)	ND	ND
Tasa de mortalidad postneonatal	8.7	ND	ND	7.0	ND	ND	ND	ND	ND
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	0.6	ND	ND	1.0	ND	ND	ND	ND	ND
Tasa de mortalidad materna	0	ND	ND	0.4	-	-	0.3(2012)	ND	ND
Esperanza de vida al nacer (total)	75.06	71.9	76.2	76.79	75.00	78.70	78.01	74.48	81.73

Pirámide de Población
Región De Chiriquí. Año: 2000



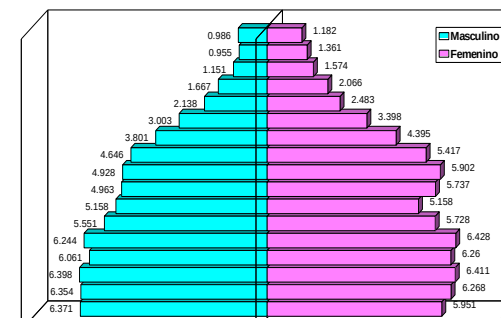
Fuente: Censo 2000

Pirámide de Población
Región De Chiriquí. Año: 2013



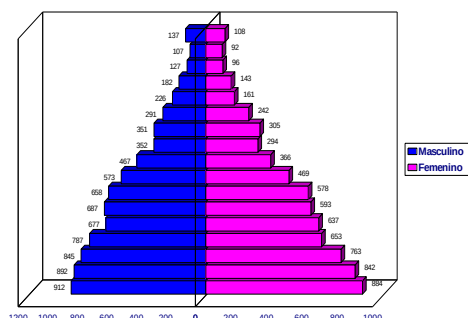
Fuente: Estimados de Población al 1° de Julio de 2013

Pirámide de Población
Región De Chiriquí. Año: 2010



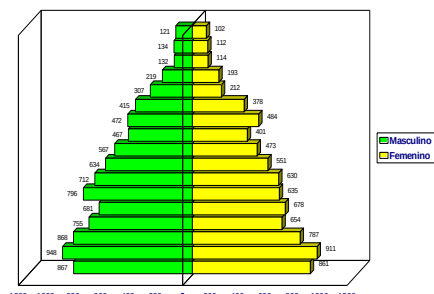
Fuente: Estimados de Población al 1° de Julio de 2010

Pirámide de Población
Distrito de Alanje. Año: 2000



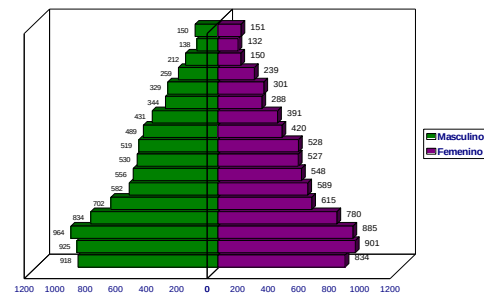
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Alanje. Año: 2010



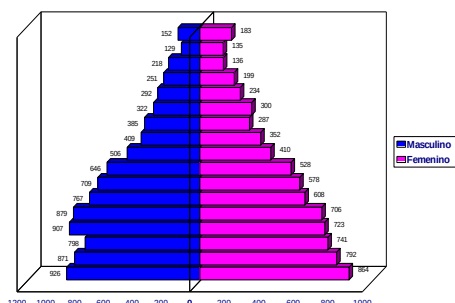
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Alanje. Año: 2013



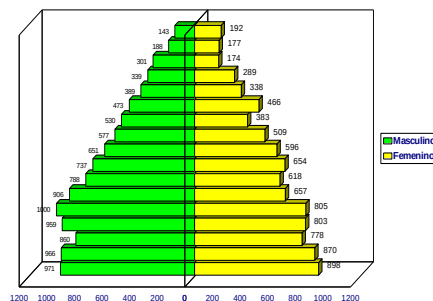
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Boquete. Año: 2000



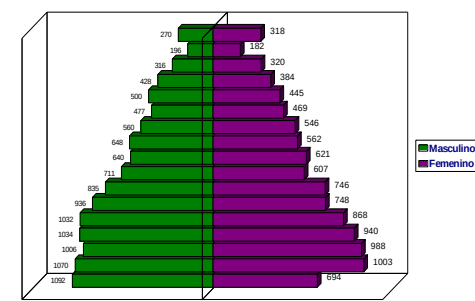
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Boquete. Año: 2010



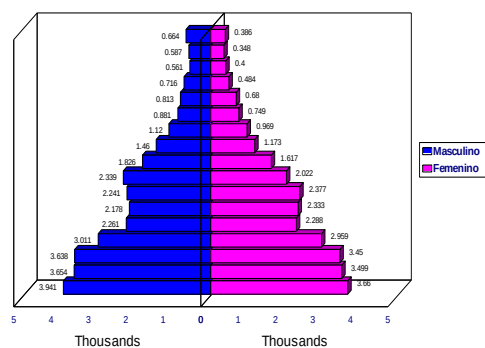
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Boquete. Año: 2013



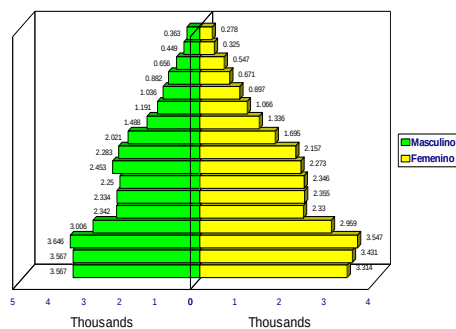
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Barú. Año: 2000



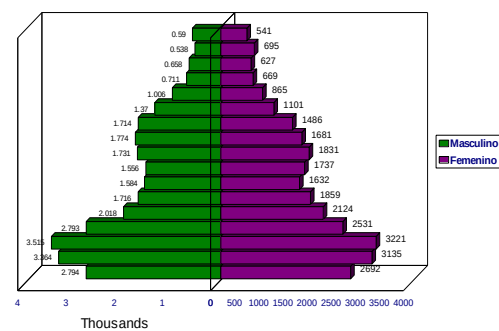
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Barú. Año: 2010



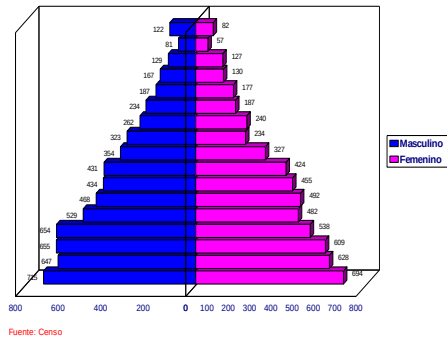
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Barú. Año: 2013



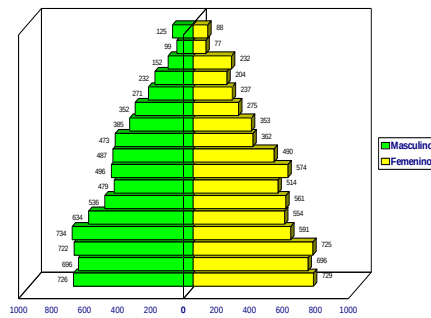
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Boquerón. Año: 2000



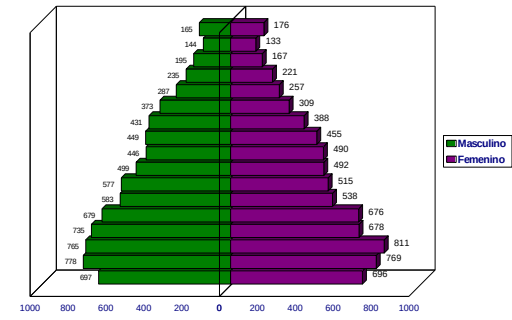
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Boquerón. Año: 2010



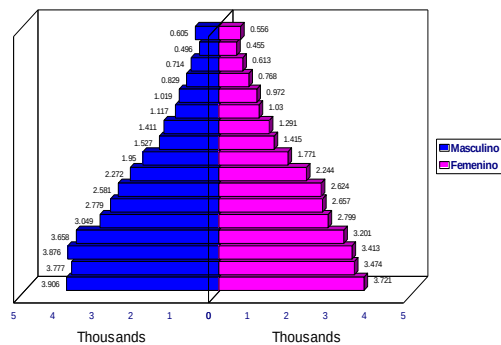
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Boquerón. Año: 2013



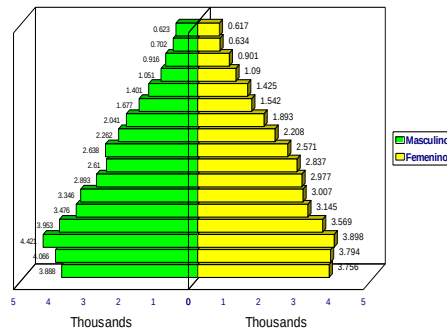
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Bugaba. Año: 2000



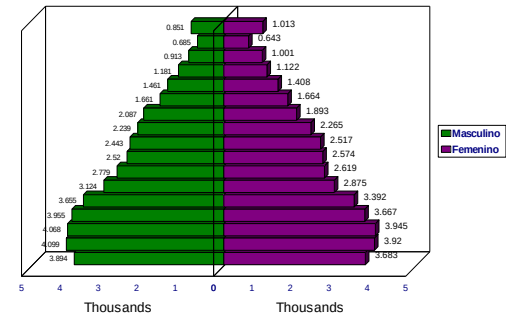
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Bugaba. Año: 2010



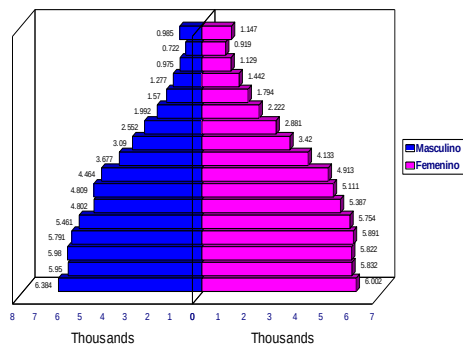
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Bugaba. Año: 2013



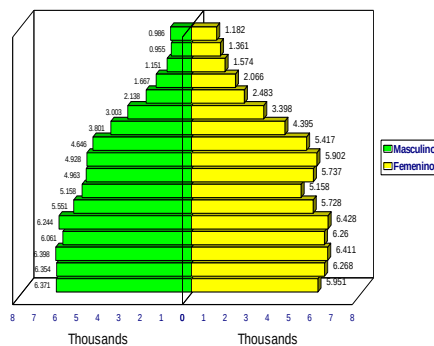
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de David. Año: 2000



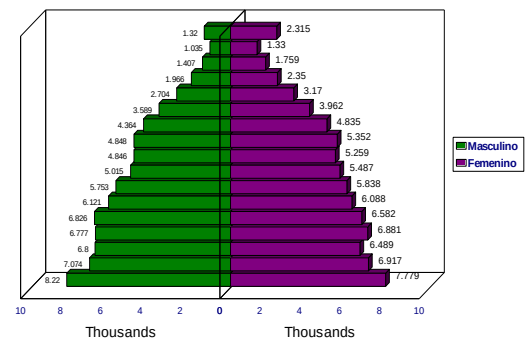
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de David. Año: 2010



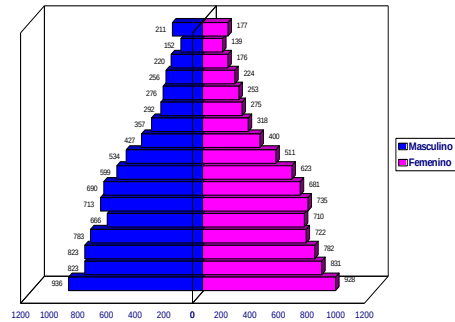
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de David. Año: 2013



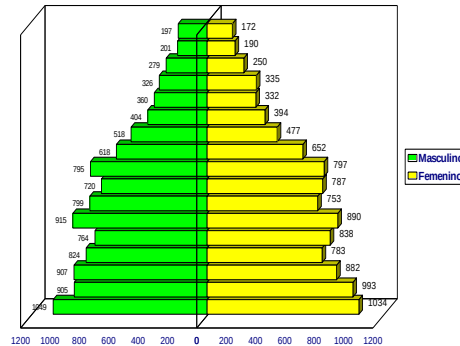
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Dolega. Año: 2000



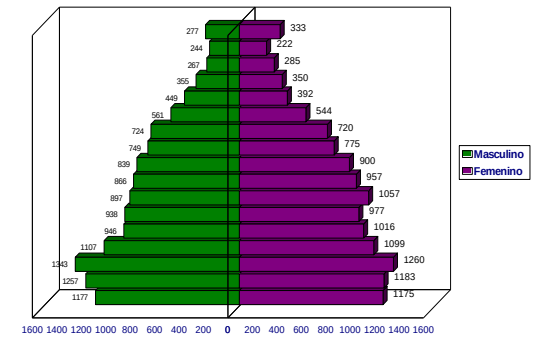
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Dolega. Año: 2010



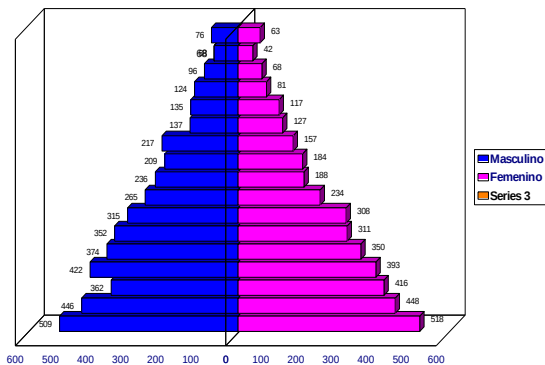
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Dolega. Año: 2013



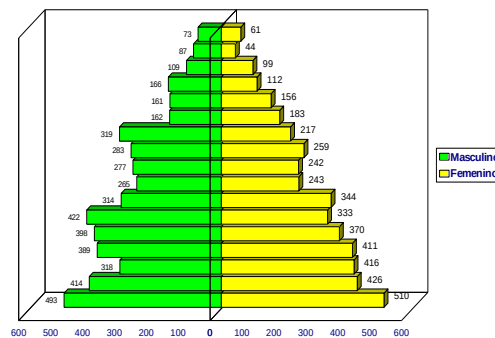
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Gualaca. Año: 2000



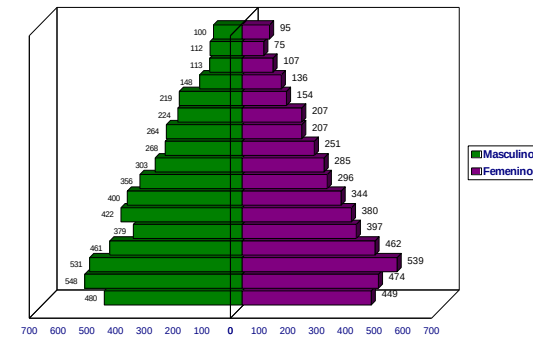
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Gualaca. Año: 2010



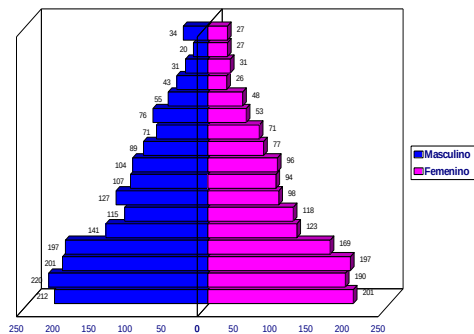
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Gualaca. Año: 2013



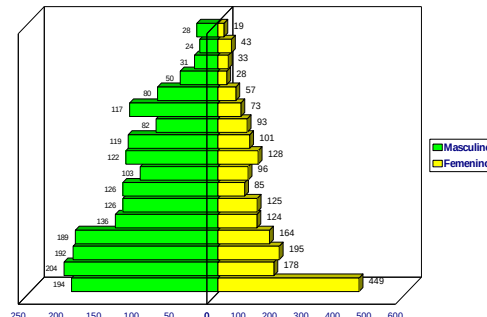
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Remedios. Año: 2000



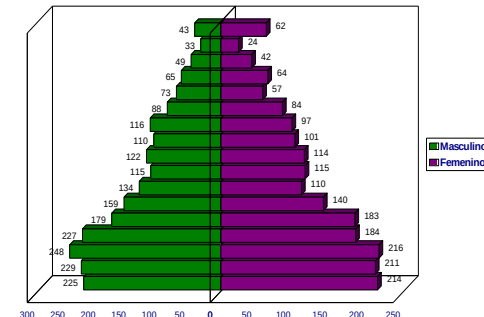
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Remedios. Año: 2010



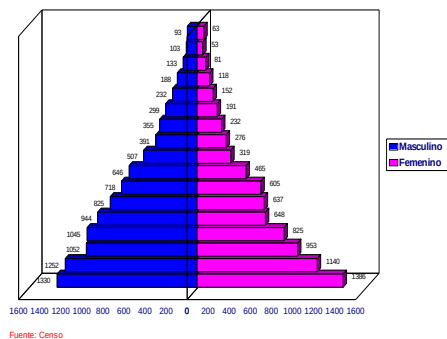
Fuente: Censo

Pirámide de Población
Distrito de Remedios. Año: 2013

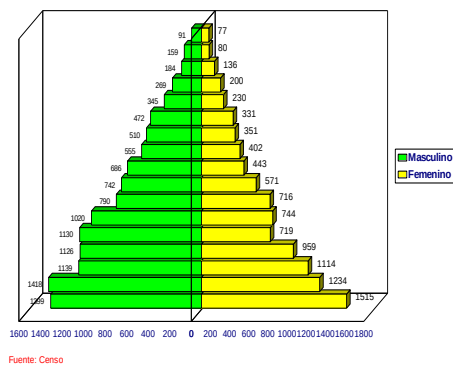


Fuente: Censo

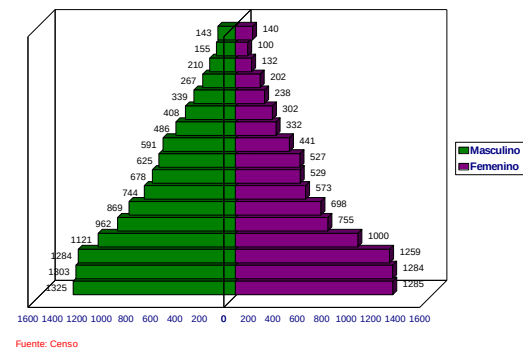
Pirámide de Población
Distrito de Renacimiento. Año: 2000



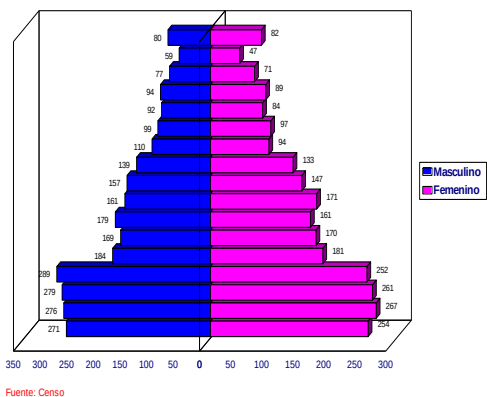
Pirámide de Población
Distrito de Renacimiento. Año: 2010



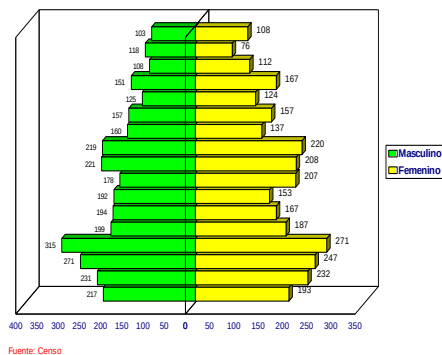
Pirámide de Población
Distrito de Renacimiento. Año: 2013



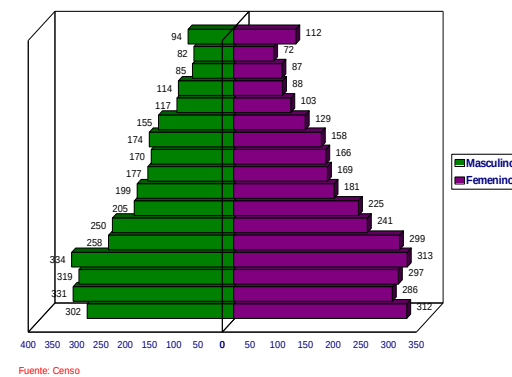
Pirámide de Población
Distrito de San Félix. Año: 2000



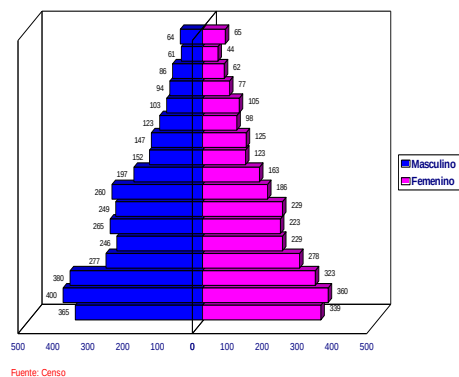
Pirámide de Población
Distrito de San Félix. Año: 2010



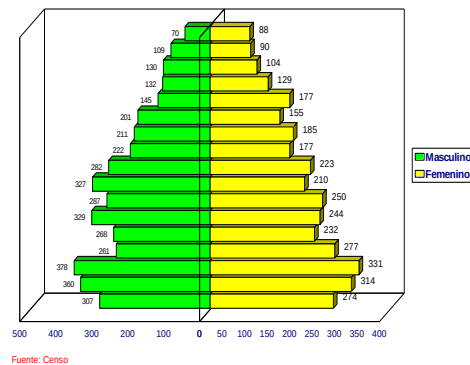
Pirámide de Población
Distrito de San Félix. Año: 2013



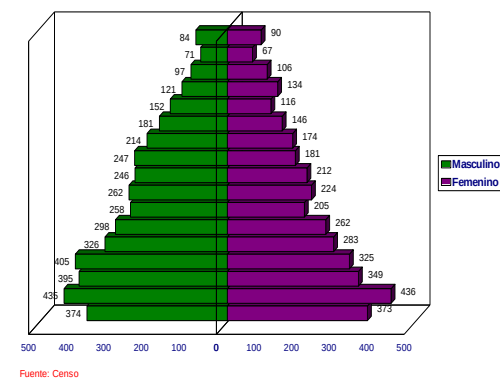
Pirámide de Población
Distrito de San Lorenzo. Año: 2000



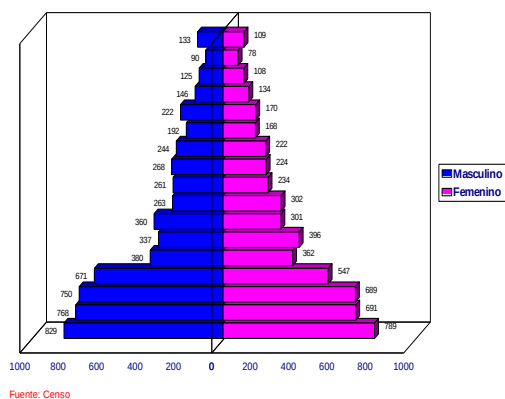
Pirámide de Población
Distrito de San Lorenzo. Año: 2010



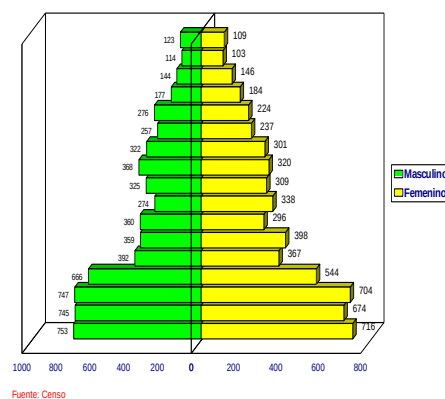
Pirámide de Población
Distrito de San Lorenzo. Año: 2013



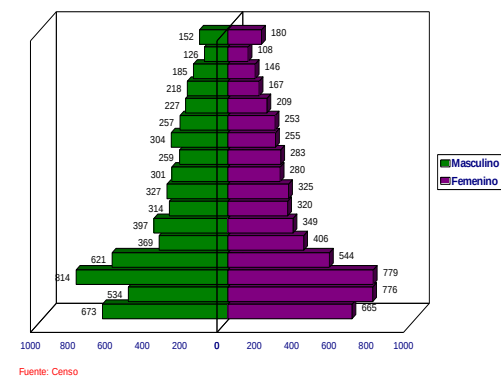
Pirámide de Población
Distrito de Tolé. Año: 2000



Pirámide de Población
Distrito de Tolé. Año: 2010



Pirámide de Población
Distrito de Tolé. Año: 2013



Cuadro No.1 INDICADORES DEMOGRÁFICOS

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.

1. Qué conclusiones pueden surgir como producto del análisis de los indicadores demográficos en relación con la salud-enfermedad de la población de su área de influencia?

Según lo expresado en la respuesta a la pregunta anterior

La pirámide de población de la provincia de Chiriquí en los últimos trece años evidencia las mismas características morfológicas que la pirámide de población nacional. Un progresivo agostamiento en la base y una tendencia al ensanchamiento en el centro y hacia la cúspide lo cual revela dos cosas, un predominio de población joven, una disminución de la natalidad y una aumento de la esperanza de vida. Paralelo a ello el proceso de salud enfermedad en la región es cónsono, con el incremento de los casos de violencia, pandillas etc, accidentes, propios de edades jóvenes de la vida. El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, la disminución de las enfermedades relacionadas con el saneamiento básico precario. Pero paralelo a todo ello, no hay que obviar el hecho de que existe la re emergencia y emergencia de otras enfermedades sobre todo de tipo transmisibles, sobre todo en población muy joven que plantean un nuevo reto al sistema

2. Cómo afecta la transición demográfica las condiciones de salud de la población?

La transición demográfica que va de un estado de alta mortalidad con alta natalidad hasta un estadio de baja natalidad y alta esperanza de vida cambia totalmente el perfil epidemiológico de la región. Chiriquí se encuentra en un estadio avanzado de transición demográfica, y esto implica, en primer lugar un transito desde las enfermedades infecciosas a las crónicas, con lo cual se requiere de un replanteamiento de toda la estrategia en salud , incluyendo la infraestructura hospitalaria q, la cual fue concebida a medidos de la pasada centuria pensada en población mucho más joven, con menor nivel de cronicidad y días estancia hospitalaria muchos mas cortos. El tema también pasa por los medicamentos, cuidados en casa, cuidados paliativos, infraestructura comunitaria para discapacitados, etc

3. Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?
- a. Una atención primaria fuerte sustentada en la promoción , la prevención, los grupos de riesgo y los determinantes sociales de la salud
 - b. Una atención del paciente con enfermedades crónicas en donde predominen los aspectos educativos colectivos e individuales, con una terapéutica efectiva, moderna e individualizada en el primer nivel de atención, lejos del entorno hospitalario, manteniendo al paciente activo y activo y productivo como individuo y ciudadano
 - c. Promover la actividad educativa desde la niñez manteniendo un nivel de actividad en el estudiante que no de espacio para el ocio improductivo, mas allá de la horas de clase complementarlo con horas dedicadas al arte , el deporte , la cultura. Todo esto para evitar la actividad delictiva, el pandillerismo y otros

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

B. Aspectos económicos y sociales	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa	146100 (50.8%)	104,336 (71%)	41,764 (29.7%)	160,135	110,088	50,047	173,889 (56.4%)	110,519 (74.5%)	63,370 (39.6%)
Población ocupada	122,736	89,442	33,294	147,147	101,970	45,227	165,257	104,718	60,539
Población desocupada	23,364	14,894	8,470	12,988	8,168	4,820	8,632	5,801	2,831
Porcentaje(respecto a la población económicamente activa)	16.0	14.3	20.3	8.11	7.41	9.63	5.0	5.2	4.5
Tasa de actividad	57.8	77.6	38.0	58.1	77.5	39.3	59.1	78.6	40.9
Tasa de desempleo	12.1	8.8	18.8	6.8	6.4	7.7			
Tasa de empleo informal	56.7%			51.6%	52.4%	50.09%			
Porcentaje de población asegurada	67.12%			84.03%			91.50%	-	-
☐ asegurados activos cotizantes	20.10%			42.63%			39.55%	-	-
☐ pensionados	5.64%			6.94%			6.35%	-	-
☐ jubilados				9.7%				-	-
☐ beneficiarios	41.37%			57.36%			51.95%		
Porcentaje de analfabetismo	22.030 (7.7%)			19,919 (5.9%)					
Escolaridad de la población	334985	171148	163837	362,174	-	-			
☐ Básica completa	67306	36797	30509	73,421	148,513				
☐ Media completa	38937	18161	20776	56,300	131,733				
☐ Vocacional	3552	1884	1668	16,856	3,124				
☐ Universidad completa	14456	5828	8628	27,533	50,511				

¿Cuáles son los principales riesgos a la salud y los distritos en los que se deben priorizar las intervenciones?

Los principales riesgos para la salud, según el perfil epidemiológico nacional y provincial son aquellos relacionados con las enfermedades crónicas como el sedentarismo, la mala alimentación, los estilos de vida, las prácticas de riesgo que también están relacionadas con algunas enfermedades de persistencias infecto contagiosa como el VIH/SIDA, Sífilis, y otras. La región, no escapa al tema de la violencia con la proliferación de bandas y pandillas que hacen que las estadísticas por muertes violentas persistan. Existe mucha morbilidad y mortalidad relacionada con el cáncer pero, más allá de las relacionadas con el tabaquismo y la exposición a la luz solar, no existen investigaciones que relacionen otros factores de riesgos para el cáncer en la región. Los distritos en los que se debe priorizar las intervenciones son David, Bugaba y Barú, ya que son los más poblados, con mayores índices de violencia, enfermedades crónicas, población más envejecida y enfermedades infecto contagiosas.

¿Cuáles son los principales productos agrícolas y de alimentos procesados en la región?

Hortalizas: cebolla, brócoli, cebollina, repollo, lechuga, chayote, pimientos, berenjena, tomate, coliflor, papas, remolacha, yuca, otaes, zanahoria, jengibre, apio, pepino, suchini, ñame, ñampi, zapallo

Granos y legumbres: frijoles, habichuelas, porotos, guandú, habas, maíz, arroz

Frutas: sandía, melón, piña, naranjas, limón, maracuyá, granadilla, guanabana, papaya, zizamora, fresas, aguacate, plátano, banano, café

Nueces y semillas: coco, palma aceitera

Gramíneas: caña de azúcar,

Productos procesados: queso fresco, queso procesado, yogurt, leche saborizada, leche pasteurizada, yogurt de leche de cabra

Cárnicos: carne de aves, carne de res, carne de cerdo, carne de oveja

Panificadoras: panaderías, dulcerías, repostería

Embutidos: productos a base de carnes

Otros: aceites y manteca, conserva de alimentos (alimentos enlatados, concentrados de frutas, legumbres y verduras)

Agua embotellada

Espicias, condimentos y sazónadores

Procesadoras de mariscos y pescados: procesadoras de pescados de exportación y producción de ceviches

Plantas de hielo

Bebidas no alcohólicas: bolis, gelatinas, jugos, néctares y bebidas

Torrefactoras: café

Molinos: maíz, arroz y cremas

Ingenios: producción de azúcar y dulce de caña

Bebidas alcohólicas: producción de alcohol y ron

Apiarios: plantas embotelladoras de miel de abeja

¿Cuál es el porcentaje de tierras dedicadas a la agricultura y ganadería extensiva intensiva?

Superficie terrestre de la provincia de Chiriquí 6,547 km² (654,700 hectareas)

Superficie utilizada en la agricultura: 91,362.2 hectareas lo cual representa el 13.94%

Superficie utilizada en ganadería intensiva 222,710.50 hectareas, lo que representa un 34.02%

Fuente: censo 2010 (www.contraloría.gob.pa)

¿Cuántos proyectos de reforestación con respaldo privado o del gobierno se desarrollan?

Recabamos en ANAM la siguiente información de la Provincia de Chiriquí:

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

Proyectos de gobierno:

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

¿Cuál es el porcentaje de comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales (inundación etc.)?

No se cuenta con este censo. Se investigó con SINAPROC y no tiene esta información .

¿Cuáles son las principales actividades económicas de la región y que proporción de las poblaciones dedica a ellas?

La provincia de Chiriquí tradicionalmente ha sido una región ganadera y agrícola. Sus principales actividades económicas son para el año 2012: arroz 20,810 hectáreas sembradas con una producción de 1,416,900 quintales ocupando el primer lugar en este producto a nivel nacional; el maíz con una superficie sembrada de 9,720 hectáreas y una cosecha ha de 230,500 quintales ocupando el tercer lugar a nivel de la república, el frijol de bejuco con 4,220 hectáreas sembradas y una producción 58,900 quintales ocupando también el primer sitio en este producto. El café con una zafra anual de 140,000 quintales ocupa por amplio margen el primer lugar a nivel nacional. En el sector pecuario, el ganado vacuno para el año 2012 tuvo un censo de 331,500 cabezas de ganado siendo la provincia con mayor producción del país; el ganado porcino ocupa el tercer lugar con 41,600 unidades; la actividad avícola con 1,152,500 unidades ocupa el tercer lugar a nivel nacional. La región de Chiriquí es el mayor productor de energía hidroeléctrica del país con una producción aproximada de 700 mega watts, casi la mitad de los requerimientos del país.

¿Cuáles son 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) y otros? Incluir comunidades sin acceso a estos mecanismos y formas de gestión de los mismos.

Mecanismos de suministro de agua en la provincia de Chiriquí

1. Gravedad
2. Pozo perforado
3. Pozo de succión

1. Gravedad: este sistema se compone de una toma de agua la cual puede ser superficial (quebrada) o manantial (ojo de agua o manantial) esta se ubica a una altura mayor a la del tanque de almacenamiento, mínimo 10 metros sobre la altura del tanque.

Componentes del sistema:

Toma de agua
Línea de aducción (tubería de la toma al tanque)
Caja de válvulas (filtro, limpieza, control, clorinador)
Tanque de almacenamiento

Línea de conducción (tubería desde el tanque a la comunidad)

2. Pozo perforado: este sistema se compone principalmente de un pozo perforado el cual se le ha realizado evaluaciones posteriores a la perforación para determinar su buen rendimiento y estabilidad en el flujo de agua para que el sistema funcione de manera eficiente

Componentes del sistema

Caseta de bombeo (bomba o turbina eléctrica)

Línea de aducción (tubería de la toma al tanque)

Tanque de almacenamiento

Línea de conducción (tubería desde el tanque a la comunidad)

3. Pozo de succión: sistema que integra los dos mecanismos anteriores (superficial y pozo) el sistema contempla un pozo de succión el cual se construye cerca de un afluente natural para suministrar el agua a un tanque subterráneo, para ser bombeada hasta el tanque de almacenamiento

Componentes del sistema:

Afluente natural (quebrada, manantial)

Tanque de succión

Caseta de bombeo

Línea de aducción

Caja de válvulas (filtro, limpieza, control, clorinador)

Tanque de almacenamiento

Línea de aducción (tubería desde el tanque a la comunidad)

Cuadro No. 3
Condiciones del Saneamiento Básico

	2000	2010	2012
Condiciones de saneamiento básico (encuesta mix 2010)			
% de la población con disposición de agua potable mejorada para el consumo humano			
Urbano	97.7	97.6	99.4
Rural	62.2	80.8	90.8
Indígena	31	41	
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptica)			
Urbano	91.8	71.0	70.7
Rural	17.8	31.7	30.3
Indígena			
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)		89%	90%

¿Cuáles son 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) y otros? Incluir comunidades sin acceso a estos mecanismos y formas de gestión de los mismos.

Los mecanismos de suministro de agua son a través del IDAAN a través de los mecanismos de acueductos urbanos mediante aguas tratadas a nivel bacteriológico y físico químico y a través de otras agencias del estado como PRODEC, PROINLO y agencias internacionales como AID, PENUMA, PASAP.

La disposición de aguas residuales son ejecutadas por el IDAAN pero en su gran mayoría los desechos finales decantan hacia los ríos. El resto de las casas o comercios construyen tanques sépticos individuales previa evaluación del MINSA.

Los residuos sólidos se manejan a nivel municipal en áreas urbanas debido por resultado un mal manejo del tratamiento final de los desechos sólidos. Podemos mencionar comunidades en áreas rurales como lo son en Barú La Vaquita, La Victoria, Balsa, La Concepción.

Cuadro No. 4**Incidencia de Pobreza por Distrito**

Incidencia de la pobreza por distrito	% de Población		
	Total	Pobres	Pobres Extremos
1. David	0.27	0.22	0.05
2. Dolega	0.35	0.28	0.07
3. Boquete	0.35	0.27	0.08
4. San Felix	0.56	0.42	0.14
5. Remedios	0.83	0.56	0.27
6. Bugaba	0.47	0.36	0.11
7. Boqueron	0.56	0.42	0.14
8. Baru	0.74	0.53	0.21
9. Alanje	0.81	0.56	0.25
10. Gualaca	0.88	0.61	0.27
11. Renacimiento	0.95	0.64	0.31
12. San Lorenzo	0.80	0.56	0.24
13. Tole	0.86	0.74	0.47

Cuadro no.5

Principales Etnias Predominantes

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia							
	Indigenas			Afrodescendientes				
	Ngäbe	Bugle	Kuna	Negro colonial	Negro	Negro antillano	Otro	No declarado
% de población según edad	79.6 %	16.2%	1.7%	27%	46%	19%	6%	
Menor de 1 año								
1-4 años								
5-9 años								
10-14 años								
15-19 años								
20-59 años								
60-64 años								
65 y más								
Lenguaje y dialectos	Ngawbere	Buglere (o muriere)						

Cuadro No. 6 Principales Tasas de Mortalidad según Sexo

C. Principales causas de mortalidad	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Mortalidad general									
1. Tumores (neoplasias) Malignas	246	123	118	854	205	149	364	254	180
2. Enf. Isquémia del corazón	183	120	63	251	149	102	251	162	90
3. Accidentes, lesiones Auto infligidas	213	167	46	254	216	38	211	166	45
4. Enfermedades cerebro vasculares	143	81	62	134	68	66	165	95	70
5. Diabetes Mellitus	93	46	47	165	65	100	167	75	02
Mortalidad en menores de un año									
1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3	2	1	5	4	1	6	5	1
2. Malformaciones congénitas difusa y Anormal	14	9	5	19	9	10	49	26	23
3. Neumonía	12	7	5	20	10	10	8	6	2
4. Diarrea y gastroenteritis de presunto Origen Infeccioso	6	3	3	1	1	0	6	3	3
5. Accidentes y lesiones Auto infligidas, Agresiones y otras violencias.	5	5	-	5	4	1	6	-	-
Mortalidad en menores de 1-4 años									
1. Neumonía no especificada							7	2	5
2. Neumonía Nosocomial							3	2	1
3. Diarrea y Gastroenteritis							2	2	
4. Bronconeumonía Bilateral							1		1
5. Neumonía Virussincitrial							1		1
Mortalidad Perinatal									
1. Muerte fetal de causa no especifica	3	2	1	5	4	1	24	14	10
2. Insuficiente Útero Placentero	7	4	3	1	1	0	19		7
3. Hipoxia Perinatal	4	3	1	3	2	1	11		4

4. Enfer. Pulmonar por Déficit Surfactante	5	3	2	-	-	-	10		9
5. Neumonía Congénita	2	-	2	0	0	0	8		4
Mortalidad Neonatal									
1. Malformaciones congénitas múltiples	14	9	5	6	4	2	3	1	2
2. Entero colitis necrotizante	-	-	-	-	-	-	22	16	6
3. Malformaciones congénitas del corazón	10	3	7	8	3	5	18	7	11
4. Asfixia severa	4	3	1	3	1	2	6	4	2
5. Hernia Diafragmática	-	-	-	-	-	-	1	1	
Hemorragia Pulmonar	-	-	-	-	-	-	1		1
Mortalidad Post neonatal									
1. Neumonía no especificada	12	7	5	20	10	10	23	12	11
2. Neumonía Nosocomial	-	-	-	-	-	-	7	5	2
3. Diarrea y gastroenteritis	6	3	3	1	1	0	2	2	
4. Neumonía por Adenovirus	-	-	-	-	-	-	3	3	
5. Bronconeumonía Bilateral	-	-	-	-	-	-	1	1	
Mortalidad materna									
1. Hemorragias				3		3	5		5
2. Neumonías							1		1
3. Trombosis coronarias				1		1			
4. Trastorno Hipertensión en el embarazo				1		1			

Fuente: HMIJDO

Cuadro No. 7
Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo

	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
% de sub registro de la mortalidad general	24.39			19.5					
% de sub registro de la mortalidad infantil									
% de sub registro de la mortalidad materna									
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas							1.4	88.3	16.7
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas				6.5	67.4	32.6	4.6	67.0	32.9
% de muertes por diarrea	0.82	38.4	61.5	0.61	61.5	38.5	0.4	50.0	50.0
% de muertes por infecciones respiratorias	14.2	7.39	6.8	5.03	64	36	8.2	54.1	45.9
% de muertes por TBC	0.75*	66.6	33.3	0.38	87.5	12.5	0.4	77.7	22.3
% de muertes por VIH	1.45	73.9	26.1	1.37	82.7	17.24	13.6	89.7	10.3
% de otras	44.58*	-	-	44.6	60.6	39.4	45.6	57.4	42.6
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas							39.1	58.8	41.2
% de muertes por tumores malignos	13.57	-	-	16.82	57.9	42.0	16.0	57.1	47.9
% de muertes por hipertensión arterial esencial	1.45 *	56.5	43.4	0.38	50.0	50.0	1.4	44.8	55.2
% de muertes por diabetes mellitus	8.7*	46.0	54	7.84	39.4	60.6	7.9	44.9	55.1
% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón	10.4*	65	35	11.9	59.3	40.7	11.8	64.3	35.7
% de muertes por otras enfermedades crónicas	0.25*	25	75	1.6	73.5	26.5	15.5	49.6	50.4
% de muertes por causas circulatorias	27.8*	58.4	41.6	0.42	55.5	44.4	0.9	42.9	57.1
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas	6.4*	55.9	44.1	2.9	67.7	32.2	4.0	51.2	48.8

% de muertes por insuficiencia renal crónica	0	0	0	0.09	100	0			
% de muertes por causas externas	10.0	86.8	13.2	12.1	85.0	15.0	1.7	2.8	97.2
% de muertes por suicidios	33*	8	25	1.61	88	11.76	0.8	82.0	17.6
% de muertes por homicidios	0.94 *	73.3	26.6	2.28	95.8	4.2	1.5	81.25	18.75
% de muertes por accidentes	2.84 *	82.2	17.8	5.6	77.3	22.6	1.6	52.9	17.1
% de muertes por accidentes de tránsito	4.4*	92.9	7.0	3.47	83.6	16.4	3.2	85.3	14.7
% de muertes por violencia	1.39*	86.4	13.6	12.0	85.0	15.0	1.5	81.3	18.7
% Muertes por violencia social e intrafamiliar									

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

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

[illegible]

2. Enfermedad pulmonar por déficit de surfactante							10	1	9
3. Neumonía congenita							8	4	4
4. Hemorragia pulmonar							6	4	2
5. Inmaduridad extrema							6	-	6
Morbilidad Neonatal							8	5	3
1. Hipoxia perinatal							1	1	-
2.									
3. Enterocolitis necrotizante							2	2	-
4. Hemorragia pulmonar							6	4	2
5. Inmaduridad extrema							6	-	6
5. Hernia diafragmática							3	1	2
Morbilidad Post neonatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Morbilidad materna									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1. Sarampión							0	0	0
2. Rubeola							0	0	0
3. Tos ferina							5	-	-
4. Tétanos neonatal							0	0	0
5. Tétanos adquirido							0	0	0

F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles.	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Tosferina (A37.9)							3	1	2
2. Influenza(J11.9)							20,338	9404	10,934
3. Neumonía debido Haemophilus (J14.x)							2	0	2
4.									
5.									

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Tumores	67.3	153	110	0.8	0.4	0.3	146.8	143.6	150.0
2. Diabetes mellitus	35.6	64	75	0.4	0.1	0.02	9.5	10.3	9.1
3. Enfermedad hipertensiva				0.02	0.009	0.009	38.5	42.9	36.6
4. Enfermedad pulmonar crónica				0.14	0.09	0.04			
5. Enfermedad renal crónica				0.004	0.004	0			

H. Principales causas de discapacidad	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Psiquiátrica (Mental)									
2. Visual	1122			637					
3. Auditiva	1177			878					
4. Física	1855			1163					
5. Intelectual	1567			1195					
6. Múltiples (parálisis cerebral)	534			332					
7. Órganos y sistemas (otras)	1492			817					

I. Principales problemas de salud emergentes y reemergentes que afectan a la población (enfermedades y situaciones de riesgo)	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Tuberculosis									
2. Leishmaniasis				45	28	17	64	-	-
3. Leptospirosis				2	2	0	1	1	0
4. Chagas				2	1	1	2	1	1
5. Dengue				387	160	227	52	29	23

J. Principales causas de egresos hospitalarios	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

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

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

No existe un estudio en la región sobre acoso sexual. La prevalencia en el consumo de tabaco es igual a la nacional de 6.4 que puede catalogarse de baja y como exitosas las intervenciones que se están realizando. A pesar de que en las últimas décadas se ha fomentado más la práctica de la actividad física, aun persiste el problema del sedentarismo en gran parte de la población, debido a que el diseño de las ciudades y comunidades no es amigable con las prácticas de actividad física y esta misma actividad para muchas personas representa un lujo que no se pueden costear. En cuanto al consumo del alcohol la regulación municipal es muy flexible lo que ha provocado la proliferación de la venta y consumo de esta droga licita cuyo consumo entraña, además, violencia y disfunción familiar y social. Falta un mayor impulso para el desarrollo de la agricultura orgánica, de hecho OMS, está proponiendo la mayor utilización de los procedimientos agrícolas orgánicos en vez del uso de plaguicidas y agro tóxicos.

En la década de 1990 se dio un gran impulso en la región al tema de los plaguicidas con el proyecto PLGSALUD auspiciado con fondos extranjeros, pero este programa ha perdido vigor y actualmente se desconoce o hacen falta estudios que demuestren los verdaderos efectos que el uso indiscriminado de plaguicidas está causando en una región tan agrícola como lo es Chiriquí. Actualmente existe el programa antitabaco, Pandeportes promueve las ligas infantiles que crean hábitos saludables en los menores, el Meduca a través de los comedores educativos en coordinación con MINSA con la dotación de micro nutrientes y medicamentos desparasitantes; la prevención de la violencia doméstica a través de la creación de redes comunitarias integradas por diferentes sectores e instituciones.

2. Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad.

Las características principales del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad están íntimamente ligadas al perfil demográfico. Estudios poblacionales como ENSCAVI en el año 2007 demostraron que existe un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas por encima de las transmisibles y esta situación es congruente con la disminución de la fecundidad, el aumento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población. No existen situaciones muy disímiles entre los distritos, lo que sí es cierto es que en aquellos distritos con mayor desarrollo como Dolega y David, existe mayor prevalencia de enfermedades como Diabetes mellitus.

3. Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?

La proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria es la siguiente: se mantiene una prevalencia con los casos de diarreas agudas pero con un descenso desde el año 2012 (33,502 casos en el 2014); la influenza también a experimentado un descenso desde el año 2010 cuando se registraron 30507 casos hasta el 2013 con 20111 casos; hasta el primer semestre del 2014 se reportan 861 casos de infecciones respiratorias bajas, la cifra el año pasado fue de 2958; tos ferina solo se ha reportado un caso en lo que va del año 2014; en Dengue definitivamente ha tenido un descenso dramático con 1172 casos en 2009, luego 210 casos en 2013 y 72 casos en lo que va del 2014; la sífilis congénita mantiene una tasa no mayor de dos; el SIDA reportó 130 casos en 2013 y 98 casos en lo que va del año, han fallecido 441 pacientes y se encuentran viviendo con la enfermedad 849; la Leishmaniosis procedente de Chiriquí reportó 26 casos este año. La tendencia en términos generales de las enfermedades de notificación obligatoria es hacia el descenso en la mayoría de ellas.

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

Las trabajadoras comerciales del sexo y los manipuladores de alimento son los dos únicos dos grupos poblacionales que de manera obligada se les hace intervenciones. La CSS hace intervenciones de salud laboral pero no conocemos las coberturas. Las empresas también tienen que hacer sus planes de riesgo, o de mitigación de riesgo. Muchas de ellas están obligadas a certificación internacional. Hay un grupo laboral informal al cual es muy difícil llegar, por ejemplo, pescadores, taxistas, etc

5. Se conoce cuál es la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afectan?

El 70% de la consulta de las consultas son mujeres. El varón no tiene percepción de riesgo. Se han realizado encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas en temas puntuales como: dengue, lavado de manos, higiene general, tabaquismo, VIH, Especialmente dirigido a la población estudiantil. En las crónicas no se ha hecho un abordaje mas profundo. En el tema de cáncer, por cada dos hombres que se enferman de estas patologías, se enferma una mujer. Son enfermedades muy ligadas a las exposiciones de riesgo o estilos de vida.

6. Presentar los avances de su región en relación a los ODM

FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. ¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

- Manejo adecuado de alimentos
- Control de desechos sólidos y líquidos (basura y aguas servidas)
- Vigilancia sanitaria de los establecimientos de interés sanitario (hoteles, pensiones, prostíbulos, mercaditos, bodegas, fondas, ventas ambulantes, campo de juego, urbanizaciones, fábricas, talleres y otros)
- Control de aguas residuales
- Control de desechos sólidos peligrosos (tipo hospitalario)
- Monitoreo de partículas, ruido, cloro residual en las aguas
- Otros aspectos de interés sanitario (quejas, denuncias, coordinaciones con otras)
- Instituciones ANAM, MIDA, MICI, Municipios y otras)
- Suministro de agua
- Control de artrópodos y roedores
- Manipulación y control de personal
- Infraestructura (facilidades sanitarias y flujo de proceso)
- Control en el proceso (BPM, SSOP, HACCP)
- Equipos y utensilios
- Medio ambiente

2. ¿Qué problemas se deben vigilar?

- Manipulación de alimentos
- Conservación cadena de frío
- Almacenamiento-vigencia-otros
- Evaluaciones-Monitores- Citaciones
- Aplicación de las leyes-Decretos-Resoluciones y normas
- Abastecimiento de agua potable
- Inocuidad e integridad de los alimentos

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

Fortalezas: personal técnico idóneo; ejecución de sanciones adecuadas; vigilancia permanente de locales de alto riesgo (mataderos, plantas de productos lácteos); legislación en materia de inocuidad de alimentos para desarrollar el trabajo.

Dentro de las debilidades: contamos con pocos técnicos sanitarios bien formados y con experiencia. No se cuenta con el transporte suficiente (mantenimiento deficiente). Falta de personal técnico (personal próximo a jubilación y pensionados). Desde hace 19 años existen 32 técnicos. Infraestructura (laboratorios no apropiados para el análisis de alimentos). Leyes que no permiten agilizar las acciones en materia legal de sanciones.

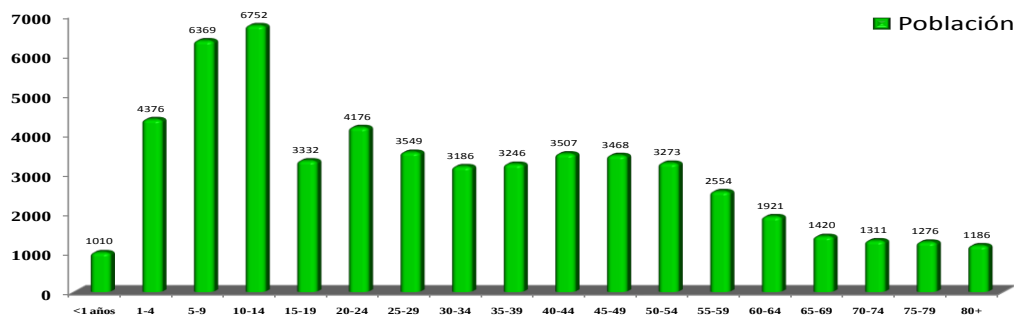
ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL: Todas las siguientes preguntas se responden a continuación para cada uno de los distritos de la provincia

1. ¿Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por cada Distrito?
2. ¿Cuáles son las distancias (en tiempo y en kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera?
3. ¿Cuáles son los medios usuales de transporte utilizados? Horario del sistema de transporte.
4. ¿Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.
5. ¿Cuál es el costo de movilización para la población?
6. ¿Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujograma.

**MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD DE CHIRIQUÍ
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN REGIONAL
INFORME TECNICO DEL DISTRITO DE BARÚ
Viernes 12 de septiembre de 2014**

El distrito de Barú cuenta con una población, según estimaciones de la Contraloría General de la República de 57,912 habitantes, de los cuales 29,441 son hombres y 28471 son mujeres (Estimados de Población CGR-INEC 2014). Población de 18 años y más 34,496; población de diez años y más 44,140 personas . Población con menos de tercer grado de escolaridad 5,771 personas.

**POBLACION DEL DISTRITO DE BARÚ POR GRUPOS DE
EDAD SEGÚN ESTIMACIONES DE LA CONTRALORIA
GENERAL DE LA REPUBLICA. AÑO 2014**



Fuente: CGR/INEC-2014

Tiene una población desocupada de 2467 personas; no económicamente activa 25,935, población económicamente activa 15,521, en actividad agrícola 4972 personas; analfabetismo de 3,167 personas y 2,893 personas con discapacidad . El distrito de Barú cuenta con 14,698 viviendas; 3.79 personas por vivienda; 1726 con piso de tierra; 2,831 sin agua potable; 678 sin servicio sanitario; 1644 sin luz eléctrica; 1912 cocinan con leña; 19 cocinan con carbón; 3,017 sin televisor; 4,942 sin radio; 12,923 sin teléfono residencial.

I. Instalaciones de salud



INSTALACIONES DE SALUD DISTRITO DE BARU (12)

Distrito	Corregimiento	Lugar poblado	Población	Abierto	Cerrado
Policentro Puerto Armuelles	Puerto Armuelles. Atención todos los días. Medicina general	Puerto Armuelles	57,912	si	-
C.S. La Esperanza	Baco. Atención todos los días	La Esperanza	7597	si	-
C.S. Paso Canoas	Progreso. Atención todos los días. Medicina general	Paso Canoas	1398	si	-
C.S. Progreso	Progreso. Todos los días. Medicina general	Progreso	11807	si	-
S.C.S. Los Limones	Limones. Todos los días (Enfermera)	Limones	1073	Si	-
S.C.S. Baco	Baco. Todos los días (Enfermera)	Baco	7595	si	-
S.C.S. Manaca Civil	Rodolfo Aguilar. Todos los días (Enfermera)	Manaca Civil	2514	si	-
S.C.S. Bella Vista	Limones. Todos los días (Enfermera)	Bella Vista	199	si	-
S.C.S. La Victoria	Rodolfo Aguilar. Todos los días (Enfermera)	La Victoria	431	si	-
P.S. Los Olivos	Rodolfo Aguilar. Todos los días (Enfermera)	Olivo Civil	511	si	-
P.S. Rio Chiquito	Puerto Armuelles. Todos los días (Enfermera)	Palo Grande	604	si	-
P.S. Majagual	Baco. Todos los días (Enfermera)	Majagual	521	si	-

II. Comités de Salud y JAAR

II.I Juntas de Agua del Distrito de Barú

Comunidad	Corregimiento	Personería Jurídica
Baco	Baco	108-00

Cañas Blancas	Limones	194-01
La Victoria	Rodolfo Aguilar	394-02
Aguacaton	Rodolfo Aguilar	234-02
Kilometro 32	El Progreso	105-01
Comunidad Blanco Arriba	Rodolfo Aguilar	284-00
Quebrada de Arena	Baco	283-00
Kilometro 24	Baco	285-00
Los Tecales	Baco	254-00
Chiriquí Viejo	Progreso	2548-96
Corozo	Puerto Armuelles	2549-96
Quebrada de Piedra	Puerto Armuelles	2547-96
Cañazas	Puerto Armuelles	4318-96
Majagual	Progreso	2918-96
Guanabano Brazo Izq.	Puerto Armuelles	2920-96
Cuervito	Progreso	486-96
Paso Canoas Arriba	Progreso	5726-95
Quebrada de Tallo	Limones	6101-95
Limones	Limones	-
La Vaquita	Rodolfo Aguilar	-
Bella Vista	Limones	-
Balsa	Limones	-
San Valentín	Baco	-
Baco	Baco	-
Margenes del Corotú	Puerto Armuelles	-
Burica Centro	Limones	-
Paso Canoas Abajo	Progreso	-
Sangrillo	Puerto Armuelles	416-08
Colorado Centro	Progreso	-
La Esperanza	Progreso	-
Los Olivos	Puerto Armuelles	-

Corotú Civil	Progreso	-
Berba	Progreso	-
Finca Aguacate	Rodolfo Aguilar	467-03
Los Plancitos	Rodolfo Aguilar	474-03
Finca Aguacate	Rodolfo Aguilar	475-03
Bongo	Rodolfo Aguilar	-
Herbazales	Limonos	-
Baco	Limonos	-
Mellizas	Puerto Armuelles	21-07
Guasimo		077-08
La Vaquita, La Victoria	Rodolfo Aguilar	-
Progreso	Progreso	6621-98
Cuervito	Paso Canoas	1093-12
Total		44

II.2 Comités de Salud del Distrito de Barú año 2014

Comunidad	Corregimiento	Personería Jurídica
Los Olivos	Rodolfo Aguilar	1541-97
La Esperanza	Baco	2296-74
Paso Canoas Int.	Progreso	774-81
Baco	Baco	2247-96
La Victoria	Rodolfo Aguilar	2250-96
Aguacate	Rodolfo Aguilar	2445-97
Manaca	Rodolfo Aguilar	750-98
Los Planes	Limonos	1504-98
Rio Chiquito	Limonos	3680-98
Corotú Civil	Baco	-
Progreso	Progreso	6621-98
Corredor	Rodolfo Aguilar	-

Limones	Limones (tramite)	-
Bella Vista	Limones	-
Puerto Armuelles	Puerto Armuelles	07 -6521-07
Sangrillo	Puerto Armuelles	742-07
Quebrada de Tallo	Limones	656-07
Federación de Barú	-	-
Mellicitas	Limones	-
La Vaquita	Rodolfo Aguilar	-
Burica Adentro	Rodolfo Aguilar	-
Barú	Barú	764-07
Total	22	-

**COMUNIDADES DE DIFÍCIL ACCESO GEOGRÁFICO, ECONÓMICO Y CULTURAL POR
CORREGIMIENTO INSTALACIÓN EN EL DISTRITO DE BUGABA**

1. Lista de comunidades consideradas de difícil acceso por los distintos equipos de salud.
 2. Flujograma de acceso a las instalaciones de salud en el Distrito de Bugaba.
-
- Caminando - Transporte colectivo - instalación Sanitaria (C.S de Salud).
 - Caminando – Transporte Selectivo - instalación Sanitaria (C.S de Salud).
 - A pies, desde la comunidad hasta - instalación Sanitaria (C.S de Salud).

El distrito de Bugaba cuenta con 15 instalaciones (centros de Salud), para acceder a ellos los usuarios utilizan transporte colectivo; en la mayoría de los casos donde no existe este tipo de servicio se transportan en (Taxis) transporte selectivo con altos costos y donde no existen estos tipos de transporte los usuarios se trasladan a pies desde su comunidad de origen hasta instalación Sanitaria (C.S de Salud) respectiva.

Comunidades con menor grado de Accesibilidad geográfica económica y cultural

CORREGIMIENTO	Cabecera a las instalaciones- Poli Centro a Tiempo y Distancia en KM.	Nombre de las comunidades a las instalaciones	Tiempo en llegada de las comunidades a las instalación de salud	Medios de transporte utilizado	Costo de movilización de la población	Mecanismo utilizado para las comunidades sin recursos económicos para recibir atención.
RIO CHIQUITO	45 KMS 1:30 MIN.	LOS PLANES PLANCITO	3 HRS 3 HRS	CABALLO Y APIE		EXONERACION
LA VICTORIA	40 KMS 1:45 MIN	CANOAS ARRIBA PLANES PLANCITO BURICA LA VAQUITA COCO CAÑAZA COROZO	2 HRS 2 HRS 2 HRS 40 MIN 20 MIN 30 MIN 30 MIN 30 MIN	BUSES, BICICLETAS, A PIES, MOTO Y CABALLO.	B/. 3.00	EXONERACION
BELLA VISTA	65 Kms 1:30 min	Comunidades de lado de Costa Rica, Bdas. Aledañas, Quebrada de mono , Baco.	1:30 MIN 15-40 MIN 30 MIN. 50 MIN.	A PIES, BUS, BICLETA, CABALLA Y MOTO		EXONERACION
LIMONES	45 MIN 40 KM	BACO QUEBRADA DE TALLO BALSA HIERBAZALES CAÑAS BLANCAS	40 MIN 40 MIN 30 MIN 30 MIN 50 MIN	A PIES, BUS, BICICLETA, CABALLO Y MOTO	B/. 1.50	EXONERACION

FOTOGRAFIA 3

CARACTERIZACION DE LA OFERTA

DISTRITO DE DOLEGA

I. ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

1. Las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural son:

- Corregimiento de Dos Ríos, Comunidad Chumical
- Corregimiento de Tinajas, Comunidad Los palomos
Comunidad Conventillo
Comunidad Casa Blanca
- Corregimiento de Potrerillos Arriba, Comunidad Los mameyes
Comunidad El Burro
Comunidad Brazo de Cochea
Comunidad Cabecera de Cochea
- Corregimiento de Potrerillos Abajo, Comunidad Finca Olimpo
- Corregimiento Rovira (no hay instalaciones de Salud), Comunidad El Banco
Comunidad El Banco de Palmira
Comunidad Loma Alta
- Corregimiento de Dolega, Comunidad El Cacao.

2. Las distancias (en tiempo y en Kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud mas cercanas y estas comunidades son (caminando)

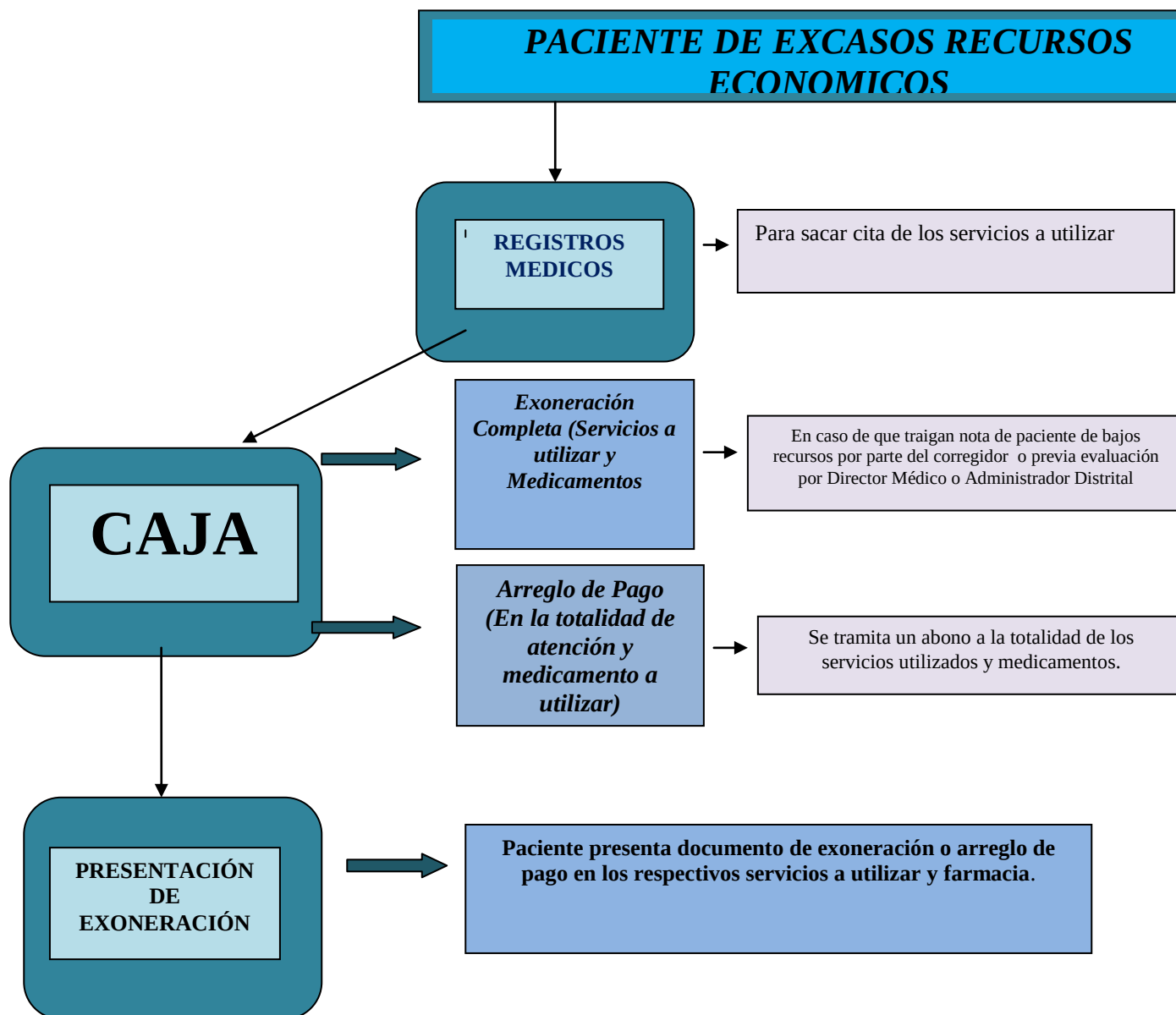
- Centro de Salud de Dolega a la comunidad El Cacao 30 minutos/2-3Km.
- Puesto de Salud de Dos Ríos a la comunidad Chumical 1 hora 30 minutos/9Km.
- Puesto de Salud de Tinajas a la comunidad Los Palomos 50 minutos/5Km
a la comunidad Conventillo 30 minutos/2-3K
a la comunidad Casa Blanca 45 minutos/5Km
- Centro de S. Potrerillos Arriba a la comunidad Los mameyes 1 hora/6-7Km
a la comunidad El Burro 3 horas/20Km
a la comunidad Brazo de Cochea 2 horas/12-15Km
a la comunidad Cabecera de Cochea 1 hora/6-7Km.
- Centro de S. Potrerillos Abajo a la comunidad Finca Olimpo 1hr. Con 30 min./7-8Km
a la comunidad El Banco 3 horas/20Km
a la comunidad El Banco de Palmira 1hr-
30 minutos/7Km
a la comunidad Loma Alta 1 hora/6-7Km

2.1 Las distancias en tiempo y kilómetros de los Puestos, Sub-centros y Centros de Salud a la Cabecera del Distrito de Dolega (Centro De Salud) son:

- Puesto de salud Tinajas al C.S. de Dolega 25 minutos/2KM
- Puesto de Salud Las Cañas al C.S. de Dolega 25 minutos/2Km
- Puesto de Salud de Dos Ríos al C.S. de Dolega 10 minutos/1Km
- Sub-Centro de Salud de Potrerillos Arriba al C.S. de Dolega 20 minutos/2Km
- Centro de Salud de Los Anastacios al C.S. de Dolega 15 minutos/1-2Km
- C.S. de Potrerillos Abajo al C.S. de Dolega 20 minutos/2Km.

3. Los medios usuales de transporte en las comunidades son buses (costos), carros particulares, busetas, bicicletas y caminando.
- Centro de Salud de Dolega a la comunidad El Cacao no hay buses
Transporte: caminar.
 - Puesto de Salud de Dos Ríos a la comunidad Chumical, no hay buses
Transporte: caminar.
 - Puesto de Salud de Tinajas a la comunidad Los Palomos, hay dos buses realizan 4 viajes (dos en la mañana y dos en la tarde), costo 0.75 centavos.
A la comunidad Conventillo, hay dos buses realizan 4 viajes (dos en la mañana y dos en la tarde), costo 0.50 centavos a la comunidad Casa Blanca
 - Centro de S. Potrerillos Arriba a la comunidad Los mameyes, no hay buses, se transportan en busetas (pick-up), costo 0.50 centavos, cuatro viajes al día.
A la comunidad El Burro, no hay buses, se transportan en caballo.
A la comunidad Brazo de Cochea, no hay buses, se transportan en caballo.
A la comunidad Cabecera de Cochea, no hay buses, se transportan en caballo y en bicicletas.
 - Centro de S. Potrerillos Abajo a la comunidad Finca Olimpo, hay busetas, Cuatro rutas al día, 0.50 centavos.
a la comunidad El Banco, hay buses cada hora, costo 0.45 centavos.
El Banco de Palmira, hay buses cada hora, costo 0,65 centavos. a la comunidad Loma Alta.
 - Centro de S. Potrerillos Abajo a la comunidad Finca Olimpo, hay busetas,
Cuatro rutas al día, 0.50 centavos.
a la comunidad El Banco, hay buses cada hora, costo 0.45 centavos.
a la comunidad El Banco de Palmira, hay buses cada hora, costo 0,65 centavos.
a la comunidad Loma Alta,

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



FOTOGRAFIA N° 5

RED SOCIAL

DISTRITO DE DOLEGA

1. El número de curanderos existente en el Distrito de Dolega son:
 - 8 curanderos.
- 1.1. Las actividades que realizan son curaciones de enfermedades varias por medios de plantas medicinales.
- 1.2. Están ubicados en:
 - Corregimiento de Dolega: 4 personas
 - Corregimiento de Los Anastacios: 1 persona
 - Corregimiento de Los Algarrobos : 3 personas
- 1.3. La población que demandan sus servicios son los de clase baja, clase media y clase alta, en conclusión cualquier estrato del Distrito acuden buscando sus servicios.

Distrito de Remedios

Las comunidades con menor grado de accesibilidad Geográfica Económica y Cultural del Distrito de Remedios son las siguientes:

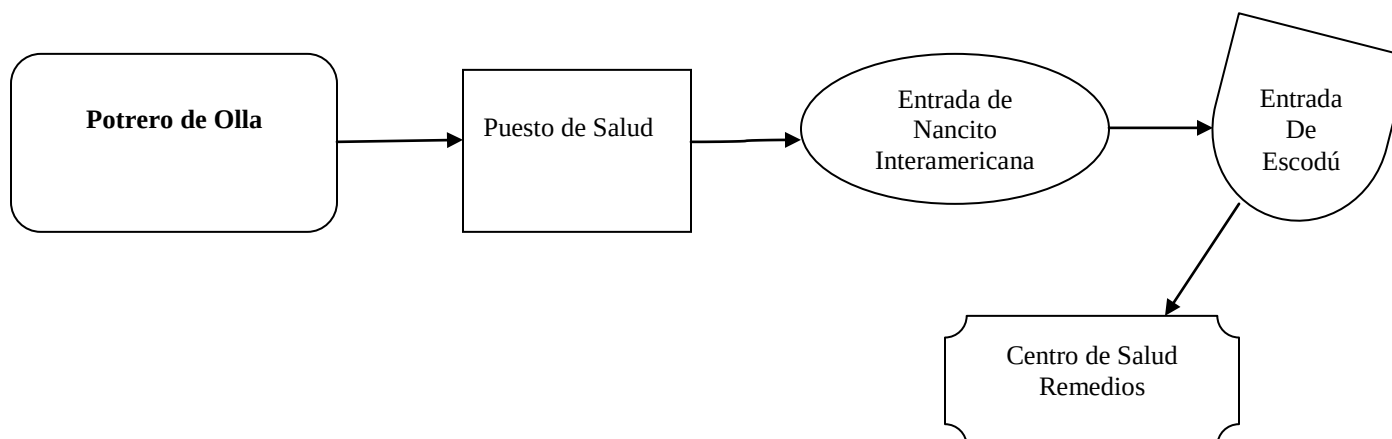
- Comunidad de Nancito (Corregimiento de Nancito)
- Comunidad Potrero de Olla (Corregimiento de Nancito)
- Comunidad El Naranjal (Corregimiento de Nancito)
- Comunidad de Sardina (Corregimiento de Nancito)
- Comunidad de La Peña (Corregimiento de Nancito)
- Comunidad Cerro Brujo (Corregimiento de Nancito)
- Comunidad El María (Corregimiento de Santa Lucía)
- Comunidad El Salao (Corregimiento de Santa Lucía)
- Comunidad El GUabal (Corregimiento El Porvenir)
- Isla La Palma (Corregimiento El Puerto)

Las distancias en tiempo existentes entre las instalaciones de Salud más cercanas y estas comunidades se detallan a continuación

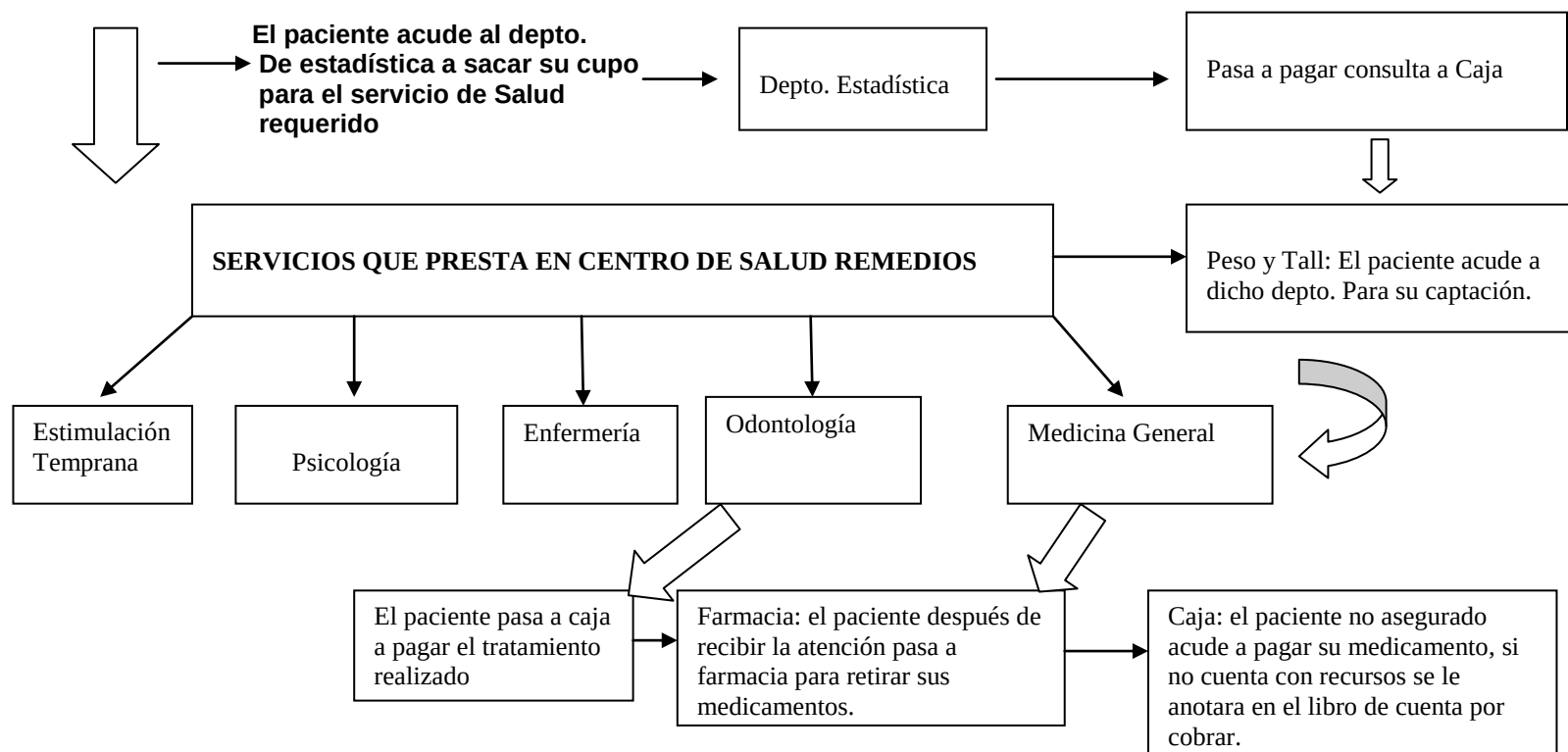
Comunidad	Caminando	Carro	Caballo	Lancha	Distancia al puesto de Salud (Nancito)	Distancia al Centro de Salud (Remedio Cabeceres)	Costo
NANCITO							
Potrero de Olla	1 hora y 1/2	1 hora			1 hora y ½	2 horas y 1/2	\$ 4.00
Naranjal	45 minutos	1 hora			45 minutos	1 hora 45 minutos	\$ 4.00
Sardina	2 horas		1 hora y media		2 horas	3 horas	\$ 4.00
La Peña	1 hora		40 minutos		1 hora	2 horas	\$ 2.40
Cerro Brujo	40 minutos		30 minutos		40 minutos	1 hora 40 minutos	\$ 2.40
SANTA LUCÍA							
El Maria		1 hora				1 hora	\$ 2.40
El Salao		1 hora 10 min				1 hora 10 minutos	\$ 2.40
EL PORVENIR							
El Guabal	15 min	30 min				45 minutos	\$ 1.20
EL PUERTO							
Isla La Palma		30 min		1 hora y media		2 horas	\$ 10.00

Medios usuales utilizados y horarios de sistemas de transporte:

Los medios de transporte utilizados son los siguientes: Carro, caminando, lancha, el transporte colectivo y los taxis, pasan por el centro de Salud en el horario que el se encuentra abierto 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Flujo-grama de llegada al Centro de Salud de Remedios

MECANISMO DEFINIDO PARA LA ATENCION DE LA POBLACION DEL DISTRITO DE REMEDIOS QUE NO CUENTAS CON RECURSOS ECONOMICOS.



Accesibilidad Geográfica, económica y cultural Distrito de San Félix

1. Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica económica y cultural del distrito?
 - Boca macho
 - Galique
 - La Playa
 - Buenos Aires
2. Cuáles son las distancias en tiempo y kilómetros existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades y entre estas comunidades y la cabecera?
3. Cuáles son los medios usuales de transporte utilizados?
4. Cuanto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana?
- 5.Cuál es el costo de movilización para la población?

COMUNIDAD AL CENTRO SALUD DE SAN FELIX	DISTANCIA EN KILOMETROS	DISTANCIA EN TIEMPO	COSTO PASAJE	MEDIO DE TRANSPORTE
La Mata Arriba	6 km	C:1 hora	\$ 0.30 B \$ 0.75 T	Caminando Bus , Taxi
La Mata Abajo	3 km	C:45 min	\$ 0.30 B \$ 0.75 T	Caminando Bus , Taxi
Corocito	3 km	C:45 min	\$ 0.30 B \$ 0.75 T	Caminando Bus , Taxi
Silimín	3 km	C:45 min	\$ 0.30 B \$ 0.75 T	Caminando Bus , Taxi
Las Minas	1 km	C:15 min	\$ 0.30 B \$ 0.75 T	Caminando Bus , Taxi
Centro	1.5 km	C:20 min	\$ 0.30 B \$ 0.75 T	Caminando Bus , Taxi
Galique	25 km	C: 4 h Cb: 2 h	\$1.4 B	Caminando Caballo Bus
Boca macho	35 km	C: 8 h Cb: 4 h	\$1.4 B	Caminando Caballo Bus
Mangote	15 km	C: 3 h Cb: 1.5 h	\$1.4 B	Caminando Caballo Bus
Juay	10 km	C: 2 h B: 15 min	\$1.4 B	Caminando Bus
Juay Arriba	13 km	C: 2h B: 15 min	\$1.4 B	Caminando Bus

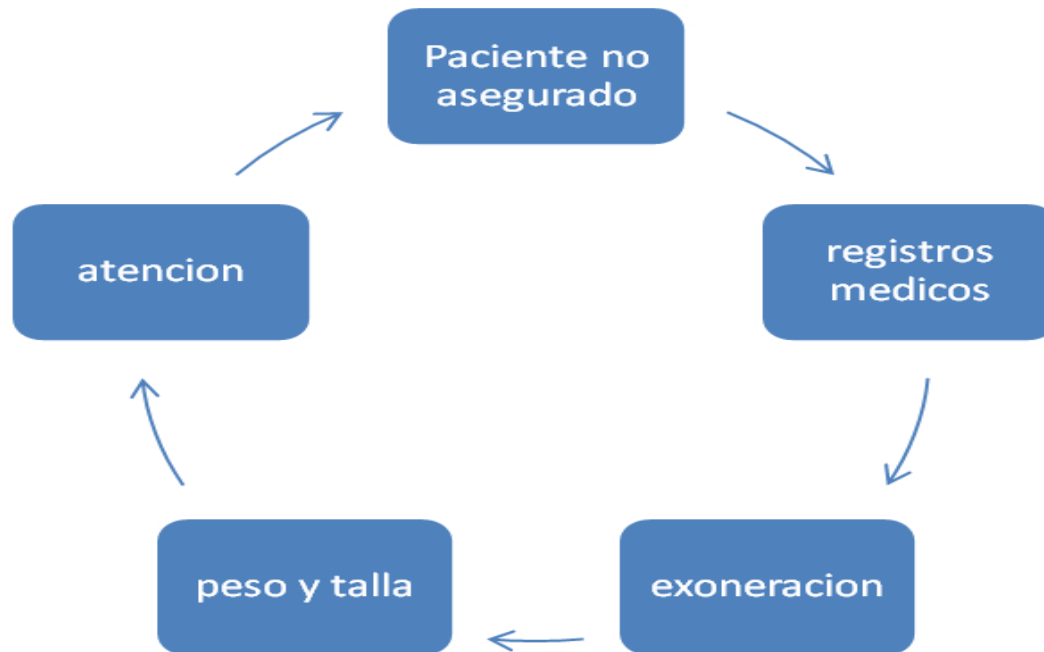
COMUNIDAD AL SUBCENTRO SALUD DE JUAY	DISTANCIA EN KILOMETROS	DISTANCIA EN TIEMPO	COSTO PASAJE	MEDIO DE TRANSPORTE
Galique	15 km	C: 2.5 h Cb: 1 h	-----	Caminando Caballo
Boca macho	25 km	C: 4 h Cb: 2h	-----	Caminando Caballo
Mangote	5 km	C: 1 h Cb: 30 min	-----	Caminando Caballo
Juay Arriba	3 km	C: 30 min	-----	Caminando

c: caminando cb: caballo t: taxi b:bus

COMUNIDAD AL CENTRO SALUD DE LAS LAJAS	DISTANCIA EN KILOMETROS	DISTANCIA EN TIEMPO	COSTO PASAJE	MEDIO DE TRANSPORTE
Las Lajas	3 km	C:30 min	\$ 0.60 B \$ 0.75 T	Caminando Taxi
Lajas Adentro	6 km	C:1 h	\$ 1.00 T	Caminando Taxi
Santa cruz	12 km	C:2 h	\$ 2.00 T	Caminando Taxi
La Playa	13 km	C:2.5 h	\$ 5.00 T	Caminando Taxi
El Paraíso	3 km	C:30 min	\$0.50 T	Caminando Taxi
Nueva Florida	5 km	C:45 min	\$ 0.75 T	Caminando Taxi
El Rosario	8 km	C: 1.5 h	\$2.5 T	Caminando Taxi
Las Delicias	8 km	C: 1.5 h	\$ 2.00 T	Caminando Taxi
Buenos Aires	12 km	C: 2 h	\$2.00 T	Caminando Taxi

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

Elaborar el flujograma



El distrito de San Félix no cuenta con personal para llevar el programa de costo 20, por lo que todo paciente que llega a la instalación sin recursos se atiende en forma gratuita.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOCMICA Y CULTURAL – DISTRITO DE SAN LORENZO.**1. CUALES SON LAS COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD GEOGRÀFICA ECONOMICA Y CULTURAL DEL DISTRITO DE SAN LORENZO.**

- Las Comunidades con menor grado de accesibilidad Geográfica Económica y Cultural del Distrito de San Lorenzo son las siguientes:
- Comunidad de Peses (Llano Grande – Corregimiento de San Lorenzo)
- Comunidad de Monito (Corregimiento de San Lorenzo)
- Comunidad de Alambique (Corregimiento de Boca del Monte)
- Comunidad El María (Corregimiento de Boca del Monte)
- Comunidad – Barro Blanco (Corregimiento de Boca del Monte)
- Comunidad – Boca Chica (Corregimiento de Horconcitos)
- Islas – Las Paridas (Boca Chica – Corregimiento de Horconcitos)
- Isla – Palenque (Boca Chica – Corregimiento de Horconcitos)
- Isla Boca Brava(Boca Chica – Corregimiento de Horconcitos)

Observaciones: La Comunidad de Barro Blanco tiene dos caminos de acceso a los servicios a través de Las Vueltas al

DISTANCIAS							
SAN LORENZO	Caminando	Hamaca	Carro	Lancha o Bote	Kilómetros	Distancia a la Cabecera de Horconcitos	
PECES	3 Horas	5 horas	1 hora	-----		2 horas	
MONITO	3 horas 30 minutos	6 horas	1 hora 30 minutos	-----		2 horas	
BOCA DEL MONTE							
Alambique	1 hora	2 horas	20 minutos	----		30 minutos	
El María	2 horas	3 horas	----	----		2 horas 30 minutos	
Barro Blanco	1 hora 20 minutos	2 horas	1 hora	----		45 minutos	
BOCA CHICA							
Las Paridas	2 horas 45 minutos	-----	1 hora 5 minutos	45 minutos		1 hora 5 minutos	
Palenque	2 horas 10 minutos	-----	30 minutos	10 minutos		30 minutos	
Boca Brava	2 horas 5 minutos	-----	25 minutos	5 minutos		25 minutos	

Centro de Salud de San Lorenzo.

Medios usuales utilizados, y horario de sistema de transporte:

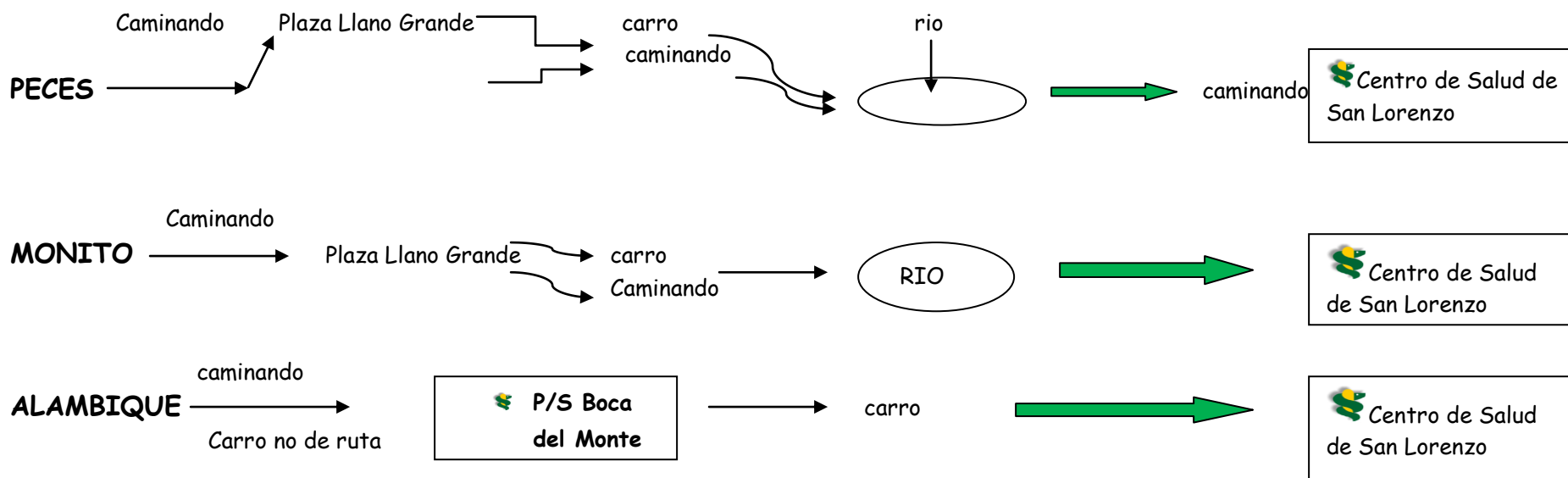
En relación al medio de transporte se puede decir que son los siguientes:

- Carros
- Caminando
- Lanchas o botes

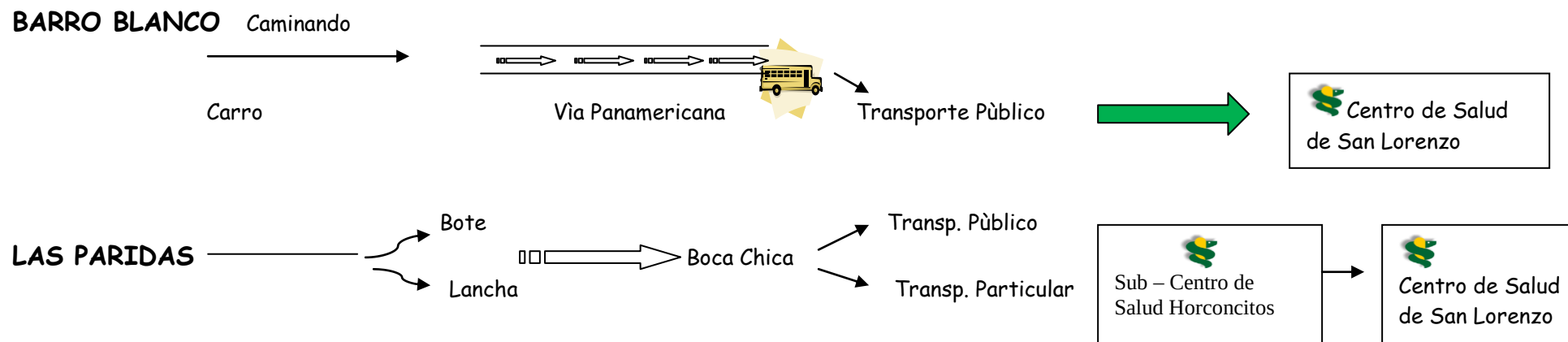
Los taxis y transporte colectivo de este Distrito no cuentan con horario establecido y algunos varían los costos de acuerdo a la situación y la hora.

A continuación se presente un flujo grama el cual detalla sobre el tiempo que demora la población mas distante, para tener acceso a la Instalación de Salud más cercana, considerando la distancia de un poblado a otro:

FLUJOGRAMA



CONTINUACION FLUJOGRAMA.....



A CONTINUACION SE PRESENTA COSTO DE MOVILIZACIÓN PARA LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD

COSTO IDA Y VUELTA

- LLANO GRANDE AL RIO = B/ 1.00
- DEL RIO A LLANO GRANDE B/ 1.00 [**PASAJE IDA Y VUELTA = B/ 2.00**]

- BOCA DEL MONTE - SAN LORENZO = B/ 1.50
- SAN LORENZO - BOCA DEL MONTE = B/ 1.50 [**PASAJE IDA Y VUELTA = B/ 3.00**]

- **LAS VUELTAS - SAN LORENZO = B/ 1.50**
- **SAN LORENZO - LAS VUELTAS = B/ 1.50** [**PASAJE IDA Y VUELTA = B/3.00**]

- BOCA CHICA - HORCONCITOS = BUS B/ 3.00

- BOCA CHICA - HORCONCITOS = TAXI B/. 24.00 (DEPENDE DE LA HORA EN LA QUE SE REQUIERA REALIZAR EL TRASLADO)

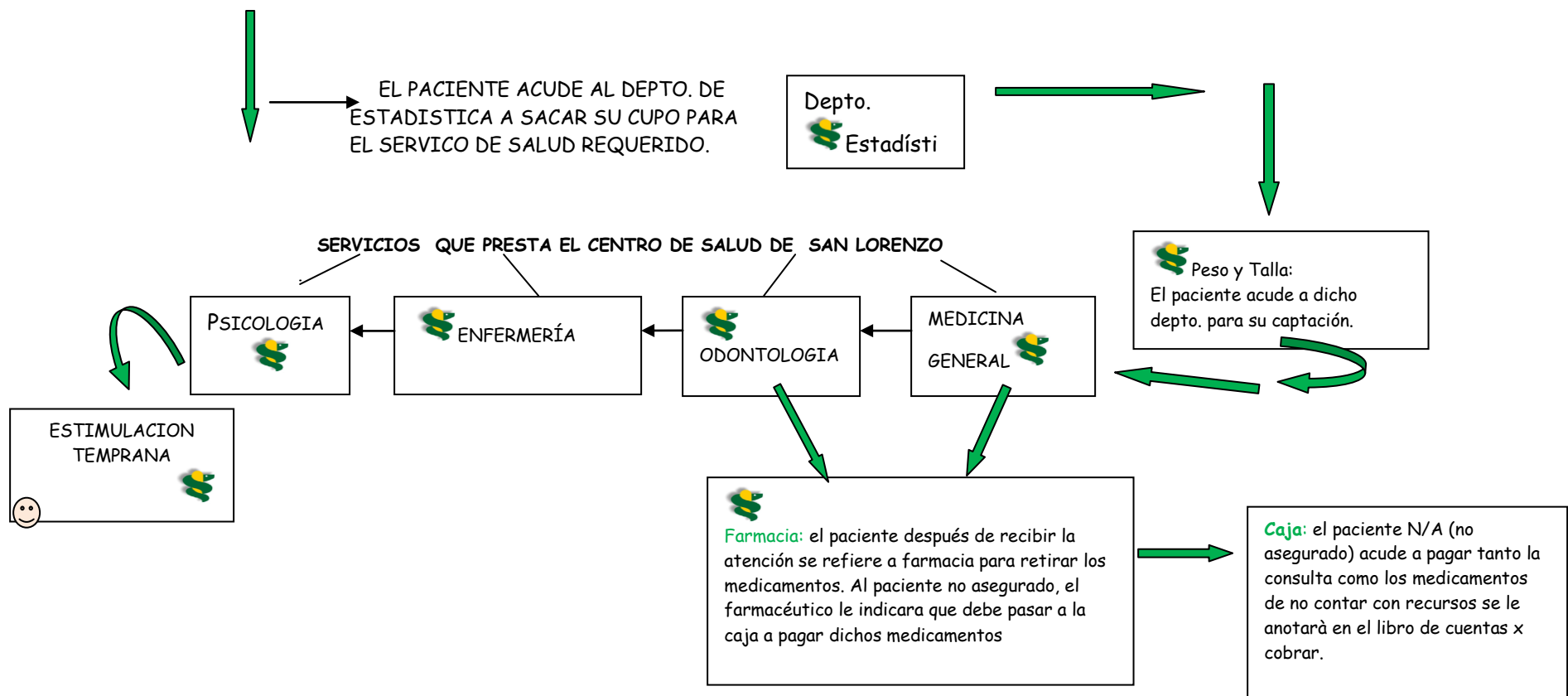
- BOTE O LANCHAS LAS PARIDAS - BOCA CHICA = COSTO REAL B/. 240.00 - COSTO POR COMBUSTIBLE: B/. 80.00

- BOTE O LANCHAS ISLA PALENQUE - BOCA CHICA = COSTO REAL B/.120.00 - COSTO POR COMBUSTIBLE: B/.40.00

- BOTE O LANCHAS BOCA BRAVA - BOCA CHICA = COSTO REAL B/. 120.00 - COSTO POR COMBUSTIBLE : B/ 40.00

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

- MECANISMOS DEFINIDOS PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL DISTRITO DE SAN LORENZO QUE NO CUENTA CON RECURSOS ECONOMICOS.



ACCESIBILIDAD, GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL DE TOLE 2014

PRESENTADO: DR HERNAN QUINTERO MUÑOZ

COMUNIDADES	DISTANCIA TIEMPO Y KMS AL PUESTO DE SALUD SOLO DE IDA.	MEDIOS DE TRANSPORTE	DISTANCIA ENTRE LAS COMUNIDADES YLA CABECERA Y COSTO	CHAMANES EN EL CORREGIMIENTO	CORREGIMIENTO DEL DISTRITO
CERRO BRUJO	2.30 HRS 7 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	1 HR PICK UP 4.60 \$	2	CERRO VIEJO
CERRO CABALLO	30 MIN 2.kms	Pick up 1.20	“ “		“ “
QUEBRADA ARENA	2 HRS 3 KM	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
COMUN	2.5 HRS 7KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
VIGUI	.30 MIN 4 KMS	PICK UP 1.50\$	“ “		“ “
NANCITO	2.30 HRS 7 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
LA TRINIDAD	2 HRS 7 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
CALABACITO	2 HRS 7 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
CERRO MANGLE	45 MIN 7 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
CERRO IGLESIA	2 HRS 6 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
BAJO HONDO	0.45 MIN 2 KM	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	30 MIN (20 KMS) 4.80\$ PICK UP CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO		“ “
LA BRAMONA	1 HR 2.5KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “	2	EL CRISTO
BAJO MARAÑON	3 H 1.5 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
LA PEDREGOSA	3.30 HRS 2.5 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “

BAJO LEON	3.5 HRS 4 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
CERRO CLARIN	4 HRS 5 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
BAJO COROSAL	5 HRS 5 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
TAMBOR	2.30 HRS 3 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
CERRO GALLOTE	3.30 HRS 3 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
GUAYABAL	4.30 HRS 6 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
ISLAS DE LA ENSENADA	2 HR 5 MILLAS NAUTICAS	LANCHA-20.00\$	1 HR 15 KM BUS CAD2 HRS DE 5 AM A 6 PM—4.00\$IDA Y VUELTA	2	QUEBRADA DE PIEDRA
ISLA MORRO NEGRITO	2 HR 5 MILLAS NAUTICAS	LANCHA-20.00\$	1 HR 15 KM BUS CAD2 HRS DE 5 AM A 6 PM—4.00\$		“ “
ALTO LAGUNA	2.30 HRS 7 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
CERRO ARMADO	2 HRS 4 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	30 MIN PICK UP 3.50 \$ IDA Y VUELTA		POTRERO DE CAÑA
CERRO VACA	2 HRS 4 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	“ “		“ “
QUEBRADA LAJAS	15 MIN 3 KMS	BUSITO-1.50 IDA Y VUELTA	1 HR 13KMS- 5.00 IDA Y VUELTA		“ “
ALTO GUAYABO	30 MIN 5 KMS	PICK UP 4X4 4.00\$ IDA Y VUELTA	P.S NIBRA COMARCA A TOLE 10.00\$ IDA Y VUELTA 30 KM	1	JUSTO FIDEL PALACIOS
ULE	1.30 MIN 7 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO BUSITO DE CARRETERA INTERAMERICANA A P.S-0.60 CENTAVOS IDA Y VUELTA	30 MIN-2.50 \$ IDA Y VUELTA- 10 KMS BUSITO		BELLA VISTA
LA COROCITA	2 HRS 7 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO	30 MIN-2.50 \$ IDA Y VUELTA- 10 KMS BUSITO		“ “

		BUSITO DE CARRETERA INTERAMERICANA A P.S- 1.20\$ IDA Y VUELTA			
RETIRO	1.30 HRS 7 KMS	CABALLO – 10.00 \$ CAMINANDO TAXI DE CARRETERA INTERAMERICANA A C.S.TOLE- 2.00 \$ IDA Y VUELTA	ACUDEN A CENTRO DE SALUD CABECERA		VELADERO
ALTO LARENA	20 MIN 7 KMS	PICK UP- 1.50 IDA Y VUELTA DE TERMINAL A C.S TAXI 1.50 & IDA Y VUELTA	ACUDEN A CENTRO DE SALUD CABECERA		“ “
BARNIZ	1 HR 3 KMS	TAXI - 4.00\$ IDA Y VUELTA DESDE LA CARRETERA VIA ALTO CABALLERO A C.S	ACUDEN A CENTRO DE SALUD CABECERA		TOLE CENTRO
COMUN	15 MIN 3 KMS	BUSITO 3.00 \$ IDA Y VUELTA	ACUDEN A CENTRO DE SALUD CABECERA		“ “

NOTA :LOS HORARIOS DE BUSITOS Y PICK UP SON ALREDEDOR DE CADA HORA EN LA VIA INTERAMERICANA Y VIA ALTO CABALLERO Y LOS BUSITOS DE RUTA A OTROS CORREGIMIENTOS SON CADA 2 HRS DESDE LAS 6 AM A 5 PM. VIA LANCHA DEPENDERA DE LA MAREA CADADIA PARA PODER SALIR. EL MECANISMO DEFINIDO PARA LA ATENCION DE LA POBLACION QUE NO CUENTA CON RECURSO ECONOMICOS SE LE REALIZA EVALUACION Y SE LE DA CONDONACION DE LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS PREVIA NOTA DE EVALUACION POR RECAUDACION.

ATENCION CONSULTA EXTERNA ,ODONTOLOGIA ,CLINICA NUTRICION ,ENFERMERIA,ESTIMULACION PRECOZ

REGES → RECAUDACION (CONDONACION A ESCASOS RECURSOS) → ATENCION TECNICA
 RECAUDACION FARMACIA RETIRO DE MEDICAMENTOS O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.

ORGANIZACIONES QUE APOYAN A ACCIONES DE SALUD EN EL DISTRITO DE TOLE
 CENTRO CABECERA

COMITÉ DE SALUD DE TOLE, COMITÉ DE FERIA DE SAN JOSE DE TOLE, COMITES PADRES DE FAMILIA DE 3 ESCUELAS Y 1 COLEGIO, GRUPO SAN AGUSTIN DE LA IGLESIA CATOLICA, IGLESIA ADVENTISTA, COOPERATIVA DE GANADEROS DE TOLE, COMISION DE SALUD DE HIDROELECTRICA SAN JOSE DE TOLE, S CUENTA CON ALREDEDOR DE 30 ACUEDUCTOS RURALES Y 8 COMITES DE SALUD QUE FUNCIONAN DOBLE COMO JAAR TAMBIEN QUE APOYAN LA GESTION DE SALUD EN LOS CORREGIMIENTOS.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOCMICA Y CULTURAL – DISTRITO DE SAN LORENZO.

2. CUALES SON LAS COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD GEOGRÀFICA ECONOMICA Y CULTURAL DEL DISTRITO DE SAN LORENZO.

- Las Comunidades con menor grado de accesibilidad Geográfica Económica y Cultural del Distrito de San Lorenzo son las siguientes:
- Comunidad de Peses (Llano Grande – Corregimiento de San Lorenzo)
- Comunidad de Monito (Corregimiento de San Lorenzo)
- Comunidad de Alambique (Corregimiento de Boca del Monte)
- Comunidad El María (Corregimiento de Boca del Monte)
- Comunidad – Barro Blanco (Corregimiento de Boca del Monte)
- Comunidad – Boca Chica (Corregimiento de Horconcitos)

- Islas – Las Paridas (Boca Chica – Corregimiento de Horconcitos)
- Isla – Palenque (Boca Chica – Corregimiento de Horconcitos)
- Isla Boca Brava(Boca Chica – Corregimiento de Horconcitos)

COMPLEJIDAD DE LA RED

1. La región cuenta con una red integrada e integrales de servicios de salud (RIISS)?

NO, la región no cuenta con una red integrada e integral de servicios de salud. Durante la última década del siglo XX, hubo un proyecto en un distrito en el cual funcionó una red con esas características, este proyecto fue financiado por la Unión Europea y se denominó Municipio Siglo XXI, en el Distrito de San Lorenzo, en el Oriente de la Provincia

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

**Ministerio de Salud: Puesto de Salud, Sub Centro de Salud, Centro de Salud, Poli Centro Médico, MINSA CAPSi, Hospital de Segundo Nivel de Atención Materno Infantil
Caja de Seguro Social: Dispensario de Salud, ULAPS, Policlínica de Salud, Hospital de Primer Nivel de Atención, Hospital de Segundo Nivel de atención.**

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

MINSA: Puesto de Salud: atendido por un personal básico que puede ser una enfermera, un técnico de enfermería o un asistente rural de salud, se ofertan servicios básicos como vacunación, controles prenatales, crecimiento y desarrollo; educación y prevención; Sub Centro de Salud, se ofertan los mismos servicios que en el puesto pero acude un medico a general un día a ala semana o un día cada quince días, se atiende consulta externa de morbilidad y controles de enfermedades crónicas, embarazos y crecimiento y desarrollo, Centro de Salud, mayor nivel de complejidad, medico todos los días, en algunos centros hay pediatras, internistas y ginecólogos; servicios de laboratorio, farmacéuticos , nutricionistas, psicólogos, saneamiento ambiental , vectores . Los poli centros y MINSA CAPSI cuentan además con servicios de radiología, ultrasonidos, hospitalización intermedia , partos, urgencias, salas de conferencias. Los horarios de atención son de siete a tres de la tarde pero existe extensión de horarios en los centros de salud de Las Lomas, Barriada San José, Aserrío de Gariche, Volcán y Boquete. El Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía oferta servicios hospitalarios de segundo nivel de atención con medicina especializada.

La Caja de Seguro Social cuenta con una red de ULAPS que funcionan a manera de centros de salud, con laboratorios completos y policlínicas con mayor nivel de complejidad con horarios extendidos hasta las siete de la noche y los fines de semana, teniendo servicios de laboratorio, imagen logia, urgencias . Cuentan con atención especializada por citas para pacientes tanto asegurados como no asegurados ya que persiste aun la modalidad se sistema integrado de salud desde los años setenta. Tiene dos hospitales, uno en Barú de primer nivel de atención y el otro en David que es el único hospital regional de la provincia con atención especializada.

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

Por parte del MINSA tienen horario extendido las instalaciones de salud: Las Lomas, Barriada San José, Aserrío de Garroche, Boquete y Volcán y San Lorenzo. Todas ellas funcionan de siete a tres normalmente y posteriormente extienden su horario hasta las once de la noche de lunes a viernes y fines de semana de siete a tres de la tarde. Por su parte la CSS , tiene horario extendido en la Policlínica Gustavo a Ros todos los días hasta las once de la noche y fines de semana de siete a once de la noche.

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

Un centro de Desde el año 1998, el MINSA paso de unidades administrativas llamadas Áreas Sanitarias a Distritos, siguiendo la lógica división distrital de la provincia. Tiene presencia en todos los distritos, tiene un centro de salud principal y con mayor grado de complejidad que se localiza comúnmente en la capital del distrito y de allí otros centros , sub centros , puestos según la complejidad o demografía de los pueblos. El sistema de referencia normalmente se hace desde las instalaciones periféricas hacia la cabecera del distrito y desde aquí hacia la capital de la provincia a los hospitales de mayor complejidad. No existe una sectorización estrictamente abalando, es un proyecto que actualmente se esta llevando a cabo pero aún no se ha implementado. Por su parte la CSS, también tiene un plan de sectorización con médico de cabecera. No tiene presencia en todos los distritos, de los trece distritos que conforma la provincia solo tiene instalaciones en seis. Realizar una sectorización en un sistema segmentado como el actual es muy difícil. Se pone el ejemplo de los habitantes , por ejemplo, del distrito de Tole , distante de David a dos horas, y dentro del proceso de sectorización que adelanta la CSS, a estas personas, su centro de adscripción seria en la Policlínica Gustavo A Ros en David. La red de instalaciones en la provincia la tiene el MINSA, mucho más amplia que la red de la CSS. Para realizar esta sectorización hay que tomar en consideración al MINSA.

El otro aspecto para que la sectorización funcione es el empoderamiento del médico general, el médico general debe asumir su rol y en esto no deja de ser viable la creación de la figura del médico general como puerta de entrada al sistema

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

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

6. ¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

Aun el equipo básico como tal no se ha definido ni a nivel nacional ni a nivel regional. Regularmente, en los centros de salud, policlínicas, ULAPS, CAPS , CAPSi podemos encontrar médicos generales y especialistas, sobre todo de ginecología, medicina interna y obstetricia; enfermeras y técnicas de enfermería; personal de laboratorio; personal de farmacia, Psicólogos; educadores para la salud; técnicos de rayos x; personal de vectores; personal de saneamiento ambiental; estimulación precoz. Además existe una amplia gama de personal administrativo que incluye choferes de ambulancias, secretarias, recepcionistas.

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

La población de responsabilidad del sector no está definida de manera estricta, es decir, una persona de un distrito no tiene limitado atenderse en un centro, en una CAPSi, ULAPS o Policlínica de otro distrito. En el caso del MINSA, al tener una red más amplia de instalaciones de salud, casi en todos los distritos y en todos los corregimientos, las personas acuden por proximidad geográfica a esas instalaciones. En aquellos lugares en los cuales existe una instalación de la CSS de mayor capacidad resolutive, los asegurados acuden allí, y en los lugares en donde coexisten instalaciones de ambas instituciones la atención es fragmentada, es decir en un lugar reciben la consulta y en el otro los medicamentos y procedimientos o bien, acuden a un lugar o al otro.

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

En el caso del Ministerio de Salud, la cartera de servicios está bastante bien definida y se enfatiza en aspectos de tipo preventivos y promocionales, con atención a las personas pero haciendo énfasis en controles. No se hace a un lado los procedimientos curativos pero no es una institución enfocada en estos aspectos. La cartera de servicios de la CSS, por su parte ha sido tradicionalmente más de tipo curativa, con un renglón más amplio de medicamentos y procedimientos en el primer nivel de atención. En la región existe desde la década de los años 1970 un sistema integrado que aun funciona, en la cual los pacientes no asegurados son atendidos en las instalaciones de la CSS y viceversa y existe un sistema de compensación de costos.

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

10.

Ver REGLAMENTO OPERATIVO para la Red Fija e Itinerante. CAPITULO VI: CARTERA DE PRESTACIONES PRIORIZADAS (MINSA). Adjunto documento Cartera de Servicios en las instalaciones de la Provincia de Chiriquí, por instalación Caja de Seguro Social

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

Un aspecto muy importante es la protección efectiva financiera en salud. Esta protección debe universalizarse y debe ir más allá de la cobertura formal que en seguridad social se da a los trabajadores del sector formal. Debe incluirse toda la población contra el riesgo catastrófico que involucra el gasto de bolsillo en salud.

El HJDO e históricamente el MINSA es muy bueno llevando cuentas (comentario de los participantes) y el MINSA le presentaba las cuentas al Hospital Regional Rafael Hernández de los pacientes asegurados pero no así el Regional de cuánto y si el cobro era efectivo o no. La gran mayoría de las personas en el hospital regional se van, hacen un abono, un arreglo de pago y no vuelven más.

El sistema de compensaciones en teoría es así: todo el que no es asegurado tiene que pagar el servicio. La CSS tiene un procedimiento que se llama-----donde todo no asegurado tiene que pagar. El paciente no asegurado si puede pagar todo o abona, si no tiene pasa al sistema de compensación. Ese convenio de compensación no es real, los costos no salen, no son reales. No es la realidad de lo que cuesta los tratamientos. Hay tratamientos que cuestan 20 o 30 mil dólares, sin ganancias. Una cosa es el costo y el otro es la tarifa.

Los ingresos que la institución capta desde 1988 eran del 3%-ahora el 16%. Los no asegurados son el 46% , hay un balance 52% asegurados y 48% son no asegurados. El MINSA a fin de año no cubre los gastos del 48% de los no asegurados. Existe un techo de compensación de costos de tres millones de dólares y el MINSA, haga lo que haga la CSS por cobrar, no va a pagar más de los tres millones. El asegurado por su parte no debería pagar en el HJDO pero si se les esta exigiendo que paguen y pagan.

Deben revisarse los gastos reales y no acuerdos de compensación o tarifas. Si se desea algún día llegar a un sistema unificado deben primero conocerse esos costos reales. Una sugerencia es que se analicen los costos reales de ambas instituciones.

Los costos reales de las cirugías, por ejemplo, reemplazo de rodilla son muy caras y no están en la compensación de costos. La mayoría de los procedimientos costosos los hace la CSS y si se ponen los costos reales no corresponden a lo que actualmente se está cobrando.

Son dos procedimientos diferentes, el procedimiento de costo y el procedimiento de cobro. El procedimiento de costo corresponde mas con la parte gerencial, de cuánto cuesta atender al paciente lógicamente cuesta lo mismo el paciente asegurado que no asegurado porque es la misma atención para ambos, tengo que desglosar al final de estos pacientes cuantos son asegurados para hacer el cruce de factura con los no asegurados para hacer cobro CSS-MINSA- El proceso de cobro es el que se fija a nivel de convenio de nivel central, tenemos CSS el convenio desde Panamá capital del año 2010 no se ha recibido mas en donde están todas las tarifas de costos convenidos que le cuesta a cada instalación CSS- MINSA de pacientes asegurados y no asegurados , la otra tarifa es otra parte de los convenios que se maneja a nivel institucional, eso lo maneja la parte administrativa .

Los gremios argumentan que cuando solicitan información sobre costos y demás se les niega, la CSS maneja esta información como clasificada. Nunca se ha tenido acceso en los últimos cinco años. Una recomendación seria actualizar el costo real. El MINSA no tiene costos reales , solo costos promedio,

12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?

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

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

No existe una verdadera articulación en la región entre la red de servicios de ambas instituciones

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

NO existe tal articulación en la región. Por primera vez con este diagnóstico ha existido un acercamiento con la medicina tradicional.

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

No existe una articulación formal entre ambas redes. Normalmente los profesionales que laboran en el sector público en la región son los mismos que trabajan en el sector privado. Ocasionalmente el sector publico hace compra de procedimientos, sobre todo de imagenlogia y otros a las hospitales privados de la región. Pero definitivamente no existe una articulación formal

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

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

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

Normalmente el flujo de pacientes a lo interno de las instalaciones inicia por las ventanillas de registros médicos o de información. De aquí se deriva al usuario hacia el servicio al que viene y a de allí a los servicios posteriores según la necesidad, que pueden ser estudios clínicos, para clínicos, laboratorios, farmacias , especialidades u otros.

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

Los pacientes del primer nivel de atención, son referidos normalmente a un nivel de mayor complejidad dentro del mismo distrito a las especialidades básicas, por ejemplo pediatría, ginecología, medicina interna. De los distritos son referidos hacia las policlínicas, ULAPS, CAPS, CAPSI, Poli centros, Policlínicas ya sea inmediatamente si hay cupos o se tramita la cita desde la oficina de registros médicos del centro de salud distrital. En el caso de pacientes en estado de salud mas comprometido son derivados directamente a alguno de los hospitales de la región, fundamentalmente al Hospital Regional Rafael Hernández o al Hospital José Domingo de Obaldía.

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

Sí, conocemos el SURCO, pero no conocemos cual es la base legal quien los sustenta

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

Una de las principales dificultades radica en el mismo documento en sí que es poco amigable y destina poco espacio para describir la historia del paciente. Otra de las dificultades es que el médico especialista no ha sentido en ningún momento ningún compromiso en devolver este documento al médico tratante, por lo cual, mientras no se instituya obligatoriamente un sistema de médico de cabecera con lista de paciente, como parte de una atención primaria fuerte en la cual el médico general o de familia sea el “dueño” del paciente, este mismo profesional seguirá refiriendo a ciegas son enterarse el destino que ha corrido el paciente que refirió.

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

Las necesidades de mejoras en la estructura física de las instalaciones son continuas ya que además del daño ocasionado por los elementos, son edificios muy utilizados y su deterioro es continuo. En el caso específico del MINSA existen actualmente en la región algo más de 10 instalaciones que se encuentran cerradas, entre sub centros y puestos de salud por deterioro y falta de personal. Por su parte la CSS tiene mucho menos instalaciones en la región. La mayoría de las instalaciones datan de las década de los noventas u ochentas o antes , en la cual no se consideraba a la población discapacitada, ni existía una legislación especial para esta población por lo que la mayoría de estas instalaciones no están adecuadas para las necesidades especiales de estas personas

22. ¿Existen en su región los centros reintegra?

Sí, en la región de Chiriquí existe un centro de REINTEGRA, con todas las facilidades posibles , esta localizado contiguo al nuevo Hospital José Domingo de Obaldía

23. ¿Se tienen actualizados el censo de población de discapacitados?

Sí, se tiene actualizado este censo

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

En la región de Chiriquí no existe hospital del Ministerio de Salud, solo existe Hospital Materno Infantil regentado por un patronato. Bien, la red de instalaciones de primer nivel mayoritariamente es del MINSA, por lo cual a la hora de referir un paciente , asegurado o no, que se atienda en una instalación del MINSA, estos en su mayoría son atendidos por especialistas de la CSS en instalaciones de la CSS. Esta última institución ha diseñado un sistema de citas por medio de un centro nacional de llamadas, que no está vinculado al MINSA, por lo cual el paciente referido desde el ministerio tiene dificultades para entrar en ese sistema, máxime si no es asegurado. Consideramos que este fortalecimiento de los sistemas de referencia y contra referencia es parcial y hace un llamado a plantearnos seriamente el tema de la unificación, ya que es una misma población.

25. Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Cuadro No. 9

CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad	2	711
Mediana (especialidades básicas)	1	
Baja (medicina general)	0	
Total Hospitales	3	
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades	11	
Centros de nivel primario con medicina general	26	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	61	
Total centros ambulatorios	98	
Sector Privado		
Hospitales		
Alta complejidad	2	80
Mediana (especialidades básicas)	2	17
Baja (medicina general)	0	
Total Hospitales	4	
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades	7	
Centros de nivel primario con medicina general	21	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	66	50 abiertos y 16 cerrados
Total Centros ambulatorios		
Total Centros de Salud		

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

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

Los bolsones de desprotegidos se ubican fundamentalmente en las periferias de la Ciudad de David, en barriadas como Las Lomas (Villa del Indio), Divino Niño, Los Abanicos, Barriada San José. También en algunos barrios urbano marginales de la ciudad de La Concepción en Bugaba y Puerto Armuelles, sobre todo en el corregimiento de Rodolfo Aguilar, antiguas Fincas Bananeras, y en Alanje en Divala, Nuevo México

2. ¿Cuáles son los principales riesgos que los afectan?

Existen riesgos sociales, como delincuencia, pandillerismo, violencia de toda índole. También el saneamiento básico ha sido un problema ya que primero se establecen los asentamientos humanos y luego el gobierno debe proveerles de medidas básicas de saneamiento. Otro problema es el desempleo, el empleo informal, la carencia de seguridad social, la no protección social en salud, la no cobertura efectiva en salud. Embarazo en niñas y adolesvcentes, enfermedades de transmisión sexual, violencia intrafamiliar

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

La cobertura regional a junio de 2014 es la siguiente: BCG 87.7%; Polio 85%; Pentavalente 83%; Rotavirus 76.1%; Neumo 13 100%

LOS RECURSOS HUMANOS

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

Actualmente la región de salud ha hecho un exhaustivo estudio de las necesidades, sobre todo de personal técnico de la región, en base al perfil demográfico y epidemiológico. El número de trabajadores se ha incrementado, sobre todo de trabajadores técnicos. No obstante, al existir dos instituciones públicas proveedoras de servicios de salud, en algunos lugares se está haciendo un doble esfuerzo de contratación de personal sanitario. Sería interesante que existiera una sinergia entre ambas instituciones para no duplicar esfuerzos y focalizar recursos.

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

Por parte del MINSA existe una capacitación y educación continúa a la población en general y a otras instituciones en diversos temas sanitarios. En el tema de la red informal de salud ha existido un debilitamiento de la formación y educación continua de este personal, sobre todo de las parteras

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

Estas competencias ya vienen normadas por el departamento de recursos humanos. Cada región cuenta con sus respectivos departamentos y estos a su vez con sus secciones que se encargan de organizar las horas administrativas, docentes, promocionales visitas y demás del personal a su cargo.

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

Una de las metodologías que se utiliza tradicionalmente para que el equipo de salud, sobre todo el equipo regional priorice sobre las necesidades en materia sanitaria es a través de las reuniones o juntas técnicas mensuales que se realizan con los jefes de departamentos y secciones. También se analizan las directrices emanadas de las juntas técnicas provinciales de la gobernación y del nivel nacional, así como de reuniones con otras instituciones como la Caja de Seguro Social.

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

Un aspecto muy importante es la protección efectiva financiera en salud. Esta protección debe universalizarse y debe ir más allá de la cobertura formal que en seguridad social se da a los trabajadores del sector formal. Debe incluirse toda la población contra el riesgo catastrófico que involucra el gasto de bolsillo en salud.

El HJDO e históricamente el MINSA es muy bueno llevando cuentas (comentario de los participantes) y el MINSA le presentaba las cuentas al Hospital Regional Rafael Hernández de los pacientes asegurados pero no así el Regional de cuánto y si el cobro era efectivo o no. La gran mayoría de las personas en el hospital regional se van, hacen un abono, un arreglo de pago y no vuelven más.

El sistema de compensaciones en teoría es así: todo el que no es asegurado tiene que pagar el servicio. La CSS tiene un procedimiento que se llama-----donde todo no asegurado tiene que pagar. El paciente no asegurado si puede paga todo o abona, si no tiene pasa al sistema de compensación. Ese convenio de compensación no es real, los costos no salen, no son reales. No es la realidad de lo que cuesta los tratamientos. Hay tratamientos que cuestan 20 o 30 mil dólares, sin ganancias. Una cosa es el costo y el otro es la tarifa.

Los ingresos que la institución capta desde 1988 eran del 3%-ahora el 16%. Los no asegurados son el 46% , hay un balance 52% asegurados y 48% son no asegurados. El MINSA a fin de año no cubre los gastos del 48% de los no asegurados. Existe un techo de compensación de costos de tres millones de dólares y el MINSA, haga lo que haga la CSS por cobrar, no va a pagar más de los tres millones. El asegurado por su parte no debería pagar en el HJDO pero si se les esta exigiendo que paguen y pagan.

Deben revisarse los gastos reales y no acuerdos de compensación o tarifas. Si se desea algún día llegar a un sistema unificado deben primero conocerse esos costos reales. Una sugerencia es que se analicen los costos reales de ambas instituciones.

Los costos reales de las cirugías, por ejemplo, reemplazo de rodilla son muy caras y no están en la compensación de costos. La mayoría de los procedimientos costosos los hace la CSS y si se ponen los costos reales no corresponden a lo que actualmente se está cobrando.

Son dos procedimientos diferentes, el procedimiento de costo y el procedimiento de cobro. El procedimiento de costo corresponde mas con la parte gerencial, de cuánto cuesta atender al paciente lógicamente cuesta lo mismo el paciente asegurado que no asegurado porque es la misma atención para ambos, tengo que desglosar al final de estos pacientes cuantos son asegurados para hacer el cruce de factura con los no asegurados para hacer cobro CSS-MINSA- El proceso de cobro es el que se fija a nivel de convenio de nivel central, tenemos CSS el convenio desde Panamá capital del año 2010 no se ha recibido mas en donde están todas las tarifas de costos convenidos que le cuesta a cada instalación CSS- MINSA de pacientes asegurados y no asegurados , la otra tarifa es otra parte de los convenios que se ,aneja a nivel institucional, eso lo maneja la parte administrativa .

Los gremios argumentan que cuando solicitan información sobre costos y demás se les niega, la CSS maneja esta información como clasificada. Nunca se ha tenido acceso en los últimos cinco años. Una recomendación seria actualizar el costo real. El MINSA no tiene costos reales , solo costos promedio,

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

Ver la respuesta de la pregunta anterior

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

Ver la respuesta de la pregunta cinco (5)

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

Sí. UNACHI, Universidad Latina, UDELAS, Columbus University. Existe actualmente un enfoque pato céntrico de la atención sanitaria, centrado en la enfermedad y no en la salud. La construcción de mega hospitales es el más fiel ejemplo de esto. El tema pasa un poco por la academia, no existe una regulación o un acuerdo con las universidades sobre el perfil del profesional que requiere actualmente el sistema, Se están formando médicos altamente especializados y la atención primaria está quedando cada día que pasa más en manos de personal envejecido, enfermo y con pocas posibilidades de relevo generacional.

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

Esta pregunta tiene relación con la anterior. Las academias o universidades están graduando cada año y ofertan una serie de carreras que no obedecen a las necesidades reales del sector salud. El caso típico, es el del médico. En el caso de la región de Chiriquí existe la UN ACHI que gradúa un promedio de unos diez a doce médicos cada año. Casi sin excepción, todos se van hasta la sub especialidad. La región está ávida de médicos de cabecera, de médicos de atención primaria, generales, bien entrenados, motivados e incentivados. Lo mismo sucede con otras profesiones del sector. La distribución de empleo entre el sector público y privado no constituye un problema ya que los profesionales pueden trabajar en ambos, no existen impedimentos laborales para estos, siempre y cuando los horarios no choquen entre si

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

Este es un tema que ha sido debatido en múltiples ocasiones por los gremios y los gobiernos de turnos. Por parte de los trabajadores del sector salud, sobre todo médico y enfermeras, existe la percepción de que los salarios percibidos no compensan por un lado los años de estudios y por otros, los esfuerzos y riesgos laborales. Durante muchas reuniones se ha discutido inclusive la creación del funcionario sanitario institucional, es decir, aquel nombrado y dedicado ex profeso a labores dentro del sector público, quedándole vedadas actividades dentro de la práctica privada. Todo lo anterior a cambio de un

cumplimiento estricto de los horarios, las normas, los protocolos, guías, reglamentos y por supuesto, todo ello a cambio de una sustancial mejora salarial.

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

En este sentido la discusión ha sido amplia. En primer lugar, existe un Colegio Médico de reciente data en el país, que no realiza una función fiscalizadora de las tarifas que se establecen en los diferentes centros privados de atención, así podemos ver, consultas que oscilan desde B/1.00 hasta incluso, se ha escuchado de consultas que ya rondan los B/1,000.00. No existe regulación absoluta sobre el tema. El debate puede ser amplio. Muchos médicos son formados con becas del MINSA o de la CSS, inclusive con pasantías en el extranjero. Sus prácticas las realizan con pacientes que acuden a esas instituciones, más una vez graduados, desisten del sistema público porque les parece poco redituable y emigran hacia la medicina privada, provocando una perpetua carencia y déficit de especialistas en los hospitales y centros de atención.

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

Si. En el primer nivel de atención se encuentra funcionando el programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Dentro de este programa, el MINSA paga a Organizaciones Extra Institucionales (Oes), que son empresas privadas, para que brinden paquetes básicos de salud en áreas de difícil acceso de la región. La estrategia citada, incorpora una nueva modalidad de intervención sanitaria, ya que incorpora al sector privado en la atención primaria en salud

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

En términos generales el mejoramiento en el desempeño en la evaluación de las FESP ha venido de la mano en la región de Chiriquí, de una estrategia del nivel nacional que ha introducido un nuevo software en el cual se consignan los planes operativos que están ligados a las políticas de salud y estas a sus vez a las FESP, y este mismo instrumento permite una evaluación periódica, según lo establezca el Departamento de planificación de el cumplimiento de las metas y objetivos. La debilidad que pudiera comentarse es que las políticas quinquenales de salud no toman siempre en cuenta a todas las FESP, por tanto, los planes no estiman algunas funciones

Cuadro No. 10

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

Funciones Sistema de Salud	PERIODO														
	1994-1999 (agost)			1999 (sept)-2004 (agost)			2004 (sept)-2009 (junio)			2009 (jul)-2014 (jun)			2014 (jul)		
Subsectores	Público	Privado	Seg.S	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.
Regulación	Si	No	Si	Si	Si	Si	si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Conducción	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si
Desempeño FESP	Si	No	No	Si	NO	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No
Financiamiento	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Aseguramiento	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si	No	No	Si
Provisión	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

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

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

Cuadro No.11

Total de médicos	2000				2010				2012			
	Total	MINSA	CSS	Patronato	Total	MINSA	CSS	Patronato	Total	MINA	CSS	Patronato
Generales	67	65	2		116	90	2	24	125	90	2	33
Pediatras	7	6	1		24	8	1	15	24	8	1	15
Psiquiátras	2	1	0	1	3	2	0	1	3	0	0	3
Cirujanos	1	1	0	0	4	2	0	2	4	2	0	2
Internistas	5	3	1	1	6	4	1	1	6	4	1	1
Familiares	2	1	0	1	2	1	0	1	2	1	0	1
Gineco Obstetras	5	5	0		19	6	0	13	19	6	0	13
Otras especialidades	9	9	0		29	15	0	14	33	15	0	18
No. Total De Enfermeras	111	110	1		294	132	1	161	312	140	1	171
No. De Odontólogos	37	33	3	1	54	50	3	1	58	54	3	1
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.		0.51	0.26	-		0.50	0.28			0.58	0.29	-
Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Habs												
Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs												
Razón De Parteras (os) Por 10,000 Habs	24	6	3	15	25	3	3	19	39	17	3	19
No. Total De Técnicos De Laboratorio	149	65	14	70	198	108	14	76	212	122	14	76

No. Total de Técnicos de Enfermería	11	8	2	1	18	15	2	1	21	17	2	2
No. Total de Asistentes Dentales	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
No. Total de Cito tecnólogos	11	8	0	3	21	15	0	6	23	17	0	6
No. de Farmacéuticos	34	18	2	14	56	34	2	20	59	39	2	18
No. de Asistentes de Farmacia	3	3	0	0	6	6	0	0	6	6	0	0
No. de Educadores para la Salud	0	0	0	0	5	5	0	0	6	6	0	0
No. de Promotores de Salud	25	25	0	0	25	25	0	0	23	23	0	0
No. de Asistentes de Salud	46	46	0	0	45	45	0	0	39	39	0	0
No. de Inspectores de Saneamiento	61	61	0	0	56	56	0	0	54	54	0	0
No. de Inspectores antivectoriales	12	12	0	0	14	14	0	0	15	15	0	0
No. de Veterinarios	3	3	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0
No. de Ingenieros y arquitectos												
No. Graduandos de postgrado en salud pública												
No. de escuelas de Salud Pública												
No. Univ. Con maestría en Salud Pública												

Cuadro No.12
RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
ULTIMO AÑO DISPONIBLE
2014

[illegible]

LOS INSUMOS SANITARIOS

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

1. ¿Cuál es el número de farmacias funcionando? ¿Cuántas son farmacias comunitarias? ¿Quién y Cómo se administran estas últimas?

Existen 35 farmacias funcionando en el MINSA

Una farmacia comunitaria administrada por el patronato José Domingo de Obaldía.

2. Conocen la existencia de la política de medicamentos del 2009?

Si. Si la conocemos

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

Sí la conocemos. Sabemos la existencia de CONAMEP y solo a través de farmacia y drogas hemos conocido algo sobre la elaboración del listado nacional de medicamentos.

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

Sí a través de Farmacias y Drogas hemos conocido algo (¿Qué?) sobre la elaboración del listado nacional de medicamentos

5. ¿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?
 - **Si existe un listado Regional de medicamentos, odontología, medico quirúrgico, laboratorio. No se cuenta con coordinación de imagen logia.**
 - **El cuadernillo de medicamentos cuenta con 334 medicamentos.**

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

Cuenta con 259 renglones a nivel de la región y de acuerdo al nivel de complejidad.

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

Sí, El Almacén Regional conoce y utiliza actualmente la herramienta LSS/SUMA

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

- **Para hacer las compras anuales y compras de urgencias**
- **Rotación de insumos por fechas de vencimientos**
- **Movimiento de insumos a las instalaciones**
- **Reportes de inventarios**

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

Si existe un esquema de distribución de medicamentos hacia el nivel local es una distribución bimensual de acuerdo a las necesidades y consumo de cada instalación. También se hacen entregas extraordinarias.

10. ¿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?

Farmacia utiliza en la mayoría de las instalaciones los formatos para el registro de consumo.

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

No están formados los comités.

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

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

13. ¿Qué porcentaje de las farmacias privadas cuentan con farmacéutico. En qué horario del servicio se concentran estos profesionales? Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?

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

14. ¿Qué porcentaje de las farmacias de la red pública de servicios de salud (CSS y MINSA) cuentan con farmacéutico. En qué horario del servicio se concentran estos profesionales? Quién y cómo se cubren el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico?

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

15. ¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?

En el Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía se realizan un aproximado de 2,000 donaciones de sangre al año.

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

Existen dos laboratorios acreditados: Universidad Autónoma de Chiriquí y Acuatec

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

No existen laboratorios acreditados para el análisis de aguas residuales. Realizan esas funciones ACUATEC, UNACHI, IDAAN, y Laboratorio Chiriquí

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

Si son uniforme, se basa en los precios de la adquisición anual de medicamentos. No hay margen de ganancia.

19. ¿Existe un laboratorio de referencia definido para citología?

Si. Las citologías son leídas en el laboratorio del Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía

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

Se realiza la solicitud de medicamentos basados en las necesidades de la población y en las 10 morbilidades más prevalentes de la región. En compras regionales se prioriza de acuerdo a la urgencia de algún insumo.

Cuadro No. 13

**EVOLUCIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS, INSUMOS DE ODONTOLOGÍA, MÉDICO QUIRÚRGICO,
LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**

INDICADOR	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto total en medicamentos por la CSS					
Gasto total en medicamentos por MINSA	292,729.06	1491,511	2289,440	2,373,773	1723,477
Gasto Per cápita en medicamentos					
Gasto total en laboratorio por la CSS					
Gasto total en laboratorio por MINSA	74,163.31	39,970	47,926	56,866	113,828
Gasto Per cápita en laboratorio					
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS					
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA	92,182,71	184,450	175,162	306,600	196,516
Gasto Per cápita en médico quirúrgico					
Gasto total en odontología por la CSS					
Gasto total en odontología por MINSA					
Gasto Per cápita en odontología					
Gasto total en imagenología por la CSS					
Gasto total en imagenología por MINSA	241.76				
Gasto Per cápita en imagenología					

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

1. ¿Se conoce el porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso?

Sí. El porcentaje de equipos en condiciones defectuosas es del 40%

2. ¿Conoce el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil?

Actualmente en la región de Chiriquí no hay un funcionario de biomédica que son los responsables de dar mantenimiento preventivo de equipos médicos. Dependemos del nivel nacional que realiza cuatro vistas al año y de biomédica del Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía que brinda un apoyo no suficiente.

3. ¿Existe algún listado de equipos para su reposición?

Sí. Existe un 30% de equipos para reposición.

FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

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

La mora quirúrgica es de dos meses aproximadamente, se maneja con lista de espera por servicio. No hay calculo de mora PERC. En los servicios aun no han definido los tiempos de espera de este hospital por tipo de intervención quirúrgica. Se maneja una lista de espera de programación electiva.

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

En el servicio de ginecología se registra rechazo de pacientes por causas administrativas, médica o condición del paciente.

Porcentaje de pacientes rechazado por periodo menor de 1% por año

3. ¿Se registra el rechazo de pacientes?

No, no existe un registro de rechazo de pacientes

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

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

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

El Ministerio de Salud otorga citas de medicina general, especialidades y otros servicios de manera directa o presencial a través de las ventanillas de REGES. La CSS por su parte, a implementado el centro de llamadas a través de los cuales los pacientes asegurados pueden realizar sus citas.

HORARIO DE SERVICIOS

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

Los centros de salud, ofertan servicios normalmente de siete de la mañana a tres de la tarde y existen centros con extensión de horario de tres de la tarde hasta las once de la noche. Los hospitales están abiertos las veinticuatro horas del día todo el año, normalmente existe un sistema de triage o filtro en los cuarto de urgencias. Los hospitales privados también ofertan servicios las 24 horas del día.

2. La población está satisfecha con los horarios actuales

No se han realizado encuestas de percepción para afirmar que la población está conforme con los horarios actuales. En opiniones tomadas aleatoriamente a pacientes y luego compartidas con colegas médicos, la opinión es que la población se siente cómoda con la extensión de horario ya que no está destinada solamente a urgencias sino también a atención en general y controles de salud.

3. Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, ya sea para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones?

Sí. El caso aplica para los recién inaugurados MINSA CAPSI , dado que por su nivel de complejidad y nivel resolutivo, se ha considerado ampliar los horarios de atención en estos centros hasta las once de la noche y posteriormente ofrecer un servicio las 24 horas del día.

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

Los servicios que se ofrecen en los horarios ampliados son los mismos que se dan en los horarios regulares, ya que las extensiones de horarios no son destinadas solamente para atención de urgencias sino también para todas las otras actividades curativas, preventivas, promocionales y educativas. Hasta ahora no han existido limitantes de consideración en los horarios ampliados.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

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

Sí. La CSS periódicamente realiza encuestas de satisfacción del usuario. El MINSA también las realiza con menos regularidad

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

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

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

Sí: Es positivo ya que se trata de buscar los correctivos necesarios para brindar atención de calidad.

4. ¿Se realizan las auditorías sociales en su región?

Sí . Los resultados en general son regulares como promedio. La última auditoría se hizo a la red fija en el mes de diciembre de 2013. A la red itinerante se le realizó la auditoría social en el mes de febrero de 2014 y los resultados fueron buenos

5. ¿Se comparten estos resultados?

Sí. Los resultados han sido compartidos con el personal que labora en el MINSA y durante el proceso de elaboración del Análisis de Situación en Salud también se han compartido los resultados

6. ¿Conocen el programa de humanización?

NO, no se conoce en la región

7. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales?

No

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

NO, la desconocemos.

CONTROL DE CALIDAD

1. ¿Han realizado auditorias de expedientes, auditorias médicas y administrativas.

Sí X, Comentar aspectos de estos estudios y auditorias. Todos los años se están realizando las auditorias de expedientes, se realizan en el MINSA, Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía dando así resultados del correcto llenado en la atención del paciente.

En auditorias medicas en el MINSA existe un comité los cuales se encargan de realizarlas en caso de que sea necesario ejemplo: muerte materna, calidad de atención, casos de violencia domestica, certificados y constancias medicas, etc.

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

Los programas de Calidad como Seminario de Taller de cuerdas, Clima organizacional, de fortalecimiento y trabajo en equipo en 4 meses, La comunicación y relaciones inter personales, buscando el mejoramiento de la comunicación, presentación del manual de evaluación del desempeño.

3. ¿Conoce sobre el observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando?

No es un documento que haya sido revisado o analizado en la región

4. ¿Se ha desarrollado programas de mejoramiento de la calidad de los servicios?

Sí ____

Capacitación a los Directores Médicos Distritales, Coordinadores de Programas y personal administrativos: Educación continua, de contingencia y por diagnóstico de necesidad.

Si es si,

Comente cuales: Auto motivación al personal, Ley 68, 42, capacitación en la elaboración de los proyectos para el presupuesto, entre otra

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

Si es si, comente cuales: Auditoria de expediente y de satisfacción, auditoria social, auditoria clínica.

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

Si es si, comente cuales: Denuncia directa (atreves de los despachos de los directores de las instalaciones de Salud) Enlace 311 y Buzón de sugerencias

Nota: en este documento se incluyó indicadores de gestión de calidad. Remitirse al anexo número dos.

FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

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

Organización en grupos religiosos, con captación de mayor cantidad de población, centros de salud, acueductos rurales en pro de construcción de instalaciones, asistencia nutricional a población en organizaciones como caritas. ONG internacionales para asistencia sanitaria, Santo Domingo de Guzmán punto focal para habilitación de infraestructura e insumos utilizando como puente a grupos como Rotarios, realizaban además promoción a población. Se trabaja además en comedores escolares, reforzando en escuelas autoestima y la motivación; de manera previa se identifica una necesidad sentida, y con la intervención de líderes comunitarios y de medios de comunicación masivo (radio). No existe una organización o compromiso a largo plazo de la comunidad. Apoyo de componente de promoción y prevención en la comunidad, apoyo institucional para que exista coherencia entre lo que hacemos y lo que promovemos.

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

Se cuenta con la presencia de organizaciones comunitarias sin embargo algunas no están activas o en pleno funcionamiento de sus capacidades. Se ha perdido la esencia para lo cual se creó.

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

No existe un compromiso de auto cuidado y prevención en el individuo, estas organizaciones refuerzan este componente de prevención y promoción a nivel de las comunidades y del mismo individuo, en el caso de los Rotarios con la construcción de acueductos y colocación de filtros en comunidad y escuelas por citar un ejemplo. En zonas rurales existe mucha necesidad y a veces no contamos como entidades de salud con la capacidad para suplir o resolver estas necesidades a cabalidad. Creación de huertos familiares en pro del estado nutricional. Los grupos religiosos cuentan con un soporte internacional de respaldo. A pacientes se provee de respaldo económico y psicológico además de medio de consulta. Se ha logrado crear alianzas estratégicas en pro del paciente y eliminar la burocracia en procesos. Educación al individuo y comunidad.

*tiempo de atención y escucha de la dinámica biopsicosocial en el individuo, empatía y humanización de la atención.

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

Se ha realizado intervenciones en áreas difícil acceso, por lo que se da la apertura de una sinergia entre estas entidades y el MINSA para un diagnóstico más real de la patogenia en la comunidad. El interés es mostrar condiciones específicas de enfermedad encontradas en estas giras o visitas en las comunidades, pues se tiene registro de las mismas. Las intervenciones en estas comunidades ni siquiera existía el minsa, con opción de tratamiento de la medicina tradicional en Chiriquí es la primera vez, sin embargo en ciudad de panamá que se ha realizado no existía inclusión de los curadores, la misma debe ser permanente.

5. ¿Cómo se caracteriza el sector informal de atención en salud?

Proveer de opciones terapéuticas no existentes en el sector formal de salud, creados por una necesidad de la población, promoviendo auto cuidado y fortalecer el no dejar tratamiento formal. ¿Qué número de curadores existe y a qué actividad se dedican? ¿Dónde están ubicados? Volcán, David ¿En qué distritos se concentran? David, Bugaba ¿Qué población es la que demanda mayormente sus servicios? Trabajo en pro de la salud, 60% medicina natural dando importancia al diagnóstico y al tratamiento por equipo de salud, 40% acude por alternativa y sinsabor de los proveedores formales de salud, en todos los niveles culturales y de ingreso económico. ¿Cómo se integran las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud? Poca adherencia en algunos casos a las opciones terapéuticas.

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

Debilidades: poco o ningún recurso humano especializado, segmentación (mucho personal en una instalación y pocos en otra), poco incentivo al personal para permanencia en el área de nombramiento, conflicto en gremios, fortalecimiento de atención primaria (alto nivel resolutivo), sumar curadores, no se trabaja en base a perfil epidemiológico, demográfico o protocolos de atención, población envejecida y de mucho tiempo de estadía en instalaciones hospitalarias.

Fortaleza: si se cuenta con recurso especializado aunque poco.

7. ¿Cómo se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras) y la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/70.

El adulto mayor requiere atención personalizada, no existe una cobertura de atención con equidad, la distribución de las instalaciones no está optimizada para atención, el paciente desconoce la cobertura en salud relacionado con cartera de servicios, en triage en cuartos de urgencias no educa al paciente para su atención.

Error en la adjudicación de en los programas de asistencia social, con fomento de paternalismo, donde no se asume responsabilidad sobre sí mismo y se manifiesta en carga social

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

El nudo crítico Costo 20 no compensa la demanda, si se cobra pero si hay atención aunque no se pague el servicio en el Hospital Obaldía, atención al paciente de prioridad antes que entregue documentos.. Pago adicional por que existe más beneficiarios, que el sistema puede sostener. Grupos de trabajadores con muchos beneficiarios. Recorte de presupuesto, 1 millón de dólares en gratuidad como estimado. Debemos cambiar actitud sobre pertenencia en las instituciones de salud en el mantenimiento de patronato. Zona indígena afluencia de niños con afluencia de mas niños pocas embarazadas se manejan con parteras (madres, hijas), en giras de grupos religiosos con apoyo de ANCEC con toma de pap, grupo de Leonas con toma de glicemias

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

FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

1. La promoción de la salud y la prevención de los daños forman parte de la concepción moderna de los modelos de atención. ¿Cómo deben concebirse en las nuevas formas de organización de los servicios?

Si forman parte, las nuevas formas de organización de los servicios la promoción y prevención debe ser prioridad en todos sentidos (adjudicación de presupuesto para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención, dotación del recurso humano necesario, transporte, materiales, etc.). Se debe de impulsar un abordaje metodológico que fortalezca la participación social y comunitaria con enfoque intercultural y ambiental.

Se necesita conocer la realidad de los dos sistemas CSS y MINSA y descentralizar a una verdadera autonomía al sistema distrital en que se sustentan las actividades de prevención con un verdadero análisis de tendencias epidemiológicas y de la morbilidad, mortalidad de cada distrito. Se requiere tomara en cuenta los riesgos propios de la población trabajadora y de los riesgos ambientales de forma diferenciada.

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

Sí . Adecuar según las necesidades del sector y tendencias morbi mortalidad y complejidad de las instalaciones de salud y la dispersión demográfica. El equipo básico debe ser coherente con indicadores de la población y con los nuevos determinantes de la salud, incluir otros profesionales, ejemplo, trabajadores sociales, educadores, psicólogos, para fortalecer el modelo bio, psico , social en salud.

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

En la región existen todas las modalidades excepto hospital de día.

4. ¿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?

No se están utilizando estas herramientas tecnológicas para estas actividades. NO contamos con pagina web ni las instalaciones cuentan con internet. Utilizamos radio y televisión (Departamento de Promoción de la Salud no cuenta con internet.

5. ¿Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer y segundo nivel?

En cuanto al primer nivel Se están incorporando psicólogos, fortaleciendo la red de laboratorios clínicos y el correo de laboratorios. Y el servicio de estimulación temprana. Se está fortaleciendo un programa de atención a la población migrante a zonas cafetaleras. En lo referente al segundo nivel ya inicio funciones el primer MINSA y están dos en proceso de apertura; el nuevo hospital de Bugaba está por definir cual será su cartera de servicios una finalice su construcción.

6. Se están desarrollando programas y acciones para la identificación y/o atención de grupos de riesgo definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, edad, género, etnia o marginación? Si es así, cuáles?

Si. Se ha iniciado un programa para la población PEMAR por VIH /SIDA. El programa de Servicios Amigables a Adolescentes y el de la Población Migrante y Población privada de libertad

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

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

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

Los actores sociales no participan en la planificación. Se hacen POAS distritales con directriz de la región. Se planifica en programas tomando como referencia el año anterior. No en insumos ni en recursos humanos. Estas decisiones que dependen de la región.

9. ¿La organización con base a sectores implica la definición de espacios poblacionales específico

NO. Tenemos una red que no responde a análisis poblacionales y algunas instalaciones se han construido respondiendo a presiones políticas del momento.

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

Hay duplicidad en Boquete, Dolega y Barú, Volcán CSS –MINSA. En siete distritos la CSS no cuenta con instalaciones.

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

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

12. ¿Tienen los equipos de salud la competencia técnica suficiente para asumir nuevos enfoque en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación?

Se necesita reforzar el enfoque bio psico social con un programa de educación continua al personal y que cuente con recursos financieros. No existe una red de unidades de rehabilitación. En este aspecto tenemos en el Poli centro de la Barriada San José, Aserrió, Dolega , Volcán y la CSS cuenta con unidades en sus instalaciones de Barú , Bugaba, Boquete y David.

13. ¿Qué porcentaje de los trabajadores de salud reside en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora?

Nuestra precepción es que el 80% del personal técnico viaja (médicos, enfermeras, odontólogos), y el personal administrativo, si es residente en la comunidad, generalmente.

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

No existe un análisis de los diagnósticos psico sociales ni el porcentaje de deriva. Las historias clínicas en las auditorias muestran que este enfoque no se da en la región de manera sistemática ni contamos con instrumentos implantados para este enfoque.

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

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

Se cuenta hace muchos años con la auditoria de expedientes y el buzón de sugerencias. Sin embargo sus resultados no se discuten con el nivel local ni se aplican a todas las instalaciones. No existe un programa de mejoramiento que incorpore los compromisos de forma anual para superar los hallazgos. Por otro lado no existe un programa de incentivos.

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

No se realiza

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

No, el enfoque familiar ni comunitario. La CSS tiene una iniciativa de Médico de Cabecera .

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

Es necesario más capacitación y supervisión , establecer una sectorización y un listado de pacientes . Obviamente la rotación del personal y su evaluación debe ser técnica y no política. Además se necesita dotar de los insumos a la red primaria.

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

No existe una coordinación entre la red primaria y los cuartos de urgencia. Hace falta insumos y una red de ambulancias, mejor estructurada que incluya bomberos, cruz roja, 911, y alcaldías. Además incorporar la red de ambulancias

6. ¿Se utiliza el TRIAGE?

La CSS lo utiliza en el cuarto de urgencias del Hospital Rafael Hernández y también el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía. La percepción es que han mejorado los tiempos de espera.

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

No contamos con instrumentos legales que lo establezcan

AMPLIACION DE COBERTURA

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

Si. Siempre y cuando funcione el sistema de referencia y contra referencia.

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

Hay que tomar en cuenta la accesibilidad por distancia. Se debe realizar un sistema de evaluación de impacto de la estrategia.

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

Las giras médicas deben de ser organizadas tomando en cuenta vulnerabilidad de la población, accesibilidad a la red fija, y debe ser cíclica para que tengan impacto.

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

En el centro de salud de cabecera de distrito, deben tener los servicios intermedios de laboratorio, electrocardiograma y farmacia. Evaluar la posibilidad de incluir ultrasonido, radiografía dental y colposcopia . En saneamiento ambiental se debe contar con vehículos o motos . Considerar educación para la salud y trabajadoras sociales

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

Debe existir personal de promoción que identifique estas oportunidades desde las salas de espera y que maneja los medios de comunicación. Es una especie de “marketing” en salud. El personal de REGES también puede apoyar la estrategia de promover los servicios.

6. ¿Cuál es el mecanismo de coordinación administrativa (informes, archivo de expedientes y otras) establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales?

La OE realiza un informe inicial cuando inicia el año contractual. Después un informe administrativo , informe técnico que incluye informe de producción mensual de ronda, cuatrimestral y anual.

7. ¿En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija?

Existen reuniones mensuales con las autoridades locales para coordinar la estrategia e intercambiar la información. Esto se da en los distritos de Tolé y Renacimiento. En Dolega ni en Boquerón ni Alanje se dan estas coordinaciones. El nivel regional realiza supervisiones de rondas para ver el cumplimiento del reglamento operativo.

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

Jamás hemos hecho esta actividad

9. ¿Se cuenta con un sistema de información único?

No se intercambia información. Solamente la de notificación obligatoria por vigilancia epidemiológica.

10. Cuadro N°14 COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

REGION DE SALUD DE CHIRIQUÍ ESTADO DE INSTALACIONES AÑO 2014



CÓDIGO	DENOMINACIÓN	DISTRITO	COBRAMIENTOS	UICAR POBLADO	DEF.	POL. DE RESPON.	DIRECCIÓN MÉDICO	TELÉFONO
SUDOR NACIONAL								
04001100	HOSPITAL REGIONAL DE CHIRIQUÍ	DAVID	DAVID CABRERA	DAVID	MURSA	448-230 Dr. Mauricio De Roca		774-7410
04001200	HOSPITAL DONOSO ARBOSA	DAVID	TESTO, ABUELLOS, CONCEPCION, TORO, ARRIETA		C.S.S.	51915 Dr. Marcos Alvarado		774-4352
04001300	HOSPITAL JOSE DOMINGO DE CHACABAND	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	PAIDONATO	779-180 Dr. Ricardo Beltrán		775-4221
04001400	HOSPITAL REGIONAL DE JARAMA	DAVID	SAN PABLO VIEJO	SAN PABLO VIEJO	C.S.S.	448-189 Dr. Diego Cordero		775-2461
CENTRO HOSPITALIZADO								
04001100	CLÍNICA SAN V	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
04001200	CLÍNICA DE SERVICIOS SANITARIOS	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
04001300	CLÍNICA DE SERVICIOS DEL TALLER	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
04001400	CENTRO DE REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
CENTRO DE SALUD SIN CLINICA								
04001100	PRÁCTICA PRIVADA	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
04001200	PRÁCTICA PRIVADA	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
04001300	PRÁCTICA PRIVADA	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
04001400	PRÁCTICA PRIVADA	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
CENTRO DE SALUD SIN CLINICA								
04001100	PRÁCTICA PRIVADA	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
04001200	PRÁCTICA PRIVADA	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
04001300	PRÁCTICA PRIVADA	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108
04001400	PRÁCTICA PRIVADA	DAVID	DAVID CABRERA	DR. VIOLETA	MURSA	448-130 Dr. Inés De Obispo		775-1108

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	100	32.9	67.1	ND	ND
2010	100	15.96	84.03	ND	ND
2012	100	20.7	79.2	ND	ND
Género					
Hombre	ND	ND	ND	ND	ND
Mujeres	ND	ND	ND	ND	ND
Base Poblacional					
Niños (menores de 1 años)	ND	ND	ND	ND	ND
Niños de 1 a 4 años	ND	ND	ND	ND	ND
Personas de 5 a 9 años	ND	ND	ND	ND	ND
Personas de 10 a 14 años	ND	ND	ND	ND	ND
Personas de 15 a 19 años	ND	ND	ND	ND	ND
Personas de 20 a 59 años	ND	ND	ND	ND	ND
personas de 60 a 64 años	ND	ND	ND	ND	ND
Adultos mayores (65 años y más)	ND	ND	ND	ND	ND

Zonas Geográficas					
Urbana	ND	ND	ND	ND	ND
Rural	ND	ND	ND	ND	ND
Pertenencia Étnica					
Blanco	ND	ND	ND	ND	ND
Indígenas	ND	ND	ND	ND	ND
Afro-descendientes	ND	ND	ND	ND	ND
Mestizo	ND	ND	ND	ND	
Otros					

FUENTE(S):

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

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

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

Cuadro No. 15
MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

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

FUENTE(S):

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

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

No se están realizando. Solamente las vinculadas al sistema de vigilancia epidemiológica, desechos peligrosos, tabaco, violencia intrafamiliar. No existen acciones de armonización de la provisión de servicios

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

Se desconoce los organigramas, visión y misión de forma cruzada.

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

En el Ministerio de Salud existe un organigrama, sin embargo hay secciones que no la respetan en la práctica y crean confusiones jerárquicas. Esto dificulta el funcionamiento efectivo del trabajo en equipo. Los directores distritales y locales muchas veces desconocen intervenciones que algunas secciones realizan en su área de responsabilidad.

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

Creemos que el sistema regional y distrital funciona. Sin embargo, debe descentralizar los recursos.

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

Se tienen siete departamentos con secciones bajo sus cargos, que consideramos son suficientes para el manejo de la región, El problema está en que estos cargos no están remunerados.

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

En este aspecto se ha avanzado muy poco o nada. No existe o puede haber descentralización efectiva en tanto no exista en el ámbito presupuestario y financiero. Los niveles regionales dependen de las inversiones y las compras del nivel nacional. No existe un presupuesto asignado por área o distrito sanitario lo cual dificulta , y hace lenta la gestión .

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

Los patronatos no gestionan fondos, sirven de apoyo a la dirección médica y son un apoyo a la transparencia de gestión.

8. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios.

Debe contemplar la sección ambiental, provisión de servicios a la población a y a los aspectos administrativos

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

La estructura como está es adecuada.

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

Sí. Se cuenta con el reglamento interno. Hay responsabilidad de aplicarlo por parte de los directores y administradores locales. También se cuenta con el apoyo de recursos humanos y de asesoría legal. Se aplica en el proceso de inducción y cuando hay que responder a las fallas.

11. ¿Cómo se da la coordinación con la CSS? ¿Sobre qué bases debería darse? ¿Qué mecanismos han sido o pueden ser efectivos? ¿Quiénes participan de este proceso? ¿En qué momentos y para qué se establecen nexos de coordinación?

Con la CSS se coordinan actividades de vigilancia epidemiológica.

12. ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional?

Existe personal técnico capacitado. El personal administrativo es vulnerable a los cambios políticos. Los cargos de jefatura son políticos, no hay incentivos para directores de distritos ni coordinadores.

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

NO. El modelo de gestión no ha cambiado en la región. El presupuesto centralizado, aunque se participa en la construcción del anteproyecto regional.

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

Las políticas de salud cambian cada cinco años. Se sustentan en la realidad sanitaria del país y en las funciones esenciales de salud pública. Las políticas en todo momento responden a las necesidades regionales pero como son políticas con un enfoque parcial, es decir que solo aborda algunas funciones esenciales , no logra abarcar todas las necesidades , con lo cual son políticas incompletas.

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

Sí. Definitivamente que si, y a partir del diseño del soft where SIMEPESS existe mucho mayor congruencia entre la planificación, las políticas , los objetivos y las líneas de acción.

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

Si. Son registrados en el sistema. El monitoreo se realiza cada seis meses.

17. ¿Cómo incide el nivel central en el desempeño del nivel regional? ¿Cuáles son los puntos críticos de la burocracia administrativa? ¿Cómo pueden transformarse los nudos críticos?

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

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

Las decisiones no siempre se toman sobre criterios demográficos o epidemiológicos. En algunos casos obedecen mas a intereses políticos, priorizando las inversiones en estructuras que luego son muy difíciles de dotar de personal y equipamiento. Se prioriza sobre criterios basados en presupuestos de años precedentes, también en las directrices del ejecutivo de turno -

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

El sector privado no se supervisa por parte del Ministerio de Salud

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

A nivel interno planificación y la dirección regional. Se realizan Juntas Técnicas de forma mensual. Y reuniones con los directores distritales. Se evalúa la ejecución del presupuesto y la disponibilidad financiera para resolver problemas que se plantean.

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

Ningún centro cuenta con servicio de internet, solamente la sede regional

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

Ninguna instalación cuenta con expediente electrónico el LSS-SUMA solamente esta en el nivel regional. Por su parte la CSS se encuentra en el proceso de implementación del expediente electrónico

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

El sector salud, sobre todo el sector público es un gran productor de información, pero muy pocas veces esta información se está utilizando actualmente para los fines consignados en la pregunta. Se han hecho adecuaciones en algunos cuartos de urgencias y la CSS se encuentra en un proceso de ampliación de sus instalaciones hospitalarias con miras a dar un mejor servicio a los pacientes hospitalizados por enfermedades crónicas ante el evidente incremento de estas patologías

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

Sí. EN Boquete, Río Sereno, Tolé, Barriada San José, Gualaca y Volcán se cuenta con espirómetro y EKG. Se está en la primera fase de capacitación. La debilidad es que no se cuenta con un personal exclusivo que lo maneje.

FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

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

CSS: Se evalúan informes de gestión de las áreas programáticas: Promoción de la salud, situación hospitalaria. Médico quirúrgico, urgencias Consulta externa y Ejec. Presupuestaria. No un instrumento de ASIS como tal de todas la unidades ejecutoras, cada una y luego un consolidado. Periodicidad: mensual, trimestral y anual. Fuente de datos como información en reuniones.

Participan todos los directores, administradores, planificadores y coordinadores de programas.

La toma de decisiones a nivel local se ve afectada por directrices del nivel central, aunque existe cierto nivel de toma de decisiones regionales establecidas en los planes locales. Financieramente se requiere la aprobación central.

MINSA: Análisis anual por distrito y región el diagnóstico de salud. Cada 5 años el ASIS. Se realiza el diagnóstico anual por los Directores Distritales y cada Coordinador de Programa. Generalmente estos análisis se hacen por separado y la información es referida al nivel regional o central a solicitud. Planificación Regional está tratando de integrar los análisis de forma periódica.

Inquietud: Los niveles locales y regionales realizan el análisis pero no se percibe que exista una re alimentación, análisis y discusión ampliada en los niveles regionales y centrales para la toma de decisiones.

Se utiliza el POA regional como fuente de datos

Hospital J.D.D.O.: Se lleva un modelo de gestión estratégica. Incluye un diagnóstico anual, mensual. Y un plan estratégico quinquenal. Participan los jefes de departamento, divisiones, y Dirección Médica General.

No hay realimentación.

Sí ____ CSS: Sí MINSA: NO HMIJDDO: Sí (Estratégico).

Es participativa pero limitada a los responsables de las unidades ejecutoras y ciertos departamentos-

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Que HMIJDDO: el análisis no se comparte en lo interno de los departamentos.

No ____

MINSA: Hace 2 años era más participativa. Está segmentado lo que no permite tener una visión general de la situación.

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

De forma anual con la participación de todos los responsables de secciones y departamentos

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

No conocemos de estrategias para lograr esta planificación conjunta.

Se espera que este análisis derive en un plan nacional de salud, una mejor coordinación en la red tendiente hacia un sistema de salud integrado científicamente.

Se debe considerar la revisión de las leyes de la CSS, Código Sanitario, entre otras.

4. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Enfermería con el PAI

Vigilancia Epidemiológica

Comité de Muerte Materna

Ferias de la salud y programas conjuntos nacionales como la campaña VIH SIDA, CA, Paleativos,

Programa de rotación en enfermería (Reg de Idoneidad), Médicos para el internado y residencias.

Asistencia de especialistas médicos y técnicos
La oferta de algunos servicios complementarios
Gestión de Riesgo

Coordinación: debe darse a nivel de objetivos, metas y procesos encaminados a un sistema eficiente (sin duplicidad de servicios) con base en la situación real de salud del país.

EL modelo de gestión debe ser uniforme. Los encargados o responsables deben ser seleccionados por concurso, principalmente los cargos directivos y de mayor responsabilidad.

Coordinar e integrar debe considerar: Demanda, oferta, estructura, procesos e impacto con eficiencia, eficacia y efectividad.

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

Sí

Las que se ejecutan tienen un fundamento programático-. Las que no, incluyen actividades y programas con duplicidad.

6. ¿Cuáles son los elementos de este programa?

Los lineamientos establecidos para cada programa a nivel nacional.

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

HMIJDDO:

La población participa representada en el Patronato. Corresponde a Clubes cívicos y Cámara de comercio. Su participación se da en el momento de la validación o aprobación del Plan.

Pero indirectamente a través de las consulta que se hace en las encuestas de satisfacción, Buzón de sugerencia.

CSS: En el proceso de planificación no. Pero indirectamente a través de las consulta que se hace en las encuestas de satisfacción, opinión de los grupos asegurados organizados.

Los concejos consultivos que era un espacio de participación directa, dejaron de existir.

MINSA No participa la población de forma directa. Pero indirectamente a través de las consulta que se hace en las encuestas de satisfacción y los buzones de sugerencias.

En general la participación de la población en el proceso de planificación es limitada.

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

No hay convocatoria.

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

CSS:

Indicadores de gestión de los procesos anteriormente mencionados, contenidos en el plan, en un documento que se llama: Informe de Gestión (mensual, trimestral y anual). Existe la implementación del SIS que cuenta con un módulo de resultados Quickly View

Cualquier administrador tiene acceso a la información disponible a través de Presupuesto y Finanzas.

MINSA

A través del SIMEPESS. Hay evaluación de los indicadores priorizados como los del Objetivo del Milenio. El de los planes se registra en el sistema, pero hasta ahora no se han evaluado.

Participa el Planificador quien remite el análisis a la Dirección Regional y al MINSA. El aporte lo realizan los departamentos y coordinaciones.

Periodicidad: anual, documento : Rendición de Cuentas.

Hospital Obaldía

Se evalúan las metas anualmente. También los indicadores establecidos en el plan estratégico y operativo y a nivel presupuestario.

Quién,: Planificación, Dirección General, Patronato, Comité de Gestión y dependiendo del tipo de análisis se convoca a los actores relacionados. No hay un análisis general presentado a todas las áreas. La información está disponible.

En general:

Se percibe que no toda la información está disponible cuando se realizan análisis sensibles.

En ocasiones los interesados no asisten a reuniones donde se abordan los temas de gestión y evaluación de indicadores.

Se detectan errores en los cálculos de los indicadores.

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

MINSA: Operativos Anuales. Plan quinquenal de proyecto.

CSS: Planes operativos.

HJDDO: Estratégico quinquenal y operativos anuales.

Sí tienen estrategias y rutas críticas definidas por el nivel central

Debe procurarse un nivel mayor de participación de los niveles locales y regionales en los planes estratégicos de los niveles centrales.

Los Niveles Regionales no elaboran planes estratégicos.

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

CSS: No. Los planes vienen pre diseñados desde el nivel Central.

MINSA: Los POA se realizan con base en el plan nacional y aportan lo correspondiente al análisis regional y local.

HMIJDDO: Sí

Existe la inquietud en el grupo de que si se toman en cuenta los indicadores y los análisis, por qué existe la percepción de que los servicios de salud no mejoran (mora quirúrgica, las citas médicas, dispensación de medicamentos, entre otras).

La percepción de la población es un elemento que es difícil de superar. Requiere el análisis de esto con los usuarios. Tiende a la generalización y se afecta por los medios de comunicación.

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Salud de la población

Salud del ambiente

(Vigilancia epidemiológica)

Participación Social

Infraestructura

Desarrollo integral de recursos humanos

Calidad de los servicios

Desarrollo gerencial

Gestión de riesgo

Educación y Promoción de la salud

Difícil cuantificar en conjunto, pero afectado por el presupuesto asignado.

Hay avances en casi todas.

Se afecta por la cantidad, distribución y calificación del recurso humano.

Mala planificación de la oferta(personal, infraestructura, equipos, maquinarias, insumos y materiales)

Falta de continuidad o de seguimiento del proceso de planificación.

La política de estado y la falta de una visión a largo plazo del sistema-

Ingerencia política, falta de liderazgo y el hecho de que no se toma en cuenta el perfil en los puestos sensibles.

Los directores y todos los puestos de jurisdicción y mando, deben responder a un perfil adecuado para el cargo y ser escogidos por concurso.

11. ¿Estos planes incluyen a otras entidades del sector?

Sí

HMIJDDO: Entidades formadoras de recurso humano nacional e internacional a través de convenios; CSS, MINSA regional, Hogares y auspicios, MIDES, Hospitales privados y públicos. MEDUCA, MINISTERIO PUBLICO.

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

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

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

Solo lo implementó farmacia, odontología y laboratorio.

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

Desconocido.

CSS: LOGHOS

HMIJDDO: SIOGA, SUMMA

MINSA: SUMMA

PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

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

Sí

CSS: Funcionamiento, resultados. Inversión con base en las políticas institucionales nacionales.

MINSA: Por resultados y políticas locales y del sector.

HMIJDDO: Por resultados y políticas locales y del sector.

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

Funcionamiento:

Servicios Personales.. del 75 al 80% CSS 58 a 60%

Servicios no personales

Servicios Básicos

Mantenimiento

Contratación de mantenimiento

Materiales y suministros

Alimentos

Insumos sanitarios

Inversiones Físicas

Servicios Básicos

Maquinarias y Equipos

Transferencia corriente

CSS: El desarrollo es relativamente bueno. La ejecución regional es buena (90%)

MINSA: El desarrollo es excelente. Se logra una ejecución de 98 a 99% en los últimos años.

HMIJDDO: El desarrollo es excelente. La ejecución es del 98 al 99%. Facilita la ley del Patronato.

En general:

El desarrollo se afecta por

La gestión,

Las directrices de ejecución (transferencias limitadas).

El recorte presupuestario y la relación con los proveedores.

La variabilidad en la aplicación de los controles fiscales

La falta de descentralización y desconcentración.

La subvención no se recibe oportunamente.

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

Entre 20 y 25% de la asignación presupuestaria. Esta es una limitante.

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

CSS: 100% Directores médicos y administradores

MINSA. Compartida Director medico, presupuesto, reges, administración.

HJDO: Director, presupuesto y administracio

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

Actualmente no es una alternativa para la elaboración de presupuesto

Se debe definir los costos unitarios por centros de producción antes de establecer convenios de gestión que se utilice como insumo para el anteproyecto de presupuesto.

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

Se debe definir un sistema de costo unitario con base en los centros de producción para conocer la realidad del costo del servicio, por producto.

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

No HJDO NO

MINSA NO

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

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

Sí___ CSS en contexto general todos los grupos han aumentado inversiones dentro de las estructuras programáticas: físicas, médico quirúrgico, servicios personales.

MINSA no se ha aumentado ni mejorado en la red primaria

HJDO si hay aumento en un 12% en general.

INCENTIVOS

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

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

HMIJDDO: Bono de Productividad / Desempeño (Médico, Técnico y Administrativo).

MINSA: Bono de productividad / Desempeño

CSS: Prima de Productividad con base en tareas extraordinarias. Bono de Productividad / Desempeño

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

No

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

MINSA

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

CSS

Tienen 4 instrumentos de evaluación de desempeño: Médicos, Técnicos y administrativos además del normado para Enfermería. Son instrumentos muy subjetivos y no evalúan todos los elementos de desempeño.

Hay instrumentos diferentes que se aplican a los médicos residentes e internos.

3. ¿Cuáles han sido introducidos?

HMIJDDO, MINSA y CSS Los instrumentos de evaluación de CONAGREPROTSA

4. ¿Para qué categorías de personal?
Administrativo, Técnico, Médico.

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

No se aplican incentivos económicos por antigüedad, salvo los incrementos de la escala salarial gremial que no se considera un incentivo.

Productividad solo a través del bono de fin de año.

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

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

Sí ____

CSS: Compromiso mayor del recurso humano motivado.

MINSA: Motiva al trabajador e incentiva al funcionario.

HMIJDDO: Meritocracia incentivaba a los funcionarios. Se percibe que los bonos incentivan a los funcionarios.

Se propone incrementar incentivos de apoyo para investigación, becas de estudio, licencias con sueldo para estudios relacionados con el área de trabajo, entre otros.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

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

HMIJDDO: 1.Criterio técnico. 2. Ficha técnica 3. Registro sanitario. 4. Evidencia científica. Las determina el técnico involucrado, el encargado de los almacenes y se sustenta ante la autoridad del Hospital (Director, Administrador, Patronato)

CSS

MINSA

2. ¿Hay un sistema de inventario para los insumos sanitarios?

Sí,

HMIJDDO: Se realiza a través de un software (SIHOGA) compuesto por diversos módulos y niveles de privilegio de usuario, que relaciona existencias, precios, proveedores y almacenes.

Funciona en la red interna del Hospital y permite el monitoreo por parte de los directivos

Describalo ¿Qué estándares se han definido y si se actualizan? ¿Quién y ¿Cómo se definieron?

Existe un sistema de inventario e insumo sanitario llamado PROGRAMA VISUAL FOX PRO este programa se lleva hace 10 años

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

HMIJDDO: Sistema de Panamá Compras. Limitaciones importantes con el convenio marco. Burocracia excesiva. La legislación muchas veces no es consecuente con las necesidades (en término de oportunidad) del Hospital y va a depender de la interpretación, subjetividad y buena voluntad del fiscalizador de turno. Es frecuente encontrarse con actos desiertos por incumplimiento de requisitos establecidos por la norma.

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

**Sí _____
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:**

**No
HMIJDDO**

Favor investigar _____

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

Los proveedores se evalúan a la de la ley 22 que regula las contrataciones publicas.

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

Las comisiones son reglamentadas bajo la ley 22 en el MINSA , no existe comisión ya que las compras no exceden de 30,000 dólares. Si existiera la compra mayor de ese monto se necesitaría una comisión interinstitucional y disciplinaria para procesar la compra.

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

Los proveedores dan las condiciones de pago y el Ministerio de Salud analiza y decide si les conviene o no trabajar con cada uno de ellos teniendo la opción.

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

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

- Listado completo de los productos a destruir.
- Cantidades de cada insumo.
- Precios Unitarios
- Precios Globales
- Fechas de expiración
- Motivos para su disposición final
- Copia de la factura de importación
- Peso total de los productos a descartar en Kg.

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

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

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

Sí___ El programa LSS/SUMA nos brinda a 90 y 180 días para poder verificar la fecha de vencimiento de los medicamentos.

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

Abastecimiento del Nivel Nacional al Regional de las compras anuales

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

Limitantes:

- Espacio físico
- Condiciones adecuadas de almacenamiento
- Entregas totales de las compras
- En Panamá la Región cuenta con gran cantidad de mercancía que no pueden entregarnos la por falta de vehículo
- La Región de Chiriquí no tiene vehículos para buscar su mercancía
- No contamos con suficiente personal almacenista que colabore en la función de asignación y distribución de medicamentos
-

Abastecimiento del Nivel Regional al Nivel Local

- Se realiza de forma bimensual. Desde el mes de abril de 2014
- Se hacen entregas por urgencias

Limitantes

- Espacio físico
- Transporte inadecuado
- Muchas veces el trabajo de entregas se atrasa por demoras en el proceso administrativo que aunque tenemos un sistema LLSS/SUMA la Región utiliza todavía las rebajas de Kardex.

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

Las estimaciones se hacen tomando en cuenta:

- Los consumos históricos
- Las 10 principales morbilidades
- Aumento de la población

12. ¿Cómo se registra la información de consumo?

Esta se registra en los informes diarios para hacer un consolidado mensual y se pasa al informe de SIAL. Todo s hace de forma manual.

13. Conoce las modalidades de compra?

Sí, se mencionan a continuación: catalogo de convenio Marco, por la ley 22 de contrataciones públicas, compra por caja menuda de B/. 1:00 a B/. 3, 0000, por acto público de 3,000.00 a 299,000.00, mas utilizados compra menor de 3,000.00.

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

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

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

Sí, sean presentados perfiles para el mejoramiento del almacén regional de Chiriquí.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

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

El sistema de información no es oportuno y no responde a todas las necesidades de la provisión de Servicios.

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

No X

La información no se analiza en los niveles locales y algunas coordinaciones de Programa lo realizan periódicamente.

3. ¿Cómo se evalúa la calidad de la información? ¿Quiénes y cuándo se evalúa? Se aplica la auditoria informática? Anualmente el Ministerio de Salud realiza un exhaustivo proceso de auditoría de expedientes y se analizan, los resultados comparándolos con años precedentes y las tendencias de esos resultados. Estos resultados se presentan a nivel nacional y a nivel regional.

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

El proceso para obtener la información es meticuloso y se cuida mucho la pureza de los resultados. Estos resultados de las auditorías cada año revelan que los procesos de auditoría son efectuados con mayor exhaustividad y con mayor grado de pericia por el personal asignado para hacerlos. Una de las mayores debilidades detectadas es justamente en la aplicación de los procesos transformadores, ya que las inconsistencias detectadas aunque son evidenciadas claramente, no llevan paralelo los correctivos de tipo administrativo que serían deseables para mejorar no solo la calidad de la información, sino el efecto que esa información de buena calidad pudiera tener para mejorar las intervenciones sanitarias

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

No **X**

Favor investigar: No se aplica la Auditoría informática, el control de calidad. Se realiza en algunos sistemas de información SIES y PAI la información no se analiza, en los niveles locales, no se le da utilidad, las coordinaciones de programa son los únicos que realizan análisis.

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

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

Sí **X**

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Los usuarios solicitan información para trámites legales y jurídicos, y para realizar investigaciones y desarrollo de tesis en las universidades, se realiza a través de solicitudes realizadas al Director Médico Regional, los centros de producción estaban bien marcados y responden a las necesidades y complejidades de la instalación.

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

Sí **X**

Si es sí, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: existen sistemas de información paralelos de manera no oficial.

CATASTRO**EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA****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				
• Hospital José Domingo de Obaldía	415	X		
• Hospital Regional Rafael Hernández	296		X	
• Hospital Chiriquí	57			X
• Hospital Mae Lewis	23			X
• Hospital Cattán	10			X
• Hospital Cooperativo	7			X
•				
No. de servicios de imagenología				
• No. De Ultrasonidos		4		
• No. De Rayos X		3		
• No. De Panorex				
• No. De Periapical		1	1	
• No. De CAT	16	6	8	2
• No. De Mamógrafos ⁹		2		
• No. De Equipos de resonancias magnéticas				
No. de Laboratorios Clínicos	56	11	7	38
No. de Bancos de Sangre	6	1	3	2
No. de Farmacias	135	15	8	112
No. de Sillones Dentales	97	43	28	26
Completos				
Incompletos				

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

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

1. Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?
2. Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?
3. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?
4. ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.
5. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?
6. Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?

FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

COMPENSACION DE COSTOS

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

Si, aunque desde el 2005 no se actualizan los costos. Cada año deberían actualizarse.

Hay que revisar el convenio, los que están no son reales con los gastos.

El MINSA y CSS realizan las compensaciones entre ellas pero no es efectivo, revisar costos reales y mecanismos del año 2010 de cobro.

Revisar gastos reales y no acuerdos de compensación (tarifa).

Se presenta expedientes CSS-se realizaba auditoria.

Existe una norma: Todo asegurado tiene que pagar si no se puede se pasa a compensación (costo 20) y se equipara.

El sistema de compensación no es real. La tarifa siempre es menos.

Si pero no son efectivos los servicios, los servicios especializados son mas costosos.

Costo de atención del paciente asegurado y no asegurado en ambas instituciones MINSA y CSS costo versus tarifas no es lo mismo. .

Auditoria de expediente y compensaciones de cuentas.

Determinación de costos-consolidación (local, regional, y nacional de cada compensación (nivel nacional) proceso de cobro (facturación)

Existe pero no es basada en información real, debería haber una comparación de gastos de MINSA y CSS AMER a nivel nacional

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

Deberían haber un diagnóstico por provincia de las necesidades de servicios. Debe existir un sistema de información mensual.

Los centros de producción, volumen de producción

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

Se recopila mensualmente los datos necesarios para calcular dichos costos se elabora la hoja matriz mensualmente, estos datos son: El salario del personal, los gastos de servicios Básicos, los gastos de insumos, volumen de producción. Luego se calcula el total de gasto directo, % de Distribución, Costo por gastos administrativos, gasto total de atención y por cultura el costo unitario promedio. Insumos, materiales, valor de la atención, laboratorios,

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

La mayoría no, porque son tarifas que datan del más de veinte años.
Decisión del nivel nacional

5. Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?

FUENTES DE FINANCIACION

1. Se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto publico per cápita.
No contamos con esta información para la región
Estan desactualizadas
2. ¿Qué porcentaje del producto interno se destina al sector salud?
Favor investigar: Aproximadamente el 8% del PIB se destina al Sector Salud. Este es un dato del nivel nacional. No manejamos esa cifra en el nivel regional
3. ¿Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?
Aproximadamente el 80% de la atención sanitaria se financia través del presupuesto publico.

4. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios?

No existe un auditó exacto de las donaciones que se han hecho al sector salud. Por parte del MINSA, en los últimos diez años , han sido donadas ocho ambulancias, dos automóviles y una motocicleta.

5. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios que gestionan?

No se tiene el valor

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

No. Regularmente en las instalaciones de la CSS y del MINSA se provee la atención necesaria a los pacientes Independientemente de su capacidad de pago. Existe un sistema de compensación CSS-MINSA para este Efecto.

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

No deben confundirse los conceptos. Según algunos participantes en las discusiones del ASIS, históricamente el MINSA es muy bueno llevando cuentas y le presentaba las cuentas al Hospital Regional de los pacientes asegurados pero no así el Regional de cuanto y si el cobro era efectivo o no. La gran mayoría de las personas en el regional se van, hacen un abono, un arreglo de pago y no vuelven mas.

El sistema de compensaciones e teoría es así: todo el que no es asegurado tiene que pagar el servicio. La CSS tiene un procedimiento que se llama-----donde todo no asegurado tiene que pagar. El paciente no asegurado si puede paga todo o abona, si no tiene fondos pasa al sistema de compensación. Ese convenio de compensación no es real, los costos no salen. No es la realidad de lo que cuestan los tratamientos. Hay tratamientos que cuestan 20 o 30 mil dólares, sin ganancias . Una cosa es el costo y el otro es la tarifa.

Los ingresos que la institución capta desde 1988 eran del 3- ahora el 16%. Los no asegurados son el 46%, hay un balance 52% asegurados y 48% son no asegurados. El MINSA a fin de año no cubre los gastos del 48% de los no asegurados. Existe un techo de compensación de costos de tres millones de dólares y el MINSA, haga lo que

haga la CSS por cobrar, no va a pagar más de los tres millones. El asegurado por su parte no debería pagar en el HJDDO pero si se les está exigiendo que paguen y pagan.

Deben revisarse los gastos reales y no acuerdos de compensación o tarifas. Si se desea algún día llegar a un sistema unificado deben primero conocerse esos costos reales. Una sugerencia es que se analicen los costos reales de ambas instituciones.

Los costos reales de las cirugías por ejemplo reemplazo de rodilla son muy caras y no están en la compensación de costos. La mayoría de los procedimientos costosos los hace la CSS y si se ponen los costos reales no corresponden a lo que se está cobrando.

Son dos procedimientos diferentes, el procedimiento de costo y el procedimiento de cobro. El procedimiento de costo corresponde mas con la parte gerencial, de cuánto cuesta atender al paciente lógicamente cuesta lo mismo el paciente asegurado que no asegurado porque es la misma atención para ambos, hay que desglosar al final de estos pacientes cuantos son asegurados para hacer el cruce de factura con los no asegurados para hacer cobro CSS-MINSA-

El proceso de cobro es el que se fija a nivel de convenio de nivel central, tenemos CSS el convenio desde Panamá capital del año 2010 no se ha recibido más en donde están todas las tarifas de costos convenidos que le cuesta a cada instalación CSS-MINSA de pacientes asegurados y no asegurados , la otra tarifa es otra parte de los convenios que se maneja a nivel institucional, eso lo maneja la parte administrativa .

Los gremios argumentan que cuando solicitan información sobre costos y demás se les niega, la CSS maneja esta información como clasificada. Nunca se ha tenido acceso en los últimos cinco años. Una recomendación seria actualizar el costo real. El MINSA no tiene costos reales , solo costos promedio.

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

No ha tenido un impacto negativo, se esta invirtiendo en la salud de población con alta vulnerabilidad social y en indicadores que traducen la situación de inequidad social del país. Estas medidas de gratuidad son impostergables e insustituibles, no van a empobrecer al país ni a quebrar las finanzas estatales.

9. ¿Dentro de su región de salud, a qué población debe subsidiar el Presupuesto del Esta

Las región de Chiriquí tiene actualmente un aseguramiento que ronda el 90% entre cotizantes directos ay beneficiarios. Consideramos que debe comenzar por subsidiar el 10% de la población que no está cubierta por la seguridad social. Algunas opiniones giran en torno a dos temas fundamentales, uno es que el per cápita que el estado pague por los no asegurados debe ser igual al per cápita que la CSS paga por la atención de los asegurados, y dos, que se debe pagar una adicional por la población beneficiaria ya que esta constituye mas del 50% de la población asegurada y representa un gasto muy grande para la seguridad social.

10. El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria?

La protección social en salud , traducida como aseguramiento universal, complementado con una atención sanitaria efectiva y eficiente en tiempo y espacio , si se convierte en garante de equidad en salud. Concluimos que no deben existir asegurados y no asegurados, no debemos pasar de este quinquenio en que toda la población panameña cuente con un aseguramiento real en salud , complementado entre el régimen de seguro social y el de los impuestos generales

11. ¿Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultades para la organización del sistema? ¿Qué normas deberían regularlas?

No. Realmente el presupuesto en salud no depende de las donaciones. Menos del 2% del presupuesto es producto de donaciones. Consideramos que en ocasiones generan una sensación de malestar , ya que estas donaciones vienen en forma de consultorías, con salarios exorbitantes para los consultores, muchas de estas consultorías son archivadas, y muy pocas veces o nunca se ha medido el impacto que en materia sanitaria tiene estas donaciones

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

Evidentemente existen organismos que han hecho sustanciales aportes en materia sanitaria, no podemos dejar de mencionar OPS, OMS, PNUD, OIT, JUMPFA, y algunos otros realmente interesados en la situación sanitaria de nuestro país. Algunos otros organismos y ONGs han dejado obras muy puntuales como infraestructuras, equipamientos, asesoría técnica. Concluyendo consideramos que el saldo de las contribuciones es positivo

13. ¿Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema?

La sobre utilización del sistema tiene que ver con otros aspectos además de las tarifas, por ejemplo, el hecho de ser mujer condiciona mas el uso del sistema; el hecho de ser anciano también; el hecho de vivir próximo a centros de salud Concluimos que definitivamente las tarifas no tiene que ver con la eficiencia del sistema

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

Si, definitivamente que si. Esta información existe , es confiable para el nivel nacional, mas no para el nivel regional.

Las autoridades del MINSA y de la CSS mas los comunicadores sociales

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

Si, definitivamente que sí. Las tecnologías pueden ayudar mucho a solucionar los problemas existentes de todo tipo. Los gremios ponen el ejemplo de la situación cuando querían traerse médicos extranjeros y ellos propusieron nueve puntos. No se ha explotado, por ejemplo, sistema como la telemedicina y la informatización de todo el sistema. La tecnología bien usada va a suplir necesidades y va a bajar costos. Hay que continuar con el proceso de digitalización del sistema como se ha hecho con el sistema de farmacias y medicamentos y ahora con el expediente electrónico.

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

Bien, este es un proceso complejo que inicia por el propio órgano ejecutivo, la asamblea de diputados, el ministro de salud y director de la CSS, el MEF, la Contraloría General de la República. A nivel local, una vez asignados los presupuestos, existe un nivel gerencial regional, tanto de la CSS como del MINSA que ejecutan los presupuestos, de acuerdo a planes operativos anuales.

17. ¿El sector salud está en conocimiento de los marcos legales e institucionales y los procedimientos para obtener recursos de la cooperación externa para el sector salud?

Si. El MINSA por intermedio de diversas dependencias de la institución tiene convenio con entidades internacionales, verbigracia.

El Departamento de Agua Potable (DISAPAS) mantiene un convenio con el Banco Mundial en el cual este suministra los fondos para el desarrollo de proyectos, con la ayuda y el manejo de una entidad fiduciaria, tal es el caso de LAFISE, quien administra y suministra los fondos, el MINSA supervisa los proyectos y rinde los informes respectivos para que se realicen los desembolsos pertinentes y necesarios.

De igual forma, el departamento, de PSPV por parte del MINSA recibe fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el desarrollo de sus programas, previo el informe respectivo para que se realicen los desembolsos.

El convenio es el 2563/OC-PN

BID/MINSA, y el convenio que está vigente es el 004/2014-PMESS

FOTOGRAFÍA N°10. PROYECTOS DE INVERSIÓN

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

Primeramente hay que plantearse una verdadera protección social en salud, un real aseguramiento en salud. Segundo la unificación de los dos subsistemas públicos de salud. En tercer lugar la convergencia de esfuerzos , recursos y actividades en estrategias comunes aunque sean diferentes entidades e instituciones.

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

Para presentar proyectos de inversión se requiere la presentación de un perfil de proyectos aunado con cuadros de desglose de costos y cronograma de actividades.

3. ¿De los proyectos de inversión del año 2014 y los proyectados para el 2015, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)? ¿Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada?

Los proyectos de inversión 2014 están dirigidos a las mejoras infraestructura de la red del MINSA. Los 2015-2019 están dirigidos a mejoras de funcionamiento de la atención de salud a través de la dotación de equipamiento. El mismo fue realizado en conjunto con los actores regionales del MINSA.

4. Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.

Asesoría técnica de UNFPA, OPS, TEPHINET, USAID PASCA

5. ¿Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado?

Se cuenta con un Plan Quinquenal actualizado y evaluado por el Nivel Nacional y por el MEF. Estamos actualmente ingresando los proyectos en el Banco de Proyectos del MEF. ¿Consideran que el mismo debe ser revisado y adecuado a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales?

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Algunas iniciativas hay que revisarlas.

Si ya que muchas veces ocurren eventos a la largo de los cinco años que puedan realizar la modificación del mismo y que permita ya sea ingresar nuevos proyectos al sistema.

ANEXOS

IDENTIFICACIÓN DE ACTORES
PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES:

1. Los procesos de cambios propuestos en salud fueron iniciados por el:

Sector económico

Público

Privado

Otro (especifique) ____Público_____

Cooperación Internacional (especifique la agencia)_____

Sector político

Sector Salud

Otro (especifique) _____

Especifique si se responde a acuerdos internacionales o nacionales:_____

2. ¿Están definidos los cambios por una acción de acuerdo entre varios actores involucrados o por una autoridad central?

Si ☐ No ☐

Favor especifique el tipo de Sistema de Salud del país:

Segmentado X ☐

Integrado ☐

4. ¿Se adapta la propuesta de cambio al tipo de sistema de salud del país?

Si ☐ No X ☐

5. ¿Quién o quiénes financian los Procesos de Cambio (reforma)?

Fondos estatales

Cooperación Internacional

Sector Privado

Fondos reembolsables con partida nacional

6. De los siguientes actores, señale quienes participaron en los procesos de cambio de los sistemas de salud:

Gubernamental (Poder Ejecutivo)

Poder Legislativo

Sociedad Civil organizada en temas de salud

Sociedad Civil organizada general

Sector Privado

Sector académico

Otro (Especifique) TODOS

7. ¿Qué actores tienen poder de veto en las decisiones?

Legislativo ☐ Ejecutivo ☐ Ambo ☒ Ninguno ☐

8. ¿Los cambios evidenciados en el sector salud aportan al proceso nacional de democracia? Sí

Si la respuesta es afirmativa, señale en el siguiente cuadro los elementos del proceso democrático que se han fortalecido.

SiX ☐ No ☐

ELEMENTOS DEL PROCESO DEMOCRÁTICO	Si	No
Mayor Control Social	X	
Libre Elección	X	
Participación Social	X	
Gestión Participativa	X	
Toma de Decisiones	X	
Otros		

FUENTE(S):

Señale en qué etapa está el proceso de democracia en el país:

Transición ☐ Construcción ☒ Consolidación ☐ No Existe ☐

9. ¿Qué poder confieren las leyes a los actores? Favor especifíquelo en el siguiente cuadro:

LEY	ACTOR	FUNCIÓN O RESPONSABILIDAD

10. Posición de los Actores (PA)

Análisis de la posición de los actores en los procesos de cambio de los sistemas de salud. Para el análisis se sugieren las siguientes preguntas:

11. ¿Dónde se ubican las instituciones/organizaciones que representan en relación a su capacidad de acción?

Muy a Favor

Algo a Favor

Neutro

Algo en contra

En contra

12. ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor ante la sociedad?

Positivo

Negativo

Ninguno

ROL DE LOS ACTORES (RA)

13. ¿Cuál es la capacidad de acción (poder) de cada uno de los actores que participan en la reforma para afectar a favor o en contra los resultados de cada objetivo del proceso de cambio?

Alta ☐ Media ☐ Baja ☐

14. ¿Tiene el actor control sobre la información de los procesos de cambio?

Si ☒ No ☐

15. ¿Tiene el actor control sobre los medios de comunicación para la difusión de la información acerca de los procesos de cambio?

SiX ☐ Parcialmente

Especifique cuáles: _Costos, gasto social, aseguramiento, estadísticas en salud, presupuestos,

No ☐

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

**Ministerio de Salud
Región de Salud de Chiriquí
Objetivos de Desarrollo del Milenio
Comparativo entre el Nivel Nacional y Regional**

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Meta 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Indicadores:

Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

Tasa de Mortalidad Infantil

Proporción de niños de 1 años vacunados contra el sarampión

Indicadores	1990		2000		2012		2015
	Nacional	Regional	Nacional	Regional	Nacional	Regional	
Tasa de Mortalidad de niños menores de 5 años	24.5	23.3	22.6	25.9	2011 16.6	31 casos 2011 19.8	8.02
Tasa de Mortalidad Infantil	18.91	17.6	16.67	18.6	2010 13.4	17.7	6.31
Proporción de niños de 1 año vacunados contra sarampión	99.4		96.7	103	2010 91.2	2013 89.6	100

Objetivo 5: Mejorar la Salud materna

Meta 5A: Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

Indicadores	1990		2000		2012		2015
	Nacional	Regional	Nacional	Regional	Nacional	Regional	
Tasa de Mortalidad Materna.	50.0	0.7 x 1000 nacidos vivos	60.0	5.19 x 10,000 NV	2011 60.33 2012 71.0	35	12.5
Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado.	86.3		90.5	92.3	2010 92.4 2011 93.5	2013: 98.1	100
Tasa de uso de anticonceptivos			Encuesta de Niveles de Vida 2003: 55.8 2008: 57.7			Cobertura de anticoncepción en mujeres en edad fértil 2013: 7.5	
Tasa de natalidad entre adolescentes	86.2		2000: 88.1 2007: 82.9(15 a 19 años)			Porcentaje de embarazado en adolescentes 10-14: 0.96 15-19: 22	
Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)	93.6		73.6	64.1		2010 1 control 3.7 4 controles: 10.4 Más de 5: 64.5 2011: 1 control 3.4 4 controles: 9.8 Más de 5: 66.2 2012 1 control 4.0 4 controles: 10.0	

						Más de 5: 66.0 2013 1 control 3.3 4 controles: 9.8 Más de 5: 68.5	
Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar							

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la propagación de VIH/SIDA

Meta 6B: Lograr para el año 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia de paludismo (malaria) y otras enfermedades graves.

Indicadores:

Prevalencia de VIH entre las personas de 15 a 24 años

Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA

Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años

Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.

Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo.

Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticidas.

Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo

Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis.

Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.

Indicadores	1990		2000		2012		2015
	Nacional	Regional	Nacional	Regional	Nacional	Regional	
Prevalencia de VIH entre las personas de 15 a 24 años						0.22%	
Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo			2004: 71.8 2007: 86.7		50-59: 24.8 15-59: 49.1	2009 ENASSER: Presento un número menor de 30	
Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA					2009 15 a 24 años ENASSER 14.9 mujeres 12.4 hombres	2009 Total ENASSER 13.5 Mujeres 8.7 Hombres	
Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años							
Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.					2008: 4071 pacientes	75%	
Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo	16.3 0.04		36.5 0.03	2007 0.18	2010 11.9 0.02	Tasa de incidencia: 0 Tasa de Mortalidad: 0	0.36 0

Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticidas						0	
Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo						0	
Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis. No se puede calcular la tasa de prevalencia. En TBC se maneja cohorte de pacientes curados.	33.0 5.3		48.5 6.8		TI: 2007: 50 TM: 5.1	Incidencia 2008: 18.3 2009: 17 2010: 15.7 2012: 21.4 Mortalidad: 2009: 0.02 x 1000 habitantes. 2010 - 2011: 0.03 x 1000. Letalidad: 2008: 11.8 2009: 12.5 2010: 15.2 2011: 12.1 2012: 14.9	20 0

Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.			59.57		2007: 78.79	Casos detectados: 2008: 77 2009: 72 2010: 67 2011: 98 2012: 93 2013: 99 Porcentaje de curados: 2008: 82.9 2009: 76.4 2010: 69.9 2011: 78.8 2012: 74.6	100
---	--	--	-------	--	-------------	---	-----

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta: 7C: Reducir a la mitad para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

Indicador:

Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable

Indicadores	1990		2000		2012		2015
	Nacional	Regional	Nacional	Regional	Nacional	Regional	
Proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable	80.7		93	87677 78%	2007 93.2	110550 91.7 2013 113654 92.8 2014 117115 97.2	90.0
Porcentaje de población con acceso a servicios de eliminación de excretas.	76.8		80.7	73945 82	2007 93	110701 96.6 2013 111168 97 2014 113394 97.4	90.0
Casas conectadas a sistema de alcantarilla. IDAAN. Alcantarillados privados y tanque sépticos individuales y/o colectivos							

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

LISTADO DE ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS, HOSPITALES QUE PARTICIPARON PARA RESPONDER LAS INTERREGONTES DEL ASIS.

1. CAJA DE SEGURO SOCIAL
2. HOSPITAL MATERNO INFANTIL JOSE DOMINGO DE OBALDIA
3. HOSPITAL CHIRIQUI
4. HOSPITAL MAE LEWIS
5. HOSPITAL CATTAN
6. HOSPITAL COOPERATIVO
7. MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
8. FUNDACION AVISPA
9. IGLESIA CRISTINA
10. IGLESIA CUERPO DE CRISTO
11. CLUB 20-30
12. SOR OPTIMISTA
13. CLUB ROTARIO
14. DAMAS DE LA CARIDAD
15. ASOCIACION DE MEDICOS ESPECIALISTAS Y RESIDENTES
16. COMITÉ DE PROTECCIONAL PACIENTE Y FAMILIARES
17. CENTRO NATURISTA SAN VICENTE
18. MEDICINA NATURAL
19. IPAT
20. ANAM
21. MIDA
22. IMA
23. IDAAN
24. SINAPROC
25. CONTRALORIA

**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE CHIRIQUI
Prioridades y Necesidades
Identificación de Brechas**

1. La pobreza sigue siendo uno de los problemas sociales de Chiriquí y que están influyendo en la situación de salud. Según datos del Ministerio de Economía y Finanzas, para el año 2012, Chiriquí tenía un 29.1% de pobreza (nacional 25.8 %) y 8.9 % (nacional 10.4 %) de indigencia. Siendo los distritos mas pobres: Gualaca, Tole, Remedios, San Félix, San Lorenzo y Renacimiento.

2. El analfabetismo, ya que nuestra provincia tiene 22,030 analfabetos, según datos obtenidos de la Contraloría General de la República.

La tasa de alfabetismo en la provincia de Chiriquí para el año 2013 fue de 93.6%, la asistencia combinada de escolaridad fue de 80.4% para el mismo año, el promedio de año de escolaridad fue de 9.4% y el logro de educación fue de 0.797.

3. No existe un aseguramiento general en salud para toda la población. La Constitución de la República de Panamá establece que es deber del estado velar por la salud de todos los panameños , sin embargo cumplido 111 años de vida republicana , esta no ha pasado de la retórica a la práctica ya que la provisión efectiva y eficiente de servicios de salud no llega aun a una gran cantidad de panameños. La seguridad social solo existe para los trabajadores formales. Chiriquí tiene una población de 426.000 mil habitantes; hasta el año 2012 existían 381,473 personas protegidas por la seguridad social de los cuales 164,885 eran asegurados cotizantes, de estos 138, 402 eran cotizantes activos y 25,483 eran pensionados. Dependientes eran un total de 216,588 de los cuales 159,035 eran hijos, y 34,733 esposas o compañeras y 21,801 padre o madre; 19 esposo o esposa invalido o invalida.

Fuente: Contraloría General de la República. Instituto de Estadística y Censo. Sección de Estadísticas Vitales.

4. La existencia de 2 instituciones públicas proveedoras de salud en muchas de las comunidades. Existe y se comparte la visión de un sistema unificado. El MINSA carece de los recursos necesarios para la provisión de servicios a los pacientes no asegurados. Desde el 2005 se discute en la mesa de salud sobre la duplicidad de funciones. A pesar de la duplicidad en muchos lugares hay abarrotamiento de pacientes en ambas instalaciones y ninguno de los dos soluciona efectivamente los problemas de salud de las personas de esas mismas comunidades. El presupuesto de la CSS es ineficiente y el del MINSA es insuficiente. Aunado a esto existe el problema de la centralización de los presupuestos en el nivel nacional, situación que se ve con mucho más énfasis en el caso del MINSA.

5. Al no existir un Plan Nacional de Salud, en el momento en que se dan los cambios de gobierno se cae en la improvisación.

No hay una continuidad.

Hace falta que las políticas sean políticas de estado, lo que un gobierno hizo, el otro debe seguirlo, ejemplo, la cadena de frío, la idea es buena pero se quedó dormida, no hubo seguimiento, resultado: recurso, dinero perdido, estancamiento.

6. Una tarea pendiente por abordar y encarar como país es el tema de la Politización del Sector Salud, sobre todo del sub sector gubernamental. La política partidista está profundamente enraizada en todas las decisiones técnicas y administrativas que se toman dentro del sector, por ejemplo, no siempre se nombran en los puestos a las personas más capacitadas o mejor intencionadas en que se hagan cambios; se nombran como directores a personas que no tienen la mejor preparación para dirigir las instituciones. Hay personas bien capacitadas pero que no son políticos y cuando hay cambios no se toman en cuenta.

7. Las instituciones hacen leyes propias. La constitución debe prevalecer sobre todas las demás leyes de este país, por ejemplo, en el tema sanitario, ninguna institución u organismo, por mandato constitucional, está por encima del Ministerio de Salud. Por ejemplo las leyes de discapacitados no son respetadas por todas las instituciones. Es lamentable que exista una permanente contraposición de leyes, que entre otras cosas, entorpezcan o bloqueen los procesos gubernamentales.

8. Ejecutamos anualmente el presupuesto asignado para dar a entender que somos eficientes ejecutando las partidas presupuestarias pero nunca sabemos si en realidad se estamos llegando a la población con la calidad y la eficiencia que requieren los servicios de salud. Nos gastamos el dinero para decir que somos lo máximo. Tratamos de Puntualizar con el dinero que se nos asigna algunos problemas de la salud en nuestro medio pero nunca sabemos si en realidad si lo que estamos haciendo logra determinar si estamos llegando a resolver los problemas de la salud de la población.
9. Unificar fondos, unificar sistema. Discutir unificación de fondos. El perca pita de la CSS es más grande que el del MINSA. No hay que unificar para privatizar. El gobierno debe aportar lo que se necesite. El aseguramiento universal tiene que ser la cobertura universal efectiva. Los servicios que se ofrezcan sean universales, la calidad sea similar en todas las regiones del país.
11. Falta de Apoyo logístico para realizar la vigilancia epidemiológica de intereses sanitarios. (Materiales, transporte, recursos humanos, instalaciones).
12. Diferencias en la cosmovisión de la salud que parte de la cultura propia de cada grupo (mestizo e indígena).
13. Focalización del uso de los servicios de salud por parte del sexo femenino. Lo anterior mediado por situaciones de género, culturales, laborales, percepción de riesgo.
14. Gremios: Mejorar la calidad de vida, no soluciones que obedezcan a intereses mezquinos, que buscan incrementar sus ganancias económicas. ISMA fue desmantelado por la fuerza gremial. Habían hasta 64% de ganancias de las empresas. Los gremios son muy cuidadosos. Hay interés de privatizar la salud.
15. La lucha contra la pobreza no es una prioridad de estado. Las medidas son subsidios. Hay que hacer reformas muy profundas. Los gobiernos tratan de maquillar la pobreza. Se habla de 80% de aseguramiento y pleno empleo. Cuantos de los empleados tiene empleo formal???. El porcentaje de empleo informal es aun alto. Esa gente no tiene proyección social. Con la retorica del pleno empleo se disfraza la pobreza.
15. Los subsidios agropecuarios no están dando resultados esperados.

16. El problema en salud es político administrativo. Los programas son de nuestros impuestos. Quien mide los resultados de la inversión que se hace contra la pobreza?????. El problema no es de recurso, es el mal uso de los recursos. No tenemos indicadores de resultado. El espíritu del subsidio es la temporalidad.
17. Hay que establecer una coordinación con el MIDA . Profundizar sobre los estudios de contaminación en hortalizas. Los niveles de plaguicidas son alarmantes. Los fungicidas son relacionados con cáncer causan alteraciones en la fertilidad humana. Ya existen estudios. Implementar un laboratorio. Es necesaria la colaboración con el MIDA.
- 19 Un problema ambiental enorme detectado en Chiriquí ha sido el tema de la privatización de las cuencas hidrográficas. Chiriquí es el mayor productor de energía hidráulica del país y la población ha visto perder todos sus ríos.
21. La tecnología causa daño, las computadoras, los celulares, microondas, ruidos en áreas rurales por población y desarrollo. Nadie se esta ocupando de medir estos daños.
22. Descuido en la Calidad del agua, el control de aguas negras, calidad de agua que se consume.
23. No se respeta lo que esta consignado en la constitución, que habla claramente quién es el regente de salud, no es posible que exista una comisión que controle los medicamentos, el MINSA debe asumir su rol. La constitución de Panamá dice q el MINSA tiene poder por encima de cualquiera, como institución rectora pueda solicitar información a cualquier institución y de negarse se puede penalizar desde descuento de salario hasta destitución .
24. La unificación por si sola no va a mejorar la salud de los panameños ni la calidad de la atención, es necesario incrementar los recursos y para esto hay que aumentar los impuestos.
25. Es necesario fortalecer la vigilancia sanitaria, mejorar las condiciones laborales de los veterinarios. Calidad y condiciones laborales.
26. Se deben ampliar a horarios extendidos a las instalaciones y fortalecer las capacidades resolutivas de esas instalaciones .

27. Problema básico en áreas apartadas es la comunicación, factor transporte debe ser tomado en cuenta a la hora de desplazar el paciente; red de servicio no es adecuada, se debe mejorar la sectorización.
25. Un problema de coordinación grande dentro del sector salud es que cada institución pública , por su lado, esta realizando su propio plan de sectorización y esto es inaceptable en un país tan pequeño y con tan poca población. El MINSA cuenta con el 90% de las instalaciones y solamente con el 25% del personal para la atención en salud, por su parte, la CSS , solo cuenta con el 10% de las instalaciones , pero posee el 75 % del personal para la atención. La CSS jamás podrá hacer una buena sectorización sin instalaciones y el MINSA lo hará muy difícil sin el personal.
27. Un problema importante es el de la protocolización de los tratamientos y procedimientos. La variabilidad en la terapéutica en la región y en el país es inmensa, cada clínica, hospital y profesional tratar cada patología a su buen entender y esto no puede seguir ocurriendo. Hay que establecer protocolos estrictos de atención en todos los niveles de atención.
28. EL médico de atención primaria es el dueño del paciente, sin embargo estos médicos quieren deshacerse del paciente, muchos pacientes prefieren la atención del especialista que el del general.
29. El SURCO no ha sido efectivo.
30. Ley 42 de accesibilidad no existe, no se sabe si las instalaciones nuevas de la caja tienen disponibilidad para los discapacitados, no hay accesibilidad para discapacitados.

BRECHAS ENCONTRADAS
PROBLEMAS REGIONALES DE LA POBLACIÓN

- Bajas coberturas: controles de salud (todos los grupos étnicos), PAP, planificación familiar, controles prenatales, puerperio, otros.
- Población del Oriente Chiricano que prefiere acudir a los Hospitales del distrito de David.
- Aumento progresivo de adolescentes embarazadas.
- Población con mayores riesgos biopsicosociales (hacinamiento, pobreza extrema, área con población indígena, violencia doméstica)
- Escasa participación social en las acciones de salud.
- Mortalidad Materna
- Mortalidad infantil y perinatal
- Embarazo adolescente.
- Sífilis Congénita
- Aumento de las ITS.
- Infraestructuras inadecuadas y en remodelación.
- Inadecuado control de salud laboral por falta de personal y estructura en MINSA. No existe en el Ministerio de Salud un Programa de Salud Ocupacional como tal.
- Personal de salud insuficiente lo que limita las acciones en las comunidades de los niveles locales y su atención en el primer y segundo nivel.
- Falta de modernización de los niveles locales.
- Problemas de referencia y contra referencia.
- Presupuesto inadecuado suministrado por el Nivel Central.
- Enfermedades re – emergentes (Tuberculosis, HIV/SIDA).
- Desabastecimiento de agua potable en algunos sectores de la región.
- Índice de criaderos de Aedes Aegyptis con número de casos de Dengue.
- Población con indicadores de mayor riesgo de condiciones de vida (sin energía eléctrica, cocina con leña, piso de tierra) y estilos de vida por ser áreas postergadas y de pobreza (Distritos de San Lorenzo, Tolé)
- Persistencia de infecciones respiratorias y síndrome diarreico como primera y segunda causa de morbilidad, respectivamente en los trece distritos de la Región.
- La Obesidad como cuarta y quinta causa de morbilidad
- Los tumores como primera causa de mortalidad general.

Brechas Detectadas en el ASIS y el Plan de Gobierno



Brechas Detectadas en el ASIS y el Plan de Gobierno

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.1 Atención a los grupos vulnerables y fortalecimiento del Sistema de Protección Social.	1.1.6 Garantizar la protección de los adultos mayores

✘ Aumento de maltrato al adulto mayor.

Brechas Detectadas en el ASIS y el Plan de Gobierno

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"	
Objetivo	Estrategia
1.1 Atención a los grupos vulnerables y fortalecimiento del Sistema de Protección Social.	1.1.8 Garantizar el respeto a los derechos de las personas con discapacidad

- ✘ No se cumple la ley 42 que garantiza el respeto a los derechos de las personas con discapacidad.
- ✘ No hay divulgación de la ley.

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"	
Objetivo	Estrategia
1.2 Acceso a Servicios Básicos	1.2.1 Acceso al agua y saneamiento ambiental para todos.

✕ Saneamiento Básico:

**Disposición inadecuada de desechos sólidos.
Baja calidad de agua**

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.1 Avanzar hacia el Sistema Nacional Único de Salud Pública.

- ✗ Duplicidad de funciones con duplicidad de recursos.
- ✗ Ineficacia en la atención de servicios
- ✗ Aseguramiento universal

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.2 Asegurar el acceso universal a todos los ciudadanos.

No hay cobertura universal de servicios de salud en todos los lugares

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.3 Mejorar la atención de Salud Primaria.

Falta de recursos humanos, infraestructura, equipamiento, entrenamiento del personal

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.4 Aumentar el presupuesto de los programas de Salud con atención a la medicina preventiva e incremento de médicos especialistas.

✗ Presupuesto asignado insuficiente

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.5 Aumentar el presupuesto de Salud invirtiendo en equipos tecnológicos especializados y modernos.

✗ Falta de equipo tecnológico y especializado en las instalaciones de salud

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.6 Mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de Salud Pública con programas de medicina preventiva, médicos de cabecera y un mayor número de especialistas a nivel comunitario.

Falta de recurso humano especializado

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.7 Revisar y mejorar las condiciones laborales y salariales de los profesionales y técnicos de la salud.

✗ Falta de adecuación del salario a los horarios de extensión

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.8 Incrementar la cobertura y calidad de la atención especializada.

- Falta de incentivos a los médicos especialistas para que acudan a instalaciones de salud en las diferentes provincias

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.9 Establecer un programa de salud sexual y reproductiva de acceso universal sustentado en principios y valores éticos y morales..

✗ Falta de discusión el PSSR por los sectores de la sociedad

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.10 Garantizar la atención integral a las mujeres antes y durante el embarazo, el parto y el puerperio, para disminuir los índices de mortalidad materna.

- ✗ Persistencia de muertes maternas evitables.
- ✗ Persistencia de mortalidad infantil.
- ✗ Bajas coberturas de atención prenatal.
- ✗ Baja captación de puérperas

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.11 Garantizar la atención de personas con trastornos de adicción y de salud mental que requieran servicios adecuados para un tratamiento eficiente y permanente.

- ✗ Aumento de pacientes con trastornos de adicción y salud mental.

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.3 Salud	1.3.13 Fortalecer los programas de vacunación infantil y de grupos vulnerables.

✖ Baja cobertura de vacunas

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.7 Derecho a la recreación y al deporte	1.7.7 Crear programas a cargo de los municipios, dirigidos a los diversos grupos etarios, que hagan énfasis en la práctica de actividades físicas o disciplinas deportivas como actividades que favorecen la salud de la población.

✖ Aumento en el número de pandillas existente en la región.

Eje 2: Fortalecimiento de la Democracia y del Estado de Derecho: "Renovar la República"

Objetivo	Estrategia
2.4 Reforma del Estado	2.4.14 Adoptar el marco institucional y diseñar las políticas públicas que garanticen la ejecución del proceso de descentralización de acuerdo con la norma constitucional, con transparencia en el uso de los recursos, fiscalización y rendición de cuentas a nivel institucional y personal, y participación ciudadana en la toma de decisiones.

✖ Centralización en el Nivel Nacional en cuanto al presupuesto

Eje 5: Una Política Exterior al Servicio del Desarrollo "Panamá Puente del Mundo"

Objetivo	Estrategia
5.1 Optimización de la Proyección Internacional de Panamá	5.1.4 Revisar nuestra política migratoria, adecuándola a las necesidades laborales, académicas y de seguridad de nuestro país, eliminando la discriminación y erradicando la corrupción.

✖ Migración laboral que no ha sido regularizada anualmente que coincide con la zafra del café, Nacional y Costa Rica

Eje 6: Respeto, Defensa y Protección del Medio Ambiente "Medio Ambiente Sano"

Objetivo	Estrategia
6.1 Reforma integral del Sector Ambiental que garantice la participación ciudadana y la efectividad del sector.	6.1.8 Desarrollar campañas ciudadanas, con el apoyo de los medios de comunicación, para educar a la población sobre la importancia proteger el ambiente, al igual que sus deberes y obligaciones para asegurar que todos podamos gozar de los derecho al medioambiente sano, como factor esencial para mejorar nuestra salud y calidad de vida, incorporando mecanismos para la tramitación de quejas.

- ✘ Falta de información a la población sobre el daño del ambiente y sus consecuencias a la salud.
- ✘ En cuanto a la tramitación de quejas, existen casos vencidos que no le han dado solución.

Eje 6: Respeto, Defensa y Protección del Medio Ambiente "Medio Ambiente Sano"

Objetivo	Estrategia
6.3 Prevención y mitigación del riesgo de desastres	6.3.1 Desarrollar un plan de evaluación del riesgo y prevención de Desastre.
	6.3.2 Desarrollar un programa basado en los convenios internacionales y nuevos descubrimientos sobre evaluación del riesgo y prevención de las causas del Cambio Climático, que vaya de la mano del ordenamiento territorial.

✗ A pesar de que se tiene un censo de los lugares no existe la capacidad de respuesta oportuna ante los desastres.

Eje 1: Desarrollo Humano y Bienestar "Vida Buena para Todos"

Objetivo	Estrategia
1.5 Derecho a una educación de calidad	1.5.9 Establecer una coordinación entre el MINSA y MEDUCA para la vacunación preventiva contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años en adelante, al igual que otras formas de promoción y prevención en salud, en todos los centros educativos del País.

✕ Bajas coberturas de vacunas del VPH

Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Atención a los grupos vulnerables fortalecimiento del sistema de protección social	Cumplimiento de la Ley 42 que garantiza el respeto a los derechos de las personas con discapacidad	Divulgación de la ley de la ley 42	0	5%	5%	5%	5%	5%	25%	Encuestas



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Avanzar hacia el sistema nacional único de salud pública	Establecer una coordinación interinstitucional como un primer paso	Planificación conjunta en salud Intercambio de información estadística	ASIS	Reuniones trimestrales (4)					Las están determinadas por los lineamientos gubernamentales	Encuestas



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Acceso a servicios básicos sanitario	En la región para el 2012 la disposición de residuos sólidos es inadecuada	La misma se va a realizar en el corregimiento de Volcán, Distrito de Bugaba.	52.%	1%	1%	1%	1%	1%	5%	Informes realizados.



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Asegurar el acceso universal a los servicios de salud a toda la población	A pesar de que existen los tres subsistemas de salud: privado, MINSA, CSS; existe población a la cual no llegan efectivamente los servicios de salud	Existencia de un sistema integrado de salud desde la década de 1970. Implementación de tres grupos itinerantes del MINSA responsables de cinco comunidades cada semana, 720 visitas al año,.	5	720	720	720	720	20	3600	Hoja de registro diario Informe de gira.



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Garantizar la atención integral a las mujeres antes y durante el embarazo, el parto, el puerperio, para disminuir los índices de mortalidad materna.	Persistencia de muertes maternas evitables	Mejorar la captación de los controles prenatales, puerperio. Aumentar coberturas de planificación. Servicios amigables en red fija. CONEM	0.25	0	0	0	0	0	0	Informes de muertes maternas . Informe del control prenatal



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Garantizar la atención integral al menor de 1 año.	Se busca disminuir la Mortalidad Infantil.		17.1	15.9	14.7	13.5	12.3	11.1	11	Informes estadísticos.



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Regularizar el fenómeno anual migratorio de la etnia Ngobe Bugle hacia los cafetales de tierras altas de la provincia y de Costa Rica.	La migración anual no ha sido regularizada haciendo que esta población migrante sea más vulnerable durante su procesos migratorio	Asistencia sanitaria básica.	Cinco mil indígenas	5000	5000	5000	5000	5000	25,000	Hojas de registros diarios.



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Prevención y mitigación del riesgo de desastres	A pesar de que se tiene un censo de los lugares no existe la capacidad de respuesta oportuna ante los desastres	Creación de Comités. Capacitación a funcionarios.	0	7 Comités de Riesgo de Distritos vulnerables. 1 capacitación	6 Comités de Riesgo 1 capacitación	1 capacitación	1 capacitación	1 capacitación	13 Comités de Riesgo. 5 capacitaciones	Actas de creación de los comités. Lista de asistencia.



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Garantizar la atención de personas con trastornos de adicción y salud mental	Detección temprana de pacientes con trastornos adictivos y de salud mental	Aplicar una entrevista para detección de alcoholismo y otra entrevista para la detección de los trastornos mentales. Esto se va a realizar en las instalaciones del distrito de David	0	100A 100 TM	100A 100 TM	100A 100 TM	100A 100 TM	100A 100 TM	500 entrevistas sobre alcoholismo y 500 entrevistas de trastornos mentales	Cada formulario va a tener una copia



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Fortalecer programas de vacunación infantil y grupos vulnerables.	Se busca aumentar la cobertura de vacuna según la Norma	Búsqueda de inactivos. Oportunidades perdidas	BCG: 87.7 Polio: 85 Penta: 83% Rotavirus: 1era: 91 2da: 87	95	95	95	95	95	95	Informe de cobertura de vacunas.



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Fortalecer programas de vacunación infantil y grupos vulnerables.	Se busca aumentar la cobertura de vacuna según la Norma	Búsqueda de inactivos. Oportunidades perdidas	BCG: 87.7 Polio: 85 Penta: 83% Rotavirus: 1era: 91 2da: 87	95	95	95	95	95	95	Informe de cobertura de vacunas.



Ministerio de Salud

Región de Salud de Chiriquí

Plan de Intervenciones 2015-2019

Objetivo de Impacto	Resumen narrativo	Definición De la actividad a realizar	Línea base	Metas Intermedias					Metas Totales	Medios de Verificación
				2015	2016	2017	2018	2019		
Derecho a una educación de calidad	Establecer una coordinación entre el MINSA y MEDUCA para la vacunación preventiva contra el virus del papiloma humano en niñas de 10 años en adelante, al igual que otras formas de promoción y prevención en salud, en todos los centros educativos del País.	En conjunto con el censo escolar se busca la vacunación preventiva contra el VPH en niñas de 10 años.	75.70	100	100	100	100	100	100	Informe de cobertura de vacunas. Censo escolar.



Ministerio de Salud													
Región de Salud de Chiriquí													
Plan de Monitoreo 2015 - 2019													
Tipo	Línea base	Metas intermedias					Meta final	Indicador		ANÁLISIS Y UTILIZACIÓN			
		2015	2016	2017	2018	2019	Total	Numerador	Denominador	Metodología	Programa responsable	Gráfica	Conclusiones