

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD DE COCLÉ
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD 2014
OBJETIVOS, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES



Dra. Maricarmen Jaén, Directora Regional
Dra. Iraqueida Garcés, Subdirectora y Jefa del Departamento de Provisión de Servicios
Dra. Obdulia Araica, Jefa de Salud Pública
Licdo. Luis Campo, Jefe de Promoción de Salud
Licda. Cecilia de Charpentier, Jefa de Administración
MSP. Alex Ernesto Aparicio, Jefe de Planificación.

DICIEMBRE 2014

Descripción general de la Provincia de Coclé

Coclé es una provincia del centro de Panamá. Su superficie es de 4.927 km² Su capital es Penonomé. Limita al norte con la provincia de Colón, al este con la provincia de Panamá_Oeste, al sur con la de Herrera y el golfo de Parita y al oeste con la de Veraguas. El centro y norte de la provincia esta accidentados por la cordillera central; al sur pertenece las llanuras centrales, tierras bajas muy fértiles que se extienden hasta el litoral. Ver mapa No.1

Su apellido se origina probablemente del caudaloso Río Coclé del norte y Río Coclé del Sur, que atraviesan sus territorios. Otro origen posible se debe al Cacique Coclé que dominaba la Llanura Central.

Historia La Provincia de Coclé fue creada mediante Acto del 12 de septiembre de 1855, con el título de Departamento, siendo Presidente del Estado Federal el destacado estadista Dr. Justo Arosemena. Por el Decreto N° 190 del 20 de octubre de 1886, el antiguo Departamento tomó el nombre definitivo de Provincia de Coclé.

Geografía

El norte de la provincia es atravesada por la Cordillera Central de Panamá, con escarpadas elevaciones de origen volcánico que van desde los 200 [msnm](#) hasta los 1.600 [msnm](#), al Sur se encuentra la gran llanura que se extiende hasta la costa. El clima es tropical lluvioso, con precipitaciones del orden de los 2.500 mm anuales, que en algunos puntos del norte de las provincias alcanza los 4.000 mm. Los ríos principales de la provincia pertenecen a la vertiente del [Pacífico](#)(Grande, Chico) y en el límite norte del territorio tienen origen algunas corrientes que, a través del Coclé del norte, van al [Mar_Caribe](#).

.División administrativa La provincia de Coclé está dividida en seis distritos:

Distritos y corregimientos de Coclé

<u>Distritos</u>	<u>Corregimiento</u>	<u>Cabecera de distrito</u>
<u>Aguadulce</u>	<u>Aguadulce, El Cristo, El Roble, Pocrí, Barrios Unidos</u>	<u>Aguadulce</u>
<u>Antón</u>	<u>Antón, Cabuya, El Chirú, El Retiro, El Valle, Juan Díaz, Río Hato, San Juan de Dios, Santa Rita, Caballero</u>	<u>Antón.</u>

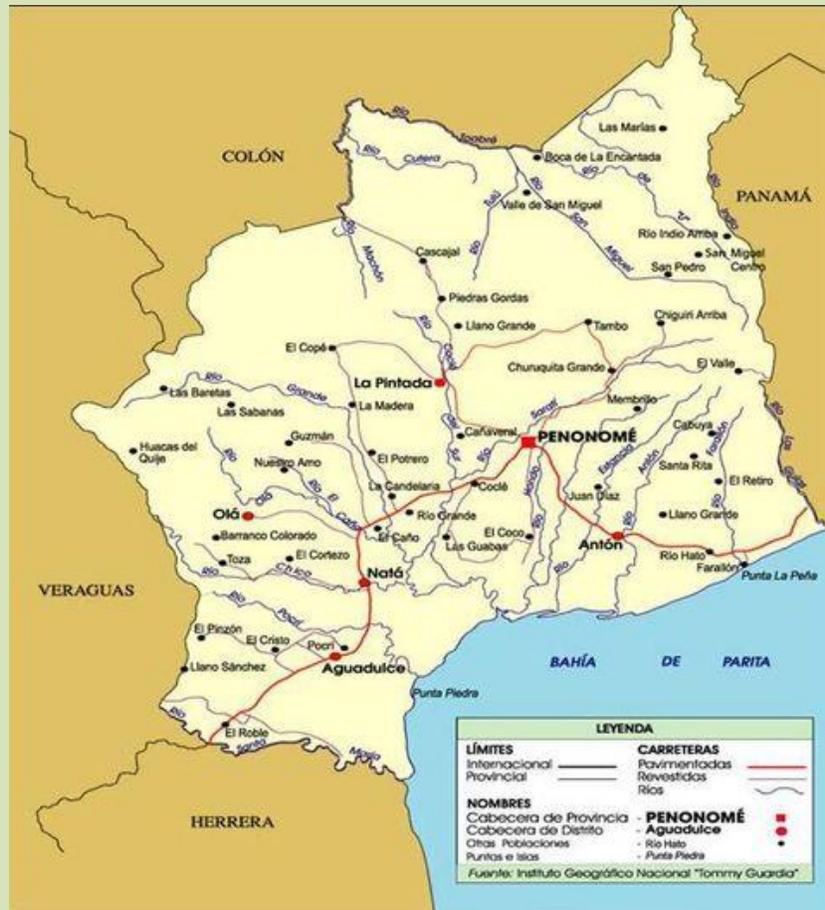
Distritos y corregimientos de Coclé

<u>Distritos</u>	<u>Corregimiento</u>	<u>Cabecera de distrito</u>
<u>La Pintada</u>	<u>La Pintada, El Harino, El Potrero, Llano Grande, Piedras Gordas, Las Lomas, Llano Norte</u>	<u>La Pintada</u>
<u>Natá</u>	<u>Natá, Capellanía, El Caño, Guzmán, Las Huacas, Toza</u>	<u>Natá de los Caballeros</u>
<u>Olá</u>	<u>Olá, El Copé, El Palmar, El Picacho, La Pava</u>	<u>Olá</u>
<u>Penonomé</u>	<u>Penonomé, Cañaveral, Coclé, Chiquirí Arriba, El Coco, Pajonal, Río Grande, Río Indio, Toabré, Tulú,</u>	<u>Penonomé</u>

Mapa No. 1. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA DE LA PROVINCIA DE COCLÉ



Mapa No. 3. VÍAS TERRESTRES DE ACCESO EN LA PROVINCIA DE COCLÉ



La provincia de Coclé pese a su extensión y gran número de lugares poblados localizados en las zonas montañosas, carece de una red adecuada de vías terrestres. Las carreteras pavimentadas se limitan a ciertas vías de acceso que conducen a las cabeceras de algunos corregimientos. El resto son carreteras revestidas (de tosca). La mayoría son carreteras de tierras y/o caminos de producción transitables solo en temporada seca.

FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

1. ¿Cuáles son los 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).

El entorno económico en la Provincia de Coclé muestra una tendencia creciente en el ámbito de la actividad comercial y la industria de la construcción. En los últimos 10 años Distritos como La Pintada, Penonomé y Antón, sin desconocer los intentos de recuperación del Distrito de Aguadulce, han experimentado una fuerte actividad económica marcada por la industria minera, el turismo, bienes y raíces con el consiguiente efecto en la oferta laboral.

Esta situación ha generado un incremento en el empleo formal e informal que a su vez ha impulsado el consumo de servicios y particularmente los de interés sanitario.

El crecimiento económico se ve acompañado de modalidades culturales en consumo de alimentos; así como de negocios informales que deben ser orientados dado la migración interna y externa, muy frecuente cuando existen mejoras en la economía de una región. Por ende son varios factores de riesgo que se deben contemplar en el análisis de salud y sus futuras y actuales planificaciones.

Específicamente con las grandes obras producto de la industria del turismo con la apertura de hoteles, restaurantes, grandes franquicias alimentarias, las creación de grandes urbanizaciones con miles de viviendas nuevas generando a su vez presión sobre la oferta de instalaciones sanitarias.

El proceso de urbanización según informes del MIVI muestra que en el período 2011-2014 han sido registrados 38 proyectos de urbanización con 4639 viviendas proyectadas de las cuales el 76% están localizadas en el Distrito de Penonomé. Estos proyectos se están llevando a cabo en los Distritos de Aguadulce con 12%, Distrito de La Pintada 5% y Distrito de Antón con 7% del total de construcciones. Ver Anexo. Cuadros 2.

Las proyecciones y tendencias del contexto político-económico-socio cultural de la Provincia de Coclé influye e influirá de manera directa e indirecta sobre la gestión sanitaria y los perfiles de salud.

La Doctora Viedma Luzcando ilustra el contexto macroeconómico y algunas características sociales. Tomamos el contenido de las principales conclusiones de la obra **“ECONOMÍA DE COCLÉ, EVOLUCIÓN Y FUTURO. PROYECTO EDUCATIVO DE GÉNERO Y ECOTURISMO”**

Entorno Nacional

El Crecimiento del PIB de la República de Panamá para 2013, fue de 8.4 % con respecto a 2012, según informe del INEC, Contraloría General de la República.

Los motores de desarrollo de la Economía de la República de Panamá:

Sector Transporte, almacenamiento y comunicaciones, con un monto de B/1,653.7 millones. Registra un crecimiento de 6.4 % con respecto al primer trimestre de 2012. Pero inferior al crecimiento de 2011, que fue de 14.2%.

Sector Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos, con un monto de B/844.9 millones. A pesar de su importancia en la formación del PIB global, registró un decremento de 2.2%, para el período en 2013.

Sector Construcción genera al PIB, un monto de B/ 605.4. millones. Representa un incremento de 26.8%, en 2013, con respecto a 2012.

Sector Intermediación financiera B/580.8 millones, creció en 9.3%, igual al período previo.

Crecimiento del PIB de la Provincia de Coclé.

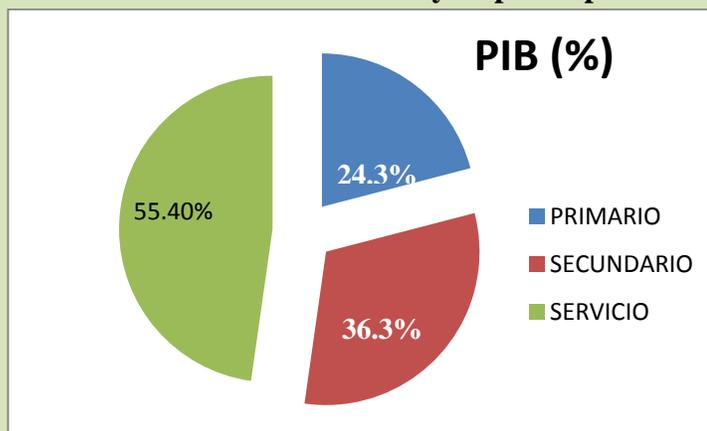
Históricamente la Provincia de Coclé es la cuarta provincia que más contribuye al PIB global (1.75%), las dos primeras, en la metrópoli, en el área del canal, están en extremos, diametralmente opuestos: en orden de prioridad: Panamá (70.6%), Colón (47.5%) y Chiriquí (12.8%).

El último dato disponible del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), el PIB de la provincia de Coclé, es para 2008, e indica que la Provincia de Coclé creció a una tasa de 2.8% con respecto a la de 2007, inferior a la de 2007, que fue de

3%. La composición de los sectores económicos del PIB son los mismos en todo el país. Estos son:

Agricultura, Ganadería y Silvicultura
Pesca
Explotación de Minas y Canteras
Industrias Manufactureras
Suministro de Electricidad, gas y agua
Construcción
Comercio al por mayor y al por menor reparación de vehículos automotores motocicletas, efectos personales y enseres domésticos.
Hoteles y Restaurantes
Transporte, almacenamiento y comunicaciones.
Intermediación Financiera
Actividades Inmobiliarias, empresariales y de alquiler.
Enseñanza privada
Actividades de servicios sociales y de salud priv
Otras actividades comunitarias Sociales y personales de servicios.
Gobierno General
Hogares privados con servicios Domésticos.

Los Sectores Económicos de la Provincia de Coclé y su participación en el PIB global.



Se confirma que el Sector Terciario es el que más contribuye a la formación del PIB de la Provincia de Coclé, con un 55.4%

Los motores del Desarrollo de la Provincia de Coclé.



Las Obras Comunitarias en el 2012 fueron de B/630.000.00

Las inversiones presupuestadas para el 2013 ascendieron a B/7,986.6.

Para el 2014 se estima que el Gobierno invertirá más de B/160.0 millones, con énfasis en el desarrollo provincial y el turismo.

Se observa una positiva actividad en inversiones públicas y privadas en la Provincia de Coclé, que generan fuentes de ingreso para su población.

El empleo en la Provincia de Coclé por género.

Del total de la PEA, el 98% está ocupado. Sin embargo, del total de la PEA ocupada, 110,647 personas, sólo el 36.8% representa mujeres ocupadas y el resto son hombres. Queda confirmado que el empleo en la Provincia de Coclé es de dominio masculino.

Igual tendencia se observa en el desempleo abierto, recae en las mujeres el mayor porcentaje: 60.7%... la pobreza tiene cara de mujer en la Provincia de Coclé.

Los salarios ganados por las mujeres en las empresas particulares.

En la Provincia de Coclé, en 2011, las empresas particulares pagaron un total de B/9. 2 millones en conceptos de sueldos. Los hombres captaron un 80.4% de los mismos y las mujeres el resto. Se evidencia la primacía del pago de salarios en mayor monto que a las mujeres.

Al desglosar los salarios por rangos, se verifica la tendencia discriminatoria de los salarios captados por las mujeres. En el rango de salario de B/300.00 a 399.99 los

hombres captan el 76.2% de los mismos y las mujeres el resto. Es obvia la discriminación de género en la captación de los salarios de este rango. La tendencia se mantiene en el rango de salarios de B/400.00 a B/499.99

En el cuadro del INEC, en estudio, se observa que en el rango de salarios pagados por las empresas privadas que va de B/1,500.00 a B/1,999.00, las mujeres apenas captan el 15.1%, lo que constituye una clara evidencia de la discriminación salarial de las mujeres.

Las políticas públicas del gobierno panameño son amplias, diversas, dirigidas a las áreas marginales, bajo la administración de ministerios e instituciones del sector público. La investigación constata que no se focalizan por género, para visibilizar a las madres solteras en riesgo social de las áreas seleccionadas en la Provincia de Coclé ya que no se benefician de ninguno de los programas sociales del gobierno.

Principales problemas político-económico-sociocultural y de género de la Región que influyen en la situación

1. **La pobreza rural persiste en la República de Panamá** con énfasis en las áreas Indígenas y rurales. Panamá tiene aproximadamente un millón de pobres. En Coclé el 51.6 % de la población pobre.
2. **La desigualdad en la distribución del ingreso** es otro gran problema en la Economía de Panamá. El Coeficiente de Gini de 0,58 coloca a Panamá como la quinta sociedad con mayor nivel de desigualdad de América Latina y la undécima del mundo. El 20% más rico de la población tiene un ingreso familiar anual promedio 32

veces más alto que el del 20% más pobre (2007). La inequidad se ha señalado como una de las causas estructurales que estaría contribuyendo a perpetuar la pobreza, amenazando de paso la gobernabilidad del país. El 20% de la población adinerada devenga el 60 % del ingreso anual del país, mientras que el quinto más pobre percibe solamente el 2%.

Las características de las mujeres en riesgo social:

Las mujeres sufren más que los hombres los distintos tipos de pobreza, por las desigualdades de género: en educación, salud, control de los medios de producción, propiedad, puestos de responsabilidad política, A pesar de ellos las mujeres son activas en su papel productivo y social, desarrollan labores agrícolas y ganaderas, comercio, trabajan en el hogar con los (as) niños (as) y lo administran,

Entre las características de estas mujeres en riesgo social se tienen: Hogares con muchos hijos (as). Altas tasas de fecundidad. Esperanza de vida más corta. A mayor número de hijos mayor pobreza. Viviendas con piso de tierra y caña brava. Gran cantidad de hogares sin títulos de propiedad. Hacinamiento al convivir en un cuarto muchos miembros. Sin títulos de propiedad ni acceso al crédito. Altos índices de desnutrición principalmente en las áreas indígenas, que muchas veces no tienen ni agua potable.

Características de las madres en riesgo social en la provincia de Coclé.

Existen aún mujeres separadas o solteras, jóvenes y de mediana edad, en precaria situación; sin escolaridad, sin formación situación de salud en algunos casos para ellas y sus infantes. Poca o nula ayuda recibida de recursos y programas sociales públicos, en ambientes familiares de violencia doméstica, desempleadas, sin oficio principal, trabajadoras de hogares para generar algún sustento.

Viven de la caridad familiar, no tienen una vivienda propia, las condiciones de las viviendas son insalubres en muchos casos. Muchas veces no conocen de las leyes que las pueden ayudar, la burocracia gubernamental afecta la fluidez de las mismas y su adecuada divulgación. La degradación del ambiente donde viven, aumenta cada día. Tienen problemas económicos pues no están capacitadas para un oficio que demande el mercado. Tienen problemas emocionales que denigran su ser mujer.

Pertinente a las madres solteras en riesgo social de las áreas rurales en Estudio.

La investigación constata la situación de riesgo social, dado la falta de ingresos, las necesidades básicas insatisfechas, la falta de capacidades y la vulnerabilidad a los riesgos.

No tienen un empleo digno, ni tierras para la producción de alimentos o generar ingresos. El crédito es inexistente, lo que aumenta la brecha de inequidad de la madre soltera joven. El acceso a los servicios básicos es débil.

Desconocimiento de los programas sociales a los que tienen derecho. No cuentan con la capacitación requerida para formar micros o pequeñas empresas, que les permita entrar al mercado laboral con un sustento estable. Tienen un promedio de tres hijos (as) y viven de la caridad familiar, que apoyan en la educación de los infantes, que también viven en riesgo social.

Poca o inexistente educación, cada día más necesaria para la competitividad en el mercado laboral, considerando que el nivel de escolaridad es crucial para la inserción laboral. La tasa de alfabetización es alta. Pero es baja la matrícula en el nivel secundario. Se constata deserción escolar, para realizar trabajos domésticos y productivos. Nivel de escolaridad entre 9 y 13 años.

3. Los conflictos de competencias y el desempeño del MINSA (Región de Salud).

La prevalente práctica en la actividad productiva de utilizar tecnologías que contaminan el hábitat de grupos poblacionales, fauna y flora continua ante una débil gestión y fiscalización en materia de plaguicidas- Se observa la falta de acción coordinada ejerciendo cada una sus competencias, en instituciones como son el municipio y el MIDA, para asegurar el cumplimiento de las normativas establecidas en este tema. Por ejemplo: a nivel municipal existen acuerdos y normativas establecidas por los consejos municipales para sancionar ejemplarmente a los infractores por el inapropiado uso de agroquímicos cerca de las áreas residenciales. Por otro lado, el MIDA es quien otorga los permisos para aplicaciones aéreas pero continuamos atendiendo reclamos de parte de la comunidad de una adecuada fiscalización. Los afectados lógicamente recurren al

Ministerio de Salud en busca de solución, ya que sienten que hay una amenaza a su salud.

En el manejo de las aguas residuales es competencia del IDAAN el adecuado funcionamiento de las plantas de tratamiento de aguas residuales públicas y las privadas que hayan sido aceptadas. La normativa establece que una hayan sido aceptadas por el IDAAN son los responsable de su mantenimiento. Sin embargo, la falta de asignación de recursos para ello genera que las plantas se deterioren y den mal servicio convirtiéndose en factores de riesgo a la salud de grandes conglomerados de habitantes. Por los problemas ambientales. Problemas tan sencillos como es el mantenimiento de las líneas de alcantarillado demoran por semana para realizar las reparaciones pertinentes, como siempre una vez que la salud de la población está amenazada, está termina acudiendo a las oficinas de salud en busca de respuestas.

En materia de aprobación de **proyectos de construcción** observamos que en algunos municipios no tienen un sistema de gestión apropiada para el seguimiento de las obras, si bien la ley les permite a través de ingeniería sanitaria utilizar el mecanismo de paralización de las obras cuando no se cumple lo establecidos y aprobados en los planos, vemos con preocupación que el papel no va más allá de cobrar impuestos y se observan deficiencias en la fiscalización de las construcciones.

En los últimos años, hemos observado la proliferación de permisos previos (los llamados P y P) que permiten en algunos casos que los promotores infrinjan normas de construcción en los proyectos, y aún no han sido aprobados los planos y ya están iniciando obras y colocando estructuras que no cuentan con los materiales aprobados, con el pretexto de agilizar las construcciones.

- 4. Debilidad en la gestión sanitaria de los Municipios** que están a cargo de la gestión, de los desechos sólidos, situación que permite que este problema siga latente a través de los años. En Coclé, se cuenta un sistema tipo relleno sanitario en Antón, que ha resultado ser modelo para la implementación en otros lugares. Sin embargo, vemos que

el resto de los municipios no se han preocupado por retomar ese tema. Existe una Autoridad de Aseo que dentro del contexto de la ley tiene cobertura nacional, mas no observamos en el horizonte cercano las oportunidades de tener rellenos sanitarios en el interior del país.

- 5. Debilidad en la articulación interinstitucional y de los gobiernos locales para el cumplimiento de la normas sanitarias en materia de establecimientos de interés sanitario y de alimentos.** Las políticas económicas de carácter gubernamental que regulan el comercio han ignorado las políticas y programas de salud en materia de vigilancia y control, favoreciendo el interés comercial en detrimento de lo sanitario. Existen disposiciones y actuaciones en la aplicación de la ley que hacen colisionar los intereses y funciones entre el Ministerio de Comercio, las Alcaldías entre otras instituciones y el Ministerio de Salud, como lo es el caso de las autorizaciones para el funcionamiento de los establecimientos de interés sanitario y expendio de alimento permitiendo infraestructuras no adecuadas, incumplimiento de las normativas.

En la parte de los comercios, la ley 5 del 2007 sobre Panamá Emprende que agiliza el proceso de creación de comercios, permite que estos establecimientos se instalen a través de un aviso de operación a cualquier ciudadano que quiera crearlo. Una vez que el negocio está creado y abre al público, nos encontramos con la realidad de que algunos no cumplen con los requerimientos sanitarios (estructura, servicios higiénicos, facilidades sanitarias como fregadores, trampa de grasas, campanas de humo, carnet de salud, entre otros) y al final el Ministerio de Salud le toca hacer procesos administrativos a los infractores, incluso ordenando suspensión temporal por considerarlos un riesgo para la salud pública.

- 6. ¿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 Municipal?**

Los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional están distribuidos en las instancias de organización del gobierno central y de los

gobiernos locales. A nivel institucional la Gobernación de la Provincia es quien transmite las orientaciones en materia social por parte de la Presidencia de la República y del Despacho de la Primera Dama. La Junta Técnica es el espacio por excelencia para establecer la coordinación entre las instituciones de los sectores sociales sin embargo el sistema de planificación y gestión centralizada en muchas instituciones es un obstáculo para la coordinación y articulación efectiva de los esfuerzos regionales puesto las directrices no siempre concuerdan en cuanto a prioridades con las necesidades regionales.

7. **Cómo se incorpora la política de salud a los programas sociales regionales? Por ejemplo: Red de oportunidades, 120 a los 65, beca universal y otros proyectos de inversión social.**

No existen políticas de salud de forma especiales para los programas sociales regionales pero si existen políticas estrategias y programas diseñadas para atender las poblaciones más vulnerables dentro de los cuales están las familias beneficiadas con la Red de Oportunidades y las poblaciones de más de 65 años. La cartera de servicios de las diversas instalaciones de la Región de Coclé incluye actividades de controles preventivos a los niños, mujeres en edad reproductiva, adolescentes y salud del adulto. Además existen disposiciones legales que favorecen a dichos grupos con la gratuidad de la atención. En la Región de Salud de Coclé se ejecuta en la actualidad el Programa para la Mejora del acceso focalizando a los grupos poblaciones de zonas en difícil acceso y asegurando la atención en la periferia cercana de los Centros de Salud

8. **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 cambio climático, la contaminación son atribuibles directamente a las actividades que desarrolla el humano. Los cambios demográficos, el incremento en la demanda de recursos naturales y el incremento en el consumo de energía proveniente de fuentes fósiles (quema de combustibles fósiles y biomásicos), modelo de desarrollo depredador, injusto y contaminante del ambiente insostenible, deforestación, cambio de Uso de la Tierra (agricultura, ganadería) son las causas de estas problemáticas, trayendo como consecuencias algunos impactos que ya son palpables como: inseguridad alimentaria, escasez de agua, contaminación del aire, problemas de higiene, proliferación de criaderos, contaminación del agua, inundaciones, derrumbes.

La provincia de Coclé es parte del llamado Arco Seco cuya característica principal es la baja precipitación pluvial en algunas de sus zonas geográficas dedicadas a la producción de granos básicos y ganadería, veranos de más de tres meses con alta incidencia de los rayos solares los cuales caen de una manera perpendicular de forma casi directa sobre la tierra. Lluvias con una alta variabilidad los cuales se observa en los cambios en la frecuencia y temperaturas muy cambiantes.

Los efectos más evidentes del Cambio Climático se vienen observando en sobre el recurso agua. Las zonas con mayor densidad poblacional y actividad agropecuaria se abastecen de cuatro (4) cuencas: las de Río Grande, Río Santa María, Río Coclé del Norte, y Cuenca del Río Antón-Caimito. El pujante desarrollo Turístico de la Provincia también depende de ellas.

La Sub-Cuenca del Río Zaratí, la de los Ríos Coclé del Sur, la del Río Farallón y la del Río Chico sirve de fuente para las potabilizadoras de La Pintada, Río Hato y Hoteles, Natá y Aguadulce respectivamente.

Los Cerros Guacamaya, Cucusal, Cerro Moreno y Cerro Cariguana constituyen zonas productoras de agua. La del Cerro Guacamaya abastece a más de 15 mil personas.

Los fenómenos del niño y la niña, cuando aparecen, constituyen factores que agravan los efectos sistémicos del cambio climático. Estos fenómenos generan efectos perjudiciales como inundaciones, escasez de agua y amenaza a la seguridad alimentaria en las zonas bajas y el norte de Penonomé.

Durante el fenómeno del Niño (2006-2007) se reportaron problemas de inundaciones en parcelas de arroz (Veraguas, Coclé, Colón y Panamá), las pérdidas se estimaron en B/.1.2 millones, aproximadamente. Periodos de sequía (Herrera, Los Santos, Coclé, Chepo), en Tonosí, se reportaron pérdidas en arroz de 4,900 hectáreas, aunado a la alta incidencia de las plagas.

Durante el fenómeno de la Niña (2003) se reportaron en zonas como Panamá y Coclé la incidencia de ácaros, hongos y bacterias que provocaron manchado del grano de arroz.

Durante la estación lluviosa, parcelas de arroz afectado en Antón, en El Roble, en Natá (240 has inundadas, 50% en máx. Macollamiento y 50 % en floración).

9. 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?

El Decreto Ley que crea los Comité de Salud, la Resolución que crea y regula las Junta Administradoras de Acueductos Rurales son parte de las legislaciones que favorecen la participación social. De igual forma la Ley que crea los Consejos de Gestión de Hospitales reconoce la participación social al permitirle a organizaciones no gubernamentales y comunitarias . Sin embargo los cambios culturales y desarrollo material de algunas áreas geográficas tanto en las comunidades rurales como en las urbanas exige cambios.

Un ejemplo de ello es la revisión de la normativa **en acueductos rurales; la Resolución # 028**, en la que hay aspectos importantes como el mecanismo para hacer cumplir los requerimientos en cuanto a la aplicación de cloro residual.

En la mayoría de los casos, después de la capacitación y la implementación de los sistemas de clorinación, al realizar los muestreos observamos que hay un incumplimiento de las directivas administradoras; por ende se requiere implementar un proceso administrativo bien claro por este incumplimiento.

En la CSS la Ley 51 establece la participación social y de hecho la Junta Directiva es muestra de esta representatividad a nivel macro, por otro lado, enfatiza esta relación estrecha entre colaboradores y asegurados, que a nuestro nivel regional y local se dan desde la participación de los pacientes en los diferentes programas preventivos de salud, como también en reuniones con grupos organizados de la comunidad para ventilar situaciones dentro del sistema que se pueden mejorar y también como agentes multiplicadores de información de salud y mejora en la comunicación entre usuarios internos y externos.

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

El índice de desarrollo humano, según la ONU, para la Provincia de Coclé es alto, de 0.725, ocupa el sexto lugar entre las provincias de la República de Panamá. Es comparable con el IDH de la República de Ecuador. La Provincia de Panamá tiene un IDH de 0.828, comparable con Hungría. Sin embargo al observar el índice por Distrito los Corregimientos Cabeceras de los Distrito de Aguadulce, Penonomé y Antón encubren los bajos índices de los corregimientos con mayor % de pobreza condición asociada a los ingresos como componente del índice de desarrollo humano.

Los niveles de pobreza extrema de la población coclesana, según un estudio del MEF: La Pintada: 46.5%, Olá: 44.5% de pobreza extrema seguido de Penonomé con un 35.6%; niveles de pobreza medidos considerando los niveles de consumo. En cuanto a los niveles de pobreza general La Pintada y Olá tienen un 78.3%, seguidos de Penonomé con un 61.4% y Antón con un 57.2%. La pobreza es menor en los distritos de Natá con un 47.6% y Aguadulce, 34.3%. Concluyendo que el Distrito de Aguadulce tiene una mejor condición de ingresos y de satisfacción de sus necesidades y Olá un menor índice de satisfacción de sus necesidades básicas.

El Índice de Desarrollo Humano de la provincia de Coclé al igual que el resto de las provincias del país presenta una alta vinculación con los puntajes obtenidos en los aspectos cognitivos y socioemocionales de las personas. La dimensión de nivel de vida y la de educación también presentan una asociación similar con ambos puntajes. En lo que respecta a salud se observa una relación mucho más alta en lo relacionado al aspecto cognitivo, lo que está supeditado a los efectos del desarrollo temprano del individuo, la longevidad, las bajas tasas de mortalidad infantil registradas nivel de la provincia, y a los índices nutricionales adecuados reflejados en las evaluaciones de programas lo que contribuye a favorecer de manera positiva el desarrollo de las personas en la provincia.

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

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?

El perfil demográfico de la provincia de Coclé muestra que la población aún es joven, sin embargo empieza a mostrar la misma tendencia al envejecimiento que el nivel nacional. Es notorio que al haber una reducción de la tasa de fecundidad y mantenerse la mortalidad general que aunque con un leve incremento en perspectiva tiende a bajar y como consecuencia la mejora en la esperanza de vida al nacer. El envejecimiento de la población implica un incremento de las enfermedades propias del deterioro natural del ser humano, más aún si no tiene acceso y sistemas de protección o aseguramiento en materia de salud. Por otro lado si bien hay tendencia leve al envejecimiento la estructura aun mantiene una base ancha con población infantil alta, cuyo perfil de morbilidad se caracteriza por enfermedades diarreicas y respiratorias. El perfil epidemiológico en la

población adulta actual muestra una alta frecuencia de Diabetes e Hipertensión arterial, de continuar dicho proceso de hacia la transición demográfica como en efecto es la tendencia es de esperar un incremento en la demanda de servicios curativos, de diagnóstico y de rehabilitación que reclamaran más recursos públicos para satisfacer dicha demanda encareciendo los costos de producción y del sistema sanitario de la provincia de Coclé.

Por ello habrá que incrementar la Promoción de vida saludable, el Programa de Diabéticos, Salud Escolar, Adolescentes, Programas para fármaco dependientes y otros para tratar de controlar y mitigar dichos efectos del perfil demográfico-epidemiológico en Coclé. Ver gráficas de Pirámides Poblacionales en Anexo.

Densidad de Población:

Coclé es la cuarta provincia con mayor densidad con 47.2 habitantes por kilómetro cuadrado, solo superada por Panamá, Chiriquí y Colón. Entre el 2000 y el 2010 ganó 6.3 habitantes por kilómetro cuadrado.

Población protegida por la seguridad social:

El porcentaje de población asegurada es de 83.9, hay 5.9 pensionados x cada 100 hab., 6-9 jubilados x 100 protegidos y 46.7 beneficiarios x cada 100 protegidos.

El porcentaje de analfabetismos es de 2.1 %

¿Cuáles son las tendencias esperadas en los próximos años, en los indicadores de salud ambiental, educación, vivienda, saneamiento y desempleo?

Las cifras indican una mejora significativa en el saneamiento básico en las zonas urbanas, sin embargo el crecimiento acelerado en las ciudades de Coclé, particularmente en las ciudades de Penonomé, Aguadulce y Antón y la falta de planificación urbana amenazan la sostenibilidad de los sistemas públicos de agua y saneamiento. La oferta de vivienda ha crecido en los últimos años mediante la inversión privada y según los reportes del MIVI, continuarán en los próximos años. No se cuenta con información para identificar la brecha o déficit en materia de necesidades de vivienda. En el área rural según el Censo del 2010 se observan altos porcentajes de viviendas con piso de tierra, viviendas con cocinas a base de fogones de leña y letrinas.

Los progresos obtenidos en los últimos 40 años en las zonas rurales con la construcción de acueductos se ven amenazadas por el agotamiento de las fuentes de agua subterráneas (generalmente las principales fuentes de agua captadas para los sistemas colectivos de disposición de agua) y los sistemas comunitarios de administración de acueductos rurales no están garantizando la sostenibilidad de la calidad del agua que se almacena y distribuye.

Pese al crecimiento de la población en zonas urbanas y una reducción en la rural aún en Coclé continúa siendo su principal característica demográfica. Por lo que la demanda de sistemas de saneamiento básico en dichas áreas continuará creciendo pues la tasa de fecundidad en la zona rural es superior a la zonas urbanas.

La problemática ambiental que actualmente es patente, demanda la incorporación de nuevas aptitudes profesionales, de participación comunitaria activa en la solución de problemas que aquejan a las comunidades, así como el interés de las demás entidades en la participación y apoyo en la solución de los problemas más apremiantes que se dan dentro de la sociedad con intervenciones apropiadas y oportunas en beneficio de la salud pública, fortalecimiento del marco

legal, continuar con el saneamiento básico que contempla aquellas actividades relacionadas con el mejoramiento de las condiciones básicas que afectan a la salud, o sea, el abastecimiento de agua, disposición de excretas, residuos sólidos, vivienda, mediante vigilancia y fiscalización de los mismos.

Según la Encuesta de Mercado Laboral 2012-2013 realizada por la Contraloría General de la República, la población ocupada respecto a la población económicamente activa representa en Coclé el 62.4%. El desempleo abierto es de 3.8% .El subempleo invisible fue de 14.1% y el visible 3.4%. Es notorio el crecimiento de la oferta laboral producto del comercio en las principales ciudades y la actividad hotelera en la zona costera. Sin embargo el empleo informal para agosto del 2013 representaba el 48.9 %.

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

Las aguas residuales y alcantarillado:

En materia de aguas residuales: Antón, Penonomé en áreas urbana, el resto de los distritos en el área rural.

A nivel residencial la **disposición adecuada de los desechos sólidos**, ya que solamente en el Municipio de Antón y Penonomé se manejan técnicas de disposición como enterramiento; en el resto de los municipios es a través de vertederos a cielo abierto.

Desechos sólidos: Aguadulce, Natá, Olá y La Pintada.

El manejo inapropiado de los plaguicidas y su incidencia en los casos de intoxicaciones, ya sea por intento de suicidio o el incumplimiento del equipo de protección personal.

Los distritos donde se deben priorizar intervenciones son: Antón, Penonomé, Natá y Aguadulce.

La calidad del agua para consumo humano, se presenta la falta de vigilancia de los sistemas de acueductos rurales y adecuada administración de los mismos.

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

- ✓ Caña de azúcar, arroz, maíz, aves, huevos.

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

No podemos precisar con certeza cual es porcentaje de comunidades afectadas por desastres naturales, pero si les podemos indicar cuántas comunidades han sido las que han tenido eventos de desastres naturales, Entre ellas, tenemos:

Inundaciones

- ✓ El Roble de Aguadulce,
- ✓ Boca de Toabré,
- ✓ Las María de Río Indio,
- ✓ El Jobo de Río Indio,
- ✓ Oajaca,
- ✓ Natá,
- ✓ Río Grande,
- ✓ Cerrozuela,
- ✓ Tavidal,
- ✓ Sofré,
- ✓ Turega,
- ✓ Boca de Uracillo,
- ✓ El Guayabo,
- ✓ Cañaverál,
- ✓ Vista Hermosa,
- ✓ Churuquita Chiquita,
- ✓ Coquillo.

Deslizamiento de tierra.

- ✓ Llano Grande,
- ✓ San Pedro,

- ✓ San Miguel Centro,
- ✓ El Valle.

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

¿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.

LISTADO DE ACUEDUCTOS EXISTENTE Y TIPO DE SISTEMAS.									
Distrito	Población	Tipo de Acueducto Rurales		Acueductos IDAAN			Acueducto Privado por pozo	Cantidad de Acueductos	Administrados por JAAR
		PP	G	Planta	PP	G			
Natá	14060	15	28	1	0	0		44	32
Olá	7004	10	53	0	0	0		63	44
La Pintada	21820	6	139	1	0	0		145	85
Antón	52088	23	64	1	5	1	8	102	81
Penonomé	73408	26	127	1		0		161	140
Aguadulce	58864	19	3	1	12	0	2	23	21
TOTAL	227244	98	336	5	17	1	10	538	403

Mecanismo de Gestión:

- ✓ Construcción de Nuevos pozos perforados para suplir el agua en las áreas críticas urbanas y rurales.
- ✓ Mejoramiento de la planta potabilizadora de Penonomé, Natá y Aguadulce.

MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS

DISTRITO	MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS																
	NÚMERO DE CASAS	RECOLECCIÓN							DISPOSICIÓN FINAL								
		N° DE SISTEMAS DE RECOLECCIÓN				NÚM. DE CASAS SERVIDAS POR LA RECOLECCIÓN	NÚMERO DE CASAS NO SERVIDAS ACCESIBLES	NÚMERO DE CASAS NO SERVIDAS NO ACCESIBLES	TRATAMIENTO DOMICILIAR			N° DE SISTEMAS PÚBLICOS					
		PÚBLICO		PRIVADO					CASAS CON DISPOSITIVOS DE ENTERRAMIENTO	DISPOSITIVO DE INCINERACIÓN	UTILIZAN SITIOS NO APROBADOS	VERTEDEROS A CIELO ABIERTO		INCINERACIÓN		RELLENO SANITARIO	
		B	D	B	D							B	D	B	D	B	D
AGUADULCE	1473																
E	7	0	1	1	0	8688	4	352	153	1654	2750	0	4	0	1	0	0
PENONOMÉ	2010																
	4	0	1	0	0	6784	0	0	1217	5012	7091	0	1	0	0	0	0
NATÁ	3727																
	197																
	3727	0	1	0	0	1747	0	0	0	10	1970	0	1	0	0	0	0
ANTÓN	1316																
	5	0	1	0	0	3121	0	0	3108	6540	396	0	0	0	0	1	0
LA PINTADA	6539																
	69																
	6539	0	2	0	0	591	267	69	2779	1976	875	0	1	0	0	0	0
OLA RURAL	1860																
	239																
	1860	0	0	0	0	0	0	0	95	1608	157	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6013																
	2	0	6	1	0	2093	139	239	7352	16800	13239	0	7	0	1	1	0

Mecanismo de Gestión:

- ✓ Construcción de relleno sanitario regional y una planta de reciclaje o recuperación de materiales.
- ✓ Mejoramiento de la flota vehicular municipal para recolección de los desechos sólidos y establecimientos de nuevas rutas en las comunidades suburbanas.
- ✓ Establecer un mecanismo de cobro para el pago de la tasa de aseo.

DISTRITO	DISPOSICIÓN DE AGUAS RESIDUALES												
	NÚMERO DE CASAS	NÚMERO DE HABITANTES	ALCANTARILLADOS			TANQUES SÉPTICOS				LETRINAS			
			EXISTENTES	CASAS CONECTADAS	POBLACION SERVIDA	EXISTENTES	CASAS SERVIDAS	POBLACION SERVIDA	TANQUES SÉPTICOS DEFICIENTES	CASAS CON LETRINAS	POBLACIÓN BENEFICIADA	LETRINAS DEFICIENTES	CASAS SIN LETRINAS
AGUADULCE	14737	33197	7	1668	5175	4840	4625	19181	27	6601	23708	179	37
PENONOMÉ	20104	86710	2	2842	11176	4203	4203	17532	61	12513	55062	785	542
NATÁ	3707	13953	1	381	1217	451	451	1696	10	2641	10100	97	205
ANTÓN	13165	54904	1	674	3297	3502	3502	17284	0	9050	34323	442	0
LA PINTADA	6549	30391	0	0	0	616	616	3072	48	5805	26612	427	105
OLA RURAL	1860	6540				122	122	509		1699	5880	52	33
TOTAL	60122	225695	11	5565	20865	13734	13519	59274	146	38309	155685	1982	922

Mecanismo de Gestión:

Implementación del programa 100/0 priorizados en comunidades que cuenten con el recurso agua suficiente. Construcción de los alcantarillados para Río Hato, El Valle, El Copé, Olá y ampliación del alcantarillado de Penonomé y Antón.

SITUACION DE SALUD (indicar número y tasas)

C. Principales causas de mortalidad	Total	2000		Total	2010		2012		Total
		Masc	Fem		Masc	Fem	Masc	Fem	
Mortalidad general	775			1069	625	444	1125	666	459
1. Tumores y Neoplasias malignas.	127			191	89	102	203	112	91
2. Eventos Cerebro vasculares	83			110	70	40	128	73	55
3. Accidentes, lesiones auto-inflingidas, agresiones y violencia	72			75	70	5	110	95	15
4. Enfermedad Isquémica del corazón	45			98	60	38	109	75	34
5. Otras enfermedades del corazón	34			68	37	31	30	13	17
6. Otras causas	412			527	299	228	336	198	138
Mortalidad en menores de un año	73			41	18	23			
1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	32								
2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	22								
3. Neumonía.	5								
4. Las demás causas	14								
1. Hipoxia intrauterina y asfixias al nacer				5	1	4			
2. neumonías				4	3	1			
3. Otras infecciones respiratorias agudas				4	3	1			
4. Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso				4	2	2			
1. Hipoxia intrauterina y asfixias al nacer							8	5	3
2. Malformaciones congénitas del corazón							8	4	4
3. Otras afecciones respiratorias del recién nacido							7	7	0
4. Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal...							6	2	4
5. Otras malformaciones congénitas							4	2	2
Causas Mortalidad en menores de 5 años	35			13	5	8			
1. Neumonía	7			3	1	2			
2. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6			3	1	2			
3. Accidentes, agresiones y otras violencias	3			***	***	***			

4. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3								
5. Las demás causas	16			6	2	4			
Mortalidad Perinatal, Neonatal y Post Neonatal									
025-Recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto.	0			2		0			
028-Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	3			5		8			
030-Neumonía Congénita						2			
031-Otras afecciones respiratorias del recién nacido	4			0		7			
032-Sepsis bacteriana del recién nacido	0			2		0			
035-Las demás afecciones perinatales	6			2		2			
036-Hidrocefalia congénita y espina bífida	0			0		1			
041-Otras malformaciones congénitas	5			4		4			
Mortalidad materna									
088 – Embarazo terminado en aborto	0			0		1	0		
089 - Causas obstétricas directas	1			2		1	2		
090 - Causas obstétricas indirectas	1			0		0	0		

SITUACIÓN DE SALUD (INDICAR NÚMERO Y TASAS)

		2000			2010			2014	
Población con algún tipo de limitación	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
2. Visual (ceguera)				1778					
3. Auditiva				1198					
4.Física				2695					
5. Intelectual									
6.Múltiples									
7. Órganos y sistemas				315					
8.Otras				624					

En el 2012 la tasa de mortalidad infantil fue de 13.2

Gran parte de las muertes entre menores de un año en Coclé se deben a causas prevenibles. Este indicador, vinculado directamente con la meta, mide la supervivencia de los niños y niñas menores de cinco años de edad y está relacionado con las condiciones económicas, ambientales y sociales en que vive este grupo de población.

- 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 (bulling), ruidos, accidentes, delitos, intoxicación por plaguicidas, otros). Existe programas dirigidos a promover o incentivar los estilos de vida saludables en la población, cuáles?

FOTOGRAFÍA N° 3 CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

La Salud de las personas se ve afectada cuando el medio ambiente deja de satisfacerlas necesidades básicas y al mismo tiempo presenta numerosos riesgos. Los diferentes riesgos o peligros ambientales a considerar pueden dividirse en “riesgos tradicionales que están ligados a la pobreza y la ausencia de desarrollo, y riesgos modernos”, dependientes de un desarrollo insostenible:

a.- TRADICIONALES:

- Falta de acceso de agua segura.
- Saneamiento básico de la comunidad rural.
- Inapropiado manejo de los alimentos
- Sistemas deficientes de disposición de residuos
- Vectores de enfermedades, especialmente roedores e insectos.
- Inadecuado manejo de aguas residuales.

b.- MODERNOS:

- Contaminación del agua por núcleos poblacionales e industriales.
- La acumulación de residuos sólidos y peligrosos.
- Riesgos de enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes.
- Deforestación, degradación del suelo y los cambios ecológicos.
- El humo del tabaco y el alcohol.
- Contaminación acústica.

Ante esta realidad de la problemática ambiental se requiere por ende se doten de recursos apropiados para la vigilancia y la fiscalización de esos factores. La región cuenta con personal limitado por lo que es imperante involucrar a otros actores sociales y la comunidad para el apoyo en la gestión ambiental. La comunidad debe cumplir un papel significativo, en donde se requieren acciones en la prevención y el control de las enfermedades para lo cual es importante establecer estrategias de trabajo con las autoridades locales, los que estamos encargados de la salud y los líderes sociales para poder enfrentar retos como el dengue, hanta virus, leptospiurias, enfermedades de gran impacto en la salud rural.

Qué problemas se deben vigilar?

En Coclé tanto en el medio urbano como rural los problemas sanitarios usuales se enmarcan principalmente en el uso y el manejo del agua y desechos (tanto sólidos como líquidos), la urbanización y el saneamiento básico de la vivienda rural, la proliferación de vectores, la condiciones de los alimentos y sus locales de venta, los locales de interés sanitarios .

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

SANAMIENTO AMBIENTAL:

Para el desarrollo de las acciones de intervención se cuenta con un personal comprometido, como punto de apoyo inicial, al igual que los grupos inter-institucionales de acción local como, las OE, ANAM, MIVI, IDAAN, MUNICIPIOS que incursionan en la gestión ambiental; y la comunidad organizada en los grupos sociales como las j.a.a.r y comités de salud. Sin embargo es importante resaltar que la cantidad de Inspectores y técnicos sanitarios es limitada para la complejidad de los problemas existentes y los retos que se manifiestan por ser una provincia turística y con proceso de desarrollo industrial. Se cuenta en la actualidad con 11 Inspectores y dos técnicos agropecuarios para una población estimada en 248,000 habitantes, de los cuales 2 son jubilados y para el 2019 se jubilan 4. Ante esta realidad tangible se tendrá que reforzar el recurso humano para hacerle frente a los problemas ambientales que produce el desarrollo económico, turístico y social que se está generando en esta provincia.

2. Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

Vigilancia Sanitaria de Alimentos:

La Región de Salud de Coclé, presenta 6 distritos en los cuales se concentra el mayor número de establecimientos de alimentos en el área urbana y en menor grado en área rural. Pero no con esto son menos importantes dado que existe una población más vulnerable por factores de riesgos eminentes (agua) y por albergues que concentran población.

Coclé tiene la particularidad de manejar un área turística de primer orden como cadenas hoteleras, plantas procesadoras de lácteos, azúcar, productos diversos, planta procesadoras de productos pesqueros de exportación, productos artesanales, expendios locales entre otros que totalizan un estimado de 700.

- 60 planta de procesos
- 99 productos diversos de interés de Salud Pública,
- 7 productos cárnicos
- 8 productos pequeros
- expendios 529,
- complejos pecuarios 64.

Se vislumbra en la actualidad un recurso humano valioso y comprometido con la vigilancia sanitaria e innovador en sus tareas dado el entorno actual pero a pesar de esto debemos tomar en cuenta que el incremento de actividades propias de la vigilancia y poco recurso humano tiende a debilitar la vigilancia alimentaria en su frecuencia en inspección.

Otro aspecto que se vio disminuido en la vigilancia alimentaria fue el control de análisis de laboratorio pilar fundamental en la vigilancia alimentaria. El mismo se espera reinaugurar en el año 2014 después de 3 años cesantes por ubicación inadecuada.

Se observa años tras años una gran debilidad en el sistema en captar la notificación de los casos de E.T.A, dado a los cambios frecuentes en los hospitales del personal en las Salas de Urgencias y la falta de inducción de los galenos en el uso adecuado de los formularios de enfermedades transmitidas por alimentos al igual que el flujo de información inadecuada que no permite realizar investigaciones oportunas y evitar de esta manera un sub registro. A pesar de tener un personal altamente calificado para estas investigaciones.

Por lo anterior expuesto consideramos reforzar la vigilancia sanitaria de alimentos con capacitaciones periódicas al equipo de salud. Actualmente existe incremento de los casos de diarreas no específicas en localidades de la región y se manejan en forma aislada. Esto denota que la tendencia en salud de ETA, ira en aumento si no se fortalece la capacitación o habrá un sub registró. Indirectamente la capacitación y promoción es una estrategia para mantener la vigilancia alimentaria.

Debe existir una comunicación entendida y aplicada con los entes involucrados. Tanto es así que en el lenguaje de alimentos el agua debe ser incluido como alimento y ser notificadas como una ETA, por lo tanto las investigaciones no se realizan con equipos multidisciplinarios a pesar de existir una guía Veta Pan formal existe desconocimiento de su manejo.

El Departamento de Protección de Alimento (DEPA) está conformado por:

- 10 Médicos Veterinario (4 jubilados y 4 próximos a jubilarse)
- 3 Agrónomos (2 próximo a jubilarse)
- 3 Técnicos Agropecuarios (1 próximo a jubilarse).
- 2 Licenciados en Alimentos (2 próximo a jubilarse).
- 3 Administrativos

La comunidad debe cumplir un papel significativo, en donde se requieren acciones en la prevención y el control de las enfermedades para lo cual es

El Personal de vectores igualmente cuenta con limitaciones en el recurso humano (15 funcionarios, entre los cuales 6 funcionarios están limitados por sus problemas de salud ocupacional y entre ellos 5 jubilados)

Como se puede observar es escaso el recurso humano para efectuar la vigilancia sanitaria.

Ante esta realidad tangible se tendrá que reforzar el recurso humano para hacerle frente a los problemas ambientales que produce el desarrollo económico, turístico y social que se está generando en esta provincia

Es evidente que la región cuenta con personal limitado por lo que es imperante involucrar a otros actores sociales y la comunidad para el apoyo en la gestión ambiental.

importante establecer estrategias de trabajo con las autoridades locales, los que estamos encargados de la salud y los líderes sociales para poder enfrentar retos como el dengue, hanta virus, leptospiras, enfermedades de gran impacto en la salud rural.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL.

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

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA

Comunidades ubicadas a 3 horas o más del establecimiento de Salud más cercano:

- ✓ 12% del Total de las comunidades de la Provincia, con menor accesibilidad geográfica.
- ✓ 3% del total de las comunidades del Distrito de Antón: Macanito, La Pita, La Piñuela y la zamba, Potosí.
- ✓ 0% Distrito de Aguadulce: el Níspero.
- ✓ 12% del total de las comunidades del Distrito de La Pintada: Caño Sucio, Cerro Hueco, Cerro hacha, Limón del Harino, Guabal , Guabalito, la Ceiba, la Junta, La Rica, las cuevas, los bateos No2, Rio blanco del Norte, Cabecera de Quebrada, Coquillo, Cutevilla, Cutevilla arriba, cudevita, el espino, el mero, la huaca, la Peluda, la Tuluá,

lagarterito, los ticocles, quebrada tigre, santa Cecilia, Cedro Huevo, Cerro Hacha, Corozal, el Bateal, Juan Julio, Belencillo No 1.

- ✓ 9% del total de las comunidades del Distrito de Ola: Cerro Pelado, Guayabo, El Ratón, La Mesa, Chilibre del Palmar, El Congo, Calabacito, El Conejito, El Zapato, El pedregoso, La Zancona, El Palmar, El Helechal, La Barreta y La Sabana.
- ✓ 7% del total de las comunidades del Distrito de Nata: Bajo Aguacate, Bajo las Ollas, La Culebra, Las Tranquilla de Huacas, Llano Concha, Loma Larga de Huacas, Las Torres, Paso Canoa.
- ✓ 20% del total de las comunidades del Distrito de Penonomé: Barrio Unidos de Boca La Mina, Brazo Chico, Brazo de U, Cerro Chica, Vallecito, Quebrada Grande, Río Indio Arriba, U Arriba, Zapotal, Río Indio, Alto de Buena Vista, Alto de Riecito, Alto de Mora, Alto Limón. Alto Silencio, Boca Encantada, Boca de Paso Carnal, Boca de Uracillo, Boca de Silencio. Boquilla de la Mina, Boquilla de Quebraon, Cabecera de Riecito, Cacique, Campo Alegre, Caño Sucio, Cerro Miguel, Cigua, Coquillo Centro, Coquillo de Uracillo, El Dominical, El Águila, El Ají, El Barrero, El Bongo, El Campano, El Espanela, El Faldar, El Guabo, El Harino El Jobo Arriba, El Pantano,, el Quebraon, El Silencio Chico, El Silencio No1, El Vallecito, Gerve, La Calabaza (Ver Anexo sobre Accesibilidad Cuadro No1)

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?

El 12 % de la población de la provincia demoran entre 3 horas o más para acceder a un establecimiento sanitario. (Ver Cuadro de Accesibilidad No1).

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

A pie, Bote, caballo, bus de transporte. Generalmente el sistema de transporte funciona mas en el horario de la mañana, baja la movilización en horario vespertino.

4. Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.

La instalación más cercana puede llegar más o menos en 10 minutos las más apartadas 7 horas del establecimiento sanitario.

5. Cuál es el costo de movilización para la población?

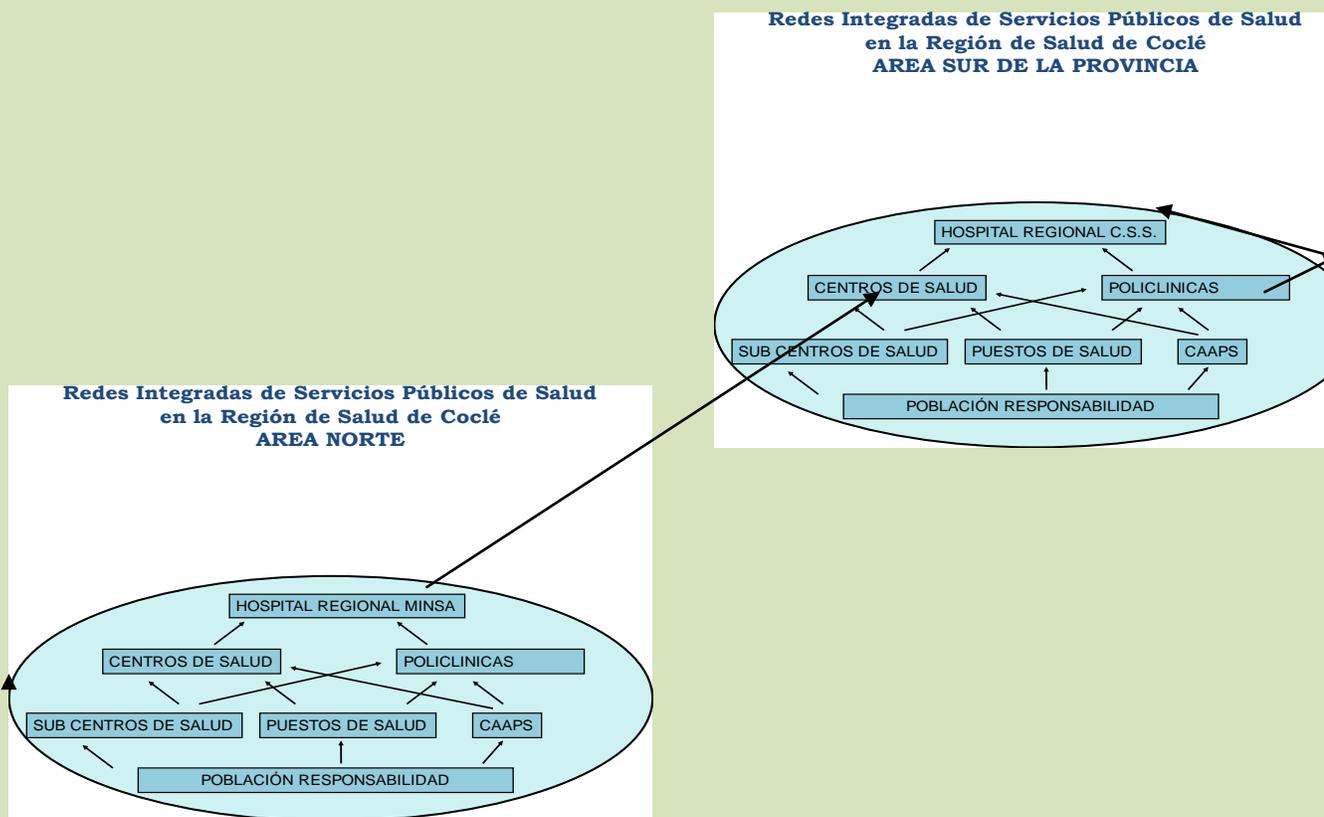
El costo de movilización fluctúa entre 2,5 a 80\$ balboas a la comunidad más lejana.

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

Inicia con Solicitud de la atención en registro médico luego atención medica y/o a servicio intermedios, seguido pasa caja continua a evaluación socioeconómica y/o trabajo social de acuerdo a cada caso finalmente refrendo de Dirección Médica. De no contar con el recurso de evaluación económica y/o trabajo social se dirige a la dirección del establecimiento sanitario.

COMPLEJIDAD DE LA RED

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



Existe una red que no funciona de forma integrada, en la realidad se visualiza una red fragmentada en dos zonas o áreas: la del norte (instalaciones de los distritos de Penonomé, La Pintada y Antón) y la del Sur (Distritos de Aguadulce, Natá y Olá). Cada una con un hospital de referencia cuyos regentes son diferentes aunque su ámbito como centros de referencia difiere. El hospital Aquilino Tejeira aunque designado como Regional para el MINSA, no es referente para las instalaciones y poblaciones del área sur de la provincia.

Pese a que la cartera de servicio del Hospital Rafael Estévez es superior en algunos servicios, en la práctica el Hospital Santo Tomás y el Complejo Hospitalario Metropolitano son las instalaciones de referencia para el Aquilino Tejeira por excelencia. La complementariedad entre los dos hospitales se ve afectada por no existir un sistema formal para asegurar la continuidad de atención mediante dicha complementariedad.

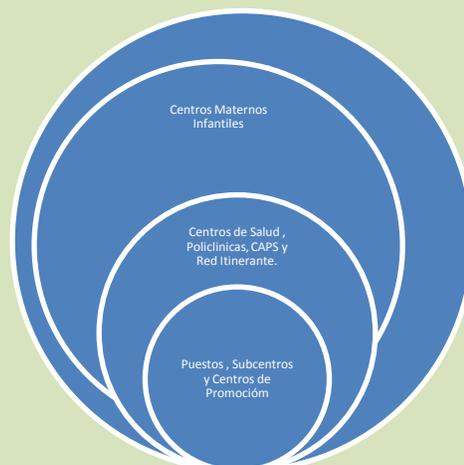
La red de primer nivel si funciona de manera más clara de manera complementaria para los asegurados más no es así para los no asegurados, especialmente en el tema de los medicamentos, laboratorios, imagenología y algunos servicios médicos especializados.

El sistema de referencia y contra referencia, factor importante en el funcionamiento de la red es muy débil.

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?

La complejidad de las instalaciones de salud de la red pública regional de salud es la siguiente:

- Primer Nivel de Atención: Los puestos, centros, policlínicas
- Segundo Nivel de Atención: Hospital Aquilino Tejeira
- Tercer Nivel de Atención: Hospital Rafael Estévez.



NIVEL DE ATENCIÓN	GRADO DE COMPLEJIDAD	INSTALACIONES	CATEGORIA DEL ESTABLECIMIENTO
PRIMER NIVEL	COMPLEJIDAD I	PUESTO DE SALUD , SUBCENTROS , CENTROS DE PROMOCIÓN	I-1
	COMPLEJIDAD II	CENTROS DE SALUD/ RED ITINERANTE /CAPS	I-2
	COMPLEJIDAD III	CENTROS DE SALUD CON CAMA	I-3
	COMPLEJIDAD IV	POLICLINICAS	I-4
SEGUNDO NIVEL	QUINTO NIVEL DE COMPLEJIDAD	HOSPITAL REGIONAL	II-1
TERCER NIVEL	SEXTO NIVEL DE COMPLEJIDAD	HOSPITAL SUPRAREGIONAL	III-1

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?

INSTALACION	CARACTERÍSTICAS DEL ESTABLECIMIENTO			OBSERVACIÓN
	FÍSICA	HUMANO	TECNOLÓGICO	
Hospital supra regional	1	Médico general, medico especialidades básicas , subespecialidades	LABORATORIO IMAGENOLOGIA PATOLOGÍA SALÓN DE OPERACIONES CUIDADOS INTENSIVOS HEMODIALISIS	
Hospital Regional	1	Medico general Medico especialidades básicas	LABORATORIO IMAGENOLOGIA SALON DE OPERACIONES	Se cuenta con la estructura para el servicio de patología , mas no recurso humano, Entre las sub especialidades se cuenta con neumología, oftalmología, ortopedia y cirugía plástica. Recurso humano no suficiente para satisfacer la demanda de la

				población.
CENTROS DE SALUD CON CAMA	4	MEDICO GENERAL, ENFERMERA BÁSICA ENFERMERA PEDIATRA ENFERMERA. OBSTETRA ODONTOLOGO REGISTROS MEDICOS FARMACIA LABORATORISTAS TECNICO DE ENFERMERIA	Laboratorio Sala de parto Espirómetro, Electrocardiógrafo	El Centro Materno Infantil de Antón que cuenta con un pediatra los 5 días. Centro de Materno Infantil de La pintada cuenta con enfermera de salud mental 5 días. Centro de Salud del Valle y Coclesito se cubre laboratorio con correo de muestras.
Centros de salud sin cama	14	Médicos Generales, Enf. Básicas, Odontología, Reges, Farmacia, Trabajo Social, Tec. De Enfermería,	Espirómetros Electrocardiógrafo	Centro de Salud de Pocrí cuenta con el servicio de Ginecología y pe3diatria
Sub Centros de Salud	8	Técnicas de Enfermería	-----	
Puestos de Salud	54	Asistentes de Salud	-----	De los 54 puestos, 8 no funcionan por falta de recurso humano. Y 16 quedaran sin asistentes en los próximos 3 años, por jubilación del personal.

Los horarios de atención son de 7 am a 3 pm de lunes a viernes en los Centros de salud sin cama, Sub centros, Puestos de Salud y Policlínicas. En los Centros de Salud con cama, Hospitales se labora los 7 días de la semana en horario de 24 horas.

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

Con horario extendido como tal solo existe el Centro Materno Infantil de Coclesito, además se labora en el Centro de Salud de Olà los sábados y domingo y días feriados para dar respuesta a la demanda de la población.

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

En nuestra región la sectorización se realiza en base al criterio de ubicación geográfica. Sin embargo existe una sectorización por accebilidad de toda la provincia que utilizan las redes itinerantes y la red fija en modalidad combinada, pero no es utilizada por las instalaciones a nivel regional. La cobertura poblacional de responsabilidad es establecida por la lógica de la división política y de movilidad geográfica de la población. La adscripción solo se ha intentado con la modalidad de los equipos de la red itinerante y en la actualidad se intenta con la modalidad de la red combinada.

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

Los equipos locales, se integran en cada establecimiento de salud tratando de responder a la cartera definida y las los programas básicos de salud.

7. Qué profesionales conforma el equipo básico?

Los equipos básicos están conformados por: Médicos, Enfermeras, Técnicos en enfermería y odontólogos. En lo posible Trabajadores Sociales.

- 8.Cuál es la población de responsabilidad de los equipos básicos de sector?

En este momento no contamos con una asignación de equipos básicos por población de responsabilidad a excepción de los grupos itinerantes de la estrategia de Extensión de cobertura.

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

La cartera de servicios se caracteriza por los servicios de: Promoción, prevención, atención y rehabilitación.

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

- ✓ Ver anexo N° Cartera de Servicios de la Red Fija.
- ✓ Ver anexo N° Cartera de Servicios de la Red Itinerante

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

Ver anexo N° donde se define la tarifa por servicios. La atención de la población asegurada es asumida sin cobro alguno al paciente asegurado.

12. Existen y se aplican protocolos de atención? Cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican? Cada qué tiempo se revisan los protocolo de atención?

Existen protocolos de atención para algunas patologías (Leishmaniasis, TBC, Inf. Vías Urinarias, entre otros) pero no se aplican ni se revisan.

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

Para la prestación de servicios de salud no existe articulación ni consenso firmado con la CSS. Los procesos se dan por los hechos y circunstancias, así como por la dinámica natural del comportamiento de la demanda espontánea.

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

La red formal e informal se articula mediante referencias no formales. Si se establecen comunicación y capacitación formal a los grupos de atención informal (Parteras, Monitoras y Curanderos).

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

No existe articulación de la Red Formal Pública con la Privada.

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

Si se considera la dinámica de funcionamiento.

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?

Dentro de la Instalación de Salud se da directamente a través de las Técnicas de Enfermería o las Asistentes de enfermería que conducen al paciente hacia el departamento referido, y entre instalaciones mediante las referencias.

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

El SURCO funciona prácticamente en una sola vía ya que son muy pocos los profesionales que contra refieren a los pacientes, de manera tal que permitan al funcionario referente de mejorar su capacidad diagnóstica y darle seguimiento adecuado al paciente.

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

Si se utiliza. Existe un marco legal, que es la resolución 422 del 9 de diciembre del 2003 y el convenio de gestión MINSA 2006.

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

No se da un cierre del ciclo del sistema de referencia.

El formato es muy pequeño para redactar la información sobre el paciente referido.

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

Solo 2 de las 18 instalaciones (11 %) cuentan con las infraestructuras adecuadas y específicas para la población discapacitada (Rampas, pasamanos, baños y estacionamientos para discapacitados) El resto de las instalaciones deben realizar mejoras para cumplir con todas las especificaciones.

22. Existen en su región los centros reintegra? Se tienen actualizados el censo de población de discapacitados?

Si existe un Centro Reintegra, ubicado en la Ciudad de Penonomé.

El censo realizado en el año 2006 por PENDIS (PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE DISCAPACIDAD), mostró un total de 536,056 personas con discapacidad. El mismo no ha sido actualizado ni se cuenta con un sistema de información hacerlo.

En los resultados de este estudio, encontramos la siguiente clasificación, de acuerdo al tipo de discapacidad podemos señalar:

Físicas 14,997 Sensoriales: 20,242 Mentales: 2,949 Intelectuales:
8,561

Aparatos y sistemas 7,505 múltiples: 15,358.

23. ¿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?

Las comisiones de referencias no están activas por lo que actualmente el proceso se desarrolla con los lineamientos anteriormente establecidos.

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

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

Por orden de prioridad serían:

Distrito de Penonomé
Distrito de Ola
Distrito de La pintada
Distrito de Nata

2. Cuáles son los principales riesgos que los afectan?

- a. **Comunidades de muy difícil acceso.**
- b. **Ausencia de servicios básicos**
- c. **Ausencia de servicios de salud**

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?

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)?

No ha habido cambios significativos en la planificación y la gestión de los recursos humanos puesto que aunque durante el proceso de formulación del presupuesto se elabora un cuadro con las necesidades este tiene el alcance para el año siguiente el mismo tiene deficiencia en cuanto al uso de modelos predictivos. Se intentan plasmar las necesidades según el modelo de atención, el nivel y grado de complejidad de las instalaciones, necesidad geográfica y condición social del área el modelo de gestión contradice los criterios reconocidos por los procesos técnicos de estimación. El reclutamiento, la asignación a puestos de trabajo sigue otros tipos de criterios lejos de las justificaciones técnicas.

De igual forma los mecanismos de redistribución no siempre son de tipo técnico, más bien personal o de otro tipo.

Los reclutamientos se realizan a nivel de sede nacional, los mismos se dan por necesidad del servicio, las redistribuciones se dan por la misma causa y despidos por ejecución a nivel de la sede nacional.

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?

Se capacitan mediante seminarios y reuniones a nivel regional y a nivel local una o dos veces al año. No existe un programa de supervisión in situ de manera formal. Las enfermeras de los Centros de Salud lo hacen según oportunidad e iniciativas locales periódicas.

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?

Cada Departamento a nivel regional programa y ejecuta las actividades orientadas al personal técnico y médico para actualizarlo según las necesidades identificadas por el jefe o coordinador y según las competencias correspondientes y según la disponibilidad financiera.

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

Periódicamente se realizan jornadas para analizar la situación mediante evaluaciones a nivel regional y distrital en el que se identifican los problemas prioritarios por abordar en los planes operativos. También se realizan reuniones semanales y mensuales con todo el equipo para identificar las prioridades y establecer líneas de intervención.

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?

En el nivel regional existe una unidad para registrar y procesar la información de costos de cada instalación sin embargo el proceso no es eficaz ni eficiente. No está al día y la información no es confiable debido a que no existen unidades que lleven los registros actualizados en las instalaciones sanitarias.

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

La tarifa es el precio que pagan los usuarios por el servicio público al estado, establecida libremente por el prestador y definidas en base a los costos marginales o incrementales de los insumos empleados para el servicio.

Se requiere de un análisis económico para definir las tarifas y brindar la legitimidad a la misma, que en muchas de las carteras de servicios no contemplan los costos reales.

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

Esta en vigencia el artículo Decimo del convenio 009DN el desde el 2012 que establece las tarifas de los servicios pactados.

Este convenio es para la provisión de servicios de atención de salud, incluyendo la separación y compensación de costos por los servicios prestados entre ambas instituciones a la población asegurada del país con excepción de la Región Metropolitana, San Miguelito , las cumbres y chilibre, según lo establecido se emplea como base los costos unitarios de los servicios.

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

TIPO DE RECURSO	2000				2010				2012			
	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	PRIVADO	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total De Médicos											91	
• Generales											48	
• Pediatras											4	
• Psiquiatras											3	
• Cirujanos											4	
• Internistas											2	
• Familiares											0	
• Gineco Obstetras											4	
• Otras especialidades											26	
No. Total De Enfermeras											160	
No. De Odontólogos		20				33				36	17	
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.											1/5205hb	
Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Habs											1/1561hab	
Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs		1			1.3				1.5		1/14695hab	
Razón De Parteras (os) Por 10,000 Habs											1/14695hab	
No. Total De Técnicos De Laboratorio											5	
No. Total de Técnicos de Enfermería											253	
No. Total de Asistentes Dentales											20	
No. Total de Cito tecnólogos											2	
N° de Farmacéuticos		7								14	36	
N° de Asistentes de Farmacia		32								35	32	
No. de Educadores para la Salud											1	
No. De Promotores de Salud											NA	
No. De Asistentes de Salud											NA	
No. de Inspectores de Saneamiento											NA	
No. de Inspectores antivectoriales											NA	
No. De Veterinarios											NA	
No. de Ingenieros y arquitectos											NA	

Observación: (NA) no aplica en esta institución.

Conocer el estatus laboral del personal de salud, si es por contrato o permanente.

Odontólogos permanente 20 permanente en el año 2000, 3 de contratos y 29 permanentes en el 2010, 2012 contratos 5 y permanentes 31.

**RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
ULTIMO AÑO DISPONIBLE**

Institución	Tipo de Recurso									
	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmacéut.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Laborat.	Nutri.
MINSA				40		14				
Red Fija				0		0				
Red Itinerante				0		0				
CSS	46	53	563	46	271	88	270	639	39	5
PRIVADO				15						
Total						14				

Actualmente la Región de Salud de Coclé cuenta con 1,148 colaboradores, de los cuales 687 corresponde a personal técnico y medico, que al equivalente 60% y 461 son administrativo equivalente al 40%.

Del total de colaboradores de la región de salud hoy en día contamos con 17 funcionarios por contratos entre técnico y administrativo, que equivalen 2%; 945 son permanentes que equivale a un 82 %; 186 están interinos o planilla fija, equivalente al 16 %.

Para la oficina de recurso humano de la Región de Salud de Coclé, le es imposible poder dotar el personal que exigen los puestos de trabajos requeridos para su funcionamiento óptimo ya que no se cuenta con un proceso de selección de personal debido a que tradicionalmente hemos dependido de lo que nos manda el nivel Central del Ministerio de Salud principalmente en el área administrativa.

Actualmente la región de Salud tiene demanda de recurso humano de Médicos Generales, laboratorios, asistente de laboratorios, farmacéuticos,

asistente de farmacia, Ingenieros eléctrico, electricista, educador para la salud, técnico en control de vectores, arquitecto, fontanero, ingeniero biomédico médicos especialistas (psiquiatra, internistas, patólogo, ginecólogo, pediatra, dermatólogo , cirujano, urólogo, radiólogo), y enfermeras somos consiente que en la actualidad en el mercado laboral existen escases de muchos de estos profesionales y los pocos que hay son adsorbido por la Caja de Seguro Social posiblemente a que tienen mejores salarios y mejores incentivos a pesar de ser el Ministerio de Salud el Regente de la salud en nuestro País.

Debemos tomar en cuenta estas necesidades de recurso humano como un compromiso para la Región de de acuerdo al números de profesionales que nos demandan tanto red primaria y el Hospital Aquilino Tejeira y más aun cuando el problema se agudiza con el retiro de trabajadores de estas profesiones por jubilaciones como lo son enfermeras, laboratoritos, médicos.

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

1. ¿Cuál es el número de farmacias funcionando?

Actualmente contamos con 19 farmacias del Ministerio de Salud, 5 de la Caja de Seguro Social, 60 Farmacias Privadas, 5 Distribuidoras y Distribuidora Estatal

¿Cuántas son farmacias comunitarias?

El artículo 178 la Ley 10 de enero de 2001 medicamentos contempla el desarrollo de Farmacias Comunitarias la provincia de Coclé aún no cuenta con este servicio complementario a la oferta farmacéutica.

2. Conocen la existencia de la política de medicamentos del 2009? Conocen sobre la existencia de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP)? Conoce sobre el avance en la elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales y especializados?

La política de Medicamentos fue divulgada a las instituciones el 10 de diciembre de 2009 la cual incluía la conformación de la CONAMEP (Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá) cuyo último reporte verbal de avance 85% de acuerdo a miembros de la comisión.

La CSS cuenta con un listado oficial de medicamentos, donde se retiran o incluyen medicamentos.

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

Nuestro país requiere de un Listado Oficial de Medicamentos para el Sector público. En la actualidad existe el Cuadro Básico de La Caja de Seguro

Social, El Cuadernillo del Ministerio de Salud y Lista Homologada de medicamentos de los Hospitales Nacionales de Referencia.

En relación a Laboratorio, Odontología, imagenología y material quirúrgico existe un listado general de insumos para el uso de establecimiento del ministerio de salud el cual contempla los diferentes niveles de la red de servicios y el perfil de salud – enfermedad de la población.

En la CSS existe un listado regional de medicamentos, médico quirúrgico, odontológicos, laboratorio e imagenología que considera los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios y perfil de salud enfermedad de la población.

Se requiere de la formación de las comisiones de farmacias y terapéutica que valoren, actualicen la vigencia científica y epidemiológica de las ofertas de insumos médicos.

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

OBJETO DE GASTO	NUMERO DE RENGLONES
	RED PRIMARIA
MEDICAMENTOS	352
MEDICOQUIRURGICO	246
LABORATORIO	501
ODONTOLOGIA	59
IMAGENOLOGIA	38

Son empleado por los puestos, subcentros, centros y hospitales de la provincia

En el HAT se manejan actualmente 386 renglones de insumos farmacéuticos, 603 médico quirúrgicos, 276 de laboratorio y 38 de imagenología

Nº de renglones/ Unidades Ejecutoras	Hospital Dr. Rafael Estevez	Policlínica Manuel Paulino Ocaña	Policlínica Manuel de J. Rojas	Policlínica San Juan de Dios	CAPPS La Pintada
Medicamentos	406	319	325	309	165
Medico Quirurgico	1685		120	107	46
Laboratorio	2674	170	123	64	NO APLICA.
Odontologia		69	60	52	16
Imagenologia	193	10	9	10	NO APLICA.

5. 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?

LSS/SUMA es una herramienta electrónica creada para la gestión de suministros y asistencia humanitaria en Situaciones de Emergencia y Socorro en la OPS/OMS, impulsado desde el año 1992.

La herramienta se adaptó para el control de inventarios de los insumos sanitarios en el MINSAL/PANAMA instalado en Junio del 2011 en los almacenes y hospitales regionales del Ministerio de Salud.

El sistema logístico de adquisición de insumos sanitarios a través de la herramienta LSS/SUMA se inició en el Hospital Aquilino Tejeira en un nivel centralizado (planificación) donde cada almacén en cuestión acudía a ingresar su información, posteriormente se les dotó de insumos informáticos adecuados a cada uno de ellos, de manera tal que pudiesen trabajar desde sus unidades ejecutoras. Actualmente la falta de personal que permita mantener actualizado el sistema ha hecho que el mismo sea inoperante para alguno de ellos.

La Caja de Seguro Social utiliza el sistema de gestión de almacenes (SGA o WMS) y además el Sistema de Logística Hospitalaria, denominado Proyecto LOGHOS, que implementó la CSS con la finalidad de cambiar la forma de gestionar la cadena de suministro de medicamentos e insumos médico quirúrgicos.

tanto en hospitales como policlínicas, garantizando siempre la disponibilidad de estos productos en el momento oportuno y el lugar donde se necesitan.

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

Si bien se cuenta con la información logística que generan el LSS/SUMA de los almacenes regionales y hospitalarios estos datos no fluyen hacia los niveles de toma de decisión regional y local ante la inexistencia de una interface que permita el acceso a la información de manera sistemática.

El soporte informático regional es débil, en los puntos de entrega de servicios y regular en las regiones así como el servicio de internet donde se desarrolla la plataforma del LSS/SUMA.

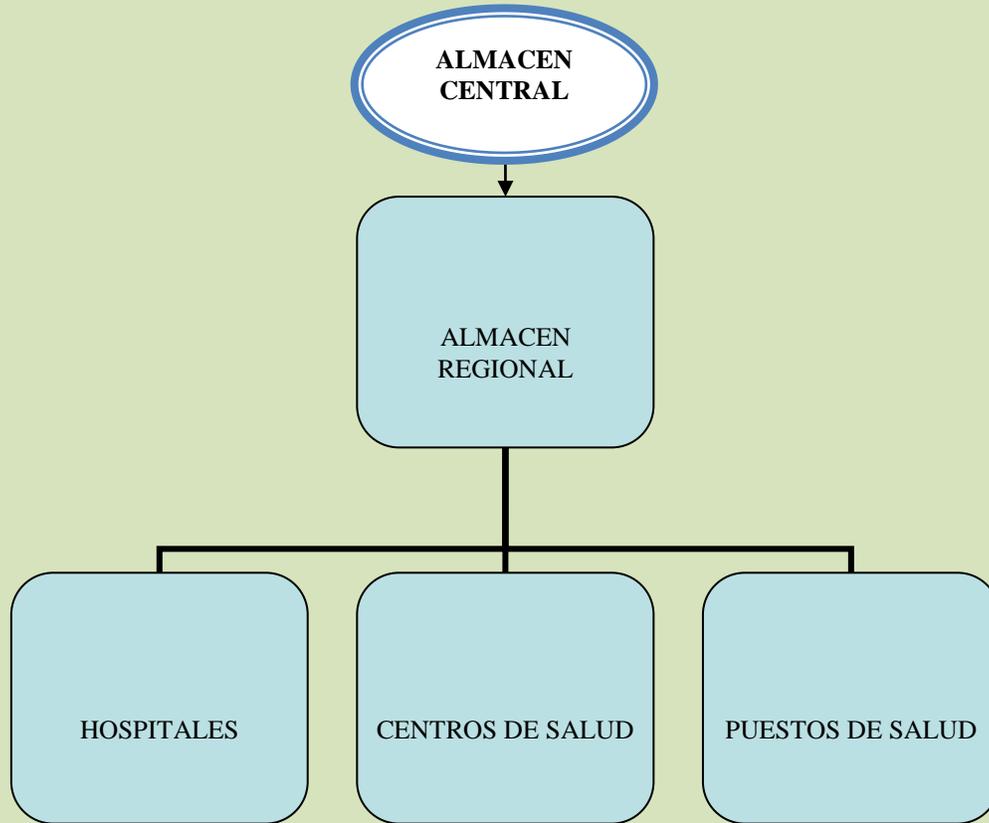
HOSPITAL AQUILINO TEJEITA

La herramienta lls/suma permite una mejor toma de decisiones en virtud de las necesidades para cada almacén, es cierto que la misma es y debe ser utilizada para gestionar la administración de los mismos, de manera tal que no existan desabastecimientos, una vez conocidos los consumos mensuales y el proceso de adquisición de bienes y servicios en cuanto al tiempo que toma el mismo para tener el insumo en la institución; sin embargo, repetimos la falta de recurso humano no permite un manejo adecuado de la herramienta, incluso con la implementación del nuevo sistema istmo, se solicitó el nombre de dos funcionarios que hiciesen los pedidos y dos funcionarios que dieran visto bueno a los mismos y en ocasiones sólo se cuenta con dos funcionarios por almacén, uno que dirige y otro que almacena.

6. ¿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, explicar el flujo de la distribución de los insumos de medicamentos y de los otros insumos sanitarios hacia el nivel local?

La Red de distribución de insumos y suministros médicos abarca desde el Almacén /Depósito Central hasta las instalaciones de salud (hospitales y puestos de salud) que son los puntos finales donde se entregan los productos directamente a los usuarios/Beneficiarios.



Los centros de producción definen la lista de insumos (metas, perfil epidemiológico, nivel de complejidad) los cuales son consolidados y remitidos al nivel regional posteriormente a nivel nacional genera los actos públicos y compra de los suministros.

El almacén Nacional recibe mercadería una vez aprobada las cantidades a comprar y hace entrega en un 100% la totalidad de los insumos nivel regional hasta llegar al usuario como se describe: almacén nacional ---- almacén regional --- Hospital--- centros de salud ---puestos de salud. A los usuarios.

En el H.A.T. la distribución de insumos se hace en virtud de la necesidad de las unidades ejecutoras, igualmente se apoya a la red primaria cuando la misma lo requiera y se cuenta con el recurso suficiente para ello, igual trato se recibe en caso de ser necesario. por otro lado existen insumos que no cuentan con la partida presupuestaria correspondiente por el fondo de trabajo y los insumos que en ocasiones se requieren deben ser subvencionados por el fondo de administración.

La Caja de Seguro Social posee unos sistemas de distribución y/o de subvención para facilitar el acceso a los insumos sanitarios. el almacén de distribución de divisa, distribuye a solicitud de las unidades ejecutoras mediante el sistema electrónico de lectura por scanner, previo a pactos de necesidades de consumo. una vez hecha la lectura se envía a divisa vía intranet y el almacén registra la solicitud y despacha de acuerdo al calendario semanal. hay un día programado de lectura y otro para el despacho.

7. 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?

En el Ministerio de Salud la utilización de los formatos de registro de consumo de insumos sanitarios tiene mayor adherencia en la sección de medicamentos donde las estimaciones se efectúan por consumo histórico y no a través de datos de despacho como se efectúan en otros rubros.

Los datos empleados para la estimación carecen de control de calidad previa, no son sujetos a análisis y/o ajustes correspondientes. La estimación de necesidades y el requerimiento de insumos sanitarios se calculan a nivel de la región para ser remitidos a nivel central donde salvo ligeras excepciones son empleados los reportes de los centros de salud para esta tarea.

La Caja de Seguro Social se hace las lecturas de acuerdo a calendario previamente establecido un día a la semana a través del sistema LOGHOS y el Almacén de Divisa se encarga del despacho y distribución.

7.1 Están conformados los comité regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?

La resolución Ministerial No 34 del 6 de febrero de 2009 aprueba el Centro regional de Farmacovigilancia la cual no está funcionando.

En septiembre de 2014, la Dirección Nacional de Farmacias y drogas efectúa la convocatoria para capacitar a profesionales de salud a fin de formar el comité de farmacoterapia, el cual esta pendientes su formación.

En el H.A.T. ya se tiene proyectado reorganizar dichos comités para responder a una necesidad que tiene sustento legal y que es necesaria para evitar el manejo indiscriminado de los medicamentos, que tanto daño causan a la población una vez que ha desarrollado resistencia a los mismos., aumentando el gasto en medicamentos a nivel central e institucional

La Caja de Seguro Social cuenta con comités de farmacoterapia y Farmacovigilancia.

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

Existen protocolos estandarizados para los tratamientos (Asma, Diabetes HTA, tbc, leishmaniasis, VIH, malaria) de las principales patologías, en el periodo 2000-2004 la Dirección de Provisión de Servicios presento a las regiones un grupo de protocolos de tratamientos las cuales falta adherencia y vigilancia en su aplicación.

La C.S.S posee tratamientos estandarizados para la hta, asma y diabetes y otros.

En el hospital aquilino Tejeira no se cuenta con protocolos de atención por patología en los diferentes servicios, necesidad que se ha dejado plasmada en notas a nivel de Provisión de servicios desde el año 2013, por otro lado, se trata de cumplir con las normas de atención que han sido avaladas por el nivel nacional; sin embargo, consideramos que las mismas ya requieren de revisión.

9. ¿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?

La ley 24 del 29 de enero de 1963 reglamenta que los establecimientos farmacéuticos requieren de la presencia de farmacéuticos idóneos para operar por un periodo mínimo 8 horas. El 100% de los 60 establecimientos farmacéuticos privados cuentan con farmacéutico los cuales se encuentran concentrados (frente a ligeras excepciones) en los horarios vespertinos, donde la limitación de profesionales en horario matutino es cubierta por personal técnico (asistente de farmacia).

a. **¿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?**

1. De las 19 instalaciones del MINSA ($5/19 \times 100 = 26.3\%$) un cuarto del universo de las farmacias cuentan con profesional Farmacéutico idóneo.

2. CSS $5/5=100\%$ en la CSS y se concentran en los horarios de las instalación, sea policlínica (8 y 12 horas) u hospital(24 horas).

3. Total $10/24 \times 100= 41 \%$ de la red de farmacias Pública.

4. El horario se concentran principalmente en 7:00 am a 3:00pm.

5. En el MINSA existen diferentes modalidades para cubrir los horarios sin disponibilidad de personal lo cual depende de la capacidad resolutive de cada nivel: a nivel Hospitalario se cubre con pago de turnos extras.

6. Centros Maternos Infantil se cubre con turnos extras con personal Farmacéutico o asistentes de farmacia.

10. **¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?**

EN EL HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA SE RECIBIERON 739 PINTAS DE SANGRE COMO DONACIÓN EN EL 2013 Y EN LO QUE VA DEL AÑO 2014 SON 1000 A LA FECHA (13/11/2014)

Caja de Seguro Social Anual 2013: 1578 Donaciones de sangre

11. Cuántos laboratorios clínicos, de agua, de alimentos están funcionando?

8 LABORATORIOS CLINICOS.

1 LABORATORIO DE AGUA (Nata)

1 LABORATORIO DE ALIMENTO (Aguadulce)

UNIDAD EJECUTORA	NUMERO DE LABORATORIOS CLINICOS
HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA	1
HOSPITAL DR RAFAEL ESTEVEZ	1
POLICLINICA MANUEL DE J. ROJAS	1
POLICLINICA MANUEL PAULINO OCAÑA	1
POLICLINICA SAN JUAN DE DIOS	1
CENTRO DE SALUD DE ANTON	1
CENTRO DE SALUD DE PINTADA	1
HOSPITAL MARCOS ROBLES	1
HOSPITAL MARCOS R (LAB ALIMENTOS)	1
CENTRO DE SALUD DE NATA (LAB DE AGUA)	1

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

Actualmente no contamos en el MINSA con laboratorio de referencia en la provincia se emplea el laboratorio Conmemorativo Gorgas del nivel nacional.

Para la Caja de Seguro Social existe un laboratorio clínico de referencia definido en la provincia de Coclé que es el Laboratorio del Hospital Dr. Rafael Estévez, de acuerdo al nivel de complejidad del hospital grado 6 y en base también a la certificación de los laboratorios a nivel nacional según la norma ISO 9001:2008

13. 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?

En el Rubro de medicamentos las asignaciones de las tarifas son establecidas según su costo marginal del producto al cual se le agrega un 10% de incremento en concepto de manejo, no contamos con criterios que sustente la fórmula empleada para establecer la tarifa y la misma es variable en cada centro de salud.

El sistema de costos del hospital Aquilino Tejeira sigue las directrices del nivel regional, sin embargo, las tarifas establecidas tienen mas de 20 años que no se revisan, los insumos han aumentado en cuanto a costo y calidad, y los precios se han mantenido, lo cual requiere de una revisión del sistema de costos regionales, toda vez que el copago que realiza el usuario, la mayoría de las veces no compensa los costos reales por unidad de insumo utilizado según el servicio brindado. Además, los pacientes asegurados no realizan copago alguno y el sistema de compensación de costos misa/caja se encuentra prácticamente inoperante y también requiere ser revisado.

13.1 Con qué criterios se definen esas tarifas?

No contamos con criterios normados que sustente la fórmula empleada para establecer la tarifa.

Existe margen de ganancia considerado como margen de manejo para las instalaciones de salud, se aplica un 10% adicional al costo de adquisición el cual no representa una ganancia ya que la institución no tiene fines de lucro y no tenemos una política de cobros por servicios solo de una donación

Para la Caja de Seguro Social las tarifas son para los pacientes no asegurados y si existe una tarifa uniforme para los laboratorios, no así para los medicamentos que se cobran de acuerdo a los precios a los cuales se compra. No existe margen

de ganancia en ninguno de los dos casos. Las tarifas para cobro a pacientes no asegurados las fija el MINSA. En el caso de los medicamentos se ha solicitado a las instancias correspondientes pero no se ha obtenido respuesta.

14. Existe un laboratorio de referencia definido para citología?

El servicio de citología del Hospital Aquilino Tejeira ofrece al usuario el procesamiento e interpretación de lámina citológica. y entrega de servicios a los centros de salud.

La Caja de Seguro Social cuenta con el laboratorio de Citología del departamento de Patología del Hospital Dr. Rafael Estévez para las citologías de Policlínica de Nata y Aguadulce.

La Policlínica de Penonomé tiene su laboratorio de referencia en el Hospital Aquilino Tejeira

El laboratorio del H.A.T. se encuentra incluido en la red de laboratorios bajo control de calidad a través del laboratorio de referencia gorgas, los criterios fueron manejados por el nivel central

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

La priorización de insumos médicos incluye elementos tales como Complejidad de la red, perfil epidemiológico, metas de producción, focalización a grupos de interés, costo los insumos y la partidas presupuestarias.

En la Caja de Seguro Social se prioriza de acuerdo a los consumos pre establecidos se realizan las compras a nivel local y central.

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

INDICADOR	2009	2010	2011	2012	2013	2014
-----------	------	------	------	------	------	------

Gasto total en medicamentos por la CSS				4 186 240	4 186 240	5 136 427
Gasto total en medicamentos por MINSA	1868631,05	1935535,28	2366447,81	3117151,59	2817155,96	
Gasto Per cápita en medicamentos				30.08	28.57	
Gasto total en laboratorio por la CSS				1 969 500	2 119 500	2 357 342
Gasto total en laboratorio por MINSA	195974,01	314095,11	310437,37	530910,67	630458,95	
Gasto Per cápita en laboratorio				10,30	11,22	
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS				1 746 371	1 746 371	1 855 120
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA	579022,02	448936,2	221466,02	394916,09	446077,57	
Gasto Per cápita en médico quirúrgico				8,82	8,94	
Gasto total en odontología por la CSS						
Gasto total en odontología por MINSA	42868,42	103712,42	87708,91	212629,98	133548,8	
Gasto Per cápita en odontología	0,18	0,44	0,36	0,88	0,54	
Gasto total en imagenología por la CSS				275 002	275 002	323453
Gasto total en imagenología por MINSA	50706,12	21174,2	104378,33	70799,98	46073,94	
Gasto Per cápita en imagenología				1,42	1,31	
POBLACIÓN ESTIMADA COCLE	234881	237840	240342	242767	245132	

FOTOGRAFÍA N° 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

**URGENCIAS
CONSULTA EXTERNA
HOSPITALIZACION
REHABILITACION**

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?

HOSPITAL AQUILINO TEJEIRA.

En el HAT, la mora quirúrgica del año 2013 es de 159 pacientes en total, distribuidos de la siguiente manera: 51 de cirugía general, 5 de oftalmología, 30 de ortopedia, 7 de cirugía plástica y 66 de ginecología. Información suministrada por REGES.

el tiempo de espera depende de la disponibilidad del funcionario, del sop e inclusive de la asistencia del paciente a la institución, en función del diagnóstico y sintomatología clínica del mismo, no se lleva un registro de dicho tiempo como tal, para calcular un promedio.

la mora quirúrgica es una información que maneja cada uno de los médicos quirúrgicos y se le ha pedido que envíen la información al REGES.

Consideramos que si ha habido efectividad, ya que ha disminuido la mora. También existe una lista de espera, como bien se pudo constatar al inicio de la respuesta

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Los únicos servicios con listas de espera en mora (más de 90 días) son: cirugía general (lista: 145 ptes. tiempo de espera: 510 días), ortopedia (lista: 154 ptes. tiempo de espera: 723 días), urología (lista de pates. 70. tiempo de espera: 460 días) datos a julio 2014. a nivel hospitalario, se llevan listas de espera enviadas por los servicios a planificación (dirección médica). el nivel nacional implementó el programa pago por procedimiento efectivamente realizado, para aquellas especialidades que mantenían listas de pacientes en mora. han ayudado a disminuir el número de pacientes en lista de mora, pero como es voluntario y no todos los especialistas participan, ha sido un proceso lento.

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

Hospital Aquilino Tejeira.

Actualmente y dada la escases de recurso humano en materia de médicos especialistas y médicos generales, el mayor número de usuarios en espera de ser atendidos es en la consulta externa especializada del hospital, así como en el cuarto de urgencias. los usuarios de servicios quirúrgicos han visto disminuido su tiempo de espera en función de la existencia de mayor disponibilidad de médicos anestesiólogos y un quirófano mas funcionando

En la red primaria se concentran en la atención de enfermedades crónicas.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Servicios quirúrgicos con mayor demanda: cirugía general, ortopedia, urología.

3. Se registra el rechazo de pacientes? Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día?

CAJA DE SEGURO SOCIAL

No se rechazan pacientes para cirugías electivas, se respeta convenio Minsa/CSS.

Hospital Aquilino Tejeira.

En el HAT no se rechaza pacientes, por lo tanto no existe un registro de ello, lo que ocurre en ocasiones y dado el tiempo de espera es que los pacientes de la consulta externa especializada ordenan copia de sus expedientes para buscar atención en otras instituciones/clínicas privadas y

algunos pacientes en el cuarto de urgencias se retiran y no esperan la atención, especialmente los pacientes clasificados como verdes en el triage.

NO SE LLEVA UN REGISTRO DE PACIENTES RECHAZADOS POR FALTA DE CUPO.

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

LA MAYOR DEMANDA SE DESCRIBE EN LOS DISTRITOS DE PENONOMÉ Y ANTÓN.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

- . No se registra esta información.

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

En el hospital Aquilino las citas médicas las otorga el especialista correspondiente, luego son registradas en el departamento de REGES y se les asigna el día disponible, en función de la cantidad de pacientes por día e inclusive se utiliza la figura de cupos extras. También se utiliza la modalidad, en ocasiones, de contactar al paciente para recordarle su cita, vía telefónica

CAJA DE SEGURO SOCIAL

SE USAN PARA CITAS DE SEGUIMIENTO POR LAS ESPECIALIDADES Y PARA MEDICINA GENERAL EL CALL CENTER.

EN LA RED PRIMARIA SE DAN CITAS PRESENCIALES.

HORARIO DE SERVICIOS

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

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Las instalaciones de la CSS en su consulta externa (policlínicas y hospitales) atienden en un horario de 7 am a 3 pm, excepto la Policlínica Manuel de J. Rojas de Aguadulce que su horario es hasta las 7pm.

En el HAT el servicio de consulta externa es de 8 horas, en horario de 7:00 am – 3:00 pm. el cuarto de urgencias funciona las 24 horas.

la consulta externa de centros de salud labora de 7am a 3pm, los cuartos de urgencia materno infantiles 24 horas. el centro de salud de ola 24 horas los fines de semana y días feriados.

2. La población está satisfecha con los horarios actuales?

MINISTERIO DE SALUD

EN EL HAT NO SE HA RECIBIDO QUEJA DE LOS HORARIOS ACTUALES, PERO SÍ DE LA FALTA DE RECURSO HUMANO Y DEL TIEMPO DE ESPERA.

LA PERCEPCIÓN EN GENERAL NO ESTA SATIFECHA CON LOS HORARIOS ACTUALES LA FALTA CUPOS ES LA PRINICPAL QUEJA DEL USUARIO.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

En términos generales si, excepto en el Distrito de Natá, donde grupos organizados se han quejado en este sentido, ya que históricamente tuvieron el centro materno infantil que tenían horario mas allá de las 3pm, inclusive la policlínica también laboro un tiempo con una extensión de horario, y ambas fueron

quitadas porque estadísticamente no justificaban su permanencia. En la Policlínica de Aguadulce se hizo una extensión de horario inicialmente para descongestionar el cuarto de urgencias y dar atención a los verdes.

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?

Se han realizado propuestas para la prolongación de horario en el distrito de Antón , Penonomé y Ola específicamente (C.S Ola, C.S Penonomé y C.S de Rio Hato)

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Si se hizo en el caso de la Policlínica de Nata, donde se elevó al nivel nacional un proyecto para la extensión de horario más allá de las 3pm, pero no fue aprobada y en el caso de la Policlínica de Aguadulce para descongestionar el cuarto de urgencias del Hospital Dr. Rafael Estévez que si fue aceptada.

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?

En los centros de salud se ofrece Medicina General, Inyectables, Partos, Farmacia, Laboratorio.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Medicina General, inyectables, laboratorio, Farmacia, Rayos X. En los horarios ampliados la cartera de servicios disminuye.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE

¿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?

Instalaciones con Comités de Atención al Clientes y que reportan informes mensuales producto de los hallazgos de los buzones de sugerencias. Cabe señalar que en la región contamos con 18 instalaciones, periódicamente realizan docencias donde informan a la comunidad sobre el uso del buzón de sugerencias; colocan en murales, las inconformidades con sus respectivas, mejoras sugeridas, tratando de dar una respuesta oportuna a la población.

2011= 8 Centros de Salud
2012= 10 Centros Salud
2013= 5 Centros de Salud
2014= 5 Centros Salud

El mayor porcentaje de las inconformidades se centra en la falta de personal (médico y en ventanilla), así como lo relacionado con, las relaciones interpersonales (atención al público). En lo que respecta a estructura las más comunes se relacionan con la falta de silla, limpieza de baños y sala de espera y un lugar adecuado para esperar fuera de la instalación (cuando madrugan a buscar atención)

En lo que respecta a las encuestas de satisfacción del usuario, podemos señalar lo siguiente:

2012= 10 instalaciones aplicaron y analizaron los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario.

2013= 6 instalaciones de las 18, aplicaron y analizaron los resultados y remitieron informes de los hallazgos.

2014= se aplican en mes de noviembre; el centro de Salud de Chiguirí remitió los resultados de las mismas.

De todas las instalaciones que enviaron los resultados, el 60% de los encuestados se sintió satisfecho por la atención. Los servicios más solicitados después de otro médico de medicina general son un pediatra y un ginecólogo.

En términos generales los resultados en las encuestas de satisfacción, los encuestados reportaron un buen nivel de satisfacción en todos los rubros.

En lo que respecta al centro de llamadas (311), los casos se reportaban a nivel nacional y derivados a las regiones, donde el personal de Relaciones públicas coordinaba con la dirección regional, luego se procedía mediante nota formal al jefe inmediato del servicio contra el que se hacía la denuncia y se adjunta copia de la misma.

EN EL HOSPITAL TEJEIRA ACTUALMENTE NO ESTA FUNCIONANDO EL SUBSISTEMA DE ATENCIÓN AL CLIENTE (SAC).

CAJA DE SEGURO SOCIAL

El 100% de las unidades ejecutoras de la CSS cuentan con oficinas de orientación, donde los usuarios presentan sus quejas, estos las ingresan a un programa, las resuelven en el caso que se pueda y si no le dan seguimiento a la misma. En administraciones anteriores si se aplicaban trimestralmente encuestas de satisfacción, había instalado buzones de sugerencias. Existe también un número telefónico creado por la CSS para sugerencias y reclamos que es a través del call center.

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

En efecto, los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario son tomados en cuenta para hacer las correcciones y planificar acciones, de

aquello que el usuario percibe como negativo en materia de atención, trato, infraestructura y abastecimiento de nuestras instalaciones de salud y mejorarlo.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

En el caso que se hagan, si se toman en cuenta para detectar posibles fallas en el servicio y tomar decisiones para mejorar.

2. Se realizan las auditorias sociales en su región? Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención? Se comparten estos resultados

Solo se efectúan a los equipos itinerantes, con resultados satisfactorios los cuales se comparten con las partes involucradas.

CAJA DE SEGURO SOCIAL No, se realizan

1. Conocen el programa de humanización? Se aplican en algunos de sus hospitales? Cuáles es su nivel de avance?

En la región se conoce y se realizan actividades relacionado al programa de humanización, hay personal sensibilizado en el tema. A nivel hospitalario el Hospital Aquilino Tejeira, cuenta con equipo sensibilizado, capacitado y el cual realiza actividades en bien de la población que acude a esta instalación, apoyando al paciente y a su grupo familiar, en el aspecto sicosocial, espiritual, coordinación intra y extramuros, con el OIN y otras organizaciones de la comunidad.

Los avances en este tema, podemos calificarlos como significativos, pero a la vez, de pequeños pasos ya que el mismo implica cambio de actitudes y compromiso con los pacientes y sus familiares. Lo importante es resaltar que personas dispuestas a trabajar por dar una atención más humana

CAJA DE SEGURO SOCIAL

No, como tal, pero si se han impartido capacitaciones en ese aspecto.

2. Conoce usted la demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio?

En el HAT, sólo en el servicio de urgencia se lleva registro de cada paciente que acude en búsqueda de atención y en virtud de la falta de la misma podemos indirectamente saber la demanda insatisfecha.

Los Centros de Salud de Coclé no se registran la demanda insatisfecha por servicio.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

<i>UNIDAD EJECUTORA/ DEMANDA INSATISFECHA – Agosto 2014</i>	<i>Demanda no satisfecha de medicamentos</i>	<i>Demanda no satisfecha de PRUEBAS DE LABORATORIO.</i>
CAPPS LA PINTADA	2.00%	No aplica.
Policlínica Manuel de J. Rojas	2.50%	3.10%
Policlínica San Juan de Dios	3.50%	4.80%
Policlínica Manuel Paulino Ocaña	4.00%	1.80%
Hospital Dr. Rafael Estévez	1.50%	11.20%

CONTROL DE CALIDAD

1. ¿Han realizado auditorias de expedientes, auditorias médicas y administrativas. Comentar aspectos de estos estudios y auditorias.

En el HAT se realiza la auditoría clínica de expedientes hospitalarios, cuyos resultados son expuestos a nivel nacional e institucional, desarrollando un plan de mejoras en función de los resultados obtenidos

hemos solicitado bajo la presente dirección médica, auditorías financieras y administrativas, las cuales a la fecha no se han realizado

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Sí se han realizado auditorías de expedientes, auditorías medicas y administrativas, que son aplicadas por la Comisión Provincial de Auditoría Médica, por el departamento de Auditoría Interna y por comisiones designadas por el Director General por concursos de Imagen y Gestión. Estos estudios y auditorías son realizadas con el fin de corregir fallas en el sistema y mejorarlas

Se realiza todos los años la auditoria de expedientes en los centros de salud reflejando una buena calidad de cumplimiento de normas con buena calidad de la atención.

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

Actualmente estamos en planes de reestructurar el comité de calidad para poner en función todo lo relacionado a la misma.

CAJA DE SEGURO SOCIAL

En administraciones anteriores se dio énfasis al Programa de Calidad con la implementación periódica de encuestas de satisfacción por unidad ejecutora y por servicios, instalación de buzones de sugerencias. En la actualidad se cuenta con oficiales de orientación en cubículos especiales, donde el paciente expone su queja y la misma es registrada en un programa y resuelta en el momento si hay la posibilidad y sino se le da el seguimiento con la debida respuesta una vez resuelto.

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?. Utilizan estos indicadores de calidad y cuadro de mando para la toma de decisiones.

CAJA DE SEGURO SOCIAL NO CONOCEN EL OBSERVATORIO

EL OBSERVATORIO SE ENCUENTRA EN LA PAGINA WEB DEL MINISTERIO DE SALUD, NO SE EMPLEA LA PAGINA.

FOTOGRAFÍA N°5. RED SOCIAL

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

La población se organiza para apoyar la gestión y la oferta a través de Comités, grupos de pacientes según el tipo de enfermedad (diabetes, hipertensos, etc.), comité de salud, JAAR.

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, Otros?

En el distrito de Antón existen 27 Comités de Salud con personería jurídica.

-El 22 % (6) está activo, pero no todos tienen su directiva actualizada.

-El 78 % (21) Comités de Salud están inactivos.

En el distrito de La Pintada existen 39 Comités de Salud con personería jurídica.

Dos corresponden al distrito de Donoso, provincia de Colón.

El 53.8 % (21) de los Comités de Salud, con personería jurídica están activos, aunque no todos tienen sus directivas actualizadas.

El 56% (18) están inactivos.

- En el distrito Nata, existen 12 Comités de Salud registrados con personería jurídica.
- Por accesibilidad 2 comunidades están bajo la responsabilidad del distrito de Aguadulce (Ciénaga larga, Llano de L Palma)

- De los 12 Comité de Salud de Nata, el 50 % (6) están activo, aunque sus directivas no están actualizadas.
 - En el distrito de Olá existen 14 Comités de Salud registrados con personería jurídica. Y una Federación.
 - El 42.8 % (6) de los Comités de Salud registrados con personería jurídica están activos, aunque la mayoría de sus directivas no están actualizadas.
 - El 57.2% (8) no están actualizados. La Federación también esta inactiva.
 - En el distrito de Penonomé existen 81 Comités de Salud registrados con personería jurídica.
 -
 - El 70 % (57) de los Comités de Salud están activos, aunque no todos tienen sus directivas actualizadas.
 -
 - El 30% (24) de los C. de Salud están inactivos.
 - En el distrito de Aguadulce existen 14 Comités de Salud registrados con personería jurídica.
 - El 28. % (4) de los Comités de Salud están activos; aunque la mayoría de sus directivas no están actualizadas.
 - El 72 (10) están inactivos.
 - En el distrito de Aguadulce existen 14 Comités de Salud registrados con personería jurídica.
 - El 28. % (4) de los Comités de Salud están activos; aunque la mayoría de sus directivas no están actualizadas.
 - El 72 (10) están inactivos.
3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?
- El apoyo que generan estas organizaciones es:
- Auto gestión
 - Trabajo voluntario

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

No se ha realizado hasta el momento un análisis de los actores sociales.

5. Cómo se caracteriza el sector informal de atención en salud? Qué número de curadores existe y a qué actividad se dedican? Dónde están ubicados? En qué distritos se concentran? Qué población es la que demanda mayormente sus servicios?

Se caracteriza por tener una oferta de mano de obra no calificada, por ser personas (curanderos o brujos) que poseen un conocimiento no científico sino cotidiano

6. Cómo se integran las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud?

Se integran a consecuencia del difícil acceso de la población a los servicios de salud.

Creencias de las personas en los curanderos, bajo costo de la consulta y medicamentos recetados.

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

Debilidad: Falta de recurso humano, sensibilidad en la temática.

Fortaleza: Se puede formar un equipo multidisciplinario para trabajar.

8. Como 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.

9. Como 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?

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?

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP

Las nuevas formas de organización de los servicios tomando en cuenta la promoción de la salud y la prevención de los daños, debe hacerse desde la perspectiva de la atención primaria, buscando sectorizar las áreas y mantener los indicadores de salud dentro de niveles óptimos, involucrando al paciente, y creando conciencia que no es solo atención, que hay una responsabilidad de su parte como autogestor de su propia salud, que tiene que ver con diferentes aspectos: nutrición, ambiente y otras áreas.

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?

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP

Sí es necesario la conformación de mas equipos básicos con el objetivo de cambiar los paradigmas de atención de una curativa a preventiva y esta adecuación debe ser hecha a través de un diagnostico previo del área y análisis de los perfiles de morbi- mortalidad, para ofrecer intervenciones cónsonas con las necesidades reales de la población. La alterabilidad de

roles de parte del equipo básico debe ser mayormente preventiva y de promoción, pero también de atención cuando se amerite por la presencia de enfermedades

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?

JAPAS, GRUPOS ITINERANTES, RED COMBINADA DE SERVICIOS, ATENCION DE VISITA DOMICILIARIA, SI SE ESTÁN REALIZANDO Y ESTÁN DANDO RESULTADOS POSITIVOS EN NUESTRA POBLACIÓN

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP

Si se han establecido nuevas modalidades de atención en salud, como programas de cirugías ambulatorias, protesiton y fistuloton.

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?

EN EL CONTEXTO GENERAL NO SE HAN DESARROLLADO ESTAS MODALIDADES. TAMBIÉN SE DEBE RECONOCER LA DEBILIDAD EN TODOS NUESTROS CENTROS DE SALUD NO HAY INTERNET PARA DESARROLLAR LAS REDES SOCIALES

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP

Se utilizan volantes, afiches y también los medios de comunicación masivos. A nivel local no se utilizan aun las redes sociales para promover salud.

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

SI SE ESTTAN ADOPTANDO MEDIDAS GENERALES ENTRE ELLAS EXTENSION DE HORARIO DEL CENTRO DE SALUD DE PENONOME, BASADOS EN DATOS ESTADÍSTICOS.

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP

Si se han dado pasos en ese sentido; en el caso del CAPPS hay un proyecto para transformarla en ULAPS, con incremento de la cartera de servicios como laboratorio, Imagenología básicos e inclusión de especialidades como Pediatría y Ginecología. En el caso de la Policlínica Manuel de J. Rojas que de policlínica básica a especializada, con la adición la consulta del Hospital Dr. Rafael Estévez para la Nueva Policlínica.

6. Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel?

MINISTERIO DE SALUD. NO SE HAN ADOPTADO MEDIDAS.

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP

La nueva policlínica de Aguadulce pasaría a ser una unidad ejecutora de segundo nivel

7. 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?

NO SE ESTAN REALIZANDO ESTOS PROGRAMAS Y ACCIONES.

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP

A través de los diferentes programas de salud.

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

NO SE HAN DESARROLLADO ACCIONES PARA ESTABLECER PRIORIDADES DE ATENCIÓN POR ETAPAS DE CURSO DE VIDA.

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP: si se han establecido

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

Una planificación local integral con la participación de diferentes actores sociales es un gran reto que hay que desarrollar.

CAJA DE SEGURO SOCIAL : a través de reuniones del equipo de salud donde se programan actividades como ferias, atenciones en empresas. Solamente intervienen a nivel local como entes multiplicadores de información.

10. La organización con base a sectores implica la definición de espacios poblacionales específicos. Se han definido y caracterizado estos espacios en la región? Qué criterios utilizaron en la definición?

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP: No, se trabaja con la población de responsabilidad. Solo en casos específicos como epidemias en áreas determinadas, se focaliza el área.

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

La ley es la que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información sobre su condición de salud. Se aplica a través del Consentimiento Informado que firman nuestros pacientes en el expediente clínico.

LA PRENOMBRADA LEY ES DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO Y SE APLICA LA MISMA CONFORME A LO ESTABLECIDO EN SU ARTICULADO. ES MATERIA DE CONOCIMIENTO EN LA INSTITUCIÓN.

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP: 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 debe asumirse desde la perspectiva de prevención, romper los

paradigmas de medicina curativa en los mismos y hacerlos responsables de su auto cuidado como factor decisivo para la mejora de su estado general. Que se sientan comprometidos en hacer su parte. Si conocemos la existencia de la Ley 68 del 20 de noviembre de 2003. Se aplica en el consentimiento informado para hacer procedimientos especiales y en el conocimiento amplio de su condición de salud.

12. Tienen los equipos de salud la competencia técnica suficiente para asumir nuevos enfoque en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación? Qué aspectos sería necesario fortalecer? Qué estrategias sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud?

RESP: están siendo capacitados para eso con la estrategia de APS

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?

NO SE DESARROLLAN

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP: la eficacia y calidad de las acciones se evalúan en base a indicadores de salud que bajo parámetros previamente establecidos determinan si los resultados de las acciones son óptimos o no.

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

NO EXISTE UNA DINAMICA QUE EL ESPACIO DE ANALISIS PARA REVISAR Y ADECUAR LA CARTERA DE SERVICIOS CON LAS NECESIDADES DE SALUD.

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP: cada año se realiza el ejercicio de formular los anteproyectos de presupuesto, y es en ese momento que se puede plasmar todas las necesidades de recurso humano, equipos para apertura de nuevos servicios. Y esta necesidad surge en el proceso de evaluación de las acciones de salud.

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

MINISTERIO DE SALUD EN NINGUNO, TODAVÍA.

RESP: EN LAS POLICLÍNICAS Y CAPPS.

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?

MINSITERIO DE SALUD

Intervenir en el contexto, divulgación del modelo socializar sus componentes, sectorización, focalización, recurso humano del equipo básico según el nuevo modelo, fortalecer la cartera de servicios.

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP: las mejoras que deben efectuarse en la red de servicios para desarrollar el modelo de médico funcional, la primera debe ser sectorizar para lograr acciones más efectivas, fortalecer la cartera de servicios con especialidades necesarias en el primer nivel de atención que en algunas unidades ejecutoras solo tienen días asignados con tiempos de espera largos

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

EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HAT HA DEMOSTRADO YA NO TENER LA CAPACIDAD RESOLUTIVA NECESARIA EN FUNCIÓN DE LA DEMANDA, PUESTO QUE LA OFERTA DE MÉDICOS GENERALES, EQUIPO E INFRAESTRUCTURA SE HA QUEDADO REZAGADA EN RELACIÓN A LA MISMA, A PESAR DE HABERSE HECHO UNA REMODELACIÓN RECIENTE (NO MÁS DE 2 AÑOS) EN EL MISMO. SE HACE NECESARIO A LA LUZ DE LA DEMANDA ACTUAL AMPLIAR NUEVAMENTE EL CUARTO DE URGENCIAS EN TODA SU INFRAESTRUCTURA, INCLUYENDO, EQUIPO Y RECURSO HUMANO

Capacitar al recurso humano para afinar la capacidad de respuesta. Educar a la población en materia de las urgencias, para que los servicios sean realmente bien utilizados.

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP: En el caso de la CSS – Coclé, los hospitales deberían coordinar la cobertura de sus áreas de forma organizada, remitirse mensualmente los roles de turno para saber con que se cuenta en cada área y solo trasladar lo que si amerita según normas y no por la inexperticia de un medico en formación. Contar en un futuro cercano con un área fuera de la instalación para referir a los pacientes verdes (actualmente la policlínica no puede dar respuesta), esto ayudaría a seguir y reforzar la educación a nuestros usuarios sobre el uso del Cuarto de Urgencias y un hospital. Además hay que reorganizar el sistema de ambulancias, ya que está obsoleto y esto dificulta la respuesta oportuna a los pacientes y de no reorganizarlo ni comprar nuevas ambulancias, deberían a niveles regionales y nacionales hacer los acercamientos y trámites legales pertinentes para que otras instalaciones afines como: MINSA, SINAPROC, Cruz Roja puedan dar este apoyo

6. Se utiliza el TRIAGE. Cuáles han sido los resultados de su implementación?

En el servicio de urgencias del HAT se utiliza el sistema de clasificación triage de pacientes y sus resultados ya son alentadores toda vez que tenemos un 63.3% de clasificación de pacientes rojos y amarillos, pero aún queda un 36.7% de pacientes clasificados como “verdes” que no son de urgencias y requerirían atención a nivel primario, toda vez que la mayoría de los mismos buscan atención entre las 6:00am y 12:00 mn, por lo que consideramos debería pensarse en la estrategia de ampliación de horarios en centros de salud del nivel primario, en función de la demanda insatisfecha de los mismos, así como del lugar de procedencia del paciente en el cuarto de urgencia.

CAJA DE SEGURO SOCIAL RESP: Se utiliza el TRIAGE y al 100% de los pacientes que acuden al Cuarto de Urgencias y los resultados han sido óptimos, porque se ha visto una disminución en las atenciones sobre todo de los verdes, ya que el paciente se ha ido educando a que su lugar de atención no es el hospital y se agiliza la atención a las urgencias verdaderas.

AMPLIACION DE COBERTURA

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

Para lograr una mayor cobertura de atención es indispensable reorganizar la red de la Provincia de Coclé redefiniendo los grados de complejidad según la demanda y necesidades de atención preventiva y

curativa. Existen Centros de Salud en espacios geográficos poblacionales y perfiles demográficos que requieren un ampliación de sus cartera de servicio tanto en los servicios finales como intermedios. Es el caso de los Centros de Salud de Antón, Río Hato y el mismo hospital de Penonomé. Esta reorganización debe considerar a toda la red incluyendo la del Seguro Social. Centros de Salud como el de Penonomé y Pocrí y su relación con las policlínicas, así como la necesidad de evaluar la extensión de la red en el primer nivel hacia otras áreas cuya cobertura aún no está asegurada como lo son el área norte de Penonomé, la Pintada y Natá.

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?

El comportamiento de la demanda y la insatisfacción manifiesta y generalizada en la red de la provincia de Coclé plantea la necesidad de extender horarios durante los días laborales y hacia los fines de semana. El incremento de la fuerza laboral, los hábitos de consumo de servicios y la actividad económica viene marcando de manera significativa una presión sobre los cuartos de urgencia creando distorsión en la función que dichos servicios deben cumplir en términos de eficacia.

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

Las giras médicas integrales deben realizarse sobre nuevas normas y principios operativos. Este modalidad no se justifica en zonas urbanas, De hecho es un intento por paliar el deficiente acceso oportuno a los servicios ordinarios en la red fija pero sin mecanismos de continuidad en el proceso de atención. Al distraer recursos que la red fija necesita por lo que de continuar (que no está justificado) es irracional ante los problemas de financiamiento del sistema , profundiza las distorsiones que de hecho ya padece el modelo de atención.

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

Los servicios básicos integrales que deben incorporarse para ampliar la cobertura de servicios en la red del sistema público de atención en Coclé son los de pediatría y ginecología, Se deben incluir en algunos Centros de Salud como centros de referencia más próximos a las poblaciones que lo requieren. De igual forma servicios de salud mental (psicólogos, enfermeras especialista en salud mental, siquiátras) , trabajadores sociales y fortalecer la capacidad de diagnósticos con recursos de laboratorio e imagenología en Centros de Salud mas próximos a las poblaciones con dificultades para el acceso económico y geográfico.

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

Esta estrategia es de uso rutinario sin embargo puede maximizarse con una adecuada coordinación entre los diferentes servicios de atención dentro de las unidades de producción e instalaciones sanitarias. Sin

embargo está relacionada con la falta o no de la cultura de gestión por proceso que no siempre prevalece en el funcionamiento de los “equipos” de atención.

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

Se han establecido mecanismos basados en informes y hay intentos de convocatoria para dicha coordinación, sin embargo al no ser parte de la institución y ante la falta de procedimientos e instancias de carácter normativo y/o obligatorios no es continuo ni sostenido.

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

Existen serias dificultades para articular la estrategia con las acciones rutinarias pues el contrato y la relación de autoridad y poder sancionatorio por incumplimiento reside en el ámbito nacional. Al no existir un convenio único regentado por la autoridad sanitaria a nivel regional en materia de objetivos y metas se fracciona la función gerencial respecto al proceso de planificación y evaluación. La visión de programación y gestión para un solo espacio geográfico poblacional. Un solo convenio y un solo Plan Operativo.

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

Se integran esporádicamente y no de forma sistemática, De manera que no es posible realizar el proceso de programación y evaluación conjunta.

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

Se carece de un sistema información único.

FOTOGRAFÍA N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

1. En su región de salud como se ejerce el rol de rectoría de la autoridad sanitaria?

El rol de rectoría de la autoridad sanitaria se ha ejercido de manera parcial puesto que no se ha creado el escenario por parte de la Región, como conductor del sector salud. El mecanismo de la Junta Técnica, especie de gabinete provincial permite informar y dar orientaciones, la Comisión del sector salud dentro de la Junta Técnica no está siendo utilizado como un medio para ejercer dicha autoridad. Sin embargo la Región lideriza la acción ante eventos de contingencia que requieren la acción conjunta.

2. 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?

Hay más hechos relacionados con la regulación y la conducción pero la de armonizar la provisión solo se hace a lo interno de la red del MINSA.

La última vez que se evaluó las FESP fue en el año 2007 en la cual se mostraron evidencias de fortaleza en planificación, promoción de salud, participación comunitaria, debilidades en regulación y vigilancia de la salud pública.

3. 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.

Hay conocimiento de la misión, visión, organigrama y funciones de las unidades ejecutoras del MINSA y de la CSS. Los organigramas diseñados por ODI y aprobados por el MEF no reconocen las estructuras gerenciales a nivel de Distritos con las cuales la Región realiza sus funciones. Se intenta aproximar la estructura en el nivel de conducción a la del nivel nacional del MINSA, sin embargo algunas funciones son más complementarias entre los Departamentos de la Región (Direcciones Nacionales en el nivel central). El MEF solo reconoce la estructura del MINSA hasta el nivel regional.

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?

Aunque la regionalización es un hecho de manera formal faltan condiciones que permitan profundizar y mejorar las capacidades regionales en recursos y facultades en materia de ejecución del presupuesto, es decir descentralizar algunas atribuciones que todavía están centralizadas y obstaculizan el desarrollo del sistema a nivel de las Regiones.

- 5.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?

La descentralización tiene muchas modalidades y grados. El MINSA no ha definido con claridad el nivel o grado de descentralización. La concentración y verticalidad en algunas funciones gerenciales y administrativas contradicen el proceso.

6. 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?

El Consejo de Gestión ha demorado 3 años en comprender sus competencias y facultades. De igual forma la Dirección Regional intenta jugar el rol que le corresponde como representante del ejecutivo. Sin embargo la ley tiene vacíos en su composición y mecanismos de gerencia. Falta definir el grado de profundidad en el marco de la descentralización, revisar el tema de la descentralización en la administración de la estructura de los recursos humanos pues sigue dependiendo de la Dirección Nacional. Existe contradicción entre el alcance de la ley y las condiciones orgánicas del MINSA que no permiten adelantar los procesos. El HAT y todos los hospitales “regionales del MINSA”, funcionan con estructuras y organigramas de hospitales rurales. Tienen una organización para la gestión muy simple para administrar la complejidad que vienen alcanzando.

7. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios. Cuál considera el equipo regional qué debe ser la estructura de la región de salud?

Una estructura más fuerte en Provisión de Servicio, Salud Pública y Promoción de Salud. Es decir posee la estructura pero requiere de mayores capacidades y recursos puesto que los procesos vinculados a las FESP son los mismos que el nivel nacional con algunas excepciones. El factor político limita un proceso más estable en el manejo de la dicotomía de los técnico con lo administrativo pues depende del poder que representa dentro del escenario político quienes ocupan los cargos en un momento determinado. Someter a concurso y remunerar los cargos gerenciales en el nivel técnico y administrativo ayudarían a los procesos sanitarios.

7. **Existen manuales de procedimiento administrativo? Cómo se aplican? Quién y cuándo se aplican?**

R/: Se cuenta con un Manual de Procedimientos Administrativos donde se concentran todas las actividades que se realizan en los diferentes departamentos administrativos: Tesorería, Compras, Contabilidad, Presupuesto, Almacén, Kardex, Costo, etc.

Estas normas son aplicados por los Jefes de Departamentos y el personal involucrado en el desarrollo de los procedimientos y actividades que se realizan dentro de los departamentos.

Se aplican diariamente de acuerdo a los procesos de cada departamento.

Entre los manuales de referencia que se utilizan se encuentran:

- **Manual de Procedimientos Administrativos Departamento de Tesorería, Presupuesto, Contabilidad, Almacén, Compras, etc.**
- **V Versión Manual de Procedimientos de Caja Menuda.**
- **Manual de Clasificación presupuestaria de Gasto Público**
- **Diccionario de Imputaciones Presupuestaria.**
- **Otros.**

8.

9. 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?

10. Cuáles son las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional

Fortaleza: personal con experiencia y de buen nivel académico en el área técnica. En el área administrativa personal base con experiencia .

Debilidades: algunas áreas en salud pública poblacional y ambiental sin personal asignado para cubrir dichos roles. Falta mejorar el nivel académico y profesional de algunas áreas administrativas. No se cuenta con personal idóneo para mantenimiento y formulación de proyectos en materia de diseño y presupuestario. Es débil la unidad de costo.

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

Solo la experiencia del Consejo de Gestión del hospital AT. y la gestión de algunos procesos combinados con organizaciones externas.

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

En términos generales sí, sin embargo debe replantearse las relacionadas con los lineamientos estratégicos y de acción.

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

Los POA del equipo conductor regional y de los Distritos y Centros se formulan previa alineación con las políticas, objetivos y estrategias. La plataforma en web no ha sido estable y no fue posible hacerlo en el año 2014. Se perdió la inercia ganada en el 2012-2013. Es muy útil, sin embargo se cometió del error de obviar el proceso que se realizaba en las matrices de uso regional al solo introducir algunos problemas directamente para cumplir con el nivel nacional. En estos momentos se está rescatando

el proceso que tradicionalmente se hacía con algunas variantes contenidos en la versión de la plataforma para poder incorporarla posteriormente.

No contemplaron algunas advertencias previas al diseño.

14. 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?

1. Falta de coordinación y alineamiento entre las direcciones nacionales generan incertidumbre y presiones innecesarias al nivel regional. Todavía algunos técnicos y especialmente administrativos desconocen y por consiguiente no comprenden como funcionan las regiones e insisten en tener una visión limitada de las mismas como ejecutores. Desconocen que las Regiones son estructuras con carácter de estructuras gerenciales con agendas que tienen su propio ritmo de ejecución puesto que están inmersas en realidades y escenarios con otras complejidades. Tienen su propia dinámica de ejecución.
2. El presupuesto de recursos humanos no es gestionados de manera plena, por lo que el principal recurso no puede ser de acuerdo a las necesidades regionales y con criterios de racionalidad. Mucho menos se consideran los procesos de planificación de recurso humanos regionales.
3. Todavía se persiste en trabajar sobre la base de CAMPAÑAS y prioridades que no responden a la realidad regional, generando ineficiencias e ineffectividad de las estrategias consumiendo y distrayendo recursos innecesarios de manera coyuntural.
4. La falta de un sistema de reportes unificados o compartidos entre las direcciones nacionales generan pérdida de tiempo en los niveles regionales.

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

Generalmente el Director Regional consulta con los Jefes de Departamentos (equivalentes a los Directores Nacionales) y Coordinadores pero siempre se reserva el criterio personal o político del momento dependiendo de las circunstancias y el tipo de decisión. También se están realizando Gabinetes Regionales una vez al mes en el que participan los Jefes de Departamento y algunas secciones dependiendo la agenda en discusión.

16. ¿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 Departamento de Provisión de la Región solo lo ejerce a la red bajo autoridad del MINSA. No se hace de manera continua y sistemática a otras instituciones del sector ni mucho menos al sector privado.

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

Lo realiza el Departamento de Planificación y la Subdirección en esta coyuntura, Generalmente es Planificación.

¿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?

Existe mucha debilidad en materia de disposición de tecnología informática en los Centros de Salud. Desde el intento fallido con el proyecto de informatizar todos los procesos (INDRA) 1998-2001 en los Centros de

Salud, pues se instalaron las máquinas y se cablearon todas las instalaciones, cada administración adquiere según las posibilidades algunas unidades pero de manera limitada algunos servicios y no existe acceso a internet en la actualidad en dichas instalaciones.

18. ¿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)?

Solo el Hospital mantiene un remanente de la base de infraestructura informática, con algunas renovaciones pero la misma ya manifiesta síntomas de obsolescencia. Todas las unidades administrativas del Hospital cuentan con algún recurso más no los servicios médicos. Excepto cuarto de urgencia donde el expediente es electrónico. Los procesos continúan siendo manuales y luego mecanizados.

19. ¿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).

Se carece de un sistema de información idóneo para la gestión clínica pese a contar en el HAT con el programa de INDRA, que sí lo permite, pero la falta de adecuación y actualización de la plataforma con los requerimientos y velocidades de hoy no se utiliza.

En los Centros de Salud, solo la experiencia inconclusa del Proyecto de TIS en el Centro de Salud de Penonomé.

20. 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?

Solo tele radiología en el HAT. Aunque contamos con radiólogo al no contar el primer nivel con la infraestructura para ello no se puede aprovechar. Si permite la interconsulta con otras instalaciones del nivel nacional.

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?

Cada dos años se actualiza el ASIS. Participan todo el personal técnico y administrativo del nivel regional y de los equipos distritales.

2. La planificación regional es participativa? Quiénes participan? Con qué frecuencia se efectúa este proceso?

La planificación regional es un proceso ampliamente participativo. Participan todos los Departamentos Regionales con sus secciones y/o coordinaciones y todos los equipos distritales. Este proceso se realiza 2 veces al año. Al final y a mediados del año, todos los años.

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

La última vez que se intentó con toda la formalidad del caso fue en el año 2008-2009 cuando se acordó unificar la atención en La Pintada y pasar a la C.S.S. la instalación del Centro de Salud de Río Hato. Luego de ese intento ha sido muy esporádicos y coyunturales e informales. En esencia se hacen a manera de algunas acciones de coordinación.

4. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS? Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo? Cuáles son los elementos de este programa?

La programación local se hace separada.

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

Se han llevado a cabo iniciativas aisladas y coyunturales. Hace 10 años fue la última vez en que se llevaron a cabo iniciativas mediante los consejos consultivos.

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

En esta ocasión el proceso de convocatoria se ha hecho mediante la Dirección Regional y ha estado orientada a las instituciones públicas y de educación superior. El proceso se está llevando a cabo consultas con los gobiernos locales.

7. 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?

A comienzos de año se establecen acuerdos de gestión en el que se establecen la metas de producción, coberturas, metas de programas y servicios en el nivel distrital y regional. Todos los años se evalúan los indicadores de proceso (actividades y estrategias) y resultados en el mes de diciembre – principio de enero.

8. Existen los planes estratégicos quinquenales, los planes operativos anuales, están definidas las estrategias y ruta crítica? Se utilizan los análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos? Estos planes incluyen a otras entidades del sector?

Cada cambio de gobierno en la Región se elabora el análisis para establecer los objetivos y las estrategias del quinquenio.

PRESUPUESTACION POR 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?

Pese a considerar en la formulación del presupuesto , las proyecciones de producción, el mismo se realiza con base en el gasto histórico. La herramienta de presupuestación y las normas se basan en el gasto.

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?

La asignación se hace por unidad ejecutora a nivel regional y distrital. La misma se hace desde el nivel nacional. En el proceso de ejecución se asignan recursos a estas funciones según las necesidades coyunturales.

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?
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?
5. ¿Se están introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud? Si es así, ¿cuáles y cómo?

INCENTIVOS

1. ¿Se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud? Consideran que la evaluación para obtener el bono responde a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales de salud?

Se intenta vincular el Bono al desempeño. En algunos servicios técnicos se aplica con mayor rigurosidad que otros (enfermería). Los criterios deben

aplicarse con rigurosidad y deben ajustarse a los resultados en calidad no solo cantidad. Falta algunos criterios por incluir como la disposición en aportar trabajo adicional, misiones fuera del horario normal, participación en misiones de equipo, etc.. La falta de mejora en algunos aspectos de la auditoria de expediente así lo demuestran.

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

Hay que redefinir los incrementos salariales como forma de incentivos. Se ha observado mejora en el pago de sobretiempo, pero no hay evidencia de mejora en la efectividad y la calidad de atención, hay incrementos salariales pero la disposición y mística de trabajo institucional en un sector importante se ha debilitado. Hay que evaluar el tema de la Cultura Laboral y el fomento de los Valores y Ética laboral. Los incentivos materiales son fundamentales pero si no hay cultura laboral en esa dirección no son suficientes.

ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

1. ¿Cómo se determinan las especificaciones de los elementos o servicios? ¿Quién las determina?

CONCILIAMOS LA NECESIDAD DE ELEMENTO O SERVICIOS CON LA EXPERTICIA O EXPERIENCIA DE CADA TÉCNICO SANITARIO Y SE DEBE EMPLEAR LA FICHA TÉCNICA DE CADA INSUMO A ADQUIRIR.

- Hay un sistema de inventario? Descríbalo Qué estándares se han definido y si se actualizan? Quién y Cómo se definieron?

El sistema de inventario, permite el control y registro de los movimientos de entradas, salidas y trasposos entre bodegas del inventario, incluyendo los productos con lotes, series y fechas de vencimiento.

Estándar establecido incluye : salidas, entradas , trasposos de mercadería, fechas de la transacción, contabilización, control de lote, control de vencimiento, toma de inventario anual, corrección monetaria, costo unitario promedio, descripción de proveedores, estadísticas de costos.

Los estándares son definidos por los usuarios del sistema, y descritos en los manuales de inventarios aprobados por las instancias reguladoras.

2. Cómo se da el proceso de compras, en términos de la competencia? Cuáles son sus limitaciones? Cómo puede mejorarse? Conoce el proceso de compras conjuntas, compras a través de los organismos internacionales?

Existe una interrelación entre los diferentes secciones Administrativos unidad solicitante, compras, presupuesto, tesorería y contabilidad.

El proceso inicia con la generación de la solicitud a través de la requisición por la unidad solicitante, la conciliación financiera con la sección de presupuesto, de acuerdo a los montos de compra se estratifica la compra (Compra menor menos 3mil balboas, Acto público de 3000 – 30000 balboas y Licitación pública más de 30,000 balboas) con la sección de compras y la generación de órdenes de compra y la confección de cheques por tesorería así como el control de los diferentes eslabones del proceso por control fiscal y auditoría interna.

Dentro de las limitaciones se describen:

- Falta de documentación de proveedores.
- Extenso del proceso.
- Centralización de algunos procesos.
- Oportunidad de la disponibilidad financiera.
- Disponibilidad de proveedores.
- Organización interna de los gestores de compra.

A nivel regional no se generan compras conjuntas, conocemos la existencia de las compras con COMISCA y la compras Nacionales por precio único para las 14 regiones.

1. Cómo se evalúan los proveedores y qué mecanismos se aplican para el rechazo de los mismos? Conoce la existencia de las comisiones evaluadoras para cada uno de los 5 grupos de suministros sanitarios?

La valoración de los proveedores se realizan en base de las normativas existentes (ley 1 de medicamentos, ley 22) con los elementos descritos en

la solicitud, En el proceso el determinante de la competencia es el precio del artículo.

No contamos con comisiones evaluadoras.

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

Los acuerdos de pago son Contado o Crédito, los mismos definidos por el tipo de servicio solicitado (compra de comidas y mantenimiento es crédito) en ocasiones la fuente de financiamiento por ejemplo el presupuesto regular se establece al crédito hasta contar con la disponibilidad financiera.

3. **Cuáles son los mecanismos establecidos para controlar las perdidas y fraudes, se coordina con la Dirección General de Salud y Dirección Nacional de Farmacias y Drogas el procedimiento para el descarte? Son efectivos? Cómo podrían mejorarse? Conoce la información de los insumos vencidos que brinda en el LSS/SUMA.**

Se ha coordinado con la dirección nacional de farmacias y drogas la solicitud de descarte a su vez con la sección de ambiente.

Los procesos son lentos se podrían mejorar al descentralizar o desconcentrar los mismos. La herramienta LSS/SUMA, permite describir en línea los productos vencidos, contamos con una versión desactualizada y con pocos usuarios que pueden acceder a la misma.

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

El sistema de suministro se articula con el nivel nacional directamente en la gestión de los procesos de los diferentes subsistemas del sistema logístico desde la selección, programación, adquisición y distribución ejerciendo su rol normativo, controlador y financiero.

El nivel regional adopta y sistematiza las estrategias, planes, programas y presupuestos definidos por el nivel central para ejecutar el proceso de suministro, De igual manera le corresponde coordinar, supervisar y capacitar el recurso humano del nivel local, administrar los recursos físicos y financieros asignados a la región para la gestión de suministro.

Limitantes: La falta de consolidación de estructura del sistema de suministro es la mayor debilidad del sistema en elementos como: tecnología, logística, información, recurso humano cualificado e infraestructura

**5. Cómo se coordina el abastecimiento y suministro entre la CSS y el MINSA?
Qué problemas se destacan? Cómo pueden establecerse mejores acuerdos?**

En general se evidencia la necesidad de articular los procesos y definir un plan general que establezca los objetivos, metas, actividades funciones , actores responsables para el proceso de abastecimiento en Panamá en general y en Coclé en particular en miras de asegurar el abastecimiento de suministros centrados en el paciente entre ambas instituciones CSS/MINSA.

Los problemas más relevantes se refieren al acceso, diferenciación en las lista, falta de homologación en los costos, calidad de los insumos, organización para la gestión del insumo, calidad del servicios de suministro, sistematización de la demanda, humanización en la entrega de servicios relacionados al suministro, vigilancia de los subsistema y la calidad de los procesos e insumos.

6. Como se realiza la estimación de necesidades de insumos sanitarios?

Se emplea el Método de consumo Histórico con leves excepciones.

7. Como se registra la información de consumo?

Se emplean el sistema de Kardex y los informes de movimiento de depósito de insumos sanitarios donde se consignan los insumos entregados a pacientes en farmacia.

8. Conoce las modalidades de compra

Modalidad de Compra Centralizada por licitación pública con Precio Único.

Compra por acto público, compra menor

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

El cuerpo técnico conoce el Manual de BPA, su implementación y cumplimiento posee serias limitaciones por las debilidades en infraestructuras.

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

No existan propuestas de perfil de proyectos para reposición de almacenes regionales de insumos sanitarios

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

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

El sistema de información disponible en la institución es el que registra los procesos de atención sanitaria, algunas actividades de vigilancia y de promoción. Sin embargo este sistema hoy día está fragmentado en SIES, VACUNA y los que registran la actividad de las modalidades de atención de las estrategias de extensión de cobertura. Este hecho dificulta obtener información oportuna, adicional a otras circunstancias como la falta de captadores institucionales ante la carga que genera la ampliación de la oferta y por consiguiente el volumen de registros. En recurso humano no disponemos de un sistema de información eficiente, puesto que es manual y no mecanizado. Además el mismo no es oportuno ni confiable pues no registra los movimientos al día.

En cuanto a las sociales y vitales acudimos a las oficiales de la Contraloría, MEF y otras disponibles en la web del estado. Existen limitantes en las instituciones por tener un desarrollo no homogéneo en cuanto a capacidad institucional local y regional.

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

La información disponible si es utilizada para la toma de decisiones a nivel regional en los momentos de monitoreo y evaluación regional y local respecto algunos procesos técnicos, más no así de tipo administrativos. Es

necesario integrar o relacionar los de carácter administrativo y técnico asistencial y de salud pública.

**3. Cómo se evalúa la calidad de la información? Quiénes y cuándo se evalúa?
Se aplica la auditoria informática?**

En lo que respecta a los REGES si existe una revisión constante y periódica antes de enviarlos al nivel nacional o convertirlas en oficiales, mediante una sección en el Departamento de Estadísticas dedicado a dicha actividad de manera exclusiva. Si embargo como auditoría propiamente dicho este proceso no se aplica a otros subsistemas existentes.

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?

Precisamente mediante los procesos evaluativos programados durante el año. Los procesos transformadores derivan del análisis coyuntural y sistemático solo en aquellos disponibles y generados por el propio sistema al momento de establecer las metas anuales y el plan operativo. También en las sesiones de tipo gerencial en el nivel regional. El principal escollo es que no son oportunos.

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

.Los contenidos en general son establecidos por el nivel nacional, pero de manera coyuntural establecemos usos de interés regional. Los definen los departamentos conductores de la Región y según necesidad de las circunstancias y requerimientos de la dirección regional.

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

Mediante comunicación expresa con el Departamento de Planificación-REGES o las unidades administrativas.

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

Los centros de producción están claramente definidos, sin embargo el sistema no es capaz de obtener y producir información de todos los aspectos o contenidos de interés de los Centros de Producción.

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

En la actualidad existen sistemas paralelos no articulados por lo que se duplican los esfuerzos con un costo mayor para el sistema.

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. De camas			
	Total	PRIVADAS	MINSA	CSS
No. Total de camas				220
• Pediatría				28
• Ginecología y Obstetricia				33
• Medicina Interna				64
• Cirugía				60
• Intensivos				6
• Semi Intensivos				8
• Bacinetes de neonatología				10
• Transición				11
No. de servicios de imagenología			1	4
• No. De Ultrasonidos			1	2
• No. De Rayos X			1	6
• No. De Panorex		3	0	1
• No. De Periapical			20	4
• No. De CAT			1	1
• No. De Mamógrafos			2	2
• No. De Equipos de resonancias magnéticas			0	1
No. de Laboratorios Clínicos			4	4
No. de Bancos de Sangre			1	1
No. de Farmacias	74	60	19	5
No. de Sillones Dentales			39	19
Completos				19
Incompletos				0

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?

LOS ESTUDIOS IMAGENEOLÓGICOS SON REPORTADOS ACTUALMENTE POR DOS MEDICOS RADIÓLOGOS

2. Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?

LOS RESULTADOS SON RETIRADOS EN LA VENTANILLA DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA; SIN EMBARGO, UN GRAN PORCENTAJE DE LOS INFORMENES, CASI UN 65% , NO SON RETIRADOS

3. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?

ESTE OBJETO DE GASTO ES MANEJADO A NIVEL CENTRAL EN SU MAYORÍA, YA QUE LO ASIGNADO AL HAT ES POCO Y REPRESENTABA UN 0.16% DEL PRESUPUESTO TOTAL ASIGNADO A OCTUBRE DE 2014, LOS GASTOS EN QUE SE INCURRE A NIVEL HOSPITALARIO SON EJECUTADOS POR LO GENERAL CON EL FONDO DE ADMINITSRACIÓN.

4. ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.

.EN EL HAT EXISTEN SÓLO TRES FUNCIONARIOS DE MANTENIMIENTO COMO TALES, DE LOS CUALES 2 SON IDÓNEOS O SEA 66.67% Y EL 33.33% ES ESPÍRICO, POR ENDE

5. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?

ESTE OBJETO DE GASTO ES MANEJADO A NIVEL CENTRAL

6. Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?

Cuando se asignan recursos para la adquisición de equipos, lo cual se hace utilizando parte del fondo de administración, el servicio o unidad que lo solicita identifica en Panamá Compra la disponibilidad, de los contrario dichos departamentos o usuarios son los que definen el criterio La prioridad la establece el Departamento de Administración Distrital o Regional..

FOTOGRAFÍA N°9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

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

No hay convenios de compensación de costo entre la CSS y la región de salud, ni en los hospitales. Los convenios de costos se pactan a nivel

nacional. En la actualidad no hay convenios vigente, aunque se mantienen los servicios a no asegurados y asegurados en las instalaciones del MINSA en Coclé. Las instalaciones de la CSS cobran los servicios a los no asegurados. El Hospital Aquilino Tejeira si cobra una fracción del costo en algunos servicios limitados a los asegurados.

De acuerdo a consulta realizada, al principio deberían reconocer 34 millones de dólares al año al MINSA que sería distribuido entre las 14 regiones de salud, según los asegurados activos o beneficiarios que atendiera el MINSA. Sin embargo la realidad era que entre las 14 regiones deberían reconocerse aproximadamente 100 millones de dólares.

Al principio sí se reconoció a las regiones algo representativo a lo que realmente debía asignarse; sin embargo se suspendió dicho apoyo en el año 2000. Solo en una ocasión fue revertida a la región una parte del costo el cual no superó los 250,000 dólares, muy por debajo de los costos generados en la cuenta de Coclé.

Ante la diversidad de costos unitarios en las instalaciones por las diferencias del nivel y grado de complejidad de la red, se ha trabajado con precios establecidos homologados a nivel nacional pero no responden a la estructura de costos de cada instalación y no contamos con estándares establecidos.

La debilidad institucional en materia de personal en la gestión económica de los Centros, teniendo que tener un sistema centralizado dificulta información confiable para monitorear y evaluar los mismos.

Si bien el MINSA se encuentra trabajando con la finalidad de mejorar el sistema de costos en las diferentes instalaciones de salud con miras a

retomar las negociaciones con la Caja de Seguro Social. Es recomendable ajustar los precios establecidos de acuerdo a la realidad actual.

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?

R. Los mecanismos que se aplican para el análisis de la información de costos que utilizamos es que en cada Centro de Salud, existe un colaborador recopilando información que generan los diferentes departamentos de Kardex, almacén general, médico quirúrgico, odontología, farmacia y laboratorio en formularios establecidos de consumo de materiales e insumos y la producción de la atención médica que es generada por el departamento de REGES de la región de salud y los distritos.

Se relacionan todos con los costos porque la producción es parte importante, nos da los datos necesarios de las cantidades de atenciones que se brindan en los diferentes servicios y con esta información podemos sacar los resultados, el rendimiento, los recursos y tener un valor aproximado de cada servicio prestado en las instalaciones del MINSA como Hospitales, centros de salud y maternos infantiles.

La debilidad institucional en materia de personal en la gestión económica de los Centros, teniendo que tener un sistema centralizado dificulta información confiable para monitorear y evaluar y tomar decisiones según el comportamiento de los mismos.

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?

R. Los aspectos de la atención sanitaria que determinan los costos son los programas, la cartera de servicio y las modalidades de atención que lleve la instalación en en cada uno de sus centros de producción como son la las urgencias, partos, consultas de medicina general, enfermería, servicios de apoyo e intermedios como farmacia odontología, en otros.

Al no contar con una unidad que evalúe las tecnologías en uso y que deben adquirirse se obtienen sin evaluar las posibles evidencias de su efectividad y el costo que racionalmente podemos asumir.

Carecemos de una evaluación de la relación entre tecnologías y costos.

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

R. Definitivamente que no responden a los costos reales, porque son tarifas muy antiguas, que se deben revisar, ya que todo ha aumentado. Se puede estimar haciendo un análisis de la demanda de acuerdo con la condición precios sobre el perfil de los clientes.

Se debe recopilar la información necesaria para revisar las tarifas actuales y determinar en qué aspectos se necesita hacer ajustes que beneficien la atención sanitaria.

Las tarifas deben ajustarse tomando en cuenta los costos reales de los insumos, medicamentos y el recurso humano requerido para brindar una mejor atención de salud a nuestra población.

Sin embargo hay que tener presente que bajo la premisa de recuperar costos, podemos introducir obstáculos al acceso económico de grupos sin bajo ingreso económico.

De hecho hay que partir que la salud está subvencionada por el Estado.

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

R. La duplicidad en la prestación de servicios afecta la elaboración de planes más cónsonos, para la cobertura y el uso de los recursos. La eliminación de duplicidades de los servicios, lograr una administración más eficiente en la prestación de atención sanitaria y la consolidación del principio de estabilidad presupuestaria a todos los niveles.

Hay que asegurar que la atención no esté fragmentada, debemos evitar duplicidades en la operación y el financiamiento y combatir la saturación de los servicios que afecta la oportunidad y la calidad de la atención.

FUENTES DE FINANCIACION

6. Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?

Se carece de estudios que muestren el gasto total de la atención sanitaria que incluye el gasto privado o gasto particular de bolsillo en la provincia de Coclé.

De acuerdo al presupuesto ley establecido para las instituciones gubernamentales del país, nuestra institución ejecutó en el año 2013 el 92%. Se adjunta cuadro resumen del departamento de presupuesto regional, donde se aprecian las partidas presupuestadas mayormente utilizadas con miras a brindar una atención sanitaria de calidad. Sin embargo, es importante sugerir que se debe realizar una revisión real del presupuesto solicitado con respecto a lo asignado año tras año, para ajustarlo de acuerdo a las necesidades reales de nuestras instituciones; con el fin de mejorar la calidad de atención a la población y la eficiencia de nuestras actividades de salud.

La atención sanitaria en la provincia es financiada por la Caja de Seguro Social y el MINSA. De 2, 063,772 dólares dedicado a la red del primer nivel del MINSA, el 20% (423,713) es producto del pago por servicios de parte de los no asegurados.

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

R. Mediante el Fondo de Administración durante el año 2013, se logró ejecutar un 99 %. A través del fondo de autogestión se logra adquirir aquellos insumos y servicios no contemplados dentro del Presupuesto Ley asignado; con la finalidad de que se puedan alcanzar las metas programadas y se puedan brindar los servicios sanitarios en las diferentes instalaciones de salud.

- Centros de salud B/.285,372.94.
- Las recaudaciones por centro de salud oscilaban entre B/. 333.80 balboas y B/. 42,829.41 balboas.
- Saneamiento Ambiental B/.25,293.25.

Las recaudaciones por centro de salud oscilan entre B/. 344.50 balboas y B/. 8,715.00 balboas.

- DEPA :B/.72,158.25 balboas.

Las recaudaciones por Seminarios y carnet de manipuladores de alimentos por área oscilan entre B/.90.00 balboas y B/.14,180.00 balboas.

Cabe destacar que actualmente estamos limitados en realizar una recaudación de mayor volumen debido a las exoneraciones establecidas que se aplican en cada una de nuestras instalaciones de salud.

FOTOGRAFÍA N°10: PROYECTOS DE INVERSIÓN

Las principales áreas de inversión requeridas para el desarrollo de una red integrada e integral de servicios de salud incrementar la capacidad resolutiva del primer nivel de atención en materia de instalaciones físicas y equipamiento mejorando como condición la oferta en la cartera de servicio actual.

Es importante continuar ampliando la red de servicios en algunas zonas geográficas, pero debe definirse el rol como centros de referencia de las policlínicas y hospitales existentes.

En la actualidad los criterios de la programación de actividades con la correspondiente estimación del costo por actividad y el consiguiente programa de desembolso financiero constituyen la principal limitante pues no contamos con el recurso idóneo para el Diseño Medico Arquitectónico. La estimación del aporte de los proyectos dentro de PIB también se constituye como una limitante al momento de establecer los indicadores macroeconómicos.

Dentro de de los proyectos de inversión del año 2014 los dos proyectos con asignaciones presupuestarias apuntan hacia los objetivos de mejorar cualitativamente la red de servicio a a los fines .

Actualmente se cuentan con un Plan Quinquenal de inversiones y se está actualizando conjuntamente con el Dpto. de Formulación a nivel nacional. Sin embargo requiere de una adecuación a las prioridades de la región y las políticas actuales.

