

REPÚBLICA DE PANAMÁ

MINISTERIO DE SALUD

SISTEMA REGIONAL DE SALUD

PROVINCIA DE HERRERA



DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN EN SALUD

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

2014

Contenido General de las Fotografías

Fotografía N° 1. El Contexto

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

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

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

Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta

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

Fotografía N° 4: Satisfacción del Cliente

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

Fotografía N° 5: Red Social

1. Comités, ONG'S, Clubes Cívicos, Iglesias, Otros

Fotografía N° 6: Proyección de la Red

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

Fotografía N° 7: Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones

1. Organización y Funcionamiento

Fotografía N° 8: Instrumentos de Gestión

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

Fotografía N° 9: Financiación de los Servicios

1. Compensación de Costos
2. Fuentes de Financiación
 - Autogestión
 - Co-Pago

- Presupuesto del Estado
- Donaciones
- Seguro Solidario

Fotografía N° 10: Proyectos de Inversión

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS

FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO

1. Describa 3 ó 4 principales problemas políticos - económicos - socio culturales 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).

Problemas	Descripción de problema	Efecto en la situación de salud y desempeño
Político	<ul style="list-style-type: none">• Centralización en la gestión y en la autorización para la toma de decisiones y ejecución de procesos políticos-administrativos.	<ul style="list-style-type: none">• Mora en la respuesta sanitaria.• Bajo desempeño en la respuesta sanitaria.
Económico	<ul style="list-style-type: none">• El desempleo.• pobreza en algunas zonas específicas.• Recortes presupuestario.	<ul style="list-style-type: none">• Población en riesgo con necesidades de cobertura en salud.
Socio-cultural y de género	<ul style="list-style-type: none">• Provincia con alta actividad festiva y de carácter folklórico.• Desconocimiento de la población de la adecuada utilización de los servicios de salud MINSA/CSS.	<ul style="list-style-type: none">• Mayor población en riesgo sanitario en épocas festivas.• El conflicto de competencia entre instituciones públicas afecta el desempeño de Salud en las instalaciones del MINSA.

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

Nivel de intervención	Prioridades identificadas
Político	<ul style="list-style-type: none">• Gestionar la Descentralización para la toma de decisiones.
Económico	<ul style="list-style-type: none">• Estrategia de Extensión de Coberturas a las poblaciones vulnerables a través de la Red Fija y red Itinerante.
Socio-cultural genero	<ul style="list-style-type: none">• Fortalecimiento del SISED.• Fortalecimiento en las estrategias de Promoción interinstitucional.

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

Identificación de los aspectos que favorecen y/o afectan el desarrollo de los procesos en el MINSa			
Procesos en el MINSa		Aspectos que <u>favorecen</u> el desarrollo de los procesos en el MINSa	Aspectos que <u>afectan</u> el desarrollo de los procesos en el MINSa
Nivel	Categoría	Descripción	Descripción
1. Administrativos	Compras de medicamentos y de insumos médicos	Disponibilidad acorde a las necesidades de la población	Centralización de los procesos
	Compras de materiales y suministros	Disponibilidad acorde a las necesidades de la población	Centralización de los procesos
	Almacén general	Organización adecuada de los insumos y equipos	Espacio físico limitado
	Seguridad	Vigilancia a través de sistema de video 24 horas en la sede regional	Ausencia de personal y sistema de video en los centros de salud
	Transporte	Permite realizar misiones oficiales a nivel local y central	Flota limitada y recurso humano limitado
	Taller y mantenimiento	Favorece una mejor gestión de necesidades en transporte y biomédica entre otros	No se dispone de un taller a nivel regional lo que produce atraso en los procesos
2. Financieros	Contabilidad	Recurso humano con experiencia y capacitado en el nivel regional	Recurso humano con poca experiencia y poco conocimiento en el nivel local sujeto a recambio ante los cambios de gobierno cuando ya manejan adecuadamente los procesos
	Tesorería	Recurso humano con experiencia y capacitado en el nivel regional	Recurso humano con poca experiencia y poco conocimiento en el nivel local sujeto a recambio ante los cambios de gobierno cuando ya manejan adecuadamente los procesos
	Costos de Atención Sanitaria	Recurso humano con experiencia y capacitado en el nivel regional	Recurso humano con poca experiencia y poco conocimiento en el nivel local sujeto a recambio ante los cambios de gobierno cuando ya manejan adecuadamente los procesos
	Administración Presupuestaria	Recurso humano con experiencia y capacitado en el nivel regional	Recurso humano con poca experiencia y poco conocimiento en el nivel local sujeto a recambio ante los cambios de gobierno cuando ya manejan adecuadamente los procesos
	Bienes Patrimoniales	Control y fiscalización de los insumos y equipos en el sistema de salud	Realización de sus funciones según la demanda que surja desde las instalaciones y no por programación para abarcar todas las instalaciones
3. Recursos Humanos	Clasificación y retribución de puestos	Buen control y seguimiento a nivel regional	Débil control y gestión a nivel de las instalaciones de centros de salud
	Bienestar del servidor público y relaciones laborales	Buen control y seguimiento a nivel regional	Débil control y gestión a nivel de las instalaciones de centros de salud
	Formación y capacitación de recursos humanos en salud	Buen control y seguimiento a nivel regional	Débil control y gestión a nivel de las instalaciones de centros de salud
	Registros y control de recursos humanos	Buen control y seguimiento a nivel regional	Débil control y gestión a nivel de las instalaciones de centros de salud
4. En Infraestructura de Salud	Arquitectura	Recurso humano comprometido con el sistema de salud y sus necesidades	Recurso humano limitado, no se dispone de presupuesto para realizar las obras necesarias
	Inspecciones de campo	Se da respuesta a las solicitudes de las instalaciones de salud de manera oportuna	Falta de transporte para realizar las inspecciones
	Ingeniería y mantenimiento de infraestructura	Recurso humano comprometido con el sistema de salud y sus necesidades	Recurso humano limitado, no se dispone de presupuesto para realizar las obras necesarias
	Saneamiento intrahospitalario e instalaciones industriales	Se manejan las normas y protocolos	Recurso humano limitado, no se dispone de presupuesto para realizar las obras necesarias
5. De Planificación	Salud Poblacional	Empoderamiento de los procesos y manejo de la población de responsabilidad a nivel regional	Falta de empoderamiento del personal de salud en los niveles locales
	Salud Ambiental	Empoderamiento de los procesos y manejo de la situación de salud ambiental a nivel regional	Falta de empoderamiento del personal de salud en los niveles locales
	Registros y Estadísticas de Salud	Recurso humano con experiencia y capacitado en el nivel regional	Recurso humano únicamente fortalecido en el proceso de registro y reporte de datos en el nivel local, débil en el análisis de datos y resultados sanitarios
	Análisis de Situación de Salud y Tendencias de Salud	Empoderamiento de los procesos y manejo de los datos estadísticos del sistema de salud	No se lleva a nivel de los centros de salud y MINSa CAPSI
	Evaluación de Presupuestos y Proyectos de Inversión	Recurso humano interesado en implementar mejoras en el sistema regional de salud	Recurso humano poco interesado en implementar mejoras en sus sistemas distritales de salud

Identificación de los aspectos que favorecen y/o afectan el desarrollo de los procesos en el MINSA			
Procesos en el MINSA		Aspectos que <u>favorecen</u> el desarrollo de los procesos en el MINSA	Aspectos que <u>afectan</u> el desarrollo de los procesos en el MINSA
Nivel	Categoría	Descripción	Descripción
6. De Agua potable y alcantarillado sanitario	Calidad del agua potable y agua residual	Recurso humano dedicado y comprometido con sus funciones	Ausencia de un laboratorio de agua a nivel regional
	Obras de agua potable y sanitarias	Respuesta efectiva a nivel regional ante las necesidades de la población	Se requiere de más empoderamiento en los niveles locales
	Pozos, acueductos y obras sanitarias	Recurso humano dedicado y comprometido con sus funciones	A nivel local se requiere mayor integración de la comunidad en los procesos
7. De Promoción de la Salud	Participación social	Equipo regional comprometido y que integra a la red social en los procesos	Necesidad de mayor participación comunitaria en los niveles locales
	Educación para la salud	Conocimiento y capacidades del recurso humano para realizar sus funciones	Recurso humano limitado
	Comunicación para la salud	Conocimiento y capacidades del recurso humano para realizar sus funciones	Recurso humano limitado
	Salud sexual y reproductiva	Conocimiento y capacidades del recurso humano para realizar sus funciones	Recurso humano limitado
	Salud Mental y familiar	Conocimiento y capacidades del recurso humano para realizar sus funciones	Recurso humano limitado
	Salud de la mujer, genero y desarrollo	Conocimiento y capacidades del recurso humano para realizar sus funciones	Recurso humano limitado
8. En Salud Pública	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles	Recurso humano con experticia y conocimiento de las normas, guías y protocolos en el nivel regional	Limitación de los procesos en el nivel local por falta de personal
	Estadísticas de vigilancia	Empoderamiento en el manejo de datos	No se cuenta con un sistema informático estandarizado y efectivo
	Salud Poblacional	Recurso humano con experticia y conocimiento de las normas, guías y protocolos en el nivel regional	Limitación de los procesos en el nivel local por falta de personal
	Salud Ambiental	Recurso humano con experticia y conocimiento de las normas, guías y protocolos en el nivel regional	Limitación de los procesos en el nivel local por falta de personal
9. En Provisión de Servicios de Salud	Provisión de suministros sanitarios	Control de las entradas y salidas de insumos con un enfoque de respuesta rápida y efectiva ante las necesidades de las instalaciones	Almacén con espacio limitado, centralización de los procesos
	Monitoreo y evaluación	Recurso humano disponible ante las necesidades que surjan es decir, por demanda espontánea ante evaluaciones	No se dispone de un sistema de monitoreo y evaluación estructurado
	Gestión farmacéutica	Recurso humano actual comprometidos con los procesos	No se cuenta con suficiente farmacéuticos para suplir las necesidades de sistema
	Equipos de biomédica	Recurso humano actual comprometido con los procesos	No se cuenta con suficiente personal para suplir las necesidades del sistema
	Trabajo Social	Recurso humano comprometido con los procesos	No se cuenta con suficiente personal para suplir las necesidades del sistema
	Salud Nutricional	Recurso humano comprometido con los procesos	No se cuenta con suficiente personal para suplir las necesidades del sistema
	Salud en situaciones de contingencias	Un SISED estructurado y funcional ante las necesidades del sistema de salud	Falta de empoderamiento por parte del personal en algunos niveles locales
10. Farmacias y drogas	Farmacoterapia	Recurso humano con experticia y conocimiento de las normas, guías y protocolos en el nivel regional	No se cuenta con suficiente farmacéuticos para suplir las necesidades de sistema
	Farmacovigilancia	Se tiene conocimiento de las normas, guías y comunicados emitidos por el nivel nacional	No se dispone de recurso humano para llevar el proceso en todos los niveles
	Auditoría de calidad de establecimientos farmacéuticos y no farmacéuticos	Se tiene conocimiento de las normas, guías y comunicados emitidos por el nivel nacional	No se dispone de recurso humano para llevar el procesos en todos los niveles

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

Sí. A continuación en detalle la información:

Alto Comisionado De Las Naciones Unidas Para Los Refugiados (ACNUR)

Acuerdo Sede Entre El Gobierno de la República De Panamá y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

Hecho en Panamá el 1 de abril de 2004

Gaceta Oficial No. 25,506 de 20 de marzo de 2006

Entró en vigor el 1 de abril de 2004.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)

Acuerdo relativo al establecimiento de la oficina regional para Centroamérica y Panamá entre el gobierno de la República de Panamá y la oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos

Firmado en Panamá el 12 de febrero de 2007

Entró en vigencia el 12 de febrero de 2007

Nota: Prorrogado indefinidamente por Canje de Notas de 27 de octubre y 2 de diciembre de 2008.

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)

Acuerdo entre la República de Panamá y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) para el establecimiento de una oficina del banco en Panamá firmado en Panamá el 6 de septiembre de 2012 entró en vigencia el 6 de septiembre de 2012.

Corporación Financiera Internacional

Acuerdo entre la República de Panamá y la Corporación Financiera Internacional para el establecimiento de una oficina de la corporación en Panamá

Firmado en Panamá el 20 de noviembre de 2013

Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2013.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)

Acuerdo Referente A La Cooperación En El Establecimiento De Un Programa De Utilización De Los Servicios De Expertos Nacionales Jubilados

Firmado en Roma el 13 de septiembre de 2000

Entró en vigencia el 13 de septiembre de 2000.

Acuerdo Sobre La Utilización De Expertos Para La Cooperación Técnica Entre Países En Desarrollo

Firmado en Roma el 13 de septiembre de 2000

Entró en vigencia el 13 de septiembre de 2000.

Acuerdo Sobre El Establecimiento De La Oficina Subregional De La FAO Para Centroamérica

Firmado el 20 de junio de 2007

Aprobado mediante Ley No. 68 de 21 de diciembre de 2007

Gaceta Oficial No. 25,948 de 27 de diciembre de 2007

Notificación para la entrada en vigencia de 3 de enero y 26 de julio de 2008

Entró en vigencia el 26 de julio de 2008.

Nota: Da por terminado el Acuerdo Para El Establecimiento De Una Representación En Panamá, Firmado en Panamá el 7 de agosto de 2001.

Aprobado mediante Ley No. 2 de enero de 2002.

Fondo Internacional De Desarrollo Agrícola (FIDA)

Acuerdo Con Respecto Al Establecimiento De La Oficina En Panamá
Firmado en Roma el 10 de septiembre de 2009
Entró en vigencia el 10 de septiembre de 2009.

Instituto Latinoamericano De Naciones Unidas Para La Prevención Del Delito Y Tratamiento Del Delincuente (ILANUD)

Acuerdo De Cooperación Entre El Gobierno De La República De Panamá Y El Instituto Latinoamericano De Naciones Unidas Para La Prevención Del Delito Y El Tratamiento Del Delincuente (ILANUD)
Firmado en San José, Costa Rica el 11 de febrero de 1991
Aprobado mediante Ley No. 14 de 18 de junio de 1991
Gaceta Oficial No. 21,816 de 26 de junio de 1991
Notificación para la entrada en vigencia de 28 de junio de 1991
Entró en vigencia el 28 de junio de 1991

Organización De Aviación Civil Internacional (OACI)

Acuerdo Complementario Al Acuerdo Básico Para La Ejecución De Proyectos De Aviación Civil
Firmado en Panamá el 7 de noviembre de 1996
Entró en vigencia el 7 de noviembre de 1996
Nota: Duración 10 años prorrogables.

Organismo Internacional De Energía Atómica (OIEA)

Acuerdo Suplementario Sobre La Prestación De Asistencia Técnica Por El Organismo Internacional De Energía Atómica Al Gobierno De Panamá
Firmado el 21 de febrero y 5 de julio de 1973
Aprobado mediante Ley No. 11 de 8 de noviembre de 1973
Gaceta Oficial No. 17. 495 de 18 de diciembre de 1973.

Acuerdo Para La Aplicación De Salvaguardias En Relación Con El Tratado Para La Proscripción De Las Armas Nucleares En La América Latina
Firmado el 15 de febrero de 1977
Entró en vigencia el 23 de marzo de 1984.

Acuerdo Para La Aplicación De Salvaguardias Con Relación a la OPANAL y el TNP
Firmado el 22 de diciembre de 1988
Nota: No ha entrado en vigencia.

Protocolo Adicional Al Acuerdo Para La Aplicación De Salvaguardias En Relación Con El Tratado Para La Proscripción De Las Armas Nucleares En La América Latina Firmado en Panamá el 11 de diciembre de 2001
Entró en vigencia el 11 de diciembre de 2001.

Acuerdo Referente A La Aplicación De Salvaguardias Con Arreglo Al Tratado De No Proliferación De Armas Nucleares (TNP).
Celebrado mediante Canje de Notas de 6 de noviembre de 1995 y 17 de noviembre de 2003
Aprobado por la Junta de Gobernadores el 20 de noviembre de 2003
Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2003.

Organización Internacional Del Trabajo (OIT)

Memorándum De Entendimiento
Firmado el 14 de diciembre de 1998
Entró en vigencia el 14 de diciembre de 1998.

Organización Mundial De La Salud (OMS)

Convenio Panamá- OMS
Para Proyectos De Salubridad En La Republica De Panamá
Firmado el 9 de noviembre de 1951.

Organización Para la Prohibición De las Armas Químicas (OPAQ)

Acuerdo Sobre Los Privilegios e Inmunidades De La OPAQ
Hecho en La Haya el 13 de febrero de 2002
Aprobado mediante Ley No. 27 de 26 de marzo de 2003
Gaceta Oficial No. 24,773 de 2 de abril de 2003
Deposito del Instrumento de Aceptación el 26 de mayo de 2003
Entró en vigencia el 26 de mayo de 2003.

Organización Del Tratado De Prohibición Completa de los Ensayos Nucleares (OTPCEN)

Acuerdo Sobre la Realización de Actividades Relacionadas con Instalaciones del Sistema Internacional de Vigilancia del Tratado de Prohibición Completa de los Ensayos Nucleares, comprendidos las actividades posteriores a la homologación
Firmado en Viena el 26 de noviembre de 2003
Entró en vigencia el 26 de noviembre de 2003.

Programa Mundial De Alimentos (PMA)

Acuerdo para el establecimiento del Despacho Regional del PMA en Panamá Para América Latina y el Caribe
Firmado en Panamá el 20 de diciembre de 2002
Aprobado mediante Ley No. 71 de 3 de diciembre de 2003
Gaceta Oficial No. 24,943 de 9 de diciembre de 2003
Notificación para la entrada en vigencia de 18 diciembre de 2003
Entró en vigencia el 18 de diciembre de 2003.

Memorándum de Entendimiento sobre el Establecimiento del Depósito de las Naciones Unidas para Respuesta Humanitaria (UNHRD) en la República de Panamá
Dado en Panamá el 20 de noviembre de 2008
Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2008
Nota: Duración 20 años, prorrogados automáticamente por diez años.

Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo (PNUD) (UNFPA) (UNODC)(ONUSIDA)

Acuerdo entre el la República De Panamá y el Programa De Las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
Firmado en Panamá el 23 de agosto de 1973
Aprobado mediante Ley No 9 de 8 de noviembre de 1973
Gaceta Oficial No. 17.488 de 7 de diciembre de 1973
Deposito del instrumento de Ratificación el 19 de abril de 1974
Entró en vigencia el 19 de abril de 1974.

Acuerdo Complementario respecto a la Prestación de Servicios de Apoyo
Celebrado mediante canje de notas de 13 y 20 de agosto de 2002
Entró en vigencia el 20 de agosto de 2002.

Acuerdo Relativo al Establecimiento de un Centro De Información De Las Naciones Unidas en Panamá (CINUP)
Firmado en Nueva York el 7 de octubre de 1982
Entró en vigor el 7 de octubre de 1982.

Acuerdo entre el Gobierno de la República de Panamá y la Organización de las Naciones Unidas relativo al desempeño de actividades remuneradas por parte de dependientes de los funcionarios de la ONU en la República De Panamá.

Hecho en Panamá el 5 de diciembre de 2005

Entró en vigencia el 5 de diciembre de 2005.

Acuerdo de Contribución para la creación del Centro Interagencia Regional De Las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe en la República de Panamá

Firmado en Panamá el 18 de diciembre de 2007

Entró en vigencia el 18 de diciembre de 2007.

Hasta el 17 de junio de 2008

Nota: Prorroga por canje de Notas de 2 de diciembre de 2008 y 22 de enero de 2009 hasta el 17 de diciembre de 2009.

Acuerdo entre la República de Panamá y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para el establecimiento de una Oficina Regional en Panamá

Celebrado mediante Canje de Notas de 15 de abril y 21 de mayo de 2008

Entró en vigencia el 21 de mayo de 2008

Nota: Se aplica *mutatis mutandis* el Acuerdo Panamá-PNUD de 23 de agosto de 1973, con excepción del artículo VI.

Memorando de Entendimiento entre el gobierno de la República de Panamá y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)

Hecho en México el 2 de octubre de 2008

Entró en vigencia el 2 de octubre de 2008.

Acuerdo entre el Gobierno de la República de Panamá y las Naciones Unidas referente al establecimiento de una Oficina Regional y un Centro de Excelencia de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

Hecho en Panamá el 24 de marzo de 2009

Entró en vigencia el 24 de marzo de 2009.

Memorando de Entendimiento entre la Autoridad Nacional de Aduanas de la República de Panamá y la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD)

Relacionado con la implementación del proyecto "Proyecto Global de Control de Contenedores"

Firmado en Panamá el 10 y 16 de junio de 2009.

Acuerdo entre la República de Panamá y la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (UNOPS) para el establecimiento de una Oficina en Panamá.

Celebrado mediante canje de notas de 29 de mayo y 12 de junio de 2009.

Entró en vigencia el 12 de junio de 2009.

Nota: Se aplica *mutatis mutandis* el Acuerdo Panamá-PNUD de 23 de agosto de 1973, con excepción del artículo VI.

Acuerdo Entre La República de Panamá y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) para el establecimiento de una oficina en Panamá

Celebrado mediante canje de Notas de 23 de junio y 15 de julio de 2009

Entró en vigencia el 15 de julio de 2009

Nota: Se aplica *mutatis mutandis* el Acuerdo Panamá-PNUD de 23 de agosto de 1973, con excepción del artículo VI.

Acuerdo entre el gobierno de la República de Panamá y las Naciones Unidas referente a las modalidades de cooperación para el establecimiento y funcionamiento de una Oficina Regional y un Centro de Excelencia de la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

Firmado en Panamá el 7 de septiembre de 2009

Entró en vigencia el 7 de septiembre de 2009.

Acuerdo entre el Gobierno de Panamá y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para el establecimiento del Centro de Servicio Regional para América Latina y el Caribe del PNUD

Celebrado mediante Canje de Notas 8 y 22 de enero de 2010

Entró en vigencia el 22 de enero de 2010

Nota: Se aplica *mutatis mutandis* el Acuerdo Panamá-PNUD de 23 de agosto de 1973 y el Acuerdo de la Oficina Regional de UNICEF de 9 de agosto de 2001, en particular los artículos VI, IX, X, XI, XII, XVI, XVII, XVIII y XX1, párrafos 1 al 4.

Memorando de Entendimiento entre el Ministerio de Relaciones Exteriores de la República de Panamá y la Oficina de Servicios de Proyectos de las Naciones Unidas acerca de servicios que han de ser proporcionados por la UNOPS con respecto al proyecto "Construcción de las oficinas del Centro Regional para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas"

Financiado con recursos propios del Ministerio De Relaciones Exteriores

Firmado en Panamá el 23 de febrero de 2011

Entró en vigor el 23 de febrero de 2011.

Memorando de Entendimiento entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Oficina de Servicios de Proyectos de las Naciones Unidas (UNOPS) Acerca de Servicios que han de ser proporcionados por la UNOPS con respecto al Proyecto "Centro Regional de Asistencia Humanitaria"

Financiado con recursos propios del Ministerio De Relaciones Exteriores

Firmado en Panamá el 24 de octubre de 2011

Entró en vigencia el 24 de octubre de 2011

Programa De Las Naciones Unidas Para El Medio Ambiente (PNUMA)

Acuerdo para el Establecimiento de una Oficina Regional del PNUMA en Panamá para América Latina y el Caribe entre el Gobierno de la República de Panamá y las Naciones Unidas

Dado en Panamá el 30 de noviembre de 2006

Aprobado mediante Ley No. 63 de 21 de diciembre de 2007

Gaceta Oficial No. 25,948 de 27 de diciembre de 2007

Nota de comunicación de Aprobación por la República de Panamá de 3 de enero de 2010

Entró en vigencia el 3 de enero de 2008 (Art.XX1.7).

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

Carta De Entendimiento (Panamá - Fundación Ciudad Del Saber – UNESCO)

Firmado el 28 de marzo de 1995

Entró en vigencia el 28 de marzo de 1995.

Carta De Entendimiento (Panamá - UNESCO)(Salón Bolívar)

Firmado el 28 de marzo de 1995.

Acuerdo De Sede

Firmado el 7 de mayo de 1998

Entró en vigor el 7 de mayo de 1998.

Convenio para la creación y funcionamiento en Panamá del Centro Regional Ramsar para la capacitación e investigación sobre humedales en el hemisferio occidental

Firmado en Gland, Suiza el 28 de febrero de 2003

Aprobado mediante Ley No. 33 de 7 de julio de 2004
Gaceta Oficial No. 25,097 de 20 de julio de 2004
Comunicación para la entrada en vigencia de 20 de julio de 2004
Entró en vigencia el 20 de julio de 2004.

Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF)

Acuerdo Básico de Cooperación
Firmado el 4 de junio de 1998
Aprobado mediante Ley No. 106 de 30 de diciembre de 1998
Gaceta Oficial No. 23,717 de 21 de enero de 1999
Canje de Notas para la entrada en vigencia de 3 de marzo y 9 de julio de 1999
Entró en vigencia el 10 de julio de 1999.

Acuerdo para el establecimiento de una Oficina Regional del UNICEF En Panamá para Latinoamérica y el Caribe
Firmado en Panamá el 9 de agosto de 2001
Aprobado mediante Ley No. 23 de 9 de mayo de 2002
Gaceta Oficial No. 24,551 de 14 de mayo de 2002
Entró en vigencia el 12 de agosto de 2002.

Acuerdo Relativo al desempeño de actividades remuneradas por personas a cargo de los funcionarios del UNICEF en la República de Panamá
Firmado en Panamá el 9 de agosto de 2001
Entró en vigencia el 9 de agosto de 2001.

Universidad para la Paz de las Naciones Unidas (UPAZ)

Convenio para el establecimiento de una subse de la Universidad para la Paz en La República De Panamá
Firmado en Panamá el 22 de enero de 1999
Gaceta Oficial No. 23,739 de 23 de febrero de 1999
Entró en vigencia el 22 de enero de 1999.

Sistema de La Organización de los Estados Americanos (OEA) Secretaria General OEA

Acuerdo sobre el Funcionamiento de la Oficina de la Secretaria General de la OEA y el reconocimiento de sus Privilegios e Inmidades
Firmado en Panamá, el 25 de enero de 1999
Gaceta Oficial No. 23,756 de 18 de marzo de 1999
Entró en vigencia el 25 de enero de 1999.

Acuerdo entre el gobierno de la República de Panamá y la Organización de los Estados Americanos
Firmado en Washington D.C. el 13 de marzo de 2008
Entró en vigencia el 13 de marzo de 2008.

Nota: Este acuerdo tiene por objeto regular la contribución voluntaria que el Gobierno ofreció para apoyar el financiamiento de la instalación y funcionamiento en Panamá de la Secretaría Técnica para el Desarrollo del Programa de Acción para el Decenio en las Américas por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (2006-2016).

Banco Interamericano De Desarrollo (BID)

Convenio Sobre Privilegios E Inmidades Al Personal Del Banco Interamericano De Desarrollo En El Territorio De Panamá
Firmado en Panamá el 8 de junio de 1965
Entró en vigencia el 8 de junio de 1965.

Acuerdo Relativo Al Desempeño De Actividades Remuneradas Por Parte De Dependientes De Los Funcionarios Del BID En Panamá
Hecho en Panamá el 20 de noviembre de 2009
Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2009.

Instituto Interamericano De Cooperación Para La Agricultura (IICA)

Acuerdo Básico Sobre Privilegios E Inmunidades Del Instituto
Firmado en Panamá el 21 de octubre de 1971
Aprobado mediante Decreto de Gabinete No. 29 de 24 de febrero de 1972
Gaceta Oficial No. 17.050 de 3 de marzo de 1972
Entró en vigencia el 23 de marzo de 1972

Protocolo Adicional Al Acuerdo Básico Sobre Privilegios E Inmunidades Del Instituto
Firmado en Panamá el 17 de octubre de 2001
Aprobado mediante Ley No. 6 de 20 de enero de 2003
Gaceta Oficial No. 24,726 de 24 de enero de 2003
Notificación para la entrada en vigencia de 3 de febrero de 2003
Entró en vigencia el 3 de febrero de 2003.

Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS)

Convenio Sobre Prerrogativas E Inmunidades De La Oficina Sanitaria Panamericana
Firmado el 10 de marzo de 1952
Entró en vigencia el 10 de marzo de 1952.

Organismo Internacional Regional De Sanidad Agropecuaria (OIRSA)

Convenio Entre El Gobierno De La República De Panamá y El Organismo Internacional Regional De Sanidad Agropecuaria (OIRSA) Sobre La Sede De Una Oficina En Panamá
Firmado en Panamá el 13 de junio de 2003
Gaceta Oficial No. 25,504 de 16 de marzo de 2006
Entró en vigencia el 13 de junio de 2003.

Asociación De Estados Del Caribe (AEC)

Memorando De Entendimiento Entre El Gobierno De La Republica De Panamá y La Secretaria De La Asociación De Estados Del Caribe Para Acoger La Sede Del Centro Para La Promoción De Idiomas Y Culturas Del Gran Caribe Firmado en Panamá el 6 de agosto de 2008
Entró en vigencia el 6 de agosto de 2008.

Banco Latinoamericano De Exportaciones (BLADEX)

Acuerdo Sobre Privilegios E Inmunidades Entre La Republica De Panamá Y El Banco Latinoamericano De Exportaciones (BLADEX)
Firmado en 1978
Aprobado mediante Ley No. 38 de 25 de julio de 1978
Gaceta Oficial No. 18. 635 de 4 de agosto de 1978
Entró en vigencia el 4 de agosto de 1978.

Centro Interamericano De Administradores Tributarios (CIAT)¹

Acuerdo Entre El Gobierno De La Republica De Panamá y La Secretaria Ejecutiva Del Centro Interamericano De Administradores Tributarios Para El Establecimiento De La Sede De Dicho Organismo En La Republica De Panamá
Firmado en Panamá el 7 de febrero de 1969.

Acuerdo Relativo Al Desempeño De Actividades Remuneradas Por Parte De Dependientes De Los Funcionarios Del CIAT En La Republica De Panamá
Hecho en Panamá el 21 de junio de 2006

Entró en vigencia el 21 de junio de 2006.

¹ La República de Panamá aprobó los Estatutos del CIAT, mediante Decreto de Gabinete No. 26 de 30 de enero de 1969. Gaceta Oficial No. 16.397 de 4 de julio de 1969.

Federación Internacional De Sociedades De Cruz Roja Y De La Media Luna Roja

Acuerdo Entre La Republica De Panamá y La Federación Internacional De Sociedades De Cruz Roja Y De La Media Luna Roja Sobre El Establecimiento De Una Delegación En Panamá
Firmado en Panamá el 27 de noviembre de 2002
Gaceta Oficial No. 25,503 de 15 de marzo de 2006
Entró en vigencia el 27 de noviembre de 2002

Acuerdo De Sede Entre El Gobierno De La República De Panamá Y El Comité Internacional De La Cruz Roja
Firmado en Panamá el 22 de julio de 2010
Entró en vigencia el 22 de julio de 2010.

Fundación Europea Para La Sociedad De La Información Y La Administración Electrónica

Acuerdo de Sede Entre El Gobierno de La República De Panamá y La Fundación Europea Para La Sociedad De La Información y La Administración Electrónica
Hecho en Panamá el 19 de julio de 2013.

Fundación Friedrich Ebert Stiftung E.V.

Convenio Básico De Cooperación Entre El Gobierno De La Republica De Panamá Y La Fundación Friedrich Ebert Stiftung E.V De La República Federal De Alemania
Firmado en Panamá el 21 de octubre de 1998
Gaceta Oficial No. 23,669 de 12 de noviembre de 1998
Entró en vigencia el 21 de octubre de 1998.

Fundación Konrad Adenauer

Convenio Básico De Cooperación Entre El Gobierno De La Republica De Panamá Y La Fundación Konrad Adenauer De La República Federal De Alemania En Materia De Cooperación Técnica
Firmado en Panamá el 23 de mayo de 1990
Gaceta Oficial No. 21,557 de 13 de junio de 1990
Entró en vigencia el 23 de mayo de 1990.

Fundación Suiza Para El Desarrollo Técnico Swisscontac

Convenio Marco De Cooperación
Firmado en Panamá el 4 de diciembre de 1996
Entró en vigencia el 4 de diciembre de 1996

Instituto Smithsonian De Investigaciones Tropicales (Smithsonian)

Convenio Entre La República De Panamá y El Instituto Smithsonian De Investigaciones Tropicales
Firmado en Panamá, el 10 de junio de 1997
Gaceta Oficial No. 23.313 de 19 de junio de 1997
Entró en vigencia a partir del 1 de enero de 2000.

Convenio Entre La República De Panamá y El Instituto Smithsonian De Investigaciones Tropicales
Firmado el 29 de enero de 2001
Nota: Fue retirado del Consejo de Gabinete el 21 de marzo de 2001.

Convenio Entre La República De Panamá y El Instituto Smithsonian De Investigaciones Tropicales
Firmado en Panamá el 4 de diciembre de 2002

Nota: Deja sin efecto el Convenio de 1997. Pendiente Aprobación legislativa

Convenio Entre El Gobierno De La República De Panamá Y El Instituto Smithsonian De Investigaciones Tropicales Relativo Al Desempeño De Actividades Remuneradas Por Dependientes De Los Funcionarios Del Smithsonian En La República De Panamá
Firmado en Panamá el 21 de julio de 2003
Entró en vigencia el 21 de julio de 2003.

Organización De Estados Iberoamericanos Para La Educación, La Ciencia Y La Cultura (OEI)

Acuerdo Sede Entre El Gobierno De La Republica De La Republica De Panamá Y La Organización De Estados Iberoamericanos Para La Educación, La Ciencia Y La Cultura (OEI)

Hecho en Panamá el 16 de septiembre de 2005
Gaceta Oficial No. 25,507 de 21 de marzo de 2006
Entró en vigencia el 16 de septiembre de 2005.

Organización Mundial De Sanidad Animal (OIE)

Acuerdo referente al establecimiento de la representación subregional de la OIE para América Central En La República De Panamá Y A Sus Privilegios E Inmidades En Territorio Panameño Entre El Gobierno De La Republica De Panamá Y La Organización Mundial De Sanidad Animal (OIE)

Hecho en Florianópolis, Santa Catarina, Brasil el 28 de noviembre de 2006
Aprobado mediante Ley No. 64 de 21 de diciembre de 2007
Gaceta Oficial No. 25,948 de 27 de diciembre de 2007.

Acuerdo Relativo Al Desempeño De Actividades Remuneradas Por Parte De Dependientes De Los Funcionarios De La OIE En La Republica De Panamá
Firmado en Panamá el 25 de julio de 2008
Entró en vigencia el 25 de julio de 2008.

Organización Internacional Para Las Migraciones (OIM)

Acuerdo Sede Entre El Gobierno De La Republica De Panamá y La Organización Internacional Para Las Migraciones (OIM)

Hecho en Panamá el 14 de noviembre de 2006
Entró en vigencia el 14 de noviembre de 2006.

Pacto Andino - Acuerdo De Cartagena

Acuerdo Marco De Cooperación Económica Entre La Republica de Panamá y La Comisión Del Acuerdo De Cartagena

Firmado en Cartagena el 17 de diciembre de 1983
Aprobado mediante Ley No. 13 de 12 de diciembre de 1985
Gaceta Oficial No. 20.459 de 26 de diciembre de 1985
Comunicación de Panamá para la entrada en vigencia de 16 de mayo de 1986
NOTA: Pendiente de la comunicación del Acuerdo de Cartagena.

Acuerdo De Sede Entre La Republica De Panamá Y La Corporación Andina De Fomento (CAF)

Firmado en Panamá el 17 de noviembre de 1997
Aprobado mediante Ley No. 85 de 30 de noviembre de 1998
Gaceta Oficial No. 23,701 de 29 de diciembre de 1998
Comunicación para la entrada en vigencia de 29 de enero de 1999
Nota: No se ha recibido del CAF la fecha de recibo de la comunicación anterior.

Acuerdo Entre La Republica De Panamá Y La Comunidad Andina Para El Establecimiento De Un Mecanismo De Dialogo Político Y Cooperación En Materias De Interés Mutuo

Firmado en Nueva York el 26 de septiembre de 2007
Entró en vigencia el 26 de septiembre de 2007.

Acuerdo Entre La Republica De Panamá y La Corporación Andina De Fomento (CAF) Relativo Al Desempeño De Actividades Remuneradas Por Parte De Dependientes De Los Funcionarios De La CAF En La Republica De Panamá
Firmado en Panamá el 14 de octubre de 2009
Entró en vigencia el 14 de octubre de 2009.

Parlatino

Acuerdo De Sede Entre El Gobierno De La Republica De Panamá Y El Parlamento Latinoamericano

Hecho en Panamá el 27 de agosto de 2007

Aprobado mediante Ley No. 54 de 14 de diciembre de 2007

Gaceta Oficial No. 25,943 de 19 de diciembre de 2007

Comunicación para la entrada en vigencia de 20 de diciembre de 2007

Entrada en vigencia el 19 de enero de 2008

Nota: Este Acuerdo deja sin efecto el Acuerdo Entre El Gobierno De La Republica De Panamá Y El Parlamento Latinoamericano Para El Establecimiento De Una Oficina Subregional En Panamá.

Hecho en Panamá el 26 de agosto de 2005

Aprobado mediante Ley No. 42 de 7 de diciembre de 2005.

Acuerdo Relativo Al Desempeño De Actividades Remuneradas Por Parte De Dependientes De Sus Funcionarios En Panamá

Hecho en Panamá el 17 de octubre de 2008

Entró en vigencia el 17 de octubre de 2008.

SEGIB Secretaria General Iberoamericana

Acuerdo Entre El Gobierno De La Republica De Panamá Y La Secretaria General Iberoamericana (SEGIB) Para La Instalación De Un Centro De Información De La SEGIB

Firmado en Panamá el 31 de mayo de 2007

Entró en vigencia el 31 de mayo de 2007.

Acuerdo Especial Sobre Las Condiciones Establecidas Entre El Gobierno De La República De Panamá Y La Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) Sobre Las Necesidades De Equipamiento Y Regulación De Gastos Aplicables A Las Reuniones De Los Coordinadores Nacionales Y De Los Responsables De Cooperación, La Reunión De Ministros De Relaciones Exteriores Y La Reunión De Los Jefes De Estado Y De Gobierno, De La XIII Cumbre Iberoamericana De Panamá

Firmado en Panamá el 12 de abril de 2013

Memorando De Entendimiento Entre El Gobierno De La Republica De Panamá y La Secretaría General Iberoamericana

Firmado en Panamá el 12 de abril de 2013.

SICA Sistema De La Integración Centroamericana

Acuerdo Sede Para Una Oficina De La Secretaría General Del Sistema De La Integración Centroamericana

Firmado en Panamá el 28 de junio de 2010

Aprobado mediante Ley No. 85 de 15 de noviembre de 2010

Gaceta Oficial No. 26663-E de 18 de noviembre de 2010

Notificación de la República de Panamá para la entrada en vigencia de fecha 19 de octubre de 2010

Entró en vigencia el 19 de noviembre de 2010.

SIECA Secretaria Permanente Del Tratado General De Integración Económica Centroamericana

Acuerdo De Cooperación Entre El Gobierno De La Republica De Panamá Y La Secretaria Permanente Del Tratado General De Integración Económica Centroamericana

Firmado en Guatemala, el 29 de octubre de 1993

Nota: Pendiente comunicación del cumplimiento de requisitos legales para la entrada en vigencia.

Soberana Orden Militar De Malta

Protocolo sobre Establecimiento de Sendas Legaciones y para que ciudadanos panameños puedan seguir Cursos De Medicina Misionaria en Institutos Y Hospitales hasta graduarse o diplomarse

Celebrado mediante Canje de Notas de 2 de agosto de 1948.

Entró en vigencia el 2 de agosto de 1948.

SOS-Kinderdorf International

Convenio Entre La Republica De Panamá y SOS-Kinderdorf International

Firmado en Innsbruck el de julio de 1990

Gaceta Oficial No. 21,606 de 22 de agosto de 1990

Entró en vigencia el 1 de julio de 1990.

Unión Europea (Comunidad Europea)

Convenio Marco Relativo A La Ejecución De Ayuda Financiera y Técnica Y de la Cooperación en Panamá en Virtud Del Reglamento ALA

Firmado en Panamá el 15 de junio de 1999

Aprobado mediante Ley No. 15 de 14 de junio de 2000

Gaceta Oficial No. 24,077 de 19 de junio de 2000

Comunicación para la entrada en vigencia de 28 de junio y 1 de diciembre de 2000

Entró en vigencia el 1 de diciembre de 2000.

Memorándum de Entendimiento relativo a las Orientaciones Plurianuales para la puesta en Práctica de la Cooperación Comunitaria

Firmado el 26 de marzo de 2001.

Memorando De Entendimiento Relativo Al Programa Nacional Indicativo 2007-2013

Firmado en Panamá el 1 de octubre de 2007.

Acuerdo Sobre Determinados Aspectos De Los Servicios Aéreos

Hecho en Panamá el 1 de octubre de 2007

Aprobado mediante Ley No. 65 de 29 de octubre de 2008

Gaceta Oficial No. 26.160 de 6 de noviembre de 2008

Comunicación de la Unión Europea de fecha 19 de febrero y 7 de noviembre de 2008

Entró en vigencia el 3 de marzo de 2009.

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

Sí. A continuación sus principales componentes y análisis respectivo de desarrollo:

5.1 Oficina de Asuntos Internacionales y Cooperación Técnica del MINSAL

5.1.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

Unidad responsable de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de las relaciones internacionales del Ministerio de Salud.

Para ello debe promover, activar y facilitar la participación del sector en entes multilaterales, foros y acuerdos internacionales, de modo de lograr el máximo apoyo y recursos financieros y técnicos para la eficaz ejecución de las decisiones de políticas sectoriales.

5.1.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Relaciones Internacionales

Componente político-institucional, destinado a la proyección de la política exterior panameña en materia de salud e inserción sanitaria de Panamá en el mundo internacional.

Cooperación Externa

Componente de acción destinado a movilizar y aplicar recursos a través de la gestión de programas y proyectos que emprenda el sector, sean estos receptivos o hacia otros países.

5.2 Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud del PNUD

5.2.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

La unidad responsable es la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) encargada de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de:

Ejecutar las políticas de salud del MINSA en las regiones sujetas a los contratos con el BIRF y BID y cualquier otro proyecto o programa que contenga recursos provenientes de préstamos internacionales y que le sean asignados por el MINSA, alcanzando los indicadores propuestos.

Administrar los recursos provenientes del crédito y de la contraparte local de los contratos de préstamo bajo su administración.

Efectuar la coordinación operativa entre el MINSA y los Bancos para la ejecución de las actividades programadas.

Coordinar la gestión de los proyectos en los niveles nacional, regional y local.

Implementar una estructura de control interno que aplique los procedimientos acordados en los manuales operativos de los proyectos.

Operar un sistema contable-financiero para el adecuado registro de las transacciones de los proyectos.

Realizar las adquisiciones y contrataciones requeridas para el desarrollo de las actividades del proyecto de conformidad con las políticas de adquisiciones del BID y BIRF, previa autorización del representante legal del MINSA.

Preparar los informes y estados financieros requeridos por los Bancos.

Prestar los servicios de apoyo técnico administrativo y económico a las instancias del MINSA encargadas de la ejecución de los componentes.

Vigilar periódicamente los indicadores de salud.

5.2.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Convenios de Gestión con los Sistemas Regionales de Salud.

Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables mediante la Prestación de una Cartera de Prestaciones Priorizada por Equipos Básicos de Salud organizados en Unidades Básicas de Atención (Prevención, Promoción y Atención) a población específica con necesidades y pobre acceso a las instalaciones de salud, denominados Grupos Poblacionales en base a una gestión por resultados.

5.3 U.S. Agency for International Development (Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos)

5.3.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

USAID es la agencia norteamericana encargada de la cooperación internacional oficial de EE.UU. Apoya y desarrolla gran número de proyectos en los países que comprenden su área de interés y en los temas que la agencia ha definido como prioritarios.

5.3.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Seguridad alimentaria, Seguridad y paz (conflicto), Derechos Humanos, Agua y saneamiento, Derechos civiles para poblaciones específicas, Salud primaria, ambulatoria y hospitalaria (este último en desarrollo y en ejecución en Panamá).

5.4 Programa Iniciativa Salud Mesoamérica del PNUD

5.4.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

La unidad responsable es la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) encargada de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de los mismos puntos enunciados en la sección 5.2.1.

5.4.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

La iniciativa plantea metas que respaldan los esfuerzos de los gobiernos de la región para cerrar la brecha en materia de cobertura y calidad de salud, a través de inversiones de probada eficacia para el 20% más pobre de la población mesoamericana, principalmente mujeres y niños menores de cinco años.

5.5 Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud del PNUD

5.5.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

La unidad responsable es la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) encargada de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de los mismos puntos enunciados en la sección 5.2.1.

5.5.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Convenios de Gestión con los Sistemas Regionales de Salud.
Mejoramiento de la equidad en la prestación de los servicios de salud.
Fortalecimiento de los servicios de la red primaria de atención.

5.6 Programa de Protección Social – Apoyo a la Red de Oportunidades del PNUD

5.6.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

La unidad responsable es la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF) encargada de apoyar y asesorar al Ministro de Salud, Directivos del Ministerio y a los Servicios de Salud en la gestión de los mismos puntos enunciados en la sección 5.2.1.

5.6.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Provisión de un Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud y Nutrición mediante la Prestación de una Cartera de Prestaciones Priorizada por Equipos Básicos de Salud organizados en Unidades Básicas de Atención (Prevención, Promoción y Atención) a población indígena de áreas comarcales con necesidades y pobre acceso a las instalaciones de salud, denominados Grupos Poblacionales en base a una gestión por resultados.

5.7 Dirección de Programación de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

5.7.1 Formulaciones/Cooperación Técnica-Financiera:

Analizar y emitir dictamen técnico y recomendaciones de los proyectos o estudios básicos que solicitan financiamiento para su ejecución considerando el cumplimiento de los lineamientos de las estrategias y políticas de desarrollo del Gobierno y su viabilidad socioeconómica con respecto al área o sector al que pertenecen.

Preparar el programa anual y plurianual de Preinversión e inversión pública, en coordinación con el Fondo de Preinversión y las instituciones del Sector Público de acuerdo a las normativas establecidas por el Sistema Nacional de Inversiones Públicas

(SINIP), con el propósito de concretar las opciones de Preinversión e inversión más rentable y compatible con la política económica y social y las metas macroeconómicas del Gobierno.

Realizar anualmente el seguimiento financiero y físico del programa de Preinversión e inversión, mediante el sistema de información del Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP) y la debida coordinación con las entidades ejecutoras, para mejorar la eficiencia en la ejecución presupuestaria.

Coordinar los programas de capacitación del sector público y el desarrollo de metodologías en formulación y evaluación de proyectos, a fin de mejorar la calidad de la Preinversión pública.

Mantener un inventario actualizado de los proyectos de inversión pública debidamente evaluados, dentro del sistema de información del Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP), para la preparación anual del programa de Preinversión Pública.

Participar en la preparación y evaluación de programas y proyectos que se financien con recursos de los organismos bilaterales y multilaterales de crédito, así como el seguimiento de su ejecución, para garantizar su adecuada consideración dentro del programa anual y plurianual de inversiones públicas.

Elaborar sobre la base de las políticas nacionales y sectoriales, una política anual de inversión pública, las metodologías, precios sociales, e indicadores de seguimiento para la gestión de las inversiones públicas.

Coordinar las acciones a seguir para el planeamiento y gestión de la inversión pública nacional y controlar la formulación y evaluación de los proyectos de inversión a ser realizados junto al cumplimiento de las metodologías pautas y procedimientos establecidos.

Establecer y mantener actualizado el sistema de información de programas y proyectos, el cual debe proporcionar información adecuada, oportuna y confiable sobre el comportamiento físico y financiero de los proyectos de inversión pública, que permitan el seguimiento de forma individual y agregada conforme a los planes establecidos por el Gobierno Nacional.

Promover y auspiciar todo tipo de acciones para el apoyo informativo, técnico y de capacitación, acerca de los proyectos de inversión pública.

Establecer y mantener los canales de comunicación entre el sector público y privado, a fin de facilitar acuerdos que permitan identificar y apoyar los programas y proyectos de inversión.

Informar trimestralmente al Órgano Ejecutivo de forma individual y agregada de la evaluación y seguimiento de los procesos de gestión de las inversiones.

Administrar el Sistema Nacional de Inversión Públicas (SINIP).

5.7.2 Componentes y Análisis de Desarrollo:

Inversión Pública No Financieras: Promover la planificación, monitoreo y evaluación de la inversión pública no financieras, a través del Sistema Nacional de Inversión Pública, con el fin de contribuir al logro de los objetivos de desarrollo planteados en el plan de gobierno.

Sistema de Información: Ser una Dirección reconocida por su capacidad de generar información oportuna y de alta calidad para la toma de decisiones, promoviendo el desarrollo del personal, el manejo de la tecnología y la calidad del servicio.

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

Sí. A continuación los actores, el abordaje y las estrategias:

6.1 **Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)**

6.1.1 120 a los 65

Es el programa Especial de Transferencia Económica a los Adultos Mayores (hombres y mujeres) que consiste en la entrega de 120.00 balboas mensuales a las personas adultas mayores de 70 años o más sin Jubilación ni Pensión, en condiciones de riesgo social, vulnerabilidad, marginación o pobreza.

6.1.2 Acciones por una esperanza

Acciones Por Una Esperanza es un proyecto de carácter preventivo que procura contribuir con mecanismos psicosociales integrales y complementarios para una vida saludable, el rescate de la cultura e identidad que protejan, eviten o reduzcan sobre la propensión hacia conductas delictivas y violentas en las áreas urbanas.

Mediante un abordaje comunitario en las comunidades y barrios calificados como populares, marginales y/o zonas rojas accionamos integral, interinstitucional y participativamente, con la finalidad de atender a los jóvenes y adolescentes en situación de riesgo o alto riesgo social (miembros o simpatizantes de bandas o pandillas) para fomentar cambios positivos y convertir estas áreas en lugares seguros y pacíficos para la mejor convivencia de los ciudadanos y mejorar la calidad de vida.

6.1.3 Proyecto de Alfabetización muévete por Panamá

El MIDES, como entidad ejecutora del Proyecto Muévete por Panamá a nivel nacional realiza visitas periódicas a los ambientes de aprendizaje para supervisar en campo el desarrollo de la metodología y la participación activa de las personas iletradas. Además, cuenta con registros estadísticos que se actualizan mensualmente para conocer los avances del Proyecto en el territorio nacional. De igual manera, se llevan registros fílmicos y fotográficos de los ambientes de aprendizaje a nivel nacional y de la evolución gradual de las personas iletradas a medida que van adquiriendo los conocimientos básicos de la lecto- escritura. Por otro lado, el Gobierno Nacional mantiene una alianza de cooperación con la UNESCO que está brindando asesoría técnica para el buen desarrollo del Proyecto y la disminución del número de personas iletradas en el país.

6.1.4 Programa del Ángel Guardián

Las Personas con Discapacidad constituyen en Panamá como país en desarrollo, una de las poblaciones más vulnerables por su situación de exclusión, aislamiento y falta de acceso a oportunidades para su inserción e integración socio-económica en condiciones de equidad.

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

Las Personas con Discapacidad, tienen gastos adicionales para satisfacer las mismas necesidades de las personas sin discapacidad; esto genera las condiciones propicias para que las personas con discapacidad se mantengan entre las más pobres y sufran la exclusión económica y social.

Conforme a los resultados de la Primera Encuesta de Discapacidad (PENDIS-2006), Censo de Población y Vivienda 2010 y la Encuesta de Niveles de Vida del 2008, se ha logrado definir la población meta a la cual está dirigido el Programa Ángel Guardián.

La Ley N° 39 de 14 de junio de 2012, crea un programa especial de asistencia económica para las Personas con Discapacidad Severa en condición de dependencia y pobreza extrema.

6.1.5 Oficina Técnica de Asistencia Social

El nuevo departamento denominado Oficina Técnica de Asistencia Social (OTAS) se sustenta en los lineamientos expresados en la Visión Estratégica del MIDES y tiene como principal cometido evitar en la medida de lo posible que humildes personas en condiciones de vulnerabilidad y riesgo sigan padeciendo vicisitudes y grandes desventajas sin encontrar lugar alguno, que puntualmente les brinde respuesta o canalice de forma precisa e impostergable la ayuda requerida. Brindar respuesta a las demandas insatisfechas existentes brindando soluciones oportunas a los ciudadanos que no cuentan con ningún tipo de beneficio o seguridad social y cuyas circunstancias extremadamente riesgosas afecte peligrosamente su vida o la calidad de su integridad humana.

6.1.6 Programa del Padrino Empresario

El Programa Padrino Empresario es de autogestión, y nace como una alternativa de prevención dirigido a adolescentes expuestos a situación de riesgo social, de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre los 15 a 17 años de edad, para minimizar la vulnerabilidad a los problemas económicos y psicosociales propios de su entorno y núcleo familiar, a fin de que puedan continuar sus estudios y por ende mejoren su calidad de vida.

Los y las jóvenes reciben capacitación laboral para un futuro empleo en la empresa patrocinadora, laborando 4 horas diarias de lunes a viernes, en los turnos matutino o vespertino dependiendo de la jornada escolar a la que asistan.

6.1.7 Proyecto Cohesión Social

Es la capacidad de las instituciones, de los individuos y de las organizaciones sociales de un territorio, de reducir la exclusión, la desigualdad y la pobreza.

El Proyecto de "Apoyo para la Cohesión Social en Panamá" (COHESAL) es un esfuerzo conjunto de cooperación entre la Unión Europea y El Estado de Panamá ejecutado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

Constituye por lo tanto una gran oportunidad para contribuir a modernizar la institucionalidad de las políticas sociales, reducir las desventajas sociales y los desequilibrios territoriales de las provincias y comarcas indígenas menos favorecidas.

6.1.8 Red de Oportunidades

La Red de Oportunidades, es un proyecto de alta sensibilidad social que tiene como objetivo insertar a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, en la dinámica del desarrollo nacional, garantizando los servicios de salud y educación, todo lo cual mejora sustancialmente la calidad de vida de 72,563 hogares beneficiarios. Más de 362,815 personas beneficiadas mediante las Transferencias Monetarias Condicionadas -TMC.

6.1.9 Redes Territoriales

Entre los años 2005 y 2006 se realizó un estudio en el cual revela una desorganización comunitaria en pobreza y pobreza extrema, con ausencia de coordinación interinstitucional, inexistencias de programas para disminuir la pobreza y pobreza extrema, pocas ofertas de los servicios de las instituciones, la falta de grupos organizados, la falta de interés de los líderes comunitarios a integrarse a con la comunidad a desarrollar problemas sociales y estructurales, por consiguiente, se propone el diseño del proyecto de redes territoriales para que, en la medida de lo posible, éstas sean base del desarrollo del capital social y poder adquirir una mejor calidad de vida.

En la actualidad se cuenta con 185 Redes Territoriales en 116 corregimientos, en 53 Distritos, y en 193 lugares poblados fortalecidos y funcionando a nivel Provincial, Regional y Comarcal en las comunidades de extrema pobreza, riesgo social, marginación y vulnerabilidad social conformadas por 1,300 líderes y lideresas, beneficiando alrededor de 50,000 personas directamente y más de 100,000 indirectamente.

6.1.10 Dirección de Subsidios Estatales

La Dirección de Subsidios Estatales se rige bajo el Decreto Ejecutivo N° 54 del 16 de julio de 2002.

La Dirección Nacional de Subsidios Estatales establece las pautas para regular los subsidios que el Estado otorga a los Patronatos, Fundaciones, Asociaciones y Organizaciones sin fines de lucro, dedicadas al desarrollo de programas sociales con la finalidad de lograr el fortalecimiento de la familia, la comunidad y grupos de población vulnerables en el territorio nacional.

Esta dirección también supervisa cuidadosamente cada gasto efectuado por las organizaciones subsidiadas, tomando en cuenta el presupuesto aprobado y los límites establecidos para cada programa o proyecto.

6.2 Autoridad de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa

Desarrolla proyectos y programas con una visión de reducir la brecha de pobreza en la población necesitada y vulnerable mediante capacitaciones y apoyo logístico en la creación y mantenimiento de la micro, pequeña y mediana empresa.

6.3 Ministerio de Salud:

6.3.1 Políticas de Salud 2010 – 2015 Política 3

Eje II: Mejorando la Calidad y el Acceso de la Población a los Servicios de Salud.

Política 3: Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

Específico 3.1: Mejorar el acceso geográfico, socio-económico, cultural y de género de la población a los servicios de salud con enfoque integral y multisectorial.

- Línea de acción 3.1.1: Elaboración de informes anuales del análisis de situación de salud a nivel local, regional y nacional con la inclusión del acceso y cobertura de los servicios de salud.
- Línea de acción 3.1.2: Utilización de Guías Metodológicas para el Análisis de Situación y Tendencias de Salud.
- Línea de acción 3.1.3: Implementación en las Regiones de Salud del plan de salud bucal con la estrategia de comunidades libres de caries, para poblaciones vulnerables focalizados en el menor de 5 años, embarazadas, discapacitados, binomio madre -hijo, en áreas rurales e indígenas.
- Línea de acción 3.1.4: Implementación del Plan Nacional del Control de Enfermedades Crónicas y el Cáncer y del Programa Nacional de Cuidado Paliativo.
- Línea de acción 3.1.5: Implementación del Plan Nacional de Salud Visual.
- Línea de acción 3.1.6: Actualización e implementación del Plan Nacional de Salud Mental
- Línea de acción 3.1.7: Fortalecimiento del Plan Nacional para el control de las Enfermedades Transmisibles.
- Línea de acción 3.1.8: Fortalecimiento del Modelo de Atención Primaria, individual, familiar, comunitaria y ambiental.
- Línea de acción 3.1.9: Atención integral a los privados de libertad.
- Línea de acción 3.1.10: Coordinación Intersectorial para la mejora del acceso geográfico de los servicios integrales de salud.

Objetivo Específico 3.2: Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (Objetivo Estratégico transitorio por Objetivos de Desarrollo del Milenio).

- Línea de acción 3.2.1: Implementación del modelo comunitario de atención y educación de salud nutricional focalizado en la población menor de 5 años, embarazadas y tercera edad, especialmente en las áreas rurales con población indígena y no indígena y en las áreas urbano-marginales a nivel nacional.
- Línea de acción 3.2.2: Fortalecimiento de las intervenciones de salud en los grupos priorizados para disminuir las muertes por causas prevenibles.
- Línea de acción 3.2.3: Incorporación de elementos étnico-culturales y de género en los planes y programas.

- Línea de acción 3.2.4: Implementación de los planes para mejorar la salud infantil focalizada en los menores de 5 años con enfoque intercultural, priorizando en las áreas rurales, comarcas indígenas y otros grupos.
- Línea de acción 3.2.5: Implementación de planes de salud materna focalizada a grupos de riesgo, con enfoque intercultural en áreas rurales y comarcas indígenas.
- Línea de acción 3.2.6: Incremento de la atención profesional del parto.
- Línea de acción 3.2.7: Establecimiento de alianzas entre los programas nacionales para el abordaje de las enfermedades transmisibles, con enfoque intercultural en las comarcas indígenas.
- Línea de acción 3.2.8: Implementación de los planes estratégicos para la prevención y control de VIH-sida, malaria y tuberculosis y de enfermedades emergentes y re-emergentes.
- Línea de acción 3.2.9: Construcción de acueductos rurales.
- Línea de acción 3.2.10: Construcción de letrinas y manejo de residuos sólidos.
- Línea de acción 3.2.11: Saneamiento de la ciudad y la Bahía de Panamá.
- Línea de acción 3.2.12: Fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura en grupos vulnerables.
- Línea de acción 3.2.13: Relación horizontal con las autoridades indígenas para facilitar las acciones en los grupos de intervención.

6.4 Programa de Ayuda Nacional

6.4.1 Ayuda A Comunidades Marginadas:

Este programa se ejecuta a nivel nacional con la finalidad de atender las necesidades comunitarias relacionadas a equipos, herramientas, vehículos, así como insumos en general.

6.4.2 Programa De Nutrición:

Ofrece un almuerzo diario en las escuelas públicas con el objetivo de mejorar las condiciones nutricionales de los escolares y disminuir gradualmente las altas tasas de morbilidad y mortalidad, así como elevar el nivel de escolaridad en las áreas de influencia del proyecto.

6.4.3 Promoción A La Cultura y El Deporte:

Está orientado a fortalecer las actividades deportivas a nivel nacional como una medida para reducir o mitigar los efectos de la delincuencia juvenil, y desde luego para mejorar la calidad de vida de la jóvenes. Lo anterior se ha logrado mediante el mejoramiento, rehabilitación y construcción de infraestructura deportiva, así como la entrega de insumos deportivos.

6.4.4 Proyectos Sociales:

Tiene como finalidad el desarrollo de proyectos sociales y el suministro de insumos en general como respuesta a las necesidades identificadas a nivel nacional. De igual forma se brinda respuesta adecuada y expedita a los problemas que le son presentados al Presidente de la República durante las giras de trabajo que realiza a nivel nacional.

6.4.5 Infraestructura Social:

Dirigido al financiamiento de obras de infraestructura social del país y tiene como objetivo la ejecución de proyectos originados de solicitudes espontáneas de grupos marginados que organizadamente presentan sus necesidades en las oficinas del PAN.

6.4.6 Construcción De Viviendas:

Está orientado a mejorar la calidad de vida de familias desfavorecidas y en condiciones de pobreza y pobreza extrema mediante un proceso de Mejoramiento del Hogar y promover un modelo innovador de intervención multi-sectorial entre los sectores público, privado y la sociedad civil. El mismo es ejecutado por el PAN en coordinación con el Ministerio de Vivienda.

6.5 Consejo Nacional para el Desarrollo Sostenible

CONADES es una organización pública comprometida con la integración de los esfuerzos de desarrollo sostenible, que rompe paradigmas, integra la institucionalidad pública y privada, sustituye enfoques sectoriales, focaliza la acción pública sobre los territorios y población, promueve la participación ciudadana, identifica las demandas locales e integra de manera coherentes las políticas de estado, relacionadas con la conservación ambiental, el desarrollo económico y el desarrollo social. Propicia la equidad social, desarrollo humano y la protección de los recursos naturales y ambientales en la perspectiva de las futuras generaciones.

6.6 Programa Nacional para el Desarrollo Local

El PRONADEL se crea para hacer obras productivas, sociales, viales, y ambientalmente sostenibles que contribuyan al desarrollo económico y cultural de las comunidades en pobreza para el bienestar de sus miembros.

6.7 Oficina de Electrificación Rural

Desarrollar soluciones de electrificación para aumentar el acceso de la población rural a servicios de electricidad que sirvan de soporte para el desarrollo integral del país.

6.8 Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentaria Nutricional

SENAPAN está a cargo de un Secretario(a), que reporta directamente al Presidente de la República el resultado de las gestiones que realiza en el ejercicio de sus funciones, y de un equipo de apoyo y de un Comité Técnico.

Esta Secretaría, adscrita al Despacho del Presidente de la República está encargada de proponer, coordinar, supervisar y evaluar las acciones de promoción, prevención reducción y habilitación de los programas dirigidos a atender el problema alimentario y nutricional de la población más necesitada.

6.9 Secretaría Nacional de Discapacidad

Dirige y ejecuta la política de Inclusión Social de las personas con discapacidad y sus familias, promoviendo un cambio de actitud, el respeto a los derechos humanos y la equiparación de oportunidades.

Es la institución líder en la promoción de una sociedad inclusiva, solidaria, basada en el reconocimiento y goce pleno de los derechos humanos, que contribuye a superar la inequidad, exclusión, discriminación y pobreza de las personas con discapacidad y sus familias.

7. ¿Cuáles son los mecanismos de conducción de la política social a nivel regional? Cuál es el grado de coordinación entre instituciones para garantizar la ejecución de esa política?

¿Cuál es su nivel de participación en el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal?

7.1 A continuación el detalle de la Política Social a Nivel Regional presentada a través de una tabla que consolida a las siete instituciones que son facilitadoras con el MINSA para llevar a cabo la ejecución de las políticas sociales de una manera mancomunada e integral para el beneficio de la población de responsabilidad del Sistema Regional de Salud de Herrera.

Política Social a Nivel Regional

Instituciones facilitadoras con el MINSA	Programas Sociales	Mecanismos de Conducción	Grado de Coordinación Interinstitucional
MIDES	Red de Oportunidades	Mediante los servicios de prevención, promoción y atención de salud a través de la cartera de servicios de la red fija y de la red itinerante se garantiza que cada persona que ingresa y forma parte de la Red de Oportunidades tenga acceso a la salud con equidad como requisito necesario para el pago determinado a los beneficiarios del programa. Por otra parte todos los beneficiarios de la Red de Oportunidades tienen el beneficio de gratuidad en las instalaciones de salud.	Alto
	Programa del Ángel Guardián	Por medio de los servicios de prevención, promoción y atención de salud a través de la cartera de servicios de la red fija y de la red itinerante se hace posible que cada persona que ingresa y forma parte del Programa del Ángel Guardián disponga de un documento que certifique su condición de salud garantizando así un seguimiento de su salud mediante los diferentes programas del MINSA en las instalaciones donde estos acuden.	Alto
	120 a los 65	Mediante los servicios de prevención, promoción y atención de salud a través de la cartera de servicios de la red fija y de la red itinerante se garantiza que cada persona que ingresa y forma parte de 120 a los 65 disponga de un documento que certifique su condición de salud como requisito del programa y que además tengan acceso a la salud con equidad para el pago.	Alto
Despacho de la Primera Dama de la República	Campaña de la Cinta Rosada	A través de una coordinación que permite el fortalecimiento de los servicios de prevención y promoción de la salud en el proceso de detección temprana del cáncer de mama, incentivando a la población femenina en la importancia del autoexamen de mamas y en la realización de mamografías en el grupo meta en riesgo.	Alto
	Programa de la mujer rural	Buscando una mejor cobertura en salud en la población femenina de áreas de difícil acceso, se brinda el apoyo con la red fija y a la red itinerante al Despacho de la Primera Dama a este grupo vulnerable.	Alto
	Apoyo al Programa de Fisioterapia y Estimulación Temprana	Se obtiene un fortalecimiento en protección en salud a este grupo vulnerable mejorando así buenos resultados en materia de rehabilitación y reintegración social.	Alto
Secretaría Nacional para el Plan de Seguridad Alimentaria Nutricional	Apoyo a la Salud Nutricional y Poblacional	Se fortalecen las políticas sociales en materia de salud nutricional a la población infantil, maternal y tercera edad mediante las coordinaciones entre el MINSA y el SENAPAN.	Alto
Secretaría Nacional de Discapacidad	Apoyo a la Salud Poblacional	Por medio de los servicios de prevención, promoción y atención de salud a través de la cartera de servicios de la red fija y de la red itinerante se hace posible que cada persona con discapacidad disponga de un documento que certifique su condición de salud y un carné emitido por el Departamento de Salud Pública garantizando así un seguimiento de su salud mediante los diferentes programas del MINSA en las instalaciones donde estos acuden. Por otra parte todos los beneficiarios tienen el beneficio de gratuidad en las instalaciones de salud.	Alto
Caja de Seguro Social	Prestación de Servicios de Urgencias Ortopédicas, Cardiovasculares y Neuroquirúrgicas a población No Asegurada	El Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado de la CSS brinda servicios de Ortopedia, Cardiología y Neurocirugía a pacientes No Asegurados trasladados de urgencias desde el Hospital Dr. Sergio Núñez Núñez de Ocu y del Hospital Cecilio A. Castillero de Chitré fortaleciéndose así los procesos de atención a la población vulnerable que formará parte de aquellos en riesgo social producto de las discapacidades que resultan de problemas ortopédicos (fracturas con discapacidad motora), cardiovasculares y neuroquirúrgicos (trastornos isquémicos y hemorrágicos cerebrales con secuelas neurológicas).	Alto
APLAFA	Apoyo a la Salud Sexual y Reproductiva	Buscando una mejor cobertura en salud en la población femenina de áreas urbanas y rurales, se logra el apoyo a la red fija y a la red itinerante de las instalaciones del MINSA mediante coordinación entre ambas entidades obteniéndose así buenos resultados en materia de salud sexual y reproductiva.	Alto
ANCEC	Apoyo a la Conducta Humana y Salud, Sección de Mujer, Género, Salud y Desarrollo	Buscando una mejor cobertura en salud preventiva en la población femenina de áreas urbanas y rurales con escasos recursos económicos, principalmente en la lucha contra el cáncer cervicouterino, se logra el apoyo a la red fija y a la red itinerante de las instalaciones del MINSA mediante coordinación entre ambas entidades.	Alto

7.2 Nivel de participación en el Consejo de Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal.

Nivel de Participación del MINSA en el Consejo de Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal

Asuntos tratados	Descripción	Nivel de Participación		
		Promoción de la Salud	Prevención	Atención en Salud
Festividades	Feria San Sebastián de Ocú	+++	+++	+
	Carnavales	+++	+++	+++
	Semana Santa	+++	+++	+++
	Feria de Azuero	+++	+++	+++
	Manito Ocuëño	+++	+++	+
	Fiesta de Fundación de Los Pozos	+++	+++	+++
	Fiesta de Fundación de Chitré	+++	+++	+++
Fiestas Patrias	+++	+++	+++	
Actividades Socioculturales, folclóricas y deportivas	Campeonato Nacional de Baseball Juvenil	++	++	+
	Campeonato Nacional de Baseball Mayor	++	++	+
	Actividades Típicas interinstitucionales	+++	++	+
	Otras actividades con alta demanda poblacional	+++	+++	+++
Contingencias	Contaminación del agua	+++	+++	+++
	Manejo y recolección de desechos comunes	+++	+++	+
	Operativos de Salud ante Enfermedades Emergentes	+++	+++	+++

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

Ver cuadro de la respuesta a la pregunta 7.

9. ¿Cuáles son las proyecciones y tendencias del contexto político-económico-socio cultural – y de género, su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud – enfermedad de la población tanto a nivel provincial, regional y distrito?

A continuación un cuadro descriptivo que permite dar respuesta a la interrogante formulada.

Proyecciones y Tendencias del contexto Político-Económico-Sociocultural y de Género, su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud-enfermedad de la población a nivel provincial, regional y distrital.

Nivel Provincial, Regional y Distrital			
Contexto	Proyecciones y Tendencias	Relación con la Gestión Sanitaria	Relación con los perfiles de Salud/Enfermedad
Político	El crecimiento poblacional a nivel provincial ha llevado a la necesidad de crear un nuevo corregimiento en el Distrito de Ocú, el Corregimiento de Entradero del Castillo que antes era parte del Corregimiento de Cerro Largo.	Esta situación repercute directamente con la gestión sanitaria en materia de planificación, provisión y coberturas de los servicios de salud con equidad y desempeño al nuevo corregimiento.	Las políticas de salud con un enfoque de equidad y acceso universal son redirigidas con un enfoque preventivo y de promoción de salud más que de atención de morbilidades, mediante los diferentes programas de salud según los grupos poblacionales; además del fortalecimiento del sistema informático de registros y estadísticas de salud ante la presencia de un nuevo corregimiento al igual que ante la presencia de población procedente de otras áreas.
	Para el año 2014 el porcentaje de población inmigrante se incremento en un 2.88% debido a la oferta laboral de la provincia ante el crecimiento comercial y urbanístico.	La provincia de Herrera se convierte en punto de encuentro de diferentes grupos étnicos procedentes de las provincias centrales, con diferente perfil epidemiológico y conductual que a nivel local influye en las tendencias de salud.	
	La movilización de personas del área rural al área urbana en búsqueda de mejores oportunidades educativas, laborales y económicas ha reflejado un incremento de la población urbana a un 55%.	Esta situación repercute directamente con la gestión sanitaria en materia de planificación, provisión y coberturas de los servicios de salud con equidad y desempeño a la población procedente de las zonas rurales.	
Económico	Se perfila un crecimiento en la construcción, integración y habilitación de comercios y empresas privadas (hoteles, centros comerciales, restaurantes, almacenes, entre otros), mejorando el acceso de la población a nuevas ofertas y oportunidades laborales, entre otros aspectos.	La gestión sanitaria refuerza su componente preventivo en materia de salud ocupacional y salud pública (manipulación de alimentos, salud ambiental, entre otros).	La articulación MINSAL - CSS se hace una necesidad ante el incremento de la población económicamente activa y asegurada para minimizar la dualidad de prestación de servicios de salud en nuestra población.
Sociocultural	Existe una tendencia al incremento de la población indígena en la provincia de Herrera con características socioculturales diferentes a la población herrerana, sobre todo en materia del autocuidado de la salud.	Esta situación conlleva mejores políticas de salud en materia de equidad y calidad de atención para un nuevo grupo vulnerable que va en crecimiento y que está en riesgo nutricional y sociocultural.	Fortalecer el enfoque de riesgo y menos búsqueda de morbilidad en la población vulnerable en el aspecto sociocultural
	Incremento en la población nativa y visitante que converge en las actividades festivas y culturales de la provincia en las diferentes épocas del año.	Se requiere de estrategias de mejor cobertura preventiva y de prestación de servicios de atención ante situaciones de contingencia que pongan en riesgo a la población que se moviliza de forma masiva a estas actividades.	
Género	La población de la Provincia de Herrera según estimación de la población para el año 2015 proyecta que el 49.81% serán femeninas.	Esta situación implica un empoderamiento de los procesos de planificación con enfoque de salud sexual y reproductiva al alcance de todas las mujeres de la provincia.	Implementar mejoras en los servicios de prevención y promoción de la salud en cuanto a autoexamen de mamas, toma de Papanicolaou, planificación familiar, controles prenatales, controles puerperales, entre otros,
	Existe una tendencia al incremento de mujeres con mayor acceso a las oportunidades de trabajo		

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

Debido a la ubicación específica de nuestra región en el Arco Seco expone al territorio a amenazas creadas por el propio hombre lo que incide en contaminaciones en las fuentes hídricas, deforestación de la cuenca de ríos importantes, manejo de desechos sólidos hospitalarios inadecuadamente, quemadas controladas en áreas de cañaverales, la utilización de plaguicidas en áreas agrícolas y sobre todo la existencia de vertederos a cielo abierto aumentado el número de casos de morbilidad y aumentado la estancia hospitalaria de la población expuesta.

Para el detalle de las zonas críticas de la provincia en materia de contaminación, cambios climáticos y desarrollo socioeconómico de la población, ver el siguiente cuadro:

UBICACIÓN DE ZONAS CRÍTICAS EN LA REGIÓN DE HERRERA

Área	Criterio
PESE	Alto Riesgo: Contaminación del Río La Villa Movimiento sísmico Explosión de MATPEL Accidente automovilístico
LOS POZOS	Alto Riesgo: Movimiento sísmico Deslizamientos Sequía Accidente automovilístico Epidemia
SANTA MARÍA	Alto Riesgo: Accidente automovilístico Sequía Contaminación Movimiento sísmico Vientos fuertes Accidente de MATPEL Inundaciones
PARITA	Alto Riesgo: Movimiento Sísmico Vientos fuertes Accidente de MATPEL Accidente automovilístico Sequía Inundaciones
LAS MINAS	Alto Riesgo: Sequía Epidemia Deslizamientos Incendios forestales Incendio de viviendas
CHITRÉ	Alto Riesgo: Epidemia Sequía Inundaciones Accidente de MATPEL Accidente automovilístico Vientos fuertes Maremoto Contaminación Accidente Aéreo
OCÚ	Mediano Riesgo: Contaminación Vientos fuertes Sequía Inundaciones Epidemia Accidente automovilístico Incendio de viviendas Deslizamiento

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

Sí, la legislación existente favorece la participación social en la gestión sanitaria, sin embargo, si se requiere de ciertos cambios en materia de facilitación de los procesos y capacitación de los actores claves en materia de sincronización de sistemas organizacionales, actitud del recurso humano y empoderamiento de los procesos y mecanismos de incentivos para fortalecer la motivación.

En cuanto a las formas de participación social en el área de responsabilidad, ver la tabla de la respuesta a la pregunta N°7.1.

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

El Índice de Desarrollo Humano es un indicador elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que busca medir el progreso medio de los países en términos de vida larga y saludable, educación, y nivel de vida digno.

Entre 1980 y 2012, el valor de IDH de Panamá aumentó de 0.634 a 0.780, lo que representa un incremento de 23% y a su vez resalta mejoras significativas en la tasa de alfabetización dentro de la región, a través de programas de enseñanza, tanto para lugares urbanos y rurales, y en los logros en salud en los diversos niveles donde la cobertura y la calidad de atención han mejorado significativamente. Actualmente no disponemos del Índice de Desarrollo Humano general y por género específicamente de la región de salud de Herrera a pesar de que se realizó una revisión detallada de las fuentes de información de la Contraloría General de la República, del Informe Económico y Social del Ministerio de Economía y Finanzas (Dirección de Análisis Económico y Social) y del Informe de Situación de Salud de Panamá 2013 (Dirección Nacional de Planificación).

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

Sí. A continuación el detalle de esta información:

Estrategias de concertación, de políticas y de gestión participativas.

Estrategias de Concertación, de Políticas y de Gestión Participativas		
Componentes	Aliados Estratégicos/Herramientas de gestión	Análisis de desarrollo
Participación Comunitaria	Auditoría Social	A través de estos aliados estratégicos el Sistema Regional de Salud de Herrera percibe el sentir de la población en materia de impacto y desempeño de las políticas de salud implementadas, sirviendo como mecanismo de retroalimentación para gestionar mejoras en el modelo de gestión y en el modelo de atención.
	Comités de Salud	
	Población General	
	Grupos Cívicos	
Gestión Institucional	Salud Pública	Se obtiene así un sistema de monitoreo interno en donde los mismos miembros directos del sistema de salud mediante planeación estratégica, reuniones de conducción, análisis de indicadores de salud y evaluación del sentir de la población de responsabilidad encaminan estrategias dirigidas a mejorar la prestación de los servicios de atención, promoción y prevención.
	Hospital Cecilio A. Castillero	
	Hospital Dr. Sergio Núñez N.	
	Promoción de la Salud	
	Encuestas de Salud	
	Buzones de Sugerencias	
Gestión Geopolítica	Consejo de Coordinación Provincial	La coordinación directa con la Gobernación, los Municipios y los Representantes de Corregimiento, garantiza la mejora en las coberturas en salud con equidad, dando a conocer a los actores políticos el perfil epidemiológico de su población de responsabilidad, sus necesidades y aspiraciones en materia de salud con el objetivo primordial de obtener una demanda satisfecha y una mejor gestión política.
	Consejo Técnico Municipal	
Políticas de Salud en Emergencias y Desastres	Sistema Nacional de Protección Civil	La articulación de entidades gubernamentales afines a la seguridad poblacional está permitiendo una gestión eficiente y efectiva en el manejo de las situaciones de emergencias y desastres que ponen en riesgo a la población, esto permite la implementación conjunta de políticas de salud desarrolladas para implementarse ante situaciones predecibles (festividades, actividades con demanda masiva de población) y no predecibles (desastres naturales, entre otros).
	Cruz Roja	
	Caja de Seguro Social	
	Policia Nacional	
	SUME 911	
	Cuerpo Nacional de Bomberos	
Políticas de Salud Ambiental y agua/acueductos	Autoridad Nacional del Ambiente	La gestión participativa entre estos estamentos de ingerencia ambiental permite al Sistema Regional de Salud de Herrera implementar las políticas de salud pertinentes para garantizar el cuidado y protección del ambiente con un perfil ecológico y de salubridad así como con la disponibilidad de agua saludable y buen manejo de las aguas servidas.
	Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados Nacionales	
	Juntas Administradoras de Acueductos Rurales	
Participación del Sector Económico	Empresas Públicas	El MINSA en Herrera implemeta estrategias de promoción y prevención de la salud enfocadas a la capacitación técnica y empoderamiento de aspectos claves en materia de Salud Alimentaria en términos de manipulación de alimentos, medidas básicas de salubridad de los establecimientos comerciales y cumplimientos de las leyes y decretos de salud pública haciendo partícipes de forma activa a estos sectores económicos.
	Empresas Privadas	
	Asociación de Hoteles y Turismo	

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

Es importante mencionar en esta oportunidad, que por mandato constitucional se le atribuye al Ministerio de Salud en representación del Estado, la facultad de regular todas y cada una de las situaciones que guarden relación con la salud de la población panameña. De igual forma es importante resaltar que nuestra carta fundamental también hace referencia a que los derechos y garantías que son consagrados en la misma deben considerarse como mínimos y no excluyente de otros.

Por otro lado se cuenta con el Decreto de Gabinete No. 1 del 15 de enero de 1969, a través del cual se crea el Ministerio de Salud, se determina su estructura y funciones y se establecen las normas de integración y de coordinación de las instituciones del sector salud.

En este mismo sentido se puede advertir que la misma excerta legal establece que el Ministerio de Salud como órgano de la función ejecutiva tendrá a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del gobierno del país y estará investido de las prerrogativas y facultades que la constitución y la ley confiere a los Ministerios de Estado.

Por otro lado se establece que corresponde al Ministerio de Salud el estudio, formulación, ejecución del plan nacional de salud y la supervisión y evaluación del todas las actividades que se realicen en el sector, en concordancia con la planificación del desarrollo y mediante la coordinación de los recursos que se destinan a los cuidados de la salud tanto por las instituciones dependiente del Estado, como por las autónomas o semiautónomas.

Por todo lo anterior se puede comprobar de que es el Ministerio de Salud en representación del Estado a quien le corresponde la regulación, supervisión de todas y cada una de las instalaciones que por sus características funcionales de desarrollo tenga que ver con la salud de la población panameña; es decir, Ministerio de Salud ente rector de la instalaciones autónomas, semiautónomas, (públicas y privadas en materia de salud pública.)

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

A nuestro juicio y en virtud de lo cuestionado se considera que el Ministerio de Salud como ente rector y regulatorio de lo referente a la salud de la población panameña se ha caracterizado por la emisión de normativas que han venido a ampliar los contextos de las materias que por disposición fundamental son competencia de esta dependencia administrativa.

Para ello ha sido el mismo Ministerio de Salud a través de las distintas direcciones nacionales y generales que se han encargado de generar proyectos de Decretos Ejecutivos, Resoluciones, instrucciones internas, a fin de unificar, reglamentar y lograr de esta forma el fiel cumplimiento de las disposiciones legales en materia de salud pública.

En este mismo orden de ideas el Ministerio de Salud en la actualidad mantiene el estudio y revisión de algunos proyectos de modificación de disposiciones sanitarias a fin de mantener actualizados todos y cada uno de los trámites que son competencias de esta institución, pues bien como es conocimiento público cada día surgen nuevas enfermedades, epidemias, establecimientos de interés sanitarios, etc., con nuevas características y en ello se ha enmarcado el Ministerio de Salud, a fin de que la regulación este acorde a lo que se presenta en el mundo globalizado que nos rodea.

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

En atención a la competencia de las distintas áreas de fiscalización se procede a expresar lo expuesto en el Decreto de gabinete 1 de 1969 la estructura organizativa del Ministerio de Salud que a la letra dice:

Artículo 2 ° (...)

Artículo 3° La estructura organizativa del Ministerio de Salud será la que se indica:

- a. El nivel Ministerial, como organismos político-administrativos superior encargado de la determinación y ejecución de la política de salud en el país por medio de la planificación de las acciones y la coordinación y orientación de todas las entidades del sector;
- b. El nivel de la Dirección general de Salud y servicios técnicos normativos de supervisión y auxiliares de administración, como órgano directivo normativo, fiscalizador y asesor del nivel ministerial con la responsabilidad de dirigir, normatizar, coordinar, y supervisar la ejecución de los planes de salud; y
- c. El Nivel de las Regiones de la salud y los servicios que las integran como órganos ejecutivos operacionales con la responsabilidad de ejecutar los programas y obtener el máximo de rendimiento de los recursos.

De la norma ut supra citada, a claras luces se observa la distribución equitativa de las funciones que mantiene el Ministerio de Salud a través de las distintas unidades ejecutoras y los diferentes sectores, esto en atención a las facultades inherentes a cada unidad y con *las excepciones* que por mandato han sido atribuidas al Ministerio de Salud, por la funciones que le han sido concedidas.

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

En esta oportunidad nos corresponde manifestar que en efecto el Ministerio de Salud como ente rector y regulatorio de la salud de la población panameña, mantiene un compendio normativo en atención a los establecimientos públicos, que por las actividades que realizan requieren de supervisión y/o fiscalización por parte del Ministerio de Salud, a través de los distintos funcionarios responsables y previamente autorizados para estos fines.

La región de salud de Herrera mediante la Dirección Regional, el departamento de Salud Pública y en coordinación con la Unidad de Asesoría Legal, ha realizado capacitaciones en esta materia con el fin de poner en conocimiento de los funcionarios una y otra modificación o procedimientos o nuevas instrucciones para el mejor desempeño de cada uno en el ámbito laboral.

De igual forma se han coordinado diligencias operativas en conjunto con las distintas autoridades sanitarias facultadas por la ley 40 del 16 de noviembre de 2006 y se ha trabajado en conjunto para la verificación de los establecimientos públicos de la Región de Salud de Herrera.

Finalmente no se puede soslayar la labor que mantiene el personal técnico de salud pública en sus menesteres diarios y que corresponde al trabajo de campo según lo dispuesto en la Resolución No. 631 de 11 de agosto de 2004, en virtud de las funciones a cada cual.

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

Cuadro No.1

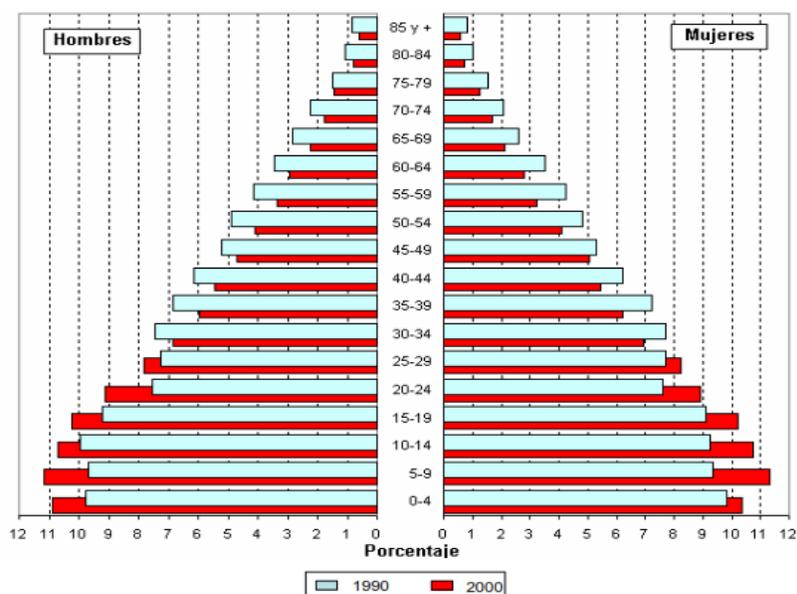
INDICADORES DEMOGRÁFICOS

A. Indicadores demográficos	2010			2012			2014		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Densidad de población	47.65	24.16	23.49	49.61	24.30	25.31	49.88	25.05	24.83
▪ Rural	22.44	12.01	10.43	22.59	12.09	10.50	23.49	12.58	10.91
▪ Urbana	25.20	12.14	13.06	25.37	12.23	13.14	26.38	14.22	12.16
▪ Indígena	0.41	0.21	0.20	0.42	0.21	0.21	0.43	0.22	0.21
Tasa de crecimiento natural o anual	6.3	4.65	6.73	6.63	5.75	7.53	38.51	30.05	47.04
Tasa bruta de natalidad	15.31	7.83	7.48	14.56	7.43	7.13	13.32	6.82	6.51
Tasa global de fecundidad	2.13	NA	2.13	3.06	NA	3.06	2.54	NA	2.54
Tasa general de fecundidad	59.00	NA	59.00	71.67	NA	71.67	65.44	NA	65.44
Porcentaje de población urbana	52.89	25.49	27.40	53.47	25.74	27.73	54.97	26.24	28.73
Porcentaje de población rural	47.11	25.21	21.90	46.53	25.52	21.01	45.03	25.89	19.14
Porcentaje de población indígena	0.87	0.44	0.43	0.87	0.50	0.49	0.87	0.50	0.49
Razón de dependencia	54.50	26.85	27.65	54.08	27.24	26.84	53.02	26.25	26.77
% De población inmigrante	2.39	1.12	1.27	2.64	1.23	1.41	2.88	1.33	1.55
% De población emigrante	6.17	3.00	3.17	6.53	3.13	3.40	6.71	3.25	3.46
Saldo migratorio	-29181	-37773	8592	-29877	-36901	7024	-30017	-36001	5984
% De población discapacitada (total)	4.65%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Número de Discapacitados	5228	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Estructura de población por grupo de edad (en años)	2010			2012			2014		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Total	112538	57069	55469	113289	57399	55890	117826	59177	58649
1 a 4	7125	3636	3489	6830	3487	3343	6442	3293	3149
5 a 9	9334	4781	4553	9053	4635	4418	9144	4673	4471
10 a 14	9504	4898	4606	9295	4779	4516	10132	5170	4962
15 a 19	9020	4679	4341	8900	4614	4286	10135	5200	4935
20 a 59	58839	29828	29011	59440	30171	29269	61721	31237	30484
60 a 64	4981	2502	2479	5186	2583	2603	5146	2530	2616
65 y más	12012	5864	6148	12936	6288	6648	13536	6271	7265
Otras Tasas	2002			2010			2012		
	Total			Total			Total		
Tasa de mortalidad	4.60			5.80			5.60		
Tasa de mortalidad en <1 año	11.30			11.00			14.00		
Chitré	14.00			12.90			17.30		
Las Minas	-			12.20			10.10		
Los Pozos	6.10			13.70			34.90		
Ocú	7.80			-			15.00		
Parita	-			9.50			-		
Pesé	18.30			13.30			6.80		
Santa María	7.60			-			-		
Tasa de mortalidad perinatal	6.61			13.80			13.30		
Tasa de mortalidad neonatal	6.70			6.61			7.90		
Tasa de mortalidad postnatal	4.60			4.41			3.00		
Tasa de mortalidad en <5 años	3.50			1.10			1.00		
Tasa de mortalidad materna	0.50			0.00			0.00		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Esperanza de vida al nacer (total)	75.04	72.97	77.20	77.26	75.67	78.95	77.86	74.61	81.28
Chitré	76.23	74.14	78.82	77.90	75.60	80.31	78.51	74.54	82.68
Las Minas	73.03	71.03	75.13	75.48	73.27	77.79	76.07	72.24	80.09
Los Pozos	72.54	70.55	74.63	75.29	73.19	77.49	75.88	72.16	79.78
Ocú	75.05	72.99	77.21	76.81	74.64	79.16	77.45	73.59	81.50
Parita	75.51	73.44	77.68	77.27	74.99	79.66	77.88	73.94	82.01
Pesé	75.19	73.13	77.35	76.85	74.58	79.30	77.49	73.54	81.64
Santa María	75.69	73.61	77.87	77.45	75.26	79.82	78.09	74.21	82.18

Fuente: INEC, Contraloría General de la República.

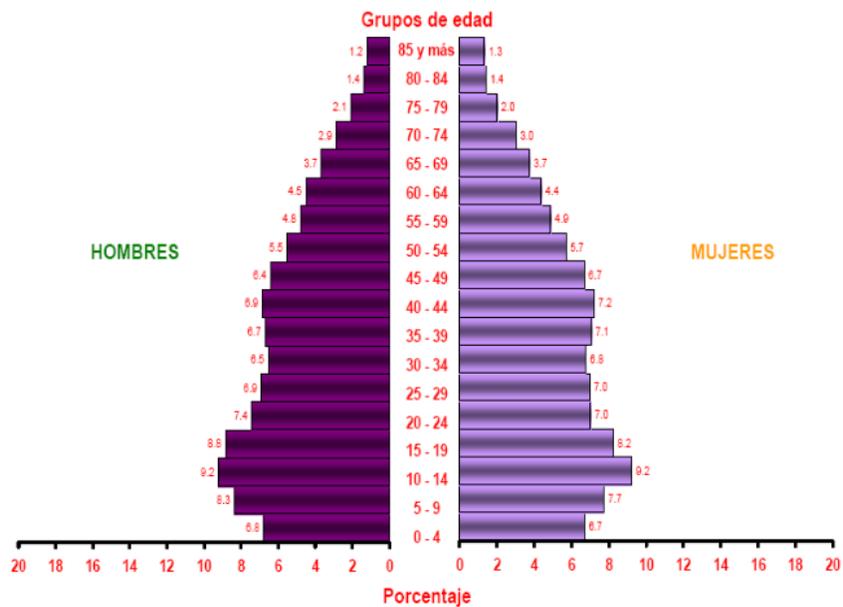
A continuación presentamos las Pirámides de Población de la Provincia de Herrera para los años 2000, 2010, 2011, 2013, 2014 y 2015; además las Pirámides de Población por Distrito para los años 2010, 2012 y 2014.

Estructura Comparativa de la Población de la Provincia de Herrera por Sexo y Edad. Censo 1990-2000



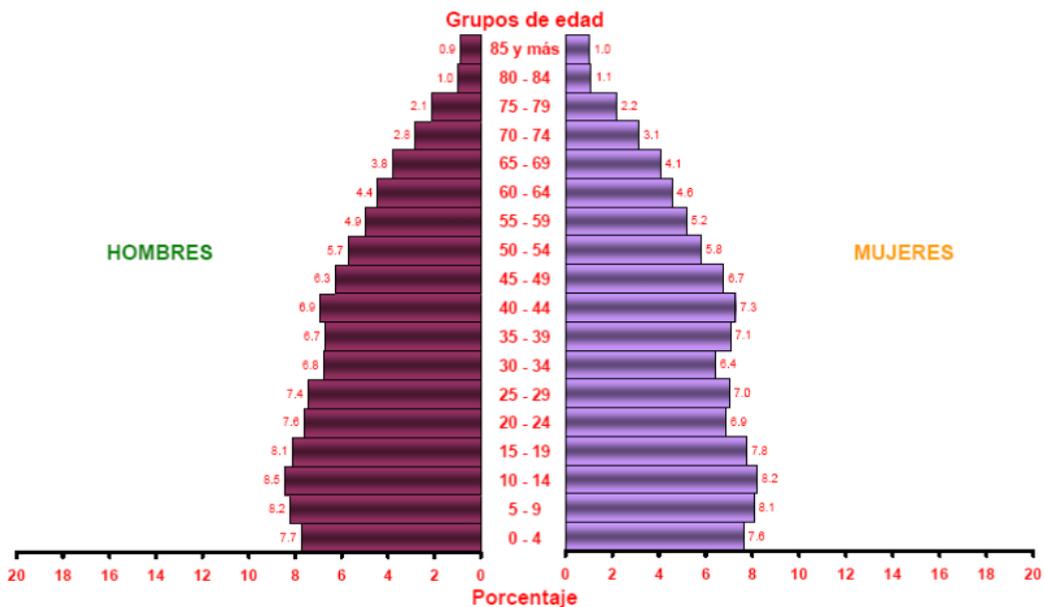
Fuente: Contraloría General de la República, Censos Nacionales de Población y Vivienda.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE HERRERA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: AÑO 2010



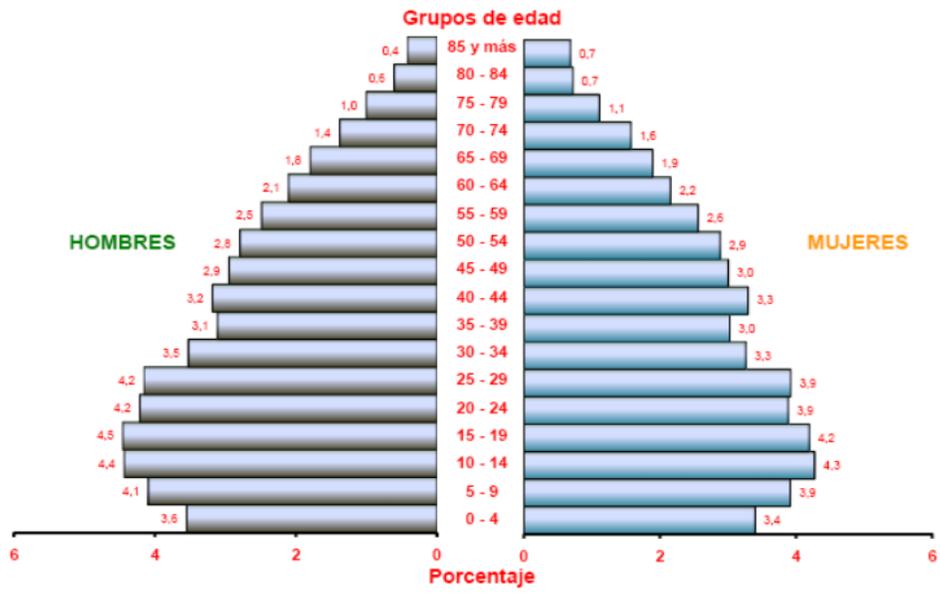
Fuente : Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. - Minsa.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE HERRERA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: AÑO 2011



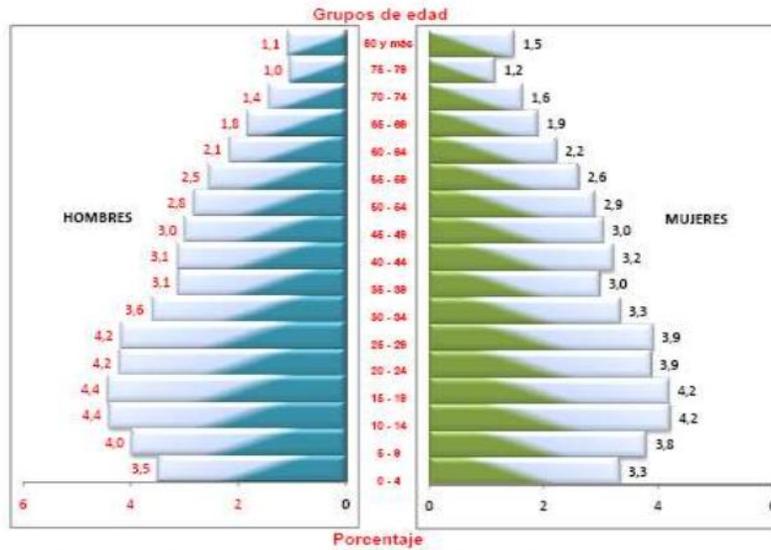
Fuente : Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. - Minsa.

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE HERRERA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD: AÑO 2013



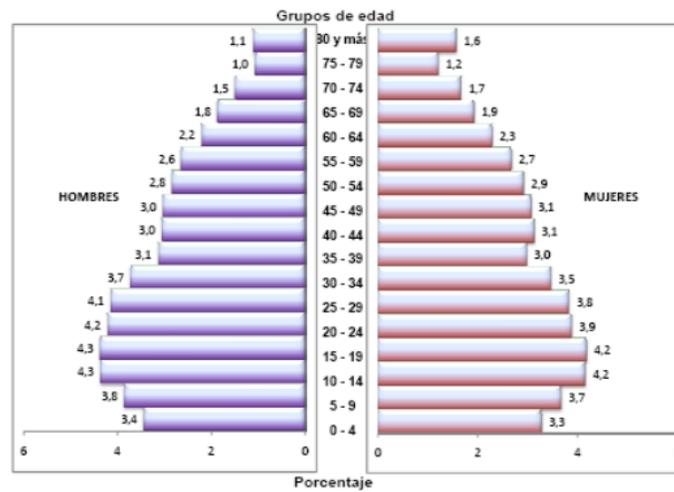
Fuente: Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo, - 2010.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE LA REGIÓN DE HERRERA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO: 2014



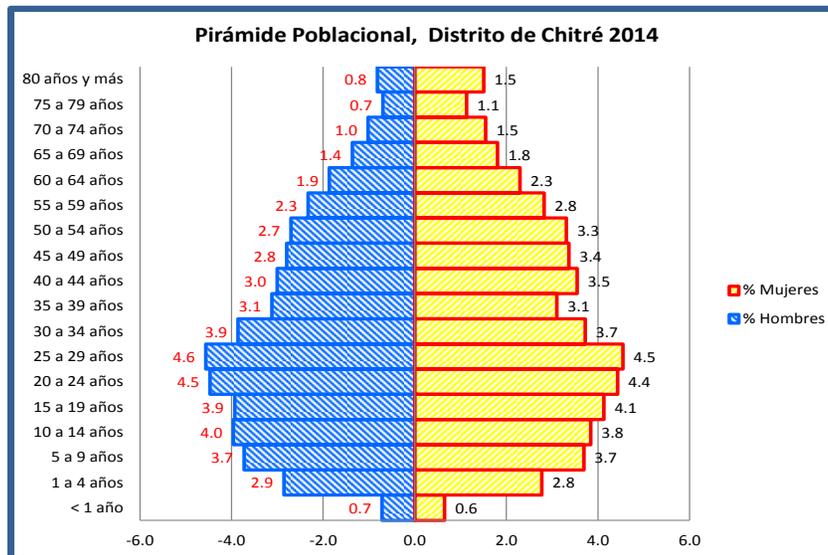
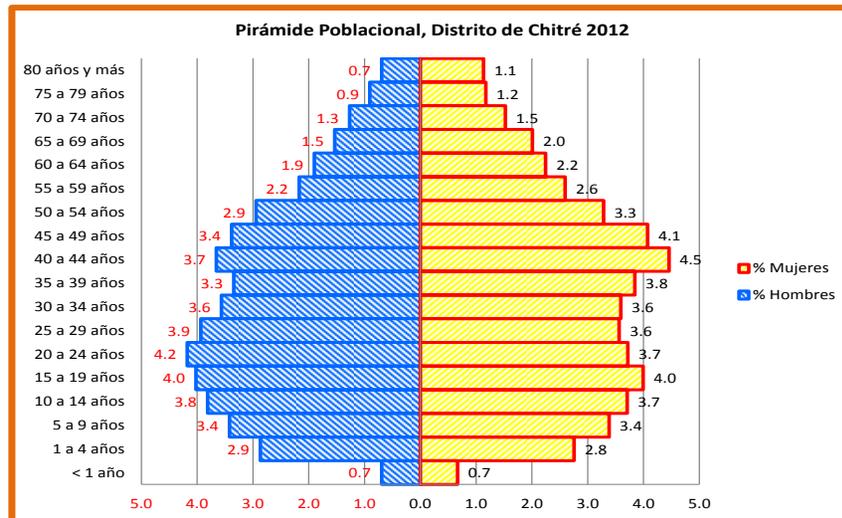
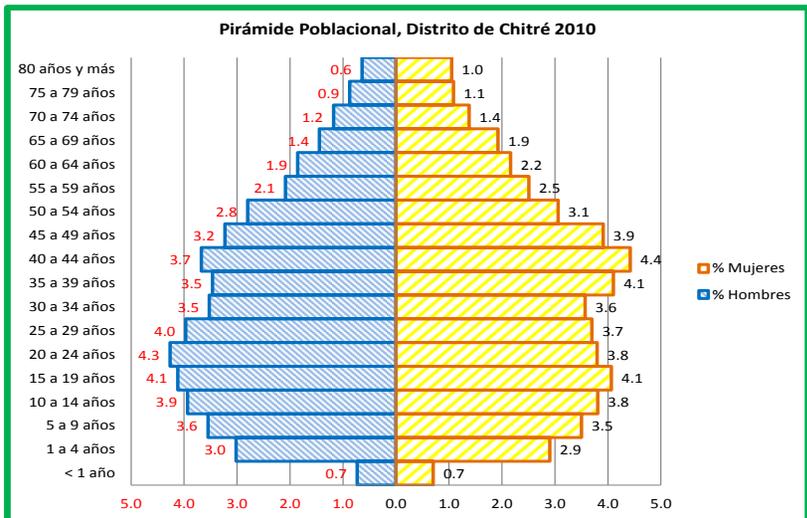
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. - Minsa. Censo: 2010.

PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DE LA REGIÓN DE LA REGIÓN DE HERRERA, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO: 2015

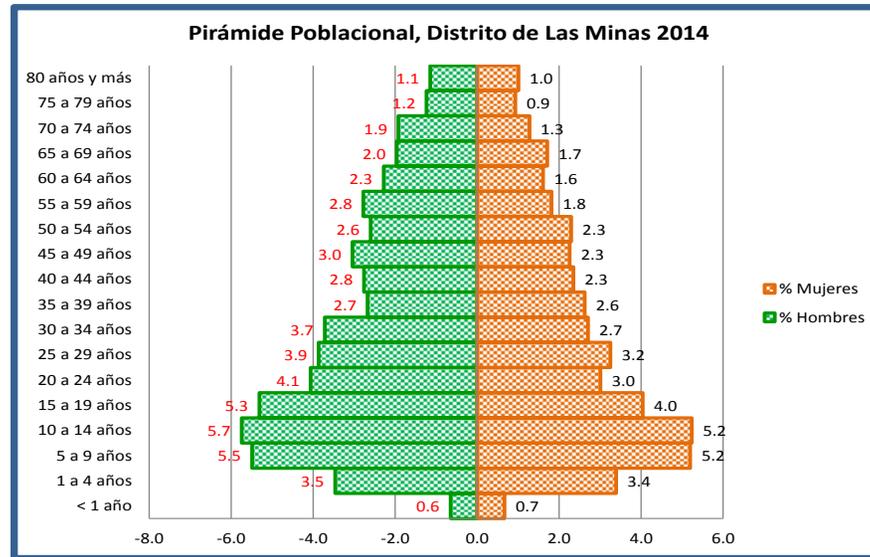
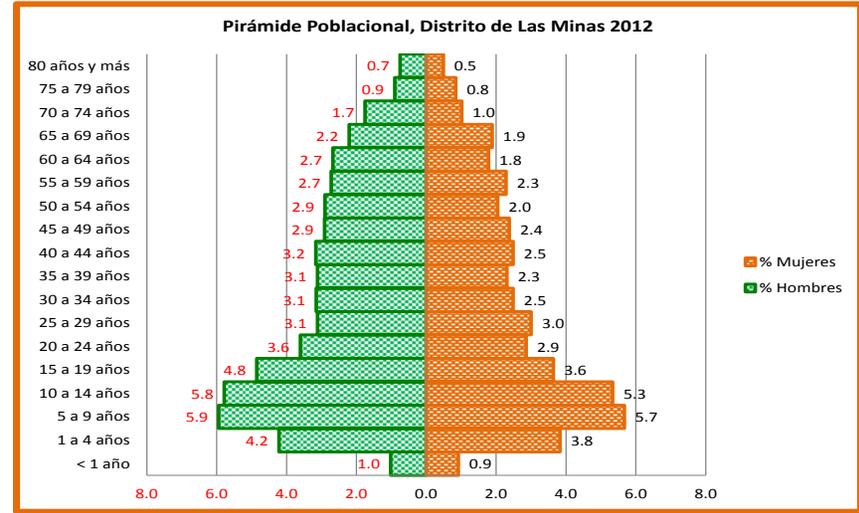
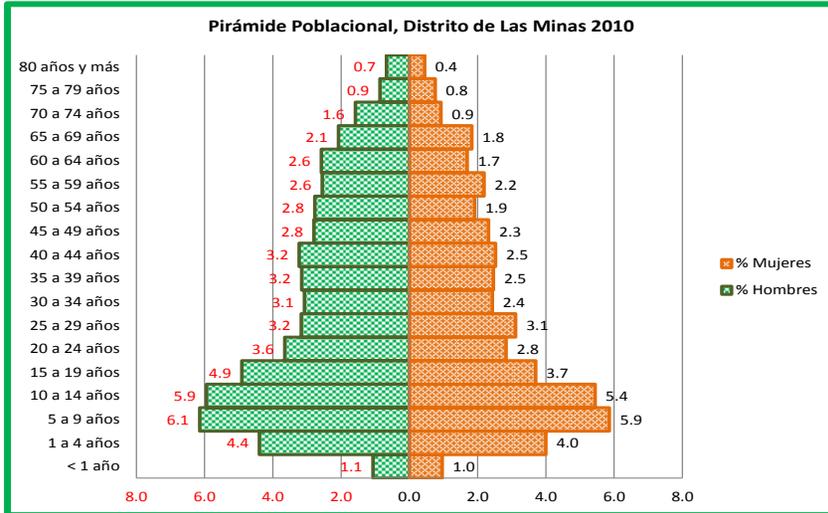


Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. - Minsa.
Proyección en base a Censo 2010.

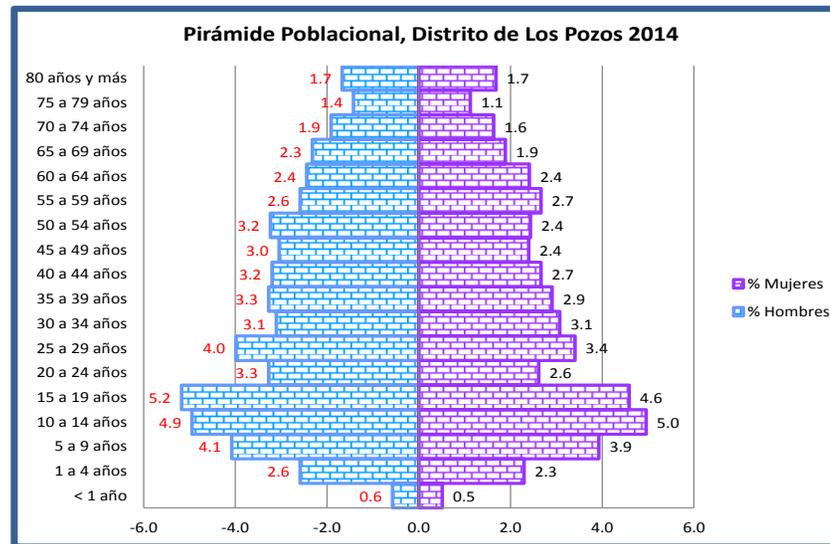
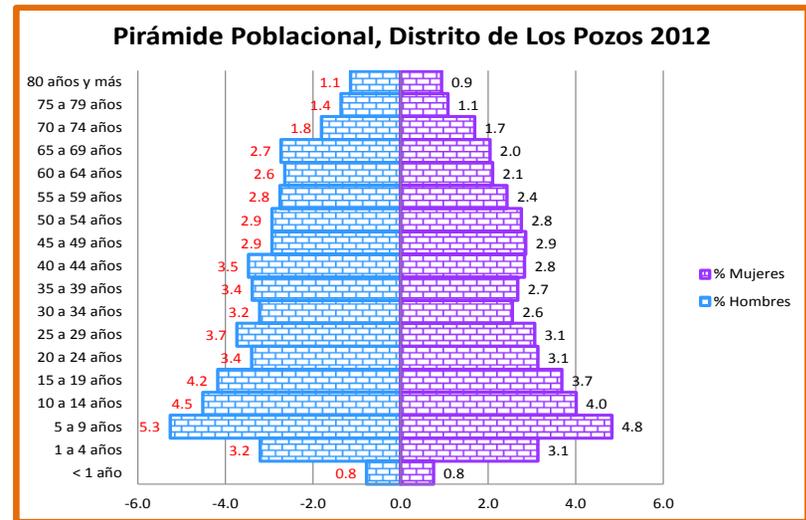
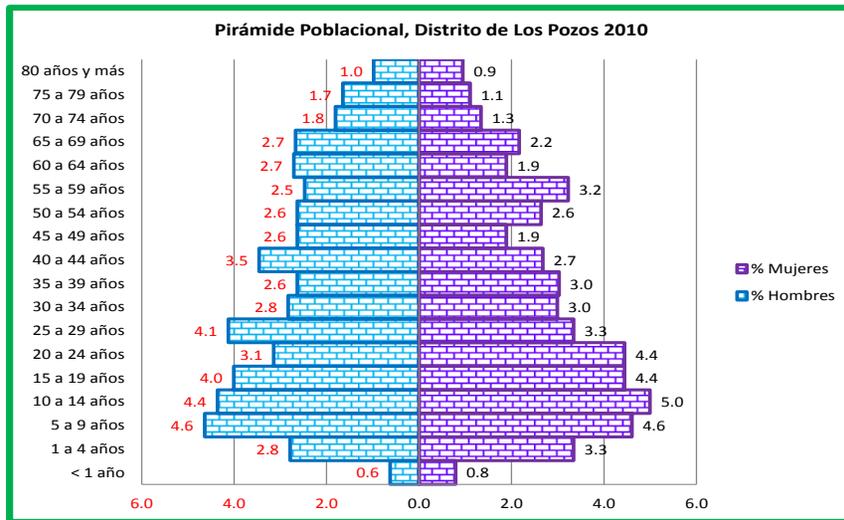
DISTRITO DE CHITRÉ



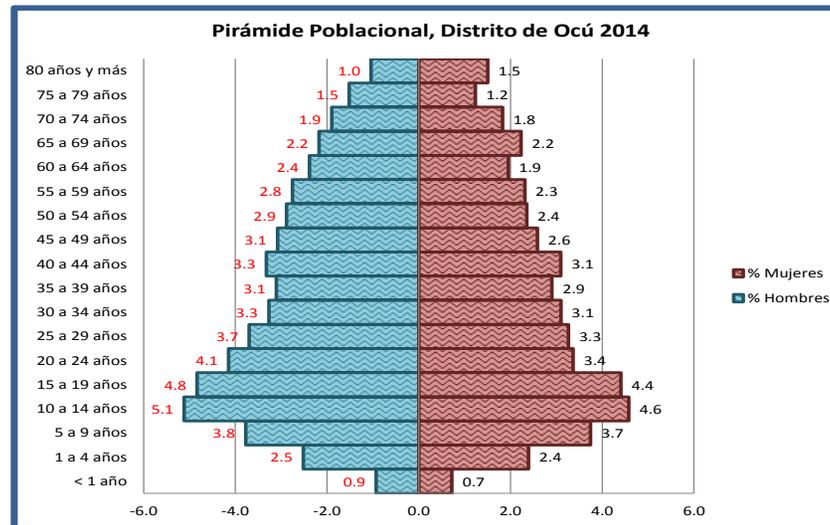
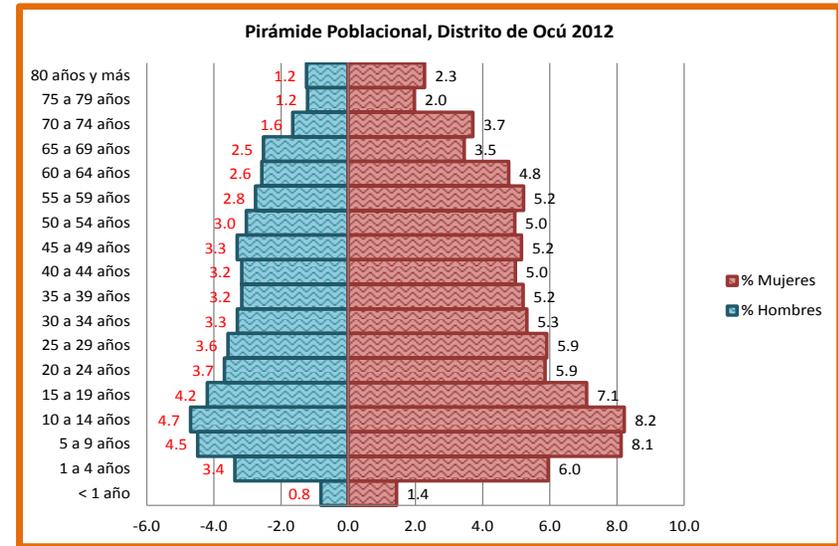
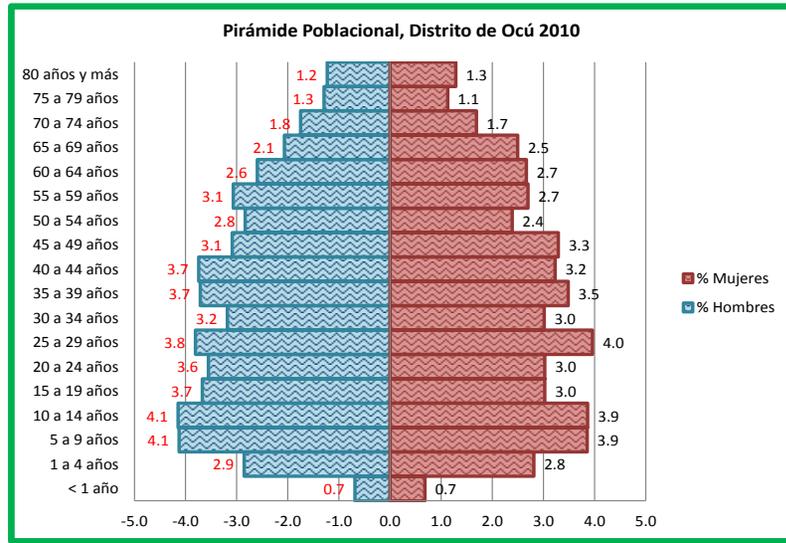
DISTRITO DE LAS MINAS



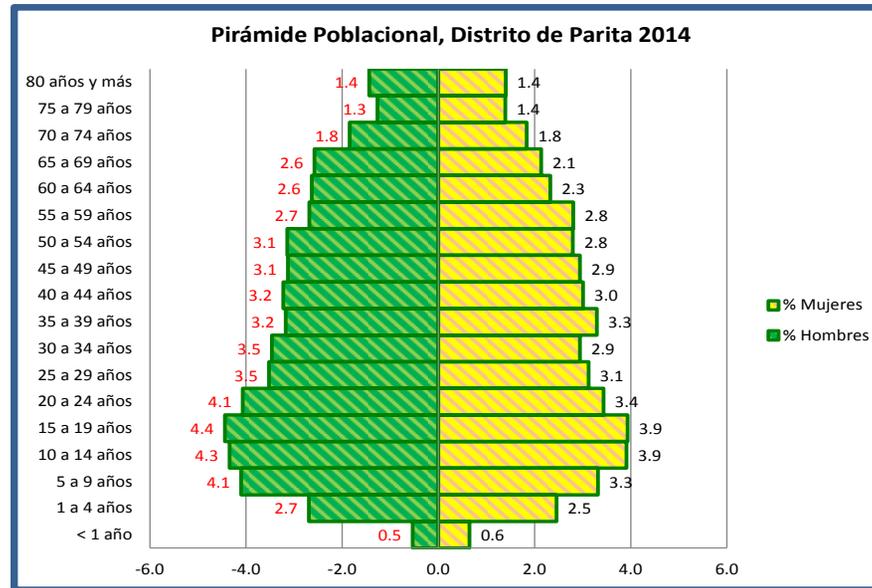
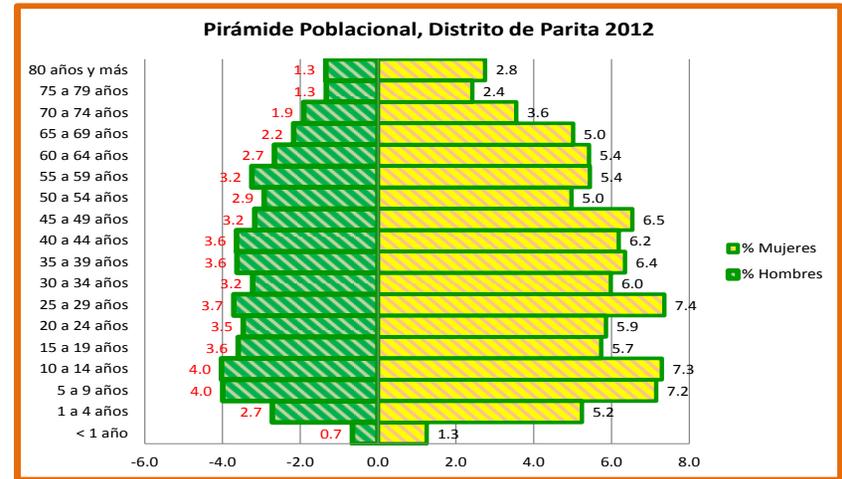
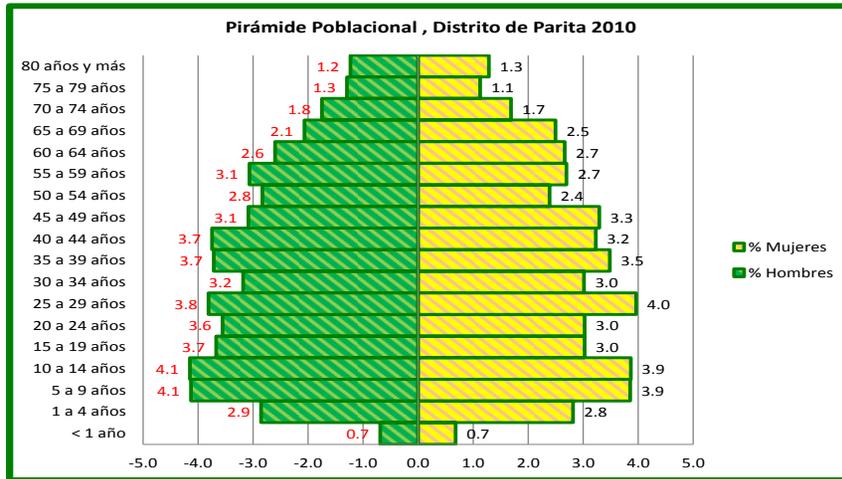
DISTRITO DE LOS POZOS



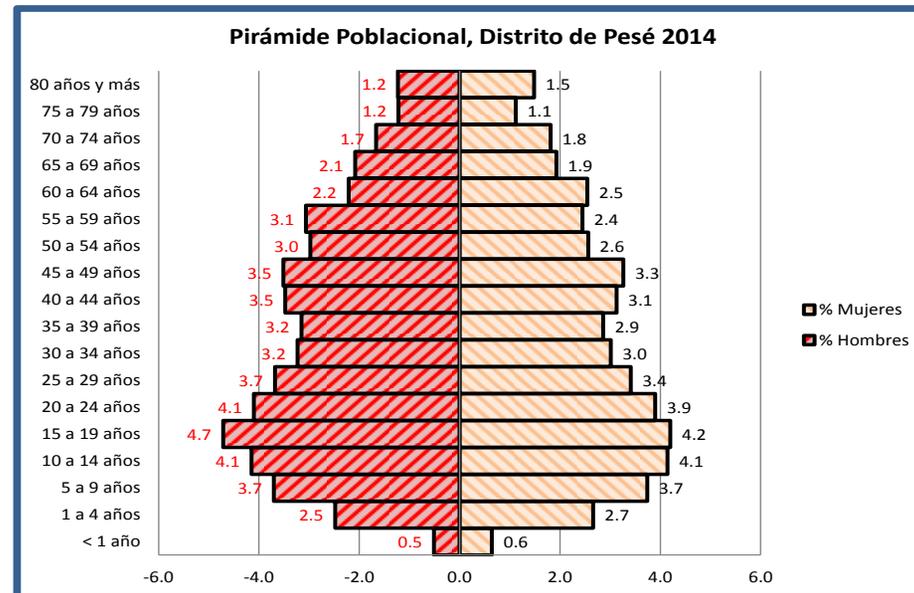
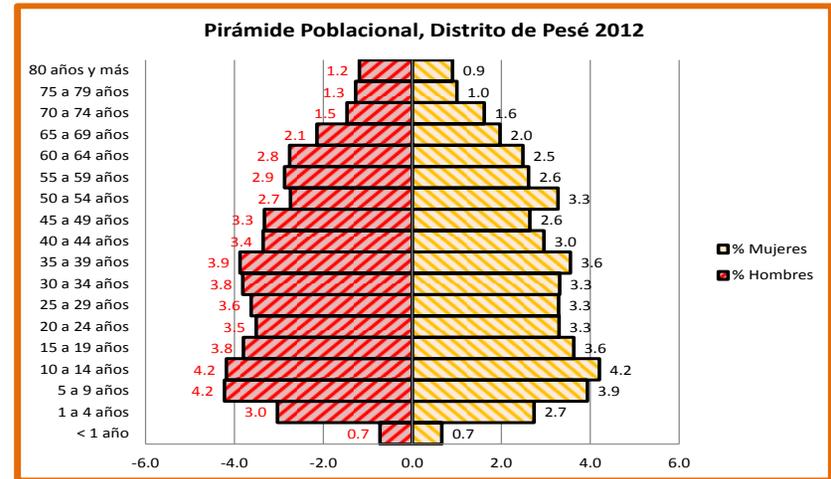
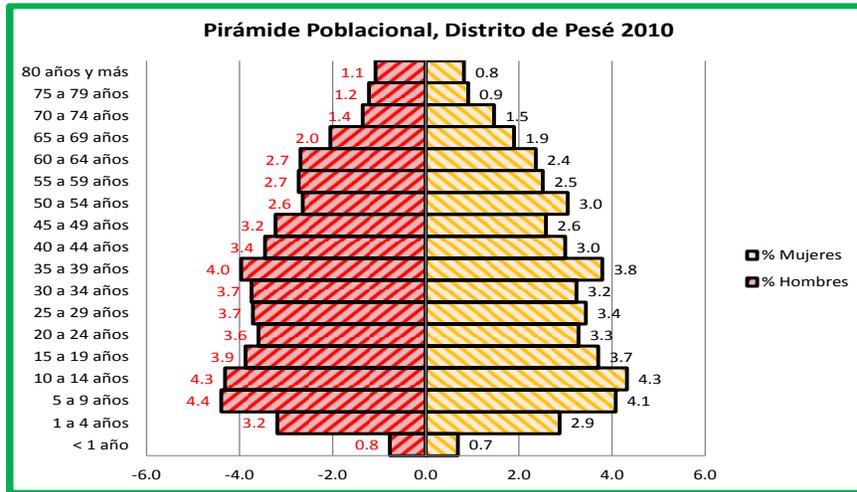
DISTRITO DE OCÚ



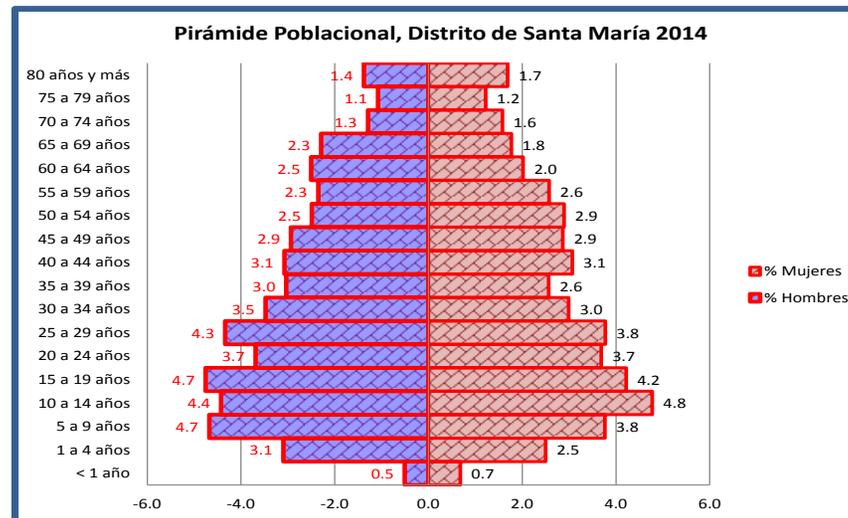
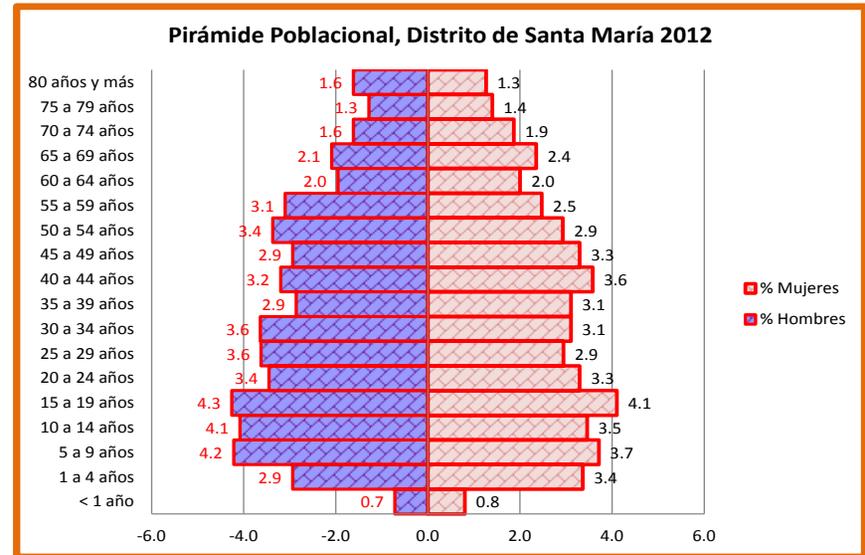
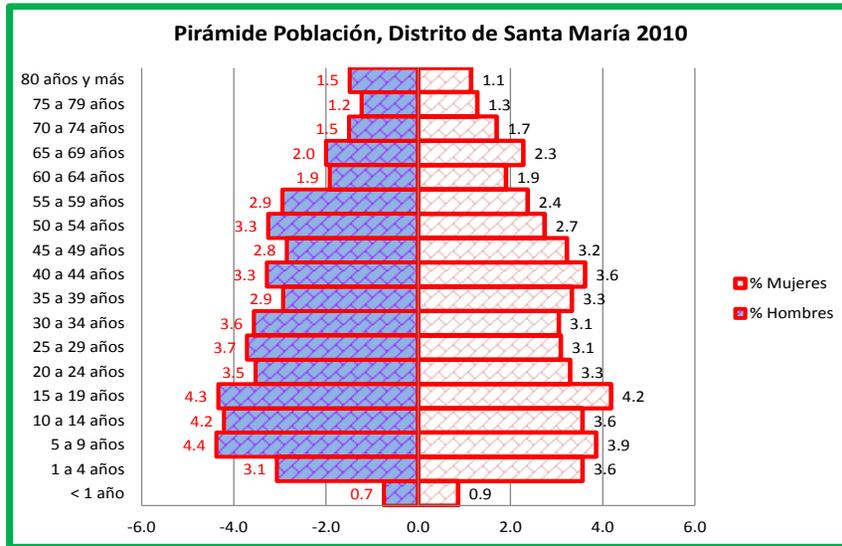
DISTRITO DE PARITA



DISTRITO DE PESÉ



DISTRITO DE SANTA MARÍA



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 análisis de los indicadores demográficos en relación con la salud-enfermedad de la población de la provincia de Herrera permite generar las siguientes conclusiones según Indicador:

1.1 Indicadores Demográficos:

De forma general el número de herreranos y herreranas por kilómetro cuadrado de superficie muestra una tendencia al crecimiento entre el 2010 al 2014 en donde lo llamativo es que en nuestra región a nivel urbano y rural el incremento es similar, sin diferencias significativas, con variabilidad mínima de 2 a 3 habitantes por kilómetro cuadrado de superficie lo cual puede explicarse en términos de natalidad y mortandad de los grupos poblacionales más estrechos de nuestra pirámide poblacional. Es entendible que con una esperanza de vida que se mantiene entre los 75 años y los 78 años las bajas al padrón electoral produzca un alto en el aumento del número de habitantes por kilómetro cuadrado que sumado al hecho de la implementación de los métodos de planificación familiar quirúrgicos mediante las jornadas de atención primaria de salud enfocado a las mujeres en edad fértil que cumplen con criterios médicos con enfoque de disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad infantil y con enfoque de minimizar el riesgo social en zonas rurales por hacinamiento, conduce a la presencia de menos nacimientos y por ende a menos población menor de 5 años que en sumatoria conduce una densidad de población constante en el tiempo; de allí que podamos ver el comportamiento de las tendencias en las tasas de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad, tasa global y general de fecundidad tanto en la población urbana como en la rural . Sin embargo, es importante visualizar como la densidad de población indígena si muestra un crecimiento lento pero en crescendo a través del tiempo, siendo un grupo vulnerable al cual se le está tomando en cuenta en nuestras políticas de salud. Producto del auge económico en materia de macro obras en construcción como por ejemplo Mall Paseo Central y el Centro Comercial / Terminal de Transporte entre otros (con todas las oportunidades de empleo en materia de construcción, restaurantes, almacenes, supermercados entre otros comercios), todos en Chitré han favorecido la movilización de recurso humano de otros distritos de la provincia y de otras provincias/comarcas de la república lo cual se refleja en la relación inversamente proporcional que se define entre la relación del porcentaje de la población urbana y la población rural (la población rural disminuye conforme la urbana se incrementa y sobre todo las mujeres por la mano de obra que se requiere en estos comercios), esto conlleva a fortalecer las políticas de salud pública en materia de manipulación de alimentos, inspección y saneamiento de comercios, salud ocupacional, salud ambiental y oferta de servicios de salud en las instalaciones locales ante una mayor demanda poblacional urbana. Por otra parte, el efecto negativo del fenómeno de urbanización agrega factores de riesgo propios de las zonas urbanas a la población rural que emigra hacia las ciudades o cabeceras de distrito (violencia, adicción, cambios en los hábitos nutricionales, promiscuidad sexual, entre otras).

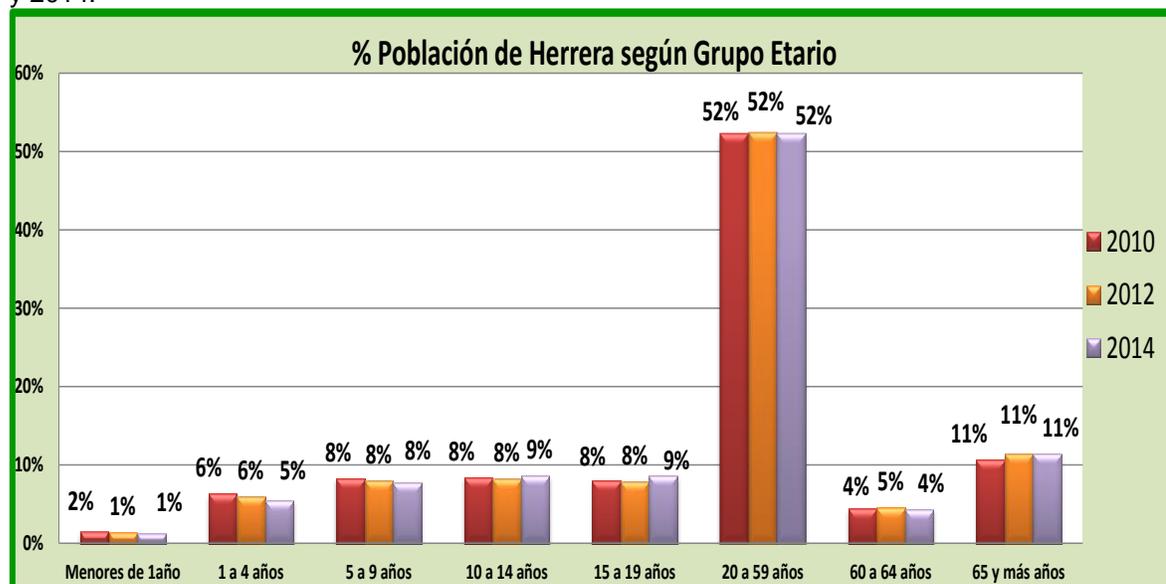
En materia de discapacidad, aunque solo se disponen de datos del año 2010 por extrapolación podemos concluir que al aumentar la población general, este grupo vulnerable también por lo que el enfoque social de la Región de Salud de Herrera estará igualmente encaminado a mejorar las coberturas de los mismos.

1.2 Estructura de la población por grupo de edad:

El análisis de la población de la Provincia de Herrera según la tendencia de los años 2010, 2012 y 2014 nos permite observar que el 52% de la población (ver Gráfica N°1) está conformada por el grupo de 20 a 59 años de edad que constituye a su vez el grupo meta del Programa de Salud de Adulto en sus componentes y modalidades (ver Tabla N°1).

Gráfica N°1.

Población de la Provincia de Herrera en porcentaje según Grupo Etario de los años 2010, 2012 y 2014.



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República.

Tabla N°1.

Componentes y Actividades del Programa de Salud de Adulto.

COMPONENTE		ACTIVIDAD
CONTROL DE SALUD		Control de Salud
		Manipulador de Alimentos
		Toma de Citologías Cervico uterinas
		Higiene Social
		Salud Ocupacional
ENFERMEDADES CRÓNICAS	No Transmisibles	Hipertensión Arterial
		Diabetes Mellitus
	Transmisibles	Anemia Falciforme
		Tuberculosis
ESTILOS DE VIDA		VIH/SIDA
		Tabaquismo
		Obesidad
		Dislipidemia
		Alcoholismo
MORBILIDAD		Violencia Intra Familiar
		Salud Mental
		Salud Ocupacional
		Morbilidad General
		Enfermedades de Transmisión Sexual

Fuente: Departamento de Salud y Atención Integral de la Población, Dirección General de Salud Pública.

En cuanto al resto de los grupos etarios, podemos observar que la población de 60 a 64 años de edad y los de 65 años y más edad representan en total el 15% de la población de Herrera, lo que le confiere a nuestro Sistema Regional de Salud la necesidad de fortalecer el Programa de Salud del Adulto Mayor ya que la tendencia evidencia que todos los que formamos parte de la población de 20 y 59 años seremos parte de este grupo de adultos mayores por lo que el modelo de gestión y el modelo de atención deben enfocarse a este programa de salud con alta gerencia en materia de prevención y promoción para evitar que las causas de mortalidad y morbilidad más comunes (Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Estilos de Vida No Saludables) sigan cobrando más víctimas e incrementando los gastos en salud en términos de tratamientos, de prevención secundaria y terciaria.

Continuando con el análisis de los datos y las pirámides poblacionales, obtenemos un perfil de la tendencia del resto de los grupos etarios, en unos 5 años los de 15 a 19 años que en total representan el 18%, pasaran a las líneas de los de 20 a 59 años por lo que la planificación en salud debe contemplar esta realidad evitando descuidar a esta población y dirigiendo las estrategias de cobertura de salud con un enfoque preventivo, promoviendo los estilos de vida saludables y las medidas de autocuidado de la salud como norte del Programa de Salud de Adolescentes.

En el caso de los menores de 1 año (1% de la población total), los de 1 a 4 años (5% de la población total) que como es sabido conforman el grupo meta para los Controles de Crecimiento y Desarrollo; y los de 5 a 9 años son el grupo meta para el Programa de Salud Escolar (9% de la población total), se hace necesario mantener y mejorar los servicios de inmunización, higiene y salud bucal, controles de salud, promoción de hábitos y prácticas para el autocuidado de la salud entre otros.

Por último, no podemos pasar por alto la población femenina en edad fértil que en los 3 años evaluados representa el 41% del total de la población femenina, un porcentaje importante en términos de salud sexual y reproductiva dirigida a las actividades de planificación familiar, controles prenatales y puerperales sin pasar por alto que la población femenina es el grupo meta de estrategias de prevención y promoción de salud en materia de Toma de Citología Cervico Uterina y Autoexamen de mamas.

1.3 Otras Tasas:

Fuentes de datos para el análisis: Anuario Estadístico 2002, Boletín Estadístico 2010 y 2012 de la Dirección de Planificación, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud; Informe Anual de Mortalidad en menores de 5 años y el Informe Anual de la Mortalidad Materna.

1.3.1 **Tasa de Mortalidad:** mientras que para la República la tasa de mortalidad en el año 2002 fue de 4.3; año 2010, 4.7 y año 2012, 4.6; la Provincia de Herrera refleja respectivamente para cada uno de los años mencionados 4.6, 5.8, 5.6 con una tendencia a *mantenerse*. Corresponderá al Sistema Regional de Salud de Herrera garantizar el buen y adecuado registro de la información y de implementar los mecanismos necesarios para obtener mejores resultados de este indicador.

1.3.2 **Tasa de Mortalidad en Menores de 1 año:** mientras que para la República la tasa de mortalidad en menores de 1 año en el año 2002 fue de 12.3; año 2010, 13.4 y año 2012, 14.3; la Provincia de Herrera refleja respectivamente para cada uno de los años mencionados 11.3, 11.0, 14.0 con una tendencia a *incrementarse* por lo que al ser un indicador sensible requiere de una intervención dirigida y efectiva, lo cual constituye ya una prioridad para el quinquenio.

1.3.3 **Tasa de Mortalidad Perinatal:** mientras que para la República la tasa de mortalidad perinatal en el año 2002 fue de 11.5; año 2010, 10.6 y año

2012, 11.9; la Provincia de Herrera refleja respectivamente para cada uno de los años mencionados 6.61, 13.8, 13.3 con una tendencia a *mantenerse* por lo que al ser un indicador sensible requiere de una intervención dirigida y efectiva, lo cual constituye también una prioridad para el quinquenio.

- 1.3.4 **Tasa de Mortalidad Neonatal:** mientras que para la República la tasa de mortalidad neonatal en el año 2002 fue de 8.7; año 2010, 6.8 y año 2012, 8.3; la Provincia de Herrera refleja respectivamente para cada uno de los años mencionados 6.70, 6.61, 7.90 con una tendencia a incrementarse por lo que al ser un indicador sensible requiere de una intervención dirigida y efectiva, lo cual constituye una prioridad más para el quinquenio
- 1.3.5 **Tasa de Mortalidad Postnatal:** mientras que para la República la tasa de mortalidad posnatal en el año 2002 fue de 11.5; año 2010, 10.6 y año 2012, 11.9; la Provincia de Herrera refleja respectivamente para cada uno de los años mencionados 4.60, 4.41, 3.00 con una tendencia a *disminuir* por lo que el sistema de salud velará por mantener la tendencia.
- 1.3.6 **Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años:** mientras que para la República la tasa de mortalidad de menores de 5 años en el año 2002 fue de 21.0; año 2010, 17.8 y año 2012, 18.3; la Provincia de Herrera refleja respectivamente para cada uno de los años mencionados 3.5, 1.1, 1.0 con una tendencia a *disminuir* bastante distante al contexto nacional por lo que la Región de Salud de Herrera velará por mantener los valores y/o minimizarlos más aún a pesar que este grupo etario solo representa el 5 al 6% de la población.
- 1.3.7 **Tasa de Mortalidad Materna:** mientras que para la República la tasa de mortalidad materna en el año 2010 fue de 60.3 y año 2012, 64.9; la Provincia de Herrera refleja respectivamente para cada uno de los años mencionados 0 y 0 con una tendencia a *mantenerse* por lo que la Región de Salud de Herrera velará por mantener los valores mediante el fortalecimiento de los servicios de prevención, promoción y atención en la población embarazada y puérperas como grupo meta y a las mujeres en edad fértil como grupo en riesgo.
- 1.3.8 **Esperanza de Vida al Nacer:** mientras que para la República la esperanza de vida en el año 2010 fue de 74.90; año 2012, 75.90; año 2012, 77.20; la Provincia de Herrera refleja respectivamente para cada uno de los años mencionados 75.04, 77.26 y 77.86 con una tendencia a *incrementarse* por lo que la Región de Salud de Herrera velará por mantener los valores y/o elevarlos mediante el fortalecimiento de los servicios de prevención, promoción y atención en toda la población de la provincia.

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

Basaremos la respuesta a esta pregunta según el análisis de las pirámides de población ya presentadas y el resto de los datos demográficos.

Como a todos los derechos humanos, al derecho a la salud subyacen determinados principios estructurales, según los cuales se contextualizan los desafíos que enfrenta el país en el mediano y largo plazo. Ello es más importante aún en relación a la salud, toda vez que la situación sanitaria de las poblaciones va cambiando *de forma paralela* a la transición demográfica y, a medida que esta avanza, surgen nuevas necesidades, que cada vez se vuelven más complejas y diversificadas.

Todo indica que el problema sanitario para Panamá es mucho mayor que al que nos vimos enfrentados en años anteriores, debido a que la transición demográfica se está produciendo a un ritmo más rápido, y a que los sistemas de salud regionales todavía presentan muchas deficiencias a la hora de responder a las necesidades de la población joven (20 a 59 años), mientras que el rápido envejecimiento de la estructura por edades de la población (60 años y más) ha ido provocando un aumento notable de la demanda de atención en salud por parte de las personas de edad. Como resultado, mientras que a nivel agregado, la Región de Salud de Herrera junto con los resultados del Sistema de Salud global de Panamá se acerca rápidamente a los resultados generados por los países desarrollados en cuanto al efecto de *enfermedades no transmisibles*, ello no conlleva que se haya resuelto de manera satisfactoria el problema de enfermedades ligadas a un menor grado de desarrollo, como las transmisibles y las materno infantiles, sino que hay que seguirles prestando atención y no descuidar las coberturas en salud.

Si bien es cierto todo indica que en los últimos 14 años nos hemos enfocado en una mayor inversión en salud pública y eficacia del servicio para reducir los altos niveles de *incidencia* de enfermedades transmisibles y materno infantiles, pero hoy en día la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles hace evidente que hay que ampliar el espectro de acciones y ámbitos de intervención en materia de salud en el mediano y largo plazo. Por otra parte, el envejecimiento previsto de la población determina que la carga de enfermedades no transmisibles aumentará en el tiempo, por lo que cabe proyectar una creciente demanda de servicios de salud de mayor costo.

En este escenario, la protección de la salud de la provincia de Herrera debe hacer frente a desafíos en tres ámbitos principales: las inequidades existentes en materia de salud, el funcionamiento del sistema y las nuevas demandas emergentes. El primero refleja las inequitativas y evitables diferencias en la prestación del servicio que se derivan de factores que originan discriminación. El segundo da cuenta de las carencias históricas que presenta la región en materia de servicios de salud oportunos y de calidad (Red Fija/Red Itinerante, controles de salud sin enfoque preventivo ni de educación para el autocuidado de la salud, modelo de atención patocéntrico), la escasez de los recursos humanos y financieros (Centralización de nombramientos y procesos financieros) y los problemas de articulación de sistemas (MINSAL/CSS). Mientras que el tercero, obedece a los cambios en la demanda (crecimiento poblacional por migración, contaminación de las aguas, estilos de vida no saludables), producto de la dinámica demográfica, epidemiológica y tecnológica, que requiere de nuevas prestaciones y tratamientos, los que, sin intervenciones mediante; a la larga *incrementará* los costos de los servicios de salud.

De esta forma, al determinar la relación que existe entre la transición demográfica y la salud de la población, nos queda claro que en la provincia de Herrera tenemos una relación directa y paralela en donde el grupo de personas de 60 años y más será en un futuro muy cercano la población más vulnerable mientras en el presente no centremos las políticas de salud a un modelo de atención a la población global menor de 59 años.

Lo anterior significa que la presión para el sistema socio sanitario se incrementará de manera sostenida durante las siguientes décadas, debido a que el envejecimiento interno de la población de 60 años y más puede incrementar las necesidades de apoyo médico, institucional y familiar, surgiendo así nuevas demandas que competirán por los recursos destinados a los sistemas de protección social.

3. ¿Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?

A continuación, el detalle de las intervenciones segregadas por niveles con un mejor enfoque en materia de modelo de atención y modelo de gestión.

Tabla N°2.

Intervenciones según Niveles Organizacionales en base al análisis de la Protección de la Salud en el marco de la dinámica demográfica de la Provincia de Herrera.

A. Intervenciones en Atención Primaria por nivel organizacional según el Derecho a la Salud de la Población.

	Derecho a la salud			
	Disponibilidad	Accesibilidad	Aceptabilidad	Calidad
Niveles de Intervención	Existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas que funcionen plenamente y cumplan con las normas, protocolos y guías, disponibilidad de medicamentos esenciales, existencia de agua limpia y de instalaciones de salud adecuadas con un recurso humano de tiempo completo comprometido con la población.	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. Accesibilidad física, segura y económica para todos, incluso las personas y los grupos desfavorecidos.	Todas las instalaciones, bienes y servicios de salud deben respetar los principios de la ética médica, así como los valores culturales de la población respectiva, ser sensibles al género y al ciclo de vida, respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de la población.	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad, incluyendo personal formado profesionalmente de calidad probada y equipamiento médico adecuado, con instalaciones en buen estado y mantenimiento de sus equipos .
Sub Centro de Salud	++++	++++	++++	++++
Centro de Salud	++++	++++	++++	++++
Distrito de Salud	++++	++++	++++	++++
Región de Salud	++++	++++	++++	++++

Fuente: Elaboración en base el análisis estadístico de los datos demográficos de la población de la Provincia de Herrera y la realidad actual de la red de servicios de salud.

La presencia de las cruces (+) representa el nivel de compromiso que cada unidad ejecutora debe adoptar e implementar para que los elementos que forman parte del derecho a la salud se fortalezcan, implementen y evalúen para garantizar que (a pesar de la transición demográfica) la población de responsabilidad de la Provincia de Herrera goce de una protección en salud, coberturas de los programas y resultados en indicadores de desempeño y de impacto adecuada y sostenible en todos sus grupos etarios, población vulnerable, grupos indígenas y discapacitados, con un entorno familiar, comunitario y medio ambiente apto para la salud.

Tabla N°2.

Intervenciones según Niveles Organizacionales en base al análisis de la Protección de la Salud en el marco de la dinámica demográfica de la Provincia de Herrera.

B. Intervenciones en Atención Primaria por nivel organizacional según el Modelo de Atención.

Niveles de Intervención	Modelo de Atención			
	Individual	Familiar	Comunitaria	Ambiental
	Servicios de prevención, atención, promoción dirigidos de forma personalizada a cada individuo con un enfoque de implementación de estilos de vida saludables.	Servicios de prevención, atención, promoción dirigidos a cada familia cuyos miembros ya fueron atendidos por separado en el nivel sectorial anterior, con el objetivo de favorecer el bienestar biopsicosocial colectivo.	Servicios de prevención, atención, promoción dirigidos a cada comunidad del distrito cuyas familias ya fueron atendidas por separado en el nivel sectorial anterior, para garantizar un bienestar colectivo de la población.	Intervenciones preventivas y de promoción en materia de calidad del agua potable y residual, pozos, acueductos y obras sanitarias; protección de alimentos, inspección de plantas; control de roedores y otras plagas; vectores y zoonosis; desechos peligrosos, químicos; saneamiento ambiental y residuos no peligrosos; obras y construcciones en desarrollo.
Sub Centro de Salud	+++++	+++++	++++	++++
Centro de Salud	+++++	+++++	+++++	+++++
Distrito de Salud	+++	++	+++++	+++++
Región de Salud	+	+	++	+++

Fuente: Elaboración en base el análisis estadístico de los datos demográficos de la población de la Provincia de Herrera y la realidad actual de la red de servicios de salud.

La presencia de las cruces (+) representa el nivel de compromiso en la ejecución de las intervenciones que cada unidad ejecutora debe adoptar e implementar para que los elementos que forman parte del Modelo de Atención se fortalezcan, implementen y evalúen para garantizar que a pesar de la transición demográfica la población de responsabilidad de la Provincia de Herrera goce de una protección en salud, coberturas de los programas y resultados en indicadores de desempeño y de impacto adecuados y sostenibles en todos sus grupos etarios, población vulnerable, grupos indígenas y discapacitados, con un entorno familiar, comunitario y medio ambiente apto para la salud.

Tabla N°2.
Intervenciones según Niveles Organizacionales en base al análisis de la Protección de la Salud en el marco de la dinámica demográfica de la Provincia de Herrera.

C. Intervenciones en Atención Primaria por nivel organizacional según las Políticas de Salud en el Consejo Provincial.

Niveles de Intervención	Políticas de Salud en el Consejo Provincial			
	Atención Primaria de Salud (APS) de servicios articulados MINSA/CSS	Participación Comunitaria	Protección Social	Alianzas Intersistitucionales
	Brindar protección en salud de forma universal, con equidad y calidad	Ser los primeros responsables de su salud adoptando las medidas preventivas y de autocuidado de la salud recomendadas por la APS.	Garantizar las políticas de estado dirigidas a la población marginada y más vulnerable (pobres, indígenas, discapacitados, menores de 5 años y mayores de 60 años) en acción conjunta con APS.	Involucrar a otros estamentos del Estado Panameño en la participación activa de la protección en salud de manera coordinada con APS.
Líderes Comunitarios		++++++		
Comités de Salud		++++++		
MINSA	++++++		++++++	
CSS	++++++		++++++	
Representantes de Corregimientos		++++++		
Municipios		++++++		
MIDES			++++++	
MEDUCA				++++++
IDAAN				++++++
ANAM				++++++
SENADIS			++++++	
Cruz Roja				++++++
Policía Nacional				++++++
Servicio Aeronaval				++++++
Cuerpos Nacional de Bomberos				++++++
SINAPROC				++++++
ONG				++++++
Organizaciones sin fines de lucro				++++++

Fuente: Elaboración en base el análisis estadístico de los datos demográficos de la población de la Provincia de Herrera y la realidad actual de la red de servicios de salud.

La presencia de las cruces (+) representa el nivel de intervención que cada grupo o institución debe adoptar e implementar para que los elementos que fortalecen las Políticas de Salud en el Consejo Provincial se articulen en el beneficio global de todos los grupos etarios, población vulnerable, grupos indígenas y discapacitados de la Provincia de Herrera

Tabla N°2.

Intervenciones según Niveles Organizacionales en base al análisis de la Protección de la Salud en el marco de la dinámica demográfica de la Provincia de Herrera.

D. Redes Integradas de Servicios de Salud como intervención clave en base al análisis de la Protección de la Salud en el marco de la dinámica demográfica de la Provincia de Herrera.

Niveles de Intervención	Redes Integradas de Servicios de Salud							
	Modelo Asistencial					Organización y Gestión		
	Población de Responsabilidad	Cartera de Servicios	Organización de los Servicios	Coordinación Asistencial	Foco de Cuidado	Recursos Humanos	Sistemas de Información	Desempeño y Resultados
	Que cada recurso humano técnico y administrativo tenga conocimiento de su población de responsabilidad, alto conocimiento de las necesidades de la población y manejo de información en cuanto a coberturas e indicadores.	Implementada, monitoreada y evaluada con la finalidad de fortalecer servicios debilitados e incompletos así como habilitar los servicios faltantes.	Atención con servicios organizados de forma integral con un enfoque más preventivo que curativo.	Implementar mecanismos en que la Coordinación Regional de los Programas de Salud sea asistencial más que fiscalizadora.	Dirigido de forma integral al individuo como parte de una familia que reside en una comunidad que interactúa bilateralmente con el medio ambiente.	Suficiente recurso humano seleccionado y nombrado en el Nivel Regional de Salud en base a las necesidades de la población, con capacitación continua y estrategias de motivación para fortalecer la actitud de compromiso con la población de responsabilidad.	Integración de los diferentes sistemas de información tanto estadísticos como financieros, minimizar la brecha entre registros primarios, reportes y resultados estadísticos.	Sistema de monitoreo y evaluación con enfoque de retroalimentación más que de fiscalización para medir resultados en base al desempeño, el impacto en la salud de la población y a las coberturas de los programas de salud.
Sub Centro de	++++	++++	++++	+	++++	+++	++	++
Centro de Salud	++++	++++	++++	++	++++	+++	+++	+++
Distrito de Salud	++++	++++	++++	+++	++++	+++	+++	+++
Región de Salud	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++

Fuente: Elaboración en base al análisis estadístico de los datos demográficos de la población de la Provincia de Herrera y la realidad actual de la red de servicios de salud.

La presencia de las cruces (+) representa el nivel de compromiso en la ejecución de las intervenciones que cada unidad ejecutora debe adoptar e implementar para que los elementos que forman parte de las Redes Integradas de Servicios de Salud se fortalezcan, implementen y evalúen para garantizar que la población de responsabilidad de la Provincia de Herrera goce de una protección en salud, coberturas de los programas y resultados en indicadores de desempeño y de impacto adecuados y sostenibles en todos sus grupos etarios, población vulnerable, grupos indígenas y discapacitados, con un entorno familiar, comunitario y medio ambiente apto para la salud, a pesar de la transición demográfica.

Tabla N°2.

Intervenciones según Niveles Organizacionales en base al análisis de la Protección de la Salud en el marco de la dinámica demográfica de la Provincia de Herrera.

E. Intervenciones en Atención Primaria por nivel organizacional según el Financiamiento para implementar mejoras.

Niveles de Intervención	Financiamiento			
	Presupuesto Anual	Autogestión	Donaciones	Proyectos de Inversión (MEF)
Sub Centros de Salud	+	++++	++++	++++
Centros de Salud	++	+++	+++	+++
Distrito de Salud	+++	++	++	++
Región de Salud	++++	+	+	+

Fuente: Elaboración en base el análisis estadístico de los datos demográficos de la población de la Provincia de Herrera y la realidad actual de la red de servicios de salud.

La presencia de las cruces (+) representa el nivel de compromiso en la ejecución de las intervenciones que cada unidad ejecutora debe adoptar e implementar para que los elementos que forman parte de las Redes Integradas de Servicios de Salud se fortalezcan, implementen y evalúen para garantizar que la población de responsabilidad de la Provincia de Herrera goce de una protección en salud, coberturas de los programas y resultados en indicadores de desempeño y de impacto adecuados y sostenibles en todos sus grupos etarios, población vulnerable, grupos indígenas y discapacitados, con un entorno familiar, comunitario y medio ambiente apto para la salud, a pesar de la transición demográfica.

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

B. Aspectos económicos y sociales	2000			2010			2012		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Población económicamente activa	41287	29517	11770	47502	31728	15774	ND	ND	ND
Tasa de actividad	50%	71.5%	28.5%	51%	67.4%	33.9%	ND	ND	ND
Tasa de desempleo	10%	58%	42%	7%	49%	51%	ND	ND	ND
Tasa de empleo informal	5%	58%	42%	3%	49%	51%	ND	ND	ND
Porcentaje de población asegurada	89%	ND	ND	88%	ND	ND	89%	ND	ND
▪ Asegurados activos	23583	ND	ND	39397	ND	ND	36505	ND	ND
▪ Pensionados (1)	6504	ND	ND	6415	ND	ND	6985	ND	ND
▪ Beneficiarios	43115	ND	ND	53007	ND	ND	57127	ND	ND
Porcentaje de analfabetismo	10.40%	ND	ND	6.80%	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Chitré	4.30%	ND	ND	2.70%	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Las Minas	24.80%	ND	ND	18.60%	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Los Pozos	22.30%	ND	ND	16.00%	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Ocú	15.30%	ND	ND	10.40%	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Parita	8.90%	ND	ND	5.80%	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Pesé	11.30%	ND	ND	7.40%	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Santa María	9.60%	ND	ND	6.10%	ND	ND	ND	ND	ND
Escolaridad de la población	90470	ND	ND	99425	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Sin grado aprobado	8012	ND	ND	5794	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Básica completa (Primaria)	45960	ND	ND	43859	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Media completa (Secundaria)	26214	ND	ND	33098	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Universidad completa	8299	ND	ND	14186	ND	ND	ND	ND	ND
Superior No Universitaria	410	ND	ND	896	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Vocacional	1253	ND	ND	1136	ND	ND	ND	ND	ND
▪ Enseñanza Especial	293	ND	ND	332	ND	ND	ND	ND	ND
▪ No especificado	29	ND	ND	124	ND	ND	ND	ND	ND
Déficit habitacional		1273			591				ND

Fuente: INEC, Contraloría General de la República.

ND: No Disponible – la información fue investigada en los reportes estadísticos del INEC, MINSA y MEF sin poder obtener la información solicitada.

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

Podemos extrapolar la escasa información disponible para responder la pregunta como sigue:

4.1 Indicadores de Salud Ambiental: veamos los reportes de la ANAM según la Oficina de Planificación de la Política ambiental en las Estadísticas Ambientales Evolutivas 2000 – 2013.

Dirección de Protección Ambiental.

1.1. Ríos, cuencas y puntos de monitoreo: Año 2002-2013

Regionales	Ríos Monitoreados									
	Años									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	28	64	71	78	98	105	96	92	96	87
Bocas del Toro	5	5	5	5	6	5	5	5	5	5
Coclé	5	5	5	5	5	9	8	8	7	6
Colón	-	4	4	7	14	11	9	7	2	2
Chiriquí	-	6	6	9	11	10	11	10	10	12
Darién	-	3	3	3	3	5	3	2	6	-
Herrera	7	8	8	8	3	9	7	10	11	11
Los Santos	-	7	11	12	17	14	15	13	12	12
Panamá Este	-	3	3	3	1	1	2	3	2	2
Panamá Metro	7	8	8	8	15	19	16	8	9	9
Panamá Oeste	2	5	5	6	6	6	4	7	11	8
Veraguas	1	7	10	9	14	14	15	16	17	17
Comarca Guna Yala	1	1	1	1	3	-	1	1	2	1
Comarca Ngäbe Buglé	-	2	2	2	-	2	-	2	2	2

(-) Información nula o cero.

Fuente: Autoridad Nacional del Ambiente. Dirección de la Protección de la Calidad Ambiental.

1.4. Inspecciones de estudios de impacto ambiental, programas de adecuación y denuncias ambientales

Inspecciones a Estudios de Impacto Ambiental

Regional	Inspecciones a Estudios de Impacto Ambiental					
	Año					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	678	812	658	828	991	1,007
Bocas del Toro	29	28	13	15	24	24
Coclé	23	26	40	34	58	35
Colón	61	45	24	15	21	15
Chiriquí	120	121	108	131	150	218
Darién	43	39	-	27	51	45
Herrera	51	70	79	76	120	120
Los Santos	38	44	37	50	53	61
Panamá Este	15	44	12	29	25	20
Panamá Metro	154	184	204	172	169	155
Panamá Oeste	107	165	107	232	253	202
Panamá Pacífico	---	---	---	---	---	41
Veraguas	37	46	34	42	63	63
Comarca Guna Yala	-	-	-	-	-	-
Comarca Ngäbe Buglé	-	-	-	5	4	8

1.5. Empresas que cumplen la normativa ambiental, según los EIA

Regional	Empresas que cumplen la Normativa Ambiental				
	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	610	287	398	459	445
Bocas del Toro	42	13	15	18	18
Coclé	14	10	18	22	12
Colón	25	22	1	4	-
Chiriquí	109	70	90	91	117
Darién	18	-	7	15	35
Herrera	41	9	9	46	22
Los Santos	27	22	49	53	48
Panamá Este	30	7	17	9	6
Panamá Metro	200	81	45	46	50
Panamá Oeste	81	49	147	128	104
Panamá Pacífico Howard	-	-	-	12	15
Veraguas	23	4	-	15	12
Comarca Ngäbe Buglé	-	-	-	-	5
Comarca Guna Yala	-	-	-	-	1

1.6. Registros de Emergencias ambientales

Emergencias atendidas, según regional: Año 2005-2013

Regional	Años									
	Total	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	519	8	10	44	42	71	94	83	109	58
Bocas del Toro	24	-	-	1	4	4	7	1	6	1
Coclé	83	2	1	1	4	12	23	14	16	10
Colón	33	-	-	3	5	7	5	6	6	1
Chiriquí	73	1	1	1	3	10	7	20	24	6
Darién	14	-	1	3	1	3	1	-	5	-
Herrera	37	-	1	6	2	5	6	7	8	2
Los Santos	40	-	-	-	1	7	10	5	7	10
Panamá Metro	83	2	6	8	17	12	4	14	13	7
Panamá Oeste	32	1	-	4	3	1	8	8	5	2
Panamá Este	10	-	-	3	1	-	-	-	4	2
Veraguas	83	2	-	13	1	10	22	4	14	17
Comarca Ngäbe Buglé	7	-	-	1	-	-	1	4	1	-

1.7. Incendios de masa vegetal registrados en ANAM

Incendios registrados, según regional: Año 2004-2013

Regional	Número de Incendios									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	439	355	446	754	257	524	256	248	157	199
Bocas del Toro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coclé	103	68	35	121	75	69	87	58	35	68
Colón	60	0	15	10	6	21	6	-	18	-
Chiriquí	78	6	17	43	23	71	57	31	19	38
Darién	4	140	35	24	-	53	-	-	-	-
Herrera	26	9	19	24	17	41	19	16	23	10
Los Santos	6	50	164	82	13	34	15	11	6	9
Panamá Este	23	19	22	249	36	54	0	11	15	13
Panamá Metro	18	21	17	50	38	29	25	9	4	10
Panamá Oeste	93	23	55	49	35	57	17	38	13	26
Veraguas	28	19	32	17	14	64	27	15	12	25
Comarca Ngäbe Buglé	-	-	35	85	-	31	3	59	12	-

Superficie afectada por incendios, Según regional: Año 2004-2013

Regional	Superficie afectada (ha) por Incendios										
	Total	Año									
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	50,614.16	8,016.24	5,999.70	7,637.75	9,014.48	3,609.53	4,827.51	2,302.56	1,951.39	2,095.86	5,159.14
Bocas del Toro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coclé	13,662.01	1,689.98	2,936.50	3,586.00	2,641.15	926.73	231.43	718.81	107.46	196.40	627.55
Colón	1,745.30	101.10	-	260.00	450.00	458.00	110.30	117.80	243.70	4.40	-
Chiriquí	6,405.18	1,953.67	165.30	359.77	294.95	71.02	570.74	568.79	-	526.67	1,894.27
Darién	2,792.65	278.50	1,405.00	390.00	205.20	-	513.95	-	-	-	-
Herrera	1,985.50	207.05	103.30	290.50	186.25	27.75	305.78	128.50	71.51	489.87	174.99
Los Santos	4,764.87	10.00	555.50	867.00	2,058.00	288.81	418.42	52.14	277.00	96.00	142.00
Panamá Este	4,074.41	512.19	373.30	383.50	1,073.00	677.00	349.25	-	37.25	512.02	156.90
Panamá Metro	2,326.37	280.00	191.80	211.50	687.25	289.92	452.75	56.53	58.77	25.50	72.35
Panamá Oeste	7,527.15	2,628.00	159.00	571.98	866.81	720.80	1,240.64	338.77	538.15	161.00	302.00
Veraguas	4,114.22	355.75	110.00	555.50	27.87	149.50	545.75	171.22	341.05	68.50	1,789.08
Ngäbe Buglé	1,216.50	-	-	162.00	524.00	-	88.50	150.00	276.50	15.50	-

Dirección de Ordenamiento y Evaluación Ambiental.

2.1. Estudios de impacto ambiental ingresados, según regional: Año 2004-2013

Regional	Total	Ingresados									
		Año									
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	10,608	569	663	825	955	1,232	1,145	948	1,585	1,101	1,585
Bocas del Toro	425	37	42	40	40	60	60	26	57	33	30
Coclé	933	55	48	56	69	62	105	100	179	103	156
Colón	714	51	48	57	59	104	108	53	78	67	89
Chiriquí	1,360	79	78	116	117	128	128	146	195	136	237
Darién	260	9	18	12	18	29	58	23	48	26	19
Herrera	386	11	15	13	23	34	34	41	90	65	60
Los Santos	359	9	18	22	29	43	40	32	72	45	49
Panamá	5,392	305	353	458	542	688	529	451	705	532	829
Veraguas	745	13	43	51	58	82	67	72	152	93	114
Ngäbe Buglé	20	...	...	...	...	1	9	1	7	1	1
Kuna Yala	14	...	...	...	...	1	7	3	2	-	1

2.2. Estudios de Impacto ambiental aprobados

Estudios de impacto ambiental aprobados, según regional: Año 2005-2013

Regional	Estudios de impacto ambiental								
	Aprobados								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	600	497	795	866	894	928	1,263	743	1,016
Bocas del Toro	36	20	27	33	47	32	41	17	16
Coclé	41	39	53	62	73	95	142	35	73
Colón	31	34	53	46	77	55	56	86	38
Chiriquí	73	65	101	88	99	120	168	84	155
Darién	13	11	16	11	24	26	33	13	16
Herrera	11	3	15	35	15	36	68	38	46
Los Santos	13	11	22	35	28	28	60	46	43
Panamá	351	289	463	506	475	459	577	367	552
Veraguas	31	25	45	50	55	71	109	56	76
Guna Yala	0	0	0	0	1	2	2	0	0
Ngäbe Buglé	0	0	0	0	0	4	7	1	1

2.3. Inspecciones técnicas a los estudios de impacto ambiental antes de la aprobación

Inspecciones técnicas a los estudios de impacto ambiental antes de su aprobación, por regional: Año 2009-2013

Regional	Total	Inspecciones Técnicas antes de su aprobación				
		2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	4,259	2,472	301	364	588	534
Bocas del Toro	129	93	4	28	4	-
Coclé	557	223	39	73	127	95
Colón	263	196	12	-	26	29
Chiriquí	542	325	75	72	18	52
Darién	83	81	-	-	1	1
Herrera	164	58	17	16	31	42
Los Santos	184	69	10	23	52	30
Panamá Este	42	36	4	-	2	-
Panamá Metro	903	858	15	8	16	6
Panamá Oeste	1135	410	104	132	265	224
Veraguas	257	123	21	12	46	55

Dirección de Gestión Integrada de Cuencas Hidrográficas

3.1. Superficie reforestada, por regional: Año 2000-2013

Provincia y comarca	Superficie (ha.) reforestada por año													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	3,907	3,860	5,650	3,596	1,952	2,856	4,540	3,293	5,372	1,650	220	2,380	3,287	1,330
Bocas del Toro	53	75	101	1,201	288	80	50	15	20	40	20	202	48	221
Coclé	198	292	419	36	20	10	180	172	174	174	110	28	77	94
Colón	512	1,140	796	239	447	804	58	144	252	83	8	1,248	7	187
Chiriquí	575	209	230	647	38	687	37	82	246	163	...	93	48	396
Darién	126	88	680	300	332	377	1,835	1,505	3,077	831	...	...	2,021	...
Herrera	167	186	73	32	9	38	1,444	113	52	25	22	10	29	68
Los Santos	86	42	-	27	25	28	43	170	203	11	19	15	10	4
Panamá	1,608	1,640	2,669	696	262	478	490	953	1,180	81	33	783	1,039	46
Veraguas	582	188	682	418	531	354	404	69	119	210	8	1	7	281
Kuna Yala	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...
Ngäbe Buglé	...	...	...	...	...	...	...	69	49	33	...	...	...	32

3.2.1. Permisos otorgados para el aprovechamiento forestal

Permisos otorgados, según regional: 2008-2013

Regional	Permisos otorgados para el aprovechamiento forestal, por año						
	Total	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	58,685	10,011	9,747	8,267	10,765	9,951	9,944
Bocas del Toro	7,602	1,868	1,388	1,389	1,378	908	671
Coclé	7,142	1,346	975	1,109	948	1,560	1,204
Colón	1,345	314	180	246	195	164	246
Chiriquí	6,739	437	950	1,253	1,390	1,495	1,214
Darién	3,197	526	543	500	430	504	694
Herrera	6,132	1,310	1,187	1,012	930	733	960
Los Santos	3,011	363	590	321	433	662	642
Panamá Este	2,099	324	534	417	429	245	150
Panamá Metro	1,219	274	6	63	172	216	488
Panamá Oeste	4,740	674	684	576	792	947	1,067
Veraguas	11,447	2,070	2,168	883	2,456	1,994	1,876
Comarca Guna Yala	---	---	---	---	---	---	---
Comarca Ngäbe Buglé	4,012	505	542	498	1,212	523	732

Volumen de madera otorgado, según regional: año 2009-2013

Provincia	Volumen de madera (m ³) otorgado, según los permisos forestales, por año					
	Total	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	459,789	70,098	87,961	143,408	88,943	69,378
Bocas del Toro	24,413	5,587	6,347	5,605	3,716	3,159
Coclé	75,183	5,169	5,404	51,416	9,523	3,671
Colón	9,466	2,366	3,300	2,033	1,233	535
Chiriquí	97,760	11,660	20,101	22,708	25,081	18,210
Darién	47,190	7,839	8,814	10,747	9,219	10,572
Herrera	28,201	7,316	5,349	8,453	4,184	2,899
Los Santos	30,960	2,506	1,945	6,878	11,558	8,073
Panamá Este	34,222	10,499	5,993	11,512	3,335	2,883
Panamá Metro	12,528	20	4,481	3,460	3,795	772
Panamá Oeste	18,106	4,368	2,158	1,858	3,747	5,975
Veraguas	75,412	11,703	23,311	16,599	12,873	10,926
Comarca Kuna Yala	---	---	---	---	---	---
Comarca Ngäbe Buglé	6,347	1,065	759	2,139	680	1,704

3.3.2. Inspecciones realizadas a permisos forestales, según regional: 2007-2008

Regional	Inspecciones forestales realizadas de permiso de aprovechamiento forestal, por año							
	Total	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	75,401	8,462	11,125	12,066	12,614	10,649	9,476	11,009
Bocas del Toro	9,398	1,189	1,788	1,618	1,694	1,374	1,026	709
Coclé	9,046	538	1,403	1,481	1,485	1,222	1,316	1,601
Colón	1,760	319	271	203	301	189	196	281
Chiriquí	9,192	2,278	780	816	935	1,457	1,502	1,424
Darién	4,880	432	1,367	356	1,040	607	815	263
Herrera	7,885	1,169	1,538	1,250	1,112	949	542	1,325
Los Santos	4,401	402	692	651	440	500	1,028	688
Panamá Este	4,016	724	365	1,063	830	359	394	281
Panamá Metro	3,456	312	222	431	542	511	643	795
Panamá Oeste	6,041	251	350	1,063	781	1,302	1,088	1,206
Veraguas	12,987	848	1,766	2,505	2,984	2,027	878	1,979
Comarca Guna Yala	52	-	-	14	-	6	5	27
Comarca Ngäbe Buglé	2,287	-	583	615	470	146	43	430

4.1. Ingresos de nuevas solicitudes para uso de agua

Nuevas solicitudes, según regional: 2004-2013

Regional	Ingreso de nuevas solicitudes para uso de agua									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	73	99	146	136	171	138	143	115	123	115
Bocas del Toro	-	3	2	2	2	1	-	1	-	2
Coclé	9	12	8	11	8	6	27	21	11	13
Colón	1	1	1	1	2	2	-	1	1	1
Chiriquí	49	62	109	89	93	84	74	60	88	69
Darién	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1
Herrera	3	3	2	3	8	1	8	3	2	2
Los Santos	-	-	-	1	9	7	1	-	1	-
Panamá Este	-	3	4	1	5	3	4	6	2	1
Panamá Metro	2	2	9	6	6	7	5	4	6	3
Panamá Oeste	3	6	7	17	35	14	16	15	9	17
Veraguas	6	7	4	4	3	13	8	3	2	6
Ngäbe Buglé	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-

4.2. Solicitudes de agua aprobadas

Solicitudes aprobadas por la Contraloría General, según regional: Año 1998-2013

Regional	Solicitudes aprobadas por la Contraloría General de la República															
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	16	47	23	53	96	80	84	84	79	103	123	61	112	106	94	141
Bocas del Toro	-	-	-	1	-	-	-	-	3	1	-	1	-	-	-	2
Coclé	2	16	4	17	23	16	9	8	8	8	8	3	7	10	8	12
Colón	-	2	1	-	-	-	-	2	-	1	-	-	1	1	-	2
Chiriquí	7	9	2	19	49	43	52	59	56	62	93	41	76	61	59	97
Darién	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Herrera	3	2	1	2	3	5	3	3	-	2	8	-	2	2	3	2
Los Santos	-	7	5	-	1	-	-	-	-	-	1	3	3	5	3	1
Panamá	2	9	10	14	16	13	14	11	10	16	13	11	14	23	18	22
Panamá Este	1	1	1	1	1	...	6	3	5	7	2	1	1	1	4	4
Panamá Metro	-	5	6	6	11	...	5	2	2	4	3	1	3	6	4	4
Panamá Oeste	1	3	3	7	4	...	3	6	3	5	8	9	10	16	10	14
Veraguas	2	2	-	-	4	3	6	1	2	12	-	2	9	4	3	3
Ngäbe Buglé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

4.3. Volumen de agua otorgado

Volumen de agua otorgado, según regional: 2008-2013

Provincia	Volumen anual de agua otorgado en (hm ³), por tipo de uso					
	2008 (A)	2009 (A)	2010	2011	2012	2013
TOTAL	7,806.2160	3,460.9042	5,721.5004	564.7858	1,215.4304	7,621.0218
Bocas del Toro	-	0.0943	-	-	-	2,699.8911
Coclé	22.66	16.7201	0.7195	1.69	1.97	1.5939
Colón	-	-	1.6819	0.03	-	0.8117
Chiriquí	5,390.17	3,439.2548	1,148.5708	367.39	1,210.69	4,898.3433
Darién	-	-	-	-	-	0.0000
Herrera	89.27	0.0440	1.1085	0.01	0.16	0.0413
Los Santos	-	1.2014	0.0964	0.14	0.25	0.0473
Panamá	-	3.3121	0.9009	1.04	0.63	20.2824
Veraguas	2,304.12	0.2774	4,568.4223	194.47	1.73	0.0109

Dirección de Áreas Protegidas y Vida Silvestre

5.4. Visitantes en áreas protegidas

Visitantes en áreas protegidas, según regional: Año 2003-2013

Regional	Total	Visitantes										
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	774,012	33,667	35,132	49,516	51,710	75,922	93,899	91,087	104,709	95,094	78,645	64,631
Bocas del Toro	66,641	2,108	2,718	3,855	5,610	7,485	10,372	8,176	9,842	6,111	4,698	5,666
Coclé	21,800	2,138	4,222	3,796	870	2,250	1,441	754	1,024	788	2,470	2,047
Colón	81,342	-	-	3,208	2,009	4,832	8,312	13,292	15,496	12,196	13,905	8,092
Chiriquí	71,017	8,148	6,813	7,854	6,421	7,869	8,624	4,668	5,183	4,376	4,769	6,292
Darién	514	-	-	-	-	45	36	119	76	81	21	136
Herrera	48,792	10,797	7,287	6,037	1,632	3,679	3,077	4,272	2,303	3,239	1,545	4,924
Los Santos	46,122	1,144	1,896	2,391	1,414	5,052	4,364	3,872	5,313	7,460	7,191	6,025
Panamá Metro	212,766	5,574	6,076	6,889	4,477	15,603	29,458	30,349	37,401	40,625	20,839	15,475
Panamá Oeste	10,778	-	-	2,246	1,172	1,667	1,059	1,074	935	1,003	897	725
Panamá Metro y Colón	106,081	-	-	5,918	14,423	19,797	17,512	13,482	15,294	9,551	6,209	3895
Veraguas	102,656	3,758	6,120	7,322	13,682	7,643	9,644	11,029	11,842	9,664	10,598	11,354
Comarca Kuna Yala	5,503	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,503	-

NOTA: Adicional incluir, **2004-2006**: 7,408 estudiantes ; **2007** : 14,239 estudiante ; **2008**: 12,020 estudiantes, **2009**: 14,332 estudiantes; **2010**:15,557 estudiantes y 1,733 exonerados y **2011**: 16,001 estudiantes y 948 exonerados, 2012 estudiantes 15,025 y 3,064 exonerados, en el año 2013: estudiantes 11,753 y 2,106 exonerados.

5.6. Guardaparques en las áreas protegida

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Herrera						
Área de Uso Múltiple Ciénaga de las Macanas	3	3	2	2	2	3
Reserva Forestal el Montuoso	10	10	7	9	9	9
Parque Nacional Sarigua	6	6	3	2	2	3
Refugio Vida Silvestre Ciénaga de Mangle	3	3	1	1	1	3
Reserva Forestal Camarón y Pedregoso		0	1	2	1	1

Dirección de Fomento a la Cultura Ambiental

6.1. Población sensibilizada, según regional: Año 2009-2013

Regionales	Personas Sensibilizadas				
	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	49,082	69,419	79,260	98,542	105,103
Bocas del Toro	9,424	10,219	14,737	10,109	14830
Coclé	1,366	3,658	2,974	4,531	5324
Colón	1,160	77	940	2,132	1777
Chiriquí	4,438	876	8,445	14,360	12259
Darién	174	-	135	197	3580
Herrera	1,131	5,600	1,556	5,820	2859
Los Santos	1,075	2,532	666	3,376	1604
Panamá Este	3,540	9,635	1,149	4,019	7216
Panamá Metro	2,038	18,490	6,343	18,346	25944
Panamá Oeste	6,210	4,360	5,785	8,796	9741
Veraguas	10,539	9,895	12,100	10,891	10987
Nivel central	6,828	3,974	22,356	13,260	8886
Guna Yala	110	-	2,074	1,936	-
Ngäbe Buglé	1,049	103	-	769	96

Población capacitada, según regional: 2009-2013

Regional	Capacitaciones Organizadas				
	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	29,444	32,214	19,075	9,787	8,965
Bocas del Toro	3,887	2,903	1,289	805	678
Coclé	2,037	3,393	2,257	800	697
Colón	1,007	148	298	153	156
Chiriquí	2,313	14	1,175	1,601	2,156
Darién	201	-	-	122	123
Herrera	3,474	6,451	3,568	1,526	2,408
Los Santos	1,167	1,273	96	568	283
Panamá Este	926	250	95	529	863
Panamá Metro	2,490	7,685	3,947	300	161
Panamá Oeste	2,361	2,933	1,827	330	129
Nivel Central	2,892	4,260	1,017	1,576	486
Veraquas	4,086	1,890	2,411	514	825
Kuna Yala	180	0	460	119	-
Ngäbe Buglé	2,423	1,014	635	844	-

En base los reportes arriba observados, podemos decir que la tendencia esperada para los Indicadores de Salud Ambiental es:

Tabla N°3. Tendencia de los Indicadores de Salud Ambiental

Objetivos	Categorías	Sub Categorías	Indicadores	Tendencia esperada	
Salud Ambiental	Salud Ambiental	Efecto del ambiente en las enfermedades	1. Efecto del ambiente en enfermedades	Aumentar	
		Agua Potable y Saneamiento	2. Saneamiento	Aumentar	
			3. Agua Potable	Aumentar	
		Calidad del aire en la salud	4. Suspensión de partículas (urbano)	Aumentar	
			5. Contaminación del aire en interiores	Aumentar	
			6. Ozono a nivel de tierra	Aumentar	
Vitalidad de los ecosistemas	Vitalidad de los Ecosistemas	Contaminación del aire en ecosistemas	7. Ozono en ecosistemas	Aumentar	
		Recursos Hídricos	8. Emisiones de dióxido de sulfuro	Aumentar	
			9. Calidad del agua natural	Aumentar	
		Biodiversidad y Hábitat	10. Demanda sobre el agua disponible	Aumentar	
			11. Riesgo de conservación	Disminuir	
			12. Conservación efectiva	Disminuir	
	Recursos Naturales Productivos	Recursos Forestales	13. Hábitats críticos	Aumentar	
			14. Areas marinas protegidas	Disminuir	
		Recursos Pesqueros	15. Reserva árboles en crecimiento	Aumentar	
			16. Intensidad de la pesca marina	Mantenerse	
			17. Prácticas de pesca con red	Aumentar	
			18. Intensidad de la irrigación	Mantenerse	
			19. Subsidios agrícolas	Aumentar	
			Recursos Agrícolas	20. Intensidad de tierras cultivadas	Aumentar
				21. Intensidad de áreas quemadas	Aumentar
	Cambio Climático (Gases efecto Invernadero)	22. Regulación del uso de pesticidas	Aumentar		
		23. Emisiones per cápita	Aumentar		
		24. Emisiones/Generación eléctrica	Aumentar		
		25. Emisiones industriales de CO2	Aumentar		

4.2 Indicadores de Educación:

4.2.1 Porcentaje de Analfabetismo: podemos observar según los datos reportados en el Cuadro N°2 que el porcentaje de alfabetismo en 10 años (del año 2000 al año 2010) disminuyó de 10.4% a 6.8% en toda la provincia, siendo la disminución más significativa en el Distrito de Los Pozos con una disminución de 6.30% seguido de Las Minas con 6.20%, lo que nos permite deducir una tendencia a la disminución en el porcentaje de analfabetismo en nuestra región.

4.2.2 Escolaridad de la Población: en base a los datos disponibles de los años 2000 y 2010, podemos observar que las personas sin grado aprobado disminuyeron de 9% a 6%, las personas con escolaridad básica completa disminuyeron de 51% a 44%, media completa de 29% a 33%, universidad completa de 9% a 14%, concluimos que la tendencia de la escolaridad de nuestra población es a mejorar.

4.3 Indicadores de Saneamiento: ver Tabla N°3 de la respuesta 4.1.

4.4 Indicadores de Empleo:

4.4.1 Población económicamente activa: en 10 años se incrementó en 6215 personas, a razón aproximada de 622 personas que ingresaban como económicamente activas por año lo cual define una tendencia al incremento.

4.4.2 Tasa de Actividad: la población de 15 años y más que forma parte de la construcción del indicador permite definir que la tasa de actividad muestra una tendencia al incremento a pesar de ser bajo y lento en 10 años (1%).

4.4.3 Tasa de desempleo: con una tendencia positiva a disminuir producto que entre el año 2000 y el 2010 disminuyó de un 10% al 7%.

4.4.4 Tasa de empleo informal: descendió un 2% en 10 años, que aunque impresiona ser lento la tendencia es a disminuir.

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

En base los indicadores descritos en la pregunta anterior, podemos categorizar los riesgos según los distritos de la siguiente forma:

5.1 Según los Indicadores de Salud Ambiental y Saneamiento:

Distrito de Santa María y Pesé: Uso de Plaguicidas en áreas de sembradíos y cultivos por lo que se debe priorizar las intervenciones pertinentes en materia de salud ambiental.

Distrito de Ocú: Deterioro en la infraestructura Sanitaria de la principal entidad de acopio local de desechos sólidos hospitalarios lo que pone en riesgo el adecuado desempeño en salud ambiental.

Distrito de Parita: riesgo de deterioro de la instalación de salud en materia de guano de murciélagos, situación que ya fue subsanada y está sujeta vigilancia y corrección inmediata de cualquier irregularidad.

Distrito de Chitré: alto riesgo de efectos en la salud producto de la contaminación de las aguas del Río La Villa, situación que está siendo vigilada y monitoreada, en estos momentos en una fase de mejoría progresiva de la calidad del agua. Por otra parte la disposición inadecuada de los desechos sólidos comunes peligrosos en vertedero a cielo abierto.

5.2 Según los Indicadores de Educación: el porcentaje de alfabetismo y de la escolaridad de la población pueden de forma indirecta afectar las políticas de prevención y promoción de la salud en los siguientes distritos: Las Minas, Los Pozos y Ocú; a pesar de mostrar una tendencia a la disminución aún muestran porcentajes importantes.

5.3 Según los Indicadores de Empleo: aunque de forma global la población económicamente activa y la tasa de actividad muestren una tendencia a aumentar el análisis por género muestra un aumento de 28.5% a 33.9% (5.4%) en la tasa de actividad en las mujeres herreranas y un descenso en los hombres de 71.5% a 67.4% (4.1%) en toda la provincia, por lo que hay que considerarlo para todos los distritos en materia de salud familiar.

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

La actividad agropecuaria desarrollada en la Provincia está dedicada principalmente a la producción de melón, arroz, maíz, frijoles, caña entre otros rubros, como también la ganadería para la leche y la cabra. También cuenta la provincia con empresas dedicadas a la cría de aves de corral.

La provincia de Herrera representa un 6.3% del aprovechamiento agrícola de la tierra dentro de la superficie ocupada del país, resaltando el cultivo de la faragua, con una participación de 11.3%.

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

Para responder esta pregunta, nos basaremos en los siguientes datos obtenidos del INEC para el año 2013:

Superficie sembrada 4150 hectáreas de arroz

Superficie sembrada 6700 hectáreas de maíz

Superficie sembrada 610 hectáreas de frijol de bejuco

Existencia de ganado vacuno 101000, promedio de reses por hectárea 1.2 reses/hectárea, total de pastos 86957 hectáreas.

Existencia de ganado porcino 19100.

Con estos datos tenemos un total de 114.6 Km² (sumatoria de 11460 hectáreas de la siembra de arroz, maíz y frijol de bejuco) y la superficie territorial de la Provincia de Herrera es de 2340.7 Km² de esta forma el 4.90 % es el porcentaje de tierras dedicadas a la agricultura; mientras que con 86957 hectáreas que corresponden a 869.57 Km² de tierras dedicadas a la ganadería tenemos un 37.15% de la superficie territorial de la Provincia de Herrera dedicada a la ganadería.

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

Se desarrolla un proyecto de reforestación, a continuación el detalle:

Proyecto La Villa: La cuenca del río La Villa, ubicada dentro del denominado “Arco Seco del País”, presenta un serio problema de abastecimiento de agua a su población. Uno de los principales problemas que hay que atender es mejorar y elevar el nivel de producción de agua a través de la reforestación de las zonas de captación abastecedoras de acueductos rurales y plantas potabilizadoras, lo cual ha motivado al Gobierno Nacional a través de la Autoridad Nacional del Ambiente a elaborar la presente propuesta de Proyecto de Reforestación y de Manejo Integrado de Cuencas Hidrográficas cuyos componentes son 1. Diagnóstico Ambiental y Plan de Manejo 2. Producción de Plantones en viveros escolares comunitarios e institucionales; 3. Reforestación, 4. Capacitación, Educación Ambiental y Creación de los Comités de Cuencas.

9. ¿Cuáles son las comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales (inundación etc.)?

En estudios realizados por el Instituto de Geo ciencias de Panamá, aparece delimitada una Zona Azuero - Soná, localizada en la parte sur del Bloque de Panamá y comprende la península de Azuero de la cual la provincia de Herrera forma parte.

Por su posición geográfica hay antecedentes de sequía (El Niño-Southern Oscillation), inundaciones y vientos fuertes.

Áreas De Riesgo

Bombas Gasolineras – Depósito de Combustible

Fábrica de alcoholes del Istmo (Derrame de “Mosto” o “vinaza” al río La Villa)

Fuertes vientos – Área de Santa María, Monagrillo (Boca de Parita – Barriada Don Bosco)

Área de deslizamiento, Comunidad Los Peladeros

Las comunidades de Santa María, Los Canelos, El Rincón, La Concepción, por estar cerca de extensos cultivos de caña y arroz, sufren los efectos del uso discriminado de plaguicidas en los cultivos.

Áreas Inundables

Barriada Orilla del Puente La Villa

Parte de la Comunidad de Santa María – El Rincón

Barriada La Unión – El Agallito

Barriada Santa Bárbara – Ocú

La Comunidad de Santa María con 397 viviendas y El Rincón con 402 viviendas, por estar cerca del Río Santa María, en época lluviosa, sufren los efectos de inundaciones, por desbordamiento del Río Santa María, cuando coincide con la marea alta.

Por uso de sistema de riego en los cultivos, son afectadas algunas viviendas en Los Canelos – Divisa.

Barriada La Unión, en el Distrito de Chitré, cuando la marea pasa de 17 pies y coincide con la crecida del Río La Villa, sus viviendas son afectadas por las inundaciones.

Áreas Vulnerables

Área Forestal – El Montuoso

Extensos Períodos de Sequía – (Sarigua)

El Fenómeno de Niño – Pesé, Parita, Chitré

Accidente Aéreo – Barriada Costado de la pista de aterrizaje

En la Península de Azuero hay 14 fallas tectónicas, que se interconectan entre sí. En Herrera, las más importantes son la de Pesé y Azuero.

Es importante destacar que existen amenazas creadas por el hombre, como accidentes de tránsito, deforestación, contaminación, incendios estructurales y forestales.

10. ¿Cuáles son las principales actividades económicas de la región y que proporción de la población se dedica a ellas?

Según los resultados generados por INEC en base a los VI Censos Nacionales Económicos 2012 presentamos la siguiente información:

Tabla N°4. Principales Actividades Económicas de la Provincia de Herrera, año 2012.

Actividades Económicas	Personas que las realizan
	4121
Comercio al por mayor y al por menor	999
Comercio al por mayor: personas	313
Comercio al por menor: personas	686
Resto de los servicios	1010
Transporte, almacenamiento y correo	63
Actividades de servicio secundario de transporte por vía terrestre	63
Hoteles y restaurantes	606
Actividades de alojamientos temporales	229
Restaurantes	341
Actividades vinculadas al servicio de bebidas	36
Información y comunicaciones	48
Difusión de radio	48
Actividades profesionales científicas y técnicas	28
Actividades jurídicas y de contabilidad	28
Enseñanza	153
Enseñanza preprimaria, primaria, secundaria de formación general	153
Servicios sociales y relacionados con la salud humana	112
Actividades de hospitales, médicos y odontólogos	88
Otras actividades relacionadas con la salud humana	24
Otras actividades de servicio	117
Actividades económicas varias	1558
Industrias manufactureras	1004
Procesamiento y conservación de pescados, crustáceos y moluscos	66
Elaboración de productos lácteos	47
Elaboración de productos de panadería	205
Elaboración de otros productos alimenticios	121
Actividades de impresión	19
Fabricación de sustancias y productos químicos	274
Fabricación de productos minerales no metálicos	65
Fabricación de productos metálicos para uso estructural	47
Otras industrias manufactureras	160
Construcción	554
Construcción de edificios, fontanería e instalación de calefacción y aire acondicionado	161
Construcción de camino y vías férreas	393

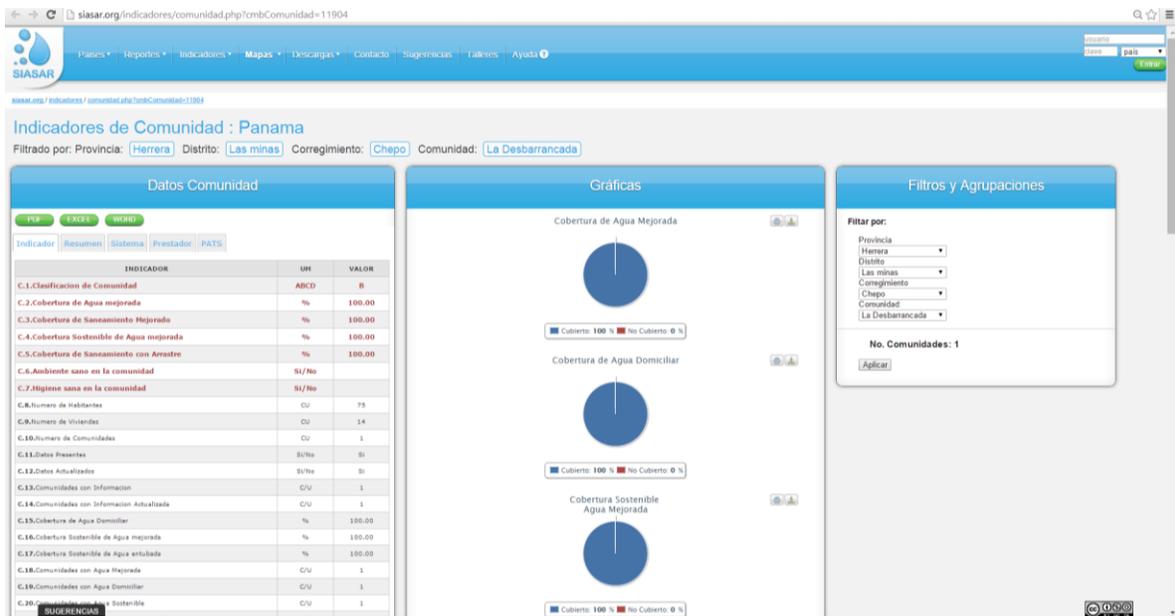
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC).

11. ¿Cuáles son los mecanismos de suministro de agua (acueductos urbanos, acueductos rurales, pozos); disposición de aguas 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.

Para responder esta pregunta, nuestro Sistema Regional de Salud se está basando en el análisis de la información obtenida por nuestro personal de agua potable y alcantarillado sanitario en apoyo técnico con la información obtenida a través de la Dirección del Subsector de agua potable y alcantarillado sanitario (DISAPAS) a través de sus unidades administrativas:

Departamento de Calidad de Agua Potable y Agua Residual
 Departamento de Obras de Agua Potable y Sanitarias
 Sección de Pozos, Acueductos y Obras Sanitarias

Sin embargo, la información suministrada está sustentada a lo disponible en el Sistema de Información de Agua y Saneamiento Rural (SIASAR) que brinda una plataforma informática virtual online, la información obtenida a su vez del IDAAN y los datos reportados por la DISPAS en materia de Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAAR).



INDICADOR	UM	VALOR
CUADRO DE RESUMEN		
1. Numero de Comunidades:		
1 comunidad(es)		
2. Población Total:		
75 habitante(s)		
3. Viviendas Totales:		
14 vivienda(s)		
Numero de Sistemas	Prestadores de Servicio	Viviendas Atendidas
1 sistema(s)	1 prestador(es) de servicio	14 vivienda(s)
Habitantes Atendidos		
75 habitante(s)		
5. Numero de Viviendas con saneamiento		
Con letrina tradicional sin tosa : 0 vivienda(s)		
Con letrina con tosa : 14 vivienda(s)		
6. Higiene y Ambiente Sano (Comunidades)		
Ambiente		
Defecación ana libre		
Nada: 1 comunidad(es)		
Higiene		
Lavado de manos		
Ocasional: 1 comunidad(es)		
7. Población en mayoría		
Letrina: 1 comunidad(es)		
8. El centro educativo de la comunidad cuenta con		
Agua		
Escuelas (1)		
Sin sistema (0)		
Con sistema (1)		
Saneamiento		
Con letrina tradicional sin tosa (0)		
Con inodoro con descarga hidráulica (2)		
9. El Puesto de Salud de la comunidad cuenta con		
Agua		
Puestos de salud(0)		
Sin sistema (1)		
Con sistema (1)		
Saneamiento		
10. Intervenciones previstas/en proceso:		
Fuente	Tipo	Estado
		(numero comunidades)

En la Provincia de Herrera disponemos de suministro de agua por **Acueducto Urbano** procedente de la Planta Potabilizadora de Chitré ubicada en La Arena y cuya fuente de agua es el Río La Villa, con una población de 53356 beneficiarios directos y de la Planta Potabilizadora de Parita ubicada en Parita cuya fuente de agua es el Río Parita, con una población de 3392 beneficiarios directos.

En cuanto a Acueductos Rurales, contamos con un total de 234 comunidades con Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAAR) con personería jurídica distribuidas de la siguiente manera:

JAAR por Distrito	
Distritos	Número
CHITRÉ	1
LAS MINAS	57
LOS POZOS	49
OCÚ	71
PARITA	14
PESÉ	36
SANTA MARÍA	6
Total	234

Fuente: DISAPAS-Depto. De Participación Comunitaria 2012.

Referente a la disposición de aguas residuales el mecanismo de alcantarillado es existente y funcional solamente en el área de Chitré.

Los residuos sólidos se están manejando a través de rellenos sanitarios y enterramiento en las comunidades rurales y suburbanas, la incineración no es formal y sólo se observa como mecanismo aislado en algunas familias, y en materia de vertederos a cielo abierto se dispone de 7 en total, uno por cada distrito.

Partiendo del hecho en que uno de los pilares del Plan de Gobierno 2014 – 2019 es Sanidad Básica que se traduce en 100% agua potable y cero letrinas, nuestro Sistema Regional de Salud enfocará sus políticas de Salud en garantizar un avance adecuado en la mejoría de las condiciones de los lugares poblados sin acceso completo y continuo de estos mecanismos ya mencionados mediante coordinación directa con autoridades del IDAAN, del SIASAR y la DISAPAS, a continuación la realidad actual de Herrera en materia de agua potable en relación al resto de las provincias según datos del INEC.

Población con y sin acceso a agua potable, según provincias y comarcas indígenas: Censos de 1990, 2000 y 2010

(En porcentaje)

Provincias y comarcas indígenas	Población con y sin acceso a agua potable por Censo					
	1990 ^a		2000		2010	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
TOTAL.....	<u>81.2</u>	<u>18.8</u>	<u>90.2</u>	<u>9.8</u>	<u>92.9</u>	<u>7.1</u>
PROVINCIAS:						
Bocas del Toro.....	60.2	39.8	74.1	25.9	74.6	25.4
Coclé	75.9	24.1	91.5	8.5	95.1	4.9
Colón	83.3	16.7	92.0	8.0	93.5	6.5
Chiriquí	65.3	34.7	82.3	17.7	87.9	12.1
Darién.....	31.9	68.1	58.4	41.6	72.4	27.6
Herrera	78.4	21.6	93.6	6.4	96.6	3.4
Los Santos.....	85.7	14.3	96.1	3.9	98.6	1.4
Panamá	93.7	6.3	97.1	2.9	98.6	1.4
Veraguas	57.4	42.6	83.3	16.7	88.8	11.2
COMARCAS INDÍGENAS:						
Kuna Yala.....	...	...	67.7	32.3	77.8	22.2
Emberá.....	...	...	10.7	89.3	27.6	72.4
Ngöbe Buglé.....	...	...	29.9	70.1	38.6	61.4

^{a/} No se habían creado las comarcas indígenas y las áreas indígenas se incluían en las provincias que estaban alrededor de estas comarcas.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Número de viviendas, población y proporción de viviendas sin acceso a agua potable, según provincias y comarcas indígenas: Censo de 2010

Provincias y comarcas indígenas	Total de viviendas	Población total	Tiene agua potable		Proporción de viviendas sin agua potable (%)
			Sí	No	
TOTAL	896,050	3,346,485	832,371	63,679	7.1
PROVINCIAS:					
Bocas del Toro	24,617	123,197	18,361	6,256	25.4
Coclé	57,193	229,533	54,367	2,826	4.9
Colón	63,502	236,263	59,379	4,123	6.5
Chiriquí	113,012	409,893	99,313	13,699	12.1
Darién	11,906	47,018	8,620	3,286	27.6
Herrera	32,591	109,070	31,477	1,114	3.4
Los Santos	29,363	88,526	28,955	408	1.4
Panamá	470,465	1,679,078	463,889	6,576	1.4
Veraguas	60,208	225,151	53,441	6,767	11.2
COMARCAS INDÍGENAS:					
Kuna Yala	4,997	32,517	3,887	1,110	22.2
Emberá	1,940	9,933	536	1,404	72.4
Ngöbe Buglé	26,256	156,306	10,146	16,110	61.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Viviendas por fuentes de abastecimiento de agua potable, según provincias y comarcas indígenas: Censo de 2010

Provincias y comarcas indígenas	TOTAL	Acueducto público del IDAAN	Acueducto público de la comunidad	Acueducto particular	Carro cisterna	Agua embotellada	Otras
TOTAL	896,068	634,780	177,840	9,850	6,588	2,207	1,124
PROVINCIAS:							
Bocas del Toro	24,628	11,500	5,759	463	41	563	46
Coclé	57,193	24,608	27,946	1,514	113	46	140
Colón	63,502	48,747	9,745	403	160	154	170
Chiriquí	113,012	63,704	32,935	2,040	166	334	134
Darién	11,906	2,312	5,688	237	219	132	32
Herrera	32,591	20,414	10,505	456	44	43	15
Los Santos	29,363	18,021	9,884	934	9	27	80
Panamá	470,466	420,837	33,602	2,373	5,822	856	400
Veraguas	60,209	24,637	27,668	1,055	4	10	68
COMARCAS INDÍGENAS:							
Kuna Yala	4,999	0	3,840	28	0	12	9
Emberá	1,940	0	519	1	1	12	3
Ngöbe Buglé	26,259	0	9,749	346	9	18	27

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Ubicación de las instalaciones de agua que llega por acueductos, según provincias y comarcas indígenas: Censo de 2010

Provincias y comarcas indígenas	Ubicación de las instalaciones de agua que llega por acueductos			
	Total	Dentro de la vivienda		Fuera de la vivienda
		Número	Porcentaje	
TOTAL	822,470	655,869	79.7	166,601
PROVINCIAS:				
Bocas del Toro	17,722	13,941	78.7	3,781
Coclé.....	54,068	36,066	66.7	18,002
Colón.....	58,895	45,928	78.0	12,967
Chiriquí.....	98,679	79,249	80.3	19,430
Darién	8,237	3,885	47.2	4,352
Herrera.....	31,375	24,548	78.2	6,827
Los Santos	28,839	22,237	77.1	6,602
Panamá.....	456,812	391,861	85.8	64,951
Veraguas.....	53,360	34,557	64.8	18,803
COMARCAS INDÍGENAS:				
Kuna Yala	3,868	983	25.4	2,885
Emberá	520	273	52.5	247
Ngöbe Buglé	10,095	2,341	23.2	7,754

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censo.

Cuadro No. 3
Condiciones del Saneamiento Básico

Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)	2000	2010	2012
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
▪ Urbano	99.90%	100.00%	100.00%
▪ Rural	90.00%	95.40%	95.70%
▪ Indígena	-	-	-
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)			
▪ Urbano	80.00%	88.70%	89.10%
▪ Rural	48.70%	52.10%	52.90%
▪ Indígena	-	-	-
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
▪ Urbano	82.00%	88.70%	98.20%
▪ Rural	49.00%	52.00%	89.70%
▪ Indígena			
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)			
	37.50%	40.50%	48.60%

Cuadro No. 4
Incidencia de Pobreza por Distrito

Incidencia de la pobreza por distrito		% de Población		
		Total	Pobres No Extremos	Pobres Extremos
República de Panamá		36.8	20.2	16.6
Provincia de Herrera		29.8	25.4	4.4
1	▪ Chitré	ND	ND	ND
2	▪ Las Minas	ND	ND	ND
3	▪ Los Pozos	ND	ND	ND
4	▪ Ocú	ND	ND	ND
5	▪ Parita	ND	ND	ND
6	▪ Pesé	ND	ND	ND
7	▪ Santa María	ND	ND	ND

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2012.

ND: No Disponible – la información fue investigada en los reportes estadísticos del INEC, MINSA y MEF sin poder obtener la información solicitada.

Cuadro No.5
Principales Etnias Predominantes

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnias año 2010																							
	Kuna			Ngäbe			Buglé			Teribe/Naso			Bokota			Emberá			Wounaan			Bri Bri		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Menores de 1 año	4	3	1	9	4	5	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
1-4	18	10	8	48	20	28	12	6	6	-	-	-	2	2	-	1	-	1	2	-	2	2	1	1
5-9	24	12	12	61	35	26	10	4	6	-	-	-	4	2	2	1	-	1	1	-	1	2	1	1
10-14	42	21	21	59	30	29	9	4	5	-	-	-	4	2	2	1	-	1	2	1	1	2	2	-
15-19	24	11	13	64	33	31	18	10	8	-	-	-	5	3	2	-	-	-	1	-	1	1	-	1
24-24	28	18	10	44	35	9	13	8	5	-	-	-	2	1	1	2	-	2	-	-	-	1	1	-
25-29	20	6	14	41	20	21	16	13	3	-	-	-	2	1	1	2	-	2	-	-	-	1	1	-
30-34	20	9	11	46	29	17	9	7	2	-	-	-	2	2	-	-	-	-	1	-	1	4	2	2
35-39	15	11	4	25	14	11	7	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1
40-44	24	10	14	21	13	8	2	1	1	1	1	-	3	2	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-
45-49	21	9	12	17	10	7	6	3	3	1	1	-	2	1	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-
50-54	8	4	4	9	4	5	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55-59	9	7	2	5	3	2	1	1	-	-	-	-	3	2	1	-	-	-	-	-	-	3	2	1
60-64	6	5	1	7	6	1	2	2	-	1	1	-	4	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65-69	5	4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
70-74	6	3	3	1	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
75-79	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1
80-84	4	2	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85-89	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
90-94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
95-99	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
100 y más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	279	146	133	461	260	201	108	67	41	3	3	-	35	22	13	7	-	7	10	3	7	22	13	9

Fuente: INEC 2010.

ND: No Disponible – la información fue investigada en los reportes estadísticos del INEC, MINSA y MEF sin poder obtener la información solicitada.

Cuadro No. 6
Principales Tasas de Mortalidad según Sexo Año 2002

C. Principales causas de mortalidad	2002		
	Tasa	Número	
	Total	M	F
Mortalidad general	445.3	275	212
Tumores (Neoplasias) malignos	93.3	55	47
Enfermedades Cerebrovasculares	59.4	31	34
Enfermedades Isquémicas del corazón	43.0	33	14
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia	39.3	36	7
Otras enfermedades del corazón	27.4	17	13
Mortalidad en < 1 año	10.2	ND	ND
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5.1	ND	ND
Malformaciones congénitas, deformidades, anomalías cromosómicas	4.1	ND	ND
Neumonía	1.0	ND	ND
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias	0.8	ND	ND
Mortalidad en menores de 1-4 años	20.13	ND	ND
Infecciones Respiratorias Agudas	ND	ND	ND
Enfermedades Diarreicas	ND	ND	ND
Accidentes y lesiones por traumatismo	ND	ND	ND
Malformaciones congénitas cardiovasculares	ND	ND	ND
Otras infecciones	ND	ND	ND
Mortalidad Perinatal	6.61	8	3
Asfixia	ND	ND	ND
Infecciones perinatales	ND	ND	ND
Bajo Peso (Prétermino, RCIU)	ND	ND	ND
Malformaciones Congénitas	ND	ND	ND
Hemorragia intraventricular	ND	ND	ND
Mortalidad Neonatal	6.7	ND	ND
Sepsis neonatal y meningitis	ND	ND	ND
Prematuridad y bajo peso al nacer	ND	ND	ND
Complicaciones durante el trabajo de parto (asfixia, traumatismos)	ND	ND	ND
Malformaciones congénitas	ND	5	5
Insuficiencia Respiratoria	ND	ND	ND
Mortalidad Materna	0.5	NA	1
Hemorragia del tercer período del parto	ND	NA	ND
Sepsis puerperal	ND	NA	ND
Ruptura del útero durante el trabajo de parto	ND	NA	ND
Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio (Trastornos hipertensivos del embarazo)	ND	NA	ND
Complicaciones del aborto	ND	NA	ND

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República.

Cuadro No. 6
Principales Tasas de Mortalidad según Sexo Año 2010

C. Principales causas de mortalidad	2010		
	Tasa	Número	
	Total	M	F
Mortalidad general	582.9	373	283
Tumores (Neoplasias) malignos	89.7	48	43
Enfermedades Cerebrovasculares	58.6	33	33
Enfermedades Isquémicas del corazón	56.9	29	35
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia	45.3	41	10
Otras enfermedades del corazón	96	54	54
Mortalidad en < 1 año	11.1	ND	ND
Ciertas afecciones originadas en el Período Perinatal	5.2	ND	ND
Malformación Congénita, deformidad y anormalidad cromosómica	3.7	ND	ND
Neumonía	0.7	ND	ND
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras violencias	0.7	ND	ND
Mortalidad en menores de 1-4 años	15.16	ND	ND
Infecciones Respiratorias Agudas	ND	ND	ND
Enfermedades Diarreicas	ND	ND	ND
Accidentes y lesiones por traumatismo	ND	ND	ND
Malformaciones congénitas cardiovasculares	ND	ND	ND
Otras infecciones	ND	ND	ND
Mortalidad Perinatal	13.80	3	4
Asfixia	ND	ND	ND
Infecciones perinatales	ND	ND	ND
Bajo Peso (Prétermino, RCIU)	ND	ND	ND
Malformaciones Congénitas	ND	ND	ND
Hemorragia intraventricular	ND	ND	ND
Mortalidad Neonatal	6.61	ND	ND
Sepsis neonatal y meningitis	ND	ND	ND
Prematuridad y bajo peso al nacer	ND	ND	ND
Complicaciones durante el trabajo de parto (asfixia, traumatismos)	ND	ND	ND
Malformaciones congénitas	ND	5	1
Insuficiencia Respiratoria	ND	ND	ND
Mortalidad Materna	0	NA	0
Hemorragia del tercer período del parto	0	NA	0
Sepsis puerperal	0	NA	0
Ruptura del útero durante el trabajo de parto	0	NA	0
Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio (Trastornos hipertensivos del embarazo)	0	NA	0
Complicaciones del aborto	0	NA	0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República.

Cuadro No. 6
Principales Tasas de Mortalidad según Sexo Año 2012

C. Principales causas de mortalidad	2012		
	Tasa	Número	
	Total	M	F
Mortalidad general	555.5	367	284
Tumores (Neoplasias) malignos	102.4	66	54
Enfermedades Cerebrovasculares	70.0	40	42
Otras enfermedades del corazón	52.9	27	35
Enfermedades Isquémicas del corazón	52.1	42	19
Diabetes Mellitus	32.4	13	25
Mortalidad en < 1 año	14	ND	ND
Ciertas afecciones originadas en el Período Perinatal	7.9	ND	ND
Malformaciones congénitas, deformidades, anomalías cromosómicas	3.6	ND	ND
Neumonía	0.6	ND	ND
Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia	0.6	ND	ND
Mortalidad en menores de 1-4 años	15.10	ND	ND
Infecciones Respiratorias Agudas	ND	ND	ND
Enfermedades Diarreicas	ND	ND	ND
Accidentes y lesiones por traumatismo	ND	ND	ND
Malformaciones congénitas cardiovasculares	ND	ND	ND
Otras infecciones	ND	ND	ND
Mortalidad Perinatal	13.3	ND	ND
Asfixia	ND	ND	ND
Infecciones perinatales	ND	ND	ND
Bajo Peso (Prétermino, RCIU)	ND	ND	ND
Malformaciones Congénitas	ND	ND	ND
Hemorragia intraventricular	ND	ND	ND
Mortalidad Neonatal	10.9	ND	ND
Sepsis neonatal y meningitis	ND	ND	ND
Prematuridad y bajo peso al nacer	ND	ND	ND
Complicaciones durante el trabajo de parto (asfixia, traumatismos)	ND	ND	ND
Malformaciones congénitas	ND	ND	ND
Insuficiencia Respiratoria	ND	ND	ND
Mortalidad Materna	0	NA	0
Hemorragia del tercer período del parto	0	NA	0
Sepsis puerperal	0	NA	0
Ruptura del útero durante el trabajo de parto	0	NA	0
Enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio (Trastornos hipertensivos del embarazo)	0	NA	0
Complicaciones del aborto	0	NA	0

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República.

Cuadro No. 7
Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo

Causas de Muerte	2002			2010			2013		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
% de sub registro de mortalidad general	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
% de sub registro de mortalidad infantil	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
% de sub registro de mortalidad materna	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas	3.24%	3.56%	2.82%	1.68%	2.14%	1.06%	2.99%	4.72%	0.93%
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	2.23%	3.56%	0.47%	3.66%	5.36%	1.41%	1.42%	1.31%	1.56%
% de muertes por diarrea	0.20%	0.36%	0.00%	0.15%	0.27%	0.00%	0.14%	0.00%	0.31%
• % de muertes por infecciones respiratorias	5.87%	6.05%	5.63%	7.62%	7.77%	7.42%	11.97%	12.86%	10.90%
• % de muertes por TBC	0.40%	0.71%	0.00%	0.30%	0.54%	0.00%	0.14%	0.26%	0.00%
• % de muertes por VIH	1.01%	1.78%	0.00%	1.98%	2.95%	0.71%	0.43%	0.26%	0.62%
• % de otras infecciones	0.61%	0.71%	0.47%	1.22%	1.61%	0.71%	0.71%	0.79%	0.62%
• % de muertes por enfermedades crónicas agrupadas	25.10%	23.84%	26.76%	20.43%	19.30%	21.91%	25.93%	21.26%	31.46%
• % de muertes por tumores malignos	17.00%	17.44%	16.43%	15.40%	15.55%	15.19%	17.81%	14.70%	21.50%
• % de muertes por hipertensión arterial esencial	1.21%	0.71%	1.88%	1.22%	1.34%	1.06%	1.42%	1.84%	0.93%
• % de muertes por diabetes mellitus	6.88%	5.69%	8.45%	3.81%	2.41%	5.65%	6.70%	4.72%	
• % de muertes por enfermedades isquémicas del corazón	9.11%	9.25%	8.92%	9.76%	7.77%	12.37%	8.97%	8.40%	9.66%
• % de muertes por otras enfermedades crónicas	7.69%	5.69%	10.33%	4.12%	2.68%	6.01%	7.12%	5.25%	9.35%
% de muertes por causas circulatorias	25.51%	23.49%	28.17%	12.80%	11.80%	14.13%	21.94%	21.00%	23.05%
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas	4.45%	3.20%	6.10%	1.52%	1.61%	1.41%	2.56%	2.89%	2.18%
% de muertes por insuficiencia renal crónica	0.81%	1.07%	0.47%	0.00%	0.00%	0.00%	1.99%	2.36%	1.56%
% de muertes por causas externas	0.00%	0.00%	0.00%	7.77%	10.99%	3.53%	7.41%	12.07%	1.87%
• % de muertes por suicidios	2.23%	2.49%	1.88%	0.15%	0.27%	0.00%	0.85%	1.31%	0.31%
• % de muertes por homicidios	0.61%	1.07%	0.00%	1.37%	2.14%	0.35%	1.42%	2.62%	0.00%
• % de muertes por accidentes	1.42%	2.14%	0.47%	0.91%	1.07%	0.71%	3.56%	4.72%	2.18%
• % de muertes por accidentes de tránsito	2.83%	3.91%	1.41%	3.05%	4.29%	1.41%	2.56%	4.20%	0.62%
• % de muertes por violencia	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
• % de muertes por violencia social o intrafamiliar	0.20%	0.36%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República.

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

D. Principales causas de Morbilidad	2000			2010			2014		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Morbilidad general	27408.4	13314.8	14093.6	58772.1	25224.4	33547.8	21143.0	9201.7	11941.3
Influenza o Gripe, Síndrome Gripal	738117.3	6313.4	7690.4	9443.0	4013.8	5429.3	2221.9	986.2	1235.7
Rinofaringitis	28961.9	1321.4	1439.5	23896.8	10719.9	13176.9	6838.9	3027.3	3811.6
Faringitis	22429.9	1524.4	630.5	7242.9	3286.0	3956.9	*	*	*
Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	97049.0	3787.6	3883.3	9789.6	4343.4	5446.2	5566.7	2623.4	2943.3
Morbilidad en < 1 año	142541.2	74691.4	67849.8	308241.4	158444.6	149796.9	125668.8	59172.0	66496.8
Rinofaringitis	18827.2	10288.1	8539.1	173012.2	89262.9	83749.3	62675.2	29872.6	32802.5
Influenza o Gripe, Síndrome Gripal	59413.6	29526.7	29886.8	52350.6	26349.4	26001.2	16624.2	8152.9	8471.3
Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	53086.4	28240.7	24845.7	51654.1	26987.8	24666.3	29617.8	13057.3	16560.5
Otras Infecciones agudas de vías respiratorias	5298.4	3086.4	2211.9	7242.9	3286.0	3956.9	6114.6	3375.8	2738.9
Morbilidad en menores de 1-4 años	76281.0	39140.6	37140.4	308241.4	158444.6	149796.9	125668.8	59172.0	66496.8
Influenza o Gripe, Síndrome Gripal	29448.1	14631.4	14816.6	28421.1	13768.4	14652.6	22896.6	19698.9	3197.8
Rinofaringitis	10100.0	5136.4	4963.6	110652.6	52814.0	57838.6	35967.1	18783.0	17184.1
Faringitis	3222.6	1605.1	1617.5	11375.5	5803.8	5571.7	6054.0	3027.0	3027.0
Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	30386.5	16125.4	14261.0	43396.5	21361.4	22035.1	26808.4	14824.6	11983.9
Morbilidad Perinatal	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1. Asfixia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2. Infecciones perinatales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
3. Bajo Peso (Prétermino, RCIU)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
4. Malformaciones Congénitas	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
5. Hemorragia intraventricular	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Morbilidad Neonatal	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1. Sepsis neonatal y meningitis	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2. Prematuridad y bajo peso al nacer	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
3. Complicaciones durante el trabajo de parto (asfixia, traumatismo)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
4. Malformaciones congénitas	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
5. Insuficiencia Respiratoria	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Morbilidad Materna	ND	NA	ND	ND	NA	ND	ND	NA	ND
1. Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	ND	NA	ND	ND	NA	ND	ND	NA	ND
2. Amenaza de aborto	ND	NA	ND	ND	NA	ND	ND	NA	ND
3. Aumento excesivo de peso en el embarazo	ND	NA	ND	ND	NA	ND	ND	NA	ND
4. Infección genital en el embarazo	ND	NA	ND	ND	NA	ND	ND	NA	ND
5. Parto único espontáneo, sin otra especificación	ND	NA	ND	ND	NA	ND	ND	NA	ND

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, Contraloría General de la República.

* / Corresponde a caries dental, ver análisis más adelante.

E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles	2000			2010			2012		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
Herpes Zoster	68	34	34	139	50	89	52	24	28
Rubeola sin complicación	19	9	10	3	2	1	0	0	0
Parotiditis sin complicación	15	8	7	12	5	7	5	3	2
Meningitis debido a Herpes	7	3	4	2	2	0	0	0	0
Hepatitis Tipo B	2	1	1	0	0	0	0	0	0
Rubeola (Sarampión Alemán)	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome Cuqueluchoide	0	0	0	4	4	0	0	0	0
Herpes Zoster con otros compromisos del sistema	0	0	0	4	0	4	1	1	0
Orquitis por Parotiditis	0	0	0	3	3	0	0	0	0
Herpes Zoster Ocular	0	0	0	3	1	2	0	0	0
Herpes Zoster con otras complicaciones	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Hepatitis aguda Tipo B, sin agente delta y sin coma	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Neumonía Bacteriana no especificada	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Encefalitis debida a Herpes Zoster	0	0	0	0	0	0	59	29	30

F. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles no transmisibles	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

Nota: Información no disponible al momento de confeccionar el presente documento, en investigación.

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2000			2010			2012		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
1 Hipertensión Arterial	7194	2353	4841	32021	9827	22194	4088	1324	2764
2 Diabetes Mellitus	2234	581	1653	3591	850	2741	854	214	640
3 Epilepsia	0	0	0	1244	556	688	141	58	83
4 Asma	0	0	0	3738	1714	2024	539	251	288
5 EPOC	0	0	0	331	192	139	38	18	20

H. Principales causas de discapacidad	2000			2010			2012		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
1 Psiquiátrica (Mental)	470	ND	ND	300	ND	ND	ND	ND	ND
2 Visual	271	ND	ND	960	ND	ND	ND	ND	ND
3 Auditiva	368	ND	ND	732	ND	ND	ND	ND	ND
4 Física	478	ND	ND	1748	ND	ND	ND	ND	ND
5 Intelectual	159	ND	ND	1041	ND	ND	ND	ND	ND
6 Múltiples	370	ND	ND	263	ND	ND	ND	ND	ND
7 Órganos y Sistemas	7	ND	ND	184	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: INEC, Contraloría General de la República.

I. Principales problemas de salud emergentes y reemergentes que afectan a la población (enfermedades y situaciones de riesgo)	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

Nota: Información no disponible al momento de confeccionar el presente documento, en investigación.

J. Principales causa de egresos hospitalarios	2002			2010			2014		
	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F
1 Datos de alta	14670	5539	9131	13225	5477	7748	13388	5440	7948
2 Muertos	158	95	63	269	146	123	272	144	128
3 Traslados a otra hospital de mayor complejidad	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
4 Salida voluntaria	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
TOTAL	14828	5634	9194	13494	5623	7871	13660	5584	8076

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

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

Tomando en cuenta los factores determinantes de la salud: Sistema Sanitario 11%, Entorno 19%, Herencia genética 27% y Estilos de vida 43% podemos observar que el foco de intervención más importante radica en aquel factor que consta de dos características esenciales: que sea modificable a corto, mediano y largo plazo, y que las acciones sobre este factor repercutan directamente sobre la población. Por ende, los Estilos de vida en primer lugar y el Entorno en segundo lugar, constituyen la clave de las intervenciones para combatir los principales problemas de salud identificados. A continuación la descripción de la situación de las principales conductas y hábitos de riesgos de la población con un enfoque sectorizado en miras a dirigir las intervenciones por sectores:

- A. Conductas humanas relacionadas al consumo de sustancias adictivas: relación directa con enfermedades digestivas, cardíacas, renales, circulatorias, pulmonares y crónicas.
 1. Productos derivados de tabaco: nuestra población se suma a las estadísticas nacionales con consumo de productos derivados del tabaco, siendo su consumo considerable entre la población adolescente y de 20 – 59 años principalmente, sobre todo en actividades sociales y recreativas que son el denominador común de nuestra región por sus características folclóricas.
 2. Bebidas alcohólicas: en todas sus presentaciones, su consumo se ha incrementado en la población a partir de edades tempranas de la adolescencia, sigue prevalente en la población de 20 a 59 años y de 60 años y más. Es el más importante factor de riesgo asociado a problemas de salud asociados a violencia y accidentes de tránsito.
 3. Drogas ilícitas: encabezada por la marihuana como droga de uso recreativo entre los adolescentes y la población adulta joven, producto de las tendencias socioculturales procedentes de población de otras áreas del país que se intensifica en festividades como los carnavales y eventos folclóricos.
- B. Conductas humanas relacionadas al consumo de alimentos: relación directa con enfermedades metabólicas, nutricionales, digestivas, cardíacas, renales, circulatorias, pulmonares y crónicas.
 1. Consumo de alimentos ricos en calorías procedentes de carbohidratos: es parte de la cultura alimentaria de nuestra población la producción de alimentos manufacturados derivados del maíz (bollos, tortillas, buñuelos, tamales, torrijitas, empanadas), del trigo (harina para panes, tortillas, empanadas, hojaldres), la yuca (carimañolas, yuca frita, yuca sancochada), plátanos (tajada fritas, patacones, puré), papa (puré, papa frita, ensaladas, papa rellena) y por último el arroz que al igual que el resto de la república constituye el grano base de la

comida del panameño; esto es una realidad tanto del sector urbano como del rural.

2. Consumo de alimentos ricos en calorías procedentes de grasas: en épocas festivas se intensifica la venta y consumo de alimentos preparados con aceite denominados frituras y/o fritanga, tales como: chicharrón, carné en palito, chorizos, pollo, carnes rojas, carne de puerco, vísceras fritas. Su venta y consumo disminuye un poco en periodos sin festividad en el área urbana, pero en las cabeceras de distritos con población rural se mantiene.
 3. Consumo de alimentos en restaurantes de comida rápida: el crecimiento económico ha tenido auge en el sector de venta de alimentos en donde la población urbana ha incrementado el consumo de gran parte de productos derivados del maíz, papa, yuca, harina y de alimentos ricos en grasas en periodos con festividad y sin festividad siendo una constante el consumo de estos productos. La presencia del McDonald's, Kentucky Fried Chicken, Pío Pío, Domino's Pizza, Subway y Dairy Queen en una misma zona geográfica y a metros de distancia unos de otros garantiza el alto consumo por la población urbana residente y rural visitante en todos sus grupos (infantil, adolescente, 20 a 59 años y 60 años y más).
- C. Conductas humanas relacionadas a prácticas sexuales: directamente relacionadas con enfermedades crónicas transmisibles e infecciones de transmisión sexual.
1. Relaciones sexuales sin protección: es una conducta que genera problemas sociales y en salud en dos esferas, primero la definida por los embarazos no planificados/no deseados en donde la deserción escolar y el aumento de hogares disfuncionales son causantes directos de sobrecarga social, pobreza y vulnerabilidad, y segundo, la incidencia de infecciones de transmisión sexual como de VIH/SIDA; ambas esferas en la población urbana como en la rural. Dichas conductas se intensifican en periodos de festividad en donde el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y el desenfreno ante la pérdida de valores, genera a mediano y largo plazo un mayor gasto en salud.
 2. Trabajadores del Sexo: es un grupo específico de la población que está siendo monitoreado y evaluado por el sistema regional de salud pública, sin embargo, continúan siendo un foco importante de riesgo para la salud de la población, en donde la demanda de consumidores de este tipo de servicios se incrementa con una proporcionalidad directa a la población inmigrante de otras provincias y a la población rural que migra al área urbana por mejores condiciones de vida.
- D. Conductas humanas relacionadas a actividad física: relación directa con enfermedades metabólicas, nutricionales, digestivas, cardíacas, renales, circulatorias, pulmonares y crónicas.
1. Sedentarismo: es un tipo de actividad que se encuentra en una fase de transición, es decir, a pesar de las conductas alimentarias ya descritas, el auge económico e industrial también ha dado paso a la instauración de gimnasios con tecnología y plataforma moderna, la presencia de aceras con las características necesarias para trotar, caminar, correr y manejar bicicletas como es el caso de la vía circunvalación, la reestructuración de parques con dispositivos para realizar actividad física como el de Parita y las mejoras en las canchas de fútbol, básquetbol y de baseball. Cada vez es más el número de habitantes de las zonas rurales que combate el sedentarismo.
- E. Conductas humanas relacionadas a actividades delictivas:
1. Violencia Familiar: conforme aumenta la población, aumentan los casos de violencia familiar pero sin generar defunciones en nuestra población, de allí que el modelo de atención tenga un enfoque de individuo, familia, comunidad y ambiente con un manejo integral con salud mental para mitigar este tipo de conductas.
 2. Violencia Comunitaria: este tipo de conducta está incrementándose en nuestra población herrera en materia de robos, asaltos, agresiones físicas por riñas pero sin desenlaces fatales hasta el momento, en donde la ingesta de bebidas alcohólicas y de drogas ilícitas son el denominador común.

- F. Conductas humanas que repercuten en la infancia: en nuestra población son pocos los registros que definen casos de acoso, maltrato infantil de adulto a menor y hace poco se presentaron casos en las instalaciones educativas el fenómeno bullying que fue bien manejado por las autoridades.
- G. Conductas humanas relacionadas al trabajo: en los últimos años la falta de responsabilidad por los empleados y empleadores en materia de salud laboral u ocupacional en actividades industriales ha evidenciado cambios notables en la población que tiene empleos formales, por los que las políticas de salud del quinquenio se enfocarán de forma preventiva.
- H. Conductas humanas relacionadas al uso de vehículos de motor: estas conductas definen la utilización específica de automóviles y motocicletas, en donde la tendencia implica un aumento en los accidentes de tránsito producto de conducir a altas velocidades ante una carretera panamericana en buenas condiciones con dos carriles en su extensión Divisa-Chitré-Las Tablas y viceversa, acompañado del consumo de alcohol y actualmente el uso de celulares para enviar mensajería de texto mientras se conduce. Las consecuencias no fatales de los accidentes mayores produce un aumento en los gastos en salud en rehabilitaciones y prevención secundaria y terciaria.
- I. Conductas humanas relacionadas al medio ambiente:
 1. Utilización de agroquímicos: en el primer trimestre del 2014 el tema del herbicida atrazina se convirtió en el problema de salud pública más importante de nuestra región por toda la repercusión que se perfilaba en materia de contaminación de agua, siendo el inicio de una nueva etapa de vigilancia de estos productos y siendo el mejor ejemplo de las repercusiones que hay en el sector salud producto del mal cuidado del ambiente.
 2. Contaminación del aire: las prácticas inadecuadas de incineración de desechos y desperdicios que aunque se dan en baja frecuencia repercuten mucho en el ambiente, la creciente emanación de gases y humo por el creciente uso de automóviles, entre otros, constituyen un foco de deterioro a mediano y largo plazo de la salud de nuestra población.
 3. Contaminación de las aguas: tanto por el mal manejo de sustancias químicas como lo observamos en el punto 1 como por la contaminación con desechos sólidos que son arrojados por la población, lo cual afecta la salud en materia de consumo y en materia de acumulación de desperdicios que acondicionan inundaciones durante la estación lluviosa.
 4. Construcción de obras y urbanización: aplica para los casos en que las políticas de salud ambiental son incumplidas y no se determina el impacto ambiental de los proyectos de construcción lo que acondiciona problemas en la salud pública al afectar a cada individuo como parte del ambiente.
 5. Contaminación por ruido: el crecimiento económico e industrial está facilitando a su vez la producción de más ruido en nuestra región, procedente de maquinarias pesadas, automóviles, festividades entre otros, que deben ser considerados en las políticas de salud.

Sí existen programas dirigidos a promover o incentivar los estilos de vida saludables en la población, mediante actividades de orientación y consejería establecidas por las normas del MINSA dentro de los programas de salud de atención y consignadas en las guías de atención del adulto, adulto mayor, atención del paciente hipertenso, con diabetes mellitus, con obesidad.

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

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE HERRERA

Partiendo de la definición de perfil epidemiológico como el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo, podemos definir en base al análisis de los datos ya mostrados

cuáles son las características del perfil epidemiológico de nuestra población de responsabilidad.

De esta forma, definimos algunos conceptos en los que basaremos nuestros análisis y conclusiones.

Transición epidemiológica

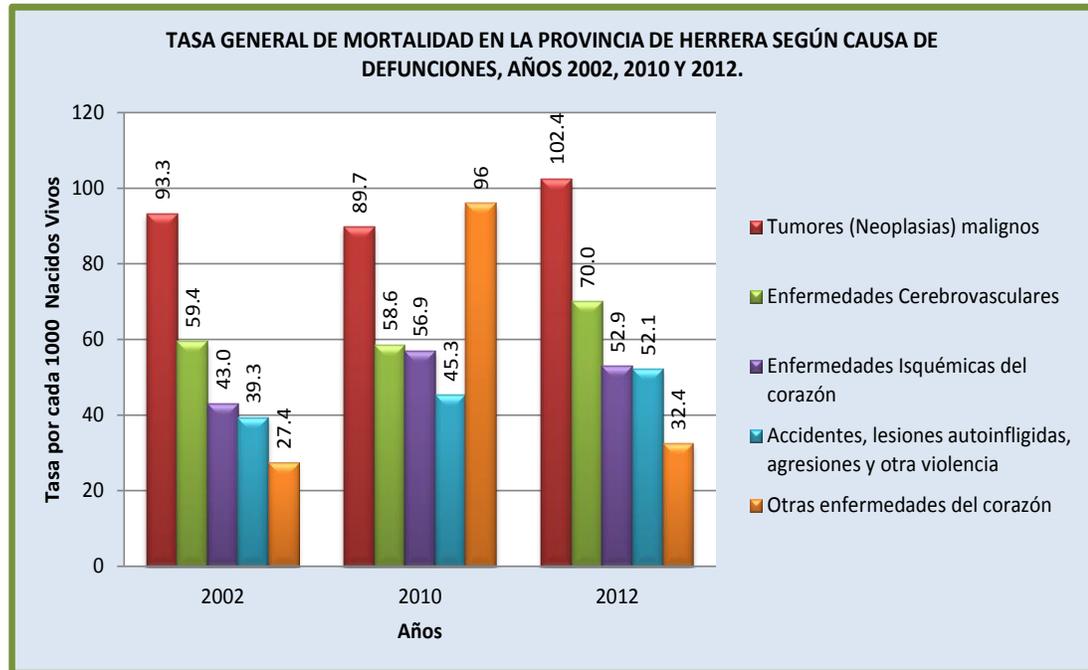
Constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. La transición epidemiológica, que va acompañada por la transición demográfica, presenta cuatro aspectos a destacar:

1. Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles.
2. Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los grupos de edad avanzada.
3. Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante por la morbilidad, sus secuelas e invalideces.
4. Polarización epidemiológica. La polarización epidemiológica sucede cuando en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad encontramos diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población

A continuación, el perfil epidemiológico de la población herrerana utilizando datos de los años 2000, 2002, 2010 y 2014 según la disponibilidad de la información obtenida por las fuentes confiables (MINSA, INEC).

2.1 Mortalidad.

Mortalidad General
Gráfica N°2.



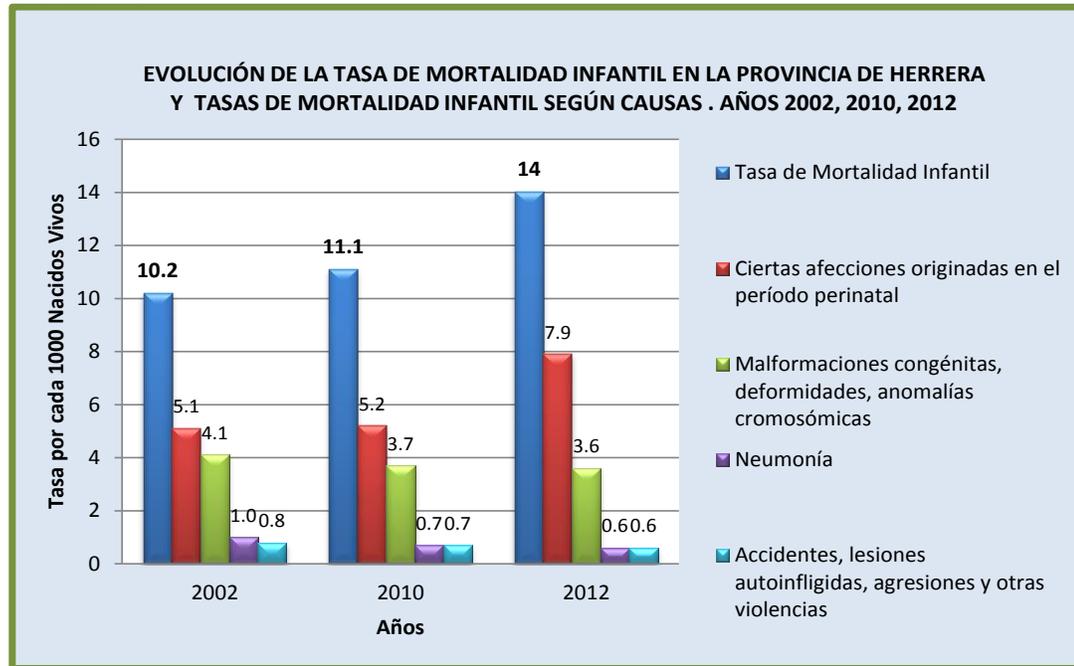
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

El Cuadro N°6 muestra una realidad importante y es que al cotejar los 3 años podemos observar que se mantiene la misma tendencia: año 2002, mortalidad bruta de 445.3 por cada 1000 habitantes; año 2010 con mortalidad de 582.9 por cada 1000 habitantes y en el 2012, 555.5 por cada 1000 habitantes; lo cual parece indicar que entre el año 2000 y 2012 no sé contempló esta realidad. Al analizar los datos mostrados en la gráfica N°2, podemos observar que el elemento más característico de la transición epidemiológica en materia de mortalidad ha sido el desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los

tumores y enfermedades crónicas degenerativas (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otra violencia). Estos cambios en el comportamiento de ciertas enfermedades y causas de muerte en la población herrerana, que son consecuencia de las medidas de prevención de enfermedades que se han ido implementando para hacer frente a las patologías infecciosas (higiene, inmunizaciones, campañas), se dan en el marco del descenso de la fecundidad (Jornadas de Atención Primarias de Salud con realización de Salpingectomías, mayor uso de métodos de planificación familiar) y en la transición demográfica evidente que refleja una pirámide con cambios en la estructura por edades de la población, todo esto implica que nuestro Sistema Regional de Salud tenga que hacerle frente a una población que debido a sus conductas en materia de alimentación y de consumo de sustancias adictivas desplace cada vez más hacia las enfermedades de naturaleza degenerativa y crónica con toda la gama de secuelas y complicaciones que exigen técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad y costos. Hemos pasado de la era de las enfermedades infecciosas como principal causa de mortalidad, a la era de las enfermedades crónicas no transmisibles, pero si prevenibles y detectables a tiempo. El análisis se hace más interesante si evaluamos el hecho de que la población de 20 a 59 años representa el 52% de toda la población herrerana y que la esperanza de vida es de 75.04, datos que claramente nos indican que tenemos que intervenir en la salud de nuestra gente a partir de la promoción de estilos de vida saludable y en estrategias preventivas bien dirigidas.

2.2 Mortalidad Infantil

Gráfica N°3.



Fuente: INEC; Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Para este indicador la Provincia de Herrera no muestra un perfil y una tendencia aceptable. Desde el momento en que la tasa de mortalidad infantil hace 12 años era de 10.2 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos (año 2002) y hace dos años muestra un ascenso de 14 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos (año 2012), estamos diciendo que no solo la condición de salud de nuestros niños no está mejorando sino que tampoco mejora la de toda la población herrerana y que las condiciones socioeconómicas en la que vivimos todos no es la mejor (son algunos elementos que mide este indicador), lo cual no guarda concordancia con

otros resultados sanitarios ni con las características socioeconómicas actuales de nuestra provincia.

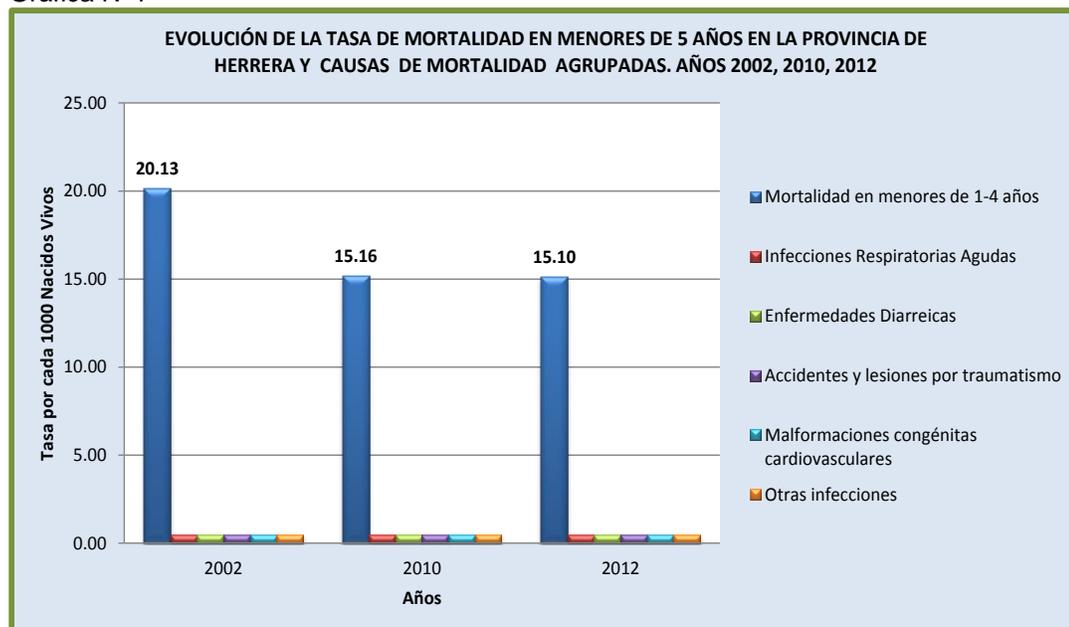
Será prioridad del Sistema Regional de Salud de Herrera definir la realidad de la problemática en dos niveles: primero, definir si los resultados son producto de un sistema de salud deficiente en cuanto al modelo de atención ya que este es un indicador sensible de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud, particularmente, la atención perinatal; y/o segundo, si los resultados son producto de debilidades y obstáculos en la recolección y reporte de la información requerida para el cálculo de la tasa (información difícil de obtener a través de los sistemas de información de los servicios de salud y del registro civil).

Gran parte de las muertes entre menores de un año, se deben a causas prevenibles. Sobre el particular, de las defunciones registradas en Herrera, predominan las causas perinatales como principal causa de defunción (7.9 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos), es decir, aquellas que tienen lugar entre el séptimo mes de embarazo y la primera semana de vida después del nacimiento; 3.6 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos se produjeron por malformaciones congénitas, las cuales pueden resultar, en su mayoría, por factores genéticos o relacionados con las condiciones del embarazo; un 0.6 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos por neumonía y 0.6 defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos por accidentes, agresiones y otra violencia.

Las políticas de salud para el quinquenio enfocaran este indicador como una prioridad del sistema de salud para dirigir una atención integral y de compromiso en el periodo perinatal, fortalecer el sistema de información de los servicios de salud y alianzas estratégicas con el Tribunal Electoral en cuanto al registro civil.

2.3 Mortalidad en menores de 5 años

Gráfica N°4



Fuente: INEC; Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

La evolución en el tiempo en este indicador de perfil epidemiológico muestra una tendencia a mantenerse lo cual se traduce en la necesidad de implementar intervenciones sanitarias efectivas.

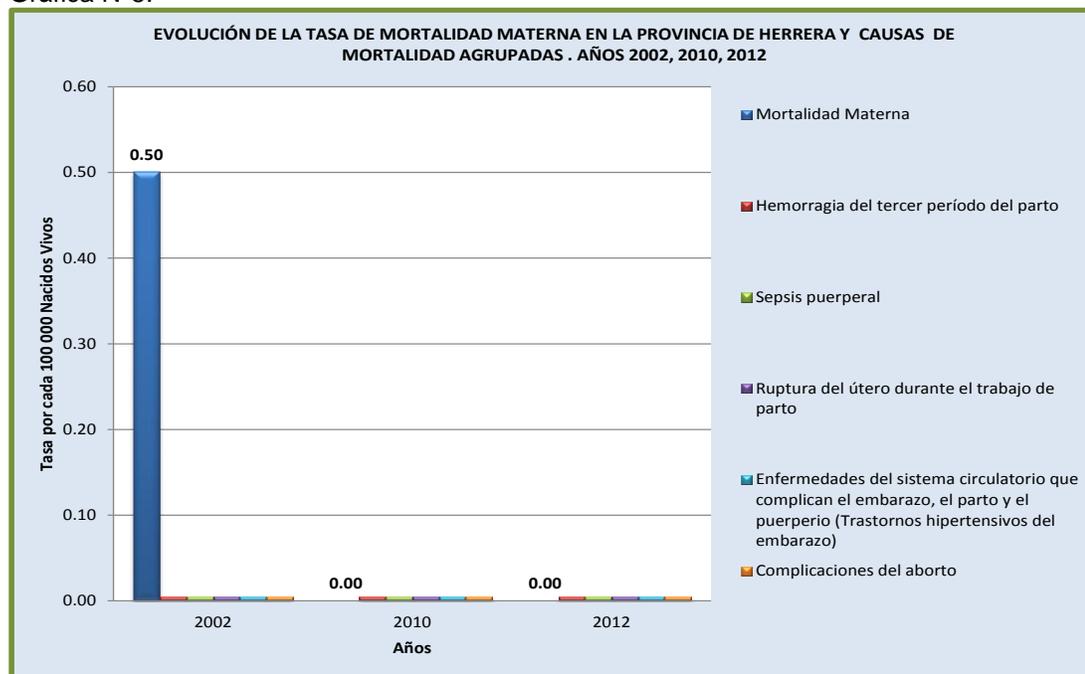
A nivel nacional la tasa más baja la muestra la Región de Salud de San Miguelito con 10.50 y la más alta la presenta la Región de Salud de la Comarca Ngöbe Buglé con 32.65. La meta es disminuir independientemente del contexto nacional.

La gráfica muestra la evolución en un periodo de 8 años primero (entre el 2002 y el 2010) y segundo, de 10 años (2002 a 2012) con una disminución apenas de 4.97 y 5.03 respectivamente lo cual refleja la necesidad de implementar intervenciones efectivas. Además muestra las principales causas agrupadas de mortalidad en esta población que aunque no se dispone del dato numérico nos permite conocer en cuales podemos intervenir a corto, mediano y largo plazo.

Este indicador es importante para medir el nivel de desarrollo social y de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población y específicamente de los niños y niñas, por ende, si el Sistema de Regional de Salud de Herrera refleja buenas coberturas en materia de inmunizaciones a través de campañas de vacunación masiva, buenas coberturas en controles de crecimiento y desarrollo, controles prenatales, buenos resultados en auditorías de expedientes, gratuidad de servicios básicos de salud, mejores coberturas en aspectos ambientales (agua potable y saneamiento) entre otros; se esperaría una tendencia al descenso en la tasa de mortalidad en menores de 5 años. Pareciera ser que la gestión en salud debe dar un giro de 360 grados rumbo a no solo seguir fortaleciendo la prevención y la promoción hacia la población sino también hacia el personal de salud en dos contextos: el de manejo, interpretación y análisis de coberturas vs indicadores epidemiológicos, de impacto y de desempeño; y en la implementación de medidas estrictas de bioseguridad (uso de estricto de batas, protectores bucales y guantes), ambos contextos para atacar las causas de mortalidad 1, 2 y 5 (ver gráfica). Para las causas 3 y 4 (Accidentes, agresiones, violencia y las malformaciones congénitas cardiovasculares) se evaluarán las medidas a implementar.

2.4 Mortalidad Materna

Gráfica N°5.



Fuente: INEC; Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

La mortalidad materna es un indicador del nivel de los problemas de salud pública que reflejan algunas de las más profundas desigualdades en las condiciones de vida. Reflejan el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva y los servicios de salud y la calidad de la atención a que tienen acceso, tales como anticonceptivos, control prenatal, atención calificada del parto y atención de emergencias obstétricas, cuya ausencia acarrea defunciones y daños a la salud que podrían evitarse mediante un adecuado control prenatal y una atención de calidad del parto, del puerperio o de las complicaciones que aparezcan posteriormente.

Cuando un Sistema de Salud muestra bajos niveles de defunciones maternas evidencia el buen estado de salud y aceptables condiciones de vida de una población mientras que la concentración de altas tasas refleja, principalmente, las grandes necesidades de las áreas impactadas por la pobreza y la falta de servicios básicos.

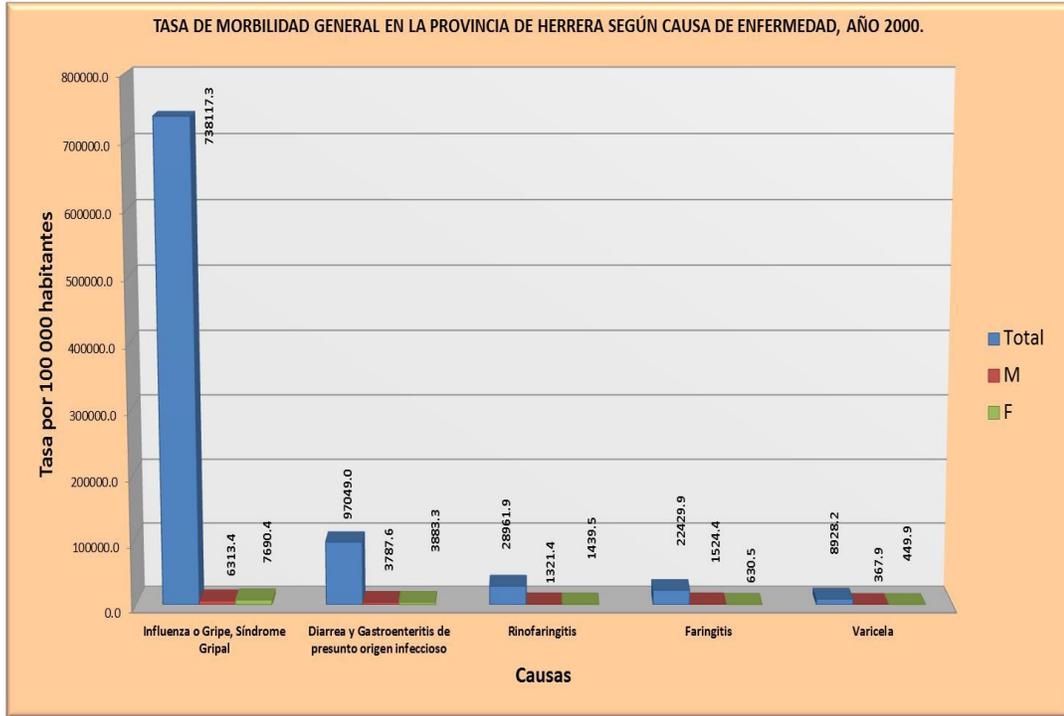
En este sentido nuestro sistema regional evidencia buenos resultados, mientras que en otros sectores del país encontramos tasas de 300.5 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos como es el caso de la Comarca Ngöbe Buglé.

La gráfica muestra las 5 principales causas de muerte materna en el resto del territorio nacional con la finalidad de enriquecer el análisis puesto que en nuestra región tenemos buenos resultados que nos conducen a no bajar la guardia.

2.5 Morbilidad: Análisis de los años 2000, 2010 y hasta junio de 2014, al final de las gráficas de los 3 años en mención.

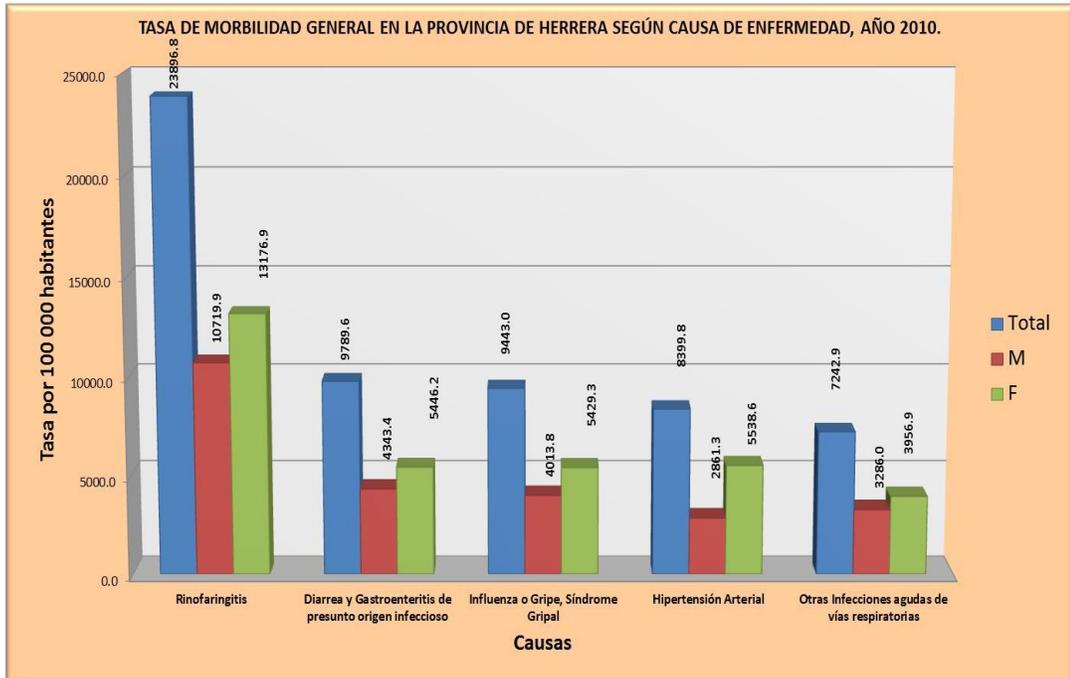
Morbilidad General.

Gráfica N°6.



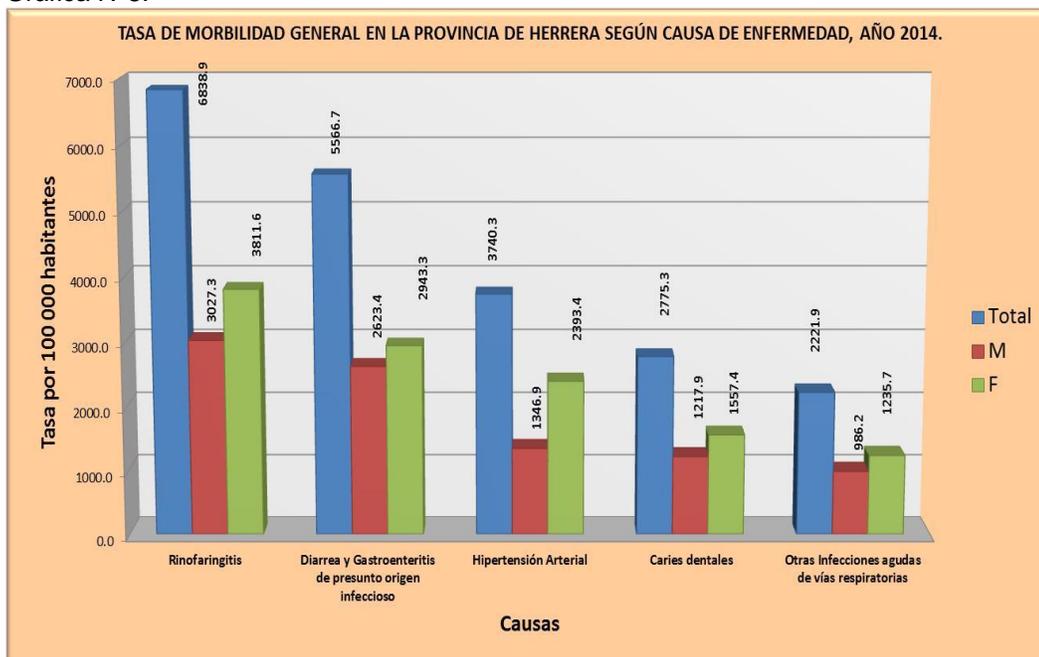
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°7.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°8.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Análisis: en la Provincia de Herrera podemos observar que para el periodo 2000, según los capítulos y categorías de la CIE-10, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la gripe la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 738 117.3 (14 349 consultas), seguido de la Rinofaringitis con una tasa de 28 961.9 (2 829 consultas) y de la Faringitis con una tasa de 22 429.9 (2 208 consultas). Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 97 049.0 (7 860 consultas).

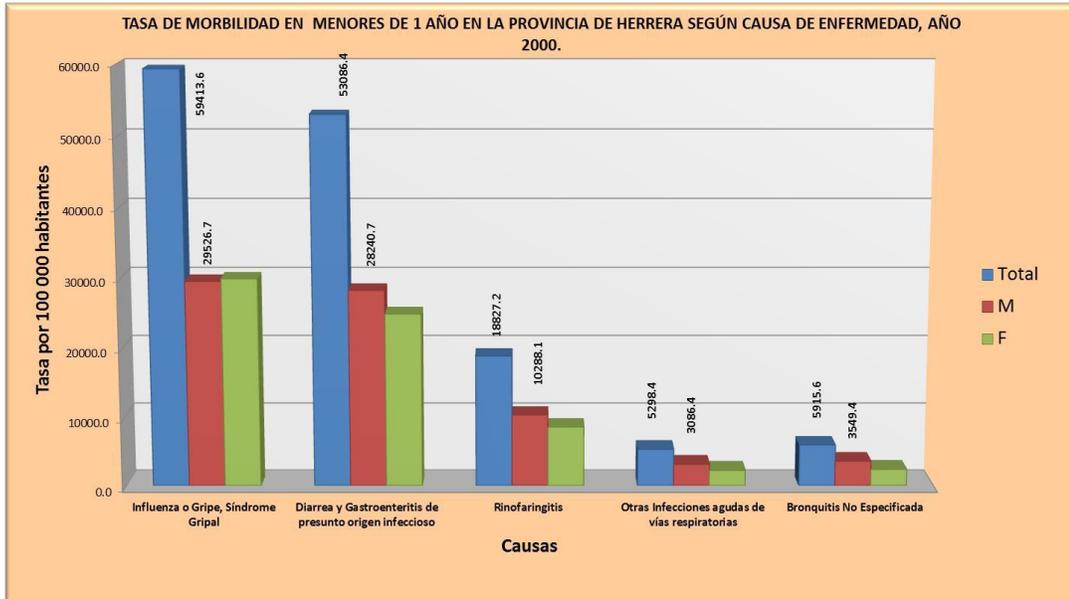
Para el periodo 2010, las enfermedades del sistema respiratorio continuaron ocupando el primer lugar, siendo la Rinofaringitis la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 23 896.8 (26 893 consultas), seguido de la gripe con una tasa de 9 443.0 (10 627 consultas) y de Otras infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 7 242.9 (8 151 consultas). Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 9789.6 (11 017 consultas). Para este periodo lo más importante es la aparición en el escenario de salud, de las enfermedades del sistema circulatorio, siendo la Hipertensión Arterial Esencial la que emerge en incidencia ganando terreno con una tasa de 8 399.8 (9 453 consultas) bastante cerca de la gripe. Esto marca el debut de las enfermedades crónicas y degenerativas en el escenario de la salud pública.

Para el periodo 2014, las enfermedades del sistema respiratorio se mantienen ocupando el primer lugar, permaneciendo la Rinofaringitis como la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 6 838 (8 058 consultas, notable descenso en relación a los años ya analizados), seguido de Otras infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 2 221.9 (2 618 consultas). Las enfermedades infecciosas y parasitarias hasta junio 2014 ocupan el segundo lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 5 566.7 (5 569 consultas, con un descenso significativo en comparación a los años ya analizados). Para este periodo sigue siendo lo más importante la aparición en el escenario de la salud, las enfermedades del sistema circulatorio, siendo la Hipertensión

Arterial Esencial la que se posiciona con una mayor incidencia ante una tasa de 3 740.3 (4 407 consultas en el primer semestre 2014). Esto marca la tendencia al aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas en el escenario de la salud pública de nuestra región. Por otra parte, las caries dentales inciden con una tasa de 2 775.3 (3 270 consultas) lo que indica que se deben fortalecer las medidas de salud bucal, prevención y promoción, realidad que no está distante de las conductas de alimentación de la población y por ende de los trastornos crónicos no transmisibles.

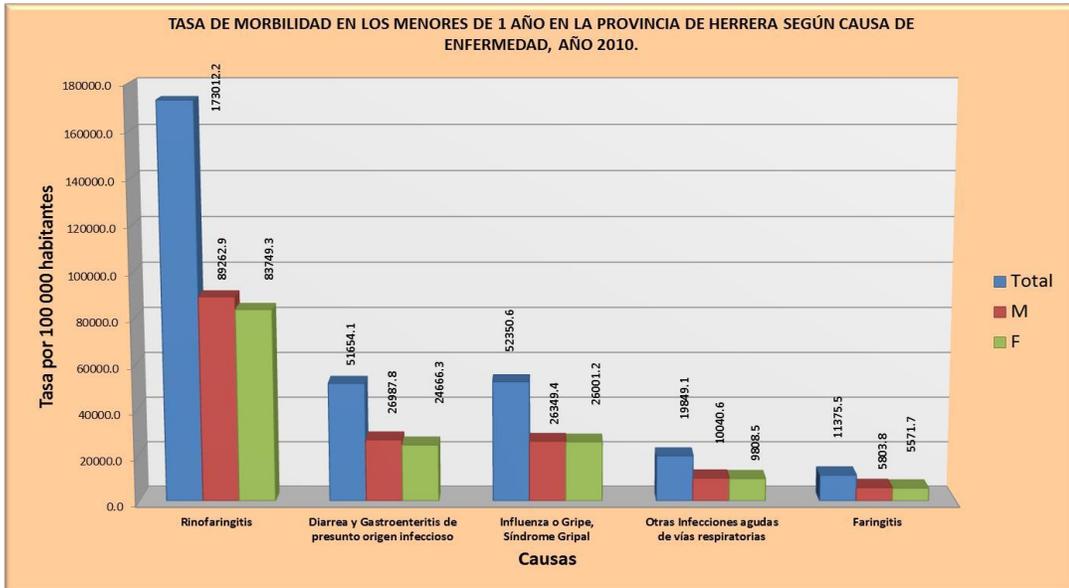
Morbilidad en Menores de 1 año:

Gráfica N°9.



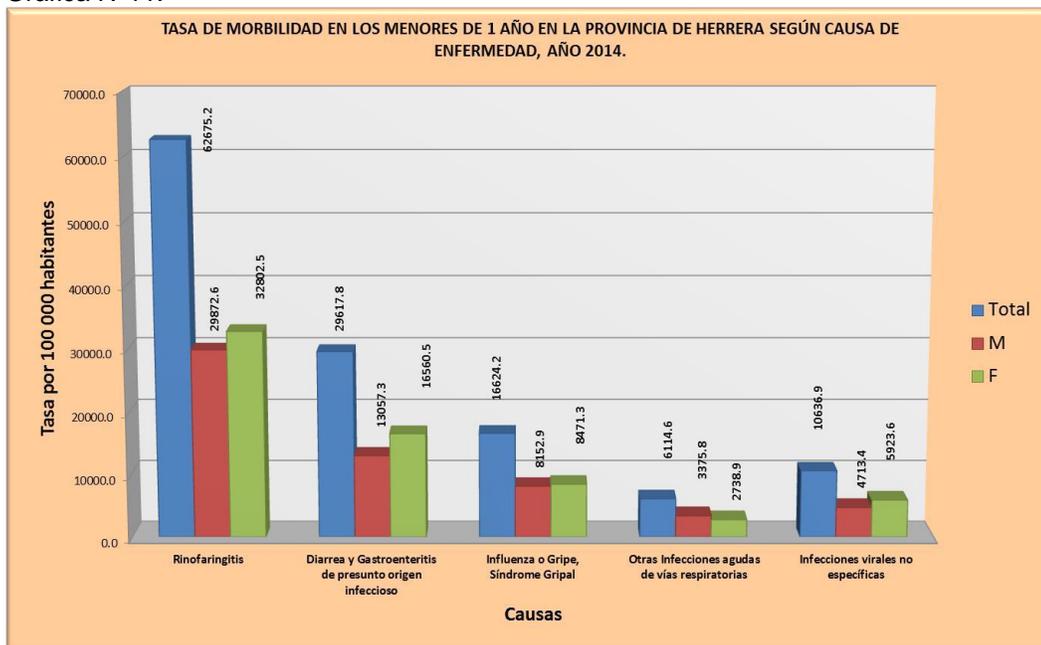
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°10.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°11.



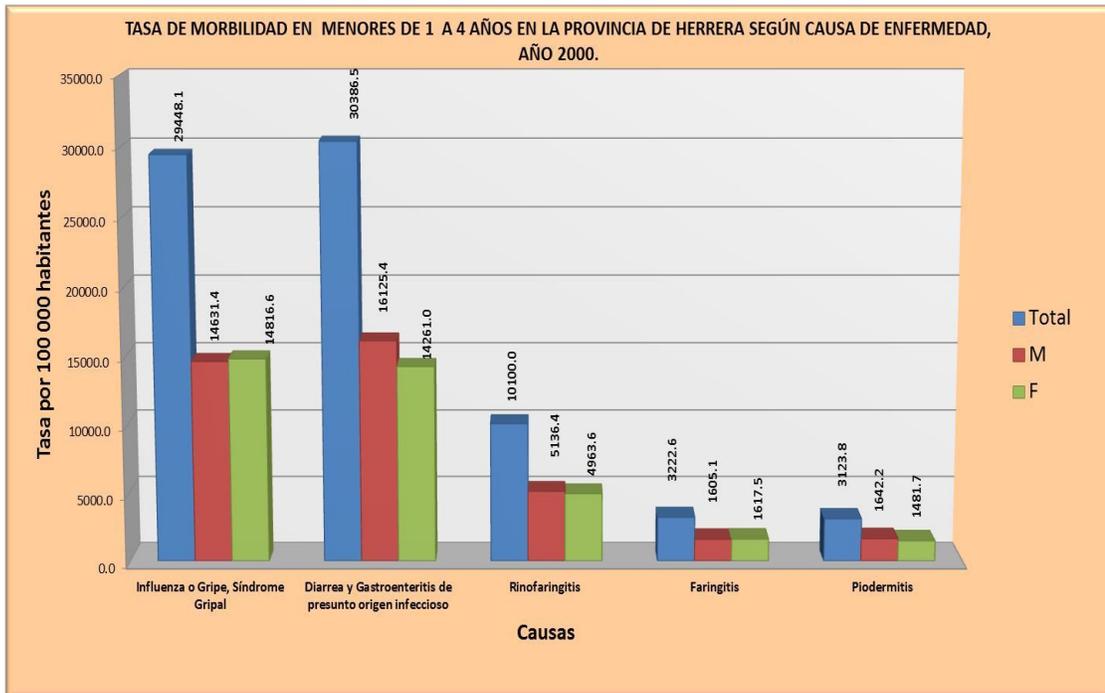
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Análisis: podemos observar que para el año 2000, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la gripe la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 59 413.6 (1 155 consultas), seguido de la Rinofaringitis con una tasa de 18 827.2 (366 consultas), la Bronquitis No Especificada con una tasa de 5 915.6 (115 consultas) y Otras Infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 5 298.4 (103 consultas). Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 53 086.4 (1 032 consultas).

En el año 2010, las enfermedades del sistema respiratorio continuaron ocupando el primer lugar, siendo la Rinofaringitis la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 173 012.2 (2 981consultas) por 100 000 habitantes, seguido de la gripe con una tasa de 52 350.6 (902 consultas) por 100 000 habitantes, de Otras infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 19 849.1 (342 consultas) por 100 000 habitantes y la Faringitis con una tasa de 11 375.5 (196 consultas) por 100 000 habitantes. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 51 164.1 (890 consultas) por 100 000 habitantes.

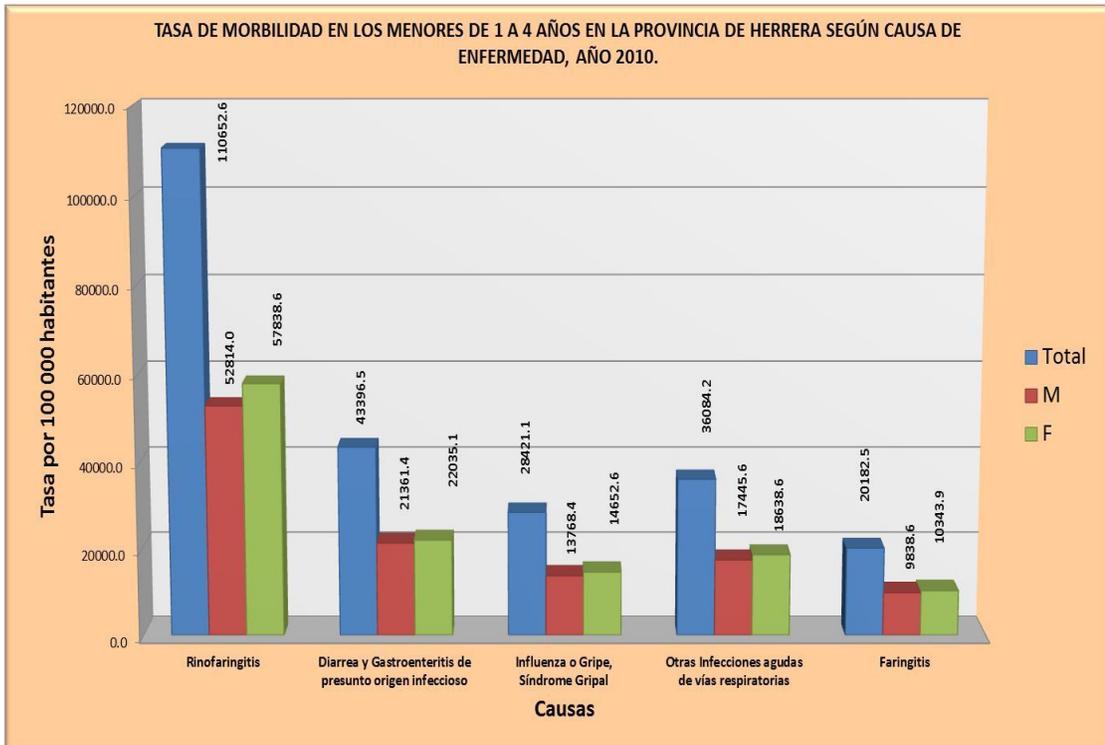
Para el 2014 hasta el mes de junio, las enfermedades del sistema respiratorio se mantienen ocupando el primer lugar, permaneciendo la Rinofaringitis como la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 62 675.2 (984 consultas, notable descenso en relación a los años ya analizados), seguido de la gripe con una tasa de 16 624.2 (261 consultas) y Otras Infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 6 114.6 (96 consultas). Las enfermedades infecciosas y parasitarias hasta junio 2014 ocupan el segundo lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 29 617.8 (465 consultas, con un descenso significativo en comparación a los años ya analizados) y las Infecciones virales no específicas con una tasa de 10 636.9 (167 consultas) por 100 000 habitantes.

Morbilidad en Menores de 1 a 4 años.
Gráfica N°12.



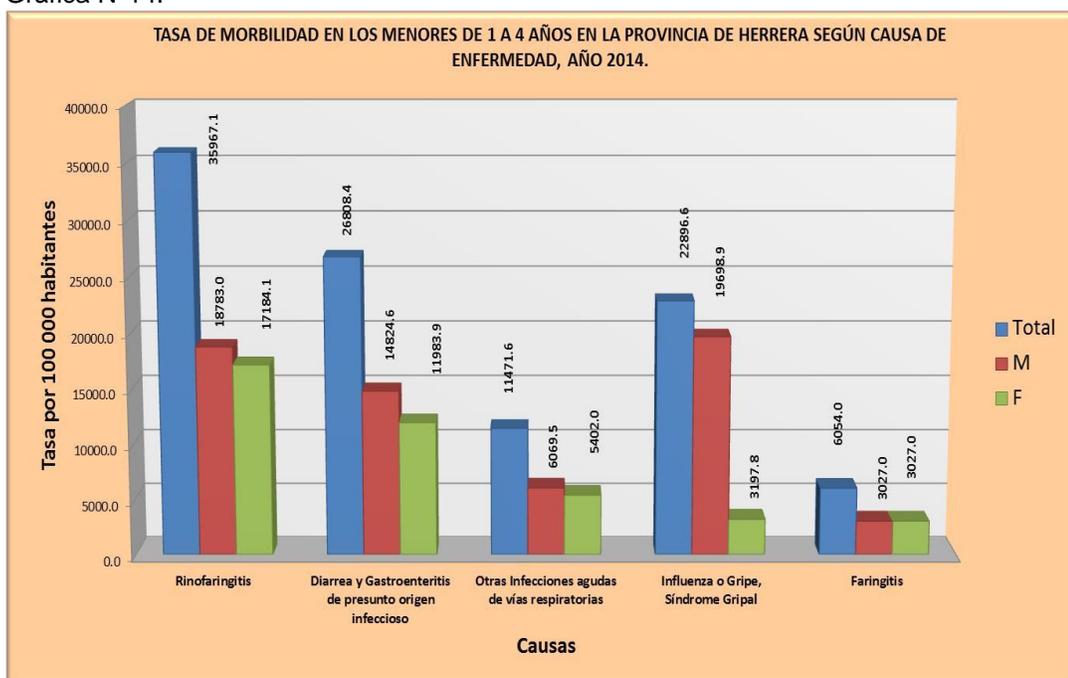
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°13.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°14.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

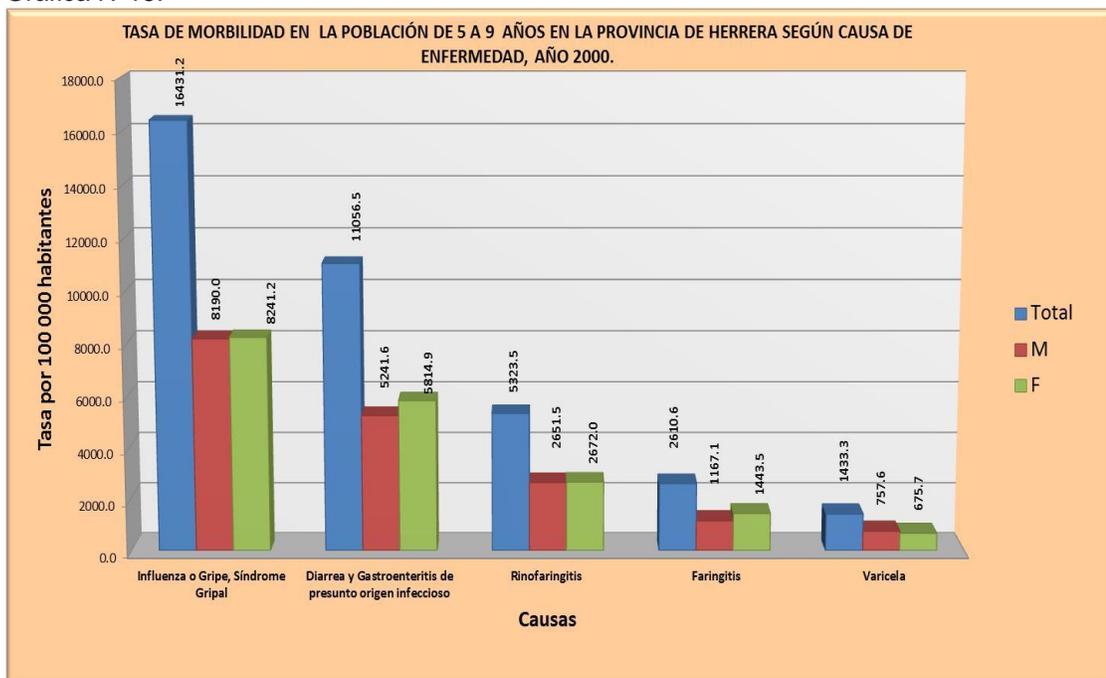
Análisis: podemos observar que para el año 2000, igual que en los menores de 1 año las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la gripe la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 29 448.1, seguido de la Rinofaringitis con una tasa de 10 100.0, la Faringitis con una tasa de 3 222.6. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar en este grupo etario al igual que en el anterior, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 30 386.5. El tercer lugar lo ocupan las enfermedades de la piel, específicamente la Piodermitis con una tasa de 3 123.8.

En cuanto al periodo 2010, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la Rinofaringitis la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 110 652.6, seguido de la Gripe con una tasa de 28 421.1, Otras Infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 36 084.2 y la Faringitis con una tasa de 20 182.5. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar en este grupo etario al igual que en el anterior, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 43 396.5.

Para el 2014 hasta el mes de junio, las enfermedades del sistema respiratorio se mantienen ocupando el primer lugar, permaneciendo la Rinofaringitis como la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 35 967.1, sigue la Gripe con una tasa de 22 896.6, seguido de Otras Infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 11 471.6 y la Faringitis con una tasa de 6 054.0. Las enfermedades infecciosas y parasitarias hasta junio 2014 ocupan el segundo lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 26 808.4 por 100 000 habitantes.

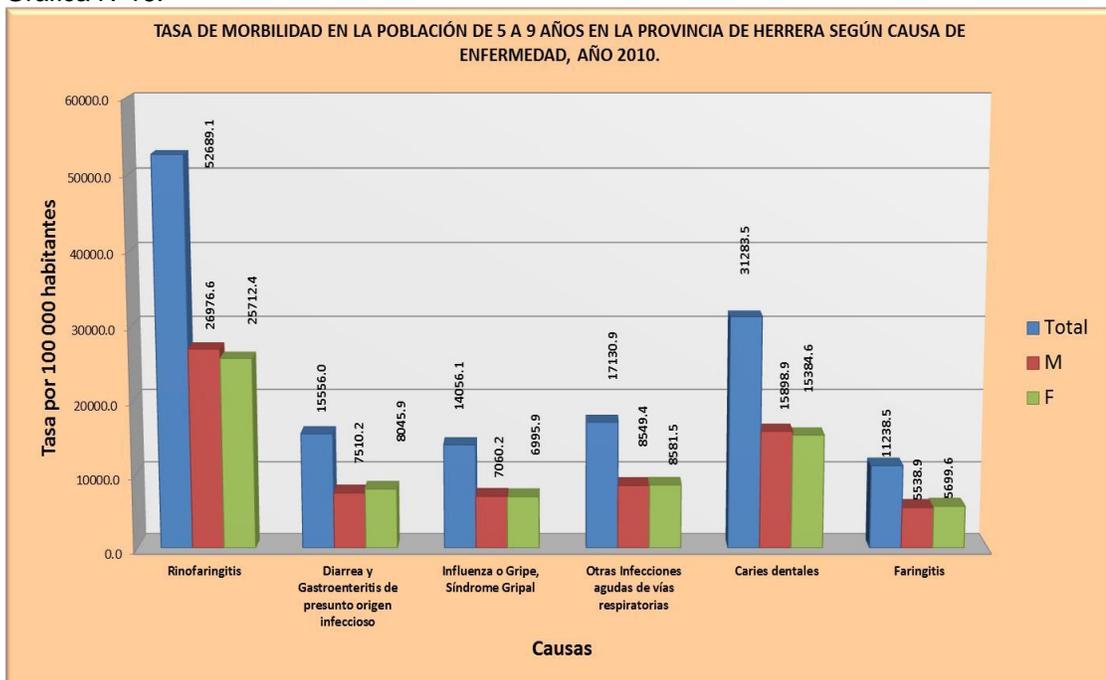
Morbilidad en la Población de 5 a 9 años

Gráfica N°15.



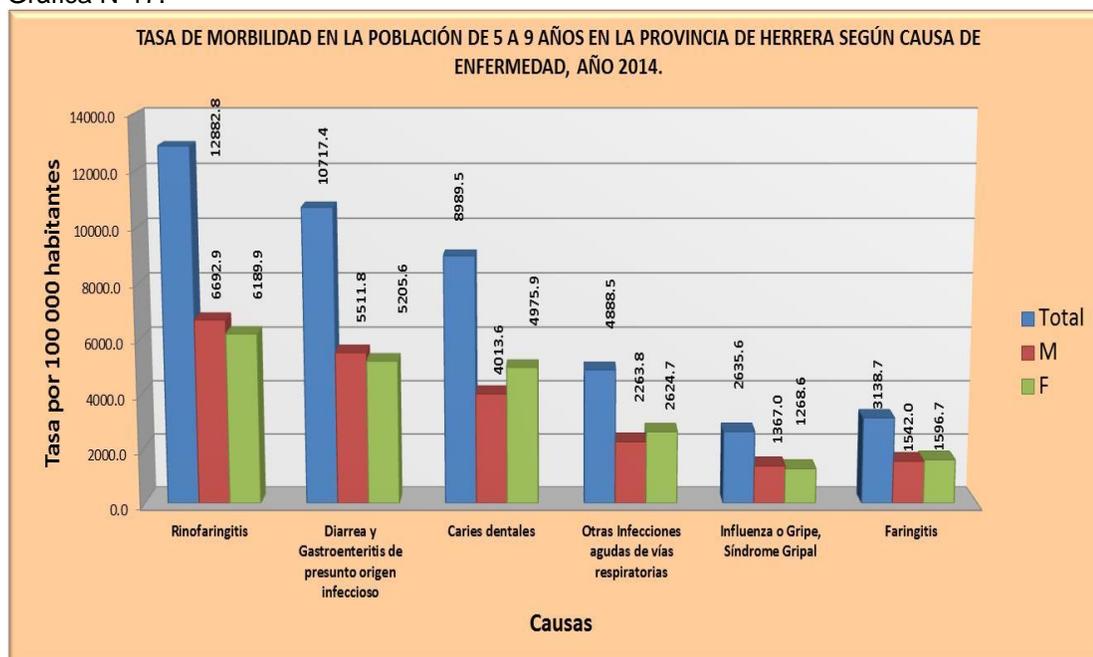
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°16.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°17.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

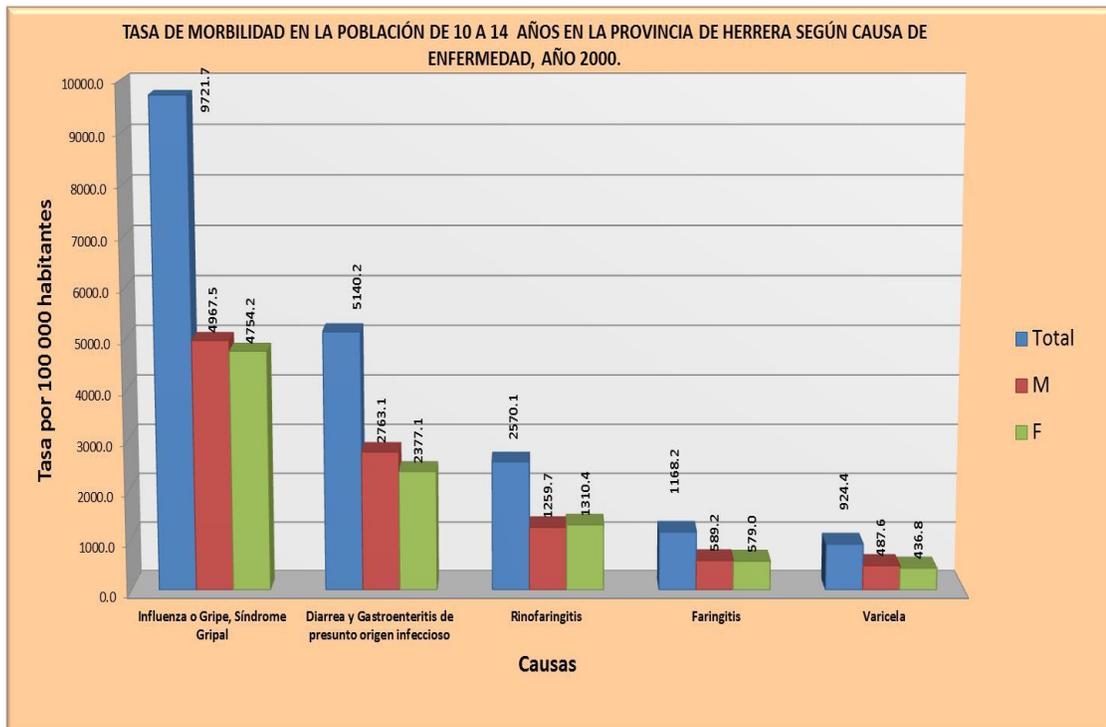
Análisis: podemos observar que para el año 2000, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la gripe la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 16 431.2, seguido de la Rinofaringitis con una tasa de 5 323.5 y la Faringitis con una tasa de 2 610.6. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar en este grupo etario al igual que en el anterior, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 11 056.5.

En cuanto al periodo 2010, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la Rinofaringitis la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 52 689.1, seguido de la Gripe con una tasa de 14 056.1, Otras Infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 17 130.9 y la Faringitis con una tasa de 11 238.5. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar en este grupo etario al igual que en el anterior, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 15 556.0. En este periodo las caries dentales comienzan a manifestarse como un problema de salud que marca el inicio de intervenciones en materia de salud bucal.

Para el 2014 hasta el mes de junio, las enfermedades del sistema respiratorio se mantienen ocupando el primer lugar, permaneciendo la Rinofaringitis como la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 12 882.8, la Gripe con una tasa de 2 635.6, Otras Infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 4 888.5 y la Faringitis con una tasa de 3 138.7. Las enfermedades infecciosas y parasitarias hasta junio 2014 ocupan el segundo lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 10 717.4 por 100 000 habitantes.

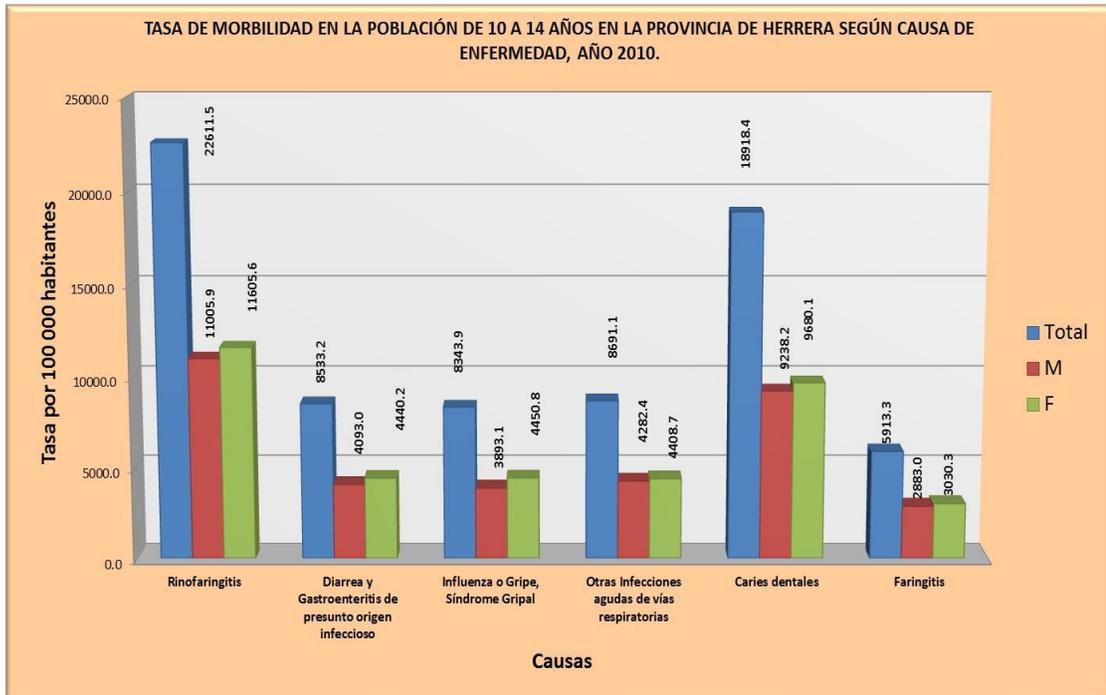
Morbilidad en la Población de 10 a 14 años.

Gráfica N°18.



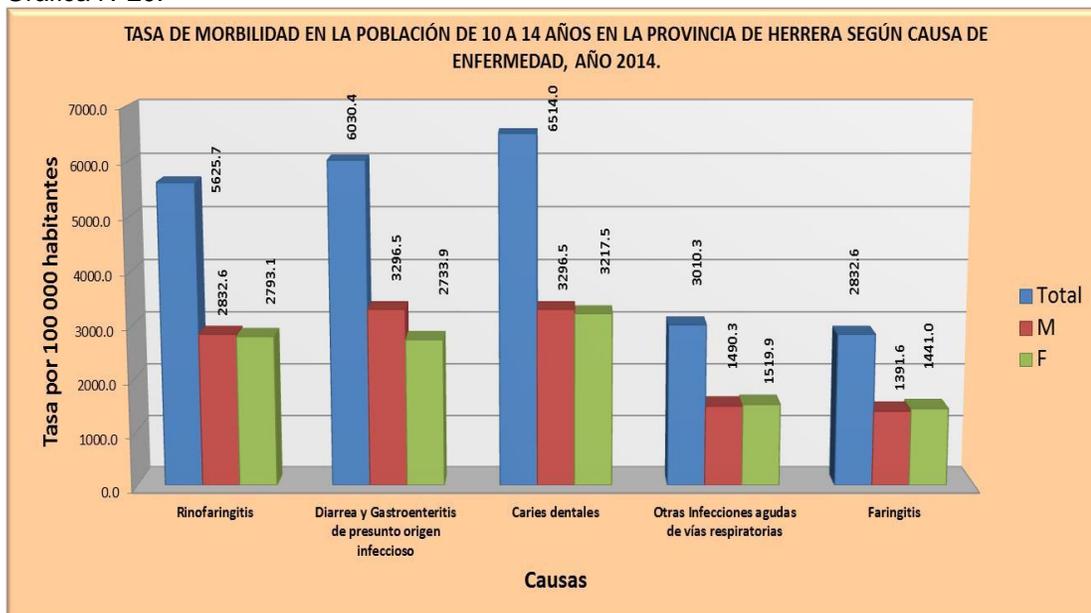
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°19.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°20.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

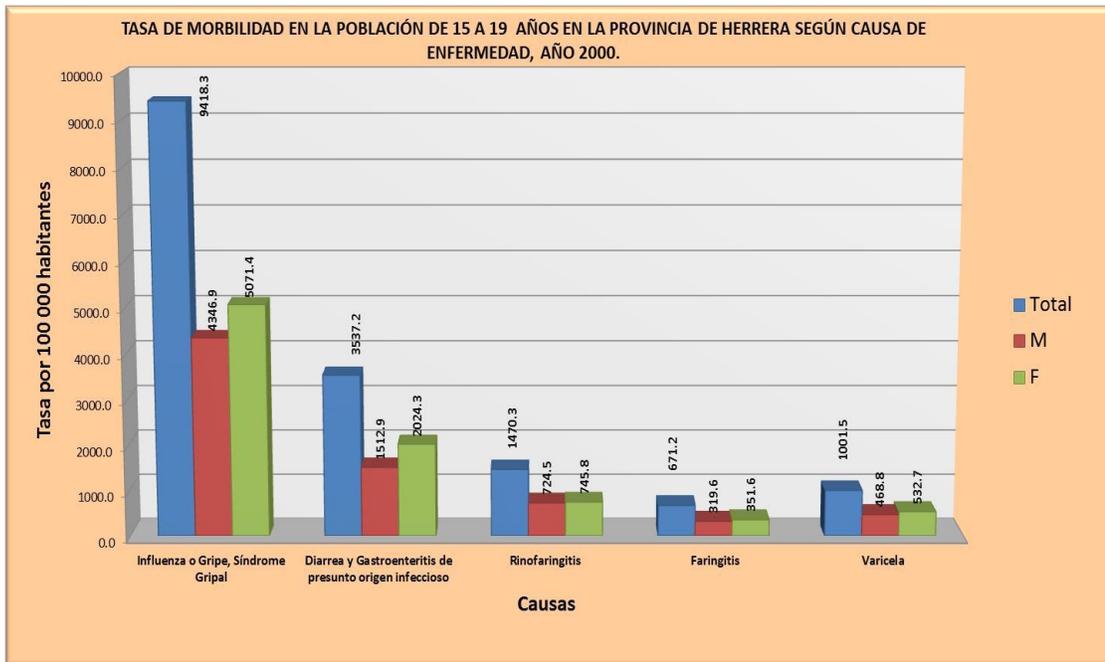
Análisis: podemos observar que para el año 2000, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la gripe la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 9 721.7, seguido de la Rinofaringitis con una tasa de 2 570.1 y la Faringitis con una tasa de 1 168.2. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar en este grupo etario al igual que en el anterior, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 5 140.2.

En cuanto al periodo 2010, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la Rinofaringitis la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 22 611.5, seguido de la Gripe con una tasa de 8 343.9, Otras Infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 8 691.1 y la Faringitis con una tasa 5 913.3. Las caries dentales se consolidan como el segundo lugar en este grupo etario, con una tasa de 18 918.4 reflejando las malas prácticas de higiene bucal en nuestra población sumado al consumo cada vez mayor de comida chatarra. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el tercer lugar en este grupo etario al igual que en el anterior, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 8 533.2.

Para el 2014 hasta el mes de junio, las caries dentales se corona como la patología más frecuente con una tasa de 6 514.0. Las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el segundo lugar, permaneciendo la Rinofaringitis como la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 5 625.7, Otras Infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 3 010.3 y la Faringitis con una tasa de 2 832.6. Las enfermedades infecciosas y parasitarias hasta junio 2014 ocupan el tercer lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 6 030.4 por 100 000 habitantes.

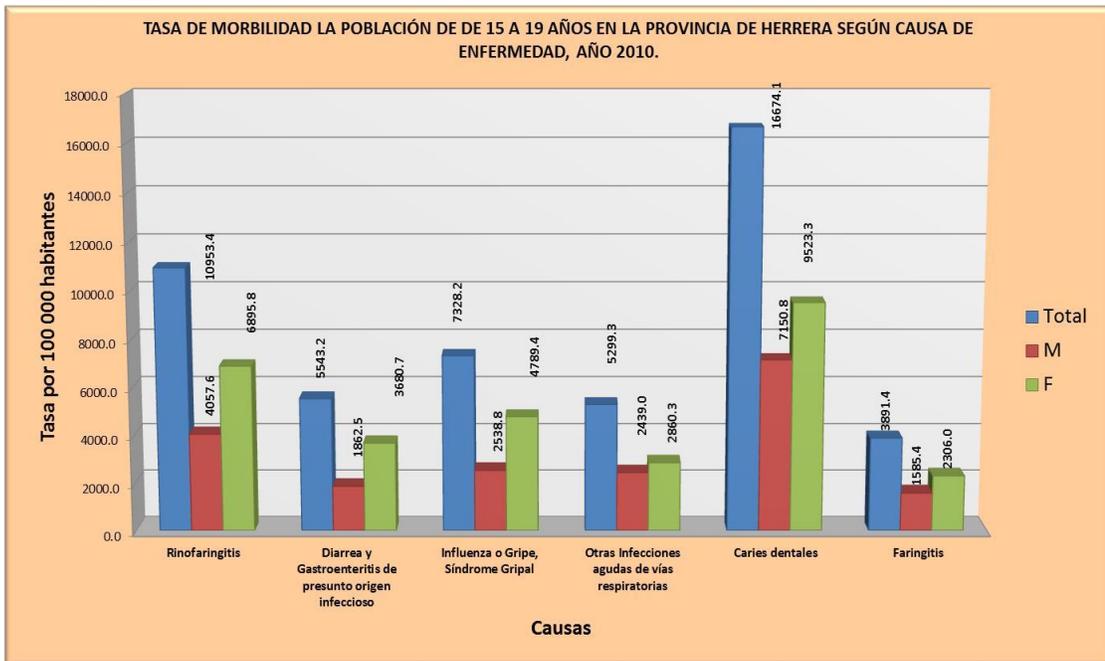
Morbilidad en la Población de 15 a 19 años.

Gráfica N°21.



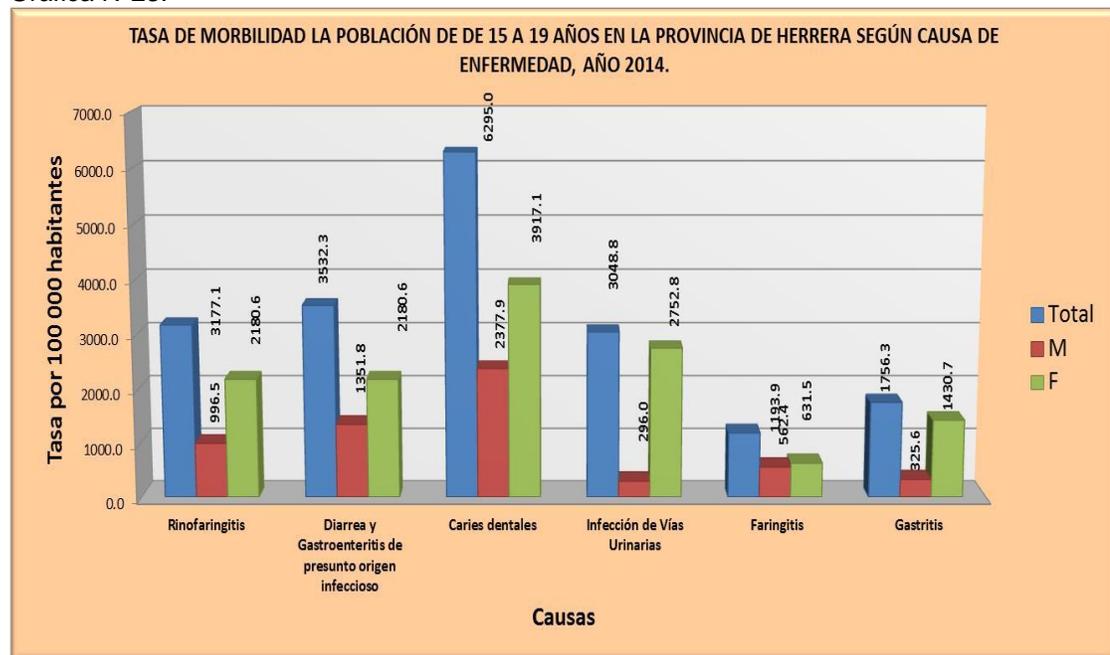
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°22.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°23.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

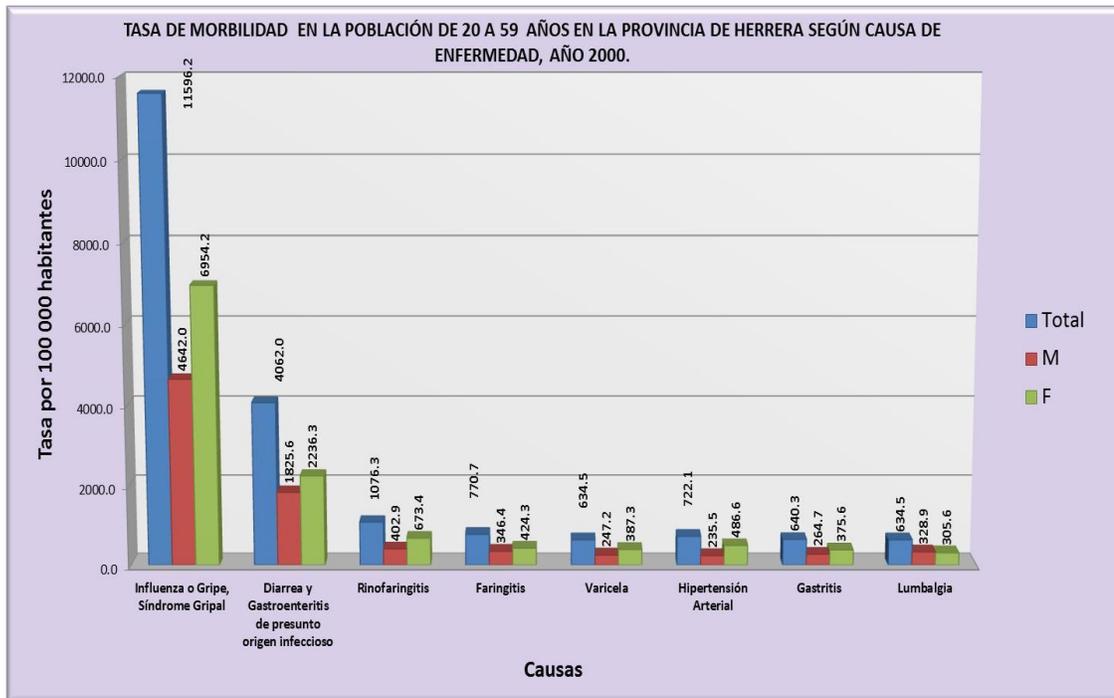
Análisis: podemos observar que para el año 2000, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la gripe la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 9 418.3, seguido de la Rinofaringitis con una tasa de 1 470.3 y la Faringitis con una tasa de 671.2. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar en este grupo etario al igual que en el anterior, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 3 537.2.

En cuanto al periodo 2010, siguiendo la tendencia del grupo etario anterior, las caries dentales constituyen la causa más importante de morbilidad con una tasa de 16 674.1 por 100 000 habitantes. Las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el segundo lugar, siendo la Rinofaringitis la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 10 953.4, seguido de la Gripe con una tasa de 7 328.2, Otras Infecciones agudas de vías respiratorias con una tasa de 5 299.3 y la Faringitis con una tasa 3 891.4. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el tercer lugar en este grupo etario, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 5 543.2.

Para el 2014 hasta el mes de junio, las caries dentales continúan siendo la patología más frecuente con una tasa de 6 295.0. Las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el segundo lugar, permaneciendo la Rinofaringitis como la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 3 177.1 y la Faringitis con una tasa de 1 193.9. Las enfermedades infecciosas y parasitarias hasta junio 2014 ocupan el tercer lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 3 532.3 por 100 000 habitantes. En este escenario surgen además las Infecciones de Vías Urinarias con una tasa de 3 048.6 y la Gastritis con una tasa de 1 756.3

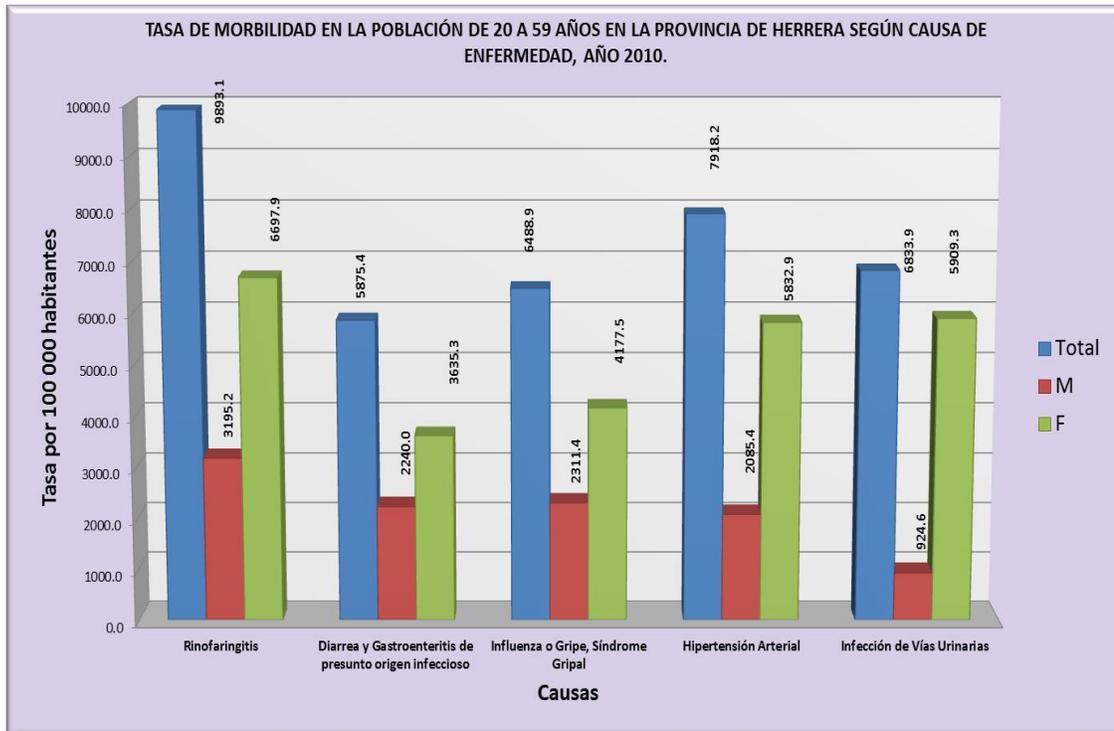
Morbilidad en la Población de 20 a 59 años

Gráfica N°24.



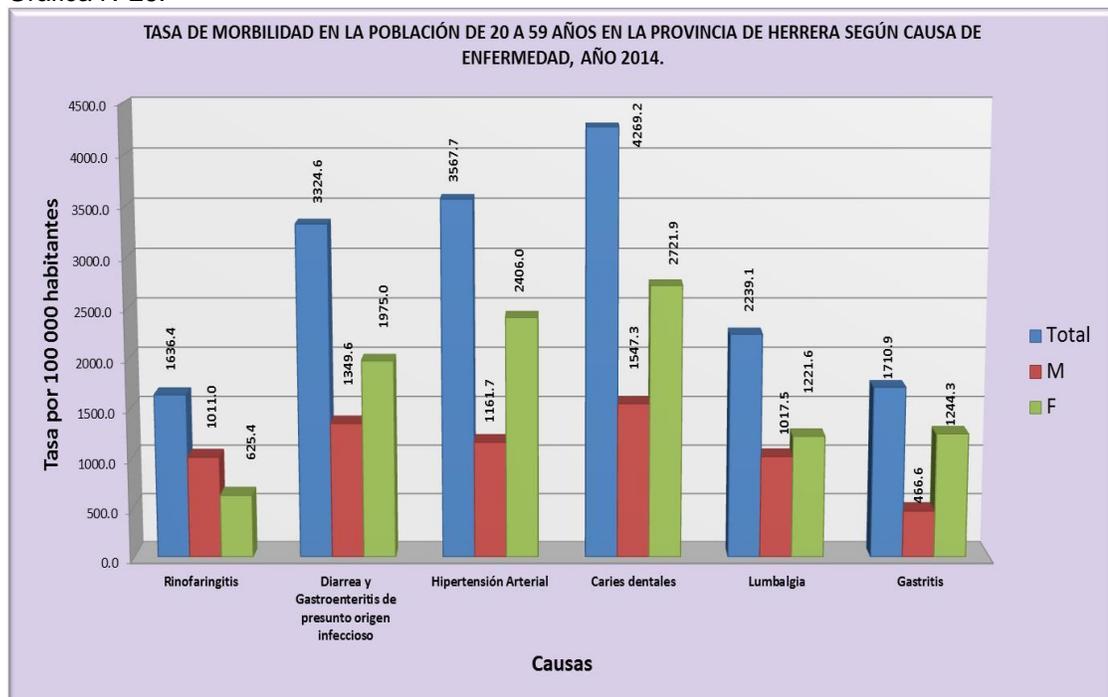
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°25.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°26.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Análisis: podemos observar que para el año 2000, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la gripe la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 11 596.2, seguido de la Rinofaringitis con una tasa de 1 076.3 y la Faringitis con una tasa de 770.7. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el segundo lugar en este grupo etario al igual que en el anterior, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 4 062.0. Nótese lo interesante de este grupo para este año en comparación a todos los grupos etarios anteriormente descritos: la Hipertensión Arterial, la Gastritis y la Lumbalgia, con tasas de 722.1, 640.3 y 634.5 respectivamente, son 3 patologías que surgen producto de los estilos de vida inadecuados, ya que el exceso de alimentos con contenido de sodio, carbohidratos y grasas inician alteraciones circulatorias, que sumado al sedentarismo conllevan al sobrepeso y obesidad que afecta la dinámica de la columna vertebral, por último, la ingesta de este tipo de alimentos ocasiona irritación gástrica con toda la gama de alteraciones en la mucosa estomacal.

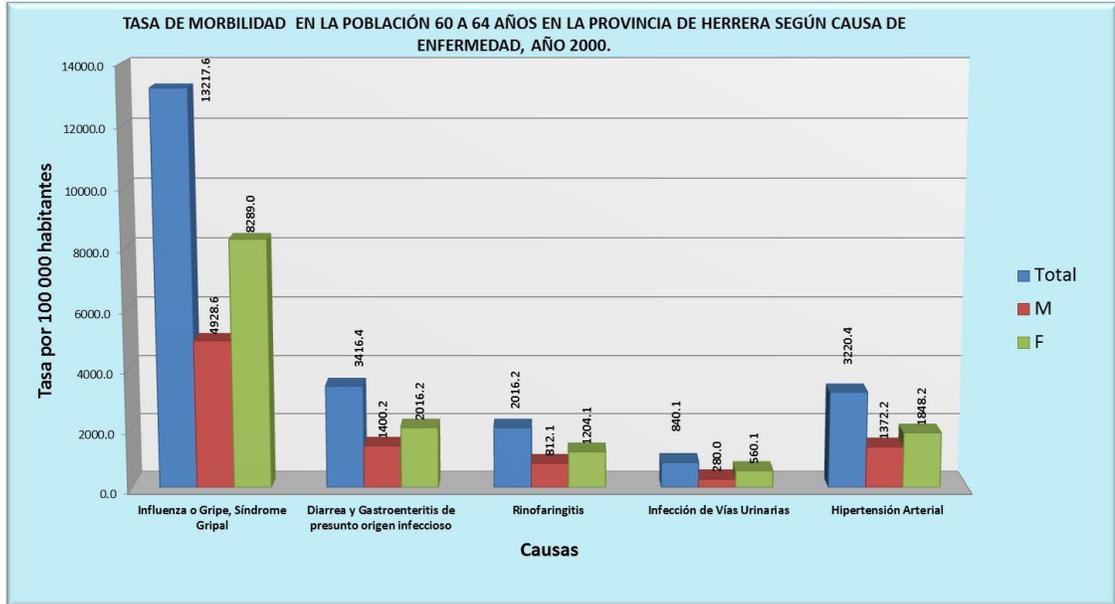
En cuanto al periodo 2010, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar, siendo la Rinofaringitis la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 9 893.1, seguido de la Gripe con una tasa de 6 488.9. La Hipertensión Arterial se corona en este escenario como la segunda patología con mayor incidencia con una tasa de 7 918.2 lo que marca la tendencia observada en el periodo anterior hacia un incremento en las patologías crónicas no transmisibles. Seguido tenemos las Infecciones de Vías Urinarias con una tasa de 6 833.9 y por último, mostrando una caída del segundo lugar al último debido a las medidas de prevención y promoción las enfermedades infecciosas y parasitarias, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 5 875.4.

Para el 2014 hasta el mes de junio, las caries dentales se posiciona como la patología más frecuente con una tasa de 4 269.2. La Hipertensión Arterial mantiene su corona en este escenario como la segunda patología con mayor incidencia con una tasa de 3 567.7 lo que marca la tendencia observada en el periodo anterior hacia un incremento en las patologías

crónicas no transmisibles ya que por sí sola refleja que los estilos de vida no saludables llevan a la población a problemas de Diabetes Mellitus, Obesidad, Sobrepeso y Dislipidemia que aunque no se observan graficadas no indica que no se diagnostiquen. Las enfermedades infecciosas y parasitarias hasta junio 2014 ocupan el tercer lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 3 324.6 por 100 000 habitantes. Las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el último lugar, permaneciendo la Rinofaringitis como la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 1 636.4 desplazada por la Lumbalgia con una tasa de 2 239.1 y la Gastritis con una tasa de 1 710.9.

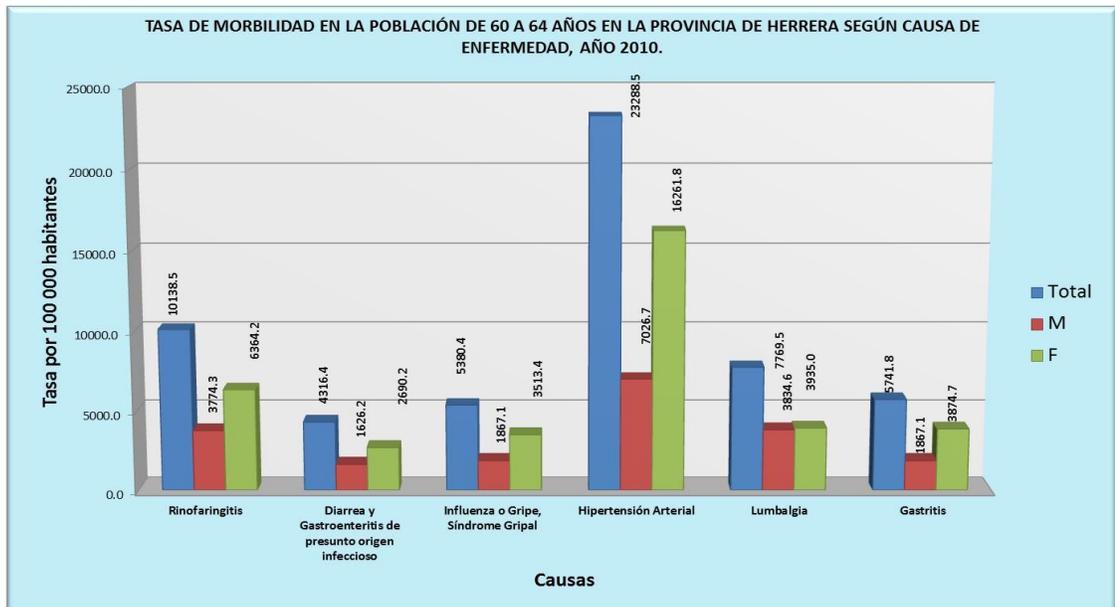
Morbilidad en la Población de 60 a 64 años

Gráfica N°27.



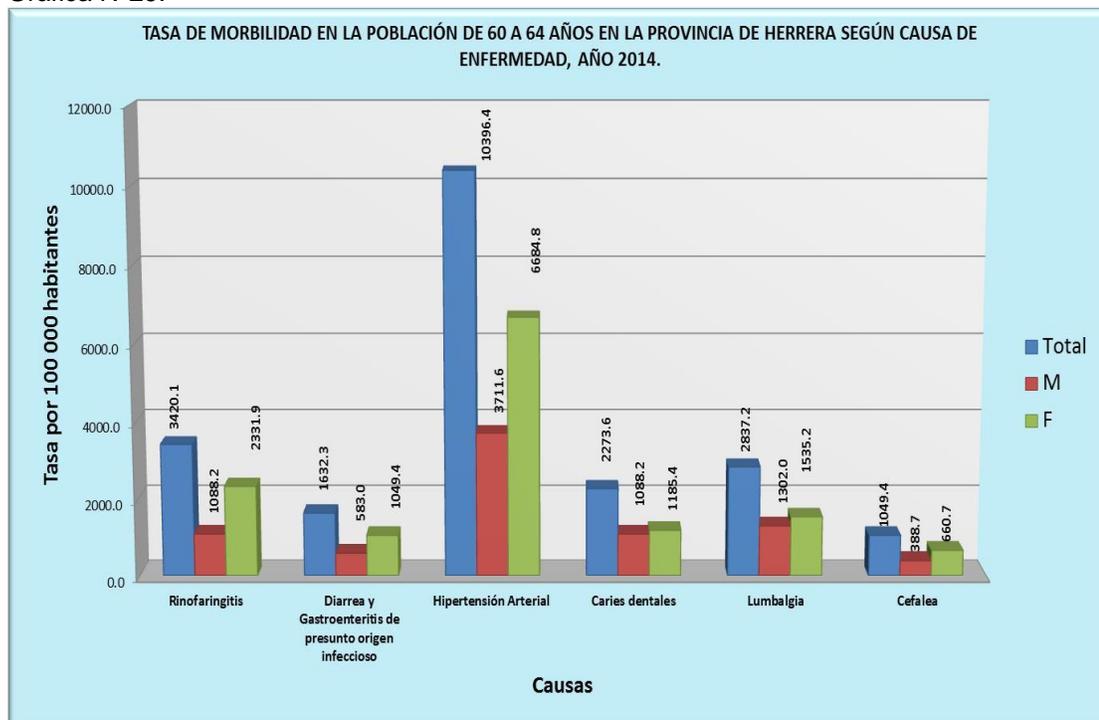
Fuente: Departamento de Planificación del MINSa Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°28.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSa Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°29.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Análisis: podemos observar que para el año 2000, las enfermedades del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar mostrando un comportamiento bastante parecido al de los menores de 5 años, situación que puede analizarse desde la perspectiva de vulnerabilidad inmunológica de esta población, siendo la gripe la patología más frecuente en este grupo de enfermedades con una tasa de 13 217.6, seguido de la Rinofaringitis con una tasa de 2 016.2. Como segundo lugar tenemos a la Hipertensión Arterial con una tasa de 3 220.4 por las razones ya explicadas en el grupo anterior, la tendencia es hacia el incremento. Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocuparon el tercer lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 3 416.4. Las Infecciones de Vías Urinarias muestran predilección por este grupo etario con una tasa de 840.1.

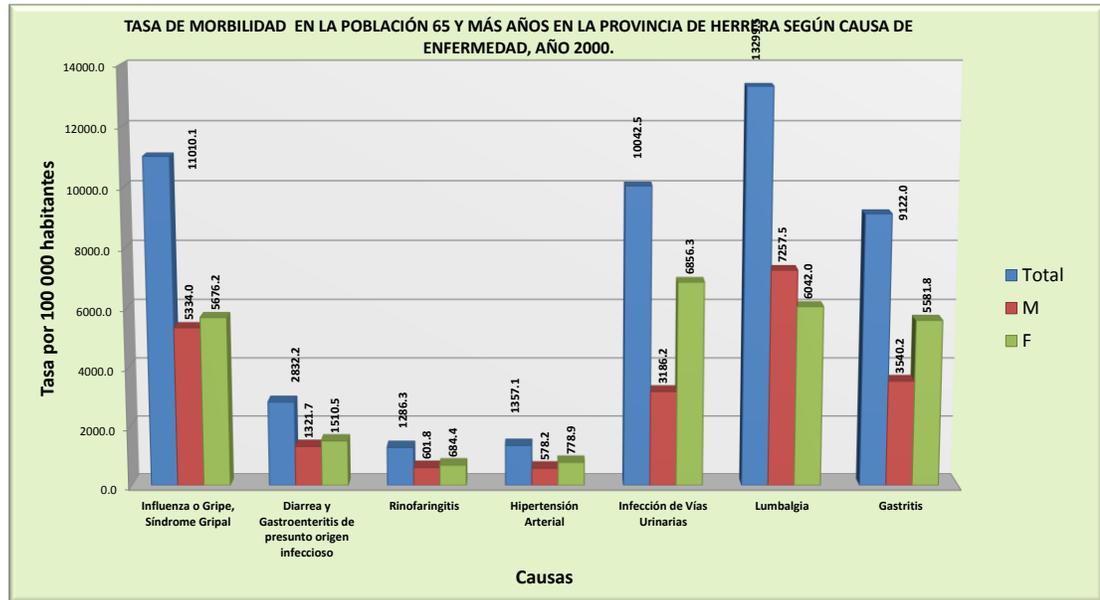
En cuanto al periodo 2010, la Hipertensión Arterial se corona en este escenario como la primera patología con mayor incidencia con una tasa de 23 288.5 lo que marca la tendencia observada en el periodo anterior con un incremento de 7 veces la tasa observada en el periodo 2000 (10 años), lo que representa un diagnóstico promedio de 105 hipertensos nuevos por año durante 10 años (en el 2000 las consultas por hipertensión fueron 115, para el 2010 fueron de 1 160). En Segundo lugar la Rinofaringitis con una tasa de 10 138.5 y la Influenza con una tasa de 5 380.4. Seguido tenemos la lumbalgia con una tasa de 7 769.5 y la gastritis con una tasa de 5 741.8 que asociamos a los estilos de vida no saludables que la población adoptó durante su juventud. Por último debido a las medidas de prevención y promoción, tenemos las enfermedades infecciosas y parasitarias, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 4 316.4.

Para el 2014 hasta el mes de junio, la Hipertensión Arterial mantiene su corona en este escenario como la primera patología con mayor incidencia con una tasa de 10 396.4 lo que marca la tendencia observada en el periodo anterior hacia un incremento en las patologías crónicas no transmisibles ya que por sí sola refleja que los estilos de vida no saludables llevan a la población a problemas de Diabetes Mellitus, Obesidad, Sobrepeso y Dislipidemia que aunque no se observan graficadas no indica que no se diagnostiquen.

Asociado a lo anterior, la Lumbalgia es la tercera patología con más consultas posiblemente producto del sedentarismo y sobrepeso/obesidad ocupa el segundo lugar con una tasa de 2 896.0. La Rinofaringitis se consolida como la segunda patología con más consultas hasta ese mes con una tasa de 3 420.1. Seguido tenemos la aparición una vez más de la Caries dental como cuarta tasa de morbilidad más alta con 2 273.6 asociado a problemas de higiene oral y el consumo de alimentos poco saludables producto de las cadenas de comida rápida entre otros factores de riesgo. Las enfermedades infecciosas y parasitarias hasta junio 2014 ocupan el quinto lugar, siendo la Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso la que se consolida como la morbilidad con mayor incidencia, con una tasa de 1 632.3 por 100 000 habitantes. Por último la Cefalea no especificada con una tasa de 1 810.0.

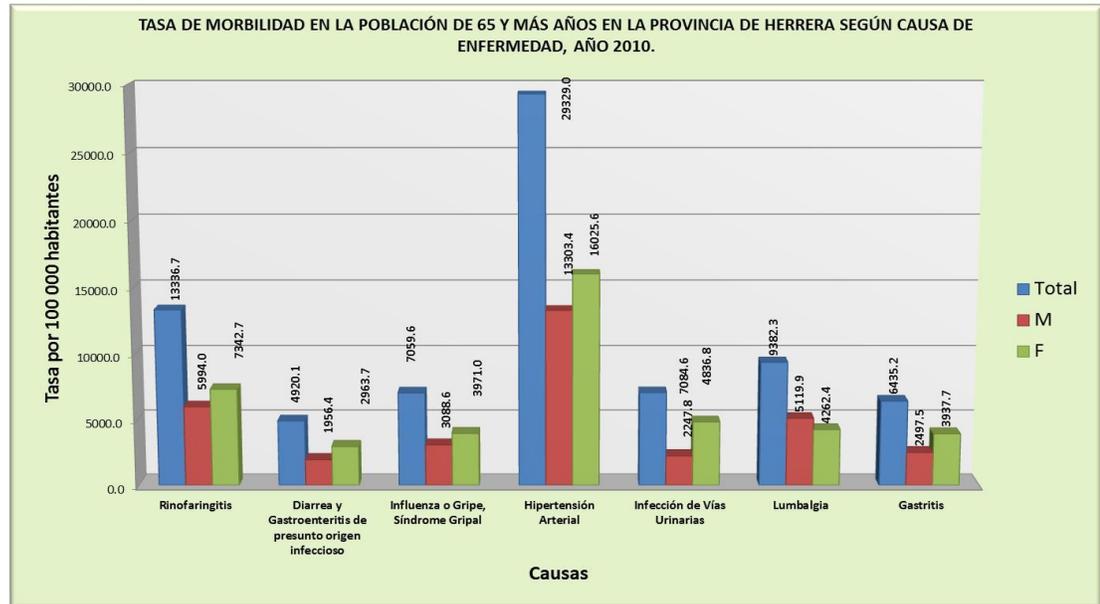
Morbilidad en la Población de 65 y más años

Gráfica N°30.



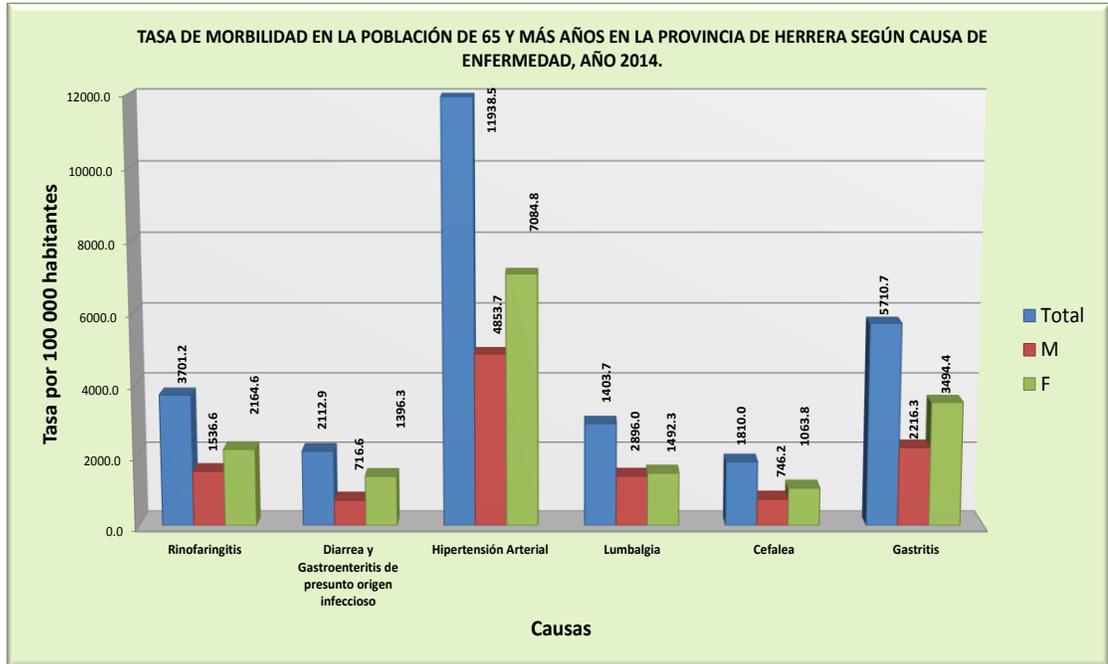
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°31.



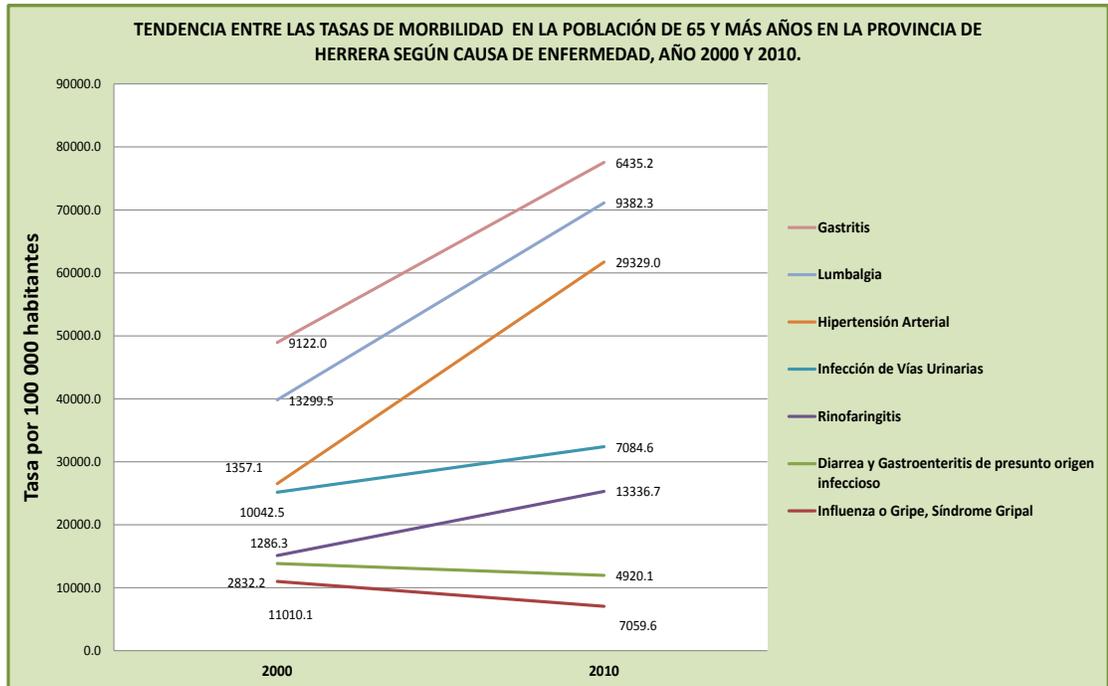
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°32.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Gráfica N°33



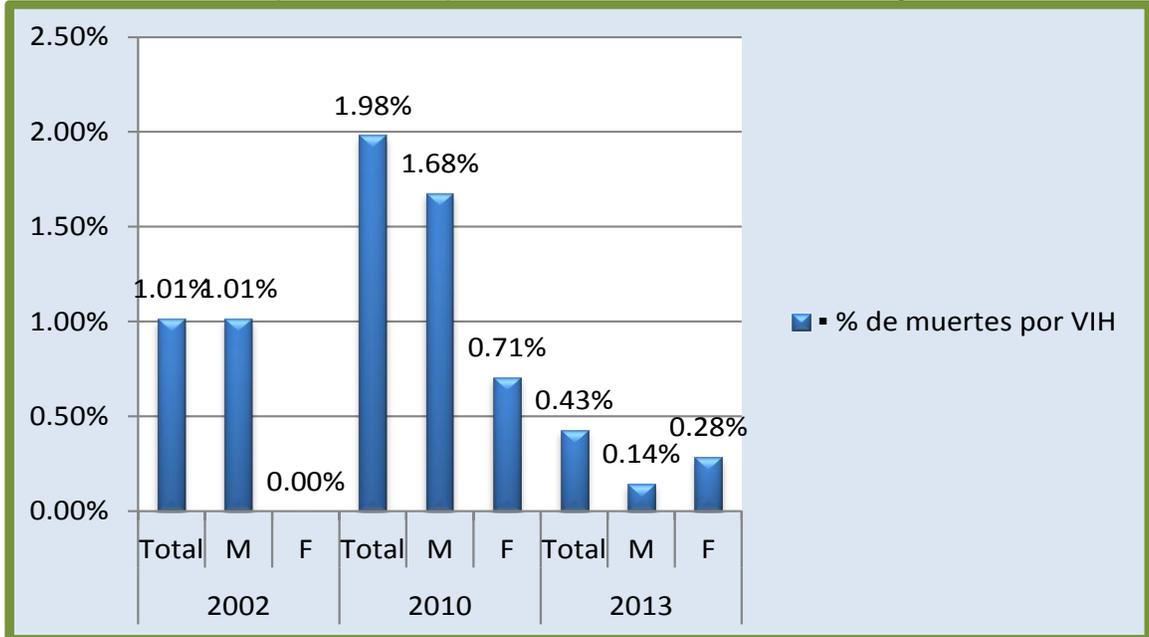
Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud

Análisis: Obsérvese en la Gráfica N°33 como hay una tendencia al descenso de las morbilidades infectocontagiosas y un tendencia al aumento de patologías que reflejan el producto de años por no practicar estilos de vida saludables: Hipertensión Arterial, Lumbalgia y probablemente Gastritis producto de la polifarmacia de la que es producto este grupo etario, en un periodo de 10 años (2000 al 2010).

Basándonos en la Gráfica N°32 que aunque sus datos no están completos (solo hasta Junio 2014) la Hipertensión Arterial y la Gastritis se mantienen como reflejo de lo ya explicado. Este es el escenario que le espera a nuestra población de responsabilidad dentro de 5, 10 y 15 años pero con patologías hasta ahora no reflejadas en los registros como Obesidad, Sobrepeso, Diabetes Mellitus, Síndrome Metabólico; por lo que la población meta para dirigir las estrategias de prevención y promoción son la población actual de 10 a 59 años.

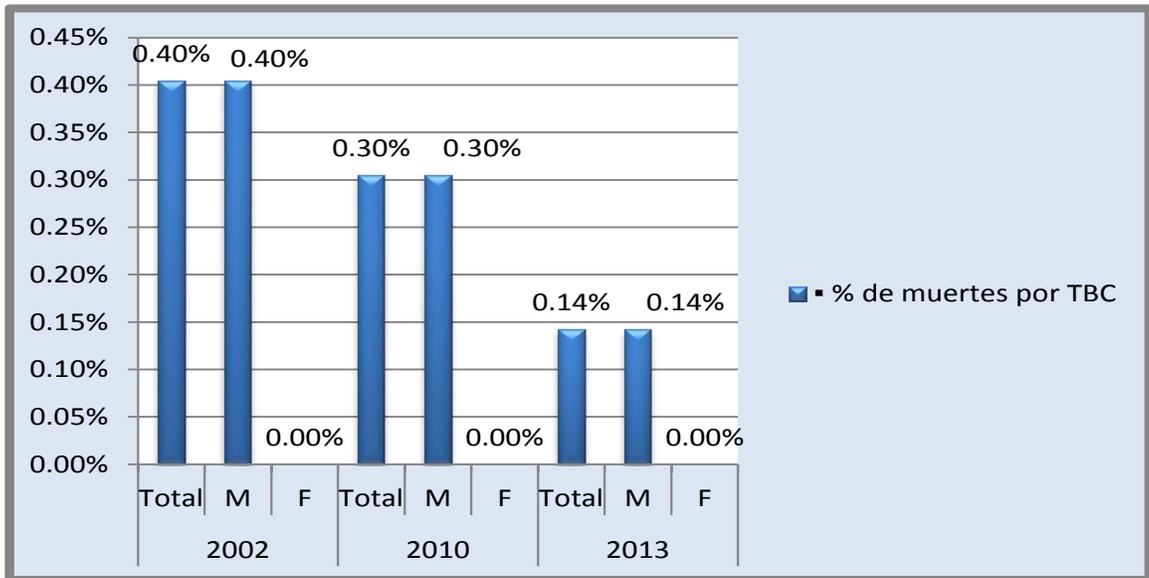
2.6 Enfermedades Transmisibles

Gráfica N°34. Porcentaje de Muertes por VIH en la Población de Herrera según Sexo.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

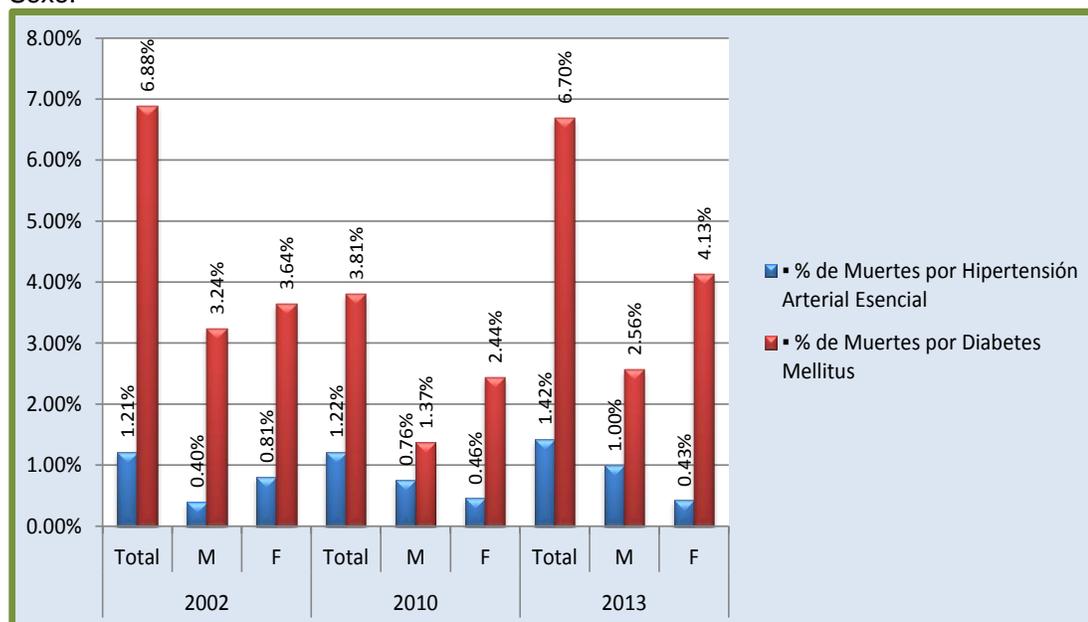
Gráfica N°35. Porcentaje de Muertes por Tuberculosis en la Población de Herrera según Sexo.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

2.7 Enfermedades No Transmisibles

Gráfica N°36. Porcentaje de Muertes por Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus según Sexo.



Fuente: Departamento de Planificación del MINSA Herrera, Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

Nótese como las muertes por Diabetes Mellitus sobrepasan porcentualmente a las muertes por Hipertensión Arterial, lo cual establece una brecha importante entre los registros de consultas de morbilidad por Hipertensión Arterial (vistas en las gráficas N°24 a la N°32) y ahora con los % de muertes por esta patología, más aún, en dichas gráficas la Diabetes Mellitus no se observó sin embargo aquí constituye un dato llamativo lo cual se traduce en no solo en la polarización epidemiológica sino también en debilidades en el registro primario de las consultas por parte del personal médico.

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

Actualmente el Sistema Regional de Salud de Herrera está en un proceso de desarrollo y crecimiento en cuanto a Salud Ocupacional, muestra de ello es que en la semana del 13 al 17 de Enero de 2014 se desarrolló el programa de inducción del personal de salud que colabora con la coordinación regional. Todo inició como el programa de salud del empleado en el año 2005, buscando mimetizar el programa de salud ocupacional iniciado por la CSS llevándose a cabo en los distritos de salud de Chitré y en acción conjunta con la coordinación regional de Salud Pública. Actualmente se lleva a nivel regional de donde la demanda es procedente de los centros de salud de la provincia mediante referencia. Es importante mencionar que es la CSS la que a nivel provincial lleva la mayor oferta y demanda de este programa. Esta realidad no es ajena al resto del país, motivo por el cual el MINSA está desarrollando a nivel de programas y proyectos, el Programa de Salud Ocupacional con las siguientes características:

Ubicación y dependencia jerárquica

El programa de Salud ocupacional está ubicado en el departamento de Salud y atención integral a la población, el cual se encuentra en el Nivel Operativo Ejecutivo y depende jerárquicamente de la Sub Dirección General de Salud de la Población.

Misión:

Fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud en Salud Ocupacional que garantice ambientes laborales saludables, participación y corresponsabilidad sostenible de los

trabajadores y empleadores así como gestión eficiente y efectiva en la prevención de los accidentes y enfermedades laborales.

Para más información visitar <http://www.minsa.gob.pa/programa/programa-salud-ocupacional>

Entre las actividades a las que se aspira realizar están:

Atención directa de los Accidentes Laborales y las Enfermedades Profesionales.

- Atenciones preventivas en las empresas (control periódico)
- Educación y Capacitación a trabajadores y empleadores.
- Evaluación de condiciones y medio ambiente de trabajo en las diferentes empresas.
- Evaluación periódica de trabajadores expuestos a riesgo específico (ruido, plaguicidas, estrés, contaminantes del aire).
- Peritajes médicos laborales (aptitud al trabajo, reubicaciones laborales, calificación de Enfermedades Profesionales).
- Evaluación de pre-invalidez (dirigida a pacientes en trámites de Pensión).

Comportamiento de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.

Actualmente se está programando el estudio de prevalencia sobre enfermedades crónicas en los trabajadores que el Ministerio de Salud ha solicitado a la Dirección General de Salud a través de la coordinación de salud ocupacional. Se espera que los resultados obtenidos logren fortalecer la gestión de los programas dirigidos a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles que impactan en la productividad laboral.

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

Sí, se conoce la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afecta. La población conoce y sabe que muchos de sus problemas de salud son el resultado de los hábitos y conductas no saludables, de la inadecuada protección del ambiente y de la falta de participación de la población en el autocuidado de la salud y en el percibir las instalaciones como centros de atención de enfermedades y no de controles de la salud.

Dentro de los componentes que permiten medir este elemento clave de los servicios de salud tenemos:

- Actividades de Promoción de la Salud: los educadores para la salud y los promotores de la salud son el recurso humano técnico que a nivel comunitario están en contacto con la población y que reciben de primera mano la percepción de la misma sobre sus condiciones de salud, enfermedad y los riesgos que le afectan.
- Comités de Salud: constituyen los aliados estratégicos que de forma participativa elevan la voz del pueblo a las direcciones distritales de salud en materia de las dificultades que la comunidad presenta a nivel sanitario tanto poblacional como ambiental.
- Auditorías Sociales: a través de los auditores sociales se puede llegar a percibir la percepción directamente de la población ya que los auditores son individuos de la población los cuales mantienen estrecha relación con la población lo que nos permite conocer sus percepciones sobre sus condiciones de salud.

FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. ¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

Generalmente se entiende por vigilancia el análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control. La vigilancia resulta esencial para las actividades de prevención y control de enfermedades y es una herramienta en la asignación de recursos de nuestro sistema de salud, así como en la evaluación del impacto de programas y servicios de salud en la provincia de Herrera

A medida que la vigilancia ha ido creciendo como una disciplina básica de la salud pública, se han formulado y empleado diferentes conceptos de vigilancia dependiendo de los tiempos y de los desarrollos alcanzados. Entre ellos se distinguen términos como "vigilancia epidemiológica", "vigilancia sanitaria" o "vigilancia de la salud". Cada uno de ellos tiene diferentes implicancias, que conviene distinguir, para comprender mejor las características de la vigilancia en nuestro país y poder responder con bases la pregunta N°1 de esta fotografía.

1.1 Vigilancia Epidemiológica

Este término surge como resultado del avance científico en el campo de la bacteriología y del descubrimiento de los ciclos epidemiológicos de algunas enfermedades infecciosas y parasitarias. La expresión vigilancia epidemiológica comenzó a ser utilizada en la década del '50 para designar una serie de actividades orientadas al control de las enfermedades transmisibles. Sus acciones incluían la observación sistemática y activa de casos sospechosos o confirmados de enfermedades transmisibles y de sus contactos. Se trataba de una vigilancia de personas con implementación de medidas de cuarentena y aislamiento.

El CDC definió la vigilancia epidemiológica como "información para la acción" definición complementada luego por la OPS, como "información epidemiológica para la acción". En 1970, se la define como el "continuo escrutinio de todos los aspectos involucrados en la ocurrencia y diseminación de una enfermedad que son pertinentes para su control efectivo".

1.2 Vigilancia en Salud

A pesar de que ninguna definición restringía el objeto de la vigilancia a las enfermedades infecciosas así funcionó durante mucho tiempo en la práctica, hasta que el desarrollo de metodologías y técnicas permitieron extender el estudio de otros problemas sanitarios tales como el deterioro del medio por la contaminación ambiental, las radiaciones ionizantes, las adicciones, los accidentes de tránsito y las enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades crónicas degenerativas, obesidad, etcétera).

Debido a que la vigilancia epidemiológica se realiza con la finalidad de actuar o intervenir para evitar la aparición de nuevos casos o disminuir los riesgos de las complicaciones de las personas ya afectadas por la enfermedad objeto de la vigilancia, implica la necesidad de estudiar, además de su comportamiento, los factores que influyen, de manera negativa y positiva, en la determinación o evolución y desarrollo de las mismas.

La comprensión de la salud y la enfermedad como parte de un mismo proceso plantea que la vigilancia solamente de las enfermedades y eventos resulta insuficiente, siendo necesario incluir, dentro del sistema de vigilancia, los aspectos relacionados con las condiciones de vida y los factores determinantes, tanto de las enfermedades como de la salud.

En este caso el objetivo de la vigilancia no está centrado en conocer cada caso individual para adoptar medidas que eviten la propagación de las enfermedades

transmisibles, sino monitorear el comportamiento de la prevalencia, incidencia y de sus factores determinantes para propiciar la adopción de medidas de promoción de la salud. Algunos autores proponen utilizar el concepto de vigilancia en salud pública como forma de indicar la ampliación del objeto de la vigilancia. Así, bajo el actual modelo de determinantes de la salud, se considera que el término “vigilancia de la salud” refleja más apropiadamente la visión integral de la salud en la que las enfermedades transmisibles son apenas uno de sus componentes.

1.3 Vigilancia Sanitaria

Esta denominación, menos difundida que las anteriores, se utiliza en algunos países para referirse al conjunto de acciones capaces de eliminar, reducir, disminuir o prevenir riesgos de salud e intervenir en los problemas sanitarios resultantes del medio ambiente, de la producción y circulación de bienes y de la prestación de servicios, comprendiendo todas las etapas y procesos, de producción y consumo que, directa o indirectamente, puedan tener un impacto en la salud.

La vigilancia sanitaria es uno de los aspectos más *antiguos* de la salud pública ya que involucraba cuestiones relativas al control de las impurezas de las aguas, la salubridad de las ciudades, la circulación de mercaderías, de personas y otras acciones que tenían todas ellas como finalidad la protección de la salud de la población. En ese conjunto de reglas que disciplinaban comportamientos y relaciones, y en la fiscalización de su cumplimiento, se puede reconocer el origen de lo que hoy se denomina vigilancia sanitaria.

Este subsector específico se encarga hoy en día, por un lado, de **vigilar los productos y servicios que son consumidos diariamente**, teniendo como función reconocer las interacciones que se establecen entre éstos y sus implicaciones para la salud, en términos de evaluación de riesgos. Por otro lado, hace referencia a una dimensión ambiental que incluye aspectos tales como la **salubridad del agua, del aire, los residuos sólidos y líquidos y su tratamiento, ambientes especiales (hospitales), salud laboral**, etc. Es decir, que este punto responde a la pregunta formulada.

2. Qué problemas se deben vigilar?

En base a los diferentes niveles de intervención, se deberán vigilar todos los problemas que surjan en cualquiera de estos niveles:

2.1. Situaciones Ambientales:

2.1.1 Eliminación de Desecho Sólidos

- Desechos Agrícolas
- Sustancias Industriales
- Desechos Comerciales
- Desechos Domésticos
- Desechos Hospitalarios

2.1.2 Aguas residuales Sanitarias

- Procedentes de residencias
- Procedentes de Instituciones
- Procedentes de Comercios
- Procedentes de Industrias

2.1.3 Manejo sanitario del Agua Potable

2.1.4 Saneamiento de las obras de desarrollo y construcción

2.1.5 Protección de la contaminación del Aire

- Gases tóxicos
- Ruido

2.2. Situaciones en la Producción, Manipulación y Circulación de Bienes para uso y consumo:

2.2.1 Protección de Alimentos

- Según su origen: animal, vegetal, sintético, mixto.
- Según su conservación
- Según su preparación
- Riesgos en el almacenamiento (roedores, plagas, hongos)

2.2.2 Protección de Animales para consumo

- Atención de Zoonosis
- Atención de Parasitosis
- Otras situaciones de salud veterinaria

2.2.3 Situaciones relacionadas con Plantas

- Por ingesta
- Por contacto y exposición

2.3. Situaciones en la Prestación de Servicios:

2.3.1 Farmacovigilancia y suplementos nutricionales que no califican como medicamentos

2.3.2 Regulación y Vigilancia de las Tecnologías Médicas

2.3.3 Regulación y Vigilancia de Dispositivos Médicos

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

3.1 Entre las Fortalezas tenemos:

- Se dispone de un proceso de vigilancia eficiente y efectivo en materia de desechos sólidos, aguas residuales sanitarias y manejo sanitario del agua potable.
- Adecuados procesos de vigilancia en la protección de alimentos y salud veterinaria.
- Recurso humano técnico y administrativo comprometido con su labor en materia de vigilancia sanitaria.

3.2 Entre las Debilidades tenemos:

- No se dispone de un proceso de vigilancia estructurado y funcional en materia de obras de desarrollo y construcción y protección de la contaminación del aire, ni de alianzas estratégicas con la ANAM.
- Ausencia de un sistema de vigilancia estructurado y funcional para situaciones relacionadas con plantas para consumo-ingesta y contacto-exposición.
- Necesidad de contar con un sistema de vigilancia estructurado y funcional para situaciones relacionadas a farmacovigilancia, suplementos nutricionales, tecnologías médicas y dispositivos médicos.
- Recurso humano técnico y administrativo, además de insumos y equipo para la ejecución de los procesos faltantes de vigilancia sanitaria.

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

Ver respuesta en la página 54, Fotografía N°1, respuesta a pregunta 4.

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

Los principales riesgos de salud en nuestras comunidades en materia de vigilancia sanitaria constituyen las mismas condiciones descritas en la pregunta 2 y 3 de esta Fotografía: obras de

desarrollo y construcción que sólo disponen de estudios de impacto ambiental pero no de salud laboral, riesgo elevado de contaminación del aire tanto por contaminación química como sonora, se pone en riesgo la salud de la población en los casos de uso de plantas para el consumo no regulado (alimentación y fines curativos), el uso y consumo de medicamentos por automedicación y de suplementos nutricionales y dietéticos que ponen en riesgo la salud de la población, riesgo ante el manejo inadecuado de las normas de bioseguridad en la recolección y transporte de desechos sólidos hospitalarios (químicos, biológicos, punzocortantes) por parte del personal de aseo municipal, riesgo de problemas en cuanto a aguas residuales sanitarias ante la ausencia de un sistema de alcantarillados .

En los distritos donde se deben priorizar las intervenciones son: Ocú, Santa María, Parita, Los Pozos y Las Minas; ya que los mismos necesitan un sistema de alcantarillado sanitario y requieren de un sistema de recolección y disposición de la basura de mejor calidad.

6. ¿Cuáles son los mecanismos de suministro de agua (acueducto, acueductos rurales, pozos, disposición de aguas residuales, alcantarillado, fosas sépticas, tanque séptico, residuos sólidos, relleno sanitario, enterramiento, incineración y vertederos a cielo abierto y otros. Incluir comunidades sin acceso a estos mecanismos y forma de gestión de los mismos.

Ver respuesta en la página 65, Fotografía N°2, respuesta a pregunta 11.

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA, ECONÓMICA Y CULTURAL

1. ¿Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por cada Distrito?
2. ¿Cuáles son las distancias (en tiempo y en kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera?
3. ¿Cuáles son los medios usuales de transporte utilizados? Horario del sistema de transporte.
4. Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada.
5. Cuál es el costo de movilización para la población?

Las siguientes Tablas responden a las preguntas anteriores integrando las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por Corregimiento y Distrito con las distancias, en kilómetros y/o tiempo de desplazamiento entre estas comunidades y las instalaciones de salud más cercanas (Centro de Salud / Sub Centro de Salud) y entre estas comunidades y la cabecera; los medios de transporte utilizados, su horario y el costo de movilización.

Tabla N°4.

Accesibilidad Geográfica, Económica y Cultural de las Comunidades de los Distritos de la Provincia de Herrera con mayor necesidad en salud.

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD			INSTALACIONES DE SALUD		DISTANCIA			MEDIOS DE TRANSPORTE			
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	EN KM A LA INSTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA	EN TIEMPO A LA CABECERA	EN TIEMPO A INSTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA	MECANISMO	HORARIO	COSTO	
LAS MINAS	CHEPO	LAS LLANITAS	Chepo	X	No Disponible	45 min	1 h y 30 min/ 2 h	Caballo/pie	Las Minas a Chepo Horario de 6:00 AM-2:00 PM	B/	1.75
		LAS PIPAS (P)	Chepo	X		1 h	1 h y 20 min	Caballo/pie			
		QUEBRADA DEL CANTARO (P)	Chepo	X		2 h/3h y 45 min	2 h/3h	Caballo/pie			
		QUEBRADA RAMOS (P)	Chepo / Las Minas	X		4h/1h30min	4h/1h30min	Transporte doble tracción			
		RIO LA VILLA (P)	Las Minas	X		2h	2h	Transporte doble tracción			
LAS MINAS	QUEBRADA DEL ROSARIO	EL CACAO	Las Minas	X		1h	1h	Transporte doble tracción	Las Minas a Chepo Horario de 6:00 AM-2:00 PM	B/	2.00
		EL GALLO	Los Pozos	X		1h+45 min	1 h y 45 min	Caballo o Caminando/Transporte doble tracción			
		EL MACANO	Las Minas	X		20 min+45 min	1h y 25 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		LA CUCHARETA	Las Minas	X		1 h+45 min	1 h y 45 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		LA HUACA	Las Minas	X		2h+20 min	2h y 20 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		LAS YESCAS	Las Minas	X		2h+45min	2h+45min	Caminando+Transporte doble tracción			
		LOS PORTORRICOS	Las Minas	X		2 h + 45 min	3 h + 45 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		QUEBRADA DEL ROSARIO ABAJO (P)	Las Minas	X		2h+1 y 30min	3 y 30 min	caballo o Caminando/Transporte doble tracción			
		EL ALGODON	Las Minas	X		30 min - 40 min	1 h y 20 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		EL JUNCAL		X		30 min - 40 min	1 h y 20 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		EL NANZAL	Las Minas	X		1 h	1 h	Transporte doble tracción			
		EL PROGRESO O EL GUINEO	Las Minas	X		1h y 15 min	1h y 15 min	Transporte doble tracción			
		LA COLORADA	Las Minas	X		1 h	1 h	Transporte doble tracción			
		LA PACORA NO. 1	Las Minas	X		30 min- 45 min	1 y 15 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		LA PACORA NO. 2	Las Minas	X		2 h +1 y 30 min	3h y 30 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		LAS PIPAS (P)	Los Pozos	X	1 h y 20 min	2 h y 20 min	Caminando+Transporte doble tracción				
		LOMA DEL COPE O COPE ABAJO (P)	Las Minas	X	1 h + 30 min	2 h + 30 min	Caminando+Transporte doble tracción				
		QUEBRADA DEL ROSARIO	Las Minas	X	1 h	1 h	Caballo o transporte doble tracción				

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Región de Salud de Herrera.

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD			INSTALACIONES DE SALUD		DISTANCIA			MEDIOS DE TRANSPORTE			
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	EN KM A LA INSTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA	EN TIEMPO A LA CABECERA	EN TIEMPO A INSTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA	MECANISMO	HORARIO	COSTO	
LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	EL CIPRIAN	Las Minas	X	No Disponible	2 h	2 h	Transporte doble tracción	Las Minas a Chepo Horario de 6:00 AM-2:00 PM	B/	2.50
		EL COPE	Las Minas	X		1h y 30 min + 1 h	2 h y 30 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		LA CUTARRA (P)	Las Minas	X		2h + 1 h	3 h	Caminando+Transporte doble tracción			
		LAS MATAS ABAJO (P)	Los Pozos	X		2h + 1 h	4 h	Caminando+Transporte doble tracción			
		LAS MATAS O LAS MATAS ARRIBA	Las Minas	X		3 h	3 h	Transporte doble tracción			
		LOMA DEL RANCHITO	Las Minas	X		3 h	3 h	Transporte doble tracción			
		LOMA AZUL	Las Minas	X		2 h	2 h	Transporte doble tracción			
		LOS VIOTALES	Chepo/Las Minas	X		1h/2h	1h/2h	Transporte doble tracción			
		PAJA DE NATA	Las Minas	X		3h	3h	Transporte doble tracción			
		QUEBRADA DEL CANTARO (P)	Las Minas	X		2h	2h	Transporte doble tracción			
		QUEBRADA EL CIPRIAN	Las Minas	X		2h	2h	Transporte doble tracción			
		QUEBRADA EL LIMON	Las Minas	X		2h	2h	Transporte doble tracción			
		QUEBRADA HERNANDEZ	Las Minas	X		3h	3h	Transporte doble tracción			
		QUEBRADA RAMOS (P)	Las Minas	X		1h/2 h	1h/2 h	Caminando+Transporte doble tracción			
		RIO LA VILLA (P)	Las Minas	X		2h	2h	Transporte doble tracción			
		DIVISA	Chepo	X		1h	1 h	Transporte doble tracción			
		EL JACINTO (P)	Chepo	X		1h y 45 min	1h+ 20 min	Caminando+Transporte doble tracción			
		EL PARQUE	Chepo	X		1 y 15 min	30min+1 h	Caminando+Transporte doble tracción			
	QUEBRADA PIFA	Chepo	X	2 h		1h/1h	Caminando+Transporte doble tracción				
	CHEPO	CHEPO (P)	Chepo	X		45 min	1 hora	Caminando	Las Minas a Chepo Horario de 6:00 AM-2:00 PM	De Chepo a Las Minas B/ 1.75	
		COROTU	Chepo	X		1 y 15 min	30 min	Caminando			
		EL CAÑAFISTULO (P)	Chepo	X		4y 45 min	4h/4h	Caballo/ Caminando			
		FILO LLANO	Chepo	X		3 h y 45 min	3 h	Caminando			

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Región de Salud de Herrera.

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD			INSTALACIONES DE SALUD		DISTANCIA			MEDIOS DE TRANSPORTE		
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	EN KM A LA INSTALACION DE SALUD MÁS CERCANA	EN TIEMPO A LA CABECERA	EN TIEMPO A INSTALACION DE SALUD MÁS CERCANA	MECANISMO	HORARIO	COSTO
LAS MINAS	CHEPO	LA DESBARRANCADA	Chepo	X	No Disponible	4h/5h	5 h	Caballo/ Caminando	Las Minas a Chepo Horario de 6:00 AM-2:00 PM	De Chepo a Las Minas B/ 1.75
		LA SONADORA	Chepo	X		2 h	2 y 40 min	Caminando		
		LAS PLAYITAS	Chepo	X		2h/3 h	2h/3 h	Caballo/ Caminando		
		LOMA DEL TIGRE	Chepo	X		2h/3 h	2h/3 h	Caballo/ Caminando		
		LOS BARTOLOO O LOMA REDONDA	Chepo	X		2h/3 h	2h/3 h	Caballo/ Caminando		
		LOS MACANITOS	Chepo	X		2h/3 h	2h/3 h	Caballo/ Caminando		
		RIO MARIATO	Chepo	X		2h/3 h	2h/3 h	Caballo/ Caminando		
		RIO NEGRO	Chepo	X		7 y 45 min	7h/7h	Caballo/ Caminando		
		RIO VIEJO	Chepo	X		6 y 45 min	5h/6h	Caballo/ Caminando		
		TRES CASAS	Chepo	X		5 h y 45 min	4/5 h	Caballo/ Caminando		
		ALTO AGUACATE	Chepo	X		6 h y 45 min	4/5 h	Caballo/ Caminando		
		ALTOS DEL CANTARO	Chepo	X		3 y 45 min	2h/3h	Caballo/ Caminando		
		BARRERO AMARILLO	Chepo	X		6 y 45 min	5h/6h	Caballo/ Caminando		
		DOS BOCAS	Chepo	X		5 h y 45 min	4/5 h	Caballo/ Caminando		
		EL CACAO	Chepo	X		6 h y 45 min	4/5 h	Caballo/ Caminando		
		EL GUANICO	Chepo	X		45 min	45 min	Caminando		
		EL JACINTO (P)	Chepo	X		1h y 20 min	1h y 20 min	Caballo/Transporte doble tracción		
		EL SALTO	Chepo	X		2 h y 45 min	1 y 30 ml/ 2h	Caballo/caminando		
		FLORIDA	Chepo	X		3h y 45 min	3h	Caballo/Transporte doble tracción		
		HONDO EL LIMON	Chepo	X		3h y 45 min	3h	Caminando		
LA MANGUILLOSA O LAS PLANETAS	Chepo	X	3h y 45 min	3h	Caballo/Transporte doble tracción					
LAS PLANETAS DE RIO NEGRO	Chepo	X	7h y 45 min	7h/7 h	Caminando					
LOS HILARIOS	Chepo	X	7h y 45 min	7h/7 h	Caballo/ Caminando					

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Región de Salud de Herrera.

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD			INSTALACIONES DE SALUD		DISTANCIA			MEDIOS DE TRANSPORTE		
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	EN KM A LA INSTALACION DE SALUD MÁS CERCANA	EN TIEMPO A LA CABECERA	EN TIEMPO A INSTALACION DE SALUD MÁS CERCANA	MECANISMO	HORARIO	COSTO
LAS MINAS	CHEPO	LOS ÑUMIS	Chepo	X	No Disponible	9 h	8h/9h	Caballo	Las Minas a Chepo Horario de 6:00 AM-2:00 PM	De Chepo a Las Minas B/ 1.75
		MACARAQUITA	Chepo	X		5h y 45 min	5 h	Caballo		
		QUEBRADA CHEPO	Chepo	X		2 y 15 min	1 y 30 min	Caminando		
		QUEBRADA LA LLANITA	Chepo	X		2 y 15 min	1 y 30 min y 2 h	Caballo/pie		
		RIO JACINTO	Chepo	X		2h	1h+20 min	Caballo+ Transporte doble tracción		
		RIO LAS MATAS	Chepo	X		3 h	3 h	Transporte doble tracción		
		RIO NEGRO ABAJO	Chepo	X		8 y 15 min	7 h y 30 min	Caballo o caminando		
		RIO NEGRO ARRIBA O LAS MATIAS	Chepo	X		6 y 30 min	5 a 6 h	Caballo o caminando		
		RIO VIEJO ABAJO	Chepo	X		6 y 30 min	5 a 6 h	Caballo o caminando		
		RIO VIEJO ARRIBA	Chepo	X		6 y 30 min	5 a 6 h	Caballo o caminando		
	RÍO MANGUILLO O MANGUILLO (P)	Chepo	X	6 y 30 min		5 a 6 h	Caballo o caminando			
	TRES PUNTAS (P)	Chepo	X	45 min		10 min	Transporte doble tracción			
	CHUMICAL	EL RASCADOR	Las Minas	X		40 min	40 min	Caminando/ Transporte	Desde las 6:30 AM - 3:30 PM con horario de cada 2 horas	B/, 0.25 - B/,0.35
		MEJIAS ABAJO	Las Minas	X		1 y 40 min	1 y 40 min	Caminando/ Transporte		
		MEJIAS ARRIBA	Las Minas	X		1 y 40 min	1 y 40 min	Caminando/ Transporte		
	EL TORO	CHUMICAL	Las Minas	X		10 min	10 min	Caminando/ Transporte	Las Minas a El Toro Horario de 6:00 AM-2:00 PM	Del Toro a las Minas B/ 2.50
		ALTO AMBROSIO	Chepo	X		3 y 15 min	2 h + 30 min	Caballo + Carro		
		ALTO EL MARTÍN	Chepo	X		4 h	3 y 30 min+ 30 min	Caminando/ Transporte doble tracción		
		ARRAJAN	Chepo	X		15 min + 30 min	15 min + 30 min	Caminando/ Transporte doble tracción		
		EL BARNIZ	Chepo	X		30 min	30 min	Transporte doble tracción		
EL CAÑAFISTULO (P)		Chepo	X	6 + 30 min	6 + 30 min	Caminando/ Transporte doble tracción				
EL COROTU		Chepo	X	1h + 30 min	1h + 30 min	Caminando/ Transporte doble tracción				
EL MAURE	Chepo	X	2 h + 30 min	2 h + 30 min	Caminando/ Transporte doble tracción					

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Región de Salud de Herrera.

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD			INSTALACIONES DE SALUD		DISTANCIA			MEDIOS DE TRANSPORTE		
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	EN KM A LA INSTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA	EN TIEMPO A LA CABECERA	EN TIEMPO A INSTALACION DE SALUD MÁS CERCANA	MECANISMO	HORARIO	COSTO
LAS MINAS	EL TORO	CALABACITO	Las Minas	X	No Disponible				Las Minas a El Toro Horario de 6:00 AM-12:00 PM	B/. 2.50
		CERRO COLORADO O CORDILLERA	Las Minas	X		3 h	2h+ 1 min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		CERRO LA VACA	Las Minas	X		3 h	2h+ 1 min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		EL CIRUELO	Las Minas	X		3 h	2h+ 1 min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		EL SALERO	Las Minas	X		3 h	2h+ 1 min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		EL SALERO NO.1	Las Minas	X		1 y 30 min	1h+ 30 min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		EL RÚCO	Las Minas	X		2 y 30 min	2h + 30 min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		LA MALAGUETA ARRIBA (P)	Las Minas	X		3 y 30 min	2h + 30 min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		LA MIEL	Las Minas	X		1h	30min+20min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		LA TORRE	Las Minas	X		1 y 30 min	1h+ 30 min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		LEONES ABAJO	Las Minas	X		1 y 30 min	1h+ 30 min	Transporte doble Tracción		
		LEONES ARRIBA	Las Minas	X		1 y 30 min	1h+ 30 min	Transporte doble Tracción		
		LOS CEIBOS	Chepo	X		1 h	45 min	Caminando		
		LOS HELECHALES	Las Minas	X		30 min	30 min/2h	Caminando +Transporte doble Tracción		
		RIO PARITA (P)	Las Minas	X		1 h	30min+30 min	Caminando +Transporte doble Tracción		
		EL SUAY	Las Minas	X		40 min	40 min	Transporte doble tracción		
		EL SUAY ABAJO	Las Minas	X		1 y 20 min	40min+20 min	Transporte doble tracción		
		EL SUAY ARRIBA	Las Minas	X		2 y 20 min	40min+20 min	Transporte doble tracción		
		LA PEÑA	Las Minas	X		20 min	20 min	Transporte doble tracción		
		LAS LAJAS	Las Minas	X		1 hora	1 hora	Pie/caballo		
LLANO AMADOR	Las Minas	X	20 min	20 min	Transporte doble tracción					
LOS PICACHOS	Las Minas	X	1 h + 30 min	1 h y 30 min	Pie+Transporte doble tracción					
LOS VALDESES	Las Minas	X	1 h + 30 min	1 h y 30 min	Pie+Transporte doble tracción					
RINCON DEL GATO	Las Minas	X	20 min	20 min	Transporte doble tracción					
TRES PUNTAS (P)	Chepo	X	1 hora	45 min	Transporte doble tracción					
									B/. 1.50	

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Región de Salud de Herrera.

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD			INSTALACIONES DE SALUD		DISTANCIA			MEDIOS DE TRANSPORTE		
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	EN KM A LA INSTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA	EN TIEMPO A LA CABECERA	EN TIEMPO A INSTALACION DE SALUD MÁS CERCANA	MECANISMO	HORARIO	COSTO
LOS POZOS	CAPURI	ALTO PANAMA	Los Pozos	El Cedro	12 km	30 min	30 min	Caballo	6:00 AM a 5:00 PM	B/. 1.25
		RIO ABAJO	Los Pozos	El Cedro	12 km	30 min	30 min	Caballo		B/. 1.25
		RIO ARRIBA (P)	Los Pozos	El Cedro	12 km	30 min	30 min	Taxi		B/. 1.25
		BAJO DEL CAJETO (P)	Los Pozos	El Cedro	12 km	30 min	30 min	Taxi		B/. 1.25
	EL CEDRO	ALTO DEL RIO (P)	Los Pozos	El Cedro	14 km	30 min	30 min	Taxi	6:00 AM a 5:00 PM cada 2 horas	B/. 1.25
		BAJO DEL CAJETO (P)	Los Pozos	El Cedro	12 km	30 min	30 min	Taxi		B/. 1.25
		EL ALTO	Los Pozos	El Cedro	14 km	30 min	30 min	Taxi		B/. 1.25
		EL CACAO	Los Pozos	El Cedro	22 km	30 min	7 min	Caminando/transporte		B/. 3.50
		EL CEDRO	Los Pozos	El Cedro	19 km	30 min	8 min	Transporte		B/. 2.50
		EL MARAÑON	Los Pozos	El Cedro	16.5 km	30 min	3 min	Transporte		B/. 2.00
		EL PEDERNAL ABAJO	Los Pozos	El Cedro	21 km	30 min	17 min	Transporte		B/. 2.00
		EL PEDERNAL ARRIBA	Los Pozos	El Cedro	21 km	30 min	17 min	Transporte		B/. 2.00
		LA CIMARRONERA	Los Pozos	El Cedro	20 km	30 min	15 min	Transporte		B/. 2.00
		LOS JOBOS	Los Pozos	El Cedro	27 km	30 min	15 min	Transporte		B/. 2.00
		TIERRAS BLANCAS	Los Pozos	El Cedro	17 km	30 min	7 min	Transporte		B/. 2.00
		EL RODEO	Los Pozos	El Cedro	19.5 km	30 min	7 min	Transporte		B/. 2.00
	PALMERO	Los Pozos	El Cedro	15 km	30 min	20 min	Transporte	B/. 2.00		
	LA PITALOZA	CERRO PELUDO	Los Pozos	La Pitaloza	50 km	1 h	15 min	Transporte	6:00 AM a 5:00 PM cada 2 horas	B/. 4.00
		EL CARACUCHO (P)	Los Pozos	La Pitaloza	25 km	1 hora	15 min	Caminando		B/. 4.00
		EL CAÑAFISTULO	Los Pozos	La Pitaloza	35 Km	1hora	16 min	Transporte		B/. 4.00
EL CHIROTE		Los Pozos	La Pitaloza	44 Km	2 h	1 hora	Transporte	B/. 5.50		
EL CRUCE DE SANTA CLARA		Los Pozos	La Pitaloza	59 Km	1h	15 min	Transporte	B/. 6.00		
LA ZAHINOSA	Los Pozos	La Pitaloza	40 Km	1h	15 min	Caballo	B/. 6.00			

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Región de Salud de Herrera.

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD			INSTALACIONES DE SALUD		DISTANCIA			MEDIOS DE TRANSPORTE		
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	EN KM A LA INTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA	EN TIEMPO A LA CABECERA	EN TIEMPO A INSTALACION DE SALUD MÁS CERCANA	MECANISMO	HORARIO	COSTO
LOS POZOS	LA PITALOZA	LA BEJUCOSA	Los Pozos	La Pitaloza	50 Km	1 h	16 min	Caballo	6:00 AM a 5:00 PM	B/. 6.00
		LA BRAVITA	Los Pozos	La Pitaloza	50 Km	1h	15 min	Caballo		B/. 6.00
		LA HONDA DE LOS ÑOPOS	Los Pozos	La Pitaloza	65 Km	2h y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 7.00
		LA LLANITA	Los Pozos	La Pitaloza	63 Km	2h y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 6.00
		LOS ÑOPOS	Los Pozos	La Pitaloza	66 Km	2h y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 7.00
		PITALOZA ABAJO	Los Pozos	La Pitaloza	43 Km	1h	15 min	Caballo		B/. 4.50
		PITALOZA ARRIBA	Los Pozos	La Pitaloza	41 Km	1h	15 min	Caballo		B/. 4.50
		QUEBRADA DE PIEDRA	Los Pozos	La Pitaloza	43 Km	1h	15 min	Caballo		B/. 4.50
		QUEBRADA LA HONDA	Los Pozos	La Pitaloza	65 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 6.00
		RINCON SANCHEZ	Los Pozos	La Pitaloza	50 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 6.00
		SANTA CLARA	Los Pozos	La Pitaloza	70 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 8.00
		TULU ARRIBA (P)	Los Pozos	La Pitaloza	37 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 5.00
		TUMACO ARRIBA (P)	Los Pozos	La Pitaloza	38 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 5.00
		BELLA VISTA	Los Pozos	La Pitaloza	39 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 5.00
		EL VIEJO	Los Pozos	La Pitaloza	63 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 7.00
		HONDO DEL NIGUITO (P)	Los Pozos	La Pitaloza	33 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 6.00
		LA RIALEJA (P)	Los Pozos	La Pitaloza	33 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo		B/. 6.00
	LAS BOVEDAS	Los Pozos	La Pitaloza	35 Km	2 y 30 min	1 hora	Caballo	B/. 6.00		
	LOS CERROS DE PAJA	BAJOS DEL NARANJO	Los Pozos	Las Pipas	12 Km	20 min	10 min	Caballo	6:00 AM a 5:00 PM	B/. 2.50
		EL CHORRILLO	Los Pozos	Las Pipas	15 Km	20 min	10 min	Caballo		B/. 2.50
EL CHUMICO		Los Pozos	Las Pipas	10 Km	20 min	10 min	Transporte	B/. 2.50		
EL GUABO		Los Pozos	Las Pipas	14 Km	20 min	10 min	Taxi	B/. 6.00		
EL PEDERNAL ARRIBA		Los Pozos	Las Pipas	15 Km	20 min	10 min	Taxi	B/. 2.50		

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Región de Salud de Herrera.

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD			INSTALACIONES DE SALUD		DISTANCIA			MEDIOS DE TRANSPORTE		
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	EN KM A LA INTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA	EN TIEMPO A LA CABECERA	EN TIEMPO A INSTALACION DE SALUD MÁS CERCANA	MECANISMO	HORARIO	COSTO
LOS POZOS	CERROS DE PAJA	EL SALITRE ABAJO	Los Pozos	Las Pipas	17 Km	20 min	10 min	Taxi	6:00 AM A 5:00 PM	B/. 2.50
		EL SALITRE ARRIBA	Los Pozos	Las Pipas	17 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		EL TEMBLOSO	Los Pozos	Las Pipas	14 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		GUARARE	Los Pozos	Las Pipas	10 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		LA CUTARRA (P)	Los Pozos	Las Pipas	19 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		LA REQUINTA	Los Pozos	Las Pipas	10 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.00
		LA SABANETA	Los Pozos	Las Pipas	12 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.00
		LA YEGUA	Los Pozos	Las Pipas	13 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		LAS PIPAS	Los Pozos	Las Pipas	12 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		LOMA DEL COPE (P)	Los Pozos	Las Pipas	16 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		LOS CERROS DE PAJA	Los Pozos	Las Pipas	9 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		LOS TORNOS (P)	Los Pozos	Las Pipas	11 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		PAN DE AZUCAR	Los Pozos	Las Pipas	12 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		QUEBRADA DEL ROSARIO ABAJO (P)	Los Pozos	Las Pipas	14 Km	20 min	10 min	Transporte		B/. 2.50
		ALTO DEL RIO (P)	Los Pozos	Las Pipas	15 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		EL CALVARIO	Los Pozos	Las Pipas	14 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		EL JAGÚITO (P)	Los Pozos	Las Pipas	13 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		EL PIÑAL	Los Pozos	Las Pipas	14 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		LA AGUADA	Los Pozos	Las Pipas	13 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.50
		LA CHORRERITA	Los Pozos	Las Pipas	10 Km	20 min	10 min	Taxi		B/. 2.00
LAS LAGUNITAS (P)	Los Pozos	Las Pipas	9 Km	15 min	10 min	Taxi	B/. 1.50			
MANANTIALES	Los Pozos	Las Pipas	9 Km	15 min	10 min	Taxi	B/. 2.00			
RIO ARRIBA (P)	Los Pozos	Las Pipas	8 Km	15 min	10 min	Taxi	B/. 2.50			

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Región de Salud de Herrera.

COMUNIDADES CON MENOR GRADO DE ACCESIBILIDAD			INSTALACIONES DE SALUD		DISTANCIA			MEDIOS DE TRANSPORTE		
DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	CENTRO DE SALUD	SUB CENTRO DE SALUD	EN KM A LA INTALACIÓN DE SALUD MÁS CERCANA	EN TIEMPO A LA CABECERA	EN TIEMPO A INSTALACION DE SALUD MÁS CERCANA	MECANISMO	HORARIO	COSTO
LOS POZOS	LAS LLANAS	ALTO DE LOS PELADEROS	Los Pozos	X	21 Km	1 hora	1 hora	Caminando	6:00 AM-5:00 PM con intervalo de cada hora	B/. 3.50
		EL COGOLLAL	Los Pozos	X	20 Km	1 hora	1 hora	Transporte		B/. 3.50
		LAS MATAS ABAJO (P)	Los Pozos	X	23 Km	2 hora	2 hora	Transporte		B/. 3.00
		LLANA ABAJO	Los Pozos	X	21 Km	1h y 30 min + 1 h	1h y 30 min + 1 h	Transporte		B/. 3.00
		LLANA ARRIBA	Los Pozos	X	25 Km	1h y 30 min + 1 h	1h y 30 min + 1 h	Transporte		B/. 3.00
		LOS PELADEROS	Los Pozos	X	20 Km	1h y 30 min + 1 h	1h y 30 min + 1 h	Transporte		B/. 3.00
		PALO ALTO	Los Pozos	X	30 Km	4 hora	4 hora	Transporte		B/. 3.00
		PALO AMARILLO	Los Pozos	X	31 Km	4 hora	4 hora	Transporte		B/. 3.00
		PALO MAMEY O EL MAMEY	Los Pozos	X	32 Km	4 hora	4 hora	Transporte		B/. 3.00
		QUEBRADA DE PIEDRA (P)	Los Pozos	X	29 Km	4 hora	4 hora	Transporte		B/. 3.00
		TRES QUEBRADAS	Los Pozos	X	26 Km	4 hora	4 hora	Transporte		B/. 3.00
		EL CARACUCHO (P)	Los Pozos	X	27 Km	2 hora	2 hora	Transporte		B/. 3.00
EL CHUMICO	Los Pozos	X	10 Km	1 hora	1 hora	Taxi	B/. 0.50			

Fuente: Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Región de Salud de Herrera.

El análisis global nos muestra que con mayor frecuencia la población utiliza como medio de transporte el caballo en un 60%, 30% Caminando (a pie) y 10% en Transporte Terrestre. El motivo por el cual el uso del caballo es el medio de transporte de preferencia se sustenta en el hecho de que es más económico y es la mejor forma de desplazamiento por caminos y senderos llenos de lodo con difícil acceso en época lluviosa donde el transporte colectivo no tiene forma de transitar.

En cuanto a la distancia en el desplazamiento entre las comunidades y la cabecera, en promedio sobrepasa los 30 Km.

En promedio el costo de transporte colectivo oscila entre B/. 1.00 a B/. 3.00, con un rango de horario de disponibilidad de servicio entre hasta las 6:00 AM y 3:00 PM.

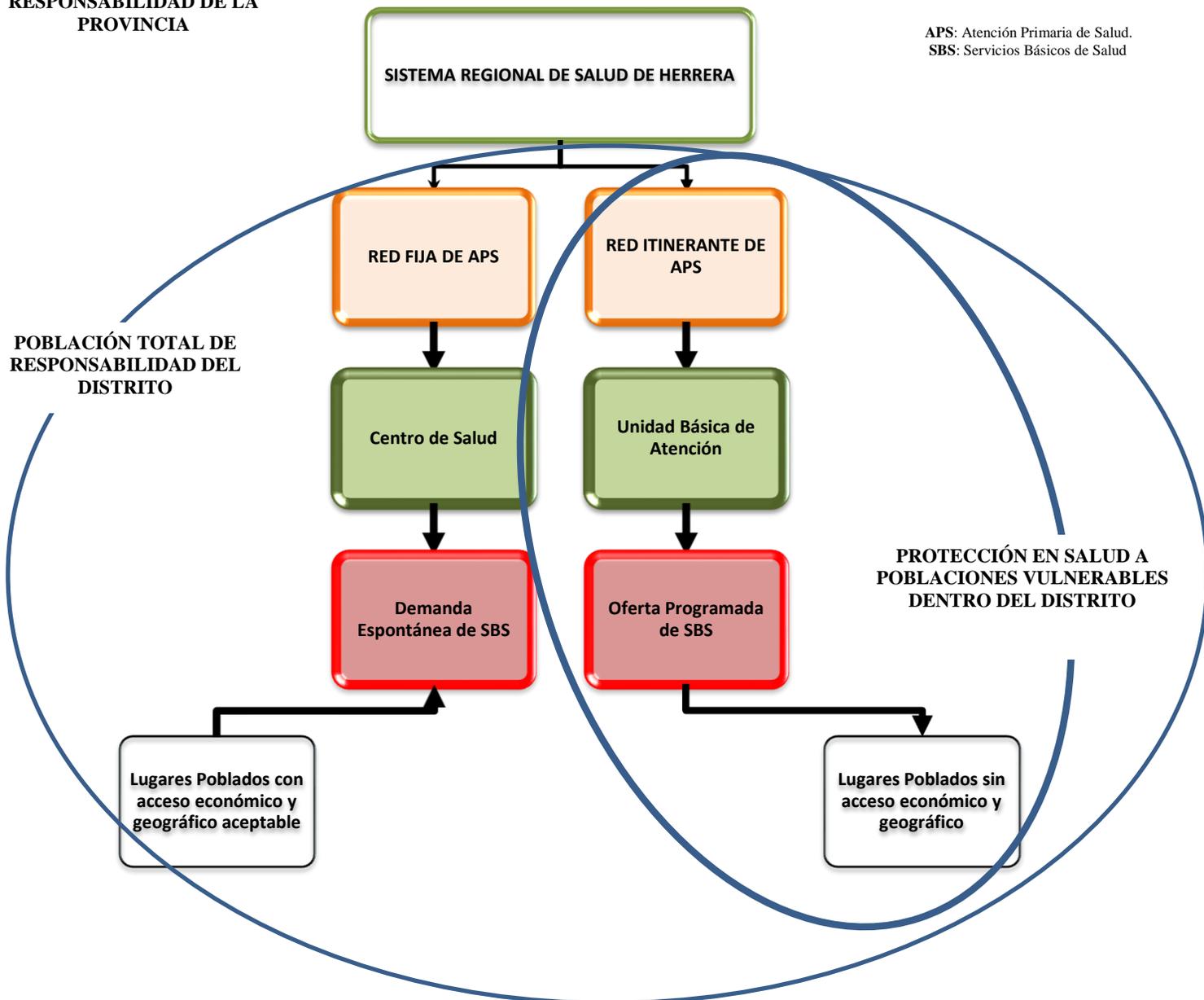
6. ¿Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujograma.

Para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos y con limitaciones geográficas de accesibilidad a los servicios de salud, el Sistema Regional de Salud de Herrera se ha apoyado en los convenios de gestión para el fortalecimiento de las coberturas de salud en poblaciones vulnerables a través del Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a través de la prestación de servicios por equipos itinerantes a esta comunidades cada dos meses durante el periodo de vigencia de dicho convenio a través de una gestión por resultados.

A continuación un flujograma que sintetiza el proceso.

POBLACIÓN TOTAL DE RESPONSABILIDAD DE LA PROVINCIA

APS: Atención Primaria de Salud.
SBS: Servicios Básicos de Salud



COMPLEJIDAD DE LA RED

1. ¿La región cuenta con una red integrada e integrales de servicios de salud (RIISS)?
No, actualmente la Región de Salud de Herrera no dispone de una Red Integrada e Integral de Servicios de Salud *como lo establece la Organización Panamericana de la Salud* para medir la gradualidad en la consolidación de una red integrada de Atención Primaria de Salud. Para más detalle ver Tabla N°2, página 54. Actualmente se dispone de una red pública regional de salud que brinda servicios de atención, prevención y promoción tanto a la población urbana y rural, asegurada y no asegurada de la provincia por parte del MINSA (primer punto de integración de servicios de salud), mientras que la CSS en el primer nivel de atención solo brinda servicios a la población exclusivamente asegurada pero a nivel hospitalario se prestan servicios de urgencias ortopédicas, otorrinolaringológicas, cardiológicas y neuroquirúrgicas a la población no asegurada y asegurada pero sin estar coordinados, articulados ni unificados la CSS con el MINSA y viceversa.
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?

A continuación la Tabla que sintetiza la información para responder la interrogante formulada.

Tabla N°5.

Caracterización de la complejidad de las instalaciones en la Región de Salud de Herrera en base a los niveles de atención

COMPLEJIDAD	NIVEL DE ATENCIÓN	
	Primero	Segundo
Baja	Sub Centros de Salud	Hospital de Área Dr. Sergio Núñez Núñez
	Centro de Salud	
	Centro de Promoción	Centro Reintegra
	CAPPS	
MINSA CAPSI		
Mediana	Policlínica CSS	Hospital Regional Dr. Cecilio A. Castillero MINSA
		Hospital Regional Dr. Gustavo Nelson Collado CSS
Alta		

Fuente: Confección propia, Departamento de Planificación de la Salud de Herrera.

Definiciones:

Concepto de Complejidad:

La categorización de los establecimientos hospitalarios según su complejidad asistencial parte del clásico agrupamiento en tres niveles: baja, mediana y alta complejidad.

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y

actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y gineco-obstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo.

El Nivel de Atención se refiere a la cartera de servicios que brinda la instalación y su capacidad de respuesta ante la demanda de la población, se clasifica en:

Primer Nivel de Atención:

Se atiende más o menos el 70-80% de la población.

La severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización de los recursos.

Se desarrollan actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

Segundo Nivel de Atención: este nivel se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico a la salud los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontaneo con urgencias.

Atención integral ambulatoria y hospitalaria, en cuatro especialidades que pueden ser: medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía general, pediatría, anestesiología con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

Tercer Nivel de Atención:

Este nivel se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas.

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?

Ver los siguientes cuadros con la información detallada.

Tabla N°6. Características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, horarios de atención.

A. Sub Centros de Salud

Establecimientos de Salud				Características de los Establecimientos de Salud									Horario de Atención
Tipo de Instalación	Nivel de Atención	Complejidad	Total en la Provincia	Recursos Físicos			Recursos Humanos			Recursos Tecnológicos			
				Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad		
					Sí	No		Sí	No		Sí	No	
Sub Centro de Salud	Primario	Baja	20	Consultorio de Médico	X		Médico General		X	Computadoras - Impresora		X	Ver explicación
				Consultorio de Enfermería	X		Enfermera(o)		X	Internet		X	
				Consultorio de Odontología	X		Odontólogo(a)		X	Talímetro		X	
				Consultorio de Salud Mental		X	Enfermera(o) de Salud Mental		X	Balanza de peso		X	
				Consultorio de Estimulación Temprana		X	Personal de Estimulación Temprana		X	Esfigmomanómetro		X	
				Consultorio de Fisioterapia		X	Personal de Fisioterapia		X	Sillón Odontológico		X	
				Área de Peso y Talla	X		Técnico (a) de Enfermería		X	Camilla Ginecológica		X	
				Farmacia	X		Farmacéuticos		X	Equipo de Rayos X		X	
				Laboratorio		X	Tecnólogo Médico		X	Tele Radiología IMPAX		X	
				Imagenología		X	Asistente de Farmacia		X	Computadora con SIES y PAI		X	
				Registros y Estadísticas de Salud	X		Asistente de Laboratorio		X	Nevera para vacunas		X	
				Recaudación	X		Técnico (a) en Imagenología		X	Autoclave-esterilizadora		X	
				Administración		X	Educadores para la Salud		X	Centrífuga		X	
				Saneamiento Ambiental		X	Promotores de Salud		X	Nevera para muestras y reactivos		X	
				Control de Vectores		X	Asistentes de Salud	X	X	Equipo para laboratorio		X	
				Agua Potable		X	Inspectores de Saneamiento		X	Set de Manejo de vía aérea		X	
				Ambulancia		X	Inspectores Antivectoriales		X	Desfibrilador		X	
				Camas		X	Personal de REGES		X	Oxímetro de pulso		X	
				Área de urgencias menores		X	Recaudador(a)		X	Oxígeno		X	
				Almacén		X	Administrador(a)		X	Doppler cardíofetal		X	
				Servicios higiénicos para el personal	X		Conductor General		X	Glucómetro capilar		X	
				Servicios higiénicos para los pacientes	X		Conductor de Ambulancia		X	Insumos de bioseguridad		X	
				Disponibilidad de agua potable	X		Almacén		X	Planta Eléctrica		X	
				Disponibilidad de energía eléctrica	X		Aseo		X	Tanque y sistema de reserva de agua potable		X	
				Manejo de Desechos Sólidos	X		Secretaría		X	Teléfono y/o Fax		X	
				Área de aseo	X		Seguridad		X	Equipo de limpieza y desinfección		X	
Aire acondicionado	X	X				Equipos básicos de oficina		X					

Fuente: Confección propia, Departamento de Planificación de la Salud de Herrera.

A nivel de los Sub Centros de Salud el único recurso humano que en promedio está presente es el Asistente de Salud en la mayoría de los casos (de allí que aparezca marcado en la casilla de Sí y No, ya que algunos Sub Centros no disponen de este recurso humano todos los días). En estas instalaciones el Equipo Básico de Atención (Médico, Enfermera, Técnico de Enfermería, Asistente de Farmacia, Personal de REGES, Aseador y Conductor y en algunos casos Odontólogo) se movilizan del Centro de Salud al Sub Centro de Salud a manera de Giras Integrales para prestar los servicios según la población de responsabilidad y sus necesidades una vez a la semana, cada semana, cada día o una vez al mes. El horario de atención es de 7 AM a 3 PM de lunes a viernes.

Tabla N°6. Características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, horarios de atención.

B. Centros de Salud

Establecimientos de Salud				Características de los Establecimientos de Salud								Horario de Atención	
Tipo de Instalación	Nivel de Atención	Complejidad	Total en la Provincia	Recursos Físicos		Recursos Humanos			Recursos Tecnológicos				
				Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad		
					Sí	No		Sí	No		Sí		No
Centro de Salud	Primario	Baja	13	Consultorio de Médico	X		Médico General	X		Computadoras - Impresora	X		7 AM - 3 PM
				Consultorio de Enfermería	X		Enfermera(o)	X		Internet		X	
				Consultorio de Odontología	X		Odontólogo(a)	X		Talímetro	X		
				Consultorio de Salud Mental	X		Enfermera(o) de Salud Mental	X		Balanza de peso	X		
				Consultorio de Estimulación Temprana	X		Personal de Estimulación Temprana	X		Esfigmomanómetro	X		
				Consultorio de Fisioterapia	X		Personal de Fisioterapia	X		Sillón Odontológico	X		
				Área de Peso y Talla	X		Técnico (a) de Enfermería	X		Camilla Ginecológica	X		
				Farmacia	X		Farmacéuticos	X	X	Equipo de Rayos X		X	
				Laboratorio	X		Tecnólogo Médico	X		Tele Radiología IMPAX		X	
				Imagenología		X	Asistente de Farmacia	X		Computadora con SIES y PAI	X		
				Registros y Estadísticas de Salud	X		Asistente de laboratorio	X	X	Nevera para vacunas	X		
				Recaudación	X		Técnico (a) en Imagenología		X	Autoclave-esterilizadora	X		
				Administración	X		Educadores para la Salud	X	X	Centrífuga	X		
				Saneamiento Ambiental	X		Promotores de Salud	X	X	Nevera para muestras y reactivos	X		
				Control de Vectores	X		Asistentes de Salud	X		Equipo de laboratorio	X		
				Agua Potable	X		Inspectores de Saneamiento	X		Set de Manejo de vía aérea	X		
				Ambulancia	X	X	Inspectores Antivectoriales	X		Desfibrilador		X	
				Camas		X	Personal de REGES	X		Oxímetro de pulso		X	
				Área de urgencias menores	X		Recaudador(a)	X		Oxígeno	X		
				Almacén	X		Administrador(a)	X		Doppler cardíofetal	X		
				Servicios higiénicos para el personal	X		Conductor General	X	X	Glucómetro capilar	X		
				Servicios higiénicos para los pacientes	X		Conductor de Ambulancia	X	X	Insumos de bioseguridad	X		
				Disponibilidad de agua potable	X		Almacén	X		Planta Eléctrica		X	
Disponibilidad de energía eléctrica	X		Aseo	X		Tanque y sistema de reserva de agua potable	X	X					
Manejo de Desechos Sólidos	X		Secretaria	X		Teléfono y/o Fax	X	X					
Área de aseo	X		Seguridad		X	Equipo de limpieza y desinfección	X						
Aire acondicionado	X					Equipos básicos de oficina	X						

Fuente: Confección propia, Departamento de Planificación de la Salud de Herrera.

Los Centros de Salud se manejan en un horario de 7 AM a 3 PM en su mayoría. En el cuadro podemos observar recursos que están marcados como disponibles y no disponibles al mismo tiempo (ambulancia, farmacéuticos, asistente de laboratorio, educadores para la salud, promotores de salud, conductor general, conductor de ambulancia, seguridad, tanque y sistema de agua potable, teléfono y fax) debido a que en algunos Centros de Salud están disponibles y en otros no, por lo que se requiere la estandarización de recursos con equidad en nuestras instalaciones. Por otra parte, existen instalaciones con extensión de cobertura después de las 3 PM de lunes a viernes y también de fines de semana (Ver pregunta N°4).

Tabla N°6. Características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, horarios de atención.

C. MINSA CAPSI

Establecimientos de Salud				Características de los Establecimientos de Salud								Horario de Atención	
Tipo de Instalación	Nivel de Atención	Complejidad	Total en la Provincia	Recursos Físicos			Recursos Humanos			Recursos Tecnológicos			
				Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad		
					Sí	No		Sí	No		Sí		No
MINSA CAPSI	Primario	Baja	2	Consultorio de Médico	X		Médico General	X		Computadoras - Impresora	X		7 AM - 3 PM
				Consultorio de Pediatría	X		Pediatra	X		Internet	X		
				Consultorio de Ginecología		X	Ginecólogo		X	Tallimetro	X		
				Consultorio de Medicina Familiar		X	Medicina Familiar		X	Balanza de peso	X		
				Cirugía General		X	Cirugía General		X	Esfigmomanómetro	X		
				Consultorio de Enfermería	X		Enfermera(o)	X		Sillón Odontológico	X		
				Consultorio de Odontología	X		Odontólogo(a)	X		Camilla Ginecológica	X		
				Consultorio de Salud Mental	X		Enfermera(o) de Salud Mental	X		Equipo de Rayos X	X		
				Consultorio de Estimulación Temprana	X		Personal de Estimulación Temprana	X		Tele Radiología IMPAX	X		
				Consultorio de Fisioterapia	X		Personal de Fisioterapia	X		Computadora con SIES y PAI	X		
				Área de Peso y Talla	X		Técnico (a) de Enfermería	X		Nevera para vacunas	X		
				Farmacia	X		Farmacéutico	X		Autoclave-esterilizadora	X		
				Laboratorio	X		Tecnólogo Médico	X		Centrífuga	X		
				Imagenología	X		Asistente de Farmacia	X		Nevera para muestras y reactivos	X		
				Registros y Estadísticas de Salud	X		Asistente de laboratorio	X		Equipo de laboratorio	X		
				Recaudación	X		Técnico (a) en Imagenología	X		Set de Manejo de vía aérea	X		
				Administración	X		Educadores para la Salud		X	Desfibrilador		X	
				Saneamiento Ambiental	X		Promotores de Salud		X	Oxímetro de pulso	X		
				Control de Vectores	X		Asistentes de Salud	X		Oxígeno	X		
				Agua Potable	X		Inspectores de Saneariento	X		Doppler cardíofetal	X		
				Ambulancia	X		Inspectores Antivectoriales	X		Glucómetro capilar	X		
				Camas	X		Personal de REGES	X		Insumos de bioseguridad	X		
				Área de urgencias menores	X		Recaudador(a)	X		Planta Eléctrica	X		
				Almacén	X		Administrador(a)	X		Tanque y sistema de reserva de agua potable	X		
				Servicios higiénicos para el personal	X		Conductor General	X		Teléfono y/o Fax	X		
				Servicios higiénicos para los pacientes	X		Conductor de Ambulancia	X		Equipo de limpieza y desinfección	X		
				Disponibilidad de agua potable	X		Almacén	X		Equipos básicos de oficina	X		
				Disponibilidad de energía eléctrica	X		Aseo	X					
				Manejo de Desechos Sólidos	X		Secretaria	X					
				Área de aseo	X		Seguridad	X					
Aire acondicionado	X		Salud Ocupacional		X								
			Trabajo Social	X									

Fuente: Confección propia, Departamento de Planificación de la Salud de Herrera.

Actualmente en el Distrito de Ocú y en el Distrito de Pesé en horario de 7 AM a 3 PM.

Tabla N°6. Características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, horarios de atención.

D. CAPPS CSS

Establecimientos de Salud				Características de los Establecimientos de Salud										Horario de Atención					
Tipo de Instalación	Nivel de Atención	Complejidad	Total en la Provincia	Recursos Físicos		Recursos Humanos				Recursos Tecnológicos									
				Tipo	Disponibilidad	Tipo	Disponibilidad	Tipo	Disponibilidad	Tipo	Disponibilidad								
				Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No						
CAPPS	Primaria	Baja	4	Consulta Externa de Medicina General	X		Médicos Generales en Consulta Externa				X		Equipos e insumos para los Recursos Físicos y Humanos de Especialidades Médicas según renglón				X		
				Consulta Externa de Anestesiología		X	Médicos Generales Administrativos					X	Médicos Generales Administrativos					X	
				Consulta Externa de Cardiología		X	Anestesiología					X	Anestesiología					X	
				Consulta Externa de Cirugía General		X	Cardiología					X	Cardiología					X	
				Consulta Externa de Cirugía Pediátrica		X	Cirugía General					X	Cirugía General					X	
				Consulta Externa de Dermatología		X	Cirugía Pediátrica					X	Cirugía Pediátrica					X	
				Consulta Externa de Foniatria		X	Dermatología					X	Dermatología					X	
				Consulta Externa de Ginecología		X	Foniatria					X	Foniatria					X	
				Consulta Externa de Medicina Interna		X	Ginecología					X	Ginecología					X	
				Consulta Externa de Medicina Intensiva		X	Medicina Interna					X	Medicina Interna					X	
				Consulta Externa de Neumología		X	Medicina Intensiva					X	Medicina Intensiva					X	
				Consulta Externa de Neurocirugía		X	Neumología					X	Neumología					X	
				Consulta Externa de Oftalmología		X	Neurocirugía					X	Neurocirugía					X	
				Consulta Externa de Ortopedia		X	Oftalmología					X	Oftalmología					X	
				Consulta Externa de Otorrinolaringología		X	Ortopedia					X	Ortopedia					X	
				Consulta Externa de Patología		X	Otorrinolaringología					X	Otorrinolaringología					X	
				Consulta Externa de Pediatría		X	Patología					X	Patología					X	
				Consulta Externa de Psiquiatría		X	Pediatría					X	Pediatría					X	
				Consulta Externa de Urología		X	Psiquiatría					X	Psiquiatría					X	
				Consulta Externa de Nefrología		X	Radiología					X	Radiología					X	
				Consulta Externa de Geriatria		X	Urología					X	Urología					X	
				Consulta Externa de Maxilofacial		X	Nefrología					X	Nefrología					X	
				Consultorio de Trabajo Social		X	Geriatria					X	Geriatria					X	
				Consultorio de Trabajo Social Ocupacional		X	Médico Residente					X	Médico Residente					X	
				Consultorio de Fisioterapia		X	Médico Interno					X	Médico Interno					X	
				Departamento de Higiene Industrial		X	Odontólogos Generales					X	Odontólogos Generales					X	
				Departamento de Psicología		X	Odontólogos Administrativos					X	Odontólogos Administrativos					X	
				Departamento de Otorrinolaringología		X	Módulo Facial					X	Módulo Facial					X	
				Departamento de Fonoaudiología		X	Odontólogo Interno					X	Odontólogo Interno					X	
				Departamento de Nutrición		X	Asistentes Dentales					X	Asistentes Dentales					X	
				Departamento de Registros Estadísticos de Salud		X	Enfermeras					X	Enfermeras					X	
				Consultorio de Salud Mental		X	Enfermeras Administrativas					X	Enfermeras Administrativas					X	
				Consultorio de Estimulación Temprana		X	Técnico de Enfermería					X	Técnico de Enfermería					X	
				Farmacia		X	Asistentes de Clínica					X	Asistentes de Clínica					X	
				Laboratorio		X	Técnico Quirúrgico					X	Técnico Quirúrgico					X	
				Imagenología		X	Farmacéuticos					X	Farmacéuticos					X	
				Administración		X	Asistentes de Farmacia					X	Asistentes de Farmacia					X	
				Ambulancia		X	Rotuladores					X	Rotuladores					X	
				Salas de Hospitalización		X	Laboratoristas Clínicos					X	Laboratoristas Clínicos					X	
				Camas		X	Asistentes de Laboratorio					X	Asistentes de Laboratorio					X	
				Servicio de Urgencias 24 horas		X	Auxiliares de Laboratorio					X	Auxiliares de Laboratorio					X	
				Almacén		X	Cilotecnólogo / Histotecnólogo					X	Cilotecnólogo / Histotecnólogo					X	
				Servicios higiénicos para el personal		X	Técnicos de Rad. Médica					X	Técnicos de Rad. Médica					X	
				Servicios higiénicos para los pacientes		X	Asistentes de Rad. Médica					X	Asistentes de Rad. Médica					X	
				Disponibilidad de agua potable		X	Trabajadores Sociales					X	Trabajadores Sociales					X	
				Disponibilidad de energía eléctrica		X	Asistente de Trabajo Social					X	Asistente de Trabajo Social					X	
				Manejo de Desechos Sólidos		X	Fisioterapeuta					X	Fisioterapeuta					X	
				Área de aseo		X	Asistente de Fisioterapia					X	Asistente de Fisioterapia					X	
				Aire acondicionado		X	Auxiliares de Fisioterapia					X	Auxiliares de Fisioterapia					X	
								Educador para la Salud					X	Educador para la Salud					X
								Trabajador Social Ocupacional					X	Trabajador Social Ocupacional					X
								Higienista Industrial (ambiental)					X	Higienista Industrial (ambiental)					X
								Inspector de Seguridad Industrial					X	Inspector de Seguridad Industrial					X
								Otros: Técnico Salud Ocupacional					X	Otros: Técnico Salud Ocupacional					X
								Técnico en Ortopedia					X	Técnico en Ortopedia					X
								Otro: Terapeuta Est. Temp. Orientación Familiar					X	Otro: Terapeuta Est. Temp. Orientación Familiar					X
								Optometría					X	Optometría					X
								Psicología					X	Psicología					X
								Fonoaudiología					X	Fonoaudiología					X
								Nutrición					X	Nutrición					X
								Nutricionista					X	Nutricionista					X
								Auxiliar de Alimentación					X	Auxiliar de Alimentación					X
								Técnico de EKG					X	Técnico de EKG					X
								Técnico de Registros Médicos					X	Técnico de Registros Médicos					X
								Téc. Superior de Registros Médicos					X	Téc. Superior de Registros Médicos					X
								Auxiliar de Registros Médicos					X	Auxiliar de Registros Médicos					X
								Insuficiente de bioseguridad					X	Insuficiente de bioseguridad					X
								Planta Eléctrica					X	Planta Eléctrica					X
								Tanque y sistema de reserva de agua potable					X	Tanque y sistema de reserva de agua potable					X
								Teléfono y/o Fax					X	Teléfono y/o Fax					X
								Equipo de limpieza y desinfección					X	Equipo de limpieza y desinfección					X

Fuente: Confección propia, Departamento de Planificación de la Salud de Herrera.

Los CAPPS de la CSS están presentes en los Distritos de Los Pozos, Ocu, Pesé y Santa María en horario de 7 AM a 3 PM.

Tabla N°6. Características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, horarios de atención.

E. Policlínica CSS

Establecimientos de Salud				Características de los Establecimientos de Salud								Horario de Atención		
Tipo de Instalación	Nivel de Atención	Complejidad	Total en la Provincia	Recursos Físicos		Recursos Humanos				Recursos Tecnológicos				
				Tipo	Disponibilidad	Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad				
				Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No			
Policlínica CSS	Primaria	Mediana	1	Consulta Externa de Medicina General					X			Equipos e insumos para los Recursos Físicos y Humanos disponibles	7 AM - 7 PM	
				Consulta Externa de Anestesiología					X			X		Médicos Generales Administrativos
				Consulta Externa de Cardiología						X		X		Anestesiología
				Consulta Externa de Cirugía General							X			Cardiología
				Consulta Externa de Cirugía Pediátrica								X		Cirugía General
				Consulta Externa de Dermatología								X		Cirugía Pediátrica
				Consulta Externa de Foniatria							X			Dermatología
				Consulta Externa de Ginecología							X	X		Foniatria
				Consulta Externa de Medicina Interna							X			Ginecología
				Consulta Externa de Medicina Intensiva							X	X		Medicina Interna
				Consulta Externa de Neumología							X			Medicina Intensiva
				Consulta Externa de Neurocirugía							X	X		Neumología
				Consulta Externa de Oftalmología							X	X		Neurocirugía
				Consulta Externa de Otorrinolaringología							X	X		Oftalmología
				Consulta Externa de Patología							X	X		Otorrinolaringología
				Consulta Externa de Pediatría							X			Patología
				Consulta Externa de Psiquiatría							X	X		Pediatría
				Consulta Externa de Urología							X			Psiquiatría
				Consulta Externa de Radiología							X			Radiología
				Consulta Externa de Geriatria							X			Urología
				Consulta Externa de Maxilofacial							X			Nefrología
				Consultorio de Trabajo Social							X			Geriatria
				Consultorio de Trabajo Social Ocupacional							X			Médico Residente
				Consultorio de Fisioterapia							X	X		Médico Interno
				Departamento de Higiene Industrial							X			Odontólogos Generales
				Departamento de Psicología							X			Odontólogos Administrativos
				Departamento de Optometría							X			Maxilo Facial
				Departamento de Fonoaudiología							X			Odontólogo Interno
				Departamento de Nutrición							X			Asistentes Dentales
				Departamento de Registros Estadísticos de Salud							X			Enfermeras
				Consultorio de Salud Mental							X			Enfermeras Administrativas
				Consultorio de Estimulación Temprana							X			Técnico de Enfermería
				Farmacia							X			Asistentes de Clínica
				Laboratorio							X	X		Técnico Quirúrgico
				Imagenología							X			Farmacéuticos
				Administración							X			Asistentes de Farmacia
				Ambulancia							X			Rotuladores
				Salas de Hospitalización							X			Laboratoristas Clínicos
				Camas							X			Asistentes de Laboratorio
				Servicio de Urgencias 24 horas							X			Auxiliares de Laboratorio
				Almacén							X	X		Citotecnólogo / Histotecnólogo
				Servicios higiénicos para el personal							X			Técnicos de Rad. Médica
				Servicios higiénicos para los pacientes							X			Asistentes de Rad. Médica
				Disponibilidad de agua potable							X			Trabajadores Sociales
				Disponibilidad de energía eléctrica							X	X		Asistente de Trabajo Social
				Manejo de Desechos Sólidos							X			Fisioterapeuta
				Área de aseo							X			Asistente de Fisioterapia
				Aire acondicionado							X			Auxiliares de Fisioterapia
											X			Educador para la Salud
											X			Trabajador Social Ocupacional
											X			Higienista Industrial (ambiental)
											X	X		Inspector de Seguridad Industrial
											X	X		Otros: Técnico Salud Ocupacional
											X			Técnico en Ortopedia
											X			Otro: Terapeuta Est. Temp. Orientación Familiar
											X			Optometría
											X			Psicología
											X			Fonoaudiología
											X			Nutricionista
											X	X		Auxiliar de Alimentación
											X			Técnico de EKG
											X	X		Técnico de Registros Médicos
											X			Téc. Superior de Registros Médicos
											X			Auxiliar de Registros Médicos
														Insumos de bioseguridad
														Planta Eléctrica
														Tanque y sistema de reserva de agua potable
														Teléfono y/o Fax
														Equipo de limpieza y desinfección

Fuente: Confección propia, Departamento de Planificación de la Salud de Herrera.

La Policlínica de la CSS Roberto Ramírez de Diego ubicada en Chitré presta sus servicios de 7 AM a 7 PM.

Tabla N°6. Características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, horarios de atención.

F. Hospital Dr. Sergio Núñez N.

Establecimientos de Salud				Características de los Establecimientos de Salud										Horario de Atención	
Tipo de instalación	Nivel de Atención	Complejidad	Total en la Provincia	Recursos Físicos			Recursos Humanos				Recursos Tecnológicos				
				Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad				
					Si	No		Si	No		Si	No			
Hospital Dr. Sergio Núñez Núñez	Secundario	Bajo	1	Consulta Externa de Medicina General		X	Médicos Generales en Servicio de Urgencia	X		Equipos e insumos para los Recursos Físicos y Humanos disponibles				7 AM - 3 PM Horario Administrativo	
				Consulta Externa de Anestesiología		X	Médicos Generales Administrativos	X		Médicos Generales Administrativos		X			
				Consulta Externa de Cardiología		X	Anestesiología		X	Anestesiología		X			
				Consulta Externa de Cirugía General		X	Cardiología		X	Cardiología		X			
				Consulta Externa de Cirugía Pediátrica		X	Cirugía General		X	Cirugía General		X			
				Consulta Externa de Dermatología		X	Cirugía Pediátrica		X	Cirugía Pediátrica		X			
				Consulta Externa de Fisiología		X	Dermatología		X	Dermatología		X			
				Consulta Externa de Ginecología		X	Foniatría		X	Foniatría		X			
				Consulta Externa de Medicina Interna		X	Ginecología		X	Ginecología		X			
				Consulta Externa de Medicina Intensiva		X	Medicina Interna		X	Medicina Interna		X			
				Consulta Externa de Neumología		X	Medicina Intensiva		X	Medicina Intensiva		X			
				Consulta Externa de Neurocirugía		X	Neumología		X	Neumología		X			
				Consulta Externa de Oftalmología		X	Neurocirugía		X	Neurocirugía		X			
				Consulta Externa de Ortopedia		X	Oftalmología		X	Oftalmología		X			
				Consulta Externa de Otorrinolaringología		X	Otorrinolaringología		X	Otorrinolaringología		X			
				Consulta Externa de Patología		X	Otorrinolaringología		X	Otorrinolaringología		X			
				Consulta Externa de Pediatría		X	Patología		X	Patología		X			
				Consulta Externa de Psiquiatría		X	Pediatría		X	Pediatría		X			
				Consulta Externa de Urología		X	Psiquiatría		X	Psiquiatría		X			
				Consulta Externa de Nefrología		X	Radiología		X	Radiología		X			
				Consulta Externa de Geriatria		X	Urología		X	Urología		X			
				Consulta Externa de Maxilofacial		X	Nefrología		X	Nefrología		X			
				Consultorio de Trabajo Social		X	Geriatría		X	Geriatría		X			
				Consultorio de Trabajo Social Ocupacional		X	Médico Residente		X	Médico Residente		X			
				Consultorio de Fisioterapia		X	Médico Interno		X	Médico Interno		X			
				Departamento de Higiene Industrial		X	Odonólogos Generales		X	Odonólogos Generales		X			
				Departamento de Psicología		X	Odonólogos Administrativos		X	Odonólogos Administrativos		X			
				Departamento de Otorrinología		X	Maxilo Facial		X	Maxilo Facial		X			
				Departamento de Fonoaudiología		X	Odonólogo Interno		X	Odonólogo Interno		X			
				Departamento de Nutrición y Dietética		X	Asistentes Dentales		X	Asistentes Dentales		X			
				Departamento de Registros Estadísticos de Salud		X	Enfermeras		X	Enfermeras		X			
				Consultorio de Salud Mental		X	Enfermeras Administrativas		X	Enfermeras Administrativas		X			
				Consultorio de Estimulación Temprana		X	Técnico de Enfermería		X	Técnico de Enfermería		X			
				Farmacia		X	Asistentes de Clínica		X	Asistentes de Clínica		X			
				Laboratorio		X	Técnico Quirúrgico		X	Técnico Quirúrgico		X			
				Imagenología		X	Farmacéuticos		X	Farmacéuticos		X			
				Ambulancia		X	Asistentes de Farmacia		X	Asistentes de Farmacia		X			
				Salas de Hospitalización		X	Rotuladores		X	Rotuladores		X			
				Cama		X	Laboratoristas Clínicos		X	Laboratoristas Clínicos		X			
				Servicio de Urgencias 24 horas		X	Asistentes de Laboratorio		X	Asistentes de Laboratorio		X			
				Almacén		X	Auxiliares de Laboratorio		X	Auxiliares de Laboratorio		X			
				Morgue		X	Citotecnólogo / Histotecnólogo		X	Citotecnólogo / Histotecnólogo		X			
				Registros y Estadísticas de Salud		X	Técnicos de Rad. Médica		X	Técnicos de Rad. Médica		X			
				Central de Equipos		X	Asistentes de Rad. Médica		X	Asistentes de Rad. Médica		X			
				Lavandería		X	Trabajadores Sociales		X	Trabajadores Sociales		X			
				Almacén		X	Asistente de Trabajo Social		X	Asistente de Trabajo Social		X			
				Recaudación		X	Fisioterapeuta		X	Fisioterapeuta		X			
				Administración		X	Asistente de Fisioterapia		X	Asistente de Fisioterapia		X			
				Tesorería		X	Auxiliares de Fisioterapia		X	Auxiliares de Fisioterapia		X			
				Contabilidad		X	Educador para la Salud		X	Educador para la Salud		X			
				Servicios higiénicos para los pacientes		X	Trabajador Social Ocupacional		X	Trabajador Social Ocupacional		X			
				Disponibilidad de agua potable		X	Higienista Industrial (ambiental)		X	Higienista Industrial (ambiental)		X			
				Disponibilidad de energía eléctrica		X	Inspector de Seguridad Industrial		X	Inspector de Seguridad Industrial		X			
				Manejo de Desechos Sólidos		X	Otros: Técnico Salud Ocupacional		X	Otros: Técnico Salud Ocupacional		X			
				Área de aseo		X	Técnico en Ortopedia		X	Técnico en Ortopedia		X			
				Aire acondicionado		X	Otro: Terapeuta Est. Temp. Orientación Familiar		X	Otro: Terapeuta Est. Temp. Orientación Familiar		X			
							Optometría		X	Optometría		X			
							Psicología		X	Psicología		X			
							Fonoaudiología		X	Fonoaudiología		X			
							Nutricionista		X	Nutricionista		X			
			Auxiliar de Alimentación		X	Auxiliar de Alimentación		X							
			Técnico de EKG		X	Técnico de EKG		X							
			Técnico de Registros Médicos		X	Técnico de Registros Médicos		X							
			Téc. Superior de Registros Médicos		X	Téc. Superior de Registros Médicos		X							
			Auxiliar de Registros Médicos		X	Auxiliar de Registros Médicos		X							
			Personal de Banco de Sangre		X	Insumos de bioseguridad		X							
			Personal de Central de Equipos		X	Planta Eléctrica		X							
			Personal de Tesorería		X	Tanque y sistema de reserva de agua potable		X							
			Personal de Contabilidad		X	Teléfono y/o Fax		X							
			Recaudador(a)		X	Equipo de limpieza y desinfección		X							
			Personal de Lavandería		X										
			Administrador(a)		X										
			Conductor General		X										
			Conductor de Ambulancia		X										
			Almacén y Depósito		X										

Fuente: Confección propia, Departamento de Planificación de la Salud de Herrera.

Este hospital brinda el servicio de urgencias las 24 horas del día, fines de semana y feriados, al igual que el servicio de imagenología. El servicio de farmacia tiene un horario de 7 AM a 11 PM todos los días (fines de semana y feriados) al igual que el laboratorio y registros de estadísticas de salud. El resto de los servicios de tipo administrativos es de 7 AM a 3 PM.

Tabla N°6. Características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, horarios de atención.

G. Hospital Cecilio A. Castellero

Establecimientos de Salud				Características de los Establecimientos de Salud										Horario de Atención
Tipo de instalación	Nivel de Atención	Complejidad	Total en la Provincia	Recursos Físicos		Recursos Humanos				Recursos Tecnológicos				
				Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad			
					SI	No		SI	No		SI	No		
Hospital Dr. Cecilio A. Castellero	Secundario	Mediana	1	Consulta Externa de Medicina General	X	X	Medicos Generales en Servicio de Urgencia	X	X	Humanos de Especialidades Médicas según				
				Consulta Externa de Anestesiología	X	X	Medicos Generales Administrativos	X	X	Medicos Generales Administrativos			X	X
				Consulta Externa de Cardiología	X	X	Anestesiología	X	X	Anestesiología			X	X
				Consulta Externa de Cirugía General	X	X	Cardiología	X	X	Cardiología			X	X
				Consulta Externa de Cirugía Pediátrica	X	X	Cirugía General	X	X	Cirugía General			X	X
				Consulta Externa de Dermatología	X	X	Cirugía Pediatría	X	X	Cirugía Pediatría			X	X
				Consulta Externa de Foniatria	X	X	Dermatología	X	X	Dermatología			X	X
				Consulta Externa de Ginecobstetricia	X	X	Foniatría	X	X	Foniatría			X	X
				Consulta Externa de Medicina Interna	X	X	Ginecobstetricia	X	X	Ginecobstetricia			X	X
				Consulta Externa de Medicina Intensiva	X	X	Medicina Interna	X	X	Medicina Interna			X	X
				Consulta Externa de Neumología	X	X	Medicina Intensiva	X	X	Medicina Intensiva				
				Consulta Externa de Neurocirugia	X	X	Neumología	X	X	Neumología				
				Consulta Externa de Oftalmología	X	X	Neurocirugia	X	X	Neurocirugia				
				Consulta Externa de Ortopedia	X	X	Oftalmología	X	X	Oftalmología			X	X
				Consulta Externa de Otorrinolaringología	X	X	Otopedia	X	X	Otopedia				
				Consulta Externa de Patología	X	X	Otorrinolaringología	X	X	Otorrinolaringología			X	X
				Consulta Externa de Pediatría	X	X	Patología	X	X	Patología			X	X
				Consulta Externa de Psiquiatría	X	X	Pediatría	X	X	Pediatría			X	X
				Consulta Externa de Urología	X	X	Psiquiatría	X	X	Psiquiatría			X	X
				Consulta Externa de Nefrología	X	X	Radiofísica	X	X	Radiofísica			X	X
				Consulta Externa de Geriatria	X	X	Urología	X	X	Urología				
				Consulta Externa de Maxilofacial	X	X	Nefrología	X	X	Nefrología				
				Consultorio de Trabajo Social	X	X	Geriatría	X	X	Geriatría			X	X
				Consultorio de Trabajo Social Ocupacional	X	X	Médico Residente	X	X	Médico Residente			X	X
				Consultorio de Fisioterapia	X	X	Médico Interno	X	X	Médico Interno			X	X
				Departamento de Higiene Industrial	X	X	Odonólogos Generales	X	X	Odonólogos Generales			X	X
				Departamento de Psicología	X	X	Odonólogos Administrativos	X	X	Odonólogos Administrativos			X	X
				Departamento de Optometría	X	X	Maño Facial	X	X	Maño Facial			X	X
				Departamento de Fonoaudiología	X	X	Odonólogo Interno	X	X	Odonólogo Interno			X	X
				Departamento de Nutrición y Dietética	X	X	Asistentes Dentales	X	X	Asistentes Dentales			X	X
				Departamento de Registros Estadísticos de Salud	X	X	Enfermeras	X	X	Enfermeras			X	X
				Consultorio de Salud Mental	X	X	Enfermeras Administrativas	X	X	Enfermeras Administrativas			X	X
				Consultorio de Estimulación Temprana	X	X	Técnico de Enfermería	X	X	Técnico de Enfermería			X	X
				Farmacia	X	X	Asistentes de Clínica	X	X	Asistentes de Clínica			X	X
				Laboratorio	X	X	Técnico Quirúrgico	X	X	Técnico Quirúrgico			X	X
				Imagenología	X	X	Farmacéuticos	X	X	Farmacéuticos			X	X
				Ambulancia	X	X	Asistentes de Farmacia	X	X	Asistentes de Farmacia			X	X
				Salas de Hospitalización	X	X	Rotuladores	X	X	Rotuladores			X	X
				Camas	X	X	Laboratoristas Clínicos	X	X	Laboratoristas Clínicos			X	X
				Servicio de Urgencias 24 horas	X	X	Asistentes de Laboratorio	X	X	Asistentes de Laboratorio			X	X
				Almacén	X	X	Auxiliares de Laboratorio	X	X	Auxiliares de Laboratorio			X	X
				Morue	X	X	Citotecnólogo / Histotecnólogo	X	X	Citotecnólogo / Histotecnólogo			X	X
				Registros y Estadísticas de Salud	X	X	Técnicos de Rad. Médica	X	X	Técnicos de Rad. Médica			X	X
				Central de Equipos	X	X	Asistentes de Rad. Médica	X	X	Asistentes de Rad. Médica			X	X
				Lavandería	X	X	Trabajadores Sociales	X	X	Trabajadores Sociales			X	X
				Almacén	X	X	Asistente de Trabajo Social	X	X	Asistente de Trabajo Social			X	X
				Recaudación	X	X	Fisioterapeuta	X	X	Fisioterapeuta			X	X
				Administración	X	X	Asistente de Fisioterapia	X	X	Asistente de Fisioterapia			X	X
				Tesorería	X	X	Auxiliares de Fisioterapia	X	X	Auxiliares de Fisioterapia			X	X
				Contabilidad	X	X	Educador para la Salud	X	X	Educador para la Salud			X	X
				Servicios higiénicos para los pacientes	X	X	Trabajador Social Ocupacional	X	X	Trabajador Social Ocupacional			X	X
				Disponibilidad de agua potable	X	X	Higienista Industrial (ambiental)	X	X	Higienista Industrial (ambiental)			X	X
				Disponibilidad de energía eléctrica	X	X	Inspector de Seguridad Industrial	X	X	Inspector de Seguridad Industrial			X	X
				Manejo de Desechos Sólidos	X	X	Otros: Técnico Salud Ocupacional	X	X	Otros: Técnico Salud Ocupacional			X	X
				Área de aseo	X	X	Técnico en Ortopedia	X	X	Técnico en Ortopedia			X	X
				Aire acondicionado	X	X	Otro: Terapeuta Est. Temp. Orientación Familiar	X	X	Otro: Terapeuta Est. Temp. Orientación Familiar			X	X
							Optometría	X	X	Optometría			X	X
							Psicología	X	X	Psicología			X	X
							Fonoaudiología	X	X	Fonoaudiología			X	X
							Nutricionista	X	X	Nutricionista			X	X
			Auxiliar de Alimentación	X	X	Auxiliar de Alimentación			X	X				
			Técnico de EKG	X	X	Técnico de EKG			X	X				
			Técnico de Registros Médicos	X	X	Técnico de Registros Médicos			X	X				
			Téc. Superior de Registros Médicos	X	X	Téc. Superior de Registros Médicos			X	X				
			Auxiliar de Registros Médicos	X	X	Auxiliar de Registros Médicos			X	X				
			Personal de Banco de Sangre	X	X	Personal de Banco de Sangre			X	X				
			Personal de Central de Equipos	X	X	Personal de Central de Equipos			X	X				
			Personal de Tesorería	X	X	Personal de Tesorería			X	X				
			Personal de Contabilidad	X	X	Personal de Contabilidad			X	X				
			Recaudador(a)	X	X	Recaudador(a)			X	X				
			Personal de Lavandería	X	X	Personal de Lavandería			X	X				
			Administrador(a)	X	X	Administrador(a)			X	X				
			Conductor General	X	X	Conductor General			X	X				
			Conductor de Ambulancia	X	X	Conductor de Ambulancia			X	X				
			Almacén y Depósito	X	X	Almacén y Depósito			X	X				

7 AM - 3 PM
Horario Administrativo

Otros Servicios ver explicación.

Fuente: Confección propia, Departamento de Planificación de la Salud de Herrera.

Este hospital brinda el servicio de urgencias las 24 horas del día, fines de semana y feriados, al igual que el servicio de imagenología. El servicio de farmacia tiene un horario de 7 AM a 7 PM todos los días (fines de semana y feriados), laboratorio 24 horas al igual que registros de estadísticas de salud. El resto de los servicios de tipo administrativos es de 7 AM a 3 PM.

Tabla N°6. Características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos, horarios de atención.

H. Hospital Gustavo Nelson Collado.

Características de los Establecimientos de Salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos

Establecimientos de Salud				Características de los Establecimientos de Salud												Horario de Atención	
Tipo de instalación	Nivel de Atención	Complejidad	Total en la Provincia	Recursos Físicos			Recursos Humanos						Recursos Tecnológicos				
				Tipo	Disponibilidad		Tipo	Disponibilidad				Tipo	Disponibilidad				
					SI	No		SI	No	SI	No		SI	No			
Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado	Secundario	Mediana	1	Consulta Externa de Medicina General			Medicos Generales en Servicio de Urgencia		X				Equipos e insumos para los Recursos Físicos y Humanos disponibles				7 AM - 3 PM Horario Administrativo
				Consulta Externa de Anestesiología			Medicos Generales Administrativos		X				Medicos Generales Administrativos		X		
				Consulta Externa de Cardiología			Anestesiología		X				Anestesiología		X		
				Consulta Externa de Cirugía General			Cardiología		X				Cardiología		X		
				Consulta Externa de Cirugía Pediátrica			Cirugía General		X				Cirugía General		X		
				Consulta Externa de Dermatología			Cirugía Pediátrica			X			Cirugía Pediátrica			X	
				Consulta Externa de Fisiología			Dermatología			X			Dermatología			X	
				Consulta Externa de Ginecología			Fisiología			X			Fisiología			X	
				Consulta Externa de Medicina Interna			Ginecología			X			Ginecología			X	
				Consulta Externa de Medicina Intensiva			Ginecología y Obstetricia			X			Medicina Intensiva		X		
				Consulta Externa de Neurología			Medicina Intensiva			X			Medicina Intensiva		X		
				Consulta Externa de Neurocirugía			Neurología			X		X	Neurología			X	
				Consulta Externa de Oftalmología			Neurocirugía			X			Neurocirugía		X		
				Consulta Externa de Ortopedia			Oftalmología			X			Oftalmología		X		
				Consulta Externa de Otorrinolaringología			Ortopedia			X			Ortopedia		X		
				Consulta Externa de Patología			Otorrinolaringología			X			Otorrinolaringología		X		
				Consulta Externa de Pediatría			Patología			X			Patología		X		
				Consulta Externa de Psiquiatría			Pediatría			X			Pediatría		X		
				Consulta Externa de Urología			Psiquiatría			X		X	Psiquiatría			X	
				Consulta Externa de Nefrología			Radiología			X			Radiología		X		
				Consulta Externa de Geriatria			Urología			X			Urología		X		
				Consulta Externa de Maxilofacial			Nefrología			X			Nefrología		X		
				Consultorio de Trabajo Social			Geriatria			X			Geriatria		X		
				Consultorio de Trabajo Social Ocupacional			Medico Residente			X			Medico Residente		X		
				Consultorio de Fisioterapia			Medico Interno			X			Medico Interno		X		
				Departamento de Higiene Industrial			Odontólogos Generales			X			Odontólogos Generales		X		
				Departamento de Psicología			Odontólogos Administrativos			X			Odontólogos Administrativos		X		
				Departamento de Optometría			Maxilo Facial			X			Maxilo Facial		X		
				Departamento de Fonoaudiología			Odontólogo Interno			X			Odontólogo Interno		X		
				Departamento de Nutrición y Dietética			Asistentes Dentales			X			Asistentes Dentales		X		
				Departamento de Registros Estadísticos de Salud			Enfermeras			X			Enfermeras		X		
				Consultorio de Salud Mental			Enfermeras Administrativas			X			Enfermeras Administrativas		X		
				Consultorio de Estimulación Temprana			Técnico de Enfermería			X			Técnico de Enfermería		X		
				Farmacia			Asistentes de Clínica			X			Asistentes de Clínica		X		
				Laboratorio			Técnico Quirúrgico			X			Técnico Quirúrgico		X		
				Imagenología			Farmacéuticos			X			Farmacéuticos		X		
				Ambulancia			Asistentes de Farmacia			X			Asistentes de Farmacia		X		
				Salas de Hospitalización			Rotuladores			X			Rotuladores		X		
				Camas			Laboratoristas Clínicos			X			Laboratoristas Clínicos		X		
				Servicio de Urgencias 24 horas			Asistentes de Laboratorio			X			Asistentes de Laboratorio		X		
				Almacén			Auxiliares de Laboratorio			X			Auxiliares de Laboratorio		X		
				Morgue			Citotecnólogo / Histotecnólogo			X			Citotecnólogo / Histotecnólogo		X		
				Registros y Estadísticas de Salud			Técnicos de Rad. Médica			X			Técnicos de Rad. Médica		X		
				Central de Equipos			Asistentes de Rad. Médica			X			Asistentes de Rad. Médica		X		
				Lavandería			Trabajadores Sociales			X			Trabajadores Sociales		X		
				Almacén			Asistente de Trabajo Social			X		X	Asistente de Trabajo Social			X	
				Recaudación			Fisioterapeuta			X			Fisioterapeuta		X		
				Administración			Asistente de Fisioterapia			X			Asistente de Fisioterapia		X		
				Tesorería			Auxiliares de Fisioterapia			X			Auxiliares de Fisioterapia		X		
				Contabilidad			Educador para la Salud			X		X	Educador para la Salud			X	
				Servicios higiénicos para los pacientes			Trabajador Social Ocupacional			X			Trabajador Social Ocupacional		X		
				Disponibilidad de agua potable			Higienista Industrial (ambiental)			X			Higienista Industrial (ambiental)		X		
				Disponibilidad de energía eléctrica			Inspector de Seguridad Industrial			X			Inspector de Seguridad Industrial		X		
				Manejo de Desechos Sólidos			Otros: Técnico Salud Ocupacional			X			Otros: Técnico Salud Ocupacional		X		
				Área de aseo			Técnico en Ortopedia			X			Técnico en Ortopedia		X		
				Aire acondicionado			Otro: Terapeuta Est.Temp.Orientación Familiar			X			Otro: Terapeuta Est.Temp.Orientación Familiar		X		
							Optometría			X			Optometría		X		
							Psicología			X			Psicología		X		
							Fonoaudiología			X			Fonoaudiología		X		
							Nutricionista			X			Nutricionista		X		
							Auxiliar de Alimentación			X			Auxiliar de Alimentación		X		
							Técnico de EKG			X			Técnico de EKG		X		
							Técnico de Registros Médicos			X			Técnico de Registros Médicos		X		
							Téc. Superior de Registros Médicos			X			Téc. Superior de Registros Médicos		X		
							Auxiliar de Registros Médicos			X			Auxiliar de Registros Médicos		X		
			Personal de Banco de Sangre			X			Insumos de bioseguridad		X						
			Personal de Central de Equipos			X			Planta Eléctrica		X						
			Personal de Tesorería			X			Tanque y sistema de reserva de agua potable		X						
			Personal de Contabilidad			X			Teléfono y/o Fax		X						
			Recaudador(a)			X			Equipo de limpieza y desinfección		X						
			Personal de Lavandería			X											
			Administrador(a)			X											
			Conductor General			X											
			Conductor de Ambulancia			X											
			Almacén y Depósito			X											

Fuente: Confección propia, Departamento de Planificación de la Salud de Herrera.

Este hospital brinda el servicio de urgencias las 24 horas del día, fines de semana y feriados, al igual que el servicio de imagenología y registros de estadísticas de salud. El resto de los servicios de tipo administrativos es de 7 AM a 3 PM.

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

- Centro de Salud de Monagrillo:
3 PM a 11 PM Lunes a Viernes y días feriados.
- Centro de Salud de Las Minas:
3 PM a 7 PM Lunes a Viernes
7 AM a 11 PM los Sábados
7 AM a 3 PM los Domingos
7 AM a 3 PM los Días Feriados.
- Centro de Salud de Santa María:
3 PM a 7 PM Lunes a Viernes y Días Feriados.

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

La Red de Servicios de Salud a nivel del MINSA al igual que en el resto del país, está sectorizada según criterios de población, accesibilidad geográfica, división política y nivel de atención:

Sistema Regional de Salud (Sede en Chitré)

▪ **Red Fija de Servicios de Salud**

- Distritos de Salud: Chitré, Las Minas, Los Pozos, Ocu, Parita, Pesé y Santa María.
- Centros de Salud:

Instalación	Distrito	Corregimiento	Lugar Poblado
C. DE S. CHITRE	CHITRE	SAN JUAN BAUTIZTA	ASERRIO
C. DE S. ARENA (J. BERNAL)	CHITRE	LA ARENA	LA ARENA
C. DE S. MONAGRILLO	CHITRE	MONAGRILLO	MONAGRILLO
C. DE S. LLANO BONITO	CHITRE	LLANO BONITO	LLANO BONITO
C. DE S. LAS MINAS	LAS MINAS	LAS MINAS	LAS MINAS
C. DE S. CHEPO	LAS MINAS	CHEPO	CHEPO (P)
C. DE S. LOS POZOS	LOS POZOS	LOS POZOS	LOS POZOS
C. DE S. OCU	OCU	OCU	OCU
C. DE S. LOS LLANOS	OCU	LOS LLANOS	LOS LLANOS
C. DE S. PARITA	PARITA	PARITA	PARITA
C. DE S. PESE	PESE	PESE	PESE
C. DE S. LAS CABRAS	PESE	LAS CABRAS	LAS CABRAS
C. DE S. RINCON HONDO	PESE	RINCON HONDO (SUR 2)	RINCON HONDO
C. DE S. SANTA MARIA	SANTA MARIA	SANTA MARIA	SANTA MARIA
C. DE S. CHUPAMPA	SANTA MARIA	CHUPAMPA	CHUPAMPA

▫ **Sub Centros de Salud**

S. C. DE S. BOCA DE PARITA	CHITRE	MONAGRILLO	BOCA DE PARITA
S. C. DE S. QUEBRADA ROSARIO	LAS MINAS	QUEBRADA DEL ROSARIO	QUEBRADA DEL ROSARIO
S. C. DE S. PITALOZA	LOS POZOS	LA PITALOZA	PITALOZA ARRIBA
S. C. DE S. LAS PIPAS	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LAS PIPAS
S. C. DE S. EL CEDRO	LOS POZOS	EL CEDRO	EL CEDRO
S. C. DE S. CERRO LARGO	OCU	CERRO LARGO	CERRO LARGO
S. C. DE S. LLANO GRANDE	OCU	LLANO GRANDE	LLANO GRANDE
S. C. DE S. PEÑAS CHATAS	OCU	PEÑAS CHATAS	PEÑAS CHATAS
S. C. DE S. TIJERAS	OCU	TIJERAS	TIJERAS
S. C. DE S. CABUYA	PARITA	CABUYA	CABUYA
S. C. DE S. LOS CASTILLO	PARITA	LOS CASTILLO	LOS CASTILLO
S. C. DE S. PARIS	PARITA	PARIS	PARIS
S. C. DE S. PORTOBELILLO	PARITA	PORTOBELILLO	PORTOBELILLO
S. C. DE S. POTUGA	PARITA	POTUGA	POTUGA
S. C. DE S. EL PAJARO	PESE	EL PAJARO	EL PAJARO (P)
S. C. DE S. EL BARRERO	PESE	EL BARRERO (NORTE 2)	EL BARRERO (P)
S. C. DE S. PEDREGOSO	PESE	EL PEDREGOSO	EL PEDREGOSO
S. C. DE S. SABANA GRANDE	PESE	SABANA GRANDE (SUR 1)	SABANA GRANDE
S. C. DE S. LA CRUZ DEL RAYO 1/	SANTA MARIA	LIMON	LA CRUZ DEL RAYO
S. C. DE S. EL RINCON	SANTA MARIA	EL RINCON	EL RINCON

- **Red Itinerante de Servicios de Salud**

- UBA Herrera 1: 155 comunidades en total de los Distritos de Santa María, Pesé, Parita, Los Pozos y Las Minas.
- UBA Herrera 2: 162 comunidades en total de los Distritos de Las Minas y Ocú.

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

La integración de los Equipos Básicos de Salud se da a Nivel Regional, ya que a Nivel Local las limitantes geográficas (distancias y tiempo), la limitación de recurso humano y cinemática de la población (atención de fuera de área y asistencia en búsqueda de servicios de salud en varias instalaciones en un mismo distrito de salud y/o en otros distritos de salud) dificulta algún otro mecanismo de integración. A Nivel Regional mediante las reuniones con los Directores Distritales de Salud, Directores de Centros de Salud y resto del recurso humano encargado de programas de salud intercambian información y coordinan estrategias para mejorar coberturas de programas de salud, indicadores de desempeño y de impacto, así como estrategias para hacer frente a los retos que se presentan.

7. ¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

El equipo básico se define de acuerdo a la Red de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención:

Tabla N°7. Equipos Básicos según la red de servicios de salud.

Recurso Humano que conforma los EBS	Red de Servicios de Salud				
	Red Fija			Red Itinerante	
	MINSA CAPSI	Centro de Salud	Sub Centro de Salud	Unidad Básica de Atención Herrera 1	Unidad Básica de Atención Herrera 2
Médico	X	X	X	X	X
Enfermera	X	X	X	X	X
Odontólogo	X	X	X		
Asistente de Salud	X	X	X		
Técnico de Enfermería	X	X	X	X	X
Asistente Dental	X	X	X		
Laboratorista Clínico	X	X			
Asistente de Laboratorio	X	X			
Farmacéutico	X	X			
Asistente de Farmacia	X	X	X		
Trabajador Social	X	X			
Terapeuta de Estimulación Temprana	X	X			
Fisioterapeuta	X	X			
Técnico de Registro Médicos	X	X	X		
Técnico de Agua Potable	X	X			
Técnico de Saneamiento Ambiental	X	X		X	X
Inspector Antivectorial	X	X			
Educador para la salud	X	X		X	X
Promotor de Salud	X	X			
Conductor	X	X	X	X	X
Total	20	20	9	6	6

Fuente: Confección propia, Depto. De Planificación de Salud Regional.

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

A continuación la responsabilidad de cada instalación:

Tabla N° 8. Población de Responsabilidad de los EBS según red de servicios.

Red de Servicios de Atención Primaria de Salud			Población de Responsabilidad			
Red	Instalaciones		Distrito	Corregimiento	Total Lugares Poblados	Población
	Red Fija	MINSA CAPSI				
Ocú			Ocú	Ocú		8523
Centros de Salud		Chitré	Chitré	San Juan Bautista		9092
		La Arena	Chitré	La Arena		7588
		Monagrillo	Chitré	Monagrillo		11004
		Llano Bonito	Chitré	Llano Bonito		9798
		Las Minas	Las Minas	Las Minas		5205
		Chepo	Las Minas	Chepo		2346
		Los Pozos	Los Pozos	Los Pozos		5405
		Los Llanos	Ocú	Los Llanos		2110
		Parita	Parita	Parita		4041
		Las Cabras	Pesé	Las Cabras		1914
		Rincón Hondo	Pesé	Rincón Hondo		1416
		Santa María	Santa María	Santa María		3257
		Chupampa	Santa María	Chupampa		1231
		Sub Centros	Boca de Parita	Chitré	Monagrillo		1381
Quebrada Rosario			Las Minas	Quebrada Rosario		794
Pitaloza			Los Pozos	La Pitaloza	671	674
Las Pipas			Los Pozos	Los Cerro de Paja		896
El Cedro			Los Pozos	Los Cerro de Paja		503
Cerro Largo			Ocú	Cerro Largo		1478
Llano Grande			Ocú	Llano Grande		1062
Peñas Chatas			Ocú	Peñas Chatas		1778
Tijeras			Ocú	Tijeras		588
Cabuya			Parita	Cabuya		1092
Los Castillos			Parita	Los Castillos		745
Paris			Parita	Paris		1070
Portobelillo			Parita	Portobelillo		892
Potuga			Parita	Potuga		1045
El Pájaro			Pesé	El Pájaro		861
El Barrero			Pesé	El Barrero		1841
El Pedregoso		Pesé	El Pedregoso		1386	
Sabana Grande		Pesé	Sabana Grande		1591	
La Cruz del Rayo		Santa María	El Limón		1221	
El Rincón	Santa María	El Rincón		1712		
Red Itinerante	UBA Herrera 1	Equip Básico de Atención H1	Santa María	Chupampa	155	7360
				El Limón		
			Pesé	Los Canelos		
				El Ciruelo		
				Las Cabras		
			Parita	El Pájaro		
				Parita		
	Los Pozos	Cabuya				
		Capurí				
		Los Cerro de Paja				
		El Cedro				
	Las Minas	Las Llanas				
		La Pitaloza				
		Quebrada el Ciprián				
UBA Herrera 2	Equip Básico de Atención H2	Las Minas	Quebrada Rosario	162	7431	
			Chepo			
			Chumical			
			El Toro			
			Las Minas			
			Leones			
			Ocú			El Tijera
Llano Grande						
Menchaca						
Peñas Chatas						
Los Llanos						
Cerro Largo						

Fuente: Confección propia, Depto. De Planificación de Salud Regional.

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

La Cartera de Servicio y los Programas de Salud que se ofertan a la población se caracteriza brindar servicios de Prevención, Promoción y Atención de las morbilidades, con enfoque de primer nivel de atención, es decir, que el personal de salud que conforma los Equipos Básicos de Salud realiza actividades dirigidas más a evitar enfermedades y a promover el autocuidado de la salud por parte de la población.

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?

Cartera de Servicios que ofrece la Red Fija:

CENTRO DE SALUD DE CHITRÉ

Medicina General
Enfermería
Control Prenatal
Control Puerperal
Crecimiento y Desarrollo
Control del Adulto
Control de Manipuladores de Alimentos
Inmunización
Papanicolau
Alimentación Complementaria
Salud Escolar
Clínica de Higiene Social
Salud del Adolescente
Estimulación Precoz

Servicios de Apoyo

Estimulación Precoz
Salud Ambiental
Control de Vectores
Promoción de la Salud

Especialidades: Pediatría

Servicios Intermedios

Farmacia
Inyectable
Inhaloterapia

Apoyo de Diagnóstico y Tratamiento

Electrocardiograma
Ultrasonido Doppler

Atención de Urgencia

Suturas
Hidratación Parenteral
Bajar temperatura por medios físicos

CENTRO DE SALUD DE MONAGRILLO

Medicina General
Enfermería
Odontología
Control Prenatal
Control Puerperal
Planificación Familiar
Crecimiento y Desarrollo
Control del Adulto
Control de Manipuladores de Alimentos
Inmunización
Papanicolau
Alimentación Complementaria
Salud Escolar
Clínica de Higiene Social
Salud del Adolescente
Estimulación Precoz

Servicios de Apoyo.

Estimulación Precoz
Salud Ambiental
Control de Vectores
Promoción de la Salud

Especialidades:

Pediatría
Ginecología

Servicios Intermedios:

Farmacia
Inyectable
Inhaloterapia

Atención de Urgencia

Suturas
Hidratación Parenteral
Bajar temperatura por medios físicos

SUB-CENTRO DE SALUD DE BOCA PARITA

Medicina General
Enfermería
Control Prenatal
Control Puerperal
Crecimiento y Desarrollo
Control del Adulto
Salud de Adolescentes
Inmunización
Papanicolau
Planificación Familiar
Alimentación Complementaria

Servicios de Apoyo.

Promoción de la Salud

Servicios Intermedios:

Farmacia
Inyectable
Inhaloterapia

CENTRO DE SALUD DE LLANO BONITO

Medicina General
Enfermería
Odontología
Control Prenatal
Control Puerperal
Planificación Familiar
Crecimiento y Desarrollo
Control del Adulto
Control de Manipuladores de
Alimentos
Inmunización
Papanicolau
Alimentación Complementaria
Salud Escolar
Salud del Adolescente

Servicios de Apoyo:

Salud Ambiental
Control de Vectores
Promoción de la Salud

Servicios Intermedios:

Farmacia
Inyectable
Inhaloterapia

Atención de Urgencia

Suturas
Hidratación Parenteral
Bajar temperatura por medios
físicos

CENTRO DE SALUD DE LA ARENA

Medicina General
Enfermería
Odontología
Control Prenatal
Control Puerperal
Crecimiento y Desarrollo
Control del Adulto
Planificación Familiar
Papanicolau
Control de Manipuladores de
Alimentos
Inmunización
Alimentación Complementaria
Salud Escolar
Salud del Adolescente

Servicios de Apoyo.

Estimulación Precoz
Salud Ambiental
Control de Vectores
Promoción de la Salud

Especialidades:

Pediatría
Psiquiatría
Ginecología

Servicios Intermedios:

Farmacia
Inyectable
Inhaloterapia

Atención de Urgencia

Suturas
Hidratación Parenteral
Bajar temperatura por medios
físicos

CENTRO DE SALUD DE LAS MINAS

Medicina General
Enfermería
Odontología
Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo
Control de Adultos
Inmunizaciones
Papanicolau
Alimentación Complementaria
Salud Escolar
Salud de Adolescentes
Manipuladores de Alimentos

Servicios de Apoyo:

Salud Ambiental
Control de Vectores
Promoción de la Salud

Servicio Intermedios:

Farmacia
Rx de Odontología
Inhaloterapia
Inyectable

Apoyo al Diagnóstico:

Laboratorio por correo

Atención de Urgencia:

Suturas
Hidratación Parenteral
Bajar temperatura por medios físicos

SUB-CENTRO DE SALUD QUEBRADA DEL ROSARIO

- Medicina General
- Enfermería
- Odontología (un día por semana)
- Control Prenatal
- Crecimiento y Desarrollo
- Control de adultos
- Inmunizaciones
- Papanicolau
- Alimentación Complementaria
- Salud Escolar
- Control de Adultos

Servicios de Apoyo:

- Promoción de la Salud

Servicios Intermedios:

- Inyectables
- Inhaloterapia
- Farmacia (un día a la semana=

CENTRO DE SALUD DE LOS POZOS	SUB-CENTRO DE LA PITALOZA	SUB-CENTRO DE EL CEDRO	SUB-CENTRO DE LAS PIPAS
Medicina General Odontología Enfermería Control Pre Natal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Estimulación Precoz Inmunizaciones Electrocardiograma Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Inhaloterapia Corte de Puntos	Medicina General Enfermería Control Pre Natal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Electrocardiograma Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Inhaloterapia Corte de Puntos	Medicina General Enfermería Control Pre Natal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Electrocardiograma Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Inhaloterapia Corte de Puntos	Medicina General Enfermería Control Pre Natal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Electrocardiograma Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Inhaloterapia Corte de Puntos
Servicio de Apoyo Saneamiento Ambiental Control de Alimentos Agua Potable	Servicios Intermedios Farmacia Inyectables	Servicios Intermedios Farmacia Inyectables	Servicios Intermedios Farmacia Inyectables
Servicios Intermedios Farmacia Inyectables			
Servicios de Urgencia Servicio de Ambulancia			

**CARTERA DE SERVICIOS
DISTRITO DE OCÚ**

<p>MINSA CAPSI DE OCÚ</p> <p>Medicina General Enfermería Odontología Control Prenatal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Inhalo terapias Corte de Puntos</p> <p>SERVICIOS DE APOYO</p> <p>Control de Vectores Saneamiento Ambiental Trabajo Social Salud Mental</p> <p>SERVICIOS INTERMEDIOS</p> <p>Farmacia Inyectable</p> <p>SERVICIOS DE URGENCIAS</p> <p>Servicio de Ambulancia Suturas Hidratación Parenteral Bajar temperatura por medios físicos</p>	<p>CENTRO DE SALUD DE LOS LLANOS</p> <p>Medicina General Enfermería Control Prenatal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Corte de Puntos Inhalo terapias</p> <p>SERVICIOS INTERMEDIOS</p> <p>Farmacia Inyectable</p>
--	--

**CARTERA DE SERVICIOS
DISTRITO DE OCÚ**

SUBCENTRO DE SALUD DE CERRO LARGO	SUBCENTRO DE SALUD DE PEÑAS CHATAS
Medicina General	Medicina General
Enfermería	Enfermería
Control Prenatal	Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo	Crecimiento y Desarrollo
Control Puerperal	Control Puerperal
Planificación Familiar	Planificación Familiar
Inmunizaciones	Inmunizaciones
Papanicolau	Papanicolau
Salud Escolar	Salud Escolar
Salud de Adolescentes	Salud de Adolescentes
Salud de Adultos	Salud de Adultos
Alimentación Complementaria	Alimentación Complementaria
Manipulador de Alimentos	Manipulador de Alimentos
Curaciones	Curaciones
Inhalo terapias	Corte de Puntos
SERVICIOS INTERMEDIOS	SERVICIOS INTERMEDIOS
Farmacia	Farmacia
Inyectable	Inyectable

**CARTERA DE SERVICIOS
DISTRITO DE PARITA**

CENTRO DE SALUD DE PARITA

Medicina General
Enfermería
Odontología
Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo
Control Puerperal
Planificación Familiar
Inmunizaciones
Papanicolau
Salud Escolar
Salud de Adolescentes
Salud de Adultos
Alimentación Complementaria
Manipulador de Alimentos
Curaciones
Corte de Puntos
Inhalo terapias

SERVICIOS DE APOYO

Salud Mental
Saneamiento Ambiental
Control de Vectores
Estimulación Precoz
Protección de alimentos

SERVICIOS INTERMEDIOS

Farmacia
Inyectable

ATENCIÓN DE URGENCIAS

Suturas
Hidratación Parenteral
Bajar temperatura por medios físicos

**CARTERA DE SERVICIOS – SUB CENTROS DE SALUD
DISTRITO DE PARITA**

S.C. DE SALUD DE CABUYA	S.C. DE SALUD DE PARIS	S.C. DE SALUD DE PORTOBELILLO	S.C. DE SALUD DE POTUGA
Medicina General	Medicina General	Medicina General	Medicina General
Enfermería	Enfermería	Enfermería	Enfermería
Control Prenatal	Control Prenatal	Control Prenatal	Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo	Crecimiento y Desarrollo	Crecimiento y Desarrollo	Crecimiento y Desarrollo
Control Puerperal	Control Puerperal	Control Puerperal	Control Puerperal
Planificación Familiar	Planificación Familiar	Planificación Familiar	Planificación Familiar
Inmunizaciones	Inmunizaciones	Inmunizaciones	Inmunizaciones
Papanicolau	Papanicolau	Papanicolau	Papanicolau
Salud Escolar	Salud Escolar	Salud Escolar	Salud Escolar
Salud de Adolescentes	Salud de Adolescentes	Salud de Adolescentes	Salud de Adolescentes
Salud de Adultos	Salud de Adultos	Salud de Adultos	Salud de Adultos
Alimentación Complementaria	Alimentación Complementaria	Alimentación Complementaria	Alimentación Complementaria
Manipulador de Alimentos	Manipulador de Alimentos	Manipulador de Alimentos	Manipulador de Alimentos
Curaciones	Curaciones	Curaciones	Curaciones
Inhalo terapias	Corte de Puntos	Inhalo terapias	Corte de Puntos
SERVICIOS INTERMEDIOS	Inhalo terapias	SERVICIOS INTERMEDIOS	Inhalo terapias
Farmacia	SERVICIOS INTERMEDIOS	Farmacia	SERVICIOS INTERMEDIOS
Inyectable	Farmacia	Inyectable	Farmacia
	Inyectable		Inyectable

CARTERA DE SERVICIOS

<p align="center">MINSA CAPSI DE PESÉ</p> <p>Medicina General Enfermería Odontología Control Prenatal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Corte de Puntos Curaciones Inhalo terapias SERVICIOS DE APOYO Saneamiento Ambiental Control de Vectores Trabajo Social Salud Mental Protección de Alimentos SERVICIOS INTERMEDIOS Farmacia Inyectable ATENCIÓN DE URGENCIAS Suturas Hidratación Parenteral</p>	<p align="center">CENTRO DE SALUD DE LAS CABRAS</p> <p>Medicina General Enfermería Odontología Control Prenatal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de alimentos Corte de Puntos Curaciones Inhalo terapias SERVICIOS INTERMEDIOS Farmacia Inyectables</p>
<p align="center">CENTRO DE SALUD DE RINCÓN HONDO</p> <p>Medicina General Enfermería Odontología Control Prenatal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Inhalo terapias Corte de Puntos SERVICIOS INTERMEDIOS Farmacia Inyectable</p>	<p align="center">SUBCENTRO DE SALUD EL BARRERO</p> <p>Medicina General Enfermería Control Prenatal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Corte de Puntos Inhalo terapias SERVICIOS INTERMEDIOS Farmacia Inyectable</p>

CARTERA DE SERVICIOS

SUBCENTRO DE SALUD EL PAJARO

Medicina General
Enfermería
Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo
Control Puerperal
Planificación Familiar
Inmunizaciones
Papanicolau
Salud Escolar
Salud de Adolescentes
Salud de Adultos
Alimentación Complementaria
Manipulador de Alimentos
Curaciones
Cortes de Puntos
Inhalo terapias
SERVICIOS INTERMEDIOS
Farmacia
Inyectable

SUBCENTRO DE SALUD EL PEDREGOSO

Medicina General
Enfermería
Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo
Control Puerperal
Planificación Familiar
Inmunizaciones
Papanicolau
Salud Escolar
Salud de Adolescentes
Salud de Adultos
Alimentación Complementaria
Manipulador de Alimentos
Curaciones
Corte de Puntos
Inhalo terapias
SERVICIOS INTERMEDIOS
Farmacia
Inyectable

SUBCENTRO DE SALUD DE SABANA GRANDE

Medicina General
Enfermería
Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo
Control Puerperal
Planificación Familiar
Inmunizaciones
Papanicolau
Salud Escolar
Salud de Adolescentes
Salud de Adultos
Alimentación Complementaria
Manipulador de Alimentos
Curaciones
Corte de Puntos
Inhalo terapias
SERVICIOS INTERMEDIOS
Farmacia
Inyectable

CARTERA DE SERVICIOS

CENTRO DE SALUD SANTA MARÍA	CENTRO DE SALUD CHUPAMPA
Medicina General Enfermería Odontología Control Pre Natal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Estimulación Precoz Inmunizaciones Electrocardiograma Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Inhaloterapia Corte de Puntos Servicio de Apoyo Control de Vectores Saneamiento Ambiental Control de Alimentos Agua Potable Servicios Intermediarios Farmacia Inyectables Servicios de Urgencia Suturas Servicio de Ambulancia Hidratación Parenteral	Medicina General Enfermería Odontología Control Pre Natal Crecimiento y Desarrollo Control Puerperal Planificación Familiar Inmunizaciones Papanicolau Salud Escolar Salud de Adolescentes Salud de Adultos Alimentación Complementaria Manipulador de Alimentos Curaciones Inhaloterapia Corte de Puntos Servicios de Urgencia Suturas Hidratación Parenteral Servicios Intermediarios Farmacia Inyectables

SUB – CENTRO DE SALUD DE RINCÓN DE SANTA MARÍA

Medicina General
Auxiliar de Enfermería
Odontología
Control Prenatal
Crecimiento y Desarrollo
Control Puerperal
Planificación Familiar
Inmunizaciones
Papanicolau
Salud Escolar
Salud Adolescentes
Salud adultos
Alimentación complementaria
Curaciones
Corte de Puntos
Inhaloterapias
Servicios Intermedios
Farmacia
Inyectable

Cartera de Servicios Básico de Salud de la Red Itinerante:

La Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) es el conjunto de prestaciones que se otorgarán a los beneficiarios de la Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables y que se encuentran cubiertas por el costo per cápita. La CPP responde a necesidades que son susceptibles de ser atendidas en el primer nivel de atención.

En la definición de la CPP no se incluyen servicios de manera exhaustiva sino que el Equipo Básico Salud trabaja según las normas del MINSA contenidas en guías y protocolos que definen los alcances de cada una de las 15 actividades que la componen. Sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres (3) modalidades de atención establecidas por el MINSA (promoción, prevención y atención).

La CPP está conformada por un total 15 actividades que contienen intervenciones básicas, enfocadas en el objetivo de garantizar un buen estado de salud en las comunidades. En la siguiente lista se muestra cada una las actividades seleccionadas, clasificadas en promoción, prevención y atención:

Servicios de promoción de salud

1. Saneamiento ambiental.

Comprende las siguientes actividades:

- El diagnóstico y control de factores de riesgo en las viviendas, relacionados con la calidad de agua y las fuentes, la disposición de excretas y la disposición de la basura.
- Identificación de factores de riesgos en las viviendas

2. Educación para la salud.

Comprende las siguientes actividades:

- Promoción de las inmunizaciones

- Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
 - Promoción de los controles prenatales
 - Promoción de los controles puerperales
 - Promoción de la lactancia materna
 - Promoción de la salud bucal
 - Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.
3. Educación sobre alimentación y nutrición.
Comprende las siguientes actividades:
- Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses
 - Consejería individualizada a embarazadas
 - Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
 - Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses
 - Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puérperas y madres lactantes
4. Organización y capacitación para la participación comunitaria.
Comprende las siguientes actividades:
- Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas
 - Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.
 - Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.
 - Identificación y capacitación de monitoras comunitarias
 - Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses
 - Reunión comunitaria con los líderes y autoridades
 - Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

Servicios de prevención de salud

5. Inmunizaciones
6. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto
7. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.
8. Control puerperal
9. Atención integral para las mujeres en edad fértil.
Comprende las siguientes actividades:
- Toma de muestra de Papanicolau a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.
 - Examen de mamas
 - Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.
 - Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.
10. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario
- Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
 - Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas.

Servicios de atención de salud

11. Atención a la morbilidad
- Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.
 - Atención de enfermedades inmunoprevenibles
 - Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas
 - Atención primaria de las urgencias
 - Atención de morbilidad general

12. Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses en riesgo nutricional, con desnutrición moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso
13. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.
14. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.
15. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis.

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

Al momento de la redacción del presente documento aún no se disponía de esta información de forma completa, sin embargo, el siguiente cuadro brinda un pantallazo general de forma descriptiva en materia de los servicios para el usuario asegurado y no asegurado junto con otras características de nuestra población.

Tabla N°9. Descripción de tarifas según los servicios.

Tipo de Paciente	Servicios												Otros Servicios			
	Atención		Prevención				Promoción						Farmacia		Laboratorio	
	Consultas por Morbilidad		Controles de Salud		Inmunizaciones		Educación para la salud		Saneamiento Ambiental		Educación sobre alimentación y nutrición		Tarifas		Tarifas	
	Tarifas		Tarifas		Tarifas		Tarifas		Tarifas		Tarifas		Tarifas		Tarifas	
	No Asegurados	Asegurados	No Asegurados	Asegurados	No Asegurados	Asegurados	No Asegurados	Asegurados	No Asegurados	Asegurados	No Asegurados	Asegurados	No Asegurados	Asegurados	No Asegurados	Asegurados
Menores de 1 año	G	NS	G	NS	G	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	G	NS	G	NS
1 a 4 años	G	NS	G	NS	G	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	G	NS	G	NS
5 a 9 años	SC	NS	SC	NS	SC	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	SC	NS	SC	NS
10 a 19 años	SC	NS	SC	NS	SC	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	SC	NS	SC	NS
20 a 59 años	SC	NS	SC	NS	SC	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	SC	NS	SC	NS
60 años y más	SC	NS	SC	NS	SC	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	SC	NS	SC	NS
Embarazadas	G	NS	G	NS	G	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	G	NS	G	NS
Puérperas	G	NS	G	NS	G	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	G	NS	G	NS
Discapacitados	E	NS	E	NS	E	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	E	NS	E	NS
Indígenas	G	NS	G	NS	G	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	G	NS	G	NS

12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?, Si la respuesta es Sí, ¿cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican. ¿Cada qué tiempo se revisan los protocolo de atención?

Sí existen protocolos de atención para los tres tipos de servicios (promoción, prevención y atención) en donde los protocolos de atención específicamente están basados y sustentados en Normas, Guías y Manuales sustentados en revisiones conjuntas entre el MINSA, la CSS y la OPS.

Los protocolos se aplican tanto en la Red Fija como en la Red Itinerante.

La metodología para la elaboración de los protocolos ha sido: revisión de las normas establecidas en el MINSA, reuniones técnicas con los responsables de programas del MINSA, revisiones con personal con experiencia en el trabajo de campo, y ajustes a la factibilidad real en las zonas rurales de difícil acceso y a la realidad de cada instalación de salud en base a recursos físicos, humanos y tecnológicos.

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

La red de servicios MINSA-CSS no está articulada, pues no existen lineamientos explícitos en cuanto a la articulación de ambos sistemas. Las instalaciones del MINSA en Herrera brindan sus servicios a toda la población de responsabilidad (asegurados y no asegurados) mientras que la CSS brinda servicios a la población asegurada. Sin embargo, es importante señalar que en beneficio de la población, existen acuerdos interinstitucionales a nivel local entre ambos sistemas en el segundo nivel de atención en donde los pacientes *no asegurados* y asegurados de urgencias y/o hospitalizados en el Hospital Dr. Sergio Núñez N. y en el Hospital Cecilio A. Castillero que requieran evaluación y manejo por Cardiología, Neurocirugía, Ortopedia, Otorrinolaringología y Cirugía Vascular Periférica se les brinde el servicio en el Hospital Gustavo Nelson Collado de la CSS.

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

No hay una articulación entre la red formal de servicios de salud con la informal.

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

No existe una articulación real entre la red formal pública y la privada en la Provincia de Herrera. Si un paciente es atendido en una instalación del MINSA o de la CSS y acude a una instalación privada para hacer usos de sus servicios en base a lo prescrito, solicitado, indicado o recomendado por el personal de la red pública, el paciente debe sufragar los gastos de los servicios solicitados. Si ocurre a la inversa, a nivel del MINSA por protocolo de atención y por la connotación médico legal se le solicita al paciente que saque un cupo de atención por el médico dependiendo el servicio (consulta de centro de salud o urgencia de hospital) y el médico tratante de la instalación pública según su juicio clínico considera si es aplicable los lineamientos comunicados al paciente por el personal de salud que le atendió en la instalación privada.

En conclusión, el paciente elige las instalaciones de salud de la red pública o privada en base a sus recursos financieros, a la calidad, accesibilidad y costo del servicio que prestan.

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

Sí, el Sistema Único de Referencia y Contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones de salud. Es importante señalar que el sistema está diseñado para la articulación de servicios de atención dentro de una misma instalación y entre servicios de instalaciones diferentes según su nivel de atención y complejidad. Por ende, la dinámica de funcionamiento de las instalaciones es determinante del proceso ya que constituye la base sobre la cual el personal de salud que refiere a un paciente a otro servicio, necesita por obligación conocer que otros servicios tienen su instalación y que servicios tienen las demás instalaciones de la red.

Evidencia de ello es que el documento en sí consta en la sección de Referencia de renglones como:

Instalación que refiere, instalación receptora y el servicio al que refiere.

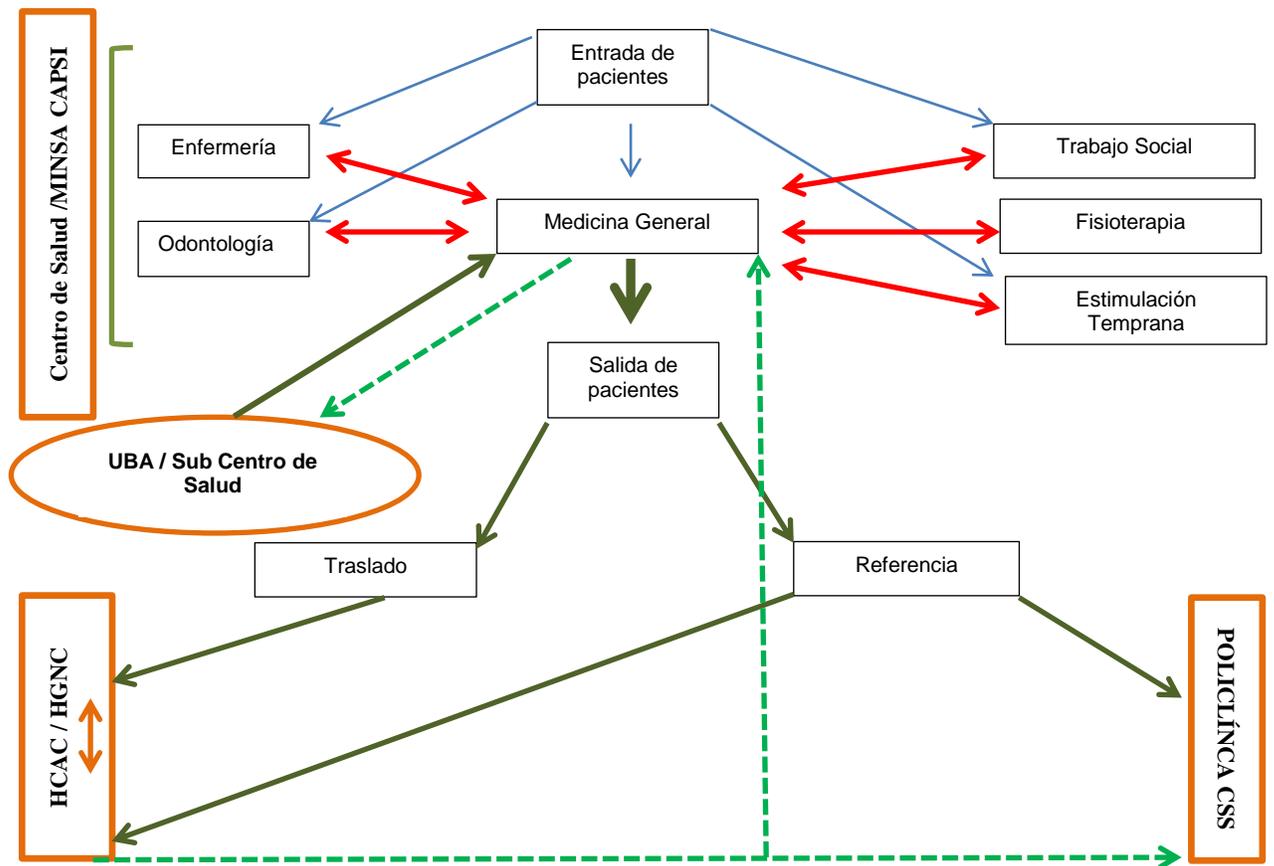
Si el servicio emisor es consulta externa, urgencias u hospitalización.

Motivo de la referencia: servicio no ofertado, ausencia de profesional, falta de equipos, falta de insumos, cese de actividades y otros (cuál).

Clasificación de la atención solicitada como urgente, hospitalización, electiva prioritaria o electiva.

Todos ellos parámetros que permiten medir la dinámica de funcionamiento de las instalaciones.

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?



- > Flujo de Pacientes por entrada a la instalación (demanda espontánea al 1° nivel de atención)
- ↔ Flujo de Pacientes por referencia/contra referencia a lo interno de una instalación (SURCO interno).
- Flujo de Pacientes por referencia entre instalaciones (salidas del 1° nivel de atención/entradas al 2° nivel de atención, SURCO externo).
- -> Flujo de Pacientes por contra referencia entre instalaciones (entradas al 1° nivel de atención provenientes del 2° nivel de atención).
- ↕ Flujo de Pacientes por referencia y contra referencia entre instalaciones del 2° nivel de atención.

18. ¿Cuáles son los mecanismos con qué funciona el sistema de referencia contra referencia entre el primero, segundo y tercer nivel de atención? Es eficiente y efectivo en el sistema? La referencia se da hacia las instalaciones que cuenten con disponibilidad de especialistas o el servicio referido.

Ver el flujo grama de la respuesta a la pregunta 17. En cuanto a si es eficiente o efectivo en el sistema, No lo es, ver respuesta de la pregunta 19.

19. ¿Cuáles son las debilidades del sistema de referencia y contra referencia?

El Sistema de Referencia y Contra referencia presenta debilidades en diferentes niveles a saber:

- Dentro de una misma institución del primer nivel de atención no se utiliza el SURCO como sistema para referir un paciente a otro servicio.
- El médico tratante o emisor quien debe asegurarse antes de proceder con la referencia, de adjuntar al mismo copia de los resultados de Rayos X, Laboratorios, EKG y otros estudios pertinentes según protocolo de Atención, envía la información incompleta a pesar de disponer de los recursos en su instalación.
- En los casos de urgencias debe notificar vía telefónica al médico coordinador del servicio de urgencias sobre la condición del paciente y muchas veces no lo hace.
- Una vez que el paciente sea evaluado u hospitalizado por parte del especialista, éste deberá enviar la contra referencia (en letra clara y legible), al médico que elevó la consulta consignando la información solicitada en el documento para una mejor atención y evaluación del paciente, sin embargo en la gran mayoría de los casos no se cumple con la contra referencia.
- No se lleva a cabo el monitoreo y la evaluación del SURCO mediante control interno, auditorias e indicadores establecidos para el procedimiento, por parte de una comisión evaluadora regional y local, que debería reunirse una vez al mes.

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

Sí se utiliza, entendiendo como utilización el llenado del documento y el cumplimiento de los procesos que lo conforman, en nuestro Sistema Regional de Salud se estima su **utilización** según niveles de la siguiente forma:

Referencias

Entre servicios dentro de una misma instalación:

Centro de Salud: 10%

MINSA CAPSI: 10%

Hospital Dr. Sergio Núñez N.: No aplica (no hay otros servicios de atención)

Policlínica Roberto Ramírez de Diego: 100%

Hospital Cecilio Castellero: 100%

Hospital Gustavo Nelson Collado: 100%

Entre instalaciones en el primer nivel de atención:

Sub Centro de Salud a Centro de Salud: 50%

UBA a Centro de Salud: 50%

Centro de Salud a Hospital Dr. Sergio Núñez N.: 50%

CAPPS CSS a Hospital Dr. Sergio Núñez N.: 25%

CAPPS a Policlínica Roberto Ramírez de Diego: 100%

Entre instalaciones del primer nivel de atención y del segundo nivel de atención:

Centro de Salud a Hospital Cecilio Castellero: 100%

Centro de Salud a Hospital Gustavo Nelson Collado: 100%

CAPPS CSS a Hospital Cecilio Castellero: 100%

CAPPS CSS a Hospital Gustavo Nelson Collado: 100%

MINSA CAPSI a Hospital Cecilio Castellero: 100%

MINSA CAPSI a Hospital Gustavo Nelson Collado: 100%

Hospital Dr. Sergio Núñez a Hospital Cecilio Castellero: 100%

Hospital Dr. Sergio Núñez a Hospital Gustavo Nelson Collado: 100%

Policlínica Roberto Ramírez de Diego al Hospital Cecilio Castellero: 100%

Policlínica Roberto Ramírez de Diego al Hospital Gustavo Nelson Collado: 100%

Entre instalaciones del segundo nivel de atención:

Hospital Cecilio Castellero a Hospital Gustavo Nelson Collado: 100%

Hospital Gustavo Nelson Collado a Hospital Cecilio Castellero: 100%

Contra referencias

Entre servicios dentro de una misma instalación:

Centro de Salud: 0%

MINSA CAPSI: 10%

Hospital Dr. Sergio Núñez N.: No aplica (no hay otros servicios de atención)

Policlínica Roberto Ramírez de Diego: 50%

Hospital Cecilio Castellero: 100%

Hospital Gustavo Nelson Collado: 100%

Entre instalaciones en el primer nivel de atención:

Centro de Salud a Sub Centro de Salud: 0%

Centro de Salud a UBA: 0%

Hospital Dr. Sergio Núñez N. a Centro de Salud: 0%

Hospital Dr. Sergio Núñez N. a CAPPS CSS: 0%

Policlínica Roberto Ramírez de Diego a CAPPS a: 50%

Entre instalaciones del primer nivel de atención y del segundo nivel de atención:

Hospital Cecilio Castellero a Centro de Salud:10%

Hospital Gustavo Nelson Collado a Centro de Salud a:10%

Hospital Cecilio Castellero al CAPPS CSS: 10%

Hospital Gustavo Nelson Collado a CAPPS CSC:50%

Hospital Cecilio Castellero al MINSA CAPSI 10%

Hospital Gustavo Nelson Collado a MINSA CAPSI:10%

Hospital Cecilio Castellero al Hospital Dr. Sergio Núñez N.:10 %

Hospital Gustavo Nelson Collado a Hospital Dr. Sergio Núñez: 10%

Hospital Cecilio Castellero a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego: 10%

Hospital Gustavo Nelson Collado a la Policlínica Roberto Ramírez de Diego: 50%

Entre instalaciones del segundo nivel de atención:

Hospital Cecilio Castellero al Hospital Gustavo Nelson Collado: 100%

Hospital Gustavo Nelson Collado al Hospital Cecilio Castellero: 100%

La base legal que sustenta el SURCO es la Resolución Ministerial N°422 del 9 de Diciembre de 2003.

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

Ver respuesta a la pregunta 19.

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

Las necesidades de mejoras a la estructura física de las instalaciones en materia de adecuaciones para la población con discapacidad son:

Pavimento de táctil en las aceras y en el piso de interiores con bandas bien reconocibles por su textura, color y contraste. Indican recorridos diseñados para ser útiles a los discapacitados visuales. Se caracterizan por el pavimento táctil, a veces de franjas o barras longitudinales (direccionales y sonoras), pero generalmente. Un pavimento que da información sobre barreras arquitectónicas y urbanísticas del entorno a peatones parcial o totalmente invidentes, y que se emplea tanto en exteriores como interiores. Se necesitan en todas las instalaciones.



Presencia de rampas con grado de inclinación adecuado como mecanismo de acceso para subir y bajar, entrar y salir a las instalaciones de salud. Se necesita en los Sub Centros de Salud.

Disponibilidad de barandas o pasamanos en pasillos y baños que permitan sostenerse a los pacientes con discapacidad motora al momento de desplazarse. Se necesita en todas las instalaciones.



Señalización para el público en general en cuanto al uso, cuidado y respeto de las áreas y estructuras dirigidas exclusivamente a los pacientes discapacitados.



23. ¿Existen en su región los centros reintegra?

Sí, en la Región de Salud de Herrera contamos con un Centro de Rehabilitación Integral en el Corregimiento de Llano Bonito, Distrito de Chitré para toda la población de responsabilidad del MINSA en Herrera.

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

No, actualmente no se dispone de esta información, por lo cual se investigará.

25. ¿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?

Actualmente en el Sistema Regional de Salud de Herrera no hay fortalecimiento entre los niveles de atención por lo que es necesario un plan de acción para obtener los resultados esperados.

26. Incluir tabla N°17 Número Y Capacidad De Establecimientos Asistenciales*
Favor confeccionar la tabla que está en la pag 50 del documento Perfiles del Sistema.

Cuadro No. 9

CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Sector Público	N° de Centros X 1000 Habitantes	N° de Camas X 1000 Habitantes
Hospitales		
Alta Complejidad	0	0
Mediana (especialidades básicas)	2	245
Baja (medicina general)	1	50
Total Hospitales	3	295
Centros Ambulatorios		
Centros con Especialidades	1	0
Centros de Nivel Primario con Medicina General	41	0
Centros de Nivel Primario con personal residente no profesional	0	0
Total Centros Ambulatorios	42	0
Sector Privado	N° de Centros X 1000 Habitantes	N° de Camas X 1000 Habitantes
Hospitales		
Alta Complejidad	0	0
Mediana (especialidades básicas)	2	50
Baja (medicina general)	0	0
Total Hospitales	2	50
Centros Ambulatorios		
Centros con Especialidades	1	0
Centros de Nivel Primario con Medicina General	7	0
Centros de Nivel Primario con personal residente no profesional	0	0
Total Centros Ambulatorios	8	0
Total Centros de Salud	55	345

Fuentes: Encuestas poblacionales sobre percepción de necesidades de salud y atención de salud.

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

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

Los bolsones de desprotegidos corresponden a la población de responsabilidad de la red itinerante de servicios básicos de salud. Ver cuadro de la respuesta a la pregunta 8 de la sección Complejidad de la Red en la Fotografía 3, donde se muestra el detalle de los corregimientos, distritos y total de lugares poblados en donde se ubican los bolsones desprotegidos.

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

Estas poblaciones son vulnerables a problemas de salud producto de las limitantes geográficas, de accesibilidad, económicas y ambientales en materia de enfermedades inmunoprevenibles, infectocontagiosas, problemas nutricionales y enfermedades crónicas no transmisibles, en materia ambiental están más expuestos a situaciones de saneamiento y vectores

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?

Las coberturas de vacunación en los Distritos donde están los bolsones desprotegidos (Ocú, Parita, Los Pozos, Santa María y Las Minas) son:

Distrito	Coberturas Generales de Vacunación (%)						
	VPH	Hepatitis B	Influenza	Rotavirus	Pentavalente	Neumococo	Polio
Las Minas	16.28	53.85	80.77	42.31	92.31	88.46	80.36
Los Pozos	32.43	93.02	34.88	44.19	27.91	69.77	27.91
Ocú	67.12	57.78	74.81	40.00	74.07	74.07	65.93
Parita	0.00	100.00	67.86	41.07	83.93	80.36	83.93
Pesé	22.64	77.63	100.00	40.79	100.00	100.00	100.00
Santa María	38.89	55.32	59.57	46.81	100.00	91.49	78.72

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)?

Dentro de los cambios con respecto al reclutamiento se realiza a nivel nacional, la asignación de puestos toma en cuenta el nivel académico del personal para lograr así una mayor productividad.

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?

No aplica, en nuestro sistema regional no se da este proceso.

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?

Se llevan a cabo en cada unidad ejecutora según la programación de sus carteras de servicios y el nivel regional solicita las unidades para cada capacitación.

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

De forma activa en base a sus competencias técnicas y administrativas y su contacto directo con la población de responsabilidad.

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?

Se determina en base al histórico lo cual no es suficiente, se espera poder determinar en base a las necesidades de la población. Las actividades con mayor peso son las de atención lo cual es producto del modelo actual.

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

No contemplan los costos reales de los servicios, las tarifas se establecen en base a las necesidades de la población y de su economía.

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

No aplica en nuestro sistema regional de salud.

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

No, los procesos están centralizados.

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

No, no disponemos de este proceso en la región de salud.

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

No disponemos de dicha información.

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

No se mantiene ningún tipo de relación actualmente.

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

No, no aplica en nuestro sistema de salud.

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

Desconocemos este proceso.

Cuadro No. 10

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

Funciones Sistema Salud de	PERIODO														
	1994-1999 (agost)			1999 (sept)-2004 (agost)			2004 (sept)-2009 (junio)			2009 (jul)-2014 (jun)			2014 (jul)		
Subsectores	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.
Regulación															
Conducción															
Desempeño FESP															
Financiamiento															
Aseguramiento															
Provisión															

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

Nota: No fue posible encontrar esta información en la fuente establecida.

LOS INSUMOS SANITARIOS

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

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

El número de farmacias funcionando es el siguiente: a nivel de MINSA tenemos 17 farmacias, en la CSS son 6 farmacias y a nivel privado son un total de 27 farmacias, no se cuenta con farmacias comunitarias.

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

Sí conocemos la Política Nacional de Medicamentos del año 2009 acordada entre el MINSA, la CSS y la OPS, la cual consta de 5 artículos en donde el artículo 4 presenta los componentes de Acceso, Calidad, eficacia y vigilancia de la seguridad; uso racional de los medicamentos, investigación, recursos humanos, propiedad intelectual, monitoreo y evaluación.

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

En el MINSA no disponemos de una comisión organizada y funcional para el manejo de medicamentos, a diferencia de la CSS que sí cuenta con dicha Comisión. A nivel del MINSA el manejo es a través de listados (cuadernillos) que son enviados a través de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Es una limitante del sistema de salud por lo que se espera que se habilite este proceso en base a la población.

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

Sí se tiene conocimiento sobre dicho avance, sin embargo, no a través de medios formales dirigidos desde el nivel nacional al nivel regional y local, el conocimiento ha sido adquirido por gestiones personales mediante publicaciones y boletines informativos en la web.

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

No, no existe el listado a Nivel Regional, es un proceso que aún está centralizado y que limita la prestación de servicios en base a la complejidad de las instalaciones y el perfil salud-enfermedad de nuestra población.

Sin embargo, el Hospital Cecilio Castellero como instalación de gestión tiene la ventaja de poder adquirir sus insumos sanitarios en base a sus necesidades y de su población de responsabilidad.

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

También cabe destacar que estos insumos están inmerso en **el reglón de presupuesto 277** que compartimos con médico quirúrgico históricamente y de acuerdo al jefe de Provisión nos asigna un %.

Imagenología:

35 Renglones Hospital Dr. Cecilio A. Castellero

17 Renglones Hospital De Área Dr. Sergio Nuñez

15 Renglones MINSA CAPSI de Ocú

15 Renglones MINSA CAPSI de Pesé

42 Renglones A Nivel De Depósito De Insumos

Medicamentos:

366 Renglones Del Hospital Dr. Cecilio A. Castellero
271 Renglones Del Hospital Dr. Sergio Núñez Núñez
260 Renglones MINSA CAPSI De Ocú
250 Renglones MINSA CAPSI De Pesé.
220 Renglones en los Centro De Salud en promedio (rango de 190 en el caso del Centro de Salud de Chepo y de 220 el Centro de Salud de Chitré)
294 Renglones A Nivel De Deposito De Insumo

Médico Quirúrgico:

366 Renglones Del Hospital Dr. Cecilio A. Castellero
101 Renglones Del Hospital Dr. Sergio Núñez Núñez
61 Renglones MINSA CAPSI De Ocú
61 Renglones MINSA CAPSI De Pesé
Renglones Por Centro De Salud
41 Los Llanos
59 Las Minas
41 Chepo
59 Los Pozos
32 Rincón Hondo
32 Las Cabras
61 Santa María
61 Chupampa
59 Parita
41 Chitré
32 Llano Bonito
41 Monagrillo
41 La Arena
197 Renglones A Nivel De Depósito De Insumo

Laboratorio:

308 Renglones Del Hospital Dr. Cecilio A. Castellero
182 Renglones Del Hospital Dr. Sergio Núñez Núñez
160 Renglones MINSA CAPSI De Pesé.
125 Renglones Centro De Salud De Parita.
125 Renglones Centro De Salud De Las Minas.
125 Renglones Centro De Salud De Los Pozos.
125 Renglones Centro De Salud De Santa María.
152 Renglones A Nivel De Depósito De Insumos Sanitarios

Odontología:

166 Renglones A Nivel de Depósito de Insumos Sanitario, MINSA CAPSI de Pesé y Ocú, Hospital Dr. Sergio Núñez N., Hospital Cecilio A. Castellero y Centros de Salud

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

Sí, se conoce y se utiliza a nivel del almacén regional y sí se considera una herramienta útil para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología e imagenología.

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

No se utilizan los informes gerenciales y transacciones que generan el LSS/SUMA para la toma de decisiones gerenciales oportunas.

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

Sí existen los esquemas de distribución y/o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos, médicos quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología, el flujo de los insumos sanitario llegan del Nivel Central y de compras locales al Depósito Regional y de allí son distribuidos a los niveles locales de la red de atención.

10. ¿Se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios (medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología) en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos?

No, el formato solamente lo está utilizando la coordinación regional de farmacia. El personal de farmacia envía a nivel regional los registros de consumo con una periodicidad mensual, sin embargo, no se dispone de personal administrativo para realizar consolidación y tabulación de la información procedente de los centros de salud. A nivel de los MINSAs CAPSI existe personal administrativo que se encarga de los registros de consumo con periodicidad diaria, lo que es una fortaleza para estas instalaciones.

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

No están conformados, sin embargo del 17 al 19 de Julio del año 2013 se realizó el Seminario de Responsabilidad Regional en la Creación de los Centros Regionales de Farmacoterapia y Farmacovigilancia, en el que participaron 30 funcionarios del Sistema Regional de Salud de Herrera. Es importante señalar que los funcionarios de dicha región están anuentes a conformar dichos comités con la colaboración y asesoramiento del nivel nacional. En la actualidad tenemos una comunicación con Farmacovigilancia en el nivel nacional mediante correos electrónicos donde se notifica sobre todos los eventos que se presentan en materia de fallas farmacéuticas, monitoreo de medicamentos y suspensión de registros.

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

Sí existen y sí se aplican los protocolos de tratamiento estandarizado para este tipo de patologías, basados en las Normas, Guías y Manuales de Atención certificados por el MINSAs, CSS y OPS.

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

Todas las farmacias privadas cumplen con el requisito de un farmacéutico regente de 8 horas laborables. Las grandes farmacias (Metro, Arrocha, El Rey) siempre disponen de un farmacéutico, en las pequeñas farmacias el asistente idóneo cubre el tiempo durante el cual no esté el regente.

14. ¿Qué porcentaje de las farmacias de la red pública de servicios de salud (CSS y MINSAs) 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?

A continuación la información:

- MINSA 35% de las farmacias cuentan con farmacéuticos.
- CSS 100% de las farmacias cuentan con farmacéuticos.
- Estos profesionales se concentran en el horario diurno de 7 AM a 3 PM.

Cobertura del tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico:

- CSS: cuando no hay farmacéutico no se brinda el servicio de farmacia.
- HSNN: en el hospital de Ocú atiende un asistente de farmacia idóneo el tiempo que no hay farmacéutico.
- MINSA CAPSI: atiende un asistente de farmacia idóneo el tiempo que no hay farmacéutico.
- HCAC: siempre atiende un farmacéutico.

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

Para el 2013, el número anual de donaciones fue de 1200 donantes recibidos (100 donantes mensuales).

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

Laboratorios Clínico: Están funcionando 4 laboratorios clínicos de 8 que tiene la red de servicios.

Laboratorios de agua y alimentos: No se cuenta en el Sistema Regional de Salud de Herrera de Laboratorios de Agua ni de Alimentos, el apoyo no los brinda el Sistema Regional de Salud de Los Santos.

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

Sí existe un laboratorio de referencia definido y es el laboratorio del Hospital Regional Dr. Cecilio A. Castellero, los criterios que se utilizaron para su selección son:

- Cuenta con la mayor capacidad resolutive de la Región de Salud
- Funciona las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Cuenta con equipo de bacteriología, banco de sangre y todas las otras secciones de rutina.
- Sistema de embalaje, manejo y envío de muestras de buena calidad y bioseguridad.

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

Las tarifas de los laboratorios no están establecidas uniformemente en las instalaciones.

En el Hospital Dr. Sergio Núñez N. y en el Hospital Dr. Cecilio Castellero no se tiene criterio definido.

Algunos precios generan margen de ganancias para las instalaciones otros precios están por debajo de los costos del mercado.

En cuanto a medicamentos no hay uniformidad, no se tiene criterio definido.

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

Sí existen laboratorios de referencia definidos para citología, a nivel de MINSA en el Hospital Dr. Cecilio A. Castellero y a nivel de la CSS, en el Hospital Gustavo Nelson Collado.

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

A nivel de medicamentos, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología, la adquisición es en base a la demanda y al abastecimiento proveniente del nivel nacional. En caso de

medicamentos esenciales que escaseen en un momento determinado se hacen compras menores a nivel regional a través de las subvenciones.
A nivel de odontología, la adquisición está centralizada.

Cuadro 13.
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS, INSUMOS DE ODONTOLOGÍA, MÉDICO QUIRÚRGICO, LABORATORIO E IMAGENOLÓGIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Gasto total en medicamentos por la CSS		B/. 1,490,184.10		B/. 2,963,768.47	B/. 1,328,215.81
Gasto total en medicamentos por el MINSA	B/. 755,551.25	B/. 98,779.48	B/. 192,023.33	B/. 199,058.63	B/. 33,079.95
Gasto Per cápita en medicamentos	B/. 755,551.25	B/. 1,588,963.58	B/. 192,023.33	B/. 3,162,827.10	B/. 1,361,295.76
Gasto total en laboratorio por la CSS		B/. 494,833.77		B/. 930,214.26	B/. 1,006,902.98
Gasto total en laboratorio por el MINSA	B/. 40,516.09	B/. 163,808.45	B/. 65,437.17	B/. 0.00	B/. 15,962.69
Gasto Per cápita en laboratorio	B/. 40,516.09	B/. 658,642.22	B/. 65,437.17	B/. 930,214.26	B/. 1,022,865.67
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS		B/. 589,951.56		B/. 1,086,184.65	B/. 1,411,218.28
Gasto total en médico quirúrgico por el MINSA	B/. 12,112.06	B/. 86,519.72	B/. 20,113.30	B/. 22,047.26	B/. 2,531.02
Gasto Per cápita en médico quirúrgico	B/. 12,112.06	B/. 676,471.28	B/. 20,113.30	B/. 1,108,231.91	B/. 1,413,749.30
Gasto total en odontología por la CSS*		B/. 589,951.56		B/. 1,086,184.65	B/. 1,276,451.43
Gasto total en odontología por el MINSA*	B/. 12,112.06	B/. 86,519.72	B/. 20,113.30	B/. 22,047.26	B/. 2,531.02
Gasto Per cápita en odontología	B/. 12,112.06	B/. 676,471.28	B/. 20,113.30	B/. 1,108,231.91	B/. 1,278,982.45
Gasto total imagenología por la CSS		B/. 20,714.00		B/. 35,609.38	B/. 34,522.00
Gasto total en imagenología por el MINSA**					
Gasto Per cápita en imagenología		B/. 20,714.00		B/. 35,609.38	B/. 34,522.00

* El gasto total de odontología esta contemplado junto con el de médico quirúrgico.

** No cuenta con asignación presupuestaria.

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

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

No se conoce el porcentaje real, pero el siguiente cuadro muestra la condición del equipo según instalación de salud.

Equipo	Condición	Instalación de Salud
AutoClave	Fuera de Uso	Hospital Sergio Nuñez
Aparato ultrasónico de profilaxis	Fuera de uso	Centro de Salud de Llano Bonito
Amalgamador	Fuera de Uso	Centro de Salud de Monagrillo
Aparato ultrasónico de profilaxis	Fuera de Uso	Centro de Salud de La Arena
Sillón Dental	Defectuoso	Centro de Salud de La Arena
Lámpara de fotocurado	Fuera de Uso	Centro de Salud de Parita
Sillón Dental	Defectuoso	Sub Centro de Salud Cabuya
Sillón Dental	Defectuoso	Centro de Salud de Santa María
Aparato ultrasónico de profilaxis	Fuera de uso	Centro de Salud de Santa María
Lámpara de fotocurado	Fuera de Uso	Centro de Salud de Chupampa
Olla esterilizadora	Defectuoso	Centro de Salud de Chupampa
Aparato ultrasónico de profilaxis	Defectuoso	Centro de Salud de Las Minas
Amalgamador	Defectuoso	Centro de Salud de Las Minas
Aparato ultrasónico de profilaxis	Defectuoso	Centro de Salud de Los Pozos
Sillón Dental	Defectuoso	Centro de Salud de Los Pozos

2. ¿Conoce el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil?
Sí, un 75 % de todos los equipos de los Centros de Salud de la Región de salud de Herrera ya cumplieron su vida útil.
Entre estos están: Autoclaves, amalgamadores, sillones dentales, compresores, Aparato ultrasónico de profilaxis, lámparas de fotocurado, esfigmomanómetros, nebulizadores, electrocardiógrafos.
3. ¿Existe algún listado de equipos para su reposición?

Ver cuadro presentado en la respuesta a la pregunta 1 de esta sección.

FOTOGRAFÍA N° 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRÚRGICA

1. ¿Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuánto 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?

En los 2 hospitales no se dispone de información sobre un sistema de registro de mora quirúrgica, sino que se registra en un libro récord que considera el registro a partir de la fecha en que se otorga la cita para la cirugía, es decir de la asignación del cupo para la cirugía.

Se desconoce el periodo total que dura el proceso y las diferentes interconsultas entre servicios, se considera que este proceso puede estar tomando 6 meses como mínimo. Por tanto el sistema actual no es efectivo. El paciente inicia su recorrido así:

Es visto en primer nivel de atención complejidad baja y mediana y de allí es referido a la especialidad quirúrgica a través del SURCO. La asignación de la cita para consulta externa de la especialidad quirúrgica va de 5 meses a 1 año.

La cirugía general tarda en su mayoría 1 año para su selección

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

Se estima que los servicios en los que se concentra el mayor número de usuarios en espera por la atención demandada son los servicios de consulta externa de especialidades médicas de ambos hospitales, específicamente: Neurología, Psiquiatría, Urología, Hematología.

3. ¿Se registra el rechazo de pacientes? ¿Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día y tipo de actividad o programa?

El registro de pacientes rechazados no se ha establecido como tal en ninguna instalación de salud, por lo tanto se desconoce el porcentaje del mismo por día y tipo de actividad o programa.

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

Los distritos con mayor demanda insatisfecha son los del área de Los Pozos y Las Minas, porque el recurso humano está concentrado en la cabecera y la mayor población se encuentra dispersa.

Las Minas tiene áreas muy dispersas, a pesar de que se dispone de 2 centros de salud y un subcentro de salud, afectándose principalmente todo el sector de Quebrada del Rosario que hasta ahora se ha podido asignar médicos que cubran esas áreas, motivo por el cual se estableció la Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud a través de la Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables mediante las UBA, para mitigar esta situación pero sus servicios son por oferta programada cada 2 meses.

En Los Pozos prevalecen como aspectos que condicionan esta situación la falta de recurso humano y el suministro y transporte deficientes. Para las citas para medicina general cuando se trata de controles se van llenando los cupos y otorgando las citas lo más cercano a la fecha indicada y la morbilidad se otorgan a libre demanda, las de morbilidad específica por citas.

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

A nivel del MINSA el mecanismo para otorgar citas de medicina general es presencial y a consulta especializada es a través del SURCO pero de igual forma presencial.

A nivel de la CSS el mecanismo para otorgar citas de medicina general y especialidades básicas es a través de centros de llamada, el resto a través del SURCO y presencial.

HORARIO DE SERVICIOS

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

- **MINSA – Consulta Externa.**

Centros de Salud: 7 AM a 3 PM, lunes a viernes.

MINSA CAPSI: 7 AM a 3 PM, lunes a viernes.

Hospital Dr. Sergio Núñez N.: No dispone de consulta externa, urgencias 24 horas.

Hospital Dr. Cecilio A. Castellero: 7 AM a 3 PM, lunes a viernes.

- **CSS – Consulta Externa.**

CAPPS: 7 AM a 3 PM.

Policlínica Roberto Ramírez de Diego: 7 AM a 7 PM.

Hospital Gustavo Nelson Collado: 7 AM a 3 PM.

2. ¿La población está satisfecha con los horarios actuales?

En las áreas urbanas la población está parcialmente satisfecha, producto de ello existen las extensiones de horario en el Centro de Salud de Monagrillo y de Santa María, la contraparte satisfecha tiene la opción de escoger servicios privados y acudir a las instalaciones de la CSS o del MINSA según sus necesidades y disponibilidades.

En las áreas suburbanas y rurales, la población está insatisfecha a pesar de la extensión de horarios (como es el caso del Centro de Salud de las Minas) sin embargo, la demanda de pacientes es alta para el recurso humano limitado, el recurso físico de las instalaciones y el recurso tecnológico del que se dispone.

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?

No se ha realizado una propuesta formal, el sistema de salud se ha acondicionado con la extensión de horario en las instalaciones ya mencionadas previamente y a nivel regional se está considerando la posibilidad de habilitar extensión de horario en el MINSA CAPSI de Pesé como instalación de salud determinante para el tercer distrito más poblado de la provincia. La evaluación de costos en salud implica que la problemática es más a nivel de educación de la población en el uso adecuado de los servicios de salud, en la promoción del autocuidado de la salud y en la necesidad de más recurso humano técnico y administrativo para hacerle frente a la transición demográfica y a la polarización epidemiológica de nuestra provincia.

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?

Debido a que en el horario de 7 AM a 3 PM los servicios básicos de salud se enfocan prioritariamente a la protección en salud en materia de prevención y promoción, un porcentaje bajo de los servicios se enfocan en la atención a morbilidades y urgencias, por lo que en las extensiones de horario el enfoque es de atención de morbilidades y urgencias menores en alianza con los servicios de farmacia, laboratorio, registros estadísticos de salud, recaudación, ambulancia y aseo.

Las limitantes que se reportan en la implementación de los servicios en horario ampliado son:

- La mayor limitante en la implementación de los horarios ampliados es la disponibilidad de recurso humano, puesto que el personal de salud técnico y administrativo que labora en horario extendido en estas instalaciones, es el mismo que labora en horario de 7 AM a 3 PM en sus instalaciones de planta y de otros distritos de salud a tal punto que se hace necesario la inclusión de médicos de la CSS en la atención de estas jornadas para satisfacer la alta demanda poblacional.
- La segunda limitante es el factor presupuesto, ya que el compromiso del personal de salud técnico y administrativo con la población existe desde el momento que asumen su responsabilidad y rol en estas jornadas extraordinarias, sin embargo, la burocracia y los protocolos administrativos y financieros que muchas veces dilatan los procesos de confección de cheques, pago y cobros desmotivan al personal, con riesgo de complicar más aún la situación en la limitante anterior.
- La tercera limitante es de carácter poblacional en el área urbana, desde el momento en que el paciente por su cultura e idiosincrasia hace mal uso de las instalaciones de salud y de las carteras de servicios respectivas, sin tener conciencia del autocuidado de la salud y de que las instalaciones son centros de salud para la prevención de enfermedades y no centros de atención de enfermedades exclusivamente, por lo que las estadísticas en estas jornadas reflejan la atención de patologías con tiempo de evolución mayor a 3 días en su mayoría que no disponen de criterios para catalogar como urgencias, atención de pacientes que acuden por recetas de medicamentos de patologías crónicas no transmisibles, entre otros ejemplos. En las áreas rurales las estadísticas si reflejan verdaderas necesidades en salud.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE

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

No. Actualmente no se han establecido mecanismos que permitan evaluar el grado de satisfacción del usuario. Se han hecho algunos ejercicios al respecto y personal de casi todos los Centros de Salud fueron orientados la metodología para evaluar las respuestas en los buzones de sugerencias.

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

Todas las instalaciones tienen buzones de sugerencias pero a nivel del MINSA no se hacen las evaluaciones correspondientes.

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

No aplica, ver respuesta anterior.

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

Sólo se realizan a nivel comunitario en los lugares poblados de responsabilidad de la red itinerante.

5. Se comparten estos resultados?

Los resultados se comparten únicamente con el Departamento de Provisión de Servicios de Salud, Equipo de Gestión y Equipos Básicos de Salud de la Red Itinerante y con la Dirección Médica.

6. ¿Conocen el programa de humanización?

Sí, se conoce el programa de humanización en el Sistema Regional de Salud.
Es de nuestro conocimiento el Convenio firmado entre la Secretaría Nacional de Ciencia y Tecnología (SENACYT) y la Universidad de Panamá para la formación, actualización y especialización de todo el personal de salud en materia de humanización.
Actualmente se cuenta con un programa de cuidados paliativos gratuito en Panamá y se han capacitado a más de 2000 profesionales en los últimos cuatro años, existen coordinadores de esos programas en las 14 regiones de salud que país, incluida la de Herrera por su puesto.
De igual forma ya se realizó en nuestro Sistema Regional un Seminario de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo cuyo objetivo fue el de retomar la razón de ser de la medicina que es el cuidar a la persona sufriente, la jornada se enfocó en dos vías: la de humanización y la de cuidados paliativos.

7. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales?

Se aplican en los dos hospitales del MINSA de nuestro Sistema Regional de Salud de manera informal, es decir, a pesar de que el personal de salud ha participado de las docencias y seminarios no existe una comisión formal establecida a en estas instalaciones sino a nivel regional que está la coordinación; a nivel de la CSS no está habilitado.

CONTROL DE CALIDAD

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

Sí se han realizado auditorias de expedientes, cuyo objetivo es medir el cumplimiento de las normas y los protocolos de atención.

En general los aspectos calificados como debilitados fueron los relacionados a la salud del adolescente, este programa no se lleva según las normas establecidas.

En control prenatal las pacientes no acuden a los controles de laboratorio en el tercer trimestre en un elevado porcentaje.

No se registra el estado nutricional con la mayoría de los expedientes.

Las direcciones de los usuarios de los servicios no son debidamente anotadas en el registro primario.

En la auditoría de enfermería se logró un 62% de puntaje general.

En materia de Auditorías Administrativas se desarrollan en materia de Turnos de extensión de horario de personal de salud técnico y administrativo para justificar los montos de financiamiento, a nivel de agua potable y los proyectos de salud rural, PASAP y a nivel del PMES.

Por otra parte se realizan auditorias de recurso humano en tema de pagos a los procesos, auditorias financieras dirigidas al presupuesto y auditorias administrativas ante cambios de puestos y cargos.

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

No se ha establecido un programa de control de calidad, situación que es necesario implementar.

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

No, no se conocen por lo que se iniciará un plan de acción para que sea de conocimiento general del nivel operativo.

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

No, no se ha desarrollado dicho programa por lo que se investigará la información necesaria para conocerlo y ejecutarlo.

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

En estos momentos a nivel de la red fija de servicios de salud es inexistente, a nivel de la red itinerante sí existen y son implementados por la UGSAF y la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través del Departamento de Monitoreo y Evaluación por políticas establecidas por el PMES en su Manual y Reglamento Operativo.

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

No, dichos mecanismos no están establecidos por lo que se investigará sobre los mismos para gestionar su aplicación.

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

FOTOGRAFÍA N°5. ACTORES Y RED SOCIAL

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

La organización de la población en materia de gestión y oferta de servicios de salud es una cualidad visible solamente en el MINSA en estos momentos, no se percibe a nivel de la CSS.

La organización se da en ambas redes, a continuación la descripción:

- Red Fija: se realiza a nivel de Sub Centros de Salud en su mayoría y en Centros de Salud, mediante la intervención de los Comités de Salud, los promotores de salud, educadores para la salud, administradores de acueductos rurales y asistentes de salud quienes son el recurso humano que está en contacto directo con la población a través de las actividades extramuros, en donde la población participa de forma activa en los procesos de reuniones para tratar temas de salud poblacional y salud ambiental involucrando otros sectores como representantes de corregimiento, policía nacional, escuelas, organizaciones sin fines de lucro y otras instituciones gubernamentales afines con la salud integral de la población. Fungen en su conjunto como un sistema de retroalimentación a través del cual todo director médico distrital con una misión y visión de Sistema de Salud Humano, con Equidad y Calidad, un Derecho de Todos, mejorará la gestión de las instalaciones bajo su administración así como la oferta de servicios de salud.
 - Red Itinerante: se realiza a nivel de las comunidades céntricas donde se prestan los servicios básicos de salud a través de auditores sociales, la población protegida quienes se organizan para garantizar una convocatoria aceptable y al igual que en la red fija, los promotores de salud, educadores para la salud y administradores de acueductos rurales, en donde la población participa de forma activa en los procesos de reuniones para tratar temas de salud poblacional y salud ambiental involucrando otros sectores como representantes de corregimiento, policía nacional, escuelas, organizaciones sin fines de lucro y otras instituciones gubernamentales afines con la salud integral de la población. En estos procesos la población da a conocer cuáles son sus necesidades prioritarias y su percepción de los servicios prestados con miras a las mejoras y cambios requeridos.
- ### 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?

Inventario de Organizaciones Comunitarias que apoyan las acciones de salud:

- Comités de salud / Federación de Comités de salud
- Juntas administradoras de agua
- Grupos sociales y deportivos
- Clubes Cívicos
- ONG's
- Asociación de pensionados y jubilados
- APLAFA
- Juntas Comunales
- Cruz Roja
- Juntas de Carnaval
- Grupos Religiosos
- Cooperativas (14)
- Sindicatos
- Grupo de SINAPROC
- Grupos de Bomberos Voluntarios
- Grupos de ayuda comunitaria
- Grupos de Pastoral Social

- Grupos Juveniles
- Grupos de padres de familia (Sistema educativo)
- Grupos de amas de casa
- Comités de productores independientes
- Grupos ecológicos
- Grupos de madres
- Grupos de la 3ra. Edad
- Brigadas sanitarias escolares
- Asociación de Pariteños Unidos
- Asociación panameña de ejecutivos de empresas

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

Apoyo a la convocatoria y participación de la población en caso de actividades como:

- Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria, tanto en la fase de programación como en la de ejecución.
- Operativos de Salud contra patologías transmisibles por vectores (Dengue, Chikungunya), tanto en la fase de programación como en la de ejecución.
- Ferias y Jornadas Comunitarias de Salud, tanto en la fase de preparación como en la ejecución.
- Actividades Comunitarias en la Campaña contra el Cáncer de Mama y de Próstata, tanto en los procesos de organización, logística y ejecución.
- Durante la prestación de la CPP por PSPV en la red itinerante, en la fase de comunicación para la participación activa en las giras y en la facilitación de los procesos de prestación de los servicios.

4. ¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?

No se ha realizado análisis alguno de los actores sociales, la red social en nuestro Sistema de Salud es un aliado estratégico en las actividades mencionadas en la respuesta de la pregunta anterior pero que no se les integra más allá en la red de servicios por lo que es un tema a desarrollar y ejecutar. De allí que el Programa Yo Soy Salud dirigido a la Red Social permitirá lograr mejoras y avances.

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

El sector informal de atención en salud es el sector que dentro de nuestro Sistema Regional de Salud no se le ha prestado la debida atención (ya que al sector público y privado sí) como resultado de la cultura e idiosincrasia de nuestra población. Tenemos conocimiento de que los curadores o mejor denominados curanderos se dedican sobre todo al manejo del dolor y de síntomas aislados sin ningún enfoque diagnóstico o sindrómico, utilizando plantas con propiedades curativas e inclusive medicamentos de consumo y venta libre. Se estima que están ubicados en la zona rural más que en la urbana de los 7 distritos, desconocemos el número, en donde la población que demanda mayormente sus servicios son las personas de 50 años y más que son las más predispuestas a trastornos musculo esqueléticos que producen dolores. No existe integración entre las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud, la población decide en que sector atenderse según sus posibilidades y creencias, el sector público de salud respeta la decisión de los usuarios y la labor de los curanderos, y no entra en conflictos con el sector informal y viceversa.

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

Fortalezas:

1. Nuestro equipo regional de salud (promotores de salud, educadores para la salud, asistentes de salud) conoce bien sus comunidades, corregimientos y distritos en base su realidad sociocultural.
2. Disponemos de recurso humano que es procedente de varios de estos lugares poblados y facilitan las alianzas estratégicas con la red social.
3. Existe empoderamiento del personal que conforma los EBS de la red itinerante en materia de red social de salud ya que están en contacto directo con la población a través de la oferta programada de sus servicios.

Debilidades:

1. Recurso humano limitado para poder realizar y coordinar más acciones (a parte de las mencionadas en la respuesta a la pregunta 3) dirigidas a la integración y participación más activa de organizaciones comunitarias que apoya las acciones de salud.
 2. Recursos económicos limitados para que el equipo de salud regional realice procesos de capacitación del recurso humano que conforma la red social de salud con la finalidad de percibir fortalezas en estos, desarrollar capacidades y así generar resultados positivos en la población.
7. ¿Cómo se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras), la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/65?

En base a los resultados de las auditorías sociales, evaluación de encuestas y de sugerencias por parte de la población que acude por servicios de salud a la red itinerante y a la red fija, podemos establecer de forma cualitativa y descriptiva (percepción buena, regular o mala) lo siguiente:

- EEC – PSPV: percepción buena, recomiendan que las rondas sean mensuales y que se brinde el servicio de salud bucal y laboratorios básicos.
 - Atención Integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras): percepción buena, recomiendan que a las monitoras se les debe ofrecer algún incentivo monetario.
 - Red de Oportunidades: regular, los beneficiarios recomiendan que se les habilite un día exclusivo para los controles de salud de las personas en la red de oportunidades.
 - Programa de 120 a los 65: regular, los beneficiarios recomiendan que se les habilite un día exclusivo para los controles de salud de las personas en el programa.
8. ¿Cómo se perciben las resoluciones y decretos que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud (Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, Decreto Ejecutivo 428 de 15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005 y Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005). ¿Se aplican estos decretos en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región?

Se perciben con muy buena aceptación debido al beneficio que brindan a los grupos vulnerables. Estas resoluciones y decretos se aplican en todas las instalaciones del MINSA.

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

FOTOGRAFÍA N° 6: PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

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

Ver Tabla N°2 de la Fotografía N°2 - B, respuesta a la pregunta 3.

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?

La oferta de servicios en términos de equipos básicos de salud se debe adecuar en base a lo planteado en la Tabla N°2 – D, Redes Integradas de Servicios de Salud, con Equipos Básicos de Salud (EBS) instalados en los Sub Centros de Salud, Centros de Salud y MINSA CAPSI y enfocados con el Modelo de Atención Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental en donde la alternabilidad de roles debe darse periódicamente (semestral) entre los EBS de los Sub Centros de Salud de un mismo Distrito de Salud para garantizar el conocimiento completo de las características demográficas y perfiles epidemiológicos de la población de responsabilidad de cada instalación de salud. Esta estrategia de alternabilidad de roles debe ser considerada siempre para garantizar la viabilidad del modelo de atención y evitar la monotonía en los miembros de los EBS en la prestación de los servicios.

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?

Sí, actualmente el Sistema Regional de Salud de Herrera gracias al apoyo del Nivel Central, ha introducido modalidades de atención de salud tales como:

- Jornadas de Atención Primaria Ambulatoria
- Programa de atención a domicilio a pacientes encamados con patologías crónicas, pacientes discapacitados con limitaciones para acudir a la instalación (transporte, economía, familiares).
- Unidades Básicas de Atención de la Red Itinerante.

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

No, en el Sistema Regional de Salud de Herrera aún no se utilizan las redes sociales como un mecanismo autorizado y estructurado, se maneja de forma informal entre funcionarios a través de sus redes sociales personales para compartir información general. Esta sería una buena estrategia para fortalecer la promoción de salud para mantener más informada a la población.

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

No, la oferta de servicios de primer nivel de atención ha permanecido igual sin proyectos ni planes de modificarla, lo último ha sido la prestación de servicios por la red itinerante a

través de una oferta programada en base a gestión por resultados. Sin embargo, a nivel Nacional es de nuestro conocimiento el gran interés de modificar dicha oferta en base a un nuevo modelo de atención en acción articulada con la CSS.

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

No, la oferta de servicios de segundo nivel de atención a nivel Regional actualmente no se le está adoptando decisiones para modificarla a nivel del MINSA. Sin embargo, a nivel Nacional es de nuestro conocimiento el gran interés de modificar dicha oferta en base a un nuevo modelo de atención en acción articulada entre el MINSA y la CSS, con el apoyo de la OPS y de la U.S. Agency for International Development (Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos), que han tomado en cuenta al Hospital Cecilio A. Castellero y al Hospital Gustavo Nelson Collado.

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, no se están desarrollando programas y acciones para la *identificación* de grupos de riesgo definidos por criterios de ingresos, riesgo específico, edad, género, etnia o marginación, pero para la *atención* Sí se están desarrollando tales como:

- Red de Oportunidades
- Aplicación de Resoluciones y Decretos que establecen la gratuidad de servicios básicos de salud a grupos étnicos, discapacitados, menores de 5 año, embarazadas, puérperas.
- Protección en Salud a Poblaciones Vulnerables

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

Sí se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de la vida, muestra de ello es que en las instalaciones de salud de primer nivel de atención y de baja complejidad se destina de forma programada un día específico de la semana para los servicios de prevención tales como Controles de Crecimiento y Desarrollo, Programa de Salud del Adolescente y Programa Escolar, Controles de Salud para Manipuladores de Alimentos y servicios de Atención de seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes Mellitus e Hipertensión).

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

La planificación de servicios en el nivel local es establecida por la Dirección Médica Distrital de Salud en acción conjunta con los Directores de Centro de Salud en donde se establece un Plan Operativo Anual para ejecutar los procesos que son necesarios en coordinación directa con las coordinaciones regionales de los diferentes programas de salud según los lineamientos del nivel regional y nacional.

Los diferentes actores sociales tienen participación en procesos específicos como se detalló en la respuesta de la pregunta 3, fotografía 5.

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

No, la organización con base a sectores no implica la definición de espacios poblacionales específicos. Al disponer de un sistema de salud organizado para atender la demanda de la población en materia de servicios de salud brindados por el sector público, el sector privado y el sector informal, es la misma población la que decide según sus necesidades y características socioeconómicas y demográficas donde acudir por el servicio sin importar

su procedencia y residencia, por lo que definir espacios poblacionales específicos es irrelevante, a excepción de una particularidad del sector público que brinda servicios no por demanda espontánea sino por oferta programada como es el caso de la red itinerante que sí define espacios poblacionales específicos denominados Grupos Poblacionales Herrera 1 y 2 (Ver Fotografía 3, Sección de Complejidad de la Red, respuesta a la pregunta 5).

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

Respondiendo esta pregunta en base al sector público de salud en materia de red itinerante, la definición y caracterización de los espacios poblacionales de responsabilidad de la UBA Herrera 1 y Herrera 2 fue establecido por el PMES a través de estudios realizados por personal de la UGSAF y del Departamento de Monitoreo y Evaluación en acción conjunta con personal técnico y administrativo de nuestra Región de Salud.

12. ¿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?

Los deberes y derechos de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud deben asumirse de forma integral en el nuevo modelo de atención individual, familiar, comunitaria y ambiental, viendo a cada persona no como un individuo aislado sino como un ser que se crece y se desarrolla en un nicho ecológico como cualquier otro ser vivo, pero con características biológicas, psicológicas y sociales, viendo la salud no solo como la ausencia de enfermedad ni como un simple bienestar sino como el producto de la armonía personal, espiritual, familiar, comunitaria, laboral y ambiental.

Sí conocemos de la Ley 68 de 20 de Noviembre de 2003 que Regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de información y decisión libre e informada, que consta de 8 capítulos y 53 artículos. Se aplica en su totalidad en todas las instalaciones de salud sin importar el nivel de atención o su complejidad.

13. ¿Tienen los equipos de salud la competencia técnica suficiente para asumir nuevos enfoques 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?

- Realmente la competencia técnica de los EBS está limitada para poder asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación, producto de la alta demanda poblacional ante un recurso humano escaso en donde gran parte del personal técnico que cubre las jornadas ordinarias es el mismo que le corresponde cubrir las jornadas extraordinarias; en donde hay limitada disponibilidad económica y de tiempo para acudir a jornadas de actualización, docencias, seminarios, talleres que no son del MINSA; en donde las actividades de capacitación y actualización del MINSA brindadas por el nivel nacional están dirigidas a los coordinadores regionales y de allí no se establecen estrategias regionales para compartir los conocimientos y experiencias adquiridas con los niveles locales de una forma estandarizada.
- Aspectos a fortalecer:
 - Fortalece la disponibilidad de recurso humano para contar de una oferta cónsona con la demanda.
 - Implementar en el financiamiento en actualización médica continua en actividades nacionales e internacionales no institucionales.
 - Reforzar la participación de actores claves de las instalaciones locales de salud en las actividades de capacitación brindadas por el nivel nacional al nivel regional.
- Estrategias a desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud:

- Implementar a nivel regional un plan operativo anual de capacitación institucional en temas de prevención, promoción y rehabilitación por instalación de salud, que abarque toda la red de servicios y que se cumpla a cabalidad.
- Premiar al personal de salud con mejor desempeño e impacto en los indicadores y coberturas de los diferentes programas de prevención de cada instalación con la asistencia a actividades de docencia (Congresos, Simposio, Jornadas, Seminarios, Talleres) nacionales y/o internacionales.
- Incluir en los programas de capacitaciones organizados por el nivel nacional a actores claves de los centros de salud y MINSA CAPSI para que los mismos sirvan de agentes promotores con sus compañeros en cuanto a las capacidades adquiridas.

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

A continuación el detalle de la información por instalación de salud:

Centro de Salud de Chitré: 100%
 Centro de Salud de Monagrillo: 100%
 Centro de Salud de Llano Bonito: 100%
 Centro de Salud de La Arena: 95%
 Centro de Salud de Las Minas: 50%
 Centro de Salud de Chepo: 25%
 Centro de Salud de Los Pozos: 50%
 Centro de Salud de Los Llanos: 75%
 Centro de Salud de Parita: 95%
 Centro de Salud de Las Cabras: 50%
 Centro de Salud de Rincón Hondo: 50%
 Centro de Salud de Santa María: 75%
 Centro de Salud de Chupampa: 50%
 MINSA CAPSI de Ocú: 95%
 MINSA CAPSI de Pesé: 95%.

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

La utilización de este enfoque al momento de la prestación de los servicios de salud en el modelo de atención actual se da pero de forma irregular, no todo el personal de salud está claro en su utilidad y aplicabilidad, por otra parte gran parte del personal médico únicamente lo integra en su metodología de atención cuando el paciente presenta alguna condición de salud en particular (patologías psiquiátricas, patologías orgánicas con pobre respuesta terapéutica), generalmente es un enfoque más aplicado por el personal de salud mental y por las especialidades médicas lo cual constituye una debilidad del modelo de atención actual.

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?

Lastimosamente no existe en nuestro Sistema Regional de Salud un programa de evaluación periódica de la eficacia y calidad de las acciones en materia de adecuación de la cartera de servicios, lo que constituye una necesidad importante para hacerle frente a los nuevos retos en materia sanitaria y mantener los estándares establecidos por los organismos reguladores como la OPS.

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

Como se mencionó en la respuesta anterior, al no disponer de un programa no se revisa y adecúa la cartera de servicios en base a las necesidades de salud de la población. Por otra parte la infraestructura de las instalaciones presenta limitantes físicas de espacio que impiden la habilitación de otros servicios que sumado al recurso humano escaso y a la centralización de los procesos de selección y nombramientos producen un nudo crítico ante la demanda poblacional por servicios de salud fortalecidos.

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

En ninguna instalación del Sistema Regional de Salud de Herrera se desarrolla este modelo de atención.

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?

Ver la información contenida en la Tabla N°2 de la respuesta a la pregunta 3 de la Fotografía N°2.

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

En materia de urgencias en nuestra región de salud, es necesario analizar dos enfoques. Primero, el enfoque de urgencias desde la perspectiva de los centros de salud y MINSA CAPSI. Segundo, el enfoque de urgencias desde la perspectiva del Hospital Dr. Sergio Núñez Núñez de Ocú y del Hospital Cecilio A. Castellero de Chitré. Para definir las mejoras necesarias en la capacidad del sistema de urgencias, debemos ver estos dos enfoques por separado.

- Centros de Salud y MINSA CAPSI

El análisis cruzado de la producción en servicios de atención, prevención y promoción en contraste con las urgencias atendidas en el horario de 7 AM a 3 PM muestra una baja incidencia de urgencias según lo generado por el SIES a partir el Registro diario de atención llenado por el personal médico, y es que, el enfoque en el horario regular es la cobertura de prevención y promoción más que de atención de morbilidades, dentro de las pocas urgencias registradas los diagnósticos corresponden a heridas, traumatismos, y en ciertas ocasiones exacerbaciones de patologías crónicas (Asma Bronquial, EPOC), complicaciones de procesos agudos (dificultad respiratoria, deshidratación, alteración del estado de conciencia) que son trasladadas al Hospital Cecilio Castellero o al Hospital Gustavo Nelson Collado. En las instalaciones con extensión de horario (Las Minas, Monagrillo y Santa María) las estadísticas reportan estas mismas condiciones de urgencias con mayor incidencia que en la jornada ordinaria sumada a un mayor número de casos producto de morbilidades comunes con predominio de cuadros respiratorios virales agudos y de gastroenteritis. La población percibe como urgente cualquiera de los siguientes síntomas: fiebre no cuantificada, vómitos, diarrea, tos y dolor de cabeza. Producto de este análisis descriptivo, no estaría indicado implementar mejoras en la capacidad del sistema de urgencias en las instalaciones del primer nivel de atención con baja complejidad ya que las mismas canalizan las urgencias verdaderas (es decir aquellas patologías que por datos objetivos como signos vitales, edad, factores de riesgo, comorbilidad y juicio clínico más que por sintomatología del paciente) al segundo nivel de atención utilizando el SURCO.

- Hospital Dr. Sergio Núñez

Es la única instalación de segundo nivel de atención con complejidad baja para resolver las urgencias en horario de 7 AM a 3 PM provenientes de los 7 corregimientos del distrito de Ocú, el corregimiento de Chupampa y El Limón del distrito de Santa María, corregimientos de El Ciruelo y El Pedregoso del distrito de Pesé y también el corregimiento de El Chumical del distrito de Las Minas y las urgencias que en horario de 3 PM a 7 AM provienen de estas mismas áreas sumado a ello los otros 6 corregimientos del distrito de Las Minas (ya que la extensión horaria es hasta las 7 PM días de semana y de 7 AM a 3 PM los fines de semana). Al igual que en los centros de salud las estadísticas muestran más morbilidades comunes que urgencias verdaderas pero en mayor proporción que en las instalaciones de primer nivel de atención, la otra diferencia es que las urgencias son de mayor complejidad (Cardiopatías descompensadas, Diabetes Mellitus con complicaciones, Crisis Hipertensivas, Cuadros quirúrgicos, traumatismos severos, heridas infectadas, cuadros respiratorios agudos y crónicos con dificultad respiratoria, urgencias gineco obstétricas, enfermedad cerebrovascular, cuadros neurológico con compromiso del estado de conciencia, hemofilia, accidentes ofídicos, picadura de alacrán, entre otros) sin predilección horaria, en donde los servicios de imagenología, laboratorio y farmacia garantizan una buena respuesta a la demanda pero con limitantes en materia de recursos humanos, recursos físicos y de tecnología, por lo que en base al análisis si está indicado implementar mejoras en la capacidad del sistema de urgencias.

En los casos en que el paciente se estabilice y por juicio clínico no requiera evaluación médica especializada, se hospitaliza (este grupo constituye el 25% de los casos). En los casos contrarios, se traslada al segundo nivel de atención con complejidad media (HCAC o el HGNAC) utilizando el SURCO (este grupo constituye también un 25% de los casos), el resto corresponde a morbilidades comunes de manejo ambulatorio (50% de los casos).
- Hospital Cecilio A. Castellero.

Es la única instalación de segundo nivel de atención con complejidad media para resolver las urgencias en todos los pacientes no asegurados y con urgencias quirúrgicas, ginecológicas, obstétricas, pediátricas y oftalmológicas de la población general (asegurados y no asegurados) de toda la provincia de Herrera ya que la población asegurada que requiere manejo del resto de las especialidades (Cardiología, Neurocirugía, Ortopedia – Traumatología, Cirugía Vascular Periférica, Nefrología, Urología y Otorrinolaringología) es atendida en el Hospital Gustavo Nelson Collado.

Recibe pacientes que llegan por sus propios medios, pacientes extrahospitalarios trasladados por el personal de Bomberos, por personal del SUME-911, pacientes llevados por la Policía Nacional por casos delictivos y de violencia intrafamiliar, pacientes trasladados de los Centros de Salud, MINSA CAPSI y del Hospital Dr. Sergio Núñez N. Su nivel de complejidad le permite hasta el momento enfrentar la demanda en todos los servicios (atención, imagenología, laboratorio y farmacia), sin embargo, en base al análisis si está indicado implementar mejoras en la capacidad del sistema de urgencias.

Luego del análisis, proponemos las siguientes estrategias para mejorar la capacidad del sistema de urgencias (servicios, logística y coordinación intersectorial) por Hospital:

Tabla N°10. Mejoramiento de la Capacidad del Sistema de Urgencias, Región de Salud de Herrera.

Capacidad del Sistema	Estrategias de Mejoras al Sistema de Urgencias	
	Hospital Dr. Sergio Núñez N.	Hospital Cecilio A. Castellero
Atención de Urgencias	Recurso Humano	Recurso Humano
	Capacitación continua del personal médico y de enfermería en temas de urgencias médico quirúrgicas, bioseguridad, humanización y trabajo en equipo.	
	Capacitación continua del personal administrativo en temas de bioseguridad, humanización y trabajo en equipo.	
	Realizar encuestas y análisis de situación al personal técnico y administrativo para monitorear y evaluar mejoras en el curso del tiempo.	
	Implementación de un sistema de supervisión con miras a la calidad de servicio que contemple el llenado adecuado de la hoja de atención de urgencias (Datos Generales, Historia Clínica, Examen Físico, Laboratorios/Imagenología/Medicamentos y Evaluación, así como de documentos para estudios complementarios y formularios de implicación médico legal.	
	Establecer medidas para la capacitación de los conductores de ambulancias en cursos como el Soporte Vital Básico (BLS) y medidas de bioseguridad para fortalecer su rol como aliados al momento de trasladar un paciente.	
	Horarios	Horarios
Implementar horario de 6 horas para personal que labora directamente en el área de urgencias en lugar de 8 horas: médico, enfermería, registros estadísticos de salud, recaudación y conductores de ambulancias.	Mantener horario actual (24 horas)	
Farmacia	Recurso Humano	Recurso Humano
	Disponer de un equipo humano de farmacia completo: Farmacéutico, Asistente de Farmacia y rotulador, para agilizar los procesos de despacho de medicamentos y la satisfacción de los usuarios.	
	Capacitación continua del personal de farmacia en humanización y trabajo en equipo.	
	Abastecimiento	Abastecimiento
	Disponibilidad de medicamentos según el perfil epidemiológico de la población y las tendencias en las tasas de morbilidad para garantizar el abastecimiento según la demanda poblacional.	
Horarios	Horarios	
Mantener horario actual	Disponer del servicio de farmacia 24 horas ya que es el único hospital público de segundo nivel con complejidad media para toda la provincia.	
Laboratorio	Recurso Humano	Recurso Humano
	Disponer de un equipo humano de laboratorio completo: Laboratorista, Asistente de laboratorio y Auxiliar de laboratorio, exclusivo para atender las necesidades del servicio de urgencias y no del MINSA CAPSI de Ocú y de los centros de salud de la periferia, para evitar la saturación del servicio y para agilizar los procesos de toma de muestra, procesamiento, reporte de resultado y entrega oportuna.	Disponer de un equipo humano de laboratorio completo: Laboratorista, Asistente de laboratorio y Auxiliar de laboratorio, para evitar la saturación del servicio y para agilizar los procesos de toma de muestra, procesamiento, reporte de resultado, entrega oportuna y la satisfacción de los usuarios.
	Capacitación continua del personal de laboratorio en humanización y trabajo en equipo.	
	Abastecimiento	Abastecimiento
	Contar de equipo tecnológico y de insumos de laboratorio acorde a la demanda de pacientes y llevar controles internos para evitar desabastecimiento.	
	Horarios	Horarios
Disponer del servicio de laboratorio 24 horas ya que es el único hospital público de segundo nivel con complejidad baja para la población de Ocú y de los lugares colindantes de Las Minas y Santa María.	Mantener horario actual (24 horas)	

Fuente. Consulta general al personal.

Tabla N°10. Mejoramiento de la Capacidad del Sistema de Urgencias, Región de Salud de Herrera.

Capacidad del Sistema	Estrategias de Mejoras al Sistema de Urgencias	
	Hospital Dr. Sergio Núñez N.	Hospital Cecilio A. Castellero
Imagenología	Recurso Humano	
	Disponer de un equipo humano de imagenología completo: Técnico de Radiología Médica y Asistente de Radiología Médica, exclusivo para atender las necesidades del servicio de urgencias y no del MINSA CAPSI de Ocú y de los centros de salud de la periferia, para evitar la saturación del servicio y para agilizar los procesos de toma de radiografías, procesamiento, reporte de placa y entrega oportuna.	Disponer de un equipo humano de imagenología completo: Técnico de Radiología Médica y Asistente de Radiología Médica, para agilizar los procesos de despacho de toma de placas y la satisfacción de los usuarios.
	Capacitación continua del personal de imagenología en humanización y trabajo en equipo.	
	Abastecimiento	
	Contar de equipo tecnológico y de insumos de imagenología acorde a la demanda de pacientes y llevar controles internos para evitar desabastecimiento.	
	Habilitar un equipo portátil de rayos X en el servicio de urgencias para evitar la pérdida de tiempo en el manejo de los pacientes críticos.	
Imagenología	Horarios	
	Disponer del servicio de laboratorio 24 horas ya que es el único hospital público de segundo nivel con complejidad baja para la población de Ocú y de los lugares colindantes de Las Minas y Santa María.	Mantener horario actual (24 horas)
Logística	Sistema de Información unificado y estandarizado para agilizar los procesos de atención y registro de información con conexión interna entre los consultorios médicos, imagenología, laboratorio y farmacia.	
	Contar con consultorios médicos equipados con dispositivos funcionales (sistema de mantenimiento biomédico), computadoras conectadas a la red interna propuesta en el renglón anterior.	
	Habilitar una línea telefónica exclusiva para recibir llamadas externas de las instalaciones de salud que trasladan pacientes al hospital, para garantizar que la línea no este ocupada al momento de una llamada urgente.	
	Habilitar una línea telefónica exclusiva para recibir llamadas externas de los estamentos de seguridad (Cuerpo Nacional de Bomberos, Policía Nacional, SUME 911, SINAPROC, SENAN, SENAFRONT) ante situaciones de contingencia y/o emergencia y desastres, para garantizar que la línea no este ocupada al momento de una llamada urgente y poder fortalecer la fase de preparación en el servicio.	
	Garantizar la disponibilidad de ambulancias con equipamiento básico y dispositivos funcionales (programa de mantenimiento biomédico) que permitan la movilización de pacientes según los estándares de calidad establecidos además de contar con un sistema mecánico en buenas condiciones.	
Coordinación Intersectorial	Establecer protocolos de atención en coordinación con todas las entidades que son determinantes en casos de emergencias con víctimas masivas: CSS, SISED-MINSA, Centros de Salud, Hospital Sergio Núñez N. ,Cuerpo Nacional de Bomberos, Policía Nacional, SUME 911, SINAPROC, SENAN, SENAFRONT.	
	Establecer protocolos de traslado y recepción de pacientes entre los 3 hospitales del sector público y las 2 clínicas hospitales de sector privado, al igual que con los centros de salud y MINSA CAPSI.	
	Establecer una coordinación efectiva con el personal médico del Centro de Salud de Los Llanos, MINSA CAPSI de Ocú, CAPPS-CSS de Ocú, Centro de Salud de Ocú y clínicas privadas de Ocú para estandarizar el tipo de pacientes que califican para ser hospitalizados y trasladados a los hospitales de segundo nivel con mayor complejidad.	Establecer protocolos de atención en coordinación con los hospitales de las provincias de Los Santos (Las Tablas), Veraguas (Santiago), Coclé (Aguadulce) y Panamá (Hospital Santo Tomás y Hospital Metropolitano de la CSS) en materia de traslados según las necesidades de intervención médica especializada para cada paciente, disponibilidad de servicio de mayor nivel de complejidad y capacidad resolutoria de las instalaciones.

Fuente. Consulta general al personal.

6. ¿Se utiliza el TRIAGE?

En el Hospital Dr. Sergio Núñez N. no se dispone de TRIAGE debido a que no se cuenta con suficiente recurso humano y la infraestructura limita la habilitación del servicio.

En el Hospital Cecilio A. Castellero sí está habilitado el servicio de lunes a viernes de 4 PM a 10 PM.

AMPLIACIÓN DE COBERTURA

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

En este sentido, se debe fortalecer la red fija a nivel de las instalaciones del primer nivel de atención de la siguiente forma para lograr una mayor cobertura de atención:

Centros de Salud: estandarizar la atención de consulta externa de servicios de Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía General en los distritos con alta demanda de estos servicios por lo menos una vez al mes.

MINSA CAPSI: estandarizar la atención de consulta externa de servicios de Pediatría, Ginecología, Medicina Interna y Cirugía General por lo menos dos veces al mes.

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?

La ampliación de horarios para incrementar las coberturas de atención de la población desprotegida debe ser en ambos términos, a continuación el análisis en función el comportamiento poblacional que justifica nuestra respuesta:

- Mayor número de horas de apertura al día: en el horario de 7 AM a 3 PM como se ha mencionado antes, la prioridad son las coberturas de prevención y promoción, aunque igualmente se brinda la atención a morbilidades, la mayoría de los pacientes acuden después de las 3 PM a los servicios de urgencias del segundo nivel de atención saturando las instalaciones más por morbilidades comunes que por urgencias verdaderas, lo que impulsa a extender el horario en las instalaciones ya mencionadas (Las Minas, Monagrillo y Santa María).
- Mayor número de días semanales: en este sentido sólo aplica para el Centro de Salud de Las Minas ya que cabe resaltar que el distrito de Las Minas es el de mayor pobreza de la provincia de Herrera, ubicado en la posición N°21 de pobreza del país y con las comunidades de más difícil acceso, caminos deteriorados.

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

Las giras médicas integrales y las Jornadas de Atención Primaria Ambulatorias (JAPA) deben realizarse según lo establecido en las funciones de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud para mejorar las coberturas en miras al cumplimiento de las políticas de salud acordadas para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio y en lo establecido en las normas de atención del MINSA que se sustentan en la Constitución de la República en materia de salud.

Deben participar funcionarios tanto del nivel nacional como regional, tanto técnico como administrativo en apoyo con la red social comunitaria.

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?

- Servicios Básicos Integrales que deben incorporarse:
Medicina Interna
Psiquiatría
Pediatria
Medicina Familiar
Geriatría
- Los mismos se incluyen en la cartera de servicios en tres fases. La primera, según el diagnóstico de situación de salud que cada instalación debe hacer en base a su población de responsabilidad. Segundo, la región de salud realizará los análisis de dichos diagnósticos para incluir los servicios básicos integrales que se requieran. Tercero, la región de salud remite el análisis al nivel nacional coordinando la programación y organización de los programas de ampliación de coberturas (giras integrales y JAPA) sustentando la inclusión en la cartera de servicios los que deben incorporarse por distrito de salud.
- Servicios intermedios y administrativos que requieren ser ampliados a este proceso:
Transporte
Planificación
Registros de Estadísticas de Salud
Farmacia
Laboratorio
Electrocardiograma
Imagenología

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

No disponemos de esta estrategia en nuestro sistema regional de salud, desconocemos su alcance y magnitud en términos de coberturas, desempeño e impacto.

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

No existe una coordinación administrativa actualmente entre la región de salud y las organizaciones extra institucionales ni a nivel de la CSS ni en otras instancias. Cuando las organizaciones requieren de algún tipo de información se dirigen directamente con los actores claves en la región de salud donde se les orienta y se les facilita la información que según asesoría legal nos es permitido compartir.

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

En gran medida ya que para poder cumplir las coberturas e indicadores de desempeño en base a una gestión por resultados, es necesario la articulación efectiva con la red fija, que generalmente en materia de los registros primarios se da en campo (Centros de Salud y Sub Centros de Salud) y en materia de reportes se da en el nivel regional con el Departamento de Estadísticas de Salud.

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

Lamentablemente no se integran, lo que constituye una debilidad del sistema ya que puede generar sub registros y duplicidad de actividades con las consecuencias que acarrea como desgaste del recurso humano, desabastecimiento y sobreuso de los servicios.

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

No, en estos momentos el MINSA dispone de un sistema de información segregado (SIES, PAI, SIEEC) y la CSS también dispone de su sistema de información institucional.

10. Agregar tabla N°14 Cobertura Del Sistema De Salud y adecuarla los periodos según de gestión gubernamental y las edades (menor de 1 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años, 20-59 años, 60-64 años, 65 y más)

Cuadro 14.
COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

Descripción	Porcentaje de personas cubiertas por el Sistema de Salud (Total)			Porcentaje de personas cubiertas por el Estado (Ministerio de Salud)			Porcentaje de personas cubiertas por el Seguro Social			Porcentaje de personas cubiertas por el Sector Privado			Porcentaje de personas Sin Cobertura		
	2000	2010	2012	2000	2010	2012	2000	2010	2012	2000	2010	2012	2000	2010	2012
Períodos	95%	100%	100%	95%	100%	100%	89%	88%	89%	ND	ND	ND	5.00%	0.00%	0.00%
Género															
Hombre	98.00%	100.00%	100.00%	98.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	2.00%	0.00%	0.00%
Mujer	97.00%	100.00%	100.00%	97.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	3.00%	0.00%	0.00%
Base Poblacional															
Niños < 1 año	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%
Niños 1 - 4 años	99.76%	100.00%	100.00%	92.76%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.24%	0.00%	0.00%
Personas 5 - 9 años	99.11%	100.00%	100.00%	91.11%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.89%	0.00%	0.00%
Personas de 10 - 14 años	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%
Personas de 15 - 19 años	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%
Personas de 20 - 59 años	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%
Personas de 60 - 64 años	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%
Adultos mayores (65 años y más)	99.13%	100.00%	100.00%	91.13%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.87%	0.00%	0.00%
Zonas Geográficas															
Urbana	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%
Rural	95.00%	100.00%	100.00%	95.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	5.00%	0.00%	0.00%
Pertenencia Étnica															
Blanco	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%
Indígenas	0.00%	100.00%	100.00%	0.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	100.00%	0.00%	0.00%
Afro-descendientes	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%
Mestizo	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%
Otros	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.00%	0.00%	0.00%

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

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Cuadro 15.

MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

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

FUENTE(S):

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

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

En nuestra región de Salud el rol de rectoría de la autoridad sanitaria se ejerce de forma parcial debido a limitación de recursos humanos, financieros y logísticos.

Es importante señalar que en materia de autoridad sanitaria es un rol que le compete al director regional, a los directores distritales y de centros de salud; en cuanto al cumplimiento y vigilancia de las funciones esenciales de salud pública, en nuestro sistema de salud, salud pública es solo una coordinación que no puede aplicar sanciones en este sentido, sin embargo, la participación de salud pública es activo en acción conjunta y coordinada con los protección de alimentos, zoonosis, vectores, saneamiento ambiental, programas de salud y armoniza con provisión de servicios de salud para poder así ejecutarl las acciones necesarias por otra parte las funciones esenciales de salud del ambiente son de acuerdo a las demandas (quejas, denuncias) y el resto en base a la programación que surge de los planes de acción (operativos comunitarios con participación social) y en casos de contingencias.

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

Sí la conocemos, sin embargo además de estar estructurado se hace necesario que sea 100% funcional y que se respeten los canales de comunicación. Por ende consideramos que no responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización.

3. ¿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?

No es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente en el caso de Herrera ya que en nuestro caso, tenemos una provincia geográfica pequeña en dos horas y media pueden ser recorridas las cabeceras de los 7 distritos a nivel de sus instalaciones de salud.

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

Sí, lo único es que se requiere que sus unidades ejecutoras sean más operativas en la ejecución de sus procesos para obtener un mejor impacto en salud en materia de promoción, prevención y atención de la salud de nuestra población de responsabilidad.

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?

El mayor avance en nuestro sistema regional es que el Hospital Cecilio A. Castilero ya está descentralizado de la Región de Salud a través de un Consejo Directivo. En cuanto al resto de las instalaciones, siguen centralizadas a la Región a nivel administrativo, a nivel financiero únicamente el presupuesto de autogestión esta descentralizado.

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?

No aplica, no disponemos de patronatos y de consejos de gestión.

7. ¿La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios?

Sí, ya que esta relación es determinante para gestionar los procesos que se desarrollan a nivel de prevención, promoción, atención y salud pública.

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

Consideramos que debemos mantener la misma estructura.

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

Sí existen y se aplican en todos los procesos, estos manuales son el Manual de Contabilidad Simple (JAAR) y el manual de los Comités de Salud a nivel comunitario y a nivel regional el Manual de Tesorería, Presupuesto, Transporte, Kardex, Compras, Bienes Patrimoniales, de Contabilidad, de ODI 2013 que se aplican en el nivel regional pero a nivel de las instalaciones no se aplican requiriendo re inducción para su ejecución por parte del

personal y es debido al recambio de personal ante cada gestión nueva de gobierno. Se aplican en todos los procesos y a nivel diario pero en bajo porcentaje de utilización.

10. ¿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?

Entre el MINSA y la CSS se realiza la coordinación en cuanto a la atención ya que la CSS resuelve las atenciones de tipo quirúrgico, hemodiálisis además en conjunto se coordina la atención de los discapacitados, a nivel epidemiológico se coordina entre los directores de salud con los epidemiólogos de la CSS y de la región.

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

Fortalezas:

- Disponemos de recurso humano al nivel regional con el conocimiento y la experticia de los procesos en el sector salud.
- La Región de Salud de Herrera ha sido seleccionada por el nivel nacional en múltiples ensayos y planes pilotos.
- No tenemos grupos indígenas autóctonos sino inmigrantes, que implica menos grupos vulnerables.

Debilidades:

- No disponemos de recurso humano a nivel local con el conocimiento y experticia de los procesos debido al recambio constante de funcionarios con los cambios de gobierno.
- Los puestos gerenciales están debilitados en cuanto a la preparación académica de tipo gerencial, administrativo y con conocimiento en políticas de salud.

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

En estos momentos en el Sistema Regional de Salud de Herrera no está introduciendo cambios en el modelo de gestión y en las relaciones entre los actores de la red fija. A nivel de la red itinerante si se dio el cambio de prestador institucional a extra institucional y se aumentó el per cápita.

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

Sí responden y se aplican en el tema de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la red primaria y mejoras del sistema de información, el hecho está en la implementación y seguimiento.

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

Sí, hasta al 2014. En estos momentos no hemos recibido formalmente el Plan de Gobierno para el periodo actual y así gestionar las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción del sector salud.

15. ¿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?

Desconocemos este proceso.

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

El nivel central o nacional incide enormemente en el desempeño del nivel regional si partimos del hecho de que hay muchos procesos que deberían llevarse a nivel regional y local pero que al llevarse en el nivel nacional retrasan los tiempos necesarios para la ejecución.

Los puntos críticos de la burocracia administrativa son:

- Nombramiento de personal (permanente o contrato)
- Asignación de presupuesto (en proyectos para las mejoras en la infraestructura de las instalaciones, en planilla para turnos y adquisición de insumos sanitarios)
- Compra de equipos (en cuanto a la compra y mantenimiento)

Los nudos críticos solo pueden transformarse generando reglamentos de procesos que permitan descentralizar los trámites en las áreas mencionadas.

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

La toma de decisiones es a nivel gerencial y se da a través de la dirección regional y/o en delegación en la subdirección o jefes de departamentos. Se prioriza en base al criterio de la urgencia y gravedad de la situación con un enfoque de salud pública y promoción, primero; y luego se prioriza en base al criterio atencional con su componente preventivo y promocional según el marco legal.

18. ¿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?

Se ejerce a través del Jefe regional de provisión de servicios con sus coordinadores. Solo se ve la parte pública.

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

Debe ser a través de un equipo de tendencia de análisis de salud conformado por 6 ejes: planificación, administración, provisión de servicios, salud pública, promoción y el departamento de infraestructura.

20. ¿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?

En nuestro Sistema Regional de Salud todos los centros de Salud disponen de computadoras e impresoras en el departamento de registros estadísticos de salud pero sin acceso al servicio de internet, ni para la gestión administrativa, de personal, sistematización de inventarios ni para el fortalecimiento de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, esta información es llevada en plantillas en archivos de Microsoft Word y Excel de Office. Dicha computadora cuenta con el SIES y el PAI para los registros y reportes de la información estadística. Solamente disponen de internet el Hospital Dr. Sergio Núñez N. el MINSA CAPSI de Ocu y de Pesé, el Hospital Cecilio A. Castillero.

21. ¿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)?

Para la *gestión administrativa* no se dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa, solo se dispone de la computadora

con impresora, la información se lleva registrada en libros record o en plantillas en archivos de Microsoft Word y Excel de Office.

En cuanto a la *gestión clínica* (expediente electrónico, LSS-SUMA, para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos, otros) no se dispone a nivel hospitalario ni de instalaciones ambulatorias de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión clínica.

22. ¿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)?.

No aplica, ver respuesta a la pregunta anterior.

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

Sí es de nuestro conocimiento los servicios de Tele radiología, Telemedicina, Clínicas virtuales, espirometría y electrocardiografía digital, hospital virtual y expediente electrónico. En nuestra región de salud sólo se están utilizando la tele radiología (MINSA CAPSI de Ocú y Pesé, Hospital Sergio Núñez N. y Hospital Cecilio Castellero) y la Espirometría y Electrocardiografía Digital (Centro de Salud de Parita y Hospital Cecilio A. Castellero), con beneficios de complementar el análisis diagnóstico y definir tratamientos al igual que la necesidad de evaluación médica especializada.

Dentro de sus debilidades tenemos que en base a lo planteado en la respuesta a la pregunta 13, sección de Adecuación de la Oferta, en la Fotografía 6, en cuanto a Espirometría y Electrocardiografía Digital, el sistema solo es manejado por un grupo selecto de funcionarios que fueron capacitados, por lo que es desconocido para ser utilizado por otros funcionarios de la instalación que pueden fungir como apoyo en ausencia de los primeros sin afectar la prestación del servicio a la población.

FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

PLANIFICACIÓN REGIONAL Y PROGRAMACIÓN LOCAL

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

No se estaban realizando actualizaciones estandarizadas, el último Análisis de Situación de Salud formal fue realizado en el año 2002.

La actual Dirección Regional de Salud junto con su equipo de trabajo establecerá los mecanismos necesarios para realizarlo cada 5 años. Se realizarán discusiones regionales cada 6 meses con el equipo conductor.

2. ¿La planificación regional es participativa?

Sí, es participativa.

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

Participan cada jefe de departamento de la Región de Salud de Herrera en acción conjunta con los Directores Distritales de Salud plantean sus objetivos y planes de acción ante las situaciones de salud que requieren de una planificación para ser resueltas y así mediante consenso se deciden las acciones a ejecutar según sus prioridades y disponibilidad de recursos. El proceso se realiza cada 3 meses según la Plan Operativo Anual Regional y según las situaciones que se presenten en los Distritos de Salud.

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

No existen procesos de planificación conjunta MINSA – CSS como parte de un plan o de un acuerdo formal. Solo existen coordinaciones a manera de alianzas estratégicas como por ejemplo: campañas de inmunizaciones, traslados de pacientes del CAPPS - CSS de Ocú al Hospital Dr. Sergio Núñez N., traslados de pacientes no asegurados del Hospital Dr. Sergio Núñez N. y del Hospital Cecilio Castellero al Hospital Gustavo Nelson Collado en casos de urgencias cardiovasculares, neuroquirúrgicas, otorrinolaringológicas, urológicas y ortopédicas – traumatológicas.

5. ¿Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

No se efectúa programación local conjunta MINSA – CSS.

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

No aplica. Ver respuesta anterior.

7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?

No aplica. Ver respuesta a pregunta 5.

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

No. La población no participa del proceso de planificación sanitaria ya que es un proceso que lleva únicamente a nivel participativo de la Región de Salud.

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

No aplica. Ver respuesta a pregunta 5.

10. ¿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?

No aplica. Ver respuesta a pregunta 5.

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

Los planes operativos anuales se realizan por departamento y están basados en los planes quinquenales regionales y en las políticas de salud nacional que aplican para nuestra provincia. Dichos planes establecen acciones o estrategias definidas para el desarrollo de las mismas pero no disponen de una ruta crítica.

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

Como se mencionó antes, no se disponía de un análisis de situación desde el año 2002. Sin embargo, cada departamento establece sus prioridades basados en las políticas de salud que van de la mano con el Plan de Gobierno Nacional para nuestra población.

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

Dependiendo de los objetivos específicos de los planes nacionales, se incorporan entidades gubernamentales y privadas de la provincia para el cumplimiento de dichos objetivos, en donde se comparte con sus autoridades y representantes en los Consejos Provinciales.

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

No. Desconocemos dicho sistema.

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

No aplica. Ver respuesta a pregunta anterior.

PRESUPUESTACIÓN POR PRODUCTO Y RESULTADO

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

Se basan en los objetivos definidos durante el proceso de planificación en periodos anuales o en base al quinquenio, sería una buena intervención realizarlos en base a resultados.

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?

En atención se asigna el 80% y el 20% para todos los procesos asociados a funciones de salud pública y del ambiente, producto del modelo de atención que disponemos actualmente.

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?

El nivel de responsabilidad es bajo, tanto a nivel regional como en el nivel local. Se ha dejado a un lado los convenios de gestión, periódicamente no se hace una revisión y análisis de los indicadores de salud tanto cualitativos y cuantitativos.

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?

Sí es sumamente necesario reactivar los convenios de gestión, con la modalidad de establecerlos según los niveles organizacionales con establecimiento de alcance de metas ponderadas y de forma progresiva en el tiempo, de la siguiente forma: Centros de Salud y MINSA CAPSI con la población, Centros de Salud, MINSA CAPSI y Hospitales con la Región de Salud de Herrera y por último de la Región de Salud de Herrera con el Nivel Nacional.

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

En la red fija se establecen compromisos de gestión en apenas 5 centros de salud (80% del total de sistema de salud regional no está comprometido con este proceso), a nivel de la red itinerante si se está llevando a través del PMES.

6. ¿Se ha aumentado el porcentaje del presupuesto de salud para la Salud Pública?

Se ha aumentado en cuanto al monto por financiamiento, pero porcentualmente prevalece el 20% debido al modelo de atención.

INCENTIVOS

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

Sí, desde el nivel nacional se establecen propuestas a nivel de capacitaciones, acuerdos, intercambios, becas, tiempo libre, aparte de incentivos de tipo presupuestario pero sin ejecución real a nivel de los establecimientos públicos de salud.

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

No, no responde a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales. La evaluación debe ser más enfocada a cada disciplina con un enfoque del desempeño según las actividades diarias segregadas por disciplina.

3. ¿Cuáles han sido introducidos?

A nivel regional no se ha introducido ningún criterio debido a que estamos utilizando el formato oficial institucional.

4. ¿Para qué categorías de personal?

No aplica. Ver respuesta 3.

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

En cuanto a la red fija de servicios básicos de salud no se aplica, sólo se dispone de este sistema de incentivos en la red itinerante por parte de la EEC del PMES.

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

Sí, la filosofía del recurso humano es formar parte de una institución para servir a otros, por ende un sistema de incentivos constituye un factor de motivación para mejorar el desempeño y calidad de los funcionarios en el desarrollo de sus actividades con mejores estándares de calidad en búsqueda de la excelencia al beneficio de la población de la responsabilidad.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

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

A nivel hospitalario y local la especificación se establece en la ficha técnica proporcionada por el nivel nacional. Las compras de importación se rigen también por la ficha técnica. Todo este proceso lo determina el nivel nacional.

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

Sí, existe a nivel hospitalario el Sistema SISFINA el cual permite la recepción, solicitud y despacho del producto. Posee opciones que permiten inventariar al día y por área de despacho y otras que permiten el control del insumo. A nivel regional se cuenta con el LSS/SUMA.

3. Descríbalo. ¿Qué estándares se han definido y si se actualizan? ¿Quién y Cómo se definieron?

Se desconoce se presume que en su momento la dirección y administración lo definió. Actualmente si se actualiza.

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

Este proceso se inicia con el consumo en fórmulas de Excel cada 6 meses en base a ese ejercicio se hacen las requisiciones. Anteriormente las compras se realizaban oportunamente en cuanto a la flexibilidad del proceso.

Luego se pasa a compras donde allí se hace el proceso establecido de compras, contraloría, compras y despacho, actualmente demora alrededor de 6 meses lo que redundaría en el perjuicio al servicio de farmacia específicamente, lo que a nuestro criterio no es funcional para efectos de urgencias.

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

No. Desconocemos de este proceso en el nivel regional.

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

Los departamentos no tienen injerencias en los procesos de evaluación, es un proceso que está centralizado, sin embargo se envían notificaciones de proveedores vencidos de entrega a la Administración, Compras, Dirección Médica, Kardex, donde en ocasiones la compra es de un año de retraso.

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

No, desconocemos de dichas comisiones. A nivel regional no contamos con comisiones evaluadoras, sin embargo tenemos comisión técnica que define el cumplimiento de los requisitos sanitarios.

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

Se establecen compras al contado a 10 días hábiles, si es por requerimiento se procede como compra al crédito, no existe autogestión.

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

Nos basamos en los mecanismos establecidos en el Decreto Ejecutivo N°249 de 3 de Julio de 2008, según Circulares N°/DPSS del 05 Julio de 2013, N°0035/DPSS del 23 de Agosto de 2013 y N°034 IDPSS del 30 de Julio de 2014, sin embargo, no se ha estado ejecutando en un 100% debido a que se requiere de un presupuesto regional. Sólo disponemos de la gestión de Farmacia en donde se ha elevado la consulta al nivel nacional ya que parte del trámite requiere del peso en Kilogramos de los insumos para descarte y así definir el costo del proceso. El nivel nacional no ha estado solicitando el total de Kilogramos que actualmente a nivel de medicamentos está en 13 769.68 Kg y no se hace descarte desde Febrero de 2009 y corresponde a 18 instalaciones. Pendiente Salud Bucal, Imagenología, Médico Quirúrgico y Laboratorio.

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

Sí, se conoce. A nivel hospitalario no se utiliza este sistema, sin embargo la información de los insumos vencidos se conoce de forma manual, se actualiza manualmente a través de actas de descartes.

A nivel regional sí se cuenta con el sistema.

11. ¿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 abastecimiento y suministro entre el nivel nacional y regional se articula prácticamente por subvención pequeña. A nivel hospitalario se depositan los dineros en los renglones pero con el sistema de precio único si el pedido excede se realiza la confección de adendas a través de requisiciones. Este sistema en ocasiones creemos debe establecerse o aplicarse a renglones de insumos de medicamentos crónicos.

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

En el caso del Sistema Regional de Salud de Herrera sí se da la coordinación de abastecimiento y suministro del MINSA hacia la CSS y en menor medida de la CSS al MINSA.

Los problemas que se destacan son a nivel de ropa quirúrgica, insumos de laboratorio, turnos de recurso humano, medicamentos y en insumos médicos quirúrgicos.

Mediante procesos de mejora y fortalecimiento de la comunicación sanitaria entre ambas entidades de salud.

13. ¿Los criterios aplicables a la priorización de la compra consideran el perfil de morbi - mortalidad de la población y los principales riesgos a la que está sometida?

Sí, los criterios a la priorización de la compra consideran el perfil de morbi-mortalidad de la población y los principales riesgos a la que está sometida, así como en base a la demanda y al registro histórico. Es decir que los criterios son en base al consumo de la población de responsabilidad, los productos que se pronostican a agotarse se reservan para los pacientes no asegurados ya que los asegurados influyen en el desabastecimiento del insumo en el periodo planificado a nuestra población de responsabilidad.

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

Por consumo, según perfil epidemiológico y morbilidades frecuentes a través de un matriz de gestión en formato Excel desde el año 2000.

15. ¿Cómo se registra la información de consumo?

A través del sistema de SISFINA a nivel hospitalario y a nivel regional y local por consumo histórico.

16. ¿Conoce las modalidades de compra?

Compras menores y compras locales a través de actos públicos que se remiten al nivel nacional.

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

Conocemos el Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento y está actualizado, pero se implementa en un bajo porcentaje ya que no disponemos del espacio físico y además el sistema de compra y recepción de insumos no está del todo regulado en materia de tiempos y fechas para el almacenamiento.

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

Sí, en años anteriores se han presentado tanto a nivel de almacén de insumos y de biológicos pero su implementación se ha visto frenado por procesos centralizados y falta de asignación presupuestaria para los mismos tanto en la sede regional como en el resto de las instalaciones incluidas nuestros dos hospitales.

SISTEMA DE INFORMACIÓN 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?

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

Sí se dispone de sistemas de información pero no están estandarizados ya que cada departamento establece las matrices para consolidar la información procedente de las instalaciones y generar un reporte regional, no se dispone de una plataforma informática que contenga todos los parámetros a excepción de los sistemas informáticos ya mencionados: SIES, PAI y SIEEC.

Los reportes de estos 3 sistemas informáticos estandarizados pero no unificados entre sí sumado a la información disponible en matrices de Excel y archivos de Word de los otros departamentos, permite la toma de decisiones a nivel regional y local.

2. ¿Cómo se evalúa la calidad de la información? ¿Quiénes y cuándo se evalúa? ¿Se aplica la auditoría informática?

No. No se dispone de un sistema formal y autorizado para la auditoría informática y poder determinar la calidad de la información.

3. ¿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?

Internamente en cada departamento regional se analiza la información disponible, cuando se detecta alguna alerta o situación que requiere intervención inmediata, se informa al a Dirección Médica en donde se decide la convocatoria de los demás departamentos a una reunión y acordar estrategias para resolver las situaciones detectadas. En los casos del SIES, el PAI y el SIEEC el análisis se realiza de forma integral entre ambas redes (fija e itinerante) en coordinación con el Departamento de Provisión de Servicios de Salud.

De acuerdo a las necesidades de información se hacen las solicitudes de adecuaciones al sistema aptos a las necesidades o demandas locales o regionales que definan los procesos identificados en los diferentes departamentos involucrados en el sistema con el fin de dar respuesta oportuna y confiable.

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

Sólo se han definido los usos y contenidos de la información generada por el SIES, SIEEC y PAI como sistemas con plataforma informática formal. Son definidos por las respectivas coordinaciones del nivel nacional.

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

A través de notas formales dirigidas por conducto de las direcciones médicas a los diferentes departamentos y también por visita directa a la región de salud con los actores claves.

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

En estos momentos el Sistema Regional de Salud de Herrera no dispone de un Sistema de Información Gerencial, por ende, no se genera un centro de producción claramente establecido, que responda a las necesidades y complejidad de la instalación de salud.

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Cuadro 16.
NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución / N° de camas					
	Total	MINSA		CSS	PRIVADO	
		Hospital Cecilio A. Castellero	Hospital Dr. Sergio Núñez N.	Hospital Dr. Gustavo Nelson Collado	Clínica Hospital Venancio Villarreal	Clínica Hospital San Juan Bautista
N° Total de camas	345	102	50	143	25	25
N° de servicios de imagenología	5	1	1	1	1	1
• N° de Ultrasonidos	10	2	1	3	2	2
• N° de Rayos X	6	2	1	3	0	0
• N° de Panorex	2	2	0	0	0	0
• N° de Periapical	0	0	0	0	0	0
• N° de CAT	1	0	0	1	0	0
• N° de Mamógrafos	2	1	0	1	0	0
• N° de Equipos de Resonancia Magnética	0	0	0	0	0	0
N° de Laboratorios Clínicos	4	1	1	0	1	1
N° de Bancos de Sangre	2	1	0	1	0	0
N° de Farmacias	5	1	1	1	1	1
N° de Sillones Dentales (Maxilofacial CSS)	3	1	0	2	ND	ND
Completos	3	1	0	2	ND	ND
Incompletos	0	0	0	0	ND	ND

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

La disponibilidad de camas en base al cociente es de 2.3 camas por 1000 habitantes según el cuadro.

1. ¿Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios de imágenes realizados?

Los reportes de los estudios de imágenes realizados se basan en dos mecanismos principales:
Ambulatorio: se entrega el estudio Impreso al paciente que acude a retirarlo junto con el informe radiológico si esta disponible, o se entrega el estudio en formato digital (Disco compacto).

Urgencias: se dispone del sistema informático Impax que mediante la teleradiología es accesible desde las computadoras con dicha plataforma informática en ambos MINSA CAPSI, en el Hospital Dr. Sergio Núñez N. y en el Hospital Cecilio A. Castellero y además según la necesidad se dispone del estudio impreso.

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

La entrega de los resultados a los pacientes es efectiva desde el momento en que los mismos acuden por sus resultados, a nivel ambulatorio el 100% de los que acuden se les entrega y en urgencias se dispone de la teleradiología por lo que la entrega es de 100%

Antes con el sistema analógico se podía medir el porcentaje de estudios realizados, actualmente con el sistema digital no se hace necesario.

Lo que se mide ahora es el porcentaje de asistencia de los pacientes los estudios programados, en donde tenemos los siguientes resultados:

Asistencia a Ultrasonogramas programados: 80%

Asistencia a Mamografías programadas: 60%

Asistencia a estudios de Rayos X programados: 90%

Asistencia a Densitometrías Óseas programadas: 90%

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

Este proceso se lleva a cabo a nivel nacional en donde el mantenimiento y la reparación depende de contratos con compañías ya aprobadas por el MINSA.

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

En el Sistema Regional de Salud de Herrera no existe personal de mantenimiento para equipo radiológico.

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

Es importante conocer que existen 4 códigos:

Código 331 es para equipo médico, no viene un renglón presupuestario para ello, se habilita este 331 en base al remanente financiero con su justificación de lo necesitado. Por ende, no existe presupuesto destinado a la adquisición de nuevos equipos.

Código 340 es de oficina.

Código 350 es de inmobiliario de oficina.

Código 370 es de aires acondicionados y otros equipos, sí vienen con sus renglones con asignaciones presupuestarias bajas (de B/.100 a B/. 200 balboas).

Estos tres renglones se alimentan a través de remanentes financieros o traslados financieros que se realizan para hacerle frente a las necesidades.

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

La adquisición de equipos y nuevas tecnologías se basa en Criterios de mejorar la oferta de los servicios de salud y que los equipos estén homologados con el MINSA y dispongan de ficha técnica.

FOTOGRAFÍA N°9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

COMPENSACIÓN DE COSTOS

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

Si existen; desde el año 1998 se mantiene un Convenio de Compensación de Prestación de Servicios de Salud a nivel del interior del País, en el cual se incluye la Región de Herrera. Este convenio es renovado todos los años, último convenio firmado año 2012.

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?

Ambas instituciones desarrollan un sistema de Costeo. Costo Por Proceso, datos históricos, Costos unitarios Promedios por Centros de Producción y/o Servicios.

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?

El nivel de Atención que se brinde, los recursos con que cuente la instalación de salud. (Desde el recurso humano, equipos, infraestructuras, etc.). Entre más complejo, y con mayores recursos mejor es la atención y mayor son los costos.

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

No. Las tarifas establecidas y que son variables en cada región, datan desde los años 80, poco se han ajustado, porque esto implica un precio político, difícil de afrontar.

Una vez que se determinan los costos unitarios reales de los servicios y/o actividades que se brindan en nuestras instalaciones de salud, se debería evaluar la posibilidad de ajustar los mismos a la población. Para hacer esto se requiere un estudio previo de la condición socio-económica de los diversos distritos o comunidades, de manera tal que no afecte la salud de la población. La experiencia nos ha indicado que si se suben los precios la población no acude a las instalaciones del nivel primario (Promoción y Prevención), y se encarece la atención del segundo y tercer nivel (Curación).

Los costos de Atención Sanitaria se determinan considerando gastos de Recurso Humano, servicios básicos, gastos de medicamentos, médico quirúrgicos, administrativos y de mantenimiento, se incluye depreciación de equipos médicos y no médicos, depreciación de las infraestructuras. Se calculan los gastos directos e indirectos de cada servicio o actividad y se divide entre la producción que se genera mensualmente, para determinar los costos unitarios promedios por servicio. A nivel de hospitales se determinan costos unitarios por actividad (Costo de una Cirugía, de un procedimiento específico).

Se dan casos en la cual algunos Directores o Administradores han implementado los costos reales en algunos servicios, ya sea que no se daba el servicio y se aprovecha, o se ajusta la tarifa vigente. Es potestad de cada Director Regional, con el aval del Ministro de Salud.

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

En la actualidad la compensación si afecta la duplicidad de los servicios. La población asegurada, al no tener que pagar en las instalaciones del MINSA, recurre a las instalaciones a veces por desconocimiento del sistema de salud o por comodidad, demandando más recursos de lo planificado según la población de responsabilidad.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

1. ¿Se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto público per cápita?

No se reducido la brecha en gasto total en salud per cápita y gasto público per cápita, ya que el sector salud cada vez se gasta más mientras el modelo atención tenga un enfoque más curativo que preventivo y promocional.

2. ¿Qué porcentaje del producto interno se destina al sector salud?

Desconocemos. Esta información no se maneja para gestionar procesos en el nivel regional, aplica al nivel nacional.

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

El 99 % de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público, el resto es a través de donaciones.

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

Los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios (Código 210) es del 25% al 35% a nivel de centros de salud.

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

No aplica, en nuestras instalaciones y hospitales no se dispone de autogestión por patronatos ni consejos de gestión.

6. ¿El Co - Pago de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios?

No. Se basa en el costo operativo.

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

Se realiza la evaluación al usuario/cliente por personal administrativo (no en todas las instalaciones disponemos de trabajadora social). A través de un conversatorio se evalúa cada caso que lo amerite para determinar la capacidad de recuperación pero muchas veces se realizan exoneraciones en base a los argumentos de los usuarios. Se recupera menos del costo de la actividad en la mayoría de los casos. Si se conoce la diferencia entre el costo (cuánto vale la intervención en salud) y la tarifa (valor real del servicio para todo el público).

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

Para la Región de Salud de Herrera el impacto está polarizado. Es de impacto Negativos a nivel económico y a nivel poblacional es positivo (no hay excusa para los controles de salud en la población beneficiada de estas resoluciones y decretos).

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

A todos los no asegurados que pasan por evaluación socioeconómica.

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

Sí, en el caso de Herrera el subsidio es garante de la equidad sanitaria.

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

Al ser el 1% del financiamiento para la atención sanitaria constituye una fuente financiera importante pero débil.

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

No aplica, se maneja en el nivel nacional.

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

Sí, las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios en nuestras instalaciones y limitan la eficiencia del sistema consecuencia de la educación de la población.

14. ¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto público en salud, privado y de bolsillo? ¿Cuál? ¿Quién la elabora y cómo?

Desconocemos esta información.

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

No existen recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta. Ver respuesta de los renglones a la pregunta 5, Sección de Equipamiento y Tecnología.

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

Estos procesos se deciden y gestionan en el Nivel Nacional.

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

Estos procesos se deciden y gestionan en el Nivel Nacional.

FOTOGRAFÍA N°10: PROYECTOS DE INVERSIÓN

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

Ver respuesta a la pregunta 3, Fotografía N°2, Tabla N°2.

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

Deben cumplirse los criterios establecidos por el Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP) del Ministerio de Economía y Finanzas a través de las Normas y Procedimientos para la presentación de proyectos al SINIP, vigencia fiscal 2015, monitoreado y evaluado por la Dirección de Programación de Inversiones.

Ver las páginas de la 29 a la 31 de las Normas mencionadas.

Nuestras limitaciones son más que todo en cuanto a los recursos de la región de salud.

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

No disponible. Se dispondrá de respuesta en base al Plan Quinquenal de Inversiones 2015-2019.

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

Sí, pero desconocemos cuales ya que este proceso se lleva en el nivel nacional.

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

Sí, contamos con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado con proyectos como: Laboratorio de Agua, Depósito Médico Quirúrgico, Depósito Biológico, Casa de hospedaje para Internos, Remodelación y Ampliación a Centros de Salud, Remodelación del Hospital Sergio Núñez, Construcción de Talleres de Mecánica y de la DIS.

6. ¿Consideran que el mismo debe ser revisado y adecuado a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales?

Sí. De acuerdo a la fecha en que se elaboraron los perfiles de los proyectos deben ser adecuados a los costos reales y a la población beneficiada.

ANEXOS

PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES:

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

Sector económico

Público

Privado

Otro (especifique)

Cooperación Internacional (especifique la agencia)

Sector político

Sector Salud

Otro (especifique)

Especifique si se responde a acuerdos internacionales o nacionales.

Sí se responde a acuerdos internacionales o nacionales, para mayor detalle ver la respuesta a la pregunta 5 de la Fotografía 1.

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

Sí No

3. Favor especifique el tipo de Sistema de Salud del país:

Segmentado

Integrado

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

Si No

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

Fondos estatales

Cooperación Internacional

Sector Privado

Fondos reembolsables con partida nacional

8. De los siguientes actores, señale ¿quiénes participaron en los procesos de cambio de los sistemas de salud:

Gubernamental (Poder Ejecutivo)

Poder Legislativo

Sociedad Civil organizada en temas de salud

Sociedad Civil organizada general

Sector Privado

Sector académico

Otro (Especifique)

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

Legislativo Ejecutivo Ambos Ninguno

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

Si No

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

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

FUENTE(S): Archivos históricos de notas y circulares que llegan al nivel regional procedente del nivel nacional.

Señale en qué etapa está el proceso de democracia en el país:

Transición Construcción Consolidación No Existe

11. ¿Qué poder confieren las leyes a los actores? Favor especifíquelo en el siguiente cuadro:

No disponemos de dicha información.

LEY	ACTOR	FUNCIÓN O RESPONSABILIDAD
ND	ND	ND

POSICIÓN DE LOS ACTORES (PA)

Análisis de la posición de los actores en los procesos de cambio de los sistemas de salud. Para el análisis se sugieren las siguientes preguntas:

12. ¿Dónde se ubican las instituciones/organizaciones que representan en relación a su capacidad de acción?

Muy a Favor
Algo a Favor
 Neutro
 Algo en contra
 En contra

13. ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor ante la sociedad?

Positivo

Negativo

Ninguno

ROL DE LOS ACTORES (RA)

14. ¿Cuál es la capacidad de acción (poder) de cada uno de los actores que participan en la reforma para afectar a favor o en contra los resultados de cada objetivo del proceso de cambio?

Alta Media Baja

15. ¿Tiene el actor control sobre la información de los procesos de cambio?

Si No

14. ¿Tiene el actor control sobre los medios de comunicación para la difusión de la información acerca de los procesos de cambio?

Sí

No