



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

# **GUIA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD**

**Macro Visión de Salud**

Dirección de Planificación de Salud

---

## **AUTORIDADES NACIONALES**

Francisco Javier Terrientes  
Ministro de Salud

Miguel Mayo  
Viceministro de Salud

Luis H. Vega  
Secretario General del Ministerio de Salud

Reina Roa  
Directora de Planificación de Salud

Iritzel Santamaría  
Sub-Directora de Planificación de Salud

## **COORDINACIÓN**

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

## **EQUIPO TECNICO**

### **Departamento de Análisis de Situación y Tendencias de Salud**

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

### **Equipo Técnico de DIPLAN**

Alvis Ruiloba  
Luz Mery Lasso  
Rodrigo Arosemena  
Fanny Castañeda  
Olga Palomino  
Guillermina M'Leary  
Fanny Castañeda  
Feliza Tong  
Fania de Roach  
José Galastica

**Planificadores Regionales**

Ramón A. Taylor - Bocas Del Toro

Alex Aparicio – Coclé

Geni Hooker – Colón

Ramón Ramón– Chiriquí

José A. Hernández – Darién

Carlos Grannum – Herrera

Luis Salazar – Kuna Yala

Elsi Pedro – Ngobe Bugle

Gilberto Vaz – Los Santos

Mineth Guizado – Veraguas

Alberto Ceballos – Panamá Este

Oscar Muñoz – Panamá Oeste

Miguel Canales – San Miguelito

Mónica Landao – Metropolitana

**APOYO**

Dayara Martínez

Jefa de Planificación de Recursos Humanos

Felipe Castillo R

Cooperación Técnica y Asuntos Internacionales

### AGRADECIMIENTO

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

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

## METODOLOGÍA DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LA GUIA

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

## CONTENIDO GENERAL DE LAS FOTOGRAFÍAS

### **Fotografía N° 1. EL CONTEXTO**

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

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

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

### **Fotografía N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA**

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

### **Fotografía N° 4: SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

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

### **Fotografía N° 5: ACTORES Y RED SOCIAL**

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

### **Fotografía N° 6: PROYECCIÓN DE LA RED**

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

### **Fotografía N° 7: CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL Y PROYECCIONES**

1. Organización y Funcionamiento

### **Fotografía N° 8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN**

1. Planificación Regional y Programación Local

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

### **Fotografía N° 9: FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS**

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

### **Fotografía N° 10: PROYECTOS DE INVERSIÓN**



## MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE SALUD  
GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD**FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO**

1. ¿Describa 3 ó 4 principales problemas político - económico - socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño? (Considerar inclusive como los conflictos de competencia entre instituciones públicas afecta el desempeño de Salud).
  - La transculturización que ha introducido alimentos fuera del patrón alimentario de la población, ocasionando una baja producción alimentaria en el área al adquirir importación de productos de bajo valor nutricional y a una pobre biodiversidad de alimentos. Las últimas investigaciones formativas dirigidas a las madres de niños menores de dos años, embarazadas, puérperas y madres lactantes han arrojado información acerca de las prácticas adecuadas e inadecuadas sobre la alimentación de estos grupos vulnerables basadas en aspectos netamente culturales. Esto trae como consecuencia que en el menor de 5 años se agudice los problemas de desnutrición y en la población adulta surjan problemas de malos hábitos alimentarios y la aparición de enfermedades crónicas (Diabetes, Hipertensión, Dislipidemias, Alcoholismo, Tabaquismo, Obesidad, entre otras) que anteriormente tenían una baja incidencia.
  - Baja participación de la mujer kuna en el entorno político local. Una mayor participación de la mujer en la política favorecería el acceso a los servicios de salud y contribuiría a mejorar la capacidad instalada de las instalaciones a través de comisiones de salud.
  - En el ámbito ambiental en la comarca se tiene una inadecuada disposición de los desechos sólidos, porque no se cuenta con un sistema de recolección de basura que evite que cada familia la tire directamente al mar o en lugares inadecuados a cielo abierto y una mala disposición de aguas servidas debido a la falta de terreno o espacios en las comunidades, sobretodo isleñas, para la construcción de tanques sépticos unifamiliar.
2. Una vez identificado los aspectos. ¿Cuáles son las prioridades identificadas?
  - Educación y promoción continúa de hábitos alimenticios saludables en la población kuna.

- Fomento de una mayor participación de la mujer en acciones político-económicas que conllevaría a mejorar las acciones en salud de la región, ya que son quienes más acceden a los servicios de salud.
- Conformación de una comisión en cada comunidad para mejorar el sistema de recolección de basura utilizando diferentes metodología tales como reciclaje (envases plásticos, metales, cartones, etc), incineradores (papeles, telas, etc) y enterramiento (basuras orgánicas, principalmente). Igualmente, construcción de emisarios submarinos comunitarios cerca a la playa de la isla; en comunidades de tierra firme el problema se podría atender realizando alcantarillado rural ( Carreto, Navagandi, Mansucun)

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.

Entre los afectos que favorecen los procesos en el MINSA podemos señalar:

- Reorganización de la Red de Servicios de Salud que ha mejorado los procesos, pero todavía se requiere la gestión de más recursos humanos idóneos
- Implementación de energía renovable en algunas instalaciones de salud a través de SENACYT y electrificación rural, que ha mejorado la calidad de los servicios y el ambiente laboral.

Entre los procesos identificados que afectan el desarrollo de los procesos del MINSA podemos señalar:

- La baja modernización de nuestras infraestructuras por la falta de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Asignación presupuestaria deficiente en algunos objetos de gastos que limitan el proceso, tales como Adquisición, Mantenimiento preventivo y correctivo de maquinarias y equipos.
- El déficit público: si el Estado presenta un alto déficit público provoca un ahorro que incidirá en una disminución de las inversiones en salud
- La poca asignación de recursos financieros para los procesos de capacitación y educación continua.
- La deficiente comunicación entre todos los ámbitos debido a la falta de acceso a las tecnologías de telecomunicaciones (Internet, Teléfono fijo, celular, entre otros).

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

Sí X

Si es si, comente cuales:

- La iniciativa Mesoamérica 2015: esta tiene un Plan de agua que persigue mejorar la calidad de agua y saneamiento (disposición de excretas y desechos sólidos), principalmente enfocados a las áreas indígenas.
- El Plan Estratégico Nacional de agua potable y saneamiento (PEN-APS) con el apoyo del Banco Mundial:
- Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud: Convenio de gestión entre el nivel central y la región de salud de Kuna Yala para la salud pública y provisión de los servicios de salud año 2008 con el apoyo del Banco Mundial
- Diseño y ejecución de planes de gestión para la modernización hospitalaria: aquí se va a ejecutar un plan de calidad de ejecución, plan de manejo de desechos hospitalarios; plan estratégico de infraestructura, recursos humanos y financieros.
- Proyecto de implementación de lavado de manos con apoyo del Banco Mundial para minimizar las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Sí X

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

- Apoyo de la Embajada de Estados Unidos en la modernización del Hospital Inabaguinya de Mulatupu, construcción de una nueva instalación

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Sí X

Si es si, cómo se aborda, con qué actores y con qué estrategias:

- Ángel Guardián: programa manejado por el Ministerio de Desarrollo Social 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. 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.
- Programa 120/70: 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.
- 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.
- Beca universal: ayuda monetaria que consiste en B/. 20.00 mensuales a todos los estudiantes de las escuelas públicas de primaria, media y pre media.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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?
- Coordinación mensual con el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Educación para garantizar la ejecución de los programas de Red de Oportunidades y Ángel Guardián.
- Existe el Consejo Técnico conformado por los directores de las entidades públicas de la comarca y la gobernación que se estipula que se debe realizar trimestralmente, pero no se cumple. El objetivo de estas reuniones es identificar estrategias de intervención para solucionar los nudos críticos identificados por cada institución participante, pero sólo se realiza la presentación de los informes de gestión de cada entidad. Se puede solicitar reunión extraordinaria por cada una de las instituciones de ser necesaria.
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.

La Estrategia 4.1 de la política 4 del Eje 3 (Promoviendo la salud con la participación social) de la Políticas de Salud 2010-2015 en su Línea de Acción 4.1.2., enfatiza la promoción de la Corresponsabilidad en salud de la población en estos tipos de programas y proyectos a nivel nacional.

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

En cuanto a seguridad se organizó un nuevo departamento en el Senafront cuyo objetivo principal es lograr mejoras en el desarrollo social de las comunidades y dentro de las actividades está velar o conformar los barrios seguros. Se ha establecido reuniones con las autoridades de las comunidades para implementar estrategias tales como vecinos vigilantes adecuándolo a la cultura.

Hay proyecciones de mejorar la dotación de agua y la disposición de excretas a través de tanques sépticos en comunidades costeras y emisarios submarinos en comunidades isleñas para el cumplimiento del Plan de Sanidad Básica 100/0 (100% agua potable y cero letrina) en la Comarca de Kuna Yala.

Se proyecta mejoras en el acceso a los servicios de salud comarcales a través del incremento de recursos humanos técnicos y administrativos, dotación de maquinarias y equipos sanitarios, mejoras de infraestructura, entre otros

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?

En cuanto al agua ha habido una reducción en el caudal de los ríos, llegando algunos a secarse por los cambios climáticos. Estos también han generado la aparición de lluvias tropicales con fuertes vientos que han afectado al medio ambiente y las viviendas, igualmente han ocasionado inundaciones en las comunidades costeras. También ha habido un aumento de la temperatura ambiental

La contaminación ambiental a través de la mala disposición de los desechos sólidos y de excretas han ocasionados la proliferación de artrópodos y roedores al igual que enfermedades infecciosas.

El cultivo de arroz y maíz para subsistencia se ha visto bastante comprometido al igual que la pesca artesanal. Su impacto ha sido en toda la Comarca.

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

Si, la legislación la favorece.

Para favorecer la participación social se requiere de los siguientes:

- Hacerlo participe del proceso de planificación de las acciones de salud en los ámbitos locales, lo que le daría mayor responsabilidad en la ejecución de esas acciones involucrándolos como actores en el proceso de mejoramiento de los indicadores de salud.
- Asignaciones presupuestarias suficientes y oportuna para la capacitación continua de los grupos organizados identificados en las comunidades

Entre las formas de participación social tenemos los Comités de Salud, las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, Auditoria Social, Comité comunitario para la administración de los incentivos del plan de parto y equipo comunitario.

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

La región presenta para el año 2013 un IDH bajo con un 0.523

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

Sí X

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

El programa nacional de tuberculosis en coordinación con la región ha estado reuniones de concertación para la implementación de apoyo de actividades en conjunto con el Banco Mundial todo en ara de que se haga un apoyo en búsqueda de estrategias para disminución el problema de Tuberculosis y VIH.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí X

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

Constitución de la República de Panamá:

- Código Sanitario: aprobado por la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947, que en la actualidad está siendo revisado para su actualización.
- La Ley 1 de medicamentos:

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí X

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

Parcialmente.

La Comarca tiene sus leyes internas que limitan el ejercicio regulatorio en la región en algunas acciones de salud tales como el tabaquismo, aplicación de la Ley 1 de medicamentos, la aplicación de sanciones a establecimientos públicos y aspectos legales en adolescentes en riesgo.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí \_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No x

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí X

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

El Decreto 382 de 24 de agosto de 1964: Se dicta disposición de carácter sanitario en relación con establecimientos turísticos.

La Ley 8 de 1994: se dicta servicios de hospedaje públicos, restaurantes etc.

Ley 66 de 10 de noviembre de 1947El presente Código regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene públicas, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa.

La mayoría de los establecimientos públicos son del Estado y muchos de los existentes en la Comarca no cumplen con las normas sanitarias (no tiene una iluminación adecuada, ventilación natural, urinales o servicios básicos

En la Comarca nunca piden permiso de construcción.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_





Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2014		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total		19221	20871	37545	17605	19940	41546	20125	21421
Menor de un año	1004	521	483	962	489	473	1214	619	595
1 a 4	4231	2136	2095	3710	1890	1820	4479	2276	2203
5 a 9	5311	2695	2616	4604	2356	2248	5329	2727	2602
10 a 14	4733	2451	2282	4590	2353	2237	5482	2802	2680
15 a 9	3670	1735	1935	4303	2150	2153	4846	2530	2316
20 a 59	17884	8016	9868	15277	6666	8611	15345	6959	8386
60 a 64	1160	573	587	1265	542	723	1263	576	687
65 y más	2099	1094	1005	2834	1159	1675	3588	1636	1952
Otras Tasas	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad *(por 1000 habitantes)	7.1			6.8			6.8		
Tasa de mortalidad en < de 1 año	56.20	57.15	55.20	32.81	37.84	27.54	31.52	36.47	26.32
Tasa de mortalidad perinatal				10.7					
Tasa de mortalidad neonatal	9.2			15.0			10.6		
Tasa de mortalidad postneonatal	15.4			15.0			16.5		
Tasa de mortalidad en menores de 5 años *(por 1000 nacimientos vivos)	70.30	70.93	69.64	48.29	56.83	39.32	46.40	54.80	37.58
Tasa de mortalidad materna				0.5				0.0	
Esperanza de vida al nacer (total)	69.08	66.08	72.33	71.58	68.58	74.73	71.40	68.20	74.75

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

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

Producto de este análisis la población está envejeciendo, a pesar de la reducción en la tasa de mortalidad infantil en <1 año y <5 años todavía siguen siendo elevada.

Se refleja un descenso en la mortalidad materna, pero en la actualidad representa un problema de salud pública aún en la Comarca. Este descenso está asociado al uso de estrategias que han aumentado la coberturas de servicios de salud.

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

Producto de nuestro análisis podemos señalar que se espera un envejecimiento de la población por el incremento en la expectativa de vida que conllevará al aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas.

3. Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?

- Fortalecer las acciones de promoción y prevención de estilos de vida saludable por medio de la educación continua a la población.
- Continuar con las estrategia de coberturas existentes (PFMESS, Mesoamerica 2015)
- Fortalecimiento de la red de servicios de salud con medicina especializada básica
- Fortalecimiento del equipo básico de salud con nutricionistas, promotores, técnicos de farmacias, técnico de laboratorios, técnicos de estadísticas y trabajo social.

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

B. Aspectos económicos y sociales	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa									
Tasa de actividad									
Tasa de desempleo									
Tasa de empleo informal									
Porcentaje de población asegurada									
<input type="checkbox"/> asegurados activos									
<input type="checkbox"/> pensionados									
<input type="checkbox"/> jubilados									
<input type="checkbox"/> beneficiarios									
Porcentaje de analfabetismo	38.5								
Escolaridad de la población									
<input type="checkbox"/> Básica completa									
<input type="checkbox"/> Media completa									
<input type="checkbox"/> Vocacional									
<input type="checkbox"/> Universidad completa									
Déficit habitacional									

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

En cuanto a vivienda no habrá mucho cambio por el trasfondo cultural. Se prevé que va haber movilización hacia otras áreas por las inundaciones producidas por el cambio climático.

En cuanto a educaciones hay educación a distancia y extensiones universitarias que favorecen los indicadores de educación.

En cuanto al desempleo podemos señalar que a pesar de que hay un incremento en el turismo este seguirá alto debido a que las leyes comarcales no permiten la presencia de empresas con capital externo.

Se va a dar un aumento en el trabajo informal que no logra satisfacer las necesidades económicas de la población.

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

- Los eventos ocasionados por desastres naturales
- Enfermedades por vectores (Dengue, Chikunguña)
- Enfermedades crónicas
- La desnutrición infantil

- Enfermedades emergentes y reemergentes (La tuberculosis, Leptospirosis.)

Se puede presentar en el corregimiento de Tubuala (Área Sanitaria de Mulatupu).

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

En la Comarca no existen industrias procesadoras de alimentos.

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

No existe agricultura a gran escala ni ganadería. La agricultura es de subsistencia (artesanal). Dentro de la Comunidad de Mulatupu, Carreto, Caledonia, Tubuala, Mansucum y Navagandi está prohibida la ganadería porque la Ley Comarcal protege el ambiente evitando la deforestación.

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

No existe ninguna iniciativa en la actualidad en el área.

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

El 100% de las comunidades del Área Sanitaria de Mulatupu, ya que se ubican en islas, otras en las costas. Estas se pueden dar por inundaciones, tormentas tropicales, temblores, trombas marinas, mar de leva, incendios, entre otros.

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

Una de las principales actividades económicas de la región es el trueque de coco por productos de diferentes géneros (alimentos, vestuarios, etc)(80%), ventas de Molas (60%), ventas de crustáceos (40%), venta de pescado frescos y ahumados (10%).

¿Cuáles son los mecanismos de suministro de agua (acueductos, acueductos rurales, pozos); disposición de agua residuales (alcantarillado, fosa séptica, tanque séptico), residuos sólidos (rellenos sanitarios, enterramiento, incineradores y vertederos a cielo abierto) y otros? Incluir comunidades sin acceso a estos mecanismos y formas de gestión de los mismos

**Los mecanismos para suministro de agua potable:** para las comunidades del área de Mulatupu es través de un sistema de acueducto rural, principalmente por gravedad desde tierra firma.

Este mecanismo consiste en la siguiente manera:

1.- Captación: es superficial que consiste con muro contención con un cajón de prefiltro con su material filtrante, para retener los sedimentos antes que llegue el agua al tanque de almacenamiento.

2.- Línea de aducción: son tuberías de P.V.C. que pueden ser de 3" o 4" de diámetro, que llega hasta el tanque de almacenamiento, en algunas islas las

tuberías pasan a través de la red submarina y que van anclado con un concreto para evitar el movimiento de las tuberías con las corrientes submarinas.

3.- 31.4 % no tienen un sistema de tratamiento básico (filtración) y 54.3 % sin dosificador de cloro de agua. El tratamiento más usado es la filtración lento, que consiste con un tanque de concreto de dos compartimiento con sus respectivos materiales filtrante (piedras, gravas y arena). El otro sistema de filtración, que está reemplazando de filtro lento es filtro a presión, consiste en un tanque de metal prefabricado.

4.- El tanque de almacenamiento: la mayor parte son estructuras de cemento y que están ubicados en la isla o en tierra firme.

5. Red de distribución: son tuberías P.V.C. que están en perímetro de la comunidad y donde instalados a cada de las casas.

Aspectos	Cantidad	%	N° de Habitantes	%	N° de Casas	%
Comunidades	9					
Acueducto						
Comunidades beneficiadas						
Con dosificador de cloro						
Sin dosificador de cloro						
Con tratamiento de filtro						
Sin tratamiento de filtro						

Existen pozos artesanales la mayoría de los cuales no tienen protección

**Los mecanismos de aguas residuales:** La comunidad Kuna desde hace muchos años viene depositando aguas residuales directamente al mar. Consiste con un excusado colgante a las orillas de la playa con cuatro horcones con base de cemento o de madera, forrado con pencas u otros materiales, algunos cuentan con inodoros, pero se descargan directamente al mar, y un 3.8 % cuentan con tanque sépticos. (Ver cuadro)

Aspectos	Cantidad	Porcentaje
1.- Letrinas colgantes		
2.- Letrinas de hueco		
3.- Inodoros		
4.- Sin excusado ni letrinas		

No existe sistema de alcantarillado en la comarca. Fosas sépticas sólo en hoteles y algunas escuelas.

**Los mecanismos de Residuos sólidos:** Hace muchos años la basura era arrojada en las orillas de la isla o al mar (Muu durba pil-li), práctica de eliminación que se basa en la creencia de lo que ha tomado de la naturaleza debe regresar a ella. Sin embargo la comunidad Kuna se han dado cuenta que esta práctica

tradicional ya no es compatible o adecuada para el ambiente, pues la basura que se produce hoy no es la misma que se producía antes.

Todo lo que ha dejado de servirnos, todos nuestros desperdicios, son arrojados a las costas o directamente al mar. Cada familia se encarga de la eliminación de los desechos. Los comuneros reconocen es un problema. No contamos con sistema de recolección en el área.

Aspectos	Cantidad	Porcentaje (%)
	5,133	
1.-Cielo abierto	3,850	75
2.-Enterramiento	1,030	20
3.- Incineración	253	05

Incineración principalmente en instalaciones de salud y escuelas

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

<b>Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
<input type="checkbox"/> Urbano			
<input type="checkbox"/> Rural			
<input type="checkbox"/> Indígena	S/D	81.4	90.8
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)	S/D	0.82	0.91
<input type="checkbox"/> Urbano			
<input type="checkbox"/> Rural			
<input type="checkbox"/> Indígena	S/D	0.82	0.91
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
<input type="checkbox"/> Urbano			
<input type="checkbox"/> Rural			
<input type="checkbox"/> Indígena (tanque séptico)	S/D	1.3	1.5
<input type="checkbox"/> Indígena (letrina)	S/D	19.6	21.2
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)			

Cuadro No. 4

## Incidencia de Pobreza por Distrito

Incidencia de la pobreza por distrito	% de Población		
	Total	Pobres	Pobres Extremos
1.	82.4		82.4
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Cuadro no.5

## Principales Etnias Predominantes

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia		
	1	2	3
% de población según edad			
Menor de 1 año			
1-4 años			
5-9 años			
10-14 años			
15-19 años			
20-59 años			
60-64 años			
65 y más			
Lenguaje y dialectos	Kuna		



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

C. Principales causas de mortalidad	2011			2012			2013		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Mortalidad general									
1. Tuberculosis respiratoria, no confirmado									
2. Neumonía									
3. Diarrea de presunto origen infeccioso		1							
4. Tumores (neoplasias)Malignos	..								
5. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal									
Mortalidad en menores de un año									
1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal									
2. Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas									
3. Enf. Virus de inmunod. humana									
4. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso									
5. Desnutrición y otras def. nutricionales									
Mortalidad en menores de 1-4 años									
1. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen inferiores									
2. Enf. Crónica de las vías respiratorias infecciosas									
3. Otras inf. Agudas de vías respiratorias inferiores									
4. Desnutrición									
5. Neumonía									
Mortalidad Perinatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad Neonatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad Post neonatal									

1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Mortalidad materna									
1. Causas obstétricas directas									
2. Causas obstétricas indirectas									
3. Otras causas obstétricas directas									
4. Embarazo terminado en aborto									

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

	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
% de sub registro de la mortalidad general									
% de sub registro de la mortalidad infantil									
% de sub registro de la mortalidad materna									
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas									
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas									
% de muertes por diarrea									
% de muertes por infecciones respiratorias									
% de muertes por TBC									
% de muertes por VIH									
% de otras									
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas									
% de muertes por tumores malignos									
% de muertes por hipertensión arterial esencial									
% de muertes por diabetes mellitus									
% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón									
% de muertes por otras enfermedades crónicas									
% de muertes por causas circulatorias									
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas									

% de muertes por insuficiencia renal crónica									
% de muertes por causas externas									
% de muertes por suicidios									
% de muertes por homicidios									
% de muertes por accidentes									
% de muertes por accidentes de tránsito									
% de muertes por violencia									
% Muertes por violencia social e intrafamiliar									

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

**Cuadro No. 8**  
**Tasa de las Principales Causas Morbilidad**  
**De las principales causas por Sexo**  
**Área Sanitaria de Mulatupu**

D. Principales causas de Morbilidad	2011			2012			2013		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Morbilidad general									
1. Rinofaringitis aguda	450	167	283	92	36	56	174	67	107
2. Diarrea y gastroenteritis	207	71	136	114	43	71	132	59	73
3. Influenza con otras manifestaciones	94	27	67	67	28	39	35	6	29
4. Pioderma	352	137	215	80	28	52	119	59	60
5. Escabiosis	265	67	198	61	14	47	82	21	61
<b>Morbilidad en menores de un año</b>									
1. Rinofaringitis aguda	390	206	184	135	58	77	186	105	81
2. Diarrea y gastroenteritis	72	43	29	59	31	28	77	38	39
3. Influenza con otras manifestaciones	19	5	14	53	22	31	52	27	25
4. Pioderma	294	147	147	155	76	79	205	112	93
5. Escabiosis	150	70	80	64	24	40	105	52	53
<b>Morbilidad en menores de 1-4 años</b>									
1. Rinofaringitis aguda	701	367	334	191	85	106	436	205	231
2. Diarrea y gastroenteritis	326	196	130	182	92	90	321	179	142
3. Influenza con otras manifestaciones	42	19	23	61	31	30	68	32	36
4. Pioderma	727	343	384	210	109	101	373	168	205
5. Escabiosis	157	74	83	43	22	21	85	45	40
Morbilidad Perinatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Morbilidad Neonatal									
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Morbilidad Post neonatal									
1.									
2.									
3.									

4.									
5.									
Morbilidad materna									
1. Desnutricion materna									
2. Anemia en el embarazo									
3. Inf. Vías urinarias en el embarazo									
4. Inf. No especificadas de la s vías urinarias									
5. Aumento excesivo en el embrazo									

E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

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.									

G. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)	2000			2010			2012		
	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

H. Principales causas de discapacidad	2000	2010	2012
---------------------------------------	------	------	------

	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem
1. Psiquiátrica (Mental)									
2. Visual									
3. Auditiva									
4. Física									
5. Intelectual									
6. Múltiples									
7. Órganos y sistemas									

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.									

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

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

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

Tuberculosis: uno de los favorecedores es el hacinamiento debido a que viven muchas personas en un espacio reducido, ya que el espacio en las islas limita la construcción de nuevas viviendas; sin embargo, estamos observando una nueva modalidad en las comunidades de tierra firme en donde las nuevas parejas una vez casadas construyen su nueva vivienda ya que hay disponibilidad de terreno (Armila, Carreto, Anachucuna; etc). Por otra parte, la poca ventilación natural impide la renovación del aire y es uno

de los factores que permite que la bacteria permanezca en la habitación por mucho tiempo.

La falta de ventanas en las viviendas por el tipo de construcción de viviendas impide la penetración de los rayos solares que son indispensables para eliminar el micobacterium tuberculosis que es sensible al mismo. Esto igualmente ocurre en todas las enfermedades respiratorias.

Alimentación y nutrición: no consumo de alimentos que están en la pirámide alimenticia, prácticamente sus alimentos es a través del plato denominado Tulemasi donde los productos preferidos son pescados, guineo, coco, ocasionalmente otros tipos de marisco. El pescado utilizado es un pescado con carne magra (cojinúa y bonito). En la mayoría de los hogares se come de una a dos veces al día de acuerdo a lo que tengan disponible, esas raciones son sustituidas por alimentos chatarras, las denominadas burundanga (sodas, galletas, confites, etc)

Existe una diferencia de alimentación entre los habitantes de las islas y de la tierra firme en base a que los últimos laboran más la tierra y se dedican a la caza de animales salvaje para su consumo, igual tienen crías de puerco y gallina, y disponen de huertos familiares.

Alcohol y drogas: la comarca siempre ha sido zona de narcotráfico por su posición geográfica por otros grupos sociales. Se ha observado en las islas con más roce con el sistema de vida occidental que la juventud a temprana edad, parte de ella, se dedica al consumo tanto de alcohol como drogas, tanto varones como niñas que conllevan aumento en la violencia, embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, en los pueblos más alejados de la influencia occidental estos grupos se apegan más a su modo de vida tradicional.

Debido al desarrollo que hay en la comarca al haber más vía de acceso a la ciudad, esto ha permitido que grupos indígenas que habitan en la ciudad en barrios peligrosos regresen a la comarca trayendo las malas influencias aprendidas en estos barrios con estos grupos sociales instruyendo a los jóvenes comuneros locales con malas comportamientos sociales y delincuenciales.

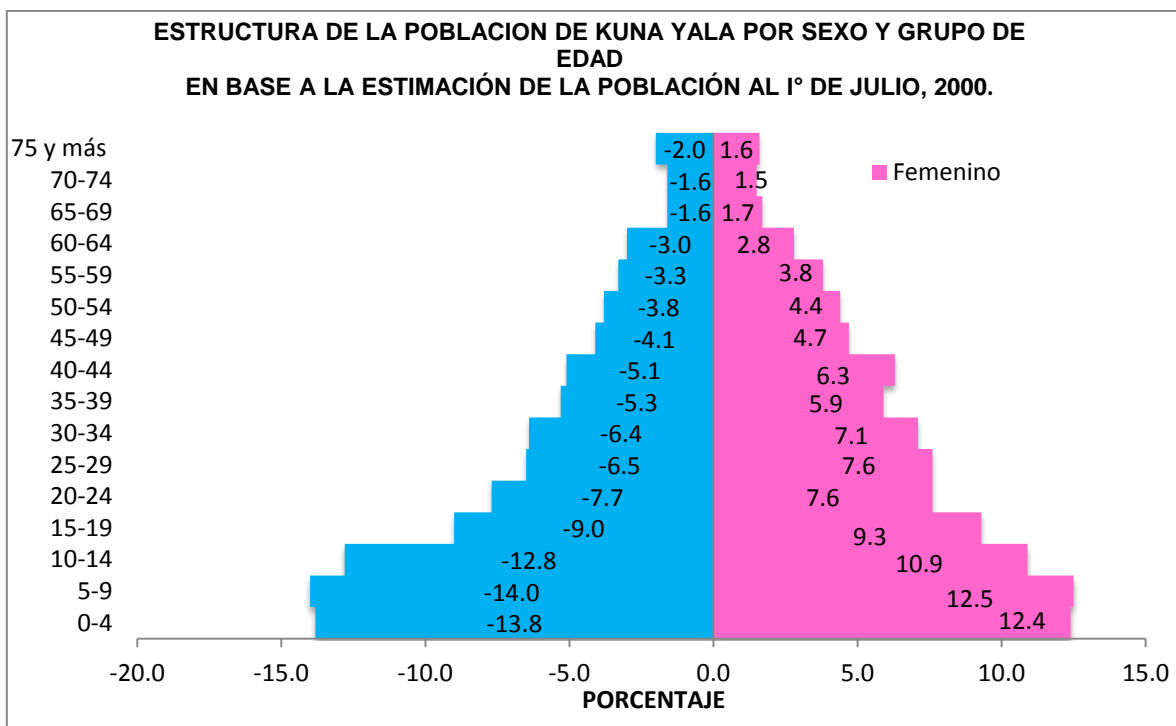
Los programas si existen son tratados segmentadamente e improvisadamente dependiendo de cada periodo político. No hay una estrategia de estado para tomarlo en cuenta.

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

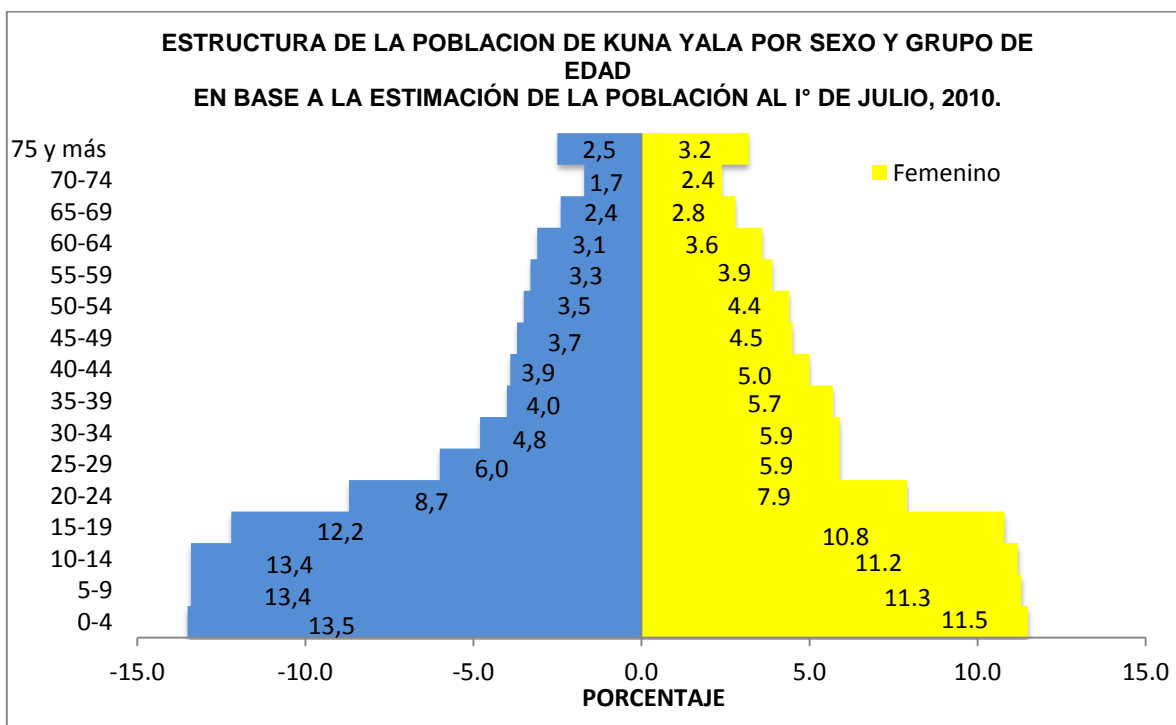
- I. POBLACIÓN:**

La estructura poblacional de la Comarca de Kuna Yala desde el censo del año 2000 y del pasado año 2010 no ha presentado una variación significativa. La pirámide de población del 2011 presenta una base amplia, involucrando los grupos de edad desde 0 a 24 años con un aporte del 53 %. La población joven es la que conforma estos grupos de edad. La población de 60 y más años solo representa un 7%.

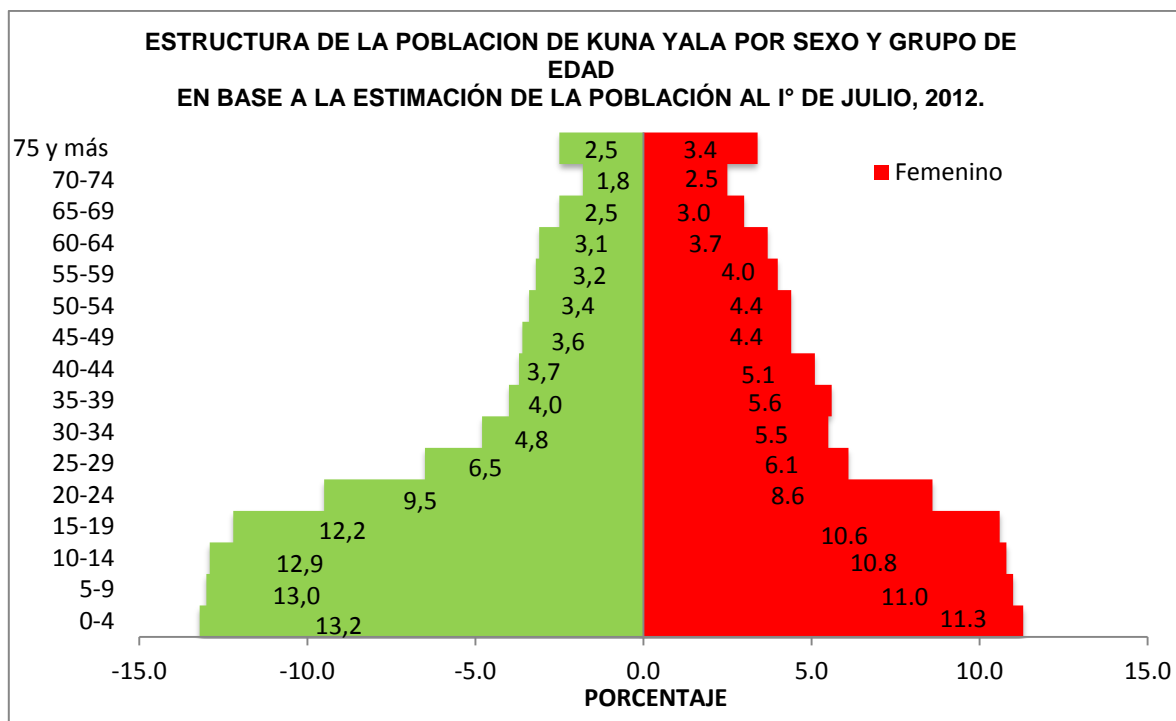




II.



III.

**IV.**

- V. Lo cual se evidencia con el tipo de morbilidad y mortalidad que está afectando a estos grupos poblacionales; por lo que es necesario dirigir el mayor porcentaje de la atención de salud hacia estos grupos.

**VI. MORTALIDAD:**

La Tasa de Mortalidad General para la Comarca de Kuna Yala en 1990 fue de 3.0 x 1000 hab., en el año 2000 de 3.2 x 1000 hab. Y en el 2010 de 6.79 x 1000 hab. Se observa un aumento del 100 % para el 2010, lo cual podría deberse a un mejor registro de estos eventos a nivel de la red de instalaciones de salud y de los registradores auxiliares. Dentro de la principales causas de muerte para el 2010 tenemos: Ver Cuadro #4

Cuadro N° 4. CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN GENERAL POR SEXO EN LA REGIÓN DE SALUD DE KUNA YALA, DISTRITO Y CAUSA, AÑO: 2011.								
Codigo 1/	Región / Distrito / Causa 2/	Total			Sexo			
		Número	Tasa 3/	Pos.	Hombre		Mujer	
					N°	Tasa3/	N°	Tasa3/
	<b>KUNA YALA</b>	<b>141</b>	<b>37.41</b>		<b>69</b>	<b>18.30</b>	<b>72</b>	<b>19.10</b>
	<b>KUNA YALA</b>	<b>141</b>	<b>37.41</b>		<b>69</b>	<b>18.30</b>	<b>72</b>	<b>19.10</b>
	Muerte sin asistencia	20	5.31	1	13	3.45	7	1.86
	Diarrea de presunto origen infeccioso	13	3.45	2	9	2.39	4	1.06
	Tuberculosis respiratoria sin especificación	9	2.39	3	3	0.80	6	1.59
	Neumonías	5	1.33	4	0	0.00	5	1.33
	Asma no especificada	3	0.80	5	0	0.00	3	0.80
	Malformación congénita no especificada	3	0.80	5	1	0.26	2	0.53
	Demás causas	88	23.35	..	43	11.41	45	11.94
1/. Con base a la lista de 103 grupos de causas para enfermedades								
2/. Según la CIE 10								
3/. Por cada 10,000 habitantes								
Fuente documental: Registro Diario de Actividades.								
Fuente institucional: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.								

Al comparar estas causas de muerte con las del 1990, 2000 observamos que la Tuberculosis ha descendido de 23.3 x 100,000 hab. en el 1990 a 2.38 para el 2010. Consideramos que esto es un gran avance debido principalmente el tipo de tratamiento TAES y al esfuerzo del equipo de salud en mejorar la búsqueda de los sintomáticos respiratorios y a las nuevas estrategias de convenios y proyectos orientados en reducir la inequidad en la atención en las comunidades que no cuentan con instalaciones de salud.

## VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

### (ENOS):

Entre las cinco principales Enfermedades de Notificación Obligatoria registradas para el año 2000, tenemos: 1. Influenza, con una tasa de 6318 x 100,000 hab, 2. Diarrea y Gastroenteritis con una tasa de 3107 x 100,000 hab, 3. Neumonía con 513.8 de tasa, 4. Tuberculosis con 107 x 100,000 hab de tasa y 5. Bronconeumonía con 269 x 100,000 hab. Para el 2010, tenemos: 1. Diarrea y Gastroenteritis con una tasa 8440 x 100,000 hab, 2. Influenza con 8022 x 100,000 hab, 3. Conjuntivitis con una tasa de 641 x 100,000 hab, 4. Amebiasis con 434 x 100,000 hab y 5. Neumonía con 410 x 100,000 hab. Observamos que las primeras causas corresponden a las mismas patologías (Influenza y Diarrea/ Gastroenteritis) con muy poca diferencia en las tasas para el 2010 pero no así para el 2000 que hubo más casos de Influenza. Esto se debe a la estructura de población y a la presencia de cuadros de influenza que

están ligados a la estacionalidad (presencia de lluvias y de vientos), situación que también prevalece para los cuadros diarreicos y ligados a los mismos cuadros de Influenza. También se observan otras patologías que se ubican en los cinco primeros lugares como es el caso de las Conjuntivitis y las Amebiasis. También observamos que el aumento en las coberturas de vacunación ha influido en la disminución de los casos de Neumonía y Bronconeumonía. La introducción de nuevas vacunas como la Pentavalente, Rotavirus y Neumococo están influyendo en la disminución de los eventos relacionados a las mismas.

### **COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN EL MENOR DE UN AÑO:**

En los años de 2000 y 2010 se alcanzaron las siguientes coberturas de vacunación:

VACUNAS	2000	2010
BCG		
PENTAVALENTE		
POLIO		
ROTAVIRUS		
NEUMOCOCO		
SARAMPION		

Como podemos observar hubo un aumento de las coberturas de vacunación en el menor de un año. En los últimos años se han introducido nuevas vacunas y se han cambiado las edades de aplicación de otras. En la Comarca de Kuna Yala, también se ha visto favorecida con todos estos cambios y se evidencia en los patrones de la morbilidad que afecta a este grupo de edad. Así vemos aumentos en pentavalente, polio y rotavirus. El sarampión, ya no se coloca a los 9 meses, ahora se aplica como (MMR) y al año de edad. La introducción del neumococo fue a final del año (a partir de octubre del 2010).

Existen patologías transmisibles que no logran alcanzar suficiente incidencia en la población para aparecer en las cinco primeras causas de enfermedades transmisibles, pero constituyen eventos que hay que tener presentes porque pueden provocar gran daño en la población si no se mantiene la vigilancia epidemiológica de las mismas y mantener las medidas de control, ejemplos de esta patologías es la Malaria, la Infección por HIV/SIDA, Tuberculosis y el Dengue. Motivo por lo cual pasaremos a explicar brevemente su comportamiento en la Comarca de Kuna Yala.

### **HIV/SIDA**

Con respecto al **HIV/SIDA**, consideramos que los casos han aumentado. La información que se tiene recoge los datos de pacientes kuna que han vivido en las ciudades de Panamá, Colón y otras ciudades; se han contagiado y

enfermado en las mismas pero sus últimos días lo pasan en la Comarca de Kuna Yala y son registrados como casos de SIDA de Kuna Yala. Actualmente, las instalaciones de salud que tienen el mayor porcentaje de reporte de casos es el C.S. de Ustupo con 27 casos reportados, para un 26.5%; el S.C.S. de Tupile con 22 casos, para un 21.6% y el C.S. de Playón Chico con 12 casos, para un 11.8%. Según la conducta de riesgo para HIV/SIDA, el 55.2% corresponde a homosexual, el 11.5% a heterosexual, el 9.4% a heterosexual contacto y un 7.3% tanto para bisexual y transmisión perinatal. Como vemos, tenemos un porcentaje de transmisión perinatal que llama poderosamente la atención. Se ha logrado la reconocer, por parte de los Congresos General y Tradicional Kunas, que esta patología está afectando a la población de Kuna Yala; y se ha propiciado un mejor trabajo de promoción a través de ONG's y por la Región de Salud de Kuna Yala. En el año 2009 se logra la implementación de la Clínica de Terapia antiretroviral en el Hospital de Ailigandí y se han proyectado a toda la Comarca a través de las instalaciones de salud. Se están tomando las pruebas de HIV a las embarazadas y a los pacientes tuberculosos.

## MALARIA

La tendencia de la Malaria en la Región Kuna Yala en los últimos diez años ha ido en ascenso. En la Región ha circulado el *P. Falciparum*; en 1983, por ejemplo se presentaron 46 casos, y en la década del 90 se observa una disminución significativa. Los casos que se presentaron durante esa década y los tres casos reportados en el año 2001 eran considerados importados. Los casos del 2001 fueron personas procedentes de Colombia que acuden en busca de medicamentos o kunas que se desplazan a este país.

En el transcurso del año 2002 se da la reaparición de casos autóctonos y se presenta la emergencia de la malaria por *Plasmodium falciparum*, como un problema sanitario en esta Región. (Gráficas 1 y 2)

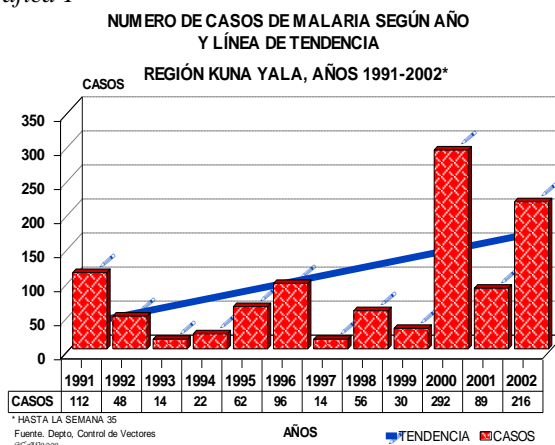
Hasta la semana 35 (enero-agosto) del año 2002, se han registrado un total de 1,493 casos de Malaria. La Región de Kuna Yala con tasa de 538.8 por 100,000 habitantes (216 casos) es la más afectada. Le siguen: Ngobe Bugle con una tasa de 438.1 (514 casos); Darién con una tasa de 449.9 (229 casos) y Bocas del Toro con una tasa de 269.6 (270 casos) son las más afectadas. El 90% (1,352) de los casos se debieron a infección por *Plasmodium vivax* y 141 (8.9%) por *Plasmodium falciparum*. De los 141 casos por *Plasmodium falciparum* 123 (87.2%) casos proceden de la Región de Kuna Yala y el resto procede de las regiones de: San Miguelito (1 caso-importado), Panamá Este (1 caso), Metro (2 casos-importados) y de Darién (14 casos). (Gráficas 3 y 4)

La distribución de los casos de malaria totales y por *P. falciparum* por semana durante este año demuestra un aumento sostenido desde la tercera semana en que se presentan los primeros casos. En la semana 27 se reportan 13 casos y en la semana 32 se reportan 11 casos todos por *P.*

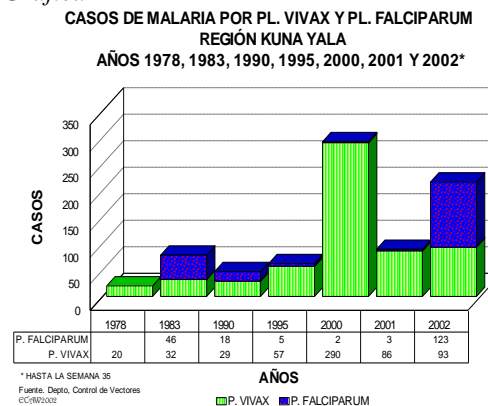
*Falciparum* (Gráfica 5). Las comunidades afectadas son: Playón Grande 36 casos; Maguebgandí 32 casos; Carreto 18 casos; Anachukuna 12 casos; Aidirgandí 9 casos; Puerto Obaldía 5 casos; Irgandí 3 casos; La miel 2 casos; Mamitupo, Ticantiki, y Mulatupo con un caso cada una. Esta situación se ve agravada con el hecho de que a la fecha han muerto dos de ocho embarazadas que han enfermado por Malaria por *P. falciparum*. De las pacientes trasladadas una falleció a causa de complicaciones del embarazo, precipitadas por la malaria por *P. falciparum*. El deterioro del Programa Antivectorial, reflejado en el cumplimiento extemporáneo y parcial de las estrategias de control vectorial, aunado a la medicación inoportuna, incompleta y con medicamentos vencidos; escasez de personal, así como la dotación insuficiente de otros insumos desde el año 2001 han sido factores coadyuvantes de la reemergencia de la malaria. Además, se sospecha de la ineffectividad del insecticida por no cumplir lo normado de rotarlos cada dos años. En esta ocasión, se estuvo aplicando por 4 años seguidos. Esta situación pudo provocar una resistencia del mosquito al insecticida o por variaciones de su eficacia por factores ambientales (cercanías al mar, temperatura etc.), así como posible resistencia del *P. falciparum* a los esquemas de tratamiento establecidos o por el incumplimiento de los tratamientos a pesar de la supervisión de los mismos.

En el año 2000 se presentó una evidente epidemia en el área, la cual fue necesario abordar con el apoyo de recurso humano y logístico de la Región de Colón y del nivel nacional, fortaleciendo las estrategias de rociado de viviendas, tratamiento radical, vigilancia activa y promoción dirigida en las comunidades endémicas, medida que logró contener el número de casos para el año 2001; sin embargo, el resultado de las acciones no impactó para el 2002 por falta de seguimiento de las mismas por escaso recurso en la región.

Gráfica 1

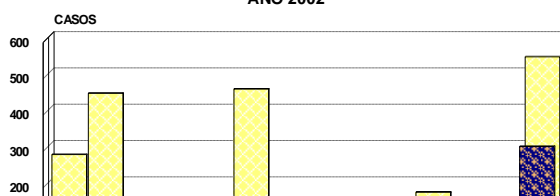


Gráfica 2



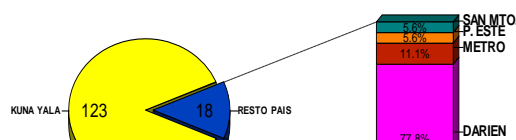
Gráfica 3

TASAS\* DE MALARIA, CASOS TOTALES Y POR P. FALCIPARUM  
SEGÚN REGIÓN. REPÚBLICA DE PANAMÁ  
AÑO 2002\*\*



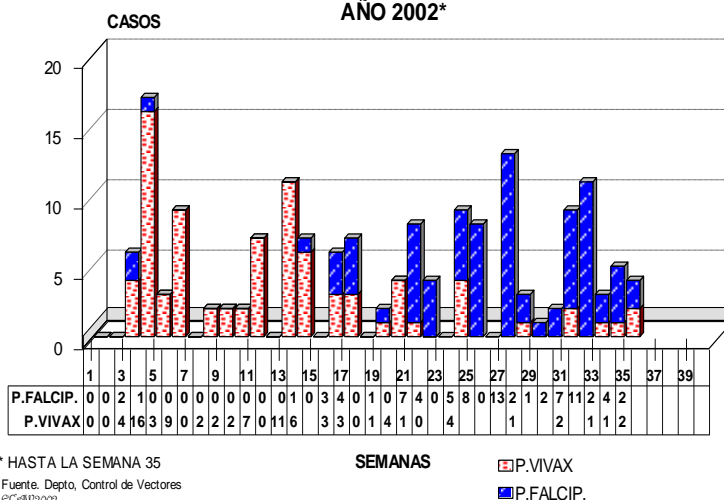
Gráfica 4

CASOS DE MALARIA POR PLASMODIUM FALCIPARUM  
REPÚBLICA DE PANAMÁ  
AÑO 2002\*



Gráfica 5

**CASOS DE MALARIA P-VIVAX Y POR P. FALCIPARUM  
REGIÓN KUNA YALA  
AÑO 2002\***



Luego en la Comarca de Malaria fue de 24. x 100,000 100,000 h Mamitupu. Lo importaron

Parum dencia 2006 300.3 17.9 x como casos. squito

Anopheles, que antes no existía. También se pudo evidenciar un cambio en los hábitos del mosquito. A partir de este brote en el 2012 han seguido apareciendo casos autóctonos de Malaria en estas comunidades insulares y en otras, producto del contagio de sus comuneros al visitar en comunidades de tierra firme, por ej. Ukupa.

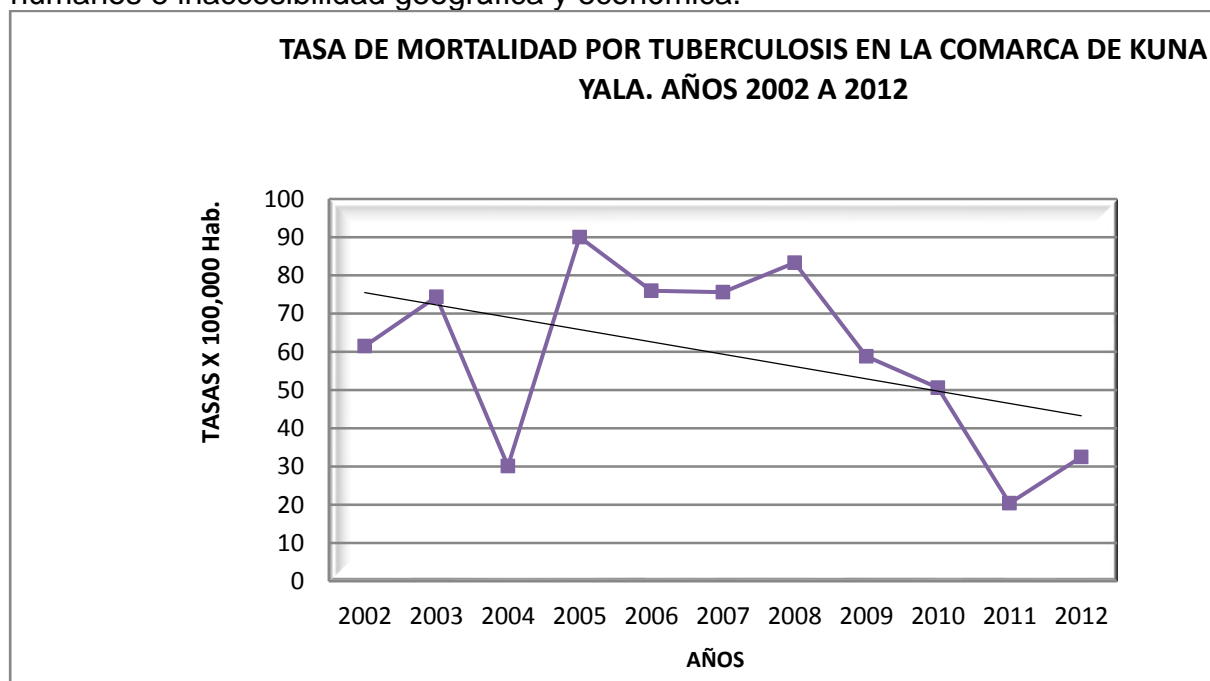
**DENGUE**

El Dengue registró una disminución de casos para el 2000 con sólo 2 casos, confirmados por laboratorio, para una tasa de 5.0 x 100,000 habitantes. En 1998 se registraron 17 casos con una tasa de 43.4 y para 1999 los casos fueron 37 para una tasa de 93.3 x 100,000 habitantes. Los brotes de Dengue en Kuna Yala están relacionados a la migración constante de comuneros a los asentamientos poblacionales de kunas en la capital donde hay actividad del virus del Dengue, que luego viajan a la Comarca llevando el virus, ya que el Aedes aegypti si existe en las islas. El

año 2013 registra el mayor número de casos de Dengue en la Comarca. Hubo 221 casos, 117 diagnosticados por laboratorio y 4 casos por nexos epidemiológicos. La tasa de incidencia por Dengue fue de  $542.6 \times 100,000$  hab. El corregimiento que mayor casos aportó fue el de Ailigandí con 97 casos y una tasa de  $677.1 \times 100,000$  hab, seguido del corregimiento de Nargana con 19 casos y una tasa de  $109.7 \times 100,000$  hab. Las comunidades más afectadas fueron Ailigandí con 60 casos, Achutupu con 20 casos, Narganá con 15 casos y Ustupu con 12. Se amerita un mejor manejo epidemiológico en el diagnóstico y evitar consumir demasiadas pruebas rápidas. Para este año 2014 no contamos con las pruebas rápidas.

### TUBERCULOSIS

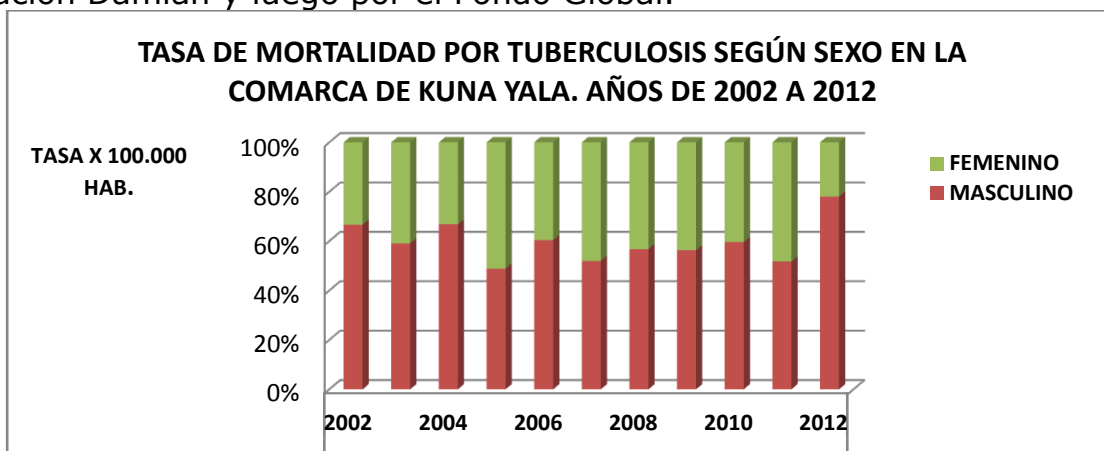
Una enfermedad que tiene gran prevalencia e incidencia en Kuna Yala es la **Tuberculosis** y ocupa el primer lugar como causa de muerte en la Mortalidad General. Para el 2000 se registraron 88 casos de los cuales **69 corresponden a casos nuevos para una tasa de incidencia de  $172.1 \times 100,000$  habitantes** y 19 casos son prevalentes que ingresaron por retratamiento. El 100% de los casos corresponden a mayores de 14 años de los cuales el 68% son del sexo femenino y el 32% del sexo masculino. El 68% de los casos fue diagnosticado por laboratorio y el 32% restante fue clínicamente, ya que se tienen Centros de Salud que no cuentan con este recurso. El sector de Cartí es el que más casos reportó, 30 casos para un 34.5%, seguido del sector de Mulatupo con 24 casos para el 27.6% y el sector de Río Sidra con 17 casos para un 19.5%. Estas áreas se caracterizan por escasas instalaciones de salud, escasos recursos humanos e inaccesibilidad geográfica y económica.



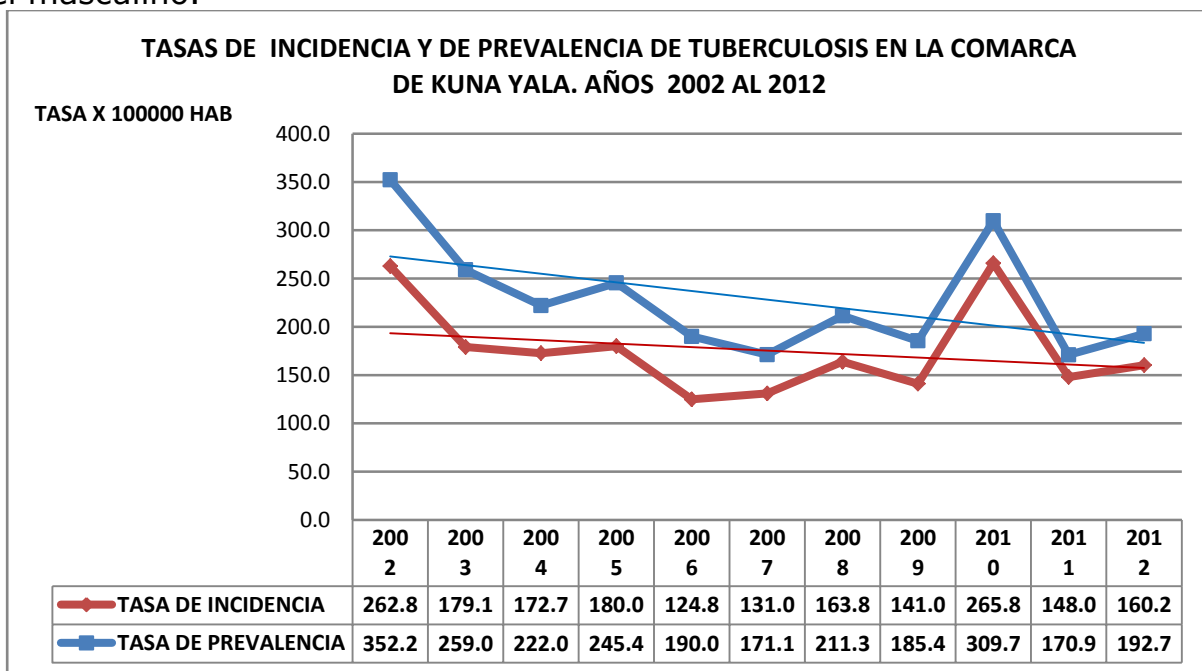
En la presente gráfica de la Tasa de Mortalidad por Tuberculosis desde el 2002 al 2012 se observa una disminución substancial de una



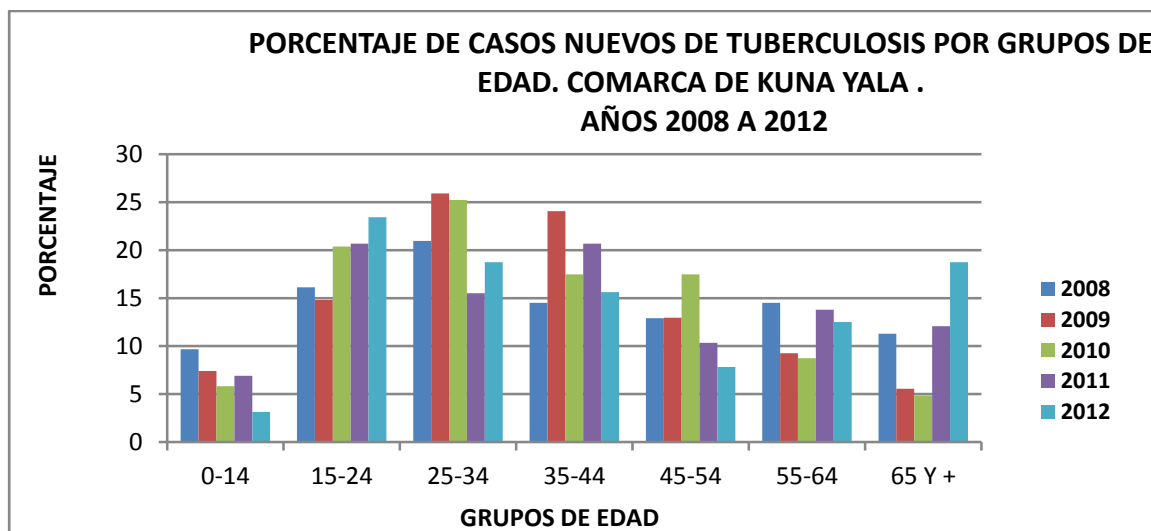
tasa de 90 x 100,000 hab en el 2005 a una tasa de 32 x 100,000 hab en el 2012. El aumento que se experimentó en el 2005 se debe a la búsqueda activa de pacientes sintomáticos respiratorios como parte del proyecto llevado a cabo para mejorar la situación de la Tuberculosis en Kuna Yala. Este proyecto, inicialmente, estuvo financiado por la Fundación Damian y luego por el Fondo Global.



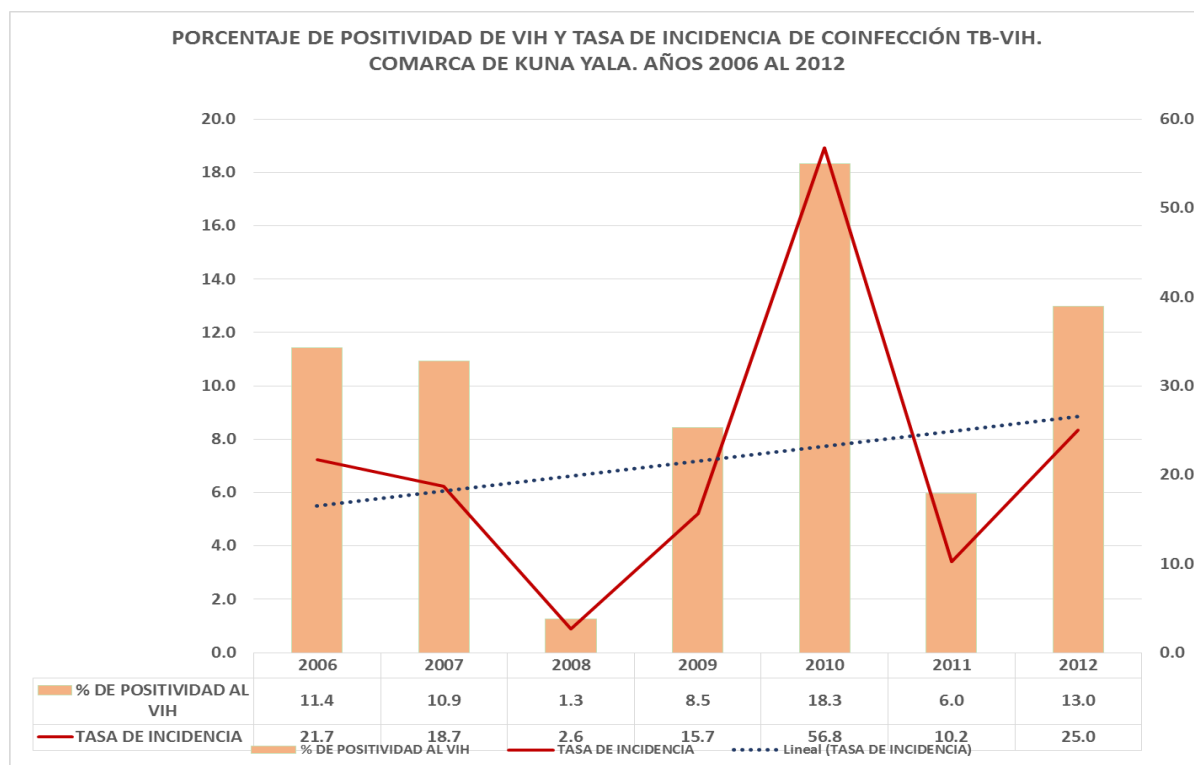
En la siguiente gráfica se observa que el sexo más afectado ha sido el masculino.



La gráfica anterior muestra las tasas de incidencia y prevalencia en los últimos 11 años, observándose una tendencia a disminuir, a pesar del pico del año 2010 que se debió a la estrategia de UBAS que se proyectó hacia las comunidades que no contaban con instalaciones de salud.



En esta gráfica observamos que los grupos de edad más afectados van de 15-24 años al 45-54 años o sea la población económicamente activa. El aumento de casos de VIH/SIDA se ha relacionado por la coinfección junto a la Tuberculosis. En la siguiente gráfica se evidencia esta relación. Se observa una tendencia a aumentar tanto el porcentaje de positividad por VIH en los pacientes tuberculosos captados por el programa como la tasa de incidencia de la coinfección TB-VIH.



Entre las condiciones que favorecen el desarrollo de esta enfermedad en la comarca tenemos:

- Bajo nivel educativo
- La extrema pobreza dominante y los recursos económicos muy limitados.
- Carencia de oportunidad de encontrar un trabajo remunerable en su región.
- Hacinamiento por núcleo familiar numeroso.
- Predominio de viviendas no saludables (falta de ventilación e iluminación, piso de tierra, cocina con fogón de leña, entre otros.)
- Poca accesibilidad de la población a los servicios de salud existentes por la no disponibilidad de transporte marítimo y la escasez de instalaciones de salud periféricas.
- Inaccesibilidad geográfica por la dispersión de las comunidades y la escasez de recursos humano y físico en las instalaciones de salud existentes.

Estrategias diseñadas:

- Educación y promoción de la salud en la comunidad, involucrando a los líderes existentes para apoyar la lucha contra esta enfermedad, haciendo énfasis en la alimentación e higiene personal.
  - Empleo de otros funcionarios del Estado y/o de la población para apoyar el tratamiento ambulatorio a los pacientes que vivan en comunidades distantes.
  - Promoción de actividades de saneamiento del medio, sobretudo en el ámbito de las viviendas.
  - Tratamiento oportuno de los pacientes y de los contactos intradomiciliarios.
3. Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?
4. Cuál es la situación de la Salud Ocupacional en las áreas de responsabilidad de la región? Cómo han venido comportándose los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales?
- La salud ocupacional en nuestra región nunca se había contemplado como programa o se había hecho énfasis en ella como programa e incluso no contamos con los formularios adecuados para el registro de los eventos que ocurran en este campo, por lo que no se dispone de estadística sobre la misma. En este periodo se ha dado origen a la coordinación de Salud Ocupacional, esperamos contar más adelante sobre accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales
5. Se conoce cuál es la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afectan?

Sí \_\_\_\_

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

---

---

No\_\_\_

No se conoce porque hay una serie de limitantes como por ejemplo el idioma, la relación intercultural que nos impide a ambos actores correlacionar el tema. Ha nacido una guía de términos de uso común en los servicios de salud en el primer nivel de atención de kuna yala que pretende minimizar esa barrera intercultural

Favor investigar\_\_\_\_\_

Cómo lograron adquirir ese conocimiento?

---

---

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

Ha habido una notable disminución, sin embargo los nudos críticos que aun influyen para no lograr los avances son:

- Accesibilidad cultural: las tradiciones culturales en la actualidad todavía prevalece en la decisión de la salud de la población utilizando en primera instancia la medicina tradicional.
- Analfabetismo: el alto grado de analfabetismo existente en la población adulta limita que el individuo busque una atención rápida y oportuna en los servicios de salud existentes.
- Accesibilidad geográfica: el alto grado de dispersión de las comunidades afecta la movilización oportuna hacia los servicios de salud.
- Aspectos socioeconómicos: el bajo poder adquisitivo afecta el desplazamiento de la población hacia los servicios de salud

## FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

### LA VIGILANCIA SANITARIA

#### 1. ¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

La Vigilancia Sanitaria considera la implementación de métodos y estrategias que garanticen contar, oportunamente, con la mejor información posible sobre el entorno en que los individuos desarrollan cotidianamente su vida y su relación con la salud. Por lo cual, como campo de práctica y conocimientos, toma en cuenta los problemas relacionados con:

- a. Las condiciones de vida
- b. El ambiente biopsicosocial
- c. La frecuencia y distribución de eventos salud/enfermedad
- d. La accesibilidad al sistema de salud
- e. Las medidas específicas adoptadas para la prevención y control de enfermedades.

#### 2. ¿Qué problemas se deben vigilar?

La Vigilancia Sanitaria debe vigilar los factores de riesgo, los determinantes y amenazas a la salud, el medio ambiente y los problemas sanitarios que lo afecten, la producción y circulación de bienes de consumo relacionados con la salud y la prestación de servicios de interés para la salud. En resumen, se refiere a la aplicación y desarrollo de las 11 funciones Esenciales de la Salud Pública. Ver la siguiente tabla.

**Tabla 1**  
Funciones esenciales de salud pública<sup>18</sup>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorización, evaluación y análisis del estado de salud de la población.</li> <li>2. Vigilancia, investigación y control de los riesgos y las amenazas para la salud pública.</li> <li>3. Promoción de la salud.</li> <li>4. Aseguramiento de la participación social en la salud.</li> <li>5. Formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.</li> <li>6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.</li> <li>7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.</li> <li>8. Capacitación y desarrollo de los recursos humanos necesarios.</li> <li>9. Seguridad de la calidad en los servicios de salud.</li> <li>10. Investigación en salud pública.</li> <li>11. Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.</li> </ol>
--

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

Fortalezas:

- a) Sistema de vigilancia definido a todos los niveles.
- b) Sistema de Información actualizado y con capacidad de incorporar nuevos procesos y/o módulos.
- c) Nivel regional comprometido con los procesos de la vigilancia.

Debilidades:

- a) Pobre infraestructura de Salud Pública, con relación a las capacidades de personal, de equipos, materiales y fórmulas de gestión.
- b) Falta de empoderamiento de los procesos de vigilancia, en el nivel local.
- c) Deficiente implementación de las nuevas tecnologías en comunicación en la Comarca de Kuna Yala que permitan un acceso oportuno a la información.
- d) Rudimentaria red de laboratorios.
- e) Insuficiente desarrollo del proceso de realimentación sistemática.
- f) Deficiente capacidad de respuesta oportuna y eficaz sobre el control de problemas de Salud Pública.

### ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

La Comarca de Guna Yala sólo dispone de un Distrito constituido por cuatro corregimientos: Narganá, Ailigandi, Tubuala y Puerto Obaldía.

Estas son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural

En el área de Sanitaria de Mulatupu:

TUBUALA	Mansucun
	Navagandi
	Isla Pino
	Caledonia
	Carreto
	Mulatupu

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?

En la comarca solo existe una carretera que comunica la región de Panamá Este (Chepo) con el inicio de la misma (Carti). No existe carretera intracomarcal; la accesibilidad intracomarcal se logra por vía marítima.

## ACCESIBILIDAD A LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD:

CENTRO DE SALUD BASICO DE MANSUCUN	CAMINO	CAMINANDO	5 - 10 MIN.
HOSPITAL RURAL INABAGUINYA	MARÍTIMO CAMINANDO	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	20 MIN. - 4 HORAS 15 MINUTOS
CENTRO DE SALUD BASICO DE TUBUALA	MARÍTIMO, CAMINO	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO, CAMINANDO	10 - 45 MIN
PUESTO DE SALUD DE CARRETO	CAMINO	CAMINANDO	5-10 MIN

## ACCESIBILIDAD DE LAS COMUNIDADES A LAS CABECERAS:

CABECERA	VIA COMUNICACIÓN	MEDIO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ACCESO
CARTI	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	15 MIN - 4 HORAS
RIO SIDRA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	15 MIN - 2 HORAS
NARGANA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	30 MIN - 3 HORAS
PLAYON CHICO	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	30 MIN - 4 HORAS
AILIGANDI	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	20 MIN - 8 HORAS
USTUPU	CAMINO	CAMINANDO	5 - 10 MIN
MULATUPU	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	20 MIN - 5 HORAS
PUERTO OBALDIA	MARITIMA	BOTE CON MOTOR FUERA DE BORDA, CAYUCOS A VELA, CAYUCOS A REMO	30 MIN - 2 HORAS

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

En la actualidad, existe una vía de comunicación terrestre semi asfaltada (carretera rural) que comunica el sector de Panamá Este con el inicio de la Comarca indígena (Área de Cartí) en donde sólo pueden transitar vehículos de doble tracción ó 4 x 4. Hay vehículos particulares de este tipo que ofrecen el servicio de transporte de pasajeros desde la ciudad de Panamá hacia este sector de la Comarca de 04:00 a.m. a 08:00 a.m. a un costo de ida y vuelta de B/. 40.00 y la duración del viaje es de aproximadamente dos horas y media. Una vez en el sitio, pueda o no que encuentres embarcaciones fuera de borda (hasta las 10:30 a.m. aproximadamente) en



la cual te pueda movilizar a la comunidad de destino; el tiempo de viaje por vía marítima puede oscilar entre 20 minutos (Comunidades cercanas) a 8-10 horas a medidas que nos adentramos al interior de la Comarca con motores fuera de borda de 75 a 200 HP de caballaje con costo de transporte oscilando entre B/. 15.00 – B/. 150.00. Hay que señalar, que este servicio de transporte marítimo particular se ofrece principalmente en tiempo de marea baja (Abril a noviembre).

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

Refiérase a la pregunta 2.

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

Este puede oscilar entre B/. 60.00 – B/. 80.00

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

Nuestra región se caracteriza por el predominio de una población de pobreza y extrema pobreza, por lo que en base a esta premisa no se le deja de ofertar servicios de salud por la falta de recursos económicos.

En las giras de salud realizadas a las comunidades por el equipo básico de la red fija y por el equipo itinerante esta población recibe los servicios de salud ofertados de manera gratuita.

En el caso de la llegada de un paciente sin recursos económicos a cualquiera de nuestras instalaciones del Área Sanitaria de Salud estos son atendidos por los servicios demandados y el costo de dicho servicios son anotados en un libro de cuenta por pagar que posteriormente pueden ser sufragados, a voluntad del paciente, a través de ciertos programas sociales para persona de bajo recursos económicos. No se deja de atender al usuario por falta de recursos económicos. Ninguna de nuestras instalaciones de salud dispone de Trabajadoras Sociales.

## COMPLEJIDAD DE LA RED

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

Sí X

Si es si, como se organiza:

Actualmente, el Área Sanitaria de Mulatupu está constituida por 3 instalaciones de salud: 1 instalación de segundo nivel, el Hospital Rural Inabaguinya y 2 instalaciones de salud de primer nivel de atención; Todas nuestras instalaciones de salud disponen de cama, principalmente para la atención maternal y corta estancia de puérperas. Todas estas instalaciones de salud están disponibles las 24 horas del día, ya que por las

características del área el personal técnico foráneo reside en las instalaciones de salud.

Se establece una interrelación de esta red de servicios de salud del MINSA con la Medicina Alternativa Tradicional.

No existen instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social ni servicios de salud privados en la Comarca.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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?

Distribución de las instalaciones de salud según nivel de atención y grado

de complejidad: \* [Instalaciones del área Sanitaria de Mulatupu](#)

		Niveles de atención		
		Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
Grados de complejidad	1	Puesto de Salud de Ukupa Puesto de Salud de Carreto Puesto de Salud de La Miel		
	2	Centro de Salud Básico de Wichubhuala Centro de Salud Básico de Río Azúcar Centro de Salud Básico de Río Tigre Centro de Salud Básico de Ticantiki Centro de Salud Básico de Tupile Centro de Salud Básico de Achutupu <a href="#">*Centro de Salud Básico de Mamitupu</a> <a href="#">*Centro de Salud Básico de Mansucun</a> <a href="#">*Centro de Salud Básico de Tubuala</a> Centro de Salud Básico de Armila		

3	Centro de Salud con camas de Cartí Centro de Salud con camas de Río Sidra Centro de Salud con camas de Narganá Centro de Salud con camas de Playón Chico Centro de Salud con camas de Ustupu Centro de Salud con camas de Puerto Obaldía		
4		*Hospital Rural de Mulatupu	
5		Hospital Regional de Ailigandí	
6			
7			

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?

- Recursos físicos: La mayor parte de nuestras instalaciones no dispone de energía eléctrica la 24 horas del día, problema de telecomunicación. Los medios de transporte marítimo deben ser modernizado en su totalidad.
- Recursos Humanos: estos son escasos para satisfacer la demanda de la población y se produce multiplicidad de funciones que afecta el buen desarrollo de los programas.
- Tecnologías: no se cuenta con tecnologías apropiadas que faciliten el proceso de atención de la población tales como oximetría de pulso portátil, bombas de succión, Doppler portátil, EKG, Ultrasonido obstétrico, entre otros.

Todas nuestras instalaciones de salud laboran en horario regular de 07:00 a.m. – 03:00 p.m. y horario de sobretiempo presencial de 03:00 p.m. – 11:00 p.m. y de 11:00 p.m. – 07:00 a.m.

4. ¿Qué instalaciones tienen horario extendido y en que horario funcionan?  
Ninguna de nuestra instalación de salud trabaja con la modalidad de horario extendido, después del horario regular se trabaja turno extraordinario presencial (Sobretiempo).

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

La Red de Servicios de Salud de la Región de Salud de Guna Yala está organizada en áreas sanitarias cada una disponiendo de instalaciones de salud de diferentes complejidad que pretenden garantizar la atención de los

grupos humanos postergados y que tienen bajo su responsabilidad un conjunto de comunidades que corresponden a espacios poblacionales con características semejantes buscando facilitar la acción del equipo básico de salud en el primer y segundo nivel de atención.

Los criterios utilizados en la Región de Salud de Guna Yala para la sectorización fueron la división política de la Comarca (Corregimientos), la accesibilidad geográfica de la población a las instalaciones de salud existentes y la densidad de población.

6. ¿Cómo se integran los equipos básicos de cada establecimiento de salud? Nuestra área sanitaria en que se estructura la Región, dispone de una instalación de salud sede (Hospital Rural Inabaguinya) y otras periféricas a ella (Centro de salud Básico de Tubuala y el Centro de Salud de Mansucum). Estas se relacionan entre sí con su instalación sede. Hay una coordinación estrecha entre la instalación de salud sede que favorece el proceso de atención a la población.

7. ¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

En los hospitales y en la mayor parte de los Centros de salud disponen de un equipo básico completo conformado por Médico General, enfermera, Técnico de enfermería, técnicos de estadísticas, técnica de farmacia, asistente de laboratorio, el operador de lanchas, Educador/Promotor de salud. En las instalaciones de salud periféricas, Puesto de salud y Centro de salud básico, el equipo tiende a ser más pequeño de acuerdo a los recursos humanos disponibles. En nuestra opinión se requiere fortalecer el recurso humano en estas instalaciones periféricas, por la multiplicidad de funciones que lleva a una sobrecarga de trabajo y al síndrome de desgaste, además de la modernización de las mismas.

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

**SECTORIZACION DE LA ATENCION.**  
**SITUACIÓN ACTUAL 2014**

<b>Area sanitaria</b>	<b>Comunidades</b>	
<b><u>Población</u></b>		
1. <b>Cartí:</b>		<b>8,910.00</b>
- Centro de Salud Básico de Wichubwala:	Porvenir, Nalunega, Corbisky wichubwala, Coco Blanco Mamitupu	1,421.00
- Centro de Salud con camas De Cartí: (Instalación Sede)	Cartí Sugdup, Cartí Tupile, Cartí Mulatupu, Cartí Yantupu, Naranjo Grande, Naranjo Chico, Río Cangandi, Nugnutupu, Mandiyala, Taindi, Arritupu, Ailitupu, Orostupu, Nurtupu, Soledad Mandinga, Coibita, Tuwuala, Acuatupu	7,489.00
2. <b>Río Sidra:</b>		<b>2,702..00</b>
- Centro de Salud con camas	Río Sidra, Mamartupu, Isla Máquina	

<i>De Río Sidra:</i>	<i>Soledad Miriam, Isla Ratón, Naranjo Chico</i>	<i>2,702.00</i>
<b>3. Narganá:</b>		<b>3,739.00</b>
- Centro de Salud con camas de Narganá (Instalación sede)	Narganá, Corazón de Jesús.	1,299.00
- Centro de Salud Básico de Río Azúcar:	Río Azúcar	438.00
- Centro de Salud Básico De Río Tigre:	Río Tigre	818.00
- Centro de Salud Básico de Ticantiki:	Ticantiki, Maguebgandí	1,184.00
<b>4. Playón Chico:</b>		<b>3,854.00</b>
- Centro de Salud con camas De Playón Chico: (Instalación sede)	Playón Chico, Aidirgandí, Irgandí.	2,367.00
- Centro de Salud Básico: de Tupile	Tupile.	1,221.00
- Puesto de Salud de Ukupa	Ukupa	266.00
<b>5. Ailigandí:</b>		<b>4,067.00</b>
- Hospital Regional de Ailigandí (instalación sede):	Ailigandí	1,260.00
- Centro de Salud Básico de Achutupu:	Achutupu	1,739.00
- Centro de Salud Básico de Mamitupu:	Mamitupu	1,068.00
<b>6. Ustupu:</b>		<b>3,126.00</b>
- Centro de Salud con Camas: de Ustupu	Ustupu, Ogobsucun.	3,126.00
<b>7. Mulatupu:</b>		<b>5,387.00</b>
- Hospital Rural de Mulatupu (instalación sede):	Sasardí Mulatupu, Sasardí Nuevo, Isla Pino.	1,764.00
- Centro de Salud Básico de Tubuala:	Tubuala, Nubadup, Caledonia.	1,967.00
- Centro de Salud Básico de Mansucun:	Mansucun, Navagandí.	1,055.00
- Puesto de Salud de Careto:	Carreto	601.00
<b>8. Puerto Obaldía:</b>		<b>1,769.00</b>
- Centro de Salud con camas de Puerto Obaldía:	Puerto Obaldía, Anachucuna.	1,058.00
- Puesto de Salud de La Miel:	La Miel.	104.00
- Centro de Salud Básico de Armila:	Armila	607.00
<b>Total:</b>		<b>33,554.00</b>

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

Esta se caracteriza siguiendo los lineamientos del Manual de "Cartera de Servicios para las instalaciones de salud del MINSA según tipo de

intervención” desarrollado por el Departamento de Desarrollo de modelos de gestión de la Dirección nacional de provisión de servicios de salud en Julio de 2002.

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?

La cartera de servicio que ofrece la región en la red fija se enmarca en las tres modalidades de atención establecidas por el MINSA contenida en el Manual de “Cartera de Servicios para las instalaciones del MINSA según tipo de intervención” desarrollada por el Departamento de Desarrollo de Modelo de Gestión. La cartera de servicio de nuestra red fija va a tener algunas variantes de acuerdo a la complejidad de cada instalación de salud, su capacidad de resolución y la demanda existente. No existen especialidades médicas en la actualidad en nuestra región probablemente a una baja inversión estatal en los servicios de salud, por la cual los especialistas no son motivados e incentivados a trabajar en área de muy difícil acceso.

SERVICIOS	UNIDAD DE PRODUCCION
<b>PROGRAMA DE PROMOCION DE LA SALUD COMUNITARIA</b>	
<i>Promoción de estilos de vida saludables en la población</i>	<i>Sesiones educativas realizadas</i>
<i>Promoción de la Salud</i>	<i>Sesiones educativas realizadas</i>
<i>Promoción de Salud Ambiental, Ambientes Laborales, Escolares y Comunitarios Saludables</i>	<i>Sesiones educativas realizadas</i>
<i>Promoción de Salud Ambiental, Ambientes Laborales, Escolares y Comunitarios Saludables</i>	<i>Visitas realizadas</i>
<i>Capacitaciones de promoción de la salud.</i>	<i>Capacitaciones realizadas</i>
<i>Capacitaciones de promoción de la salud.</i>	<i>Personas capacitadas</i>
<i>Organización y reorganización de grupos comunitarios.</i>	<i>Grupos organizados.</i>
<i>Organización y reorganización de grupos comunitarios.</i>	<i>Redes organizadas.</i>
<i>Organización de juntas administradoras de acueductos rurales</i>	<i>Jaar organizadas</i>
<i>Información a la comunidad sobre factores protectores a la salud y prevención de riesgos y daños a salud</i>	<i>Vallas instaladas</i>
<i>Comunicación para la Salud y mercadeo social</i>	<i>Materiales impresos distribuidos (Trípticos, afiches y volantes).</i>
	<i>Artículos periodísticos publicados</i>
	<i>Anuncios radiales y televisivos presentados</i>
	<i>Campañas educativas realizadas</i>
	<i>Ferias de salud realizadas</i>
	<i>Investigaciones realizadas</i>
<b>PROGRAMAS DE SALUD INTEGRAL, DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.</b>	
<b>Epidemiología</b>	

<i>Vigilancia Epidemiológica</i>	<i>Investigaciones Epidemiológicas</i>
<b>Niñez y Adolescencia</b>	
<i>Inmunización</i>	<i>Dosis aplicadas</i>
<i>Control Infantil ( de 0 a menores de 5 años)</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Escolar (de 5 a 14 años)</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Adolescentes (de 15 a 19 años)</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<b>Salud Sexual y Reproductiva</b>	
<i>Toma de Papanicolaou</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Planificación familiar</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Control prenatal</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Control de Puerperio</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Inmunización de la embarazada</i>	<i>Dosis aplicadas</i>
<b>Salud de Adultos</b>	
<i>Salud de adultos de 20 a 59 años</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Salud de adultos de 60 y más años</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Control y seguimiento a Manipuladores de Alimentos y operarios de establecimientos de interés sanitario</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Inmunización del adulto</i>	<i>Dosis aplicadas</i>
<b>Control y Cesación del consumo de tabaco</b>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<b>Control de VIH-SIDA</b>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<b>Control de Tuberculosis</b>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<b>Extensión de Cobertura (ver la cartera de prestaciones priorizadas de las UBAS)</b>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN</b>	
<i>Medicina General</i>	<i>Consulta</i>
<i>Odontología</i>	<i>Consulta y/o actividades</i>
<i>Enfermería</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Trabajo Social</i>	<i>Consultas y/o actividades</i>
<i>Nutrición</i>	<i>Consulta y/o actividades</i>
<i>Telemedicina</i>	<i>Consultas</i>
<i>Inhaloterapia</i>	<i>Nebulizaciones</i>
<i>Laboratorio clínico</i>	<i>Análisis y Estudios</i>
<i>Farmacia</i>	<i>Medicamentos despachados</i>
<i>Urgencia</i>	<i>Consultas y Procedimientos quirúrgicos menores</i>
<i>Atención Domiciliaria</i>	<i>Consulta y/o actividades</i>
<b>PROGRAMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGOS DEL MEDIO AMBIENTE.</b>	
<i>Salud ambiental y Calidad Sanitaria del Ambiente.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Inspección de viviendas y establecimientos de interés sanitario.</i></li> <li>• <i>Inspección y control de sistemas de disposición y manejo de desechos peligrosos y no peligrosos y residuos o basura.</i></li> <li>• <i>Control</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>de ruidos,</i></li> <li>○ <i>fuentes contaminantes, plaguicidas,</i></li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ambientes libre de humo de tabaco y</li> <li>○ radiaciones ionizantes.</li> </ul>
Construcción de letrinas	Letrinas construidas
Atención de quejas sobre la mala inspección de excretas y aguas servidas	Quejas atendidas
Construcción de pozos excavados y perforados	Pozos excavados y perforados construidos
Construcción de acueductos rurales	Acueductos rurales construidos
Inspección y mejoras de acueductos	Acueductos mejorados y/o inspeccionados
Instalación de sistemas de desinfección de agua	Sistema de cloración de agua instalados
Toma de muestra de agua para análisis	Muestra de agua tomadas
Permisos sanitarios de operación a establecimientos	Establecimientos con permisos sanitarios de operación
Toma de muestra de alimentos para análisis de laboratorio	Muestras tomadas para análisis
Vigilancia de la disposición final de desechos peligrosos tratados	Inspecciones de la disposición de desechos
Vigilancia y control de los plaguicidas de uso doméstico y agrícola	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casos con intoxicación de plaguicidas</li> <li>Casos con buen almacenamiento de plaguicidas y equipos</li> <li>Personas que utilizan equipo de protección adecuada</li> </ul>
Evaluación y control de factores de riesgos en los ambientes de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inspecciones sanitarias realizadas en ambientes de trabajo</li> <li>Establecimientos con ambientes de trabajo no adecuado</li> </ul>
Atención de quejas	Quejas atendidas y solucionadas
Vigilancia y control de vectores y plagas	Inspecciones sanitarias realizadas a locales y viviendas
Tratamiento antipalúdico	Dosis aplicadas.

En la actualidad sólo se dispone de un equipo itinerante de salud el cual atiende las necesidades en salud de las poblaciones más postergadas de la región. Los otros equipos fueron absorbidos por la red fija para el fortalecimiento de sus procesos de atención de la población y el ambiente. El equipo itinerante se maneja con una Cartera de Prestaciones Priorizadas y sus actividades comprenden servicios dirigidos a individuos, familias y grupos organizados de la comunidad y están enmarcadas en las tres modalidades de atención establecidas por el MINSA (Promoción, Prevención y Atención). Este paquete está conformado por un total de 15 actividades que contienen intervenciones básicas, enfocadas en el objetivo de garantizar un buen estado de salud en las comunidades postergadas, que a continuación se presenta:

### **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



<p>2. Educación para la salud. Comprende las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Promoción de las inmunizaciones</li> <li>– Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses</li> <li>– Promoción de los controles prenatales</li> <li>– Promoción de los controles puerperales</li> <li>– Promoción de la lactancia materna</li> <li>– Promoción de la salud bucal</li> <li>– Identificación de signos de alarma por IRA's, EDA's y embarazos de alto riesgo.</li> </ul>
<p>3. Educación sobre alimentación y nutrición. Comprende las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Consejería individualizada a la niñez menor de 24 meses</li> <li>– Consejería individualizada a embarazadas</li> <li>– Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud</li> <li>– Educación sobre alimentación apropiada para el/la menor de 59 meses</li> <li>– Educación sobre alimentación y nutrición a embarazadas, puérperas y madres lactantes</li> </ul>
<p>4. Organización y capacitación para la participación comunitaria. Comprende las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Organización y capacitación de Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) nuevas o inactivas</li> <li>– Capacitación a los Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural (JAAR's) en comunidades donde existan.</li> <li>– Identificación y capacitación de los promotores de salud de acuerdo al Manual de Promotores.</li> <li>– Identificación y capacitación de monitoras comunitarias</li> <li>– Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses</li> <li>– Reunión comunitaria con los líderes y autoridades</li> <li>– Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses</li> </ul>
<p><b><u>Servicios de prevención de salud</u></b></p>
<p>5. Inmunizaciones</p>
<p>6. Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto</p>
<p>7. Control de crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses, control de escolar, adolescente y adulto.</p>
<p>8. Control puerperal</p>
<p>9. Atención integral para las mujeres en edad fértil. Comprende las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Toma de muestra de Papanicolaou a mujeres de 15 años y más, con vida sexual activa o a partir de los 20 años sin inicio de vida sexual activa.</li> <li>– Examen de mamas</li> <li>– Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión.</li> <li>– Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años con vida sexual activa.</li> </ul>

<p>10. Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas</li> <li>- Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas</li> </ul>
<p><b><u>Servicios de atención de salud</u></b></p>
<p>11. Atención a la morbilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de las morbilidades agudas como IRA's, EDA's, enfermedades infectocontagiosas de la piel y otras.</li> <li>- Atención de enfermedades inmunoprevenibles</li> <li>- Seguimiento y controles de salud a pacientes con enfermedades crónicas</li> <li>- Atención primaria de las urgencias</li> <li>- Atención de morbilidad general</li> </ul>
<p>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</p>
<p>13. Atención al déficit de micronutrientes menores de 59 meses, escolares, MEF, embarazadas y puérperas.</p>
<p>14. Captación de sintomáticos respiratorios y referencias de personas afectadas por tuberculosis.</p>
<p>15. Diagnóstico y control de la Malaria y la Leishmaniasis</p>

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

Existe una tarifa estandarizada a nivel regional para las instalaciones de la red fija para ciertos aspectos del proceso de atención del paciente. Ciertos programas son manejados gratuitamente según los Decretos Ejecutivos de la Gaceta Oficial (Maternidad, Menores de 5 años, Discapacitados, Adultos mayores, Enfermedades crónicas, Planificación familiar). Los asegurados reciben los servicios sin costo institucional por la existencia del sistema nacional de costo.

12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?

Sí X

Si es sí, ¿cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican? La norma de atención a la embarazada complicada tiene protocolos para el manejo de las complicaciones en el embarazo. Estas se encuentran en los centros de salud con camas y en los hospitales que son las instalaciones de referencia.

¿Cada qué tiempo se revisan los protocolos de atención?

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

No tenemos instalaciones de salud del seguro social en nuestra red de servicios.

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

Nuestra red de servicios de salud está conformada por la medicina académica ofertada a través del Ministerio de Salud por medio de la Región de Salud de Kuna Yala y la medicina tradicional empírica ofertada a través de miembros de la sociedad, cuyo conocimientos se han transmitido de generación a generación, denominadas Nele (médico tradicional), Inatuledis (botánico) y Mu (partera empírica). No existen instalaciones de salud privadas ni de la Caja de Seguridad Social en la Comarca.

Existe en el nivel regional una coordinación con los dos congresos generales kuna para la interculturalidad de las dos medicinas, la moderna y la tradicional. En base a esta relación se ha realizado un acercamiento con las parteras empíricas (Mu) en la cual hay una colaboración de estos personajes en las instalaciones de salud. Con respecto a los médicos tradicionales kunas (Inadurgan) se requiere mayor acercamiento a través de una política estratégica tomando en cuenta su cultura, conocimientos y aportes al campo de la medicina y con respeto mutuo para la atención del paciente.

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

No existe la medicina privada en la región. Por políticas pasadas nuestras comunidades se le ha enseñado a que todo es sin costo, gratuito, ocasionando un desconocimiento y una desvalorización tanto del servicio como de los medicamentos consumidos.

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

Sí X

Si es sí, explique: este sistema favorece la movilización o flujo de los pacientes entre las instalaciones de salud de menor capacidad a una de mayor complejidad y capacidad resolutoria en el momento en que el paciente requiera ser referido o transferido garantizando la continuidad de la atención integral de nuestros usuarios.

Su objetivo principal es facilitar el envío de los pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad o viceversa, conforme a la capacidad resolutoria de estas, con el propósito de brindar a los usuarios atención médica integral y oportuna en las unidades que, conforme al padecimiento y la capacidad resolutoria de la unidad, resulten más convenientes.

Constituye un procedimiento de enlace y coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención que conforma la red de servicios de salud.

No     

Favor investigar \_\_\_\_\_

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?

El flujo se da de las instalaciones de salud de menor capacidad resolutive Puesto de Salud y Centro de salud básico al Hospital Rural que es la de mayor capacidad resolutive dentro del Área Sanitaria. De estas instalaciones de mayor capacidad se refiere, de ser necesario, a los hospitales de tercer nivel ubicados en la ciudad de Panamá por vía aérea a través de SISED (Sistema de salud de emergencias y desastres).

En la actualidad, ninguna de nuestras instalaciones de salud dispone de Especialidades por lo que no se establece flujo de pacientes a lo interno de cada instalación de salud.

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

La referencia es de tipo vertical, de instalaciones de menor complejidad a instalaciones de mayor complejidad realizada por personal de enfermería y/o médicos generales existentes hacia médicos generales existentes en las instalaciones de mayor complejidad dentro de la red de la región. Fuera de la Red se realiza de los centros de salud con camas y los Hospitales de la región hacia los hospitales nacionales de segundo y tercer nivel por partes de nuestros médicos generales hacia los especialistas de esas instituciones de salud. No disponemos de especialidades en nuestra red de servicio regional.

El sistema pretende facilitar el flujo de los pacientes a través de solicitud de atención formal mediante un formato preestablecido a un nivel de complejidad mayor una vez sea superada la capacidad resolutive del nivel que refiere.

Para que el sistema de referencia- contra referencia sea eficaz, oportuno, accesible y eficiente, debe existir una comunicación efectiva y rápida entre el médico o personal tratante y el médico o personal consultor, de manera que se le de seguimiento a los casos referidos. En nuestra red, la contra referencia externa, la que se da con instituciones nacionales de segundo y tercer nivel, generalmente no llega al médico tratante escapándose una parte de la docencia sobre la patología de la cual fue referido, ya que ella nos permite una retroalimentación. La misma no es entregada ni al paciente ni enviada por mensajería a la región de salud, forma que se estilaba anteriormente en nuestro ministerio.

Entre las debilidades encontradas en el sistema actual están:

- Información incompleta y el uso de letra ilegible tanto en la referencia como en la contra referencia.
- No hay contra referencia por parte del especialista hacia el médico que atendió primero al paciente.
- Ausencia de laboratorios y exámenes de gabinete en la referencia que es enviada a un especialista.

- No hay un servicio de control de calidad que sería el encargado de realizar el monitoreo y evaluación del sistema de referencia - contra referencia.
- La falta de comunicación telefónica hacia la instalación receptora, previo al envío del paciente.
- Referencias al Servicio de Urgencia que no ameritan atención inmediata y que pueden resolverse en consulta externa de las especialidades.
- El trato deshumanizado con el paciente incluso con el personal que lo traslada.
- Desconocimiento de los patrones culturales de los pacientes que ellos acogen en su nosocomio. Ese paciente sale de su medio ambiente donde deja sus familiares, sale sin dinero, desconoce el idioma y todo para él es extraño; esto exacerba el estado psíquico del paciente que se suma a su enfermedad.
- La contrareferencia por el tercer nivel no es contestada en el mismo formulario y muchas veces no es recibida

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

Sí X

Si es si, conoce la base legal, méncionela: El SURCO tiene su base en el enfoque de sectorización y reorganización de la red de servicios de salud, la cual define diferentes niveles de atención y grados de complejidad. Permite ofrecerle al paciente la atención que requiera en los diferentes niveles y servicios de salud según capacidad resolutive. Aquí se refiere al paciente para dar continuidad en la atención y facilitar su retorno a la instalación de origen con la información completa y clara de lo acontecido en las diferentes instalaciones de salud a las cuáles concurrió.

No     

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

- La escasez de recursos humanos que lleva a la multiplicidad de funciones.
- El abastecimiento oportuno y suficiente de los formularios utilizados.
- La falta de recepción de la Contrareferencia

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

La mayoría de nuestras instalaciones de salud ya han sobrepasado su vida útil por lo que requieren de un proceso de modernización (Reposición y Mejoramiento). El 52.4% de las instalaciones de salud existentes requieren de Reposición mientras que un 28.6% requieren de Mejoramiento en su estructura. El 14.0% de nuestras instalaciones han sido reposicionada recientemente (< 1 año): El Hospital Rural Inabaguinya de Mulatupu y 5.0%

representa construcción nueva (<1 año): el Puesto de Salud de Carreto; todas ellas con apoyo de la Embajada americana.

Las últimas construcciones y reposiciones de las instalaciones de salud hechas por la Embajada Americana cuentan con adecuaciones para la población discapacitada. Se necesita la construcción total del Centro de Salud Básico de Tubuala y del centro de Salud de Mansucum.

22. ¿Existen en su región los centros reintegra?

Sí \_\_\_

Si es si, donde está ubicado:

No X

Favor investigar: están dirigidos a la inclusión y la atención a personas con diferentes tipos de discapacidad física y sensorial. Fueron creadas para descentralizar la atención. Estos centros de atención integral funcionan con un equipo multidisciplinario integrado por terapeuta de lenguaje, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiología, trabajador social y psicología.

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

Sí \_\_\_

No X

Favor investigar: la última actualización es del año 2012. Se tiene pendiente una gira para la actualización del censo con MIDES.

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

Se hace un monitoreo mensual a través de un formato de monitoreo regional, se da orientación y capacitación periódica sobre el sistema y un informe anual sobre el mismo.

25. Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

**Cuadro No. 9**

**CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
<b>Hospitales</b>		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)	2	
Total Hospitales	2	

<b>Centros Ambulatorios</b>		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general	5 centros x 10,000 hab.	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total centros ambulatorios		
<b>Sector Privado</b>		
<b>Hospitales</b>		
Alta complejidad	N/A	
Mediana (especialidades básicas)	N/A	
Baja (medicina general)	N/A	
Total Hospitales	N/A	
<b>Centros Ambulatorios</b>		
Centros con especialidades	N/A	
Centros de nivel primario con medicina general	N/A	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	N/A	
Total Centros ambulatorios	N/A	
<b>Total Centros de Salud</b>		

Fuentes:

*\*\* Fuentes recomendadas: Encuestas poblacionales sobre percepción de necesidades de salud y atención de salud.*

## **BOLSONES DE DESPROTEGIDOS**

1. ¿En qué espacios de geográfico-poblaciones se ubican los bolsones de desprotegidos?  
En nuestra Área se ubican principalmente en las comunidades de la costa (Carreto, Navagandi) y la comunidad isleñas: Isla Pino y Caledonia.
2. ¿Cuáles son los principales riesgos que los afectan?  
Entre los principales riesgos a la salud tenemos las inundaciones por crecida de los ríos, las enfermedades por vectores, las parasitarias y protozoarias.
3. ¿Cómo están las coberturas de vacunación contra el DPT, Polio, Hexavalente, en los menores de un año, contra el Sarampión en los niños de 1-4 años y contra el Tétanos en las mujeres en edad fértil en esos bolsones desprotegidos? ¿Cómo están las coberturas de vacunación contra el VPH en niñas adolescentes?

## **LOS RECURSOS HUMANOS**

1. ¿Cuáles han sido los principales cambios introducidos en la planificación y la gestión de los recursos humanos (por ejemplo en el reclutamiento, la

asignación a puestos de trabajo, el número de trabajadores, los mecanismos de redistribución, el despido u otros)?

En el reclutamiento no ha habido cambio. Asignación a puestos de trabajo: actualmente se está mejorando el sistema si es de trabajador manual debe asignarse como tal; se analiza mejor el perfil del aspirante, cuando este se escoge se asigna a la posición especificada.

Número de trabajadores: la ganancia ha sido poca en los últimos años.

Se ha mejorado con el uso de la tecnología, ya los procesos no son manuales, lo que ha agilizado los trámites para estos procesos.

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?

Con respecto a la capacitación de monitoras en el programa AIN-C:

- Bajo un perfil, son seleccionadas por la comunidad y refrendada por el sahila,
- La capacitación tiene una duración de 40 horas, 8 horas por 5 días
- Se utiliza un manual que fue elaborado en base a experiencias de otros países centroamericanos pero revisado por profesionales de la nutrición de panamá.
- La metodología es andragógica, participativa.
- Las técnicas educativas utilizados son: lectura dirigida, lluvias de ideas, demostración, trabajo en grupo, socio dramas y juego de roles.
- Al finalizar la capacitación se les entrega todo el material que utilizarán durante su trabajo.
- La supervisión es realizada por los nutricionistas o técnicos 2 bajo un protocolo de supervisión, elaborado y estandarizado para el país.

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?

4. ¿Cómo participa el equipo de salud en la decisión de prioridades de salud?  
Se realizan reuniones técnico administrativas para la identificación de problemas y su posterior priorización.

Se realizan reuniones semanales para la captación de fallas técnico administrativas y subsanar los errores y una reunión mensual (final del mes) obligatoria del todo el personal del área sanitaria.

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?



Todos los meses se envía al nivel nacional un resumen estadístico de producción de hospitales y centros de salud que posteriormente es enviado al departamento nacional de costo que son los que hacen la compensación. No conocemos los parámetros definidos por ellos para la compensación.

6. ¿Las tarifas existentes contemplan los costos reales de los servicios?  
No, son costos simbólicos que permiten a las instalaciones locales gestionar ciertos recursos que no son suministrados oportuna y suficientemente por el nivel regional y necesario para el desarrollo de los procesos de atención.
7. Los costos estimados se utilizan en el proceso de compensación de costo pactado con la CSS (convenio o acuerdo con la CSS)  
No lo conocemos porque esta información la maneja el nivel nacional.
8. Existen en sus región entidades dedicadas al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud (Lista de entidades formadoras de los profesionales, tendencia de la relación “Generalista vs. Especialistas” y con que periodicidad se revisan y se reformulan los currículos de formación profesional en pregrado y posgrado de las carreras de salud).

Sí

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

---

No

Favor investigar: en la Comarca no existe este tipo de instituciones.

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,

Sí

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

---

No

Favor investigar: a nivel de la comarca no existen este tipo de estudios

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

El personal administrativo no devenga el salario acorde a su nivel de calificación.

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

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

En nuestra región no ha llegado esa modalidad.

Sí \_\_\_\_

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

---

---

¿En qué áreas? \_\_\_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

**Cuadro No. 10**

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

Funciones Sistema de Salud	PERIODO														
	1994-1999 (agost)			1999 (sept)-2004 (agost)			2004 (sept)-2009 (junio)			2009 (jul)-2014 (jun)			2014 (jul)		
Subsectores	Público	Privado	Seg.S	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.	Público	Privado	Seg.S.
Regulación															
Conducción															
Desempeño FESP															
Financiamiento															
Aseguramiento															
Provisión															

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

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



No. Total De Técnicos De Laboratorio	1	1		-	1	1		-	1	1		-
No. Total de Técnicos de Enfermería	2	2		-	3	3		-	4	4		-
No. Total de Asistentes Dentales			-	-			-				-	-
No. Total de Cito tecnólogos			-	-			-	-			-	-
No. de Farmacéuticos												
No. de Asistentes de Farmacia	1	1		-	1	1		-	1	1		-
No. de Educadores para la Salud	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
No. de Promotores de Salud	2	2	-	-	2	2	-	-	2	2	-	-
No. de Asistentes de Salud			-	-			-	-	1	1	-	-
No. de Inspectores de Saneamiento	1	1	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
No. de Inspectores antivectoriales			-	-			-	-	8	8	-	-
No. de Veterinarios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No. de Ingenieros y arquitectos	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No. Graduandos de postgrado en salud pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No. de escuelas de Salud Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No. Univ. Con maestría en Salud Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

INSTITUCION	Cargos									
	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmacet.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA	4	0	4	0	4	0	0	24	1	0
CONTRATO	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PERMANENTE	4	-	4	0	4	0	0	24	1	0
RED FIJA										
RED ITENERANTE										
CSS										
PRIVADO										
TOTAL	4	0	4	0	4	0	0	24	1	0

**LOS INSUMOS SANITARIOS**

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

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

Existen un total de 3 farmacias funcionando, 1 con técnicos de farmacia y 2 sin personal nombrado. No hay farmacia comunitaria.

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

Sí X

Documento que reúne un conjunto de principios, objetivos y lineamientos para la implementación de acciones que orienten la promoción de la producción, la disponibilidad, la accesibilidad, la calidad y el control de medicamentos en el país.

Concibe el acceso a medicamentos y otros insumos quirúrgicos como un derecho y reconoce la responsabilidad del Estado de tutelar el cumplimiento de este derecho, declarando que los medicamentos son un bien social que prevalece sobre el interés político, comercial e individual.

La política desarrolla tema tales como: garantía de la calidad, eficacia, vigilancia de la seguridad, promoción y comercialización ética de los medicamentos; uso racional por parte de los profesionales sanitarios y consumidores y estímulo de la producción, investigación y tecnología en materia de medicamentos entre otros.

Tiene su base legal en la resolución 632 del 30 de junio del 2009, por medio de la cual se adopta la política nacional de medicamentos 2009.

No     

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Sí X

La resolución N° 203 DEL 20 DE ABRIL DEL 2010 mediante la cual se crea la Comisión nacional de medicamento de panamá establecida como un organismo TÉCNICO BAJO la dependencia del MINSa que la presidirá. La misma está conformada por director nacional de farmacia y drogas en representación del MINSa quien la presidirá y la coordinará, dirección de provisión de servicios de salud quien fungirá el cargo de secretario ejecutivo de la comisión, el director general de salud, un representante de la comisión de medicamentos de la CSS, un representante del colegio médico de Panamá y un representante del colegio nacional de farmacéutico, un representante de la comisión de medicamentos del HST, un representante de la comisión de medicamentos del ION, un representante de la comisión de medicamentos del HN, el director médico del INSAM, Facultad de farmacia y de medicina y la universidad de Panamá. La comisión contar´CON TRES ASESORES: UN ASESOR REPRESENTANDO a la asociación de farmacia de la universidad de panamá, a la universidad de medicina de la universidad de panamá y otro representando a la dirección de asesoría legal del MINSa. Su responsabilidad seleccionar el listado nacional de medicamentos esenciales y el listado básico de medicamentos especializados, elaboración del formulario nacional de medicamentos, elaboración y validación de guías y protocolos de tratamiento, la revisión periódica de los listados de medicamentos para su inclusión o exclusión, revisión periodica de formularios, guías y protocolos de tratamiento, desarrollo, implementación y normativa de las farmacias comunitarias en los centros de atención primaria de salud para favorecer el acceso, asequibilidad y uso racional de medicamentos por toda la población. actualizándolo cada 2 años. Diseña el formulario único y el manual terapéutico,

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Sí \_\_\_

No \_\_\_

Favor investigar: Conocemos que todos los martes la CONAMEP se reúne en el edificio 253 pero el avance no se conoce.

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?

Sí \_\_\_

No X

Favor investigar:

Odontología: Con respecto a la coordinación odontología no existe un listado regional que considere los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios ya que todos los odontólogos generales asignado a cada área dentro de su perfil están capacitado para realizar los mismos tratamientos dentales y el comportamiento de las comunidades en cuanto a morbilidad es similar en toda la comarca. Igualmente no contamos con especialidades odontológicas.

Laboratorio: existe un catalogo nacional con 630 renglones en el área de laboratorios de las cuales solamente el laboratorio regional utiliza 110 renglones de acuerdo a las patologías existentes en el nivel operativo. La red de laboratorio nuestro es de primer nivel de atención.

Medicamentos: el catalogo nacional de medicamentos tiene 341 renglones de los cuales se maneja 290 renglones aproximadamente.

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

El catalogo Nacional de Laboratorio maneja 630 renglones, de estos la región de Kuna Yala sólo utiliza 110 renglones. Lo utiliza el Coordinador Regional y los responsables de laboratorios en cada área sanitaria; igualmente lo utiliza la Dirección médica de las áreas y Provisión de servicios regional.

Odontología utiliza un catalogo de 140 renglones desglosados de la siguiente forma: materiales restauradores, cementos, anestesia, fresas, eyectores, insumos de prevención, insumos de endodoncia, insumos de radiografías, insumos de bioseguridad, e instrumentales de diagnóstico y operatoria. Este catalogo es utilizado por el Coordinador Regional para realizar las solicitudes a nivel nacional y de acuerdo a la disponibilidad de recursos humanos y equipamiento realizar la asignación a los áreas sanitarias.

Medicamentos: se utiliza 290 renglones. Los utilizan las instalaciones de primer y segundo nivel

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 X

Si es si, considera usted que es herramienta útil:

Si, se conoce y utiliza. Es útil porque nos brinda una información rápida, oportuna y veraz. Mantiene actualizado los inventarios físicos y financieros.

La Licda. Ana Jones (farmaceuta) es la regente en el manejo del software a nivel de la sede regional. Mensualmente le envía a los componentes responsables la información de los insumos existentes (Inventario). Posteriormente cada coordinador regional involucrado asigna los insumos de acuerdo a la cantidad y necesidad de cada red fija.

Odontología: si lo conocemos y estamos capacitados para su utilización pero debido a la limitante de no tener un proveedor de acceso a internet óptimo.



Laboratorio: lo utiliza para la recepción y verificar el inventario existente para la asignación de insumos a las red fija. Esto se hace a través del software del Almacén de la sede regional

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

No, aún sin implementar en el área

¿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 X

Si es si, explicar el flujo de la distribución de los insumos de medicamentos y de los otros insumos sanitarios hacia el nivel local

Flujograma de distribución:

La distribución de todos los insumos se realizan bimensualmente a cada instalación. Las instalaciones envían sus pedidos mensuales en la primera semana del mes, realizando las distribuciones en la segunda y tercera semana a las instalaciones correspondiente a ese mes; de acuerdo al cronograma de envío existentes. El almacén se encarga de entregar los insumos hacia las áreas sanitarias

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

9. ¿Se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios (medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología) en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos?

Sí X

Todas las coordinaciones involucradas utilizan los formatos de registro de consumo para realizar estimaciones de necesidades de los insumos.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

10. ¿Están conformados los comité regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?

Sí \_\_\_\_, Como están conformados\_\_\_\_\_

No X

Favor investigar:

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

Sí X

Se dispone de las normas de tratamiento de las patologías prevalentes (VIH, TB, HTA, Diabetes Mellitus, Enfermedades periodontales y caries dental, Trastornos del embarazo, entre otros)

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

12. ¿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?  
No existen farmacias privadas en la Comarca.

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

La región de salud de Kuna

Yala cuenta con dos farmacéuticos quienes tienen cargos regionales. Las instalaciones de salud solo trabajan técnicos de farmacia. Aquellas que no tiene técnicos de farmacia o en su ausencia (días libres o compensatorios) el personal de enfermería cubre la misma. Algunas instalaciones disponen de voluntarios (reciben un pequeño pago simbólico por parte de la caja del centro) capacitados internamente para brindar este servicio debido a la falta de nombramiento de personal idóneo para el mismo y suplir las necesidades de la población demandante.

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

No existe banco de sangre en nuestra región

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

No se dispone de laboratorio de agua ni de alimentos. Actualmente disponemos en el área de 1 laboratorio clínico básico de primer nivel de atención.

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

Sí X

El laboratorio de referencia de la red de Guna Yala es el del Hospital Marvel Iglesias de Ailigandi, por su situación geográfica céntrica y por su mayor capacidad resolutive. Para la confirmación de patología notificables e infecciosa se hace correo de muestra y se envía al Instituto conmemorativo Gorgas de estudio de la salud.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Las tarifas están estandarizadas para la red de servicios de salud de la región. Se unificaron los precios para todas las instalaciones teniendo en cuenta la situación socioeconómica de la población. El margen de ganancia es mínimo (aproximadamente 2-5%) para hacerle frente internamente a algunas necesidades no sufragadas por la Región (Autogestión para adquisición de repuestos, e insumos).

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

Sí

No

Favor investigar:

Tenemos un personal citotecnólogo asignado al Policentro de Juan Díaz por la ausencia de laboratorio de citología en la región, al cual se le envía la muestra de Papanicolaou procedente de la red fija para su análisis.

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

En los últimos dos años ya no hay techo presupuestario, pero las cotizaciones quedan onerosas y desiertas ya que algunos proveedores no participan porque existen aplicaciones legales que no le permiten entregar de forma tardía.

Se prioriza según el consumo de la red fija de acuerdo al perfil epidemiológico.

### Cuadro No. 13

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

<b>INDICADOR</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Gasto total en medicamentos por la CSS					
Gasto total en medicamentos por MINSA	647905.22	446241.24	396225.15	380287.36	559029.15
Gasto Per cápita en medicamentos	<b>15.906</b>	<b>10.955</b>	<b>9.727</b>	<b>9.336</b>	<b>13.724</b>
Gasto total en laboratorio por la CSS					
Gasto total en laboratorio por MINSA	40788.95	22055.79	97410.59	72719.91	99423.45
Gasto Per cápita en laboratorio	<b>1.00</b>	<b>0.54</b>	<b>2.39</b>	<b>1.78</b>	<b>2.44</b>
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS					
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA	80969.34	20430.00	99632.59	61485.27	89575.59
Gasto Per cápita en médico quirúrgico	<b>1.987</b>	<b>0.50</b>	<b>2.44</b>	<b>1.509</b>	<b>2.199</b>
Gasto total en odontología por la CSS					
Gasto total en odontología por MINSA	31805.51	0	27051.03	15813.72	23849.48
Gasto Per cápita en odontología	<b>0.78</b>		<b>0.664</b>	<b>0.388</b>	<b>0.585</b>
Gasto total en imagenología por la CSS					
Gasto total en imagenología por MINSA	1167.64	1477.09	2480.12	5286.28	1491.35
Gasto Per cápita en imagenología	<b>0.029</b>	<b>0.036</b>	<b>0.06</b>	<b>0.1298</b>	<b>0.0366</b>

**EQUIPOS Y TECNOLOGIA**

1. ¿Se conoce el porcentaje de los equipos en condiciones defectuosas o fuera de uso?  
Sí X  
Si es si, comente cuales:  
El 75% de los equipos odontológicos de la red están en condiciones defectuosa y estos se debe a la falta de personal biomédico para realizar el mantenimiento preventivo y correctivo.  
En la red de laboratorio el 43% dispone de equipos defectuosos o fuera de uso.  
El equipo médico se encuentra en un 50% defectuoso.  
Hay que tener en cuenta que nos desenvolvemos en un ambiente salino y con mucha humedad y nuestras infraestructuras no reúnen las condiciones de almacenaje por lo que los equipos tienden a tener una vida útil más reducida.  
No\_\_\_  
Favor investigar\_\_\_\_\_
2. ¿Conoce el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil?  
El 43% de los equipos de laboratorios ya han cumplido su vida útil y todavía están en uso. Esto puede ocasionar problemas de mala visión con referente a los microscopios.  
El 13% de los equipos de odontología han sobrepasado su vida útil, se siguen utilizando pero están en espera de descarte.  
Los equipos médicos el otro 50% han sobrepasado su vida útil. Se esta trabajando con equipos viejos y obsoletos.
3. ¿Existe algún listado de equipos para su reposición?  
Sí X  
Si es si, comente cuales:  
Por parte de laboratorio: 5 microscopios binoculares, 3 micro hematocritos, 5 rotadores, 7 contadores manuales de glóbulos blanco y dos equipos de hematología semiautomatizada.  
Por parte de odontología: 4 compresores, 4 unidades dentales completas.  
En cuanto a equipos médicos  
No\_\_\_  
Favor investigar\_\_\_\_\_

## FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

## LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

1. ¿Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos? A nivel hospitalario se han establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica? ¿Han sido efectivos? Existe una lista de espera por servicio quirúrgico?  
No disponemos de la especialidad de cirugía general ni anestesiólogo, pero anualmente se programan actividades quirúrgicas a través de las JAPAS, por lo que se tiene un listado de pacientes por área sanitaria de determinado procedimiento quirúrgico en el Hospital Regional de Ailigandi.
2. ¿En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios en espera por la atención demandada?  
Pacientes que demanda atención de consulta externa de medicina general, enfermería y odontología (donde existe el servicio) reciben su atención correspondiente. En ocasiones, ante una gran demanda se prioriza la atención de pacientes que tienen dificultad en la accesibilidad de la atención (islas lejanas), que suele darse en momento que hay escaso recursos humanos.
3. ¿Se registra el rechazo de pacientes?  
Sí \_\_\_\_, ¿Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día y tipo de actividad o programa?  
No X  
Favor investigar: no se registra porque se le da la oportunidad para el siguiente día.
4. ¿En qué distritos existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención?  
No aplica en estos momentos
5. ¿Qué mecanismos (redes sociales, presencial, centros de llamadas, otros) se utilizan para otorgar citas de medicina general y especializada?  
Al momento que el paciente es atendido se le da su correspondiente cita próxima.

## HORARIO DE SERVICIOS

1. En qué horario se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud)  
El horario regular es de 07:00 a.m - 03::00 p.m. en todas las instalaciones de salud Luego de este entramos en horario de sobretiempo presencial.
2. La población está satisfecha con los horarios actuales  
Sí X, que mecanismo utiliza para responder afirmativamente:

Lo que sucede es que hay una atención continua ya que nuestras instalaciones están disponibles las 24 horas del día los 7 días de la semana en un horario regular y luego en horario extraordinaria por la característica del área en que nos desenvolvemos.

No

Favor

investigar \_\_\_\_\_

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

Sí , sobre que base \_\_\_\_\_

No

Favor investigar: Para nuestra región no aplica porque somos un área de muy difícil acceso en donde la instalación dispone de un espacio para alojamiento de los funcionarios de salud que no son del área por la falta de condiciones adecuadas de viviendas en este tipo de zona de muy difícil acceso

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?

No aplica por las razones anteriormente expuestas.

### MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

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

Sí , que tipo de

encuestas \_\_\_\_\_

No

Favor investigar: Tenemos entendido que el Departamento nacional que guiaba en ese proceso tiene años de no funcionar por lo que se ha dejado de aplicar la encuesta de satisfacción de usuarios.

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?

En la actualidad nuestra instalación está aplicando las mismas

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

Sí , cual es el resultado: Cuando se realizaba estas se tomaban en

cuenta para mejorar los procesos de atención de acuerdo a la disponibilidad de los recursos.

No

Favor investigar \_\_\_\_\_

4. ¿Se realizan las auditorías sociales en su región?  
Sí X, Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención: estas se realizan cada 2 meses tanto a la red fija como a las UBAS. El promedio de los resultados de auditoría han sido de una puntuación de 4.5 en una escala de 5. Los mecanismos de intervención no se han realizado.
- No \_\_\_  
Favor investigar \_\_\_\_\_
5. ¿Se comparten estos resultados?  
Sí X, que mecanismo utiliza para compartirlos: son evaluados por la comisión regional del proceso de auditoría social conformado por la dirección regional, la subdirección regional, provisión de servicios, el equipo de supervisión (enfermería, nutrición y saneamiento ambiental), el coordinador regional y trabajo social. Una vez realizada la evaluación la información se remite al nivel nacional. A nivel de coordinadores regionales si se han presentado los resultados sin embargo a nivel de la comunidad no se han hecho
- No \_\_\_  
Favor investigar \_\_\_\_\_
6. ¿Conocen el programa de humanización?  
Sí X  
En estos momentos están en proceso de capacitación funcionarios de salud de la región sobre ese tema.  
Está orientado al acompañamiento humano y espiritual del paciente no solamente en su estadio terminal sino durante su periodo de manejo hospitalario; se sienta seguro, emocional y espiritualmente
- No \_\_\_  
Favor investigar \_\_\_\_\_
7. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales?  
Sí \_\_\_\_, Cuáles es su nivel de avance
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- No X  
Favor investigar: todavía se está recibiendo capacitación para luego realizar su implementación en los niveles operativos.
8. ¿Conoce usted la demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio? Ejemplos: urgencias, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y otros.  
Sí \_\_\_\_, que mecanismo utilizó para mediar la demanda insatisfecha
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



No

Favor investigar: en nuestro caso no existe demanda insatisfecha porque todos los pacientes que llegan solicitando atención son atendidos por las instalaciones de salud en los diferentes servicios

## CONTROL DE CALIDAD

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

Sí  Comentar aspectos de estos estudios y auditorias

En la Región de Salud de Kuna Yala se realizan auditorías de expedientes anualmente como un estudio retrospectivo desde el año 2008, ininterrumpidamente, en las instalaciones de salud sede de las áreas sanitarias de la región (C.S. con camas de Carti, C.S. con camas de Río Sidra, C.S. con camas de Narganá, C.S. con camas de Playón Chico, C.S. con camas de Ustupu, C.S. con camas de Puerto Obaldía y las consultas externas del Hospital Rural Inabaguinya y del Hospital regional Marvel Iglesias). La auditoria la realiza un equipo de 10 funcionarios entre médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos de enfermería y jefa de REGES; de manera tal, que es un grupo externo a la instalación de salud quienes las realizan. Una vez realizadas las auditorias se procede a la digitalización de los datos en la pestaña del sistema de información que se encuentra en la página web del MINSA. Posteriormente, se realiza la recopilación de los resultados y su análisis para su presentación al departamento nacional de monitoreo y evaluación y a los coordinadores nacionales de programa, luego a la dirección regional y coordinadores regionales y, por último, a las áreas locales.

En el marco de la estrategia de EEC, PFMESS y MS2015, se fortalecen los procesos de trabajo en las áreas de prevención, promoción y atención, evaluando los registros y cumplimiento de normas y protocolos de atención mediante supervisiones bimensuales a los equipos de la red fija.

En estos momentos no se realiza auditoria médica en el nivel operativo.

La auditoria administrativa se realiza trimestralmente en lo que a rendición de cuenta se refiere en el nivel regional por parte de Auditoría interna del MINSA. A nivel operativo se realizaba antes por contabilidad regional una vez al año en el nivel operativo; actualmente se realiza monitoreo cada 4 meses en cuanto al fondo de administración

No

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Hubo un tiempo en que se llevaba el programa de Atención al cliente en donde se le solicitaba su queja y sugerencia para el mejoramiento institucional. Actualmente la coordinación ha desaparecido

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?

Sí  X , Utilizan estos indicadores de calidad y cuadro de mando para la toma de decisiones

De los 42 indicadores de calidad que tenemos en este portal, algunos de ellos aplican a nuestra región como la tasa de mortalidad materna y perinatal, pero muchos de ellos corresponden a especialidades de las cuales, actualmente, no contamos con ninguna en la comarca de Guna Yala, ya que aún se espera el inicio de labores del cirujano como tal y carecemos de ginecólogos y pediatras. Sin embargo, estos indicadores de calidad hasta el momento no conozco que se hayan utilizado para la toma de decisiones en nuestra comarca.

No \_\_\_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Sí  X

Se ha iniciado desde el 2009 el PMEFSS, la cual empezó con las denominadas unidades básica de atención (UBAS) como redes itinerantes, y luego con la incorporación de éstos grupos en las instalaciones de salud, con lo que se busca aumentar la cobertura en la atención de la población y el mejoramiento de indicadores y coberturas en salud por medio de un préstamo realizado por el BID. Más recientemente con la donación proporcionada por una entidad internacional se han iniciado otras estrategias para el mejoramiento de la calidad como el plan de parto, plan de agua, etc.

No \_\_\_\_\_

Favor investigar:

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

Sí  X

Si es si, comente cuales:

A las instalaciones de salud de nuestra comarca aplicamos los formularios de auditoría de expedientes en la medición de la calidad de atención al paciente en los siguientes grupos: Recién nacido, Menor de 1 año, Niños de 1 a 5 años, Embarazadas, Partos, Adolescentes, Adultos, Adultos con enfermedad crónica y Tuberculosis.

De igual manera se utiliza el instrumento de monitoreo y evaluación para el seguimiento del PMEFS, éste último se aplica en cada ronda de atención, la cual dura dos meses, al grupo itinerante y en las redes fijas.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Si es si, comente cuales:

\_\_\_\_\_

No X

Favor investigar: los buzones de quejas en algunas instalaciones de salud están como recuerdo de los convenios de gestión llevados anteriormente.

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?

Existen algunas organizaciones dentro de las comunidades que trabajan en conjunto con las instalaciones de salud tales como los Comité locales de salud, La Junta Administradora de agua, Comité de ornato y aseo, grupos organizados comunitarios

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

De 15 comités de salud constituidos sólo el 66% está en funcionamiento con personería jurídica.

Se dispone de 34 JAAR con personería jurídica

Grupos organizados existentes a nivel de las comunidades de la Comarca de Kuna Yala tenemos:

Grupo Organizado	Comunidades
------------------	-------------

Damas Católicas	Cartí Sugdup, Ticantiki, Playón Chico
Centro Deportivo	Carti Sugdup, Wichubhuala, Río Sidra, Río Azúcar, Narganá, Corazón de Jesús, Río Tigre, Ticantiki, Nalunega, Maguebgandí, Ukupa, Irgandi, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Mamitupu, Ustupu, Mansucun, Navagandi, <b>Isla Pino, Mulatupu, Nuevo Sasardí, Tubuala, Cuba, Caledonia,</b> Anachucuna, Armila, Arritupu, Soledad Mandinga, Carti Tupile, Cartí Mulatupu, Naranjo Grande, Acuatupu
Club de Padres de Familia	Cartí Sugdup, Wichubhuala, Río Sidra, Río Azúcar, Narganá, Río Tigre, Ticantiki, Nalunega, Maguebgandí, Aidirgandi, Ukupa, Irgandi, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Mamitupu, Ustupu, <b>Mansucun, Navagandi, Isla Pino, Mulatupu, Nuevo Sasardí, Tubuala, Cuba, Caledonia, Carreto,</b> Anachucuna, Armila, Arritupu, Soledad Mandinga, Soledad Miria, Carti Tupile, Cartí Mulatupu, Naranjo Grande
Cooperativa de Molas	Cartí Sugdup, Wichubhuala, Río Sidra, Río Azúcar, Narganá, Corazón de Jesús, Río Tigre, Ticantiki, San Ignacio de Tupile, Achutupu, Mamitupu, Ustupu, <b>Mansucun, Navagandí, Mulatupu, Nuevo Sasardí, Tubuala, Cuba, Caledonia, Carreto,</b> Anachucuna, Armila, Arritupu, Soledad Mandinga. Soledad Miria, Cartí Tupile, Cartí Mulatupu, Naranjo Grande, Naranjo Chico, Acuatupu
Sociedad de pescadores	Cartí Sugdup, Wichubhuala, Río Sidra, Nalunega, Ukupa,

	Naranjo Grande, Naranjo Chico, Acuatupu
Sociedad de lancha	Carti Sugdup
Sociedad Calera	Wichubhuala
Sociedad de Noga Kope	Wichubhuala, Río Tigre, Ticantiki, Nalunega, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Ustupu, <b>Mulatupu, Tubuala, Caledonia</b>
Comité de salud	Río Sidra, Río Azúcar, Narganá, Ticantiki, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Mamitupu, <b>Nuevo Sasardí</b>
J.A.A.R	Río Sidra, Río Azúcar, Río Tigre, Ticantiki, Maguebgandí, Aidirgandi, Playón Chico, San Ignacio de Tupile, Ailigandi, Achutupu, Mamitupu, Ustupu, <b>Mansucun, Navagandi, Isla Pino, Mulatupu, Nvo. Sasardí, Tubuala, Cuba, Caledonia, Carreto, Anachucuna, Armila</b>
Pro-comisión de acueductos	Narganá, Corazón de Jesús, Ukupa, Cartí Tupile, Cartí Mulatupu
Sociedad de trabajadores agrícolas	Narganá
Subproyecto de producción comunitaria	Ticantiki, San Ignacio de Tupile, Mamitupu
Iglesia Bautista	Playón Chico

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

COMITÉ DE SALUD:

- Acuden a pacientes que vienen de otras comunidades en donde no hay instalación de salud
- Limpieza de la periferia de las instalaciones

JAAR:

- Mantenimiento y mejoras de los acueductos en las comunidades.

4. ¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?

Sí\_\_\_, ¿Cuáles son sus intereses? ¿Qué los hace de mayor o menor relevancia?

No X

Favor investigar

Mayormente con las autoridades locales para el apoyo de la gestión en salud. Sus intereses van dirigidos a mejorar la situación de salud de sus comuneros.

A nivel del congreso general kuna, donde participan todas las autoridades de las comunidades, los intereses de los mismos es conocer la gestión realizada por la dirección regional a través de informe que se hace en los dos congresos anuales con el fin de estar al día con los procesos que se llevan a cabo en materia de salud a nivel comarcal.

Se ha hecho bien puntual dependiendo del tipo de coyunturas o situaciones presentadas.

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?

Una gran parte de la población, generalmente la adulta, hace uso de la misma en conjunto con la medicina occidental.

El sector informal de atención de salud en la región está caracterizado por médicos tradicionales (Inadurgan) con diferentes especialidades (la de los huesos, canto, botánico, etc.) y parteras empíricas (Mu o Abuela), cuyos conocimientos se transmiten oralmente y con la experiencia directa.

Actualmente en el corregimiento de Narganá se han identificado 34 parteras empíricas; en el corregimiento de Ailigandi 10 parteras; y en el corregimiento de Tubuala 12.

En cuanto a los curanderos (Inadurgan) se están realizando el censo y existen diferentes especialidades (la de los huesos, canto, botánico, etc).

La población guna con mayor raíces tradicionales y con un grado bajo de escolaridad y poco acceso a los servicios formales demanda sus servicios. Se ha logrado una mejor integración de las parteras empíricas a los servicios de salud probablemente por el énfasis que se ha realizado en la capacitación de las mismas para contribuir a la reducción de las muertes maternas.

Existe un programa de interculturalidad a través de la Iniciativa Mesoamericana 2015 que pretende mejorar el respeto mutuo y una mayor integración de ambas medicinas en beneficio de la salud materna e infantil en la población indígena.

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

Fortalezas:

- La reposición y construcción de algunas infraestructuras de salud por la embajada americana

- La nueva categorización de la mayor parte de nuestras instalaciones de salud
- Adquisición de recursos humanos varios, ya sea por contrato o permanente que han reforzado los servicios de salud
- Gran parte del personal es de la etnia kuna y calificados en diferentes disciplinas de salud (médicos, enfermeras, trabajadora social, educador para la salud, laboratoristas, etc)
- Existe voluntad política para el acercamiento entre el sistema de salud informal con el formal ( capacitaciones con parteras, inaduledi, autoridades, investigaciones formativas como ain-c).

#### Debilidades:

- Las capacitaciones han sido unilaterales hacia el sistema informal pero falta la sensibilización de los del sistema formal.
  - Falta de seguimiento del sistema formal a las capacitaciones realizadas a los actores sociales del sistema informal.
  - Persistencia de la escasez de recursos humanos, principalmente técnicos de farmacia, técnico de laboratorio, trabajadores manuales, personal de enfermería, odontólogo y asistente de odontología, inspectores de saneamiento ambiental, promotores de salud, entre otro
  - Falta de un Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de maquinarias y equipos varios
  - Baja asignación presupuestaria
7. ¿Cómo se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras) y la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/70.
- La estrategia de extensión de cobertura ha sido aceptado favorablemente por las comunidades.
  - de igual manera, AIN-C ha sido aceptado tanto por las autoridades como por la comunidad.
  - La red de oportunidades: ha sido aceptada favorablemente pero no se cumple con los requisitos que demanda el programa.
  - El programa 120/70: ha sido aceptado por la comunidad según referencias.
- Estos programas han sido bastante aceptado por la población de la región, y por parte de nosotros ha contribuido a fortalecer los servicios de salud.
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?

Son bien percibidos por la comunidad. A nivel operativo se está cumpliendo con estos decretos. La atención a embarazadas, a menores de 5 años, a pacientes con enfermedades crónicas, la planificación familiar, los discapacitados, los adultos mayor y los pacientes con VIH/SIDA reciben la atención gratuita.

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

## FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

### ADECUACIONES DE LA OFERTA

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

Estos elementos deben concebirse como pilares fundamentales dentro de los procesos de salud. Muchas de la patología que se presentan en nuestra región están dadas por el desconocimiento asociado al bajo nivel educativo que contribuye a la persistencia de enfermedades, sobretodo de tipo infectocontagiosa. Somos de la opinión de la necesidad de invertir en Promotores de salud para el cambio de actitud de la población.

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

Sí  X

La necesidad de una atención integral al individuo y el conocimiento de las necesidades de salud de las comunidades conllevan al desarrollo de la estrategia de equipos básicos de salud en la región a medida que los recursos humanos vayan incorporándose. Pensamos que debemos ir fortaleciendo las instalaciones de salud periféricas con el recurso humano básico indispensables de manera que la población pueda satisfacer sobre la marcha sus necesidades en salud en su propio entorno.

La oferta de servicios de salud se brinda de acuerdo a la integración del equipo básico que se encuentre en la instalación teniendo en cuenta su complejidad.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_



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 X, menciones cuales:

La jornada de atención en salud se realiza una vez al año en el Hospital Regional Marvel Iglesias. En la actualidad existe un equipo itinerante responsable de la atención de las comunidades más postergadas de la región (18 comunidades) en el área de Carti.

Se tiene la iniciativa mesoamericana orientada a la salud materna e infantil No existen otras modalidades de atención en la región.

Ocasionalmente se recibe apoyo externo a través de giras de organizaciones no gubernamentales (Club de Leones, Iglesias, Club Rotario, entre otros).

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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?

Sí \_\_\_\_, ¿cuáles utilizan?

\_\_\_\_\_

No X

Favor investigar:

En la comarca de Guna Yala el acceso a Internet es limitado razón por la cual no se considera como un medio de divulgación en la actualidad.

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

Sí X

En otras áreas

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Sí X

Se cuenta con Ultrasonido obstétrico en los hospitales de segundo nivel que es utilizado por los médicos generales para situaciones básicas. Se

requiere una capacitación formal del personal de medicina general para el manejo correcto del equipo.

Se tiene planificado la clínica de cesación de tabaco en el área sanitaria.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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?

Sí X

- Programa de mejoramiento de la equidad y fortalecimiento de los servicios de salud: dirigido a zonas indígenas y rurales del país y representa un préstamo del BID de B/. 50 millones que es a 25 años con un periodo de gracia y desembolso de cinco años y una tasa de interés basada en LIBOR; los fondos locales de contrapartida suman B/. 20 millones. Se prevé que el programa contribuirá a mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de salud y nutrición del país, y a superar las barreras de acceso a los servicios básicos preventivos y de atención primaria para los segmentos más pobres de la población. Los resultados esperados son la reducción de: (i) la mortalidad materna; (ii) la tasa de mortalidad infantil y de desnutrición crónica en niños menores de 5 años.
- Con las actividades del Componente 1 se espera aumentar el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de atención primaria, aumentando el uso de los servicios de planificación familiar, la cobertura de mujeres que reciben controles prenatales adecuados por personal calificado, y cobertura de niños que reciben un esquema de suplementación e inmunización completa. Dentro de las actividades del Componente 2, se espera aumentar el porcentaje de mujeres con atención de parto institucional, la referencia para emergencias obstétricas y de niños con bajo peso y talla para la edad. A través de las actividades del Componente 3, se espera aumentar el porcentaje de médicos y enfermeras para la atención en las áreas priorizadas, adecuar la oferta en el segundo nivel de atención, y aumentar los servicios de laboratorio para el tratamiento de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles. En la red fija, también se espera la puesta en marcha de nodos de servicio, el refuerzo al sistema de referencia y contrareferencia, y el aumento en el porcentaje de usuarios nominalizados.
- Iniciativa Salud Mesoamérica 2015: está dirigida a cerrar la brecha en materia de cobertura y calidad de salud a través de intervenciones de probada eficacia para el 20% más pobre de la población mesoamericana, principalmente mujeres y niños menores de cinco años. Se lanza el 14 de junio de 2010 y representa la consolidación de un aporte financiero de B/. 142 millones por parte de la Fundación

Bill & Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim de la Salud y el Gobierno de España, que es administrado por el BID.

Entre los principales resultados esperados figuran:

- Reducir en alrededor 15% promedio la mortalidad infantil en los países de la región en el 20% más pobre
- Atender a cerca de 260,000 niños pobres con intervenciones de salud para reducir la desnutrición crónica.
- Reducir la anemia en niños menores de 2 años en 15 puntos porcentuales en 7 de los ocho países de la región.
- Lograr que el 90% de niños menores de 2 años del quintil más pobre tengan esquemas de vacunación completos.
- Incrementar en 50% los partos que se atienden con personal calificado y así reducir la muerte de madre y recién nacidos.

No\_\_\_

Favor

investigar\_\_\_\_\_

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 X

La estrategia AIN-C para la evaluación nutricional prioriza a los niños menores de 2 años.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

No se ha logrado todavía establecer una planificación con la participación de los diferentes actores sociales de las comunidades debido a múltiples factores tales como la poca estabilidad de los líderes de las comunidades y de grupos organizados.

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

Sí X

Aquí se determina una cantidad de población en un espacio geográfico a la que se le brinda una oferta sostenida de atención por una instalación de salud. Esta organización facilita el acceso de la población de responsabilidad a los servicios de salud, hay una racionalización en la utilización de los recursos de salud, favorece el proceso de toma de decisiones y el proceso de atención programada.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí X, ¿Qué criterios utilizaron en la definición?

Se utilizaron los siguientes criterios:

- La división política de la Comarca en corregimiento. Sólo se dispone de un Distrito que se divide en cuatro corregimientos
- La densidad de población
- La accesibilidad geográfica de la población a las instalaciones de salud existentes

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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?

Estos derechos y deberes deben estar inmersos como elementos claves o fundamentales en un nuevo modelo de atención que se quiera implementar. Si se conoce la Ley, esta regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y de decisión libre e informada.

Se aplica a través de consentimientos informados no estandarizados para procedimientos de diagnóstico o terapéutico y quirúrgicos, la cartera de prestación de servicios a la vista, la confidencialidad de la información, el expediente clínico sistematizado y reservado, la oferta de cuidados paliativos

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

Sí X, ¿Qué aspectos sería necesario fortalecer? ¿Qué estrategias sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud?

En área como la nuestra, de muy difícil acceso, se requiere fortalecer el proceso de educación y actualización continua del recurso humano técnico, educación a distancia, incentivar a los trabajadores (pasantías, Diplomados, maestría, entre otros), mejorar las condiciones de estadías del personal técnico, el equipamiento adecuado de las instalaciones de salud y mejora del ambiente de trabajo (infraestructura, equipos, maquinarias).

Entre las estrategias a desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de salud tenemos:

- La capacitación continua del profesional a través de becas, pasantías, cursos, etc;
- Bonificaciones en base al desempeño
- La suficiente contratación de recurso humano idóneo para evitar la multiplicidad de funciones y el desgaste del profesional existente

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Por las condiciones inhóspitas del área donde trabajamos nuestros funcionarios residen en casa médica mientras otras han acondicionado un área para residencia y en donde no es posible, el sistema alquila lo mejor disponible (situación engorrosa por los trámites que hay que realizar).

Los autóctonos del área que viven en la comarca pueden representar aproximadamente un 10%.

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?

Sí X,

En las instalaciones de salud hay integralidad en la prestación de los servicios de salud al paciente. Al momento de su llegada a la institución el paciente pasa por los diversos servicios ofertados por la misma independientemente del servicio al cuál acude.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

## 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?

Los criterios de evaluación de la gestión local se basan en los lineamientos de normas establecidas.

Este proceso lo realiza los coordinadores regionales, los directores médicos y la dirección regional.

Se evalúan a través de los siguientes elementos:

- Existencia de insumos disponibles para la ejecución de la labor
- Indicadores de salud
- Monitoreo de las actividades.
- Auditoria de expedientes
- Auditoria social

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

No hay una revisión periódica de la Cartera de servicios. De acuerdo a los recursos que el sistema regional va adquiriendo la cartera de servicios se enriquece en las instalaciones de salud al tener en cuenta la demanda y necesidades de la población.

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

Este es el modelo que actualmente se utiliza

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

Tenemos:

- Fortalecimiento de la estructura de personal
- Mejoramiento de la capacidad instalada
- Implementación de programas de docencia en los nuevos modelos de atención

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

En nuestro sistema de urgencias en el aspecto de evacuación del paciente grave este se da a través de dos formas: una por vía aérea a través de SISED y la otra por vía marítima-terrestre a través de las lanchas institucionales y de la ambulancia disponible en la sede regional (no factible para el traslado en el área de Mulatupu por la distancia). Por vía aérea hay que establecer contacto con Salud 0, esperar la aprobación para la evacuación y posteriormente la llegada del transporte aéreo que va a realizar el traslado. En este proceso se puede tardar más de tres horas en lograr la evacuación del paciente, por lo que hay que tratar de ver donde se produce el nudo crítico que retarda el proceso. Por lo que es esta la vía adecuada para la evacuación de pacientes en nuestra área de trabajo.

6. ¿Se utiliza el TRIAGE?

Sí\_\_\_, ¿Cuales han sido los resultados de su implementación?

---

No X

Favor investigar:

El volumen de pacientes de urgencia que se maneja en las instalaciones no lo amerita en la actualidad, a menos que se dé una situación de contingencia.

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

No necesariamente. El sistema público debe estar más enfocado hacia la medicina preventiva haciendo énfasis en los procesos de Educación, Promoción y Prevención de la salud sin descuidar la atención de la morbimortalidad.

## AMPLIACION DE COBERTURA

1. ¿Cómo debe organizarse la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención?  
Deben existir más instalaciones de salud de primer nivel de atención con segundo y tercer nivel de complejidad (Subcentros y Centros de Salud básicos) cerca de espacios poblacionales definidos dotado con personal más calificado para la prestación de servicios de educación, promoción y prevención, tales como médicos, enfermeras y promotores de salud. Ubicar este tipo de instalaciones de salud más cerca a la población favorecería el acceso de la misma a estos servicios de salud básicos contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad.
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?  
Al tratar de siempre acomodarle la vida a los demás, lo que hacemos es incrementar el comportamiento irresponsable y poco importa de las personas, sintiendo que los responsables por su vida somos el personal de salud y no ellos mismo. Cuando una madre rechaza un traslado de su hijo que está en malas condiciones, el sentir es que los que sufriremos somos el personal de salud; pero no ellos. Pensamos que lo que debemos hacer es promocionar las responsabilidades individuales y la sensibilidad de un control de salud entre la población desprotegida para que utilicen los servicios de salud.
3. ¿Bajo qué normas deben realizarse las giras médicas integrales y las jornadas de atención primaria ambulatoria? ¿Quiénes deben participar?
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?
5. ¿La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? ¿Cómo y Cuándo se aplican? ¿Quién las aplica?  
Estamos de acuerdo que esta estrategia es una buena opción para el incremento de coberturas. Incluso nosotros la utilizamos desde hace rato: cuando el paciente llega a un servicio determinado se aprovecha la oportunidad para brindarle una atención integral. Tomando en cuenta que tenemos comunidades muy dispersas y postergadas.
6. ¿Cuál es el mecanismo de coordinación administrativa (informes, archivo de expedientes y otras) establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales?  
Se establece la coordinación con diferentes organizaciones extra institucionales como SENAFRONT, MEDUCA, MIDES, CONGRESO GENERAL GUNA mediante reuniones, informes de gestión, sala de situación entre otras.

7. ¿En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija?  
La estrategia hace énfasis en actividades dirigidas a ciertos grupos de edad y poblaciones postergadas a quienes la red fija le resulta difícil visitar con más periodicidad.
8. ¿Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado?  
No se disponen de instalaciones de salud de la CSS ni privadas en la Comarca.
9. ¿Se cuenta con un sistema de información único?  
No se cuenta con un sistema de información único en el MINSA.
10. Cuadro N°14 COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

Cuadro No.14

## COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD

	Porcentaje de personas cubierto por el Sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas cubierto por el Estado (Ministerio de Salud)	Porcentaje de personas cubierto por el seguro de Salud	Porcentaje de personas cubierto por el sector privado	Porcentaje de personas sin cobertura
<b>Periodos</b>					
2000	27.0	27.0		0	73.0
2010					
2012					
<b>Género</b>					
Hombre					
Mujeres					
<b>Base Poblacional</b>					



Niños (menores de 1 años)					
Niños de 1 a 4 años					
Personas de 5 a 9 años					
Personas de 10 a 14 años					
Personas de 15 a 19 años					
Personas de 20 a 59 años					
personas de 60 a 64 años					
Adultos mayores (65 años y más)					
<b>Zonas Geográficas</b>					
Urbana					
Rural					
<b>Pertenencia Étnica</b>					
Blanco					
Indígenas					
Afro-descendientes					
Mestizo					
<b>Otros</b>					

FUENTE(S):

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

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

### ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

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

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

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?

El rol se ejerce mediante el cumplimiento de las políticas que emanan del MINSA.

Si, se cumplen y vigilan estos parámetros. ESTA SE REALIZA A TRAVÉS DE monitoreo, supervisión, auditorías (técnica y administrativa). Participan el director regional, los coordinadores regionales, los jefes de departamentos, los directores locales. Se realiza durante todo el año a medidas que los recursos lo permitan.

2. ¿Se conoce la misión, visión, organigrama y funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, de la CSS y del sector privado?

Sí X,

Se conoce la misión y visión del periodo actual y las funciones de cada unidad ejecutora del MINSA, no así el organigrama actual puesto que no se ha dado a conocer, se continua con el de la gestión pasada.

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

### **Visión**

Cambio en la salud de la población, un compromiso de todos para contribuir al desarrollo del país, mejorando las condiciones de vida y bienestar de la población.

### **Misión**

Garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud integral, biopsicosocial, laboral y ambiental, basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación, con eficiencia, equidad, eficacia, calidad, humanidad y transparencia de manera sostenible, fortaleciendo los programas de salud en el marco de una organización social y comunitaria participativa.

La estructura del organigrama regional de Guna Yala no esta completa. No se cuenta con el nivel asesor ni fiscalizador. En el nivel de apoyo no se tiene el Departamento de infraestructura mientras que en el Departamento de Administración y Finanzas algunas secciones son responsabilidad de una persona y no se tiene la secciones de informática, de costo de atención sanitaria, de servicios generales, de imprenta, y de control de inventario.

No\_\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Actualmente no responde a nuestras necesidades por la falta de recursos humanos para cubrir los diferentes departamentos y secciones.

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

Estamos de acuerdo que las regiones que han experimentado un crecimiento poblacional deben ser modificadas para facilitar el proceso de atención de los servicios de salud en las mismas.

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

Sí     

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

---

No X

Favor investigar:

Actualmente no responde a nuestras necesidades por la falta de recursos humanos para cubrir los diferentes departamentos y secciones.

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

Hay descentralización del nivel nacional al nivel regional en aproximadamente un 75% en lo que a finanzas se refiere y del nivel regional al local no se ha iniciado nada por la falta de recursos humanos y logística.

Este proceso debe darse gradualmente a medida que los recursos humanos idóneos sean incrementados.

Debe tomarse en cuenta el aspecto financiero, la logística y la tecnología apropiada.

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

No aplica para nuestra región

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

Sí X

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

Corresponde a establecer líneas de autoridad (de arriba hacia abajo) a través de los diversos niveles y delimitar la responsabilidad de cada administrado o servidor ante solo un supervisor inmediato. Esto permite

ubicar a las unidades administrativas en relación con las que le son subordinadas en el proceso de la autoridad.

Define como se dividen, agrupan y coordinan formalmente las tareas en los puestos.

Toda organización cuenta con una estructura, la cual puede ser formal o informal. La formal es la estructura explícita y oficialmente reconocida por la empresa.

En base a esto la estructura orgánica actual guarda relación con los procesos sanitarios al establecer las líneas de autoridades y el grado de jerarquía de los departamentos según niveles: directivo, coordinador, asesor, fiscalizador, de apoyo, técnico, operativo ejecutivo y el operativo ejecutor.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

La establecida por el MINSA, la cual no se tiene completa por la falta de recursos humanos idóneos.

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

Sí X

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

Cada jefe de departamento lo aplica en su proceso operativo de trabajo en el momento en que se requiere (compras, contabilidad, presupuesto, almacén, transporte, tesorería, entre otros).

No \_\_\_

Favor investigar:

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

No se dispone de instalaciones del seguro social en la región.

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

Fortalezas:

- Una mayor integración del equipo de salud
- La mística de trabajo del equipo de salud

Debilidades:

- No se respeta la línea de jerarquía.
- Ausencia de una oficina de enlace propia con capacidad instalada adecuada.
- Escasez de recursos humanos
- Escasez de tecnología apropiada
- Desabastecimiento de insumos

- Falta de transportes terrestre y marítimo para el traslado de insumos.
- Ausencia de línea telefónica exclusiva para compras y almacén.

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

Sí

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

---

No

Favor investigar \_\_\_\_\_

¿Cuáles y cómo?

---

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

Sí

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

No

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Sí

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

Los planes operativos anuales desarrollados en la región se realizan siguiendo los lineamientos establecidos en las políticas de salud. Estas políticas de salud enfocan el accionar de la región de salud.

No

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Los planes operativos anuales se introducen cada año en el SIMEPESS. En el nivel regional nadie lo monitorea actualmente.

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

Esta situación incide en el retraso y baja productividad en los procesos.

Existen muchos nudos críticos que afectan el desempeño:

- Subvenciones atrasadas
- Recorte presupuestario
- Entrega tardía de insumos (medicamentos, laboratorio, médico quirúrgicos, odontología, imagenología)

Los nudos críticos pueden ser transformados a través:

- Una mayor corresponsabilidad entre el nivel central y el nivel regional.
- Agilización de los tramites regionales a nivel central
- Asignación presupuestaria adecuada

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

Las decisiones se toman en base a las debilidades encontradas en la parte técnica y administrativa. Los correctivos se pueden subsanar de forma verbal o escrita en todos los niveles de actuación.

Se prioriza de acuerdo a los criterios disponibles en las normas existentes de cada departamento.

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

La coordinación regional de provisión es la que realiza estas funciones y la ejerce a través de giras periódicas y los informes de las unidades bajo su responsabilidad según la estructura regional funcional.

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

Sí

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

---

No

Favor investigar:

Actualmente no, pero la Dirección regional ha tomado la iniciativa de la creación de la coordinación regional de Monitoreo y Evaluación para el análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud. La misma será complementada con el Departamento de Planificación Regional para el monitoreo de las tareas.

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

No contamos con acceso a internet.

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

No contamos con esta tecnología

23. ¿Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica, (por ejemplo para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar el

tipo de servicio a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitalización)?

Nos permite el conocimiento de la morbilidad de la población que nos ayuda en la adquisición de insumos y así mejorar la prestación de los servicios de salud en la población.

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

Sí X

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

Se dispone de telemedicina, pero no son utilizadas por la falta de fluido eléctrico permanente. Igualmente se cuenta con la espirometría.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

## FOTOGRAFÍA N°8: INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

### PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

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

Cada 5 años con las diferentes coordinaciones regionales, jefe de departamento y secciones, y la dirección regional.

2. ¿La planificación regional es participativa?

Sí X

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: Internamente se hace todo lo posible por involucrar a las coordinaciones regionales, Jefe de departamentos, Jefe de secciones y a los directores médicos del nivel operativo en las actividades de planeación regional. El proceso puede verse afectado por la carga de trabajo que pueda tener cada responsable en el momento de la planificación regional.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Participan las coordinaciones regionales, Jefe de departamento, Jefe de secciones y Directores médicos del nivel operativo. Se efectúa con una periodicidad anual.

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

Sí \_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



No

Favor investigar: no se dispone de instalaciones de la CSS.

5. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

Sí

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

---

No

Favor investigar: no se dispone de instalaciones de la CSS.

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

Sí

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

---

No

Favor investigar: no se dispone de instalaciones de la CSS.

7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?

No aplica

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

Sí

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

---

No

Favor investigar:

No hay participación de otros actores sociales en el proceso de planificación sanitaria. Pueden estar influyendo muchos factores para esto tales como la logística, la dispersión geográfica, la disponibilidad de los actores y la premura con que hay que presentar el proyecto.

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

Actualmente no se da, pero somos conscientes de la necesidad de este proceso a futuro.

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?

La región tiene establecido anualmente una reunión técnica administrativa donde se miden las metas establecidas en cada programa a través de la cobertura. Todo el nivel operativo ejecutor participa presentando sus logros, limitaciones y proyecciones.

11. ¿Existen los planes estratégicos quinquenales, los planes operativos anuales, están definidas las estrategias y ruta crítica?  
Sí   
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:  
Existen los planes operativos anuales de cada nivel operativo ejecutor y de las coordinaciones regionales con sus diferentes indicadores de medición, objetivo y resultados esperados basados en las políticas de salud definidas por el MINSA.  
No   
Favor investigar \_\_\_\_\_
12. ¿Se utilizan los análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos?  
Sí   
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:  
Estos elementos son cruciales para la elaboración de los planes operativos porque nos ayudan a identificar y priorizar los problemas, y por ende, establecer las estrategias para la mejora.  
No   
Favor investigar \_\_\_\_\_
13. ¿Estos planes incluyen a otras entidades del sector?  
Sí   
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:  
  
No   
Favor investigar: no existen otras entidades del sector salud en nuestra región.
14. ¿Conoce el sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento?  
Sí   
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:  
Registro de existencia: inventario actualizado mensualmente,  
Registro de movimiento: entradas, salidas, mermas,  
Registro de consumo: cantidad entregada al cliente en las instalaciones.  
Toda esta información logística se realiza a nivel regional y local  
CICLO LOGÍSTICO:  
A) Selección del producto  
B) Estimación de necesidades y adquisiciones  
C) Control del Inventario, almacenamiento y distribución  
D) Servicio al cliente  
En todo el proceso del ciclo logístico existe un sistema de administración logística y Controles de Calidad.

La Coordinación de Farmacia se encarga de la Selección del Producto y Estimación de necesidades y adquisiciones.

El Almacén Regional realiza el Control del Inventario, Almacenamiento y Distribución de los insumos.

Las instalaciones de salud se encargan de la satisfacción al cliente.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Se realizó una gira de capacitación dirigida a todo el personal encargado de administrar los suministros en las instalaciones locales de salud.

El Departamento de Farmacia de la Región de Salud de Kuna Yala, es el que maneja los componentes del ciclo logístico.

Se ha implementado parcialmente en el área de laboratorio, medicamentos, odontología y médico quirúrgico en la parte de insumos.

## PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

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

Sí X

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

Los presupuestos se efectúan con base a los indicadores y objetivos contenidos en el plan estratégico regional. Anteriormente se había formulado de manera histórica. El presupuesto está construido en función de objetos de gasto y de las necesidades apremiantes de las instalaciones de salud.

Después de aprobado el presupuesto la asignación financiera se recibe desde el gobierno central (MEF) al Minsa, y luego a la región mediante subvenciones mensuales asignadas por unidad ejecutora depositadas a una sola cuenta del Fondo de Trabajo.

La región cuenta con autonomía para ejecución de los rubros presupuestarios, a la vez que se pueden modificar mediante traslados de partidas solicitados al nivel central, el cual es aprobado sin dificultades. Se permite la redistribución del Remanente Financiero anual aprobado por la Dirección de Finanzas del Minsa y el Ministerio de Economía y Finanzas.

Se realiza en base a los resultados obtenidos de la gestión anterior

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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?

El presupuesto de la región se recibe por objeto de gasto, se desconoce esta distribución.

A nivel del Ministerio de Salud para el 2014 se aprobó mediante la Ley 75 de 22 de octubre 2013, en gaceta oficial 27400 la siguiente proporción:

Salud Pública	19.0 %
Atención a la Población -	13.4 %
Salud Ambiental	5.2 %

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?

Los directivos son los responsables de elaborar el presupuesto de funcionamiento y se les exige que sean lógicos en la formulación, así como que los mismos respondan a las necesidades. Se están estableciendo las relaciones entre la producción y situación de salud de cada una de las áreas. El planificador se encarga de consolidar a nivel regional y presentar el anteproyecto de presupuesto. Este se sustenta a nivel regional.

El seguimiento para la ejecución presupuestaria lo efectúa la Administración Regional. El Planificador y Director Regional se involucran en el seguimiento de la ejecución de los turnos extras a médicos, enfermeras y personal técnico.

A partir del 2011 se inicia el proceso de Rendición de Cuentas del Fondo Regional a nivel financiero, involucrando a las secciones de Contabilidad, Tesorería, Bienes Patrimoniales y Presupuesto y cumpliendo con normas establecidas por Contraloría General. Esta rendición es trimestral y auditada por el Depto. de Auditoría Interna del Minsa.

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

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

---

No

Favor investigar: en estos convenios las regiones hacían todo lo posible por cumplir, pero el nivel nacional no cumple su parte correspondiente dando las herramientas necesarias para alcanzar las metas.

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

Sí

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

El programa de mejoramiento de la equidad y fortalecimiento de los servicios de salud, la iniciativa mesoamericana 2015, dialogo nacional de apoyo del fondo mundial para el control de la tuberculosis, VIH/SIDA y la malaria.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí\_\_\_

Si \_\_\_\_\_ es \_\_\_\_\_ si, \_\_\_\_\_ comente \_\_\_\_\_ cuales:

\_\_\_\_\_

No\_\_\_

Favor investigar: El presupuesto de Kuna Yala se recibe por objeto de gasto. Se desconoce este %. A nivel del Minsa el presupuesto para Salud Pública en el 2012 fue de 18.2%, en el 2013 un 15.8% y en el 2014 presenta un 19.0%, lo cual indica un incremento del 3.2%

## INCENTIVOS

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

Sí X

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

A nivel regional se ha gestionado el pago de transporte, ya sea aéreo o marítimo, a los funcionarios de salud de las Áreas sanitarias más distantes de la Comarca (Ustupu, Mulatupu, Puerto Obaldía). En el área sanitaria de Puerto Obaldía se considera la entrada y salida mensual del funcionarios mientras que en las áreas sanitarias de Ustupu y Mulatupu es alterno (un mes sí, un mes no)

A nivel nacional se estableció los del Bono de incentivo por desempeño del funcionario tanto técnico como administrativo que se paga en el mes de diciembre y el formato varia del acuerdo al gremio dirigido. A nivel de los médicos tiene un escalafón.

A nivel del proyecto de Mejoramiento de la equidad y el fortalecimiento de los servicios de salud se manejan incentivos económicos y no económicos. En el económico se tiene el Bono de desempeño el cual se logra a través del cumplimiento de 10 indicadores sanitarios, y el no económico también depende de dichos indicadores y puede ser a través de bonos vale Panamá (alimentos) y uno institucional para la compra y reparación de equipos, entre otros

No\_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Sí \_\_\_

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

\_\_\_\_\_

No X

Favor investigar: no se evalúa el desempeño en base a lo esperado en la atención según el cumplimiento de las normas vigentes del ministerio de salud.

Administrativo: hay una parte en la evaluación que es muy superficial, no se especifica bien, son muy ambiguas, faltarían muchos criterios a desarrollar.

3. ¿Cuáles han sido introducidos?

El bono de incentivo por desempeño anual, principalmente

4. ¿Para qué categorías de personal?

Para personal técnico y administrativo.

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

Sí \_\_\_

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

\_\_\_\_\_

No X

Favor investigar: no se aplican ninguno de los dos objetivos, el formulario no hace referencia a productividad ni antigüedad; este debe modificarse y buscar evaluar, la calidad, efectividad y eficacia del trabajo del funcionario. Aunque el personal administrativo si se evalúa por productividad.

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

Sí X

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: si se ejerce con objetividad debe impactar en el buen desarrollo de los servicios de salud.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

## SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

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

Con respecto al servicio de odontología las especificaciones técnicas para los equipos e insumos sanitarios son determinadas por el Departamento de Salud Bucal del MINSA en conjunto con Provisión de Servicios de Salud.

La coordinación regional de farmacia realiza criterios técnicos basados en las especificaciones técnicas determinadas por el Departamento de Farmacia y Drogas del nivel central.

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

Sí X

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

Kardex: sistema de tarjeta de control que es utilizado a nivel regional y local

Existencia física: se realiza en forma manual mensualmente, es utilizado, de igual manera, a nivel regional y local.

Se envía a cada coordinador las existencias para que realicen los cálculos de las necesidades de cada insumo y controlar su fecha de vencimiento.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

3. Descríbalo ¿Qué estándares se han definido y si se actualizan? ¿Quién y ¿Cómo se definieron?

El principio de los estándares se basan en PEPE (primero en expirar primero en entregar)

Control de calidad de temperatura y humedad.

Sistema de control de inventario con máximos y mínimos

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

La unidad ejecutora hace la nota de solicitud adjunta con la requisición (excepto el nivel local) dirigida al Director Regional con copia a la Administración y Provisión de salud, luego se remite a la Sección de compras. De allí se manda a Presupuesto para verificar si hay fondos presupuestario, luego que se le pone la partida se busca las firmas del Director Regional, Administración y Jefa de compras y de la unidad solicitante. Después de todas las firmas se procede dependiendo del monto; si es más de 3 mil dólares se cotiza en Panamá Compra, si es menos se consigue dos o tres cotizaciones para proceder con la compra. Si es insumos sanitarios se pide el registro sanitario, declaración jurada, y paz y salvo del MEF y del Seguro, aviso de operación y la copia de la cedula del representante legal. También, la intercambiabilidad para medicamentos si se necesita.

Limitaciones:

- Expediente listo, pero se demora el criterio técnico porque los coordinadores están en giras en el nivel local (principalmente en medicamentos). Los otros insumos tienen convenio marco (precio establecido)
- Los precios de los insumos son muy onerosos, principalmente en los medicamentos, quedando desiertos por el precio de referencia

- Para repuestos se requiere del número de activo fijo, número de serie, número de chasis (vehículos), modelo, marca.
- El tiempo que se demora para enviar los criterios al nivel nacional (informática, DIS, asesoría legal) y el refrendo de control fiscal.
- Falta de recursos humanos
- La cantidad de distribuidores, la existencia en el país y el costo elevado.

Puede mejorarse:

- A través de un sistema de calificación de proveedores, precios establecidos y comparación de precios.
- Una descripción más precisa, específica por parte de la unidad solicitante
- Un carro para la sección de compras exclusivo para la cotización
- Recursos humanos: cotizadores (2),
- Línea telefónica exclusiva para los trámites de la sección de compras.

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

Sí X

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

La región realiza las compras conjuntas de todos los insumos sanitarios que están contenidos en los convenios.

Se hace compras con fondos internacionales en el proyecto de Mejoramiento de la Equidad y la iniciativa Mesoamericana.

PMEFSS:

La región tiene los fondos y todas las compras se hacen a través del departamento de compras y son evaluados por una firma externa. De hecho también pasa por control fiscal

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Los proveedores se evalúan en función de:

- Cumplimiento de entrega
- Calidad de productos entregados

Para la evaluación se utilizan los convenios técnicos aprobados. Entre los mecanismos se establecen notas de recepción y despacho y para controlar las pérdidas se emplea un sistema de alarma. Este sistema puede ser mejorado a través de un sistema de código de barra.

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

Sí X



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

Existe el conocimiento de la comisión evaluadora del MINSA pero en el nivel regional no se ha conformado la misma. Cada coordinador hace la función de la comisión evaluadora.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

8. ¿Cómo se establecen los acuerdos de pago a proveedores, para cada una de las fuentes de financiamiento (presupuesto regular, autogestión y otras)? Por medio del presupuesto regular a través de compras a crédito (máximo de 120 días para cumplir con el pago) o al contado (el proveedor tiene mínimo 10 días hábiles y máximo 30 días para entregar)

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

Farmacia y drogas y la Dirección general de salud envían circulares informando sobre fraude con el nombre de las empresas para que las regiones estén atenta a esta situación.

Actualmente para el descarte se solicita la lista de los medicamentos vencidos y el peso total, sin embargo no están bien definido todavía el proceso de descarte a nivel regional por parte del nivel central. Actualmente los medicamentos vencidos están acumulado en cada una de nuestras instalaciones esperando ese proceso y ocupando un espacio que se requiere.

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

Sí X

Si es si, comente cuales: el programa LSS/SUMA da la información de los insumos que vencen a los a 90 días y 180 días.

No\_\_\_

Favor investigar el uso del LSS/SUMA en su almacén regional de insumos y suministros sanitarios

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 nivel nacional tiene un cronograma de entrega bimensual a las regiones de salud. Una vez que los suministros se encuentren en el almacén regional son distribuidos bimensualmente a las instalaciones de salud.

Limitantes: falta de transporte terrestre y marítimo para la entrega de insumos, falta de insumos (combustible), falta de personal administrativo para la recepción, distribución y las entregas en sitio.

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

No disponemos de instalaciones de la CSS

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 X

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

La coordinación de salud bucal realiza la priorización de las compras de insumos según las principales causas de morbilidades que se presentan en las comunidades e igualmente tomando en cuenta el equipamiento de las clínicas dentales y la disponibilidad del recurso humano.

PMEFSS: elabora al inicio de cada año un plan de adquisición de medicamentos y activos en base a las 10 principales causas de morbimortalidad según grupo de edad en la Región y considera el tratamiento establecido en los protocolos. Esta información es utilizada por la coordinación de nutrición para estimar sus necesidades.

La compra de medicamentos y médico quirúrgico están centralizadas en el nivel nacional, lo cual no permite la adquisición de medicamentos acordes con nuestras necesidades, y ocasionalmente tenemos desabastecimiento de medicamentos acordes a nuestro perfil de morbimortalidad.

Las coordinaciones de laboratorio y nutrición, toman en cuenta dicho perfil y los riesgos de la población para la adquisición de sus insumos y equipos.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Se realiza en base a los formularios de consumo mensual y anual que recibe el coordinador regional de los niveles locales.

15. ¿Cómo se registra la información de consumo?

Las coordinaciones de odontología, médico quirúrgico y medicamentos les solicitan a los niveles locales la entrega mensual de los formularios normados de consumos de sus respectivos insumos para entonces hacer un consolidado regional y enviarlo al nivel nacional.

16. Conoce las modalidades de compra?

Sí X

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

Compra menor: de 1000.00 -30,000.00 dólares. Se usa en la región.

Contratación directa: no importa el monto. Verificamos que hay un solo proveedor que distribuye ese insumo.

Licitación pública: esta no se usa en la región

Compra por mejor valor: se toma en cuenta los aspectos técnico, administrativo, financiero, económico ofertados por los proponentes. No se usa en la región

Contratación de concesiones:

Licitación por mejor valor con evaluación separada: casi no se usa

Compra por el proceso de caja menuda: son las compras de un centavo hasta 1000.00. Se usa por la región

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí

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

Los principales componentes en el área de farmacia son: Recepción, Almacenamiento, Control de Inventarios, Control de temperatura y humedad, Control de Existencias, Distribución.

No existen áreas físicas de recepción, cuarentena, y área de distribución.

Recepción: A pesar de no contar con un área de recepción, la actividad de recibo de insumo, revisión y cotejo de cantidad se da a nivel de la Oficina de enlace.

Almacenamiento: Existe un área física para almacenamiento que es insuficiente para la demanda de insumos.

Control de inventarios:

Control de temperatura y humedad: El Almacén Regional se encuentra ubicado en los Llanos de Carti que no cuenta con electrificación rural, lo que afecta la temperatura y humedad que deben tener los insumos. Poseemos una Planta eléctrica que sólo funciona por 10 horas /día de lunes a viernes. Por lo tanto no se cumple con los Manuales de Procedimientos.

Control de existencias: Permite conocer las cantidades existentes de los insumos que cada instalación debe disponer en un tiempo determinado (generalmente tres meses), lo que facilita saber la caducidad, déficit y un superávit de los mismos.

Distribución: se hace en coordinación con Administración para su envío a las diferentes instalaciones de salud. Este proceso depende de la disponibilidad de lanchas, combustible, factores climáticos,

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí

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

Hace años se presentó un proyecto para la construcción de un almacén regional de insumos sanitarios en la Sede en Carti, pero no se le dio seguimiento.

Hay áreas habilitadas para el depósito de los insumos sanitarios en la sede regional y en la oficina de enlace.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

## SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

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

Sí X

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

El sistema de información es una herramienta fundamental para la creación de estrategias para la implementación de programas y políticas desarrolladas por las autoridades de salud encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población. Las estadísticas de salud constituyen la base principal para el análisis de la situación de salud y de una planificación estratégica para la toma de decisiones.

1. Sistema de información de Estadística de Salud (SIES)

Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Violencia doméstica

Sistema Informático Perinatal

Actividades de servicios intermedios y otros que están en formato excell

2. Sistema de Vigilancia en salud Pública (sisvig)

Notificación obligatoria - ENO

Registro de Admisión y Egreso (RAE)

Vigilancia de Mortalidad (VIGMOR)

RRHH: el nivel nacional cuenta con dos estructuras que es la de EPD manejado directamente por la Contraloría y la estructura del MINSA donde abarca todos los funcionarios técnicos y administrativos (planilla, posición, cargos, salarios, salarios presupuestados, entre otros). La región no cuenta con ese sistema, ya se ha solicitado, pero todavía no se ha instalado.

SIREGES: herramienta utilizada por el programa PMEFSS creado bajo la modalidad de gestión por resultados. Esta herramienta se implementó en el año 2012 en las instalaciones de salud que son objetos de capitas según el convenio de gestión. Esta herramienta es utilizada para dar seguimiento a las actividades de los beneficiarios y verificar mediante los reportes el cumplimiento de las coberturas de atención, dada por el prestador de salud con la implementación de la cartera de prestaciones priorizadas. La información que se ingresa a la herramienta es nominal y utiliza como fuente primaria los datos escritos en el expediente clínico, durante la atención de salud de los beneficiarios.

SIES: este sistema es el utilizado para registrar y consolidar las actividades que realiza el personal de salud en cada jornada de trabajo, entre ellas las morbilidades, aplicación de suplemento de hierro, aplicaciones de suplementos alimenticios. Para la recolección de la información que se

genera en la atención se utiliza un formulario llamado registro diario de actividades (REGES)

SIP: este sistema recoge y analiza la información clínica de la embarazada y su propósito es de contribuir a la reducción de la morbilidad materna perinatal (REGES)

PAI: esta herramienta informática permite recolectar y registrar los datos de vacunación facilitando los cálculos de los indicadores de inmunización. Es manejado en la Región por el Departamento de Enfermería.

SIPE: sistema en el cual aseguramos a nuestros funcionarios directamente y con él podemos hacer la planilla para el pago obrero patronal de seguro social

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí X

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

El SIREGES y SIES permite rescatar ciertos aspectos de salud de los beneficiarios lo que permite detectar fallas en la atención de una manera oportuna para tomar acciones correctivas y efectivas.

RRHH: si lo tuviera sería efectivo para conocer la situación administrativa del funcionario en relación a su salarios, cambio de categoría, entre otros; se reduciría los errores cuando se hacen los cuadros de resoluciones ejecutivas; se agilizaría el proceso interno.

La información disponible se toma en cuenta para poder establecer las estrategias a seguir para contribuir al mejoramiento de los procesos técnicos administrativos dentro de la región.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

La calidad de la evaluación es realizada a través de una depuración de las bases de datos emanadas de los niveles locales buscando las inconsistencias y errores de registro, haciendo los correctivos pertinentes antes de enviarla al nivel nacional.

El equipo técnico de REGES del nivel regional es quien realiza la evaluación mensualmente, cuando es necesario se les informa de las anomalías encontradas para que sean subsanadas en su base de datos local.

La auditoría informática es efectuada por un técnico de REGES que funge como supervisor encargado de la base de datos de la Región de Kuna Yala.

SIREGES: se hace una evaluación bimestral a nivel del equipo de gestión, Dirección de provisión de servicios de salud del nivel nacional, la UGSAF y la Auditoría externa (GESAWORLD)

La auditoría informática es un proceso llevado a cabo por profesionales capacitados para el efecto y consiste en recoger, agrupar y evaluar evidencia para determinar si un sistema de información salvaguarda el activo manteniendo la integridad de los datos.

En base a esta definición se aplica parcialmente la auditoría informática en ciertos departamentos, tales como contabilidad, compras, farmacia a través de auditoría interna.

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

SIREGES: esta emite reportes con información del estado de salud de cada beneficiario lo que nos permite darle seguimiento y evaluar la eficacia. Primero identifico el periodo a evaluar, ya sea bimestral o cuatrimestral, luego usamos el cruce de variables, se compara, se filtra y se depura para identificar las debilidades, lo que nos lleva a utilizar ciertos procesos transformadores como el uso de matrices de seguimiento en promoción, prevención y atención. Si es oportuno, porque te lo da en tiempo real. Lo único malo es la efectividad del proceso a nivel local, no se ejecuta en el nivel operativo los correctivos que surjan del análisis de la información.

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

Sí

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

SIREGES: si están definidos sus usos y contenidos en los componentes de promoción, prevención y atención.

La información es utilizada por las autoridades del nivel nacional, dirección regional y local, coordinaciones de programas y su contenido está definido siguiendo las normas definidas por el nivel nacional.

No

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

De acuerdo a la necesidad que se presente en un momento determinado

El Departamento de Estadística brinda la información a solicitud del interesado de forma impresa, en formato digital o la envía vía correo.

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

Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:  
El sistema de formación está diseñado para dar respuesta por instalación de salud tomando en cuenta el sexo, los grupos de edad y según los diferentes centros de producción de nuestra región.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

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

Sí \_\_\_

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:  
Contamos con un sistema de información de estadísticas de salud siguiendo los parámetros del nivel nacional, sin embargo la estrategia PFMESS tiene un sistema paralelo que maneja información diferente a pesar de que los instrumentos utilizados para el registro es el mismo.  
Considero que se pueden hacer las adecuaciones correspondientes en el SIES y se evitarían el sobre registro de actividades.

No\_\_\_

Favor investigar\_\_\_\_\_

## CATASTRO

### EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

### EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

#### Cuadro No. 16

#### NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
<b>No. Total de camas</b>		66		
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
<b>No. de servicios de imagenología</b>		1		
• <b>No. De Ultrasonidos</b>		0		
• <b>No. De Rayos X</b>		1		

• No. De Panorex		0		
• No. De Periapical		0		
• No. De CAT		0		
• No. De Mamógrafos		0		
• No. De Equipos de resonancias magnéticas				
No. de Laboratorios Clínicos				
No. de Bancos de Sangre		0		
No. de Farmacias				
No. de Sillones Dentales Completo Incompleto				

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

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

1. Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?  
No tenemos estos tipos de estudios.
2. Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados?  
Los pacientes acuden espontáneamente a retirar sus laboratorios clínicos en un 95%.
3. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?  
El porcentaje es de 0.1%, lo que representa un valor muy bajo. Esta partida generalmente no se utiliza porque hay que ejecutarla a través de órdenes de compra y nadie quiere ir a hacerlo en nuestra comarca ya que representa un gasto ostentoso y lo asignado no cubre lo mismo.
4. ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.  
No contamos con personal de mantenimiento, pero se requiere con suma urgencia disponer de este personal para las tareas de mantenimiento preventivo y correctivo que requiere la región.



5. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos?  
El monto asignado aproximadamente es 0.05%.
6. Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?  
Se utiliza los criterios de rendimiento, eficiencia y calidad del equipo a adquirir.

## FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

### COMPENSACION DE COSTOS

1. ¿Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, comente sus experiencias?  
Sí \_\_\_\_  
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:  
No tenemos convenios de compensación. Sin embargo, se brinda la atención a toda la población asegurada demandante, ya que somos los únicos proveedores de servicios de salud en la Comarca.  
No \_\_\_\_  
Favor investigar \_\_\_\_\_
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?  
Se envía mensualmente un resumen estadístico de la producción de los servicios por tipo de pacientes al nivel nacional quién a su vez lo remite al departamento de costo del nivel central.
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?  
No aplica para nuestra región. Alrededor del 90% de nuestros servicios ofertados son gratuitos.
4. Las tarifas establecidas responden a los costos reales? Sobre qué bases se estiman? Cómo deben ajustarse?  
Sí \_\_\_\_  
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:  
No tenemos tarifas establecidas sólo costos simbólicos estandarizados en todas las instalaciones de salud.  
No \_\_\_\_  
Favor investigar \_\_\_\_\_

5. Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo?  
Somos únicos prestadores de servicios de salud.

## FUENTES DE FINANCIACION

1. Se han reducido las brechas en gasto total en salud per cápita y gasto público per cápita.

Sí \_\_\_

Si es si, comente cuales: \_\_\_\_\_

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

2. ¿Qué porcentaje del producto interno se destina al sector salud?  
Favor investigar: A nivel del MINSA en el 2012 fue de 5.2 %, 2013-7.6 %  
No contamos con este % a nivel regional

3. ¿Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público?  
La región es financiada por el presupuesto público en un 97%, un 3% se da por autogestión.

4. ¿Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios?  
El fondo de administración en cada instalación maneja los recursos producto de la recaudación. Los aportes más relevantes que se cubren bajo la autogestión son: Compra de medicamentos, materiales para mantenimiento y reparación, materiales de oficina, combustible, pasajes para el traslado de pacientes a recibir atención especializada en Panamá.

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 contamos con patrono.

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

Sí X

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

A pesar de que existen tarifas pre-establecidas, se exonera o se hacen rebajas, el aporte se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios. El sistema actual no es efectivo, porque la persona cuando realiza arreglos de pago deja una morosidad no recuperable.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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?

Utilizamos los indicadores socio-económicos dados por el MEF y es el regente de la instalación (médico-enfermera) quien realiza la evaluación socio-económica de los pacientes, ya que no se dispone de trabajadores sociales en el nivel operativo. No se recuperan los costos, ya que la población no tiene capacidad de pago. Las modificaciones deben propender al cobro según tarifas reales, clasificación de usuarios de acuerdo a recursos. Se debe negociar con la comunidad para que se cobren los costos en los que se incurren durante la atención de salud.

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

Ha sido positivo en el incremento de cobertura de programas. Sin embargo, ha afectado grandemente los ingresos de las diferentes instalaciones de salud que ha mermado su capacidad de respuesta ante situaciones que en un momento determinado el nivel regional no le pueda dar solución por los nudos críticos del proceso de gestión regional.

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

Sí X

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

El Estado debe subsidiar a la población marginada y de extrema pobreza, Incluye al 65% de la población no asegurada.

Actualmente se está subsidiando los siguientes grupos poblacionales: <5 años, maternas, escolares, adolescente, adulto mayor y enfermedades crónicas, HIV/SIDA, Tuberculosis pulmonar, entre otros.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

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

Sí \_\_\_

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

No X

Favor investigar:

Este subsidio no es garante de la equidad sanitaria, contribuye a la misma por estar destinada a grupos poblacionales con bajo poder adquisitivo ayudando a satisfacer algunas necesidades básicas.

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

Sí

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

---

No

Favor investigar:

Las donaciones a nivel regional no constituyen un renglón relevante, pero a nivel de algunas comunidades son de gran importancia (infraestructura, equipamiento, medicamentos y otras), aunque en algunas ocasiones se han recibido medicamentos vencidos, es indispensable que se establezcan normas para regular este tipo de donaciones, se recomienda una evaluación previa de la donación, entre el regional y la entidad donante.

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

El club rotario de Oklahoma que está patrocinando un proyecto encaminado a la erradicación de la Escabiasis en la Comarca.

Grupo Smile de Canadá quienes anualmente nos brindan apoyo en la atención gratuita odontológica y además, realizó una donación de 2 sillones dentales.

**La Embajada americana apoyando la modernización de infraestructura en la comarca** (de la cual ha sido favorecida el área de Mulatupu)

El SENACYT con la instalación de una infoplaza en el Hospital Marvel Iglesias. También donaron equipos médicos y de provisión eléctrica (eólica y solar)

La iniciativa mesoamericana 2015 para disminuir la morbimortalidad materna e infantil.

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

Sí

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

Los costos actuales favorecen la sobre utilización de los servicios de salud y la falta de recursos humanos limitan la prestación del servicio. Los costos no se recuperan porque se cobra a los no asegurados, las personas utilizan los servicios sin necesitarlos por los bajos costos que el sistema ofrece.

Provoca el denominado síndrome de Burn Out afectando la eficiencia del sistema por el exceso de la carga de trabajo en un sistema donde predomina la multiplicidad de funciones por la escasez de recursos humanos.

No

Favor investigar:

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

Sí \_\_\_

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

En la región existen registros de información confiable y oportuna sobre los gastos públicos de salud, pero no privado ni de bolsillo.

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

¿Cuál? ¿Quién la elabora y cómo?

La información que se recoge se refiere al grado de avance de la ejecución presupuestaria, elaborada por la sección de presupuesto regional y el informe de la sección de contabilidad, los mismos se envían al nivel central, y se elaboran mensualmente.

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

Sí \_\_\_

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

\_\_\_\_\_

No X

Favor investigar:

Las partidas asignadas para este tipo de adquisiciones son manejadas directamente en el nivel central.

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).

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?

Sí \_\_\_

Si es si, comente cuales:

\_\_\_\_\_

No \_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

## 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)?
  - Modernización y creación de nuevas infraestructuras de primer nivel de atención en segundo y tercer grado de complejidad (Subcentros de Salud y Centros de salud básicos): la gran mayoría de nuestras instalaciones de salud ya han sobrepasado su vida útil, sus estructuras están totalmente deterioradas a punto de colapsar, por lo que requieren de procesos de reposición, mejoramiento y ampliación Somos de la idea que los Puestos de Salud no debieran existir en estos tiempos modernos.
  - Dotación de maquinarias, equipos y tecnologías adecuadas a las instalaciones de primer y segundo nivel de la Región: modernización del equipo de transporte marítimo (motores fuera de borda y bote de fibra de vidrio), adquisición de tecnologías apropiadas de acuerdo al grado de complejidad de la instalación (Oxímetro de pulso, Doppler obstétrico, EKG, USG, Espirómetro, entre otros)
  - Equipos básicos de salud completo en cada una de las instalaciones de salud
  - Abastecimiento oportuno y suficiente de insumos
  - Capacitación continua del RRHH
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?
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?
4. Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.  
Sí   
Si es si, comente cuales:  
El Hospital Rural Inabaguinya del área Sanitaria de Mulatupu su construcción y del Puesto de Salud de Carreto financiado por la Embajada de los Estados Unidos.  
No   
Favor  
investigar \_\_\_\_\_
5. ¿Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado?  
Sí

Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo: El mismo dispone de los siguientes componentes: Maquinarias y equipos, Infraestructura y Agua potable.

- Maquinarias y equipos: abarca un conjunto de estos elementos según renglón presupuestario por instalación de salud que se desarrolla al inicio de cada año durante la realización del Anteproyecto de Presupuesto para el año fiscal correspondiente.
- Infraestructura: abarca el conjunto de infraestructuras que requieren un proceso de mantenimiento preventivo o correctivo tipo construcción, reposición, mejoramiento y/o ampliación. Aquí el problema radica, principalmente, en la falta de un arquitecto asignado a la región para completar los criterios establecidos por el MEF para estos tipos de proyectos y lograr que los mismos se puedan llevar a cabo.
- Agua potable: abarca una serie de proyectos destinados al suministro de agua segura a las comunidades de la Comarca, tales como construcción y/o mejoras al sistema de abastecimiento de agua.

No \_\_\_\_

Favor investigar:

6. ¿Consideran que el mismo debe ser revisado y adecuado a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales?

Sí \_\_\_\_

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

---

No \_\_\_\_

Favor investigar \_\_\_\_\_

## RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

### 1. NECESIDADES REGIONALES DE LA DEMANDA:

#### 1.1. De Población:

- Inadecuada utilización de los servicios de salud
- Falta de concientización y orientación para suplir las necesidades básicas.
- Poca integración comunitaria en la solución de los problemas de salud.
- Deficiente participación intersectorial
- Poca apoyo de las autoridades locales hacia el equipo de salud
- Poca apropiación de los problemas de salud por la comunidad.
- Deficiente participación de la comunidad en la conformación de los comités de salud.
- Incremento de embarazos de bajo peso
- Incremento de embarazos en adolescentes.
- Anemia en embarazadas
- Aumento en la tasa de enfermedades diarreicas agudas en < 5 años.
- Aumento de la tasa de infecciones respiratorias agudas en < 5 años.
- Incremento del consumo de drogas
- Incremento de infecciones de VIH y SIDA
- Incremento de casos de tuberculosis.
- Aumento en la infección del virus de Papiloma Humano.
- Violencia intrafamiliar.
- Analfabetismo
- Incremento de la muerte materna.
- Desempleo y pobreza
- Persistencia de los partos extrainstitucional.
- Incremento de la desnutrición

#### 1.2. Del Ambiente:

- Inadecuada disposición de la basura o desechos sólidos.
- Baja calidad del agua de consumo.
- Inadecuada disposición de residuos sólidos y excretas.
- Insuficiente dotación de agua potable.
- Insuficiencia en la infraestructura de las viviendas.
- Destrucción de arrecifes
- Contaminación del litoral con productos tóxicos y desechos sólidos.
- Deforestación.



**2. NECESIDADES REGIONALES DE LA OFERTA:**

- Capacidad instalada deficiente.
- Infraestructuras deterioradas no saludables
- Escasez de recursos humanos calificados e idóneos.
- Insuficiente dotación de laboratorios
- Poca vigilancia en la producción, manejo y venta de alimentos
- Deficiencia en el suministro de insumos a las instalaciones de salud.
- Poco desarrollo del sistema de información
- Escasez de equipo de transporte marino
- Deficiencia en el transporte de insumos al área.
- Deficiencia en el almacenamiento de insumos
- Ausencia de mecanismos que estimulen la productividad del recurso humano
- Poco desarrollo gerencial en el ámbito regional y local
- Dependencia administrativa del nivel central
- Limitada interacción de la medicina tradicional y la medicina moderna
- Poca credibilidad hacia las autoridades de salud.
- Poca comunicación de salud hacia la comunidad.
- Inaccesibilidad de los servicios de salud.
- Inadecuada disposición de los desechos sólidos hospitalarios.
- Escasas capacitación al manipulador de alimentos
- Escasas inspecciones sanitarias.

### **SELECCION Y PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD:**

Iniciamos este proceso con la determinación de las manifestaciones de los problemas identificados considerando su magnitud, su tendencia secular, el grupo de edad más afectado y las localidades más afectadas (CUADRO N° 1).

Luego continuamos con la priorización y selección de los problemas de salud identificados mediante el uso de los siguientes criterios de priorización: magnitud (a), Trascendencia (b), Potencialidad epidémica (c), Vulnerabilidad (d), y capacidad organizativa y costo (e) (CUADRO N° 2).

Cada problema identificado se analiza de acuerdo a estos cinco criterios. A cada criterio de priorización se le aplica una puntuación correspondiente a una escala del 1-5: Muy baja= 1, Baja= 2, Media= 3, Alta= 4, Muy alta= 5. Por último, se suman los puntajes adjudicados a cada problema y se categorizan de acuerdo a la siguiente escala:

<u>Puntos</u>	<u>Prioridad</u>
23-25	A
20-22	B
<19	C

En donde: A= Muy prioritario, B= Prioritario, C= Menos prioritario

## GRUPO N° 1

## Priorización de problemas de salud

Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
Inadecuada utilización de los servicios de salud	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	1	2	3			16
Falta de concientización y orientación para suplir necesidades básicas	Media/Baja/Todas/Todas	3	2	2	2	3			12
Poca integración comunitaria en la solución de los problemas de salud	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Deficiente participación intersectorial	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Poco apoyo de las autoridades locales hacia el equipo de salud	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Poca apropiación de los problemas de salud por la comunidad	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	4	1	1	3			14
Deficiente participación de la comunidad en la conformación de los comités de salud	Alta/Mantener/Todas/Todas	5	3	2	2	2			14
Embarazos de bajo peso	Alta/Aumentar/MEF/Todas	5	4	5	5	5	24		
Embarazos en adolescentes	Alta/Aumentar/10-19 años/Todas	4	5	5	5	5	24		

Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
Enfermedades diarreicas agudas en < 5 años	Alta/Aumentar/<5años/Todas	5	4	4	4	5		22	
Infecciones respiratorias agudas en < 5 años	Alta/Aumentar/<5años/Todas	5	5	4	4	5	23		
Consumo de droga	Alta/aumento/10-19 años/Todas	5	5	5	5	5	25		
Tuberculosis	Alta/aumento/Todas/Todas	5	5	4	5	4	23		
Inadecuada disposición de basura o desechos solidos	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Baja calidad de agua en el consumo	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Inadecuada disposición de residuos sólidos y excretas	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	4	5	24		
Insuficiente dotación de agua segura	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Capacidad instalada deficiente	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	4	5	4	23		
Infraestructuras no saludables	alta/Aumentar/Mayoría/Mayoría	5	5	4	5	5	24		

Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
		Escasez de recurso humano idóneo	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	4	4	4	4	
Poca vigilancia en la producción, manejo y venta de alimentos	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Deficiencia en el suministro de insumos	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	4	4	4	4		21	
Escasez de equipo de transporte marino	Alta/Aumentar/Todas/Todas	4	4	3	3	4			18
Limitada integración de la medicina tradicional y la medicina moderna	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	4	4	4		22	
Poca comunicación de salud hacia la comunidad	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	4	24		
Inaccesibilidad de los servicios de salud	Alta/Aumentar/Todas/Mayoría	5	5	5	4	5	24		
Inadecuada disposición de los desechos sólidos hospitalarios	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Escasa capacitación al manipulador de alimentos	Alta/Mantener/Todas/Todas	5	3	5	5	5	23		
Escasas inspecciones sanitarias	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		

## GRUPO Nº 2

## Priorización de problemas de salud

Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
Inadecuada utilización de los servicios de salud	Media/Aumentar/Todas/Todas	3	5	4	4	4		20	
Falta de concientización y orientación para suplir necesidades básicas	Alta/Aumentar/Todas/Todas	4	4	2	5	4			19
Poca integración comunitaria en la solución de los problemas de salud	Alta/Aumentar/Todas/Todas	4	5	3	5	4		21	
Deficiente participación intersectorial	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	5	2	5	3			19
Poco apoyo de las autoridades locales hacia el equipo de salud	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	5	2	5	3			19
Poca apropiación de los problemas de salud por la comunidad	Alta/Aumentar/Todas/Todas	4	4	3	4	3			18
Deficiente participación de la comunidad en la conformación de los comités de salud	Alta/Baja/Todas/Todas	5	5	3	4	4		21	
Embarazo de bajo peso	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	4	5	4	23		
Embarazos en adolescentes	Alta/Aumentar/Adolescentes/Toda	5	5	4	5	5	24		

Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
Anemia en embarazada	Alta/Aumentar/Embarazadas/Todas	5	5	4	4	3	23		
Enfermedades diarreicas agudas en < 5 años	Alta/Aumentar/<5años/Todas	5	5	4	5	3	22		
Infecciones respiratorias agudas en < 5 años	Alta/Alta/< años/Todas	5	5	4	5	3	22		
Consumo de droga	Alta/aumento/Todas/Todas	5	5	5	5	4	24		
Tuberculosis	Alta/aumento/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Cobertura de toma de Papanicolaou	Alta/Aumentar/MEF/Todas	5	5	4	5	5	24		
Analfabetismo	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	5	3	5	3		21	
Muerte materna	Alta/Alta/Embarazadas/Toda	5	5	5	5	5	25		
Desempleo y pobreza	Alta/Alta/Todos/Todas	5	5	4	5	4	23		
Partos extra institucionales	Alta/Alta/Embarazadas/Todas	4	4	4	5	4		21	
Satisfacción de los servicios de salud	Media/Mantener/Todas/Todas	5	5	3	5	4		22	
Inadecuada disposición de basura	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		

Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
		Baja calidad de agua en el consumo	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	4	24
Inadecuada disposición de residuos sólidos y excretas	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	3	23		
Falta de mantenimiento de estructuras	Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	3	5	4		22	
Falta de mantenimiento a las infraestructuras de la vivienda del personal	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	5	4	5	4		22	
Falta de espacio geográfico para desarrollo rural	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	4	3	5	3			19
Capacidad instalada deficiente	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	5	4	5	3		21	
Infraestructuras no saludables	Alta/Aumentar/Mayoría/Mayoría	5	5	3	5	4		22	
Escasez de instalaciones periféricas (sector Cartí)	Alta/Mantener/Algunas/Algunas	5	5	4	5	4	23		
Escasez de recurso humano idóneo	Alta/Aumentar/Todas/Todas	4	5	5	5	3		22	
Poca vigilancia en la producción, manejo y venta de alimentos	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	5	4	5	3		22	



Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
		Deficiencia en el suministro de insumos	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	5	3	5	3	
Escasez de transporte marino	Alta/Aumento/Todas/Todas	4	5	3	5	3		20	
Deficiencia en el transporte de insumos al área	Alta/Aumento/Todas/Todas	4	5	4	5	3		21	
Deficiencia en el almacenamiento de insumos	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	5	4	5	3		22	
Ausencia de mecanismos que estimule la producción del RRHH	Alta/Aumento/Todas/Todas	4	5	4	5	3		21	
Limitada interacción de la medicina tradicional y moderna	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	5	5	5	4	24		
Poca comunicación hacia la comunidad	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	4	3	5	4		21	
Inaccesibilidad de los servicios de salud	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	5	5	5	3	23		
Inadecuada disposición de los desechos hospitalarios sólidos	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	5	5	5	3	23		
Escasa capacitación al manipulador de alimentos	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	5	4	5	3		22	
Escasas inspecciones sanitarios	Alta/Aumento/Todas/Todas	5	5	4	5	3		22	

## GRUPO Nº 3

## Priorización de problemas de salud

Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
Inadecuada utilización de los servicios de salud	Baja/Mantener/20-59 y 60 y +/Todas	2	2	2	2	2			10
Falta de concientización y orientación para suplir necesidades básicas	Baja/Mantener/Todas/Todas	2	2	1	3	3			11
Poca integración comunitaria en la solución de los problemas de salud	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	4	5	4	4		21	
Deficiente participación intersectorial	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	4	4	4	4		20	
Poco apoyo de las autoridades locales hacia el equipo de salud	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	4	4	4	4		20	
Poca apropiación de los problemas de salud por la comunidad	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	4	4	4	4		20	
Deficiente participación de la comunidad en la conformación de los comités de salud	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	4	4	4	4		20	
Embarazos en adolescentes	Muy Alta /Incrementar/Adolescentes/Todas	5	5	4	5	5	24		

Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
Anemia en embarazada	Muy Alta/Disminuir/Embarazadas/Todas	5	4	4	4	3		20	
Enfermedades diarreicas agudas en < 5 años	Alta/Mantener/< años/Todas	4	4	4	4	4		20	
Infecciones respiratorias agudas en < 5 años	Alta/Mantener/< años/Todas	4	4	4	4	4		20	
Consumo de droga	Alta/aumento/adolescentes y adultos 20-59/Todas	4	4	4	4	4		20	
Abandono al TAES	Alta/aumento/adolescentes y adultos 20-59/Todas	4	4	4	4	4		20	
Cobertura de toma de papanicolau	Alta/Mantener/ población de 10-59/Todas	4	4	4	4	4		20	
Partos extrainstitucionales	Alta/Mantener/Embarazadas/Toda	4	4	4	4	4		20	
Inadecuada disposición de basura o desechos solidos	Muy Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Baja calidad de agua en el consumo	Muy Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		

Necesidades identificadas	Manifestaciones Magnitud/Tendencia/Gs Edad/Localidades	Criterios de priorización					Selección		
		a	b	c	d	e	A	B	C
		Inadecuada disposición de residuos sólidos y excretas	Muy Alta/Aumentar/Todas/Tod	5	5	5	5	5	25
Insuficiente dotación de agua potable	Muy Alta/Aumentar/Todas/Todas	5	5	5	5	5	25		
Capacidad instalada deficiente	Alta/Mantener/Todas/Todas	4	4	3	4	4	23		
Infraestructuras no saludables	Muy alta/mantener/Algunas/Algunas	5	5	5	5	5	25		
Escasez de instalaciones periféricas (sector Cartí)	Alta/Mantener/Algunas/Algunas	4	4	4	4	4		20	
Escasez de recurso humano idóneo	Muy alta/Aumentar/T	5	5	5	5	5	25		

## **MUY PRIORITARIOS:**

### **GRUPO 3: 25 PUNTOS**

- Poca integración comunitaria en la solución de los problemas de salud
- Deficiente participación intersectorial
- Poca apoyo de las autoridades locales hacia el equipo de salud
- Incremento del consumo de drogas
- Inadecuada disposición de la basura o desechos sólidos 1
- Baja calidad del agua de consumo 3
- Insuficiente dotación de agua segura 2
- Poca vigilancia en la producción, manejo y ventas de alimentos
- Inadecuada disposición de los desechos sólidos hospitalarios
- Escasa inspección sanitaria

### **GRUPO 2: 25 PUNTOS**

- Incremento de la TB
- Incremento de la muerte materna
- Inadecuada disposición de la basura o desechos sólidos 1

### **GRUPO 1: 25 PUNTOS**

- Incremento de embarazos en las adolescentes
- Inadecuada disposición de la basura o desechos sólidos 1
- Baja calidad de agua de consumo 3
- Inadecuada disposición de excretas y agua servida
- Insuficiente dotación de agua segura 2
- Capacidad instalada deficiente
- Infraestructuras no saludables
- Escasez de recursos humanos calificados e idóneos
- Deficiencia en el almacenamiento de insumos

### **GRUPO 3: 24 PUNTOS**

- Incremento de embarazo de bajo peso
- Incremento de embarazo en adolescente
- Inadecuada disposición de excretas y agua servida
- Infraestructura deteriorada no saludable
- Poca comunicación de salud hacia la comunidad
- Inaccesibilidad de los servicios de salud

### **GRUPO 2: 24 PUNTOS**

- Incremento del embarazo en adolescente
- Incremento del consumo de drogas
- Baja cobertura de la toma de Papanicolaou
- Baja calidad de agua de consumo

- Limitada interacción de la medicina tradicional y moderna

#### GRUPO 1: 24 PUNTOS

- Incremento de embarazo de bajo peso
- Incremento de embarazo en adolescente
- Inadecuada disposición de residuos sólidos y excretas
- Infraestructuras no saludables
- Poca comunicación de salud hacia la comunidad
- Inaccesibilidad de los servicios

#### GRUPO3: 23 PUNTOS

- Aumento de la tasa de infecciones respiratoria en <5 años
- Incremento de TB
- Capacidad instalada deficiente
- Escasa capacitación de manipuladores de alimentos

#### GRUPO 2: 23 PUNTOS

- Incremento de bajo peso
- Anemia en embarazada
- Desempleo y pobreza
- Inadecuada disposición de excretas y agua servidas
- Inaccesibilidad a los servicios de salud
- Inadecuada disposición de los desechos hospitalarios sólidos

#### GRUPO 1: 23 PUNTOS

- Aumento en la tasa de infecciones respiratorias en < 5 años
- Incremento de TB
- Capacidad instalada deficiente
- Escasa capacitación al manipulador de alimentos

#### **NECESIDADES IDENTIFICADAS MUY PRIORITARIAS: 25 PUNTOS**

- Poca integración comunitaria en la solución de los problemas de salud
- **Deficiente participación intersectorial**
- Poco apoyo de las autoridades locales hacia el equipo de salud
- Incremento del consumo de drogas
- **Inadecuada disposición de la basura o desechos sólidos**
- **Baja calidad del agua de consumo**
- **Insuficiente dotación de agua segura**
- Poca vigilancia en la producción, manejo y ventas de alimentos
- **Inadecuada disposición de los desechos sólidos hospitalarios**
- Escasa inspección sanitaria
- Prevalencia de la TB
- Incremento de la muerte materna

- Incremento de embarazos en las adolescentes
- **Inadecuada disposición de excretas y agua servida**
- **Capacidad instalada deficiente**
- **Infraestructuras no saludable**
- **Escasez de recursos humanos calificados e idóneos**
- Deficiencia en el almacenamiento de insumos

#### **NECESIDADES IDENTIFICADAS MUY PRIORITARIAS: 24 PUNTOS**

- Incremento de embarazo de bajo peso (común a 2 grupos)
- Incremento de embarazo en adolescente (común a los 3 grupos)
- Inadecuada disposición de excretas y agua servida (común a 2 grupos)
- Infraestructura no saludable (común a dos grupos)
- Poca comunicación de salud hacia la comunidad (común a dos grupos)
- Inaccesibilidad de los servicios de salud
- Incremento del consumo de drogas
- Baja cobertura de la toma de Papanicolaou
- Baja calidad de agua de consumo
- Limitada interacción de la medicina tradicional y moderna
- Inaccesibilidad de los servicios

#### **NECESIDADES IDENTIFICADAS MUY PRIORITARIAS: 23 PUNTOS**

- Aumento de la tasa de infecciones respiratoria en <5 años (común a dos grupos)
- Capacidad instalada deficiente (común a dos grupos)
- Escasa capacitación de manipuladores de alimentos (común a dos grupos)
- Incremento de embarazo de bajo peso
- Anemia en embarazada
- Desempleo y pobreza
- Inadecuada disposición de excretas y agua servidas
- Inaccesibilidad a los servicios de salud
- Inadecuada disposición de los desechos hospitalarios sólidos

**ACCIONES EFICACES DE ATAQUE A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS**

PROBLEMA	POLITICA Minsa	OBJETIVO DE CAMBIO	INTRA INSTITUCIONAL			EXTRASECTORIAL	PERIODO DE EJECUCIÓN		INDICADOR DE EVALUACIÓN	MONITOREO	META O PRODUCTO ESPERADO	IMAGEN OBJETIVO
			EN EL NIVEL LOCAL	EN EL NIVEL REGIONAL	EN OTRO NIVEL		INICIO	FINAL				
Infraestructuras no saludables	<b>Política de Salud 2010-2015:</b> EJE 2 Política 9 Estrategia 9.1 Línea de acción 9.1.1 Estrategia 9.2 Línea de acción 9.2.4 y 9.2.5 <b>Plan de Gobierno:</b> Objetivo 1.3 Estrategia 1.3.3	Modernizar la red de servicios de salud de la Región	Informe local de daños a las infraestructuras acompañada de evidencias fotográficas	Diagnóstico de la infraestructuras de la red de servicios	Solicitud de apoyo a la DIS para la evaluación de la red de servicios por un personal calificado e idóneo	<b>Contratación de personal calificado e idóneo para la evaluación de la red de servicio</b>	01/01/15	30/06/15	Porcentaje de instalaciones de salud evaluadas	Bimestral	100% de la red de servicios de salud evaluadas por personal calificado e idóneos	Red de servicios de salud mejorada en un 90% en el periodo 2015-2019
				Selección y priorización de las infraestructuras y elaboración de perfiles de proyectos (reposición, ampliación, construcción, etc)	Elaboración de los planos por la DIS de las infraestructuras priorizadas	Ingresos de los proyectos priorizados al Banco de proyectos del MEF	01/07/15	31/12/17	Porcentaje de proyectos ingresados al Banco de Proyectos	Trimestral	100% de las infraestructuras con grado de priorización muy alta ingresadas al Banco de Proyectos o con financiamiento internacional	
				Elaboración del Plan quinquenal de inversiones en infraestructuras 2015-2019		Gestión con organismo internacionales para el financiamiento de los proyectos priorizados			Porcentaje de proyectos priorizados con financiamiento internacional			
				Elaboración del programa quinquenal de mantenimiento 2015-2019			01/01/15	30/03/15	Planes elaborados disponibles	Mensual	Plan quinquenal de inversiones y mantenimiento de infraestructuras elaborados	



CARACTERÍSTICAS DE LAS INFRAESTRUCTURAS				
N°	INSTALACIONES DE SALUD ACTUALES	ESTADO O CONDICIÓN	PRIORIDAD	TIPO DE MEJORAMIENTO
1	Centro de Salud Básico de Wichuhuala	Regular	Baja	Mantenimiento y Reparación
2	Centro de Salud con camas de Cartí	Mala	Alta	<b>Mejoramiento (Reposición)</b>
3	Centro de Salud con camas de Río Sidra	Bueno	Muy baja	Mantenimiento y Reparación
4	Centro de Salud Básico de Río Azúcar	Bueno	Muy baja	Mantenimiento y Reparación
5	Centro de Salud con camas de Narganá	Malo	Muy alta	<b>Mejoramiento (Reposición)</b>
6	Centro de Salud Básico de Río Tigre	Malo	Muy alta	<b>Mejoramiento (Reposición)</b>
7	Centro de Salud Básico de Ticantiki	Malo	Muy alta	<b>Mejoramiento (Reposición)</b>
8	Puesto de Salud de Ukupa	Malo	Alta	Mejoramiento (Ampliación y Rehabilitación)
9	Centro de Salud con camas de Playón Chico	Malo	Muy alta	<b>Mejoramiento (Reposición)</b>
10	Centro de Salud Básico de Tupile	Malo	Alta	Mejoramiento (Ampliación y Rehabilitación)
11	Hospital Marvel Iglesias	Regular	Baja	Mantenimiento y Reparación
12	Centro de Salud Básico de Achutupu	Malo	Alta	Mejoramiento (Ampliación y Rehabilitación)
13	Centro de Salud Básico de Mamitupu	Malo	Muy alta	<b>Mejoramiento (Reposición)</b>
14	Centro de Salud con camas de Ustupu	Malo	Muy alta	<b>Mejoramiento (Reposición)</b>
15	Centro de Salud Básico de Mansucun	Malo	Alta	Mejoramiento (Ampliación y Rehabilitación)
16	Hospital Rural Inabaguinya	Bueno	Muy baja	Mantenimiento y Reparación
17	Centro de Salud Básico de Tubuala	Malo	Muy alta	<b>Mejoramiento (Reposición)</b>
18	Puesto de Salud de Carreto	Bueno	Muy baja	Mantenimiento y Reparación
19	Centro de Salud Básico de Armila	Malo	Muy alta	<b>Mejoramiento (Reposición)</b>
20	Centro de Salud con camas de Puerto Obaldía	Regular	Alta	Mejoramiento (Ampliación y Rehabilitación)
21	Puesto de Salud de La Miel	Malo	Muy alta	<b>Mejoramiento (Construcción)</b>
	Sede Regional	Malo	Alta	Rehabilitación y Remodelación

ACCIONES EFICACES DE ATAQUE A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS												
PROBLEMA	POLITICA MINSA	OBJETIVO DE CAMBIO	INTRA INSTITUCIONAL			EXTRASECTORIAL	PERIODO DE EJECUCIÓN		INDICADOR DE EVALUACIÓN	MONITOREO	META O PRODUCTO ESPERADO	IMAGEN OBJETIVO
			EN EL NIVEL LOCAL	EN EL NIVEL REGIONAL	EN OTRO NIVEL		INICIO	FINAL				
Baja calidad del agua de consumo	<b>Política de Salud 2010-2015:</b> Eje 2 Política 5 Estrategia 5.2 Línea de acción 5.2.1 Política 3 Estrategia 3.2 Línea de acción 3.2.9	Mejorar la calidad del agua de consumo humano en las comunidades	Toma y envío de muestras de agua al laboratorio central	Fortalecimiento de las JAAR mediante capacitación y supervisión continua	Suministro periódico y oportuno de insumos (clorinadores, cloro, etc) por la JAAR		01/01/15	30/04/19	Porcentajes de JAAR funcionando adecuadamente	Trimestral	Abastecer de agua segura al 100% de las comunidades	100% de la población de responsabilidad con acceso a agua segura
				Diagnóstico y Evaluación periódica del sistema de acueducto comunitario	Plan de agua Iniciativa Mesoamerica 2015 (12 comunidades)/ Fondo de agua (14 comunidades)	Apoyo de las gestiones de las JAAR por las autoridades locales, actores sociales e intersectoriales	01/01/15	31/12/15	Porcentaje de acueductos con sistema completo	Bimestral		
Insuficiente dotación de agua segura	<b>Plan de Gobierno:</b> Eje 1 Objetivo 1.2 Estrategia 1.2.1	Suministrar de agua segura a toda la población		Mejoras, Mantenimiento y Reparación de acueductos	Inversión nacional y por Proyectos	Apoyo financieros de ONG's y organismos internacionales	01/01/15	31/12/18	Porcentaje de acueductos mejorados, construidos y/o reparados	Semestral		
				Construcción/Reposición de nuevos acueductos								



ACCIONES EFICACES DE ATAQUE A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS												
PROBLEMA	POLITICA MINSA	OBJETIVO DE CAMBIO	INTRA INSTITUCIONAL			EXTRASECTORIAL	PERIODO DE EJECUCIÓN		INDICADOR DE EVALUACIÓN	MONITOREO	META O PRODUCTO ESPERADO	IMAGEN OBJETIVO
			EN EL NIVEL LOCAL	EN EL NIVEL REGIONAL	EN EL NIVEL CENTRAL		INICIO	FINAL				
Escasez de RRHH calificado e idóneo	<b>Política de Salud 2010-2015:</b> Eje 1 Política 6 Estrategia 6.1 Línea de acción 6.1.1 6.1.2 <b>Plan de Gobierno:</b> Eje 1 Objetivo 1.3 Estrategias 1.3.3 1.3.4 1.3.6 1.3.7 1.3.8	Fortalecer la cartera de prestación de servicios de salud con recursos humanos calificados e idoneos	Elaboración de las necesidades de RRHH por instalación de salud	Identificar Reposiciones por jubilaciones, destituciones y renuncia	Creación de nuevas plazas/Sostenibilidad de las existentes	Gestión interinstitucional , ONG's, Diputados para nombramiento de recursos humanos	01/01/15	31/12/15	Porcentaje de plaza disponible nueva y de reposición logradas	Trimestral	Recursos humanos disponibles en las instalaciones de salud según nivel de complejidad	100% DE LAS INSTALACIONES DE SALUD DISPONGA CON EL RECURSO HUMANOS REQUERIDO SEGÚN GRADO DE COMPLEJIDAD
				Diagnóstico de las necesidades de RRHH por instalación de salud		Coordinación con instituciones para la Gestión de becas para la formación de RRHH en salud	01/01/15	28/02/15	Disponibilidad del Dx	Mensual		
				Elaboración del Anteproyecto de Recursos Humanos 2016		Coordinación con instituciones formadoras de recursos humanos	01/01/15	30/03/15	Anteproyecto de RR HH disponible	Mensual		
				Elaboración de una base de datos de necesidades de formación de RRHH			01/01/15	28/02/15	Base de datos disponible	Mensual		
				Creación de posiciones nuevas			01/01/15	31/07/15				

ACCIONES EFICACES DE ATAQUE A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS												
PROBLEMA	POLITICA MINSA	OBJETIVO DE CAMBIO	INTRA INSTITUCIONAL			EXTRASECTORIAL	PERIODO DE EJECUCIÓN		INDICADOR DE EVALUACIÓN	MONITOREO	META O PRODUCTO ESPERADO	IMAGEN OBJETIVO
			EN EL NIVEL LOCAL	EN EL NIVEL REGIONAL	EN OTRO NIVEL		INICIO	FINAL				
Deficiente participación intersectorial	<b>Política de Salud 2010-2015:</b> Eje 3 Política 4 Estrategia 4.1 Líneas de acción: Todas <b>Plan de Gobierno:</b> Eje 1 Objetivo 1.3 Estrategia 1.3.3	Establecer una coordinación efectiva y continua entre las diferentes instituciones gubernamentales y comunitarias		Creación de una comisión de trabajo intersectorial y social a través de la Gobernación.		Elaborar una carta de compromiso de Participación activa de los actores sociales.	01/01/15	31/03/15	Comisión de trabajo conformada	Mensual	Participación y cooperación activa entre las instituciones gubernamentales y sociales	Coordinación y colaboración efectiva interinstitucional y comunitaria
				Elaboración de cronogramas de reuniones			01/07/15	31/12/15	Porcentaje de reuniones realizadas	Mensual		
				Reunión de análisis de proyecto								



ACCIONES EFICACES DE ATAQUE A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS												
PROBLEMA	POLITICA MINSA	OBJETIVO DE CAMBIO	INTRA INSTITUCIONAL			EXTRASECTORIAL	PERIODO DE EJECUCIÓN		INDICADOR DE EVALUACIÓN	MONITOREO	META O PRODUCTO ESPERADO	IMAGEN OBJETIVO
			EN EL NIVEL LOCAL	EN EL NIVEL REGIONAL	EN EL NIVEL NACIONAL		INICIO	FINAL				
Inadecuada disposición de la basura	<b>Política de Salud 2010-2015:</b> Eje 2 Política 3 Estrategia 3.2. Línea de acción 3.2.10 <b>Plan de Gobierno:</b> Eje 1 Objetivo 1.2 Estrategia 1.2.1	Concienciar a la población de la adecuada disposición de la basura para la salud de las personas y del ambiente	Conformación de comisión para la recolección y disposición final de la basura en las comunidades	Estudio de generación de basura por comunidad		Asesoría nacional e internacional en el manejo de desechos sólidos en comunidades isleñas (embajadas, universidades)	01/01/15	31/12/16	Porcentaje de comisiones conformadas/ Porcentaje de estudios realizados	Mensual	100% de la población con hábitos adecuados en la disposición de la basura.	Total de la población con adecuado manejo y disposición de la basura
			Manejo adecuado de los desechos sólidos	Capacitación continua comunitaria e interinstitucional			01/01/15	31/12/18	Porcentaje de comunidades con manejo de desechos sólidos adecuados	Trimestral		
			Uso de incinerador rural para materiales incinerables en las instituciones (papel, periódicos, telas, etc)	Dotación de incineradores rurales			01/01/15	31/12/18	Porcentaje de instituciones con incineradores rurales instalados y funcionando	Cuatrimestral		
			Implementar metodología de reciclaje (artesanía, triturar los plásticos, etc)				01/01/15	31/12/15	Porcentaje de comunidades utilizando metodología de reciclaje	Cuatrimestral		

ACCIONES EFICACES DE ATAQUE A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS												
PROBLEMA	POLITICA MINSA	OBJETIVO DE CAMBIO	INTRA INSTITUCIONAL			EXTRASECTORIAL	PERIODO DE EJECUCIÓN		INDICADOR DE EVALUACIÓN	MONITOREO	META O PRODUCTO ESPERADO	IMAGEN OBJETIVO
			EN EL NIVEL LOCAL	EN EL NIVEL REGIONAL	EN OTRO NIVEL		INICIO	FINAL				
Inadecuada disposición de los desechos sólidos hospitalarios	<p><b>Política de Salud 2010-2015:</b> Eje 2 Política 5 Estrategia 5.3 Línea de acción 5.3.2</p> <p><b>Plan de Gobierno:</b> Eje 1 Objetivo 1.2 Estrategia 1.2.1</p>	Adecuar los protocolos existentes a la realidad de la comarca	Aplicación de los protocolos	Revisión de las normas y adecuación a la comarca	Asesoría	Asesoría	01/01/15	31/12/15	Porcentaje de instalaciones con disposición adecuada de los desechos sólidos	Trimestral	100% de las instalaciones de salud implementando los protocolos	Total de instalaciones con adecuada disposición de los desechos hospitalarios





ACCIONES EFICACES DE ATAQUE A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS												
PROBLEMA	POLITICA MINSA	OBJETIVO DE CAMBIO	INTRA INSTITUCIONAL			EXTRASECTORIAL	PERIODO DE EJECUCIÓN		INDICADOR DE EVALUACIÓN	MONITOREO	META O PRODUCTO ESPERADO	IMAGEN OBJETIVO
			EN EL NIVEL LOCAL	EN EL NIVEL REGIONAL	EN OTRO NIVEL		INICIO	FINAL				
Inadecuada disposición de excretas y agua servida	<b>Política de Salud 2010-2015:</b> Eje 2 Política 3 Estrategia 3.2 Línea de acción 3.2.10 <b>Plan de Gobierno:</b> Eje 1 Objetivo 1.2 Estrategia 1.2.1	Disponer de sistema de disposición de excretas y agua servida adecuada a la característica de la región	Implementación de la estrategias de promoción	Investigación formativa	Construcción de tanque sépticos en las comunidades costeras y tipo emisario submarino en las islas	Asesoría e investigaciones de campo	2015	2019	Porcentaje de comunidades con disposición adecuada de excretas y agua servida	Cuatrimestral	100% de la población con sistema de disposición adecuada de excretas y agua servidas funcionando	Total de la población utilizando sistema adecuado de disposición de excretas y agua servida para la mejora de la salud individual, familiar y ambiental
				Investigación comunicacional								
				Elaboración de material y para la promoción								
				Capacitación del personal de salud, actores sociales e intersectorial para el uso del material educativo								



# ANEXOS

IDENTIFICACIÓN DE ACTORES  
PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES:

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

Sector económico

Público

Privado

Otro (especifique)

---

Cooperación Internacional (especifique la  
agencia)\_\_\_\_\_

Sector político

Sector Salud

Otro (especifique)

---

Especifique si se responde a acuerdos internacionales o  
nacionales:\_\_\_\_\_

---

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

Si  No

Favor especifique el tipo de Sistema de Salud del país:

Segmentado

Integrado

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

Si  No

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

Fondos estatales

Cooperación Internacional

Sector Privado

Fondos reembolsables con partida nacional

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

Gubernamental (Poder Ejecutivo)

Poder Legislativo

Sociedad Civil organizada en temas de salud

Sociedad Civil organizada general

Sector Privado

Sector académico

Otro (Especifique)

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

Legislativo  Ejecutivo  Ambo  Ninguno

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

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

Si  No

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

FUENTE(S):

Señale en qué etapa está el proceso de democracia en el país:

Transición  Construcción  Consolidación  No Existe

9. ¿Qué poder confieren las leyes a los actores? Favor especifíquelo en el siguiente cuadro:

LEY	ACTOR	FUNCION O RESPONSABILIDAD

#### 10. Posición de los Actores (PA)

Análisis de la posición de los actores en los procesos de cambio de los sistemas de salud. Para el análisis se sugieren las siguientes preguntas:

11. ¿Dónde se ubican las instituciones/organizaciones que representan en relación a su capacidad de acción?

Muy a Favor

Algo a Favor

Neutro

Algo en contra

En contra

12. ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor ante la sociedad?

Positivo X

Negativo

Ninguno

#### ROL DE LOS ACTORES (RA)

13. ¿Cuál es la capacidad de acción (poder) de cada uno de los actores que participan en la reforma para afectar a favor o en contra los resultados de cada objetivo del proceso de cambio?

Alta  Media  Baja

14. ¿Tiene el actor control sobre la información de los procesos de cambio?

Si  No

15. ¿Tiene el actor control sobre los medios de comunicación para la difusión de la información acerca de los procesos de cambio?

Si

Especifique cuáles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No



## Bibliografía

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

## Fuentes Consultadas

Experiencia técnica del personal de:

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