

**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE VERAGUAS
CENTRO DE SALUD DE GUARUMAL**

GUIA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

EQUIPO LOCAL DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

**COORDINACION
DRA. MARÍA MILLER**

**DRA. ROXANA QUINTERO
LIC. RUTH DE LEON
SRA EUFEMIA PINILLA
TEC. ENRRIQUE CRUZ
JEAN BEROY
RODERICK QUINTERO
TAO. MARÍA GARCÍA
LIC. DEXCI HERNANDEZ
DRA MARTA VAZQUEZ
TEC. BEATRIZ RODRIGUEZ
LIC. ANA SANCHEZ
ZULEIKA RODRIGUEZ**

Agradecimiento

Gracias a los esfuerzos del personal médico, técnico y administrativo del Centro de Salud de Guarumal, el apoyo y las correcciones; han sido el instrumento más eficaz con el que se basó para la elaboración de este análisis de situación de salud.

El trabajo desinteresado de los departamentos de medicina, promoción para la salud, saneamiento ambiental, enfermería, odontología y estadística; los cuales trabajaron en equipo e hicieron realidad la confección de este documento.

A todas gracias por su aporte lo cual ha sido de gran ayuda.

INTRODUCCIÓN

El presente informe se refiere a un análisis e identificación de la realidad y necesidades del Centro de Salud de Guarumal, dicho evento se enmarca a solicitud del nivel Regional, y así conocer la realidad sanitaria nacional, regional y local que presenta grandes problemas estructurales y buscar sus posibles soluciones.

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
GUIA 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).

Los principales problemas son los siguientes:

- a. Accesibilidad social que incluye aceptabilidad y disponibilidad económica.
- b. Desigual distribución de los recursos en el sector salud, lo cual obstaculiza realizar una atención preventiva, supervisión y adecuada coordinación y ejecución de planes y estrategias entre los niveles regionales y locales.
- c. Los conflictos de competencia entre las instituciones por ejemplo los usuarios y las mismas autoridades tienen la idea de que el MINSA es el único responsable de realizar las actividades relacionadas con salud pública, sin tomar en cuenta que estas deben realizarse de manera coordinada y de forma intersectorial, donde exista una comunicación con el resto de las instituciones y las autoridades para realizar una adecuada gestión.
- d. Los problemas de género se observan más en las mujeres indígenas y campesinas, las cuales muchas veces no pueden lograr una adecuada atención en salud, ya que tienen que cumplir con sus roles en el hogar, lo cual les imposibilita llegar a las unidades de atención.

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

a. Crear estrategias para llegar a las áreas más vulnerables de nuestra provincia, incentivando a los equipos locales de salud para que realicen giras integrales a aquellas áreas desprotegidas, cuya accesibilidad a las instalaciones de salud es difícil y costosa, realizar visitas domiciliarias a los pacientes.

b. Incentivar la participación ciudadana en salud

c. Que el nivel provincial nos brinde el apoyo para solucionar los problemas graves de infraestructura de los centros y puestos de salud de nuestra provincia, de los cuales muchos están cerrados por falta de personal y otros por daños en su infraestructura.

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. El ordenamiento político administrativo de la Región de Salud de Veraguas en la actualidad está centralizado y burocratizado, lo que repercute en el desarrollo del proceso administrativo en forma negativa ya que dificulta la ejecución fluida del proceso a nivel regional y local, retardando los procesos y por ende la ejecución de las estrategias proyectadas.

Nuestro nivel de avance en el proceso de descentralización es escaso ya que el nivel regional no puede descentralizar si el mismo se encuentra centralizado. Consideramos que este proceso debe darse paulatinamente y directamente proporcional al grado de efectividad del primer nivel y el segundo nivel en desarrollar su rol.

Para ello debe existir capacidad administrativa en el nivel regional y local tanto en recursos suficientes como en el aspecto académico, es decir lograr que el recurso humano que labora en MINSA de nuestra región se mantenga actualizado y empoderado para hacerle frente a las necesidades de cada uno de los niveles locales y regionales.

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

Sí,

Tenemos el Plan estratégico nacional multisectorial de ITS, VIH, SIDA 2009,

Convenio COINSORSA de salud animal y vegetal,

Convenio Bilateral con Perú 2007 sobre seguridad social,

Convenio sobre readaptación profesional y empleo de personas inválidas,

Convenio sobre los enfermos mentales y de febrero de 1998, Proyecto de Convenio Marco para colaboración entre MINSA Panamá y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad del Reino de España del 5 de febrero de 2013, Convenio básico de nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) 20 de febrero de 1946;

Convenio de la ONU de objetivos de desarrollo del Milenio para reducir la pobreza mundial el cual rige de 2012 hasta 2015.

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

Sí,

Experiencia de Panamá con la unión europea:

- SOLEDUSA. Nuevas tecnologías de electrificación en educación y salud en áreas marginadas.

Experiencia con países centroamericanos SICA. Sistema de integración centroamericana.

Áreas de cooperación Externa. OMS y OPS. Consejo de ministros de salud de Centroamérica (COMISCA).

Experiencia de Panamá con Japón (JICA).

- Programa de Jóvenes Voluntarios

Programa de Adulto Mayor Argentina

- Asistencia Técnica

- Intercambio de expertos
- Pasantías
- Cursos y Seminario

Chile

- Intercambio de expertos
- Pasantías
- Cursos y Seminarios

Cuba

- Asistencia Técnica
- Formación de Nuevos Médicos (Prioridad a jóvenes de áreas indígenas)
- Pasantías
- Intercambio de expertos

España – AECI

- Construcción y equipamiento de hospitales
- Construcción y equipamiento de Depósitos de Biológicos (Cadenas de Frío)
- Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud
- Gestión para financiamientos de proyectos de salud.

El ministerio de Salud cuenta también con la cooperación de la unidad de gestión administrativa y financiera conocida como USGAF. Esta unidad se crea como unidad no permanente del nivel asesor, adscrita al despacho superior del MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), facultativo, que será la responsable de la gestión financiera y administrativa de los Programas de Protección Social - Apoyo a la Red de Oportunidades, Componente 3, conforme a los Contratos de Préstamo N°1867/OC-PN celebrado con el Banco Interamericano de Desarrollo y N°7479-PAN celebrado con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y el

Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud conforme al Contrato de Préstamo N°7587-0 PA celebrado con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Su existencia durará el tiempo que sea necesario para culminar la ejecución.

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

Sí,

Las inversiones en el sector salud redundan en el beneficio de la población para lograr el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la misma, lo cual permite a largo plazo ampliar la fuerza de trabajo; para tales efectos se ha incrementado la política nutricional adecuada y Panamá firmó un acuerdo con la ONU para la lucha contra la pobreza para reducirla a la mitad en el 2015. En torno a los ocho objetivos de desarrollo del milenio para erradicar la pobreza extrema y el hambre. De igual forma se han propuesto medidas de seguridad social, con una distribución equitativa de los servicios, creación de fuentes de trabajo y mayor oportunidades de empleo, proyectos de ayuda social como lo son 120 a los 65, Red de Oportunidades, SENAPAN, Beca Universal.

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

- a. Dirección Medica
- b. Departamento de Odontología
- c. Departamento de Enfermería
- d. Departamento de Saneamiento Ambiental
- e. Departamento de Promoción para La Salud
- f. Departamento de Registro Medico
- g. Departamento de Trabajo Social
- h. Departamento de Farmacia.

- i. Coordinación con los distintos coordinadores de programas de los niveles locales que desempeñan un factor importante en la ejecución de los planes estratégicos y con la participación intersectorial a través de la Consejo Municipal donde se establece coordinación con la autoridades del distrito, y los representantes para el apoyo en la gestión.

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 política de salud en el aspecto de mejorar la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud, se incorpora a los programas sociales a través de salud pública, Epidemiología, Control de vectores, DEPA, Promoción a la Salud, Provisión. Dichos programas han permitido que la población acuda más frecuentemente a los centros de salud, con la finalidad de realizarse sus controles de salud, aplicarse sus vacunas y realizarse los estudios de Papanicolaou, examen de mamas y próstata, controles de crecimiento y desarrollo y control nutricional; ya que el MINSA coordina con el MIDES para brindarle la atención oportuna y adecuada a esta población.

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 local y del distrito? En el caso de las Regiones de Salud de San Miguelito y Metropolitana desagregar hasta nivel de corregimiento.

Nuestro sistema de Salud está centralizado por lo tanto esto depende de las macro políticas del Estado, y en el caso de Salud, de las políticas de salud que han estado vigentes en nuestro país. A nivel local las proyecciones son muchas entre ellas enfocarnos en la atención primaria de la salud, haciendo énfasis en la atención integral de la población, del ambiente. Tomar en cuenta la participación ciudadana en la toma de decisiones y planteamientos de estrategias de promoción y prevención, la vigilancia sanitaria, la coordinación interinstitucional para el mejor logro de los objetivos. En cuanto al contexto económico nuestro Centro de Salud se proyecta hacia una realización de presupuesto que vaya acorde a las necesidades reales de nuestra población en materia de gasto en salud, en el nivel primario ya que contamos con una mayor demanda de pacientes a nuestras instalaciones.

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?

Por definición, se llama cambio climático a la: Modificación del clima con respecto al historial climático a nivel local y distrital. Tales cambios se producen a muy diversas escalas de tiempo y sobre todos los parámetros climáticos: temperatura, precipitaciones, nubosidad, etc. En teoría, son debidos tanto a causas naturales (Crowley y North, 1988) como antropogénicas (Oreskes, 2004).

Basados en este fundamento conceptual, podemos indicar que en el Distrito de Soná se han dado varios eventos inundaciones en área de Soná centro, y el área de Rio Grande y existen situaciones que ponen en riesgo de contaminación a los diferentes ecosistemas y por ende involucran riesgos inminentes, a la salud de la población, como la mal usos de agroquímicos, mala deposición de los desechos sólidos, contaminación de las fuentes hídricas.

Entre éstos podemos mencionar:

1- Deficiencias en los procesos de Recolección, Transporte y Disposición final de los Desechos Sólidos y Desechos Sólidos Hospitalarios Peligrosos:

1.a- Desechos Sólidos (Comunes): existen deficiencias notorias en cuanto a la cultura ambiental de la población; la cual en muchas ocasiones tira la basura por cualquier parte o no la ubica en sitios adecuados para que posteriormente los camiones recolectores realicen el trabajo de recolección. Esto se puede observar a nivel de viviendas, instituciones, barriadas, área comercial y otras; situaciones que contravienen lo establecido en el Decreto 384 de 16 de noviembre de 2001 que reglamenta la Ley 33 de 1997, por la que se fijan normas para controlar los vectores del Dengue.

- Desechos Sólidos Hospitalarios Peligrosos: de acuerdo con los resultados obtenidos en la Encuesta Sobre Manejo de los Desechos Sólidos y los DSHP en la provincia de Veraguas del 2010; se pudo determinar que en toda la red de salud (incluye establecimientos públicos y privados), se generan unas 2.26 Ton diarias de desechos, de los cuales el 52.63% corresponden a DSHP; los cuales son tirados directamente en los diferentes vertederos a cielo abierto que existen en la provincia sin recibir ningún de tratamiento o ubicarse en fosas de seguridad. Por otro lado, de acuerdo a lo investigado para desarrollar el trabajo: Propuesta de Plan de Producción Más Limpia, para el Sistema de Segregación, Recolección y Transporte de los Desechos Sólidos Hospitalarios Peligrosos, de la Ciudad de Santiago de Veraguas (Mitre, 2012); se pudo encontrar que existían un total de 63

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Humana y Animal (Veterinarias), en la Ciudad de Santiago (No incluye las del MINSA), de las cuales sólo el 20.63%, contaban con un depósito temporal para colocar los DSHP.

Estas situaciones reflejan la falta de cumplimiento de lo establecido en el Decreto Ejecutivo 111 de 23 de julio de 1999; inclusive por parte de las instalaciones del MINSA, las cuales transportan sus DSHP en un vehículo pick up de la propia institución, sin condiciones adecuadas y que los deposita en hueco ubicado en el vertedero de Atalaya.

El inadecuado manejo de la basura provoca la contaminación de fuentes de agua, suelos y cuando se incendian, del aire. Además, permiten el desarrollo de todo tipo de vectores y pueden provocar heridas tanto en humanos como animales.

Deficiencias en los Sistemas para Drenaje de Aguas Residuales y Alcantarillados Sanitarios:

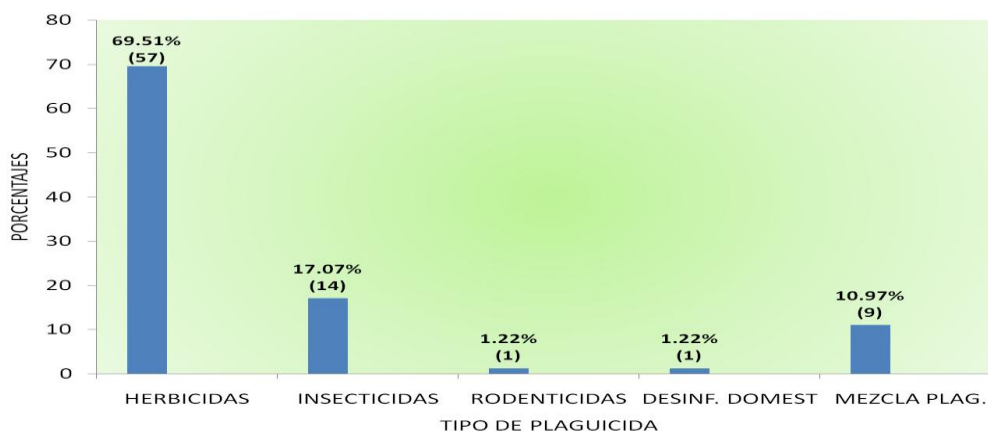
La ciudad de Santiago cuenta con un sistema de alcantarillado obsoleto y deteriorado, el cual no tiene la capacidad para manejar el incremento en volumen de descarga de aguas residuales, que representan los nuevos edificios y barridas que se están construyendo; esto se pudo corroborar en una inspección realizada al área de la zanja madre el día 2 de abril de este año, la cual se encuentra contaminada tanto por desechos sólidos como por aguas residuales.

En las barriadas de Santiago, también se encuentran deficiencias en los sistemas de tratamiento destinados para las aguas residuales; estas situaciones provocan el desarrollo de cualquier tipo de vectores, generan olores desagradables y provocan la contaminación de las fuentes de agua, que funcionan como cuerpos receptores y muchas de las cuales pueden servir como fuentes para el abastecimiento de agua para acueductos rurales y de explotaciones agropecuarias, establecidas para la producción de alimentos para el consumo humano.

Uso Inadecuado de Productos Plaguicidas: la provincia de Veraguas se caracteriza por tener áreas donde se desarrollan varias actividades de producción agropecuaria, tales como ganadería y cultivo de arroz en la zona sur de la provincia (distritos de Mariato, Soná y Las Palmas); producción de caña en los corregimientos de Carlos Santana, La Raya de Santamaría, Urracá y parte de Santiago, además de la producción de cítricos, hortalizas y cucurbitáceas en los distritos de Santa Fe y Calobre. Esta producción está fundamentada bajo el esquema convencional, el cual demanda la utilización de productos agroquímicos para realizar el control de plagas y enfermedades; sin embargo, el uso inadecuado de los mismos ha provocado afectaciones al ambiente por la contaminación de fuentes de agua, suelos y aire; además de afectaciones a la salud pública. De acuerdo con el documento: Análisis de las Denuncias Atendidas por la Sección de Saneamiento Ambiental del MINSA, con relación al Uso Inadecuado de Productos Plaguicidas, en la Provincia de Veraguas durante el período 2006- 2009 (Mitre, 2010); se pudo encontrar que en este período se atendieron 82 denuncias

relacionadas con el uso inadecuado de plaguicidas de las cuales el 67.91%, están relacionadas con el uso de productos herbicidas (Paraquat, Glifosato y 2, 4- D, principalmente); para el control de malezas en patios de viviendas, cerca de áreas residenciales o cerca de fuentes de agua.

GRAFICA #1. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL TIPO DE PLAGUICIDA UTILIZADO, DURANTE EL PERIODO 2006- 2009.



Fuente: Análisis de las Denuncias Atendidas por la Sección de Saneamiento Ambiental del MINSA, con relación al Uso Inadecuado de Productos Plaguicidas, en la Provincia de Veraguas durante el período 2006- 2009.

Por otro lado el día 6 de septiembre de 2012, se suscitó un caso de intoxicación de unos 15 niños y 5 maestras de la Escuela Primaria de la Comunidad de El Pedernal, del Corregimiento de La Raya de Santa María, del Distrito de Santiago; después de que un helicóptero dedicado al control aéreo de plagas en el cultivo de arroz, sobrevolara dicha escuela. Esto provocó que estas personas tuvieran que ser atendidas en el Cuarto de Urgencias del Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega. Tal como se pudo constatar en una entrevista que se le hizo a la Maestra Celia Cisneros (Directora de la Escuela), el día 17 de septiembre de 2012.

Reactivación de Proyectos Mineros: en Veraguas existen dos proyectos de minería a cielo abierto, los cuales están en proceso de reapertura y los cuales están dirigidos hacia la extracción de oro. Están ubicados: uno en la entrada de la población de Cañazas (Situación de alto riesgo) y el otro en el corregimiento de Remance del Distrito de San Francisco. Ambos proyectos mineros fueron denunciados durante sus fases de operación anterior; debido al derrame de sus tinajas para descarga de aguas residuales, directamente hacia cuerpos de agua cercanos. Según las poblaciones afectadas esto ha provocado la muerte de la ictiofauna y la contaminación de las fuentes.

Afectaciones por Ruido: en el área de Santiago, las principales denuncias que se han dado por afectaciones por ruido, provienen del área de la Ave. Central donde los propietarios de almacenes tienen permisos de la Alcaldía Municipal para colocar sus bocinas en la parte de afuera de los edificios; generando ruidos constantes que contravienen lo establecido en el Decreto Ejecutivo 306 del 4 de septiembre de 2002; el cual Adopta el Reglamento para el Control de los Ruidos en Espacios Públicos, Áreas Residenciales o de Habitación y Ambientes Laborales.

En una inspección realizada el 30 de noviembre de 2012 a estos establecimientos; utilizando el Medidor de Nivel de Sonido, Serie: UT350; se pudo encontrar que de los seis establecimientos visitados, cuatro presentaban niveles por encima de los 100 dB. Otros problemas por generación de ruidos, se tiene con los talleres de mecánica y soldadura que quedan cerca o a lo interno de las barriadas; muchos de las cuales cuentan con Avisos de Operación otorgados por el MICI; donde estos generan ruidos que afectan a los vecinos y a los operarios, como es el caso de un taller ubicado en la Bda. La Primavera, donde en una inspección realizada el día 4 de diciembre de 2013, se pudo determinar que el promedio de cuatro mediciones del ruido generados por los equipos de trabajo ubicados en el área interna, dio a 81.7 dB.

Estas situaciones sumadas a la práctica de producción agropecuaria de tumba, roza y quema; además de la marcada deforestación de las orillas de ríos y quebradas; y por otro lado de las prácticas de quema de basura en los vertederos a cielo abierto de la provincia; inciden directamente sobre la calidad de los recursos ambientales; incrementando los efectos negativos a la población relacionados a fenómenos climatológicos como el Fenómeno del Niño y Efecto Invernadero. De igual manera estas situaciones impactan negativamente al desarrollo socioeconómico de la población en general.

Afectadas por Desechos Comunes y DSHP: toda la provincia; principalmente las áreas ubicadas cerca a los vertederos de basura.

Afectadas por Deficiencias en los Sistemas de Alcantarillado Sanitario, Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales: principalmente las áreas urbanas de Santiago y Soná (donde no se ha concluido el sistema de alcantarillado).

Afectadas por el Uso Inadecuado de Plaguicidas: principalmente las áreas productivas de los distritos de Atalaya, Soná, Mariato, Montijo, Santa Fe, Santiago y Las Palmas.

Como conclusión a esta pregunta podemos decir que los seres humanos somos parte del ambiente; por lo tanto dependemos directamente de los recursos naturales que existen en él. Esta situación nos debe llevar a entender que de no preservarlos adecuadamente; tanto nuestra salud, desarrollo socioeconómico y la vida misma, estarán en riesgo constante.

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?

Existe un consenso general de la necesidad de la participación social como condición necesaria para asegurar el sustento y legitimación de las políticas sociales. Nuestra constitución y leyes de salud detallan explícitamente la promoción del ejercicio de participación social en la toma de decisiones que conciernen el destino colectivo, así como afianzar y extender los escenarios de participación democrática en todos los ámbitos públicos.

Sin embargo, la instrumentación y desarrollo de esta participación ha sido limitada e irregular por decir lo menos. Consideramos debe proponerse una sistematización de la participación social en las siguientes etapas de desarrollo de un programa o política social: a) diseño, b) implementación y c) evaluación.

Con respecto a la participación social en la evaluación de los servicios sociales se debe diferenciar dos dimensiones:

a) El mecanismo de evaluación de la comunidad beneficiaria a través de: encuestas de satisfacción, cabildos abiertos, reconocimiento de los alcaldes, representantes de corregimiento otros,

b) Si el resultado de la evaluación tiene un mecanismo para influir en la estructura de incentivos del proveedor del servicio: sea público o privado.

12. ¿Cómo seguir promoviendo la participación de la comunidad si no relacionamos los resultados de la evaluación con posibilidades de cambios en la provisión de servicios sociales?

Es muy relevante la creación de mecanismos para que la opinión de los beneficiarios influya en los incentivos de los proveedores en forma oportuna. Si los beneficiarios comprueban que “su opinión” realmente produce cambios en el comportamiento de los proveedores continuarán participando y dando valiosos aportes. En caso contrario el interés de participación puede disminuir o incluso desaparecer.

En nuestra comunidad se le permite a los usuarios participar activamente a través de los comités de salud, JAAR, ligas antitabaco, grupo caza mosquitos, los promotores de salud, los grupos de tercera edad, grupos de embarazadas, grupos organizados como ANCEC, quienes coordinadamente nos apoyan en la realización de actividades de promoción y prevención.

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

Según el Informe de Estrategia Provincial de Desarrollo Sostenible de Veraguas realizado por CONADES (año 2007) a través del Ministerio de la Presidencia; en relación con el IDH (índice de desarrollo humano), el distrito de Santiago tiene un nivel de muy superior al resto con 0.724 a este le sigue Atalaya con 0.600 estimado para la media provincial. Sin embargo sigue preocupando los distritos de Santa Fé, Las Palmas y Cañazas con una condición más comprometida con un índice inferior a la media 0.500.

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2007-2008 el INDH ha venido evaluando la evolución del desarrollo humano panameño cada 2 años desde la primera vez que se realizó este ejercicio en el 2002. Se realizó un análisis para un periodo de siete años, lo que permite mirar con mayor perspectiva los cambios y poner atención a las dinámicas de mediano plazo que está teniendo el país en su desarrollo. A continuación destacan los principales hallazgos:

- El país ha avanzado en su desarrollo humano entre 2001 y 2007, sin embargo hay nuevos desafíos que se deben encarar. El índice de desarrollo humano para el año 2001 tenía un valor de 0.695 para el año 2007 0.733.
- Aunque hay mejoras en el IDHP nacional, persisten fuertes desigualdades entre las zonas más y menos adelantadas en desarrollo humano.
- En materia de Equidad de género se constató que el país obtuvo logros en desarrollo humano muy similares entre hombres y mujeres a nivel nacional, pero que persisten significativas disparidades entre áreas urbanas y rurales, entre Comarcas y provincias incluso dentro de las propias provincias.
- Se evaluó igualmente el Nivel Decente de Vida del IDG, bajo la cual se encontró la mayor desigualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Las mujeres estas accediendo a nuevas oportunidades educativas y puestos profesionales pero su participación en la toma de decisiones aún es menor comparada a la de los hombres.
- La pobreza humana se redujo levemente entre el 2001 y 2005, persistiendo significativas desigualdades entre las diferentes regiones del país. Hay núcleos importantes de población con graves carencias en zonas específicas del país.
- Hay la necesidad de innovar, y continuar sosteniendo y reforzando las políticas públicas de reducción de la pobreza en Panamá.

El anterior panorama que se observa de logros y tareas pendientes en la evolución del desarrollo humano en Panamá, plantea que el principal desafío del país en este ámbito tiene que ver con dos grandes tareas:

1. Enfrentar de manera más efectiva el problema de la inequidad social y territorial y por tanto reducir las brechas.
2. Hacer aún más efectivas las acciones públicas en temas sociales, de manera que se puedan acelerar los logros del país en desarrollo humano, y enfrentar los nuevos retos que implica por ejemplo una educación de mayor calidad y un sistema de salud que se haga cargo de problemas más complejos. Los significativos avances logrados por Panamá en ciertos servicios básicos y en su desarrollo humano, están empezando a generar nuevas demandas, problemas más complejos y mayores exigencias de la población a las autoridades del sector.

ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO DE LA PROVINCIA DE VERAGUAS

AÑOS	TASA DE ALFABETISMO
2010	89,1
2012	88,3
2013	88,3
AÑOS	ASISTENCIA COMBINADA
2010	76,4
2012	78,9
2013	77,3
AÑOS	PROMEDIO AÑOS DE ESCOLARIDAD
2010	8,1
2012	8,0
2013	8,1
AÑOS	LOGRO EDUCACIÓN
2010	0,738
2012	0,741
2013	0,738

PROVINCIA	IDH-2010	IDH-2012	IDH-2013	% DE CRECIMIENTO 2010-2013
VERAGUAS	0,684	0,698	0,705	3,0

Fuente: Informe Nacional de Desarrollo Humano, Panamá

2014(PNUD).

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

Sí.

Se estableció estrategias de concertación las cuales empezaron en el año 2007 en los Acuerdos de la Concertación Nacional para el Desarrollo en donde se trabajaron 173 sesiones en diferentes Mesas Temáticas y 51 reuniones en 9 provincias y tres Comarcas del país, estos acuerdos fueron validados por el Plenario de la Concertación.

En esta Concertación participaron representantes del gobierno, organizaciones políticas, empresarios, sindicatos, iglesias, diversos profesionales que llegaron alcanzar acuerdos que comprometen a todos, bajo la convicción de que los problemas de Panamá en especial la pobreza y la desigualdad tienen solución identificando así objetivos y metas así como las grandes opciones de estrategias y de políticas para tener una sociedad más democrática, equitativa, próspera, social y ambientalmente sostenible y regionalmente equilibrada.

La Ampliación del Canal y la creciente internacionalización y diversificación de la economía panameña constituyen una renovada oportunidad para alcanzar ese objetivo y han sido parte de las motivaciones de la Concertación Nacional para el Desarrollo.

Los acuerdos alcanzados apuntan a superar las graves asimetrías sociales y territoriales, en particular las que afectan a sectores rurales y las Comarcas Indígenas, así como las inequidades asociadas a género y etnia. Pero también apuntan a la construcción de una sociedad más solidaria y ética.

Los acuerdos a ser ejecutados son responsabilidad de todos los gobiernos que sucedan durante ese periodo y de todas las fuerzas sociales, económicas y políticas de Panamá.

El acuerdo de Concertación de la Mesa de Salud fue la Transformación del Sistema Público de Salud de Panamá, cuyo objetivo general es “construir una propuesta para el Fortalecimiento del Sistema de Servicios Públicos de Salud”.

La última reunión de Concertación en que participó un representante del MINSA Veraguas fue en el año 2013 en la provincia de Herrera.

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

Sí,

En nuestro país se cuenta con un marco legal e institucional entre los cuales se cuenta con:

- Constitución Nacional Título III los Deberes y Derechos individuales y sociales
- Código Sanitario Ley 66 de 10 Noviembre de 1947
- Creación del Ministerio de Salud. Decreto #1 del 15 de Enero de 1969
- Decreto 401 del 29 de Diciembre de 1970 que crea los Comités de Salud y el Decreto 708 de 7 de septiembre de 1992 que los reglamenta.
- Resuelto de Gabinete No 129 de 15 de mayo de 1995 por medio del cual se autoriza la descentralización administrativa y financiera de las regiones de salud
- Lineamientos para la Reorganización de la Red Pública de los Servicios de Salud Propuesta Conjunta MINSA-CSS, febrero 2002
- Resolución Ministerial 422 de 9 de diciembre de 2003 que regula el Sistema de Referencia y Contra referencia (SURCO).
- Decreto Ejecutivo 531 del 22 de julio de 2009, que crea los Centros de Atención Primaria de Salud Innovador (MINSA-CAPSi) y dicta otras disposiciones.

16. 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,

La función regulatoria en la Región de Salud de Veraguas, ha resultado ser positiva, ya que a través de ella podemos poner en práctica en todas las unidades locales las normas sanitarias para promover la salud y que se garantice su cumplimiento.

Tenemos departamentos como el de Salud Pública, Epidemiología, Control de Vectores, Saneamiento Ambiental, DEPA, donde se debe hacer cumplir las normas a los ciudadanos, a los dueños de locales y restaurante para que se apeguen al cumplimiento de las normas.

Igualmente con la campaña de prevención contra el tabaco, para que las personas respeten las leyes existentes en nuestro país al respecto y el MINSA es el ente rector de esta función. Todos estos departamentos deben hacer cumplir estas normas y que los ciudadanos vean que existe una coacción para que cumplan con sus obligaciones con la finalidad de mejorar la salud de la población.

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

Sí,

A nivel local, la competencia en materia de fiscalización la ejerce el Ministerio con los auditores que asignan a cada una de las instalaciones que, de acuerdo al plan anual de Auditoría. Así también la Contraloría General de la República cuenta con fiscalizadores en instalaciones locales de salud.

A nivel Regional, la competencia en materia de fiscalización la ejerce el Ministerio con los auditores internos asignados a la Oficina Regional de Auditoría Interna, con independencia operativa y Centralización Administrativa en el nivel Ministerial. La fiscalización de fondos y Bienes Públicos mediante el control previo, también es ejercida por fiscalizadores de la Contraloría General de la República y por auditores de la Dirección Nacional de Auditoría interna, con independencia operativa y Centralización Administrativa en el nivel Ministerial.

La fiscalización de fondos y bienes públicos mediante el control previo, también es ejercida por fiscalizadores de la contraloría General de la República y por auditores de la Dirección Nacional de Auditoría de esa misma entidad.

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

Si,

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

En el nivel local como es el distrito de Soná el Departamento de Protección de Alimentos supervisa a diferentes mataderos y procesadoras de carnes y aves, así como supermercados, abarroterías, restaurantes y expendios de alimentos, con la finalidad de observar que los trabajadores posean todos los requisitos que se necesitan para laborar en estas áreas.

Contamos con la Escuela de Manipuladores de Alimentos ubicada en el Centro de Salud de Canto del Llano y en ocasiones se dictan charlas a nivel local, donde se imparte todas las charlas que exige el reglamento de esta escuela para otorgar el carnet verde de manipulador de alimentos.

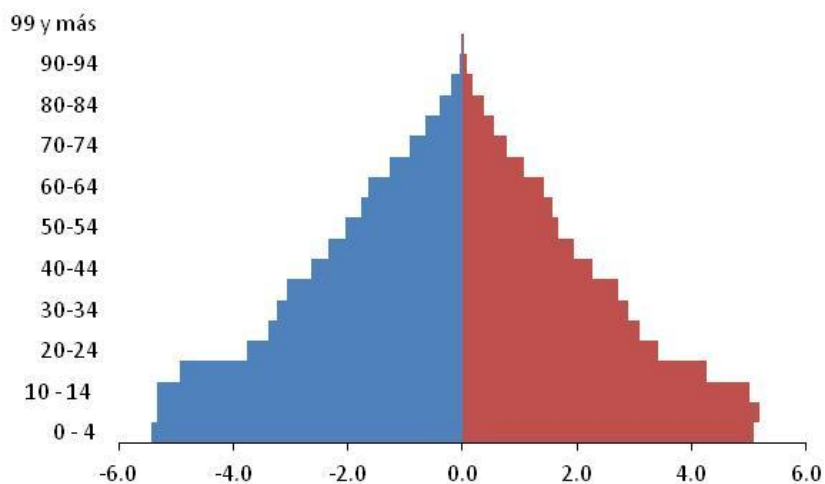
El MINSA a través del Director Regional se reúne con los jefes de departamento del DEPA y Saneamiento ambiental para coordinar actividades a realizar y buscar estrategias para mejorar la calidad de las supervisiones, con la finalidad de evitar irregularidades en las mismas.

60 a 64									
65 y más									
Tasas	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
de mortalidad	4.0			4.8			4.8		
de mortalidad en < de 1 año	13.1			11.6			13.4		
de mortalidad perinatal	12.5			7.3			13.9		
de mortalidad neonatal	7.5			4.5			9.1		
de mortalidad postneonatal	5.6			7.1			4.3		
de mortalidad en menores de 5	26			13			12.5		
de mortalidad materna	1.3			3.6			1.8		
anza de vida al nacer (total)	7.2	71.2	73.6	73.7	72.3	75.3	75.5	73.1	78.0

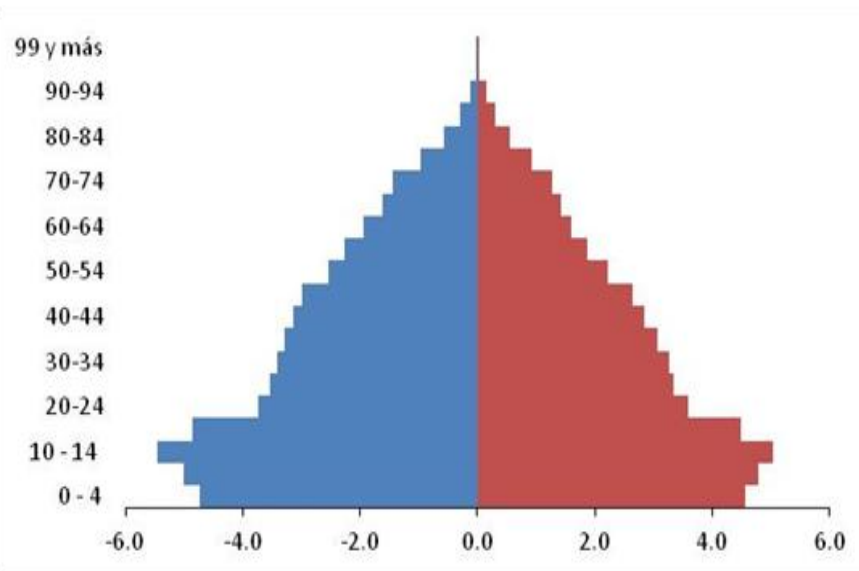
Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2000, 2010, 2013 y 2014 por cada uno de los distritos.

Pirámides de Población

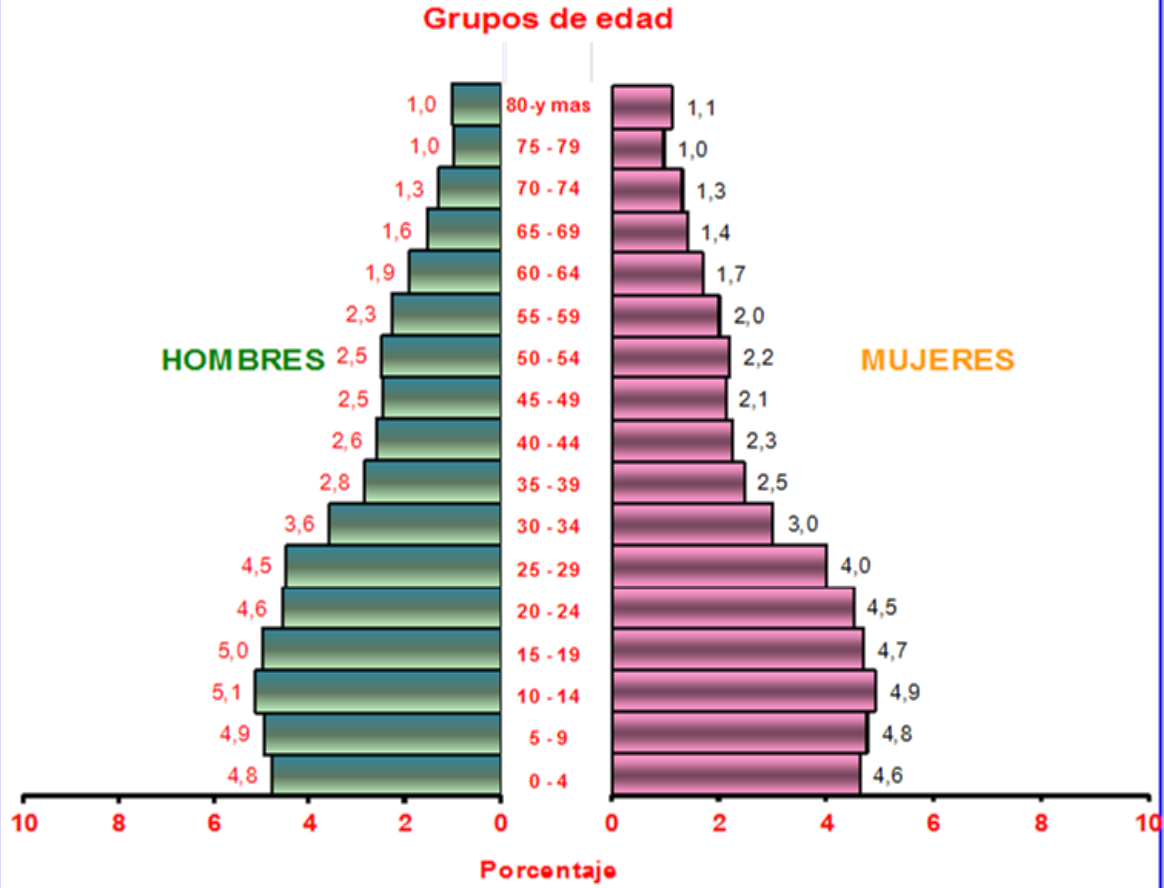
2000



2010

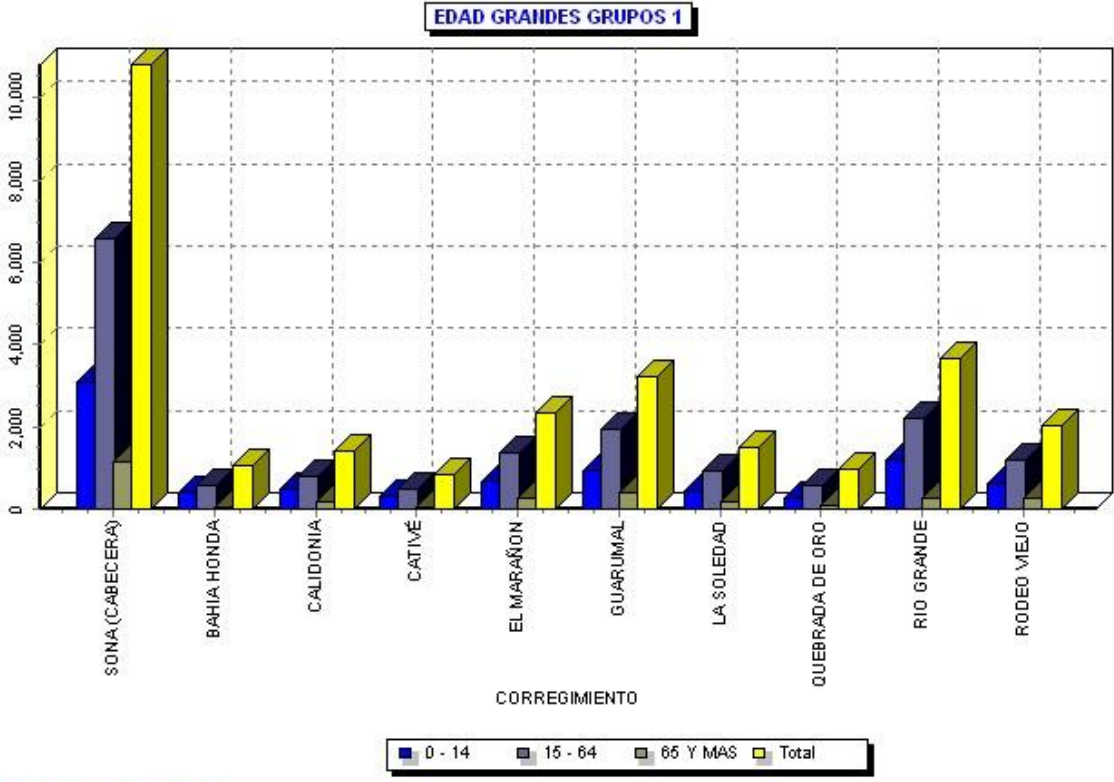


**PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN PROVINCIA DE VERAGUAS
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD. AÑO: 2014**



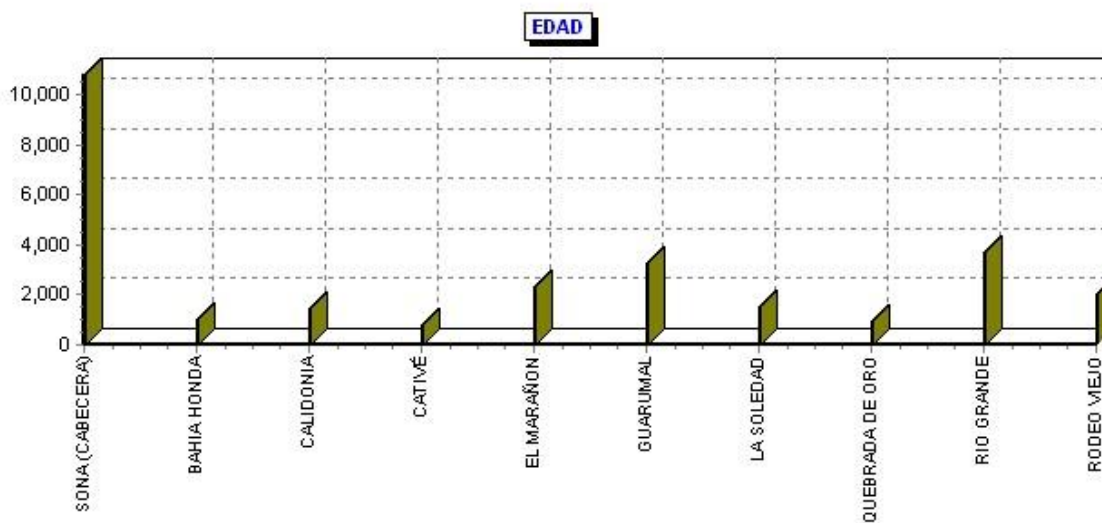
Fuente: Departamento de Registros y Estadísticas de Salud.

GRUPO POBLACIONAL POR EDAD DEL DISTRITO DE SONÁ POR CORREGIMIENTO



Procesado con Redatam+SP
2014 - CEPAL/CELADE

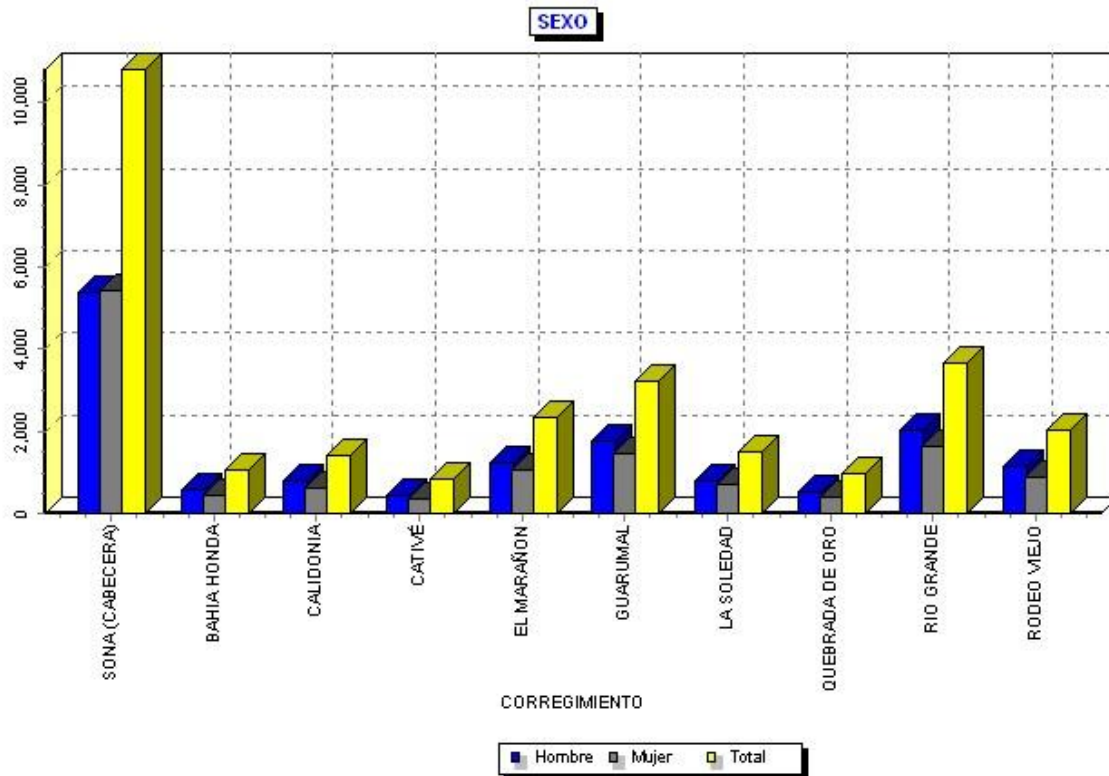
GRUPO POBLACIONAL POR EDAD DEL DISTRITO DE SONÁ POR CORREGIMIENTO



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	
60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	
70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	
80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	
90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Procesado con Redatam+SP
2014 - CEPAL/CELADE

GRUPO POBLACIONAL POR SEXO DEL DISTRITO DE SONÁ POR CORREGIMIENTO



Procesado con Fedatam+SP
2014 - CEPAL/CELADE

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?

La provincia de Veraguas es considerada una de las más expulsoras de población de acuerdo a la tasa de saldo neto migratorio interno, tiene un saldo migratorio negativo mayor con cifras que se complementan con sus bajas proporciones de inmigrantes.

El saldo migratorio por área indica que el flujo migratorio se origina del área rural hacia las áreas urbanas para el 2005 concentró el 63% de la población total del país.

En el 2010 se concentró más o menos el 66% de la población en áreas urbanas. Las proyecciones de la población total urbana-rural 2000-2010, para el 2000 la provincia de Veraguas ocupó el quinto lugar, en concentración de población total en área urbana de la República un 5%.

De acuerdo a las proyecciones para el año 2050 la estructura poblacional continuará envejeciendo a más velocidad y la pirámide se asemejará a un rectángulo.

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

En la transición demográfica se producen descensos de la mortalidad y, sobre todo, de la fecundidad, que inciden en la estructura etaria de las poblaciones y se traducen en un incremento paulatino de las personas de edad. El índice de envejecimiento en la provincia revela que en el 1990, el 27.7% de la población era mayor de 60 años de edad, relativa a la población menor de 15 años; en el 2000, el índice fue de 30.8% y en el 2010 fue de 44.8%. Todo ello indica que la población veraguense envejece de manera sostenida tal como se observa en las pirámides poblacionales de los años antes mencionados.

Esto indudablemente tiene un efecto en la estructura de la población, la cual está reflejando un paulatino aumento de las personas en edades mayores, lo que permite referirnos al inicio de un proceso de envejecimiento demográfico que aunque incipiente, se prevé gradual y sostenido en los próximos años. Este hecho es vital para el sistema de salud y está íntimamente asociado a la esperanza de vida al nacer, la tasa de fecundidad y mortalidad así como las tasas de crecimiento.

En vista de que nuestra provincia concentra una mayor cantidad de población en las áreas rurales, existen bolsones desprotegidos, a quienes debemos enfocar nuestra atención para prevenir enfermedades emergentes.

En cuanto a la población por grupo etario podemos analizar que nuestra población se concentra mayormente en las edades de 20 a 59 años lo cual nos indica que nuestra población es de personas adultas y adultas mayores, y los grupos de niños y población en edad productiva es menor. A pesar de que la esperanza de vida al nacer ha aumentado en nuestra provincia, la tasa de mortalidad ha aumentado comparando desde el 2000 a la fecha.

La evolución de la población de la provincia de Veraguas revela que cuando se realizó el primer Censo de 1911, habían 59,614 habitantes, la cual se duplicó para el año 1950, ésta necesitó 50 años para volver a doblarse con 209,076 habitantes según el censo del año 2000, es decir, en 4/5 partes del tiempo anteriormente empleado. Ya para el Censo de 2010 la población en Veraguas pasa a 226,991

personas, lo que representa un incremento poblacional en 50 años de 95,306 habitantes.

De acuerdo a sus resultados, se puede señalar que la provincia ha tenido un crecimiento lento (registrando una tasa de 1.24 entre 1911 y 1920) a un crecimiento aún menor, registrando una tasa anual de crecimiento promedio de 0.52 entre 1990 y el 2010 y de 0.74 entre 2000 y 2010, situación que según las estimaciones se mantendrá durante los próximos 25 años, como consecuencia directa de la disminución de la fecundidad a nivel nacional.

Estructura de la población 2014

< 5 años	9.4 %
5-14 años	19.7%
15-64 años	61.2%
> 65 años	9.6%

Al analizar la estructura de la población, se observa que el 29.1% de los habitantes son menores de 15 años y el 9.6% son mayores de 65 años.

El 61.2% corresponde al grupo de edad productiva, el sexo masculino, constituye el 52.02% y el sexo femenino el 47.97%. La población indígena en Veraguas según el Censo 2010 representa el 3.87% de la población total.

De acuerdo a las proyecciones para el año 2050 la estructura poblacional continuará envejeciendo a más velocidad y la pirámide se asemejará a un rectángulo.

3. Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?

Nuestras intervenciones al respecto sería enfocar nuestras estrategias en las poblaciones más vulnerables, la población adulta que es mayoría enfocar actividades prioritarias para prevención de enfermedades crónicas que son las que aquejan a esta población.

Para disminuir la tasa de mortalidad perinatal la cual ha aumentado debemos reforzar los programas de atención materno infantil, sobre todo en la captación oportuna de las embarazadas y hacer énfasis en la realización de sus controles completos así como la evaluación pertinente por especialistas en casos de embarazos de alto riesgo.

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	71,222	56,293	14,929	82,721	60,747	21,974	99.347	68,775	30,572
Tasa de actividad									
Tasa de desempleo									
Tasa de empleo informal									
Porcentaje de población asegurada				84.8			83.9		
<input type="checkbox"/> asegurados activos	91.8								
<input type="checkbox"/> pensionados									
<input type="checkbox"/> jubilados									
<input type="checkbox"/> beneficiarios									
Porcentaje de analfabetismo	15.2			10.9					
Escolaridad de la población									
<input type="checkbox"/> Tasa Básica completa				100.3			96.8		
<input type="checkbox"/> Tasa Media completa				77.6			78.0		
<input type="checkbox"/> Vocacional									
<input type="checkbox"/> Universidad completa									
Déficit habitacional	14,500	N/A	N/A	12,328	N/A	N/A	5,070	N/A	N/A

**POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD EN VERAGUAS, POR SEXO, SEGÚN
ÁREA Y CONDICIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA:
ENCUESTA DE MERCADO LABORAL, MARZO DE 2013-14**

Población de 15 y más años de edad
económicamente activa de (1)

	Marzo de 2013 (R)			Marzo de 2014		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
VERAGUAS.....	168,979	86,247	82,732	170,348	89,202	81,146
Económicamente activa.....	99,131	68,697	30,434	103,880	70,920	32,960
Porcentaje (respecto a la población de 15 y más años de edad).....	58.7	79.7	36.8	61.0	79.5	40.6
Ocupada.....	96,127	67,049	29,078	100,826	69,577	31,249
Desocupada.....	3,004	1,648	1,356	3,054	1,343	1,711
Porcentaje (respecto a la PEA).....	3.0	2.4	4.5	2.9	1.9	5.2
Desempleo abierto.....	1,657	706	951	2,224	986	1,238
Porcentaje (respecto a la PEA).....	1.7	1.0	3.1	2.1	1.4	3.8
Desempleo oculto.....	1,347	942	405	830	357	473
No económicamente activa.....	69,848	17,550	52,298	66,468	18,282	48,186
 URBANA.....	60,132	27,842	32,290	61,278	29,342	31,936
Económicamente activa.....	34,211	19,651	14,560	37,589	21,817	15,772
Porcentaje (respecto a la población de 15 y más años de edad).....	56.9	70.6	45.1	61.3	74.4	49.4
Ocupada.....	32,687	18,793	13,894	36,103	21,289	14,814
Desocupada.....	1,524	858	666	1,486	528	958
Porcentaje (respecto a la PEA).....	4.5	4.4	4.6	4.0	2.4	6.1
Desempleo abierto.....	825	357	468	1,166	390	776
Porcentaje (respecto a la PEA).....	2.4	1.8	3.2	3.1	1.8	4.9
Desempleo oculto.....	699	501	198	320	138	182
No económicamente activa.....	25,921	8,191	17,730	23,689	7,525	16,164
 RURAL.....	108,847	58,405	50,442	109,070	59,860	49,210
Económicamente activa.....	64,920	49,046	15,874	66,291	49,103	17,188
Porcentaje (respecto a la población de 15 y más años de edad).....	59.6	84.0	31.5	60.8	82.0	34.9
Ocupada.....	63,440	48,256	15,184	64,723	48,288	16,435
Desocupada.....	1,480	790	690	1,568	815	753
Porcentaje (respecto a la PEA).....	2.3	1.6	4.3	2.4	1.7	4.4
Desempleo abierto.....	832	349	483	1,058	596	462
Porcentaje (respecto a la población económicamente activa).....	1.3	0.7	3.0	1.6	1.2	2.7
Desempleo oculto.....	648	441	207	510	219	291
No económicamente activa.....	43,927	9,359	34,568	42,779	10,757	32,022

INEC, Encuesta de Propósitos Múltiples, Marzo 2014

Por otra parte, la categoría en la ocupación, en el período de marzo 2013 y 2014 reveló que una tercera parte de la PEA son empleados de la empresa privada y otro tanto trabajan por cuenta propia; solo un 18% son empleados públicos. Es importante acotar que aquello que trabajan por cuenta propia son los trabajadores

del sector informal, cuyos ingresos no son estables. Igualmente, la cifra del 39% corresponde a aquellos que nunca han trabajado, siendo esta proporción de un 30.9% para hombres y de 45.35% para mujeres. En cuanto a los salarios devengados, la mediana de salario mensual en la provincia es de B/ 443.00, siendo la mayoría trabajadores no calificados cuyo salario mensual medio es de 219.90. Cabe indicar que un 19% de la población económicamente activa devenga salarios que van desde menos de B/ 100.00 hasta B/ 174.00 mensuales.(Ministerio de Economía y Finanzas, Panamá, (Encuesta de mercado laboral, marzo 2014)

Por otra parte, el 32.95% de la PEA laboran en la empresa privada, 31.44% trabajan por cuenta propia y solo un 18.07% son empleados públicos. Sólo 2.94% de la PEA estaba desocupada y de esta un 39% no ha trabajado nunca

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

En lo que respecta al nivel de educación, el analfabetismo (6) disminuyó de 7,6% en 2000 a 5,4% en 2010. No obstante, hubo un mayor número de mujeres analfabetas que de hombres (6,0% y 4,9%, respectivamente). Las provincias con el mayor porcentaje de analfabetas fueron Darién (15,9%), Bocas del Toro (12,1%) y Veraguas (10,9%). La situación de las comarcas con población indígena es mucho más grave y afecta en mayor magnitud a las mujeres (2). Los hombres registran una tasa de participación en la actividad económica de 66,6%, en comparación con 37,0% para las mujeres.

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

En Veraguas sobretodo en el distrito de Soná los principales riesgos a la salud son las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión sobre todo en distrito como Las enfermedades coronarias. Las Infecciones respiratorias, la cual ha ido en aumento en los últimos años, consideramos que por las condiciones de deficiente nutrición en las comunidades y el aumento de los casos de VIH en nuestra población.

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

En Veraguas existe una importante tradición agroindustrial vinculadas al procesamiento de productos tradicionales como el arroz y azúcar en el área cañera. Se destaca asimismo la industria acuícola y avícola procesamiento y comercialización al por mayor de pollos, la producción de leche tipo grado A, procesos de cárnicos bovino y porcino.

Tenemos 4 molinos, tres plantas procesadoras de embutidos y ahumados, dos mataderos de alta calidad para bovino y porcino con Inspección permanente por el DEPA del MINSA.

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

Pasto Mejorado	145,550.78
Pasto Tradicional	136,277.80
Pasto de Corte	3,79 9.96
Pasto Naturalizada	42,162.63
TOTAL	327,791.17

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

Los proyectos de la institución son tres:

1. Proyecto de conservación de cuencas hidrográficas: el cual se efectúa con fondos de indemnización ecológica, el cual consiste en siembra de 110 plántones de pino en áreas de la yeguada, Los Valles y Alto Guarumo.
2. Proyecto de restauración de cuenca.
3. Proyecto de Desarrollo sostenible y mitigación del cambio climático en la provincia de Veraguas (Proyecto DSMCCV-Participa).

Los proyectos privados son los siguientes:

1. Timberfarm reforestando 200 hectáreas con caucho en el área de la mesa.

2. Futuro Forestal como compensación de Minera Panamá 140 hectáreas en diversas áreas de la provincia.
3. Odebrecht debe reforestar 84 hectáreas en áreas protegidas.

El ANAM es quien inspecciona estos proyectos de manera periódica con la finalidad de que cumplan con la responsabilidad de reforestar el área de compromiso.

En los anexos se adjuntan las empresas que tienen proyectos y la responsabilidad de reforestar.

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

El SINAPROC conjuntamente con SISED de la Región de Salud de Veraguas nos informan que existe un 25% de comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales. A continuación detallaremos cuales son los distritos con potencial riesgo de este tipo de desastres naturales:

CONTAMINACION EN EL DISTRITO DE SONA:

a. AGROQUIMICOS.

Distrito de Soná.

- Guarumal.
- Río Grande.
- La soledad.
- Soná Cabecera.

INUNDACIONES EN EL DISTRITO DE SONA.

- Soná Cabecera.
- Bda. El Lago.
- Bda. Omar Torrijos.
- Bda. Don Bosco.
- Calle IMA.
- Guarumal.
- San Andrés.
- Borracherón.
- Río Grande.
- Quebrada Grande.
- Bahía Honda.
- Salmonete.

DESLIZAMIENTOS EN EL DISTRITO DE SONA.

- Quebrada de oro.
- El espino.
- Querque.
- Alto el Macho.
- Corotú.
- Managua.
- Hacha.
- La Corotúa.

MAREA ALTAS EN EL DISTRITO DE SONA

Distrito De Soná
- Bahía Honda

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

La estructura del valor agregado bruto provincial en 2004 estaba dominada por el sector terciario con un aporte del 34%, seguida de las actividades primarias con 24%. La Administración pública reporta una elevada presencia, 19%, por último el sector secundario aporta un 17%. El PIB de Veraguas representa, en el 2004, el 2,6% del PIB Nacional.

Es importante resaltar que funcionalmente la base económica y productiva de Veraguas pivota sobre el sector primario, en torno al cual se articula una fuerte agroindustria en el sector central de la provincia. En este sentido, es significativo observar la aportación al PIB y la importancia desde la perspectiva del empleo de los grandes sectores:

- *Sector Primario*: Es el sector más importante desde el punto de vista de la generación de empleo con una contribución al PIB de aprox. 24%, y ocupan al 47% de la fuerza de trabajo.
- *Sector Secundario* (Construcción, Industria Manufacturera; Minería, etc.): Representa el 17% del valor agregado, el más importante de las Provincias Centrales, y ocupa casi un 14% de la fuerza de trabajo.
- *Sector Terciario* (Comercio, turismo, servicios): Contribuye a aproximadamente 40% del PIB, y absorbe el 34% del empleo.
- *Gobierno*: Contribuye a aproximadamente 19% del PIB, y absorbe el 5% del empleo.

Individualmente, las categorías económicas que mayor valor generan en el PIB de Veraguas son la actividad agropecuaria (24%) y las actividades de Gobierno con un 19% cada una. Le siguen en orden de importancia el aporte de la industria manufacturera y el transporte, almacenamiento y comunicaciones con un 10,9 y 10,7 por ciento respectivamente.

La estructura económica provincial ha sido tradicionalmente agropecuaria, en la que destaca la industria cañera, arroceras y pecuaria en la parte central. Existen igualmente explotaciones de subsistencia de granos básicos y tubérculos en las zonas montañosas del norte y oeste, con algunos cultivos permanentes, como café y frutales. Además en las zonas costeras e isleñas se presenta pesca artesanal.

La actividad agrícola fue y es el eje principal de la economía veragüense, pero siempre con una estructura polarizada entre dos modelos, uno dominante con cultivos y actividades conexas relativamente competitivas y relativamente buenos rendimientos originada en la riqueza natural de

los distritos de Santiago, Río de Jesús y Soná, donde abundan los suelos de aluviones, pero que actualmente enfrenta problemas derivados de la apertura de mercados y de la recurrente pérdida de valor relativo de sus productos; y otra de subsistencia con cultivos poco competitivos, en suelos poco adecuados y erosionados por las malas condiciones y sobreexplotados por malas prácticas productivas, tributario de la mano de obra demandada por el modelo competitivo, y que cada vez tiene menor capacidad de sustentar a la población.(Fuente de información de estudio comparativo años 2005 a 2007 CONADES).

En la actualidad la ciudad de Santiago, capital de la provincia de Veraguas, es uno de los centros bancarios más grandes del país, además cuenta con muchos comercios. Está por llegar a los 100,000 habitantes y es punto neurálgico de la Provincia! La agricultura constituye la más importante de las actividades que se desarrolla en Veraguas, cuando las tierras son arrendadas, el campesino paga el uso de las mismas en dinero y con parte de la cosecha de la tierra.

Los cultivos más extendidos son: caña de azúcar, banano, maíz, naranja, plátano verde y arroz. Como otra actividad muy desarrollada y que ocupa grandes extensiones de tierra de Veraguas presentan grandes llanuras que se aprovechan para la cría se de ganado vacuno y porcino. De igual forma se desarrolla con gran facilidad la cría de aves de corral y forma parte de la producción de la provincia, existiendo familias enteras dedicadas a la cría de gallinas, pavos y patos.

Condiciones del Saneamiento Básico DISTRITO DE SONÁ

CONDICIONES DEL SANEAMIENTO BASICO	2000	2010	2012
% De la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano.	80	86.82	90
* Urbano	7347	7632	8655
* Rural	14511	16532	17769
*Indígena	NA	NA	NA
% De la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)	26.28	29.48	33
* Urbano	6409	7281	8276
* Rural	7852	925	1336
*Indígena	NA	NA	NA
% De la población con disposición adecuada de aguas residuales (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico).	83	89.18	90
* Urbano	7305	7562	8522

* Rural	15411	17258	17546
*Indígena	NA	NA	NA
% De instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento).	21.43	21.43	21.43

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

Los mecanismos de suministro de agua en las áreas rurales la mayoría es por captación por gravedad de ríos, manantiales y quebradas unos pocos utilizan pozos perforados. Para el área urbana el suministro de agua es mediante potabilizadora y algunos utilizan pozos perforados.

En lo referente a la disposición de aguas residuales en el área urbana el 36% de las viviendas utiliza tanque séptico y el 26% de las viviendas están conectadas al alcantarillado.

En el área rural el 13.7% de las viviendas utilizan tanque séptico el 0.04% alcantarillado.

En la provincia de Veraguas no se cuenta con sistemas de Relleno Sanitario se cuenta con vertederos a cielo abierto en los distritos de: Santiago, Soná, Atalaya, Calobre, Santa Fé, La Mesa, Las Palmas, Montijo, Cañazas.

Cuadro No. 4

Incidencia de Pobreza por Distrito

Pobreza por distrito, año 2000

DISTRITO	POBREZA EXTREMA	POBREZA GENERAL
CAÑAZAS	0.516	0.856
LAS PALMAS	0.544	0.853
SANTA FÉ	0.516	0.823
SONÁ	0.370	0.758
SAN FRANCISCO	0.381	0.749
CALOBRE	0.314	0.722
LA MESA	0.316	0.706
MONTIJO	0.236	0.619
RÍO DE JESÚS	0.226	0.615
ATALAYA	0.143	0.490
SANTIAGO	0.067	0.300

Para el año 2010 el porcentaje de pobreza de la provincia era de 43.4%; para el año 2012 bajo a 40.9%.

La concentración de bajos niveles de vida está localizada en la franja noroeste de la Región, comprendida por el espacio ocupado por: Soná, Las Palmas, La Mesa, Cañazas, Santa Fe y Calobre, Montijo y Río de Jesús. A la inversa, los distritos que presentan mejores condiciones son los distritos de Atalaya (49%) y Santiago (30%), los cuales presentan niveles inferiores a la media provincial.

De acuerdo con la Encuesta de Propósitos Múltiples correspondientes a marzo de 2012 del Instituto Nacional de Estadística y Censo, la proporción de personas indigentes continuó disminuyendo. Este año fue la condición del 10.4% de la población cuando en agosto de 2011, el año pasado, del 11.5%, lo que equivale a reconocer que 34,058 personas aproximadamente dejaron de estar en la indigencia este año. También, la proporción de personas en condiciones de pobreza en general disminuyó, de 27.6% en 2011 a 25.8% en marzo de 2012. Esto también significa que 108,469 personas, aproximadamente, dejaron de ser pobres este año.

Cuadro no.5

Principales Etnias Predominantes

Cultura, Etnia y Colonias Predominantes	Etnia					
	GNOBE		BUGLE		OTROS	
% de población según edad	66.46%		29.2		4.34	
Menor de 1 año	205	2.32	29.2		9	0.1
1-4 años	842	9.55	294	3.33	24	0.27
5-9 años	943	10.69	371	4.22	46	0.52
10-14 años	765	8.67	344	3.9	41	0.46
15-19 años	721	8.17	320	3.63	50	0.57
20-59 años	2179	24.71	1056	11.97	156	1.77
60-64 años	77	0.87	33	0.37	15	0.17
65 y más	130	1.47	69	29.2	42	0.48
Lenguaje y dialectos						

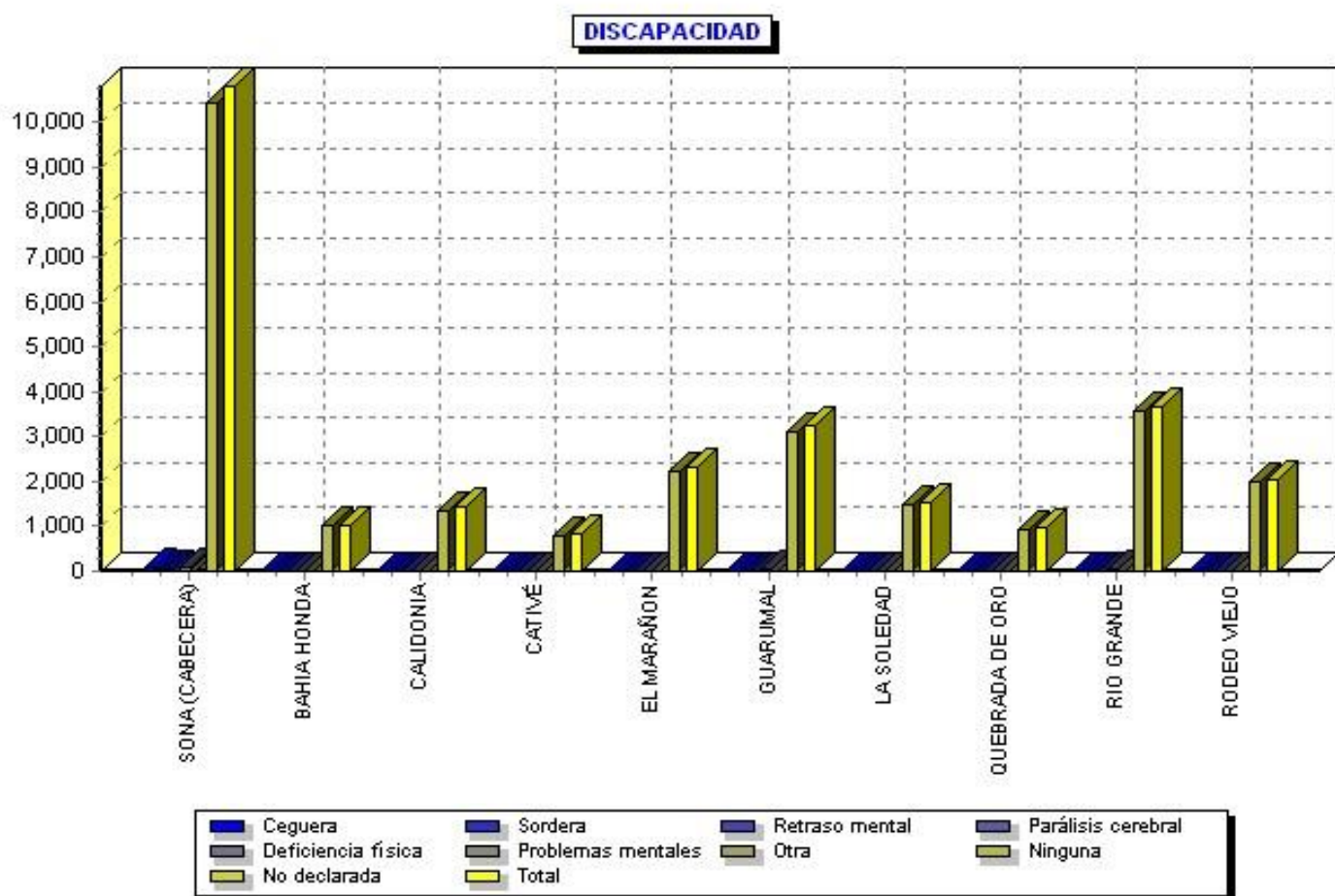
Cuadro No. 6 Principales Tasas de Mortalidad según Sexo

C. Principales causas de mortalidad	2000			2010			2012		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Mortalidad general	383.8	460	340.5	510.0	679	478	482.7	731	435
1. Tumores malignos	55.5	56.8	52.6	84.6	106	86	71.6	108	65
2. Accidentes agresiones	54.6	55.9	45.0	51.1	101	15	47.6	105	10
3. Enfermedades cerebro vasculares	45.2	71	8.6	33.9	55	36	40.2	61	36
4. Enfermedades isquémicas del corazón.	19.3	3.09	29.6	32.6	49	28	37.7	57	34
5. Demás causas	28.2	2.9	26.8	267.6	331	276	260.8	371	259
Mortalidad en menores de un año	13.1			11.9			13.4		
1. Ciertas afecciones en período perinatal.	12			3.8			6.3		
2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	14			2.7			4.3		
3. Neumonía	1			2.4			0.2		
4. Diarrea y parasitosis	5			0.5			0.2		
5. Desnutrición	1			0.3			0.5		
Mortalidad en menores de 1-4 años				11.6			13.4		
1. neumonía									
2. diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.									
3. accidentes, agresiones y otras violencias.									
4. desnutrición.									
5. malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.									
Mortalidad Perinatal				7.3					
1. ciertas afecciones originadas en el período perinatal							2.8		
2. malformaciones congénitas.									
3. neumonía									
4. diarreas y gastroenteritis.									
5. accidentes y violencia.									
Mortalidad Neonatal	7.5			4.5			9.1		
1. afecciones originadas en el período neonatal.									
2. malformaciones congénitas.									
3. neumonías, infecciones, cardiopatías.									
4. diarreas y gastroenteritis.									
5. accidentes y otras causas.									
Mortalidad Post neonatal	5.6			7.1			4.3		
1. malformaciones congénitas.									
2. neumonías y otras infecciones.									
3. diarreas y gastroenteritis.									
4. accidentes y violencias.									
5. otras causas.									
Mortalidad materna	1.3			3.6			1.8		

Cuadro No. 7

Composición Porcentual de las Defunciones según Sexo no contamos con datos del área de responsabilidad del entro de Salud de Guarumal

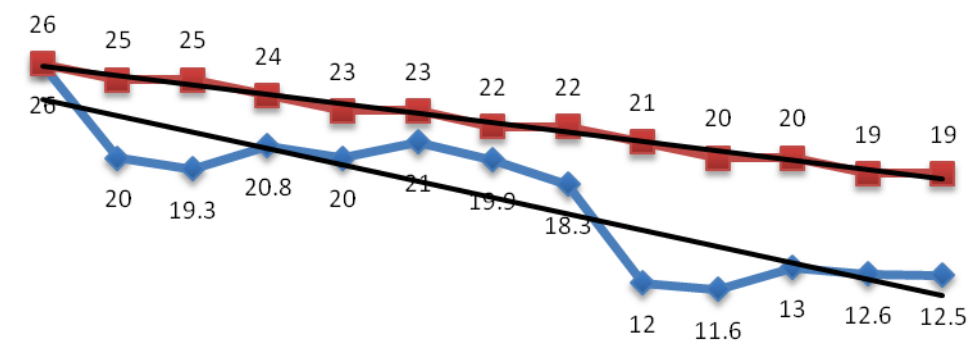
CUADRO DE DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO DE SONÁ POR CORREGIMIENTOS



Procesado con Redatam+SP
2014 - CEPAL/CELADE

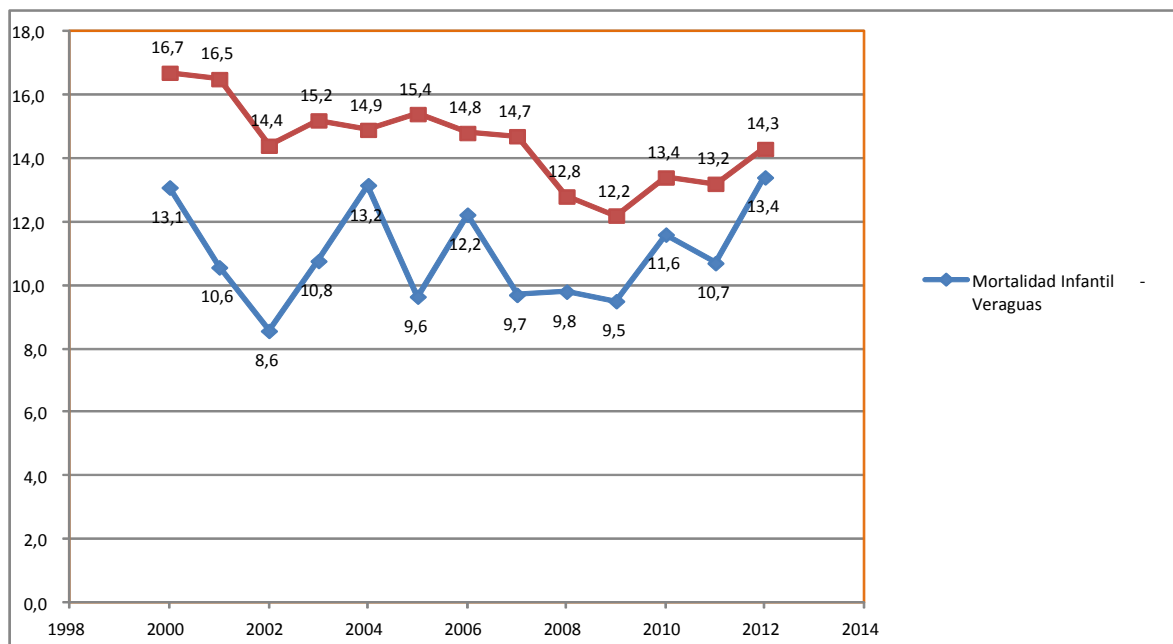
1. Presentar los avances de su región en relación a los ODM.
 Objetivo 4: Reducir La Mortalidad Infantil.

Mortalidad en Menor de 5 Años



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
◆ Veraguas	26	20	19.3	20.8	20	21	19.9	18.3	12	11.6	13	12.6	12.5
■ País	26	25	25	24	23	23	22	22	21	20	20	19	19

Tasa de Mortalidad Infantil



FOTOGRAFÍA N° 3.

CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

1. ¿Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?

- A. Mantener actualizado el conocimiento del comportamiento de las enfermedades en cualquier país o región donde se establezca.
- B. Establecer la susceptibilidad y el riesgo de la población a las enfermedades bajo vigilancia.
- C. Formular las medidas adecuadas según el nivel compatible.
- D. Evaluar la bondad de las medidas de control planteadas. En nuestra región de salud la vigilancia sanitaria incluye los siguientes aspectos:
- E. Saneamiento ambiental básico, disposición adecuada de excretas, desechos de aguas servidas, calidad de agua.
- F. Control de enfermedades prevenibles por vacunación.
- G. Calidad de los alimentos.
- H. Vigilancia de enfermedades transmisibles.
- I. Nivel nutricional.

En base a la consultoría realizada en el 2008 en la región de Salud de Veraguas por Synergia se pudo concluir en el aspecto de vigilancia y salud pública, que es uno de los lineamientos más normados a nivel nacional, razón por la cual aporta mejores instrumentos, para su ejercicio. Con personal capacitado que puede realizar acciones de seguimiento y control de indicadores.

Uno de las áreas de mayor desarrollo se encuentra en la experiencia en tamizajes para la detección de violencia doméstica.

Sobresale en las actividades del área de vigilancia y control de vectores y en alimentos. Su debilidad está en la carencia de recurso humano especializado, para el apoyo a los niveles locales, en el registro y atención de beneficios, daños y amenazas a la salud pública.

2 ¿Qué problemas se deben vigilar?

- Condiciones de trabajo para la salud ocupacional de nuestros funcionarios.
- Problemas sociales como alcoholismo, violencia intrafamiliar, drogadicción, tabaquismo.
- Condiciones de la infraestructura de los servicios de salud en relación con las zonas de riesgo

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

Dentro de las debilidades que tenemos en nuestro sector principalmente el recurso humano que es muy escaso en algunos de los departamentos que deben encargarse de cada una de estas

actividades, muchas veces la falta de interés de los funcionarios para empoderarse de sus acciones a seguir, la poca falta de participación social de las comunidades, ya que piensan que esta solo es competencia del sector salud, la accesibilidad geográfica, ya que Guarumal tiene áreas muy dispersas, falta de transporte institucional, tenemos una gran necesidad de flota vehicular, ya que la que tenemos actualmente es escasa y otra que ya no funcionan lo cual no permite que los funcionarios puedan ir a las áreas a realizar supervisiones de manera frecuente; distribución inadecuada de los recursos.

Las fortalezas que tenemos como centro de salud son la disposición y actitud de nuestros funcionarios para realizar el trabajo, el apoyo del nivel regional y local para la ejecución de estrategias que mejoren nuestra atención.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

1. ¿Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por cada Distrito?
2. ¿Cuáles son las distancias (en tiempo y en kilómetros) existentes entre las instalaciones de salud más cercanas y estas comunidades; y entre estas comunidades y la cabecera?

DISTRITO, CORREGIMIENTO, COMUNIDAD			ANÁLISIS DE LA RED DE SERVICIOS			ACCESIBILIDAD A LA RED FIJA DE SERVICIOS (MEDIOS DE TRANSPORTE UTILIZADOS)			ACCESIBILIDAD (TIEMPO DE RECORRIDO DESDE LA COMUNIDAD)		
			PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD SIN CAMA	HOSPITAL	PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD SIN CAMA	HOSPITAL	PUESTO DE SALUD	CENTRO DE SALUD SIN CAMA	HOSPITAL
SONÁ	GUARUMAL	SAN JUAN		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	caminando	Camina ndo/carr o	carro	2h10min	1h 30min.	1:00h
SONÁ	GUARUMAL	EL MARÍA		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	caminando	Camina ndo/carr o	Carro	1h50min	1h 30min.	1:00h
SONÁ	GUARUMAL	CATESITO		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro	1h 47min.	1h 30min.	1:00h
SONÁ	GUARUMAL	DOS BOCAS		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro	2:00 h	1:30min.	1:00h
SONÁ	GUARUMAL	PASO HONDO		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro	45min.	1:45h, min.	1:00h
SONÁ	GUARUMAL	EL JAGUA		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro	1h: 45min.	1:00h	1:00h
SONÁ	GUARUMAL	EL SALITRE		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro	1h:35min	55min.	1:00h
SONÁ	GUARUMAL	BORRACHERON		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro	35min.	45min.	1:00h

SONA	GUARUMAL	EL BALSO		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro	30min.	40min.	1:00h
SONA	GUARUMAL	EL ZANCUDO		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	carro		30min.	1:00h
SONÁ	GUARUMAL	SAN ANDRES		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	carro	2:00h	30min.	1:30h
SONÁ	GUARUMAL	CHUMICAL		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro		15min	1:15 h
SONA	GUARUMAL	CANACITA		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	caminan do	Camina ndo/carr o	Carro		20min.	1:20h
SONA	GUARUMAL	TRINCHERA		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro		15min.	1h: 15min.
SONÁ	GUARUMAL	GUARUMAL		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	caminan do	Camina ndo/carr o	Carro			45min.
SONÁ	GUARUMAL	GUARUMALITO		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	caminan do	Camina ndo/carr o	Carro		10min.	35min.
SONÁ	GUARUMAL	LA RAISOSA		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro		10min.	35min.
SONÁ	GUARUMAL	CERRO NEGRO		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro		30minu.	45min.
SONÁ	GUARUMAL	PALMAS BELLAS		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro		1:00h	45min.
SONÁ	GUARUMAL	PONTONES		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro		1:00	45min.
SONÁ	GUARUMAL	SANTA BARBARA		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro		30min.	45min.
SONÁ	GUARUMAL	EL PITO		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	Camina ndo	Camina ndo/carr o	Carro		1:00h	45min
SONÁ	GUARUMAL	LA PLAYA		GUARUMAL	EZEQUIEL ABADIA	caminan do	Camina ndo/carr o	Carro		1h: 10min.	45min.

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

La mayoría de las personas caminan hasta el lugar donde pueden encontrar un vehículo que los lleve hasta el centro de salud, algunos utilizan caballos, o carros.

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

La población generalmente camina un promedio de 1 hora 30 minutos, aunque hay comunidades como La Pita, Caña Blanca, Alto el Macho, Cabecera de Quebrada Grande, San Juan, Cabecera de Río Grande, Managua que tiene que madrugar a las 2am y caminar 3 horas para llegar Dos Bocas de allí caminan 2horas hasta la entrada del Zancudo donde pueden conseguir transporte hasta el Centro de salud.

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

Se sabe que el pasaje del el Sur de Soná es el mas carro de la provincia de Veraguas una persona que viaja desde Chorrillito gasta 12.00

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

COMPLEJIDAD DE LA RED

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

No, En nuestro país actualmente y por lo tanto en nuestra región de salud no existe una red integrada e integrales de los servicios de salud, puesto que no ha existido dentro de la política de salud de los últimos años la directriz de que trabajemos de manera integrada. De lo que hemos podido investigar hemos llegado a la conclusión que la fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y por lo tanto del pobre rendimiento general de los sistemas de salud. Las dificultades de acceso a los servicios que enfrenta la población, los servicios de pobre calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos, la baja satisfacción de los usuarios, son algunas de las consecuencias que genera la fragmentación por si misma o en conjunto con otros factores.

La iniciativa de OPS/OMS sobre Sistemas Integrados de Servicios de Salud, desarrollada en el marco de la renovación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en las Américas, aborda el problema de la fragmentación de los servicios de salud y busca dar respuesta a la necesidad de avanzar hacia la producción y entrega de cuidados a la salud integrales para todos los habitantes de la Región, en cumplimiento además, de diversos compromisos y mandatos internacionales. Apoyar a los formuladores de política, a los gestores y a los prestadores de servicios de salud en el desarrollo e implementación de Sistemas Integrados de Servicios de Salud es el objetivo de esta sección en la que se dispone no solo del documento base de la iniciativa sino que además se podrán encontrar experiencias, instrumentos e información de apoyo en este proceso.

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

La complejidad de de las Instalaciones de la Red Pública está caracterizada así:

I NIVEL DE ATENCIÓN	II NIVEL DE ATENCIÓN
PUESTOS DE SALUD	HOSPITAL REGIONAL
CENTROS DE SALUD	HOSP. EZEQUIEL ABADIA (CSS)
POLÍCLINICA HORACIO D. GÓMEZ(CSS)	HOSP. JESÚS NAZARENO
HOSP. RURAL DE CAÑAZAS	

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?

El centro de salud de Guarumal cuenta con recurso humano en base a la complejidad y la población de responsabilidad. Brindamos los servicios de:

- ❖ Medicina General,
- ❖ Odontología,
- ❖ Enfermería,
- ❖ Farmacia,
- ❖ Registros Médico y Estadísticas,

- ❖ Saneamiento Ambiental,
- ❖ Promoción para la Salud,
- ❖ Trabajo Social,
- ❖ Cirugías Menores y
- ❖ Curaciones,
- ❖ Laboratorio

Clínico

Privado

cada

quince

días

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

INSTALACIONES DE SALUD CON EXTENSIÓN DE HORARIO

INSTALACIÓN	DIAS	HORARIO DE ATENCIÓN
HOSPITAL RURAL DE CAÑAZAS	365 DIAS DEL AÑO	24 HORAS
CENTRO DE SALUD CANTO DEL LLANO	SÁBADOS, DOMINGOS, DIAS FERIADOS	7:00 A.M. - 3:00 P.M.
CENTRO DE SALUD DE SAN FRANCISCO	SÁBADOS, DOMINGOS, DIAS FERIADOS	7:00 A.M. - 3:00 P.M.
CENTRO DE SALUD DE MARIATO	SÁBADOS, DOMINGOS, DIAS FERIADOS	7:00 A.M. - 3:00 P.M.
CENTRO DE SALUD DE LA MESA	SÁBADOS, DOMINGOS, DIAS FERIADOS	7:00 A.M. - 3:00 P.M.
CENTRO DE SALUD DE LAS PALMAS	SÁBADOS, DOMINGOS, DIAS FERIADOS	7:00 A.M. - 3:00 P.M.
CENTRO DE SALUD DE LOS RUICES	SÁBADOS, DOMINGOS, DIAS FERIADOS	7:00 A.M. - 3:00 P.M.
	LUNES A VIERNES	3:00 P.M. - 7:00 P.M.
CENTRO DE SALUD DE SANTA FÉ	SÁBADOS, DOMINGOS, DIAS FERIADOS	7:00 A.M. - 3:00 P.M.
	LUNES A VIERNES	3:00 P.M. - 7:00 P.M.
CENTRO DE SALUD DE CALOBRE	SÁBADOS, DOMINGOS, DIAS FERIADOS	7:00 A.M. - 3:00 P.M.
	LUNES A VIERNES	3:00 P.M. - 7:00 P.M.
CENTRO DE SALUD DE RÍO LUIS	20 DIAS DEL MES	24 HORAS
	10 DIAS DEL MES	3:00 P.M. - 11:00 P.M.

Observación: En el Centro de Salud de Río Luis por ser área de muy difícil acceso el equipo Médico- Enfermero trabajan 20 días del mes 24 horas, los 10 días siguientes queda el Asistente de Salud quien realiza un horario extendido de 3:00 p.m. a 11:00 p.m.

Fuente: Departamento de Planificación - MINSA Veraguas

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

La Red de Servicios está sectorizada por distrito, por accesibilidad geográfica y por población de responsabilidad.

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

Los equipos básicos dependen de la complejidad y nivel de atención de la instalación, así como de la población de responsabilidad de cada centro de salud.

7. ¿Qué profesionales conforma el equipo básico?

En el caso del Centro de Salud de Guarumal existen varios miembros del Equipo Básico de salud que lo conforman entre los cuales tenemos: Médico General, Enfermera, Técnico de enfermería, Odontólogo, Técnico en Odontología, Promotores de Salud, Técnicos, Promotor de Vectores, Asistentes de Farmacia, Licenciados de Registros médicos y Técnicos de Registros Médicos.

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

INSTALACION DE SALUD	POBLACION DE RESPONSABILIDAD
C/S DE GUARUMAL	7 915

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

- a) Consulta Externa (Medicina General, Odontología, Enfermería).
- b) Servicios de Apoyo al Diagnóstico (Farmacia, Inhaloterapia) Laboratorio privado cada 15 días, Servicio de Apoyo Administrativo (Servicio de Ambulancia)

Los programas que ofertamos son:

- a) Salud de la Niñez, Escolar y Adolescente
- b) Salud Sexual y Reproductiva
- c) Salud de Adultos
- d) Salud Bucal
- e) Salud Nutricional
- f) Salud Mental
- g) PAI
- h) ITS/VIH/SIDA
- i) TBC
- j) Cuidados Paliativos
- k) Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

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? En lo referente a los Programas que se ofertan:

CENTRO DE SALUD DE GUARUMAL - CARTERA DE SERVICIO Y UNIDAD DE PRODUCCIÓN	
CONSULTA EXTERNA	
Medicina General	No. Consultas Generales
Consultas Técnicas	
Enfermería	No. de Consultas.
Atención Domiciliaria	No. de Visitas
SALUD BUCODENTAL	
Consulta Odontológica (Diagnóstico Bucal)	No. de Consultas
Actividades Preventivas	No. de Actividades Preventivas
Actividades Curativas	No. de Actividades Curativas
	No. Rayos X Dentales
	No. de Esterilizaciones
URGENCIA	
Consultas Médicas	No. Consultas
Procedimientos Médico Quirúrgicos	No. Procedimientos
Curaciones	No. Casos
Inyectable	No. Inyecciones Aplicadas
SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	

Fisioterapia	No. de Sesiones
Farmacia	Medicamentos despachados
Inhaloterapia	Nebulizaciones
SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO	
Servicios de Ambulancia	No. Transportes Realizados
PROGRAMAS PREVENTIVOS (Salud de la Niñez, Escolar y Adolescente; Salud de la Mujer, Salud de Adultos)	
Programa de Crecimiento y Desarrollo Infantil (<5 años)	No. De Consultas
Programa de Salud Escolar (5-9)	No. De Consultas
Programa de Salud del Adolescente 10 a 19 años	No. De Consultas
Inmunizaciones	Dosis aplicada
Programa de Planificación Familiar	No. de Consultas
Programa Maternal: Control Prenatal	No. de Consultas
Inmunizaciones de la Embarazada	Dosis Aplicadas
Control de Puerperio	No. de Consultas
Programa de Control de Salud de Adulto (CS, Manipuladores de Alimentos, Higiene Social)	No. de Consultas
Programa de Detección de Cáncer Cérvico Uterino	Papanicolau Tomados
Inmunizaciones del Adulto	Dosis Aplicadas
Programa de Salud Mental	No. De Consultas
SALUD AMBIENTAL	
Construcción de Letrinas	Letrinas Construidas
Permisos de Construcción de Tanques Sépticos y Lecho de Filtración	Sistemas Autorizados
Inspección de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales	Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales Inspeccionadas
Atención de Quejas Sobre la Mala disposición de Excretas y Aguas Servidas	Quejas Atendidas
Abastecimiento de Agua Potable	
Construcción de Pozos Excavados y Perforados	Pozos Excavados o Promovidos
Inspección y Mejoras de Acueductos	Acueductos Mejorados / Acueductos Inspeccionados
Instalación de Sistemas de Desinfección de Agua	Sistemas de Cloración de Agua Instalados
Toma de Muestras de Agua para Análisis	Muestras de agua tomadas

Control de Alimentos	
Vigilancia Sanitaria a Establecimiento de Plantas de Procesamiento y/o Manipulación de Alimentos	Inspecciones Sanitarias Realizadas
Vigilancia Sanitaria a Establecimientos de Interés Sanitario	Inspecciones Sanitarias Realizadas
Verificación a Carné de Manipuladores de Alimentos	No. de Inspecciones
Capacitaciones a Manipuladores de Alimentos y Operarios de Interés Sanitario	No. de Capacitaciones
Vigilancia a Transporte	Permisos de Operación Sanitaria a Transporte
Permisos sanitarios de operación a establecimientos y Plantas de Procesamiento y Manipulación de Alimentos	Establecimientos con permisos sanitarios de operación
Permisos Sanitarios de Operación a Establecimientos de Interés Sanitario	No. De Permisos
Toma de Muestra de Alimentos para Análisis de Laboratorio	Muestras Tomadas para Análisis
Vigilancia Sanitaria a Planta de Sacrificio	No. De Inspecciones Sanitarias a Bovino
	No. De Inspecciones Sanitarias a Porcino
	No. De Inspecciones Sanitarias a Aves
Atención de Quejas	Quejas atendidas
Disposición Sanitaria de los Desechos Sólidos	
Incorporación de viviendas a la recolección	Casas incorporadas a la recolección
Vigilancia a Sitios de Disposición Final de Residuos Sólidos	Inspecciones Sanitarias a Sitios de Disposición Final
Vigilancia a las Instalaciones de Salud en el Manejo Intrahospitalario de sus Residuos	Instalaciones de Salud Inspeccionadas.
Autorizaciones y Supervisiones para la disposición final de desechos peligrosos tratados	Autorizaciones para disposición de desechos tratados
Contaminación atmosférica	
Saneamiento Básico Ambiental	Inspecciones Sanitarias Realizadas a Locales y Viviendas
Evaluación y Aprobación de Planos para Proyectos de Inversión	Permisos para Construcción
	Planos Aprobados
Vigilancia y control del Uso de plaguicidas en Controladoras de Plagas	Permisos Otorgados a Controladoras de Plagas
	Casos de Intoxicación Aguda por Plaguicidas
	No. De Inspecciones
Vigilancia del Cumplimiento de la Ley Antitabaquismo	Establecimientos Inspeccionados
Ambientes de Trabajo	
Vigilancia Ambiental en Áreas de Trabajo	Inspecciones Sanitarias Realizadas en Ambientes de Trabajo
	Establecimientos Mejorados
	Quejas Atendidas.
Control de Vectores	
Vigilancia y Control de Vectores y Plagas	Inspecc Sanit Realizadas a Locales y Viviendas y Lotes
Tratamiento Antipalúdico	Tratamientos Completados
Encuestas Larvarias	Encuestas
Control Físico: Eliminación de criaderos	Inspecciones Sanitarias Realizadas en Ambientes de Trabajo
Búsqueda Activa por Malaria	Muestras Tomadas
Control Químico	Nebulizaciones (Predios y Manzanas)
Vigilancia Legal	Actas de Compromisos y Sanciones
Atención de Quejas	Quejas Atendidas y Solucionadas
Zoonosis	
Vacunación Antirrábica (Animales)	No. De Dosis
Personas Agredidas por Animales	No. De casos
Vigilancia Epidemiológica de Zoonosis	Casos de Toxoplasmosis, Leptospiras, Brucelosis, Leishmaniasis, Encefalitis y Otros.
Investigaciones de Brotes de ETA	Investigaciones Realizadas
Quejas Sanitarias	Quejas Atendidas
EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN	
	Sesiones educativas realizadas
	Capacitaciones realizadas
	Personas capacitadas

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

SERVICIOS	PRECIOS
MEDICINA GENERAL	
CONSULTA	B/. 1.00
MASCARILLA DE ADULTO	B/. 1.50
MASCARILLA PEDIATRICA	B/. 1.50
INHALOTERAPIA	B/. 1.00
INYECCABLE APLICACIÓN	B/. 1.00
ODONTOLOGÍA	
CONSULTA	B/. 1.00
EXODONCIA	B/. 2.00
SUTURA	B/. 2.00
CURACIÓN(Drenaje, alveolitis y hemorragia)	B/. 2.00
AMALGAMA	B/. 4.00
RESINA AUTOCURABLE	B/. 5.00
RESINA DE LUZ	B/. 10.00
PROFILAXIS	B/. 5.00
RASPADO Y CURETAJE POR SESIÓN	B/. 3.00
CIRUGÍA DE TERCER MOLAR(COLGAJO Y SUTURA)	B/. 5.00
RADIOGRAFÍA	B/. 2.00
ENDODONCIA UNIRADICULAR	B/. 15.00
ENDODONCIA BIRADICULAR	B/. 25.00
FARMACIA	
JARABES	B/. 1.00
ANTIBIÓTICOS FRASCOS	B/. 0.10
CREMAS	B/. 1.00
TABLETAS	B/. 0.02
FENOBARBITAL	B/. 0.01
SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL	B/. 0.30
CALAMINA	B/. 0.70
RIBARBO Y SODA	B/. 0.70
HIMATROPINA (MESOPIN)	B/. 0.70

Fuente: Sección de Costo 20.

12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?

Sí,

Si es si, ¿cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican?

En la región de salud si existen protocolos de atención de Medicina General entregados por última vez a las instalaciones en 2006. Los mismos no han sido revisados posteriormente. Por parte del servicio de Enfermería se expone que sí

existen pero no se aplican y para muestra se ve reflejado en las Auditorías de Expedientes.

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

Existen mecanismos de comunicación entre la Red de Servicios del MINSA con la de la CSS, sin embargo no hay evidencia de articulación solo en lo referente al PAI (Programa Ampliado de Inmunización).

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

La red formal de servicios de salud se articula con la informal a través de la capacitación y seguimiento de: las Parteras Empíricas, promotores de salud, Comités de Salud, JAAR; para el año 2012 se realizó la última capacitación a parteras empíricas del distrito de Cañazas, para el resto de las parteras de la provincia no se capacitan hace más de 15 años.

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

La Red Formal Pública y la privada no están articuladas.

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

Sí,

Se toma en cuenta la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias, ya que de acuerdo a las patologías los pacientes son referidos a las consultas externas y de urgencias del Hospital Ezequiel Abadía de Soná y el Hospital Luis Chicho Fábrega de Veraguas. En caso de referencias a servicios como neurocirugía, nefrología, neurología entre otras el paciente se refiere a otras instalaciones del país ya que no contamos con las mismas en la provincia. De igual forma las contrarreferencias se envían a unidades en base a su funcionamiento.

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

En la instalación del centro de salud de Guarumal, existe la coordinación entre todos los departamentos, donde los pacientes son atendidos por cada uno de los profesionales de salud: médico, enfermería, odontología, trabajo social, salud mental; en el caso de las embarazadas estas llevan un manejo multidisciplinario,

el programa de salud escolar, los estudiantes también reciben la atención por todos los servicios que exige el programa. En las atenciones de pacientes crónicos como hipertensos, diabéticos y tercera edad, estos son evaluados por medicina, enfermería, odontología, trabajo social, Salud Mental y son referidos a otras instalaciones para evaluación de medicina interna, y otras especialidades que se ameriten. Las atenciones de morbilidad se realizan en la unidad, si el paciente amerita traslado al Hospital Ezequiel Abadía por alguna urgencia, es trasladado en la ambulancia del Centro de Salud de Guarumal.

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?

El sistema único de referencia y contra referencia es utilizado en todas las instalaciones del primer nivel para referir pacientes al segundo nivel de atención tanto para urgencias, como para consulta externa. La mayor debilidad de este sistema consiste en que al nivel local casi nunca llegan las contra referencias y el médico que brinda la atención no puede conocer que diagnóstico o tratamientos le han sido dados al paciente o que indicaciones debe seguir. A nivel hospitalario según nos comenta la Jefa de Docencia del Hospital Regional se dan capacitaciones al personal médico tanto especialistas como a los médicos internos sobre el uso correcto de la hoja de SURCO sin embargo por años seguimos con esta deficiencia.

Anteriormente cuando se firmaban los convenios de gestión cada unidad del nivel local llevaba un control de la cantidad de referencias enviadas y las contra referencias recibidas y esto se enviaba mensualmente al Director del Hospital Regional, para que este tomara las medidas necesarias, de modo que los especialistas contestaran las contra referencia; sin embargo esto no se está realizando desde hace varios años.

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

Sí,

Si es si, conoce la base legal, menciónela: Resolución Ministerial 422 de 9 de Diciembre de 2003, que regula el Sistema de Referencia y Contra referencia (SURCO). La norma dice todo paciente que sea evaluado por su médico tratante y considere que amerita una consulta médica especializada o de otros colaboradores del equipo de salud, debe ser referido al nivel de atención que se requiera de acuerdo a la complejidad del diagnóstico.

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

Las principales dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del SURCO no dependen del primer nivel de atención, ya que a todos los pacientes se le realiza su referencia, sino de la disposición del segundo y tercer nivel de atención que no envían las contrarreferencia, ya que no existe una coordinación que vigile el cumplimiento de las mismas, desde que no se realizan los convenios de gestión en la Región es muy difícil establecer un monitoreo del funcionamiento del SURCO.

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

Son muchas las necesidades en cuanto a infraestructura física sobre todo en la Red Primaria en el Centro de Salud y en los 9 Puestos de Salud, los cuales se encuentran en franco deterioro por falta de un mantenimiento preventivo, muchos de ellos ya no funcionan.

Actualmente no contamos con las adecuaciones específicas para personas con capacidades especiales.

22-¿Existen en su Centro de Salud REINTEGRA?

No

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

Sí

El Censo de discapacitados se encuentra registrado tanto en el Centro de Salud y el SENADIS también cuenta con dicha información.

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?

Actualmente no se están fortaleciendo los mismos se utilizan el formulario para referir pacientes y son muy pocas las contra referencias recibidas de las especialidades y subespecialidades. Se debe lograr que exista la contra referencia.

25-Cuadro N° 9
CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

No aplica.

Cuadro No. 9

CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad	N/A	
Mediana (especialidades básicas)	N/A	
Baja (medicina general)	1	
Total Hospitales	1	
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades	N/A	
Centros de nivel primario con medicina general	1	
Centros de nivel primario con personal residente no profesional	1	
Total centros ambulatorios		
Sector Privado		
Hospitales		
Alta complejidad	N/A	
Mediana (especialidades básicas)	N/A	
Baja (medicina general)	N/A	
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
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		
Total Centros de Salud		

Fuentes:

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

*****Nota** estos datos se tomaron en base al centro de salud de Guarumal y el Hospital de Soná

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

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

Los bolsones son los dos enclaves que tenemos en la Comarca y en la franja noroeste comprendida por: Soná, Las Palmas, Cañazas, Santa Fé, Calobre, San Francisco, Montijo (Islas).

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

Los principales problemas son: la seguridad alimentaria, barreras Culturales e idiosincráticas, desigualdad en la atención, falta de calidad en El agua, pobreza, el grado de accesibilidad a los mismos es menor.

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)?

Es importante señalar que nuestro Centro de Salud esta bajo la jurisdicción de la Región de Salud, y cada cambio realizado es basado en un análisis de las necesidades presentadas ya que la planificación de los RRHH está relacionada con el flujo de personas que entran y salen de la institución; involucrando a su paso la proyección de las necesidades laborales, el suministro del mismo y la planificación de los programas necesarios para asegurar que la institución cuenta con los funcionarios calificados cuando y donde lo requieran.

- Esta planificación de Recursos Humanos puede desarrollarse en varios niveles: Planeación Nacional, Ámbito Regional (Direcciones Regionales, Hospitales, Centros de Salud)
 - Diseño y gestión estratégica, diseño de mecanismos de financiamiento, diseño del sistema de evaluación,
 - Desarrollo de Recursos Humanos y gestión de procesos de organización, desarrollo de equipos de trabajo.
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?

El Ministerio de Salud, como ente rector de las acciones Técnico Normativas de las actividades que brindan los servicios de atención por parte de la Red Informal (parteras, curadores, etc.), considera necesario contar con un documento que oriente la capacitación.

Por tal razón ha venido desarrollando diversas capacitaciones y actividad en las comunidades de nuestra provincia, especialmente en áreas rurales, que consisten capacitaciones de varias semanas y en medio de las charlas se utiliza logística sencilla, pero bien didáctica como dibujos, socio dramas y el compartimiento de experiencias, ya que la Red informal son aliados principales en el proceso de adecuar la atención de Salud que se brinda.

La más reciente fue llevada a cabo en el año 2012 en el Distrito de Cañazas a parteras de este distrito y dictada por personal de enfermería de la Región de Salud De Veraguas, el resto de las parteras de la provincia no se han capacitado hace más de 6 años.

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?

Actualmente en la Región de salud no se realiza ninguna de estas estrategias, cada departamento lleva las docencias de su personal de manera

independiente, así como la administración del recurso humano. En la actualidad se está iniciando la creación de la UDR la cual desde hace más de 8 años no existía.

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

El Departamento de Planificación con la autorización del director regional, es el que convoca a las Coordinaciones, Departamentos o Secciones para solicitar las prioridades de cada uno e igualmente mantiene una comunicación estrecha con el Director Regional para ver cuál es el Plan de Acción para la solución de las mismas.

Cada departamento realiza sus planes operativos, así como su planificación estratégica para priorizar en salud. Estamos realizando reuniones mensuales con Jefes y Coordinadores de Departamentos, con la finalidad de conocer las necesidades y logros en cada uno de estos.

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?

Estos costos son establecidos por el Ministerio de salud a nivel nacional.

Los costos de la atención sanitaria no son estimados por el nivel regional, ni local, puesto que seguimos las directrices de los costos establecidos por el nivel nacional. Sin embargo realizan algunos ajustes a las tarifas existentes, por el nivel regional o del centro de salud y las mismas están adecuadas al tipo de población que se atiende.

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

Las tarifas existentes no contemplan los costos reales de los servicios y las mismas están adecuadas al tipo de población que se atiende, realmente se manejan tarifas muy bajas.

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

Existe un convenio con la CSS desde el 2005 para la compensación de costos.

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

No.

En la Región de Salud De Veraguas, no se realizan este tipo de estudios, cada jefe de cada Departamento sustenta anualmente la necesidad del Recurso Humano, de igual forma los Directores Regionales se reúnen con los jefes de Recursos Humanos y el Director del Hospital para revisar la disponibilidad y necesidad de recurso humano en las distintas ramas. No existe un convenio con las distintas universidades de nuestra provincia, para conocer el número de profesionales que se forman en las distintas carreras.

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

No.

La Región de salud de Veraguas no se ha realizado este tipo de estudios en cuanto al recurso humano no contamos formalmente con un departamento de salud ocupacional.

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

El sector público establece los salarios en base a las profesiones y categorías, a cada empleado público se le reconocen sus cambios de categorías y ajustes salariales.

Lo que está pendiente es la equiparación de salarios entre los funcionarios de la CSS y MINSA.

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

En el Sector privado establecen de manera independiente la remuneración a sus funcionarios.

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

Panamá no existe una legislación definida para este tipo de servicios, más bien se rigen por lo que establece el código de trabajo al igual que el resto de las empresas.

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

Las acciones del MINSA__ para mejorar el desempeño en la evaluación de la FESP están basadas en el monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud. En la cual se puede tener una noción clara de algunos problemas que impiden que cada una de estas funciones no pueda cumplirse y dar resultados requeridos en la gestión institucional.

El ejercicio de la función rectora del MINSA constituye un elemento fundamental para la construcción del Sistema de Salud. Evaluar el desempeño de dichas funciones nos permitirá analizar el grado de avance de esta dimensión rectora e indelegable y de las capacidades existentes, con miras al fortalecimiento de la salud pública en nuestro país.

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	X	-		X	---		X	--		X	---		X	---	
Conducción	X	-		X	---		X	---		X	---		X	---	
Desempeño FESP	X	-		X	---		X	---		X	---		X	---	
Financiamiento	X	-		X	---		X	---		X	---		X	---	
Aseguramiento	X	-		X	---		X	---		X	---		X	---	
Provisión	X	-		X	---		X	---		X	---		X	---	

Nota: Los meses y años contemplados en el cuadro se refieren a los cambios en los periodos de gestión gubernamental.
 OBSERVACIÓN: En este cuadro podemos observar que según el nivel privado ellos no realizan dentro de su política de atención las funciones esenciales de Salud pública. En la región de Salud de Veraguas llevamos a cabo desde 1990 las funciones esenciales de salud pública las cuales han estado inmersas en los planes de gobierno.

otadores de Salud											
entes de Salud											
ctores de Saneamiento											
ctores antivectoriales											
inarios											
ieros y arquitectos											
dos de postgrado en salud											
elas de Salud Pública											
n 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.	Farmcet.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA					54	17	254	471	14	4
CONTRATO	4	1	5	1	5	6	19	5	4	1
PERMANENTE	54	6	64	44	49	11	235	426	10	3
RED FIJA	58	0	69	45	54	17	254	1	0	
RED ITENERANTE	8	----	9	-----	9	-----	27	6	-----	9
CSS										
PRIVADO	4	41	4	---	4	--	---	4	6	--
TOTAL	70	48	73	45	58	17	281	475	20	17

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?

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

El artículo 111 de la Constitución Política de la República de Panamá refiere que el Estado deberá desarrollar una Política Nacional de Medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país.

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

Elabora el listado nacional de medicamentos esenciales y especializados. Miembros de CONAMEP: colegio Médico de Panamá, Colegio de Farmacéuticos, Farmacias y drogas, Caja del Seguro Social, Dirección General de Salud, HST, INSAM, ION, Hospital del Niño.

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

No, la comisión nacional de medicamentos no mantiene una información al respecto.

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

Si existe un cuadernillo nacional de medicamentos (MINSAL) que no incluye niveles de complejidad y en la CSS existe el formulario.

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

El número de renglones de medicamentos es 417.

Médico quirúrgicos es 350. Esto incluye al hospital y lo utiliza la población de Veraguas según necesidad.

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

Si es SI, considera usted que es herramienta útil:

Sí.

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

SI

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

Sí.

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

Se prioriza de acuerdo a las morbilidades más comunes en la Región, en base a existencia, fechas de expiración, tomando en cuenta las necesidades no recibidas del nivel central del año.

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

Sí.

Actualmente se llevan formatos de registro de consumo, el cual provee en parte las estimaciones de necesidades de medicamentos.

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

Sí, como están conformados.

Si están conformados, sin embargo no están debidamente inscritos y funcionando necesita Personería Jurídica toda vez que solo se llevan los informes de captación de reacciones adversas y fallas farmacéuticas

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

Sí.

Hay protocolo para las enfermedades notificables y crónicas existen protocolo de mordedura de ofidios manejo de leishmaniasis, tuberculosis, diarreas influenza.

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

El 100% de las farmacias privadas establecidas legalmente en esta región de salud, cuentan con farmacéuticos. En horario diurno mayormente se concentran los profesionales farmacéuticos ejerciendo sus servicios en las farmacias privadas del distrito de sona. El asistente de farmacia idóneo, es quien debe cubrir el tiempo durante el cual no hay disponibilidad de farmacéutico.

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

Actualmente el 45 % de las farmacias de la red pública de servicios de salud (CSS y MINSA) de esta Región de salud cuentan con farmacéutico (4 de 4) y el 35% de las farmacias del MINSA cuenta con farmacéuticos(7 de 20). Estos profesionales se concentran mayormente en horarios matutinos en el Centro de Salud de Guarumal solo contamos con asistente de farmacia que está nombrado por contrato

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

Anualmente se atiende alrededor de 361 donantes de los cuales solo 299 llenan los requerimientos físicos de la salud para la donación y se realizaron 149 transfusiones en el 2014

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

Actualmente existen 2 laboratorio clínico, 1 de la C.S.S. y uno privado.
En el distrito no contamos con laboratorio de agua y ni de alimento.

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

Sí.

Solo existe un laboratorio de referencia definido, que es laboratorio ubicado en el Hospital Ezequiel Abadía, el criterio tomado es por estructura, cantidad de recursos humanos, metodología, accesibilidad y horario de atención.

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

Si existe una tarifa unificada de los laboratorios y medicamentos en el Hospital de Soná. los criterios para la tarifa son de acuerdo a la especificidad del laboratorio y existen margen de ganancias.

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

Si. Se encuentra ubicado en el hospital Luis Chicho Fábrega.

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

Se prioriza de acuerdo a la morbilidades mas comunes en el distrito, en base a la existencia en el nivel regional.

En la C.S.S. se trabaja por el presupuesto asignado y en el Centro de Salud odontología, medico quirúrgico se solicita de acuerdo a la necesidad del servicio.

Cuadro No. 13

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

INDICADOR	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto total en medicamentos por MINSA	902,751.19	1,832,798.40	1,966,566.00	2,036,579.40	1,340,277.30

Gasto total en laboratorio por MINSAs	39,799.0	42.799.00	262,799.00	1,406,409.00	1,486,409.00
Gasto total en médico quirúrgico por MINSAs	155,000.00	158,750.00	200,000.00	358,841.00	408,841.00
Gasto total en imagenología por MINSAs	35,758.00	52,059.00	99,059.00	99,059.00	99,059.00

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

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

Sí.

Es el 20% entre ellos: Set de Diagnostico, Camilla, Lámpara, esfigmomanómetro, manómetro, Doppler, Monitor de Signo Vitales, Bomba de Infusión, Microscopio, Equipo de Químico, Centrifugas, en el área de odontología esta defectuosos el cavitron, sillón dental, regulador de voltaje del equipo de rayos X igual relación tenemos en el Centro de Salud de Guarumal con equipo en condiciones defectuosas y fuera de uso.

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

En el Centro de Salud de Guarumal tenemos un aproximado mas del 25% del equipo medico que ya ha cumplido su vida útil.

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

Sí.

En el Centro de Salud de Guarumal hay un listado para reposición quipo de Mobiliario y Oficina que se verifica cada año.

Informático 5%

Biomédico 15%

Refrigeración 10%

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

Sí X 40%.

Algún equipo esta defectuoso o fuera de uso, escritorios, archivadores, armarios, silla tipo secretaria, sillas de visitas, máquina sumadora, anaquel, esfignomanómetro, tallmetro, maquina de escribir eléctrica dispensador de gel alcoholado, camilla e impresora.

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

Si. 40%

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

Sí.

Para reemplazar están en el listado: escritorios, archivadores, sillas para secretaria, muebles para computadora, aire acondicionado, estetoscopio, autoclave, podadora, nevera, sillas para pacientes y esfignomanómetro.

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?

A nivel del hospital de Soná si se cuenta con un mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica los cuales a sido efectivo y el tiempo de espera para un cupo en el salón de operaciones va de tres a seis meses

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

En la consulta de ginecología, por que no se cuenta con la cantidad de especialista para hacer frente a las necesidades del paciente.

3. ¿Se registra el rechazo de pacientes?
Sí

En el Centro de Salud de Guarumal en el año 2014 se han rechazado 215 pacientes, porque anteriormente no se estaba registrando.
En el hospital de Soná se trabaja según agenda.

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

Entre los distritos con mayor número de demanda no satisfecha tenemos en primer lugar Cañazas, segundo Santa Fé, tercero La Mesa y cuarto lugar Montijo. En el Hospital de Soná no aplica esta pregunta ya que no hay demanda espontánea.

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

El mecanismo utilizado para otorgar citas en los Centros de Salud es de manera presencial para la consulta externa y para la consulta especializada el encargado de REGES coordina con el Hospital las citas para especialistas cosa que no ocurre tan frecuente.

En el hospital de Soná las citas se tramitan a través del centro de llamada (Call Center)

HORARIO DE SERVICIOS

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

En el Centro de Salud Guarumal el horario de atención es de 7:00 am a 3:00pm.

Hospital Ezequiel Abadía el horario de atención externa es de 7.00am a 3:00pm y atención de urgencia es de 24horas.

1. La población está satisfecha con los horarios actuales
No.

La queja en muchas instalaciones de Salud sobre todo en el Centros de Salud de Guarumal es que se quedan sin cupos sobre todo moradores de áreas como

Santa Catalina, Hicaco, Dos Bocas, Paso Hondo ya que la demanda es alta y en ocasiones contamos con un solo medico, por eso estamos analizando la extensión de horarios 3-7 p.m. o la atención los fines de semana, considerando que son de lugares apartados y que si se enferman en la tarde o noche tienen que desplazarse pagando vehículos y que en muchas ocasiones no cuentan con dinero para atenderse.

En el Hospital, dependiendo de las áreas hospitalarias el paciente manifiesta o no su insatisfacción, ya que en el horario de atención de los médicos, principalmente los especialistas, es donde se ha podido detectar esta insatisfacción.

2. 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 qué base: sobre la base de pacientes rechazados y cantidad de población de responsabilidad, por lo cual se han activado Extensiones de Horarios en 9 de las 19 Instalaciones de la Red Primaria de Atención. Siempre ha existido en la región una buena comunicación con los directores de cada centro de Salud, estos en base a la productividad de cada uno de sus centros solicitan al nivel regional la necesidad de extensiones de horarios, aumento del recurso humano y en los turnos de fines de semanas y días feriados. Se ha planteado incluso en centros como Santa Fé la posibilidad de convertirlo en un hospital rural con atención las 24 horas, al igual que en Mariato, ya que estos son lugares alejados y con dificultad en los medios de transporte para la población.

3. ¿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

En el centro de salud de Guarumal no cuenta con horario extendido ni turno fin de semana.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

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

Sí.

En el 2013 y 2014 externamente la salud de Veraguas y el departamento de enfermería aplico una encuesta de satisfacción y atención al usuario.

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?

0%

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

No.

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

No, no se aplico por la poca importancia que prestaron los auditores sociales a la aplicación de encuestas.

5. ¿Se comparten estos resultados?

No.

6. ¿Conocen el programa de humanización?

Si.

Se está organizando el equipo regional se está dando a conocerse el programa por disciplina. El equipo regional está siendo capacitado al respecto y ha participado de seminarios sobre este tema tanto médicos, enfermeras, técnicos y los administrativos.

7. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales?

No.

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

No.

En los Centros de Salud de Guarumal se lleva un control de la demanda insatisfecha el cual está a cargo del departamento de REGES.

CONTROL DE CALIDAD

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

Sí.

En el Centro de Salud de Guarumal con el propósito de evaluar la calidad de la atención a las personas a través de los resultados del proceso de auditoría de los

registro en la historia clínica de acuerdo al cumplimiento de las normas y protocolos de atención, se inicio en el año 2003 hasta el 2005 y se retomo la auditoria de expediente en el 2012 la cual se realizaba de manera consecutiva. De acuerdo a los resultados de esta auditoría de expedientes la calidad para el año 2012 los resultados fueron deficientes y con una tendencia a la desmejora.

A continuación se anexa cuadro de resultado de las auditorías efectuadas en la Región de Salud de Veraguas.

**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE VERAGUAS**

PROGRAMAS		Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Recién Nacido			0.9883	0.984	0.9861	0
Menor de 1 Año			0.6649	0.7188	0.5894	0.5151
Niño de 1 a 5 Años			0.5348	0.5986	0.5275	0.4658
Adolecente			0.5190	0.5999	0.4891	0.4315
Embarazada			0.6700	0.6728	0.6424	0.6133
Adulto			0.4900	0.2969	0.4611	0.4297
Adulto con Crónica	HTA		0.1568	0	0.5028	0.3978
	DM		0	0.2097	0.5700	0.2945
	HTA/DM		0	0	0.5743	0.4045
Trabajadoras del Sexo			0.4742	0.6195	0.6112	0
Tuberculosis Exp.			0.9555	0.9936	0.5671	B/. 0.3200
Tuberculosis Tarj.			0.7500	0.7532	0.8105	0.9085
Parto			0.5772	0	0.5183	0

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

El sistema de Salud de Veraguas (MINSAL-CSS), fue plan Piloto del proyecto de Salud con calidad, el cual no tuvo seguimiento. En la actualidad no hay programas de calidad.

En el Centro de Salud de Guarumal se colocó buzones de sugerencias los cuales no tuvo un buen funcionamiento.

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

No conocemos sobre el observatorio de calidad que esta en la pagina web del MINSA sobre todo que el en centro de salud de Guarumal no contamos con internet.

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

No.

Hasta el año 2008 la Región de Salud de Veraguas planificaba y ejecutaba un plan de mejora de la calidad basada en los resultados de las encuesta de satisfacción de usuario aplicadas en cada centro de Salud, Hospital rural Y Hospital Regional. En la Administración pasada se cambia la coordinación de la Comisión Regional de Calidad y quien es asignada, la asume por poco tiempo y no se continúa con esta práctica que se venía realizando de manera sistemáticamente desde 1997.

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

Sí.

En el Centro de Salud de Guarumal no contamos con instrumentos para medir el desempeño de los servicio de salud.

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

Sí.

Buzones de sugerencias que no funcionan porque la población no le dan la debida importancia y la línea 311 donde se canalizan las quejas a Asesoría Legal y da respuesta.

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?

Basados en los deberes y derechos en materia de salud la población ejerce su rol para asumir las responsabilidades y apoyar la gestión y oferta de servicios de salud, por ello se cuenta con diversas organizaciones que tienen como fin participar en la gestión de servicios de salud.

Mediante los comité de salud se obtiene apoyo en diversos centros de salud para el buen funcionamiento de los mismos, el ro desempeñan los comités de salud en la comunidad les permite tener acceso a la participación social en la toma de decisiones y dar sus opiniones en busca de mejorar la calidad, equidad y disponibilidad de los servicios de salud, así como crear conciencia en las comunidades que la salud no es única y exclusiva responsabilidad de quienes ofrecemos los servicios de salud, sino una participación de todos y todas.

Las juntas administradoras de acueducto rural que dedican su tiempo a la operación, administración y mantenimiento del acueducto rural para la obtención del vital líquido del humano: el agua, la iglesia y su apoyo con sus pastorales de la salud y sus acciones directas en la comunidad, las diversas redes como las ligas antitabaco, los grupos caza mosquitos los grupos de III edad y ONG que apoyan directamente la gestión y oferta de servicios de salud cuyo sistema de organización está basado en lineamientos, con personerías y bases legales jurídicas reconocidos por el Ministerio de Salud.

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?

Organización	Cantidad
Comité de salud	35
Juntas Administradora de Acueducto Rural	56
Ligas Antitabaco	3
Grupos caza mosquitos	4
Grupos de III edad	3
Clubes cívicos (rotario, leones, 20-30,)	2
Iglesias (católica, evangélica, adventista, cuadrangular)	4
ONGs (Ancec, Hands for America)	3
Otras (universidades, comandosur)	2

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

El fin primordial de los Comités de salud es promover salud en sus comunidades generando acciones que promuevan y protejan la salud de la población. Las Juntas administradoras de agua apoyan la gestión de salud en las comunidades que se abastecen de agua, mediante los acueductos rurales; este organismo hace cumplir las normas básicas para el uso, protección, conservación de las fuentes de abastecimiento, así como las normas específicas de administración, operación y mantenimiento de estas obras sanitarias.

Las iglesias juegan un papel social muy importante y desde allí ejecutar acciones de prevención de la salud, sobre todo en la búsqueda del respeto hacia la vida humana, el derecho a la salud, la responsabilidad ciudadana, valores éticos y morales ligados a la salud en general, propiciar espacios para el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de la salud mental y practica de estilos de vida saludable.

Los clubes cívicos vienen apoyando las acciones específicas de salud sobre todo en campañas que promueven concienciación, cambio de conductas, prácticas saludables, conocimientos y estilos de vida que prevengan enfermedades, y sobre

todo una cultura saludable; también apoyan en la consecución de recursos económicos para garantizar la continuidad de programas de rehabilitación y recuperación de la salud.

Las ligas antitabaco por su parte tienen como fin ser actores sociales que generen acciones de prevención, y promoción en la lucha contra el consumo del tabaquismo, los grupos caza mosquitos son redes que se unen a las acciones de la lucha contra el dengue, chikungunya, promoviendo, orientando a la familia educativa y comunitaria en la eliminación de criaderos en la búsqueda de una cultura saludable del ambiente y su gente. Los grupos de la tercera edad son redes comunitarias que tienen dentro de sus actividades la planificación y ejecución de actividades que le permitan a la población gerente mantener el contacto con los equipos básicos de salud para promover salud hacia una mejor calidad de vida.

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

Sí se ha realizado análisis con el diagnóstico rural participativo (DRP) en 3 distritos de la provincia cuyos resultados son variados y dependen de los intereses que mueven a la población y los fines que persiguen las organizaciones a las que pertenecen, en las que resaltamos:

Las familias que se abastecen del acueducto rural.

Los acueductos que poseen el sistema de clorinadores para el agua.

Las familias que producen en huertos comunitarios.

Las madres que ofrecen suplementos alimenticios a sus hijos.

Los gerentes que cumplen con los controles de salud.

Las comunidades que ejecutan acciones en prevención de cáncer.

Las organizaciones que realizan acciones de prevención de la salud.

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

El sector informal de atención en salud se caracteriza por ofrecer servicios relacionados a la salud espiritual, remedios naturales, salud mental, recetas caseras, curación de casos que la medicina ha desahuciados, santería entre otros, los curanderos se dedican a ofrecer servicios espirituales, naturalistas, medicina alternativa, remedios caseros y se ubican a lo largo y ancho de la provincia, son las personas de bajos recursos, con poca o ninguna educación, de áreas muy rurales y personas que la medicina no le ha dado respuestas a sus problemas de salud.

Las prácticas de la población y su cultura se integran en el diario vivir, en la socialización con la gente durante el ejercicio de las funciones per se, en el contacto directo con los problemas que presentan y sus necesidades, conociendo el comportamiento, sus hábitos y actitudes hacia el sistema, los servicios, su oferta y demanda general. En los últimos años el rol de los curanderos ha cambiado, y muchos de ellos dan consejos a las personas que acuden en busca de sus servicios, para que acudan a atención médica, cuando ellos de antemano saben que dicho padecimiento debe ser puesto en mano de un experto en la materia. La población que demanda estos servicios actualmente es muy variada tanto de las áreas rurales como urbanas, ya que esto más bien está ligado a las creencias y cultura de las personas

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

La fortaleza que nos distingue como región y Centro de Salud es contar con un personal altamente capacitado y sensibilizado en brindar los servicios de salud, llevar a cabo los distintos programas que nos exigen las políticas de salud vigentes, acorde a las necesidades y realidad social, política, económica y de género que vive nuestra gente, que exige de nosotros una atención integral y con calidad. Las debilidades que tenemos es la escases en el recurso humano, los

bajos presupuestos con que contamos para poder hacer que las comunidades puedan participar más activamente en el proceso de salud, ya que muchas veces no contamos con la flota vehicular requerida para ir a las comunidades a brindar nuestros servicios y poder estar de cerca a las necesidades de la población.

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 muy bien recibida y aceptada por todas las comunidades que cuentan con ella, esperamos que sea prontamente implementada ya que contamos con personas que viven en área de difícil acceso con mala ruta de buses, se dedican a la agricultura y la pesca.

La atención de los pacientes que reciben red de oportunidades ha aumentado en todos los centros de salud, esta realidad es palpable y medible en las estadísticas, lo cual se refleja, ya que hay pacientes que anteriormente nunca habían ido a atenderse a los centros de salud, ni siquiera a realizarse un Papanicolau ni los hombres a hacerse ningún control de salud.

PROGRAMAS SOCIALES DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN.

Como políticas sociales gubernamental buscan disminuir problemas sociales, inequidades, desigualdades y brechas que existen entre los grupos sociales de nuestro país con las poblaciones que más acceso tienen y productividad generan. Estos programa contemplan responsabilidades a nivel estatal con los ministerios de MEDUCA, MINSA, MIDA y MIDES así como a nivel personal con el desarrollo de competencias que buscan elevar la calidad y nivel de vida de nuestra población más pobre o sin ninguna entrada económica.

A continuación presentamos un resumen de estas responsabilidades:

INSTITUCIÓN	CORRESPONSABILIDAD	COMPETENCIA
MIDES	DIAGNOSTICAR FAMILIAS REGISTRAR FAMILIAS PAGAR BONOS	CUMPLIR CON LLENADO DE TARJETAS. CUMPLIR COMPROMISOS. ASISTIR A REUNIONES CONSUMIR DINERO EN ALIMENTO, MEDICAMENTO, VESTIDO Y EDUCACIÓN.

MINSA	CONTROL VACUNAL CONTROL DE SALUD EXAMENES DE LABORATORIOS CAPACITACIONES	ASISTIR A TODAS LAS ACTIVIDADES DEL SECTOR SALUD QUE SEAN CONVOCADAS PARA EL LLENADO TOTAL DE LA TARJETA. MEJORAR CALIDAD Y NIVELES DE VIDA.
MEDUCA	GARANTIZAR EDUCACIÓN A NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DENTRO DEL PROGRAMA.	ENVIAR NIÑOS EN EDAD ESCOLAR A RECIBIR CLASES LLEVAR REGISTRO DE FIRMA EDUCATIVA.
MIDA	DESARROLLAR HUERTOS FAMILIARES Y PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS.	PRODUCIR A NIVEL FAMILIAR HUERTOS QUE PUEDAN SER DE USO DOMESTICO.

INSTITUCIÓN	CORRESPONSABILIDAD	COMPETENCIA
MIDES	DIAGNOSTICO INSCRIPCIÓN PAGO	CUMPLIR CON LLENADO DE TARJETAS. CUMPLIR COMPROMISOS. ASISTIR A REUNIONES CONSUMIR DINERO EN ALIMENTO, MEDICAMENTO Y VESTIDO.
MINSA	ATENCION INTEGRAL A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR	ASISTIR A CONTROLES DE SALUD. MEJORAR CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.
MIDA	DESARROLLAR HUERTOS FAMILIARES Y PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS.	PRODUCIR A NIVEL FAMILIAR HUERTOS QUE PUEDAN SER DE USO DOMESTICO.

PROGRAMA DE 120 /65

INSTITUCIÓN	CORESPONSABILIDAD	COMPETENCIA
SECRETARIA	DIAGNÓSTICO	CUMPLIR CON LLENADO DE

NACIONAL PARA EL PLAN ALIMENTARIO NUTRICIONAL	REGISTRO DE FAMILIAS. CONTROL Y DEPURACIÓN PAGOS	TARJETAS. CUMPLIR COMPROMISOS. ASISTIR A REUNIONES CONSUMIR DINERO EN ALIMENTO, MEDICAMENTO, VESTIDO Y EDUCACIÓN.
MINSA	CONTROL VACUNAL CONTROL DE SALUD EXAMENES DE LABORATORIOS CAPACITACIONES	ASISTIR A TODAS LAS ACTIVIDADES DEL SECTOR SALUD QUE SEAN CONVOCADAS PARA EL LLENADO TOTAL DE LA TARJETA. MEJORAR CALIDAD Y NIVELES DE VIDA.
MIDA INADEH	DESARROLLAR Y COMPETENCIAS Y DESTREZAS A NIVEL PERSONAL GARANTIZAR SOSTENIBILIDAD.	ASISTIR AL MENOS A TRES CAPACITACIONES REALIZADAS POR LA INSTITUCIÓN.

PROGRAMA ANGEL GUARDIAN:

INSTITUCIÓN	CORESPONSABILIDAD	COMPETENCIA
MIDES	DIAGNOSTICO INSCRIPCIÓN PAGO	CUMPLIR CON LLENADO DE TARJETAS. CUMPLIR COMPROMISOS. ASISTIR A REUNIONES CONSUMIR DINERO EN ALIMENTO, MEDICAMENTO Y VESTIDO.
MINSA	ATENCION INTEGRAL A LA SALUD DEL ADULTO MAYOR	ASISTIR A CONTROLES DE SALUD. MEJORAR CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

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?

Las diversas normativas que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud son percibidos por la población que de ellos se beneficia, como algo favorable tanto para la familia como su economía, beneficioso para necesidades básicas como para servicios alternativos, los que al final redundan en mejor calidad de vida, estos decretos son aplicados en las instalaciones de salud que cada uno de ellos contempla su vigencia y aplicación, cabe resaltar que muchos de estos decretos han representado disminución de ingresos y recaudaciones para las instalaciones de salud y muchas veces por el desconocimiento de las mismas no se ofrece el beneficio a quienes va dirigida.

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

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?

La promoción de salud y prevención de daños es concebida dentro de los modelos de atención. Tal como lo establece nuestra constitución, es función esencial del Estado, velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

La Constitución también dispone, en su artículo 113, que en materia de salud, corresponde primordialmente al Estado, el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, Además, Panamá se ha comprometido en materia de derechos humanos con numerosos instrumentos internacionales: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención de los Derechos del Niño y la Niña, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Conferencia Internacional de

Población y Desarrollo, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Igualmente, nuestro marco jurídico incorpora normas relacionadas que plantean el deber del Estado de garantizar la salud y educación para la población panameña. Por lo anteriormente expuesto nuestro país ha desarrollado dentro de las funciones esenciales de salud pública la promoción de la salud, por lo cual, la Promoción de la Salud en Panamá es coordinada a través de una Dirección de Promoción de Salud del Ministerio de Salud que es el ente rector de la salud en el país.

A nivel del Centro de Salud de Guarumal se presentan charlas de promoción y prevención contra el Hantavirus, el Dengue, estilo de vida saludable.

La misión consiste en:

- ❖ Impulsar y facilitar los procesos que proporcionen a la población panameña los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su salud, la de su familia y la comunidad, para mejorar la calidad de vida en el marco de sus derechos y deberes sanitarios.

Funciones:

1. Desarrollar y asegurar la formulación e implementación de las políticas, planes, programas y normas de Promoción de la Salud, de aplicabilidad en los niveles técnicos de la organización y a nivel intra y extra sectorial.
2. Impulsar el desarrollo de investigaciones etnológicas, antropológicas, psicosociales, culturales y conductuales que sirvan de fundamento a los programas, proyectos, acciones e intervenciones en promoción de la salud.
3. Desarrollar mecanismos de coordinación y participación social eficientes, a nivel público y privado, que contribuyan a promover la salud integral de la población y del ambiente.
4. Fortalecer los nuevos modelos de atención y gestión en salud, a través de la promoción, educación, comunicación, mercadeo social y participación social en salud.

En la Región de Salud de Veraguas contamos con el departamento de promoción y educación para la salud, quienes son los encargados de

ejecutar todas estas funciones, trabajando coordinadamente con la dirección Regional de Salud, los directores médicos de los centros de Salud y con las instituciones de la provincia, con la finalidad de que todos participen en las actividades que se realizan en nuestra área para llevar a cabo todas las estrategias que vayan en beneficio de la salud de la población. El departamento de promoción se encarga de difundir en los medios de comunicación de la provincia todas las actividades que la región a través de cada uno de sus departamentos desarrolla.

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.

Los equipos básicos de atención son necesarios y una útil herramienta para poder llevar a cabo todos los programas y ampliar las coberturas de servicios de salud de modo que los indicadores de salud puedan reflejarse de manera positiva.

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.

En el Centro de Salud de Guarumal se ha realizado programas de atención JAPAS la cual ha seguido proporcionando a la población realizando salpingectomía, vasectomía, mamografía, odontología, electrocardiogramas, otros . También se encuentra activos grupos como grupos itinerantes como AXA Assistance, Global Fundesco. Brindando atención comunitaria y el programa de visitas domiciliarias de la CSS llamado SADI y en el Centro de salud de Guarumal el Programa de Cuidados Paliativos.

4. ¿Se utilizan las redes sociales (internet, twitter, Facebook, Instagram, correo electrónico u otros) como herramientas de divulgación de temas prioritarios como uso racional de medicamentos, polifarmacia, uso racional

de antibióticos, automedicación, apego a la terapéutica, otros, de una manera continua y sistemática. Mensajes de promoción de la salud, mensajes preventivos, control y vigilancia en salud?

No, porque no contamos con servicio de internet, ni equipo multimedia para la divulgación de temas de prevención de la salud.

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

Sí.

Si se están adoptando decisiones para modificar la ofertas de servicios del primer nivel, ya que tenemos centros con atención especializada de ginecología, psiquiatría, salud mental, trabajo social, pediatría, ya que anteriormente eran muy pocos los centros que contaban con estos servicios.

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

Sí.

El desarrollo de programas en base a identificación de grupos de riesgo lo define el nivel nacional. Como nivel Regional llevamos un seguimiento de todos los programas del nivel nacional en base a los estudios que ellos efectúen al respecto.

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

Sí.

En el Centro de salud de Guarumal existe prioridad en la atención de niños menores de 5 años, escolares, embarazadas, Hipertensos, Diabéticos, Tercera Edad. A los niños menores de 5 años y a las embarazadas se les ofrece atención gratuita incluyendo consultas, medicamentos y laboratorios.

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

La Planificación de los Servicios en el Nivel Local se lleva según las directrices de los Coordinadores Regionales, a nivel de los servicios médicos y técnicos, los actores sociales no plantean sus necesidades a Nivel local sino que lo hacen directamente a Nivel Regional.

Los actores sociales no participan en la Planificación Local ni Regional solo participan en las actividades que realizamos en la comunidad.

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

Sí.

Se toma en cuenta los espacios poblacionales específicos puesto que conocemos la población de responsabilidad y en base a ella logramos nuestros indicadores

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

Sí.

¿Qué criterios utilizaron en la definición?

Tomamos en cuenta la cantidad de la población, la distancia, accesibilidad, a nuestro centro de salud.

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

La ley 68 es la que normaliza los deberes y derechos del paciente entre estos resalta el consentimiento motivado, que es manifestarle al paciente que tiene y que procedimientos le va a realizar. Este paciente debe tener control de su enfermedad y saber. En casos de pacientes de discapacidad mental o senilidad deben conocer su estado la esposa, los hijos, un abogado que tenga poder y en última instancia el ministerio público. Esta ley ha fortalecido el sistema de REGES, ya que con el nuevo sistema penal acusatorio que rige en nuestra provincia, debemos proporcionar a las autoridades toda la información para el buen manejo de los procesos legales.

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

Si.

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

Los trabajadores de salud de la Región de salud de Veraguas, si se encuentran capacitados para enfrentarse y asumir los enfoques de prestación de servicios, lo que consideramos que debemos fortalecer es las capacitaciones al personal, los incentivos al mismo, ya que son personas muy comprometidas con el trabajo a realizar, otro aspecto sería fortalecer la calidad de vida de los trabajadores a través de salarios más justos acorde al alto costo de la vida, así como apoyarlos en salud ocupacional, puesto que contamos con mucho personal con limitaciones de salud.

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

El 22% de los funcionarios que laboran en el Centro de salud de Guarumal viven en las periferias de este centro.

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

Sí.

En la región de salud de Veraguas se toma en cuenta en base a las historias clínicas que realizan los médicos las encuestas que realiza trabajo social y en algunos pocos centros donde contamos con un equipo completo de psicología, trabajo social, salud mental en donde se toma en cuenta el enfoque biopsicosocial para la prestación de servicios. En base al análisis de este enfoque se toman estrategias para el apoyo de manera más integral a las personas.

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?

El programa de calidad se dejó de llevar desde el 2009 en el Centro de Salud de Guarumal y a nivel Regional.

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

Las necesidades de servicios de salud se hacen en base al mejoramiento del recurso humano, en los últimos años se han hecho en base a que la población exige mayor cantidad de servicios, y en base al aumento del recurso humano se implementa este aumento en la cartera de servicios.

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

En el centro de salud de Guarumal existe la atención individual, comunitaria y ambiental. No tenemos red fija pero se prioriza la atención familiar, aunque no contamos con médicos familiares solamente en la CSS.

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

Consideramos que en el Centro de Salud se deben realizar nombramientos de médicos generales, educadores para la salud, asistentes de salud, trabajo social tiempo completo, farmacéutico, ya que necesitamos fortalecer nuestra atención primaria y aumentar nuestras coberturas e indicadores de salud y poder ofrecer a las comunidades servicios de salud integral.

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

Recurso Humano: de todos es conocido la inminente e innegable falta de personal médico en el servicio, hecho este que hemos reiterado en varias ocasiones siguiendo los canales administrativos por medio de nuestra dirección médica, así que nuevamente hacemos hincapié en la necesidad inmediata de por lo menos seis médicos para ser ubicados en diferentes horarios que los requieran.

Equipo médico: desde esfigmomanómetros y estetoscopios básicos para nuestros funcionarios siguiente porque actualmente en el servicio de urgencias no contamos con electrocardiograma, falta de Doppler para registro de foco fetal, no tenemos monitores cardíacos, necesitamos otro desfibrilador no hay ventilador propio del servicio, falta de camillas especiales en el área de trauma, falta de set de intubación.

Docencia médica: pese a que se lleva uno de los programas específicos de autogestión de la enseñanza médica propio del servicio y de más continuidad, hace falta el apoyo en docencia por parte del MINSA a nuestros funcionarios en ATLS, ACLS, BLS, talleres, congresos.

Comunicación con Centros de salud básicamente en la atención de pacientes potenciales para referir al hospital y aclarar manejos con los médicos de atención

primaria con respecto a patologías como insuficiencia cardíacas congestivas que vienen con venoclisis y mordidos de ofidios que vienen con suero antiofídico sin tomar en cuenta los parámetros requeridos.

6. ¿Se utiliza el TRIAGE?

Sí

Se implementó en el cuarto urgencias del Hospital de Soná, el cual ha sido una útil herramienta en la clasificación de los pacientes para lograr una atención rápida de aquellos pacientes que son urgencias notorias y se ha logrado educar a la población que acude a los servicios de urgencia sobre el uso correcto del cuarto de urgencias, al principio creo muchas molestias a los usuarios porque si se les clasificaba con el color verde ellos tenían que esperar largas horas para ser atendidos, pero al pasar del tiempo esto ha ido mejorando. Existe un formato donde el médico que realiza el filtro lleva anotados en una hoja la cantidad de pacientes rojos, amarillos y verdes que le son entregados a los médicos de turno. En el caso de los rojos estos son entregados en la mano del médico tratante, los amarillos son dejados en una cajitas dentro del consultorio de cada médico y los verdes son vistos por el médico de filtro y en ocasiones enviados a centros de salud y consulta externa de la policlínica. Según los médicos del cuarto de urgencias esta estrategia es muy buena, puesto que permite dar una atención oportuna y eficaz a aquellas verdaderas urgencias, lo cual ha mejorado la atención a los pacientes que acuden al cuarto de urgencias y ha disminuido el tiempo de espera para ser atendido.

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

Si.

AMPLIACION DE COBERTURA

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

La red por niveles de atención debe ser organizada principalmente en centros de salud o de atención primaria y centros de atención primaria de difícil accesibilidad geográfica, grupos itinerantes. Por niveles de complejidad tendríamos el área hospitalaria, sin embargo debe existir coordinación entre ambos niveles para poder brindar una mejor cobertura de la atención.

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?

En el Centro de Salud Guarumal se debe ampliar el horario en mayor número de días semanales los sábados y domingos para incrementar las coberturas de atención de la población.

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

Las giras médicas integrales deben regirse por las normas y por las políticas nacionales de salud, haciendo énfasis en la población vulnerable, áreas o bolsones desprotegidos. Debe participar todo el equipo de Salud desde médicos, enfermeras, odontólogos, asistente dental, farmacia, asistente de farmacia, saneamiento, vectores, promotor para la salud, nutrición, trabajo social.

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

Los servicios básicos integrales son medicina, enfermería, odontología, vacunación, nutrición, trabajo social, promoción para la salud.

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

ND

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

ND

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

La estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija tiene como propósito aumentar las coberturas y ofrecer los mismos servicios y programas que se ofrecen durante los días de trabajo ordinario y no incluye solamente la atención de urgencias sino de controles de salud, vacunación, toma de Papanicolau, consulta de enfermería.

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

Estos no se están integrando, la CSS y Sector Privado no envían informes de coberturas.

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

No se cuenta con un Sistema de Información Único, se cuentan con tres Sistemas de Información paralelos como: PAI, Violencia Intrafamiliar, SIES los cuales no están integrados y Salud Pública no está integrado en el Sistema de Información.

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
Periodos					
2000					
2010					
2012					
Género					
Hombre					
Mujeres					
Base Poblacional					
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)					
Zonas Geográficas					
Urbana					
Rural					
Pertenencia Étnica					
Blanco					
Indígenas					
Afro-descendientes					
Mestizo					
Otros					

FUENTE(S):

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

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

Cuadro No. 15
MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

Funciones Organizaciones	Rectoría		Funcionamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno Central					
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?

En nuestra región si se cumplen todas estas funciones en ella participan Epidemiología, Saneamiento ambiental, Vectores, DEPA, Promoción y Educación para la salud, planificación, Recursos humanos, SISED, la participación de la población a través de los comités de Salud, JAAR.

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

La misión y visión de nuestra institución si es conocida la visión es sistema de salud humano con equidad y calidad un derecho de todos. La misión es garantizar la atención de excelencia a la población, a través del acceso a los servicios de salud biosicosocial laboral y ambiental, basados en la estrategia de atención primaria en salud, mediante la promoción, prevención, provisión y rehabilitación.

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

Consideramos que el organigrama nacional y regional si responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización, lo que debe hacerse es fortalecer algunos departamentos con una mayor cantidad de recurso humano

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?

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

El avance de nuestra región hacia la descentralización es muy escaso hacia el nivel nacional.

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

Los patronatos y consejos de gestión deben vincularse y participar activamente con las autoridades regionales con la finalidad de que puedan buscarse mejores estrategias para brindar los servicios de salud de nuestra provincia. Tomando en cuenta que el Hospital no trabaja de manera aislada a la Región de Salud de Veraguas, que es el ente supervisor y regulador del mismo.

7. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios.
Sí.

Consideramos que si debe guardar relación con los procesos sanitarios para una mejor regulación de los mismos.

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

Consideramos que la región de salud de Veraguas debe ser el ente rector de la salud de la provincia, el Hospital Luis Fábrega y la CSS deben coordinar conjuntamente con la Región para llevar a cabo todos los procesos y las políticas de salud vigente.

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

Sí.

Si existen estos manuales los cuales son utilizados por la parte administrativa entre ellos los que utiliza tesorería y pago, compras, la administración.

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

Actualmente esta coordinación no existe, la CSS no nos facilita ningún tipo de apoyo en información ni se articulan procesos de gestión.

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

Las fortalezas es que contamos con un equipo de profesionales dispuestos a trabajar de manera continua y la tenacidad en la toma de decisiones.

La debilidad de nuestra organización consiste en escasos recursos humanos capacitados, la centralización, la escasez de presupuesto.

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

Sí.

Actualmente si se están introduciendo cambios en la gestión sobre todo en la capacitación del recurso humano, el fortalecimiento de la red primaria, los proyectos de inversión acordes a las necesidades de la comunidad, proyectarnos a la sociedad, de modo que puedan palpar que estamos trabajando para el bienestar de nuestra población.

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

Sí.

Las Políticas vigentes 2009-2015 si responden a las necesidades Regionales, muchas de ellas se cumplen pero de la misma manera hay muchas que no se llegan a cumplir o implementar a Nivel Local.

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

Sí.

El Departamento de Planificación como encargado de dar a conocer las Políticas de Salud, hizo entrega de las mismas a todos los Centros de Salud y Hospitales de igual manera se entregó el formato de POA para que realizaran su Programación Anual de acuerdo a la priorización de sus problemas enmarcándose en los Ejes Estratégicos, Política, Objetivos, Líneas de Acción para lograr sus metas.

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

En la Región de Veraguas si se ha realizado el ejercicio de ingresar los POAS en la herramienta SIMEPES, pero por falta de personal en el Departamento de Planificación que es donde se lleva el mismo no se ha realizado con la frecuencia requerida, el último registro lo realizó la Planificadora Regional Encargada, la cual recibió la capacitación y la clave para ingresar.

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

El nivel central incide directamente en el desempeño del nivel regional, ya que a través de sus planes y estrategias, su asesoramiento a todos los departamentos de la región podemos realizar todas las estrategias requeridas para el logro de

nuestros objetivos. La burocracia administrativa incide de manera negativa puesto que retarda los procesos de todo tipo y de esta manera es difícil lograr nuestras necesidades en el tiempo determinado y necesario.

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

Tomamos en cuenta la planificación a corto plazo en base a las contingencias, la planificación a mediano plazo tomando en cuenta aspectos que pueden en un momento dado ocasionar algunos inconvenientes. Y la planificación a largo plazo para toma de decisiones.

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

En el sector privado existe muy poca supervisión únicamente por parte del departamento de salud pública. En el sector público si contamos con todas estas funciones las cuales las ejercen salud pública, Epidemiología, Provisión de Servicios.

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

Sí.

Por lo general el departamento de planificación es el responsable de de esta tarea de análisis ejecución y seguimiento de las políticas de salud.

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

En el Centro de salud de Guarumal no contamos con este servicio

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

Hospital Regional Luis Chicho Fábrega, Hospital Rural de Cañazas, Almacén Regional de Insumos Sanitarios, Departamento de Epidemiología.

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

ND

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

Sí.

Si conocemos la existencia de teleradiología y clínicas virtuales, en nuestra región tenemos 3 espirómetros para los cuales se ha brindado capacitación al personal, para que los mismos puedan ser utilizados en la clínica de cesación de tabaco que tenemos en nuestra región.

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?

En el Centro de Salud de Guarumal no se ha realizado esta práctica.

2. ¿La planificación regional es participativa?

Sí.

Los principales componentes de la planificación regional son garantizar que se implementen los planes estratégicos del nivel regional hacia el nivel local, logrando la mayor participación de los equipos de salud y de la comunidad, realizando presupuestos adecuados a las necesidades prioritarias de nuestra región, tomando en cuenta que el planificación regional debe estar inmersa en todos los distintos departamentos regionales y locales para conocer la realidad y poder solicitar los presupuestos en base a aquellas actividades en las cuales debemos priorizar, teniendo un contacto directo con salud pública, y todos los demás departamentos, conociendo como es el sistema de compras y fiscalización de

nuestra región, realizando supervisiones a los niveles locales para ver el seguimiento de los planes, y poder tener una clara visión de las debilidades y fortalezas de nuestra región y algo muy importante que es la coordinación con los sectores de la provincia, permitiendo la participación ciudadana y dando a conocer todo lo que realizamos a través de la comunicación interna y externa.

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

En la Planificación Regional siempre están inmersos la Sección de Estadística, Provisión de Servicios, Coordinadora de Salud Poblacional, Farmacia, Enfermería, Epidemiología, Salud Pública, Promoción de Salud.

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

No

Esta es una de las debilidades de nuestra región que no tenemos un contacto con la planificación de la CSS desde hace muchos años, lo cual nos dificulta realizar procesos de coordinación, en el hospital regional tampoco tenemos planificador, lo cual aún nos dificulta más efectuar las estrategias nacionales y regionales.

5- ¿Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

No

Desde hace varios años no se realiza la comunicación conjunta CSS MINSA.

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

No

7¿Cuáles son los elementos de este programa?

NA

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

Si

La población puede participar a través de sugerencias que realizan los comités de salud, los consejos de gestión, los grupos de apoyo.

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

El departamento de Planificación, Promoción a la Salud, Salud Pública.

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?

El departamento de Planificación, Promoción a la Salud, Salud Pública.

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

Sí.

En la región de Veraguas si existen los programa de operativos anuales y los planes estratégicos quinquenales los cuales se realizan tomando en cuenta los ejes de los planes de gobierno y las políticas de salud vigentes.

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

Sí.

En el año 2004 se realizó un diagnóstico situacional y posteriormente trabajo social realizó diagnósticos de situación por distritos.

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

No.

Nunca se han tomado en cuenta otras entidades en la realización de los diagnósticos de salud solo el personal que labora en MINSA.

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

No.

Todas los departamentos de la región solicitan de forma independiente bienes y servicios lo cual lo hacen a través de administración regional y administración de centros de salud, la sección de compras recibe las requisiciones, presupuesto realiza el compromiso de la requisición, compras cotiza localmente por convenio marco o publica el acto según la cuantía y confecciona la orden de compra, presupuesto realiza el compromiso de la orden de compra, tesorería confecciona el cheque si la forma de pago de la

orden es al contado, la administración verifica y firma la orden de compra, la dirección verifica y firma la orden de compra, fiscalización refrenda la orden de compra, compras recibe la orden refrendada, la publica en el portal panamá compras el proveedor recibe la orden el almacén recibe el bien, tesorería recibe la gestión de cobro, confecciona el cheque cuando es pago a crédito y la unidad ejecutora retira el bien.

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

La **administración logística** basa su gestión sobre los sistemas de logística, subsistemas y actividades logísticas contenidas en la cadena de suministros integrando a toda la empresa con el propósito de controlar dichos sistemas para que tengan la capacidad de proveer a sistemas empresariales u organizaciones, basándose en sus necesidades sobre las tres cantidades fundamentales del universo: materia, energía e información, que se reflejan a través de bienes, este sistema se utiliza actualmente en nuestro país.

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.

Los presupuestos de funcionamiento se realizan en base a la política de inversiones establecida por el gobierno nacional que tiene como principal objetivo mejorar las condiciones de vida de la población, en especial, disminuir los niveles de pobreza y marginalidad, a través de opciones de inversión con calidad, eficiencia y equidad. Estos son realizados tanto por el proceso de planificación como en base a resultados.

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

Panamá destina un importante porcentaje del PIB a la salud, con una tendencia al alza: 8,4% en 2006, 8,6% en 2008 y 10,5% en 2010. Aunque el gasto de bolsillo descendió entre 2006 y 2010, sigue siendo alto: 30,7% en 2010. De 2006 a 2009, el gasto público en salud se mantuvo en 5% y representó 14% del gasto público

total. En 2010 se destinó 77,8% del gasto público en salud a financiar la seguridad social. La inversión per cápita en salud del Estado fue de US\$ 962.

El Ministerio de Salud cuenta con la Ley de Gratuidad, orientada a la atención de la madre y el niño. Sin embargo, se cobran algunos de los servicios especializados destinados a este grupo de población, lo que repercute en el gasto de bolsillo y limita el acceso a los más pobres. Los hospitales del tercer nivel y los institutos especializados de carácter nacional poseen una figura administrativa denominada "Patronato", presidida por una junta directiva encabezada por el Ministro de Salud, que complementa el financiamiento público asignado con las cuotas de recuperación o copagos; estos pagos no representan más de 1% del costo real del servicio ni más de 5% de los recursos disponibles. Aunque este mecanismo no es muy ágil ni eficiente, pues la red pública no puede identificar a los afiliados a la CSS y la recuperación es muy lenta, aporta recursos administrados directamente por la región o por los patronatos.

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

El nivel de responsabilidad de los directivos de las instalaciones de salud en el proceso de elaboración y seguimientos de presupuesto es elevada, ya que son los encargados de presentar de la mejor manera posible los presupuestos y proyectos en base a los problemas o situaciones observadas, llevando así todos los procedimientos generales al respecto.

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.

Consideramos que deben activarse los convenios de gestión, ya que son una útil herramienta para el logro de los resultados e indicadores de salud y nos permiten elaborar el presupuesto en base a resultado.

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

ND

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

ND

INCENTIVOS

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

Sí.

Si se han propuesto incentivos al personal como por ejemplo incentivo a los que ejercen direcciones de centros de salud, lo cual hasta la fecha no se ha logrado. También se han planteado incentivo a médicos que laboran en áreas alejadas de la periferia sin respuesta aún.

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

Sí, se evalúa el desempeño del personal, ya que se toman en cuenta criterios de atención integral a los pacientes, el buen llenado de la historia clínica y el buen seguimiento de los programas.

3. ¿Cuáles han sido introducidos?

Desde el año 2007 se introducen los bonos de incentivos a los médicos y posteriormente al personal administrativo.

4. ¿Para qué categorías de personal?

Estos bonos se ofrecen para aquel personal que tiene más de un año de laborar en la institución.

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

Sí.

Estos incentivos se toman en cuenta ambas cosas la productividad y antigüedad del personal de salud.

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

Sí.

Impacta en los costos de beneficio y costo efectividad puesto que el ministerio tendría que aumentar el presupuesto anual para incluir dichos incentivos y evaluar que tan costos efectivos serían en base a parámetros impuestos a los trabajadores en las distintas áreas.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

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

Las especificaciones técnicas del insumo sanitario se hace tomado en cuenta lo que especifica la ficha técnica del producto. Al final quien da el criterio técnico es el jefe de laboratorio que levanta la compra

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

Sí

Actualmente llevamos un sistema de inventario en los almacenes regionales en una base de datos en Excel, donde tomamos en cuenta no solo la descripción del producto, sino el área producción que hace uso de ello, la presentación del insumo, su fecha de vencimiento y las condiciones de cadena de frío en que deben ser almacenado.

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

La base de datos en Excel debe ser actualizada contra entrada y salida de los insumos en el almacén. La coordinación conjuntamente con los jefes de almacenes de laboratorio definieron la base de datos y los parámetros de actualización.

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

La compra de los insumos de laboratorio para la red primaria se hace en panamá por el departamento de Provisión. Se hace tomado en cuenta las necesidades un año antes, y las compras bajan a la región un año incluso dos o tres años después de que se ha solicitado. Esto trae consecuencia que el insumo ya no sea oportuno al momento que se recibe, muchas veces ya el producto está fuera de nuestra cartera de servicio por cambio de metodología, además de excedente que esto no trae ya que el insumo lo hemos tenido que obtener por otra vías. Igualmente el de los hospitales, ya que a pesar de que el levantamiento de la compra se hace en el hospital, el acto de adjudicación de los insumos se hace en panamá, tomando las necesidades de un año atrás, lo que trae como consecuencia que la compra no se hacen en base a las necesidades actuales, el proceso de licitación que hace el

nivel nacional es muy lento y las compras que debieron estar llevándose a cabo en el primer trimestre viene haciéndose al final del tercer trimestre, esto trae como consecuencia un desabastecimientos.

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

No.

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

Para la evaluación de proveedores se contempla que el proveedor cumpla con el producto según lo que establece la ficha técnica y el tiempo de entrega según lo indica la orden de compra

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

Sí

Tengo conocimiento que en el departamento de Provisión de Servicio de salud existe una comisión evaluadora para dar criterio a la licitación de precio único correspondiente a laboratorio

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

A través Por Fondo de Trabajo y por Fondo de Administración del pago a proveedores contra entrega de mercancía de acuerdo a lo establecido en la orden de compra.

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?

No tenemos conocimiento del proceso para el control de perdida y Fraudes. Al nivel interno se procede con la orientación del departamento de compra, Auditoría Interna, bienes patrimoniales y Asesoría Legal.

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

No___

No conozco la información de vencido a través de LSS/SUMA, el inventario de vencimiento se lleva a través de la base de dato que manejamos de los insumos en Excel

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?

No hay una coordinación entre el sistema de abastecimiento y suministro con el nivel nacional, las entregas lo hacen en sitio los proveedores cuando salgan las órdenes de compra y al nivel regional no tenemos conocimiento de que renglones fueron adjudicados, que proveedores se los adjudicaron ni mucho menos tenemos conocimiento de cuando se harán efectiva las entregas ya que nosotros no tenemos copia de la orden de compra.

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

No existe un sistema de abastecimiento CSS/MINSA referente a insumo de laboratorio

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

Se toma en cuenta al momento de priorizar la compra el perfil de morbilidad de la población y los riesgos a la que está sometida, pero muchas veces no tenemos la información precisa por parte del departamento de salud pública, así que también priorizamos enfocándonos en la demanda de la cartera de servicio por parte del servicio médico.

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

La estimación de necesidades se hace tomando en cuenta los programas de salud que están bajo nuestra responsabilidad, la cartera de servicio ofrecida según nivel de instalación, la población estimada que está bajo nuestra responsabilidad

15. ¿Cómo se registra la información de consumo?

La información de consumo se registra por salida de los depósitos mensualmente a los laboratorios de región.

16. Conoce las modalidades de compra?

Sí

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

En base al marco legal aplicable ley N° 22 de 27 de junio de 2006 y ley N° 1 de 0 de enero de 2001.

Compras menores hasta 1,000 se requiere solo una cotización según manual de caja menuda.

Compra menor de 1,000 hasta 3,000 se requieren dos cotizaciones según manual de caja menuda.

Compra menor entre 3,0000 y 30,000 requiere de acto público. se publica 3 días hábiles, en el portal de Panamácompra. Estos actos tardan aproximadamente 30 días calendario, para recibir la orden refrendada, debido a su complejidad, evaluación técnica y a los términos de la publicación, notificación y recurso de impugnación que establece la ley.

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

Sí.

Este manual establece las buenas prácticas de almacenamiento tanto de medicamentos como otros insumos para el uso humano.

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

Sí.

Desde hace muchos años se han presentado propuestas para mejorar el almacén regional de insumos sanitarios sin lograrlo hasta hoy, tenemos un grave problema para almacenar insumos puesto que el almacén no cuenta con la capacidad para todo el insumo que llega a la región, teniendo que utilizar estructuras de centros de salud para el almacenaje, también existe un gran problema con la infraestructura del almacén como son filtraciones y persistencia de palomas, que depositan sus heces lo cual ha creado problemas de salud ocupacional en los funcionarios.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

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

No.

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

Sí.

Los principales componentes son las Estadísticas de Programas de Salud, y son utilizados para programar insumos, proyectos de inversión de infraestructura, medición de coberturas, toma de decisiones en recurso humano, insumos en el nivel regional y local

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

No se evalúa la calidad de la Información, no se hace auditoría de de informática.

Solo la información del SIES

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?

Para analizar la información se utilizan los indicadores de salud en los programas, se aplican los procesos transformadores que son las formulas que tiene el SIES, si es oportuno en el tiempo, solo lo del MINSA

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

Sí.

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

- Si están definidos los usos y contenidos de la información los define planificación de salud y usuarios internos y externos.
- Coordinadores de Programa.

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

Por medio de nota para Visto Bueno por la Dirección Regional en donde explican el uso que se le va a dar a la información

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

Contamos con un sistema paralelo que contempla el SIES y la Red fija para información.

CATASTRO

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGÍA ULTIMO AÑO DISPONIBLE NIVEL NACIONAL Y REGIONAL

Cuadro No. 16

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
No. Total de camas	351	333	-----	18
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
No. de servicios de imagenología	8	3	2	3
• No. De Ultrasonidos	14	4	-	10
• No. De Rayos X	6	4	-	2
• No. De Panorex	2	2	-	-
• No. De Periapical	0		-	-
• No. De CAT	2	1		1

• No. De Mamógrafos	5	2		3
• No. De Equipos de resonancias magnéticas	-	-		-
No. de Laboratorios Clínicos	13	6		7
No. de Bancos de Sangre	1	1		-
No. de Farmacias	18	18		
No. de Sillones Dentales Completos Incompletos	30	30		

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?

1. Tele radiología
2. Informe por médico radiólogo.

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

Los resultados son retirados en la recepción del servicio en el hospital. En el caso de campañas, como en la realización de mamografías, en las cuales están bien identificadas las solicitudes de los centros de salud, se envían los resultados a cada centro de salud.

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

No tenemos un presupuesto establecido al nivel regional ya que dependemos del presupuesto otorgado por el nivel nacional.

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

En la región de Salud de Veraguas contamos con 19 funcionarios en el departamento de mantenimiento de los cuales 4 son idóneos el resto son empíricos (78.9%).

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

No existe el objeto de gasto para equipamiento en el hospital. Sin embargo, destinamos la Donación de la Lotería, B./ 15, 000. 00 (quince mil balboas), para comprar de manera priorizada algunos equipos.

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

Se prioriza aquellos que son necesarios para el diagnóstico de patologías que puedan poner en peligro la vida de los pacientes, por ejemplo se han priorizado la adquisición de equipos para la atención de las embarazadas y población pediátrica.

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?

Existe un Convenio MINSA- CSS donde se establecen la gratuidad de los servicios a los pacientes asegurados, tanto en atención médica, procedimientos médicos y quirúrgicos, insumos, exámenes de laboratorio y medicamentos.

Esto conlleva al atraso de algunos de los servicios mencionados para los pacientes no asegurados, especialmente en los servicios que también ofrecen las instalaciones de la CSS, que tienen una demora en la atención. En ocasiones, conlleva al desabastecimiento de medicamentos, por ejemplo, aún contando con el insumo respectivo en las propias instalaciones de la CSS, mermando en la atención de calidad del paciente no asegurado, el cual no tiene acceso o acceso limitado (cobros) a los servicios, principalmente el veragüense pobre o pobre extremo.

No se están cumpliendo los Convenios de Compensación de costos desde el Año 2001.

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?

Esto se aplica en el nivel Central. El mecanismo utilizado es a través de una hoja de Excel y la información es proporcionada por los diferentes departamentos.

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?

Los costos se determinan con la producción, los gastos y servicios básicos, salarios e insumos.

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

No

Las tarifas establecidas no responden a los costos reales ya que los mismos no han sido revisados tomando en consideración el alza de los costos de los insumos y todos los servicios.

Se establece un costo en los servicios según lineamientos regionales, basados en la realidad económica local. Sin embargo, la capacidad de pago de los pacientes es tomada en cuenta, previo evaluación socioeconómica por Trabajo Social, para el pago completo y/o exoneración parcial o total de los servicios utilizados.

En los Centros de Salud se maneja lo que es crédito cuando la persona no cuenta con todo el dinero y abona poco a poco hasta saldar la cuenta.

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

La duplicidad de servicios está afectando la compensación de los costos porque la misma no se realiza a pesar de que la atención es brindada a los asegurados

FUENTES DE FINANCIACION

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

2. ¿Qué porcentaje del producto interno se destina al sector salud?

De lo investigado Panamá invierte aproximadamente 455 dólares por habitantes en salud en del PIB destinado por el Estado.

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

En Veraguas la autogestión se lleva a cabo en las unidades locales donde los directores médicos de cada unidad solicitan el apoyo al consejo para algunas necesidades de los centros de salud, así como a los comités de salud y grupos organizados de la comunidad.

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

Los aportes de los pacientes, fondo de Administración, donaciones de la lotería.

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

Como explicamos anteriormente las tarifas establecidas están íntimamente ligadas al índice de pobreza de cada distrito.

6. ¿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?

En el hospital si existe el sistema de evaluación socioeconómica el cual realiza en base a la economía del paciente una evaluación para darle la facilidad de que estos puedan pagar de manera fácil sus créditos y el hospital pueda recuperar estos costos. En los centros de salud, también se establece el sistema de créditos a los pacientes para que puedan realizarse sus atenciones, recibir sus medicamentos.

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

En verdad al analizar esta situación la mayoría de los pacientes corresponden a la gratuidad o sea que no es una gran cantidad de pacientes que pagan por la atención recibida, tenemos una gran cantidad de pacientes exonerados.

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

Sí.

Consideramos que a la población de los bolsones desprotegidos, y a aquellas familias que en realidad no poseen recursos para satisfacer sus necesidades básicas en cuanto a educación salud y otras.

9. ¿El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria?

No

El mismo no nos abastece y se tiene que usar el fondo de administración con algunos renglones que solo son asignados hasta el mes de noviembre

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

Sí.

Las dificultades que las mismas presentan en nuestro caso es que en ocasiones la misma se dirige a una compra específica.

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

El Proyecto JICA después llamado VERASAN aportó recurso humano técnico y financiero y capacitación a los distritos focalizados.

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

No.

Debido el aumento que se ha dado en los últimos años limitando la accesibilidad a compras que permitan satisfacer los servicios de salud brindados.

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

Sí.

Del gasto Público, Informes financiero de las secciones de compras, contabilidad, presupuestos entre otros.

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

No, se hizo un contrato para internet a Centros de Salud por 6 meses, solo existe fondo para adquisición de computadoras.

14. ¿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).

Todo es responsabilidad del nivel nacional.

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

Si, sabemos que existen muchos organismos externos que pueden cooperar con el MINSA para el logro de objetivos, sin embargo esto se realiza desde el nivel nacional.

FOTOGRAFÍA N°10.

PROYECTOS DE INVERSIÓN

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

Las principales áreas de Inversión requeridas para el desarrollo de una (RIISS) son específicamente los Puestos de Salud enfocados en la promoción y prevención de la salud y los Centros de Salud en donde se realizan las actividades de promoción, prevención y atención; buscando el objetivo de fortalecer la Atención Primaria , ya que en la actualidad por no realizarse un mantenimiento Preventivo a esta parte de la Red de Atención, muchos están funcionando, pero con problemas en su infraestructura lo que pone en riesgo tanto a los que brindan la atención como a los que la reciben afectando igualmente la calidad de la atención.

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?

El Sistema Nacional de Inversiones Públicas (SINIP) se orienta a mejorar la calidad de la Inversión Pública, buscando maximizar el impacto socio-económico de los recursos que el Gobierno destina. Para ello existe el **Decreto Ejecutivo N° 148 de Diciembre de 2001**, que crea el SINIP, el cual establece objetivos fundamentales y dispone que la Dirección de Programación de Inversiones (DPI) del MEF la cual cumplirá el rol de Coordinador Técnico del mismo y también menciona algunos procedimientos de importancia en el proceso de Inversión pública.

En el Decreto Ejecutivo N° 148 pueden destacarse las siguientes disposiciones:

Art. 5. Dispone que la Dirección de Presupuesto de la Nación (DIPRENA), antes de iniciar la discusión presupuestaria con cada unidad ejecutora para la elaboración del presupuesto de inversiones, deba verificar que cada proyecto cuente con el dictamen técnico favorable de la Dirección de Programación de Inversiones (DPI).

El Art.8 manifiesta que “Antes que asignen los recursos para los proyectos de inversión para la vigencia presupuestaria correspondiente, los mismos deben ser aprobados conjuntamente entre la Dirección de Programación de Inversiones, Dirección de Presupuesto de la Nación y la entidad interesada.

Todos los Proyectos de Inversión que requieran recursos presupuestarios para su ejecución deben cumplir con las Normas y Procedimientos del SINIP (incluyendo estudios de pre-factibilidad y factibilidad según el costo del Proyecto). Todo esto lo establece el Decreto 50 de Junio del 2009, que reglamenta la Ley 34 de 5 de junio de 2008 de “Responsabilidad Social Fiscal”. El referido proceso es condición imprescindible para asignar con eficiencia los recursos financieros al Plan de Inversiones.

De los criterios establecidos que actualmente presentamos dificultad es el proceso de solicitar el dictamen de elegibilidad en la Herramienta de SINIP porque a Nivel Regional se ha recibido capacitación a 3 diferentes Planificadores y la última sobre SIPMEP, solo se ha ingresado para ver el banco de Proyectos. Consideramos que para poder darle el seguimiento a esta herramienta se brindar más estabilidad a los Planificadores Regionales y capacitación en Gestión de Proyectos y así fortalecer esta parte del proceso.

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?

De los proyectos de Inversión 2014 y los proyectados para el 2015 el 78% 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.

Proyectos de Inversión Año 2014		
N°	NOMBRE DEL PROYECTO	Fortalece la Estrategia de Atención Primaria
1	Construcción del Hospital Luis Chicho Fábrega	
2	Construcción del MINSa CAPSi La Mata	✓
3	Construcción del MINSa CAPSi El Tigre de Los Amarillos	✓
4	Prevención y Desnutrición Materno Infantil de Veraguas	✓
Proyectos para el Año 2015		
N°	NOMBRE DEL PROYECTO	Fortalece la Estrategia de Atención Primaria
1	Mejoramiento al Hospital Rural de Cañazas	✓
2	Mejoramiento al Centro de Salud de Montijo	✓
3	Ampliación del Centro de Salud de San Francisco	✓
4	Mejoramiento al Puesto de Salud de Calovébora	✓
5	Habilitación del Antiguo Hospital Luis Chicho Fábrega para Oficinas Regionales	
Fuente: Departamento de Planificación- MINSa Veraguas		

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

Sí, se da a conocer de la existencia de: Bajo el marco del Proyecto Alianza por una Vida sin Violencia: PROGRAMA en conjunto que contó con la participación del UNFPA OPS/ OMS, PNUD; así como el Ministerio de Salud, MEF, INAMU entre otros: Habilitó un consultorio para la atención de las Víctimas de Violencia Doméstica y sexual, en el año 2012 en el Centro de salud de Canto del Llano, distrito de Santiago.

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

Sí.

El Plan Quinquenal para la vigencia 2014-2019 está enmarcado en el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, mejorando la infraestructura de Puestos de Salud y Centros de Salud ya que por falta de un Mantenimiento Preventivo y falta de recurso humano en el área de Mantenimiento han ido deteriorándose cada año, al punto que tenemos Puestos de Salud y Centros de Salud funcionando pero en mal estado.

Nuestro Proyecto insigne es la Construcción del Nuevo Policentro de Santiago, con la finalidad de descongestionar el cuarto de urgencias del Hospital Luis Chicho Fábrega de casos no urgentes, que pueden ser

resueltos en esta nueva instalación atendiendo una población de más de 37,000 habitantes.

6. ¿Consideran que el mismo debe ser revisado y adecuado a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales?

Si se debe revisar y adecuar a las prioridades y demandas regionales, ya que cada día las necesidades son mas y la población exige una atención con calidad, lo que nos lleva a ir mejorando nuestras estructuras y equipamiento; igualmente nuestros profesionales técnicos y administrativos exigen que se les brinde un ambiente laboral adecuado con equipos e insumos disponibles para poder brindar una atención con calidad e integral.

ANEXOS

BREVE RESEÑA HISTÓRICA:

El corregimiento de Guarumal consta de una población de 3,347 habitantes, su nivel económico es de clase media baja y baja, generalmente dedicada a actividades agrícolas y la pesca.

CENTRO DE SALUD DE GUARUMAL 1983 - 2015

- El Centro de Salud de Guarumal se encuentra ubicado en la provincia de Veraguas, distrito de Soná, en el corregimiento de Guarumal, fue fundado el día 13 de junio de 1983, y el primer Médico que laboró fue el Doctor Víctor Matteos Chen, actualmente el Director es el Dra. María Miller, este centro brinda los servicios de:

Medicina General, Odontología, Enfermería, Saneamiento Ambiental, Farmacia, Salud Mental, Fisioterapia, Estimulación Temprana, Promoción para la

Salud, Trabajo Social, Servicio de Ambulancia, Registros Médico y Estadísticas, Giras Médicas Completas y Nutrición.

- Este Centro de Salud atiende a una población de 10,000 habitantes, de los corregimientos de Guarumal Río Grande, Bahía Honda y La Soledad, el horario de atención es de 7:00am. a 3:00pm.
- Esta instalación de Salud es un edificio construido de concreto, techo de zinc, cielo raso, piso de mosaico, cuenta con dos consultorios de Medicina General, uno de Odontología, Enfermería, oficina de Saneamiento Ambiental, cubículo de Peso y Talla, departamento de Farmacia, Registros Médico y Estadísticas, Observación, Sala de Espera, Cuarto de Urgencia, Inhaloterapia, Esterilización, Recaudación, cuenta con tanque de reserva de agua, cocina y lavandería.

- **PROGRAMAS DEL CENTRO DE SALUD:**

Programa de Crecimiento y Desarrollo, Salud Escolar, Salud de Adolescente, Maternal (Control Prenatal), Planificación Familiar, Control Puerperio, Control Salud de Adulto, Control Salud 3ra Edad, Cáncer Cérvico Uterino (PAP), PAI.

☉ Campañas

Jornada de Atención Primaria Ambulatoria (JAPA): Salping 45, mamografía 40, electrocardiograma 60, ultrasonido 10.

Visión 20/20

Sonrisa de Mujer.

☉ GRUPOS:

Tercera Edad, Hipertensos, Diabéticos, Embarazadas, Caza Moquitos, Guardianes de la Salud, JAAR, Comités De Salud.



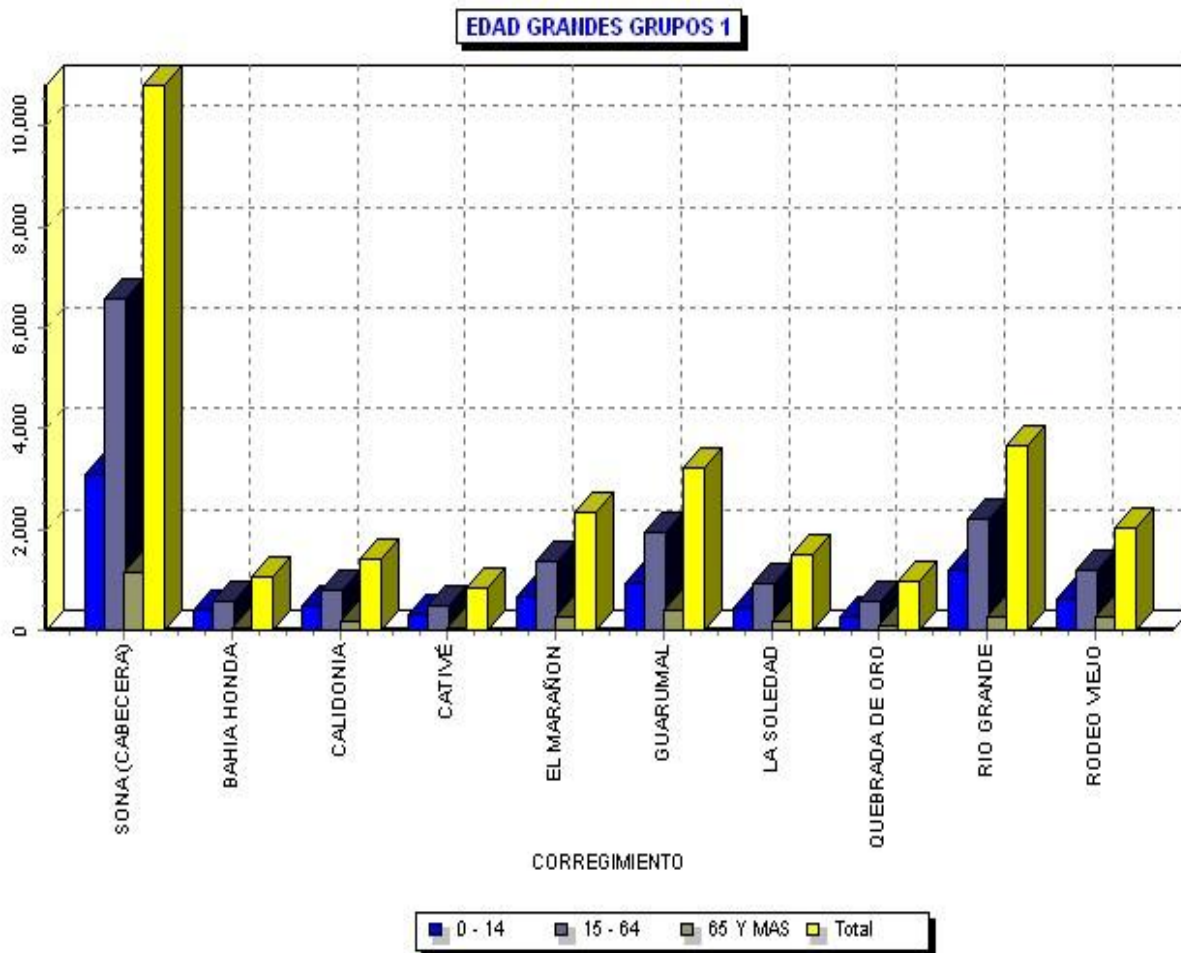
*PROGRAMAS REALIZADO EN EL CENTRO DE SALUD DE GUARUMAL
JAPA*



CAMPAÑAS DEL MES DE OCTUBRE

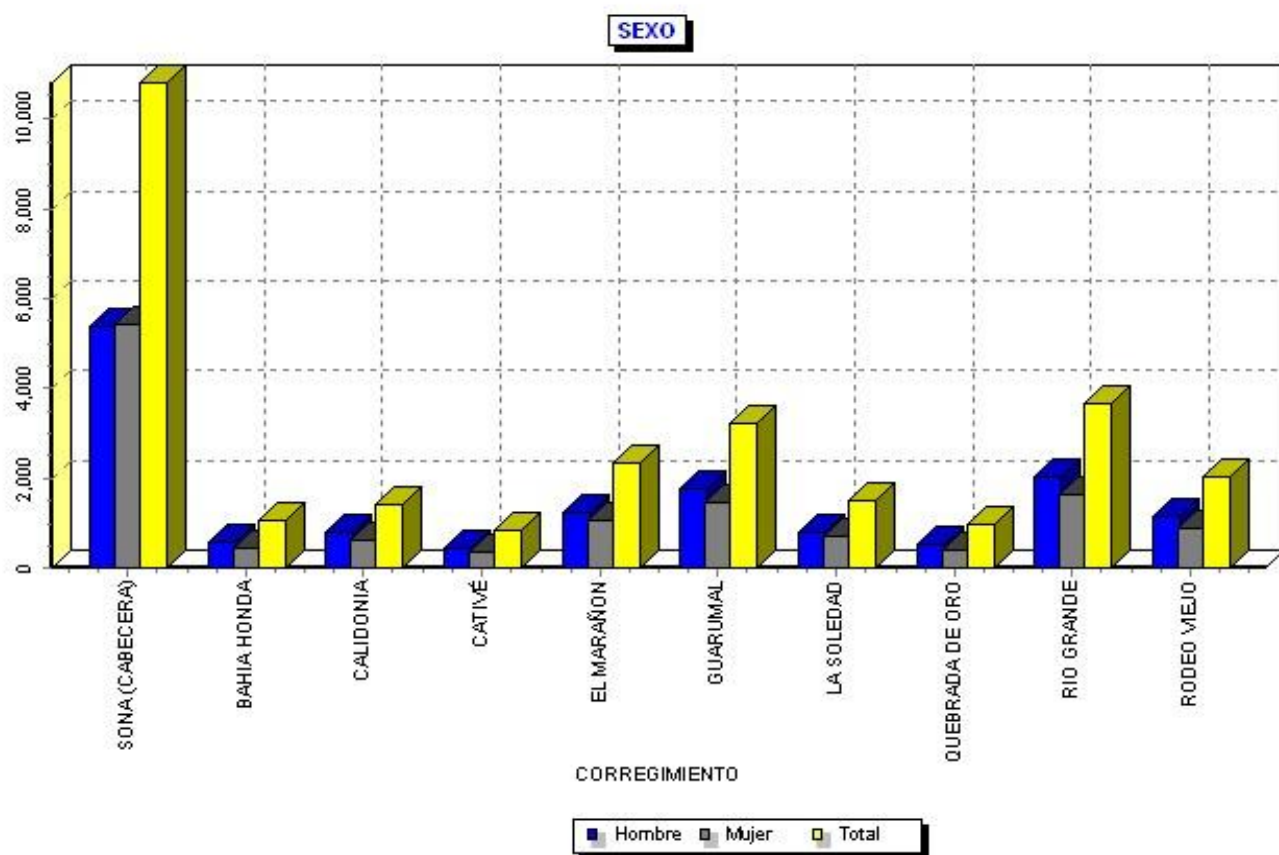


CUADRO 1
EDAD POR CORREGIMIENTO DEL DISTRITO DE SONÁ.



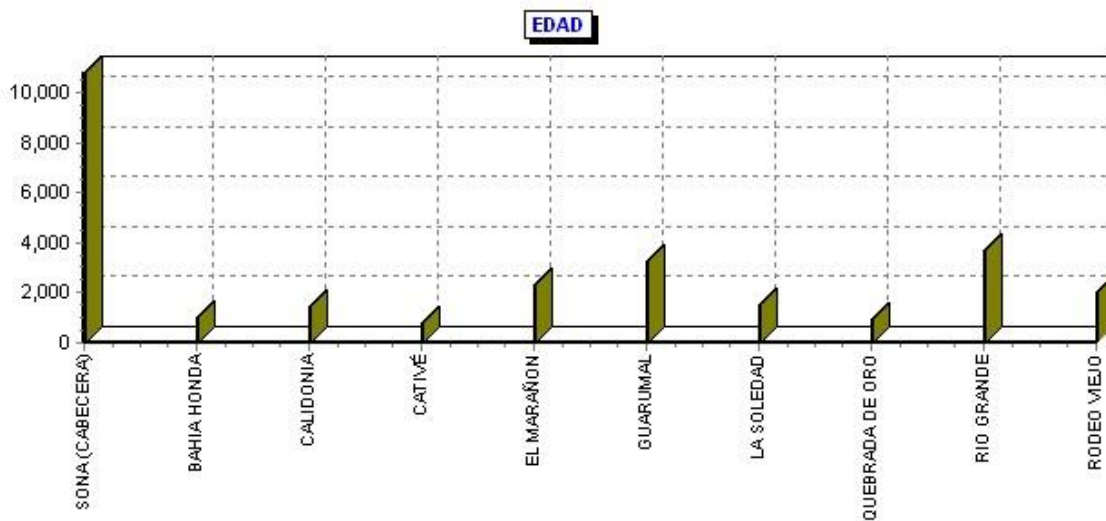
Procesado con Redatam+SP
 2014 - CEPAL/CELADE

CUADRO 2
SEXO DEL DISTRITO DE SONÁ POR CORREGIMIENTO.



Procesado con Fedatam+SP
2014 - CEPAL/CELADE

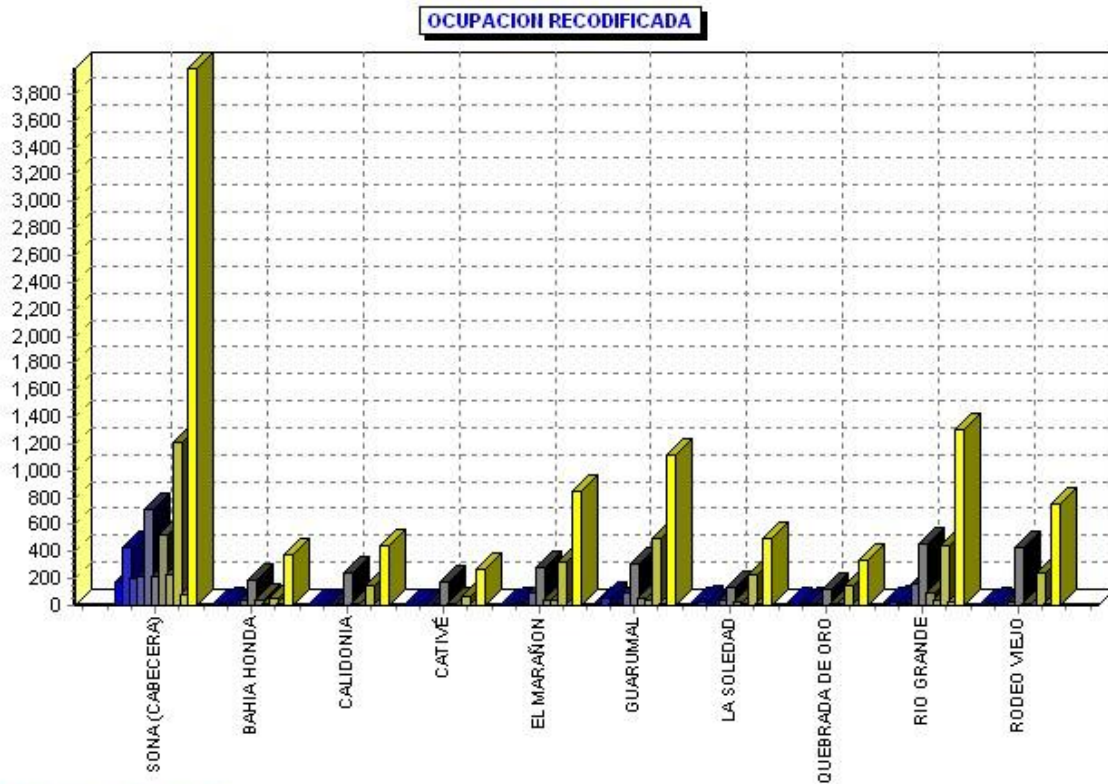
CUADRO 3
GRUPO POBLACIONAL POR EDAD DEL DISTRITO DE SONÁ POR
CORREGIMIENTO



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
70	71	72	73	74	75	76	77	78	79
80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
90	91	92	93	94	95	96	97	98	100

Procesado con Redatam+SP
 2014 - CEPAL/CELADE

CUADRO 4
 OCUPACION DEL DISTRITO DE SONÁ POR CORREGIMIENTO



Procesado con Redatam+SP
 2014 - CEPAL/CELADE

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

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

Referencias

1. Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo.
2. Contraloría General de la República, Instituto Nacional de Estadística y Censo. XI Censo Nacional de Población y VII de Vivienda. Comentario de vivienda [Internet]; 2010. Acceso: 3 de julio de 2011
3. Panamá, Ministerio de Salud. Boletín Estadístico 2009 [Internet]; 2010. Acceso: 8 de julio de 2011.