

**MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD DE VERAGUAS
CENTRO DE SALUD TRINIDAD B. DE VARGAS
(SAN FRANCISCO)**

**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD
(ASIS)
2014-2015**

**DRA. ADRIA FORERO
DIRECTORA MÉDICA**

**DRA. YISSEL M. VELARDE A.
ENCARGADA**

**APOYO
DR. ENRIQUE EDWARD
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA**

**LIC. YADIRA DE GUEVARA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**TÉC. HÉCTOR DE LEÓN
DEPARTAMENTO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL**

**LIC. JOSE I. RODRIGUEZ A.
SECCION DE EDUCACION PARA LA SALUD.**

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

Los principales problemas son los siguientes:

- a. El alto nivel de pobreza que afecta a la gran mayoría de la población, sobre todo en las áreas más apartadas del distrito.
- b. La accesibilidad a los servicios de salud que se ve afectada por varios aspectos: la pobreza, las malas condiciones de las vías de acceso aunadas al déficit de transporte, déficit de recurso humano, deterioro de las instalaciones de salud (puestos de salud). La dinámica familiar afecta igualmente la accesibilidad pues incide en la frecuencia de las visitas a las instalaciones de salud para controles y en la demora para solicitar atención médica en caso de que haya una enfermedad ya instalada.
- c. la falta de coordinación funcional del MINSA, las distintas instituciones y sectores que provoca que se proyecten recursos y acciones hacia una misma área, pudiéndose ampliar los beneficios si hubiese una mejor **comunicación**.
- d. El poco apoyo de las autoridades regionales (transporte, personal) para aumentar la cobertura de los diferentes servicios de calidad mediante la realización de actividades extramuro.

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

Teniendo el conocimiento de cuál es la población más vulnerable y a su vez con menor accesibilidad a los servicios de salud, programar acciones dirigidas a aumentar los niveles de salud de dichas áreas mediante la planificación de giras entre otras.

- b. Reforzar la organización y participación comunitaria con la finalidad de que sean los habitantes de las distintas comunidades los voceros y gestores de una mejoría en sus condiciones de vida, lo cual redundará en un mayor nivel de salud.

- c. Una vez planificadas las distintas acciones a realizar para aumentar la cobertura de los servicios, coordinar con tiempo con las autoridades regionales la consecución del apoyo necesario.
- d. Fortalecer y aumentar las actividades de promoción y prevención para mantener a la población con un nivel de conocimiento básico en lo que respecta a saneamiento ambiental, importancia de los controles de salud, importancia de la vacunación y de otros temas relevantes para lograr de esta manera los problemas de salud que los aquejan.
- e. Incentivar al personal del Centro de Salud a colaborar en las actividades a desarrollar para mejorar nuestros indicadores y coberturas.

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 las épocas anteriores y en 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.

Consideramos también que la estructura organizativa debe ser sencilla con la menor cantidad de niveles jerárquicos para evitar el exceso de burocratización. Existen manuales de procedimiento administrativo. Se aplican de acuerdo a lo que ellos establecen. Y son utilizados en los diferentes departamentos de administración y finanzas básicamente para la ejecución presupuestaria. La coordinación con la CSS en los últimos años ha sido deficiente, poca comunicación para la resolución de los problemas que enfrentamos en salud, presupuesto, compensación de costos, recurso humano etc. En cuanto a la insatisfacción de los usuarios existen quejas en varios aspectos sobre todo en el nivel hospitalario, por la escasez de médicos especialistas en

nuestra región, lo que conlleva a que los pacientes tengan que desplazarse a otras provincias para poder encontrar respuesta a sus patologías, así como traslados a otros centros hospitalarios con mayor capacidad resolutive.

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

Sí X

Si es sí, comente cuales: 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 invalidas, 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 X

En Salud existen muchos programas de cooperación técnica financiera entre los cuales podemos mencionar:

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

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 (MINSa), 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.

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

Las inversiones y acciones en el sector salud redundan en el beneficio de la población para lograr el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la misma, para tales efectos se han formulado políticas y líneas de acción específicas y lograr alcanzar los objetivos del milenio pactados con la ONU para erradicar la pobreza extrema y el hambre entre otros.

De igual forma se han propuesto medidas de seguridad social, con una distribución equitativa de los servicios, creación de fuentes de trabajo y mayores 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 regional? ¿Cuál es el grado de coordinación entre instituciones para garantizar la ejecución de esa política? ¿Cuál es su nivel de participación en el Consejo Coordinación Provincial y en el Consejo Técnico Municipal?

Los mecanismos de conducción de la política social en el Ministerio de Salud a nivel regional son llevados por:

- a. La Dirección Regional.
- b. El Departamento de Planificación regional
- c. El Departamento de Provisión de Servicios de Salud.
- d. El Departamento de Salud Pública.

e. Coordinación con los distintos jefes de programas de los niveles regional y locales que desempeñan un factor importante en la ejecución de los planes estratégicos y la participación intersectorial a través de la Junta Técnica Provincial donde se establece coordinación con la máximas autoridades: el Gobernador, el alcalde 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.

Como parte de la corresponsabilidad ligada a los distintos programas sociales nos incorporamos brindando los servicios de salud a los distintos grupos etéreos con énfasis en los controles de salud.

El nivel regional se reúne mensualmente con el CEPRO para coordinar las actividades a realizar así como discutir sobre los obstáculos y proponer sugerencias para mejorar la atención a esta población que acude a solicitar nuestros servicios.

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

Nuestro sistema de Salud está centralizado por lo tanto esto depende de las macro políticas del Estado, entre ellas las políticas de salud que han estado vigentes hasta la actualidad en nuestro país.

Las proyecciones de nuestra región son muchas entre ellas enfocarnos en la atención primaria de la salud, haciendo énfasis en la atención integral de la población. 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 la región de Salud de Veraguas se proyecta hacia una realización de presupuesto que vaya acorde a las necesidades reales de nuestra provincia en materia de gasto en salud, tanto en el nivel primario como en el nivel hospitalario, ya que contamos con una mayor demanda de pacientes a nuestras instalaciones y con una mayor cantidad de centros de salud, MINSA CAPSI y un nuevo hospital.

Al nivel del Centro de Salud de San Francisco proyectamos una ampliación de la infraestructura debido al aumento de la cartera de servicios aunado a un aumento en la demanda de atención y de esta manera brindar una atención con calidad e integral.

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?

Entre éstos podemos mencionar:

Deficiencias en los procesos de Recolección, Transporte y Disposición final de los Desechos Sólidos: existen deficiencias notorias en cuanto a la práctica de buenas costumbres de aseo dentro de los hogares y en las comunidades, no hay un adecuado manejo de los desechos.

El inadecuado manejo de la basura a nivel distrital y comunitario a pesar de las diversas actividades de promoción de la salud y educación para la salud relacionadas con los conocimientos actitudes y practicas de las personas para un buen manejo de la basura en sus diversas formas, 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 daños tanto en humanos como en animales. El uso indiscriminado de los pesticidas también causa contaminación de las fuentes de agua, suelo, plantas, aire y la cadena de alimentos.

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, un de ellos está ubicado en el corregimiento de Remance del Distrito de San Francisco. Este proyecto fue denunciado 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.

Estas situaciones sumadas a la mala práctica de producción agropecuaria de tumba, roza y quema; además de la marcada deforestación de las orillas de las micro cuencas y cuencas; 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 con el Calentamiento Climático y otros 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.

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?

La declaración de Alma Ata definió a la **participación social** como una estrategia para garantizar que los servicios de atención primaria brinden soluciones a los problemas de salud de la población. La participación social se entiende como un proceso en que los miembros de la comunidad asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y en general contribuye a satisfacer las necesidades de salud de una manera deliberada y democrática.

Los cambios necesarios incluirían aumentar la intensidad de la participación social y crear espacios para la toma de decisiones de los distintos grupos organizados dentro de los distintos modelos de gestión.

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

La participación social es imprescindible en el desarrollo de programas y estrategias con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población. Por tanto es importante darles a conocer cómo sus recomendaciones influyen positivamente en dicho proceso y evitar así el descontento y falta de participación entre los habitantes de las distintas comunidades.

En el distrito de San Francisco la comunidad participa activamente a través de los comités de salud, los promotores de salud, los grupos de tercera edad, grupos organizados como ANCEC, quienes coordinadamente nos apoyan en la realización de actividades de promoción y prevención.

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

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 están 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.

TABLA

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

Sí X

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.

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

Sí X

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. Los departamentos dedicados a la vigilancia del cumplimiento de las normas son: Salud Pública, Epidemiología, vectores, saneamiento ambiental, DEPA, dirigidos a ciudadanos, dueños de locales y restaurantes.

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

Sí X

La regional tiene la fortaleza en el conocimiento de la normatividad y en su aplicación. A nivel local contamos con la **Auditoria** Interna del nivel regional y la Contraloría General de la República para dicho fin.

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

Sí X

En el Centro de Salud de San Francisco se cuenta con los departamentos de Saneamiento ambiental y Control de vectores que son los responsables de fiscalizar el cumplimiento de las normas sanitarias. El nivel regional por medio del DEPA realiza su vigilancia sanitaria periódicamente.

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

Cuadro No.1

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Indicadores demográficos	2000			2010			2014		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	F
idad de población									
<input type="checkbox"/> Rural									
<input type="checkbox"/> Urbana									
<input type="checkbox"/> Indígena									
a de crecimiento natural o anual									
a bruta de natalidad									
a global de fecundidad									
a general de fecundidad									
centaje de población urbana									
centaje de población rural									
centaje de población indígena									
ón de dependencia									
e población inmigrante									
e población emigrante									
o migratorio									
e población discapacitada							5.5%		

Estructura de población por grupo de edad (en años)	2000			2010			2014		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Total				10412	5774	1247	10434	5777	4600
Menor de un año									
1 a 4				933	481	452	863	445	418
5 a 9				1180	607	573	1084	556	528
10 a 14				1167	618	549	1149	597	552
15 a 9				1087	594	493	1117	623	494
20 a 59				4587	2659	1928	4603	2646	1957
60 a 64				393	231	162	431	255	176
65 y más				1065	584	481	1187	655	532
Otras Tasas	2000			2010			2012		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de mortalidad									
Tasa de mortalidad en < de 1 año									
Tasa de mortalidad perinatal									
Tasa de mortalidad neonatal									
Tasa de mortalidad postneonatal									
Tasa de mortalidad en menores de 5 años									
Tasa de mortalidad materna									
Esperanza de vida al nacer (total)									

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

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

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.

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 peri natal 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 bajo riesgo, alto riesgo y muy 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									
Tasa de actividad									
Tasa de desempleo									
Tasa de empleo informal									
Porcentaje de población asegurada									
<input type="checkbox"/> asegurados activos									
<input type="checkbox"/> pensionados									
<input type="checkbox"/> jubilados									
<input type="checkbox"/> beneficiarios									
Porcentaje de analfabetismo									
Escolaridad de la población									
<input type="checkbox"/> Básica completa									
<input type="checkbox"/> Media completa									
<input type="checkbox"/> Vocacional									
<input type="checkbox"/> Universidad completa									
Déficit habitacional									

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

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

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

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

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

Existe un Proyecto de Reforestación en conjunto con el MIDA, ANAM y MINSA en el corregimiento de San José y dentro del Proyecto de Protección de Cuencas existe otro Proyecto de Reforestación al lo largo del Río Santa María y San Juan que incluye comunidades de San Francisco.

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

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

7.

El SINAPROC conjuntamente con SISED de la Región de Salud de Veraguas nos informa que existe un 25% de comunidades en riesgo de ser afectadas por desastres naturales. A continuación detallaremos cuales son las comunidades del distrito de San Francisco con potencial riesgo de este tipo de desastres naturales:

CONTAMINACION:

a. MINAS:

Distrito de San Francisco

- Mina Romance.

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

En el Distrito de San Francisco la principal actividad económica es la agricultura artesanal, la cual es la mayoría de los casos de subsistencia. Hay otras actividades pero en menor escala como lo son: ganadería y el turismo que está en vías de un mayor desarrollo.

9. ¿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 el la mayoría es por captación por gravedad de ríos, manantiales y quebradas unos pocos utilizan pozos perforados.

Cuadro No. 3
Condiciones del Saneamiento Básico

Distrito de San Francisco

CONDICIONES DEL SANEAMIENTO BASICO	2000	2010	2012
% De la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano.	75.49	94.91	84.26
* Urbano	100	100	100

* Rural	70.34	94.53	80.64
*Indígena	NA	NA	NA
% De la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento).	26.27	89.58	82.09
* Urbano	80.53	100	100
* Rural	14.87	88.8	80.64
*Indígena	NA	NA	NA
% De la población con disposición adecuada de aguas residuales (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico).	1.01	10.85	18.47
* Urbano	4.86	56.18	70.06
* Rural	0.2	7.47	6.6
*Indígena	NA	NA	NA
% De instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento).	100	100	100

Cuadro No. 4

Incidencia de Pobreza por Distrito

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

Cuadro no.5

Principales Etnias Predominantes

Cultura, Etnia y Colonias	Etnia
----------------------------------	--------------

% de muertes por enfermedades isquémicas del corazón									
% de muertes por otras enfermedades crónicas									
% de muertes por causas circulatorias									
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas									
% de muertes por insuficiencia renal crónica									
% de muertes por causas externas									
% de muertes por suicidios									
% de muertes por homicidios									
% de muertes por accidentes									
% de muertes por accidentes de tránsito									
% de muertes por violencia									
% Muertes por violencia social e intrafamiliar									

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

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

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

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

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

Existe un plan con políticas y directrices claras desde el nivel nacional en la materia, el cual orienta las acciones de promoción. Mediante la realización de historias clínicas se logran identificar conductas y hábitos de riesgo tales como: alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, malos hábitos alimenticios, entre otros; se se llevan actividades de promoción y educación para la salud dirigidas cada paciente durante su atención y de igual manera se llevan a cabo sesiones educativas grupales tanto en el Centro como durante las actividades extramuro.

2. Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad.
- 3.Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?

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

No contamos con el Servicio de Salud Ocupacional. En el CS de San Francisco no se cuenta con registro de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.

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

Sí ____

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

No ____

Favor investigar _____

Cómo lograron adquirir ese conocimiento?

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

FOTOGRAFÍA N° 3. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

LA VIGILANCIA SANITARIA

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

Su función esencial está asociada a la responsabilidad estatal de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.

En nuestra región de salud la vigilancia sanitaria incluye los siguientes aspectos:

- o Saneamiento ambiental básico, disposición adecuada de excretas, desechos de aguas servidas, calidad de agua.
- o Control de enfermedades prevenibles por vacunación.
- o Calidad de los alimentos.
- o Vigilancia de enfermedades transmisibles.
- o Nivel nutricional.

2. ¿Qué problemas se deben vigilar?

Los productos y servicios que son consumidos diariamente, teniendo como función reconocer las interacciones que se establecen entre éstos y sus implicaciones para la salud.

Por otro lado hace referencia a una dimensión ambiental que incluye aspectos tales como la salubridad del agua, del aire, los residuos sólidos y líquidos y su tratamiento, ambientes especiales (hospitales), salud laboral, etc.

1. Intervención sobre problemas salud (daños, riesgos y determinantes) con énfasis en problemas que requieran atención continua.
2. Condiciones de trabajo para la salud ocupacional de nuestros funcionarios.
3. Problemas sociales como alcoholismo, violencia intrafamiliar, drogadicción, tabaquismo.
4. 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?

Las fortalezas que tenemos como región 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 la vigilancia.

La principal debilidad identificada es el escaso recurso humano con que se cuenta. Existen otras determinantes que afectan el buen desarrollo de las actividades de vigilancia como lo son: gran extensión territorial, vías de acceso en malas condiciones y el déficit de transporte.

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

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

Las comunidades con **menor grado** de accesibilidad geográfica, económica y cultural en el Distrito de San Francisco son:

- o La Peñita de los Jiménez, Los Quinteros, Los Quiel, Los Muñoz.
- o Cuay Abajo
- o Los Bordonos
- o La Bodega, La Bodeguita
- o Chorrillo, Los Boquerones
- o Chorrillito
- o El Peñón
- o Peñita Los Hernández
- o La Cuesta, La Mina
- o Llano Grande, La Mojarrita, La Pintada, El Cortezo
- o Calabacito

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?

- La **Peñita de los Jiménez, Los Quinteros, Los Quiel**, Los Muñoz: transporte hasta San José el cual es muy difícil de usar porque los buses vienen llenos desde San Fe *, caminar de 5 a 6 horas.
- Cuay Abajo: transporte hasta San José *, caminar 2 ½ horas.
- Los Bordonos: transporte hasta San José *, caminar 2 horas.
- La Bodega, La Bodeguita: caminar 2 a 3 horas y luego transporte desde San José *,
- Chorrillo, Los Boquerones: caminar 4 horas y luego transporte desde San José *.
- Chorrillito: caminar 2 horas y luego transporte desde San José *,
- El Peñón: caminar 2 ½ horas y luego transporte desde San José *.
- Peñita Los Hernández: caminar 3 horas y luego transporte desde Las Lajitas, San Juan *.
- La Cuesta, La Mina: caminar 3 horas y luego transporte desde Las Lajitas, San Juan *
- Llano Grande, La Mojarrita, La Pintada, El Cortezo: caminar 1 ½ hora y luego transporte desde Calabacito. En la época de verano, acuden al Centro de Salud de San Francisco caminando 3 ½ horas, durante la época lluviosa por la crecida de los ríos acuden más frecuentemente a otra instalación.
- Calabacito.

Observación: las comunidades de Llano Grande, La Mojarrita, La Pintada, El Cortezo y Calabacito pertenecen al Distrito de San Francisco pero por accesibilidad acuden al Centro de Salud de La Peña, Canto del Llano y Centro de Salud de Santiago.

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

En el Distrito de San Francisco no se cuenta con una ruta de transporte colectivo que cubra las áreas de San José, San Juan, Los Hatillos y Remance por lo que se utiliza la ruta de transporte de Santa Fé que viaja con una periodicidad de 20 minutos. Cabe recalcar que dichos transportes una vez pasan por la ruta de estas comunidades no llenan las expectativas por la gran demanda de usuarios, lo cual dificulta llegar a tiempo para solicitar la atención en el centro de salud.

Existe de igual manera existe el transporte selectivo con vehículos 4X4 en algunas de estas comunidades pero a costos elevados para los usuarios.

4. ¿Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujo grama de llegada. **Focalización**
5. ¿Cuál es el costo de movilización para la población? **Focalización**
6. ¿Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujo grama.

Una vez el paciente es atendido por los distintos servicios que brinda el Centro de Salud, pasa a recaudación en donde se evalúa si es beneficiario de los programas de exoneración (menores de 5 años, embarazadas, escolares, asegurados), en caso de no ser beneficiado por éstos y el paciente no pueda cubrir los costos de la atención se le autoriza por medio de la dirección del centro de salud el crédito y si aún así no puede comprometerse a cancelar su crédito se le hace una exoneración de los costos de sus atención.

COMPLEJIDAD DE LA RED

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

No X

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.

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?

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 San Francisco en sus recursos físicos cuenta con los departamentos de Medicina General, Odontología, Enfermería, Farmacia, Registros Médicos, Saneamiento Ambiental, Control de Vectores, Promoción de Salud, Estimulación Temprana, Recaudación y Secretaria, Cuarto de Urgencias, Sala de Observación, Salón de Conferencia.

El Centro de Salud de San Francisco cuenta con un equipo básico de salud de planta y un equipo de apoyo que está asignado ciertos días a la semana que incluyen: pediatría, nutrición, trabajo social, psicología, salud mental.

Entre los recursos tecnológicos distribuidos en cada departamento tenemos:

- o Departamento de REGES: tres equipos informáticos.
- o Departamento de Odontología: equipo de rayos X, equipo de esterilización.
- o Cuarto de Urgencias: monitor cardiaco.

Contamos con el servicio de acarreo de muestras de laboratorio una vez por semana de parte del Centro de Salud de Canto del Llano.

El horario de atención en el Centro de salud y Puestos de Salud de lunes a viernes es de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

Los fines de semana y días feriados en sólo en el centro de salud de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., sólo se brinda la atención de enfermería, medicina general y atención de urgencias.

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

El Centro de Salud de San Francisco tiene horario extendido los fines de semana y días feriados en un horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

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?

Los profesionales que conforman el equipo básico son: médicos generales, odontólogos, técnicos dentales, enfermeras, técnicos de enfermería, asistentes de salud, farmacéutico, técnicos en farmacia, licenciado en registros médicos, técnicos en registros médicos, técnicos en saneamiento ambiental, técnico de vectores, educador para la salud y personal administrativo.

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

INSTALACIÓN DE SALUD	POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD (Número de Personas)
Centro de Salud de San Francisco	10,434
Puesto de Salud de San José	2,713
Puesto de Salud de Los Hatillos	1,430
Puesto de Salud de Corral Falso	514
Puesto de Salud de El Cortezo	1,667
Puesto de Salud de Naranjal	1,695

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

La Cartera de Servicios en el Centro de Salud de San Francisco está caracterizada principalmente por la atención de:

- a) Consulta Externa (Medicina General, Odontología, Enfermería) que incluye actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.
- b) Atención de Urgencias.
- c) Servicios de Apoyo al Diagnóstico (Farmacia, Laboratorio, Estimulación Temprana)
- d) Saneamiento básico y ambiental (vigilancia sanitaria).

En lo referente a los Programas que se ofertan:

- a) Salud de la Niñez, Escolar y Adolescente
- b) Salud Sexual y Reproductiva

- c) Materno Infantil.
- d) Salud de Adultos
- e) Salud Bucal
- f) Salud Nutricional
- g) Salud Mental
- h) PAI
- i) ITS/VIH/SIDA
- j) TBC
- 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?

CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO - CARTERA DE SERVICIOS Y UNIDAD DE PRODUCCIÓN

CONSULTA EXTERNA	
Medicina General	No. Consultas Generales
Pediatría	No. de Consultas.
Consultas Técnicas	
Enfermería	No. de Consultas.
Nutrición	No. de Consultas.
Trabajo Social	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 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
Farmacia	Medicam despachados
Estimulación Precoz	Sesiones
Inhaloterapia	Nebulizaciones
SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO	
Servicio de Ambulancia	Nº de traslados
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 (todas)	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
Salud de Adultos	
Programa de Control de Salud de Adulto 20 a 59 años (CS, Manipuladores de Alimentos, Higiene Social)	No. de Consultas
Programa de Control de Salud de Tercera Edad 60 años y más años (CS, Manipuladores de Alimentos, Higiene Social)	No. de Consultas
Programa de Detección de Cáncer Cervico Uterino	Papanicolau Tomados
Inmunizaciones del Adulto	Dosis Aplicadas
Salud Mental	
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
Conexión de Casas al Sistema de Alcantarillados	Casas Instaladas al Alcantarillado
Inspección de Sistemas de Tratamiento de Aguas Residuales	Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales Inspeccionadas
Inspección de Alcantarillados	Alcantarillados Inspeccionados
Atención de Quejas Sobre la Mala disposición de Excretas y Aguas Servidas	Quejas Atendidas

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	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 Evaluación de los Niveles de Ruidos Ambientales	Quejas Atendidas por Ruido
	Establecimientos que Producen Contaminación Acústica Atendidos
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	Tramientos 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
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?

Tarifas de los Servicios Básicos Brindados

SERVICIOS	PRECIOS
MEDICINA GENERAL	
CONSULTA	B/. 1.00
MASCARILLA DE ADULTO	B/. 1.50
MASCARILLA PEDIATRICA	B/. 1.50
INHALOTERAPIA	B/. 1.00
INYECTABLE 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

Tarifas de los Servicios de Laboratorio

LABORATORIO HOSP. RURAL DE CAÑAZAS		LABORATORIO CS CANTO DEL LLANO	
HBC	B/. 3.00	HBC	B/. 4.00
SOLUBILIDAD	B/. 1.00	SOLUBILIDAD	B/. 2.50

TIPAJE	B/. 2.00	TIPAJE	B/. 2.00
RETICULOSITO	B/. 1.00	RETICULOSITO	B/. 1.00
VES	B/. 1.00	VES	B/. 1.50
TIEMPO DE COAGULACIÓN	B/. 5.00	TIEMPO DE COAGULACIÓN	B/. 10.00
QUIMICA	B/. 1.00	QUIMICA	B/. 3.00
PSA TOTAL	B/. 10.00	PSA TOTAL	B/. 10.00
PSA LIBRE	B/. 10.00	PSA LIBRE	B/. 10.00
SEROLOGÍA		SEROLOGÍA	
VDRL	B/. 1.50	VDRL	B/. 3.00
RPR	B/. 1.50	RPR	X
PCR	B/. 1.50	PCR	B/. 3.00
TOXO IgG	B/. 8.00	TOXO IgG	B/. 8.00
TOXO IgM	B/. 8.00	TOXO IgM	B/. 8.00
FACTOR REUMATOIDEO	B/. 2.00	FACTOR REUMATOIDEO	B/. 4.50
ASTO	B/. 2.00	ASTO	B/. 4.50
HCG	B/. 5.00	HCG	B/. 3.00
HIV	B/. 10.00	HIV	B/. 10.00
PARASITOLOGÍA		PARASITOLOGÍA	
HECES GENERAL	B/. 1.00	HECES GENERAL	B/. 1.00
SANGRE OCULTA	B/. 1.00	SANGRE OCULTA	B/. 1.00
H PYLORI	B/. 5.00	H PYLORI	B/. 10.00
URINALISIS	B/. 1.50	URINALISIS	B/. 1.50
ANTIDOPING	B/. 5.00	ANTIDOPING	B/. 8.00
PERFIL TIROIDEO	B/. 8.00	PERFIL TIROIDEO	B/. 20.00

12. ¿Existen y se aplican protocolos de atención?

Sí

¿Cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican?

En la Región de Salud existen Protocolos de Atención Primaria entregados por última vez a las instalaciones en 2006. Los mismos no han sido revisados posteriormente.

Los Protocolos de Atención Primaria se aplican parcialmente durante la atención del paciente.

En la mayoría de los casos se aplican las normas de atención de los distintos **programas** que se brindan en la instalación de salud.

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).

En el Distrito de San Francisco sólo se cuenta con instalación de salud del MINSA.

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.

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

En el Distrito de San Francisco no se cuenta con atención privada de salud.

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

Sí **X**

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 del Centro de Salud de Canto del Llano y Centro de Salud de Santiago y en caso de que no se cuente con la especialidad o servicio se refieren a la consulta externa del Hospital Luis “Chicho” Fábrega y de la Policlínica de la Caja de Seguro Social quien atiende a pacientes no asegurado en caso de que no contemos con la especialidad o servicio en MINSA.

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 el Centro de Salud de San Francisco se brinda una atención integral del paciente, así por ejemplo en el caso de ingreso de una embarazada adolescente, esta es atendida por medicina general, enfermería, odontología, trabajo social y salud mental, y de esta manera en la atención de distintos tipos de pacientes.

También son referidos a otras instalaciones para evaluación por otros servicios como: medicina interna, ginecología, oftalmología entre otras.

Las atenciones de morbilidad se realizan en la unidad, si el paciente amerita traslado al Hospital Luis “Chicho” Fábrega en caso de urgencias, es enviado en la ambulancia del Centro de Salud.

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

El sistema único de referencia y contra referencia es utilizado para referir pacientes al segundo nivel de atención tanto como urgencias, como para consulta externa.

La mayor debilidad de este sistema consiste en que una gran parte de las referencias no son respondidas y el médico que brindó la atención no puede conocer que diagnóstico o tratamientos le han sido dados al paciente o que indicaciones debe seguir. En este caso sólo se están recibiendo contrarreferencias del servicio de cardiología del HRV y de Otorrinolaringología.

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

Sí X

La 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, en caso de ser necesario, sino de la disposición del segundo y tercer nivel de atención para enviar la contrarreferencia, ya que no existe un mecanismo que vigile el cumplimiento del flujo que debe llevar dicha referencia.

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

El Centro de Salud de San Francisco necesita una ampliación del espacio físico (más consultorios), ya que últimamente ha habido un aumento en la cartera de servicios y aumento en la demanda de atención, lo cual ha traído como consecuencia la falta de espacios adecuados para brindar la atención.

De igual manera tenemos la problemática de los puestos de salud, como el caso de Los Hatillos que se encuentra inhabilitado para brindar atención por sus malas condiciones hace años y en este caso se brinda la atención en el local del CDS de

la comunidad; el Puesto de Salud de El Cortezo también presenta deterioro marcado de su infraestructura, no es apto para albergar la atención. Ambos Puestos de Salud requieren la evaluación adecuada para sus mejoras. Las adecuaciones específicas para la población con discapacidad se encuentran solamente en el Centro de salud de San Francisco y el puesto de salud de San José.

22. ¿Existen en su región los centros reintegra?

No. En el Distrito de San Francisco no se cuenta con Centro Reintegra, en caso de requerir el servicio por parte de alguno de los pacientes atendidos en el Centro de Salud estos son referidos al Centro REINTEGRA que está ubicado en el Hospital Luis Chicho Fábrega, en el distrito de Santiago.

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

El Censo de discapacitados se encuentra registrado tanto en nuestras instalaciones 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, como se mencionó anteriormente se utilizan el formulario para referir pacientes y son muy pocas las contra referencias recibidas. Se debe lograr por medio de la intervención de las autoridades regionales que exista la contra referencia que permita un mejor manejo de los pacientes.

25. Cuadro N° 9 CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

Cuadro No. 9

CAPACIDAD INSTALADA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Sector Público	No. Centros x 1000 Hab.	No. Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		

Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total centros ambulatorios		
Sector Privado		
Hospitales		
Alta complejidad		
Mediana (especialidades básicas)		
Baja (medicina general)		
Total Hospitales		
Centros Ambulatorios		
Centros con especialidades		
Centros de nivel primario con medicina general		
Centros de nivel primario con personal residente no profesional		
Total Centros ambulatorios		
Total Centros de Salud		

Fuentes:

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

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

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

Las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural en el Distrito de San Francisco son: La Peñita de los Jiménez, Los Quinteros, Los Quiel, Los Muñoz, Cuay Abajo, Los Bordones, La Bodega, La Bodeguita, Chorrillo, Los Boquerones, Chorrillito, El Peñón, Peñita Los Hernández, La Cuesta, La Mina, Llano Grande, La Mojarrita, La Pintada, El Cortezo, Calabacito.

Son las comunidades antes mencionadas las que percibimos como bolsones desprotegidos puesto que por dificultades en la accesibilidad no acuden frecuentemente a nuestra instalación de salud, aunque tenemos conocimiento de que la gran mayoría son cubiertas por los equipos básicos itinerantes (organizaciones extrainstitucionales - OE) **no poseemos información sobre las coberturas de dicho equipos a nivel local.**

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

Los principales problemas son:

- La seguridad alimentaria
- Barreras culturales e idiosincrásicas,
- Desigualdad en la atención afectada por la accesibilidad,
- Falta de calidad en el agua,
- Deficiencia en el manejo de desechos sólidos
- Pobreza.

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?

Observación: no contamos con las coberturas de vacunación por comunidad, a continuación presentamos la del Distrito sin incluir las de las OE.

Cobertura de Vacunas en menores de 1 año. Distrito de San Francisco. Año 2014.

VACUNA	POBLACIÓN	Dosis Aplicadas	Cobertura
Polio	145	133	91.7%
Pentavalente/ Hexavalente	145	130	89.6%
Neumococo	145	126	86.8%
Rotavirus	145	131	90.3%

Cobertura de Vacunas en niños de 1 año. Distrito de San Francisco. Año 2014.

VACUNA	POBLACIÓN	Dosis Aplicadas	Cobertura
MMR	179	152	84.9%

Cobertura de Vacunas en niños de 5 años. Distrito de San Francisco. Año 2014.

VACUNA	POBLACIÓN	Dosis Aplicadas	Cobertura
D.P.T	217	199	91.7%

Cobertura de Vacunas en niñas de 10 y 11 años. Distrito de San Francisco. Año 2014.

VACUNA	POBLACIÓN	Dosis Aplicadas	Cobertura
VPH	110	91	82.7%

Cobertura de Vacunas en Mujeres en Edad Fértil (MEF). Distrito de San Francisco. Año 2014.

VACUNA	POBLACIÓN	Dosis Aplicadas	Cobertura
Td	2,034	140	*6.8%

*Con respecto a la vacunación contra el tétano, es preciso señalar que desde hace más o menos 15 años se ha trabajado en las escuelas el control de vacunación, por lo que las niñas al llegar a la etapa de MEF ya tienen vacunación previa y sólo se le aplica refuerzo en la medida que le corresponda.

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)?

El Centro de salud eleva cada año la necesidad de recurso humano a nivel regional, son las autoridades regionales las encargadas de planificar y gestionar el recurso humano en base a la necesidad sentida.

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?

Los recursos que sirven en la red informal de salud son capacitados por medio de seminarios, charlas y sesiones educativas cuya logística es sencilla y didáctica con el uso de recursos como: dibujos, socio dramas y el de experiencias compartidas. Los responsables son: la Dirección Médica, Enfermería y Promoción de Salud los encargados de ejecutar y supervisar dicha actividad.

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?

El personal del Centro de Salud de San Francisco responde a la programación de docencia de los distintos departamentos a nivel regional.

El Departamento de Enfermería realiza capacitación de los Asistentes de Salud de manera periódica, los otros departamentos no cuentan con un programa de docencia local.

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

A nivel local los distintos departamentos identifican las prioridades inherentes al Centro de Salud en reuniones mensuales y/o extraordinarias, y es la dirección del Centro de Salud la vocera ante las autoridades regionales.

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?

Los costos de la Atención sanitaria son establecidos por el nivel nacional. Como nivel local no tenemos ingerencia en dicha actividad.

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.

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

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

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 "Generales vs. Especialistas" y con que periodicidad se revisan y se reformulan los currículos de formación profesional en pre-grado y pos-grado de las carreras de salud).

En el distrito de San Francisco no cuenta con estas entidades.

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 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.

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

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

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

La tercerización es un tema muy sensible y hasta polémico entre los trabajadores. Ciertamente es una herramienta que mejora los procesos de las empresas y minimiza los costos de la contratación de sus colaboradores.

En 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.

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

Las acciones del MINSAL 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.

Cuadro No. 10

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

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

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

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

Cuadro No.11

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

Total de médicos	2000				2010				2012			
	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	Privado
Generales												
Pediatras												
Psiquiátras												
Cirujanos												
Internistas												
Familiares												
Gineco Obstetras												
Otras especialidades												
No. Total De Enfermeras												
No. De Odontólogos												
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.												
Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Habs												
Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs												
Razón De Parteras (os) Por 10,000 Habs												

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										
CONTRATO PERMANENTE										
RED FIJA	3	1	3	3	2	1	10	5		1
RED ITENERANTE										
CSS										
PRIVADO										
TOTAL										

Observación: además se cuenta con Licenciada en Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Licenciada en estimulación Temprana, Psicología, Salud Mental. Educador para la Salud.

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?

En el distrito de San Francisco sólo existe la farmacia del Centro de Salud.

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

Sí. 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)?

Sí. Los miembros de CONAMEP son: colegio Médico de Panamá, Colegio de Farmacéuticos, Farmacias y drogas, Caja del Seguro Social, Dirección General de Salud, HST, INSAM, ION, Hospital del Niño. La CONAMEP elabora el listado nacional de medicamentos esenciales y especializados.

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

Desconocemos sobre dicho avance.

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?

Cada cuadernillo nacional de insumos médicos (medicamentos, insumos médico quirúrgicos, laboratorio, odontología e imagenología) incluye un determinado número de renglones de acuerdo a la complejidad de la instalación de salud.

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

TIPO DE INSUMOS	NÚMERO DE RENGLONES
Medicamentos	201
Médico Quirúrgico	67
Laboratorio	0
Odontología	88
Imagenología	0

Se hace solicitud mensual de los distintos insumos de acuerdo al consumo y existencia de los mismos. No contamos con laboratorio ni imagenología.

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?

Si.

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?

La distribución de los insumos se realiza mensualmente y de acuerdo al consumo y existencia en el Centro de salud.

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. Se utilizan distintos formatos para el registro de consumo de los distintos insumos tales como: hoja de reposición, hoja de traspaso de existencia.

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

Si están conformados, pero no cuentan con Personería Jurídica. Sólo 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, existen distintos protocolos:

- Enfermedades notificables y crónicas
- 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 Distrito de San Francisco no cuenta con farmacia privada.

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?

La Farmacia del Centro de Salud de San Francisco cuenta con un farmacéutico en horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. y el tiempo durante el cual no hay disponibilidad del mismo es cubierto por los técnicos de farmacia que son permanentes en la instalación.

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

No se lleva a nivel local estadística o cuantificación del número de donaciones del Distrito, estas deben darse en el Hospital de Referencia: Hospital Luis "Chicho" Fábrega.

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

En el Centro de Salud de San Francisco no se cuenta con ninguno de estos laboratorios. Una vez por semana se recibe el servicio de laboratorio de apoyo del Centro de Salud de Canto del Llano.

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

Si, el laboratorio del Centro de salud de Canto del Llano y su selección se da en base a la accesibilidad.

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?

Las tarifas de laboratorios y medicamentos son uniformes, se rigen por la tabla de precios establecida por el nivel regional. No tenemos conocimiento del margen de ganancias.

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

Solo existe un solo laboratorio de citología en toda la región, el mismo está ubicado en el Hospital Regional, este laboratorio esta bajo la responsabilidad del Departamento de Patología y no del servicio del laboratorio.

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

Se prioriza de acuerdo al consumo, existencia, fechas de expiración, a la demanda y programas establecidos (salud bucal, enfermería, entre otros.)

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 la CSS					
Gasto total en medicamentos por MINSA					
Gasto Per cápita en medicamentos					
Gasto total en laboratorio por la CSS					
Gasto total en laboratorio por MINSA					
Gasto Per cápita en laboratorio					
Gasto total en médico quirúrgico por la CSS					
Gasto total en médico quirúrgico por MINSA					
Gasto Per cápita en médico quirúrgico					
Gasto total en odontología por la CSS					
Gasto total en odontología por MINSA					
Gasto Per cápita en odontología					
Gasto total en imagenología por la CSS					
Gasto total en imagenología por MINSA					
Gasto Per cápita en imagenología					

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

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

Sí___

Si es si, comente cuales:

No___

Favor

investigar_____

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

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

Sí___

Si es si, comente cuales:

No___

Favor investigar_____

FOTOGRAFÍA N° 4. SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

1. ¿Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos? A nivel hospitalario se han establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica? ¿Han sido efectivos? Existe una lista de espera por servicio quirúrgico?
2. ¿En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios es espera por la atención demandada?

En medicina general en este centro de salud es donde se concentra el mayor número de usuarios por atención demandada, enfermería y odontología.

3. ¿Se registra el rechazo de pacientes?
Sí ____, ¿Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día y tipo de actividad o programa?
No___
Favor investigar__si se lleva un control de los pacientes rechazados lo cual realiza REGES, del centro de salud, por lo general los pacientes son rechazados cuando hay dos médicos, ya que por productividad este es un centro que debe tener permanentemente tres médicos._____

4. ¿En qué distritos existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención?
5. ¿Qué mecanismos (redes sociales, presencial, centros de llamadas, otros) se utilizan para otorgar citas de medicina general y especializada?

No se dan citas la atención es por demanda espontánea en medicina general, enfermería y otras. Solo odontología atiende mediante citas.

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 de San Francisco se atiende en horario de 7 am a 3 pm de lunes a Domingo.

2. La población está satisfecha con los horarios actuales. La población de San Francisco se siente satisfecha con el horario actual y con la extensión de fines de semana que fue implementado hace más o menos 4 años, ya que anteriormente debían esperar hasta los lunes para ser atendidos en los servicios de medicina general, lo cual traía como consecuencia que se dieran muchas complicaciones y trasladar pacientes con casos de gravedad al cuarto de urgencias.
3. Sí ____, que mecanismo utiliza para responder afirmativamente

 No____
 Favor investigar _____
4. Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, ya sea para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones?
 Sí ____, sobre que base _____
 No____
 Favor investigar _____
5. ¿Cuáles son los servicios que se brindan en los horarios ampliados? Qué limitantes se reportan en la implementación de los servicios en horario ampliado?

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

1. ¿Los establecimientos de salud desarrollan encuestas de satisfacción de usuarios?
 Sí ____, que tipo de encuestas _____
 No_X__
 Favor investigar__actualmente la región de Veraguas no cuenta con programa de calidad de atención, el cual era el encargado de aplicar dichas encuestas, se está en trámite para retomar dicho programa. _____
2. ¿Cuál es el porcentaje de establecimientos con aplicación periódica de estudios o encuestas de satisfacción del usuario, buzón de sugerencias, centro de llamadas u otras?
 En San Francisco se cuenta con buzón de sugerencias, el cual es abierto cada mes y se leen las quejas y sugerencias, por un equipo del centro encargado de resolver estas quejas para mejorar la calidad de atención.
3. ¿Se consideran los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario para la toma de decisiones?

Sí x , cual es el resultado _____

No _____
Favor investigar _____

4. ¿Se realizan las auditorías sociales en su región?
Sí x , Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención si se realizan auditorías sociales a los grupos OE que laboran por esta área. _____

No _____
Favor investigar _____

5. ¿Se comparten estos resultados?
Sí , que mecanismo utiliza para compartirlos _____
No _____
Favor investigar _____

6. ¿Conocen el programa de humanización?

Sí ,
No x
Favor investigar no conocemos a profundidad sobre este _____ programa sin embargo si hemos escuchado hablar del mismo y sobre todo el nuevo lema de salud.

7. ¿Se aplican en algunos de sus hospitales?
Sí , Cuáles es su nivel de avance

No _____
Favor investigar _____

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

No _____
Favor investigar _____

CONTROL DE CALIDAD

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

Sí ___x___, Comentar aspectos de estos estudios y auditorias.

No___

Favor investigar_____en cada centro de salud de la región de Veraguas se realizan las auditorías de expedientes. De manera anual se conforman equipos regionales y locales para la realización de las mismas.

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

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

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

No___

Favor investigar_____

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

Sí___

Si es si, comente cuales:

No___

Favor investigar_____

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

Sí___

Si es si, comente cuales:

No___

Favor investigar_____

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

Sí____

Si es si, comente cuales:

No____

Favor investigar_____

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? En San Francisco en los último años no existe mucha participación del Comité de Salud, sin embargo si tenemos grupos de ANCEC, tercera edad que participan activamente en actividades del centro de Salud, así como las Escuelas, el municipio y la Alcaldía.
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?
3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?
4. ¿Se ha realizado algún análisis de actores sociales?
Sí____, ¿Cuáles son sus intereses? ¿Qué los hace de mayor o menor relevancia?

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

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

FOTOGRAFÍA N° 6. PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

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

La promoción de la salud y la prevención de daños deben concebirse como pilares fundamentales de la organización de los servicios en la atención primaria

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?

El proceso de cambio en la atención de la salud – enfermedad es la necesaria la confirmación de equipos básicos pues son éstos los responsables de ejecutar las actividades y acciones dirigidas a la población con la finalidad de aumentar las coberturas de atención y con esto aumentar los niveles de salud.

La alternatividad de roles debe practicarse con el apoyo de la participación social. Formando y educando a la población en los distintos aspectos sanitarios y de esta manera empoderarlos en su participación activa dentro del proceso salud enfermedad.

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

En el Distrito de San Francisco se han estado practicando distintas modalidades de atención de salud desde hace varios años. Se realizan actividades como: visitas domiciliarias, giras, Jornadas de Atención Primaria en Salud (JAPA) en el 2013. Desde el 2011 se cuenta con la atención de equipos básicos itinerantes que brindan sus servicios en comunidades de difícil acceso.

4. ¿Se utilizan las redes sociales (internet, twitter, Facebook, Instagram, correo electrónico u otros) como herramientas de divulgación de temas prioritarios como uso racional de medicamentos, polifarmacia, uso racional de antibióticos, automedicación, apego a la terapéutica, otros, de una manera continua y sistemática. Mensajes de promoción de la salud, mensajes preventivos, control y vigilancia en salud?

No. En el Centro de Salud de San Francisco no contamos con Internet.

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

Sí. En base a las necesidades percibidas por la población como por el personal del centro de Salud se han ido modificando la oferta de servicios, como por ejemplo: la atención pediátrica se inicio hace años pero por el aumento en la demanda de una vez ala semana la atención ha aumentado a brindar la atención tres veces por semana actualmente, la formulación de anteproyecto para la construcción de un laboratorio clínico, ya que recibimos el apoyo una vez por semana con acarreo de muestras al Centro de Salud de Canto del Llano que no satisface la demanda del Centro de Salud de san Francisco.

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

Desconocemos esta información.

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

Sí. El desarrollo de programas en base a identificación de grupos de riesgo lo define el nivel nacional. En el nivel local se lleva el seguimiento de los programas por lo cual se nos monitoriza periódicamente por el nivel regional.

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

Sí. En el Centro de Salud de San Francisco al igual que en todas las instalaciones del MINSA de la provincia existe prioridad en la atención de niños menores de 5 años, escolares, embarazadas, Hipertensos, Diabéticos, Tercera Edad. Dada la prioridad a los niños menores de 5 años y a las embarazadas se les ofrece

atención gratuita incluyendo consultas, medicamentos y laboratorios con la finalidad de asegurar su atención.

9. ¿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 las Coordinaciones Regionales, que a su vez responden al Nivel Nacional, a nivel de los servicios médicos y técnicos. Los actores sociales plantean sus necesidades tanto a Nivel local como a Nivel Regional.

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

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

Sí. Se toma en cuenta los espacios poblacionales específicos puesto que cada Centro de Salud cuenta con su población de responsabilidad y en base a ella planifica acciones para lograr altos índices en sus indicadores de salud.

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

Sí. Los espacios de poblaciones son definidos tomando en cuenta varios aspectos: división política, cantidad de población y la accesibilidad de la población a las instalaciones de salud más cercana (Centro de Salud y Puestos de Salud).

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

La ley 68 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada. Estos resaltan en la aplicación del consentimiento informado, que es manifestarle al paciente que tiene y que procedimientos le va a realizar. El paciente debe tener control de su enfermedad y tener información sobre la misma.

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

Sí. Los trabajadores de salud del Centro de Salud tienen una formación completa en cada una de sus áreas y están calificados para asumir los nuevos enfoques de

prestación de servicios. Consideramos primordial fortalecer los programas de capacitación con la finalidad de aumentar la calidad de los servicios brindados.

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

El 72% de nuestros funcionarios viven en las periferias del lugar donde laboran y un 28% vive en la misma área donde laboran.

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

Si. En el Centro de Salud de San Francisco se toma en cuenta las acciones biopsicosociales en base a las historias clínicas que realizan por parte del personal que trabaja directamente con los expedientes clínicos. 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?

La eficacia y calidad de las acciones se evalúan periódicamente a través de actividades de monitoreo y evaluación como la auditoria de historias clínicas, la aplicación de encuestas de satisfacción y el uso del buzón de sugerencias. Actualmente en el Centro de Salud solo se están realizando las auditorias de historias clínicas no así la aplicación de encuestas y el uso del buzón de sugerencias que existe pero que no se ha revisado desde hace un tiempo.

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

La Cartera de servicios se revisa periódicamente en base al mejoramiento del recurso humano y al aumentar la oferta aumenta en la cartera de servicios. Depende de la demanda de la instalación la ubicación del recurso humano mencionado.

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

En todos los centros de salud existe la atención individual, comunitaria y ambiental. Existen centros de salud que tienen red fija en donde se prioriza la atención familiar como es el caso del Centro de Salud de San Francisco.

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 se deben realizar nombramientos de más personal en las áreas sensitivas como son médicos generales, enfermeras, educadores para la salud, asistentes de salud, odontólogos, trabajo social, farmacia, 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?

Desde el punto de vista del Centro de Salud de San Francisco el sistema de urgencias requiere varias mejoras:

- Adquisición de nueva flota vehicular de ambulancias y reparar las defectuosas. La ambulancia del Centro de salud de san Francisco constantemente es solicitada como apoyo para traslados a otras provincias por ser una de las que presenta mejores condiciones y se cubre el servicio con vehículos no aptos para el traslado de un paciente crítico.
- Aumentar el recurso humano.
- Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia.
- Se debe fortalecer la docencia por parte del MINSA a nuestros funcionarios con capacitaciones en temas como el ATLS, ACLS, BLS.

6. ¿Se utiliza el TRIAGE?

Al ser una instalación de Atención Primaria el triage se utiliza sólo para priorizar la atención del paciente no así para clasificarlos como verdes, amarillos y rojos.

AMPLIACION DE COBERTURA

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

La red de servicios del Distrito de San Francisco esta organizada de la siguiente manera:

- Centro de Salud (1)
- Puestos de Salud (5).
- Grupo Básico Itinerante (2).

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 de San Francisco ya existe una ampliación de horarios que incluye atención los fines de semana y días feriados, pero a pesar de esto sigue existiendo una alta demanda insatisfecha por lo que consideramos factible el análisis para ampliar el horario en mayor número de horas puesto que es la población de áreas más alejadas (más vulnerable) la que logra encontrar cupos para recibir atención.

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

Deben realizarse tomando en cuenta dentro del distrito cual es la población con menor cobertura en los servicios de atención así como la que presenta un mayor porcentaje de población vulnerable (menores de 1 y 5 años, embarazadas).

Estas actividades deben contar con la participación del equipo básico del centro de salud y del equipo comunitario.

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?

Deben incorporarse servicios básicos integrales como trabajo social, laboratorio. Los de apoyo que deben ser ampliados incluye el transporte.

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

Las oportunidades perdidas inciden directamente en la medición de coberturas de salud, por tanto el tratar de disminuirlas constituye una estrategia para

ampliar las coberturas. Se aplica en el día a día de la atención primaria cuando por ejemplo un paciente recibe durante un mismo día la atención integral de varios servicios o distintos enfoques en una misma atención: paciente de 2 meses que acude por cuadro de piodermitis, se trata por dicho cuadro, se realiza el control de crecimiento y desarrollo correspondiente a los 2 meses y a vez se refiere internamente al departamento de enfermería para la aplicación de vacunas correspondientes.

Los encargados de la disminución de las oportunidades perdidas son todos los miembros del equipo básico del centro de salud.

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

El mecanismo de coordinación administrativo con las organizaciones extrainstitucionales está implícito en los convenios de gestión y reglamentos operativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) y en ellos se establece el rol regional y la serie de informes que deben rendir las organizaciones extra institucionales, el contenido de los mismos y la periodicidad con que se deben entregar.

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

Debería existir una coordinación entre las partes, pues en conjunto llevan a cabo actividades con la finalidad de aumentar la cobertura de los servicios. Entre las acciones a coordinar podrían estar el intercambio de información para evitar la duplicidad de funciones.

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

No existe tal integración.

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

NO se cuenta con un Sistema de Información Único, existen varios sistemas que trabajan en paralelo como lo son el PAI, SIES, SIEEC.

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?

La Región de Salud de Veraguas ejerce su rol de rectoría al cumplir con todas las funciones esenciales de salud. Para este fin se cuenta con la participación de los departamentos de 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 visión del MINSA es un 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 biopsicosocial, laboral y ambiental, basados en la estrategia de atención primaria en salud, mediante la promoción, prevención, provisión de servicios de salud 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 responde a las necesidades para el funcionamiento efectivo de la organización, sugerimos 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?

Son las autoridades del nivel central las responsables de este análisis. Opinamos que en caso de que exista una región que tenga una población de responsabilidad muy grande y no responda adecuadamente a la demanda por parte de la comunidad sería positivo estudiar la viabilidad de cambiar el ordenamiento político-administrativo con la finalidad de llevar una mejor gestión.

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.

Las instalaciones de atención primaria como el Centro de Salud de San Francisco no cuentan con patronato ni consejo de gestión.

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

Sí. Consideramos que la estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios para una mejor vigilancia y regulación de los mismos.

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

Consideramos que la estructura regional existente es adecuada, en todo caso debería fortalecer su rol como rectora en materia de salud a nivel de la provincia.

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

Existen manuales de procedimientos administrativos los cuales son utilizados por distintos departamentos como: 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?

No contamos en el Distrito de San Francisco con instalaciones de la CSS.

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

La mayor fortaleza es que contamos con un equipo de profesionales dispuestos a trabajar de manera continua además la tenacidad en la toma de decisiones.

La debilidad de nuestra organización consiste en escasez de recurso humano capacitado, la centralización, la escasez de presupuesto.

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

No percibimos ningún cambio en el modelo de gestión.

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

Las Políticas vigentes 2009-2015 responden a las necesidades Regionales, dichas políticas tienen líneas de acción que se cumplen mediante los distintos programas y proyectos regionales que se aplican a nivel local.

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

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, 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 realiza el ejercicio de ingresar los POAS en la herramienta SIMEPES, pero por falta de personal en el Departamento de Planificación no se ha realizado con la frecuencia requerida.

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 metas en el tiempo estimado.

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

La toma de decisiones en el nivel local se da a través de la coordinación entre la dirección del centro con los distintos departamentos y se prioriza tomando en cuenta las acciones programadas, las contingencias y la afectación del curso de la atención en la instalación.

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?

Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud la ejercen las coordinaciones de los diferentes departamentos y programas mediante visitas en campo, como mediante la evaluación de los informes correspondientes.

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

El Departamento de Planificación en conjunto con el Departamento de Provisión de Servicios 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?

El Centro de Salud de San Francisco tiene tecnología informática de soporte al sistema de información, no así de acceso al servicio de Internet.

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)?

Desconocemos esta información.

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)?

Desconocemos esta información.

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?

Parte del personal del Centro de Salud de San Francisco fue capacitado para la realización espirometrías y electrocardiograma con la finalidad de aplicarlo a la telemedicina para sus interpretaciones, pero aún no contamos con el equipo ni servicio de Internet para llevar a la práctica los conocimientos adquiridos.

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?

Desconocemos la frecuencia con que se actualiza el análisis de situación de salud. Cada departamento del centro de salud participa alimentando con la información inherente a cada área con la finalidad de tener un documento que se ajuste a la realidad de nuestra instalación.

2. ¿La planificación regional es participativa?

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 las coordinaciones regionales, los equipos de salud y de la comunidad.

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

En la Planificación Regional participan los departamentos de Estadística, Provisión de Servicios, la Coordinación de Salud Poblacional, Farmacia, Enfermería, Epidemiología, Salud Pública, Promoción de Salud. Desconocemos la frecuencia con que se efectúa este proceso.

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

No.

5. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS?

No

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

7. ¿Cuáles son los elementos de este programa?

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

Sí. 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?

La convocatoria se da a través de notas a los distintos grupos organizados y en la mayoría de los casos en el Centro de Salud de San Francisco lo hace el departamento de Promoción de la Salud.

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?

Hay evaluación trimestral de coberturas del PAI y Materno Infantil. Con el advenimiento del Proyecto de Mejoras a la Equidad en salud se revisan cumplimiento de metas bimestralmente y dicha evaluación la realiza el equipo de gestión de la red fija, el departamento de provisión de servicios regional y nacional.

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

Sí. En la región de Veraguas existen los programas 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?

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

Si. Desde hace varios años se ha introducido de manera escalonada el sistema de información para la administración logística, en primera instancia se inicio con los medicamentos y poco a poco se han ido introduciendo los distintos insumos sanitarios.

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

El Ministerio de Salud de Panamá ha realizado avances significativos en el proceso de sistematización de la gestión de medicamentos e insumos para la atención sanitaria, a través de la implementación del Sistema de Apoyo Logístico, mejor conocido como LSS/SUMA, lo que ha permitido al país optimizar el ciclo logístico para la dispensación de medicamentos a la población.

El LSS/SUMA (Sistema de Apoyo Logístico / Sistema de Manejo Integral de Suministros Humanitarios) es un esfuerzo colectivo de los países de las Américas, con el respaldo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), para mejorar la capacidad nacional de manejo efectivo de los suministros y que estos lleguen de una manera adecuada y oportuna a la población. El LSS/SUMA es además un instrumento para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas en la recepción y distribución de los suministros.

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. 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?

Desconocemos esta información.

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 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.

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?

Una de las herramientas clave de la gestión por resultados son los convenios de gestión. Se trata de convenios o acuerdos que incluyen compromisos e incentivos para una mejor gestión basada en resultados. En general, los CG identifican algunas metas (resultados) cuantificables en un período determinado de tiempo, cuyo cumplimiento genera recompensas y el incumplimiento ocasiona castigos.

Debe recalcar que los CG como instrumento para la gestión por resultados son pertinentes cuando las metas incluidas se refieren precisamente a resultados de la gestión pública.

Los CG basan el éxito de sus resultados en la correcta definición de los indicadores de gestión o desempeño que van a activar los premios o castigos, mientras que el éxito en términos de aceptación depende del esquema de incentivos para su cumplimiento o en todo caso de su obligatoriedad. De este modo, las probabilidades de éxito de los CG serán mayores en la medida en que se cuente tanto con un proceso presupuestario en el cual se identifiquen indicadores y metas a alcanzar, ya sea en términos de productos o resultados, como con niveles aceptables de flexibilidad gerencial para la toma de decisiones y optimización de procesos. Aún superados esos obstáculos, el éxito final de los CG debe medirse en cuanto se conviertan en instrumentos para la “gestión del desempeño basado en resultados”, es decir, en la medida en que la información contenida en los indicadores de desempeño se refiere a resultados para la prestación de servicios y se utilice para aprender y tomar

decisiones en un nivel estratégico, cuando se convierten en una verdadera herramienta de gestión.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

INCENTIVOS

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

Sí ____

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

No ____

Favor investigar _____

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

Sí, ya que se toman en cuenta criterios de atención integral a los pacientes, el buen llenado de la historia clínica, el buen seguimiento de los programas la capacitación continua.

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 todo aquel personal que tiene más de un año de laborar en la institución. Tanto personal técnico como administrativo.

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

En estos incentivos se toma 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?

Si impacta en la relación costo - beneficio y costo - efectividad puesto que el ministerio tendría que aumentar el presupuesto anual para incluir dichos incentivos y evaluar que tan costo 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 encuentran descritas en la ficha técnica del producto. El criterio técnico lo brinda el coordinador de cada uno de los departamentos que adquiere insumos médicos para su funcionamiento (Farmacia, Médico Quirúrgico, Laboratorio, Radiología, Odontología).

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

En el CS de San Francisco no se lleva inventario de insumos sanitarios, se lleva un control por medio de tarjetas, en dichas tarjetas se registran las salidas diarias y las entradas mensuales.

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

El sistema de tarjetario tiene años de estar presente en las instalaciones de salud. Desconocemos su origen.

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

El proceso de compras se da en gran porcentaje en el nivel central a través del Departamento de Provisión de Servicios. Las compras se hacen tomando en cuenta las necesidades del año previo, pero dado la demora de los trámites burocráticos del proceso, una vez se reciben estos insumos parte de la necesidad ha variado, sin contar las veces que se adquieren insumos sin tomar en cuenta la necesidad lo que trae como consecuencia pérdidas importantes. El proceso de descentralización de las compras debe darse, pues es el nivel regional y local el conocedor de su verdadera necesidad y a su vez se ahorraría tiempo y no existirían los largos periodos de desabastecimiento de muchos de los insumos críticos para el manejo de los pacientes.

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

Desconocemos el proceso de compras conjuntas o a través de organismos institucionales.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

El sistema de abastecimiento entre el nivel regional y local se articula mediante coordinación mensual al momento de abastecer y reabastecer de insumos la instalación de salud, se registra la necesidad de los insumos en base a su existencia y consumo. De igual manera si hay situaciones especiales como el caso de ingreso de paciente con tuberculosis se coordina con el jefe del depósito de insumos sanitarios la adquisición de este tratamiento que no reposa normalmente completo en el centro.

Entre las limitantes tenemos que no contamos con un vehículo para hacer trámites como la búsqueda de insumos en el nivel regional y se debe hacer cuando la ambulancia tenga disponibilidad luego de un traslado.

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

Desconocemos esta información.

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?

Al momento de priorizar la compra se toma en cuenta el perfil de morbilidad de la población y los riesgos a la que está sometida, pero muchas veces no tenemos la información precisa. También se prioriza enfocándose 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 en las tarjetas por salidas de la farmacia y en el departamento de odontología se lleva un formato de Excel para dicho fin.

16. Conoce las modalidades de compra?

Las compras se realizan a nivel central o regional. No tenemos fondo de autogestión.

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

Este manual establece las buenas prácticas de almacenamiento tanto de medicamentos como otros insumos para el uso humano. Se recibió una copia de dicho manual en CS de San Francisco y se trata de cumplir en la medida de lo posible con los lineamientos establecidos en dicho documento.

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

Si, en varias ocasiones se ha hecho sentir la necesidad de la ampliación de la farmacia en donde se incluya un depósito puesto que con el reducido espacio con que se cuenta es casi imposible cumplir con los estándares de almacenamiento adecuado.

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?

Desconocemos esta información. Si contamos con las estadísticas locales e informes de los distintos departamentos que se realizan con cierta periodicidad.

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

Si, con esta información se respalda la toma de decisiones a nivel local para la consecución de beneficios a favor de la salud de nuestros pacientes (Ejemplo: logro de la extensión de horario).

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

La calidad de la información es evaluada por la dirección del centro de salud, pero no se aplica auditoría informática.

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 y si es oportuno en el tiempo.

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

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

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

Los usuarios establecen sus necesidades de información por medio de nota de solicitud de información, donde indican el uso y la cual debe contar con el visto bueno de la dirección del Centro de Salud para ser efectiva.

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

Si.

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

Si, en el caso de Registros Médicos y estadísticas de salud contamos con dos sistemas de información paralelos: el SIES y el SIECC (Programa de Mejoras a la Equidad y Desempeño en salud – Red Fija).

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				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
No. de servicios de imagenología				
• No. De Ultrasonidos				
• No. De Rayos X				
• No. De Panorex				
• No. De Periapical				
• No. De CAT				
• No. De Mamógrafos				
• No. De Equipos de resonancias magnéticas				
No. de Laboratorios Clínicos				
No. de Bancos de Sangre				
No. de Farmacias				
No. de Sillones Dentales				
Completos				
Incompletos				

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

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

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

FOTOGRAFÍA N°9. FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS

COMPENSACION DE COSTOS

1. ¿Existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales, comente sus experiencias?
Sí ____
Si es si, comente sus principales componentes y analice su desarrollo:

No ____
Favor investigar _____
2. ¿Qué mecanismos se aplican para el análisis de la información de costos, como se relacionan los costos con la producción, con el rendimiento, los recursos y los resultados? ¿Qué decisiones se toman a partir de este análisis?
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?

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

Sí ____

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

No ____

Favor investigar _____

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

FUENTES DE FINANCIACION

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

No tenemos autogestión en el CS de San Francisco.

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

El CS de San Francisco no cuenta con patronato ni consejo de gestión.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

En lo que respecta a su impacto en el presupuesto los desconocemos, lo que si podemos añadir es que beneficia grandemente a nuestros pacientes una vez que nos permite brindarle atención sin la barrera económica presente (pobreza).

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

En el distrito de San Francisco el presupuesto del estado debe subsidiar a la población más vulnerable, sobre todo la que se encuentra en los bolsones desprotegidos que presentan muchas variables que empobrecen su estado de salud.

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

No, el recurso no es suficiente para garantizar la equidad sanitaria.

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

Desconocemos esta información.

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

El CS de San Francisco se benefició del Proyecto JICA después llamado VERASAN, el cual aportó recurso humano, técnico y financiero, además de capacitación a los moradores de las comunidades focalizadas.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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

Desconocemos esta información.

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)?
2. ¿Qué criterios deben cumplirse para presentar proyectos de inversión? ¿Cuáles de los criterios establecidos por el MEF presentan dificultad debido a su complejidad o a las limitaciones de recursos en la región?
3. ¿De los proyectos de inversión del año 2014 y los proyectados para el 2015, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS)? ¿Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada?
4. Existen proyectos financiados por medio de la Cooperación Técnica internacional.

Sí___

Si es si, comente cuales:

No___

Favor

investigar_____

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

Sí___

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

No___

Favor investigar_____

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

Sí ____

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

No ____

Favor investigar _____

ANEXOS

IDENTIFICACIÓN DE ACTORES PREGUNTAS SUGERIDAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES:

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

Sector económico

Público

Privado

Otro (especifique)

Cooperación Internacional (especifique la
agencia)_____

Sector político

Sector Salud

Otro (especifique)

Especifique si se responde a acuerdos internacionales o nacionales: _____

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

Si No

Favor especifique el tipo de Sistema de Salud del país:

Segmentado

Integrado

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

Si No

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

Fondos estatales

Cooperación Internacional

Sector Privado

Fondos reembolsables con partida nacional

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

Gubernamental (Poder Ejecutivo)

Poder Legislativo

Sociedad Civil organizada en temas de salud

Sociedad Civil organizada general

Sector Privado

Sector académico

Otro (Especifique)

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

Legislativo Ejecutivo Ambo Ninguno

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

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

Si No

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

FUENTE(S):

Señale en qué etapa está el proceso de democracia en el país:

Transición Construcción Consolidación No Existe

9. ¿Qué poder confieren las leyes a los actores? Favor especifíquelo en el siguiente cuadro:

LEY	ACTOR	FUNCION O RESPONSABILIDAD

10. Posición de los Actores (PA)

Análisis de la posición de los actores en los procesos de cambio de los sistemas de salud. Para el análisis se sugieren las siguientes preguntas:

11. ¿Dónde se ubican las instituciones/organizaciones que representan en relación a su capacidad de acción?

Muy a Favor

Algo a Favor

Neutro

Algo en contra

En contra

12. ¿Cuál es el prestigio y la imagen del actor ante la sociedad?

Positivo

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

