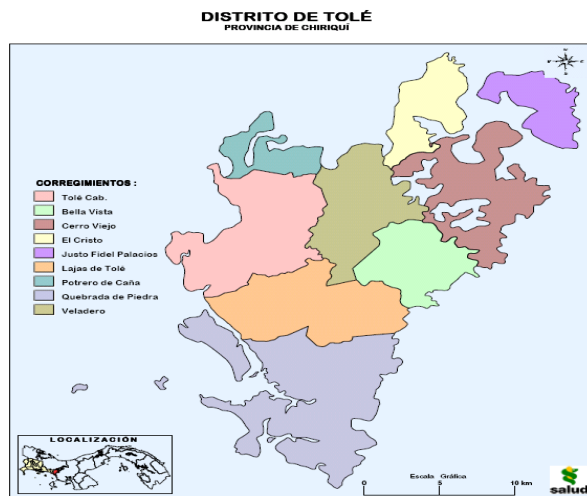


## CENTRO DE SALUD DE TOLE

### CRISTOBALINA MURGAS DE ANTINORII



DR HERNAN QUINTERO MUÑOZ

CONTENIDO DE FOTOGRAFIAS DE ASIS 2015 -2019

## **Contenido General de las Fotografías**

### **Fotografía N° 1. El Contexto**

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

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

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

### **Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta**

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

### **Fotografía N° 4: Satisfacción del Cliente**

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

### **Fotografía N° 5: Red Social**

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

### **Fotografía N° 6: Proyección de la Red**

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

### **Fotografía N° 7: Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones**

1. Organización y Funcionamiento

### **Fotografía N° 8: Instrumentos de Gestión**

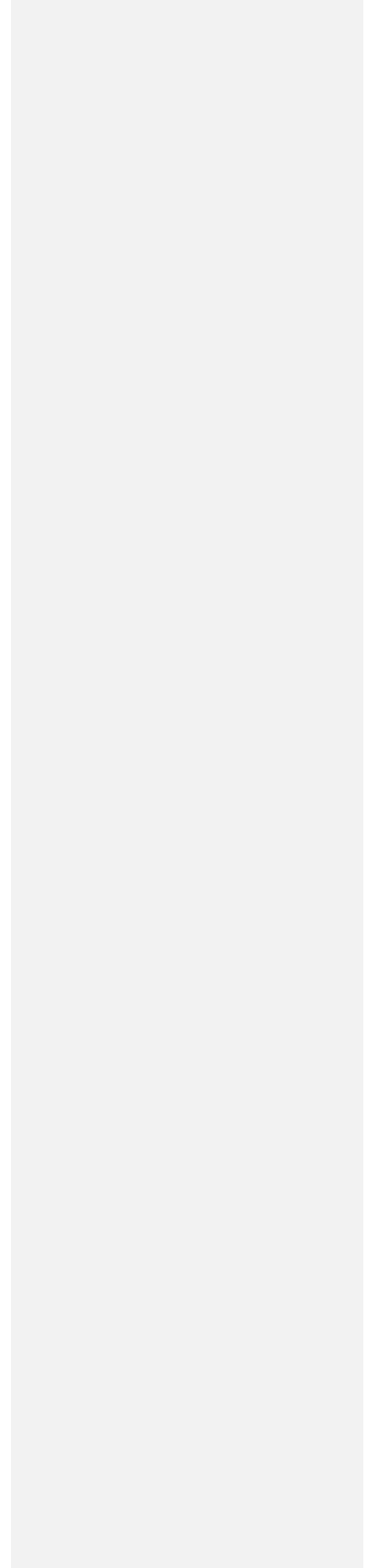
1. Planificación Regional y Programación Local
2. Presupuestación por Objetivos (DPO)
3. Incentivos
4. Sistema de Abastecimiento y Suministro
5. Sistema de Información en Salud
6. Catastro
7. Equipamiento y tecnología

### **Fotografía N° 9: Financiación de los Servicios**

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

- Presupuesto del Estado
- Donaciones
- Seguro Solidario

**Fotografía N° 10: Proyectos de Inversión**



**ANEXO N° 1**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**DIRECCION NACIONAL DE POLITICAS DEL SECTOR SALUD**  
**ANALISIS PROSPECTIVO DE LA RED DE SERVICIOS**

**FOTOGRAFÍA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO**

1. ¿Cuáles son los 3 ó 4 principales problemas político - económico - socio cultural y de género de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño? (Considerar inclusive como los conflictos de competencia entre instituciones públicas afecta el desempeño de Salud.  
Altas tasas de DESEMPLEO ,ALTA INGESTA DE ALCOHOL (13 cantinas en la cabecera de Tole),POBRESA EXTREMA,MAL MANEJO DE LOS DE LA BASURA (falta de vertedero adecuado),ANALFABETISMO Y POCA PREPARACION TECNICA ACADEMICA DE NUESTROS ADOLESCENTES,FALTA DE SUMINISTRO ADECUADO DE AGUA POTABLE Y LETRINAS EN TODOS LOS CORREGIMIENTOS,FALTA DE RECURSO HUMANO PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES EN SALUD DE LA COMUNIDAD( promotor de salud, asistentes y técnicos ,como de enfermerías para los puestos de salud),FALTA DE INSTALACIONES CON INSUMO Y RECURSO HUMANO IDONES EN LAS INSTALACIONES DEL AREA DE LA COMARCA (MUNA) QUE EN SU DEFECTO ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE TOLE CONGESTIONANDO LA ATENCION ,FALTA DE ESPECIALISTA EN EL AREA (GINECOLOGO,PEDIATRA).
2. ¿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?  
SE APOYA INTERINSTITUCIONALMENTE COORDINADO ESTRATEGIAS COMO LO SON DE PROMOCION Y PREVENCION ( campaña contra Dengue ,Malaria ,Cinta rosada ,celeste, lactancia materna),apoyo a necesidades de insumos ,logísticas con el municipio y otras instituciones MIDA.MOP,IGLESIAS,COMITÉ DE SALUD ,COMITÉ DE FERIA DE TOLE). REUNION CON CONSEJO MUNICIPAL LOS MIERCOLES Y EXPONER LAS NECESIDADES DE SALUD ASI COMO LAS ACCIONES Y QUE FORMEN PARTE ACTIVA CADA REPRESENTANTE DE NUESTROS CORREGIMIENTOS,COORDINACION CON ESCUELAS ,COLEGIOS ,ONG COMO GENISA QUE APORTAN SIGNIFICATIVAMENTE A NECESIDADES DE SALUD DEL DISTRITO.
3. 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.  
MEJORA LA ASISTENCIA A LAS INSTITUCIONES DE SALUD YA QUE SE CORDINA EL COMPROMISO DE LOS BENEFICIADOS CON SALUD PARA SU PAGO, LOS CUALES SE APROBECHA LA CAPTACION PARA PROGRAMAS DE SALUD A VULNERABLES, COMO MAYORES DE EDAD, NIÑOS, Y ESCOLARES QUE NORMALMENTE NO ASITIRIAN A LA ATENCION
4. 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.  
DIFICULTAD EN CUANTO A CULTURA CONLLEVA A EMBARAZOS PRECOZ Y NO DESEADO, LA PLANIFICACION FAMILIAR NO ES PERMITIDA POR SUS PAREJAS INDIGENAS, ADEMAS DE LA POBRESA Y ANALFABETISMO QUE AGRAVA ESTE PROBLEMA DEEMBARAZO NO DESEADO POR FALTA DE PLANIFICACION.LA PRESION DE GRUPO CONLLEVA NUESTROS ADOLESCENTES A INGESTA DE ALCOHOL, CIGARRILLO Y DROGA.

5. 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?

CAMBIOS CLIMATICOS COMO SEQUIAS QUE AFECTA LA GANADERIA, Y LA SIEMBRA QUE ES EL MEDIO ECONOMICO MAS IMPORTANTE DE NUESTRO DISTRITO LA CREACION DE LA COMARCA NGOBR BUGLE, CERCENA PARTE DEL TERRITORIO, QUEDANDO EL DISTRITO DE TOLE CON UNA EXTENSION TERRITORIAL DE 493.46 KM2 Y 9 CORREGIMIENTOS DE UN TOTAL DE 1319 KM2 QUE TENIA CON LA COMARCA, AÑO 1999, TRAYENDO REDUCCION DE PRESUPUESTO EN SALUD, PERO LA POBLACION SIGUE ACUDIENDO A NUESTRAS INSTALACIONES YA QUE EN MUCHAS OCASIONES LES DIFICULTA EL SERVICIO DE SALUD EN AREAS COMARCALES.

6. 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?

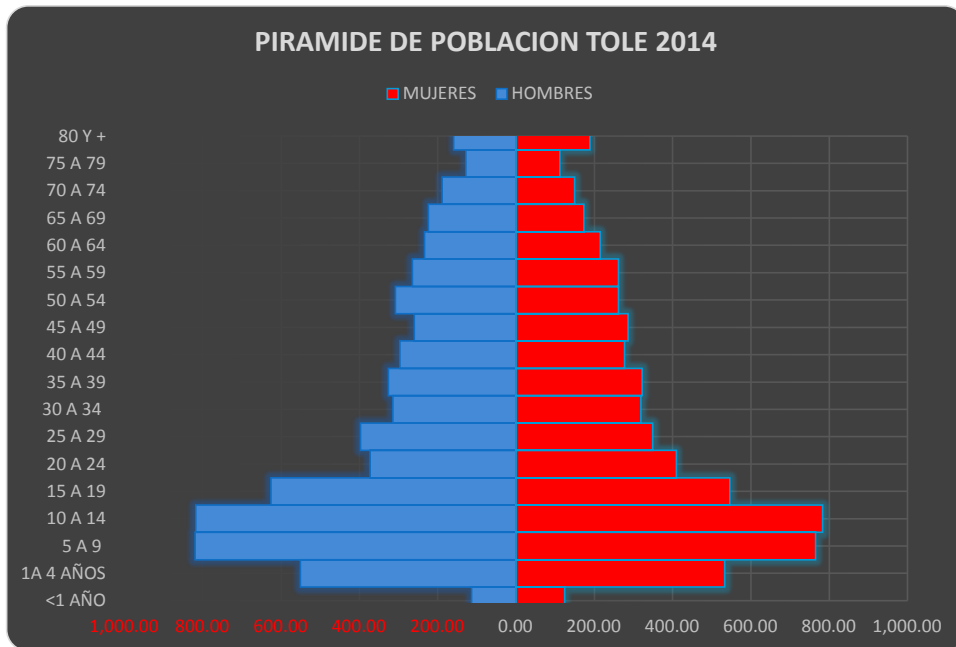
NO SE OBLIGA A LAS INSTITUCIONES PUBLICAS COMO MUNICIPIO CON PARTIDAS PARA LA GESTION EN SALUD ,ASI COMO ONGS QUE EN CASO DE PARTICIPAR COMO APOYO SOCIAL O POR SOLIDARIDAD, NO SE LE RECONOCE POR EJEMPLO EN IMPUESTOS O DE ALGUNA MANERA SU APOYO EN SALUD POR LO QUE ES IGUAL PARTICIPAR O NO DE LAS MISMAS EN SALUD. LA COMUNIDAD APOYA LA GESTION PERO PREVIA SENSIBILIZACION Y EMPODERAMIENTO DE LA SITUACION. FALTA QUE SE COMPROMETA A LOS PARTICIPANTE DE REDES DE OPORTUNIDAD, 120/70 A QUE PARTICIPEN ACTIVAMENTE EN ACTIVIDADES DE SALUD COMO PARTE DE OBLIGACIONES A CUMPLIR.

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

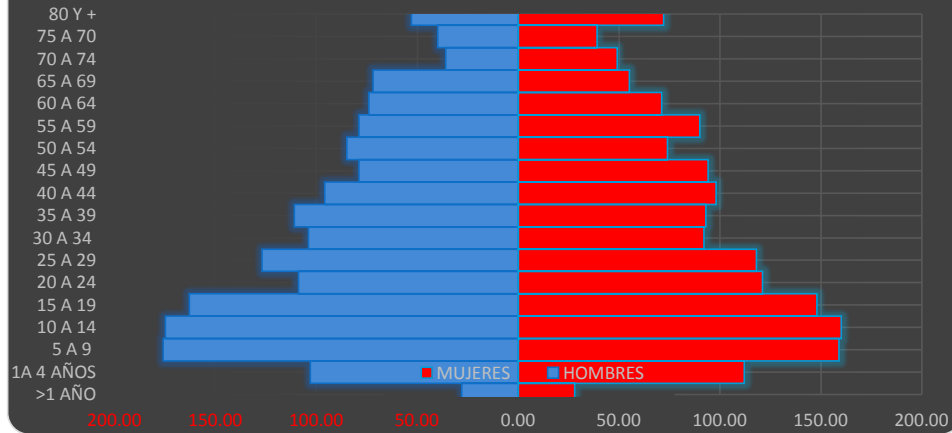
EN EL DISTRITO EXISTE UNA EQUILIBRADA FUERZA LABORAR EN CUANTO AL GENERO, SE CUENTE CON REPRESENTACION EQUITATIVA EN CUANTO A SEXO EN DIFERENTES INSTITUCIONES, ASI COMO ASOCIACIONES CIVILES, Y ONG. POR LO QUE DENOTAMOS UN BUEN DESARROLLO DE GENERO CADA VEZ MAS EQUITATIVO.

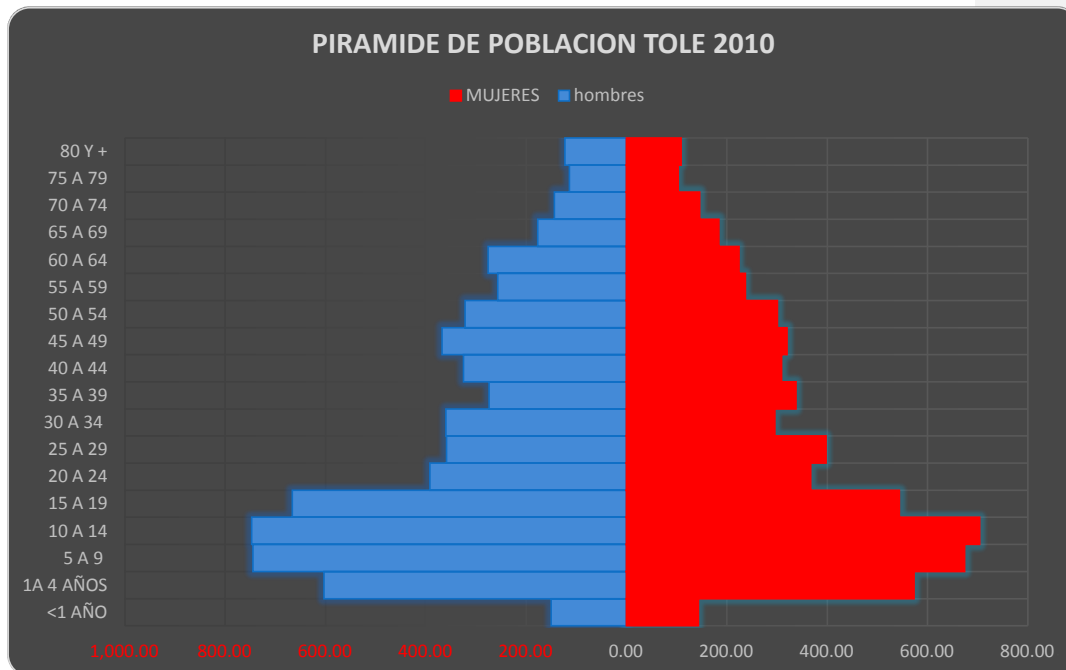
## FOTOGRAFÍA N° 2. CUÁL ES LA DEMANDA Y NECESIDADES DE SERVICIOS?

Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2000, 2010, 2013,2014 por cada uno de los distritos.



### PIRAMIDE DE POBLACION TOLE 2013





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?

TENEMOS UNA POBLACION MAYORMENTE ENTRE >1 AÑO A 20 AÑOS POR LO QUE LAS CAUSAS PRINCIPALES DE SALUD -ENFERMEDAD ESTARAN EN ESTAS EDADES POR LO QUE IMPORTANTE LAS ACCIONES DE SALUD DIRIGIDAS A ESTOS GRUPOS ,FORTALECIENDO LAS VACUNAS,PROMOCION ,PREVENCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS,DIARREAS ASI COMO EMBARAZO PRECOZ,ALCOHOLISMO,ACCIDENTES ,VIOLENCIA,DROGAS,ESTILOS DE VIDA SALUDABLES ,OBESIDAD Y OTRAS PROPIAS DE ESTAS EDADES.
2. Cómo afecta la transición demográfica las condiciones de salud de la población?

UNA POBLACION QUE AUMENTARA EN UNOS AÑOS LA PIRAMIDE EN LAS EDADES DE 20 A 60 AÑOS CONLLEVANDO A ENFERMEDADES CRONICAS EN AUMENTO (DIABETE, HIPERTENSION, OBESIDAD, CARDIOPATIA SI NO HAY ACCIONES PREVENTIVAS QUE MEJOREN EL RIESGO.
3. Cuáles serían las intervenciones según el análisis realizado?

PROMOCION Y PREVENCION CON ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ADECUADA ALIMENTACION, VACUNACION MASIVA A ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES, ACCIONES QUE APOYEN EL DEPORTE COMO UTILIZACION DEL



TIEMPO LIBRE Y EVITAR LA OCIOSIDAD, QUE CONLLEVA A ALCOHOLISMO,  
DROGA, TABAQUISMO QUE PONE EN RIESGO LA SALUD Y EL NUCLEO FAMILIAR.

## SITUACIÓN DE SALUD

B. Aspectos económicos y sociales	2000			2010			2014		
	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									
• asegurados activos									
• pensionados									
• jubilados									
• beneficiarios									
Porcentaje de analfabetismo				6.1%					
Escolaridad de la población									
• Básica completa				17.8					
• Media completa				14.7					
• Vocacional									
• Universidad completa									
Déficit habitacional									
Condiciones del saneamiento básico (Encuesta Mix o Censo, 2010)									
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano	771/2 420 68 %						2164/ 2817 76.8%		
• Urbano									
• Rural									
• Indígena									
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos (relleno sanitario o enterramiento)							2195/ 2817 78%		
• Urbano									
• Rural									
• Indígena									
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)							2273/ 2817 80% LETRI NAS	TOLE CABE CERA 281 CASA S CON REC OLEC CION DE BASU RA	30 JUNT AS DE JAAR S ESTA BLEC MIEN TO DE VENT A ALIM ENTO S 21 CANT

										INAS Y BODE GAS
• Urbano										
• Rural										
• Indígena										
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligrosos (incineración, relleno sanitario o enterramiento)								Solo la instalación de salud TOLE		
Incidencia de la pobreza por distrito	% de población									
	Total	Pobres extremos	Pobres no extremos							
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
Cultura ,Etnias y Colonias Predominantes.	Tipo de etnias									
% de población según edad										
Menor de 1 año										
1-4 años										
5-9 años										
10-14 años										
15-19 años										
20-59 años										
60-64 años										
65 y más										
Lenguaje y dialectos				La gran población del área de la comarca ha emigrado al distrito DIALECTO KGOBE						

¿Cuáles son las tendencias esperadas en los próximos años, en los indicadores de salud ambiental, educación, vivienda, saneamiento y desempleo?  
 LOS INDICADORES DE SALUD AMBIENTAL ,EDUCACION,VIVIENDA,SANEAMIENTO Y DESEMPLEO TIENEN QUE MEJORAR YA QUE LAS INVERSIONES A ESTOS INDICADORES SE HAN VENIDO EVALUANDO,CON MEJORAS COMO LA CONSTRUCCION DE LA CARRETERA

POR 3 AÑOS,CONSTRUCCION DE HIDROELECTRICA,REFORMACIONES EN LA EDUCACION,TRAERA MEJORAS SIGNIFICATIVAS EN ESTOS INDICADORES

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

DESNUTRICION INFANTIL, ENFERMEDADES CRONICAS, OBESIDAD, ALCOHOLISMO, VIOLENCIA, CUIDADOS DEL AMBIENTE, ETC

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

MAIZ, FRIJOL, ARROZ, FRIJOL DE PALO (GUANDU), POROTO,RAICES Y TUBERCULOS,YUCA,ÑAME,OTOE,ÑAMPIE.

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

NO SE PROCESA NINGUNO DE LOS PRODUCTOS.

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

NO EXISTE NINGUN PROYECTO DE REFORESTACION,GUBERNAMENTAL NI PRIVADO.

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

INUNDACION SOLO EL AREA ALEDAÑAS A LA HIDROELECTRICA DE BARRO BLANCO ( 8 HECTAREAS DE LA COMARCA) Y POBLACIONES ALEDAÑAS A LA REPRESA,SEQUIA A LA AGRICULTURA Y A LA GANADERIA POR CAMBIOS CLIMATICOS.

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

30.7 % SE DEDICA A GANADERIA; 9.43 % CULTIVO EXTERNO; 59.8% NO AGROPECUARIO.

¿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.

SEGÚN FUENTE DEL IDAAN EN TOLE CABECERA HAY 1 PLANTA POTABILIZADORA QUE BRINDA SERVICIO A VELADERO (PARTE DE ESTE COREGIMIENTO) CON 826 CONTRATOS (5 PERSONAS POR CASAS) ,EL RESTO DE LOS CORREGIMIENTO USA ACUEDUCTO RURAL Y POR GRAVEDAD CON SUS JUNTAS ADMINISTRADORAS DE AGUA SUPERVISADAS POR EL MINSA.

VERTEDERO A CIELO ABIERTO SOLO 1 PARA TODO EL DISTRITO.

❖ **Indicadores de morbilidad en el Distrito de Tolé**

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA EN EL DISTRITO DE TOLE (MINISTERIO DE SALUD)  
AÑO: 2014**

- ❖ Rino faringitis aguda (Resfriado común)
- ❖ Diarrea y Gastroenteritis, de presunto origen infeccioso
- ❖ Influenza (gripe)

Otras infecciones agudas de las vías Respiratorias Superiores

- ❖ Desnutrición
  - ❖ Obesidad
  - ❖ Anemias
  - ❖ Bronquiolitis aguda
  - ❖ Rinitis crónica
  - ❖ Asma
  - ❖ Pio dermitis (Pioderma)
  - ❖ Conjuntivitis
  - ❖ Faringitis aguda
  - ❖ Dermatitis
  - ❖ Depósitos (acreciones) de los dientes
- 
- ❖ Ictericia neonatal
  - ❖ Bronquitis aguda
  - ❖ Escabiasis
  - ❖ Bronquitis no especificada
  - ❖ Infección aguda no especificada vías respiratorias inferiores
  - ❖ Rinitis alérgica
  - ❖ Caries dental
  - ❖ Necrosis de la pulpa
  - ❖ Parasitosis intestinal
  - ❖ Amigdalitis aguda
  - ❖ Infección de las vías urinarias
  - ❖ Enf. Piel y tejidos subcutáneos
  - ❖ Helmintiasis

**CUadro N° 2. Principales Causas de Morbilidad Atendida según Grupo de Edad en la Instalaciones del Ministerio de Salud en la República. Año: 2004.**

<b>CAUSAS</b>	<b>CODIGOS CIE X <sup>1/</sup></b>	<b>N°</b>	<b>TASA <sup>2/</sup></b>
Diarrea y Gastroenteritis	A09	795911	25088.9
Rinofaringitis (Resfriado Común)	J00	142195	4482.3
Influenza	J10 - J11	68752	2167.2
Enfermedad Cavidad bucal	K00 - K14	64746	2040.9
Caries Dental	K02	33789	1065.1
Infecciones de Vías Urinarias	N39.0	24534	773.4
Faringitis Aguda	J02	20428	643.9
Infección de Vías Respiratorias.	J22	18798	592.6
Parasitosis	B82.9	15460	487.3
Hipertensión Arterial	I10	13845	436.4
Anemias	D50 - D64	13144	414.3
Obesidad	E66	13041	411.1
Enfermedad e Infección de la Piel	L08	12225	385.4
Pioderma y Piodermitis	L08.0	11929	376.0
Gastritis	K29	11303	356.3

**Cuadro N°4. Tasa de mortalidad\* según causas de muertes específicas y demás causas en la República de Panamá. Años 2000 y 2003**

2000			2003		
Causa de Muerte	N°	Tasa	Causa de Muerte	N°	Tasa
<b>Total</b>	<b>11841</b>	<b>414.6</b>	<b>Total</b>	<b>13248</b>	<b>425.1</b>
1. Tumores Malignos	1938	67.9	1. Tumores Malignos	2239	71.8
2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1337	46.8	2. Accidentes, Suicidios, Homicidios y Otras Violencias	1492	47.9
3. Enfermedad Cerebro vascular	1201	42.1	3. Enfermedad Cerebro vascular	1391	44.6
4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1147	40.2	4. Enfermedades Isquémicas del Corazón	1319	42.3
5. Diabetes Mellitus	623	21.8	5. Diabetes Mellitus	784	25.2
6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	494	17.3	6. Enf. Crónica s Vías Resp. Inferiores	534	17.1
7. Enf. por Virus Inmunodeficiencia Humana	489	16.9	7. Otras enfermedades del corazón	510	16.4
8. Ciertas Afecciones Perinatales	463	16.2	8. Enf. Por Virus Inmunodeficiencia Humana	424	13.6
9. Otras Enfermedades del Corazón	441	15.4	9. Neumonía	377	12.1
10. Malformaciones Congénitas	353	12.4	10. Malformaciones Congénitas	358	11.5
11. Demás causas	3355	117.47	11. Demás causas	3820	122.6

Tasa por 100,00 habitantes/ Fuente: Contraloría General de la República de Panamá. Departamento de Análisis de Situación y Tendencias en Salud. Ministerio de Salud. Año: 2004.

## 12. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. AÑOS: 2012 – 2013

- ❖ Tumores Malignos
- ❖ Accidentes, Suicidios, Homicidios y otras Violencias
- ❖ Enfermedades Isquemias del Corazón
- ❖ Enfermedades Cerebro vasculares
- ❖ Diabetes Mellitus
- ❖ Otras Enfermedades Isquémica del Corazón
- ❖ Enfermedades Crónica de la Vía Respiratoria Inferiores
- ❖ Enfermedades Por Virus de la Inmuno- deficiencia Humana [VIH]
- ❖ Neumonía

### Ciertas Afecciones Originadas en el Período Perinatales

1/ Con base en la Lista de Mortalidad de 80 grupos de causas de la CIE 10

2/ Cálculo por 100,000 habitantes con base a la estimación de población.

Fuente Documental: Base de Dato de Estadísticas Vitales - Volumen III, Defunciones.

Fuente Institucional: Contraloría General de la República, Sección de Estadísticas Vitales

**POBLACIÓN DISTRITAL POR EDAD DEL DISTRITO DE TOLÉ. (2013)**

<b>TOTAL: 12,423</b>	<b>Hombres 6,378</b>	<b>Mujeres 6,045</b>
Menores 11 meses: 268	135	133
1-4 años : 1070	538	532
5-9 años: 1610	834	776
10-14 años: 1593	814	779
15-19 años: 1165	621	544
20-24 años:775	369	406
25-29 años: 746	397	349
30-34 años: 634	314	320
35-39 años: 652	327	325
40-44 años: 581	301	280
45-49 años: 542	259	283
50-54 años: 559	304	255
55-59 años: 510	257	253
60-64 años: 436	227	209
65-69 años: 385	218	167
70-74 años: 331	185	146
75-79 años:234	126	108
80 o más años : 332	152	180
<b>Total</b>	<b>6378</b>	<b>6045</b>

<b>SITUACION DE SALUD (indicar número y tasas) tasa 100,000 hab F: CGR AÑO 2000</b>									
<b>C. Principales causas de mortalidad</b>	Total	2000		Total	2010		2014		
		Mas	Fe		Masc	Fem	Total	Masc	Fem
<b>Mortalidad general</b>	11,841 Tasa 414.6			16542 Tasa 4.6	9740 Tasa 5.4	6802 Tasa 3.8			
1. TUMORES MALIGNOS	1337 67.9			2525 0.7	1364 0.8	1161 0.7			
2. ACCIDENTES,SUICIDIOS,HOMICIDIOS Y VIOLENCIAS	1337 46.8			1851	1102	749			
3. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARE	1201 42.1			1959 0.5	1670 0.9	289 0.2			
4. ENFERMEDADES	1147			1276	678	598			





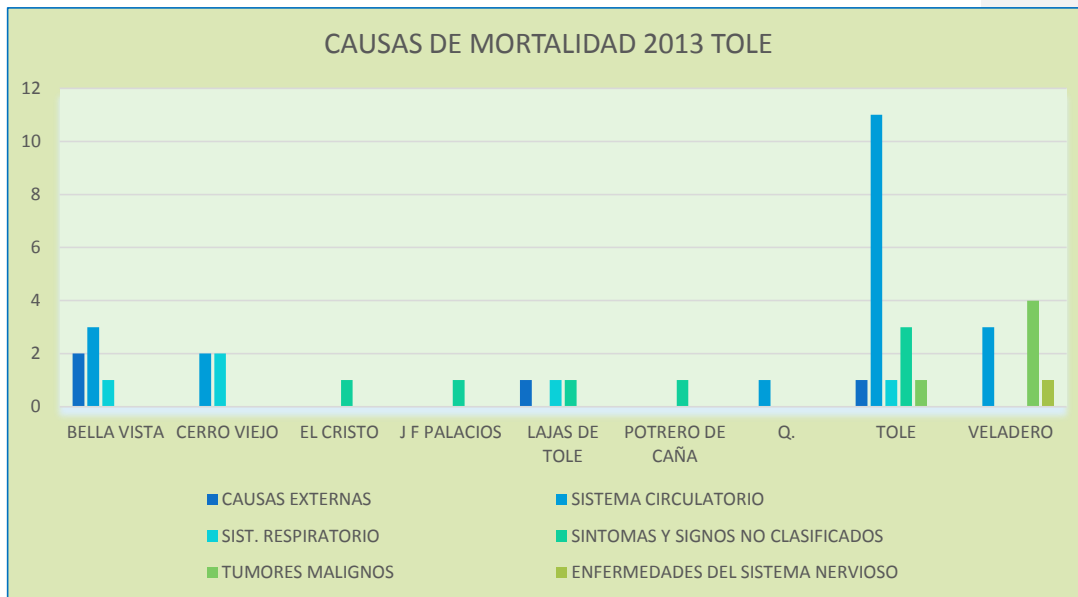
mortalidad materna									
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas				1.3%					
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas									
• % de muertes por diarrea	16 de 1609 chqui 1%								
• % de muertes por infecciones respiratorias	9 0.5%	6	3						
• % de muertes por TBC	40/1609 9.2 tasa	27	13						
• % de muertes por VIH	18 4.2 tasa	15	3						
• % de otras									
% de muertes por enfermedades crónicas agrupadas									
• % de muertes por tumores malignos	246 de 1938 en Pma 12.7%			15%	8%	7%			
• % de muertes por hipertensión arterial esencial	25	12	13						
• % de muertes por diabetes mellitus	93	46	47	5%	2%	3%			
• % de muertes por enfermedades isquémicas del corazón	183 de 1147 16%	120 10%	63 6%	11%	7%	4%			
• % de muertes por otras enfermedades crónicas									
% de muertes por causas circulatorias									
% de muertes por enfermedades respiratorias crónicas	80	51	29						
% 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	73	64	9						
• % de muertes por violencia	19	15	4						

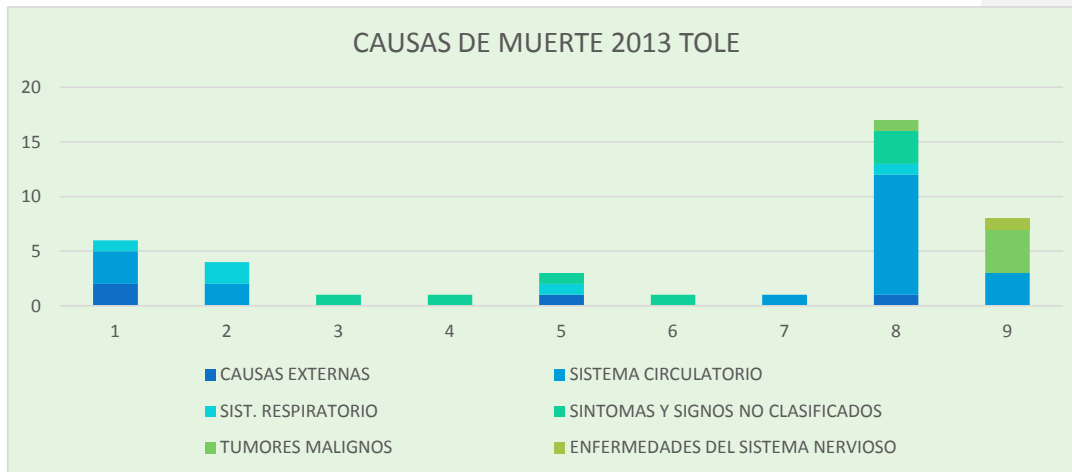
Muertes por violencia social e intrafamiliar										
D. Principales causas de egresos hospitalarios										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
E. Tasa de las principales enfermedades inmunoprevenibles										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
F. Tasa de prevalencia de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (agrupadas)										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
G. Principales causas de discapacidad										
1. Psiquiátrica (Mental)										
2. Visual										
3. Auditiva										
4. Física										
5. Intelectual										
6. Múltiples										
7. Órganos y sistemas										
H. Principales problemas de salud emergentes y reemergentes que afectan a la población (enfermedades y situaciones de riesgo)										
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

CAUSAS DE MORTALIDAD TOLE POR CORREGIMIENTOS 2013

CAUSAS DE DEFUNCION	BELL A VISTA	CERRO VIEJO	EL CRISTO	J F PALACIOS	LAJAS DE TOLE	POTRERO DE CAÑA	Q. PIEDRA	TOLE	VELADERO	TOTAL
---------------------	--------------	-------------	-----------	--------------	---------------	-----------------	-----------	------	----------	-------

CAUSAS EXTERNAS	2				1			1		4
SISTEMA CIRCULATORIO	3	2			1		1	11	3	21
SIST. RESPIRATORIO	1	2			1			1		5
SINTOMAS Y SIGNOS NO CLASIFICADOS			1	1	1	1		3		7
TUMORES MALIGNOS								1	4	5
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO									1	1
TOTALES	6	4	1	1	4	1	1	17	8	43





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

SE APRECIA ALTA INCIDENCIA EN MUERTES POR SISTEMA CIRCULATORIO, Y CAUSAS EXTERNAS, LO QUE CONLLEVA A EDUCACION EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, EN AUTOCUIDADO DE LA SALUD, ASI COMO PROGRAMAS QUE ORIENTEN A LA DISMINUCION DE ALCOHOL, TABAQUISMO, DROGAS QUE AFECTAN EL SISTEMA CIRCULATORIO ADEMAS DE QUE SON DESENCADENANTES DE VIOLENCIA, ADEMAS DE REFORZAR LA APLICACIÓN DE LA LEY PARA EVITAR EXPENDIO Y CONSUMO DE ALCOHOL EN COMUNIDADES DE PARTE DE INESCRUPULOSOS QUE LA VENDEN SIN IMPORTAR EDAD, Y SIN UN AREA SEGURA PARA SU PREPARACION Y CONSUMO QUE TRAE RIÑAS, DESTRUCCION DEL HOGAR, LA SOCIEDAD, CON MAS CAUSAS DE ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS, MUERTES VIOLENTAS POR AGRESIONES, SUICIDIOS.

SE LLEVA A CABO CAPACITACIONES MENSUALES A LOS GRUPOS DE RIESGO (HIPERTENSOS, DIABETICOS, OBESOS DEL DISTRITO Y MANEJO INTEGRAL CON FARMACOS, CHARLAS AUTOCUIDADO, ESTILOS DE VIDA, CADA MES SE CITAN A ESTOS GRUPOS PARA VACUNACION, EVALUACION X NUTRICION, COMO FORMA DE EDUCACION EN SALUD.
- Cuáles son las principales características del perfil epidemiológico de la población de responsabilidad. Caracterizar por Distrito según sexo y edad.

TENEMOS UNA POBLACION MAYORMENTE ENTRE 1 A 20 AÑOS QUE SUBIRA A LA PIRAMIDE CON LA CONSECUENCIA DE RIESGO CORONARIO SI NO SE TOMAN LAS MEDIDAS EDUCATIVAS Y DE AUTOCUIDADO. CON EQUIDAD DE SEXO POR LO QUE COLOCA EN MAS RIESGO AL SEXO MASCULINO QUE ES EL QUE ES MAS DE RIESGO POR ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, OBESIDAD.

- Cuál es la proyección del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos 5 años?  
DE AUMENTO POR EL CRECIMIENTO DE LA POBLACION QUE AUMENTA EN ESTAS EDADES LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, LA MIGRACION FRECUENTE, LA CONSTRUCCION DE LA CARRETERA QUE ES VULNERABLE A LOS EFECTOS DEL MEDIO AMBIENTE ,POLVO, QUE INCREMENTA ESTAS ENFERMEDADES ASI COMO LA ENTRADA A PERSONAS CON ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD TRANSMISIBLE QUE AUMENTA EL RIESGO PERSE, EL CIERRE DE 2 PUESTOS DE SALUD Y LA FALTA DE RECURSO HUMANO IDONEO EN ESTAS AREAS AUMENTA EL RIESGO DE ESTAS ENFERMEDADES
- Cuál es la situación de la Salud Ocupacional en las áreas de responsabilidad de la región?  
NO SE CUENTA CON EL PROGRAMA DE SALUD EDUCACIONAL, PERO LO MAS FRECUENTE SON ACCIDENTES LABORALES COMO HERIDAS, TRAUMAS, LUMBALGIAS, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, CEFALEA TENSIONALES PROPIAS POR TRABAJO EXCESIVO.
- Cómo han venido comportándose los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales?  
NO SE TIENE ESTADISTICAS PUESTO QUE NO HAY PROGRAMA PERO HAY TENDENCIA A AUMENTAR LOS ACCIDENTES SOBRE TODO POR LAS 2 GRANDES CONSTRUCCIONES (ENSANCHE DE CARRETERA INTERAMERICANA Y LA HIDROELECTRICA DE BARRO BLANCO).
- Se conoce cuál es la percepción de la población sobre sus condiciones de salud y enfermedad y sobre los riesgos que la afectan? Cómo lograron adquirir ese conocimiento?  
SI SE CONOCE SOBRE TODO LAS QUE AFECTAN EL AMBIENTE, Y POR LOS ESTILOS DE VIDA ,EL CONOCIMIENTO LLEGA A TRAVES DE T.V, RADIO, PANFLETOS, CHARLA A ESCUELAS , COLEGIOS, REVISTAS , LIBROS EDUCATIVOS, INTERNET, ETC.

## FOTOGRAFÍA N° 3 CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

### LA VIGILANCIA SANITARIA

1. Qué aspectos considera la vigilancia sanitaria?  
ASPECTOS DE PROMOCION, PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD, PARA EVITAR ENFERMEDADES O COMPLICACIONES DE LAS MISMAS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, Y BUENA ALIMENTACION.
2. Qué problemas se deben vigilar?  
CUIDADOS DEL MEDIO AMBIENTE, Y FACTORES DESFAVORABLES A LA SALUD COMO SON OBESIDAD, TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, DESEMPLEO, VIOLENCIA DOMESTICA Y OTROS
3. Cuáles son las fortalezas y debilidades para la vigilancia sanitaria a nivel regional?

*FORTALEZA: EQUIPO DE TRABAJO CON DESEOS DE MANTENER LA SALUD EN NUESTRO DISTRITO, COMUNIDAD INTERESADA EN EVITAR DAÑOS A SU SALUD. APOYO DE AUTORIDADES EN LA SALUD DEL DISTRITO*

*DEBILIDAD: POBRE FINANCIAMIENTO A ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCIÓN QUE IMPACTAN MAYORMENTE EN UNA MEJORA DE LA SALUD, ACCIONES MAS CURATIVAS E INTERVENCIONISTAS QUE SON MAS COSTOSA Y DE POCO IMPACTO*

### ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

Dentro de esta instalación se analiza el estrato social económico de los pacientes, su ubicación, los servicios que se demandan, y los factores demográficos como sexo, tamaño del grupo familiar, nivel ocupacional, profesión entre otros.

1. Cuáles son las comunidades con menor grado de accesibilidad geográfica, económica y cultural por cada Distrito?  
**CORREGIMIENTO DE CERRO VIEJO:**  
**CERRO BRUJO, CERRO CABALLO, QUEBRADA ARENA, COMUN, VIGUI, NANCITO, LA TRINIDAD, CALABACITO, CERRO MANGLE, CERRO IGLESIA.**  
**CORREGIMIENTO DE EL CRISTO (LLANO CULEBRA)**  
**LLANO CULEBRA, LA BRAMONA, BAJO MARAÑON, LA PEDREGOSA. BAJO LEON, CLARIN, BAJO COROSAL, TAMBOR, CERRO GALLOTE Y GUAYABAL.**
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?  
**CORREGIMIENTO DE CERRO VIEJO:**

**CERRO BRUJO** AL P.S 7 KMS 2 HR POR MEDIO DE TRANSPORTE CABALLO alquiler 7\$ siete dólares caballo x día Y CAMINANDO camino solo para caballo o caminando, A LA CABECERA DISTRITO DE TOLE 1 HORA EN CARRO DEL P.S. TIPO PICK UP COSTO 4.60 BALBOAS (ida y vuelta) SALEN A TOLE CADA

**CERRO CABALLO** AL P.S 1/2 HR MEDIO DE TRANSPORTE CABALLO, CARRO (.60 de dólar) Y CAMINANDO 2.5 KMS A LA CABECERA DEL P.S 1 HR 4.60 BALBOAS COSTO (ida y vuelta)

**QUEBRADA ARENA** AL P.S 2 HRS AL P, S MEDIO DE TRANSPORTE CABALLO Y CAMINANDO 7 KMS COSTO 7.00 (alquiler de caballo) A LA CABECERA 4.60 1 HORA.

**COMUN** AL P.S 2 ½ HRS MEDIO DE TRANSPORTE CABALLO (7.00 \$) Y CAMINANDO 7 KMS IGUAL COSTO A CABECERA

**VIGUI** AL P.S ½ HR CARRO (0.75 centavos ida) 20 MINUTOS 7 KM A TOLE CABECERA MEDIA HR 2.60 BALBOAS IDA.

**NANCITO** A P.S 7 KM 2 HORAS MEDIO DE TRANSPORTE CABALLO (7.00\$) Y CAMINANDO 2 HRS A TOLE 1 HORA 3.40 BALBOAS

**LA TRINIDAD** AL P.S 2 HRS 7 KM CABALLO (7.00) hasta carretera luego: 60 centavos hasta P.S O CAMINANDO DEL P.S A TOLE 1 HR 4.60 (IDA Y VUELTA)

**CALABACITO** AL P.S 2 ½ HRS CABALLO (7.00) Y CAMINANDO 7 KMS A TOLE 1 HR 4.60 ida y vuelta BALBOAS.

**CERRO MANGLE** A P.S 45 MIN MEDIO DE TRANSPORTE CARRO PICK UP 4X4 6 KM (.75 cents) A TOLE CABECERA 4.60 (ida y vuelta)

**CERRO IGLESIA** A P, S 1 ½ Horas O CAMINANDO 6 KM O CABALLO (7.00 \$) A LA CABECERA 4.60 \$

**CORREGIMIENTO DE EL CRISTO (LLANO CULEBRA)**

**LLANO CULEBRA** EL AREA ALREDEDOR 30 MIN CAMINANDO AL P.S DEL P.S A LA CABECERA CAMIUNANDO 3 HRS O ALQUILER DE CABALLO 10 .00 DOLARES CARRO PICK UP 4.80 \$ IDA SOLAMENTE.

**LA BRAMONA** AL P.S 1 HORA 1 Y MEDIO KMTS SOLO CAMINANDO Y A CABALLO POR SER AREA DE PENDIENTES Y DIFICIL CAMINARLA ALQUILER DE CABALLO 10 \$ DE P.S A TOLE 4.80 \$ PICK UP MO CABALLO 10.00 O CAMINANDO 20 KMTS 3 HRS

**BAJO MARAÑON** AL P.S 2 KMTS 3 HRS CAMINANDO O A CABALLO AREA MONTAÑOSA DIFICIL ACCESO DE P.S A CABECERA MENCIONADO ANTERIORMENTE

**LA PEDREGOSA** AL P.S 2,5 KMTS CABALLO (10.00\$) O CAMINANDO 3 HRS 30 MIN.

**BAJO LEON** AL P.S 4 KMTS CABALLO (10.00\$) O CAMINANDO 3 HRS 30 MIN. NO HAY CARRO.

**CERRO CLARIN** AL P.S 5 KMTS CABALLO (10.00\$) O CAMINANDO 4 HRS NO HAY CARRO

**BAJO COROSAL** AL P.S 6 KMTS CABALLO (10.00\$) O CAMINANDO 5 HRS NO HAY CARRO

**TAMBOR** AL P.S 3 KMTS 2 HRS 30 MIN CABALLO (10.00\$) O CAMINANDO 5 HRS NO HAY CARRO

**CERRO GALLOTE** AL P.S 4 KMTS 3 HRS 30 MIN CABALLO (10.00\$) O CAMINANDO NO HAY CARRO

**GUAYABAL** AL P.S 6 KMTS KMTS CABALLO (10.00\$) O CAMINANDO 5 HRS NO HAY CARRO

NOTA: ESTAS AREAS SE ENCUENTRAN EN CERROAS DE COORDILLERA Y RIOS QUE LOS ATRAVIESAN POR LO QUE DIFICULTA LA MOVILIZACION EN ESTAS COMUNIDADES AL P.S MAS CERCANO (LLANO CULEBRA) EL CRISTO.

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

**CORREGIMIENTO DE CERRO VIEJO:**

DE CERRO VIEJO A TOLE: HORARIO CADA 2 HRS HASTA LAS 5 DE LA TARDE

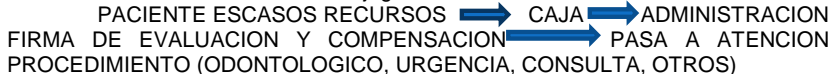
DE VIGUI A TOLE: CDA HORA DESDE LAS 6 AM HASTA LAS 6 P: M

RUTAS QUE ALIMENTAN LAS DIFERENTES COMUNIDADES DE JUSTO FIDEL PALACIOS:

**CORREGIMIENTO DELLANO CULEBRA:**

DE TOLE A LLANO CULEBRA UN TRANSPORTE PICK UP QUE SALE DESDE LAS 6 AM HASTA 5 PM CADA HORA EN LA MAÑANA Y CADA 1 Y MEDIA HORA EN LA TARDE TRABAJAN 4 CARROS PICK UP EN LA RUTA



4. Cuánto tiempo demora la población para tener acceso a la instalación de salud más cercana? Elaborar el flujograma de llegada. YA PRESENTADO  
VER ANTERIOR
5. Cuál es el costo de movilización para la población  
VER ANTERIOR
6. Cuál es el mecanismo definido para la atención de la población que no cuenta con recursos económicos? Elaborar el flujograma.  


#### **COMPLEJIDAD DE LA RED**

1. La región cuenta con una red integrada e integrales de servicios de salud (RIISS)? Cómo se organiza?  
SI, SE CUENTA CON 1 PUESTO DE SALUD EN CADA CORREGIMIENTO, ASISTIDO POR UN ASISTENTE DE SALUD, LO IDEAL SERIA UN MEDICO Y ENFERMERA, POR LO MENOS 2 O 3 POR SEMANA, ACTUALMENTE 4 ESTAN CERRADOS POR FALTA DE PERSONAL, EN 3 SE ROTA 1 MEDICO Y ENFERMERA POR SEMANA,
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?

El Centro de Salud de Tolé pertenece a la red nacional de salud, clasificado en el primer nivel de atención y segundo de complejidad.

Las instituciones de referencia dependiendo del tipo de problema de salud y de la complejidad que se requiera para resolverlo, son los siguientes: Hospital de San Félix, segundo nivel de atención y cuarto de complejidad, Hospital Regional, y Hospital José D. Obaldía de David {tercer nivel de atención y quinto de complejidad}.

El Centro de Salud de Tolé tiene bajo su responsabilidad una población de 12500 habitantes, más el área Comarcal que suma una población de 42000 habitantes.

#### **❖ NIVEL DE ATENCION**

Primer nivel de atención y segundo grado de complejidad.

Interrelación con el resto de la red de la atención de salud y existe el sistema de referencias y contra referencia.

- El Centro de Salud de Tolé forma parte de la red primaria de salud [primer nivel de atención] del MINSA de la Provincia de Chiriquí y de la República de Panamá.

El hospital rural de San Félix segundo nivel de atención y tercero de complejidad constituye nuestra primera instalación de referencia, se refieren urgencias,

Gineco-obstétricas y de adultos, además de pacientes que requieran hospitalización y vigilancia de patologías específicas no complejas [diarreas, gastroenteritis, celulitis, neumonías no complicadas, glomérulo nefritis en niños etc.

También utilizamos el hospital regional de David [tercer nivel de atención y quinto de complejidad] al cual se refieren pacientes adultos con problemas médico-quirúrgicos [especialidades de medicina interna, cardiología neumología, gastroenterología, hematología, psiquiatría, ortopedia, cirugía general, neurocirugía, cuidado intensivo, nefrología, etc.

- El hospital José D. Obaldía tercer nivel de atención y quinto de complejidad] también forma parte de nuestro sistema de referencia, donde se trasladan pacientes con problemas específicos de ginecología, pediatría y neonatología.

- En nuestra red de atención primaria y en la interrelación con instalaciones de más alto nivel de atención y complejidad, utilizamos el surco [sistema único de referencia y contra-referencia] el cual es llenado por el médico responsable del paciente y en su ausencia, por la enfermera, técnica de enfermería o asistente de salud, dependiendo de la instalación donde se atiende el paciente.

Actualmente en la evaluación de nuestro surco son escasas las contra referencias emitidas por parte de los médicos especialistas de las instalaciones receptoras de las referencias.

3. Cuáles son las características de los establecimientos de salud con relación a sus recursos físicos, humanos y tecnológicos? Cuáles son los horarios de atención?  
RECURSOS FISICOS PARA LOS PUESTOS ADECUADOS,PERO DEFICIT DE RECURSO HUMANO,PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES QUE EXIGE LA SALUD,CON POBRE RECURSO TECNOLÓGICO,FALTA DE COMUNICACIONES,VIA RADIO,TELEFONO,ASI COMO DEFICIENTES VIAS DE ACCESO,QUE COMPROMETEN AUN MAS LA SALUD,NO SE POSEE UN LABORATORIO,AMBULANCIA EQUIPADA,PARA SUPLIR LAS NECESIDADES QUE SE REQUIERAN.,ATENCUON DE 7 AM A 3PM. EN TODAS LAS INSTALACIONES DEL DISTRITO
4. Qué instalaciones tienen horario extendido y en que horario funcionan?  
NINGUNA
5. Cómo esta sectorizada la red de servicios? Cuáles son los criterios aplicados para la sectorización?

**CENTRO DE SALUD, SUBCENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD**

6. Cómo se integran los equipos básicos de cada establecimiento de salud?  
SEGÚN EL RECURSO HUMANO DISPONIBLE EN EL DISTRITO, LO IDEAL UNA ENFERMERA, MEDICO, INSPECTOR DE SANEAMIENTO, PROMOTOR DE LA SALUD, AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA 2 500 HABITANTES Y NO SE MANEJA A SI.

**Ubicación de los Puestos de salud**

PUESTO DE SALUD	ABIERTO	CERRADO	PERSONAL
Sub- Centro de Salud Bella Vista	SÍ	No	1 Técnico enfermería EBS.
Veladero	No	SI	Infraestructura en reparación 0 ASISTENTE
Lajas de Tolé	no	SI	1 ASIST EBS
Guabino	SI	NO	1 asistente cubre, Lajas y Guabino EBS
Quebrada de Piedra	SI	NO	1 Asistente
Potrero de Caña	NO	SI	0 Asistente
El Cristo (Llano Culebra)	NO	SI	0 Asistente
Cerro Viejo	SI	NO	1 Asistente EBS
Justo Fidel Palacios	NO	SI	Inagurado sin asistente

EBS una vez x semana va 1 médico y enfermera desde hace 6 meses

7. Qué profesionales conforma el equipo básico?  
IDEAL UNA ENFERMERA, MEDICO, INSPECTOR DE SANEAMIENTO, PROMOTOR DE LA SALUD, AUXILIAR DE ENFERMERIA
8. Cuál es la población de responsabilidad de los equipos básicos de sector?  
CENSO DE APROXIMADAMENTE 12,500 HABITANTES, CON ATENCION DE MAS DE 40 000 HABITANTES DE LA COMARCA QUE DEMANDAN LA ATENCION POR FALTA DE INSTALACIONES CON PERSONAL IDONEO EN ESAS AREAS, ASI COMO LA CARRETERA INTERAMERICANA QUE NOS HACE VULNERABLES A TODA POBLACION QUE DEMANDE ATENCION DE OTRAS PROVINCIAS, ALEDAÑAS O QUE ESTEN DE PASO POR LA VIA.
9. Cómo caracteriza la cartera de servicios y programas que se ofertan a la población?  
SE DETALLA ABAJO.
10. Presentar la cartera de servicios que ofrece la región para la red fija, por instalación y para la red itinerante? Cuál es el costo de los productos incluidos en la cartera de servicio?

**CARTERA DE SERVICIO DE LA INSTALACIÓN DE SALUD DE TOLÉ**

1. INMUNIZACIONES.

- a. Menores de 1 año.
- b. De 1 a 5 años.
- c. De 6 a 14 años.

2. INHALOTERAPIAS.

3. URGENCIAS GENERALES.

4. ATENCIÓN DE PARTOS DE URGENCIAS.

5. URGENCIAS GINECOLÓGICAS.

6. VISITAS DOMICILIARIAS.

7. GIRAS INTEGRALES

.

1. SALUD DE LA MUJER.

- a. Toma de PAP.
- b. Planificación Familiar.
- c. Control Prenatal.
- d. Puerperio.
- e. Inmunizaciones de la Embarazada.
- f. Inmunizaciones a las Puérperas.

2. SALUD BUCAL (Preventiva)

- a. Diagnóstico Bucal. (Consultas)
- b. Profilaxis. (Limpieza)
- c. Técnicas Preventivas Buco dentales. (Técnica de Cepillado)
- d. Aplicación de Flúor.
- e. Aplicaciones de Sellantes.

10. SALUD DE ADULTOS

- a. Salud de Adultos de 20 a 59 años.
- b. Salud de Adultos de 60 y más.
- c. Control y Seguimiento a Manipuladores de alimentos.
- d. Inspección y Mejoras a Acueductos.
- e. Permisos Sanitarios de Operación a Establecimientos.
- f. Atención de Quejas y Vigilancia a Sitios de Disposición de Residuos Sólidos.
- g. Control y Seguimiento a Operarios de Establecimientos de Interés Sanitario.
- h. Vigilancia Epidemiológica.

11. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA  
a. Consulta de Medicina General.

12. CONSULTA PROFESIONAL Y TÉCNICA  
a. Enfermería  
b. Nutrición

13. SERVICIO BUCO DENTAL (Actividades Curativas)  
a. Exodoncias.  
b. Cirugías Buco Dentales.  
c. Restauradoras.

14. FARMACIA.

15. SALUD DE LA NIÑEZ, EL ESCOLAR Y EL ADOLESCENTE.

16. CRECIMIENTO Y DESARROLLO.  
a. Menores de 1 Año.  
b. De 1 a 4 años.  
c. De 5 a 14 años.  
d. De 15 a 19 años.

17. Estimulación Precoz

Esta atención está potencialmente dada a una población de 13,000 habitantes correspondientes a los Distritos de Tolé, Bella Vista, Cerro Viejo, El Cristo, Justo Fidel Palacios, lajas de Tolé Potrero de Caña, Quebrada de Piedra, Veladero, así como dará servicios a el área comarcal Ngobe Bugle (área Indígena) que oscila en una población de 25000, siendo el total a cubrir de 38000 habitantes.

18. CARTERA DE SERVICIOS DE NUTRICIÓN (Se nombra Lic. Nutrición Enero 2013)

Misma que en Agosto 2013 se pasa a otra área

- ❖ Implementación de los Programas Nutricional PSN focalización en la población menor de 5 años, embarazadas y tercera edad, especialmente en las áreas rurales con población indígena y no indígena y en las áreas urbano marginales en el Centro de Salud de Chiriquí.
- ❖ Garantizar los insumos de hierro, ácido fólico para el registro de las coberturas.
- ❖ Brindar atención a la población infantil, escolar, adolescente y adulta con problemas de Sobrepeso, Obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles relacionados con la alimentación.
- ❖ Determinar las necesidades de hierro y Desparasitantes en las escuelas del Distrito de Tolé.
- ❖ Realizar sesiones educativas para la educación de Salud Nutricional.

11. A qué tarifa se ofrecen los servicios para el usuario asegurado y no asegurado?  
LOS COSTOS SE DAN SEGÚN TABLA DE COSTOS ENVIADO POR LA REGIÓN Y SE HACEN EVALUACIONES ECONÓMICAS A LA POBLACIÓN DE ESCASOS RECURSOS, A LOS ASEGURADOS NO SE COBRA COMPENSACIÓN.
12. Existen y se aplican protocolos de atención? Cuáles y en qué servicio o tipo de instalación se aplican? Cada que tiempo se revisan los protocolo de atención?  
NO SE APLICAN PROTOCOLOS DE ATENCIÓN, EXCEPTUANDO EN CASOS DE URGENCIAS COMO LO SON GINECO-OBSTERICAS.
13. Cómo se articula la red de servicios del MINSA con la de la CSS? Existe consenso firmado?  
NO SE CUENTA CON RED DE SERVICIOS DE C.S.S EN EL ORIENTE CHIRICANO.
14. Cómo se articula la red formal de servicios de salud con la informal?  
BUENA ARTICULACION SOBRE TODO CON CURADORES TRADICIONALES Y PARTERAS.
15. Cómo se articulan la red formal pública y la privada?  
BUENA ARTICULACION DE APOYO Y REFERENCIA DE PACIENTES.
16. El sistema de referencia – contra referencia considera la dinámica de funcionamiento de las instalaciones sanitarias?  
SE REALIZAN REFERENCIAS A INSTALACIONES PERO NO REGRESAN PARA RETROALIMENTACION, EN OCASIONES NI REGRESA EL PACIENTE SOBRE TODO EN LA PRIVADA, LO CUAL INCAPACITA PARA UN SEGUIMIENTO INTEGRAL EN LAS ACCIONES DE SALUD
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?  
UN FLUJO INTEGRAL CON LOS DEPARTAMENTOS DENTRO DE LA INSTALACION,QUE A VECES SE RECITA POR FALTA DE RECURSO A UNA POSTERIOR CITA SOBRE TODO A

ODONTOLOGIA,ASI COMO CITAS CON PROLONGACION DE LAS MISMAS SOBRE TODO AESPECIALIDADES,Y SUB ESPECIALIDAES

18. Cuáles son los mecanismos con qué funciona el sistema de referencia contra referencia entre el segundo y tercer nivel de atención? Es eficiente y efectivo en el sistema? Cuáles son las debilidades del sistema de referencia y contra referencia?  
SE REALIZAN REFERENCIAS A INSTALACIONES PERO NO REGRESAN PARA RETROALIMENTACION, EN OCASIONES NI REGRESA EL PACIENTE SOBRE TODO EN LA PRIVADA, LO CUAL INCAPACITA PARA UN SEGUIMIENTO INTEGRAL EN LAS ACCIONES DE SALUD
19. Se utiliza el SURCO? Conoce la base legal que lo sustenta?  
SI SE UTILIZA SURCO SI SE CONOCE LA BASE LEGAL
20. Cuáles son las principales dificultades que inciden en el funcionamiento efectivo del SURCO?  
FALTA DE SENSIBILIZACION DE LAS PPARTEES ESPECIALISTAS A VERTER INFORMACION QUE SERIA DE UTILIDAD A LA RED ,ASI COMO UNA COMUNICACIÓN TECNICA CON CANALES DE ACCESO ALOS DE ATENCION PRIMARIA Y DE ENTRENAMIENTO A MEDICOS GENERALES QUE EVITARIA LA SOBRECARGA DE PACIENTES A OTRAS ENTIDADES Y ESPECIALIDADES
21. Cuáles son las necesidades de mejoras a la estructura física? Las instalaciones de salud cuentan con adecuaciones específicas para la población con discapacidad?  
MEJORAS EN ESTRUCTURA FISICA, HIGIENICAS,Y TECNOLOGICAS SON NECESARIAS,Y AREAS PARA DISCAPACITADOS EN TODAS LAS INSTALACIONES COMO LO SON BAÑOS HIGIENICOS ADECUADOS,RAMPAS,ETC.
22. Existen en su región los centros reintegra? Se tienen actualizados el censo de población de discapacitados? NO EXISTEN REINTEGRA EN EL DISTRITO, NO SE TIENE CENSO ACTUALIZADO DE DISCAPACITADOS.
23. ¿Cómo se están fortaleciendo los sistemas de referencia y contra referencia de pacientes entre los niveles de atención? Si es así ¿Cómo? A qué modelo de atención responden?  
SE UTILIZA LA HOJA SURCO, SE REALIZA COMUNICACIÓN DIRECTA CUANDO ES POSIBLE A LAS ENTIDADES PERTINENTES.

#### *BOLSONES DE DESPROTEGIDOS*

1. En qué espacios de geográfico-poblaciones se ubican los bolsones de desprotegidos?  
EN LOS CORREGIMIENTOS DE EL CRISTO Y JUSTO FIDEL PALACIOS,POTRERO DE CAÑA QUE SON LOS MAS ALEJADOS,DE LA INSTALACION DE SALUD Y NO TIENEN PERSONAL DE ATENCION.
2. Cuáles son los principales riesgos que los afectan?  
RIESGOS PROPIOS DE LA POBREZA Y POBREZA EXTREMA SIN UNA INSTALACION DE SALUD ACCESIBLE, EN LLANO CULEBRA SE REGISTRAN MAYOR CANTIDAD DE PARTOS EN CASA Y MUCHAS VECES NO RECIBEN VACUNACION BCG,QUE PROTEGE CONTRA TUBERCULOSIS Y VIVEN EN AREAS COLINDANTES A LA COMARCA DONDE ES ZONA ENDEMICA.
3. Cómo están las coberturas de vacunación contra el DPT, Polio, Hexavalente, en los menores de un año, contra el Sarampión en los niños de 1-4 años y contra el Tétanos en las mujeres en edad fértil en esos bolsones desprotegidos?. Cómo están las coberturas de vacunación contra el VPH en niñas adolescentes?  
LAS COBERTURAS ESTAN POR DISTRITO.  
NO HAY ESTADISTICAS DE COBERTURA POR CORREGIMIENTO.

#### *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)?

LOS NOMBRAMIENTOS NO SE DAN DE ACUERDO A LA IDONEIDAD, SINO MAS BIEN POLITICOS, AUNQUE SE CAPACITAN, PERO NO SON IDONEOS Y NO SE LES PUEDE EXIGIR, LOS DESPIDOS SE REALIZAN DE IGUAL FORMA SIN TOMAR EN CUENTA LA CAPACIDAD DE ESTE RECURSO HUMANO

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?

LAS PARTERAS SE CAPACITAN CON SEMINARIOS 2 AL AÑO CON RECURSOS DE LA O.N.G, POR EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, Y TECNICOS INVOLUCRADOS

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?

NO SE TIENE UNA ASIGNACION AL PERSONAL TECNICO DE CAPACITACION, DEBIDO A LA GRAN DEMANDA DE ATENCION, A LOS ASISTENTES DE LOS PUESTOS SE LES REALIZA CAPACITACIONES MENSUALES, AL PERSONAL DE LA INSTALACION UNA CAPACITACION MENSUAL QUE EN OCASIONES NO SE CUMPLE, POR SOBRECARGO DE TRABAJO CURATIVOS Y DE PROCEDIMIENTOS, ALGUNAS DOCENCIAS A DIRECTORES Y FUNCIONARIOS SELECCIONADOS, SEGÚN NECESIDAD Y AREA DE TRABAJO.

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

ACTIVAMENTE, SE TOMAN DECISIONES EN BASE A EL PROGRAMA ORGANIZATIVO ANUAL CON LA PARTICIPACION DE LOS INTEGRANTES DE CADA EQUIPO DEL DISTRITO.

SE TOMAN DECISIONES DE ACUERDO A **TRABAJO A TRAVÉS DE UN PLAN OPERATIVO EN LA INSTALACIÓN**

En el Centro de Salud de Tolé, se trabaja por medio del plan operativo anual [POA], el cual es elaborado previamente en conjunto con todos los departamentos y disciplinas del Centro de Salud, tomando en cuenta las evaluaciones y resultados del año anterior.

El POA se construye en base a la priorización de problemas, en donde se establecen metas y objetivos y sus respectivos indicadores.

En la construcción e identificación de los problemas se toma como referencia los pilares operativos del MINSa, en el cual están incluidos los diferentes programas integrales de salud.

- ❖ Salud integral de la mujer
- ❖ Salud integral del escolar y adolescente
- ❖ Salud integral del adulto
- ❖ Promoción de la salud, participación ciudadana.
- ❖ Violencia intrafamiliar.
- ❖ Transformación de los servicios

El POA se evalúa al final del año programado, en equipo, donde se detallan porcentaje de cumplimiento [indicadores] costo efectividad.



5. ¿Cómo determina el equipo de salud los costos de la atención sanitaria? ¿Cuáles son las actividades con mayor peso en la definición de estos costos?  
SE REALIZA CONJUNTO CON EL POA DE CADA AÑO UN PLAN DE PRESUPUESTO.
6. Las tarifas existentes contemplan los costos reales de los servicios?  
SE ESTABLECEN PERO ESTE FINANCIAMIENTO NO SE DA ENVASE A LO PROGRAMADO Y SINO DE NIVEL CENTRAL POR LO QUE SE HACEN LAS ACTIVIDADES CON AUTOGESTION EN LA MAYORIA DE LAS VECES
7. Los costos estimados se utilizan en el proceso de compensación de costo pactado con la CSS (convenio o acuerdo con la CSS) NO HAY COMPENSACION DE COSTOS POR LA C.S.S.

**RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION**

TIPO DE RECURSO	2000				2010				2014			
	Total	MINSA	CSS	Privado	Total	MINSA	CSS	PRIVADO	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
<b>No. Total De Médicos</b>	2	2	-	-	3	3	-			3	0	1
• Generales	2	2	-	-	3	3	-			3	0	1
• Pediatras	-	-	-	-	-					0	0	0
• Psiquiatras	-				-					-	-	-
• Cirujanos	-				-					-	-	-
• Internistas	-				-					-	-	-
• Familiares	-				-					-	-	-
• Gineco Obstetras	-				-					-	-	-
• Otras especialidades					-					-	-	-
<b>No. Total De Enfermeras</b>	4	4	-	-	3	3				2	0	1
<b>No. De Odontólogos</b>	2	2	-	-	1	1				1	0	0
<b>Razón De Médicos Por 10,000 Habs.</b>	1.7	1.7	-	-	2.4	2.4				2.4	0	-
<b>Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Habs</b>	3.3	3.3	-	-	2.4	2.4				1.6	0	0
<b>Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs</b>	1.7	1.7			0.8	0.8				0.8	-	-
<b>Razón De Parteras (os) Por 10,000 Habs</b>	13	13	-	-	34	34	-					
<b>No. Total De Técnicos De Laboratorio</b>	-				-					-	-	-
<b>No. Total de Técnicos de Enfermería</b>	3	3	-		4	4				4	-	2
<b>No. Total de Asistentes Dentales</b>	1	1	-		1	1				0	-	-
<b>No. Total de Cito tecnólogos</b>	-	-	-		-					-	-	-
<b>N° de Farmacéuticos</b>	1	1	-		1	1				0	-	-
<b>N° de Asistentes de Farmacia</b>	1	1	-		1	1				1	-	-
<b>No. de Educadores para la Salud</b>	-				-					0	-	-
<b>No. De Promotores de Salud</b>	6	6	-		4	4				5	-	-
<b>No. De Asistentes de Salud</b>	6	6	-		4	4				3	0	0
<b>No. de Inspectores de Saneamiento</b>	1	1	-		-					1	-	-
<b>No. de Inspectores antivectoriales</b>	-				-					0	-	-
<b>No. De Veterinarios</b>	-				-					0	-	-
<b>No. de Ingenieros y arquitectos</b>	-				-					0	-	-

**Observación:**

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

**NOTA: TODO EL PERSONAL ACTUAL ES PERMANENTE**

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

Institución	Tipo de Recurso								Laborat.	Nutri.
	Méd. Gen.	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmacet.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.		
<b>MINSA</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>2</b> asistente de Nutricion
<b>Red Fija</b>										
<b>Red Itinerante</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>			
<b>CSS</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>-PRIVADO</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

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

- ¿Cuál es el número de farmacias funcionando? ¿Cuántas son farmacias comunitarias? ¿Quién y Cómo se administran estas últimas?  
2 FARMACIAS EN EL DISTRITO, NO CONTAMOS CON COMUNITARIAS.
- Conocen la existencia de la política de medicamentos del 2009? Conocen sobre la existencia de la Comisión Nacional de Medicamentos de Panamá (CONAMEP)? Conoce sobre el avance en la elaboración de la lista nacional de medicamentos esenciales y especializados?  
SI SE CONOCE LA POLITICA DE MEDICAMENTOS PERO SE TIENE UNA DEFICIENCIA EN VARIOS RUBROS, ESTE DESABASTESIMIENTO REPERCUTE EN MAL CONTROL DE PACIENTES SOBRE TODO CRONICOS DEL DISTRITO
- ¿Existe un listado regional de medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología que considera los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios y el perfil de salud-enfermedad de la población?  
SI EXISTE
- ¿Cuál es el número de renglones de medicamentos, médicos quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología incluidos? ¿Quiénes lo utilizan?  
SE UTILIZAN A NIVEL DE LA DIRECCION DE FARMACIA REGIONAL Y CENTRAL PANAMA.
- 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?  
SE CONOCEN PERO NO TENEMOS ESA TECNOLOGIA EN EL DISTRITO
- Se utilizan los informes gerenciales y transaccionales que generan el LSS/SUMA, para la toma de decisiones gerenciales oportunas? NO
- ¿Existen esquemas de distribución y / o de subvención para facilitar el acceso a los medicamentos, médico quirúrgicos, laboratorios, odontología, imagenología por grupos poblacionales o por patologías, explicar el flujo de la distribución de los insumos de medicamentos y de los otros insumos sanitarios hacia el nivel local? NO APLICA
- Se utilizan los formatos para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios (medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología) en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos? NO APLICA
- Están conformados los comité regionales de fármaco vigilancia y farmacoterapia?  
NO APLICA

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

ALGUNAS P/E TUBERCULOSIS, DIABETICOS, HIPERTENSOS, ENFERMEDADES CONTAGIOSAS (DENGUE, MALARIA, LEISHMANIASIS)

11. ¿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?  
2 FARMACIAS, EN HORARIO VESPERTINO, ATENDIENDO POR UN ASISTENTE DE FARMACIA.
12. ¿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?  
NO SE CUENTA EN EL DISTRITO AREA DE EL CENTRO DE SALUD DE TOLE CON FARMACEUTICO.CUBIERTO POR UNA ASISTENTE DE FARMACIA SOLAMENTE
13. ¿Cuál es número anual de donaciones de sangre?  
NO APLICA
14. Cuántos laboratorios clínicos, de agua, de alimentos están funcionando?
15. Existe un laboratorio de referencia definido. Qué criterios se aplicaron para su selección?  
NO EXISTE
16. 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? NO APLICA
17. Existe un laboratorio de referencia definido para citología?  
SI
18. Cómo se prioriza la adquisición de medicamentos, insumos de odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología? NO APLICA

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

INDICADOR					
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					

<b>odontología</b>					
<b>Gasto total en imagenología por la CSS</b>					
<b>Gasto total en imagenología por MINSA</b>					
<b>Gasto Per cápita en imagenología</b>					

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

**URGENCIAS  
CONSULTA EXTERNA  
HOSPITALIZACION  
REHABILITACION**

### **LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA**

1. Cuál es la mora quirúrgica y hasta cuanto se espera por un cupo en el salón de operaciones en los diferentes servicios quirúrgicos? A nivel hospitalario se han establecido mecanismo de registro y control de la mora quirúrgica? Han sido efectivos? Existe una lista de espera por servicio quirúrgico? NO APLICA
2. En qué servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de usuarios es espera por la atención demandada? NO APLICA
3. Se registra el rechazo de pacientes? Cuál es el porcentaje de pacientes rechazados por día? NO APLICA
4. En qué distritos existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención? NO APLICA
5. Qué mecanismos (redes sociales, presencial, centros de llamadas, otros) se utilizan para otorgar citas de medicina general y especializada? NO APLICA

### **HORARIO DE SERVICIOS**

1. En qué horario se ofrecen los servicios de salud? (Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud)  
7 AM A 3 PM CENTRO Y PUESTOS DE SALUD DE LUNES A VIERNES
2. La población está satisfecha con los horarios actuales?  
NO ESTA SATISFECHA YA QUE URGENCIAS U ATENCION DE CONTROL O MORBILIDAD SOLO EN HORARIOS MATUTINOS DIFICULTA ESTA ACCESIBILIDAD.
3. Se ha realizado alguna propuesta de modificación de horarios, ya sea para la prolongación de las horas de apertura o de los días de funcionamiento de las instalaciones?  
SI SE HA DADO A NIVEL REGIONAL LA NECESIDAD POR SER EL DISTRITO MAS LEJOS Y DIFICIL ACCESO
4. SI ,UNA COMISION SE REUNIO CON EL DR,SANTIAGO DEROUX ALREDEDOR DE 4 MESES , Y EL DIRECTOR DEL DISTRITO DE TOLE PARA EVALUAR LA EXTENSION DE HORARIO DONDE EL DIRECTOR REGIONAL PROPUSO HACER UNA EVALUACION DE ESTA NECESIDAD,Y NO HUBO RESPUESTA A LA PETICION EN ESE PERIODO
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?.  
DEBERIA DE DARSE ATENCION MEDICINA GENERAL ,ENFERMERIA CONTROLES DE SALUD DE MENORES 5 AÑOS,SANEAMIENTO AMBIENTAL,ODONTOLOGIA,ESTIMULACION PRECOZ,CONTROL PRENATAL,PLANIFICACION FAMILIAR,CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS(HTA,DM ,OTRAS),URGENCIAS ADULTOS,PEDIATRICAS,NEBULIZACIONES ,INYECTABLES,YA QUE LA POBLACION LE LIMITA ECONOMICO ,TRANSPORTE,DICHA ATENCION A OTRAS AREAS QUE SI TIENEN LA EXTENSION DE HORARIO.

### **MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE**

En el Centro de Salud de Tolé actualmente funciona un comité: el de garantía de calidad, el cual está formado por dos equipos: que si no pudiese dar respuesta el primero por falta de alguno de los integrantes funcionaría el segundo. Estos comités evalúan bimensualmente lo referente a las recomendaciones y peticiones del buzón de sugerencias, vigilancia del cumplimiento de la cartera de servicios así como su descripción en cada departamento para que los usuarios reciban los servicios ofertados en la misión.

Este comité además deberá de realizar auditorías de expedientes y encuestas de satisfacción de los usuarios, pero que en la práctica es el nivel regional en conjunto con el nivel local los que la realizan.

El comité de garantía de calidad del Centro de Salud de Tolé realiza sus reuniones ocasionalmente [2 al año] debido a la multiplicidad y responsabilidad de los integrantes.

1. ¿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?
2. Se consideran los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario para la toma de decisiones?  
DEBIDO A LA MULTIPLICIDAD DE FUNCIONES Y RECURSO HUMANO INMERSO EN FUNCIONES ADICIONALES NO SE ESTA EVALUANDO ESTOS RESULTADOS ACTUALMENTE.
3. Se realizan las auditorias sociales en su región? Cuáles son los resultados y los mecanismos de intervención? Se comparten estos resultados?  
SI SE REALIZO UNA HACE 8 MESES, DONDE SE ENCONTRO DEFICIT DE MEDICAMENTOS, LARGA ESPERA PARA LA ATENCION A MEDICINA GENERAL SOBRE TODO.
4. Conocen el programa de humanización? Se aplican en algunos de sus hospitales? Cuáles es su nivel de avance? NO APLICA
5. Conoce usted la demanda insatisfecha en su región, por instalación y por tipo de servicio?  
SE DESCONOCE PERO LA DEMANDA TECNICA ES ALTA POR EL AREA PROPIA Y DE LA COMARCA POR LO QUE DIARIAMENTE SE LLENAN LOS CUPOS A MEDICINA GENERAL QUE ATIENDE TODOS LOS PROGRAMAS, CPN, C PLAN FLIAR, ETC QUE SE ESCASEAN LOS CUPOS A TEMPRANAS HORAS DE LA MAÑANA, ODONTOLOGIA SOLO ATIENDE 16 PACIENTES, QUE NO SUPLE LA DEMANDA DEL DISTRITO.

#### **CONTROL DE CALIDAD**

1. ¿Han realizado auditorias de expedientes, auditorias médicas y administrativas. Comentar aspectos de estos estudios y auditorias.  
SE HAN REALIZADO AUDITORIAS DE EXPEDIENTES CADA AÑO PARA EVALUAR LAS ACCIONES EN CUANTO A LAS NORMAS EXISTENTES.
2. ¿Qué programas de calidad se han establecido? ¿Qué impacto han tenido en el funcionamiento regional?

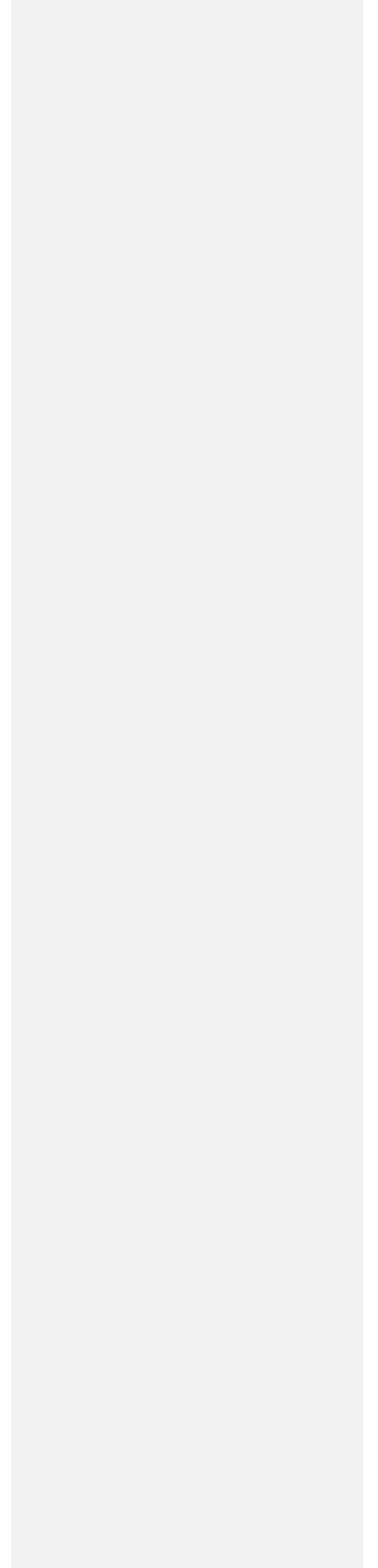
#### **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CALIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE TOLÉ**

**Equipo # 1** Director médico, Jefa de enfermera, Auxiliar de nutrición, Técnica de enfermería, Administrador, Estadística.

- **Equipo # 2** 1 médico general, 1 enfermera, 1 técnico de enfermería, 1 técnico de saneamiento ambiental.

3. Conoce sobre el observatorio de calidad que está en la página web de MINSA, donde se encuentran los indicadores de calidad y cuadro de mando?. Utilizan estos indicadores de calidad y cuadro de mando para la toma de decisiones. NO SE UTILIZAN

Pendientes variables de calidad por proceso. Dr. César Quintero Sánchez.





## FOTOGRAFÍA N°5. RED SOCIAL

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

COMITÉS DE SALUD QUE APOYAN EN LAS NECESIDADES GENERALES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA INSTALACIONES, ASÍ COMO EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE LOS CORREGIMIENTO DE LOS DISTRITOS , LA MAYORÍA CON PERSONERÍA JURIDICA , PERO POCOS ACTIVOS POR FALTA DE MOTIVACIÓN Y MEDIOS PARA PODER DESARROLLARSE. ADEMÁS CON EL APOYO DE AUTORIDADES Y GRUPOS FORMADOS DE LAS COMUNIDADES SIRVEN DE APOYO A LA GESTION DE SALUD.

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

COMITÉ DE SALUD (12) CLUB PADRE DE FAMILIA 1 POR CADA ESCUELA Y COLEGIOS, SON 34 ESCUELAS Y 4 COLEGIOS, GRUPOS EVANGÉLICOS EN COMUNIDADES , ADVENTISTAS, CATÓLICOS, ASOCIACIONES DE PRODUCTORES, PATRONATO DE FERIA DE TOLE (1), COOPERATIVA (1), JUNTAS DE AGUA ALREDEDOR DE 20 EN EL DISTRITO, EQUIPO DE DEPORTES DE NIÑOS DE LA PRIMERA DAMA, EQUIPO SOCIAL DE GENISA, INSTITUCIONES G Y NO G.

3. ¿Qué tipo de apoyo generan estas organizaciones?

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN, CAMPAÑAS DE LIMPIEZA, APOYO ECONOMICO PARA LA GESTION EN SALUD

4. Se ha realizado algún análisis de actores sociales? Cuáles son sus intereses? Qué los hace de mayor o menor relevancia? NO APLICA

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?

CARACTERIZADO POR PARTERAS , CURADORES DE LA SALUD, SE DEDICAN LAS PARTERAS A VISITAS DOMICILIARIAS, A PROMOCIONAR, LA ATENCION INSTITUCIONAL, Y EN CASO DE NECESIDAD LA ATENCION, REFERENCIA, O EVALUACION DE LA LABOR DE PARTO, LOS CURADORES DAR TRATAMIENTO TRADICIONAL A BASE DE LLERVAS, Y MEDICAMENTOS FARMACEUTICOS EN MUCHAS OCASIONES, LA DEMANDA ES DE PACIENTES DE TODOS LOS ESTRATOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES , QUE PORCEDEN DE DIFERENTES PARTES DE PANAMA.

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

EN EL DISTRITO MUCHAS PERSONAS SOLICITAN LOS SERVICIOS FORMALES DE SALUD.

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

FORTALEZA: EQUIPO DISPUESTO A TRABAJAR, A BUSCAR LOS MEDIOS (AUTOGESTION) PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS; DEBILIDADES : COMUNIDAD , GRUPOS DE APOYO, COMITES DE SALUD, Y OTROS , POCO COOPERADORES EN LA SOLUCION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD, FALTA DE SALUD DE TRANSPORTE, PERSONAL SUFICIENTE PARA COORDINAR ESTOS PROBLEMAS PARA UNA SOLUCION ADECUADA.

8. Como se percibe la estrategia de extensión de cobertura, la atención integral a la niñez con una base comunitaria (monitoras) y la atención de la población que pertenece a la Red de Oportunidades y a la población que está en los 120/65.

9. LA POBLACION RECONOCE QUE ES UN SERVICIO PARA SU BIENESTAR Y ACUDEN LA MAYORIA A CUMPLIR LOS COMPROMISOS DE OBLIGATORIEDAD EN CUANTO A SALUD.

10. Como se perciben las resoluciones y decretos que establecen la gratuidad de algunos servicios de salud (Decreto Ejecutivo 329 de 14 de julio de 2009, Decreto Ejecutivo 428 de

15 de diciembre de 2004, Resolución 321 de 18 de agosto de 2005 y Decreto Ejecutivo 546 de 21 de noviembre de 2005). Se aplican estos decretos en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región?

SE APLICAN EN SU TOTALIDAD, Y LA POBLACION DE ESCASOS RECURSOS TAMPOCO REALIZA APORTE DANDOSE POR LA CARACTERISTICA DE LA POBREZA DE NUESTRO DISTRITO POCA COMPENSACION DE LOS GASTOS EN SALUD, SE ATIENDE GRATUITAMENTE A LOS DISCAPACITADOS, RED DE OPORTUNIDAD, Y ALGUNOS DEL PROGRAMA 120 /65, MENORES DE 5 AÑOS Y EMBARAZADAS.

## 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?  
SON PARTE DE LA CONCEPCION MODERNA PERO NO SE DA EL APOYO PRESUPUESTARIO PARA SU DESARROLLO POR LO QUE SE DA MAS ENFOCADO A CURATIVO CON POCO IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACION.
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?  
SE DEBE DE HACER EQUIPOS ENFOCADOS A LA PROMOCION Y PREVENCION ASI COMO MATERIAL DIDACTICO TIPO INFORMATICO,CONSTANTE,PARA EDUCACION GENERAL EN LOS ASPECTOS PREVENTIVOS,CON ACCIONES QUE INVOLUCRE LAS AUTORIDADES ,COMUNIDAD,BUENA ESTRATEGIA SERIA CONFORMAR EN CADA COMUNIDAD QUE SE ENCARGUE DE PROMOCIONAR Y EDUCAR EN PREVENCION ASI COMO APOYO EN SALUD PARA LOS PROGRAMAS DE VACUNACION,CRECIMIENTO Y DESARROLLO,CONTROL PRENATALES,ASI NOS SIRVA DE EXTENSION Y APOYO DE NUESTROS PROGRAMAS EN LAS DIFERENTES COJMNIDADES,TODO ESTO REQUIERE DE PRESUPUESTO PARA SU FUNCIONAMIENTO ADECUADO.
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?  
SE ESTA REALIZANDO LA ATENCION 1 DIA POR SEMANA A 3 CORREGIMIENTOS DISTANTES, POR UN MEDICO ,ENFERMERA Y APOYO DE ASISTENTE DE SALUD DEL AREA, ASI COMO PROYECCION DE GIRAS POR GRUPOS (O.E) A 7 CORREGIMIENTOS DE NUESTRO DISTRITO
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 APLICA
5. Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de primer nivel? NO APLICA
6. Se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel? NO APLICA
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?
8. ¿Se han establecido prioridades de atención en relación con cada una de las etapas del curso de vida: niñez, adolescencia, edad adulta, vejez? SI SE REALIZAN ATENCION DE NIÑOS PRIORIDADES DE 0 A 9 AÑOS, CRONICOS, ADOLESCENTES.
9. Cómo se da la planificación de servicios en el nivel local? Qué participación tienen los diferentes actores sociales? SE PLANIFICA LA ATENCION A GRUPOS DE HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL DISTRITO LOS SEGUNDO MIERCOLES DE CADA MES EN EDUCACION Y CUIDADOS DE SALUD.
10. La organización con base a sectores implica la definición de espacios poblacionales específicos. Se han definido y caracterizado estos espacios en la región? Qué criterios utilizaron en la definición? NO APLICA
11. Cómo deberán asumirse los derechos y deberes de los ciudadanos, de la familia y de la comunidad en torno a su propia salud, en un nuevo modelo de atención? Se conoce la existencia de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003. Cómo se aplica? SI SE CONOCE SOBRE LA LEY DE INFORMACION Y CONCENTIMIENTO INFORMADO.

**PENTAVALENTE 90% POLIO 80% ROTAVIRUS 100% MMR 100% HEPATITIS A 100% BCG ES EN PARTOS HOSPITALARIOS POR LO QUE LAS ESTADISTICAS SON BAJAS DEL TOTAL YA QUE NO SE REGISTRA EN LAS ACTIVIDADES DEL DISTRITO.**

12. Tienen los equipos de salud la competencia técnica suficiente para asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación? Qué aspectos sería necesario fortalecer? Qué estrategias sería necesario desarrollar para incrementar la calidad de los trabajadores del Sistema de Salud? NO APLICA
13. Qué porcentaje de los trabajadores de salud reside en las periferias de la instalación del primer nivel de atención donde labora? ALREDEDOR DEL 90% RESIDE EN EL AREA.
14. Integralidad de las acciones biopsicosocial, se utiliza este enfoque en el momento de la prestación de los servicios de salud y en el análisis de este enfoque? SI SE REALIZA UNA ATENCION INTEGRAL EN SALUD.

#### **ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS**

1. La eficacia y calidad de las acciones deben ser evaluadas periódicamente. Con base a qué criterios? Quién y Cómo se evalúan? NO APLICA
2. Con qué frecuencia se revisa y adecúa a las necesidades de salud de la población la cartera de servicios? NO APLICA
3. En qué instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitario y ambiental? NO APLICA
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? NO APLICA
5. Cómo debe mejorarse la capacidad del sistema de urgencias en su región, incluidos los servicios, la logística y la coordinación intersectorial?  
DEBE MEJORARSE LA INFRAESTRUCTURA, ASI COMO EQUIPAMIENTO DE INSUMO, DE MEDICAMENTOS, TECNOLOGICOS ASI COMO DE LABORATORIOS PARA UN DIAGNOSTICO EFECTIVO Y TRATAMIENTO OPORTUNO.
6. Se utiliza el TRIAGE. Cuales han sido los resultados de su implementación?  
SI SE REALIZA EL TRIAGE SOBRE TODO PARA MEJOR FLUJO DE PACIENTES Y OPTIMIZAR LA ATENCION

#### **AMPLIACION DE COBERTURA**

1. Cómo debe organizarse la red por niveles de atención y complejidad para lograr una mayor cobertura de atención?  
DEBE REFORZARSE EL RECURSO HUMANO (EQUIPOS DE SALUD) EN LA ATENCION PRIMARIA, ASI COMO LA FORMACION DE PROMOTORES DE SALUD 100% EN PROMOCION Y BUSQUEDA DE BOLSONES DESPROTEGIDOS, Y SERVIR COMO PUENTE A LAS INSTANCIAS DE SALUD,ASI COMO TRANSPORTE PARA LOS DIFERENTES DISTRITOS PARA LA VISITA PERIODICA,A LAS INSTALACIONES DE MAYOR RIESGO,GIRAS DE ATENCION ENFOCADAS A VACUNACION .
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?  
DEBERIA SER EN EXTENSION DE LAS HORAS DE APERTURA CUBRIENDO ESTAS TODO LO QUE INVOLUCRA LOS PROGRAMAS.
3. Bajo qué normas deben realizarse las giras médicas integrales y las jornadas de atención primaria ambulatoria? Quiénes deben participar?  
DIRIGIDAS A REFORZAR LOS PROGRAMAS DE VACUNACION,PROGRAMA ESCOLAR,ATENCION ODONTOLOGICA,ATENCION Y PROVISIONES DE MEDICAMENTOS,PREVIO

ANALISIS DE LOS PACIENTES CRONICOS, Y PATOLOGIAS FRECUENTES, ENFOCADAS A PLANIFICACION FAMILIAR, CONTROLES PRENATALES, ATENCION A DISCAPACITADO QUE DE NINGUN OTRO MODO SE PODRIAN ATENDER, TODO COORDINADO CON AUTORIDADES E INFORMACION A LAS COMUNIDADES DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS Y QUE SEAN MAS FRECUENTES Y ORGANIZADAS PARA MEJOR PROVECHO.

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? NO APLICA
5. La estrategia de disminución de oportunidades perdidas es una opción para ampliar coberturas? Cómo y Cuándo se aplican? Quién las aplica? NO APLICA
- 6.Cuál es el mecanismo de coordinación administrativa (informes, archivo de expedientes y otras) establecido por las regiones con las organizaciones extra institucionales? NO APLICA
7. En qué medida se articula la estrategia de extensión de cobertura con las acciones rutinarias de la red fija? NO APLICA
8. Se integran los datos de cobertura provenientes de instalaciones de la CSS y del sector privado? NO APLICA
9. Se cuenta con un sistema de información único? NO APLICA

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

### **ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO**

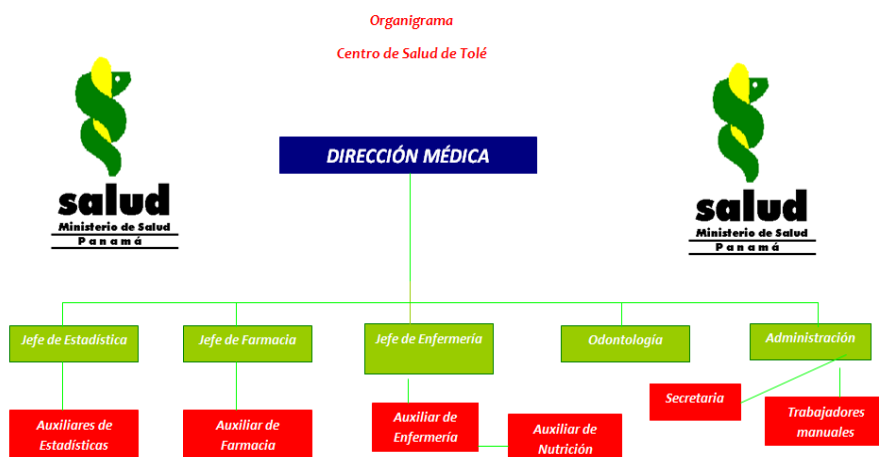
1. En su región de salud como se ejerce el rol de rectoría de la autoridad sanitaria? Se cumplen y vigilan las Funciones Esenciales de Salud Pública, las de regulación, las de conducción y las de armonización de la provisión de los servicios de salud? Cómo lo hace? Quiénes participan? Cuándo se efectúan estas funciones? NO APLICA
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.

#### **MISION**

Satisfacer las necesidades del Distrito de Tolé y el área Comarcal, mediante atenciones de promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad (protección específica, diagnóstico de salud precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación) mediante acciones de participación social, atención al ecosistema y atención a los grupos humanos, según la cartera de servicios siguientes: Medicina General, Atención de Enfermería, Odontología, Nutrición, Farmacia, saneamiento

#### **VISION**

Ser Líderes de Cambio en la Salud un compromiso de todos. La IPS de Tolé ha de constituirse en un establecimiento de Atención primaria que satisfaga las necesidades de salud de la población del Distrito de Tolé y área comarcal garantizando la atención a todas las personas mediante la organización de la comunidad para la promoción, el mejoramiento y el cuidado de su salud, ofreciendo atenciones de buena calidez humana, utilizando eficientes recursos.



SE CONSIDERA QUE EL ORGANIGRAMA ES FUNCIONAL, PERO LOS RECURSOS PARA EJECUCION SIGUEN CENTRALIZADOS LO QUE IMPIDE UN DESARROLLO INADECUADO.

3. En el entendido de que la regionalización permite el enfoque sistémico en la organización sanitaria, es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente? Es decir, crear nuevas regiones o modificar las existentes? Por qué? NO APLICA
4. 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? NO APLICA
5. Cuál es el rol de los patronatos y de los consejos de gestión en la prestación de servicios de salud y cómo se vinculan con las autoridades regionales y nacionales? NO APLICA
6. La estructura orgánica debe guardar relación con los procesos sanitarios. Cuál considera el equipo regional qué debe ser la estructura de la región de salud? NO APLICA
7. Existen manuales de procedimiento administrativo? Cómo se aplican? Quién y cuándo se aplican? EXISTE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS,(NORMAS ADMINISTRATIVAS DE RECURSO HUMANO.SE APLICAN POR EL JEFE INMEDIATO DEL RECURSO HUMANO.Y SE APLICAN POR FALTAS ADMINISTRATIVAS.
8. 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?
9. Cuáles son las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional?

10. ¿Se están introduciendo cambios en el modelo de gestión y en las relaciones entre los actores? ¿Cuáles y cómo? NO APLICA
11. Responden las políticas de salud a las necesidades regionales? Cómo se aplican? NO APLICA
12. La planificación operativa y presupuestaria guarda relación con las políticas, objetivos estratégicos y líneas de acción. Los POA's son registrados en el SIMEPE como herramienta de monitoreo y evaluación de los mismos?. Con qué frecuencia se realiza el monitoreo? Quién y cómo se efectúa? SI SE REGISTRAN SE MONITOREA.
13. 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? NO APLICA
14. Cómo se da la toma de decisiones? Sobre qué criterios se prioriza? NO APLICA
15. ¿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? NO APLICA
16. ¿Existe alguna instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región? NO APLICA.
17. ¿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? SE POSEE SOLO EN LA INSTALACION 1 COMPUTADORA PARA REGISTRO DE GEGES, NO HAY INTERNET, NI EQUIPO DE INFORMATICA EN NINGUNA INSTALACION.
18. ¿Cuáles son los hospitales e instalaciones ambulatorias que dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa? ¿Y para la gestión clínica (por ejemplo, expediente electrónico, LSS-SUMA, para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos, otros)? NINGUNA
19. ¿Cuál es el grado de uso de la información para la gestión clínica, (por ejemplo para incrementar rendimientos de salas y quirófanos, adecuar el tipo de servicio a las patologías más frecuentes ingresadas, reducir exploraciones innecesarias o reducir tiempo de hospitalización). NO APLICA
20. Conoce la existencia de la tele radiología, telemedicina, clínicas virtuales, espirómetro y electrocardiografía digital, hospital virtual, expediente electrónico, son utilizados en su región, que beneficios brindan a la población y cuáles son sus debilidades? SE POSEE EN LA INSTALACION UN EQUIPO DE TELEMEDICINA (ELECTROCARDIOGRAMA DIGITAL, Y ESPIROMETRO, SE CAPACITO 2 MEDICOS Y SE EMPEZARA A REALIZAR ESPIROMETRIAS DURANTE ESTE AÑO, ELECTROCARDIOGRAMA SE ESTAN REALIZANDO EN ESTOS APARATOS.

## **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? NO APLICA
2. La planificación regional es participativa? Quiénes participan? Con qué frecuencia se efectúa este proceso? NO APLICA
3. Existen procesos de planificación conjunta MINSA-CSS? Cómo se facilitan estos procesos? NO APLICA
4. Se efectúa programación local conjunta MINSA-CSS? Esta programación se realiza sobre la base de un programa de trabajo? Cuáles son los elementos de este programa? NO APLICA
5. La población participa del proceso de planificación sanitaria? Cómo participa? Desde qué momentos? NO APLICA
6. Cómo y quiénes efectúan la convocatoria para la participación de la sociedad en el proceso de planificación regional y de programación local? NO APLICA

7. Cómo se evalúan las metas establecidas? Se dispone de indicadores de evaluación de insumos, proceso y resultados? Quién, Con qué, Cuándo, Cómo se efectúa la evaluación?  
NO APLICA
8. Existen los planes estratégicos quinquenales, los planes operativos anuales, están definidas las estrategias y ruta crítica? Se utilizan los análisis de situación y las prioridades para la elaboración de los mismos? Estos planes incluyen a otras entidades del sector?  
NO APLICA
9. Conoce el sistema de información para la administración logística, el ciclo logístico de nuestra cadena de abastecimiento? Cuáles son los avances en la implementación Sistema de Administración Logística (SIAL)? NO APLICA

#### **PRESUPUESTACION POR RESULTADO**

1. Los presupuestos de funcionamiento e inversión se realizan con base en los objetivos definidos durante el proceso de planificación o en base a los resultados?  
EL PRESUPUESTO EN LOS DISTRITOS NO ES AUTONOMO NI PARA COMPRAS NI CONTRATACION DE PERSONAL, DEPENDEMOS DEL PRESUPUESTO REGIONAL PARA LAS NECESIDADES DE LOGISTICA Y RECURSO HUMANO IDONEO.
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? NO APLICA
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? NO APLICA
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? NO APLICA
5. ¿Se están introduciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de atención de salud? Si es así, ¿cuáles y cómo? NO APLICA

#### **INCENTIVOS**

1. ¿Se han propuestos incentivos al desempeño del personal sanitario de los establecimientos públicos de salud? Consideran que la evaluación para obtener el bono responde a criterios de evaluación del desempeño para todos los profesionales de salud?  
SE HA DADO LOS BONOS HA CADA FUNCIONARIO DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS, ASI COMO AL AJUSTE SALARIAL POR ANTIGÜEDAD.
2. ¿Cuáles han sido introducidos?  
BONOS GENERALES.
3. ¿Para qué categorías de personal?  
BONOS A PERSONAL TECNICO Y ADMINISTRATIVOS PERMANENTES.
4. Se aplican incentivos con base a la productividad o sólo en función de la antigüedad del personal de salud?  
NO POR EL MOMENTO
5. Se considera que un sistema de incentivos impactará sobre la relación costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud? SI PODRIA IMPACTAR POSITIVAMENTE Y SE DA EN BASE A PRODUCCION.

#### **SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO**

1. ¿Cómo se determinan las especificaciones de los elementos o servicios? ¿Quién las determina? NO APLICA
2. Hay un sistema de inventario? Descríbalo Qué estándares se han definido y si se actualizan? Quién y Cómo se definieron? NO APLICA
3. Cómo se da el proceso de compras, en términos de la competencia? Cuáles son sus limitaciones? Cómo puede mejorarse? Conoce el proceso de compras conjuntas, compras a través de los organismos internacionales? NO APLICA



4. Cómo se evalúan los proveedores y qué mecanismos se aplican para el rechazo de los mismos? Conoce la existencia de las comisiones evaluadoras para cada uno de los 5 grupos de suministros sanitarios? NO APLICA
5. Cómo se establecen los acuerdos de pago a proveedores, para cada una de las fuentes de financiamiento (presupuesto regular, autogestión y otras)? NO APLICA
6. 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? Conoce la información de los insumos vencidos que brinda en el LSS/SUMA. NO APLICA
7. Cómo se articula el sistema de abastecimiento y suministro entre el nivel nacional y regional y entre este último y las instalaciones locales? Cuáles son sus limitantes? NO APLICA
8. Cómo se coordina el abastecimiento y suministro entre la CSS y el MINSA? Qué problemas se destacan? Cómo pueden establecerse mejores acuerdos? NO APLICA
9. 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? NO APLICA
10. Como se realiza la estimación de necesidades de insumos sanitarios? NO APLICA
11. Como se registra la información de consumo? NO APLICA
12. Conoce las modalidades de compra? NO APLICA
13. Conoce el manual de buenas prácticas de almacenamiento, avances en su implementación? NO APLICA
14. Han presentado perfiles de proyectos para mejorar su almacén regional de insumos sanitarios? NO APLICA

#### **SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD**

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

##### **DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN UTILIZADO EN LA MINSA**

Sistema de información utilizada en los centros de salud del MINSA Panamá.

En cada Centro de Salud un funcionario auxiliar de remes capta la información generada diariamente, la cual se recoge semanalmente a nivel distrital.

En la oficina regional de remes analiza la información mensualmente, con los coordinadores regionales de programas integrales de salud. Luego esta información es enviada al nivel nacional para manejo, análisis y toma de decisiones respectivamente.

2. La información disponible ¿se utiliza en forma efectiva para la toma de decisiones regionales y locales? SI SE TOMA EN CUENTA PARTE DE LA INFORMACION .
3. Cómo se evalúa la calidad de la información? Quiénes y cuándo se evalúa? Se aplica la auditoria informática? NO APLICA
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? NO APLICA
5. Se han definido los usos y contenidos de información? Quién los define? NO APLICA
6. Con qué mecanismo establecen los usuarios sus necesidades de información? NO APLICA
7. El sistema de información gerencial contempla centro de producción claramente establecidos, que responden a las necesidades y complejidad de la instalación de salud? NO APLICA
8. Contamos con sistemas de información paralelos o un sistema de información único? NO APLICA

**CATASTRO**

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA

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

**Comentario [jc1]:** Actualizar este cuadro. Consultar en Provisión de Servicio.

Nombre de la Instalación	Institución/No. De camas			
	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
<b>No. Total de camas</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>2</b>
•				
•				
•				
•				
•				
•				
•				
<b>No. de servicios de imagenología</b>	-	-	-	-
• <b>No. De Ultrasonidos</b>	-	-	-	1
• <b>No. De Rayos X</b>	-	-	-	-
• <b>No. De Panorex</b>	-	-	-	-
• <b>No. De Periapical</b>	-	-	-	-
• <b>No. De CAT</b>	-	-	-	-
• <b>No. De Mamógrafos</b>	-	-	-	-
• <b>No. De Equipos de resonancias magnéticas</b>	-	-	-	-
<b>No. de Laboratorios Clínicos</b>	-	-	-	-
<b>--No. de Bancos de Sangre</b>	-	-	-	-
<b>No. de Farmacias</b>	3	1	-	2
<b>No. de Sillones Dentales Completos</b>	1	1	1-	-
<b>Incompletos</b>				

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

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

1. Cuáles son los mecanismos establecidos para el reporte de los estudios imágenes realizados?  
NO APLICA
2. Qué mecanismos se utiliza para la entrega efectiva de los resultados a los pacientes? Qué porcentaje de estudios realizados no son retirados? NO APLICA

3. ¿Cuál es el porcentaje del presupuesto de operación destinado a mantenimiento y reparación?  
NO APLICA
4. ¿Cuál es el porcentaje del personal de mantenimiento cuya formación es meramente empírica.  
NO APLICA
5. ¿Cuáles son los montos del presupuesto destinados a la adquisición de nuevos equipos  
NO APLICA
6. Con base a qué criterios se prioriza la adquisición de equipos y de nuevas tecnologías?  
NO APLICA

## **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? NO APLICA
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? NO APLICA
3. ¿Qué aspectos de la atención sanitaria determinan sus costos? ¿Cómo influyen la tecnología de punta, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales, en la complejidad de los servicios de salud y duplicidad de los servicios? NO APLICA
4. Las tarifas establecidas responden a los costos reales? Sobre qué bases se estiman? Cómo deben ajustarse? NO APLICA
5. Cómo afecta la duplicidad de servicios la compensación de costo? NO APLICA

### **FUENTES DE FINANCIACION**

#### **. FUENTE DE FINANCIAMIENTO, TIPO DE PRESUPUESTO, MÉTODO DE COMPRA, SISTEMA DE CONTROL, SISTEMA DE COSTEO QUE SE UTILIZA**

Las fuentes de financiamiento son el fondo de trabajo y fondo de administración, que se manejan a nivel de la Regional de Chiriquí.

El presupuesto que se utiliza es de gasto por gasto operativo y el presupuesto de inversión; los métodos de compra se manejan contra partida, los sistemas de control son por auditoría fiscal, último sistema desarrollado es por el SIAFP que es el sistema para contratación de gestión administrativa y por último los sistemas de costeo utilizados son el de compensación con la CSS y el de costo 20 donde los costos de cada servicio ofertado son valorados{Consulta Externa, actividades, procedimientos ,etc.]

Al finalizar el año de Gestión se realiza una reunión de Evaluación Final de Metas donde participa el Equipo Local de Salud responsable del cumplimiento de las mismas.

Se analizan aquellos Indicadores deficientes obtenidos (<50%); en los diferentes **Servicios o Programas**; se determinan **Nudos Críticos** y Posibles Alternativas y **Estrategias** para mejorar el resultado tomando en cuenta siempre el Recurso Humano Técnico Administrativo, otros recursos (transporte, combustible, materiales, etc.) disponibles

1. Qué porcentaje de la atención sanitaria se financia a través del presupuesto público? NO APLICAN
2. Cuáles son los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios? AO APLICAN

3. Cuáles son los aportes de la autogestión de los Patronatos y Consejos de Gestión en la financiación de los servicios hospitalarios que gestionan? NO APLICAN
4. El Co - Pago de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios. 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? NO APLICA
- 5.Cuál ha sido el impacto de las resoluciones y decretos de gratuidad en su presupuesto? NO APLICA
6. Dentro de su región de salud, a qué población debe subsidiar el Presupuesto del Estado? El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria? NO APLICA
7. Las donaciones constituyen una importante fuente financiera o generan en ocasiones mayores dificultades para la organización del sistema? Qué normas deberían regularlas?
8. Cuáles han sido los aportes técnicos-financieros de los organismos internacionales, empresas privadas u otros? NO APLICA
9. Las tarifas actuales del sistema facilitan la sobre utilización de los servicios de salud y limitan la eficiencia del sistema? NO APLICA
10. ¿Existe información confiable y oportuna sobre gasto público en salud, privado y de bolsillo? ¿Cuál? ¿Quién la elabora y cómo?NO APLICA
11. Existen recursos para la adquisición, contratación y mejoras de las tecnologías de punta (ancho de banda, servidores, contratación de servicios de internet). NO APLICA

#### **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)? NO APLICA
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? NO APLICA
3. De los proyectos de inversión del año 2014 y los proyectados para el 2015, qué porcentaje apunta hacia los objetivos de mejorar cualitativa y cuantitativamente la red de servicios a fin de lograr una red integrada e integral de servicios de salud (RIISS). Cuáles fortalecen la estrategia de atención primaria de salud renovada. NO APLICA
4. Cuentan ustedes con un Plan Quinquenal de Inversiones actualizado?. Consideran que el mismo debe ser revisado y adecuado a las prioridades de sus necesidades y demandas regionales. NO APLICA

## ANEXOS FOTOS

REUNION CON AUTORIDADES,  
COMITES DE SALUD, Y OTRAS  
ORGANIZACIONES,  
CURANDEROS, PARTERAS DIA 6  
DE FEBRERO 2015 C.S.TOLE.





Salud  
Ministerio del Poder Popular  
para el Proceso Comunal

LISTADO DE ASISTENCIA  
PARTICIPANTES A REUNION DE TRABAJO  
CENTRO DE SALUD DE TOLE

Fecha: 06 de Febrero de 2015.

Nombre	Cédula	Telefono	Entidad en la que labora	Firma
1. Yajaira Del Carmen Arjona	4-204-203	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
2. Gabriela Rodríguez	4-204-204	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
3. Gabriela Rodríguez	4-204-204	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
4. Mila Marina Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
5. Ana María Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
6. P. Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
7. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
8. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
9. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
10. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
11. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
12. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
13. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
14. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
15. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
16. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
17. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
18. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
19. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]
20. Gabriela Rodríguez	4-194-437	6679-6520	Municipio de Tole	[Firma]

REUNION PARA LISTADO  
DE PROBLEMAS Y  
ESTRATEGIAS  
REALIZADO 5/3/2015

