

REGION DE SALUD DE CHIRIQUI

Fotografía N° 1. Caracterización del Contexto

Los principales problemas políticos y sociales de la región que influyen en la situación de salud y su desempeño en la región son:

1. Desempleo y pobreza: Chiriquí ocupa la sexta posición en el orden de pobreza. La población tiene un 60% de probabilidades de ser pobre¹. Esta cifra es mayor en algunos distritos si se considera por separado. Según el censo de 1990, la tasa de desempleo era de 46.2.
2. Política Partidista y politización de la gestión: Influye en las acciones y decisiones en todos los niveles, desde la organización comunitaria, la asignación de partidas del gobierno local para obras y proyectos de interés social y sanitario hasta en la ejecución de proyectos inconsultos y sin planificación previa (como la construcción de nuevas instalaciones de salud, entre otras).
3. Analfabetismo y baja escolaridad: Con una población analfabeta de 15.9% (censo 1990). Deserción escolar.
4. Diversidad cultural: En la región conviven población latina (mestizos) e indígena (Ngöbe Buglé principalmente y una representación de las culturas Emberá, Kuna y Teribe). Existe una representación no menos importante de inmigrantes de origen europeo, del Medio Oriente y Asia, dedicados en su mayoría a las actividades comerciales y agrícolas. También existe una población de raíces afro - antillana radicada en el Distrito de Alanje principalmente.
5. Centralización de las decisiones político – administrativas.
6. Recortes presupuestarios y un porcentaje significativamente mayor destinado a los gastos de funcionamiento en comparación con el presupuesto de inversión.
7. Duplicidad de funciones en el sistema sanitario CSS - MINSA
8. Insuficiente participación de la población en la gestión sanitaria. No hay empoderamiento por parte de la comunidad de la responsabilidad de participar en las actividades que generen niveles óptimos de salud.

¹ Ministerio de Economía y Finanzas. 1999.

Mecanismos de Conducción Política Social a Nivel Regional y Grado de Coordinación entre Instituciones para Garantizar la Ejecución de esa Política.

En la región existe el Consejo Técnico Provincial que, en teoría, coordina las acciones de todas las instituciones estatales con funciones en la provincia. En esas reuniones los Directores de Instituciones Gubernamentales ofrecen un informe periódico de su gestión e informan sobre sus actividades y proyectos para lograr el apoyo de las otras direcciones con algún grado de coordinación interinstitucional. El MINSA en la región tiene relaciones con otros ministerios como el de Educación, Ministerio de la Familia, la Mujer, la Juventud y la Niñez, el MIDA, entre otros, relacionados con la ejecución de programas y proyectos específicos. En los proyectos de interés social y sanitario se recibe el apoyo de instituciones como el FIS, ANAM, el Despacho de la Primera Dama y el gobierno local, a través de las partidas circuitales y locales y en la ejecución de acciones conjuntas de interés comunitario.

El MINSA asume su compromiso con las políticas sociales del estado mediante el cumplimiento de las políticas y metas institucionales, derivadas de las primeras y del análisis de la situación de salud.

Incorporación de la Política de Salud a los Programas Sociales de la Región

La política de salud se incorpora a los programas sociales regionales (Nutricionales: Nutre Hogar, Las Granjas Auto - sostenibles, entre otras; los que adelanta el Despacho de la Primera Dama; los proyectos de Cooperación Externa y los de Desarrollo Municipal) a través del cumplimiento de las estrategias y metas del plan regional de salud, que se fundamenta en el análisis de los problemas regionales (poblacionales, ambientales, del contexto sociocultural, político y económico), en las políticas institucionales del MINSA y en la política social del estado.

Proyecciones y tendencias del contexto político – económico y su relación con la gestión sanitaria y con los perfiles de salud – enfermedad de la población tanto en el ámbito regional como por distrito.

En el contexto político existe un marcado interés por el cumplimiento de las políticas derivadas de la Agenda Social. Para tal efecto se elaboran perfiles de proyectos que priorizan acciones dirigidas a fortalecer la gestión sanitaria, principalmente de las áreas más postergadas de la región, contenida en los planes regionales (estratégico y operativo). Se hace énfasis en el apoyo económico necesario para lograr el fortalecimiento de la red primaria de atención en la región. Instituciones como el FIS, coordinan con salud la ejecución de proyectos de inversión en el sector de acuerdo con los lineamientos regionales.

Sin embargo, existen propuestas para la ejecución de proyectos de interés social y sanitario que aun no han recibido respuesta del nivel nacional (ejm.: nutrición).

Impacto de los cambios climáticos en el desarrollo económico y social de la población. Áreas productivas más afectadas y áreas geográfico – poblacionales en las que han impactado con mayor fuerza.

El impacto de los cambios climáticos por una parte es positivo debido a que hay áreas en las que muy poco llueve y otras áreas donde la precipitación es mayor y tanto la actividad agrícola como pecuaria se ven beneficiadas. Sin embargo, en otras, el exceso de lluvias provoca pérdidas en los cultivos y se asocian con inundaciones, con la consecuente pérdida en la producción.

En el área de oriente, el problema mayor ocurre en la estación seca, debido a que escasea el agua, las fuentes naturales se secan y los cultivos no se desarrollan, provocando un déficit alimentario crónico en la población del oriente chiricano.

Dentro de las áreas productivas más afectadas se encuentran:

Distrito de Barú: en el Corregimiento de Progreso, en la estación seca, la sequía es muy fuerte y en la estación lluviosa surge el problema de las inundaciones sobre todo en las Comunidades de los Olivos, los Tecaes, la Esperanza y otras. También se ven fuertemente afectados los distritos de Boquete y Bugaba, principalmente en las tierras altas.

En Volcán y Cerro Punta, ocurren fuertes precipitaciones, lo que trae como consecuencia deslizamiento de tierra, erosión de suelos y pérdidas en los cultivos, además de la inhabilitación de los caminos de producción.

Legislación y Participación Social en la Gestión Sanitaria. Cambios Necesarios

La legislación permite a las comunidades participar en las acciones de salud y en el manejo de proyectos que benefician al colectivo.

Los cambios que serían necesarios implementar no serían precisamente en la ley, sino en la aplicación de la misma, ya que se requiere definir los espacios de participación que se le deben de dar a la comunidad, con compromisos específicos y relaciones concretas.

Fotografía N° 2. Caracterización de la Demanda

SITUACIÓN DE SALUD			
Indicadores Demográficos	1980	1990	1997
Densidad de Población (habitantes por Km ²)	33.2	42.8	48.3
Urbana	**	**	**
Rural	**	**	**
Tasa de Crecimiento Natural	23.4	20.2	18.8
Razón de Dependencia	7.5	10.9	**
Tasa Bruta de Natalidad	20.7	25.6	22.4
Tasa Global de Fecundidad	4.18	2.48	2.68
Tasa General de Fecundidad	123.2	75.6	88.4
Tasa de Mortalidad	4.1	3.1	3.8
Tasa de Mortalidad en Menores de un año	26.0	17.6	20.0
Tasa de Mortalidad Materna	0.5	0.9	0.2
Esperanza de Vida al Nacer (total)	67.7	70.6	72.9
Mujeres	71.2	73.3	75.2
Hombres	67.4	69.0	71.0
% de Población Inmigrante		5.14	
% de Población Emigrante		17.6	
Estructura de la Población por Grupo de Edad (en años)***			
Total	310,755	380,820	418,109
< 1 año	8,830	10,043	9,333
1-4	37,307	40,024	38,339
5-9	46,966	48,391	48,415
10-14	42,639	45,351	46,390
15-19	35,642	42,111	41,801
20-59	121,704	167,983	201,178
60 y más	17,667	26,917	32,653
Porcentaje de Población Urbana	31.4	33.9	33.1
Porcentaje de Población Rural	68.6	66.1	66.9

** Datos no disponibles

*** Estimados de Población del MINSA

Pirámide Poblacional por Distrito, Según Sexo y Edad
Región de Chiriquí, Año 2000

Conclusiones que surgen como producto del análisis de los indicadores demográficos en relación con la salud-enfermedad de la población de su área de influencia.

- La estructura por grupos de edad presenta rasgos propios de población en proceso de envejecimiento, producto de una disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer.
- Existe una disminución en las tasas de mortalidad materna y de los menores de un año.
- Aumento progresivo del porcentaje de población urbana.
- Flujo migratorio negativo (mayor número de personas abandonaron la provincia respecto al número de inmigrantes)
- Lo anterior implica un cambio progresivo en el perfil epidemiológico, con el aumento en la demanda de enfermedades crónicas y degenerativas.
- Se reflejan mejores condiciones de salud en la población (acceso, cobertura y ofertas de servicios). Sin embargo la situación no es homogénea en toda la región, y adquiere rasgos dramáticos en otros distritos, como Renacimiento, San Félix y Remedios.
- El fenómeno de urbanización agrega factores de riesgo propios de las zonas urbanas a la población rural que emigra hacia las ciudades o cabeceras de distrito (violencia, adicción, cambios en los hábitos nutricionales, promiscuidad sexual, entre otras).

Efecto la transición demográfica en las condiciones de salud de la población.

La transición demográfica es el resultado de la transición de la mortalidad, de la fecundidad, de otras variables demográficas y socioeconómicas, éstos provocan cambios en la estructura de la población, que se caracteriza por el incremento relativo de los grupos de más edad.

SITUACIÓN DE SALUD			
B. ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES	1980	1990	1997
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA	74,260	127,064	**
TASA DE ACTIVIDAD	40.0	46.2	
Mujeres	60.7	68.3	
Hombres	18.1	23.1	
TASA DE DESEMPLEO	69.8	46.2	
TASA DE EMPLEO INFORMAL	-	-	
PORCENTAJE DE POBLACIÓN ASEGURADA	33.6		
Asegurados Activos	35.6		
Pensionados	1.7		
Jubilados	-		
Beneficiarios	66.8		
PORCENTAJE DE ANALFABETISMO	19.1	15.5	**
ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN			

Primaria Completa	21,210	61,089	
Secundaria Completa	7,647	25,575	
Universidad Completa	2,875	7,526	
Déficit Habitacional			
% de la Población con disposición de agua potable	63.8	68.7	74.5
Urbano	109.7	79.9	97.5
Rural	58.5	60.4	61.1
% de la población con disposición adecuada de residuos sólidos	31.8	35.7	42.7
Urbano	57.5	69.8	83.9
Rural	12.9	10.7	18.8
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales y servidas			
Urbana	82	90	96
Rural	69	75	81
% de instalaciones con disposición adecuada de desechos peligrosos	0	0	0

**¿Qué es datos nos disponibles o que?

Distrito	Prevalencia de Pobreza		
	POBLACION TOTAL	PROBABILIDAD DE SER POBRE (%)	POBLACION POBRE
Alanje	15,157	63	9,549
Barú	60,027	56	33,615
Boquerón	12,084	63	7,613
Boquete	14,853	53	7,872
Bugaba	67,422	57	38,430
David	122,057	40	48,823
Dolega	16,905	54	9,129
Gualaca	8,312	73	6,068
Remedios*	3,553	89	3,162
Renacimiento	18,255	73	13,326
San Félix*	5,309	86	4,566
San Lorenzo*	6,373	90	5,736
Tolé*	11,474	93	10,671
Total	361,781		198,560

(1) Cifras Preliminares del Censo del 2000-05-31

* La prevalencia de ser pobre incluye población indígena

% de la Población (1990)	TIPO DE ETNIAS		
	Ngöbe	Teribe	Kuna
Total	16.5	0.06	0.06
0-14	21.5	0.05	0.04
15-54	14.2	0.06	0.06
55 y más	8.9	0.02	0.06
Lenguaje y dialectos	Nobere	Nazo	Dule

TENDENCIAS ESPERADAS EN LOS PRÓXIMOS AÑOS, EN LOS INDICADORES DE EDUCACIÓN, VIVIENDA, SANEAMIENTO Y DESEMPLEO

Aunque la pobreza y el desempleo no están correlacionadas al considerar a la nación en su conjunto, la probabilidad de que los pobres no tengan empleo es mucho más alta que el caso de los no pobres.

El desempleo es mayoritariamente un fenómeno urbano, ya que las tasas de desempleo urbano casi doblan las cifras de áreas rurales e indígenas, probablemente porque los pobres rurales son demasiado pobres para poder estar desempleados.

La pobreza y el bajo nivel de instrucción están estrechamente vinculados. Las tasas de analfabetismos son mayores en la población indígena. Los niños pobres y sobre todo los de extrema pobreza, son los que menos asisten a la educación pre-primaria.

Según un informe preparado por el MIVI en junio de 1990, la provincia de Chiriquí estuvo en segundo lugar en cuanto a las tomas de tierra.

Las áreas pobres urbanas tienen una mayor densidad de población y un mayor índice de hacinamiento. Este fenómeno es más notorio en la población indígena.

La mayor parte de los hogares chiricanos tienen acceso al servicio de agua, con excepción de la población indígena.

PRINCIPALES RIESGOS A LA SALUD Y LOS DISTRITOS EN LOS QUE SE DEBE PRIORIZAR LAS INTERVENCIONES.

Entre los principales riesgos a la salud podemos mencionar:

- Baja cobertura de letración
- Baja cobertura de agua potable en las viviendas
- Uso de plaguicidas
- Disposición inadecuada de los desechos sólidos comunes y peligrosos.
- Desempleo – Pobreza
- Estilos de Vida No Saludables
- Deterioro de la infraestructura Sanitaria
- Insuficiente organización social

Los distritos en que deben ser priorizadas las intervenciones son:

- Los distritos del Oriente Chiricano: San Lorenzo, San Félix, Remedios y Tolé
- Barú, Bugaba, Boquete y Renacimiento en cuanto a plaguicidas.
- Renacimiento, Barú, Tolé y Gualaca en cuanto a infraestructura sanitaria.
- Gualaca, Dolega, David y Alanje en cuanto a participación social.

Principales Productos Agrícolas Y Alimentos Procesados En La Región

Producto (1996/97)	República	Provincia	Participación Porcentual
Arroz Superficie sembrada en hectáreas Cosecha (quintales en cáscara)	101,320 5,082,900	23,810 1,928,700	23.5 37.9
Maíz Superficie sembrada en hectáreas Cosecha (quintales en grano seco)	81,150 2,318,800	17,420 389,700	21.5 16.8
Frijol de Bejuco Superficie sembrada en hectáreas Cosecha (quintales en grano seco)	13,240 110,600	5,640 55,600	42.6 50.3
Café Número de árboles (en miles) Cosecha (quintales pilados)	44,492 218,100	26,669 164,000	59.9 75.2
Caña de Azúcar Superficie sembrada en hectáreas Cosecha (toneladas cortas)	35,350 1,912,920	5,350 318,210	15.1 16.6

Porcentaje De Tierras Dedicadas A La Agricultura Y Ganadería Extensiva E Intensiva

AÑO	INTENSIVA	EXTENSIVA
1970	10.6	6.2
1980	12.7	7.9
1990	12.5	8.6

Proyectos De Reforestación Con Respaldo Privado *

<i>Distrito</i>	<i>Porcentaje de Hectárea Reforestada</i>
Alanje	0.70
Barú	3.12
Bugaba	6.54
Boquerón	0.27
Boquete	1.85
Gualaca	3.45
David	17.24
Dolega	4.49
Renacimiento	1.63
Remedios	0.58
San Félix	2.37
San Lorenzo	56.13
Tolé	1.63

*No hay proyectos de reforestación con respaldo gubernamental. ANAM

Comunidades En Riesgo De Ser Afectadas Por Desastres Naturales. Según Organismo (Cruz Roja Y Sinaproct)

DESASTRE	CRUZ ROJA	SINAPROCT
Deslizamientos		Tierras Altas (Todo lo que comprende la Cordillera)
Hundimientos		La parte de las costas: la cuenca baja del Río Chiriquí Viejo, Alanje, Pedregal (Boquerón), también son afectadas por los vientos fuertes.
Avalanchas		Paso Canoa, Puerto Armuelles, David y los ríos Gariche, Caldera, Platanal, Chiriquí Viejo
Movimientos sísmicos	Puerto Armuelles el más vulnerable	Paso Canoa y Barú
Inundaciones	8.5% a 9.0% David: Villa la Paz y Arco Iris (2,000 personas) Pantanal (600 personas) Boquete: Bajo Boquete: (4,500 personas) Bugaba: Nva. California, Volcán (1,200 personas) Boquerón: Pedregalito, Río Piedra (6,000) Alanje: Divalá, Zona Bananera (6,000 personas) Barú: Baco, La Esperanza, Olivos, Progreso – Cuervito (6,000 a 7,000 personas)	100% Todas las áreas están en riesgos pero una más que otras
Incendio	Parque Volcán Barú (Forestal)	

PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE LA REGIÓN Y PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE SE DEDICA A ELLAS

Actividades	Población ⁽¹⁾	Porcentaje
Agropecuaria	*	*
Industria manufacturera	3,409	2.7
Comercio al por mayor	1,640	1.3
Comercio al por menor	9,418	7.4
Hoteles y restaurantes	2,523	2.0
Transporte, almacenamiento y comunicación	770	0.6
Intermediación financiera	297	0.2
Otras actividades	3,015	2.4

* No disponible
1/ Censo 1990

SITUACION DE SALUD						
Principales Causas de Mortalidad	1980		1990		1997	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
Mortalidad General	1,281	4.1	1,185	3.1	1,285	3.1
Acc. Suicidios, Homicidios y Otras	172	0.5	161	0.4	204	0.5
Tumores Malignos	117	0.4	166	0.4	138	0.3
Ciertas afecciones en < de 1 año	84	0.3	72	0.2	76	0.2
Enfermedades Cerebrovasculares	80	0.2	111	0.3	129	0.3
Otras enfermedades isquémicas	78	0.2	117	0.3	105	0.2
Mortalidad en menores de un año	193	22.6	157	17.6	189	20.0
Ciertas afecciones en <1 año	84	9.8	74	8.3	71	7.5
Neumonía	22	2.6	10	1.1	39	4.1
Inf. Intestinales mal definidas	19	2.2	3	0.3	13	1.4
Anomalías congénitas	19	2.2	42	4.7	43	4.6
Tos ferina	15	1.7	*	*	1	0.1
Mortalidad Materna	4	0.5	5	0.6	2	0.2
Complicaciones del puerperio	*	*	2	0.2	*	*
Otras causas obstétricas directas	*	*	2	0.2	*	*
Toxemia del embarazo	*	*	1	0.1	*	*
Causas obstétricas directas	*	*	*	*	2	0.2

	Porcentaje		
% del sub registro de la mortalidad general	-	-	-
% del sub registro de la mortalidad infantil	-	-	-
% de defunciones por síntomas y causas mal definidas	9.8	5.7	1.5
% de muertes por enfermedades infecciosas agrupadas	13.9	7.2	6.1
% de muertes por tumores	9.1	14.0	10.7
% de muertes por causas externas	13.4	13.6	15.9
% de muertes por causas cerebro y cardio vasculares	18.2	25.1	23.3
% de carnetización de Manipuladores de Alimentos	96.4% en 1999 ⁽¹⁾		
% de carnetización en higiene Social	-		

Principales Causas de Egresos Hospitalarios	1980	1990	1997
Hospital José D. De Obaldía	Bronconeumonía	Bronconeumonía N. E.	Diarrea y Gastroenteritis
	Embarazo terminado en aborto	Diarrea y Gastroenteritis	Bronconeumonía N. E.
	Diarrea y Gastroenteritis	Embarazo Terminado en Aborto	Embarazo terminado en aborto
	Otras afecciones del feto y R.N.	Bronquitis y Bronquiolitis	Bronquitis Aguda
	IRA	Ictericia Perinatal	Deficiencias de la Nutrición

SITUACION DE SALUD			
Tasa de las principales Enfermedades Inmunoprevenibles	1980	1990	1997
Tos ferina por 100,000 hab	99.4	0.2	1.9
Tétano RN por 1000 NV	2.1	0.8	0
Sarampión por 100,000 hab	329.3	28.7	0
TBC pulmonar por 100,000 hab.	116.7	36.8	74.9
ANO 1999			
Tos ferina 1.17 por 100,000 hab. Tétano RN 0.11 por 1000 NV TBC pulmonar 61.16 por 100,000 hab TBC extra pulmonar 7.7 por 100,000 hab Tétano de adulto 0.23 por 100,000 hab.			
Principales Problemas de Salud Emergentes y Re - Emergentes que Afectan a la Población (enfermedades y situaciones de riesgo)			
La situación de las enfermedades emergentes y re-emergentes consideradas de mayor importancia y que son objeto de programas especiales como lo son el Sarampión, Dengue y SIDA en hombre/mujer podemos mencionar: Dengue: 1994: 26 casos 1995: 377 casos 1996: 11 casos 1997: 333 casos 1998: 649 casos 1999: 9 (lo que va del año). SIDA: 145 casos en total Sarampión: Desde 1992 no hay casos de Sarampión.			

La Situación De Las Principales Conductas Y Hábitos De Riesgo De La Población A partir De Los Principales Problemas De Salud Identificados Son:

- Elevado consumo de alimentos grasos (grasas saturadas)
- Deficiencias de micronutrientes en la dieta
- Elevado consumo de sal
- Consumo de alcohol en jóvenes y adultos
- Consumo de tabaco
- Prácticas sexuales sin protección
- Inicio temprano de la actividad sexual
- Conductas violentas
- Consumo de drogas ilegales
- Utilización inadecuada de los plaguicidas

Actualmente estos datos no se encuentran cuantificados en la provincia.

Las Principales Características Del Perfil Epidemiológico De La Población De Responsabilidad Por Distrito Según Sexo Y Edad. (Ver Cuadro)

Situación De La Salud Ocupacional En Las Areas De Responsabilidad De La Región. Comportamiento De Los Accidentes De Trabajo Y Las Enfermedades Ocupacionales.

Actualmente la Caja de Seguro Social ofrece a la población trabajadora, el programa de Salud Ocupacional en las siguientes instalaciones de la Caja de Seguro Social.

- Hospital Dionisio Arrocha (Barú)
- Policlínica de Divalá (Alanje)
- Policlínica Pablo Espinosa (Bugaba)
- Policlínica Gustavo A. Ros (David)
- Policlínica Dr. Ernesto Pérez Balladares (Boquete)
- Hospital Dr. Rafael Hernández L. (David)

Sus actividades son proporcionadas por personal Médico y Técnico. En todas las áreas hay Médicos Generales Laborales y se cuenta con el apoyo de Enfermería y Trabajo Social.

Se cuenta con tres técnicos de Salud Ocupacional en la provincia y un especialista en Medicina del Trabajo.

Entre las actividades que se realizan están:

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

Durante el primer trimestre del año en curso, el número de Accidentes Iniciales aproximado en la Provincia fue de 560 y el número de Enfermedades Profesionales fue de 53, lo que refleja un aumento de aproximadamente un 15% al comparar estas cifras con el primer trimestre del año 1999.

Percepción De La Población Sobre Sus Condiciones De Salud Y Enfermedad Y Sobre Los Riesgos Que La Afectan.

Aunque no se ha hecho un estudio reciente en este aspecto, el contacto con la población nos permite decir que ésta percibe sus condiciones de salud en dos escenarios. La población rural relaciona su salud con médicos, medicinas y su situación económica y la acondicionan al grado de accesibilidad que tienen a esos recursos. Sin embargo al anteponer el concepto de comunidad a su bienestar plantean como riesgoso el no tener agua potable, la higiene, la mala nutrición, los vicios, el ambiente (charcos en las carreteras, fumigación aérea, falta de letrina). Estos conocimientos los adquieren en las escuelas y el contacto con el equipo de salud.

La población urbana, aunque también expresa y condiciona la salud al acceso a los servicios de salud, sin embargo, al hablar de riesgo se vincula mas al estilo de vida, hábitos de alimentación mas que todo influenciados por los medios de comunicación.

Condiciones de Infraestructura.

Estructura humana para los servicios de Ingeniería, Arquitectura y Mantenimiento.

La Región cuenta con una estructura humana para los servicios de Ingeniería, Arquitectura y Mantenimiento. Los funcionarios con que cuenta el departamento de Ingeniería e Infraestructura son 15 los cuales tienen el siguiente perfil:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	PERFIL PROFESIONAL
ELMER RODRÍGUEZ *	TÉCNICO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS. COORDINADOR REGIONAL DIS
JOSE E. GÓNDOLA	LICENCIADO EN ARQUITECTURA MAESTRO ELECTRICISTA. JEFE DE INFRAESTRUCTURA
JOSÉ M MORALES S.	LICENCIADO EN INGENIERÍA CIVIL POST GRADO EN DOCENCIA SUPERIOR EN TESIS MAESTRÍA DOCENCIA SUPERIOR EN TESIS MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PUBLICA CON ÉNFASIS EN GERENCIA ESTRATÉGICA. IIDO AÑO DE TÉCNICO EN PROGRAMACIÓN
MANUEL PATIÑO	LICENCIADO EN INGENIERÍA ELECTROMECAÁNICA POST GRADO EN ALTA GERENCIA
PEDRO PABLO APARICIO *	LICENCIADO EN INGENIERIA CIVIL
IRVING MADRIZ	TÉCNICO EN INGENIERÍA CON ESPECIALIZACIÓN EN EDIFICACIONES. IER AÑO DE LIC EN EDIFICACIONES
IBELENE VILLARREAL	TÉCNICO EN INGENIERÍA CON ESPECIALIZACIÓN EN EDIFICACIONES. IIIER AÑO DE TÉCNICO EN SANEAMIENTO Y MEDIO AMBIENTE
ORLANDO MADRID	TÉCNICO EN INGENIERÍA CON ESPECIALIZACIÓN EN EDIFICACIONES. IER AÑO DE LIC EN ARQUITECTURA
FRANKLIN ACOSTA	TÉCNICO EN INGENIERÍA CON ESPECIALIZACIÓN EN TOPOGRAFÍA
ARTURO RUSSO *	TÉCNICO EN INGENIERÍA CON ESPECIALIZACIÓN EN TOPOGRAFÍA
DIANA VARGAS *	LICENCIADA EN ARQUITECTURA
SERGIO PITY	IIIER AÑO DE ING CIVIL
LURIS VALDÉS *	VTO AÑO DE LICENCIATURA EN CONTABILIDAD
RUBIELA DE ESTRADA	BACHILLER EN COMERCIO VITO AÑO
SERAFÍN DE GRACIA *	TÉCNICO EN INGENIERÍA CON ESPECIALIZACIÓN EN ELECTRICIDAD

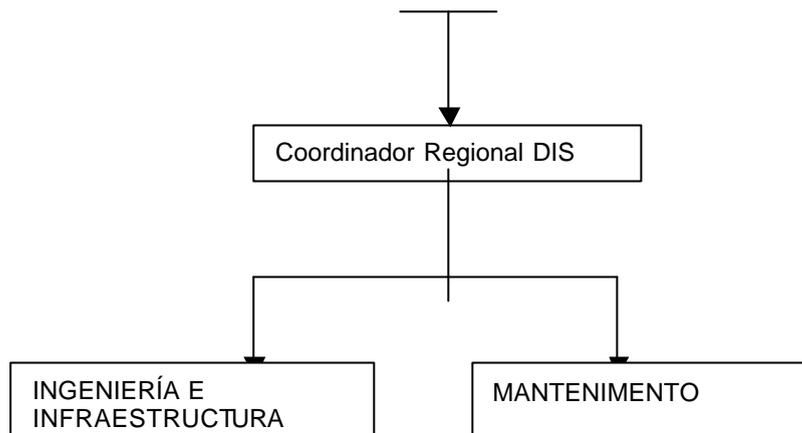
Los salarios de los funcionarios los paga el nivel regional a excepción de los que tienen el asterisco que son cubiertos a nivel nacional o por la DIS.

En cuanto a la Organización.

Dentro del Organigrama del MINSA, dependemos directamente de la Dirección Regional. Internamente existe un Coordinador Regional de la DIS el cual vela por los departamentos de Mantenimiento e Ingeniería.

DIRECCIÓN MÉDICA
REGIONAL

DIRECCIÓN
INFRAESTRUCTURA SALUD.
DIS



Los servicios de Ingeniería, Arquitectura y Mantenimiento, se ubican a nivel de la Dirección Regional XXXXXXXXXXXXXXXX y para su funcionamiento están supeditados a otros departamentos.

Se dispone de espacios físicos para el personal de Ingeniería, Arquitectura y Mantenimiento pero un poco limitado, para ambos departamentos.

La Región recibe soporte técnico de los servicios de estos departamentos a nivel local y se incluyen partidas dentro de presupuesto anual de funcionamiento para estos servicios.

Los recursos asignados para el mantenimiento de infraestructuras, equipo y sistemas esenciales, sobre el presupuesto de funcionamiento representa un 1.22%.

Para el mantenimiento anual se ejecuta el 100% de los recursos asignados.

A los recursos de mantenimiento tienen acceso todas las instalaciones y departamentos que conforman el MINSA, a través de las partidas asignadas y de acuerdo a sus necesidades.

Se tienen contratos con empresas privadas para el mantenimiento de infraestructura, equipos y sistemas especial.

Los contratos para el mantenimiento dependen de la necesidad del servicio y siempre y cuando el departamento de mantenimiento de la región no pueda cubrir el mismo, ya sea por ser área de difícil acceso o por urgencia notoria. Aproximadamente se pueden generar 10 contratos anuales, si es mantenimiento y 10 contratos anuales si son de Inversiones, sin contar el aporte de otras Instituciones como FIS, PROINLO y OBRAS CIRCUITALES.

Los servicios de los contratistas privados se reciben de acuerdo a la necesidad del servicio los doce meses del año.

Fotografía N° 3. Caracterización De La Oferta.

La Vigilancia Sanitaria.

La Vigilancia Sanitaria se lleva a cabo en áreas de:

- Vigilancia Epidemiológica
- Vigilancia de farmacia y drogas – se acude a las Farmacias Privadas a verificar que los medicamentos tengan registro sanitario.
- Vigilancia Veterinaria y de Control de Alimentos: se inspeccionan viviendas, establecimientos de expendio de alimento, control de excretas y tanques sépticos, certificación de manipuladores de alimentos, verificación de productos envasados, de las aguas, de la disposición de desechos peligrosos, de las fábricas de alimentos y cadena de distribución. En fin todos los aspectos de saneamiento ambiental.

En síntesis es indispensable ejecutar el rol como garante de la salud y de la calidad de servicios públicos y privados de salud. Sin embargo, puede decirse que no existe control de calidad y que en las instalaciones públicas se hizo un estudio sobre calidad y satisfacción al usuario, pero que el proceso debe continuarse.

Áreas o problemas que deben ser vigilados.

No hay vigilancia en cuanto a Salud Ocupacional, principalmente del trabajador de salud, agrícola y empresarial. Se proyecta llevarla a cabo.
No se vigila Laboratorios privados y clínicos.

La higiene Social debe también ser objeto del Sistema de Vigilancia.

Se destaca el hecho de que el código sanitario respalda legalmente las actuaciones del MINSA en este campo, pero que además existe la necesidad de regular, establecer normas y capacitar a los equipos de salud, para mejorar el desempeño institucional en materia de la vigilancia sanitaria. Debemos hacer y cumplir el rol de vigilantes de la salud del panameño.

Fortalezas y debilidades para la Vigilancia Sanitaria a nivel Regional.

- F =**
- 1) Marco Jurídico, entre los que se destaca el código sanitario
 - 2) Control de agua establecido
 - 3) Recursos Humanos Capacitados
 - 4) Existencia de normas de procedimientos
- D =**
- 1) Se necesita hacer la denuncia para investigar, es decir el sistema es reactivo y debe ser proactivo, sistemático y programado.
 - 2) Falta de transporte – insumos
 - 3) Se vigila aspectos establecidos
 - 4) Los recursos humanos son limitados
 - 5) Corrupción de funcionarios

- 6) Demora en ejecución de los códigos
- 7) Falta de capacitación sobre vigilancia sanitaria
- 8) Revisión y perfeccionamiento de las normas
- 9) La actitud del funcionario es de asalariado, en la que el objetivo es cobrar la quincena.

Accesibilidad Geográfica:

La visión de este problema desde la perspectiva de la Región de Chiriquí, como la tenemos en la actualidad, que excluye a la Comarca Gnobé Buglé sugiere que la accesibilidad a los servicios de salud es adecuada, a excepción del Oriente Chiricano, que incluye tres distritos (Remedio, San Félix y San Lorenzo) que en la actualidad funcionan como área, con la finalidad de optimizar los recursos. En el distrito de Renacimientos, el Centro de Salud Sede esta distante del hospital regional (150 kms), la población demanda atención a la República de Costa Rica. El personal no brinda la atención mediante giras a las áreas requeridas por falta de accesibilidad, quizás sería conveniente que otros distritos con mejor acceso ofrezcan el servicio.

Ahora bien, a pesar de esta segregación se generan problemas debido a que las instalaciones y el recurso con el que funcionan, la Región de Salud Gnobé Bugle, es parte de los bienes de la región del Oriente Chiricano.

La sectorización actual no es funcional en algunos distritos; se hace difícil la accesibilidad por:

- Costo exagerado
- Vía de penetración y acceso a mayor dificultad

Algunos puestos no son accesibles pues el paciente para ser atendido se le hace dificultoso por el costo y la obtención del cupo. Incluso esta situación se refleja en algunas áreas en las que debido a la dificultad y alto costo se da el fenómeno que los pacientes acuden a buscar atención a Costa Rica. Esta situación hará más crisis debido al Proyecto de la Represa Hidroeléctrica de Costa Rica, pues este hecho conlleva cambios en la frontera tica, de los cuales no escapa el sistema de salud, que es el que recibe la mayor cantidad de personas que demanda servicios de manera transitoria.

Ejm: Una paciente para dar a luz tiene que recorrer una distancia de 150 km.

Si la red es accesible, la instalación no es accesible por el costo económico. En algunos distritos se hace difícil la accesibilidad. Económicamente es más costoso (Río Sereno), las vías son de difícil acceso (malas condiciones). En el Distrito de Horconcitos y Areas de Oriente se tuvo que hacer reordenamiento de la Red de Servicios con la finalidad de mejorar la accesibilidad.

Complejidad de la Red

La organización de la Red debe responder a la Salud de la población.

El equipo básico se define de acuerdo al grado de complejidad y nivel de atención de la instalación de salud, es decir tomando en cuenta el nivel de organización y oferta de servicios. De acuerdo a este criterio, los equipos básicos según la complejidad de la instalación son:

Puesto de Salud	Asistente de Salud cuya área de responsabilidad es su comunidad
Sub Centro de Salud	Auxiliar de Enfermería y los Asistentes en Farmacia tienen una crisis de recurso debido al marco legal Tiene un sector de responsabilidad y limitantes funcionales definidas en el marco legal
Centro de Salud	Médico, enfermera, auxiliar de enfermería, laboratorista, farmacéutico, inspector de saneamiento, odontólogo, trabajador manual, administrativos; Act. Promoción en Salud. Tiene la comunidad, varios Subcentros y todo el sector.

La promoción de la salud implica la necesidad de un Educador para la Salud. Esta debe efectuarse con una perspectiva Psicosocial
Es importante tener un cuadro de medicamentos básico para cada instalación.

Se destaca además en las instalaciones una cartera de servicios que incluye aspectos de promoción, prevención y rehabilitación y que:

- Los centros Promoción mayor educación en Centros y Puestos de Salud
- Saneamiento, Enfermedades transmisibles, organización comunitaria, Educador para la Salud
- Prevención: detección de Tuberculosis. Control prenatal
- Servicios de salud – Atención de morbilidad. Centro para arriba
- Puesto/Sub-Centro de Salud – oferta de atención de parto.
- 2 niveles de complejidad con cama, sin cama.
- No existe cuadro básico de medicamentos de acuerdo a las necesidades de la región y de acuerdo al nivel de cada instalación,
- Construcción de letrinas
- Subcentro – con capacidad resolutive en casi cero
- Para mejorar la calidad – incentivos

Es necesario generar mecanismos para mejorar la producción y calidad del servicio. Existen problemas con el equipo básico porque no se puede ofertar los servicios, en parte porque no está en su perfil. Además es necesarios hacer propuestas de incentivos y negociar un convenio de gestión sanitaria con las instalaciones y sus funcionarios (contrato- programa).

Las reflexiones colectivas indicaron que existen problemas en el perfil del auxiliar y con el marco legal que rige la práctica de enfermería, y que, debería analizarse las relaciones costo – beneficio en torno a incorporar enfermeras a los subcentros de salud. Problema legal – Comité Nacional de Enfermería; así como las funciones del Asistente de Salud

Medicamentos y Laboratorios:

Farmacias	
Ministerio de Salud	28 – 35
Caja de Seguro Social	6
Privadas	70
David	4
Dolega	1
Laboratorios	13
Oriente	1
Boquerón	1
Bugaba	4
Alanje	1
Gualaca	1

Número de donaciones de sangre **1,963** para el año 1999.

Perfil básico pruebas; BHC, Urinálisis, Heces, VDRL, Química.

No hay Laboratorio de referencia y los costos de laboratorio y medicamentos son variados.

Se priorizan en base a la demanda.

Fotografía N° 4. Satisfacción Del Cliente

Listas De Espera

Mora Quirúrgica:

1. Actualmente en el Hospital José Domingo De Obaldía la mora quirúrgica es de 2 ½ meses y debido al paro médico.
En el Hospital general de Oriente no se realizan cirugías.

El Hospital Regional Rafael Hernández es una instalación de la Caja de Seguro Social y no contamos con registro de la mora quirúrgica.

Sí se cuenta con mecanismos de registro y control de la mora quirúrgica en las cirugías gineco-obstétricas y pediátricas.

Los servicios, programas o actividades en que se concentra el mayor número de clientes es espera por la atención demandada son:

En el Ministerio de Salud en los servicios de:

Neurología pediátrica (10 meses) solo hay 1 especialista en la región
Nefrología (1 mes)

En la Caja de Seguro Social en los servicios de:

Neurocirugía (10 meses)
Neurología (12 meses) aproximadamente
Urología (3-4 meses)
Endocrinología (3-4 meses)

Existe rechazo de pacientes pero el mismo no se registra.

Entre los distritos que existe mayor proporción de la demanda no satisfecha, en términos de disponibilidad de recursos para la atención podemos mencionar:

En San Félix, Remedios, San Lorenzo, Tolé, Renacimiento, Barú. En el distrito de San Félix se ha agudizado la situación debido al traslado de los médicos de la Caja de Seguro Social hacia instalaciones de la Caja de Seguro Social en otras áreas de la Provincia.

Las citas de medicina general se otorgan por demanda espontánea (el paciente obtiene su cita en horas tempranas).

Las citas de medicina especializada se otorgan a través de citas previas por referencia (sistema de referencia).

Horario De Servicios

Las Consultas externas de hospitales y de Centros de Salud ofrecen los servicios de salud en los siguientes horarios.

En el Hospital José Domingo De Obaldía el horario de los servicios de consulta externa es de 9:00 a.m. a 3:00 p.m. En los Centros de Salud 7:00 a.m. a 3:00 p.m. con excepción del Centro de Salud de la Barriada San José que es de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Algunas veces la población no está satisfecha con el horario de atención en ciertas instalaciones. Algunos Centros de Salud dependiendo de la accesibilidad se han llegado a acuerdos con la población para establecer horarios que sean beneficiosos.

Se ha llegado a acuerdos con la población en un (1) Centro de Salud (Boquerón), para establecer horario-cupos para la población de comunidades lejanas.

En el Centro de Salud de Río Sereno se hizo la propuesta al Nivel Nacional, esta pendiente su aprobación.

Mecanismos De Medicion De La Satisfaccion Del Cliente

En el Hospital José Domingo De Obaldía en el mes de febrero de 2000 se aplicó encuesta de satisfacción del usuario preparada por el departamento de relaciones Públicas.

En los Centros de Salud no se realizan encuestas de satisfacción del usuario, sólo se realizan en algunas instalaciones de la Caja de Seguro Social.

El resultado fue bueno para el Hospital en cuanto a los servicios que ofrece, sin embargo la encuesta no fue validada.

Control De Calidad

En el Hospital José Domingo De Obaldía en el mes de abril se inició auditorias de expedientes utilizando un instrumento que viene del Hospital Del Niño y los del Programa Materno Infantil.

No hay un programa de calidad. Se conocen experiencias de otras regiones y se reconoce la necesidad de ser implementados estos programas en la Región.

En el Oriente Chiricano hasta 1999 se efectuaron auditorias de expedientes en los Programas de Salud Infantil y esporádicamente en el de Adulto; en algunos distritos e inclusive en instalaciones de la Caja de Seguro Social. Pero éstas auditorias no son sistemáticas.

No contamos con Comité de Calidad. Sólo hay buzones de sugerencia en 2 Centros de Salud.

No hay una oficina de atención al cliente, para poder tener una evaluación rápida del público que asiste a las instalaciones.

No se han establecido programas de calidad en las instalaciones del Ministerio de Salud. A nivel de la Caja de Seguro Social sí.

Como producto del debate de la presentación se comentaron los siguientes aspectos:

El hospital del Oriente Chiricano: no es un hospital general pues no cuenta con todas las especialidades básicas, esta es la razón por la cual no se realizan cirugías mayores, las menores dejaron de hacerse toda vez que no se cuenta con patología, anteriormente se efectuaban porque se coordinaba con la CSS. Actualmente no se coordina con el HJDO para hacer las cirugías menores. En la práctica se realizaron pero no se remitían los resultados histopatológicos.

Se cambiaron los horarios y se abre la ventanilla de 6 a.m – 2 p.m pero no funcionó y no se podía cambiar el horario después de las tres porque el transporte se da hasta las 3 p.m

Hubo movilidad de recursos humanos tanto de la CSS y del MINSA

Equipo de salud y su satisfacción:

La población desconoce las funciones que realizan otros profesionales no médicos y rechaza este proceso.

Las auditorías de expediente se continúan realizando, a través de salud rural hay un esquema sistematizado para materno infantil. Auditorías cada tres meses, en ellas se identifican fallas relacionadas con aspectos administrativos.

La región está revisando los instrumentos para realizar auditorías de expedientes en todos los programas. Este proceso es gradual.

Hace 10 años el equipo de epidemiología efectúa auditorías de expediente con base a las normas establecidas, estas son para todas las áreas y funciona como auditorías internas, es sistemático. .

Auditorías externas y de supervisión interna la cual es sistematizada, la hace el nivel local pues recoge los elementos básicos de programa. Se intento la confección de instrumentos para adulto y saneamiento.

Instrumento de auditoría de la Región Metropolitana fue aplicado en 3 distritos, pero sólo en una ocasión.

Fotografía N° 5. Red Social

Organización De La Población Para Apoyar La Gestión Y Oferta De Servicios De Salud

La población se organiza a través de diversos grupos comunitarios para apoyar la gestión de salud, tales como:

- Comités de Salud
- JAAR's
- Grupos de la Iglesia
- ONG's (ANCEC, APLAFA, Asoc. De Diabéticos, ASMUNG, etc).
- Clubes cívicos (Rotarios, Kiwanis, Club 20-30, Leones)
- Otros grupos: Asoc. De Diabéticos, Salud de Adulto.

Organizaciones Comunitarias Que Apoyan Las Acciones De Salud (Comités De Salud, Juntas De Agua, Iglesias, Ong's, Clubes Cívicos, Otros)

- Comités de Salud: 172
- Juntas Administradoras de Agua: 600
- Clubes cívicos: 4
- Iglesias Católicas, Metodista, Evangélica y Adventista: 4
- ONG's: 3

Estas organizaciones generan apoyo en cuanto a la Promoción de la Salud, Giras Médicas, dotación de insumos, equipos, entre otros.

Análisis De Actores Sociales.

Se ha analizado los actores sociales de manera general. Los intereses varios de acuerdo a su filosofía.

Ejemplo: Comités de Salud y JAAR's son grupos representativos de toda la comunidad a que pertenecen y trabajan para beneficio de la población.

Los Clubes cívicos son asociaciones de servicios y cuyos integrantes son voluntarios y tienen que pagar por pertenecer a éstos grupos, con fines y metas diferentes.

Para Salud los de mayor relevancia son los Comités de Salud y las JAAR's ya que con ellos se trabaja directamente y están identificados plenamente con el Sector Salud.

Sector Informal De Atención En Salud.

No existe un estudio al respecto. Sin embargo, el nivel local conoce los curanderos que ejercen sus actividades en las áreas de competencia.

Cualitativamente, sabemos que sus actividades incluyen la prescripción de medicamentos y de productos “naturales”; terapias que combinan ritos esotéricos con medicación. Sabemos que en las farmacias se atienden las “recetas” generadas por esta actividad. No se han podido integrar al sistema. Se concentran principalmente en los distritos de Barú, Boquerón, Bugaba y David. No se ha determinado cuantitativamente la demanda, pero la demanda proviene de todos los estratos culturales y económicos.

Las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud se integran de diversas maneras: a través de la Medicina Tradicional, actividades de reforzamiento de la Lactancia Materna como práctica de la población.

Se recurre también a la utilización de los eventos culturales y tradicionales de la población para la promoción de programas y servicios de salud, ejemplo: Ferias, encuentros, cantaderas, etc.

Cuales Son Las Fortalezas Y Debilidades Del Equipo De Salud De Su Región Para Potenciar La Red Social De Salud

Fortalezas

- Equipo Regional con capacidad y voluntad de fortalecer en niveles locales la metodología para la participación comunitaria.
- Comunidad organizada con voluntad e interés de participar activamente en Salud.

Debilidades

- Poco interés de los niveles locales.
- Poco recurso y apoyo (transporte y otros) para la organización comunitaria.
- Falta de lineamientos específicos para operatividad de la participación comunitaria en los diferentes niveles.

Como parte de la dinámica del taller se intercambiaron opiniones sobre aspectos relacionados con el Oriente Chiricano, en términos de:

- Las dificultades que existen para sostener los nuevos proyectos y la ampliación de coberturas de algunos programas debido a las limitantes económicas, por existencia limitada de recursos humanos, físicos y financieros.
- Otro factor que limita el desarrollo del Oriente Chiricano es la sobrecarga que le genera la Región Sanitaria Gnohe Buglé, la cual carece de recursos para su funcionamiento y auto sostenimiento.

Fotografía N° 6. Proyecciones De La Red

La prevención y promoción debe ser integral, participativa y por tanto debe haber un cambio en la visión del servicio. La promoción debe estar inmerso en los propios programas. No se ha vendido a la población que ella es participe de la solución

Equipos Básicos son necesarios en el proceso de cambio en la atención de la Salud – enfermedad y deben adecuarse al perfil epidemiológico y a la historia natural de la enfermedad. En este sentido el equipo debe tener conocimientos sobre planificación, gestión, los programas y otros aspectos.

Nuevas modalidades de atención de salud:

Se están adoptando decisiones de modificaciones para el primer y segundo nivel de atención, entre ellas la cirugía ambulatorias.

Como propuestas para reducir la inaccesibilidad a las instalaciones se están realizando propuestas que consideran el pago según condiciones y acceso económico. Para las actividades de captación temprana de embarazadas, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, captación nutricional y otras, se disminuiría los costos hospitalarios.

En el caso de la sífilis congénita se liberará del pago las pruebas de VDRL en embarazadas.

Prioridades con base a programas, a nivel local no hay programación local.

Organización sectorizada por distrito a excepción de David que se organiza por sectores.

En relación al establecimiento de un nuevo modelo de atención se está trabajando en la concientización de los derechos y deberes del ciudadano mediante campaña masiva, con la participación de la sociedad.

Los equipos de salud tienen la competencia técnica para asumir nuevos enfoques en la prestación de servicios de prevención, promoción y rehabilitación. pero se requiere fortalecer el equipo de salud, dar incentivos, y mejorar las relaciones interpersonales.

La eficacia y la calidad de las acciones deben ser evaluadas en base a los criterios de cada programa y por el equipo básico de salud a través de un instrumento de evaluación.

Ninguna instalación cuenta al momento con un modelo médico funcional, este debe estar organizado en base a las necesidades de la población.

Para modificar los servicios se debe:

- ❑ Sectorizar la atención en función al acceso de la población a la instalación de salud (costos).
- ❑ Dotar a las instalaciones de acuerdo al nivel de los insumos y recursos humanos que realmente respondan a las necesidades de salud.
- ❑ Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo entre los diferentes niveles de atención.
- ❑ Incluir la estrategia giras de salud integral, participación comunitaria y atención a programas.

Parece necesario establecer un sistema de radiocomunicación funcional comunitarios y de atención de urgencia con participación comunitaria.

No se considera necesario ampliar los horarios para incrementar las coberturas de atención ni en término de mayor número de horas de apertura al día , ni en relación a un mayor número de días a las semanas porque se tiene sobre ofertas en algunos distritos. Lo que sería funcional es una redistribución del recurso humano.

Los servicios que deben incorporarse para cumplir la cobertura son:

- ❑ Laboratorio a los centros de salud en general.
- ❑ Servicios de rehabilitación comunitaria
- ❑ Farmacias comunitarias

La estrategia de disminución de oportunidades pérdidas es una opción para ampliar cobertura y se deben desarrollar en todos los programas y lo debe aplicar el equipo básico de salud. Se requiere armonizar las relaciones con la CSS para evitar la duplicidad y optimizar los recursos.

Las preguntas al momento de la plenaria giraron en torno a:

- ❑ Esquema de Referencia y Contrarreferencia. No funciona el sistema en relación a la contrarreferencia
- ❑ Integración de la Caja de Seguro Social al proceso de sectorización: No es efectivo

Definiciones:

- ❑ Equipo Básico de Salud: Debe estar conformado por enfermera, médico general, auxiliar de enfermería, inspector de saneamiento, educador para la salud, auxiliar de nutrición, odontólogo, auxiliar de estadística y laboratorista. Por lo menos a nivel de cada distrito.

Intervenciones:

Se recogen en el plan regional estrategias de promoción y prevención para cada problema de salud tomando en cuenta las normas de atención integral de salud.

El manejo de Desnutridos moderados o severos, se ha definido que el Hospital del Oriente (San Félix) no manejará esta morbilidad sino en el Hospital José Domingo De Obaldía.

La propuesta regional se levanto por el equipo de salud, en ella se exonera del cobro a poblaciones en área de pobreza, para así evitar que la población deje de demandar los servicios por falta de recursos.

Evaluación de la eficacia de la atención de patologías específicas mediante el muestreo estadístico a través de visitas domiciliarias para evaluar patologías de alta frecuencia. Los protocolos de atención de problemas hospitalarios y ambulatorias son una necesidad en el área.

Fotografía N° 7. Caracterización Y Proyecciones Del Sistema Regional

Organización Y Funcionamiento

Es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existente. Redimensionar nuevamente lo del área Sanitaria del Oriente. No tanto crear nuevas regiones, sino modificar las ya existentes, en función no sólo de la división política, sino también tomando en cuenta las vías de comunicación (accesibilidad). En caso del distrito de Renacimiento la ubicación de las instalaciones de salud no son accesibles a la población. (acceso geográfico).

El grado de avance en el proceso de descentralización es lento, pero debe ser un proceso completo (incluyendo la acción presupuestaria, recursos humanos, poder de decisión que permita que los niveles locales puedan hacer uso del presupuesto asignado.

La estructura orgánica actual debe ser cambiada, reestructurada; a fin de que sea funcional de acuerdo a los programas de atención de la población tanto en los niveles locales como regionales.

Existen procedimientos administrativos pero estos no se conocen, por lo que no podemos emitir un juicio.

La coordinación con la CSS es muy pobre. Se debería dar bajo la base de extensión de coberturas (gastos, duplicidad de funciones y otras). Es necesario que se en una coordinación desde el nivel nacional, para dar las pautas necesarias para que el nivel regional y local tengan una comunicación adecuada con la CSS.

Entre las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional pueden mencionarse:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Estructura física	Falta de presupuesto
Recursos limitados	Falta de recursos humanos
Grupos de apoyo organizados (Comités de Salud, JAAR, ONG's, otros)	Falta de capacitación de los gerentes
La mayoría de los distritos están descentralizados	El nivel regional no esta descentralizado en algunas acciones (pedido de insumos) del nivel central
	Existen direcciones departamentales regionales, pero las mismas no son funcionales.

El sistema regional de salud si efectúa las funciones de conducción sanitaria. Lo realiza a través de los jefes de departamento. Estos se efectúan permanentemente y participan el equipo de salud existente.

Si se están introduciendo cambios en el modelo de gestión siguiendo los lineamientos nacionales. Los cambios son lentos por falta de recursos y directrices.

Las políticas de salud están aún en revisión a nivel nacional.

El nivel central en el desempeño del nivel regional incide en la ausencia de directrices. El punto crítico es la centralización de decisiones, dando la impresión que existe un proceso de improvisación. Los nudos críticos pueden darse con un proceso de descentralización (presupuesto, recursos humanos calificados sobre todo en los servicios técnicos, etc).

La toma de decisiones es centralizada. La priorización es de carácter operativo en función a las necesidades inmediatas. No se realiza en función de la información oportuna y veraz.

Actualmente las funciones de supervisión se realizan en forma parcial, dependiendo del componente (farmacia, saneamiento ambiental, SNEM, DEPA, etc).

Existe en la región el departamento de Políticas de Salud. Como instancia responsable de análisis, ejecución y seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región.

El 10% de los centros de salud dispone de tecnología informática (3 centros de salud: San Lorenzo, San Félix y David) que son utilizados para la gestión administrativa y de personal.

El hospital con más de 30 camas que dispone de tecnología informática de soporte al sistema de información para la gestión administrativa y para la gestión clínica (por ejemplo, para registro de ingresos y egresos, estadísticas clínicas, gestión de servicios clínicos, etc.) es el Hospital José Domingo De Obaldía.

El grado de uso de información para la gestión clínica es pobre, es para uso local (HJDO) y no se encentra de manera oportuna.

Fotografía N° 8. Instrumentos De Gestión

Planificación Regional y Programación Local

La Planificación Regional es participativa, pero basada en un registro sumatorio de las propuestas, es decir se da por agregación y se limita al equipo de salud regional y distrital. Por otro lado cada año los sectores de salud mediante talleres adecuan el POA 98 – 99, hacia el año 2000 – 2003.

Se formulan planes operativos anuales, que inicialmente contaron con la participación de la comunidad. Estos planes se basan en las políticas y los problemas de salud, tomando como base el análisis de situación de salud previamente elaborado. Se aplica la técnica de FODA y del consenso.

Se destaca que hay dificultad en la integración de los equipos y en la necesidad de que exista un plan preventivo.

En cuanto a la coordinación Caja de Seguro Social – Ministerio de Salud, para el proceso de planificación regional y programación local, puede decirse que no hay en la actualidad ningún proceso efectivo, sin embargo, sería necesario que se establezcan mecanismos efectivos entre ambas instancias, que permitan un control de duplicidad de funciones y acciones.

Puede decirse que la única actividad que se planifica conjuntamente es el plan preventivo Salud Ambiental/Salud Laboral – Ocupacional, a pesar de lo cual no esta exento de problemas de duplicidad y falta de coordinación.

Una mejora en la relación interinstitucional conllevaría una mejor coordinación entre las partes. Esta falta de interacción entre las dos instancias públicas que proveen servicios de salud, esta falta de coordinación se ve reflejada en las quejas de los pacientes en torno a las acciones realizadas en la atención; así como en el hecho de que las referencias son condicionadas por la Caja de Seguro Social. Además, existen problemas con la referencia – contrarreferencia.

La Programación Local Caja de Seguro Social – Ministerio de Salud, tampoco se hace coordinadamente, ni para las relacionadas con las actividades preventivas, ni siquiera para el desarrollo del programa de salud escolar. No se da coordinación.

Se han realizado distintos intentos de coordinación tomando en cuenta los aspectos de la geografía para la asignación (sobre todo en el área de enfermería) pero en la que la Caja de Seguro Social sólo atiende a los asegurados. Las actividades preventivas que se ejecutan son pocas a excepción de SADI, aunque en este sólo se ofrece el servicio a la población derecho habiente; quizás sería necesario incorporar este programa en la compensación de costo.

A nivel de las instancias locales del MINSA (primer nivel de atención) la programación local es participativa entre los gestores y jefes de departamento, se

realizan reuniones de distrito, al inicio de la formulación del POA la población participó en cada distrito. Este proceso se efectúa con base al plan regional y a una guía metodológica. Sin embargo, la población debería tomarse en cuenta para mejorar la gestión.

La convocatoria de participación social debería hacerse considerando los grupos organizados (Comités de Salud, JAAR, PSE) . En las áreas rurales hay mayor nivel de participación de la población en el proceso de programación y de resolución de problemas de salud, que se logra con el mayor compromiso de los funcionarios. En el área urbana la participación es más difícil toda vez que existen otras prioridades, tanto para la población como para algunos funcionarios. Es importante que se de un cambio de actitud del personal y de la misma población.

En el caso de la participación social en la gestión regional, puede decirse que se participa en la Junta Técnica Provincial, estos son de carácter informativo y en ellas se ventilan problemas y logros. No se abordan los procesos de planificación del MINSA.

En cuanto a la evaluación del cumplimiento de las metas establecidas, esta presenta limitantes toda vez que plan estratégico distrital, no se ha implementado como tal. De manera indirecta se está evaluando su cumplimiento toda vez que se ha dado un proceso de adecuación del plan 98 – 99. Esta adecuación ha implicado la revisión y evaluación de indicadores de proceso principalmente. Durante 1998 se efectuó la evaluación semestral de plan 98.

Por su parte el plan operativo de Salud Ambiental se evalúa mensual, bimensual, cuatrimestral y anualmente, a partir de indicadores de coberturas y resultados. Esta evaluación se efectúa para los distritos, nivel local y departamento (programas).

La Programación Local sé esta trabajando por programas y se están efectuando procesos de evaluación integrales.

El proceso de evaluación presenta serias dificultades toda vez que no hay coincidencia entre los indicadores establecidos en la programación y los datos e indicadores obtenibles a partir del sistema de información; por tanto es necesaria

la adecuación de este último. Para tal efecto se están levantando indicadores, con la finalidad de determinar integralmente los cambios requeridos en el Sistema de Información.

Presupuestación por Objetivos (DPO).

La formulación presupuestaria considera las políticas, los objetivos y las metas a partir de la década del 90 y sobre todo para el 2001. Desde 1990 existe una estrecha relación entre planificación y presupuesto.

Este proceso toma en cuenta los objetivos macro definidos por el Nivel Central; así como los objetivos distritales y regionales contenidos en el **POAS**.

El 39% del presupuesto es consignado y ejecutado en el pago de servicios básicos, un 30% del monto es contenido en las partidas centralizadas y destinado a cubrir gastos relacionados con la atención directa. Se desconoce la asignación a departamentos. La presupuestación para recursos humanos no se efectúa en la región. Hasta 1997 el presupuesto venía distribuido porcentualmente según programas, sin embargo igual se desconocía la asignación para Salud Pública, atención ambulatoria y prevención. Para el año 2001, tampoco se ha efectuado este nivel de desagregación.

Quizás sea necesario redefinir los objetos de gasto en cada programa para fortalecer la atención y justificar las necesidades de recursos para el desarrollo de las funciones de salud pública y del componente ambiental.

El equipo de salud es el responsable de la formulación presupuestaria (co-responsable técnico), pero el Director tiene la responsabilidad jurídica, igual ocurre en el proceso de seguimiento.

Presupuesto analizado por deficiencia y objeto de gasto. Se efectúa un análisis comparativo que pretende observar las diferencias en término de los incrementos o disminuciones. Los distritos establecen y priorizan sus necesidades. Para la ejecución, el nivel distrital levanta sus solicitudes mediante requisiciones o notas, la administración regional autoriza la continuación del proceso en función de la disponibilidad de recursos, toda vez que es la que efectúa el control y seguimiento de las partidas y aplica el mecanismo de compras regionalizadas, con la finalidad de lograr mejores precios y calidad de los insumos que se adquiere. Cuando es necesario, se efectúan las evaluaciones mediante criterio técnico. La administración regional informa el nivel de ejecución a los administradores regionales, sin embargo la información no baja en cascada y las direcciones de los centros de salud desconocen la situación de la ejecución presupuestaria, hecho que limita la direccionalidad y priorización en el proceso de adquisición de insumos.

El proceso de presupuestación no incluye la rendición de cuentas a nivel institucional y menos con la participación de la población. Esta rendición considerada en términos de criterios de efectividad y productividad, ligado a recursos. Esta depende del interés de la parte técnica y administrativa y no hay coordinación entre ambos.

Los Contrato – Programas, son una alternativa para optimizar los recursos y el servicio con calidad y contribuyen a la presupuestación por objetivos. Para definir el tipo habría que analizar la oferta y la demanda, quizás la mejor opción sería la pública-pública. Hoy día la región no está introduciendo los compromisos de gestión entre los diferentes niveles del sistema de salud.

Los patronatos que gestionan los hospitales nacionales pueden ser aplicables en alguna medida a los hospitales regionales. La experiencia con el Hospital José Domingo De Obaldía indica la necesidad de modificar la Ley Patronato.

Descentralización

La descentralización es necesaria y debe darse hasta el nivel distrital y de manera gradual. Sin embargo, para que esta realmente impacte en la gestión sanitaria es indispensable fortalecer la capacidad gerencial en los distritos y tomar en cuenta, criterios mínimos para la selección de los gerentes.

En cuanto a qué descentralizar, el grupo considera que debe ser la gestión de recurso humano, asignación de presupuesto y las compras.

La participación social en la gestión de los servicios de salud puede lograrse mediante la participación de los Comités de Salud. De estos puede decirse que, aunque en algunas áreas participan, pocas veces lo hacen en sugerir acciones que se adecuen a sus necesidades. En general la participación es muy limitada. Se plantean mecanismos de cogestión como los Consejos de Salud, pero son muy limitados.

Se considera como una forma importante de participación la creación de los Consejos de Gestión en los tres niveles del sistema (nacional, regional y local, en estos últimos con más fuerza en aquellas instalaciones con mayor grado de complejidad).

Una dificultad real es que no hay fluidez de la información. El Hospital Regional es como una isla.

La relación jerárquica se da en general siguiendo los patrones establecidos (nivel central-regional-local) de manera bidireccional, como en el 1% de los casos esta se establece desde el nivel central al local lo que puede generar conflictos debido a la falta de comunicación. A nivel distrital con los hospitales se tiene muy poca relación. El nivel regional tiene relación directa con el hospital.

Desde el punto de vista de la descentralización los programas y procesos que se gerencian en el nivel central que se relacionan con salud ambiental y control de vectores deben ser descentralizados en algunos de sus aspectos, igual es el caso de protección de alimentos, pues la desconcentración no es suficiente para mejorar su gestión. Por su parte y en el mismo campo, a nivel regional es básico mejorar la relación interdepartamental, y readecuar la resolución N° 9, que define funciones que deben desarrollar el DEPA y Salud Ambiental, sobre todo en las áreas de difícil acceso.

Por otra parte hace falta aplicar medidas para el control sanitario de Farmacia y Drogas, hecho que guarda relación con la falta de recursos humanos.

El sistema de vigilancia epidemiológica en cuanto a la investigación esta descentralizado hasta el ámbito del distrito, no así el análisis de la información que continua centralizado en la región.

Los laboratorios de salud pública están centralizados. Existe una propuesta para la adecuación de cinco laboratorios de zona.

El sistema de información esta descentralizado pero no está funcionando, se genera la información pero no se analiza.

Incentivos

En cuanto a los incentivos cuando se aplican se hace con el criterio de antigüedad y no se toma en cuenta la productividad. En general tienen la finalidad de “crear competencia y satisfacción personal. El Sistema es contradictorio y se otorga con base a méritos/castigo.”

Entre los incentivos que se han aplicado, aunque de manera no sistemática, están:

- . Diploma al mérito
- . Control de Salud que se ha asumido como una responsabilidad de cada funcionario, pero que la gerencia regional ha establecido la coordinación con la Caja de Seguro Social para el establecimiento de cupos preferenciales. Esto ha contribuido a incrementar la motivación.

Ahora bien, no hay participación igualitaria en la gestión total; ni un sistema de incentivos, se han dado acciones aisladas.

Meses atrás se levantaron planes de meritocracia que se aplicaron de manera parcial sobre todo a personal subalterno de los distritos, serían conveniente fueran retomados previa evaluación y adecuación, con la finalidad de establecer el sistema regional de incentivos, pues no se le dio seguimiento.

Sobre los incentivos económicos, el grupo concluye que estos generan conflictos y que puede convertirse en incentivos perversos. Además, que su implementación encuentra dificultades con la legislación vigente a nivel de Estado y la condición de funcionario público. En cuanto a la aplicación de incentivos de carácter colectivo, se enfatiza que para ellos es indispensable el trabajo en equipo.

Esta fase de la tarea de grupo resalta que los incentivos tiene como finalidad premiar a aquellas personas que durante su trabajo realizan acciones extraordinarias; así como coadyuvar en la motivación del recurso humano. Un sistema de incentivos bien establecido, con criterios claramente definidos debe impactar en la relación costo-beneficio, mediante el incremento en la eficiencia, en la eficacia y mayor impacto.

Sistema de Información

El sistema de información se caracteriza por que no es confiable ni oportuno y tiene una limitada compatibilidad (en revisión actualmente) con los procesos que adelanta el sistema de salud regional. No hay sistema de información en financiamiento y el de aseguramiento es limitado. Por su parte el Costo 20 basa su información en la facturación lo cual no es suficiente. En todas las instalaciones se carece de WINSIG y cualquier otro producto que pueda surgir del software Costo 20 no se analiza.

A nivel regional/distrital/local se comienza a utilizar la información de salud en el proceso de decisiones, en el seguimiento de los procesos. El nivel regional retroalimenta al distrital. Pero aún no se han revisado las necesidades de información por los usuarios, se comienza a analizar las distintas necesidades para evaluar gestión.

En el caso de salud ambiental la información se usa para la evaluación y seguimiento de programas y proyectos, pero no se articula la información poblacional y ambiental.

La calidad del dato recientemente se está monitoreando, el sistema para su vigilancia es un proceso que está a cargo de estadísticas; también incluye las auditorías expedidas para registro de datos.

Los centros de producción tienen problemas en su definición, no están claramente establecidos, para que respondan a las necesidades y complejidad de la instalación. La información gerencial se maneja con consolidados, que limitan su aplicabilidad.

Abastecimiento y Suministro

Las dificultades se dan por deficiencias en las requisiciones y por la burocracia excesiva que rige al sistema público.

- La evaluación de los proveedores se da en base al cumplimiento, en relación a las especificaciones;
- Pago a proveedores es al contado y a crédito
- No hay mecanismo de control de pérdidas o fraude
- El sistema de abastecimiento del central al regional y local tiene limitaciones en cuanto a transporte, recurso humano
- No hay coordinación entre Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social
- En el nivel local se determinan las necesidades y se toma en cuenta la limitante del presupuesto.

Inventario:

- Kardex – inventario interno.
- Control interno.

Proceso de compras / se da por la competencia en las cotizaciones.

Equipamiento y Tecnología

	Total	MINSA	CSS	Privado
Hospitales o Instalaciones con Camas	9	2	2	5
Hospitales o Instalaciones con menos de 5 camas	1			1
Hospitales con 5 - 19 Camas	2			2
Hospitales con 20 y + Camas	6	2	2	2
Total de Camas	828	353	418	57
Laboratorios de Imagen				
• Generales	9	2	5	2
• Odontología	36		6	30
Laboratorios Clínicos	46	13	6	27
Banco de Sangre	5	1	2	2
Nº de Farmacias	101	35	6	70
Sillones Odontología				
• Completos	120	31	22	67
• Incompletos	16	15	1	-

Evaluación del Gasto en Medicamentos En Los Últimos Cuatro Años

Indicador	1996	1997	1998	1999	25-5-2000	Total
Fondo de Administración	84303.85	8601.70	2695.00	14609.85	15718.53	125928.93
Fondo de Trabajo	36000.53	5681.90	55433.95	1012.90	20570.64	118699.92
Caja de Seguro Social	225777.77	0.00	0.00	0.00	366.00	226143.77
Depósito Central del Ministerio de Salud	509750.98	818497.62	318279.89	1124136.79	222312.84	2992978.12
Total	855833.13	832781.22	376408.84	1139759.54	258968.01	3463750.74

Al final de la exposición las intervenciones de los participantes destacaron los siguientes puntos:

Problemas del sistema de información guardan relación con la poca disponibilidad de información de la CSS. La calidad de la información no depende de la automatización de la información únicamente.

Cuál es el sistema de incentivos que se espera desarrollar a nivel regional?. El Regional. Cada día que se va a trabajar al centro de salud vamos a devolverle la

salud a la población. Sin embargo, se deben definir responsablemente un sistema de incentivos y cuáles son las mejores opciones. La aplicación de incentivos implica hacer cambios tanto por parte del prestador como de la región. Quizás como convenios/acuerdos de gestión.

Hace algunos años se otorgaban a los centros de salud trofeos, certificaciones que se reflejaban en mejores resultados en la gestión sanitaria. El sistema debe incorporar mecanismos y tipos sencillos no necesariamente financieros, pues existen muchas formas de incentivar a los funcionarios de salud. Es necesario rescatar la mística del funcionario de salud.

Incentivos de transporte (facilitar transporte) para que pueden atender en áreas de más difícil acceso, enfocar las capacitaciones como forma de incentivar al equipo de salud. Días de tiempo libre con base a productividad.

Existe un capital humano que no es sólo el equipo de salud de los centros de salud, sino también los administrativos y los de los hospitales, todos requieren ser incentivados y debe invertirse en ellos en materia de relaciones humanas, valores éticos y otros para así lograr una mejor relación costo beneficios. La sociedad tiene una crisis de valores, por tanto estos elementos no los trae, necesariamente consigo.

La aplicación de los instrumentos de gestión contribuye al mejor funcionamiento del sistema sanitario, ello implica efectuar algunos cambios, entre los que se cuentan:

- Elaborar listado regional de medicamentos
- Nombrar coordinador regional de farmacia
- Crear un laboratorio de referencia
- Debe existir un equipo básico medicinal
- Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia
- Realizar acciones que garantizan la calidad de la atención
- Estimular la participación social
- Otorgar autonomía hasta nivel distrital
- Descentralizar la red de servicios de salud
- Fortalecer la capacidad gerencial para la descentralización mediante acciones de capacitación técnica
- Establecer sistemas adecuados de control
- Abastecer efectiva y oportunamente de los insumos a todas las instalaciones de la red de servicios
- Definir las áreas de influencia con base a la distribución geopolítica de demanda y a la accesibilidad.
- Aplicar un sistema de referencia para farmacia que permita la articulación entre el primer nivel y el segundo (hospitalario) y el de contra referencia farmacia de hospital a hospital y hospital - centro de salud, mediante la existencia de documentos únicos que pueda llevar el paciente.
- Implementar un sistema de incentivos.
- Establecer un programa de calidad a nivel regional, toda vez que a

este nivel no hay programas que garanticen la calidad de salud, se usan las normas del nivel central.

- Fortalecer la participación social en servicios de salud, la cual en alguna mediada depende del área de salud.
- Fomentar el desarrollo de formas de relación jerárquica del nivel central al regional de carácter participativo.
- Establecer mecanismos de coordinación funcional entre el MINSA y la CSS. Actualmente no hay integración con la Caja de Seguro Social.

Fotografía N° 9. Financiación De Los Servicios de Salud

Compensación De Costos

Mecanismos utilizados para el análisis de costos:

- Programa Costo 20. (1998 a la fecha). Sólo se utiliza para compensación de costos.
- Relación costo-producción-rendimiento recursos no se analiza y No se utiliza científicamente para la toma de decisiones en la Dirección Médica y Administrativa.
- El análisis costo-producción se hace en la gerencia utilizando cifras presupuestarias, se utiliza para control de gastos de las diferentes unidades ejecutoras.
- Este análisis influye en las decisiones de reducir gastos, asignación de recursos, mejoramiento de servicios, entre otros.
- Es necesario que este análisis se realice sistemática y automatizadamente. No existe cobertura global por falta de información expedita.

Aspectos de la atención sanitaria que determinan sus costos.

- Exactamente, no sabemos la influencia en la complejidad de la atención sanitaria porque no hay un sistema de costo en concreto.

Las tarifas establecidas y los costos reales:

- Las tarifas establecidas *no* responden a los costos reales. Se establecieron en **1996**, en una consultoría realizada a nivel central fecha aproximada, no se han revisado analizado y actualizado.
- Se estiman de acuerdo al servicio que se ofrece.
- Las tarifas deben ajustarse de acuerdo al área y a la población que accede el servicio.

La duplicidad de servicios la compensación de costo:

- La duplicidad de servicios afecta negativamente la compensación de costo:
- En el aprovechamiento inadecuado de los recursos económicos y humanos, infraestructura, insumos.

Fuentes De Financiación

La atención sanitaria se financia en 98% a través del presupuesto público. El 2% restante es producto de las donaciones.

Según EL equipo de salud de la Región de Chiriquí las recaudaciones pasan al fondo de administración y revierten en la asignación presupuestarias como parte del presupuesto público.

Criterios de Formulación Presupuestaria

- Se formula el presupuesto anual de acuerdo a necesidades reales.
- Cifras históricas e incremento porcentual con proyecciones estimadas por cuentas de gasto.
- El anteproyecto para el 2,001 establece objetivo general, metas y políticas institucionales y fue levantado con la participación del equipo de salud (Técnico-Administrativo) de cada institución.

Los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios:

Los aportes de la autogestión en la financiación de los servicios sanitarios.

- Infraestructura: Hospital Llano Nopo
Hospital Oriente Chiricano
Subcentros de:
El , Bugaba, P. Cascabel, Manchiula
Horconcitos

(FIS, PROINLO, Cruz Roja, Sociedad Civil, Iglesia Católica).

- Equipamiento: Querévalo, San Félix
Horconcitos, Boquete
(equipo médico, maquinaria, equipo de oficina).
- Insumos: medicamentos, textiles, alimentos y enseres.

El Co - Pago de la atención de salud:

El co-pago de la atención de salud **no** se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios (existen tarifas establecidas de acuerdo a los servicios).

- Sistema de evaluación socioeconómica establece clasificación de usuarios.
- Participación del equipo de salud en cada instalación, mediante un interrogatorio preliminar y el llenado de una tarjeta posterior.
- Permite recuperación de costos de acuerdo a los recursos de los usuarios.

Modificaciones que deben realizarse:

- Clasificar usuarios de acuerdo a recursos.
- Trabajo previo de promotores de salud, en áreas distantes.
- Servicios gratuitos en áreas de difícil acceso, marginadas y de extrema pobreza.
- Exonerar los servicios prestados a usuarios, clasificados anteriormente

El sistema actual no es efectivo, porque la persona cuando realiza arreglos de pago deja una morosidad no recuperable.

El Estado debe subsidiar a la población marginada y de extrema pobreza. El subsidio estatal es garante de la equidad sanitaria. No obstante, la sociedad civil debe participar y contribuir, pues es una responsabilidad compartida Estado-Población. Ejemplo el pago de impuestos de salud por los que más pueden. Las aportaciones pueden ser económicas o de otra naturaleza.

Las donaciones constituyen un beneficio como fuente financiera, sin embargo, a veces generan mayores dificultades, porque no existe una programación conjunta. Ejm: Hospital de Bugaba; donaciones de medicamentos vencidos. El Hospital de Bugaba se recibió sin equipamiento, recurso humano y presupuesto para gastos operativos. (Se convirtió en un problema operativo).

Es indispensable que se establezcan normas para regular donaciones. Se da el caso de donaciones de medicamentos vencidos lo que genera un incremento del índice de ejecución del componente de medicamentos. Se recomienda que se dé una evaluación previa de la donación, la cual debe hacerse entre el MINSA y la entidad donante.

Los costos actuales del sistema y la sobre utilización de los servicios de salud.

- Los costos actuales facilitan la sobreutilización de los servicios de salud.
- Limitan la eficiencia del sistema.
- Los costos no se recuperan porque se cobra a los no asegurados (las personas que demandan los servicios no tienen recursos).
- La sobreutilización se da en personas que utilizan los servicios sin necesitarlos; por los bajos costos que el sistema establece.

Modificaciones:

- Establecer controles para acceso de servicios a usuarios
- Clasificar usuarios en Centros y Puestos de Salud.
- Exhonerar servicios de acuerdo a la clasificación de la población (extrema pobreza, áreas marginadas y rurales).
- Atención exhonerada a pacientes con enfermedades infecto-contagiosas, enfermedades determinantes, severas, etc. (Previa evaluación).

Gastos en Salud:

En términos generales no existe **información oportuna**, debido a la ausencia de sistemas automatizados que procesen y faciliten la misma.

Información confiable:

- Sistema de Presupuesto
- Sistema de Contabilidad Gubernamental

Otros sistemas:

- Los procesos se realizan manualmente
- Conllevan alto porcentaje de error
- Involucra la utilización de recurso humano numeroso
- Genera información con procesos lentos, retardados y algunas veces inexactas.
- Se requiere sistematización de:
 - Registros Médicos
 - Costos
 - Compras
 - Almacén (Inventario, Kardex).
 - Farmacia.

Autonomía Financiera

Autonomía para la modificación de rubros presupuestarios en los servicios de salud.

Existe autonomía, a través de traslado de partidas y/o financieras

Sí existe autonomía financiera, se da en la etapa de formulación, el anteproyecto de presupuesto se elabora según necesidades por Unidad Ejecutora (Distritales y/o Hospitales) con la participación de todo el equipo de salud (Jefes de Servicios Técnicos-Administrativos) se hace una vista presupuestaria local. También la autonomía se da en la Ejecución del Presupuesto aprobado, mediante el traslado de partida debidamente justificado.

El mecanismo de asignación financiera se da desde el nivel central a las unidades regionales y de estas hacia los hospitales y unidades locales.

El presupuesto aprobado establece las asignaciones mensualizadas por Unidad Ejecutora, la hace llegar a la región, ésta a su vez a las Unidades Ejecutoras y/o Hospitales.

Durante el periodo de preguntas-respuestas y aclaraciones se enfatizó sobre lo siguiente:

Costo 20 factura el servicio, se costea el espacio físico, pero no se obtiene una análisis de la relación costo-productividad -costo rendimiento- costo-RR y otros por que es manual.

Sólo se hace la recaudación en los centros de salud, el mecanismo es manual y la información no es óptima y ni ágil. Las cifras exactas para la compensación se desconocen. Sé costean, principalmente, aspectos de RRHH e infraestructura. La información esta atrasada.

Existen otros mecanismos para estimar los costos, más efectivos que costo20, que se esta implantado en unas serie de instalaciones sanitarias, entre ellos el

WINSIG. Vale resaltar que la informatización no necesariamente mejora la calidad de la información.

Los presupuesto se hacen con base a necesidades, los recortes se dan en función de el estatus de la recaudación fiscal y los efectúa en Ministerio de Economía y Finanzas, en periodos establecidos por este, lo cual implica la necesidad de evaluar la ejecución presupuestaria en función del presupuesto aprobado y del recortado.

El presupuesto se establece de la siguiente forma:

Cada Unidad Ejecutora envía su presupuesto al Nivel Regional, este se establece por objetos de gastos e incluye objetivos, metas y políticas, en la Región se hace una sola lista en la formulación, luego de que cada Dirección se reúne por Distrito.

La formulación del presupuesto se hace en base a presupuestos históricos o promedios ya que no conocen los costos por programa y no los puede determinar en forma científica basándose en las verdaderas necesidades ya que no conocen los costos reales de las acciones realizadas.

En cuanto al mecanismo de asignación financiera luego que llega del nivel central se distribuye del nivel Regional a los Distritos y de allí a las Unidades Ejecutoras.

Existe autonomía para modificar los rubros presupuestarios. Hay gran flexibilidad si están bien sustentados; estos se realizan a través de traslados de partida la cual se envía al MINSA al Nivel que por lo regular lo aprueba.

Fotografía N° 10. Proyectos de Inversión.

PROGRAMAS Y PROYECTOS POR REALIZAR	UBICACION/MONTO EN B/.	EFFECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES	ALCANCE DE LOS TRABAJOS
MEJORAS AL HOSP. JOSE D de OBALDÍA 1. REPOSICIÓN DEL TANQUE DE AGUA 2. PLOMERÍA EDIFICIO DE PEDIATRIA	HOSPITAL JOSÉ D. De OBALDÍA. 83,816.00 72,163.03	REFUERZO DE LA CAPACIDAD DE SERVICIO DE LAS INSTALACIONES. MODERNIZACION Y EFICIENCIA DE LAS INSTALACIONES BENEFICIOS ECONOMICOS DIRECTOS A 16 FAMILIAS POR EFFECTOS DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN.	DESMONTE DE TANQUE DE AGUA EXISTENTE, INSTALACIÓN DE DOS TANQUES DE AGUA DE 25,000 GLS. CON SUS BOMBAS. EN EDIFICIO PRINCIPAL Y EDIFICIO DE PEDIATRIA.
MEJORAS AL CENTRO DE SALUD DE DOLEGA	DISTRITO DE DOLEGA. 20,700.00	AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION. MODERNIZACIÓN Y EFICIENCIA DE LAS INSTALACIONES BENEFICIOS ECONOMICOS DIRECTOS A 12 FAMILIAS POR EFFECTOS DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN	REPARACIONES ELECTRICAS, CAMBIO DE CIELO RASO, PINTURA, REPARACIONES MENORES.
MEJORAS AL SUB CENTRO DE SALUD DE ASERRIO	ASERRIO DE GARICHE, DISTRITO DE BUGABA 22,500.00	AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION. MODERNIZACIÓN Y EFICIENCIA DE LAS INSTALACIONES BENEFICIOS ECONOMICOS DIRECTOS A 10 FAMILIAS POR EFFECTOS DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN	CAMBIO DE TECHO, REPRACIONES ELECTRICAS, CIELO RASO.
CONSTRUCCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE SORTOVÁ	SORTOVA, DISTRITO DE BUGABA 62,924.22	AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION. MODERNIZACIÓN Y EFICIENCIA DE LAS INSTALACIONES BENEFICIOS ECONOMICOS DIRECTOS A 12 FAMILIAS POR EFFECTOS DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN	INSTALACION NUEVA
AMPLIACIÓN Y MEJORAS AL CENTRO DE SALUD DE VOLCAN	CORREGIMIENTO DE VOLCAN, BUGABA 105,096.75	AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION. MODERNIZACIÓN Y EFICIENCIA DE LAS INSTALACIONES BENEFICIOS ECONOMICOS DIRECTOS A 25 FAMILIAS POR EFFECTOS DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN	CAMBIO DE TECHO, CIELO RASO, ELECTRICIDAD, PLOMERÍA, ADICIÓN.
CENTRO MATERNO INFANTIL DE BUGABA	BUGABA CABECERA 108,000.00	AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION. MODERNIZACIÓN Y EFICIENCIA DE LAS INSTALACIONES BENEFICIOS ECONOMICOS DIRECTOS A 30 FAMILIAS POR EFFECTOS DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN	TERMINACION DE EDIFICIO DONDE ESTARÁ UBICADO LA MORGUE, LAVANDERÍA, COCINA.
AMPLIACIÓN Y MEJORAS AL CENTRO DE SALUD DE BOQUETE	BOQUETE CABECERA 67,500.00	AUMENTO DE LA CAPACIDAD DE ATENCION. MODERNIZACIÓN Y EFICIENCIA DE LAS INSTALACIONES BENEFICIOS ECONOMICOS DIRECTOS A 20 FAMILIAS POR EFFECTOS DE LOS TRABAJOS DE CONSTRUCCIÓN	CAMBIO DE TECHO, CIELO RASO, ELECTRICIDAD, ADICIÓN.

REGION DE SALUD DE DARIEN

Fotografía N° 1. El Contexto

Por la diversidad de grupos humanos que conforman el mosaico étnico de la provincia de Darién con hábitos y costumbres característicos de su cultura, hacen que los problemas políticos sociales de la región tengan un perfil diferente ante la misma situación en otras provincias.

Consideramos que los problemas políticos sociales que más inciden en la situación de salud y su desempeño son:

1. Extrema pobreza
2. Analfabetismo
3. Desempleo
4. Dispersión de la población

Los cuatros distritos que conforman la provincia son considerados de extrema pobreza y esta situación tiene que ver con sus características culturales, las cuales se diferencian en cada uno de los grupos culturales que conforman la provincia.

Analfabetismo: La baja o nula preparación académica de sus pobladores dificultan las acciones tanto las instituciones de salud como de otras instituciones.

Desempleo: Este tiene aspecto diferentes según los grupos étnicos que golpea.

Ejemplo: El desempleo en el área kuna por sus tradiciones, tiene un enfoque diversos que en la emberá waunan, afro antillano y latina.

Dispersión de la Población: El difícil acceso que presenta la provincia, hace de ella, una especie de laberinto complicado para llevar adelante acciones de toda índole; además, esta dispersión con el agravante de la diversidad de etnias crea una barrera que entorpece y hace mas lento cualquier proceso en la gestión de salud.

Surgen conflictos entre las diferentes instituciones publicas, que llevan delante, programas en aras de combatir estos problemas y otros más, pues en múltiples ocasiones se llegan a la dualidad de funciones y si a esto le agregamos la injerencia e influencias de tipo político partidista el desempeño de las acciones de salud, se dificulta aun más.

Mecanismo de Conducción de la Política Social a nivel regional

Prácticamente Salud ha estado presente como institución en toda la provincia y ha sido la que en muchas ocasiones ha generado núcleos poblaciones, alrededor de sus instalaciones, ya que los emigrantes de otras provincias y del mismo darienita hacia ciertas áreas de la provincia se han orientado en base a la presencia de una instalación de salud.

Esta situación a llevado a las instituciones de salud de la provincia por muchos años a liderizar la política social del gobierno pues se ha estado dando respuesta

tratando de mejorar la calidad de vida de los pobladores. Obviamente que la escasez de recursos económicos y humanos para desarrollar a cabalidad las políticas de Salud ha sido una de las debilidades de nuestro sistema. Se ha tratado de llevar a la mayor cantidad de pobladores de la provincia, por lo menos, la atención básica de salud basada en la prevención y promoción de la Salud. Con la ampliación de la estructura gubernamental en la provincia se trabaja en coordinación con otras instituciones tipo Ministerio de Educación, que conjuntamente con salud son los más ampliamente representados. Además, de otras instituciones que ahora están iniciando gestiones en la provincia.

La Región de Salud de Darién aspira a mejorar la infraestructura sanitaria de la red de servicios pues así se obtendrá una mejor calidad de atención a la población. Todo esto se logrará con la interrelación entre las otras instituciones, que favorecen el desarrollo político-económico, tales como el BID (desarrollo sostenible), PROHINLO, las fuerzas político-partidistas (legisladores), FIS, etc. Por ende, poder dar efectividad a todos los programas que conforman los programas de Salud y reducir las incidencias de las enfermedades prioritarias que caracterizan el perfil Salud Enfermedad de la Región (enfermedades respiratorias, desnutrición, etc.).

La deforestación, la quema de amplios sectores de la geografía de la provincia han sido factores determinantes para que los efectos de los cambios climáticos globales incidan en los últimos desastres naturales que ha sufrido la provincia en estos tiempos, tales como inundaciones, en el área de Yaviza, comunidades de los distritos de Cémaco, Sambú y Pinogana. Además, la tormenta tropical provocada por el huracán Mitch que golpeó a estas mismas regiones.

Esto trajo por consecuencia la pérdida de amplias áreas de cultivo, donde se perdieron cosechas, por ende sumieron en mayores niveles de pobreza a sus pobladores. Los productores locales, los grupos indígenas y colonos de las áreas más pobres fueron mayormente afectadas.

Legislación y Participación Social en la Gestión Sanitaria

La participación social es permitida a través de los comités de salud, federaciones de comité de salud, la junta de agua, etc. Consideramos que los cambios necesarios para que esta participación social sea más efectiva consiste en una mayor educación a la población sobre los derechos y sobre todo los deberes que tiene la comunidad para lograr una atención adecuada y la responsabilidad en el auto-cuidado de la Salud.

Que no consideren a las instalaciones de salud como lugares donde le tienen que resolver su problemática de Salud de la cual en muchas ocasiones ellos son los directos responsables por su actitud de frente a los factores que causan enfermedades.

Presentación y Comentarios

Entre los problemas político sociales de la provincia se ubica la extrema pobreza, todos los 4 distritos se encuentran en esta condición. El resto de los mismos está concatenado con esta situación, pues otros de los más destacables son: el analfabetismo, desempleo y estas situaciones conllevan menor desarrollo de la

provincia. Un elemento del ambiente social destacable es la gran dispersión de la población, lo que dificulta la accesibilidad . Las características del desempleo tienen un enfoque distinto en la población indígena.

La política de salud emanada desde el nivel central guía las acciones regionales. En la región, Salud es la punta de lanza en conjunto con el Ministerio de Educación. Desde hace más o menos 8 años participan otras instituciones en el desarrollo de las políticas sociales del Estado. En ocasiones Salud lleva adelante funciones que competen a otras instancias gubernamentales por la carencia de representación de estas en la región.

Orientaciones para el desarrollo social se han dado por parte del equipo de salud, tanto es así que la presencia de la institución ha conllevado a la concentración de la población y al surgimiento de comunidades en torno a las instalaciones de salud (Santa Fé y La Carretera).

La Región de Salud de Darién aspira a mejorar las condiciones de su infraestructura con la finalidad de ofertar mejores servicios a la población sin que ello signifique que la atención está únicamente concentrada a nivel de las instalaciones. Estas mejoras implican la satisfacción de necesidades de los usuarios internos y externos y en la ampliación de la capacidad resolutive de los servicios de salud. Las actuales infraestructuras son producto de la improvisación, no han sido debidamente planificadas y han surgido como consecuencia de la presión de la población que demanda servicios. Mejores infraestructuras permitirían desarrollar programas más integrales de atención.

Estas acciones implican la participación del colectivo social del área, FIS, PROINLO, legisladores, comunidad y otras instituciones del Estado.

La dispersión de la población y el pequeño porcentaje de población residente en área a permitido que el impacto climático afectado tan seriamente a la población. Sin embargo, las condiciones de pobreza se exacerban por los cambios climáticos globales, por las alteraciones ecológicas, la reforestación y otras hayan afectado las condiciones de vida de la población, que pasan incluso por la pérdida de productos agrícolas, básicamente de subsistencia.

La participación social esta definida a través de la legislación. En Darién estos grupos sociales están bastante bien organizados, sin embargo es necesario capacitar a la población en sus deberes y derechos para recibir atención sanitaria, con la finalidad de que esto permita cambios de actitud de la población en cuanto a los estilos de vida y otros aspectos de salud. También es necesario capacitar al equipo de salud en este aspecto.

Inversiones privadas o públicas de la provincia en el último quinquenio:

- Programa de desarrollo sostenible: Tiene que ver con la eficiencia del proceso migratorio. Este programa cuenta con recursos y contempla el desarrollo de carreteras y puertos, caminos de penetración, acueductos y otros.
- La agencia española ha ejecutado programas en Jaqué para la construcción de acueductos y se contempla un proyecto de vivienda

- En cuanto a lo privado esta la promoción internacional de la provincia para el desarrollo del ecoturismo. Esto implica mejorar las condiciones de salud para que el programa tenga éxito. Ancón es parte preponderante en este proyecto.
- Inversión Pro niños del Darién, la cual desarrolla acciones relacionadas con salud y atiende necesidades de las poblaciones infantiles relacionadas con la nutrición y otros aspectos.
- Proyecto Pro-Darién – MIDA, el cual se lleva a cabo a lo interno de la provincia.

Estos son datos que pueden ser obtenidos, para contar con mayor información al respecto.

Estos son proyectos que se ejecutan en la provincia en respuesta a un plan de desarrollo integral de la Provincia de Darién, en el que destaca el programa de desarrollo sostenible (Salud, MIDA, ONG's, Educación). Todo los proyectos que lleguen al Darién deben incorporar el enfoque social.

Fotografía N°2. Caracterización de la Demanda

SITUACION DE SALUD			
A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	1980	1990	1997
DENSIDAD DE POBLACION	1.6	2.6	3.6
RURAL	1.5	2.5	...
URBANA	0.1	0.1	...
TASA DE CRECIMIENTO NATURAL	23.1	23.0	20.3
RAZON DE DEPENDENCIA	125.	105.8	...
TASA BRUTA DE NATALIDAD	24.5	25.6	22.4
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	6.5	5.5	4.5
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD	107.6	91.7	80.1
TASA DE MORTALIDAD	1.4	2.6	2.1
TASA DE MORTALIDAD EN < DE UN AÑO	12.4	17.6	25.5
TASA DE MORTALIDAD MATERNA	1.5		
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL)	58.0	61.0	64.5
MUJERES	60.0	63.2	66.6
HOMBRES	56.1	58.8	62.4
% DE POBLACION INMIGRANTE			
% DE POBLACION EMIGRANTE			
ESTRUCTURA DE POBLACION POR GRUPO DE EDAD (EN AÑOS)			
TOTAL	26,524	43,832	59,488
MENOR DE UN AÑO	4679	1,480	1,778
1-4		5,740	6,881
5-9	4,702	6,935	8,260
10-14	3,389	5,685	7,780
15-19	2,455	4,331	6,688
20-59	10,006	17,392	25,488
60 Y MÁS	1,293	2,269	2,613
PORCENTAJE DE POBLACION URBANA	6.1	3.4	
PORCENTAJE DE POBLACION RURAL	93.9	96.6	

La Provincia de Darién conforma el 23% de la extensión territorial nacional, contando con mucho territorio y con poca población, por lo que tiene una baja densidad de población, con alta dispersión de la misma y poca accesibilidad a los servicios de salud que se ofrecen.

La tasa de fecundidad es alta y la esperanza de vida es menor que la de otras regiones y provincias del país. Las tasas de fecundidad y mortalidad son influenciadas por la modernización e industrialización y estas condiciones no han presentado variaciones importantes en la provincia, por tanto no se está presentando un franco proceso de transición demográfica.

B. ASPECTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES	1980	1990	1997
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA	5153	14411	
TASA DE ACTIVIDAD	44.3	48.6	
Mujeres	13.9	14.6	
Hombres	67.2	74.2	
TASA DE EMPLEO	11.9	16.9	
TASA DE EMPLEO INFORMAL			
PORCENTAJE DE POBLACIÓN ASEGURADA	11.3	24.6	20.9
Asegurados Activos	6.4	8.2	8.3
Pensionados			
Jubilados	88.9	73.5	0.3
Beneficiarios	5.2	16.4	12.3
PORCENTAJE DE ANALFABETISMO	36.7	30.4	
ESCOLARIDAD DE POBLACIÓN			
Primaria Completa	2,381	5,998	
Secundaria Completa	406	847	
Universidad completa	121	124	
DÉFICIT HABITACIONAL		3,895	5,797
CONDICIONES DEL SANEAMIENTO BÁSICO			
% De la Población Con Disposición de Agua Potable			
Urbano			
Rural			
% De la Población con Disposición Adecuada de Residuos Sólidos			
Urbano			
Rural			
% De la Población con Disposición Adecuada de Aguas Residuales y Servicios			
Urbano			
Rural			
% De Instalaciones con Disposición Adecuada de Desechos Hospitalarios Peligrosos			

INCIDENCIA DE LA POBREZA POR DISTRITO	Total (%)	73 % DE POBLACIÓN	
		56% POBRES EXTREMOS	17% POBRES NO EXTREMOS
1. CHEPIGANA	54	49%	
2. PINOGANA	27	45%	
3. CÉMACO	14	64%	
4. SAMBÚ	5	76%	

CULTURAS Y ETNIAS	TIPOS DE ETNIAS		
	EMBERA	WAUNAN	KUNA
% DE POBLACIÓN SEGÚN EDAD			
0-24	7915	1,378	871
25-54	2951	506	373
55 Y MÁS	607	82	71
LENGUAJES Y DIALECTOS	Embera	EMBERA-WAUNAN	KUNA

OTROS: coco y aguacate.

CITRICOS: Sandía

Ejemplo: Pueblo - explotación madereras o mineras.

C. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	1980	1990	1997
MORTALIDAD GENERAL	1.4	2.6	2.1
1. Causas Ext. (Acc., Suic., Homic y otras),	7.0	27	21
2. Tumores Malignos	5.0	7	13
3. Enf. Circ. Pulmonar y otras enf. Del Corazón	4.0	3	7
4. Infec. Intestinal def.	3.0	3	
5. Enf. Cerebro vascular, bronquitis crónica y las no especificadas	2.0	6	
MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO	12.4	17.6	25.5
1. No se tiene en boletín			
2. Separadas por prov.			
MORTALIDAD MATERNA	1.5		
1. No se hace			
% DE SUB-REGISTRO DE LA MORTALIDAD GENERAL	86.1	71.5	
% DE SUB-REGISTRO DE LA MORTALIDAD INFANTIL			
% DE DEFUNCIONES POR SINTOMAS Y CAUSAS MÁS DEFINIDAS	18.4	15.6	8.1
% DE MUERTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSA AGRUPADAS	10.5	10.1	7.3
% DE MUERTES POR TUMORES	13.2	6.4	10.6
% DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS	18.4	24.8	17.1
% DE MUERTES POR CAUSAS CEREBRO Y CARDIOVASCULARES	15.8	18.3	13.8

A. PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS	1997	1998	1999
1. PARTOS	803	719	725
2. DIARREAS	101	190	95
3. HERIDAS	94	99	
4. BRONCONEUMONÍA	104	84	73
5. ASMA BRONQUIAL	88	105	84
6. ABORTO			67
7. INFECCION VIAS URINARIAS		86	
E. TASA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES			
1. TOSFERINA	16/55.58		1/1.0
2. TETANO NEONATAL	2/1.76	1/59.0	
3. SARAMPIÓN	10/34.74	2/5.0	
4. RUBEOLA		2/5.0	3/3.0
5. PARODITIS			9/15
F. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES Y REEMERGENTES QUE AFECTAN A LA POBLACION (enfermedades y situaciones de riesgo)			
1. CÓLERA			
2. MALARIA			
3. T. B. C.			
4. VHI (SIDA)			
5. DENGUE			

Presentación y Comentarios

Para mejores efectos informativos, el 95% de la información de los años 80, 90 y 97 esta disponible en la provincia de Darién. La densidad de población es baja, con una mayor proporción de población rural; el crecimiento natural es alto con pocas variaciones. La tasa de natalidad aparenta ser baja, en el marco del concepto de transición demográfica. Con tasas de fecundidad altas no se ha llegado a la condición de reemplazo. La tasa general de fecundidad no presenta variaciones importantes y se mantiene en 4.5 hijos por mujeres en edad fértil. La mortalidad en menores de un año es de 25.1 por 1,000, y se considera elevada. En cuanto a la mortalidad materna hay mucho subregistro; muchas mujeres mueren en Panamá y no se considera el registro de la procedencia. La expectativa de vida se ha incrementado. No se cuenta con datos migratorios. La estructura de población estimada para el 2000 ha disminuido en 10,000 personas.

En resumen puede decirse que la región de Darién tiene el 23% del territorio nacional, tiene una densidad de población baja, con alta dispersión lo que dificulta el acceso a los servicios y las condiciones de vida de la población. Los servicios de salud ha sido mejorados. La población con más decesos es la infantil.

La modernización no ha tenido grandes avances, no se conoce el déficit habitacional, la población femenina en edad fértil tiene poca educación formal, el ingreso per cápita no ha aumentado, lo que ha permitido que se mantengan los indicadores demográficos existentes.

La tasa de actividad en las mujeres es baja, la población tiende a buscar más hijos varones que mujeres para que ayuden en la producción a nivel de la agricultura y ganadería. Otros datos no pudieron obtenerse. La proporción de población asegurada ha ido en aumento, aunque no se sabe si esto guarda relación con las estimaciones de población, aunque hubo un incremento real de asegurados. El porcentaje de analfabetos ha disminuido y la escolaridad se ha duplicado.

La incidencia de la pobreza por distrito revela que todos los distritos son pobres con altos porcentajes de población extremadamente pobres. Para el año 90, el 73% eran pobres. Pobres extremos 49%. La mayoría de la población pobre es indígena y se concentra en el Distrito de Chepigana.

Las etnias que se ubican en el territorio darienita son la Embera, Waunan, Kuna y Bokotas . La población indígena se concentra en el grupo Embera.

Las tasas de mortalidad general por tipo de causa indican que las causas externas son la más prevalentes, seguidas de los tumores malignos, enfermedades del corazón y otras con pequeños cambios.

La mortalidad infantil por tipo de causa no se tiene separada por provincia. Se carece de datos que permitan cuantificar la mortalidad materna. Existe un alto porcentaje de muertes por causas mal definidas que cuentan entre los principales problemas las dificultades de diagnóstico, aunque ha disminuido (80, 90, 97).

Las principales causas de egresos son el parto, las diarreas, heridas, bronconeumonía, asma, aborto (1999) y las infecciones de vías urinarias.

Las tendencias esperadas en los próximos años no han podido definirse por carecer de datos que permitan un análisis objetivo en relación a los aspectos de educación y desempleo.

Los principales riesgos a la salud no se tienen con claridad por distrito.

Principales productos agropecuarios son: plátano, arroz, maíz, frijol, ñame, sandía, gallina en soltura.

77.7% de las tierras bajo explotación están dedicadas a la agricultura, el 15.35% a la ganadería extensiva, no existe ganadería intensiva y el 6.92% a otras actividades (madera o minas, y otras)

Actualmente existen 41 proyectos de reforestación de empresas privadas y la superficie reforestada es de 1573 hectáreas y a nivel estatal se utiliza la componenda de proyectos sociales.

Toda la provincia esta en riesgo de padecer desastres.

Actividades económicas: agricultura, ganadería y pesca. La producción maderera no se refleja económicamente toda vez que el impuesto se paga en Panamá y las personas que se dedican a esta actividad son residentes de la Ciudad. Esta actividad contribuye muy poco al desarrollo de la provincia y mucho al deterioro de la carretera.

Hábitos de la población:

Tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, hábitos de alimentación nutrición, conductas y prácticas sexuales, violencias y delitos, entre otros. Se requiere un estudio que permita relacionar las relaciones causas efectos.

Ver cuadros del documento.

54% hombres

46% mujeres

Relación hombre –mujer 1:0.8 (Chepigama – Pinogana)

En el área indígena la proporción es 50% para cada uno.

Población 65,412 habitantes de los que el 3% es menor de un año, 11% de 1-4; 13% de 10-14 y 21% de 15-24 y el de mayor concentración es el de 25 a 64 con 25%, 65 y más con 12%.

Las enfermedades se están notificando ascendentemente. Las diarreas, influenza y amebiasis (diagnóstico clínico) ocupan los tres primeros lugares en su orden. Estos casos son auditados y se hacen las recomendaciones al respecto.

Se desconoce la situación de la salud laboral de la provincia. No se lleva el programa. Las estadísticas económicas de la CSS no son ricas en cuanto al registro de información por parte de esta institución. En 1999 hubo 3 casos de intoxicaciones por plaguicidas debido al riego de gramoxone en áreas de la vivienda. No se lleva Plagsalud, pero se vigila activamente las intoxicaciones por plaguicidas.

La malaria en los últimos años ha descendido, el año pasado tuvo un repique y alcanzó el cuarto lugar, con un incremento de los casos por malaria causada por el Plasmodium falciparum, la mayoría importados, pero con casos resistentes.

El número de acueductos ha aumentado pero las aguas no son tratadas, ni clorinadas y son manipuladas. Saneamiento ambiental cuenta con el equipo para monitorear los niveles de cloración del agua.

En La Palma se incrementaron los casos de diarrea y se demostró que el IDAAN no estaba clorando el agua. Los casos de amebiasis se concentran en La Palma, Metetí y Santa Fé. El problema se concentra en las áreas de carretera vinculadas a la gran deforestación donde las fuentes de agua son deficientes. Se están estudiando nuevas fuentes de agua que permitan el abastecimiento de agua potable a la comunidad. Por otro lado, las preferencias de la población y la falta de organización inciden negativamente en el proceso de cloración del agua. Hay en parte un problema de dependencia de las comunidades al suministro del cloro por parte del MINSA. Las JAA no funcionan adecuadamente.

El Cólera afectó la provincia, sin embargo hay control de la situación lo cual ha permitido el control efectivo del cólera desde Colombia hacia Panamá.

Se esta vigilando la fiebre amarilla selvática a través de la vigilancia de los febriles. Se está aplicando la vacuna.

Actualmente, no se esta informando infectación de aedes, quizás por que han surgido prioridades en áreas específicas.

La leishmaniasis no ocupa los primeros lugares de morbilidad en el área. Su comportamiento esta alrededor de 43 casos por año con un pico en 1994 de 111 casos. Hay dificultades para completar el tratamiento efectivo. Santa Fé concentra la mayor cantidad de casos y esto guarda relación con la preferencia de la población para la búsqueda de tierras.

Loa infección del virus de papiloma humano esta afectando a la población del Darién independientemente de su etnia, aunque no hay notificación de los casos, situación que dificulta la priorización de acciones para abordar este problema de salud pública. Tampoco se registran las moniliasis ni las tricomoniasis. Se debe dar seguimiento a este problema.

La población o acceso a agua apta para consumo humano esta alrededor del 31.5% en 1990 y de 23.6% en 1997 (filtros lentos, clorinación y otras). Esta disminución responde a criterios técnicos para poder construir los acueductos, toda vez que la selección de fuentes de agua ha sido más estricta, otro aspecto que ha incidido es el incremento de superficies de terreno deforestadas que ha incidido en el agotamiento de las fuentes de agua. El agua subterránea en Darién es de mala calidad.

En el área de la carretera existe una comisión "Salvemos el Filo del Tallo", la cual trabaja con proyectos de reforestación, sin embargo el deterioro de las fuentes es muy serio y las poblaciones se han ido incrementando. Las opciones implican construir un acueducto cuya fuente de agua esta a 45 kms, esta situación resolvería el problema de dotación de agua apta para el consumo humano para una mayor cantidad de población.

No existen sistemas de relleno sanitario, la mayoría de la población quema la basura o la entierra.

Las aguas residuales no se disponen en forma adecuada. Para 1997 el 1.95% de la población contaba con tanque séptico. El sistema de letrínación permite una mayor cobertura de 30.47% para 1997 en cuanto a formas de disposición sanitaria de excretas. La dificultad es que la comunidad esta acostumbrada a que el MINSa le de los materiales o bien las letrinas de fibra de vidrio, razón por la cual construyen las viviendas sin letrina u otros dispositivos para disponer las excretas. No existen mecanismos adecuados para la disposición de los desechos peligrosos.

Boca de Cupé no cuenta con acueducto porque las fuentes de agua están muy distantes y la población es poca y dispersa. Se está trabajando con un proyecto - estudio de pozos excavados, como la opción más factible. Se recomienda el uso temporal de filtros caseros hasta tanto se cuente con otras alternativas.

Dentro del proyecto de desarrollo sostenible se han considerado estos problemas y se cuenta con los recursos para su desarrollo.

Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta

Vigilancia Sanitaria:

- Ambiente: contaminación por plaguicidas, agua apta para consumo humano, enfermedades por vectores, disposición de excretas
- Social: violencia, promiscuidad, drogadicción, alcoholismos
- Morbilidad: Enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias agudas, infecciones de transmisión sexual, desnutrición

Fortalezas

- Red de servicios
- Recursos humanos capacitados adecuadamente
- Apoyo Intersectorial

Debilidades

- Accesibilidad
- Dispersión de la población
- Aspectos culturales
- Movimientos migratorios
- Bajo nivel académico y económico
- Crisol de Etnias
- Recurso humano insuficiente (debido presupuesto insuficiente o por no aceptabilidad del área de trabajo)

Accesibilidad Geográfica

Las comunidades más inaccesibles por distrito son:

Distrito	Comunidades	De la Comunidad a la Instalación más cercana				Instalación más cercana
		Invierno		Verano		
		Tiempo Hr.	Costo B/.	Tiempo Hr.	Costo B/.	
Pinogana	➤ Paya	5.0	30	7.0	42	Boca de Cupé
	➤ Pucura	4.0	24	6.0	36	Boca de Cupé
	➤ Balsal	1.5	18			Boca de Cupé
	➤ Nazareth	4.0	24			Hospital de Yaviza
	➤ Trigre	3.5	19			Hospital de Yaviza
	➤ Mortí	24.0	144			Hospital de Yaviza
Cémaco	➤ Marragantí	4.0	24			Hospital de Yaviza
	➤ Barranquillita	9.0	54	7.0	42	Hospital de Yaviza
	➤ Canan	10.0	60			Metetí
	➤ Sinaí	10.0	60			Metetí
Chepigana	➤ Wala	24	144	7.0**		Santa Fe
	➤ Nurra	24	144	7.0**		Santa Fe
	➤ Buenos Aires	12	72			Hospital de La Palma
	➤ La India	15	90			Hospital de La Palma
	➤ Sierpe	6	36			Hospital de La Palma
	➤ Llano Bonito	6	36			Hospital de La Palma
	➤ Mague	2	12			Hospital de La Palma
	➤ La Aldea	4***	-			Hospital de La Palma
	➤ Playa Muerto	3	18			Garachiné
Sambú	➤ Pavarandó	12	72			Sambú
	➤ Jinqurundó	12	72			Sambú
	➤ Boca de Trampa	4	24			Sambú
	➤ Güina	15	72			Sambú
	➤ Belén					Sambú

* Datos calculados considerando ida y vuela y como medio de movilización predominante el acuático con motor fuera de borda de 15.

** Transporte terrestre

*** A pie

Complejidad de la Red

La red de la Región de Salud del Darién esta integrada por instalaciones y servicios del primer nivel de atención. Se cuentan entre sus características las siguientes:

- Físicas: 9 instalaciones sanitarias que cuentan con consulta externa, hospitalización, urgencias y administración
- Tecnología: Odontología y farmacia en 8 instalaciones
- Servicios de Apoyo:
 - Laboratorio 7 instalaciones
 - Rayos X 2 instalaciones
 - Morgue 2 instalaciones
 - Transporte autos, pangas y botes en 8 instalaciones
 - Teléfonos 6 instalaciones
 - Radios 9 instalaciones

Recursos humanos

En el reclutamiento este se logra de acuerdo a las necesidades de cada área de igual forma se nos informa acerca de los puestos de trabajo necesarios y es a solicitud de cada área que éstos se asignan y distribuyen; en los casos de despido cuando se trata de contratos, cuando se rescinden los mismos se comunica a través de una carta firmada por el nivel jerárquico competente, y cuando se trata de un funcionario permanente esto se tramita por los conductos regulares que se han llevado a cabo a través de todos los tiempos que es la elaboración de la acción de personal, la aplicación del Reglamento y los artículos de éste.

La capacitación de los recursos que sirven en la red informal de Salud (parteras, curadores, y otras) se efectúa en las diferentes áreas y es a través de las personas competentes como lo son los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería que a su vez ejecutan la actividad y supervisan las mismas.

Las competencias técnico-administrativas y oníricas del personal de Salud se actualizan a través de reuniones y giras de trabajos periódicos de los altos jurados y funcionarios a los cuales les compete las mismas.

Tipo de Recurso Humano	MINSA	CSS
Médicos	26	5
Odontólogos	10	1
Enfermera	23	5
Auxiliar de Enfermería	20	15
Asistente de Salud	42	-
Laboratorista	1	1
Asistente de Laboratorio	3	1
Farmacéutico	3	-
Asistente de Farmacia	5	-
Nutricionista	1	-
Asistente de Nutrición	2	-
Técnico de Rayos X	1	-
Asistente Dental	1	-
Trabajador Social	1	-
Educador Para La Salud	1	-
Inspector de Saneamiento Ambiental	6	-
Auxiliar de Registros Médicos y Estadísticas	3	4
Veterinario	1	-
Administrativos	95	13

RECURSOS HUMANOS BASICOS EN RED DE ATENCIÓN

TIPO DE RECURSO	AÑO				
	1995	1996	1997	1998	1999
Nº. Total de Médicos	24	21	22	23	15
Generales	19	17	18	20	12
Pediatras	1	1	1	1	1
Cirujanos	2	2	2	1	1
Gineco-Obstetra Obstetras	2	1	1	1	1
Otras Especialidades					
Nº. Total De Enfermeras	32	32	41	36	28
Nº. De Odontólogos	5	4	5	5	5
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.	4.3	3.7	3.7	3.7	2.4
Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Habs.	5.8	5.6	6.9	5.9	4.4
Nº. Total De Técnicos De Laboratorio	1	1	1	1	1
Nº. De Farmacéuticos *	1	1	1	0	0
Nº. De Asistentes De Farmacia	1	1	1	1	2
Nº. De Educadores Para La Salud		1		2	1
Nº. De Inspectores De Saneamiento y Antivectoriales	7	6	6	6	6
	0	62	62	62	60
Nº. De Ingenieros y Arquitectos **	0	0	1	1	2

RECURSO HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares Enfermería	Otros Trabajadores	Personal Administrativo	Servicios Generales
MINSA	36	25	20	77	28	81
CSS	6	5	15	2	4	6
PRIVADO						
TOTAL	42	30	35	79	32	87

La Región se ha sectorizado en 9 áreas y el criterio aplicado fue el de accesibilidad. Los equipos básicos están integrados por médico, enfermera y/o auxiliar de enfermería, odontólogos.

La cartera de servicios ofrece los programas de saneamiento ambiental, infantil, maternal, promoción de la salud. Estos se ofrecen gratuitamente.

El flujo de paciente se da:

A lo interno: mediante la interconsulta y el paciente es referido a los diferentes programas y servicios.

A lo externo: aplicando el sistema de referencia - contrarreferencia. Este sistema, el de referencia contrarreferencia no se da por omisión u otros factores, a pesar de ser obligatoria.

Medicamentos y laboratorios

La región de salud de Darién cuenta con 9 farmacias en centros de salud, 3 en subcentros para un total de 12 farmacias públicas. Además hay 2 farmacias privadas. No existen farmacias comunitarias

El listado regional de medicamentos que esta disponible para la región se encuentra sujeto a cambio por las necesidades de los especialistas., aunque fundamentalmente se trabaja con el del nivel central. Se dispone de 231 renglones usados por toda la red (hospitales, centros, subcentros y puestos de salud)

Los esquemas de subvención están definidos y se trabaja con protocolos para TBC, tercera edad, alimentación complementaria, adultos y escolar; y para el tratamiento de patologías específicas. Se remiten paquetes de medicamentos para que los asistentes de salud puedan aplicar y completar algunos tratamientos, debido a que la población esta muy dispersa y las condiciones de inaccesibilidad son marcadas.

Se cuenta con 2 farmacias privadas, una con regente pasivo. Hay dos licenciados en farmacia y el resto son atendidas por asistentes de salud

No hay banco de sangre. Las transfusiones son por urgencias.

La región cuenta con 5 laboratorios funcionando: Santa Fe, La Palma, Metetí, Yaviza y Sambú. Las instalaciones de El Real y Garachiné cuenta con el equipo pero carecen del recurso humano calificado por lo que no están funcionando.

El perfil de pruebas comprende:

- Urianálisis,
- VDRL - RPR,
- BARR,
- Química,
- Parasitología
- Gram.

Las pruebas de química que se efectúan en Santa Fe y La Palma y son: glucosa, ácido úrico y nitrógeno de urea. En tanto que en Metetí y Sambú se efectúa la prueba de glucosa, colesterol, ácido úrico y nitrógeno de urea. Yaviza no cuenta con equipo para efectuar pruebas de química.

No hay laboratorio de referencia. Se refieren a Santa Fe para la prueba de VIH. Este es el laboratorio más completo de la provincia.

Los costos no son uniformes y se establecen en función del poder adquisitivo de la población. No hay margen de ganancia para la instalación de salud. Santa Fe y

Metetí tienen un patrón similar de precios. El resto esta condicionado a la disponibilidad de los recursos regionales.

La partida 274 para la compra de insumos de laboratorio esta centralizada. La compra se hace en forma global atendiendo a un patrón de consumo individual de cada instalación.

**EVOLUCIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS
EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS**

INDICADOR	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto total en Med.	139,052.36	111,154.09	32,639.62	152,756.56	0.00
Por la CSS					
Gasto Total por MINSA	392,283.66	360,279.28	559,305.13	438,106.42	271,059.75
Gasto per cápita en med.	9.57	8.20	9.95	9.61	4.27

Fotografía N° 4. Satisfacción del Cliente.

La mora quirúrgica por lo general ha sido corta y baja ya que no duraba más de una semana. Se hacía la lista de cirugías y se establecía la fecha. Desde hace unos meses hay insatisfacción del usuario porque el quirófano está dañado en La Palma, así como el sistema de esterilización. La esterilización se estuvo haciendo en El Real, sin embargo hay dificultad para el transporte. El paciente se queja de los cambios de fecha en la cirugías generales y ginecológicas programadas. Igual queja se aplica para los procedimientos especiales. Estos cambios son producto de la escasez de personal ya que los especialistas atienden en toda la provincia o bien trabajan 21 días y salen libre 10 días.

Los servicios con mayor espera son ginecología, cirugía y odontología. Se carece de anestesiólogo. Los registros de la mora quirúrgica son inefectivos.

No hay registros de rechazo de pacientes.

La mayor proporción de demanda insatisfecha se encuentra en Chepigana, La Palma Cabecera, esta última recibe población de otras instalaciones donde no se ha satisfecho la demanda. Los corregimientos de Tucutí, Cucunatí y Chepigana son los que más pacientes refieren a La Palma, toda vez que en ellos se cuenta con subcentros o puestos de salud. Estas instalaciones carecen de recursos humanos suficientes o bien se encuentran cerrados.

El corregimiento de Yaviza también concentra una buena proporción de la demanda insatisfecha (Distrito de Pinogama) ya que para la población residente en el área se trabaja con horario definido de 7 a.m – 3 p.m

Las citas de medicina general se dan por demanda espontánea de 7 a.m – 3 p.m y luego urgencias. Para la atención especializada se otorgan citas considerando la disponibilidad del especialista. Se efectúan turnos por llamada en el caso de los especialistas.

Horario de Atención

Se atienden todos los pacientes 24 horas a excepción de los programas los cuales se atienden de lunes a viernes de 7 a.m a 3 p.m.

La población en su mayoría está satisfecha con el horario actual, aunque solicitan ampliación del horario quizás porque la atención de urgencia cuesta 2 dólares y la consulta externa regular cuesta 0.50 centavos para todas las consultas a excepción de la odontología. Esto requeriría incrementar los recursos humanos técnicos y administrativos.

Propuestas de ampliación de horario no se han hecho por las particularidades de la atención ofrecida, anteriormente descritas.

La carencia de recursos impide el reemplazo de los recursos humanos en periodo de vacaciones o durante los días libres.

La población que esta en la sede de la instalación debe tener un horario de consulta externa hasta las 3 p.m. Sin embargo los pacientes que vienen de lejos son atendidos con base a la demanda y son atendidos. Las vacunas se aplican a todos los pacientes que lleguen y requieran de esta medida. Cuando el paciente llega por una urgencia y viene de lejos se atiende la morbilidad y se le cita, si no amerita ser hospitalizado, se le cita para el día siguiente para efectuar los programas de control y prevención.

No se tiene cuantificado la cantidad de pacientes que se traslada por cirugías y diagnósticos. Sólo se lleva registro de las urgencias. Santa Fe ha trasladado a la fecha 100 traslados. Pero SAM ha cuestionado que el presupuesto se lo lleva Darién.

Hay quejas de la población por la carencia de algunos profesionales entre los que se cuentan ginecólogos, pediatras, anestesiólogos, técnicos de rayos x y otros.

Se solicita que se trabaje en una legislación que proteja al medico general o al especialista que trabaja en áreas apartadas para que puedan aplicar anestesia. Otra opción es facilitar la formación de médicos especialistas de entre los mismos recursos humanos de la región (cirugía, pediatría, anestesiología y ginecología).

Mecanismos de medición de satisfacción del cliente

No hay mecanismos, ni encuestas que permitan efectuar esta medición.

Control de Calidad

Se han realizado auditorias de expediente por enfermería sobre el servicio. Epidemiología efectúa auditorias a problemas objeto de vigilancia. Se seleccionan 400 expedientes al azar y se confrontan en función de las normas de los diferentes programas.

También se desarrollaron auditorias de expediente durante el proceso de Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud, el cual ha tenido impacto local en el departamento de Registro Médico.

Se ha iniciado los programas de control de calidad en Sambú y Metetí. A estos se les esta dando seguimiento.

Fotografía N° 5: Red Social

La población se organiza para apoyar la gestión y oferta de servicios de salud según la situación que se presente, y otros por la misma necesidad ejemplo: Club de Hipertensos, Diabéticos, Tercera Edad y otros.

Inventario de organizaciones comunitarias apoya las acciones de salud:

- Comité de salud que son 89 con personería Jurídicas y otras sin ellas.
- Iglesias Católicas - Cuadrangular - adventista.

Tipo de apoyo que generan estas organizaciones:

Comité de Salud:

1. Organización Comunitaria.
2. Organización de giras a realizar.
3. Comité de apoyo para la dotación de pacientes que no tiene seguimiento en algún programa de salud.
4. Organización de los comité de agua.

Juntas de Agua:

1. Administración de los acueductos rurales.
2. Mejorar la calidad de agua.
3. Promover el uso del agua apta para consumo humano.
4. Mantenimiento del acueducto.

Iglesias

1. Católica, Cuadrangular y Adventista.
Apoyo logístico para la realización de giras médicas.
Concientización y Prevención de los valores morales y cívicos de su comunidades.
Promocionar el aspecto Educativo en salud a través del mejoramiento de los estilos de vida.

ONG'S (Ancón - Pro-Niño de Darién)

1. Atención directa algunas comunidades a través de los programas establecidos como granjas, comedores escolares.

Análisis de actores sociales:

Si se realizó con el estudio de proyecto de desarrollo sostenible al Darién por el Ministerio de Planificación.

Sus intereses son: Personales
Políticos
A favor de la Comunidad.

Relevancia mayor: Interés común que en esos momentos que los motivas (Proyectos de desarrollo sostenibles)

Caracterización del sector informal de atención de salud:

Personas que se caracteriza a través de la Botánica (curanderos) se desconoce su número.

La actividad de los curanderos es por medio de Hierba.

Las prácticas y cultura de la población se integran a las actividades de salud mediante las organizaciones y programaciones de los mismos a través de los líderes comunitarios, (Promotores, ayudantes, dirigentes comunitarios o nokoes, caciques, etc.).

Fortalezas y Debilidades del equipo de salud de la región para potenciar la red social de salud.

Fortalezas:

1. Conocimiento del área.
2. La mística del trabajo del personal.
3. Personal capacitado.

Debilidades:

1. No se trabaja en equipo.
2. Falta de diagnóstico de salud de los niveles locales.
3. No conformación de un equipo conductor.
4. La injerencia de la política partidista.
5. Cambios frecuentes administrativos.

Presentación y Comentarios:

En la provincia la población se organiza poco para apoyar los servicios de salud, sin embargo se organizan en función de algunas necesidades concretas.

Comités de Salud: Captación y seguimiento de pacientes, organización juntas de agua, apoya en el desarrollo de las giras de salud.

Iglesias: Apoyo logístico a giras médicas. Concientización y prevención de factores de riesgo, promover estilos de vida saludable y valores morales y cívicos.

Juntas Administradoras de Agua: mejorar calidad de agua, mantenimiento del acueducto, promover uso de agua apta para el consumo humano

Clubes Cívicos: apoyo en las giras de salud y en las actividades de atención de la población.

Otros:

Se realizó un estudio en el cual se definieron las necesidades de la población. Que dio como resultado el proyecto de desarrollo sostenible de Darién.

Sus intereses tienen que ver con aspectos personales.

Se desconoce el número de curadores y la población demanda sus servicios. Estos atiende los problemas de salud y aplican tratamientos con hierbas. En las comunidades indígenas se concentra el mayor número. Estas personas realizan encuentros.

Las fortalezas del equipo de salud que le permiten potenciar la red de servicios son:

- Mística de trabajo
- Personal capacitado
- Conocimiento del área

En cuanto a las debilidades pueden mencionarse:

- Falta de equipo conductor
- Cambios administrativos frecuentes
- Política partidista
- Falta de trabajo en equipo

Es necesario que se realicen esfuerzos para poder contar con el recurso humano calificado para algunas actividades específicas, sea el caso de los tecnólogos médicos. Por otra parte, se requieren otros profesionales para lo cual es fundamental gestionar opciones que permitan dar respuesta a estas necesidades. Los grupos con formación a nivel técnico no pueden desarrollar algunas funciones que se requieren para mejorar la capacidad resolutoria de las instalaciones de salud.

La visión prospectiva en el corto plazo (5 años) nos lleva a pensar con luces largas, toda vez que se quiere desarrollar el Darién. Esto trae consigo las mejoras de las condiciones de vida y las mejoras de la infraestructura, con la dificultad de no poder poner a funcionar las mismas con toda su capacidad para operar. La región requiere de profesionales, por tanto es necesario pensar en estrategias que estimulen a los profesionales para que ofrezcan sus servicios en estas áreas.

Fotografía N° 6:

Adecuación de la Oferta

La red de servicios se está adecuando mediante la reorientación de la oferta, en el marco del proyecto de Desarrollo Sostenible del Darién

Las prioridades se han establecido y se consideran problemas y grupos prioritarios específicos:

- Programa de alimentación complementaria
- Granjas autosostenibles
- Construcción de acueductos, pozos u otras formas de acceso a agua apta para el consumo humano.
- Capacitación a parteras empíricas
- Suplemento de Hierro
- Atención de la niñez:
 - Vacunación
 - Crecimiento y desarrollo
 - Nutrición
- Adolescencia:
 - Salud sexual y reproductiva
- Adultos:
 - Control de enfermedades crónicas
 - Detección temprana del cáncer

Adecuación de la Cartera de Servicios

Es necesario que la cartera de servicio continúe incorporando atención preventiva y curativa en las 9 instalaciones de salud. La prevención se da en consulta externa durante 24 horas 365 días del año, enfatizando la vacunación, toma del pap y la atención del parto, entre otras; la atención curativa se logra vía hospitalización y atención ambulatoria de la morbilidad.

Para el mejor desarrollo de la cartera de servicios es necesario:

- Mejorar la capacidad del sistema de urgencia
- En lo preventivo, se requiere contar con más equipos, efectuar programas de capacitación, construcción del depósito de biológicos, reforzar los medios de movilización para la acción comunitaria y traslado oportuno y seguro de pacientes, reforzar y/o adecuar la estructura física y la infraestructura sanitaria y fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional.

Ampliación de cobertura

La red debe disponer de los tres niveles de resolución para ampliar la cobertura. Los niveles propuestos son el de alta, media y baja capacidad. Esta región trabaja 24 horas 365 días del año, deben intensificarse las giras de salud integral y la ampliación de servicios.

La propuesta de proyecciones de la red que plantea la región considera aspectos socioeconómicos y de accesibilidad, y se basa en el fortalecimiento de la red

actual y con el incremento de su complejidad, no así con la ampliación de la red en términos cuantitativos. Tiene que ver además con la protección ambiental.

Una instalación se elevaría a un nivel de alta complejidad y concentraría a los especialistas y médicos generales; así como los técnicos de saneamiento, rx, laboratorio. Se ha seleccionado la instalación que se encuentra en mejores condiciones y que tiene mayor demanda y es más accesible. Se ubica en el área de la carretera. También se consideró que en el mediano o largo plazo la migración se concentraría en esta área por ser polo de desarrollo; la instalación es la de Santa Fe. Esta instalación hoy día es un Centro Materno Infantil que se convertiría en el hospital de referencia.

Las instalaciones de mediana complejidad dispondrían de recursos de rx, laboratorio, consultas especializadas programadas y se diferencia de la anterior por la capacidad de hospitalización. Sambú, La Palma y Jaque.

Las de baja resolución ofrecerían los servicios actuales y contaría con asistentes de laboratorio y de farmacia.

La selección de las instalaciones de media complejidad se tomaron en cuenta los mismo criterios aplicados para la de mayor complejidad.

En la Comarca se adicionaría una instalación ubicada en el Distrito de Cémaco - Unión Chocó, así como una en Tucutí; elevar el puesto de salud de Río Congo a un centro de salud. Todas estas instalaciones serían de baja capacidad de resolución.

Los equipos básicos (educadores, técnicos de salud ambiental, asistentes de salud como equipo de promoción). Además se ha considerado el fortalecimiento de las giras de salud. se han pensado en la propuesta y en la región de salud. Se ha considerado además el control de las enfermedades prevenibles que afectan a la población.

Es necesario lograr una mejor participación comunitaria en la cogestión de los servicios de salud.

Fotografía N°7: Caracterización del Sistema Regional y Proyecciones

Organización Y Funcionamiento

La Región de Salud de Darién cuenta con 4 Distritos, de los cuales 2 corresponden a la Comarca Emberá-Wounan y 2 al área no comarcal. Definitivamente consideramos que se debe conformar o crear una Región Separada que sería la de la Comarca Emberá-Wounan con su organización sanitaria, administrativa y presupuestaria aparte; así dentro de la Provincia de Darién se manejaría con 2 Regiones de Salud.

El avance de descentralización hacia los niveles locales, hospitalarios y de primer nivel de atención se llevan a cabo con lentitud. Sobre todo en el aspecto administrativo, pues no se cuenta con recursos humanos con la capacidad o una formación para un buen desempeño y ejecución de dicha función.

En el aspecto técnico, la descentralización sí ha sido un poco más rápida pero siempre con la coordinación y supeditado al Nivel Regional como puente con el Nivel Nacional.

La estructura orgánica si debe guardar relación con los procesos sanitarios. La estructura debe ser acorde a la región.

Si existen manuales de procedimientos administrativos. Se aplican, según el caso, por el Jefe de departamento.

La coordinación con la C.S.S. se da a través del Coordinador Regional. Se debe dar sobre las bases de coordinación. Los mecanismos que han sido o pueden ser efectivos son a través de ambas coordinaciones. En los momentos que se establecen nexos de coordinación regularmente es cuando se presenta un problema con algún personal o para la tramitación de documentos, ejm. Firmas.

Los que participan en este proceso por lo general son la Dirección Regional con el Coordinador Administrativo de la C.S.S.

Fortalezas y Debilidades de la Organización y Funcionamiento Regional

Fortalezas

- Personal con experiencia

Debilidades

- Poca coordinación interdisciplinaria.

El Sistema Regional de Salud (MINSAs) efectúa sus funciones de conducción sanitaria a través de la Dirección Regional hacia el nivel local y hacia el nivel regional posterior a su ejecución. Participan generalmente el nivel local.

Son muy pocos los cambios en el nuevo modelo de gestión que se están llevando a nivel de la provincia.

Con relación entre los actores hay que enfatizar más la participación social. Algunos de estos cambios los podemos mencionar como:

- La participación de la comunidad en las juntas administradoras de agua;

- Participación de los miembros de los comités de salud.

Las políticas de salud sí responden a las necesidades regionales y la mayoría se aplican dirigiéndolas principalmente a lo que corresponde a la atención primaria en salud.

Incidencia del nivel central en el desempeño del nivel regional:

Si incide por que no contamos con una descentralización al 100 %.

Los puntos críticos de la burocracia administrativa son:

- Centralización presupuestaria;
- Politización en la gestión de Recursos Humanos;
- Demora en los trámites administrativos.

Se pueden transformar a través de negociación del Nivel Regional, Nacional y Político respetando el criterio técnico. La toma de decisiones se da en forma vertical descendente.

Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud al sector público y privado la asumen los coordinadores y jefes de departamentos con supervisión capacitante

EQUIPAMIENTO Y TECNOLOGIA ULTIMO AÑO DISPONIBLE

	TOTAL	MINSA	CSS	PRIVADO
Nº. De Hospitales o instalaciones con camas de hospitalización		12		
Nº. De Hospitales o instalaciones con menos de 5 camas		3		
Nº. De Hospitales o instalaciones entre 5 y 19 camas de hospitalización		6		
Nº. De Hospitales o instalaciones con 20 y más camas de hospitalización		3		
Nº. Total de camas		133		
Nº: de laboratorios de imagenología Generales De odontología		2		
Nº: de laboratorios Clínicos		5		
Nº. DE Banco de Sangre		0		
Nº. De Farmacia		13		2
Nº. De Sillones Dentales Completo Incompleto		8		

Presentación y Comentarios

Se cuenta con 4 distritos, dos de los cuales son del área comarcal; los cuales deben conformar una región comarcal que disponga de los recursos necesarios para su funcionamiento y su propia red de servicios.

El avance en la descentralización hacia los niveles locales es lento, principalmente en los aspectos administrativos por carecer de los recursos humanos calificados para tal fin. En cuanto a los aspectos técnicos estos han sido mayores, aunque siempre supervisados por el nivel regional, el cual establece los vínculos con el nivel central.

La estructura regional debe ser acorde con la región. Los manuales administrativos existen y se aplica según el caso y el jefe es quien los aplica.

La comunicación con la CSS se da a través del coordinador regional y debe darse sobre la base de coordinación. Esta coordinación responde a resolver problemas con algún personal. La coordinación es entre los gerentes regionales.

El nivel regional ejecuta las labores de conducción del MINSA y desde éste hacia el nivel local.

Son muy pocos los cambios en el modelo de gestión de la provincia. Debe reforzar la participación social de todos los actores relacionados con los procesos sanitarios.

Las políticas responden a las necesidades regionales y guardan relación con la APS.

La burocracia administrativa afecta la función y los puntos críticos son la politización de la gestión de RRHH, centralización del presupuesto. Se pueden modificar mediante la negociación y el respeto de criterios técnicos.

La toma de decisiones es vertical descendente.

Las funciones de supervisión las ejerce el nivel regional a través de sus coordinadores.

Se ha querido conformar un equipo conductor lo cual no ha sido posible por las carencias de recursos humanos y logístico para su funcionamiento. Este equipo debería asumir las responsabilidades de la planificación de salud.

Sólo el 22.2% (2/9) de las instalaciones cuenta con equipo informático. Los 3 hospitales generales tienen menos de 30 camas.

El grado de análisis de la información es poco pues no se le ha conferido importancia a esta actividad.

Fotografía N°8: Instrumentos de Gestión

Planificación Regional y Programación

La planificación regional es participativa parcialmente, y en ella se involucran los directores de centros de salud y el equipo regional. Antes se realizaba semestralmente y en la actualidad es anual, con reuniones de coordinación para la definición de estrategias del 2000 al 2004. Se cuenta con un plan estratégico regional, para su elaboración participaron algunos miembros del equipo local y regional, el define metas en los campos de la atención de la población y del ambiente. Hasta la fecha el mismo no ha sido divulgado a todos los miembros del equipo regional y local. Esta fase ya se esta adelantando.

Los equipos locales definen las necesidades y proyectos de trabajo los cuales se remiten a la región de salud. Cuando la región solicita información los gerentes en conjunto con el equipo de trabajo definen las necesidades; sin embargo el proceso se da para acciones puntuales. La programación local establece las actividades y metas para la vacunación, las giras y otras.

Actualmente no existen instalaciones de salud de la CSS, por tanto no se da un proceso de planificación ni de programación conjunta. Los gerentes establecen algún tipo de coordinación entre los gerentes regionales.

La población no participa en forma activa en los procesos de planificación y programación local, toda vez que se escuchan sus opiniones y el equipo saca las conclusiones y define las acciones.

Los diagnósticos de salud de los niveles locales no se han efectuado en la actualidad.

Las metas establecidas se evaluaban semestral y anualmente, sin embargo desde hace dos años esta práctica no se da; quizás debido a que los gerentes se estaban dedicando a atender otros aspectos. La Región dejó de efectuar la acción evaluativa en la cual participaban los coordinadores, gerentes regionales y equipo local; por su parte los niveles locales lo hicieron por un tiempo, pero es una práctica que ha dejado de efectuarse. Se requiere reiniciar el proceso con la participación de todo el equipo regional y local, incluido los administrativos, pues este desfase ha dificultado la función gerencial.

La comunicación con la sede es pobre, se cambian los instrumentos gerenciales y no se comunican los cambios en los procesos.

A nivel local existe una funcionaria que maneja los aspectos relacionados con la CSS y este personal no participa en el proceso de programación y evaluación.

Se dispone de indicadores de salud, no así de costos y de aspectos financieros. No se aplica un sistema de evaluación que considere insumos, proceso y resultados.

Presupuestación por Objetivos

El anteproyecto de presupuesto para el 2001 en el objeto de gastos de medicamentos contó con la participación del personal médico; la configuración del anteproyecto contó con la definición de necesidades por parte del equipo local, luego la región consolidó la información y fue revisada por el equipo regional. No se efectuó un proceso final de consenso.

Se efectuaron ajuste a la fase histórica de elaboración del presupuesto toda vez que se incorporaron las 9 instalaciones de salud como unidades ejecutoras; antes sólo se incluían 3 (las hospitalarias) y dos distritos. Se efectuó un mejor análisis para la justificación presupuestaria.

La formulación del presupuesto no fue con base a objetivos claramente definidos. No se da un proceso de rendición de cuentas.

Se desconoce la distribución del presupuesto asignado a la atención de salud de la población y del ambiente y de las funciones de salud pública, toda vez que no se presupuesta de esta forma.

Los directivos locales fueron los responsables de presentar el anteproyecto de presupuesto y los administradores y directivos regionales de todo el proceso regional.

El seguimiento para la ejecución presupuestaria lo efectúan la dirección regional y la administración. Los niveles locales solicitan los recursos requeridos y son aplicados en función de las prioridades regionales, en cuyo proceso no participan los gerentes locales.

El contrato programa es una forma para mejorar la presupuestación por objetivo. En cuanto al tipo de contrato a establecer va a depender del cambio de las condiciones actuales de la región; sin embargo una opción futura sería incorporar los contratos programas público-privado sin fines de lucro, aunque no existe consenso al respecto por lo que hay que discutir el tema con mayor profundidad. Hoy día hace falta desarrollar la capacidad gerencial por parte del equipo de la región para mejorar la gestión regional.

No se están introduciendo compromisos de gestión.

Incentivos

No hay un sistema de incentivos que se aplique en la región.

En algunas áreas locales se están aplicando algunos mecanismos como por ejemplo el empleado del mes (a través de murales), también se realizan reuniones con la finalidad de esclarecer objetivos y metas conjuntas que se pretenden lograr a corto plazo. Se felicita a los trabajadores independientemente de sus funciones o cargos.

Independientemente de los esfuerzos realizados por el equipo de salud darienita no se aplican incentivos al personal, ni por el nivel regional ni por el nacional, específicamente en lo referido al Cólera.

Los incentivos se deben aplicar con base a evaluaciones que consideren productividad, eficiencia, eficacia – cumplimiento de metas y objetivos y antigüedad. Esto busca incrementar la relación eficiencia – costo – eficacia.

El plan de meritocracia de Darién se inicio con el otorgamiento de pines por antigüedad, sin embargo no se le dio seguimiento y ha dejado de realizarse.

El grupo considera que el recurso humano de Darién vería satisfactoriamente un programa de incentivos que destaque los programas de capacitación.

Sistema de Información

El sistema de información es manual, no confiable e inoportuno; es muy lento toda vez que no dispone de las tecnologías mínimas requeridas. La información presupuestaria y contable se maneja separadamente y se cuenta con tecnología. No hay articulación, análisis y seguimiento de la información en ningún nivel de la red.

No hay sistema para evaluar la calidad de la información. Hay duplicidad en el registro de la información.

El sistema de información debe ser revisado y los usuarios requieren participar en un proceso que permita la definición de indicadores de salud, de proceso, resultados e insumos. De igual forma se requiere redefinir el sistema de costos. Se cuenta con algunas experiencias donde los usuarios del sistema definido algunas necesidades de información, la cual se ha venido registrando en formularios diseñados para tal fin.

El sistema costo 20 solo maneja producción, la facturación se manejo hasta hace más o menos 14 meses; esta situación dificultará la compensación de costos MINSA – CSS.

La información disponible en el nivel local esta orientada más hacia las necesidades del nivel regional que hacia las del nivel local. Cuando se habla de información para evaluar el proceso es más complicado y se hace más difícil de cumplir toda vez que no se cuenta con una cultura para ello.

Por otro lado, se capacita personal y el mismo es removido sin tomar en cuenta sus experticias y se repone con personal no calificado, ni entrenado. Esta situación es reiterativa.

Descentralización

La descentralización es necesaria desde el nivel nacional hacia el nivel regional (gestión de los recursos humanos, algunos renglones del presupuesto: medicamentos, equipo médico quirúrgico, laboratorio). Sin embargo la región de

salud no esta en capacidad de asumir el proceso debido a que se carece de recursos humanos calificados, como el control previo; por lo cual el proceso debe ser gradual y priorizado.

En la actualidad los niveles locales no cuentan con los recursos humanos en cantidad y calidad necesaria para efectuar los procesos administrativos.

La relación jerárquica es vertical y se da del nivel central hacia el local, excepción hecha, en algunas ocasiones, en aspectos de recursos humanos donde se hacen las asignaciones desde el nivel central hacia el nivel local.

Sistema de Abastecimiento y Suministros

La población del Darién es de 63,446 habitantes, para una inversión en salud per cápita de 4.27 balboas. No se cuenta con el apoyo de la CSS.

Las especificaciones se determinan con base a la demanda de casos e incremento de las patologías.

El sistema de inventario para laboratorio tienen un patrón que se lleva en el almacén y se registran entradas y salidas. Farmacia tiene un proceso regional, no así local. Se esta entrenando al asistente de farmacia para que lleve un cardex ciego.

Las limitaciones del proceso de compra tiene que ver con el suministro nacional, en las compras menores se efectúan cotizaciones y requisiciones y aplica criterio técnico.

Los proveedores se evalúan por cotizaciones y criterios técnicos: calidad, utilidad y fecha de expiración. Estos reciben pago contra entrega para lo cual se toman en cuenta los requisitos descritos.

Las perdidas se controlan mediante intercambio entre instalaciones de la red de Darién o bien de otras regiones de salud u hospitales nacionales. En lo local se trata de mantener un inventario que registre fecha de expiración para notificar al médico y controlar las perdidas.

El abastecimiento es lento y hay desabastecimiento porque los insumos llegan tarde y se dan vacíos en insumos básicos (gasa, jeringuilla y otros). Cuando llegan a la región vienen con fecha de expiración corta.

No hay coordinación para el abastecimiento y suministro MINSA CSS. Hasta hace más o menos dos años la CSS apoyaba con requisiciones y se trabajaba con costo20. A partir de la implementación del sistema de costo20 se eliminó la partida de aportes de la CSS para la región. En la actualidad no se cuenta ni con la compensación ni con el apoyo de medicamentos e insumos.

Fotografía N° 9. Financiamiento de los servicios de salud

Compensación de Costos

Para la evaluación de los costos se estuvo utilizando el sistema de compensación Costo 20. Sin embargo el mismo no se lleva adecuadamente, toda vez que no se realizan los análisis en relación con la producción, rendimiento, recursos y costo. Como no se hace análisis no se toman decisiones considerando esta información. A nivel local se lleva a cabo facturación del sistema y los informes estadísticos, que a la fecha se han dejado de realizar, situación que debe retomarse, tanto local como regionalmente.

Los aspectos que están determinando los costos de la atención sanitaria son:

- Estructura física
- Recursos humanos
- Equipo
- Medicamentos

A nivel regional, y en todas las instalaciones, se carece de tecnología de punta y la complejidad de la red de Darién es mínima. No hay duplicidad de servicios MINSA – CSS, ni MINSA-MINSA. Tampoco se da elevación de los costos por decisiones de diagnóstico y tratamiento por parte de parte de los profesionales.

Se elevan los costos por la poca capacidad resolutive que implica traslados o utilización de insumos no adecuados. Estos traslados en ocasiones se realizan con fines diagnósticos y en otros casos con propósitos terapéuticos.

La tarifas no reflejan los costos reales; fueron definidas a nivel central y deben ajustarse según nivel socioeconómico de las poblaciones en cada una de sus áreas.

Fuentes de Financiación

Aproximadamente el 90% del presupuesto que se invierte en salud (funcionamiento e inversiones) es aportado por el Estado, en tanto el 10% restante es producto de autogestión.

La autogestión contribuye a financiar las reparaciones en general, el pago de servicios profesionales y la compra de útiles (lanchas, equipo de oficina, piraguas, construcción y otros tipos)

El copago se recibe en función de la capacidad de las personas, y se acepta el aporte que estas puedan dar. Se registran los aportes y las deudas. No se cuenta con evaluación socio económica de manera objetiva, ya que es realizado por los funcionarios en relación a sus conocimientos del área, y no se dispone de personal capacitado para tal fin.

Se recomienda modificar el sistema de copago incorporando personal capacitado en cada instalación para efectuar la evaluación socioeconómica correspondiente.

El presupuesto del Estado debe subsidiar a la población más necesitada, que es la mayoría de los darienitas. Este subsidio no es garante de la equidad porque se ve afectado por la accesibilidad, la distancia y la falta de recursos humanos de salud, entre otros. Estos problemas se tratan de solventar realizando giras, las cuales no son frecuentes.

Las donaciones no tienen una cuantía importante en la Región. Algunas de las que han llegado generan más bien dificultades porque otorgan equipos dañados o medicamentos vencidos o innecesarios.

Los costos facilitan la sobreutilización de los servicios, ya que las personas que viven en las áreas periféricas a la instalación acuden a buscar servicios fuera de los horarios regulares de atención.

La información de gastos en salud es confiable y oportuna. Se registra a partir de las ordenes de compra, solicitudes de bienes, registros contables, informes presupuestarios que se realizan cada 10 días e informes semanales de administración. Los niveles locales realizan sus solicitudes con base a sus necesidades y luego la Región busca los recursos para la adquisición.

Asignación financiera

Los niveles locales formulan un anteproyecto de presupuesto, van al nivel regional quien elimina duplicidades, se consolida y remite al nivel central, quien consolida nacionalmente y remite al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Una vez aprobado por la Asamblea Legislativa y el MEF regresa al MINSA central y de allí a la Región y al nivel Local. Este último realiza sus solicitudes de recursos basados en sus necesidades y la región asigna.

La autonomía regional se refleja en la posibilidad de efectuar traslados de partida según los rubros necesarios. Sin embargo, existen algunas limitantes toda vez que se cuenta con partidas centralizadas como las de medicamento, laboratorio, médico – quirúrgica. En el fondo de administración la asignación de partidas se da con base en las necesidades.

Fotografía N° 10. Proyectos de Inversión

Los proyectos de inversión toman en cuenta la capacitación gerencial, de personal técnico (inspectores de saneamiento ambiental, auxiliares de enfermería, ayudantes de salud y asistentes de laboratorio); equipamiento, construcción de puestos, sub - centros y centros de salud.

Los criterios para presentar proyectos de inversión deben considerar:

- Antecedentes
- Problemas
- Alternativas
- Selección de alternativas
- Objetivo general
- Objetivo específico
- Justificación
- Grupo, metas o beneficiario
- Proyecto enmarcado con las políticas del Estado
- Estudio de mercado
- Tamaño del proyecto
- Ingeniería del proyecto
- Evaluación del proyecto
- Impacto ambiental

La ingeniería del proyecto es la que cuenta con mayores dificultades.

Los proyectos de inversión priorizados para el 2000 y 2001 se refieren a los aspectos de fortalecimiento de la infraestructura.

El área de Metetí debe ser considerada como de baja capacidad de resolución. Y que sea apoyada por Santa Fe. Ahora bien, si es por criterio de población Metetí debería ser elevada a mediana resolución. Sambú – Garachiné se complementan desde el punto de vista de su capacidad de resolución en la cual Sambú es de mediana resolución y Garachiné es de baja resolución. Boca de Cupe de baja resolución apoyada por El Real que sería de media capacidad de resolución. En el mediano plazo se tendría que trabajar para tener instalaciones de alta capacidad de resolución. Sin embargo, en este periodo pudiera lograrse incrementar una instalación de alta capacidad de resolución.

Toda esta caracterización debe ir aunada a propuestas que permitan el desarrollo de los recursos humanos que faciliten el funcionamiento de las instalaciones sanitarias mejoradas.

REGION DE SALUD NGOBE BUGLE

La Comarca Ngobe Buglé fue creada el día 7 de marzo de 1997, mediante la Ley 10. La misma cuenta con una extensión territorial de 6,996 km².

La Región Comarcal de Ngobe Buglé, entre otras, está conformada por autoridades tradicionales ,clasificadas de la siguiente forma:

1. Un presidente del Congreso General
2. Tres presidentes de Congresos Regionales
3. Tres Caciques Regionales
4. Un Presidente del Consejo Comarcal

En la Comarca Ngobe Buglé sólo el Ministerio de Salud dispone de una estructura regional funcionando, pero que aún se encuentra en su fase de organización. Además, se ha nombrado al Gobernador como representante del Ministerio de Gobierno y Justicia.

La población de la Comarca es indígena, representada mayormente por la etnia Ngobe Buglé (80%), y tiene un promedio de mil habitantes y alrededor del 60 % vive en extrema pobreza. Hay una marcada desigualdad entre los pobres del área rural y el área urbana. La población se encuentra muy dispersa.

La Comarca Ngobe Buglé es un área de muy difícil acceso y las comunidades con mayor concentración de población se encuentran ubicadas en la cordillera de las tres regiones comarcales.

Las regiones que integran la Comarca son:

1. Ñokribo (Bocas Del Toro)
2. Kodrí (Veraguas)
3. Nedrin (Chiriquí)

Posee 7 distritos que son:

1. Kankintú
2. Kusapín
3. Noleduima
4. Mirono
5. Besikó
6. Muna
7. Ñurun

y 57 corregimientos.

Características De La Región Ngobe Buglé

La Región de la Comarca Ngobe Buglé, se dedica a la cría de animales en pequeña escala para su alimentación y la producción agrícola es sólo para la subsistencia , destacándose los cultivos de ñame, pifa, yuca, guineo, dachin, y ñampi.

El clima de la Comarca Ngobe Buglé, varía de acuerdo a su región; en Ñokribo, es húmedo y lluvioso; en Kodri es tropical y húmedo; y en Nodri, es templado y tropical.

En el aspecto religioso hay diversidad en las practicas, toda vez que se profesa la religión Católica, la Evangélica y la Adventista. Además se práctica la sexta Mama Tata.

Las viviendas son construidas de paja, quincha, madera y zinc. Pocas son de mampostería.

En cuanto al nivel educacional, existe un alto porcentaje de analfabetismo y es muy reducido el grupo de los que pueden ir a la escuela primaria y secundaria y mucho menor la proporción de la población con acceso a la formación universitaria, con la característica que cuando terminan sus estudios universitarios pocos regresen a su territorio.

Antecedentes

La Región de Salud Ngobe Buglé, fue creada en el mes de noviembre del 1998 y es hasta el mes de enero de 1999, que inicia funciones con la integración de un equipo técnico – administrativo limitado conformado por:

1. Un Director;
2. Un Administrador;
3. Un Jefe de Compra;
4. Un Jefe de Presupuesto; y
5. Dos Secretarias.

La Región de Salud de la Comarca Ngobe Buglé actualmente sigue dependiendo, para el desarrollo de la provisión de servicios y para algunas acciones administrativo-gerenciales, de las Regiones de Salud de Chiriquí, Bocas Del Toro y Veraguas. Para el año 2,000 se le asignó un presupuesto de fondo de trabajo de B/.265,000.00, que en la realidad, sólo le permite sustentar el funcionamiento de la Sede Regional.

La Región de Salud de la Comarca cuenta con un total de 83 instalaciones de Salud distribuidas así:

Instalación	Total	Nokribo	Nedrin	Kodri
CENTROS DE SALUD	8	7	1	-
SUB CENTRO	2	-	2	-
PUESTOS DE SALUD	73	28	35	10

Recursos Humanos

El Recurso Humano que se encuentra ubicado en instalaciones de la Comarca, se distribuye de la siguiente manera:

Personal	Total	Nokribo	Nedrin	Kodri
Médicos	3	2	1	0
Odontólogos	2	1	1	0
Enfermeras	4	1	3	0
Auxiliares De Enfermería	6	2 (CSS)	3	1
Asistentes De Salud	91	39 (5 CSS)	43	10
Trabajador Manual	12	5	7	0
Conductor	1	1	0	0
Motoristas	4	4	0	0
Aux. De Estadísticas	2	1	1	0
Asistentes De Farmacia	1	1	0	0
Caja	1	1	0	0
Técnicos De Saneamiento Ambiental	7	3	3	1
Auxiliares De Nutrición	2	1	1	0

La oficina Sede cuenta actualmente con el siguiente personal:

Personal	Sede Regional
Director Regional	1
Administrador	1
Enfermero Regional	1
Jefe De Contabilidad Y Presupuesto	1
Asistente De Presupuesto	1
Compras	1
Transporte Y Combustible	1
Auxiliar De Contabilidad	1
Recurso Humano	1
Planificación	1
Infraestructura	1
Administrador P.S.R.	1
Almacen	1
Secretaria	1
Auxiliar De Estadísticas	2
Trabajador Manual	1
Seguridad	2
Conductor	2

Proyecciones De La Región De Salud Ngobe Buglé

En el campo de Recursos Humanos:

- Nombramiento o contratación de Personal para organizar y fortalecer la capacidad técnico-administrativa de la Región de Salud Ngobe Buglé;
- Capacitación del Personal de la Sede Administrativa;
- Capacitaciones de promotores de salud, parteras empíricas y médicos tradicionales;
- Captar becas para la formación de profesionales de la salud (Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Nutricionistas, Farmacéuticos, Ing. Sanitarios, Civil, Agrónomos.

En el campo de la planificación:

- Realizar el Diagnóstico de Salud a nivel de la Región Ngobe Buglé;
- Elaboración y ejecución de los Planes de Acción a nivel regional;
- Elaboración del anteproyecto de Presupuesto de la Región de Salud Comarcal;
- Instalación de la Oficina de la Sede Regional;
- Construcción de la Sede Regional;
- Equipamiento de la oficina regional (transporte, mobiliario y equipo de oficina).
- Recolección de Banco de Datos de proyectos realizados y en ejecución en:
 - Región de Salud de Veraguas (Comarca);
 - Región de Salud Chiriquí (Comarca);
 - Región de Salud Bocas Del Toro (Comarca).
- Sectorizar las diferentes áreas que conforman la Comarca para un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles mediante la elaboración de un plan Estratégico. Estas áreas son:
 - Area Norte
 - Area Sur

En el campo de la gestión sanitaria:

- Descentralización Interregional de la Región de Salud Comarcal;
- Desarrollar un sistema de recolección y procesamiento de datos que permita el conocimiento de la realidad y la toma de decisiones a nivel local;
- Implementación de las Sedes de Salud de Áreas;
- Nombramientos de los Coordinadores Distritales;
- Mantenimiento, equipamiento y asignación de Recursos Humanos de la Red de Servicio;
- Planificación de reuniones mensuales y trimestrales entre coordinadores de Áreas, Directores de Centros de Salud, Autoridades tradicionales de la Comarca, Junta Técnica y ONG'.

En el campo de la provisión de servicios:

- Fortalecer la Cobertura de la Red de Servicios de Salud;
- Aumentar la cobertura de los diferentes programas de Salud;
- Construcción de instalaciones de Salud en áreas de difícil acceso;
- Equipamiento y asignación de Recursos Humanos en las nuevas instalaciones de Salud;
- Elevar el nivel de atención y el grado de complejidad de las instalaciones de Salud;
- Captación de proyectos que beneficien la cobertura de los diferentes programas
- Giras de vacunación vía aérea, marítima y terrestre

En el campo de la Promoción de la Salud:

- Fortalecer la participación Comunitaria, a través de:
- Formación y Capacitación de los Comités de Salud;

- Formación y Capacitación de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales;
- Formación y Capacitación de los Comités de Granjas Auto sostenibles;
- Implementación de las Granjas Auto sostenibles

Fortalecer la Red de dotación de Agua Potable y Saneamiento del medio ambiente, mediante:

- Construcción de Acueductos;
- Instalación de letrinas;
- Sistemas de disposición adecuada de desechos sólidos peligrosos;
- Sistemas de disposición adecuada de residuos sólidos.

MINISTERIO DE SALUD REGIÓN DE SALUD COMARCA NGOBE BUGLÉ PROYECTOS DE INVERSIÓN: SALUD SALUDABLE		
PARTIDA	PROYECTOS POR REGIÓN	MONTO TOTAL B/.
	COMARCA NGOBE BUGLÉ	247,500.00
	COSTO REPOSICIÓN	22,750.00
	GASTO DE ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN	24,750.00
	P.S. ALTO BALSA	49,500.00
0.12.1.1.001.12.01.514	COSTO REPOSICIÓN	44,550.00
	GASTO DE ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN	4,950.00
	P.S. TEBUJO	49,500.00
0.12.1.1.001.12.02.514	COSTO REPOSICIÓN	44,550.00
	GASTO DE ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN	4,950.00
	P.S. SITIO PRADO	49,500.00
0.12.1.1.001.12.02.514	COSTO REPOSICIÓN	44,550.00
	GASTO DE ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN	4,950.00
	P.S. RATÓN	49,500.00
0.12.1.1.001.12.02.514	COSTO REPOSICIÓN	44,550.00
	GASTO DE ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN	4,950.00
	P.S. BOCA DE RÍO GRANDE	49,500.00
0.12.1.1.001.12.02.514	COSTO REPOSICIÓN	44,550.00
	GASTO DE ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN	4,950.00

Construcción de dos (2) casas, en base a pacto con la comunidad de Lajero por Cerro Otoe por el Proyecto Salud Sexual y Reproductiva.

KANKINTU

GRANJAS	LETRINAS	ACUEDUCTOS
Kankintu	Kankintu	Kankintu
Bisira	Bisira	Bisira
Coronte	Coronte	Coronte
Quebrada Negra	Quebrada Negra	Quebrada Negra
Moyo	Moyo	Moyo
Hacha	Hacha	Hacha
Nury	Nury	Nury
Río Viento Abajo	Río Viento Abajo	Río Viento Abajo
Punta Guaco	Punta Guaco	Punta Guaco
	Río Viento Arriba	Río Viento Arriba
	Catabela	Catabela
	Mutari	Mutari
	Boca de Río	Boca de Río
	Nury	Nury
	Notolente N°2	Notolente N°2

KUSAPIN

GRANJAS	LETRINAS	ACUEDUCTOS
Kusapin	Kusapin	Kusapin (R. Y. A.)
Quebrada Naza	Quebrada Naza	Quebrada Naza
Ensenada	Guacamayo	Guacamayo
Dubory	Punta Alegre	Punta Alegre
Bucory	Punta Valiente	Punta Valiente
Bahía Azul	Dubory	Dubory
Playa Roja	Playa Roja	Playa Roja
Punta Uva	Punta Uva	Punta Uva
Tobobe	Tobobe	Tobobe
Río Viento	Río Viento	Río Viento
Cayo Paloma	Cayo Paloma	Cayo Paloma
Río Caña Arriba	Río Caña Arriba	Río Caña Arriba
Punta Sinain	Punta Sinain	Punta Sinain
Río Caña Abajo	Río Caña Abajo	Río Caña Abajo

RIO CHIRIQUI

GRANJAS	LETRINAS	ACUEDUCTOS
Guabo	Río Chiriquí	Río Chiriquí (A. y R.)
Río Chiriquí	Burote	Burote (A. y R.)
San Pedrito	Vegay	Vegay (A. y R.)
San Pedro	Muay	Muay
Río Cedro	Culy	Culy
Burote	San Pedro	San Pedro
Vegay	Caño Colorado	Caño Colorado
Cerro Santo	Guabo	Guabo
Solido	Río Cedro	Río Cedro
Mango	Cerro Santo	Cerro Santo
Muay	Solido	Solido
Culy	Mango	Mango (A. y R.)

SANTA CATALINA

GRANJAS	LETRINAS	ACUEDUCTOS
Santa Catalina	Santa Catalina	Santa Catalina (A. y R.)
Cahuita	Cahuita	Cahuita
Alto Terron	Alto Terron	Alto Terron
Alto Cuay	Alto Cuay	Alto Cuay
Chucara	Chucara	Chucara
San Soledad	San Soledad	San Soledad
Boca Río Grande	Boca Río Grande	Boca Río Grande
Valle Bonito	Valle Bonito	Valle Bonito
Alto Bilingüe	Alto Bilingüe	Alto Bilingüe
Guacamayo	Guacamayo	Guacamayo
Chelete	Chelete	Chelete

CHIRIQUI GRANDE

GRANJAS	LETRINAS	ACUEDUCTOS
Pueblo Mesa	Bajo Cedro	Bajo Cedro
Oriente	Santa Marta	Santa Marta
Valle Abajo	Las Cañas	Las Cañas
San Boa	Los Chiricanos	Los Chiricanos
Escalante	Garza	Garza
Molejon	Molejon	Molejon
Alto de Gloria	Alto de Gloria	Alto de Gloria
El Tapao	El Tapao	El Tapao
Valle Sarón	Valle Sarón	Valle Sarón
Traicionera	Traicionera	Traicionera
Chiriquicito N° 1	Chiriquicito N° 1	Chiriquicito N° 1
Chiriquicito N° 2	Chiriquicito N° 2	Chiriquicito N° 2
Oriente	Oriente	Oriente
Cañaza	Cañaza	Cañaza
Ballena	Ballena	Ballena
Quebrada Tula	Quebrada Tula	Quebrada Tula
Coclesito	Coclesito	Coclesito
Barranquilla	Barranquilla	Barranquilla
Cerro Neque	Cerro Neque	Cerro Neque
Guarumito	Guarumito	Guarumito
Mali	Mali	Mali
Pueblo Nuevo	Pueblo Nuevo	Pueblo Nuevo
Quebrada El Bajo	Quebrada El Bajo	Quebrada El Bajo
San Boa	San Boa	San Boa
Quebrada Venado	Quebrada Venado	Quebrada Venado
Centro Dayra N° 1	Centro Dayra N° 1	Centro Dayra N° 1
Centro Dayra N° 2	Centro Dayra N° 2	Centro Dayra N° 2
Drigari	Drigari	Drigari

Proyectos De Inversión Para El 2001

- ⇒ Reposición de los Puestos de Salud de:
 - Vegay
 - Guayabito
 - Alto de Jesús (Construcción Nueva)
- ⇒ Cambio de Nivel del Puesto de Salud de Buenos Aires a Centro de Salud Materno Infantil.
- ⇒ Construcción de Puestos de Salud con Financiamiento del Banco Mundial:
 - Puesto de Salud de San Pedrito.
 - Puesto de Salud de Loma Escondida.
 - Puesto de Salud de Río Viento.

Cartera De Proyectos 2002 - 2004

- ⇒ Establecer la red de comunicación en todas las instalaciones de salud de la Comarca Ngobe Buglé.
- ⇒ Dotación de ambulancia marítima a las instalaciones de la región de Ñobriko y terrestre en las regiones de Nedri y Kodri.
- ⇒ Ampliación de los Puestos de Salud de Kusapín y Río Chiriquí.
- ⇒ Implementación de granjas autosostenibles.
- ⇒ Implementación de sistemas de eliminación de desechos tóxicos de las instalaciones de salud, Ejem: agujas, bisturíes, material contaminado, entre otras.
- ⇒ Dotación de paneles solares para las instalaciones de salud de la región comarcal para el mantenimiento de vacunas e iluminación.
- ⇒ Dotación de autoclave para los Centros de Salud en cada sector comarcal.
- ⇒ Instalación de neveras solares en las instalaciones de difícil acceso.

La situación gerencial de más difícil manejo guarda relación con la limitada autonomía para la provisión de servicios y la gestión sanitaria de la región, toda vez que no se ha hecho efectivo el proceso de transferencia de bienes y recursos desde las regiones de salud de Bocas del Toro, Chiriquí y Veraguas hacia la Región Gnoobe Buglé.

REGION DE SALUD DE HERRERA

Antecedentes

La Región de Salud de Herrera nace de la separación del Sistema Integrado de Salud de Azuero en febrero de 1995, cuando este se separa en las Regiones de Salud de Herrera y de Los Santos. Durante este proceso se asignan las oficinas de la antigua región de Azuero a Los Santos y la región de Herrera se ve en la necesidad de alquilar locales comerciales para la atención al público, proveedores, y para el funcionamiento técnico – administrativo regional.

De igual forma se ve afectada la red de servicios que atendía a dos provincias, limitándose la red de Herrera a un Hospital Materno – Infantil en Chitré y a un Hospital Rural de Cuarenta Camas en Ocú Cabecera. Además se disponía de subcentros de salud (MINSA) que junto con la Policlínica y el Hospital Quirúrgico de la CSS integraban la totalidad de la red pública de servicios de salud.

La distribución del recurso humano en términos de cantidad y calidad desfavoreció a la Región de Salud de Herrera. La distribución de equipos médicos, de oficina y transporte, tampoco fue equitativa. Esta situación ha sido considerada en la priorización de proyectos de inversión que mejoren esta situación.

Reflexiones del Equipo Regional en Relación con las Fotografías:

- **N°1. El Contexto**
- **N°2. Caracterización de la Demanda**
- **N°5. Red Social**
- **N°7. Caracterización del Sistema Regional**
- **N° 10. Proyectos de Inversión**

Problemas político sociales

La migración secundaria a la pobreza en áreas rurales ha implicado la sobrecarga del distrito de Chitré con los consiguientes problemas secundarios a la migración (pobreza, limitados servicios de salud, educación, agua, saneamiento y otros), desempleo rural y urbano, iniquidad rico-pobre, las características agropecuarias del área hacen que el desarrollo social se vea afectado, porque en parte las políticas mundiales y estatales aplicadas a este rubro de la economía (sector primario) repercuten en las decisiones laborales de la población herrerana (disminución de la actividad agropecuaria), con los consecuentes descensos del ingreso económico y de las condiciones de vida de esta población.

A esto se suman los niveles de instrucción de la población y la coexistencia de áreas de pobreza y marginalidad.

En el pasado la provincia de Herrera ha sido relegada, actualmente es un hecho que se dan mayores oportunidades a la población a través de la ejecución de proyectos. En cuanto a lo legislativo 2 de los 3 legisladores tienen afinidad con el gobierno. Por otra parte, esta la presencia de la Presidenta en el área, beneficia el hecho de que sea santeña. Hay muchos herreranos en el gobierno lo cual da ventajas a la provincia.

La cartera de inversión para este año ha sido favorecedora para la provincia. A nivel del Fondo Inversión Social (FIS) existen ventajas para capitalizar recursos a partir del FIS.

Las relaciones interpersonales MINSA-FIS-Gobernación son excelentes.

Hay un enfrentamiento político familiar entre un legislador del área y el director del FIS que dificulta el trabajo en el Distrito de Ocú.

Relación y coordinación con otras instituciones públicas

Coordinación: se trabaja bastante bien con educación, aunque ha disminuido la participación de los educadores en las actividades del programa escolar, en otro tipo de comisiones participan activamente. Con otras instituciones a pesar de las gestiones hay poca coordinación y comunicación, quizás por situaciones políticas. Alguna coordinación se da en el Consejo Provincial.

El MINSA es uno de los ministerios mejor visto en la Junta Técnica. Esta ofrece apoyo a las acciones de salud. Hay respeto a las posturas del MINSA en esta instancia. Competimos los espacios con el MIDA. El liderazgo del MINSA descansa en el marco legal, en el que se mueve el MINSA (Código Sanitario) - Regulación. Los estamentos de salud se han fortalecido desde la creación de la Región Sanitaria, por otro lado está la capacidad de respuestas de la institución, la importancia de la salud para la población y su conocimiento del rol del MINSA, el cual es respetado por otras instancias que integran la Junta Técnica. El reconocimiento del rol de vigilancia sanitaria. Estos aspectos se hacen muy evidentes en las áreas locales. Aunque se nos hacen cuestionamientos en el campo del agua potable.

Con el FIS se tiene buena coordinación. Igualmente con la Gobernación.

Conflictos y competencias:

Con el MIDA se dan conflictos por las competencias de cada institución. Solicitan que el MINSA facilite recursos para ejercer proyectos específicos (granjas, acueductos y otros); igualmente existen diferencias con la ANAM, debido a competencias que se entrecruzan. A pesar de ello con ambas instancias se realizan acciones de coordinación.

En cuanto a otros organismos (ONG's, Clubes cívicos y otros) puede decirse que en general hay relaciones estrechas con algunas ONG's y clubes cívicos, aunque es necesario sacar mayor provecho de las relaciones interpersonales entre los funcionarios de salud y estas instancias. En el ámbito local no se está aprovechando la oportunidad de trabajar más estrechamente con los clubes cívicos. Se está tratando a través de reuniones de establecer relaciones más estrechas con los grupos cívicos a través del centro de promoción. Con ANCEC se tiene un convenio y se realizan actividades de promoción y de atención con médicos voluntarios. Se efectúan giras conjuntas, se prestan equipos y se efectúan los informes correspondientes. Se efectúan campañas conjuntas por los clubes cívicos, sobre todo en aquellas actividades que ellos programan. Falta mejorar la relación en torno a que las actividades de salud sean apoyadas por los clubes cívicos.

En algunas instancias locales se realizan actividades de prevención aunque se cuenta con muchas limitaciones de recursos humanos y de otra naturaleza.

Proyecciones de Desarrollo de la Provincia:

A pesar de que hay una merma económica que es evidente y que no se ve circulante en las calles se están desarrollando inversiones, a continuación algunas:

Relleno Sanitario

Sector privado:

Construcción de una Plaza Comercial (privada)

Construcción de Nuevas Urbanizaciones para población de medianos y escasos recursos (cerca del área para la nueva construcción del C. Salud de Chitré)

Cines y Bancos

Edificios de Oficina (múltiples)

Edificio del Melo para la venta de herbicidas y otros agroquímicos.

Estas inversiones serán fuentes generadoras de empleo toda vez que durante su proceso de construcción implican la contratación de mano de obra, y posteriormente se genera muchos empleos para su funcionamiento.

Se proyecta que muchos comercios tradicionales, de carácter familiar y pequeños comercios pueden desaparecer por la proliferación y acaparamiento de unos cuantos.

Expansión de Telefonía: esta siendo cambiada a fibra óptica.

El proyecto de electrificación rural esta dotando de luz a algunas áreas de difícil acceso que carecen de luz.

Se esta trabajando en el mejoramiento de la red vial de los Pozos, Las Minas y Ocú. Chitré -La Arena (inversión de más o menos 4 millones).

Mejorías en el sector transporte.

Alcantarillado en el Distrito de Chitré y de Ocú, vía FIS

Posibilidades de inversión turística en Los Guayacanes - Hotelería
Nueva hotelería.

La mayoría de las inversiones son de capital foráneo.

Impacto de las inversiones en el sector salud. Ingerencias.

Control sanitario en función de las disposiciones sanitarias.

Las mejoras en camino y alcantarillado, mejoran el acceso y condiciones de salud.

Las áreas que se van a desarrollar no tienen mucho que ver con el sector primario, son básicamente en el área de servicios. Para el sector agropecuario no se vislumbran grandes cambios. Una que otra inversión privada con sus

consecuentes riesgo. Dentro de esta área los sectores lácteos y de grano son los que más ingresos generan. En este último el nivel de producción ha ido disminuyendo considerablemente. La actividad ganadera genera más empleo.

Los cambios climáticos han tenido una influencia negativa sobre la actividad agropecuaria, los cuales han aumentado los niveles de riesgos en el campo agropecuario, que se ha hecho evidente con la epidemia de Hantaan Virus.

Se esta dando por el estado un 60% de inversión gratis y el 40% la ponen la población agropecuaria para efectuar proyectos de reconversión en el área de la porcicultura. (para pasar de una línea genérica a otra).

En materia de reforestación esta se dificulta por no caracterizarse por el latifundio, pues la legislación favorece a este grupo, situación que limita la participación de los tenedores de pequeñas parcelas de tierra. El beneficio se da sólo cuando se trabaja a gran escala. Sobresale el distrito de Las Minas, en este aspecto.

Luego de Chitré el distrito con mayor nivel de desarrollo es el de Ocú.

La demanda de atención de salud se da en todos los distritos que integran la provincia (7 distritos), por lo que la oferta trata de organizarse para dar respuesta a la misma. Ella se caracteriza por ser variable según instalación y distrito. En términos generales, los centros de salud de Monagrillo, Las Minas, Pesé, y Parita atienden entre 40 y 50 pacientes por día. En el centro de salud de Pesé se rechazan pacientes cuando hay un solo médico atendiendo. Por otro lado, algunos pacientes del Distrito de Los Pozos se trasladan a Macaracas, Los Santos en busca de servicios de atención, debido a la accesibilidad que tienen a las instalaciones de salud de esta región.

Instalaciones más complejas por distrito

Ocú:

El promedio de familias en estas áreas es de alrededor de 25 familias, con más de 5 personas por cada una. Las áreas de pobreza se están dotando de acueductos rurales.

Los corregimientos más pobres son: Los bajos (distrito cabecera).

Las Minas: población dispersa, área montañosa y difícil acceso a la instalación de salud. Dos centros (Minas cabecera y Chepo), un subcentro que esta ubicado en el punto de mayor convergencia(El Rosario). La mayoría de la población del Chumical se atiende en Ocú (accesibilidad). A Quebrada del Rosario se va a giras cada 15 días si se dan las condiciones climáticas para ello. Parte de la población del Corregimiento del Toro se atiende en Potuga, Veraguas.

El centro de salud de Las Minas es el de mayor complejidad. El resto de las instalaciones dependen del C. S. De Las Minas. Las instalaciones están ubicadas en las comunidades más pobladas o en los puntos de mayor convergencia. El Toro esta solicitando un nuevo centro, sin embargo el acceso al centro de salud de

Chepo es bueno, hay transporte y buena carretera. Se puede proyectar un subcentro adicional.

Los Pozos: Un centro, dos subcentros y dos puestos de salud. Población atendida 80 -90 pacientes por día. Carretera de Asfalto, con ruta diaria de transporte. Algunas áreas satisfacen sus necesidades de atención en Macaracas. La comunidad del Cedro se visita una vez al mes, en doble tracción, pueden acceder a Ocú. Existen comunidades que acceso sólo se logra empleando transportes de doble tracción y en invierno no se puede llegar. La Pitaloza se visita una vez al mes. No acuden a Los Pozos sino a la mesa. Predomina la desnutrición 20/25 niños. La población es relativamente mayor de 15 años. Son familias pequeñas (2-3 por familia). Actividad económica agricultura para el consumo.

Pesé: Cuenta con 3 C. Salud (Rincón Hondo, Pesé y Las Palmas) y cuatro subcentros.

Parita: Un centro y cinco subcentros, uno de los cuales no está funcionando. Buenos caminos de penetración. Promedio de pacientes 40-50 por día. Un día a la semana se visitan los subcentros. Población más joven que adulta. La afluencia de pacientes se da al centro de Parita. Potuga accede al distrito de Santa María (por cercanía) y algunos al C.S. de Pesé.

Santa María: Dos centros y dos subcentros. Buena red vial y de transporte. Se visita los subcentros una vez por semana. Población predominantemente joven. Áreas más pobres hacia el Limón se atienden en Chupanpa o bajan a Ocú. Actividad productiva: Los ingenios (cañaverales y arrozales). Población concentrada.

Chitré: La Arena, Monagrillo, El Llano (malas condiciones) y Chitré (pésimas condiciones). Chitré concentra población mucho más pobre que los otros distritos como producto de las migraciones a lo interno de la provincia. Los centros se ubican en las áreas densamente poblada. La más pobre esta en las áreas de Llano, el Rosario y sus periferias. El centro de Chitré está mal ubicado pues colinda con las clínicas privadas de la provincia, con la policlínica y el Hospital Cecilio Castellero, por ello su demanda es escasa y la optimización de los recursos no es la adecuada.

La red social existente, esta constituida por instituciones públicas y privadas, clubes cívicos, comités de salud, juntas administradoras de agua, ONG'S, grupos religiosos, representantes, legisladores, líderes comunitarios y grupos deportivos organizados. La región mantiene cierta coordinación con la Red Social, sin embargo a nivel local no se ha realizado las gestiones que permitan concretar actividades para su desarrollo conjunto.

A nivel político se presenta en el escenario una buena oportunidad para el sector salud, entre otros sectores y para el desarrollo provincial, especialmente en el área de inversión.

Fotografía N°2: Cuál es la demanda y necesidades?

Problemas priorizados:

Salud Enfermedad

- Desnutrición Infantil
- Dengue
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Problemas relacionados al Embarazo
- Problemas de Salud del Escolar y Adolescente
- Enfermedades Crónicas de Vías Respiratorias
- Tumores Malignos
- Accidentes, Homicidios y Suicidios
- Enfermedades Inmunoprevenibles
- Trastornos de Salud Mental
- Enfermedades de la Cavidad Bucal y tracto digestivo
- Bocio

Ambiente

- Físico
 - Inadecuada disposición de los desechos sólidos (vertederos)
 - Mataderos municipales y clandestinos
 - Uso indiscriminado y sin control de plaguicidas
 - Establecimientos de interés sanitario sin permisos de operación, operarios sin el carnet de manipuladores de alimentos y malas condiciones higiénicas
 - Inadecuada dotación de agua potable y letrinas en áreas rurales
 - Contaminación ambiental (malos olores, ruidos y otros)
- Social
 - Violencia familiar
 - Drogadicción (drogas lícitas e ilícitas)

SITUACION DE SALUD			
A. INDICADORES DEMOGRAFICOS	1980	1990	1997
DENSIDAD DE POBLACION	35.0	40.0	44.2
RURAL	23.8	25.0	26.8
URBANA	117.3	150.4	172.2
TASA DE CRECIMIENTO NATURAL	20.6	18.71	
RAZON DE DEPENDENCIA			
TASA BRUTA DE NATALIDAD	26.14	24.13	20.90
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	3.28	2.85	2.60
TASA GENERAL DE FECUNDIDAD			
TASA DE MORTALIDAD	5.54	5.42	4.20
TASA DE MORTALIDAD EN < DE UN AÑO	24.79	22.23	11.80
TASA DE MORTALIDAD MATERNA			
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL)	71.2	72.2	74.6
MUJERES	72.9	74.1	76.8
HOMBRES	69.6	70.3	72.7
% DE POBLACION INMIGRANTE			
% DE POBLACION EMIGRANTE			
ESTRUCTURA DE POBLACION POR GRUPO DE EDAD (EN AÑOS)			(2,000)
TOTAL	81963	93681	104070
MENOR DE UN AÑO	9975	1939	1879
1-4	10796	8018	8118
5-9	10772	10545	10615
10-14	8958	10057	10248
15-19	35310	9570	9621
20-59	6152	44683	52363
60 Y MÁS	40	8869	11228
PORCENTAJE DE POBLACION URBANA	60	45	47
PORCENTAJE DE POBLACION RURAL		55	53

SITUACION DE SALUD			
B. ASPECTOS ECONOMICOS Y SOCIALES	1980	1990	1997
POBLACION ECONÓMICAMENTE ACTIVA		46.27	
TASA DE ACTIVIDAD			
Mujeres			
Hombres			
TASA DE DESEMPLEO		8.28	
TASA DE EMPLEO INFORMAL			
PORCENTAJE DE POBLACION ASEGURADA			63.0
Asegurados Activos			35.2
Pensionados			
Jubilados			5.23
Beneficiarios			59.47
PORCENTAJE DE ANALFABETISMO		14.0	
ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN			
Primaria Completa		42.6	
Secundaria Completa		31.3	
Universidad Completa			
DÉFICIT HABITACIONAL			

CONDICIONES DEL SANEAMIENTO BASICO	1997	1998	1999
% De La Población Con Disposición De Agua Potable			
Urbano	99.9	99.9	99.7
Rural	87.9	90.8	91.9
% De La Población Con Disposición Adecuada De Residuos Sólidos			
Urbano	85.8	86.3	86.3
Rural	1.8	1.49	1.4
% De La Población Con Disposición Adecuada De Aguas Residuales Y Servidas			
Urbano	99.1	98.8	96.9
Rural	76.2	81.8	84.7
% De Instalaciones Con Disposición Adecuada De Desechos Hospitalarios Peligrosos			50.0%

Fotografía N° 3. Caracterización De La Oferta.

La Vigilancia Sanitaria

La vigilancia sanitaria toma en cuenta los problemas que afecta el ambiente y sus interacciones; así como los referidos a la población. En cuanto a ambiente considera el Aire, Agua y Suelo.

- a) Aire: Contaminación estática; móviles, naturales y artificiales.
 - Contaminación Estática: Es la que producen las industrias
 - Contaminación Móvil: Es la que produce los vehículos a motor
 - Contaminación Artificial: Es la producción de automóviles (fábrica)
 - Contaminación Natural: Es la que produce en este caso un Volcán.
- b) El Agua: Contaminación del Agua por los desechos industriales
 - Contaminación del Agua por Agroquímicos
 - Contaminación del Agua por Lubricantes (talleres de mecánica)
 - Contaminación del Agua por revelación de Fotos, Lavanderías, Vertederos Abiertos que los líquidos van a parar a los ríos.
- c) Suelo igual a los demás.

Fortalezas

Equipo técnico preparado para mantener una buena vigilancia.

- a) Investigación de campo.
- b) Equipo Técnico capacitado
- c) Registros uniformes en toda la Región

Debilidades

- a) La falta del equipo rodante para la vigilancia.
- b) Falta de recursos humanos
- c) Uso de tecnología para almacenar datos y capacidad de análisis y tener una información segura.
- d) Seguimiento deficiente

Accesibilidad Geográfica

1. Menor grado de accesibilidad geográfica por distrito

A-Distritos	Kms	Comunidad	Corregimiento
Las Minas	15 y más	Río Negro	Chepo
	15 y más	Río Viejo	Chepo
	15 y más	La Peña	El Toro
	15 y más	El Platito	El Toro
	10 y 15	La Desbarrancada	Chepo
	10 y 15	Loma del Ranchito	Quebrada del Rosario
Los Pozos	15 y más	Santa Clara	La Pitaloza
	15 y más	La Llenita	La Pitaloza
	15 y más	Manglillo	La Pitaloza
	15 y más	El Chirote	La Pitaloza
	10 y 15	Llano Arriba	La Pitaloza
	10 y 15	Llano Abajo	La Pitaloza
	10 y 15	Quebrada de Piedra	La Pitaloza
	10 y 15	El Caracucho	La Pitaloza
	10 y 15	Las Pipas	Los Cerros de Paja
	15 y más	El Salitre	Los Cerros de Paja
Ocú	15 y más	Los Salitres	Tijera
	15 y más	El Limón	Tijera
	15 y más	Boquerón	Cerro Largo
	15 y más	El Pájaro	Cerro Largo
	15 y más	Los Planes	Cerro Largo
	15 y más	Bejucal	Cerro Largo

Entre estas comunidades y la cabecera hay 15 y más kilómetros de distancia.

Con mayor frecuencia se trasladan en un 60% a Caballo, 30% a Pie y 10% en Carro. El tiempo que demora la población para obtener acceso: a caballo – de una hora a dos horas y $\frac{1}{2}$ esto como un % promedio. El uso del caballo como medio predominante se debe a que se tienen carreteras de lodo de muy difícil acceso, con periodos de inaccesibilidad para el transporte motorizado

El 100% sobrepasa los 30 kms de distancia entre la cabecera y las comunidades.

El costo de transporte de B/. 1.00 a B/. 3.00 motorizado.

Complejidad de la Red.

Caracterizamos como un primer nivel, (Los Centros, Sub Centros, Hospitales Rurales y Policlínicas que no tengan Hospitalización) y el segundo nivel el Hospital Regional.

Caracterización Física (Agua, Luz y Teléfono) Recursos Físicos en cuanto a Servicios Básicos; Luz – 90%, Agua – 100%, Teléfonos – 80% y con buen sistema de disposición de excreta 100%.

- Condiciones de Infraestructura
 - Buena 90%,
 - Regular 2% y
 - Mala 8%
- Recurso Humano: Regular
- Tecnológico
 - Equipo Médico: Regular
 - Instrumental: Regular
 - Mobiliario: Regular

La red está sectorizada por Distrito, con base a criterios que consideren la concentración de población, accesibilidad y convergencia.

Equipo Básico: Médico, Enfermera y Auxiliar de Enfermería. En algunos lugares dependerá de la complejidad de la instalación (inspector, laboratorista y otros). Este equipo básico tiene no zonas de responsabilidad establecidas.

No se tiene ningún control de referencia y contrareferencia.

No se tiene ningún equipo básico de salud

Existen organizaciones comunitarias de participación social, comités de salud, juntas administradoras de acueductos, confederación de los comités de salud, club de padres de familias, ONG.

No hay sistemas de incentivos para las Areas Postergadas.

No hay integración entre la Caja de Seguro Social y MINSA

Los equipos básicos se han de integrar por un Médico, Enfermera y Auxiliar de Enfermería y son integrados por el (la) Director (a) del Centro de Salud

La población de responsabilidad del distrito se establece mediante normas y toma en cuenta el acceso geográfico. Además, se atiende una demanda fuera del área que también reciben los servicios de atención

La cartera de servicios se caracteriza por considerar los aspectos de Prevención, Promoción Curación y Rehabilitación

-	Prevención	15%
-	Promoción-	25%
-	Curación y Rehabilitación	60%

No hay un sistema de contabilidad de costo, que permita establecer los costos de lo que se ofrece en la atención médica

En cuanto a los servicios que se ofrecen tenemos un 70%, pues sólo se tienen laboratorios clínicos en 2 Hospitales

En cuanto a los servicios administrativos se ofertan los siguientes:

- Inspección a niveles
- Inspección a establecimientos de alimentos
- Inspección a Establecimientos otros de interés sanitario
- Revisión de Planos
- Revisión de Operación
- Revisión de Construcción
- Revisión de Ocupación
- Expedición de certificado de manipulación de alimentos

Estos servicios se ofrecen en el establecimiento y en los centros administrativos. El costo de estos servicios no se conoce, pero se paga una tarifa, la que no necesariamente coincide con el costo real.

En cuanto a los servicios de atención a la población, se destacan:

- Crecimiento y desarrollo
- Detección del Cáncer
- Inmunizaciones
- Control Prenatal
- Salud Bucal
- Salud Mental
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia humana

Estos servicios se ofrecen en las instalaciones de salud

Como parte de la oferta de servicios se cuenta con aquellos orientados a la atención al ambiente, que incluye:

- Salud Ambiental
- Control de Vectores
- Protección de Alimentos
- Calidad de Agua

Actualmente, no se están aplicando protocolos de atención.

La red de servicios MINSA – CSS no esta articulada, pues no existen lineamientos explícitos en cuanto a la articulación de ambas instituciones

En cuanto a la red de servicios de salud formal y la informal, puede decirse que sí se está articulando.

El paciente elige las instalaciones de salud por la calidad, accesibilidad y economía del servicios que prestan, los usuarios con capacidad de pago

El sistema de referencia – contrarreferencia no existe como tal, por lo tanto no lo considera como parte importante para el funcionamiento de la red.

El flujo de pacientes a lo interno de cada instalación y entre instalaciones de diferentes grados de complejidad es irregular ya que hay referencia, ni contrarreferencia

La referencia se da hacia donde hay disponibilidad de la especialidad o servicio que el cliente necesita.

No hay un instrumento de contrarreferencia

Bolsones Desprotegidos

Los bolsones de desprotegidos se ubican en espacios geográfico-poblacionales que se concentran en los Distrito de Ocú, Los Pozos y Las Minas.

Los principales riesgos que los afectan son:

Distrito de Ocú bajas coberturas de vacunación (< 95.0%)
(Morbilidad)

abuso y manejo inadecuado de plaguicidas
parasitosis instestinal
anemia

Las coberturas de vacunación:

	DPT (Grupo < 1 año)	Sarampión
Ocú	84.8% _____	59.8%
Las Minas	100.0% _____	131.9%
Los Pozos	100.0% _____	74.2%

Sin embargo, señalamos que en el Distrito de Pesé es de 75.4% (DPT) y 65.6% (Sarampión), Parita 91.1% y 77.7% respectivamente. Santa María 100% y 65.6% respectivamente.

No tenemos una información por comunidades o sectores de bolsones desprotegidos para cada distrito, por lo que la información que suministramos es a nivel distrital, año 1999.

No disponemos en éste momento de cobertura de vacunación para grupo de 1-4 años y Tétano en Maternales.

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

TIPO DE RECURSO	MINSA	CSS
No. Total De Médicos	54	48
Generales	34	22
Pediatras	8	1
Cirujanos	6	1
GinecoObstetras	1	4
Otras especialidades	5	18
No. Total De Enfermeras	83	66
No. De Odontólogos	16	3
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.		
Razón De Enfermeras(Os) Profesionales Por 10,000 Habs		
No. Total De Técnicos De Laboratorio	11	9
Nº de Farmacéuticos	5	7
Nº de Asistentes de Farmacia	18	
No. de Educadores para la Salud	1	
No. de Inspectores de Saneamiento y antivectoriales	20	
No. de Ingenieros y arquitectos	3	
Promotores	2	

RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD ULTIMO AÑO DISPONIBLE

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares Enfermería	Otros trabajadores	Personal Administrativo	Servicios Generales
MINSA	54	76	104	139	231	
CSS	48	72	43			
PRIVADO	7	9	19		30	
Total	108	158	171		261	

Los medicamentos y Laboratorios

El número total de farmacias funcionando es de 39 de las cuales 17 son del MINSA y 2 de la CSS; 20 son privadas. No se cuenta con farmacias comunitarias. Estas se administran con asistentes de Farmacia, dependientes directos de la dirección del nivel local. (Como es transporte para buscar los pedidos, etc.).

Existe un listado nacional de medicamentos que no maneja el perfil de enfermedades y existe un listado regional de medicamentos que lo conocen todos los niveles (trimestral se envió listado de existencia del depósito regional).

Los medicamentos incluidos se constituyen en 204 renglones deberían ser más pero el presupuesto no alcanza y se tienen que priorizar. Debemos tener más 300 renglones, esta cifra aumentaría con la apertura del hospital general.

La mayoría de los medicamentos son empleados por el Nivel II (204). En el primer nivel se utilizan más o menos 100 productos.

Si existen programas, tales como la suplementación de hierro, nutri cremas, programa de diabéticos, hipertensos, escolares, TBC), en los cuales los medicamentos se manejan con gratuidad

No se aplican protocolos estandarizados, a excepción de los de EDA e IRA, pues son los únicos disponibles. Se conoce que se está trabajando en los protocolos pues sería una medida para abaratar los costos.

La regencia de las farmacias se da por farmacéuticos a nivel de las farmacias privadas, en el sistema público estos se ubican en hospitales y depósitos de medicamentos, pues se carece de recursos calificados que puedan suplir las necesidades del sistema público. No hay a nivel de la región farmacias comunitarias. Contamos con Centro de Salud que tienen especialidades de Pediatría y Ginecología que requieren farmacéuticos como Monagrillo y Pesé Pediatría y Psiquiatría.

Las donaciones sanguíneas para 1999 fueron un total de 1,032. Este fue un año irregular pues estaban suspendidas las cirugías electivas.

En la actualidad están funcionando 2 laboratorios a nivel hospitalario, el del Cecilio A. Castellero y el de Ocú, dos en el hospital El Vigía y 5 a nivel de las policlínicas (CSS), para un total de 9 laboratorios.

Perfil Básico de Pruebas:

Hospital Cecilio A. Castellero:

- Química (N° 22 parámetros de la misma)
 - Serología (N° 12 parámetros de la misma)
 - Hematología (N° 22 parámetros de la misma)
 - Urianálisis (general, macroscópica y microscópica)
 - Parasitología (N°)
 - Bacteriología (Hemocultivos, secreciones diversas, L.C.R. y sensibilidad a los antibióticos).
- Banco de Sangre: extracción de pintas, separación de componentes sanguíneos, pruebas especiales a la pinta, Hep. C.B. y SIDA.

Ocú: todas las pruebas a excepción de bacteriología y Banco de Sangre.

El perfil de las pruebas depende la complejidad de la instalación. El laboratorio de referencia previamente definido es el del Hospital Cecilio Castellero, se acaban de concentrar los recursos de los laboratorios de Las Minas y de Los Pozos. Se ha establecido mecanismos de traslado de muestra y los resultados se envían cada día y los urgentes vía fax.

El laboratorio de referencia está ubicado en el Hospital Cecilio A. Castellero. Los criterios aplicados para su selección fueron:

- Mayor población
- Mayor disponibilidad de recurso humano y equipo para ampliar cobertura
- Accesibilidad a toda la provincia
- Recurso Humano capacitado
- Optimización del recurso e insumos

En cuanto a los costos, se trabaja con lista de precios uniforme (que no consiste en la aplicación de una tarifa con base a costos reales) para el no asegurado y al paciente de bajos recursos se le envía a evaluación social donde le hacen sus rebajas de acuerdo a su nivel económico y en ocasiones exoneraciones.

- No existen márgenes de ganancias por el contrario la institución pierde según información de laboratoristas que efectúan práctica privada.

La adquisición de insumos se realiza en función de una programación presupuestaria, por demanda anual.

		1995	1996	1997	1998
Gastos total en medicamentos por la Caja de Seguro Social.	Se separó la Región	-----	-----	-----	-----
Gastos total en medicamentos por el Ministerio de Salud.		483,336.00	483,336.00	384,500.50	365,374.24
Gasto per cápita en medicamentos.		4.83	4.83	3.81	3.59

Algunos comentarios adicionales:

En cuanto a la complementariedad de servicios con la CSS: La CSS cuenta con la policlínica y con el hospital. En el componente técnico se coordina con salud ocupacional y se realizan algunas acciones conjuntas; en el caso de las autoridades regionales se tienen reuniones frecuentes y se conversan y se solicitan apoyos en diferentes aspectos, aunque no siempre se llega a acuerdos. La voluntad existe, pero se está en espera de las directrices de ambos niveles nacionales, que puedan hacerse más efectivos los acuerdos regionales. Hay accesibilidad para que los usuarios reciban algunos servicios que no ofrece el MINSA o viceversa, sobre todo en los referidos a los programas.

Los presupuestos en este rubro (medicamentos e insumos de laboratorio y médico-quirúrgicos) no se han incrementado, más bien han ido disminuyendo principalmente por las restricciones presupuestarias y no por falta de necesidades.

Como se proyecta, se requiere ampliar a más de 300 renglones la compra de medicamentos. Pero no se tienen proyecciones en base al perfil epidemiológico y

se carece de protocolos. El consumo histórico es la base para afirmar esta necesidad, así como el agotamiento de los rubros.

¿Porqué se estima que se deben disminuir los rubros en el primer nivel local, si los pacientes van al especialistas y a niveles más complejos por la carencia de medicamentos en el primer nivel de atención?.

Los medicamentos que se manejan vía fondos de autogestión que rubros son y cuánto se invierte? Quizás sea necesario encaminar la autogestión. Lo que se debe entender es que la región tiene 153 renglones agotados, que quizás podrían ser de primer nivel. Quizás se debe reordenar la priorización y no necesariamente disminuir la cantidad de rubros. Ello sería controlado de mejor manera si se dispusiera de un listado de medicamentos propios para ese nivel.

En general las estimaciones se realizan con base histórica.

Por su parte, DIGESA tiene a disposición alrededor de 40 - 50 protocolos y las normas hospitalarias (10 principales patologías y principales servicios hospitalarios), estas han sido distribuidas por a las regiones y el nivel operativo las desconoce; esto quizás porque no se han divulgado o bien porque el proceso no fue participativo. Existen nudos críticos que sería necesario romper.

Fotografía N° 4: Satisfacción del Cliente

Listas De Espera

La mora quirúrgica, problema no se ha resuelto en Herrera. Esta mora es alta toda vez que las cirugías en el Hospital Cecilio Castellero han estado suspendidas por construcción. Sin embargo, en el Hospital El Vigía el periodo es de hasta 3 meses para la cirugía general. En oftalmología y neurocirugía hasta de un año. No había urólogo por lo que no se contaba con este recurso y se ha acumulado la mora.

En los hospitales no existe un sistema de registro de mora . Esta se registra en un libro récord que considera el registro de la mora quirúrgica a partir de la fecha en que se otorga la cita para la cirugía, es decir de la asignación del cupo para la cirugía. Se desconoce el periodo total que dura el proceso y las diferentes interconsultas entre servicios, se considera que este proceso puede estar tomando de 6 a 12 meses. Por tanto el sistema actual no es efectivo. El paciente inicia su recorrido así:

Es visto en el Centro de Salud y referido al especialista. Tarda meses para la cita. El trámite dura de 5 meses a un año. La cirugía general tarda en su mayoría 1 año para su selección. La cirugía oftalmológica tarda más de un año.

Los servicios que concentran mayor demanda y demora del servicio son las consultas especializadas, incluidas las de psiquiatría, toda vez que existen especialidades no disponibles que requieren referir al pacientes a la Región de Salud de Los Santos, además hay limitados recurso humano de especialistas y falta de material médico quirúrgico

Los servicios, programas o actividades se concentra el mayor número de clientes espera por la atención demandada son:

- Las consultas especializadas
- Oftalmología
- Neurocirugía
- Neurología
- Psiquiatría
- Urología
- Hematología
- Laboratorio
- Mamografía
- Ultrasonido

Los laboratorios demoran hasta un mes. Mamografía y Ultrasonidos otorgan cupos tardíamente.

En cuanto al registro de pacientes rechazados, no se ha establecido un sistema para tal fin, por lo tanto se desconoce el porcentaje del mismo. Ni hay filtro para asignación de cupos extraordinarios. Se registran los cupos no aprovechados.

(Pesé registra 30 cupos, 5 de urgencia).

Los distritos con mayor demanda insatisfecha son los del área de Los Pozos, aunque ya ha mejorado un poco. Así mismo el Distrito de Ocú, porque el recurso humano esta concentrada en la cabecera y la mayor población se encuentra dispersa. Las Minas tiene áreas muy dispersa 6000/8000, a pesar de que se dispone de varias instalaciones de salud (2 centros y un subcentro), afectándose principalmente todo el sector de Quebrada del Rosario.

En el caso de Los Pozos prevalecen como aspectos que condicionan esta situación la falta de recurso humano y el suministro y transporte deficientes. Para

Las citas para medicina general cuando se trata de controles se van llenando los cupos y otorgando las citas lo más cercano a la fecha indicada y la morbilidad se otorgan a libre demanda, las de morbilidad específica por citas, mediante el uso de cuadernos de citas, las cuales se otorgan con base a las normas.

La consulta especializada se trabaja con la referencia y luego mediante citas.

Horario De Servicios

Las consultas externas y centros de salud laboran en un horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. La policlínica Roberto Ramírez de Diego laboran de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

La población no está satisfecha con los horarios de atención porque no hay cupos a pesar de que la instalación este abierta. Se han realizado propuestas de modificación de horarios. Se realizó práctica de extensión de horario en Los Pozos y Pesé, pero no fue funcional. Es necesario disminuir la afluencia de los clientes a las cuartos de urgencia lo que sugiere la necesidad de extender el horario de atención. Sé esta pensando en implementarlo nuevamente, pero se hace necesario efectuar un análisis más profundo de las causas que limitaron su aplicación, toda vez que las mismas no fueron bien analizadas, pero pareciera que el equipo de salud no estaba muy compenetrado para la oferta y faltó orientación con la población.

Mecanismos De Medición De La Satisfacción Del Cliente

Actualmente no se han establecido mecanismos que permitan evaluar el grado de satisfacción del cliente. Se han hecho algunos ejercicios al respecto y personal de casi todos los Centros de Salud fueron orientados.

Se ha programado un plan de supervisión que incluye la aplicación de encuestas de satisfacción del usuario.

Control De Calidad

Se han realizado auditorias de expedientes en algunas áreas, aunque no de manera sistemática con resultados globales satisfactorios. En general los aspectos calificados como con mayor problema fueron los relacionados a salud del adolescente. Este programa no se lleva según la norma. En control prenatal no se

realiza, control de laboratorio, el tercer trimestre en un elevado porcentaje. No se registra el estado nutricional con la mayoría de los expedientes. Las direcciones no son debidamente anotadas (se asume que debido a los propios formatos se orienten detalles de la dirección). En la auditoría de enfermería se logró sólo un 62% de puntaje general.

No se han establecido un programa de control de calidad. Se tiene en consideración en los planes futuros.

No se tiene ningún programa específico de calidad.

La principal queja es que después de las 11:00 a.m no hay cupo para la atención de control de salud en los centros de salud y el problema de poca disponibilidad de los medicamentos. Las urgencias siempre se atienden.

La CSS llevó durante un tiempo los círculos de calidad. Estos se están reiniciando. Los buzones de sugerencias los lleva la administración.

Comentarios generales:

En Ocú la dirección Médica aplica un sistema de filtro para asignar cupos extraordinarios. Si viven en las cercanías de la instalación y no es una urgencia se citan para el día siguiente o se refieren a urgencia.

Las encuestas de satisfacción del usuario se aplicaron en el marco de una capacitación de enfermería, se aplicó además una auditoría de expedientes en centros de salud y hospitales. Luego del proceso se retroalimentó a las instalaciones de salud correspondientes y se han dado mejoras. Se tiene proyectado establecer un sistema con la participación de todas las instalaciones de la región como parte de un proceso formal.

Fotografía N° 6. Proyección de la Red

Adecuaciones De La Oferta

Las nuevas formas de organización de los servicios incorporan aspectos de la promoción y prevención, aunque estos aspectos deben darse con cualquiera que sea el modelo de atención.

La Caja de Seguro Social está contemplando la promoción y prevención en los modelos de atención integrando a la población (grupos cívicos, ONGs, AP. Está iniciando este proceso pero trabaja en este sentido con la organización de los servicios. La CSS esta incorporando a la población en las actividades que desarrolla como una de las nuevas formas de gestionar la salud. El MINSA siempre ha concebido estos aspectos como importantes, se estas formando promotores de salud.

Promotores de salud están siendo capacitados para el apoyo en el desarrollo de actividades de promoción y prevención. Ahora bien, habría que establecer estrategias para incorporar a la comunidad que es un actor importante en la consecución de su salud.

En cuanto a los equipos básicos, es necesario la conformación de los mismos para asegurar coberturas y lograr objetivos comunes. La población debe recibir una atención programada. Existen diferentes tipos o equipos básicos para una mismo tipo de instalación de salud (un tipo de equipo clásicamente considerado es el integrado por médicos, enfermeras, auxiliar de enfermería, odontólogo). Este equipo no debe estar sujeto a la instalación o al área geográfica, sino más bien a la cantidad de población de responsabilidad. Se trata de que estos den atención continua para lograr mayor nivel de satisfacción de la población. Quizás es posible alternar los criterios en función de las necesidades. La población de referencia podría estar alrededor de 5,000 personas.

Un equipo básico puede atender varias comunidades de acuerdo a la cantidad de población a cubrir y no en función de una instalación de salud, sino un grupo de personas a atender sin fronteras geográficas (distrito - corregimiento, otras).

Como propuesta se plantea que no se debe dejar un día sin atención. Se puede cubrir con un médico interno. Algunos criterios a considerar son el número de pacientes diario.

La población que es atendida en otras áreas podría incorporar al equipo básico.

La Caja de Seguro Social está estudiando la posibilidad de ULAP para atender a la población asegurada. En Herrera hay potencialmente 2 distritos para esto: el de Pesé y el de Santa María.

En el MINSA no se están incorporando nuevas modalidades de cirugía ambulatoria, ni visitas a domicilio (fase de proyecciones). Por su parte, la CSS atiende población de tercera edad a domicilio cuando así es requerido y está en vías de implementación de cirugías ambulatorias. El Hospital de Ocú está subutilizado.

Los servicios de salud pública han sufrido cambios en su oferta de servicio, tal es el caso del Hospital General Cecilio Castellero. Además de los aspectos específicos con la salud pública ambiental. En arquitectura se está contemplando desde ahora la habilitación de oficinas para ofrecer el servicio.

En la CSS se utilizará el terreno para una policlínica general y/o especializada, para un hospital general o para sacar la consulta especializada del H. Del Vigía. Aunque la visión de la CSS central no es la de un hospital nuevo, hasta tanto no se evalúen las capacidades de respuestas de las reposiciones hospitalarias periféricas.

Se atiende por demanda espontánea. Se planifican las giras, pero en general el proceso de planificación es limitado. Se programa en algunos centros.

La definición de espacios poblacionales obedece a la división política, este es el aspecto determinante. No se considerado la caracterización de población vulnerable como uno de los criterios a ser aplicados.

Adecuación De La Cartera De Servicios

- Medicina General 100%
- Odontología 87%
- Pediatría 27%
- Atención Primaria
- Ginecología 13% Atención Primer Nivel
- Salud Mental 20% Atención Primer Nivel

Servicios de Apoyo

Enfermería	100%
Laboratorio	0% (centralizado)
Imagenología	0%
Farmacia	100% (con asistente)

Programas:

- Materno Infantil – Escolar (crecimiento y desarrollo control prenatal - puérperas)
- Adolescentes
- Adultos
- Tercera Edad
- Manipuladores de Alimentos (adultos)
- Salud Bucal (énfasis en escolares, pre-escolares y embarazadas).

Ambiente:

Proyectos Intoxicaciones agudas por plaguicidas (Pesé, Santa María y Ocú)
Control de vectores
Protección de alimentos.

Propuestas:

Santa María podría contar con Laboratorio e Imagenología si se contara con recurso humano

Cuartos de urgencia para posibles habilitación y apertura: Pesé y Santa María

Ampliación De Cobertura

Extensión de horario: se implementó en Los Pozos y Pesé. No funcionó (en parte se debió a no contar con medicamentos)

Los pacientes de lugares distantes normalmente son atendidos pero de acuerdo a su orden de llegada.

Las giras de salud se programan a nivel de los distritos y se realizan periódicamente a los lugares más inaccesibles (se aprovecha el verano)

El nivel regional apoya cuando es necesario con recursos (humanos, medicamentos y otros).

Comentarios Generales:

La CSS tiene como proyección desconcentrar las cirugías ambulatorias hacia sus policlínicas. Cómo afecta esta decisión la gestión del Hospital Cecilio Castellero?

El H. Cecilio Castellero ha sido remodelado dentro de un plan de funcionamiento del hospital que ha implicado muchos problemas (18 meses de atraso), se vislumbra entregarlo a fines de noviembre pero falta un 30% de área de construcción. Se han realizado entregas parciales de algunas salas, pendiente esta la entrega de pediatría. En el caso de ginecología, medicina y cirugía se recibirá también parcialmente.

Falta el nombramiento de personal en las áreas de cirugía, medicina interna y otros. Si se va a nombrar personal será para el otro año. Las cirugías están todas en lista de espera (cirujano pediátra más de 700 casos). No se ha coordinado con los cirujanos del Vigía. Se espera que antes de agosto se inicien cirugías.

Ya se dispone de algún personal médico (cirujano e internista - uno de cada uno). Esto no generaría ningún conflicto con el H. El Vigía pues este es un hospital de subespecialidades. El conflicto se daría si se pretendiera que el H. Cecilio Castellero se tuviera esa visión.

Se espera que los médicos generales de la provincia sean formados como médicos especialistas.

Cuáles son las prioridades de la red de servicios en materia de mejoramiento de la red de servicios del primer nivel de atención? Con base a qué criterios se hace esta priorización?

La proyección más urgente es el centro de salud de Chitré, debido a las condiciones existentes del actual local, de las necesidades de la población.

Reposición del C. S. De Parita para mejorar la atención pues la instalación no es funcional.

II etapa del centro de salud de Monagrillo para la ampliación de coberturas y servicios (mamografía)

Remodelación del C. S. De Santa María (mejorar capacidad resolutive)

Fue solicitada la construcción de un puesto de salud en el área del Toro, pero se analizaron las características de la red del área y se consideró no pertinente.

Fotografía N° 8

Planificación Regional Y Programación Local

Se cuenta con un diagnóstico regional, esta pendiente elaborar el plan estratégico regional. No hay un plan regional por lo cual el proceso de planificación tiene deficiencias y no hay planificación MINSA/CSS. Se considera que debe basarse en el diagnóstico de necesidades y conformarse con todos los actores sociales (MINSA: distritales, equipo conductor, asesores y otros, CSS, Población y Grupos Organizados) con la finalidad de coordinar la oferta-demanda. Con la CSS se planifican actividades puntuales, como la vacunación. Se carece de un plan operativo regional.

Se realizan discusiones regionales de sem anuales.

En cuanto a la programación local esta no se realiza formalmente, solamente se efectúa programación de giras vacunación, programa de adultos. Se lleva sólo control de las morbilidades y no se efectúa con el equipo de salud. No se programa a nivel local con la CSS. No se realiza evaluación de las acciones, pero se consideran que ayudarían a la gestión porque permiten trabajar coordinadamente, al evaluar y reevaluar las acciones, procesos y resultados.

Sería ventajoso trabajar coordinadamente con la CSS toda vez que por lo menos en los distritos de Ocú y Parita el 80% de la atención se da asegurados. Se evitaría la duplicidad de funciones y se mejoraría la atención sanitaria.

Sería importante intervenir en algunos aspectos para poder aplicar los instrumentos de gestión relacionados con la planificación, programación y presupuestación, para ello es necesario capacitar al personal de salud e incorporar a la población desde las bases en estos procesos.

Los distritales plantean que no se analiza y discute la información estadística para la toma de decisiones, quizás porque existen fallas en la comunicación entre los distritos y entre los distritos y la región. Se sugieren reuniones mensuales de intercambio y para la reorientación de las acciones. El análisis de las estadísticas regionales se ve limitado por la carencia de recursos para efectuar todas las actividades que le son propias al nivel distrital, las responsabilidades exceden a las capacidades. Históricamente el sistema recoge información y la adecuación e incorporación de algunos indicadores específicos ayudarían a mejorar la utilización de la información.

No se da un proceso sistemático de evaluación.

Presupuestación por Objetivos:

El presupuesto de inversión no responde a una planificación de la red de servicios, no hay una visión macro que permita la priorización, además se ve afectado por los problemas de carácter político, no hay a un diagnóstico y se han dado desfases en el tiempo. El presupuesto de Inversión no está respondiendo a las necesidades del servicio. Los cambios de gobierno entorpecen los proyectos de inversión.

En el caso del presupuesto de funcionamiento, estos son de carácter históricos y no obedecen a objetivos. Para el 2001 se han tenido limitantes de capacidad del personal, porque es nuevo. No se consideran nuevas situaciones (instalaciones) personal no capacitado para ejercer las funciones. No hay interés para priorizar las necesidades de recursos; se dan múltiples funciones y se carece de incentivos, hay manejos muy políticos, los procesos de designación no contempla los méritos.

Se desconoce la distribución presupuestaria salud pública – atención de la población – ambiente.

A nivel distrital, el presupuesto se realiza en forma individual y no en equipo como debería ser. A nivel regional, la administración es quien efectúa la presupuestación. No hay participación plena del equipo (consenso) es más bien una participación sumativa. El gerente participa pasivamente en el proceso de formulación. Debería ser un trabajo en equipo. No hay trabajo en equipo.

La ejecución presenta limitantes. Inicialmente demora más o menos 4 meses, con el consiguiente retraso de las actividades; el gasto se concentra para fin de año. No hay descentralización en la ejecución presupuestaria hacia el Hospital Regional y los distritos, esto debería estar descentralizado para lograr un mejor impacto en la atención de la salud. Esta etapa, quizás, no se cumple por miedo a perder el poder.

Es necesario orientar los objetivos de la institución para definir las prioridades, los recursos no son suficientes, por eso hay que priorizar a los problemas; y de allí la necesidad de estar direccionando hacia donde queremos ir. Urge establecer coordinación para programar las actividades con la Caja de Seguro Social.

No hay rendición de cuentas por resultados de cada uno de los servicios, en función del presupuesto asignado.

E cuanto al contrato programa, este es un mecanismo que aplica la gerencia moderna. Una institución figura como proveedor de servicios y necesita una estructura que le financie los servicios (la región), para lo cual se definen mecanismos de evaluación y control y se introduce el concepto de rendición de cuentas.

El grupo concluye que los acuerdos de gestión son útiles como instancias para la planificación y presupuestación por objetivos y que la figura de contrato público – privado sin fines de lucro sería una opción que es necesario evaluar y consensuar.

Hoy día la región no cuenta con este tipo de compromiso de gestión actualmente.

Descentralización:

Es necesario descentralizar del nivel Regional hasta el distrital.

Qué descentralizar:

- . Recurso humano – contratación - administración de personal.
- . Compras por unidad ejecutora - compras locales según necesidades de cada unidad.
- . Presupuesto

Los consejos de gestión son una forma posible de cogestión para mejorar la gestión sanitaria. En tanto que la figura de patronatos es útiles los patronatos, principalmente la de carácter público-privado sin fines de lucro.

Desconcentración de funciones y descentralización de poder y autoridad:

Del Central	al Regional	al Local
-------------	-------------	----------

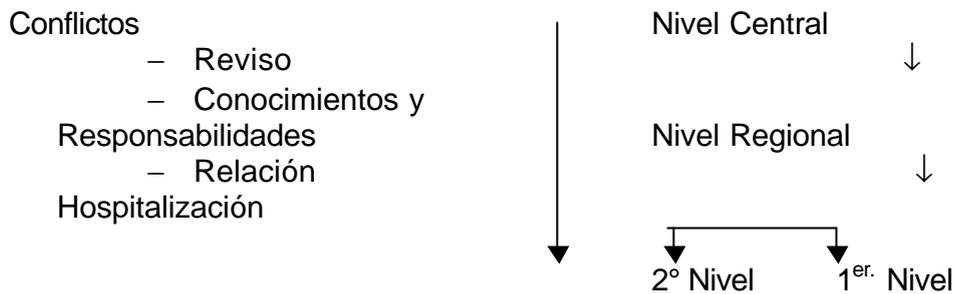
También se hace necesario avanzar en el proceso de descentralización en algunos programas, entre ellos:

- Programas Inspección Nacional de Plantas
 - Directrices muy verticales
 - Recursos productos de las inspecciones, procedimientos de operación, de registros y otros; cuarentenas, permisos de exportación, 040 - contratación
 - Grado de responsabilidad/departamentos de DEPA y Saneamiento Ambiental
 - Medicamentos e insumos según perfil
 - Farmacia y drogas
- “Hay limitados Recursos para ello.”

Es importante destacar que la descentralización implica el desarrollo de competencias para una mejor gestión.

En cuanto a las relaciones jerárquicas, el nivel nacional da indicaciones al nivel regional y en ocasiones de manera directa al Hospital Regional, lo cual genera conflictos de conocimiento de situaciones y responsabilidades de recursos humanos.

Relación de jerarquía



Con los hospitales nacionales la relación es dentro del sistema de referencia, con la dificultad de que no funciona la contrareferencia (aunque no hay retroalimentación).

Sistema de Incentivos:

La región no cuenta con un sistema de incentivos, el cual sería necesario para que el funcionario reciba reconocimientos indistintamente de su nivel jerárquico, con la finalidad de mejorar la atención del servicio. Se destaca sólo lo negativo y da lo mismo si se hace o no.

Estos deben otorgarse en función de la productividad para estimular la participación y satisfacción del funcionario. Algunos funcionarios hacen asignaciones de incentivos mediante notas, pero en forma aislada.

Con la separación de las regiones (antes Región de Salud de Azuero), se efectúa un reconocimiento por antigüedad a los funcionarios. En forma sistemática, enfermería aplica incentivos por antigüedad. Ahora bien, los recambios de personal y la inestabilidad llevan al funcionario a ser apáticos.

El incentivo financiero es más difícil de otorgar. El grupo considera que no generarían cambios en las personas porque no serían sustantivos y pueden no interesar. De repente los incentivos no económico pueden generar mayor motivación. Además la actual legislación pública hace difícil el pago de incentivos económicos al funcionario público.

Un sistema incentivos mejora la relación costo-beneficio →

- Motivación
- Productividad
- Calidad

Costo - Beneficio – Costo efectividad

- Demanda inicial
- No hay reconsulta
- Sistemas de incentivos más producto.
- Medir cuanto y como lo haces.

Se lograrían más soluciones para la población que demanda servicios.

Sistema de Información:

Sí se dispone de sistemas de información que se caracterizan por ser tradicionales, lentos, obsoletos, no confiables, manuales y no oportunos. No hay un sistema adecuado de los aspectos de aseguramiento y financiación de servicios. Costo 20 aporta información que no se toman en consideración en el proceso de toma de decisiones, este proceso tampoco se apoya en la información producto de las estadísticas vitales. No se hace una evaluación de la calidad de información.

Se está en un proceso de elaboración de indicadores para obtener mejor información para tomar decisiones. Los usuarios de manera esporádica definen algunas necesidades de información.

Los centros de producción están definidos pero no se utiliza la información que cada uno produce. No se internaliza la oportunidad de tomar decisiones con la información.

Equipamiento Y Tecnología (Ultimo año disponible):

	Total	MINSA	CSS	PRIVADO
N° de Hospitales o instalaciones con camas de hospitalización	5	2	1	2
N° de Hospitales o instalaciones con menos de 5 camas de hospitalización				
N° de Hospitales o instalaciones entre 5 y 19 camas de hospitalización				
N° de Hospitales o instalaciones con 20 y más camas de hospitalización	5	2	1	2
N° total de camas	337	144	96	97
N° de Laboratorios de imagenología Generales De Odontología	7/ 6	2/8 6	2/ 2	3/ 3
N° de Laboratorios Clínicos	9	2	2	5
N° de Bancos de Sangre	2	1	1	-
N° de Farmacias	39	17	2	20
N° de Sillones Dentales Completo Incompleto	21	21		

La priorización para la adquisición de equipos y nuevas tecnología aplica como criterios:

- Enfermedad prevalente
- Criterio Técnico
- Precio
- Servicio

Fotografía N° 9: Financiamiento de los Servicios

No existen mecanismos adecuados para el análisis de costo, por tanto las decisiones no se pueden tomar de manera adecuada y acertada.

La atención sanitaria es determinada mediante los programas previamente establecidos, los cuales ya tienen un costo predefinido por el nivel central o bien se plantean criterios de gratuidad. Aunque el costo que se paga no es real.

No se dispone de tecnología de punta. Los médicos generales carecen de acceso para realizar algunas pruebas toda vez que, primero hay que referir a los pacientes al especialista (aunque se trate de pruebas básicas como el ultrasonido en maternales), con el consecuente incremento de los costos para el sistema y para el paciente, principalmente cuando este viene de áreas distantes. Esta situación limita la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y obliga a los médicos generales a realizar referencias hacia el sistema privado de salud (cuando el paciente tiene capacidad de pago).

Se da duplicidad de servicios dentro de la misma red de servicios del MINSA. El paciente es referido de áreas distantes con resultados de laboratorio, que se vuelen a repetirse en la consulta hospitalaria. Hay duplicidad y poca optimización de los servicios disponibles en el Distrito de Chitré y no se aplica el criterio de necesidad. Se piensa crear instalación de Caja de Seguro Social ULAP en Pesé y S. María que pueden puede crear duplicidad de servicios.

Las tarifas no responden a los costos reales. Se definen a nivel central y deben realizarse estudios para conocer el costo real y efectuar los presupuesto y hacer los ajustes requeridos y tomar decisiones, aunque no puedan ser aplicados a la población porque los pobres no los podrán asumir. Estas tarifas deberían sufrir modificaciones, pero se debe educar a la población, lo que implica la comprensión de que también la población tiene deberes y derechos en relación con su propia salud.

El MINSA en Herrera lleva una carga en la atención de la población, porque la CSS no cuenta con instalaciones fuera del Distrito de Chitré. Los pacientes asegurados si cuentan con su ficha y se verifica los asegurados activos al momento de la atención. Debe tomarse en cuenta que la CSS esta realizando auditorias de expediente (calidad de atención) y los aspectos facturados que no se contemplen en el mismo, son suficiente elemento para que esos pacientes se excluyan del proceso de compensación. No se deben efectuar recetas de complacencia, no se deben efectuar recetas con los carné ajenos.

La compensación de costos se ve afectada también por la sobreutilización de los servicios por parte del personal asegurado y no asegurado, para lo cual no se establecen mecanismos de control.

Fuentes de Financiación.

Los mecanismos de asignación presupuestaria cumple con los criterios establecidos por el ente normativo del Estado (Ministerio de Economía y Finanzas). El nivel central asigna el presupuesto para cada unidad ejecutora, con desembolsos mensuales. Cada unidad ejecutora deposita, en una sola cuenta, sus recursos financieros y ejecuta los trámites de acuerdo a sus necesidades.

El fondo de administración maneja los recursos producto de la recaudación, así:

- las cuentas deben ir a la 210, pero cada Centro de Salud maneja su cuenta
- actualmente se establece un porcentaje por la organización

Hay autonomía para la modificación de los rubros presupuestarios en los servicios de salud, toda vez que la ley de presupuesto permite traslados de partidas y redistribución de presupuesto.

En cuanto a la financiación de la atención sanitaria puede decirse que el 95% proviene del presupuesto público y el 5% restante de otras fuentes, entre las cuales está la autogestión.

Los aportes de la autogestión en general proceden de:

- Club de Leones - Hogar de ancianos
 - Comunidad Internacional - Atención médica
 - Donaciones Nacionales - Hogar María Auxiliadora
 - ONG
- Donaciones Internacionales
Fundesps
financiero -

Los aportes se utilizan en apoyo a los acueductos rurales, mejoramiento de las giras de salud (clubes cívicos 20 – 30) Ademit (Procofes).

En síntesis las ONG´s apoyan la gestión sanitaria así como los clubes cívicos y otras organizaciones.

El copago se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios, a pesar de que existen tarifas pre establecidas. Se exonera o se hacen rebajas. Se debe educar a la población sobre sus deberes y obligaciones en materia de salud.

El presupuesto del estado debe subsidiar a la población más postergada y desprotegida. El subsidio estatal aporta hacia la equidad, toda vez que ha permitido disminuir la mortalidad materna y otros problemas de salud.

Las donaciones muchas veces resuelven problemas pero en otros casos sobrecargan a la institución pues se donan medicinas y equipos no necesarios para algunas áreas específicas convirtiéndose en un problema. Se deben hacer las consultas previas y establecer normas para que las donaciones sean más efectivas, sobre todo las de medicamentos pues en ocasiones tienen fecha de vencimiento cercana.,

Los médicos tenemos alguna culpa de los problemas financieros del sistema debemos ser más clínicos y utilizar los exámenes de gabinete como mecanismos de apoyo.

Por otro lado, los pacientes asegurados abusan e el uso indiscriminado de los servicios (los beneficiarios son los que más abusan) y en lo referido al costo de medicamentos

Fotografía N° 10. Proyectos de Inversión

Proyecto: Reposición del Centro de Salud de Las Minas

Ubicación: Corregimiento de Las Minas

Distrito: Las Minas

Costo: B/. 350,000.00

Duración: 240 días

Observación: La estructura existente necesita ser reemplazada

Proyecto: Remodelación y Mejoras del Centro de Salud de Ocú

Ubicación: Corregimiento de Ocú

Distrito: Ocú

Costo: B/. 160,000.00

Duración: 180 días

Observación: Su techo debe ser reemplazado con urgencia

Proyecto: Ampliación y Mejoras del Centro de Salud de Los Pozos

Ubicación: Corregimiento de Los Pozos

Distrito: Los Pozos

Costo: B/. 200,000.00

Duración: 180 días

Observación: Reemplazo de techo y ampliación

Proyecto: Construcción del Nuevo Edificio del depósito Regional de Medicamentos

Ubicación: Corregimiento de Chitré

Distrito: Chitré

Costo: B/. 180,000.00

Duración: 120 días

Observación: La instalación funciona en un local alquilado

Proyecto: Ampliación del Centro de Salud Los Llanos

Ubicación: Corregimiento de Los Llanos

Distrito: Ocú

Costo: B/. 50,000.00

Duración: 120 días

Observación: Ampliar esta instalación para mejorar su cobertura.

Proyecto: Ampliación y Remodelación del Centro de Salud de Chupanpa

Ubicación: Corregimiento de Chupanpa

Distrito: Santa María

Costo: B/. 100,000.00

Duración: 120 días

Observación: Mejorar sus instalaciones con carácter de urgencia es una necesidad de esta instalación.

REGION DE SALUD DE KUNA YALA

Fotografía N° 1: El Contexto

Situaciones del contexto que afecta los servicios de salud

- Las políticas partidistas
- Ausencia de una comisión de salud en el Congreso, toda vez que el congreso es quien toma decisiones en la Comarca, incluso por encima de la Constitución Nacional.
- Existencia de cultura y costumbre y tradición.
- Leyes internas

No hay políticas de conducción regional, existe coordinación para algunas actividades de salud.

La coordinación con las instituciones se lleva a cabo mediante reuniones periódicas en las cuales se pretende sensibilizar a otros miembros del ejecutivo. Sin embargo los entes regionales de otras instituciones son muy precarias, sólo salud y educación tienen capacidad de dar respuesta.

La política de salud se incorporan a través de los programas de salud y deben ser adecuadas a las realidades de la Comarca. De hecho la participación de algunas ONG´s dificulta el desarrollo de proceso por intereses particulares.

Se cuenta con limitaciones serias de recursos económicos, de recursos humanos e insumos. La distribución no es equitativa en cuanto a la asignación de recursos. Por ejemplo salud rural entregó al país 47.2 millones y a la Comarca sólo se le entregaron alrededor de 150000 dólares, para abordar un aspecto tan importante como la nutrición.

Existen dos periodos bien definidos temporada seca y lluviosa. El niño no afectó a la comarca.

La legislación no se conoce.

La Comarca será realmente importante para la gestión pública? Los recursos que se le asignan a todas las instituciones públicas que están ubicadas en la Comarca carece de recursos mínimos para funcionar.

Funciona las juntas técnicas provinciales y/o distritales. La junta técnica existe y se reúne pero no se llega a la toma de decisiones y prioridades, a través de ella se ha tratado de que se fortalezcan por parte del MDA/MINSA/ED/Gobernación la creación de huertos para tratar de mejorar la condición de nutrición en la Comarca.

El congreso ha manifestado algunas prioridades (la nutrición), sin embargo no se observan hechos concretos. La participación de las instituciones públicas no es beligerante. Los Congresos Locales desde el punto de vista de la tradición dice que el mundo está en manos de los niños, sin embargo no se resaltan las prioridades.

La Junta Técnica y Gobernación nunca ha tenido una coordinación con las autoridades locales. La Comarca no tiene una visión de desarrollo sino más bien de delimitación de la comarca. Las autoridades locales y el MINSA no han establecido mecanismos conjuntos de trabajo para la intervención de los problemas prioritarios. No hay plan conjunto. Se apoyan acciones puntuales.

Las autoridades desconocen la situación real de la población que esta a su alrededor. No hay un liderazgo del MINSA para plantear los problemas a nivel del Congreso.

Algunos grupos de mujeres se han organizado para fortalecer las acciones en cuanto a la siembra de alimentos para mejorar la disponibilidad de alimentos (Tupile).

Se han realizado encuentros con los caciques a raíz de la muertes maternas, se reunieron los 6 caciques en varias ocasiones. Se piensa integrar a estas reuniones a los legisladores para divulgar la situación y proyecciones de salud.

En cada área de trabajo se realizan reuniones de coordinación con el Congreso, sin embargo este no toma conciencia de los problemas existentes; tal es el caso de las ITS y DN. Hay que trabajar más con las comunidades a fin de lograr la autosostenibilidad de los proyectos. Otra dificultad es la percepción de las madres y de la población en general, sobre la salud – enfermedad.

El indígena Kuna actúa por conveniencia. Los caciques no mandan en la comarca Kuna Yala, quienes mandan son los líderes y estos son principalmente mujeres. Ese sistema político toma una decisión que no se toma en cuenta en otras áreas. La estrategia debe ser trabajar con los dirigentes.

Fotografía N° 2. Demanda y Necesidades de Servicios

La situación de salud ha mejorado de manera muy leve. La transición demográfica no ha influido. Ha aumentado el éxodo hacia la capital.

Se carece de políticas definidas con la comunidad. Se trabaja con los programas de salud.

La CSS no ubica ninguna instalación con menos de 32 funcionarios, sin embargo en el MINSA se hace de todo por pocos.

- Morbi - mortalidad infantil
- Drogas
- ITS
- Vacunación
- Mortalidad materna
- Baja escolaridad sobre todo en la mujer
- Trabajo infantil en la mujer (confección de molas)
- Falta de áreas de diversión sobre todo para los niños

La tendencia es al incremento de las infecciones diarreicas y respiratorias sino se efectúan las intervenciones correspondientes, el análisis de tendencia evidencia descensos en el año 1994, toda vez que se disponía de recursos aportados para el control del cólera. En el caso de 1997, el descenso tiene relación con el incremento de recursos humanos.

Es válido mencionar que de 21 acueductos para 1997 hoy se tienen 26. Si9n embargo ha dificultades para mantener la clorinación del agua por problemas culturales y por la carencia de este recurso. Los picos de diarrea guardan relación con el deterioro de algunos acueductos, con la falta de continuidad del proceso de cloración y deterioro físico de las instalaciones

Se da un incremento de los casos de VIH/SIDA, en algunas áreas hay más facilidades para desarrollar programas de intervención. Tiene que ver con falta de recursos (condones) y de conductas y prácticas. El tamizaje es errático por falta de insumos; se carece de las pruebas de diagnóstico. Laboratorio Central va a cobrar estas pruebas de tamizaje y confirmatorios y la región no cuenta con los recursos para ello.

Se carece de material educativo que apoye las acciones de prevención de VIH/SIDA.

Alcohol y cigarrillos son drogas y forman parte de la cultura místico-religioso de la comunidad

Productos agropecuarios: (de subsistencia)

- Coco
- Guineo
- Caña de Azúcar

- Cacao
- Arroz rojo
- Yuca
- Maíz
- Pescado y mariscos

En ocasiones aunque se cuente con productos no se consumen toda vez que se venden.

Cuáles son las principales actividades productivas?

Mercadeo: coco como moneda de intercambio con Colombia. El coco disminuyó de precio y esto trae una dificultad porque ha limitado la capacidad de trueque, en cuanto a artículos de primera necesidad.

En cuanto al comercio se basa en el recurso marino (langosta, pulpo y otros). La cantidad de embarque de estos productos es alta, se captan hasta 5,000.00 de impuestos al mes y esto no se refleja en la comunidad y en las mejoras de sus estándares de salud.

Otro aspecto son las molas, ahora bien no se da en toda la comarca.

El turismo es importante en algunos sectores (Carti), vía entrada de los cruceros.

La comunidad no participa activamente en la producción de su salud. Hace diez años entraron millones de dólares, sin embargo esto no se refleja en la situación y desarrollo de la población.

No se conocen las cifras que se dedican a la agricultura y ganadería.

Se carece de un estudio sociológico de cómo se da la dinámica de mando y organización en el sistema. No hay liderazgo real por parte de las autoridades locales.

Las condiciones de pobreza guarda relación con la mentalidad de las personas.

No hay información sobre reforestación, aunque se sabe que en la frontera se desarrollan algunos proyectos, que están coordinados por el Congreso General Kuna (PEMASKI e IDISKI). Hace años la comarca recibió entre un cuarto y medio millón de dólares.

Todas las comunidades están susceptibles de ser afectadas por desastres naturales.

Las principales conductas y hábitos de riesgo son la promiscuidad, el alcoholismo y las drogas.

Se esta en proceso de aplicar encuestas sobre la condición salud – enfermedad. Hay paternalismo tradicional. No quiere pagar los servicios de salud recibidos. La población paga por los servicios tradicionales porque sino la medicina no tiene efecto.

Fotografía N°3. Caracterización de la Oferta

Vigilancia Sanitaria

Entre los aspectos que considera la vigilancia sanitaria se cuentan: el saneamiento básico, la morbimortalidad general, desechos sólidos y hospitalarios, control de vectores, agua potable, control de las enfermedades inmunoprevenibles, tuberculosis, infecciones respiratorias, desnutrición e infecciones de transmisión sexual.

Debilidades:

- Falta de actitud del recurso humano técnico
- Escasez de recursos humanos
- Deficiente capacidad de infraestructura
- Falta de insumos
- Falta de un programa de capacitación sobre vigilancia

Fortalezas:

- Mística de trabajo
- Gerentes capacitados y motivados
- Mejoras para el sistema de comunicación

Accesibilidad Geográfica

Las comunidades con menor accesibilidad geográfica son:

- Cangandí
- Diandí
- Mandiyala
- Ailidub
- Orosdub
- En el sector de Nargana:
 - Magebgandí
- En el sector de Playón Chico:
 - Aidirgandí
 - Ukupa
 - Irgandí
- Sector de Mulatupú:
 - Mansucun
 - Navagandí
 - Carreto
- Sector de Puerto Obaldía
 - Anachucuna

El 48% de las comunidades demora una hora en cayuco con motor de 25 HP.

El cayuco con remo, con motor o vela y la deambulaci3n son los medios de transporte empleados por la poblaci3n para su movilizaci3n. Los costos de combustibles est3n en 3 d3lares y el consumo m3nimo es de 8 galones. A este se suman los costos de alquiler del cayuco, por lo que lo estima un monto global de 35 a 40 d3lares.

Complejidad de la Red

La red es de primer nivel y no esta acreditada. Su infraestructura está deteriorada, es deficiente en la calidad y cantidad toda vez que las especificaciones no responden a las necesidades y realidades del área . Los recursos humanos son insuficientes en cantidad y calidad. Se carece de tecnología de punta en cuanto a comunicación y equipo médico básico y especializado.

Existen cuatro áreas sanitarias y 8 sectores. Estas se han definido tomando en cuenta el recurso disponible, la complejidad de la instalación, la demanda, la accesibilidad y la postergación.

El equipo básico esta conformado por médicos generales, especialistas enfermeras, auxiliares de enfermería y asistentes de salud. Estos equipos atiende a toda la población de responsabilidad, la cual difiere en cada área a sí:

- Cartí: 6802
- Río Sidra 3067
- Narganá 3571
- Playón Chico 4005
- Ailigandí 4505
- Ustupú 3593
- Mulatupu 7034
- Puerto Obaldía 1449

La cartera de servicios tiene un enfoque que se concentra en la atención de morbilidad, es decir curativo producto de la demanda y de las limitantes de recursos humanos de laboratorio y medicamentos.

Tipo de Servicio	Donde se Ofrecen	Costo Usuario Por Servicio
Servicios generales <ul style="list-style-type: none">○ Lavandería○ Transporte○ Administración○ Aseo○ Mantenimiento	centros y hospitales	No hay datos
Servicios intermedios Laboratorio Radiología Farmacia Colposcopia y Crioterapia	Centro de Salud Hospital de Ailigandi	No hay datos

Finales: Egresos Partos Cirugías Consultas	centros y hospitales	No hay datos
Prevención y Promoción TBC Programa de alimentación complementaria PAI Suplemento de Hierro Flúor Programas Generales ETS y VIH Control de Vectores		TBC 83.00 por paciente por tratamiento terminado. Para el resto no hay datos disponibles.

No hay articulación de la red pública con la informal. Se carece de red privada. No hay red de la CSS ni coordinación MINSA-CSS para la provisión de servicios a los pacientes asegurados que atiende el MINSA en sus instalaciones de salud. No se aplican protocolos de atención.

La referencia – contra referencia no funciona de manera adecuada, pues se remite el paciente hacia una instalación de mayor complejidad mediante una referencia, pero la contra referencia no se da.

El flujo de pacientes sigue la ruta así:

➤ A lo Interno

Admisión – Peso/talla – sala de espera – atención – administración (evaluación económica) – laboratorio - farmacia

Puesto de salud – Subcentro de Salud – Centro de Salud – Hospital Regional

➤ A lo Externo

Según nivel de atención y grado de complejidad

Entre los aspectos que debe considerar el sistema de referencia – contrarreferencia se cuentan:

- Identificación del área de influencia
- Transferencia de pacientes
- Capacidad resolutive
- Nivel de atención y especialidades

Este sistema de referencia tiene dificultades relacionadas con la cultura (creencias-costumbres), así como los factores socioeconómicos; en tanto que la contrarreferencia se ve afectado por las formas en las que se asume la responsabilidad de su funcionamiento por parte del paciente y de los profesionales de la salud.

Las condiciones de la infraestructura reflejan necesidades de:

- Construcción
- Adecuación

- Remodelación
- Reposición

No se cuenta con un modelo médico funcional y el modelo de atención tiene un enfoque que enfatiza lo curativo.

Los bolsones de desprotegidos se ubican en el área de las costas en los sectores de Cartí, Playón Chico y Mulatupu. Los principales riesgos que los afectan guardan relación con los aspectos de saneamiento básico (50% de las comunidades no cuentan con agua potable); bajo nivel socio económico y de escolaridad y estilos de vida saludables.

Las coberturas de vacunación están alrededor del 50%. En este momento los datos no se encuentran disponibles en el sitio de la reunión.

Recursos Humanos

Se ha fortalecido la planificación regional con la incorporación de personal capacitado. La gestión cuenta con el apoyo legislativo a través de las partidas circuitales, se recibe apoyo de la cooperación externa del Japón (JICA) y la asignación de personal de enfermería por parte del nivel central.

Se establecen relaciones con la red informal de salud, a través de la capacitación de las parteras empíricas, no así los neles. Este programa es coordinado y supervisado por la enfermera obstetra, por el coordinador materno infantil y por el ginecólogo.

Se cuenta con un formato que permite la distribución del tiempo utilizado por los recursos humanos para las actividades de atención, administrativas, de urgencia, comunitarias – giras y promoción de la salud.

El equipo de salud realiza reuniones de análisis en la búsqueda del consenso regional las cuales permiten la participación del equipo en la toma de decisiones.

Los costos de la atención sanitaria no se han definido; sin embargo estos tienen que ver con el ingreso familiar, el porcentaje de ocupación de la población, la disponibilidad de equipos y medicamentos, así como los costos y uso racional de estos últimos.

Tipo de Recurso Humano	Número
Médico General	10
Cirujano	1
Gineco - obstetra	1
Enfermeras	34
Odontólogos	2
Técnico de Laboratorio	1
Asistente de Farmacia	7
Farmacéutico	2
Inspectores de Salud Ambiental y Antivectorial	16
Arquitecto	1

La razón de médico/10,000 habitante es de 3 y la de enfermeras es de 8.5.

Institución	Tipo de Recursos Humanos					
	Médico	Enfermera	Aux. de Enf	Otros Técnicos	Administrativos	S.G
Total	12	34	25	61		
MINSA	12	32	23	61	37	54
CSS		2	2			

Medicamentos y Laboratorio

La región cuenta con 20 farmacias que son del MINSA. No se dispone de farmacias privadas, ni comunitarias, ni de la CSS.

El listado regional de medicamentos existe y considera los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios y el perfil de salud – enfermedad de la población. En el se incluyen 216 renglones que son utilizados por el personal idóneo. En los subcentros se ubican los medicamentos para que den respuesta a las atenciones que ofrece el médico en las giras.

Existe un esquema de distribución y se trabaja con esquemas de subvenciones, para facilitar el acceso de los medicamentos por grupos poblacionales o por patología.

Los protocolos de tratamiento y estos se aplican para el manejo de las patologías prevalentes como la TBC, leishmania, diabetes y malaria, entre otros.

El MINSA en las instalaciones de la red pública exige del farmacéutico como profesional capacitado, pero no se cuenta con este recurso, se trabaja con personal empírico. Sólo se cuenta con dos farmacéuticos, uno en el Hospital Regional y otro en la Región.

La Región de Kuna Yala no tiene banco de sangre. Se realizan transfusiones de urgencia. No hay donaciones.

Esta región ha logrado el funcionamiento de un solo laboratorio en el Hospital de Aligandí, el resto no reúne los requisitos. Para abrir un laboratorio debe existir un personal idóneo, por tanto sólo se puede contar con cubículos donde se realizan algunas pruebas básicas. En el caso de Aligandí hoy día no está funcionando, porque el personal esta de gira.

El perfil básico de las pruebas que se realizan son:

- Hemograma
- Urianálisis
- Parasitología completa
- Frotis por Baar
- Frotis de Gram positivos y negativos
- VIH
- Electrólitos (hoy discontinuado por máquina dañada)
- RPR
- Química completa (pruebas realizadas únicamente por el coordinador regional)

Los costos de laboratorio y medicamentos para los usuarios no son uniformes y no existe margen de ganancia para la instalación de salud. El pago es simbólico.

Mucho de la definición de costos tiene que ver con las disposiciones de las autoridades locales y para evitar los conflictos se hay sido permisivo. La salud no se cuantifica. Se han establecido impuestos por parte de las autoridades, sin embargo en salud no se ha encontrado apoyo, más bien todo depende de la subvención del estado.

La adquisición de insumos de laboratorio se da de acuerdo a necesidades y prioridades de las áreas locales.

Fotografía N°4 Satisfacción del Cliente

Lista de Espera

En la región sólo se cuenta con dos médicos especialistas (ginecólogo y cirujano general) pero actualmente no hay mora quirúrgica ya que no se están realizando cirugías electivas. Sólo se realizan cirugías de urgencia por daños en la estructura física secundarias al temblor del 26 de febrero. Estos daños atentan contra la seguridad e integridad de funcionarios y clientes.

Las cirugías están condicionadas a las entradas y salidas de los recursos humanos (cirujano); el ginecólogo se rehúsa a operar porque no cuenta con un anesthesiólogo, los recursos y condiciones adecuadas para ello.

Existe un registro pero no hay un control de la mora. No hay mora porque lo que llega se opera.

Las cirugías electivas no se hacen porque no hay anesthesiólogo.

Los servicios que concentran el mayor número de clientes esta en el programa materno infantil. El programa de adultos no tiene mucha demanda principalmente de los hombres, por razones culturales. La demanda es mayor en población femenina y en niños. La atención desde el momento de obtención de cupos es de más o menos 15 minutos.

No se rechazan pacientes toda vez que los rechazos no se dan. Tampoco se registra la demanda insatisfecha, lo que limita su cuantificación.

Los corregimientos con mayor proporción de demanda no satisfecha son: Corazón y Aligandí (Hospital rural de Corazón de Jesús y Hospital Marbel Iglesias de Aligandí), este último con mayor demanda. Estas instalaciones de salud se ven afectadas por los cambios climatológicos, por lo que en ocasiones los clientes deben ser atendidos en Panamá. (Durante los meses de enero a marzo se dificultan los traslados y en ocasiones se hacen imposibles, esto hace que los pacientes sean atendidos en la Ciudad de Panamá).

Las condiciones económicas de la población inciden en los traslados, toda vez que al cliente y a su familia le resulta imposible costear el mismo, carecen de sitios para el hospedaje; situación que genera inconformidad y quejas por parte de los clientes.

La atención se ofrece por demanda espontánea, citas programadas mediante agenda (sobre todo para las especialidades que se refieren a Panamá) y visitas domiciliarias a los inasistentes.

Horario de Servicios

En algunas áreas se trabaja de 7 a.m – 3p.m y en otros de 7 a.m – 4 p.m

No se tiene establecido un límite de cupos, sino que la población es atendida por orden de llegada. El departamento de Estadísticas lleva un orden y seguimiento de los pacientes. Se atiende toda la demanda espontánea, incluso a la que se recibe después del cumplimiento del horario de atención; toda vez que se trabaja 24 horas. Se establecen en algunas áreas un cuaderno de citas para el control de los inasistentes.

Se considera que la población esta satisfecha en su gran mayoría, aunque existen dos áreas de salud que pueden estar insatisfechas porque existen varias instalaciones para un solo equipo. Estas instalaciones debido a regionalismos no demandan servicios en las instalaciones que no se corresponden a su comunidad (Sidra-Mamartupú; Nargana – Corazón). Ahora bien no se han efectuado evaluaciones del grado de satisfacción por parte de la población.

Ahora bien se han dado casos de pacientes en los que los familiares han querido demandar al MINSA porque el área quirúrgica no esta funcionando y no da respuesta a las necesidades de atención de la población.

Se han propuesto modificaciones del horario en cuanto a la extensión de los días de atención, esta surge como producto de la compensación de 20 días a 10 días libres y las 8 horas laborables. La prolongación del horario de atención se da los fines de semana cuando se labora de 7:00 a.m a 1:00 p.m en el Hospital de Aligandí y en algunas otras instalaciones que por su condición ha sido factible de aplicar este ajuste y en las cuales la demanda así lo amerita.

Mecanismos De Medición De La Satisfacción Del Cliente

No se aplican mecanismos de satisfacción de la población, aunque con el proceso de Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud se efectuaron algunos procesos en Ustupú, Aligandí, Corazón, Nargana.

Control De Calidad

Se han efectuado auditorias a expedientes en forma periódica, ya sean estas trimestrales o semestrales. Las mismas ponen en evidencia problemas en el registro de la información (falta de llenado de la curva de altura uterina vs edad estacional; Rosso Mardones P/T); así como de la atención del menor de dos años (omisión del perímetro cefálico) y de las muertes maternas. De igual forma se han identificado deficiencias en el llenado de la historia clínica perinatal simplificada. Algunas de estas fallas se han ido corrigiendo y sea ha reorientado al personal sobre la importancia de la calidad del registro.

No se han realizado programas de control de calidad.

Comentarios:

El FES ha contribuido a la duplicidad de servicios en espacios geográfico-poblacionales accesibles, toda vez que no consulta las inversiones que se deben realizar y esto ha generado dificultades. Esta situación amerita ser controlada para lograr una mejor utilización de los recursos del Estado.

Fotografía N°5. Red Social

Se organiza a través de comités de salud, juntas administradoras de agua, iglesias y voluntarios.

Las formas de participación son diferentes y guarda relación con la persistencia de algunas costumbres y el marco cultural de cada comunidad.

Algunos comités de salud son los funcionales, la mayoría no funciona. Sólo se cuenta con un educador para la salud y esta a nivel regional. De las 19 instalaciones, 12 tienen comités constituidos. Estos ayudan a la comunidad y a los centros de salud con el pago de lavanderas. El problema es el nombre, toda vez que ellos no se sienten comprometidos con las funciones y a veces se disuelven por el mal manejo del dinero. Además compran algunos insumos y materiales y apoyo logístico.

Las JAA tienen más funcionalidad porque manejan recursos económicos. Hay proyectos de autosostenibilidad.

El sector informal se está inventariando. Más del 95% de los pacientes que acuden al sistema formal ya han acudido a un curandero.

Se está tratando de establecer interrelaciones entre la medicina tradicional y la formal. En algunas áreas (Río Sidra hay buena integración).

Fotografía N° 6. Proyecciones de la Red

Adecuación de la Oferta

La promoción de la salud y la prevención de los daños se ha intentado pero se ha quedado a nivel de ofrecer información. Se han capacitado y formado promotores de salud, cambios en la percepción de los comités de salud funcional, concientización de líderes del congreso general, tradicional y local a través de la cual se busca la participación de la comunidad.

Otras formas tienen que ver con la participación social la cual esta organizada con base a congresos generales y locales de los cuales realmente no se conocen los mecanismos de funcionamiento.

Es importante considerar la existencia de los líderes locales principalmente en las comunidades que no cuentan con instalaciones de salud.

La conformación de los equipos básicos de salud es necesario y estos deben integrarse por un médico, enfermera, auxiliar de enfermería y promotor de salud (voluntario). La alternabilidad de los roles es propia de la región y guarda relación con las formas en que esta organizado el trabajo en la región. Estos se dan tanto en los aspectos administrativos como en los técnicos de atención de salud de la población.

No existen experiencias en la implementación de nuevas modalidades de atención de salud ni en los aspectos quirúrgicos. Se esta trabajando con grupos de riesgo específicos en los aspectos de promoción y prevención tales como adolescentes, con la niñez se trabaja con educación en los grupos cazadores de humo y brigadas escolares de la Cruz Roja, VIH - ITS, parteras empíricas, adolescentes embarazadas, ANCEC, Municipio Siglo XXI, Red de Violencia Intrafamiliar con participación intersectorial, .

La cooperativa de molas de San Ignacio de Tupile ha facilitado el trabajo Comité de Salud – MINSa. La comunidad apoya la gestión de salud porque esta conciente de los problemas de salud que le afectan. La visión de los líderes es que la salud es de la comunidad de Tupile, situación que facilita las acciones sanitarias. Esto también guarda relación con una cultura y tradición que viene de años.

Cada comunidad tiene su particularidad e intereses y prioridades, lo cual guarda relación con la visión de salud que tienen sus líderes.

Las prioridades de atención se han establecido tomando en cuenta el ciclo vital, los infantes y los escolares han sido pririzados. Los problemas de mayor incidencia en la población infantil son las IRAS, la diarrea, la desnutrición; en el grupo escolar la anemia, la parasitosis y dermatitis; en los adultos las drogas, TBC e ITS.

El problema de drogas no se ve, pero existe y va a ser explosión en cualquier momento. Esto se maneja por las autoridades locales, no se canaliza a salud por tanto no aparece e los registros.

No se han establecidos programas y plan comarcal para intervenir estas prioridades.

La organización con base a sectores implicó la definición de los espacios de población específicos; se definieron y caracterizaron estos espacios en función de la existencia de las comunidades. Ha tenido influencia la iglesia. Los criterios aplicados han sido los de accesibilidad geográfica.

Adecuación de la Cartera de Servicios

La cartera de servicios para la región esta integrada por:

- Medicina General
- Consulta Externa
- Enfermería
- Atención de Agudos
- Partos
- Odontología
- Observación Aguda
- Cirugías menores
- Promoción de la salud
- Trabajo social
- Urgencias
- Programas preventivos de: Crecimiento y desarrollo, adolescentes, maternal, infantil, escolar

Las mejoras de la red implican el incremento de la capacidad resolutive de las instalaciones de salud, abastecimiento de insumos básicos, mayores recursos humanos, equipos y otros. Los puestos convertirse en subcentros. Adecuación del hospital regional, equipamiento de laboratorio, dotación de transporte marino, mantenimiento de radio-comunicación, capacitación y actualización del equipo de salud.

La capacidad del sistema de urgencia requiere mejoras en los aspectos de radio-comunicación, transporte marino y el equipamiento del hospital como de segundo nivel.

El hospital regional debe tener capacidad de ii nivel y los hospitales rurales deben adecuarse para que ofrezcan un mejor servicio y se puedan ampliar las coberturas. Incrementar instalaciones en Tartí y Mulatupo en los cuales se concentran las deficiencias.

Los servicios básicos deben reforzarse con capacitación, pago de turnos y mejoras del sistema de incentivos y de las giras médicas.

Las giras médicas dependen de muchos factores.

Ampliación de Cobertura

Aligandi	Hospital de II Nivel
Corazón de Jesús	Hospital de Area
Mulatupu	Hospital de Area
Centros con anexo materno infantil	
Puestos hacia Subcentros	

La ampliación de horario debe darse en función de un incremento de recursos humanos, sino se seguirá atendiendo con giras médicas. La ampliación perse no se aplica toda vez que el personal se encuentra cautivo atiende no importa la hora de llegada.

Fotografía N°8. Instrumentos de Gestión

Planificación Regional y Programación Local

La planificación regional es participativa, participa el equipo regional y los gerentes locales ya que existe duplicidad de roles y multidisciplinaria. Se hace sesiones de planificación mensuales para dar dirección a las acciones de salud. La comunidad no participa de manera directa, sin embargo son tomadas en cuentas sus opiniones en algunos sectores.

Se ha trabajado el análisis de situación de salud regional y área. El plan estratégico regional esta en fase de divulgación para el nivel local para iniciar su ejecución. Se ha completado la divulgación a los gerentes locales y debe continuarse la divulgación hacia el resto del equipo local y a las autoridades locales.

Se realiza programación local tomando como base los programas de salud, en esta fase tampoco participa la comunidad.

No hay planificación conjunta MINSA-CSS toda vez que no hay participación de la CSS en esta región. Sin embargo, se ha tratado de establecer acuerdos con esta institución. El proceso debe integrar a la CSS porque se tienen áreas donde el MINSA atiende a población asegurada y la CSS no tiene responsabilidad real sobre esta población. No hay retribución de los recursos utilizados para atender a esta población. En el caso de Ustupú la CSS ha pensado construir una policlínica para la atención de toda la población asegurada de la Comarca, lo cual genera problemas de accesibilidad geográfica y por ende económicos debido a los gastos para la movilización. El asegurado exige atención a nuestras instalaciones.

En ocasiones la definición de la ubicación de las instalaciones de salud ha cumplido criterios políticos.

No se convoca a la población para que participe en el proceso de planificación.

Actualmente se efectúan evaluaciones anuales y semestrales de los programas materno infantiles. Sin embargo, el resto de las acciones se están trabajando y se están construyendo los indicadores que permitan esta evaluación. Los indicadores se están seleccionando y se pretende incluir de gestión, de salud, demográficos y de costos. Estos últimos tienen la finalidad de poder establecer tarifas unificadas y estandarizadas para todas las áreas.

Presupuestación por Objetivos

El anteproyecto del 2001 se efectuó con base a los indicadores y objetivos contenidos en el plan estratégico regional. Anteriormente se había formulado de manera histórica.

El presupuesto esta construido en función de objetos de gasto y de las necesidades, se desconoce cuanto se invierte en Salud Pública, del ambiente y de la población.

Los directivos fueron responsables de elaborar el presupuesto de funcionamiento y se les exige que sean lógicos en la formulación, así como que los mismos respondan a las necesidades. Se están estableciendo las relaciones entre la producción y situación de salud de cada una de las áreas. Este se sustenta regional y la región hace un proceso sumativo por objeto de gasto.

La región divulga la información presupuestaria a todos los gerentes regionales y de área y estos a los equipos locales. En algunas unidades locales se realizan reuniones de los equipos que incorporan a los miembros del Comité de Salud.

Hasta la fecha no se han realizado procesos de rendición de cuentas que interrelacionen la producción y los costos. Para este año, se está solicitando una evaluación más integral y analítica para este año.

Los contratos programas son una alternativa para la administración por objetivos, el tipo de contrato más conveniente es el público privado sin fines de lucro ya que te ofrece alternativas para mejorar la gestión sanitaria, en términos de incentivos, sistema de compras, se incorpora recursos humanos con base a calificación, se puede exigir productividad, evaluación del desempeño y otros aspectos. Este esquema sería aplicable en la región de Kuna Yala.

En la región de Kuna Yala no se están trabajando compromisos de gestión.

Incentivos

Se carece de un sistema de incentivos que se aplique a los funcionarios que laboran en la región. En el marco del plan de meritocracia se tiene un listado que recoge a los funcionarios de más antigüedad en el sistema. Por otro lado, se va implementar una propuesta de reconocimiento a los funcionarios e incentivar a los funcionarios para participar en cursos de adiestramiento y capacitación.

La partida 169 permite efectuar gastos para el desarrollo de eventos de capacitación. Sin embargo es hasta este año que esta partida se puede utilizar para este tipo de actividades.

Se realizan acciones aisladas que incentivan al funcionario, pero no como un sistema que tome en cuenta la productividad, la eficiencia y eficacia de las acciones.

Se considera que un sistema de incentivo debe impactar sobre la relación costo-eficiencia y costo – efectividad, toda vez que esto incrementa la producción y satisfacción del cliente interno lo que redundaría en beneficios para la gestión sanitaria.

Sistema de Información

Existe un sistema de información que recoge datos que permiten realizar el ASIS y otros procesos de gestión. El subsistema de información en salud es obsoleto, desactualizado, no oportuno, ni confiable. Una de las dificultades es el proceso logístico que se da vía transporte aéreo que requiere de un pago. Además los

recursos humanos poco calificado (auxiliar de registros médicos), se carece de técnicos locales que orienten el proceso y calidad del sistema; además los gerentes y miembros del equipo donde se produce el dato no lo generan en forma adecuada. Hay rutinización en el proceso. Hay recambio de personal frecuentemente y a pesar de que los nuevos reciben un proceso de inducción no se logra concientizarlo sobre la necesidad de los datos e información.

En cuanto al subsistema de información administrativo no se desarrolla adecuadamente toda vez que se carece de personal administrativo en las diferentes áreas de la región. Ahora bien en los aspectos de presupuesto el sistema de control presupuestario se lleva a nivel regional no es oportuno, todas las compras se ejecutan en el nivel central. En cuanto a la contabilidad se lleva a nivel regional con escasos recursos, el cual funciona en forma excelente y de manera oportuna.

Costo20 es un sistema que se ha incorporado en el Hospital de Aligandí, actualmente se ha recabado la información básica sobre los asegurados y no asegurados que se atienden. Sin embargo, la información relacionada con los centros de producción no ha llegado a la región para darle continuidad al proceso.

Los registros de inventario han tenido que rehacerse porque tenía grandes deficiencias.

Hoy día no hay evaluación de la información por parte de los gerentes del área. A nivel regional se esta utilizando ocasionalmente para tomar decisiones, sin embargo en el nivel local no. Quizás esto tiene que ver con la poca calidad y confiabilidad de los datos.

Las partidas circuitales están apoyando con recursos humanos.

Los usos y contenidos de la información se han venido definiendo en parte por el nivel nacional y en parte por el nivel regional a través de la construcción de indicadores. Ahora bien los contenidos de información no se han revisado y redefinido. Los usuarios deben realizar este análisis.

En cuanto a la tuberculosis se identificó que el diagnóstico laboratorial de TBC de Playón Chico de los pacientes de Aligandí, pero los medicamentos no eran canalizados adecuadamente, en la actualidad se ha utilizado la información para canalizar los medicamentos hacia las áreas que así lo requieren.

Cada programa lleva su propio informe por lo cual hay duplicidad de registros de información. Esta situación se esta tratando de corregir.

Las necesidades de información son solicitadas a estadísticas, al momento en que es requerida y en forma planificada a través de reuniones de trabajo (algunos programas)

Descentralización

Es necesario iniciar un proceso de descentralización desde el nivel central hacia la región y de allí hasta sus áreas. Esto puede llevarse a cabo en forma gradual.

Se debe descentralizar presupuesto, compras (hasta nivel regional), contabilidad, la gestión de recursos humanos.

Toda la generación de la compra se hace en el MINSA central, lo que conlleva un desconocimiento de las necesidades regionales.

Descentralizar sistema de información de salud. Se han remitido propuestas y no se ha recibido respuestas al respecto.

Las funciones de protección de alimentos están centralizadas ya que no se cuenta con los recursos. Se requiere descentralizar la promoción de la salud, pero igualmente se carece de los recursos para ello.

La relación jerárquica se da desde el nivel central hacia el regional y de este hacia el nivel local. No se da una relación desde el nacional hacia el local. El grupo considera que no hay interés en mejorar el desarrollo gerencial de la región y su capacidad de respuesta.

Abastecimiento y Suministro

Las especificaciones de los elementos o servicios se determinan por las necesidades justificadas por las características de la demanda, por las estadísticas y por las expectativas de nuevos servicios. Estas son definidas por el equipo de salud y la comunidad.

El sistema de inventario se maneja por Kardex, los estándares utilizados consideran:

- se capacita a los cardistas según las normas establecidas por el MINSA.
- Se involucra en el manejo al personal médico y de enfermería

Este sistema de inventario es definido por el MINSA central.

El proceso de compra, en términos de la competencia se hacen por solicitud a la administración. Se ve afectado por:

- la burocracia y,
- las carencias de personal

Puede ser mejorado así:

- Seminarios al personal de compras
- Descentralización de la compra de algunos insumos
- Mejorando el sistema de burocracia

Se evalúa el producto, no así a los proveedores; por tanto no se aplican los mecanismos de rechazo. La mayor cantidad de presupuesto se maneja centralizadamente, lo que limita el contacto con los proveedores.

Se definen las necesidades, el nivel central licita y se compra por precio más que por calidad. Se ha indicado que no se emite criterios técnico sino que lo hace el nivel central y las regiones aplican una evaluación. Antes se emitía criterio técnico, desde hace una par de meses no se tienen estas posibilidades.

La región efectúa sus cotizaciones y sus evaluaciones, el MINSA central revisa y hace la selección con base a sus criterios, sin que ello implique que se satisfacen las necesidades.

Los acuerdos de pago a proveedores se dan a través de crédito comprometiéndolo las ordenes de compra.

Son mecanismos establecidos para el control de perdidas y fraudes:

- requisición de salida,
- las recetas y,
- los kardex

Pueden mejorarse con la sistematización informática del sistema.

Reactivos asignados por el MINSA central a punto de vencimiento se han perdido, últimamente se ha llevado mejor control lo que ha permitido minimizar las perdidas. Los reactivos se entregan a final de año y se van acumulando y las fechas de vigencia de los productos son próximas a la entrega. Se desconoce como se cumple con las normas establecidas en cuanto a la fecha de vencimiento.

El sistema de abastecimiento y suministro es deficiente del nivel nacional al regional, hay renglones agotados, el abastecimiento y suministro no es fluido. Si el suministro fuera fluido los renglones de agotados del nivel local – regional serían menores lo que permitiría establecer un sistema de compensación por otros medios. Del nivel regional al local es deficiente por los tiempos requeridos para la movilización vía marítima (barco de salud). Este barco se solicita planificadamente, pues no se cuenta con el barco durante todo el año, si el programa de compras del nivel nacional no se ha cumplido no hay forma para efectuar esta movilización. No existen recursos financieros para apoyar estas acciones. Las entregas en el tiempo previsto son esenciales para un adecuado suministro a las diferentes instalaciones del área.

Se reciben medicamentos de calidad dudosa, sin que el nivel nacional tome en cuentas e investigue lo requerido.

Es urgente establecer mecanismos que faciliten la gestión sanitaria, hoy día todo esta centralizado, pero no se resuelven los problemas de salud de la población.

El abastecimiento y suministro MINSA-CSS no existe, todo los recursos los aporta el MINSA.

Sería posible que se deje un colchón para la compra de insumos médico-quirúrgico y de medicamentos, de más o menos 15 –20% para la ejecución a nivel regional.

Fotografía N° 9. Financiación de los Servicios

Compensación De Costos

En la región de Kuna Yala se aplica la facturación a la población asegurada (35%) sólo para efectos de la compensación con la CSS. Esta pendiente la implementación de costo20 en Aligandí.

El análisis financiero no se efectúa. Tampoco se hace relación de producción-costos y las decisiones no se toman con base a esta información toda vez que la misma no se analizan.

La atención sanitaria determina los costos mediante la cobertura de los programas toda vez que las actividades regionales están basadas en los programas, por tanto los logros de cobertura son los que permiten aplicar el recurso financiero. La tecnología de punta no influye en los costos de la atención sanitaria toda vez que no se dispone de ella. Puede decirse que los traslados de los pacientes resultan más económicos que mantener el equipo y los recursos humanos en el área. Los costos se ven influidos por el pago de peajes para el traslado de recursos, por el descarte de insumos y medicamentos que no se utilizan debidamente y deben ser descartados por vencimiento de la fecha de uso, entre otros.

El paciente la mayoría de las veces no cuenta con los recursos para trasladar a los pacientes a la Ciudad de Panamá, por tanto la región asume los costos.

El hospital regional de Aligandí es el de mayor grado de complejidad, pero no tiene capacidad resolutoria frente a diagnósticos complejos, sin embargo representa una alternativa para la atención de urgencias ya que esto no es accesible geográficamente, ni económicamente.

No existe duplicidad de servicios MINSA – CSS, toda vez que no se cuenta con instalaciones de la CSS. La región de Kuna Yala cuenta con 11 funcionarios de la CSS. En este sentido, la duplicidad no afecta los costos porque no hay duplicidad de servicios y existe la compensación MINSA-CSS. Sin embargo se puede observar que en algunas comunidades existe más de una instalación del MINSA con la consiguiente duplicidad de la prestación de servicios y de recursos (Mamartupu vs Río Sidra; Corazón de Jesús vs Nargana). El médico y el resto del equipo atiende en un horario en una instalación y el mismo equipo atiende en otras horas ofrece servicios en la otra instalación. Un mismo equipo atiende dos instalaciones.

Los costos reales responden a un estudio del nivel socioeconómico de la población en general y de la comunidad en particular. Posteriormente la región tomó la decisión de unificar los costos.

Fuentes de Financiación

A través de presupuesto público se financia el 97% de la atención sanitaria, un 3% se da por autogestión.

Los aportes más relevantes que se cubren bajo la autogestión son:

- Compra de medicamentos
- Compra de materiales de mantenimiento y reparación
- Compra de materiales de Oficina
- Compra de combustible
- Pasajes para el traslado de pacientes a recibir atención especializada en Panamá

El co - pago de la atención de salud se fija en función de la capacidad de pago de los usuarios, no se cuenta con trabajadora social y/o evaluadora económica,

Utilizamos los indicadores socioeconómicos dados por el Ministerio de Economía y Finanzas y es el regente de la instalación (médico-enfermera) quien realiza la evaluación socio-económica de los pacientes.

No se recuperan los costos, se debería cobrarse con base a los costos reales, pero la población no tienen capacidad de pago. Las modificaciones deben propender al cobro según tarifas reales, pero en esta área eso no sería posible.

Se debe negociar con la comunidad para que se cobren los costos en los que se incurren durante la atención de salud. En la Comunidad de San Ignacio de Tupile se tiene un comité de salud que funciona como tal, realiza actividades para recaudar fondos y apoya en los gastos de la instalación. En esta comunidad, las autoridades locales no permiten que los comuneros salgan de la misma sin cancelar las deudas en la instalación de salud y si no tienen capacidad de pago les buscan trabajo para que hagan efectivo el pago.

El presupuesto del Estado debe subsidiar al 65% de la población no asegurada. Este subsidio no es garante de la equidad sanitaria, ya que influyen las diferencias culturales de la población y la distribución de las instalaciones no es equitativa. Las decisiones para el desarrollo de la red de servicios no ha sido equitativa; una de las áreas con mayores deficiencias e iniquidades es el área de Carti.

Las donaciones a nivel regional no constituyen un renglón relevante, pero a nivel de algunas comunidades son de gran importancia (infraestructura, equipamiento y otras). Estas se hacen con base en las necesidades y prioridades de la comunidad, sólo en algunas ocasiones se han recibido medicamentos vencidos.

Los costos actuales del sistema favorecen la sobre utilización de los servicios de salud y la falta de recursos humanos limita la prestación del servicio.

En la región existen registros de información confiable y oportuna sobre los gastos de salud. La información que se recoge se refiere al grado de avance de la

ejecución presupuestaria y la recoge la sección de contabilidad y la administración regional. Se revisa periódicamente

Mecanismos de Asignación Financiera

La asignación financiera se realiza desde el gobierno central al MINSA a través del MEF; del MINSA sede a la región mediante subvenciones mensuales asignadas por unidad ejecutora. La región ejecuta y distribuye a las áreas e instalaciones locales.

Se cuenta con autonomía para modificar los rubros presupuestarios. Esta autonomía se logra a través de solicitudes que canaliza la administración (con base a requerimientos de los equipos técnicos). La dirección regional solicita a la dirección de políticas de salud y a la administrativa, del nivel central, el traslado de partidas dentro de su propio presupuesto. Este traslado es aprobado por el MINSA central, en general sin dificultades.

Fotografía N° 10. Proyectos de Inversión

➤ Segunda etapa del Centro de Salud de Aligandí	Preinversión
➤ Construcción de la Sede Regional en Cartí	Preinversión
➤ Ampliación y habilitación del C.S de Puerto Obaldía	Preinversión
➤ Ampliación y Habilitación del C.S. de Ustúpu Financiera	FIS-Evaluación
➤ Ampliación y habilitación del C.S de Achutupu	Preinversión
➤ Habilitación de SOP, Labor y Parto del Hospital de Aligandí	FIS
➤ Construcción del Acueducto de Cartí Sugdup (ejecución)	FIS (44.91%)
➤ Construcción del Acueducto de Cartí Mulatupu	Salud Rural -
➤ Construcción del Acueducto de Isla Máquina	Salud Rural -
➤ Construcción del Acueducto de Nargana - Preinversión	Partida Circuital
➤ Ampliación y habilitación del Hospital de Corazón de Jesús	Proyección
➤ Construcción de Hospital rural de Cartí Sugdup	Proyección
➤ Ampliación del C.S de la Miel	FIS- Proyección
➤ Ampliación de Puesto de Salud de Armila	FIS -
➤ Construcción de Acueducto de San Ignacio de Tupile	Salud Rural -
➤ Construcción de Acueducto de Ogochucum	Proyección
➤ Ampliación del Subcentro de Salud de Río Azúcar	Proyección
➤ Construcción del Acueducto de Mamitupu	Proyección
➤ Construcción de Acueducto de Playón Chico	Proyección
➤ Ampliación de Subcentro de Wi8chub-hualá	Proyección

REGION DE SALUD DE LOS SANTOS

Fotografía N° 3. Caracterización de la Oferta

Vigilancia sanitaria

La vigilancia sanitaria debe considerar los aspectos ambientales, de las condiciones físicas, la vigilancia y protección de alimentos relacionada con los productos cárnicos y pesqueros, de distribución de alimentos, documentos de operación, molestias públicas generales / ruidos y olores.

Como fortalezas del sistema se cuenta:

- comunicación adecuada,
- capacitación técnica,
- espíritu del funcionario

Como desventajas pueden enunciarse:

- escasez de recursos humanos, de transporte y tecnología
- imposibilidad de hacer cumplir las leyes por las autoridades

Bolsones de Desprotegidos

Las distancias existentes entre las instalaciones de salud y la cabecera 2/2.5 horas. La movilización se efectúa utilizando caballo, botes y automóviles. El tiempo va desde algunos minutos hasta 4 horas. Costo de movilización oscilan entre 0.50 a 4.00 balboas.

La región cuenta con instalaciones del primer nivel (centros, subcentros y hospitales rurales) y con dos hospitales del segundo nivel.

Los recursos físicos son buenos en 90% de los casos, aunque hay instalaciones con daños estructurales por fallas en el diseño, hay escasos recursos humanos y la tecnología es atrasada.

La red de servicios de salud ha sido sectorizada por distrito con base a criterios de población, accesibilidad geográfica y políticos.

- Equipos itinerantes realizan atención de salud en comunidades, realizan atención directa, inspecciones de saneamiento, inmunizaciones, promoción.
- No hay programas de garantía de calidad.
- Participación social – clubes cívicos, Centros de Salud, junta administrativa de comités o estadístico
- No hay un cuadro básico explicativo
- No existen incentivos al desempeño en zonas alejadas regularmente se utiliza o se entregan certificados por meritocracia. Los directores distritales y los directores médicos no reciben sobresueldos por sus cargos.

- No hay integración de la Caja de Seguro Social en el proceso de sectorización.

El equipo básico debe integrarse por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento ambiental, con una población de responsabilidad de 2,500 habitantes por sector.

La cartera de servicios está integrada por acciones para el desarrollo de la promoción de la salud, para la prevención y atención de enfermedades.

Los protocolos que el sistema maneja son los establecidos para la atención de problemas específicos relacionados con el sistema de vigilancia epidemiológica.

El flujo de pacientes a lo interno de cada instalación depende de la capacidad de cada una de las instalaciones. El sistema de referencia es poco eficiente, toda vez que en ocasiones las referencias no se hacen oportunamente, o en ocasiones el paciente es mal referido lo que hace el especialista no lo canalice adecuadamente, sino que lo remite a su lugar de origen. El sistema de contrarreferencia no es funcional ni operativo.

No existe consenso entre la CSS y el MINSA, por tanto la articulación entre ambas instancias no es adecuada.

La red privada refiere a la pública en donde los pacientes son atendidos indistintamente de si tienen o no seguro social.

La capacidad resolutive de la instalación es el criterio que se toma en cuenta al momento de realizar una referencia. El problema concreto es que el paciente no es remitido a la instalación de origen.

Las condiciones de la estructura física hacen que estas deban ser mejoradas, ampliadas y en ocasiones reemplazadas.

Los bolsos de desprotegidos se concentran en Tonosí y Macacaras y los riesgos principales que los afectan son la Tuberculosis, la desnutrición, Hantaan virus y hepatitis.

Las coberturas de DPT se estiman en 85%.

No se han capacitado ni supervisado a los recursos informales de salud. La mayoría de los partos se atienden en la red formal.

Los RRHH se capacitan periódicamente utilizando diversas metodologías, entre ellas las pasantías, seminarios y otros.

No hay costos reales establecidos.

Para un mejor funcionamiento del sistema de referencia - contrarreferencia deben asumirse actitudes de cambio por parte del personal medico. Además se deben establecer un sistema normatizado y supervisado que garantice su eficiencia y eficacia.

Medicamentos y Laboratorios

La región cuenta con 20 farmacias del MNSA y 2 de la Caja de Seguro Social. No se cuenta con la información de farmacias privadas y no existen farmacia comunitaria.

Existe un listado regional de medicamentos el cual considera diferentes niveles. Este listado es producto del consenso MINSA-CSS. Hay 376 renglones del cuadro básico, los cuales 160 son utilizados por los centros y sub centros de salud y 376 por los hospitales. De igual forma se cuenta con un sistema definido para la distribución de los medicamentos e insumos médico-quirúrgicos.

Los protocolos no existen para patologías prevalentes; sólo para casos especiales.

Según la ley se exige la presencia de farmacéuticos. Sin embargo el Estado carece de farmacéuticos en la mayoría de sus establecimientos y horarios.

Las donaciones de sangre para el año 1998 fueron 794; en 1999 no hay registros.

El MINSA cuenta con 4 laboratorios y en 3 lugares se cuenta con el equipo (Pocrí, Pedasí y Tonosí). La CSS tiene 2 laboratorios. Es necesario mejorar la capacidad de respuesta para hacer pruebas básicas, pues estas no se efectúan por no tener recurso humano.

Las pruebas básicas que se efectúan en los laboratorios de la región son las de química, serología, hematología y bacteriología. Se cuenta con 2 laboratorios de referencia, una para la región de Los Santos y su alrededor (Anita Moreno) y el otro para Las Tablas y su alrededor (Gerardino De León). Los criterios seleccionados para su definición fueron los de accesibilidad geográfica.

E cuanto a los costos de laboratorio, estos son uniformes; igual es el caso de los medicamento. Con un margen de ganancia del 10%. (Química, Hematología, Banco de Sangre, Bacteriología, Urinálisis).

El Gasto Nacional Del MINSA En Medicamentos Ha Ido Disminuyendo Igual En El Caso De Laboratorio.

Indicador	1995 - 1996	1997	1998	1999
Gasto Total en medicamentos por MINSA	700,215.00	594.300.00	678.835.00	496.782.00
Gasto per cápita en medicamentos	8.76	7.45	8.51	6.24

Fotografía N° 4. Satisfacción del Cliente

Lista de espera

La mora quirúrgica puede estar entre 6 y 8 meses, quizás por necesidad de completar exámenes de laboratorio, por falta de orientación, falta de normas en cuanto a la duración de un examen, limitados insumos y materiales médico - quirúrgicos. Esta situación genera duplicidad de servicios y costos para el estado, falta de comunicación entre los niveles, complicaciones de cuadro clínico.

No se ha establecido ningún mecanismo de registro ni en el Hospital, ni en el Centro de Salud.

Los servicios más afectados por esta mora quirúrgica son los de:
Ginecología (histerectomías y esterilización)

- Cirugías Programadas
- Medicina Interna
- Cardiología
- Endocrinología
- Urólogo – no hay
- Hematología

Los distritos con mayores problemas de demanda insatisfecha son Pedasí y Pocrí.

La atención de medicina general se oferta por demanda, generalmente. Se otorgan citas para la atención por especialidades y algunos controles de salud. A veces se dan citas para reevaluación con exámenes.

Las citas se otorgan para la atención por:

- Enfermera
- Pediatría
- Odontología
- C y D → Alimentación complementaria
- I P I T E
- Maternal → Alimentación complementaria

Horario de Servicios

Según lo normado el horario de atención es de 7:00 a.m. - 3:00 p.m. ; sin embargo el funcionamiento real de la instalación de salud es de 8:30 a.m. - 12:30 – 1 p.m.

Puede decirse que no hay satisfacción por parte de la población usuaria porque demandan consulta (no urgencias) después de esa hora y no son atendidos. Hasta la fecha no se ha realizado ninguna propuesta de modificación del horario de atención.

Mecanismo de medición de la satisfacción del cliente

No se aplica ningún mecanismo de medición de la satisfacción del cliente. Las opiniones vertidas tienen que ver con percepciones del problema del grupo. Proyectamos hacer encuestas cortas sobre la satisfacción al usuario.

Control de calidad

Cuando se aplicó la propuesta de Análisis del Desempeño del Equipo Local de Salud, se efectuaron algunas auditorías de expediente las cuales han evidenciado que no se pone la información completa en el expediente, ni el diagnóstico, terapéutica, signos y síntomas.

A la fecha no hay ningún programa de calidad establecido a nivel de la región.

Comentarios:

El sistema contempla la atención preferencial a aquellos pacientes que viven en áreas distantes con la finalidad de que los pacientes tengan acceso a su atención y puedan regresar al hogar. Los pacientes han comenzado a comprender la situación mediante acciones de divulgación. Los cupos no están limitados en Tonosí, se dan a libre demanda. En algunas áreas se tienen días específicos para atender embarazadas y otros pacientes citados.

Cuando el paciente no puede regresar a su casa porque es muy distante, no se ha pensado en diferenciar las camas para considerarlas como hotelería lo que diferenciaría el costo día-cama de pacientes realmente hospitalizados?. No se computa menos de 24 horas como un ingreso. Si el paciente tiene familiares o amistades en el pueblo se les recomienda utilizar este recurso.

Fotografía N° 6. Proyección De La Red

Adecuaciones de la Oferta.

Las nuevas formas de organización de los servicios, que incluyen la promoción de la salud y la prevención de daños, se logran con educación continua dirigida a la comunidad en la cual se aborden los principales problemas de salud que la afectan. Este proceso toma en cuenta el perfil epidemiológico y los factores de riesgo relacionados con este. Además, es fundamental promover la participación de la comunidad, a través de los grupos organizados de auto cuidado, organizaciones cívicas y gobiernos locales, entre otros. Se deben lograr cambios de actitudes en los grupos poblacionales y mantener un sistema de vigilancia o monitoreo continuo.

Es necesaria la conformación de equipos básicos en el proceso de cambio y transformación de la atención de la salud-enfermedad. Este equipo básico ha de estar conformado por el médico, odontólogo, auxiliar, enfermera, educador de la salud, con la finalidad de dar respuesta a las demandas de la población, a las necesidades de salud, de promoción de la salud y prevención de daños.

Para adecuar la oferta de servicios debemos realizar diagnóstico de salud con la consiguiente priorización de problemas y búsqueda de alternativas de solución; para así lograr satisfacer a la población a quien se les ofrecen los servicios.

Es necesario la alternabilidad de roles en el personal del equipo básico, de acuerdo a las necesidades, sin que ello ponga en riesgo la seguridad del paciente y del resto del equipo de salud.

Estas estrategias pueden ser consideradas para el primer nivel de atención con énfasis a los lugares más inaccesibles.

Si se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública, solicitando los recursos humanos necesarios (laboratorista), medicamentos, abastecimiento de los insumos a nivel central, transporte y mejorando el equipo e infraestructura.

La Región ha propuesto implementar el centro de promoción de la salud y centro de salud de Las Tablas en el antiguo edificio del Hospital.

Extensión y ampliación de horario al público, justificación en mayor afluencia turística en el Centro de Salud de Pedasí.

Si se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de segundo nivel, en el caso del Hospital de Las Tablas, se están implementando nuevos servicios con tecnología moderna. En el Hospital Anita Moreno se mejora la atención psiquiátrica con la implementación de sistema de unidosis; al igual que se está incorporando el centro de diagnóstico y estudios especializados, incluyendo hematología.

Además se están desarrollando programas dirigidos a grupos de extrema pobreza, a través del proyecto de Salud Rural y Plag Salud en los distritos de Los Santos y Tonosí, se ha dado un reforzamiento de recursos humanos por la emergencia del Hantaa virus en los distritos de Las Tablas y Tonosí.

La definición de espacios poblacionales específicos se ha efectuado parcialmente. Se ha iniciado por el distrito de Los Santos, con proyecciones al resto de la provincia sujetos a su evaluación. Los criterios que se utilizaron fueron de población, accesibilidad y los recursos humanos asignados.

Adecuación de la Cartera de Servicios y Ampliación de Cobertura.

Es necesario que se efectúen algunas mejoras en la red de servicios, como es implementar el servicio de laboratorio y rayos X en el Hospital de **Tonosí**, para mejorar su capacidad resolutive. En el Hospital de **Pedasí**, se propone la extensión de horarios, mejorar su capacidad resolutive y el suministro de insumos. En el distrito de **Pocrí**, mejorar la capacidad resolutive con la asignación de un laboratorista, para atender los problemas de la edad adulta y geriátrica. Asignación de un médico para Centro de Salud de Paritilla, Macaracas, mejoramiento de la estructura física como es el techo y la ampliación de laboratorio, completar el servicio de pediatría e implementar el servicio ginecología y obstetricia.

Los Santos considera la adecuación del Hospital Anita Moreno, como un centro de diagnóstico de III nivel de atención.

Las Tablas, por su parte plantea la necesidad de un Centro de Salud a nivel del corregimiento cabecera. Es importante, coordinar con las autoridades de la Caja de Seguro Social para brindar servicios del 1^{er}. nivel de atención. El traslado de las oficinas de áreas sanitarias y la creación del centro de promoción de salud.

Es fundamental que se establezcan acuerdos de para la prestación de servicios entre Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social.

Se propone la sectorización de los servicios de radiología.

Hospital Gerardino De León

1. Consulta externa del Hospital
2. Cuarto de Urgencias
3. Pacientes hospitalizados
4. Pacientes no asegurados de las clínicas privadas a los pacientes asegurados.
5. Centros de Salud pacientes no asegurados.
6. Todos los pacientes atendidos en Cuarto de Urgencias y Clínicas privadas después de las 7:00 p.m. que cierra la PECC (Servicio de Radiología).

PECC

1. Consulta externa de la PECC
2. Clínicas Privadas
3. Centros de Salud

Como se distribuyeron los pacientes entre la Caja de Seguro Social y Hospitales del Ministerio de Salud. La misma situación ocurre en **Laboratorio** (Compensación de Costos).

Fotografía N° 8. Instrumentos de Gestión

Planificación Regional

La planificación regional no es participativa, la figura del planificador es reciente (más o menos 3 o 4 años); no se conoce en si los problemas de la población.

La gerencia cuenta con un “plan regional”, pero deben existir más consultas con equipos distritales y regionales.

A nivel de los distritos se realizan programaciones tratando de conformar un equipo, utilizando un instrumento que considera la población de riesgo, los recursos y permite evaluar a fin de año los logros.

Se monitorean los avances de programas específicos para realizar los ajustes correspondientes.

Hasta la fecha no se da la participación social, pero los representantes apoyan la ejecución. La dirección invita a la participación, sin embargo no se está claro de por qué no participan los miembros de la comunidad, quizás por la **idosincracia** de la población. El grupo muy técnico del equipo de salud pone resistencia a esta participación.

Se considera que quizás, una parte de la población no participa por aspectos políticos o bien en ocasiones porque sus acciones no son remuneradas y no desean asumir responsabilidades, ni compromisos. Siempre participan las mismas personas.

Con la Caja de Seguro Social el nivel local establece coordinación para la ejecución de algunos programas. Se coordinan acciones específicas con la Caja de Seguro Social y nivel regional.

Presupuestación por objetivos

No se efectúa presupuesto por objetivos, se ciñe a un solo patrón (objeto de gasto, distrito).

No se diferencia la asignación presupuestaria con base a las áreas de interés en salud (atención a la población, atención del ambiente y salud pública). El presupuesto es de carácter histórico y no considera las necesidades ni criterios de priorización.

Con la descentralización se distribuyó el presupuesto de funcionamiento y el proceso de formulación se dio con base a presupuesto histórico, este fue levantado por la administradora con el apoyo regional y en consultas con los equipos distritales, de cada centro y subcentro, los cuales con base a sus necesidades incorporaron los recursos requeridos. En cada uno se levantó por servicios o programas con su consiguiente distribución. Se sustentó con base a datos estadísticos. Los directivos participaron en el análisis de necesidades y priorización en conjunto con el equipo.

No hay rendición de cuentas; ni se consideran criterios e indicadores cualitativos de actividades y calidad.

El contrato- programa es una alternativa para la presupuestación por objetivo y para manejar la integración del equipo en la búsqueda de calidad. Pareciera que la gestión pública-privada sin fines de lucro es la mejor opción, porque hay incentivos que aumentan la eficiencia, agilización de trámites, atención de calidad, opción laboral a terceros.

No se están introduciendo compromisos de gestión.

La cogestión de la población sería útil para mejorar la amplitud de participación. Es aplicable el concepto de patronato para el manejo de los hospitales regionales y fomento de la cogestión comunitaria, aunque inicialmente puede encontrarse rechazo por alguna parte del personal, ya que algunos trabajan en "islas".

Descentralización

Se deben descentralizar los servicios personales, los servicios, el proceso de compras y la ejecución presupuestaria; todo esto para optimizar el uso de los recursos humanos.

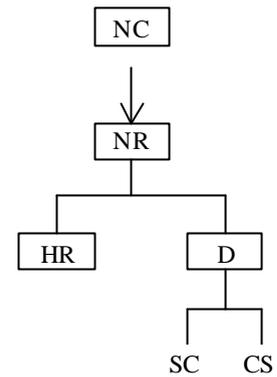
Con el proceso de descentralización se reafirman más las jerarquías (Nivel Central – Regional – Local), este proceso requiere reforzar más bien en el control de la relación a lo inverso, porque se altera.

Es aplicable el concepto de Patronato, Alcance distrital. (1998)

- Hay muy poca participación social en la gestión de los servicios de salud.
- Actualmente hay buena relación entre el nivel jerárquico regional y con la red primaria de salud.
- No se ha considerado cambios a la identificación de nuevos modelos de gestión.
- Se requiere mejorar la capacidad técnica para fortalecer y consolidar la descentralización distrital.
- Mecanismos de asignación financiera:

Existe sólo algunas partidas descentralizadas, solo un 30% del presupuesto se puede manejar, el resto se maneja a nivel nacional.

La estructura jerárquica es vertical tal como se esquematiza a continuación:



Incentivos

Si se aplican en algunos distritos incentivos; en el marco del plan de meritocracia. Los mismo no son económicos, sino de otra naturaleza y para todo el personal. Toman en cuenta criterios de productividad, asistencia, cooperación y asunción de responsabilidades; manejo y atributos.

Su aplicación regulada mejoraría la relación costo-efectividad porque hace que el funcionario sienta que hay compensación por sus trabajos extraordinarios.

Sistema de información

No está integrada la información en un sistema único. No es oportuna, no es confiable y su calidad es evaluada en algunos casos por usuarios concedores y no por los de estadísticas. No se dispone de un sistema informatizado que apoya al sistema de información. La información no es utilizada para tomar decisiones, en ocasiones porque se carece de ella.

Costo 20 está recién reinstalado, pero cuando se aplicaba la facturación se procesaba y se remitía a Panamá. No se utilizó para la toma de decisiones. Los centros de producción requerían de recursos humanos mínimos para poder establecerse y esto se constituyó en una limitante. Se efectuó el análisis de activos fijos y otros en cada centro de producción.

Las tarifas deben ajustarse, en forma pareja e igual para todas las unidades ejecutoras, deben estandarizarse para población asegurada y no asegurada. Las tarifas deben ser diferenciadas por capacidad de pago de los usuarios.

Costo 20 no ha funcionado bien, pues debe poder identificar el costo de cada actividad, no ha habido retroalimentación, análisis, ni toma de decisiones gerenciales. Debe capacitarse a las personas.

Sistema de Abastecimiento y Suministros

Las especificaciones de los elementos o servicios se determinan con base en la estadística y la morbilidad de la población. El equipo regional es quien la determina.

Hay un sistema de inventario, que toma en consideración los estándares administrativos, que han sido definidos a través de la Contraloría.

El sistema de compras es centralizado y opera con base a las disposiciones de la Ley Pública por medio de licitaciones y cotizaciones. Se efectúan evaluaciones al proveedor, aplicando los criterios siguientes: tiempo de entrega y calidad de los insumos. No hay normas predefinidas.

El pago se hace a crédito a 30 días y crédito a 60 días a través de cheque.

No existen mecanismos establecidos para controlar las pérdidas y fraudes. Se mantiene una sola llave para el control de los medicamentos. Se podría mejorar a través de sistemas de seguridad.

El abastecimiento se coordina local - regional – nacional y viceversa y toma en cuenta la estadística y la utilización de los servicios.

El abastecimiento y suministro no se coordina entre el MINSA y la Caja de Seguro Social para el intercambio de insumos. Se da una falta de coordinación y actividad positiva de los directivos de la Caja de Seguro Social. Mejores acuerdo pudieran establecerse mediante conversaciones y la definición de propósitos en común.

Las compras se priorizan con base a la demanda y al perfil de morbi-mortalidad de la población.

Comentarios:

Equipo de salud tiene los registros, tienen la información pero no hay quien analice la información recabada y correlaciones los datos brutos, es el equipo quien analiza la información. No todo el equipo humano que esta en registros médicos tiene la capacidad de análisis de la información.

Lo mas importante es el análisis del dato, el cual debe hacerse en el punto de origen de la información. A nivel distrital el recurso de salud debe estar en capacidad de analizar la información y se deben hacer análisis oportuno al momento de la generación del dato.

Los cuadros deben ser analizados

La articulación del sistema de suministros es del nivel local hacia el regional y de allí al central. Se articulan en una programación, pero existen problemas en la dotación de recursos porque los mismos no llegan a tiempo. El abastecimiento no se coordina entre la CSS y el MINSA regional. Actualmente existen una serie de pasos burocráticos para acceder a recursos de la CSS.

El problema de la regencia obedece a la carencia de farmacéuticos en las instalaciones. Para nombrar asistentes de farmacia existen limitantes, se realizaron consultas a recursos humanos.

Fotografía N° 9. Financiación de los Servicios.

Compensación de Costos

No se aplican mecanismos para el análisis de la información de costos.

Relación costos – producción - rendimiento – recursos: sólo se hace para la compensación de costos con la Caja de Seguro Social.

Existe la percepción por parte del nivel local de que el sistema de costos es solamente para saber cuanto cuesta atender pacientes asegurados en instalaciones del Ministerio de Salud y no asegurados en instalaciones de la Caja de Seguro Social.

No se toman decisiones con base en el análisis de la información de costos.

Los aspectos que determinan los costos de la atención sanitaria son:

consulta médica

odontología

farmacia

curación

laboratorio

inyectable

inhaloterapia

manipulador de alimentos

En el caso de la región de Los Santos, la tecnología de punta no influye porque no existe. Hoy día, hay equipos de laboratorio sin uso, porque no se tiene el recurso humano calificado para operarlos. Por su parte, las decisiones de diagnóstico y tratamiento de los profesionales influyen toda vez que, se abusa del sistema porque no existen protocolos de atención ni auditorías de expedientes. No hay control de citas, se hacen recetas, se ordenan exámenes, etc. por complacencia. La complejidad de los servicios de salud no influye mucho, pues las instalaciones no son complejas. En cuanto a la duplicidad de los servicios, esta no se siente, que sólo en La Villa de Los Santos y en Las Tablas existen instalaciones de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud, pero en general no ofrecen los mismos servicios, a excepción de Pediatría y Gineco-Obstetricia. Se maneja la mentalidad de que Ministerio de Salud no puede rechazar pacientes pero Caja de Seguro Social sí puede rechazar no asegurados.

El paciente al no tener un diagnóstico certero va de un médico a otro y se repiten los laboratorios y los medicamentos. Se abusa de las recetas de complacencia.

Por su parte las tarifas, no responden a los costos reales, ni para Costo 20 ni para las donaciones por servicios. Los costos se establecen por convenio entre Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social y el copago lo establece el nivel central. Las tarifas deben establecerse a través de un análisis financiero tomando como base la estructura física, la estructura de recursos humanos, insumos, equipos de la instalación.

En consulta médica el Ministerio de Salud no rechaza aunque el servicio se brinde, en la Caja de Seguro Social si rechaza cuando el servicio se brinda en Ministerio

de Salud. En algunos servicios como Radiología han llegado a acuerdos estableciendo una sectorización de los pacientes.

Fuentes de Financiamiento

El 98% de la atención de salud se financia a través del presupuesto público.

2% { Recaudaciones de los Centros de Salud y los SubCentros de Salud → Comité de Salud
Recaudaciones de los Hospitales → Fondo de Administración → se manejan según normas de Contraloría.
CAVV, Saneamiento, Vectores, DC → Cuenta 210.

Hay pocos aportes de la autogestión, es muy esporádica (sociedad civil y clubes cívicos).

En cuanto a la ejecución presupuestaria, puede decirse que hasta abril se recibió 14% del presupuesto de medicamentos, 0.5% de Laboratorio, 0% Radiología Médica, 0.7% instrumental médico quirúrgico, por lo que los Hospitales deben hacer frente al desabastecimiento con el fondo de administración (el Hospital Gerardino De León utiliza el 100% del Fondo de administración para esto)

El copago se establece con base a la capacidad de pago de los usuarios, si el usuario no puede pagar se establece un compromiso de pago y algunas veces se exonera. El porcentaje de recuperación según recursos del usuario es muy bajo. Deben hacerse modificaciones, pero que no afecten a las personas de muy bajos recursos.

Por su parte, el subsidio estatal no garantiza la equidad.

Las donaciones no son una fuente importante de recursos, pero las pocas que se reciben son beneficiosas. Se hace necesario que sean coordinadas con la Institución y que sean en base a prioridades.

Los costos actuales facilitan la sobreutilización de los servicios de salud porque hay personas conocidas que acuden con demasiada frecuencia a los servicios de salud, lo cual aumenta los costos y limita la eficiencia del sistema.

La información existente sobre el gasto en salud es confiable y oportuna. Se cuenta con el detalle de gastos de funcionamiento por rubro.

Unidad ejecutora → Requisición → Compras regional → Presupuesto

Los mecanismos de asignación financiera se realizan según flujo adjunto:

Nivel central ^{mensual} → Nivel regional → Nivel local

Los traslados financieros se realizan dos veces al año (junio - diciembre); también se efectúan traslado de los saldos que quedan sin ejecutar.

En síntesis:

El Departamento Costo 20 estuvo estacionario por varios meses, ya que el encargado del mismo había sido destituido y la persona que queda encargada (secretaria) no se pudo encargar del mismo, debido a que no conocía el trabajo sobre costos reales.

No se aplican mecanismos para analizar la información de costo.

- Hay preocupación por parte del nivel local que la información de costos solo se está analizando dependiendo del contexto, es decir a cuántos asegurados se atienden y que debería pagar el Ministerio de Salud a la Caja de Seguro Social por pacientes atendidos.

No se lleva tecnología de Paritilla excepto que el Hospital Las Tablas deberá llevar en su apertura.

Las tarifas establecidas no responden a costos reales. Ejemplo pacientes que solo pagan B/. 1.00 por consulta, y a la vez exámenes de laboratorios que en el Ministerio de Salud se estipulan precios y al día de hoy estos pacientes solo pagan el mínimo de los costos reales. Exámenes de glucosa que cuestan B/. 3.00 sólo pagan B/. 1.00. se dan muchas recetas de complacencia, por lo que se debe reglamentar.

Se dan rechazo por parte de la Caja de Seguro Social a pacientes no asegurados cuando se dan estos servicios solicitados por parte del Ministerio de Salud, mientras tanto pacientes asegurados no son rechazados por el Ministerio de Salud (Consulta Externa).

- Las recaudaciones de Centros de Salud son manejados por los Comités de Salud.
- Los fondos de Hospitales son manejados directamente por fondo de administración y administrados por hospitales con fiscalización por Contraloría.
- A la Cuenta 210 van los fondos recaudados en dirección y coordinación por parte de ingresos, departamentos (CAVV, Saneamiento Ambiental).
- Un 98% del presupuesto a nivel regional es financiado por el Estado y un 2% es por parte de ingresos de autogestión, 0% de donaciones.
- Ejemplo: El fondo de administración es utilizado en compra de medicamentos, instrumental médico, al cual deben hacer frente al desabastecimiento todos los hospitales de la región.
- En cuanto al co-pago se establece en base a la capacidad de pago de los usuarios, si el usuario no está en capacidad de pagar se establece un compromiso de pago y hay veces se exoneran, cuando este no está en capacidad de hacerle frente al compromiso.
- El porcentaje de recuperación según recurso al usuario es muy bajo.

- El Presupuesto del Estado debe subsidiar a los de muy bajo nivel económico.
- Las donaciones constituyen beneficios ya que el Hospital solicita según el ofrecimiento lo que necesitan.
- Las normas que deben regularse serían coordinar las donaciones según el ofrecimiento.
- Hay personas que se hacen adictas a las instalaciones de Salud. (abusan de los servicios sanitarios, al aumentar costos y limitar la eficiencia).
- La información es confiable y oportuna.
- Gasto de financiamiento por rubro.
- Mecanismos de asignación financiera:
 - Nivel Central → Nivel Regional → Nivel Local
 - Los traslados financieros se dan 2 veces al año (cada 6 meses junio y principio de diciembre) se dan de la misma unidad ejecutora.

Comentarios:

En general la red de servicios se concentra en el primer nivel. Las policlínicas no brindan los mismos servicios que los hospitales. La red de la CSS no es amplia, quizás por ello no se siente mucho la duplicidad de servicios.

Deben hacerse modificaciones a las tarifas pero podrían no ser útiles.

El subsidio debe hacerse a la población de escasos recursos, pero el mismo no va a resolver los problemas de inequidad.

La autonomía se basa en los traslados financieros que quedan sin ejecutar porque estos son más ágiles que los traslados de partida.

Se generan mecanismos de préstamos entre las diferentes instancias de salud que cuando se hagan las asignaciones del nivel central, no hay disponibilidad sino solo deudas.

Costo 20 se ha dejado de llevar por unos meses. La CSS ha logrado que sus funcionarios tengan otra actitud para llevar el sistema, en el MINSA la actitud sobre este punto es negativa. El sistema está atrasado casi 7 meses. La próxima semana se hará un seminario regional para agilizar el sistema. El costo real de las consultas se está revisando CSS/MINSA central, pues no se está llevando la especificación de una consulta externa. Se desconocen los costos de operación de diferentes actividades. No se toma la importancia en los gerentes de los centros de producción.

Autogestión regional mensual 19,000 dólares y la estimado en medicamentos es de alrededor de 50,000.00 por mes.

Fotografía N° 10. Proyectos de Inversión

Los Santos

- Construcción de los centros de salud de Pedregozo y Santa Ana
- Construcción de Morgue Tonos
- Reubicación de la cocina del Anita Moreno
- Ampliación del Subcentro de Salud de La Palma
- Tanques de agua a 14 centros y 2 hospitales
- Remodelación del pabellón 5 y Construcción y equipamiento del centro hemato - oncológico
- Programa sanidad marítima
- Ampliación del Centro de Salud de Sabana Grande
- Ampliación del Subcentro de Llano de Piedra
- Tanque séptico

Hospital Anita Moreno

1. Transporte ambulancia y otros vehículos
2. Medicamentos no disponibles, suministros llegan tardíamente o se carecen de rubros esenciales
3. Pago de jornaleros por autogestión
4. Carencia de recursos en algunos áreas técnicas o profesionales. CSS tiene nombrados algunos recursos cuyo retiro significaría no disponer de los mismos.
5. Necesidades de mejoras o reemplazos de la estructura física existente debido a deterioro o necesidades de cambio de modelo de prestación de servicios y de su cartera de servicios de salud mental.

Tonosí

Área agrícola / ganadera productiva. Con población dispersa. 3 subcentros, 1 hospital rural, 2 clínicas privadas, 1 laboratorio y 2 farmacias privadas.

Se accesa con mayor facilidad a la costa lo que le permite atender a población de Veraguas. Este trabajo se realiza coordinadamente con la Región de Veraguas, ANAM, Asociaciones ambientalistas y otras ONGs.

Se cuenta con inspector de saneamiento y equipo de protección de alimentos 2 veces por semana. También se cuenta con pediatra 2 veces por semana. Se carece de Ginecólogo.

Los principales bolsones de pobreza se encuentran en Bebedero, Altos de Güera y Guanico. Es el único distrito de Los Santos catalogado como de pobreza o pobreza extrema.

Durante la epidemia de Hantaan Virus se revisaron el 89% de las viviendas de la comunidad.

Se trabaja la promoción de la salud.

Los 3 subcentros de salud están cerrados pues la población espera servicios completos. La Dirección General considera que los subcentros deben abrirse. Bucaro, Isla de Cana sin drenaje séptico. No se deben tener las instalaciones cerradas.

Se trabajara en los subcentros mediante giras integrales de salud.

Se tienen dificultades para integrar el equipo básico.

Los costos de transporte son elevados, con horario funcionamiento, que además de la accesibilidad geográfica hacen difícil la atención a la población residente en algunas áreas como el Espavito.

Se carece de los vehículos para ofrecer un buen servicio.

El hospital esta ubicado en un área donde la absorción del agua es lenta, hay derrame del tanque séptico que inunda además el área de atención odontológica.

Macaracas

Población 10,000 hab. 11 corregimiento y 4 instalaciones de salud

Centro de Salud de Llano Piedra

Subcentro de Salud de La Mesa

Hospital Rural en Macaracas

Subcentro de Salud de Bahía Honda

Subcentro de Salud en Chupa

2 clínicas privadas

3 farmacias en Macaracas y una en Llano de Piedra.

En el CS de Llano de Piedra se carece de vehículos para cubrir los subcentro de Chupa y La Mesa, los cuales atiende un día por semana a cada uno.

H. R. De Macaracas atiende población de extrema pobreza de los distritos de Los Pozos y Las Minas. Además atiende población de otros distritos de la provincia de Los Santos.

Ofrece servicios de atención general y cubre las urgencias 24 horas, pero se les paga un solo turno desde hace 16 años.

Tiene camas en sala de adultos, pediatría y maternidad. Tiene camas en urgencias.

Brinda rayos x y laboratorio. Una licenciada de laboratorio jubilada que esta por contrato. El sistema de referencia y contra – referencia es inadecuado. Las contra - referencias no se reciben y en ocasiones las referencias son bloqueadas por los médicos generales de los cuartos de urgencias de otras instalaciones de salud de mayor complejidad.

Se cuenta con 3 unidades dentales y 3 odontólogos. Hay urgencia por personal de enfermería, solo se cuenta con 6 funcionarios porque dos están incapacitados.

Hay poblaciones pobres en todos los corregimientos, pero no de extrema pobreza. La situación hace crisis en la atención de pacientes de extrema pobreza que provienen de Los Pozos y Las Minas.

Las Tablas

24 corregimientos

4 centros La Palma, San José, Santo Domingo, Valle Rico

3 subcentros Pedregozo, La Laja y Valle Riquito

Hay dificultades legales con la propiedad del Centro de Salud de Santo Domingo al igual que con el Hospital Gerardino De León.

Santo Domingo cuenta con todos los departamentos establecidos y se llevan a cabo todos los programas. El rol de los comités de salud no ha sido muy bueno, los recursos que aporta son casi mínimos. Lo que sostiene al centro y al distrito es el programa de higiene social. Los laboratorios son realizados en el Hospital de Las Tablas.

La creación de los centros y subcentros se maneja políticamente y no se realizan los estudios de factibilidad para su construcción y funcionamiento.

El corregimiento no cuenta con centro de salud, los programas los realiza la policlínica de la CSS.

La descentralización beneficio principalmente al distrito de Las Tablas. Cuando se hace la división del área y se separa el área 1 Las Tablas/Tonosí, se disminuyen los presupuestos disponibles y se hace crisis sobre todo en el distrito de Las Tablas. Existen algunos rubros que no se han descentralizado, se propone que no este centralizado el 100% de los recursos.

Para el mejor desarrollo de las gerencias se requiere que el MINSA realice programas de capacitación y formación de los gerentes.

Dentro de los planes quinquenales es necesario construir un nuevo centro de salud en el Distrito de Las Tablas, en el viejo hospital, además de un centro de promoción de la salud y las oficinas distritales.

San José. Es un centro con problemas en el proceso de reconstrucción, a la estructura le faltan columnas, vigas y otras. La supervisión para la construcción no fue la mas correcta. Se recomienda su cierre por seguridad.

La Palma. Entra al proyecto salud saludable. Ubicado en las cercanías de la cabecera del distrito. Esto guarda referencia con los problemas políticas que inciden en la definición de la construcción.

Los subcentro son atendidos por un día.

Clínica de extensión odontológica. Manuel María Tejada Roca. La escuela solicita la permanencia de una enfermera que se esta negociando con los padres de familia para la autogestión.

Los bolsones de pobreza se ubican en las áreas del Valle Rico.

El personal que atiende las funciones de salud ambiental comparten funciones entre distritos.

La epidemia de Hanta virus a pesar de los problemas que causo, permitió la reactivación de las Juntas de Agua y la reactivación de la clorinación. Las Tablas requiere de una planta potabilizadora. Los alcantarillados están incompletas porque la laguna de oxidación no esta. Los desechos sólidos se ubican en vertederos a cielo abierto.

Como se dio la vigilancia de los planos en la reconstrucción de centros de San José. Este fue un proyecto de PROINLO que manejo esta situación directamente con la Gobernación. Existen deficiencias atribuibles a la gestión del pasado gobierno. Hoy día se cuenta con un departamento y se monitorean los planos, sin embargo no se cuenta con transporte para su inspección y los problemas se reflejan posteriormente 2 o 3 años después. La arquitecta pasada iba a vigilar pero existen problemas en la no terminación de los contratos en Macaracas. A casi todas se les dio remozamiento. Igual vigilancia se dio al Centro de Valle Rico. Se requiere hacer mejores estudios antes de construir debido a la presencia de temblores que se dan en el área, además existen otros riesgos como explosiones de canteras y explotaciones de minas. La provincia esta reforzando el personal de la DIS regional.

Guararé

10 corregimientos

CS de Guararé

Un subcentro a una distancia en vehículo de 10 minutos.

Llano Abajo, Guararé Arriba y el Hato por accesibilidad van a Sabana Grande

El centro recibe población de Machacaras y su población migra hacia Las Tablas o hacia el Anita Moreno en búsqueda de los especialistas.

Tiene problemas eléctricos que conllevan sobreuso y por tanto sobre costos.

También hay problemas en las tuberías de agua.

La remodelación no ha sido terminada.

Se llevan los programas de salud, los servicios de farmacia, laboratorio, odontología, medicina general, enfermería y rayos X. El personal de enfermería se encuentra discapacitado por HTA, diabetes y otras.

En el campo de salud ambiental se carece de recursos por fallecimiento de un funcionario e incapacidad en el otro.

La oficinista realiza acciones de administración y de recursos humanos, además otro recursos realiza el resto de las acciones administrativas.

65/70 por ciento son asegurados y un 10 por ciento indigentes.

Un comité de salud en el corregimiento de Las trancas y otro en la cabecera.

Se cuenta con un comité organizado para el control del Aedes, que también apoyo durante la epidemia del Hantaan virus.

Se requiere la reposición de personal jubilado o incapacitado.

Pocrí

279.6 km cuadrados. Población 3,629 hab. Pirámide de población invertida con disminución de la población.

5 corregimientos Cañafistulo, Lamina, Pocrí cabecera, Paraíso, Paritilla. Atienden población de Pedasí. Esta a 20 minutos del H. Regional.

2 centros de salud Paritilla/Pocrí Cabecera que cuentan con un medico compartido.

Personal de salud ambiental asignado con veterinario con asignación parcial. El personal jubilado, pensionado o incapacitado no ha sido reemplazado.

Se tienen grupos organizados de diabetes, hipertensos, maternales y otros debido a que la población no acude regularmente debido a que busca otras opciones de atención por no estar seguro de contar con personal de salud. Los recursos financieros han disminuido. El Comité de Salud esta en quiebra.

Se requiere de personal medico para efectuar una mejor atención de la población.

No se dispone de transporte, recursos humanos, medicamentos y equipos en suficiente cantidad y calidad.

5 de las 6 ratas capturadas fueron positivas por hantaan virus.

Pedasí

Población de 3,500 hab. 340 Kms cuadrados.

Corregimientos

Los Asientos

Mariabe

Purio

Oria recién creado y por tanto desprovisto de servicios básicos

El distrito esta a 45 kms de Las Tablas recorrido que debe hacerse por todo el que demande atención después de las 3 p.m. El costo es de 6.00 ida vuelta.

Centro de Salud de Pedasí

Existen dificultades para el funcionamiento del mismo, mucho mas para apoyar el funcionamiento de las otras instalaciones.

Requiere de mejoras y ampliación de sus áreas físicas, principalmente las de ambiente.

Es interés realizar giras integrales. Se carece de vehículo para estas funciones.

Se tienen proyecciones de que la CSS construya una ULAPS en Pedasí Cabecera para coordinar sin dualidad de funciones la extensión del horario hasta por lo menos las 11 p.m.

Se cuenta 2 médicos

Recientemente se cuenta con una ambulancia donada por el FIS.
Subcentro de Los Asientos cerrado. Funcionaba en una casa comunal. No se tienen proyecciones de reabrirlo.
Subcentro de Buenos Aires, giras de salud. Sin embargo se carece de transporte y medicamentos para estas.

