



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD REGION DE SALUD DE LOS SANTOS

Macro Visión de Salud

Departamento de Planificación de Salud

AUTORIDADES REGIONALES

Dr. Antonio González
Director Regional de Salud

Dra. Cristina Correa
Sub Directora Regional de Salud

COORDINACIÓN

Dr. Gilberto Vaz Heron
Planificador Regional

EQUIPO TECNICO

Lic. Anais Collado
Jefa Regional de Registro Estadísticos de Salud

APOYO

Dr. Roy Herrera
Director Médico Hospital Joaquín Pablo F. Sayas

Dra. Kenia Zambrano
Directora Médica Hospital Regional de Azuero Anita Moreno

Dr. Cesar Osorio
Director Médico Distrito de Macaracas

Dra. Marianela Rivera
Directora Médica Distrito de Los Santos

Dra. Denis Ramirez
Directora Médica Distrito de Las Tablas

Dr. Edwin Vergara
Director Médico Distrito de Pedasí

Dra. Magdielis Lopez
Directora Médica Distrito de Pocrí

Dr. Alconides Gonzalez
Director Médico Distrito de Tonosí

Dr. José R. Aguilar
Director Médico Distrito de Guararé

AGRADECIMIENTO

A los equipos distritales, coordinadores regionales e instituciones públicas, que han contribuido de manera especial y diligente en la elaboración **del Análisis de Situación de Salud de la Región de Salud de Los Santos**, demostrando un verdadero compromiso con nuestra población. Un especial agradecimiento al Licenciado Abdiel López de REGES regional por el suministro de datos estadísticos.

El Análisis de Situación es una herramienta que nos da poder para poder tomar decisiones. Todos los gobiernos y las autoridades de Salud se apoyan en este documento para poder programar actividades para la cumplir con los objetivos del plan de gobierno, las Políticas de Salud y los Objetivos del desarrollo sostenible.

Un especial agradecimiento al departamento de REGES quienes contribuyeron con darnos la información estadística que reposa en nuestra plataforma como también, información extraída del INEC.

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD DE LOSSANTOS
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN DE SALUD
ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD**

El contexto

La Región de Salud de Los Santos presenta características propias que podrían ser considerados como problemas y algunas como ventajas. En la provincia de Los Santos contamos con una tasa baja de crecimiento poblacional y la esperanza de vida más elevada del país. Nuestra red de atención primaria es numerosa y accesible a los usuarios. Los patrones socioculturales y estilos de vida, como la forma de alimentación, nos llevan a tener un bajo índice de desnutrición en contra posición con alta tasa de sobrepeso y obesidad.

La característica de una población mayormente adulta y adulta mayor, nos hace enfocar nuestras intervenciones en la prevención y control de enfermedades crónicas y degenerativas.

La gran cantidad de actividad festiva va de la mano a una alta ingesta de alcohol, y el machismo aun predomina en ciertas áreas, lo que pone en peligro la integración familiar y predispone la presencia de alteración de la conducta que puede favorecer la tendencia al suicidio en la población joven y adulta productiva. Sin dejar de mencionar el 30 % de embarazos en adolescentes.

Todas estas características regionales podría ser mejoradas si existiera una planificación e intervención conjunta MINSA-CSS, la cual adolecemos. Creando duplicidad de servicios y con frecuencia desabastecimiento, con la consiguiente insatisfacción del usuario y un mal control de las enfermedades y un obvio fracaso en la prevención de las mismas.

Tomando en consideración estos aspectos se debería priorizar en lograr una coordinación con la Caja del Seguro Social para realizar un mejor diagnóstico regional y elaborar planes estratégicos que tengan como fin incidir en toda la problemática sociocultural como así optimizar los recursos de ambas instituciones y evitar la duplicidad de funciones, los desabastecimientos y lograr mayor satisfacción del usuario interno y externo en miras de implementar una red integrada de servicios de salud.

Consideramos que aspectos como la deuda externa que es una condición que es nacional y regional definitivamente nos afecta porque al estar más endeudado nuestro país los recursos van a estar más limitados en todas las áreas y salud no escapa a esto. El proceso centralizado para el manejo de algunos objetos de gasto de nuestro presupuesto como: medicamentos, médico quirúrgico etc., además de ser insuficiente nos limita a recibir insumos algunas veces innecesarios a destiempo, de igual manera la inestabilidad del recurso humano hace perder personal capacitado y calificado desmejorando la calidad de los servicios brindados en nuestras instalaciones.

Dentro de nuestros compromisos internacionales, convenios y acuerdos como país signatario encontramos:

Alto Comisionado De Las Naciones Unidas Para Los Refugiados (ACNUR) Acuerdo Sede Entre El Gobierno de la República De Panamá y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados Hecho en Panamá el 1 de abril de 2004 Gaceta Oficial No. 25,506 de 20 de marzo de 2006 Entró en vigor el 1 de abril de 2004.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) Acuerdo relativo al establecimiento de la oficina regional para Centroamérica y Panamá entre el gobierno de la República de Panamá y la oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos Firmado en Panamá el 12 de febrero de 2007 Entró en vigencia el 12 de febrero de 2007 Nota: Prorrogado indefinidamente por Canje de Notas de 27 de octubre y 2 de diciembre de 2008.

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) Acuerdo entre la República de Panamá y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) para el establecimiento de una oficina del banco en Panamá firmado en Panamá el 6 de septiembre de 2012 entró en vigencia el 6 de septiembre de 2012.

Corporación Financiera Internacional Acuerdo entre la República de Panamá y la Corporación Financiera Internacional para el establecimiento de una oficina de la corporación en Panamá Firmado en Panamá el 20 de noviembre de 2013 Entró en vigencia el 20 de noviembre de 2013. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) Acuerdo Referente A La Cooperación En El Establecimiento De Un Programa De Utilización De Los Servicios De Expertos Nacionales Jubilados Firmado en Roma el 13 de septiembre de 2000 Entró en vigencia el 13 de septiembre de 2000.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) Acuerdo Referente A La Cooperación En El Establecimiento De Un Programa De Utilización De Los Servicios De Expertos Nacionales Jubilados Firmado en Roma el 13 de septiembre de 2000 Entró en vigencia el 13 de septiembre de 2000.

Fondo Internacional De Desarrollo Agrícola (FIDA) Acuerdo Con Respecto Al Establecimiento De La Oficina En Panamá Firmado en Roma el 10 de septiembre de 2009 Entró en vigencia el 10 de septiembre de 2009. Instituto Latinoamericano De Naciones Unidas Para La Prevención Del Delito Y Tratamiento Del Delincuente (ILANUD)

Acuerdo De Cooperación Entre El Gobierno De La República De Panamá Y El Instituto Latinoamericano De Naciones Unidas Para La Prevención Del Delito Y El

Tratamiento Del Delincuente (ILANUD) Firmado en San José, Costa Rica el 11 de febrero de 1991 Aprobado mediante Ley No. 14 de 18 de junio de 1991 Gaceta Oficial No. 21,816 de 26 de junio de 1991 Notificación para la entrada en vigencia de 28 de junio de 1991 Entró en vigencia el 28 de junio de 1991

Organización De Aviación Civil Internacional (OACI) Acuerdo Complementario Al Acuerdo Básico Para La Ejecución De Proyectos De Aviación Civil Firmado en Panamá el 7 de noviembre de 1996 Entró en vigencia el 7 de noviembre de 1996

Nota: Duración 10 años prorrogables.

En nuestro país existe cooperación técnica financiera internacional para facilitar procesos de modernización, reformar, transformar y gestionar cambios del estado y por ende del sector Salud, tales como:

Áreas Macro de Trabajo como: Relaciones Internacionales Cooperación Externa Áreas Micro de Relaciones Internacionales, Áreas de Micro de Cooperación Externa (Área de Cooperación Bilateral, Área de Cooperación Multilateral, Área de Organismos Internacionales)

Organización Internacional Del Trabajo (OIT) Memorándum De Entendimiento Firmado el 14 de diciembre de 1998 Entró en vigencia el 14 de diciembre de 1998. 9

Organización Mundial De La Salud (OMS) Convenio Panamá- OMS Para Proyectos De Salubridad En La República De Panamá Firmado el 9 de noviembre de 1951.

Organización Para la Prohibición De las Armas Químicas (OPAQ) Acuerdo Sobre Los Privilegios e Inmidades De La OPAQ Hecho en La Haya el 13 de febrero de 2002 Aprobado mediante Ley No. 27 de 26 de marzo de 2003 Gaceta Oficial No. 24,773 de 2 de abril de 2003 Deposito del Instrumento de Aceptación el 26 de mayo de 2003 Entró en vigencia el 26 de mayo de 2003

Organización Del Tratado De Prohibición Completa de los Ensayos Nucleares (OTPCEN) Acuerdo Sobre la Realización de Actividades Relacionadas con Instalaciones del Sistema Internacional de Vigilancia del Tratado de Prohibición Completa de los Ensayos Nucleares, comprendidos las actividades posteriores a la homologación Firmado en Viena el 26 de noviembre de 2003 Entró en vigencia el 26 de noviembre de 2003.

Programa Mundial De Alimentos (PMA) Acuerdo para el establecimiento del Despacho Regional del PMA en Panamá Para América Latina y el Caribe Firmado en Panamá el 20 de diciembre de 2002 Aprobado mediante Ley No. 71 de 3 de diciembre

de 2003 Gaceta Oficial No. 24,943 de 9 de diciembre de 2003 Notificación para la entrada en vigencia de 18 diciembre de 2003 Entró en vigencia el 18 de diciembre de 2003.

Programa De Las Naciones Unidas Para El Medio Ambiente (PNUMA) Acuerdo para el Establecimiento de una Oficina Regional del PNUMA en Panamá para América Latina y el Caribe entre el Gobierno de la República de Panamá y las Naciones Unidas Dado en Panamá el 30 de noviembre de 2006 Aprobado mediante Ley No. 63 de 21 de diciembre de 2007 Gaceta Oficial No. 25,948 de 27 de diciembre de 2007 Nota de comunicación de Aprobación por la República de Panamá de 3 de enero de 2010 Entró en vigencia el 3 de enero de 2008 (Art.XX1.7).

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) Carta De Entendimiento (Panamá - Fundación Ciudad Del Saber – UNESCO) Firmado el 28 de marzo de 1995 Entró en vigencia el 28 de marzo de 1995. Carta De Entendimiento (Panamá - UNESCO)(Salón Bolívar) Firmado el 28 de marzo de 1995. Acuerdo De Sede Firmado el 7 de mayo de 1998 Entró en vigor el 7 de mayo de 1998. Convenio para la creación y funcionamiento en Panamá del Centro Regional Ramsar para la capacitación e investigación sobre humedales en el hemisferio occidental Firmado en Gland, Suiza el 28 de febrero de 2003 Aprobado mediante Ley No. 33 de 7 de julio de 2004 Gaceta Oficial No. 25,097 de 20 de julio de 2004

Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (UNICEF) Acuerdo Básico de Cooperación Firmado el 4 de junio de 1998 Aprobado mediante Ley No. 106 de 30 de diciembre de 1998 Gaceta Oficial No. 23,717 de 21 de enero de 1999 Canje de Notas para la entrada en vigencia de 3 de marzo y 9 de julio de 1999 Entró en vigencia el 10 de julio de 1999. Acuerdo para el establecimiento de una Oficina Regional del UNICEF En Panamá para Latinoamérica y el Caribe Firmado en Panamá el 9 de agosto de 2001 Aprobado mediante Ley No. 23 de 9 de mayo de 2002 Gaceta Oficial No. 24,551 de 14 de mayo de 2002 Entró en vigencia el 12 de agosto de 2002. Acuerdo Relativo al desempeño de actividades remuneradas por personas a cargo de los funcionarios del UNICEF en la República de Panamá Firmado en Panamá el 9 de agosto de 2001 Entró en vigencia el 9 de agosto de 2001.

Universidad para la Paz de las Naciones Unidas (UPAZ) Convenio para el establecimiento de una subse de la Universidad para la Paz en La República De

Panamá Firmado en Panamá el 22 de enero de 1999 Gaceta Oficial No. 23,739 de 23 de febrero de 1999 Entró en vigencia el 22 de enero de 1999. S

Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS) Convenio Sobre Prerrogativas E Inmунidades De La Oficina Sanitaria Panamericana Firmado el 10 de marzo de 1952 Entró en vigencia el 10 de marzo de 1952.

Organismo Internacional Regional De Sanidad Agropecuaria (OIRSA) Convenio Entre El Gobierno De La República De Panamá y El Organismo Internacional Regional De Sanidad Agropecuaria (OIRSA) Sobre La Sede De Una Oficina En Panamá Firmado en Panamá el 13 de junio de 2003 Gaceta Oficial No. 25,504 de 16 de marzo de 2006 Entró en vigencia el 13 de junio de 2003.

Asociación De Estados Del Caribe (AEC) Memorando De Entendimiento Entre El Gobierno De La República De Panamá y La Secretaría De La Asociación De Estados Del Caribe Para Acoger La Sede Del Centro Para La Promoción De Idiomas Y Culturas Del Gran Caribe Firmado en Panamá el 6 de agosto de 2008 Entró en vigencia el 6 de agosto de 2008.

En nuestra región existe cooperación de algunas embajadas como la del Japón que ha donado ambulancias a varias de nuestras instalaciones de salud.

La lucha contra la pobreza es una prioridad gubernamental, para este gobierno es esencial proveer más y mejores servicios de salud, respaldando programas como: gratuidad de los servicios Red de oportunidades, 120 a los 65, beca universal y otros. Es mandatorio bajar los precios de los medicamentos creando una Ley única de compras e insumos para asegurar el abastecimiento de los mismos. De igual manera se proyecta equipar los Centros de Salud y Subcentros con equipos tecnológicos y de atención médica actualizados mejorando las competencias del Recurso Humano Especializado apoyándonos de la Telemedicina.

A nivel regional la conducción de la política social se realiza por medio de la coordinación provincial a través del Consejo Técnico Municipal, pero de temas muy puntuales donde la mayoría es para solucionar dificultades que se van presentando. No hay una participación conjunta en la elaboración de un diagnóstico y mucho menos en la toma de decisión o ejecución del plan de Salud, aunque a través del ejercicio estamos convocando a todos los sectores para que presentemos los distintos hallazgos encontrados en nuestras dependencias y elaborar un plan de acción para solucionar los mismos.

La política de salud encaja perfectamente en los programas sociales ya que en ella se señala asegurar el acceso universal a todos los ciudadanos, mejorando la calidad de la atención y participando en la atención de estos grupos que son parte de los programas de salud que se desarrollan en nuestras unidades de atención.

Dentro de las proyecciones y tendencias del contexto político-económico-socio cultural – y de género con relación a la gestión sanitaria y con los perfiles de salud – enfermedad de la población tanto a nivel provincial, regional y distrital, el escenario actual para la Región de Los Santos no escapa de lo que ocurre en el contexto de la república, existiendo insatisfacción tanto del usuario externo como del interno por los problemas en la atención y gestión de salud.

De todos es conocida la situación global imperante, con un escenario en el que existen múltiples necesidades y muy pocos recursos:

- ✓ El surgimiento de las enfermedades emergentes y recrudescimiento de las reemergentes
- ✓ Los cambios en la estructura poblacional con un incremento de la población de tercera edad, y por ende incrementos en la demanda de mayores recursos de mayor complejidad
- ✓ El incremento desproporcionado de los costos de la atención médica, por la incorporación de tecnologías cada vez más sofisticadas, sin que exista una verdadera evaluación del costo / beneficio de las mismas
- ✓ El cambio en el perfil epidemiológico de las enfermedades donde prevalecen las enfermedades crónicas (tumores, cardiopatías, etc.), las cuales conllevan la utilización de más recursos mucho más complejos para solo mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por estos males
- ✓ Un mayor acceso a la información por parte de la población lo que trae como consecuencia mayores exigencias por parte de pacientes y familiares en cuanto a la atención que deben recibir
Por esta realidad hoy las acciones se dirigen a:
 - Tendencia a la separación de funciones
 - Redefinición de los sistemas de atención
 - Nuevas modalidades de financiación y pago de servicios
 - Focalización de gasto y servicios
 - Descentralización y participación social
 - Nuevas formas de organización y gestión

El área de Azuero, es de todos conocido como el arco seco del país, haciéndose más evidentes cuando se presenta el fenómeno del niño como ocurrió en este año (2024), viéndose afectada la agricultura y la ganadería principales fuentes de ingreso de la provincia, más en el área de Pedasí, Pocrí y ciertas áreas del distrito de Los Santos. Actualmente estamos ante la declaración del Fenómeno de la niña que también perjudica a nuestra región puesto que se pierde muchos cultivos y también ocurren inundaciones con grandes pérdidas materiales.

Según el Informe sobre Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2023-2024 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), revela que Panamá ha avanzado cuatro lugares, ubicándose en el puesto 57, superando el puesto 61 ocupado durante el período 2021-2022 de 190 países, evidenciando su posición dentro de los países de alto desarrollo humano.

La economía panameña creció 1.7% en el primer trimestre de 2024, respecto del mismo periodo del año previo. Así el Producto Interno Bruto (PIB) en medidas encadenadas de volumen totalizó 20,498 millones que equivale a un incremento absoluto de B/. 336.5 millones.

El índice por provincias guarda relación con el índice del país. Hay ciertas provincias y comarcas que aun presentan diferencias en cuanto a calidad de vida, pero que cuentan con programas de ayuda social que les ha permitido elevar el ingreso de las familias, para acceder a necesidades básicas

En los últimos quinquenios las políticas de salud hacen mayor énfasis en que la gente juega un rol preponderante en el cuidado de su propia salud, apoya los procesos



institucionales de la salud a través de la participación comunitaria organizada e interactúa con las fuerzas vivas políticas, eclesiásticas, gubernamentales y no gubernamentales para resolver problemas del entorno que puedan afectar su salud (agua potable, letrinas, aguas servidas, basura, carreteras, escuelas, áreas deportivas, iglesias,

centros de salud, etc.). Estas comunidades empoderadas y conscientes de su entorno y la medida en el que un ambiente insalubre les puede enfermar, velarán así para que sus casas, patios, calles, veredas, se conserven limpias y que el lavarse las manos, bañarse diariamente, incentivar los valores éticos y morales en la familia, hacer ejercicio, alimentarse sanamente, tener un trabajo, etc., determinarán en gran medida la salud individual, familiar, comunitaria y ambiental

El principal marco legal en materia de Salud es el código sanitario de 1947 que otorga la función de rectoría del Ministerio de Salud, las cuales constituyen un elemento

fundamental para el ejercicio del liderazgo institucional en el marco del cumplimiento de sus funciones establecidas constitucionalmente.

Se considera como dimensiones de la Función Rectora las siguientes:

- Conducción
- Regulación
- Funciones Esenciales de Salud Pública
- Vigilancia del Aseguramiento
- Modulación del Financiamiento
- Armonización de la Provisión de los Servicios de Salud.

Políticas de Salud 2009-2025

Donde sus principales componentes son:

1. Marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora
2. Fiscalización y control
3. Regulación y control de insumos médicos (medicamentos, equipos y dispositivos médicos) y tecnología sanitaria
4. Regulación y control sanitario de bienes y servicios
5. Regulación y control sanitario del medio ambiente
6. Regulación y certificación de recursos humanos en salud

En nuestra realidad existe la función regulatoria como parte de las funciones del MINSA pero no se ejercen como debería tanto en las instituciones privadas como en la Caja del Seguro Social, esta función ha contribuido favorablemente en lo que se ha logrado ya que asegura a la población las condiciones de salubridad necesarias para evitar enfermedades prevenibles.

Contamos con normas sanitarias para el funcionamiento de establecimiento público y el MINSA fiscaliza el cumplimiento de éstas, dentro de los cuales encontramos:

- En la vigilancia sanitaria tenemos los siguientes decretos:
 - Decreto 65 del 3 de mayo de 1941
 - Decreto 71 del 26 de febrero de 1964
 - Decreto 157 del 28 de mayo de 2004
 - Decreto 382
 - Código Sanitario Artículo 204
- Para establecimientos Farmacéuticos.
Fundamento Legal: Ley Número 24 de 29 de enero de 1963, que crea el Colegio Nacional de Farmacéuticos y Reglamenta el funcionamiento de los Establecimientos Farmacéuticos

Demanda y necesidad de servicio

INDICADORES DEMOGRAFICOS

Cuadro No.1

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

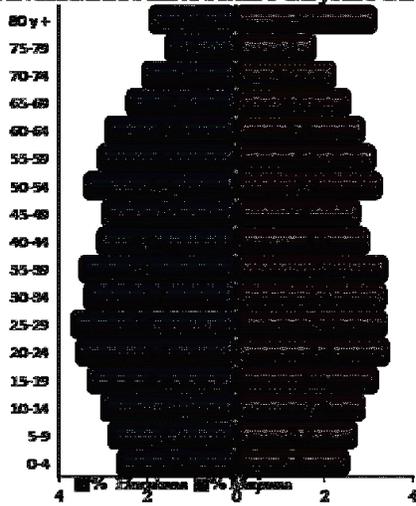
A. Indicadores demográficos	2019			2020			2021		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Tasa de crecimiento natural o anual	0.42			0.45			0.23		
Tasa bruta de natalidad	11.7			12.2			10.9		
Tasa global de fecundidad	1.7			1.8			1.6		
Tasa general de fecundidad	50.3						47.4		
Razón de dependencia	52.17			52.33			52.24		

Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República. Incluir la pirámide poblacional por provincia, región y comarca, según edad y sexo para el año 2019, 2020 y 2021 por cada uno de los distritos.

La tasa de crecimiento natural y la tasa bruta de natalidad tiene una tendencia a bajar al pasar los años aunado al descenso de la tasa general de fecundidad, situación la cual favorece a tener una población cada vez longeva y que nuestra pirámide de población ya no sea pirámide, deformada por el crecimiento no natural de la población.

La población adulta de la provincia de Los Santos corresponde al 53.0 por ciento y el 14.2 por ciento corresponde a la tercera edad, el 19.9 por ciento son menores de 15 años para el año 2014 cifra que nos revela el envejecimiento de la estructura poblacional de la región mucho más marcado que el de la república.

**GRAFICA N°1
PIRAMIDE DE POBLACION ESTIMADA DE LA
PROVINCIA DE LOS SANTOS, AL 1° DE JULIO DE 2023**



El 65.8 por ciento de la población se encuentra en el grupo de edad potencialmente activa (15- 64 años) o sea un alto volumen de población en edad de trabajar y por ende una fuerte presión sobre el mercado laboral lo que posiblemente también incide en la migración hacia otras regiones.

El 14.2 por ciento (65 y más) corresponde a población de tercera edad que como se observa duplica el porcentaje de la república. Este alto porcentaje de tercera edad conlleva una mayor demanda de atención tanto en cantidad como en complejidad, ya que se trata de población generalmente afectada por enfermedades crónicas y degenerativas.

TASA DE CRECIMIENTO INTERCENSAL

Provincia	1970 - 1980	1980 - 1990	1990 - 2000
República	2.51	2.58	2.00
Los Santos	- 0.31	0.91	0.82

La tasa anual de crecimiento de la región desde hace varios años ha venido disminuyendo, y solamente es superada por la Región de Veraguas (0.52) en este aspecto.

Tal situación es producto de una baja fecundidad y una alta migración hacia otras regiones, factor este último de gran importancia por la importación de patologías que han sido erradicadas o no son propias de la región (ejemplo: malaria, leishmaniosis, etc.) o por la exportación de patologías hacia otras regiones (hantavirus).

POBLACIÓN POR SEXO AÑO 2002

Provincia	% de hombres	% de mujeres
República	49.57	50.43
Los Santos	50.27	49.73

De la población total el 50.4 por ciento corresponde al sexo masculino y el 49.7 por ciento al femenino.

POBLACION PROTEGIDA CON SEGURIDAD SOCIAL AÑO 2023

Lugar	Población Total	Porcentaje / Población protegida				No Asegurados %
		Total	Activos	Pensionados	Dependientes	
Los Santos	95,471	90.2% 86,138	25.6% 24,526	9.25% 8,838	62.1% 53,574	9.8% 9,333

En cuanto a la responsabilidad Institucional para el año 2023 en nuestra provincia, el 90.2 por ciento de los habitantes de la región estaban protegidos por el Seguro Social; de estos sólo el 28.2 por ciento eran asegurados activos, el 9.8 por ciento eran pensionados y 62.1 por ciento eran beneficiarios.

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

B. Aspectos económicos y sociales	2023		
	Total	Masc	Fem
Población económicamente activa	46297	29432	16865
Tasa de actividad	53.1	67.3	38.8
Tasa de desempleo	5.28	5.25	5.34
Tasa de empleo informal	35.38	40.93	25.7
Porcentaje de población asegurada	90.22		
· asegurados activos	28.47		
· pensionados	9.33		
· beneficiarios	62.2		
Porcentaje de analfabetismo	4.25	4.99	3.51

La población santeña tiene un porcentaje alto de cobertura por la seguridad social como lo vemos en el cuadro 2, llamando la atención que la mayoría 62.2% son beneficiario, los hijos emigran trabajan en otras provincias a aseguran a sus padres, sumándose la alta expectativa de vida.

La provincia de Los Santos tiene varios problemas relacionados a contaminación hídrica principalmente, debido al uso indiscriminado de plaguicidas, deforestación, la instalación de muchas porquerizas sin que se cumplan las normas establecidas. Además, hay ausencia de alcantarillados en la mayor parte de los lugares poblados y los existentes son deficientes. La tendencia en este caso es hacer cumplir las regulaciones ya existentes en materia de salud ambiental, aumentar los controles en cuanto al abuso de plaguicidas y concretizar el programa de sanidad básica.

Los principales riesgos a la salud en los que se deben priorizar intervenciones son los siguientes:

- Relacionados a enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.
- Contaminación hídrica.
- Relacionados con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles.
- Relacionados a los embarazos en adolescentes.

ESTADISTICA DE ESTUDIANTES EMBARAZADAS 2019-2023

	2019	2020	2021	2022	2023
PRIMARIA	1	0	0	0	0
PREMEDIA	1	0	1	2	1
	2	0	1		
MEDIA	3	1	2	1	2
	1	1		4	5
	1	1		1	1
		2			
TOTAL	9	5	4	8	9

Es preocupante como ha ido en aumento el número de estudiantes embarazadas a través de los años en nuestra provincia, debemos realizar los diagnósticos y programaciones con MEDUCA, MIDES etc. para lograr disminuir esta estadística que al final se manifiesta como deserción escolar, mujeres sin preparación académica, mayor pobreza etc.

Debemos priorizar en Tonosí por el incremento de casos de enfermedades producidas por Hantavirus en este distrito. En el distrito de Macaracas por la proliferación excesiva de porquerizas. En el distrito de Las Tablas por la proliferación de centros de expendios de licor.



Aunque desconocemos los indicadores en las áreas de educación, vivienda y desempleo, estimamos que la tendencia general ha de ser hacia mejorar la calidad de la educación, las viviendas y disminuir el desempleo

	DESERCIÓN ESCOLAR POR MODALIDAD					TOTAL
	2019	2020	2021	2022	2023	
PRIMARIA	31	29	9	9	10	88
PREMEDIA	97	14	3	31	33	178
MEDIA	65	21	26	50	12	174
E.D.J.A	77	0	72	213	83	445
TOTAL	270	64	110	303	138	885

Es de alrma la cantidad de estudiante que no continúan su educación debido a diferentes factores, sociales, económicos, culturales. Observamos una significativa mejoría en cuanto respecta al grupo de media ya que se ve una disminución palpable no así en la pre media que ha ido aumentando y la primaria donde ha disminuido, pero con tendencia a mantenerse.

Debemos realizar programaciones como parte de las colaboraciones interinstitucional con la finalidad de encontrar la causa verdadera de estas deserciones para poder brindar en conjunto posibles soluciones. Por ser una población minoritaria al sacar las tasas y /o porcentajes se hace notar, abultando los resultados.

Los principales productos agrícolas y de alimentos procesados en nuestra región son:

- Arroz
- Maíz
- Tomate Industrial
- Cucurbitáceas (Sandía, Melón, Zapallo)
- Leche (Quesos, Yogurt)
- Ganado
 - ✓ Vacuno
 - ✓ Porcino
 - ✓ Avícola (carne, huevos)

Tierras dedicadas a la agricultura y ganadería:

- ✓ Agricultura..... 85,927.00 Hectáreas
- ✓ Ganadería extensiva intensiva..... 154,766.66 Hectáreas

Principales actividades económicas de la región y proporción de las poblaciones dedicadas a ellas

2023

Actividad Económica	Características del Empleo	
	Total	%
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura, pesca y actividades de servicios conexas	8,641	18.66
Industria manufactureras	4,600	9.94
Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas	6,061	13,09

Áreas Vulnerables en la Provincia de Los Santos

Una de las áreas más vulnerables de la Provincia de los Santos es el Distrito de Tonosí por el desbordamiento de ambos Ríos el Cacao y el Rio Tonosí que en muchas ocasiones producto de las fuertes lluvias y las mareas altas que coinciden con las Ondas Tropicales que pasan por nuestro país producen muchas afectaciones como son las inundaciones en las diferentes áreas que voy a detallar.

Otro aspecto relevante son los derrumbes porque está rodeado de una cordillera, y en su momento se ve afectado el acceso a las ambulancias y vehículos particulares, pero se tiene planes de contingencia para abordar el mismo.

Estas son las áreas afectadas en Tonosí:

1. Pueblo Nuevo, Corregimiento de Tonosí, Distrito de Tonosí.
2. Aeropuerto, corregimiento de Tonosí, Distrito de Tonosí.
3. El Guásimo, Corregimiento de Tonosí, Distrito de Tonosí
4. Agua Buena, corregimiento de Cacao, Distrito de Tonosí.

5. El Chará, Corregimiento de Tonosí, Distrito de Tonosí.
6. Cacao, corregimiento de Tonosí, distrito de Tonosí.
7. Vía a Olivita, Corregimiento de Flores, Distrito de Tonosí.
8. La Pesa, Flores, Tonosí.
9. Joaquín Arriba, Corregimiento de Flores, Distrito de Tonosí.
10. Bebedero, corregimiento de Bebedero, distrito de Tonosí
11. Perina, Corregimiento de Bebedero, Distrito de Tonosí
12. La Corocita, Bebedero, Tonosí
13. Guaniquito, La Tronosa, Tonosí
14. Guánico Abajo, Guánico, Tonosí
15. La Zapotosa, Guánico, Tonosí
16. Jobero, Guanico, Tonosí
17. Río viejo de Los Rodríguez, Tonosí, Tonosí

A continuación, las áreas inundables del Distrito de Tonosí con sus coordenadas, viviendas y población vulnerable.

Área	Coordenadas, Población y viviendas Vulnerables
Pueblo Nuevo, Corregimiento de Tonosí, Distrito de Tonosí.	Ubicación: 7°24'18.1"N 80°26'27.3"W Viviendas vulnerables: 254 Población vulnerable: 1144.
Aeropuerto, corregimiento de Tonosí, Distrito de Tonosí.	Ubicación: 7°24'48.2"N 80°26'48.2"W Viviendas vulnerables: 21 Población vulnerable: 102 personas
El Guásimo, Corregimiento de Tonosí, Distrito de Tonosí	Ubicación: 7°24'30.8"N 80°25'12.5"W Viviendas vulnerables: 31

	Población vulnerable: 140
El Chará, Corregimiento de Tonosí, Distrito de Tonosí	Ubicación: 7°24'48.6"N 80°23'50.0"W Viviendas vulnerables: 14 Población Vulnerable: 63
Cacao, corregimiento de Tonosí, distrito de Tonosí.	Ubicación: 7°27'04.4"N 80°24'12.3"W Viviendas vulnerables: 60 Personas afectadas:268
La Pesa, Flores, Tonosí.	Ubicación:7°28'45.5"N 80°24'21.7"W Viviendas vulnerables:50 Personas afectadas:160
Joaquín Arriba, Corregimiento de Flores, Distrito de Tonosí	Ubicación: 7°29'58.2"N 80°27'04.6"W Viviendas vulnerables:4 Personas afectadas: 18
Bebedero, corregimiento de Bebedero, distrito de Tonosí	Ubicación:7°24'41.7"N 80°27'23.9"W Viviendas vulnerables:5 Personas afectadas:21
Perina, Corregimiento de Bebedero, Distrito de Tonosí	Ubicación:7°25'50.1"N 80°28'49.5"W Viviendas vulnerables:5 Personas afectadas: 21
La Corocita, Bebedero, Tonosí	Ubicación: 7°27'04.1"N 80°31'02.5"W Viviendas Vulnerables: 11 Personas afectadas: 50
Guaniquito, La Tronosa, Tonosí	Ubicación: 7°28'09.8"N 80°34'42.3"W Viviendas vulnerables: 4 Personas afectadas: 19
Guánico Abajo, Guánico, Tonosí	Ubicación: 7°18'08.9"N 80°26'11.9"W Viviendas vulnerables: 15 Personas afectadas: 68

La Zapotosa, Guánico, Tonosí	Ubicación: 7°19'17.0"N 80°28'58.5"W Viviendas Vulnerables:5 Personas afectadas: 21
Jobero, Guánico, Tonosí	Ubicación:7°21'57.4"N 80°32'17.6"W Viviendas vulnerables: 4 Personas Afectadas: 19
Río viejo de Los Rodríguez, Tonosí, Tonosí	Ubicación:7°26'04.4"N 80°26'02.0"W Viviendas vulnerables: 6 Personas afectadas: 29

Otra parte de la provincia en donde hay muchas afectaciones por las inundaciones es La Villa de los Santos, cuando se desborda el río la Villa el cual divide la provincia de Herrera de la Provincia de Los Santos. Las áreas afectadas son Villa Bonita, la cual hace tres años aproximadamente fueron reubicadas en un lugar seguro y ellos retornaron a las viviendas originales que se encuentran en áreas vulnerables; a los mismos se les ha dado docencia de los riesgos de permanecer allí cuando tienen otras opciones más seguras.

También se ven afectadas el Balo y parte baja del Llano del Río ubicadas en el Villa de los Santos.

Para resumir en temas de porcentaje las áreas con mayor vulnerabilidad son Tonosí con 70 % , Las Tablas 20% y La Villa de los Santos 10%

Cuadro No. 3

Condiciones del Saneamiento Básico

Condiciones del Saneamiento básico	2021	2022	2023
% de la población con disposición de agua potable o agua mejorada para el consumo humano			
❖ Urbano	100	100	100
❖ Rural	98.7	99.7	99.8
❖ Indígena			
% de la población con disposición adecuada de aguas residuales servidas (alcantarillado sanitario, fosa séptica o tanque séptico)			
❖ Urbano	99.9	99.9	99.9
❖ Rural	98.7	98.1	98.5
❖ Indígena			
% de las instalaciones con disposición adecuada de desechos hospitalarios peligroso (incineración, relleno sanitario o enterramiento)			
❖ Urbano	100	100	100
❖ Rural	100	100	100
❖ Indígena	NA	NA	NA

En general la disposición de agua potable y la canalización de aguas servidas en la provincia de Los Santos es bastante buena por arriba del 98% y en los últimos años ha mejorado la disposición de desechos hospitalarios, debido a la contratación de empresas privadas que nos aseguran un 100% de basura dispuesta y tratada.

Los suministros de agua en área urbana se toman de la potabilizadora Rufina Alfaro – pozos perforados.

Áreas Rurales: Acueductos por gravedad, pozos perforados.

Aguas Residuales: Urbano: Alcantarillado y tanques sépticos

Rurales: Tanque sépticos con sumidero, algunas áreas por alcantarillado,
Fosa séptica.

Residuos Sólidos: áreas urbanas y rurales recolección municipal, recolección privada a cielo abierto

Cuadro N° 4. Incidencia de Pobreza Multidimensional Los Santos

Distritos	Pobreza Multidimensional
Macaracas	0.215
Guararé	0.11
Tonosí	0.16
Las Tablas	0.1
Los Santos	0.13
Pedasí	0.12
Pocrí	0.08

Fuente Ministerio de Economía y Finanzas

En la provincia de Los Santos se experimenta una incidencia baja de Pobreza Multidimensional con respecto a 14.8 del nivel nacional probablemente por las condiciones de vida de la población donde si hay pobreza, pero también hay acceso a la educación, servicios de salud, transporte etc. Las áreas con más desigualdad es Tonosí y Macaracas por su lejanía, pero aun así son bajas con respecto a áreas menos favorecidas del país.

Cuadro No.5 Principales Etnias Predominantes en la Provincia de Los Santos

Población según edad	TOTAL	KUNA	NGABE	BUGLE	TERIBE/NASO	BOKOTA	EMBERA	WOUNAN	BRIBRI	OTROS
TOTAL	618	234	231	112	2	20	9	1	8	1
Menor de 1 año	16	4	4	7	0	0	1	0	0	0
1 – 4 Años	55	16	31	8	0	0	0	0	0	0
5 a 9 Años	57	21	24	10	0	1	1	0	0	0
10 a 14 Años	57	24	23	6	0	1	2	0	1	0
15 a 19 Años	81	23	40	18	0	0	0	0	0	0
20 a 59 Años	322	125	105	63	1	15	5	1	7	0
60 a 64 Años	9	6	2	0	1	0	0	0	0	0
65 y Más Años	21	15	2	0	0	3	0	0	0	1

Fuente: INEC, Contraloría General de la República

Cuadro No. 6 Principales Tasas de Mortalidad según Sexo

C. Principales causas de mortalidad	2021			2022		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Mortalidad general						
1.Tumores (neoplasias) malignos	102	45	57	121	60	61
2.Enfermedades cerebro vasculares	93	48	45	86	45	41
3.Enfermedades isquémicas del corazón	92	55	37	88	55	33
4.Otras enfermedades del corazón	95	53	42	99	50	49
5. Neumonía	78	44	34	63	38	25
6. Accidentes, lesiones autoinfligidas, agresiones y otras	73	33	40	74	37	37
7.Diabetes mellitus	65	30	35	65	32	33
8. Enfermedades hipertensivas	39	20	19	39	23	16

Cuadro No. 7 Principales Causas de Morbilidad según Sexo

D. Principales causas de Morbilidad	2021			2022			2023		
	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem
Morbilidad general									
1.SOSPECHA POR COVID-19	18136	8958	9178	32245	15052	17193	11473	5182	6291
2. GASTRITIS	3116	1072	2044	3028	1037	1991	2756	894	1862
3. HIPERTENSION ARTERIAL	6694	2662	4032	7523	2997	4526	7894	2970	4924
4. FARINGITIS AGUDA	6184	2718	3466	10686	4898	5788	1074	457	617
5.DIARREA Y GASTROENTERITIS	3500	1635	1865	5883	2671	3212	9368	4197	5171
6.RINOFARINGITIS	3293	1536	1757	12399	5776	6623	15884	7156	8728
7. INFECCION VIAS URINARIAS	5297	1228	4069	6308	1459	4849	6390	1524	4866
8. LUMBAGO	3864	1854	2010	4356	2008	2348	4535	2090	2445
Morbilidad en menores de un año									
1.SOSPECHA COVID- 19	282	168	114	815	489	326	414	212	202
.2.DERMATITIS DEL COVID	76	34	42	74	36	38	66	33	33
3.ALERGIA n/c	89	54	35	61	34	27	104	57	47
4.CORONA VIRUS	200	111	89	172	118	54	24	16	8
5.CONSTIPACION	71	39	32	73	31	42	91	48	43
6.FARINGITIS AGUDA	69	29	40	85	47	38	78	41	37
7. RINOFARINGITIS AGUDA	310	184	126	779	440	339	1111	560	551
8.OTROS	75	55	20	87	39	48	71	38	38
9.DIARREA Y GASTROENTERITIS	226	131	95	251	142	109	341	194	147
10.FIEBRE NO ESPECIFICADA	99	60	39	142	88	54	154	91	63
Morbilidad en menores de 1-4 años									
1.RINOFARINGITIS AGUDA	752	367	385	2324	1231	1093	3233	1682	1551
2.SOSPECHA DEBIDO A COVID	975	478	497	2851	1522	1329	1451	770	681
3 GASTROENTERITIS	678	369	309	1022	529	493	1455	777	678
4. FARINGITIS AGUDA	238	126	112	476	266	210	456	245	211
5.ALERGIA n/c	245	131	114	252	111	141	327	168	159
6.CORONA VIRUS	447	253	194	517	255	262	49	22	27
7.FIEBRE N/E	226	115	111	349	177	172	465	241	224
5. AMIGDALITIS	158	95	63	370	200	170	513	275	238

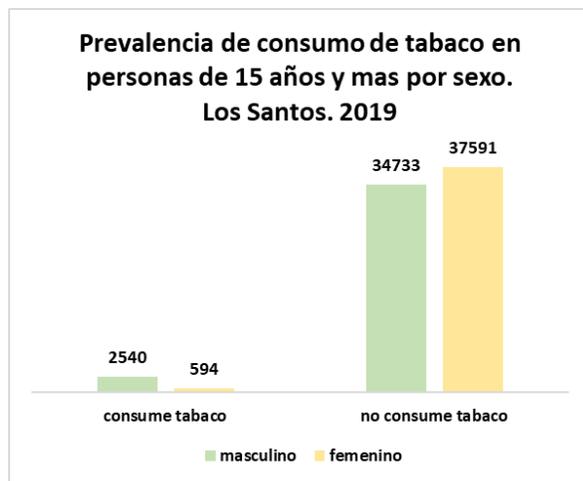
Fuente(S): INEC, Contraloría General de la República

En los últimos años a causa de la Pandemia las principal causa de morbilidad cambio por la sospecha de la infección del Coronavirus, manteniéndose patologías propias de las características de la población como son las enfermedades crónicas y las asociados al ambiente.

En la población infantil además de la sospecha de COVID, los otros síndromes debido a virus ocupan un sitio de importancia para la observación y seguimiento de las enfermedades que causan (Faringitis, Rinofaringitis etc.)

La provincia de Los Santos es conocida como la cuna del folclor, por tal condición día a día se desarrollan actividades festivas enalteciendo nuestra cultura, sin embargo, no se puede negar que unido a esto también está el alto consumo de alcohol arraigado por un machismo (tradicional) que en algunos casos repercute en violencia doméstica. Nuestra región en las últimas décadas ocupa los primeros lugares en suicidio condición que ha despertado la atención a nuestro departamento de salud mental que ha conformado redes de ayuda tanto para la prevención del suicidio como la atención y prevención de la violencia doméstica.

En la encuesta de tabaco, nuestra provincia marco un 4.2% con relación al 9,4%



del nivel nacional que es bajo, pero el departamento de promoción junto con las clínicas de cesación de tabaco mantiene una campaña enérgica promoviendo estilos de vida saludables, insistiendo el daño que incurre el fumar y ser fumadores pasivos, como también dando a conocer sobre la ley que prohíbe fumar en lugares públicos y privados. Por sexo: hombres 3.4% - mujeres 0.8%.

· Por grupos de edades: 15 a 19 años un 0.1%, 20 a 39 años un 1.5%, 40 a 59 años un 1.2%, 60 años y más un 1.4%.

· Por área: Urbano: 2.0%, Rural: 2.1%.

· Por distrito de salud: Por encima del promedio regional: Pedasí (9.6%), Guararé (6.3%), Las Tablas (4.4%). Por debajo del promedio nacional: Pocrí (2.8%), Tonosí (2.7%), Los Santos (2.6%), Macaracas (2.6%).

En la encuesta ENSPA de un total de **75,460** personas de 15 años y más que respondieron esta pregunta, **9,939** manifestaron haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, lo que representa una prevalencia de **13.2%**. Consideramos que si es de importante relevancia dirigir esfuerzo a disminuir el consumo de bebidas alcohólicas en la población.

En Los Santos ha crecido el número de embarazos en el grupo escolar como lo demuestra el cuadro anterior comparativo (por año), mas no así en las adolescentes de la región, nuestra institución tiene muchas colaboraciones interinstitucionales que han logrado bajar estas cifras como por ejemplo capacitaciones a cuidadores y /o maestros, participación con la policía nacional en programas específicos a estos grupos, colocación de dispositivos sub cutáneos con anticonceptivos en los últimos 3 años. Estas acciones han sido efectivas para disminuir el número de embarazos en adolescentes.

Debido a las características demográficas en Los Santos, el perfil epidemiológico ha girado hacia las enfermedades crónicas propias de la edad adulta, como son diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, neoplasias sobre todo cervicouterino, de próstata, de pulmón de colon y gástrico; enfermedades relacionadas también con costumbres y estilos de vida. *Además, la aparición de enfermedades emergentes como el Hantavirus y reemergentes como la tuberculosis.*

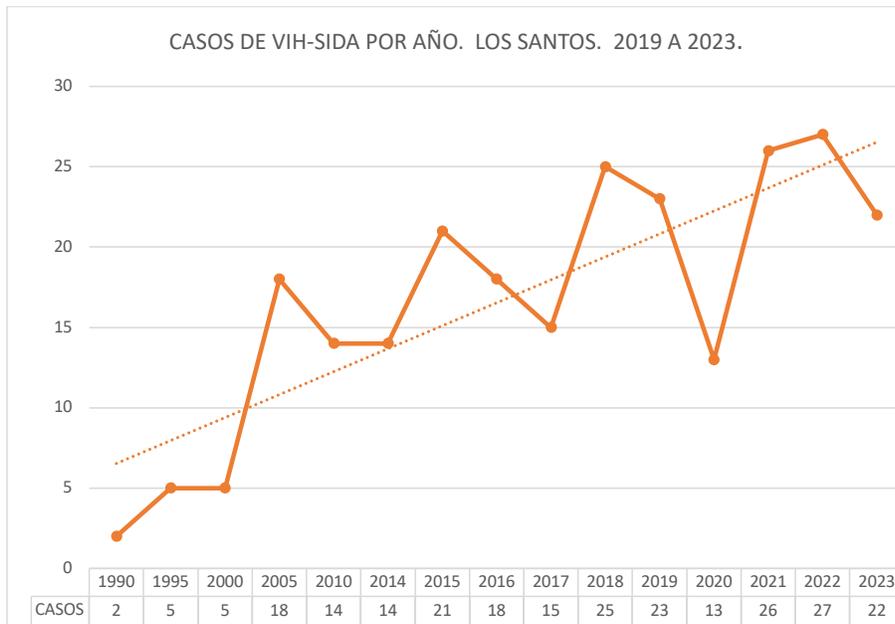
Se ha observado una creciente migración de población originaria de la comarca Ngäbe Buglé y de otras comarcas, que se insertan en diferentes localidades con sus costumbres y tradiciones propias.

La proyección general del comportamiento de las enfermedades de notificación obligatoria en los próximos cinco años es hacia la disminución de la incidencia, prevalencia y de la mortalidad por estas enfermedades. Que los casos que se presenten sean notificados e investigados en forma rápida y oportuna de acuerdo a las normas vigentes.

DISTRITO	2022			2023		
	CASOS		DEFUNCIONES	CASOS		DEFUNCIONES
	FH	SCPH		FH	SCPH	
GUARARE	0	1	0	1	0	0
LAS TABLAS	1	3	0	3	5	0
LOS SANTOS	4	4	0	1	1	0
MACARACAS	1	1	0	0	0	0
PEDASI	0	0	0	4	1	0
POCRI	0	0	0	0	1	0
TONOSI	11	13	0	13	5	1
TOTAL	17	22	0	22	13	0

Las enfermedades producidas por Hantavirus, en sus dos formas: la fiebre por Hantavirus que no compromete los pulmones, y el Síndrome Cardiopulmonar por

Hantavirus que afecta principalmente pulmones y corazón, pero puede tener implicaciones multisistémicas, sigue siendo un problema importante en Los Santos. Continúan dándose casos con mayor afectación en Tonosí, pero siempre ocurren en el resto de los distritos, incluso Macaracas que por muchos años no registró casos de enfermedades por Hantavirus en 2022 tuvo dos casos. Las defunciones han sido pocas en los últimos años, se registró solo una en 2023.



En cuanto a VIH-sida, puede observarse que Los Santos tiene una clara tendencia al aumento de casos año tras año sin llegar a estabilizarse y que la gráfica presente un aplanamiento. En 2020 hubo un descenso en el número de casos, sin duda algún producto de la pandemia de CoViD-19

El programa de Salud ocupacional en las áreas de responsabilidad de nuestra región ha sido llevado por la Caja de Seguro Social a través de los años. Sin embargo, se han abierto varias clínicas del empleado considerándolo como un logro importante, esta iniciativa ha sido respaldada por el programa Heart.

En las clínicas de empleado se han diagnosticado varias enfermedades, principalmente crónicas, donde varios compañeros desconocían de sufrir enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías y otros.

Con las campañas de prevención y promoción que se han desarrollado en los últimos años sentimos que la población ha concebido la importancia de asistir a sus controles, que ellos son dueños de su cuerpo y de su salud. Sin embargo, claro que hace falta seguir trabajando para lograr cambios de costumbres como la ingesta de grasas, comidas condimentadas, el sedentarismo y el alto consumo de licor.

CASOS VIH-SIDA POR AÑO LOS SANTOS	
AÑO	CASOS
2014	14
2015	21
2016	18
2017	15
2018	25
2019	23
2020	13
2021	26
2022	27
2023	22

La responsabilidad en Salud relacionada al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) está enmarcada en cada uno de ellos, de manera directa e indirecta los funcionarios de salud colaboramos con que se hagan realidad cada uno de estos Objetivos; principalmente dentro de las actividades de promoción, prevención y atención primaria.

Dentro de nuestras responsabilidades específicas podemos describir que en nuestra región hubo los siguientes avances:

1. Para el año 2022 la tasa de mortalidad infantil se mantiene en 6.4, siendo la Neonatal de 5.5 y la post neonatal de 0.9.
2. La mortalidad infantil de 1 a 4 años es de 1.9 por mil habitantes.
3. Para el 2023 Registros Médicos reporta la captación de embarazadas entre ingresos y nuevas en el Programa Maternal de 1,137 señoras lo que representa al más del 100% de embarazadas estimadas que es de 1,083, Esto puede deberse a la gran afluencia de asentamientos de población indígena que acude por períodos de cosecha a laborar en nuestra provincia y llegan con la familia.
4. En el 2023 las embarazadas que acuden al parto en el Hospital Joaquín P. Franco han registrado más de 5 controles prenatales. Lo que refleja una buena cobertura de control pre natal.
5. El 100% de los partos deben ser asistidos en instalaciones de salud, por personal capacitado, médicos especialistas, médicos internos, enfermeras especialistas, enfermeras generales. Son los partos fortuitos, generalmente

en el trayecto hacia el hospital lo que puede variar mínimamente este porcentaje.

6. Las pruebas de VIH y VDRL se le realizan al 100% de las embarazadas que llegan a control y a aquellas que llegan al hospital a término sin evidencias de estas pruebas realizadas.
7. El Sistema Informático Perinatal de ha visto debilitado debido a dificultades para el acceso a la plataforma, por debilidad en la señal de internet en nuestros Centros de Salud alejados, y muchas veces poca motivación de los funcionarios a utilizarla, principalmente los Especialistas.
8. La capacitación y desarrollo de estrategias de atención en Desarrollo Infantil Temprano y Neurodesarrollo ha sido realizada a Médicos, Enfermeras, Estimuladoras de todas las instalaciones de salud de la Región. Se mantiene en funcionamiento el módulo de neurodesarrollo en la Consulta Externa de Pediatría del Anita Moreno. Contamos con equipo nuevo y fonoaudióloga permanente para la realización de las pruebas auditivas al neonato en el Hospital Joaquín P. Franco y el apoyo en el Anita Moreno
9. Los Médicos Internos del Joaquín P Franco tutorados por la jefe del Servicio de Pediatría realizan tamizaje cardíaco y visual a todo recién nacido antes de su alta hospitalaria.
10. El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con tuberculosis continúa siendo supervisado y monitoreado de manera continuada, la incidencia para el 2023 fue de 9.4, sin casos en privados de libertad, sin recaídas, sin drogo resistentes, dos casos doble infección TB/VIH.

Caracterización de la oferta

VIGILANCIA SANITARIA

La vigilancia sanitaria considera aspectos como son las condiciones físicas y sanitarias, higiene de manipuladores, carnet de salud, control y vigilancia de los sitios de interés sanitario, condiciones de las viviendas, terrenos baldíos, instituciones públicas, para evitar enfermedades por vectores, detección oportuna de casos de malaria y dar tratamiento oportuno y efectiva de malaria, derrame de aguas residuales, recolección, almacenamiento, tratamiento y disposición final de desechos sólidos, ruidos, humos, gases tóxicos, fumigación.

Los principales problemas que se vigilan son: condiciones de establecimientos pecuarios en general, las enfermedades zoonóticas, malas prácticas de manipulación de alimentos y procedimientos estándares sanitarios, buenas prácticas de manufactura, infraestructura, así como la distribución de alimentos listo para el consumo. Además atender todas las quejas por desabastecimiento y falta de agua. Contaminación de las aguas para el consumo humano. Desde el punto de vista de Laboratorio se debe vigilar el aumento de la resistencia de antimicrobianos por el uso desmedido de antibióticos por la población. Se debe vigilar las fallas técnicas en los insumos sanitarios

Fortalezas y debilidades para la vigilancia sanitaria a nivel regional

Fortalezas:

- Se cuenta con personal idóneo en cada uno de los distritos de salud
- En saneamiento hay un técnico para brindar los servicios de saneamiento ambiental
- Se cuenta con equipo en agua potable

Debilidades

- Poco personal (agua potable)
- No hay un laboratorio de alimentos.
- Pocos vehículos para la realización de las actividades de campo
- Poco de recurso humano (saneamiento ambiental, agua potable)
- Poco de apoyo por parte de las autoridades.
- Falta de programa de salud ocupacional para los funcionarios

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA, ECONOMICA Y CULTURAL

Haciendo un recuento con nuestro personal de campo, llegamos a las siguientes conclusiones con respecto a la accesibilidad geográfica, económica y cultural de nuestra Región:

- Distrito de Las Tablas, inaccesible esta Taboga y La Canoa (Bayano)
- Distrito Macaracas inaccesible: La Higuera, El Tallo, Rio Arriba (Llano de Piedra) , Rio Abajo (Quema), San Antonio (Bombacho)
- Distrito de Guararé, todos están accesible
- Distrito Los Santos, todos están accesibles
- Distrito de Pocrí, todos están accesibles
- Distrito de Pedasí, todos están accesibles
- Distrito de Tonosí, inaccesible: El Cortezo, Los Zatrales, Altos de Güera

De los lugares con inaccesibilidad arriba mencionado las distancias a las cabeceras que es donde se encuentran las instalaciones de salud más cercanas, estos son los tiempos:

- Taboga: 1 hora
- La Canoa: 45 minutos
- La Higuera: 1 hora
- El Tallo: 1 hora
- El Cortezo 1 hora
- Los Zatrales: 45 minutos

Siendo los principales medios para llegar a estas áreas son: carros de doble tracción y caballos.

El costo para moverse en estos lugares muchas veces depende de la disponibilidad de transporte que exista en el momento, si corren con suerte, estará el corregidor o el representante que les ayude. También hay que tomar en cuenta la hora que se preste la necesidad de salir, definitivamente de noche es más caro. El costo varía desde 4 dólares hasta 20, según las condiciones mencionadas

En nuestras instalaciones se atiende a todas las personas que soliciten el servicio, el que tiene seguro puede utilizarlo el que no tiene, paga tarifas que básicamente son simbólicas y el que no tiene dinero se le apunta el crédito para que cuando pueda lo pague, pero igual es atendido y se beneficia de todos los recursos que tenga la instalación, ya sea medicamentos, inyecciones, laboratorio, rayos x, procedimientos etc.

COMPLEJIDAD DE LA RED

La Región de Salud de Los Santos posee 7 áreas distritales y la atención en el ámbito regional es proporcionada por el MINSA y la CSS. Las cifras presentadas en este documento reflejan el análisis efectuado por los funcionarios del nivel regional y de las diferentes áreas distritales de salud.

En general, la red de servicios se concentra en el primer nivel y la red de la CSS no es amplia y las policlínicas no brindan los mismos servicios que los hospitales, quizás por ello no se siente mucho la duplicidad de servicios. La región cuenta con instalaciones del primer nivel (centros, sub-centros y hospitales rurales) y con dos hospitales del segundo nivel. Los recursos físicos son buenos en 90 por ciento de los casos, aunque hay instalaciones con daños estructurales por fallas en el diseño lo que indica que estas deban ser mejoradas, ampliadas y en ocasiones reemplazadas. Cabe destacar que en nuestra región no existen Puestos de Salud, la nomenclatura más básica en el Ministerio de Salud en nuestra provincia son los Sub Centros y de la CSS son las ULAPS. La complejidad de los servicios de salud en la actualidad está dada en primer y segundo Nivel de Complejidad con un nivel resolutivo intermedio.

Existe duplicidad de los servicios en algunos casos por la poca o nula planificación de las autoridades tomadoras de decisiones. En este sentido observamos que muy cerca del Hospital Joaquín Pablo Franco esta la Policlínica Miguel Cárdenas con atenciones de primer nivel con algunas especialidades, sin lograr las coordinaciones necesarias y la utilización óptima de los recursos.

La Región cuenta con una buena cantidad de instalaciones de salud sin embargo existen problemas en cuanto a la dotación de recursos (insumos, equipos, instrumentos, financieros, humanos), duplicación y obsolescencia de instalaciones y en algunas, áreas físicas insuficientes.

De acuerdo a grado de complejidad en la Región de Los Santos contamos con 2 Hospitales Regionales, 4 MINSA CAPSI, 22 Sub Centros de Salud y 11 Centros de Salud, además de “ ULAPS y 2 Policlínicas.

Cuadro de Instalaciones

	HOSPITALES (3)	MINSA-CAPSI (4)	CENTROS DE SALUD (11)	SUB CENTROS DE SALUD (22)	REINTEGRA
DISTRITO DE LOS SANTOS	Hospital Regional de Azuero Anita Moreno	MINSA-CAPSI La Villa de Los Santos	CS Virgilio Moreno(Sabana Grande) CS Santa Ana	SCS Llano Largo SCS La Espigadilla SCS Los Angeles SCS La Colorada SCS El Guayabal SCS Las Guabas SCS El Guasimo	1
DISTRITO DE LAS TABLAS	Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas	MINSA-CAPSI Las Tablas	CS Santo Domingo CS San José CS Valle Rico CS La Palma	SCS El Pedegroso SCS Bayano SCS Valle Riquito SCS La Laja	
DISTRITO MACARACAS		MINSA CAPSI MACARACAS (con camas)	CS Llano de Piedra	SCS La Mesa SCS Bahía Honda SCS Chupa	
DISTRITO DE GUARARÉ			CS Carlos Ugalde	SCS Las Trancas	
DISTRITO DE TONOSÍ	Hospital Rural de Tonosí		CS Cambutal	SCS Isla Cañas SCS Altos de Güera SCS Bucaro	1
DISTRITO DE PEDASI		MINSA CAPSI PEDASI (con camas)		SCS Los Asientos SCS Los Buenos Aires	
DISTRITO DE POCRI			CS Pocrí CS Paritilla	SCS Lajamina SCS El Cañafistulo	

El personal de salud es insuficiente sobre todo en el MINSA creando una sobrecarga de trabajo, así como la necesidad de pagar turnos extras (cada día más cantidad)

para poder brindar un mejor servicio en a los pacientes (extensión de horario y /o cobertura 24 horas). Se da el común denominador que se da en toda la república, el MINSA contrata personal técnico lo capacita y la CSS se los lleva dándole nombramientos permanentes impidiendo completar realmente el equipo de salud en nuestras instalaciones.

La mayoría de nuestras instalaciones trabajan en horario de 7/3 pm con excepción del Hospital Rural de Tonosí, los MINSA CAPSI de Pedasi y Macaracas y los Hospitales Regionales (Anita Moreno y Joaquín Pablo Franco). En estos momentos se están haciendo las estimaciones de recurso económico y humano para hacer extensión de horario en el MINSA CAPSI de Las Tablas, que ayudaría a despejar el cuarto de urgencias del hospital Joaquín Pablo Franco y a su vez, brindándole la oportunidad a los usuarios de poder atenderse una vez salgan de sus trabajos

Las instalaciones que trabajan más de 8 horas son:

- ✓ Hospital Joaquín Pablo Franco (24h)
- ✓ Hospital Anita Moreno (24h)
- ✓ Hospital Rural de Tonosí (24h)
- ✓ MINSA-CAPSI de Macaracas (24h) (con camas)
- ✓ MINSA-CAPSI de Pedasi (24h)

La red de servicios de salud ha sido sectorizada por distrito con base a criterios de población, accesibilidad geográfica y políticos, la distribución poblacional fue basada según Sectorización Geográfica y Niveles de Atención

Cada distrito tiene su director distrital y su administrador encargados de elaborar sus presupuestos y ejecutarlos.

Los equipos básicos de salud se organizan por Centro de salud y según sea la población puede haber más de un Centro de Salud en cada distrito, como también sub-centros de salud donde los equipos básicos entonces son compartidos (Médico, Enfermera, Odontólogo etc.)

Los equipos básicos de salud lo conforman el médico, enfermera o técnico de enfermería, odontólogo, trabajo social y según la capacidad la nutricionista, educador para la salud y el inspector de saneamiento ambiental

La población total de la provincia es 95,591 habitantes repartidos en los 7 distritos y aunque se recomienda que haya un equipo básico por cada 2500 habitantes en áreas de mayor concentración y 1000 a 2000 habitante en áreas dispersas, en nuestra provincia es menor la cantidad de habitantes con excepción del distrito de Los Santos y Las Tablas que están por encima de lo recomendado, el único que se ajusta a esta disposición es el distrito de Guararé.

Para establecer la cartera de servicio que proporcione una mayor capacidad resolutiva es importante analizar las características geográficas, de población y el perfil epidemiológico de la región.

Los servicios brindados a la población en el primer nivel de atención son los siguientes:

Medicina General
Odontología
Laboratorio
Farmacia
Enfermería
Salud Mental
Saneamiento Ambiental
Promoción
Producción de Alimentos
Control de Vectores
Agua Potable

Programas de Salud

Maternal
Infantil
Salud Escolar
Salud del Adolescente
Salud del Adulto y Adulto mayor

Se trabaja en equipo para desarrollar programas de salud dirigidos a los diferentes grupos poblacionales haciendo énfasis en la promoción, prevención y participación social.

CARTERA DE SERVICIO HOSPITAL REGIONAL DE AZUERO ANITA MORENO

CARTERA DE SERVICIOS HOSPITAL REGIONAL ANITA MORENO LOS SANTOS

ESPECIALIDADES	SUB- ESPECIALIDADES	OTROS SERVICIOS
MEDICINA INTERNA	ENDOCRINOLOGIA	
PSIQUIATRIA	HEMATOLOGIA	ODONTOLOGIA
DERMATOLOGIA	GASTROENTEROLOGIA	
CARDIOLOGIA	NEUROLOGIA	
	ONCOLOGIA	
	PEDIATRIA	
	FISIATRIA	

SERVICIOS DE APOYO	CLINICAS	COMITES
PSICOLOGIA	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	BIOSEGURIDAD
LABORATORIOS	DIABETES	IAAS
NUTRICION Y DIETETICA	EPILEPSIA	CALIDAD
RADIOLOGIA	CESACION DEL TABACO	DOCENCIA
FARMACIA	PACIENTES CON ENFERMEDADES HETOLOGICAS	ATENCION AL CLIENTE
BANCO DE SANGRE	ENFERMEDADES RARAS (ACROMEGALIA)	HUMANIZACION
TRABAJO SOCIAL	CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	AUDITORIA DE EXPEDIENTE
EPIDEMIOLOGIA		EVALUACION EN ENFERMERIA
FONOAUDIOLOGIA		INVESTIGACION
TERAPIA RESPIRATORIA		
ESTIMULACION PRECOZ		
PATOLOGIA		
FISIOTERAPIA		
SALON DE OPERACIONES PROCEDIMIENTOS UROLOGICOS		
CIRUGIA MENOR 7AM- 1PM		

REGIÓN DE SALUD DE LOS SANTOS
HOSPITAL REGIONAL DE AZUERO ANITA MORENO

CARTERA DE SERVICIOS HOSPITAL REGIONAL ANITA MORENO LOS SANTOS

APOYO AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO		
LUNES A VIERNES 7:00am- 3:00p.m.	SERVICIOS 24 HORAS	SALAS DE HOSPITALIZACION
QUIMIOTERAPIA	HOSPITALIZACION	MEDICINA:
FISIOTERAPIA	CUARTO DE URGENCIAS	HOMBRE Y MUJERES
ULTRASONOGRAMA	OBSERVACION DE URGENCIAS DE ADULTO	SALA DE UROLOGIA/ TRANSICIÓN Y UCRE DAMAS Y HOMBRES
ELECTROCRDIOGRAMAS	LABORATORIOS	CORONARIA
ELECTROENCEFALOGRAMA (*)	RAYOS X/ CAT	
ENDOSCOPIA	REGISTROS MEDICOS	PSIQUIATRIA:
COLONOSCOPIA	ENFERMERIA	SALA DE AGUDOS
BIOPSIAS DE MEDULA OSEA, TIROIDES Y PROSTATA	NEBULIZACION	SALA DE MUJERES
PRUEBAS DE ESFUERZO	INYECTABLES	SALA DE VARONES
HOLTER	AMBULANCIA	
EVALUACION SOCIO- ECONOMICA		

CARTERA DE SERVICIO HOSPITAL JOAQUIN PABLO FRANCO

Consulta Externa	
<i>Lunes a Viernes</i> 7:00 a.m. - 3:00 p.m. Especialidades Pediatría Ginecología - Obstetricia Medicina Interna Cirugía General Cardiología Ortopedia Dermatología Urología Medicina Física	Otros Servicios Medicina General Odontología Servicios de Apoyo Psicología Trabajo Social Nutrición y Dietética Docencia Estimulación Precoz
Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	
<i>Lunes a Viernes</i> 7:00 a.m. - 3:00 p.m. Radiología Médica Fisioterapia Fisiatría Fonoaudiología Ultrasonografía Banco de Sangre	Servicio 24 Horas Farmacia Laboratorio Rayos X Enfermería Nebulizaciones Inyectables Electrocardiografía
Servicios de 24 Horas	
Cuarto de Urgencias Observación de Urgencias <ul style="list-style-type: none"> • Adultos • Infantil Cuidados Intensivo	Salón de Operaciones Cirugías Electivas Con hospitalización Cirugías de Urgencias
Servicio de Hospitalización	
Servicio de Medicina Medicina Interna Cardiología Servicio de Pediatría Pediatría Servicio de Cirugía Cirugía General Ortopedia Urología Servicio de Gineco - Obstetricia Ginecología Obstetricia	Otros Servicios Evaluación Socioeconómica Ambulancia Morgue Desechos Hospitalarios

Cartera de Servicios Distrital	
Medicina General Odontología Laboratorio Farmacia Enfermería Saneamiento Ambiental Promoción Producción de Alimentos Control de Vectores Trabajo social Cuidados paliativos	Horario 7:00am a 3:00pm
Programas de Salud	
Maternal Infantil Salud Escolar Salud del Adolescente Salud del Adulto y Adulto mayor Vigilancia Epidemiológica	Horario 7:00am a 3:00pm
Servicios de Apoyo	
Salud Mental	
Agua Potable	
Calidad de Agua	

Policlínica Miguel Cárdenas B.

Consulta Externa	
<i>Lunes a Viernes</i> <i>7:00 a.m. - 3:00 p.m.</i> Especializada Pediatria Dermatología Neumología Ginecología - Obstetricia Otorrinolaringología Oftalmología Urología Cirugía General Ortopedia Psiquiatría	Otros Servicios Medicina General Odontología Nutrición Fisioterapia Servicios de Apoyo Psicología Trabajo Social Fonoaudiología Estimulación Precoz Optometría
Atención Dispensarial	
<i>Lunes a viernes 7 am – 5 pm</i> <i>Sábado 7 am – 3 pm</i> Medicina General Observación Curaciones	Inyectables Inhaloterapia Cambio de sondas Corte de puntos
Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	
<i>Lunes a Viernes</i> <i>7:00 a.m. - 3:00 p.m.</i> Fisioterapia Foniatría Fonoaudiología Electrocardiografía Ergometría Ultrasonido Mamografías	<i>7.00 a.m. – 7:00 p.m.</i> Farmacia* Laboratorio* Radiología* *sábado 7:00 am – 3:00 pm
Programas de Salud	
<i>Lunes a Viernes</i> <i>7:00 a.m. -3:00 p.m.</i> Salud Integral de los Trabajadores y del Ambiente Salud Integral de la Mujer Salud de Adulto y Tercera Edad Atención Maternal Atención a la Niñez (C y D, Inmunización) Atención al Adolescente Salud Mental	Salud Ocupacional Terapia de Grupo Visita Domiciliaria Inmunología Epidemiología Nutrición Salud Ocupacional Docencia
Cirugía Ambulatoria <i>Cirugía Menor</i>	Otros Servicios Registros Médicos y Estadísticas Ambulancia

CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED ITINERANTE**SERVICIOS DE PROMOCIÓN**

- Educación en saneamiento ambiental: Factores de riesgo en las viviendas
- Educación en saneamiento ambiental: Control de la calidad del agua y las fuentes
- Educación en saneamiento ambiental: Adecuada disposición de excretas y aguas servidas
- Educación en saneamiento ambiental: Adecuada disposición de residuos sólidos-basuras
- Educación para la salud: Promoción de las inmunizaciones
- Educación para la salud: Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
- Educación para la salud: Promoción de los controles prenatales
- Educación para la salud: Promoción de los controles puerperales
- Educación para la salud: Promoción de la lactancia materna
- Educación para la salud: Promoción de la salud bucal
- Educación para la salud: Identificación de signos de alarmas por IRA's, EDA's y embarazos.
- Educación sobre alimentación y nutrición: Consejería individualizada a la niñez menor de meses
- Educación sobre alimentación y nutrición: Consejería individualizada a embarazadas
- Educación sobre alimentación y nutrición: Visita domiciliar a niños y niñas menores de 24 meses con problemas de alimentación y cuidados de salud
- Educación sobre alimentación y nutrición: apropiada para el/la menor de 59 meses
- Educación sobre alimentación y nutrición: a embarazadas, puérperas y madres lactantes
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Comités de salud y juntas administradoras de acueducto rural.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Identificación y capacitación de los promotores de salud.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Identificación y capacitación de monitoras comunitarias.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Reuniones grupales con las madres de niños/as menores de 24 meses.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Reunión comunitaria con los líderes y autoridades.
- Organización y capacitación para la participación comunitaria: Encuesta alimentaria de la niñez menor de 24 meses

SERVICIOS DE PREVENCIÓN

- Inmunizaciones
- Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada y referencia para la atención institucional del parto
- Referencia para la atención del parto
- Control de crecimiento y desarrollo (0 –59 meses)
- Control de escolar
- Control de adolescente
- Control de adulto
- Control puerperal
- Atención integral para las mujeres en edad fértil. Toma de muestra para PAP y Examen de mamas
- Planificación familiar y salud reproductiva (Atención integral para las mujeres en edad fértil. Administración de anticonceptivos para mujeres de 15 a 49 años en unión).
- Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres de 15 a 49 años
- . Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario: Monitoreo de la tendencia de crecimiento en la niñez menor de 24 meses y embarazadas
- Monitoreo del crecimiento a nivel comunitario Referencia de niños menores de 24 meses y embarazadas

SERVICIOS DE ATENCIÓN

- Atención de las morbilidades agudas como IRA's
- Atención de las morbilidades agudas como EDA's
- Atención de las morbilidades agudas como infectocontagiosas de la piel y otras.
- Atención a enfermedades inmunoprevenibles
- Atención a la morbilidad: Detección y captación de personas con riesgo de enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus
- Atención a la morbilidad: Detección y captación de personas con riesgo de enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial
- Atención de las morbilidades generales
- Atención primaria de las urgencias
- Distribución de complemento alimentario a niños menores de 6 a 59 meses con desnutrición leve, moderada y severa, embarazadas y puérperas de bajo peso
- Atención al déficit de micronutrientes menores de 5 años, MEF, embarazadas, puérperas y escolares
- Captación de sintomáticos respiratorios y tratamiento de personas afectadas por tuberculosis
- Diagnóstico y control de la Leishmaniasis
- Diagnóstico y control de la Malaria

En nuestras instalaciones, el paciente que cuenta con seguro social no paga ningún servicio (consulta, medicinas, laboratorios etc.) y el no asegurado paga según sea la tarifa que en nuestra región no está unificada.

Existen protocolos de atención tales como el de la atención de las morbilidades más frecuentes en el primer nivel igualmente la guía medica de atención integral del adulto mayor y guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Las normas fueron entregadas a cada consultorio de cada instalación, y se ha trabajado para hacer monitoreo, evaluaciones para crear los planes para atacar las deficiencias diagnosticadas y lograr que nuestra atención sea de calidad.

Las normas, protocolos se revisan cada año en forma local y a nivel Nacional deben evaluarse cada cierto tiempo puesto que la medicina es cambiante

Han existidos varias iniciativas para articular los servicios de la CSS con el Ministerio de Salud, el último fue la RISS en 2018 encontrando varios nudos como la ley 51 de la Caja del Seguro Social que no permite algunas acciones para poder realizar una cobertura compartida en beneficio de la comunidad.

Sigue habiendo duplicidad en los servicios y la no optimización de los recursos. Esta nueva administración que empezó hace 3 meses apunta a la integración de ambas entidades. La tarea no es fácil porque hay que tomar en cuenta a todas las partes interesadas y estas mismas a veces son el principal obstáculo para el desarrollo de dicha integración.

En la actualidad son pocas las clínicas privadas en nuestra provincia y con las mismas hay muy poca integración, aunque cuando hay algún tema que afecte la salud de los usuarios de los servicios privados nuestro departamento de Salud pública y Provisión de servicio levantan las investigaciones pertinentes, para esclarecer lo que esté pasando en su momento.

En el caso de las instalaciones públicas de salud la integración de los servicios ofertados se hace a través del SURCO sistema de referencia – contra referencia que facilita transmitir información en ambas vías para lograr un correcto diagnóstico y oportuno tratamiento.

Consideramos que, si el paciente entra al sistema a través del I Nivel e irá escalando a otros niveles de servicios de acuerdo a la complejidad de su dolencia, pero lo hará ordenadamente, de acuerdo a protocolos de atención establecidos. En algunos casos la complejidad y gravedad del problema implica el acceso directo a un II o III Nivel acorde a lo que establece la estrategia de Atención Primaria. La dinámica se ve afectada puesto que la contra referencia pocas veces es lograda no así retroalimentando al primer nivel

El flujo de pacientes a lo interno de cada instalación se da formal e informalmente, ya en algunos casos no se utiliza el formulario único de referencia, haciéndose con otros documentos no reglamentarios. Y entre una instalación sanitaria y otra si se utiliza el formulario único de **Referencia**, lo que casi nunca se logra es tener al paciente de vuelta con la correspondiente **Contrarreferencia**.

En la parte hospitalaria se utiliza la interconsulta

El sistema de Referencia y Contra referencia está articulado de la siguiente manera según nivel de Complejidad

- ✓ El I Nivel de Atención (2do. y 3er. grado de complejidad – Subcentros, Centros de Salud y ULAPS) refiere al II Nivel de Atención 4to. grado – Policlínica de Las Tablas aquellos casos ambulatorios que no puedan ser resueltos a su nivel. Al 4to. grado – hospitales rurales (Macaracas y Tonosí), los casos hospitalarios de menor complejidad, que pueden ser resueltos a nivel de estas instalaciones
- ✓ El I Nivel de Atención (2do. y 3er grado de complejidad – Subcentros, Centros de Salud y CAPPs) refiere al II Nivel de Atención – Quinto Grado de Complejidad – Cuarto de Urgencias de los Hospitales de Las Tablas y de Los Santos los casos en que se considere se amerite la hospitalización. Los casos de neurocirugía se referirán al Hospital El Vigía.
- ✓ Los médicos generales de Consulta Externa y Atención Dispensarial del II Nivel de Atención – Cuarto Grado de Complejidad (Policlínica de Las Tablas) refieren a las especialidades los casos ambulatorios que no

puedan resolver directamente, así como al Hospital de Las Tablas o de Los Santos los casos que necesitan de atención de urgencia o internamiento en dichas instalaciones. Los casos de neurocirugía se referirán al Hospital Gustavo Nelson Collado.

- ✓ Los médicos especialistas del Segundo Nivel – Cuarto Grado de Complejidad se refieren entre ellos los casos que no son de su competencia. Al Hospital de Los Santos los casos de neurología, infectología y endocrinología y al Hospital el Vigía los casos de neurocirugía.
- ✓ Los médicos especialistas del II Nivel (Policlínica de Las Tablas) refieren directamente al III o IV Nivel de Atención los casos para los cuales no se cuenta con el respectivo especialista (o la tecnología apropiada) en las regiones del interior.

La debilidad que encontramos es que el paciente no es devuelto del nivel que salió y mucho menos con la respectiva contrarreferencia. Otra debilidad es que los comités que regulaban su uso están inactivos, hay que reactivarlos.

El SURCO tiene sus bases en el enfoque de sectorización y reorganización de la red de servicios de salud, la cual define diferentes niveles de atención y grados de complejidad. Se obliga entonces a referir al paciente para dar continuidad en la atención y facilitar su retorno a la instalación de origen, con la información completa y clara de lo acontecido en las diferentes instalaciones de salud a las cuales concurrió. En nuestra región es utilizado ampliamente para dar respuesta oportuna y servicio de calidad a nuestros usuarios.

El SURCO ha funcionado de manera parcial y efectiva puesto que es el instrumento utilizado para pasar al paciente de un nivel básico a uno especializado, aunque a veces se convierte en un obstáculo porque los pacientes lo pierden, el que lo llena no lo hace correctamente, el paciente que necesita atención expedita no la encuentra etc. Pero la mayor dificultad como hemos mencionado antes es la poca o nula elaboración de la contra referencia que es de suma importancia para saber que se le hizo al paciente y los cuidados que debemos monitorear en dichos pacientes.

En los últimos años con las nuevas leyes y con el asesoramiento de la secretaria nacional de discapacidad SENADIS en nuestras instalaciones se han ido haciendo adecuaciones propias para mejorar el acceso, el uso, la movilidad, la comprensión de los espacios y la oportunidad de incluir a todas las personas con discapacidad

Existe un centro REINTEGRA, el cual se encuentra ubicado en La Villa de Los Santos a un costado del Hospital Regional Anita Moreno, este funciona con un horario de lunes a viernes de 7am a 3pm.

El segundo REINTEGRA fue construido en el distrito de Tonosí en la parte posterior del Hospital Rural el 16 de junio del 2022, debido a que en este distrito se registra la tasa más alta de personas con discapacidad

El último censo de personas con discapacidad se hizo en la provincia fue en el 2006 (PENDIS) donde se observó que hay una prevalencia del 13% de la población total ósea 11,951 personas. En Tonosí fue de 18.6%

En el distrito de Pocrí si se hizo una actualización que se realizó en el 2003 donde se encontraron 78 personas con discapacidad lo que representa 2.5% de la población.

BOLSONES DE DESPROTEGIDOS

El Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud para Poblaciones Vulnerables en el desarrollo de Estrategia de Extensión de Cobertura que tienen como finalidad reducir las inequidades en el sector salud incrementando el acceso a los servicios básicos de atención en zonas rurales pobres y mejorar los resultados de salud que beneficiaran a los grupos más vulnerables en la Región de Salud de Los Santos, está compuesto por dos grupos poblacionales **Los Santos 1** relacionado con tres distritos Macaracas (92 comunidades beneficiarias), Guararé (23

comunidades beneficiarias) y la Villa de Los Santos (12 comunidades beneficiarias) y **Los Santos 2** relacionado con los distritos de Tonosí (99 comunidades beneficiarias), Pedasí (13 comunidades beneficiarias)



y Las Tablas (34 comunidades beneficiarias). El acceso a estas comunidades es vía terrestre solo la comunidad de Isla Caña que es visitada por el grupo Los Santos 2 es por mar, facilitando el acceso para la atención a los beneficiarios del proyecto

Principales Riesgos que afectan a las viviendas de los beneficiarios visitadas en las giras son:

- Mala Disposición de Excretas (problema de salud con más frecuencia en estas comunidades que requieren promoción y concienciación en la eliminación de los mismos y así evitar daños a la salud de los beneficiarios.
- Mala Disposición del Agua
- Mala Disposición de Desechos
- Las infraestructuras muchas veces no son las adecuadas

De no ser atendidos estarían expuestos a mayor desnutrición, aumento de morbilidad y mortalidad de afecciones fácilmente controladas en comunidades no postergadas.

También estos grupos están rezagado con respecto al desarrollo social con respecto al resto de comunidades más cercanas a las capitales

Las coberturas de vacunación en Los Santos es buena, en los niños en general por arriba del 90% , teniendo en cuenta que nos ha tocado a través del tiempo demostrar que la población infantil que aparece en los estimados de población que nos da la Contraloría de la nación , no es la verdadera . Siempre es menos cantidad, ya sea porque las madres vienen paren en la provincia y luego regresan a sus verdaderos hogares y/o desplazamientos de los padres de los nacidos.

A continuación detallamos las coberturas de vacunación según grupo de edad

Clasificación	Tipo de Vacuna	Cobertura
Menor un año	Hexavalente	99%
	Neumococo conjugado	98%
	Rotavirus	99%
1 año	MMR	49 %
	Polio	96%
Mujer Estado Fértil	TD	89%
Virus de Papiloma Humano	Niños	86%
	Niñas	89%

LOS RECURSOS HUMANOS

En los últimos años el departamento de recursos humanos del nivel nacional nos solicita las necesidades de recurso humano de nuestra región la cual elaboramos con la ayuda de cada distrito y coordinadores regionales de las áreas técnicas. Sin embargo, los nombramientos que se dan la mayoría de las veces no corresponden a las necesidades plasmada en ese documento.

En ocasiones priva la necesidad político-partidista. Esto conlleva a que no se contrate muchas veces personas capacitadas con las competencias para desarrollar los puestos de trabajo, esto redundo en procesos débiles o atrasados con el consiguiente mal desempeño como Región de Salud.

Por otro lado, tampoco hay una selección de personal que vaya dirigida a desarrollar procesos para mejorar y brindar servicios de calidad, la mayoría de las veces solo se llenan oficinas y / o escritorios.

De igual manera los despidos no son la mayoría de veces debido a faltas por parte del empleado sino obedecen a decisiones políticas.

En lo respecta a la red informal de salud (parteras, curanderos etc.) no existe un control como tal, en nuestra región no existe parteras ni comadronas, curanderos si pero no hemos hecho acercamientos con ellos, si hay vigilancia sanitaria con los puestos de estética u otro servicio que se hagan denominar como atención de salud.

En la parte de actualización no hay un programa que vigile ni actualice las competencias técnico-administrativas y clínicas de nuestro personal. Todas las actividades se van desarrollando según necesidad de cada servicio o unidad administrativa, muchas veces desgastando a nuestro personal o encasillándolo a una sola actividad.

Las capacitaciones al personal son pocas, hasta nulas en algunas áreas sobre todo administrativas

Al hablar de la forma como se toman las decisiones prioritarias tenemos que decir que somos los administradores de los presupuestos que nos dan, los cuales son insuficientes y cada año nos recortan más. A pesar que elaboramos el presupuesto según nuestra realidad, este nunca no los concede, tal vez por eso el personal en ocasiones se siente desmotivado por que participamos parcialmente en determinar las prioridades, pero no se nos otorga los recursos para poder cristalizar los planes y/o proyectos

Consideramos que los costos de la atención sanitaria no están dados por un manual o una cartilla de precios, los costos han sido históricos y no uniformes. Por ejemplo, una atención puede costar un dólar en un Centro De salud y esta misma atención

valer cincuenta centavos en otro centro. En este sentido el nivel nacional a través del departamento de Economía de la Salud en los últimos años ha implementado un plan con diferentes procesos para saber realmente cuanto nos cuestan los servicios ofertados.

No ha sido fácil completar las formas que requiere este departamento ya que se debe asignar a un personal que solo se dedique a esto y por la escasez y múltiples asignaciones del personal hace que no se priorice en esta importante información. Los insumos de laboratorio, odontología estudios especializados (CAT; Ultrasonido etc.), utilización de equipos como los ventiladores, definen el mayor peso en la definición de costos.

En este sentido las tarifas aplicadas en nuestras instalaciones no son cónsonas a la realidad del costo, como mencionamos son históricas y han sido impuesta arbitrariamente. La atención debe ser gratuita, pero está visto que lo que no nos cuesta no se valora, por ende, se hace mal uso de los servicios de salud. En cada unidad se cobra realmente algo simbólico que no representa para nada la realidad del costo.

A Nivel Nacional en los últimos años se ha estado trabajando en una revisión de los cálculos de compensación donde quedó evidenciado que la Caja del Seguro Social debe dinero al MINSA. Además, queda por definir los medicamentos y servicios brindados por MINSA a pacientes asegurados que estén dentro del listado de compensación. El ministerio de salud con la creación del departamento de Economía de la Salud está impulsando una metodología para lograr tener sustentadores que nos ayuden a lograr esa compensación por parte de la CSS. En cuanto entidades formadoras de profesionales existe la Universidad Nacional, la Universidad de Las Américas, UMECIT y algunos Institutos, las cuales forman personal afín al sector salud como: Enfermeras, Técnico de Enfermería, Asistente de Laboratorio, Licenciados de Rayos X, Educadores para la Salud, Licenciados en Estimulación Temprana entre otras.

Por otro lado, tenemos la carencia, pues en nuestra región no existe ningún estudio que contemple las necesidades del sector salud, ni que defina la flexibilidad laboral y protección social de los trabajadores o la distribución del empleo entre sectores públicos y privados. Se ha luchado por desarrollar el departamento de salud ocupacional, ha habido acercamientos y colaboraciones con la Caja del Seguro Social obteniendo asesoría sobre el tema. En los últimos 5 años se logrado desarrollar la clínica del empleado en cada distrito de salud de la región

Para nuestro recurso humano la relación ingresos vs nivel de calificación dependerá de la preparación académica con la cuenta el personal basándose en los diferentes escalafones de salarios con el cual los gremios han negociado a través de los tiempos (Técnicos y Administrativo).

En comparación con el nivel privado la remuneración estatal está por debajo ya sea en salario base como los incentivos, meritocracia bonificaciones etc. Sin embargo, en este año se nos empezó a pagar el Décimo Tercer Mes tal cual la ley lo indica

En nuestra región hemos contado en los últimos años con externalización de servicios. En el aseo en los principales hospitales (Anita y Joaquín) y la alimentación solo en el Hospital Regional Anita Moreno.

En cuanto al servicio de aseo, la empresa SICARELI se encuentra brindando el servicio de manera eficiente con buenos y notables resultados. Este servicio es cubierto de manera total por el nivel central.

El servicio de la alimentación se brinda por la empresa Delicias Aura S.A. desde junio del 2017, puesto que La cocina del hospital Anita aún no ha sido entregada al 100%, pero ya la nueva administración recibió la noticia que se le aportaran B./50,000,000 para terminar el Hospital Anita y esto incluirá la Cocina.

Cuadro No. 08

RECURSOS HUMANOS BÁSICOS EN RED DE ATENCION

Total de médicos	2021			2022			2023		
	Total	MINSA	CSS	Total	MINSA	CSS	Total	MINSA	CSS
Generales	96	93	3	97	94	3	99	98	1
Pediatras	4	4	-	4	4	-	3	3	-
Psiquiatras	5	2	3	3	2	1	3	3	-
Gineco Obstetras	5	5	-	5	5	-	5	5	-
Otras especialidades	34	31	3	41	36	5	42	39	3
No. Total De Enfermeras	311	308	3						
No. De Odontólogos	33	32	1	35	34	1	36	35	1
Razón De Médicos Por 10,000 Habs.	15.1	14.1	1	15.7	14.8	0.9	15.9	15.4	0.5
Razón De Enfermeras(os) Profesionales Por 10,000 Habs.	32.5	32.2	0.3	33.4	33.1	0.3	33.3	33	0.3
Razón De Odontólogos (as) Profesionales Por 10,000 Habs.	3.4	3.3	0.1	3.7	3.6	0.1	3.7	3.6	0.1
No. Total De Técnicos De Laboratorio	31	31	-	32	32	-	35	35	-
No. Total de Técnicos de Enfermería	369	364	5	391	390	1	373	372	1
No. Total de Asistentes Dentales	15	14	1	16	15	1	16	15	1
No. Total de Cito tecnólogos	1	1	-	1	1	-	1	1	-
No. de Farmacéuticos	29	27	2	30	28	2	29	27	2
No. de Asistentes de Farmacia	53	48	5	55	50	5	57	52	5
No. de Educadores para la Salud	9	9	-	9	9	-	12	12	-
No. de Promotores de Salud	36	36	-	40	40	-	33	33	-
No. de Asistentes de Salud	14	11	3	15	12	3	14	11	3
No. de Laboratoristas	22	22	-	24	24	-	23	23	-
No. de Inspectores de Saneamiento	21	21	-	21	21	-	20	20	-
No. de Inspectores anti vectoriales	14	14	-	15	15	-	16	16	-
No. de Veterinarios	10	10	-	13	13	-	17	17	-
No. Rayos x	14	14	-	18	17	1	19	19	-
Asistente de Radiología	2	2	-	2	2	-	3	3	-

Cuadro No.09
RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD
ULTIMO AÑO DISPONIBLE

INSTITUCION	Cargos 2022									
	Méd Gen	Méd. Esp	Enf	Odont	Téc. Enf.	Farmacé.	Otros trabajadores técnicos de salud	Personal Adm.	Lab.	Nutri.
MINSA	76	43	18	32	195	17	322	602	19	2
CONTRATO	7	-----	15	3	29	4	35	103	--	--
PERMANENTE	69	43	17	29	166	13	287	499	19	2
RED FIJA	---	---	3	---	---	---	5	1	---	---
RED ITENERANTE	2	---	2	---	2	---	4	2	---	---
CSS										
PRIVADO										
TOTAL										

Como en todo el país se ha experimentado un aumento en el número de Recurso Humano contratado en nuestra Región, en los años fuerte de Pandemia se vio el mayor aumento más en el personal técnico, (médicos, enfermeras, Lic. en farmacia, laboratorio etc.)

LOS INSUMOS SANITARIOS

En el anterior ASIS aún se utilizaba la herramienta LSS/SUMA para la sistematización de los inventarios de medicamentos, médico quirúrgico, laboratorios etc. pero en la actualidad utilizamos SALMI (Sistema Informático de Administración Logística de Medicamentos e Insumos). Dicha Herramienta puede ser de utilidad en establecimientos de primer nivel de atención (Centros de Salud, Minsa Capsis y Hospitales Rurales, pero también en los almacenes de medicamentos regionales y hospitales de mayor complejidad.

Entre sus características, podemos mencionar:

- No requiere de tecnologías complejas
- No demanda de personal operativo con capacidades avanzadas en manejo de computadoras y es muy fácil de instalar
- Brinda informes georreferenciados en tiempo real
- Funciona de manera online u off line, en entornos de trabajo de farmacias que administran de manera integral todos los medicamentos e insumos.

- Herramienta de trabajo, capaz de reducir la carga administrativa de un proceso de registro manual, y los errores de cálculo y registro que esta conlleva. Se adecúa a las necesidades del país.
- Poderosa herramienta de alertas, que ofrece reportes inmediatos y el análisis de información que permite tomar decisiones acertadas y con la premura suficiente para mejorar la disponibilidad de los medicamentos e insumos

La herramienta SALMI combina estratégicamente, un Sistema de Información para la Administración Logística (SIAL), así como un Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGS), todo con un enfoque hacia la trazabilidad de cada uno de los suministros y su uso racional, los cuales alimentan un completo Sistema de Monitoreo y Evaluación (SIME).

Además, el SALMI da respuesta inmediata a indicadores importantes relacionados con:

- Manejo de niveles de inventarios
- Saldos (Físico y financiero), vida útil, meses de existencia disponible de medicamentos e insumos
- Abastecimientos y dispensación insatisfecha
- Consumo diario y consumo mensual, entre otros indicadores.

En la Provincia de Los Santos el Sistema de Distribución es Mixto: Solicitud / Asignación.

Se trabaja con un Calendario de Recepción / Despacho de Pedidos cuyo periodo de abastecimiento es Trimestral.

Se atienden Pedidos regulares (Según Calendario de Despacho), y Pedidos de Urgencia, dependiendo de la Situación y el tipo de producto, debidamente justificado por la Instalación.

Los Medicamentos de Programas (Tuberculosis, Malaria, Nutrición, etc.), se distribuyen según Solicitud / Necesidad a la instancia respectiva.

Se adjunta Red de distribución del Depósito Regional de Medicamentos.

Pedidos Regulares:

Para las instalaciones que tienen SALMI, de manera trimestral deben remitir, a través del mismo programa, sus requerimientos para un lapso de 3 meses. Depósito Regional evalúa existencias y procede a asignar. Técnicos en Farmacia surten Pedido, se hace la verificación, se procede a facturar y a comunicar al Nivel Local, para que procedan con el retiro.

Instalaciones que a la fecha no tienen SALMI (Sub Centros), deben remitir sus necesidades vía correo electrónico cada 3 meses, y continúa el mismo procedimiento.

Los pedidos extraordinarios:

Se pueden realizar por correo electrónico o por SALMI.

Los sub centros de salud que son responsabilidad de Guararé, Pedasí, Pocrí, Paritilla, MINSA CAPSI Las Tablas, Tonosí, son directamente abastecidos de la unidad ejecutora más cercana.

Las otras instancias que en algún momento requieran medicamento, primero debe mediar Nota de solicitud de apoyo al director regional de Salud.

Para el registro de consumo de los 5 grupos de insumos sanitarios (medicamentos, odontología, médico quirúrgico, laboratorio e imagenología) en su región, para realizar estimaciones de necesidades de los insumos de manera manual lo hacen las instalaciones de menor complejidad (Sub Centros).

Los Hospitales, Minsa Capsis y Centros de Salud, pueden consultar información que genera SALMI

En nuestra región los Comités de Farmacovigilancia y Farmacoterapia no están oficialmente conformados ni trabajando, pero si existen protocolos de tratamientos estandarizados para las patologías prevalentes, pero no siempre son aplicados. En cuanto a las farmacias privadas, el 100% cuentan con el farmacéutico regente. Estos profesionales se concentran en horas de la tarde (4 pm), puesto que la mayoría de los Farmacéuticos se desempeñan en el Horario de 7 am a 3 pm y 8 am a 4 pm en las Instalaciones de Caja de Seguro Social y Ministerio de Salud. Cuando no hay disponibilidad de Farmacéutico, generalmente es el Técnico en Farmacia / Dependiente, quien está al frente del Establecimiento.

Sólo el 30 % de las Farmacias del MINSA en la Provincia de Los Santos, cuentan con un Profesional Farmacéutico. Se desempeñan generalmente de 7 am a 3 pm y de 8 am a 4 pm

Donde no hay Farmacéuticos, el servicio es cubierto por los Asistentes de Farmacia, quienes generalmente manejan todos los medicamentos (según el Nivel), con excepción de las Sustancias Sujetas a Control.

Por su parte, el 100 % de las Farmacias de la Caja de Seguro Social cuentan con Farmacéutico.

Para el año 2023, la Región de salud de Los Santos cuenta con dos bancos de Sangre, uno ubicado en el Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco S, el cual atendió 958 donantes, en mayo de 2023 el Banco de Sangre del Hospital Regional de Azuero Anita Moreno abre sus puertas y atiende un total de 138 donantes. Esto permite que se atienda 1096 donantes de sangre, lo que representa el 10% de la población de Los Santos aproximadamente. En total funcionan 8 laboratorios Clínicos en nuestra provincia.

En nuestra región de salud, no contamos con un laboratorio de referencia regional, Sin embargo, en este momento tenemos regionalizado la microbiología en el

Hospital del Dr. Joaquín Pablo Franco S., ya que aún no hemos podido iniciar las mismas en el Hospital Regional de Azuero Anita Moreno.

Por otra parte, el Laboratorio del Hospital Regional de Azuero Anita ha regionalizado la parte de oncología

Los Laboratorios Clínicos de nuestra región maneja los mismos costos desde hace muchos años, y los precios fueron establecidos a nivel nacional, cuando se ha logrado ofertar nuevas pruebas de laboratorio se hace uniformes en todos los laboratorios. Los costos de ganancia son reducidos. Se procura que el costo al que se ofrecen los Medicamentos a la población no asegurada sea el mismo en toda la red. No existe margen de ganancia, pues ante la ausencia de sustento legal (% que se debe aplicar) se utiliza el costo al que viene originalmente facturado el insumo).

En Farmacia las Compras tramitadas a Nivel Regional, se prioriza la adquisición de productos de mayor demanda (Agotados o por Agotarse), cuyo trámite centralizado se encuentre demorado.

También representan prioridad, aquellos insumos que por Fallas Farmacéuticas o terapéuticas hayan sido retiradas de nuestras instalaciones, y sean de elección para el tratamiento de las principales causas de Morbilidad de nuestra área.

La adquisición de los insumos de Laboratorio depende en gran medida de la licitación del nivel nacional ya que la partida 274 para la red primaria se encuentra centralizada, las entregas anuales generalmente se dan en los últimos meses de cada año, y como no se reciben subvenciones adicionales, se prioriza los insumos de mayor demanda para atender las morbilidades dependiendo de la capacidad que tenga las unidades ejecutoras por los fondos de administración

Cuadro No. 10
EVOLUCIÓN DEL GASTO EN LABORATORIO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

INDICADOR	2019	2020	2021	2022	2023
Gasto total en laboratorio por MINSA Red Primaria	250,000	245,000	249,996	288,612	221,190
Gasto total en laboratorio por MINSA Hospital Joaquín	874,000	582,815	531,116	697,518	815,205
Gasto total en laboratorio por MINSA Hospital Anita	772,412	400,000	399,977	675,000	675,006

En los últimos años el gasto en laboratorio podría decirse se ha mantenido, tomando en cuenta que la utilización del presupuesto asignado está centralizado, manejado en la sede, con limitaciones en algunos casos de priorizar necesidades reales. El presupuesto no va acorde con las necesidades más que han aparecido nuevas clínicas con necesidades de otros reactivos no contemplados en el histórico.

EQUIPOS Y TECNOLOGIA

Aproximadamente el 5% de nuestros equipos están defectuosos, principalmente: Camas hospitalarias, Vehículos, sillas de ruedas, camillas ginecológicas, camillas de curación, aires acondicionados de ventana, sillas de secretaria, relojes de marcar, máquinas de escribir, sumadoras el porcentaje de los equipos aun en uso que hayan cumplido su vida útil en total son aproximadamente el 19%

- 3% Equipo de laboratorio Vitros DT-60
- 6% Equipo de impresión fax-duplicador-computadoras
- 3% Equipo médico EKG-Centrífuga
- 2% Equipo de odontología -sillón dental-autoclave
- 5% Equipo de oficina-escritorios, sillas, anaqueles, archivadores

Actualmente en nuestra región salud existe en lista de reposición aquellos que han sido adquiridos en los MINSA-CAPSI que han sido absorbidos por otras instalaciones ya existentes como es el caso del MINSA-CAPSI de Macaracas el cual sustituyo al Hospital Rural de Macaracas. De igual manera sucederá con el Centro de Salud de Pedasí que pasará a ser MINSA-CAPSI de Pedasí

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

LISTAS DE ESPERA Y MORA QUIRURGICA

En la actualidad el único hospital con salón de operaciones en nuestra Región es el Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas en el mismo hace varios años que solo se hacen operaciones de urgencias, las cirugías electivas están canceladas debido a la filtración del techo y paredes a los cuales se les ha aplicado tratamientos sin conseguir sanar las goteras

Especialidad	Mora Quirurgica
Cirugia	96
Ginecobstetricia	643
Urologia	17

En el Hospital Joaquín Pablo Franco los departamentos de Cardiología y Ginecología son los más esperados por los usuarios para conseguir la atención.

Mientras que en el Hospital Regional Anita Moreno son los servicios de consulta especializada de neurología, endocrinología, hematología, gastroenterología, cardiología. Electroencefalograma endoscopías gástricas, colonoscopías.

En nuestra región no se cuantifican los pacientes rechazados en ninguna instalación y en ningún servicio, lo que nos ayudaría a saber realmente cuantos cupos son los adecuados para suplir las necesidades de la población por ende nos ayudaría a realizar una mejor planificación de todos los recursos, principalmente, el humano.

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

En el Distrito de Los Santos ya que cuenta con una red fija amplia, 2 Centros de Salud y 6 sub-centros de salud. La atención médica en los sub centros de salud se da de 2 a 3 veces por semana y en el subcentro de salud de Llano largo el Equipo Básico está incompleto, ya que el servicio de Farmacia no se oferta durante la atención, presentando la limitación que el paciente se tiene que retirar con la receta para tramitarla en otra institución.

En el resto de los Distritos se desconoce la demanda insatisfecha, ya que no se aplican los instrumentos existentes (normados) para evaluar la calidad de la atención y satisfacción del usuario.

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

Las citas se brindan presencialmente, el paciente debe acudir los primeros días del mes de enero a buscar sus citas y luego las subsecuentes se apersonan a la ventanilla de estadística. Se utilizan las llamadas telefónicas solo para el cambio de citas o reportes de que el médico especialista no podrá asistir.

HORARIO DE SERVICIOS

El horario de nuestros servicios, tal como se plasma en la cartera de hospitales y Centros de Salud, es de lunes a viernes de 7 a 3 pm, la consulta externa. Los Servicios abiertos después de las tres corresponden a cuarto de urgencias.

Los pacientes refieren que debería existir horarios con más cobertura puesto que la mayoría de las instalaciones trabajan de 7:00am a 3:00 pm limitando la posibilidad de asistir a sus controles y/o atenciones sobre todo esa población que por ir a trabajar no puede acudir a los servicios, también se puede extrapolar por los comentarios en buzones de sugerencias y encuestas de satisfacción del cliente que realizan el comité de atención al cliente

En las encuestas que se han aplicado al público, se quejan de los lejos que están las citas y/o de que deberían funcionar por lo menos 12 horas servicio de apoyo como farmacia, Rayos X. Laboratorio etc.

A nivel de planificación si ha solicitado extender algunos horarios, pero por falta de recurso humano esto representaría elevar el número de Turnos Extras, se nos ha

dicho que por el momento por la contención del gasto y más por el aumento en las tarifas de turnos que en algunos casos se elevó más del 100% deberíamos esperar, sin embargo, este año la nueva administración nos ha señalado que se va a empezar la extensión de horario en el MINSA CAPSI de Las Tablas.

Actualmente los servicios brindados en horarios ampliados son los de cuarto de urgencias, laboratorio, rayos x / CAT, registros médicos, la limitante presentada es el déficit de recurso humano para satisfacer dicha demanda lo que ha llevado a la creación de la figura de turnos pagados o turnos extras, que si bien es cierto trae consigo remuneración económica a nuestros colaboradores, también es cierto que acarrea agotamiento del personal que los realiza.

Entre las principales limitantes que se reportan en la implementación de los servicios en horario ampliado, sobre todo en el primer Nivel de Atención, está la del período que se tiene que trabajar por la complejidad (Primer Nivel) de la Instalación: 8 Horas (Acuerdo de CONAGREPROTSA).

Esta situación se torna crítica, ya que por lo general el funcionario de planta, que labora en horario normal (de 7 a 3), es el mismo que continúa en el horario ampliado, aunado a esto, el recurso humano es único.

De requerir el apoyo de funcionarios que laboren en otras instalaciones / instituciones, es muy difícil que, por las distancias, las personas lleguen a tiempo al turno (Pedasí, Tonosí, Macaracas).

Otra limitante importante en la implementación de los servicios en horario ampliado, lo representa la ausencia de Normas de Prescripción y Despacho (Medicamentos) por parte del MINSA, siendo necesario definir: Que tipo de prescripciones serán atendidas (según procedencia), días de Tratamiento para recetas generadas en Cuarto de Urgencia, y productos que son prioritarios para que se dispensen en un horario ampliado /turnos.

Para la implementación de los servicios en horario ampliado se tiene que contemplar el reforzamiento de los Stock y del Recurso Humano.

MECANISMOS DE MEDICION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO

Todas las instalaciones de salud cuentan con buzones de sugerencias con formularios donde pueden expresar su opinión acerca de los servicios recibidos. Encuestas formales no son aplicadas en nuestras instalaciones de salud.

El 100% de las instalaciones de salud cuentan con buzones de sugerencias, de los cuales un 50% el comité evaluador se encuentra activo.

En las instalaciones de salud con comités evaluadores activos, mensualmente se revisan los buzones de sugerencias y se realizan los planes correctivos correspondientes según el caso. Y en cuanto se tengan los resultados de las encuestas de satisfacción se utilizarán para la tomar incidir y mejorar la calidad de atención.

De igual manera en nuestra región se aplican las Auditorías Sociales las cuales son analizadas en equipo y desarrollar planes de mejoramiento y de monitoreo de las acciones que se vayan a tomar para mejorar aquellas situaciones que han sido identificadas como deficiencia.

En la última actualización del ASIS describíamos que el programa de humanización no se había puesto en marcha, para el tiempo de la pandemia se tenía organizado la divulgación de este programa, pero por los motivos ya conocidos no se implementó. Lo que si se ha desarrollado con buenos resultados es el programa de Paliativos donde unos de los pilares fuertes es la humanización. Se ha logrado poner en ejecución dicho programa en cada distrito donde se ha conformado el equipo de Cuidados Paliativos, de igual manera se lleva en la Caja del seguro social. Una de las deficiencias que tenemos en la Región es que no podemos dar cifras de las demandas insatisfechas, a pesar que hemos indicado a los directores de Hospital principalmente la necesidad de contar con esta información para poder tomar decisiones y poder solventar las necesidades de la población

CONTROL DE CALIDAD

Todos los años se realizan Auditoría de expedientes, donde se registran principalmente fallas al documentar el trabajo, muchas veces por no contar con la papelería indicada o por falta de voluntad de los funcionarios. Pensamos que estas auditorías cumplen con la parte diagnóstica en cierta parte con la correctiva pero no cumple con la parte que sanciona las faltas incurridas una y otra vez. En los últimos años se ha implementado la auditoría de expediente electrónico usando la herramienta SEIS en función en todo el territorio nacional.

No se hacen Auditorías medicas al menos que se involucre algún expediente en una causa legal. Anualmente se programan auditorías Administrativas, pero por escasez de personal y por acudir a otras situaciones propias que ameritan ser atendidas con prioridad, el cronograma no se cumple en su totalidad.

A nivel de laboratorio

contamos con la evaluación externa de la calidad, estos son módulos de pruebas de laboratorio que se compran y se realizan en las corridas diarias de los pacientes, es una



Comentado [OG1]: Pueden presentar los resultados y análisis de las mismas y las medidas tomadas a raíz de los hallazgos

Comentado [P2R1]: Esta información la dio Provision en General La actual coordinadora de Provision Regional no cuenta con Resultados y las auditoría de los años 2023 y 24 fueron virtuales y no se pudieron ejecutar en Los Santos

muestra desconocida más, los resultados son enviados por la web al sitio del proveedor donde son comparados nuestros resultados con un gran número de laboratorios alrededor del mundo. De esta manera podemos hacer un análisis minucioso de nuestros coeficientes de variación de cada metabolito de tal manera que podemos brindar resultado confiable.

En el Laboratorio se ha mejorado mucho desde que se inició el programa de evaluación externa de calidad hace tres años. Porque nos ha permitido evaluar nuestros reactivos

Conocemos de la resolución 521 del 5 de junio del 2009 que crea el Observatorio de Calidad del MINSA, conocemos de los indicadores que se refieren a:

- Servicio de Urgencias
- Salón de Operaciones
- Consulta externa
- Hospitalización
- Servicios intermedios
- Satisfacción de usuario

Si se utilizan estos indicadores para tomar medidas para mejorar la calidad de los servicios con excepción de la parte de satisfacción del usuario, puesto que en los últimos años los controles de buzón de sugerencias y reclamos no se han llevado correctamente hay que reforzar esta área.

No conocemos los comandos del Observatorio de Calidad

Para determinar el desempeño de los servicios de salud en la gestión de calidad es imperante conocer las herramientas de gestión con que cuentan las instalaciones de salud:

- Misión, Visión y Valores en cada instalación de salud y la coherencia entre ésta y su actuación diaria.
- Cartera de servicios correspondiente a cada instalación de salud, según su nivel de atención y grado de complejidad.
- Manuales de procedimientos, tanto en los servicios de atención de salud como en las unidades administrativas de las instalaciones de salud de las Provincias que constituirán el universo meta.
- Acuerdos de Gestión.
- Manual de organización de las instalaciones de salud.
- Manual de calidad.
- Plan de mejoramiento continuo de la calidad.

Los distintos actores del sector con frecuencia presentan quejas sobre todo en temas de Salud Pública. Después que se reciben las quejas se hacen las inspecciones y de acuerdo a la deficiencia encontrada se levanta un acta de inspección acompañada de una citación, la cual se dirige a la instalación que le compete por responsabilidad, para el manejo, control y seguimiento de las mismas,

si la persona no cumple se vuelve a inspeccionar y si la autoridad sanitaria (Director Distrital) cree necesario, sancionar con multa se aplica.

ACTORES Y RED SOCIAL

DISTRITO	JAAR	COBERTURA	CONDICION DEL ACUEDUCTO			CALIDAD DEL AGUA	
			BUENA	REGULAR	MALA	SATIFACTORIA	NO SATIFACTORIA
Los Santos	34	100%	95,6 %	4,4%	0%	98,5%	1,5%
Tonosí	39	100%	75%	25%	0%	75%	25%
Macaracas	46	100%	50,3 %	40,1%	8,6%	60,9%	39,1%
Pedasi	12	100%	75%	25%	0%	92%	8%
Pocri	14	100%	100%	0%	0%	57%	43%
Guarare	28	100%	82%	18%	0%	82%	18%
Las Tablas	39	100%	90%	10%	0%	62%	38%

La comunidad se organiza a través de los comités de salud, Juntas Administradoras de acueductos, (JAAR). Organizaciones no gubernamentales, cooperativas, Clubes sociales y deportivos, federaciones y confederaciones.

Según el cuadro las comunidades con JAAR tienen acueductos entre regular y buena condiciones y en general un 75% la calidad del agua es de buena calidad, se está trabajando en mejorar las más afectadas que no permiten satisfacción como son en Pocri Las Tablas y Tonosí.

En general hay poca coordinación con las instituciones Gubernamentales y las no Gubernamentales.

Las prácticas y cultura de la población en las actividades formales de salud se integran de diferentes maneras, por medio de grupos organizados de Hipertensos y Diabéticos, Tercera Edad, 120 a los 65, grupo de embarazadas, grupos caza mosquitos, cazadores de humo, brigadas protectoras del ambiente, vecinos vigilantes contra el dengue, Comisión EGI- Dengue que involucra a todas las instituciones públicas, autoridades locales y población en general, entre otras. Adicionalmente se organizan ferias de salud, ferias interinstitucionales, caminatas, actividades estudiantiles y universitarias.

Actualmente en nuestra Región contamos con 212 Juntas de Agua en todas las comunidades rurales y como vemos en el cuadro superior la mayoría cuentan con

buena cobertura, con condiciones del acueducto entre regular y buena y la calidad del agua satisfactoria.

Las organizaciones comunitarias y la ONG ayudan en el diagnóstico de la comunidad ya que conocen cuáles son sus necesidades reales, pero no cuentan con los recursos para la solución de las mismas

En cada comunidad tenemos Comités Católicos y Club de Padres de Familia que por medio de sus estudiantes nos permiten organizar Grupos Caza mosquitos, Brigadas protectoras del ambiente, Cazadores de Humo y así contribuyen a la promoción de actividades en beneficio de cada comunidad.

Como en otras Regiones existen actores sociales como Club de Leones, Club 20-30, Kiwanis etc. los cuales manejan su propia agenda, tienen objetivos específicos



bien definidos y desarrollados, en ocasiones se dan colaboraciones atacando flagelos como las drogas, delincuencia, otros.

No se ha realizado algún análisis de actores sociales que sea de nuestro conocimiento, pero si

creemos que es de suma importancia interactuar todos, analizar los diagnósticos detectados, para en conjunto desarrollar planes y programas en beneficio de nuestra población.

Dentro de nuestra región, así como en otras regiones juega un papel importante el sector informal de atención en salud, ya que contamos con personas que se dedican a la cura por medio de productos naturales y de la medicina tradicional, inclusive las farmacias atienden las recetas generadas por esta actividad, la demanda de estos servicios proviene de todos los estratos sociales. Estos están ubicados en todos los distritos (hay por lo menos uno) y son solicitados por personas de todos los estratos sociales.

No hay una estadística de cuantos son ni se les da monitoreo alguno. En nuestra región no hay ningún tipo de coordinación con estos curanderos.

Dentro de las fortalezas que tenemos dentro de la red social podemos mencionar: Recursos humanos con un grado de capacitación para el trabajo comunitario, la experiencia obtenida con dirigentes, líderes y la comunidad. La disponibilidad de los equipos de salud de trabajar con los grupos de la comunidad en horas fuera del horario de trabajo, el Marco Legal que soporta la participación comunitaria (Comités de Salud, JAAR).

Entre las debilidades de los equipos de salud: persistencia del enfoque curativo, poca proyección comunitaria, baja motivación e incentivos al personal, fragmentación de las acciones del equipo de salud, escasa disponibilidad de recursos financieros, falta de recurso humano (Educadores para la Salud) en todas las instalaciones de salud para darle seguimiento a las actividades de atención integral. Falta de vehículos para la realización de giras a las diferentes comunidades. Falta absoluta de un programa bien estructurado de Meritocracia que incentive al trabajador a sentirse cómodo y trabajar con amor para proyectar satisfacción y servicios de calidad con calidez humana tanto con sus compañeros como también hacia la comunidad.

Consideramos que los beneficiados por Red de Oportunidades y 120 a los 65 perciben estas estrategias como excelentes, sin embargo, percibimos que en algunos casos el objetivo primordial no se está cumpliendo a cabalidad, ya que muchas de las personas solo se interesan en obtener la firma para que se le desembolse el pago. Opinamos que sería importante reforzar la estrategia de educación en esta población beneficiada para que realmente se utilice el dinero para la alimentación y tratamientos de las personas de la tercera edad que no cuentan con su fondo de retiro.

La Gratuidad de los servicios se perciben como un derecho, y Sí se aplican los decretos (ejecutivo 329 de 14 de julio del 2009, Decreto Ejecutivo 428 del 15 de Diciembre de 2004, la Resolución 321 del 18 de agosto de 2005 y el Decreto 546 del 21 de noviembre del 2005) en las instalaciones hospitalarias y ambulatorias de la región, sin embargo, no siempre en el (los) servicios donde se brinda la atención reposa constancia con el aval de una persona responsable (evaluador), que determine la aplicación del beneficio (Esto tiene repercusiones desde el punto de vista de Auditoria, pues al funcionario que ofrece la atención directa, aparte de las copias de los Resueltos / Decretos) no los ampara nada

PROYECCIÓN DE LA RED

ADECUACIONES DE LA OFERTA

Como es conocido todos los sistemas modernos de salud montan su base con el primer nivel de atención, donde las funciones primordiales deben ser la promoción y prevención, son estas las formas de organización en la cual se debe concebir todas nuestras acciones reforzando este nivel. Porque al tener una comunidad organizada, con ambiente sano y cubierto con vacunas y controles de salud, se demandaría menos la atención de morbilidad y por ende el segundo nivel de atención no estaría con altas demanda de atención

La conformación de equipos básicos en el proceso de cambio en la atención de salud-enfermedad es necesario, pero se debe adecuar dependiendo de las demandas del área, debe darse en forma integral y tomar en cuenta la promoción y

prevención en la atención primaria. Igualmente creemos que debe haber equipos itinerantes que refuercen los equipos locales y pueda darse la alternabilidad de roles.

Se están introduciendo nuevas modalidades de atención en salud, se llevan a cabo Jornadas de Atención Ambulatorias en nuestra región, generalmente se realizan de dos a tres jornadas cada año procurando beneficiar las poblaciones más vulnerables, con menor accesibilidad a los servicios de salud. También en los diferentes centros y sub centros de salud de la red primaria de atención se cumple con el programa de visitas domiciliarias según los recursos disponibles, siendo la falta de disposición de transporte una de las principales limitantes. En cuanto a grupos itinerantes existe una organización extra institucional (FORIS), quien brinda atención a las comunidades más postergadas dentro del Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.

En nuestra Región hace pocos años se cuenta con el servicio de internet institucional, cual valor ha sido importante para la comunicación con el resto del país del mundo, se usa principalmente el correo electrónico para la comunicación como así diferente página de la web para obtener información por ejemplo la página del MINSA. Tal vez el mayor uso actual lo ha venido a desarrollar el uso del expediente electrónico (SEIS), que para este año alcanzo en nuestra región, los Sub Centros de Salud. Aún faltan solo 2 sub centros para lograr tener la red primaria conectada y también terminar de desarrollar la implementación en los hospitales de segundo nivel.

La oferta en el primer nivel de atención se ha complementado ofreciendo atención especializada como Pediatría , Ginecología , Psicología clínica principalmente, pero nos gustaría ampliar esta atención con otras especialidades como Cardiología , Reumatología, Endocrinología etc. ,ya que nuestra población viene presentando inversión en la pirámide poblacional y es conocido que somos una provincia longeva ya que nuestra población cada vez más aumenta en adultos y adultos mayores con una esperanza de vida cerca de los 80 años.

En la cartera de servicios que ofertamos en nuestras instalaciones tenemos programas que atienden grupos de riesgos como: Adolescente, Violencia, Cárceles, las clínicas de higiene Social, la Clínica de HIV, Clínica de cesación de tabaco, la Red contra el Suicidio y pacientes con Desnutrición (infantil)

En todas nuestras instalaciones se ha establecido la atención prioritaria a la embarazada, menor de 5 años, adolescencia y tercera edad puesto que son los grupos más vulnerables. Igualmente se han instaurado gratuidad de los servicios, favoreciendo a estos grupos mencionado

La prioridad no solo es da en los cupos sino también en las interconsultas internas y externas.

En términos operativos la sectorización geográfica poblacional se refiere a una cantidad determinada de población en un espacio geográfico a la que se le asigna una oferta sostenida de atención en un establecimiento de salud, de acuerdo al lugar de residencia o trabajo y otros criterios de accesibilidad.

El proceso de sectorización tendrá los siguientes objetivos

- ✓ Facilitar el acceso a la atención
- ✓ Racionalizar la utilización de los recursos
- ✓ Sistematizar el proceso de toma de decisiones
- ✓ Facilitar el proceso de atención programada
- ✓ Canalización de la demanda

La sectorización guarda relación con la definición de áreas de responsabilidad para la actuación de los servicios de salud, puede basarse en las zonas de supervisión censal establecidas por la Contraloría General de la República o en la accesibilidad geográfica de la población a las instalaciones de salud y la densidad de población

En nuestra región se han caracterizado los espacios a través de los Distritos. Nuestra organización obedece a la instancia Distrital donde existe un director y administrador que manejan su propio presupuesto, desarrollan los programas, hacen sus evaluaciones, crean sus planes operativos y ejecutan sus actividades, todo esto beneficiando a todo el distrito, aunque en algunos casos por accesibilidad se atiende población de un distrito en otro.

Ningún modelo de atención es exitoso ni no incluye la participación ciudadana y en nuestra provincia existe la cultura de cooperación y participación en las comunidades, por ende, no nos es difícil obtener es valiosa participación en la búsqueda de su propia salud. En cada distrito hay grupos organizados que acuden a los centros y sub centros participando en charlas, dinámicas, capacitaciones etc.

Con la ley 68 queda claro que el paciente tiene derecho a ser informado y tomar decisiones en todos los aspectos de diagnóstico curación y rehabilitación, por tanto, debemos hacerles participe de todas las acciones a tomar que redunden en la atención de la población y el ambiente.

Para la atención de estos grupos mencionados consideramos que los equipo cuentan con personal humano capacitado y con experiencia, pero carecemos de tecnología de punta, equipos médicos, equipo quirúrgico, equipo de movilización terrestre, como así también de capacitación al personal, y la distribución equitativa de las funciones o el nombramiento de más funcionarios para evitar el agotamiento físico y/o mental de los ya existentes.

El recurso humano que trabaja en las diferentes unidades de la provincia la mayoría no vive en los lugares donde trabaja solo un 30% o 40% de los trabajadores de salud viven en la periferia de nuestras instalaciones de salud.

ADECUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

La revisión de la cartera de servicios en cada área se efectúa cada cinco años al haber cambio de administración. Cada administración tiene perspectivas diferentes y hace su planificación según crea conveniente o por demanda de la población. En este momento por mandato presidencial, acogido por el ministro de salud se están evaluando instalaciones para extender los horarios de atención. Técnicamente en la Región hemos analizado que nuestro primer lugar en extender horario debe ser el MINSA CAPSI de Las Tablas, puesto que es un área con gran población y después de las tres de la tarde solo queda atendiendo el cuarto de urgencias del Hospital Joaquín Pablo Franco. Al contar con el MNSA CAPSI abierto por lo menos hasta las 7 :00 pm lograríamos bajar ese número de pacientes que llegan al cuarto de urgencia del hospital y que realmente no son urgencias.



En nuestras instalaciones se desarrolla el modelo de atención individual, familiar, comunitaria y ambiental o por lo menos se intenta ya que muchos equipos básicos de atención están incompletos tanto en recurso humano como en equipos y presupuesto.

Para que la atención no se centre solo a la parte curativa, debemos trabajar extramuros promoviendo

estilos de vida saludables, el auto cuidado y la participación ciudadana. De igual manera debemos fortalecer presupuestalmente al primer nivel de atención, aumentando el recurso humano (Equipo básico de salud, personal de campo, educadores para la salud, inspectores de saneamiento ambiental, vectores y protección de alimento, calidad de agua) como la flota vehicular, para responder al modelo que realmente nos compete (Familiar, comunitario y ambiental)

Una parte importante al incluir a las personas a ser parte de su cuidado personal, comunitario y del ambiente es educarlos, primero para evitar enfermedades comiendo adecuadamente, haciendo ejercicio y no abusar de licor además de no fumar y cuando hay señales de enfermedad acudir oportunamente y no ir a los cuartos de urgencia cuando no es una urgencia real

Usando el TRIAGE en los cuartos de urgencia se pretende dar paso expedito a las emergencias y a la vez busca educar a la población para que en situaciones leves

a moderadas de la enfermedad, acudan a los primeros niveles y que el uso del cuarto de urgencia sea exclusivo para situaciones que ponen en peligro la vida de una persona.

En los MINSA CAPSI, Centros y Sub Centros de Salud, no se utiliza TRIAGE, sin embargo, el personal de enfermería cuando detecta algún paciente que considere que debe ser atendido con prioridad se pasa por delante. También tienen prioridad los menores de cinco años, las embarazadas y las personas de tercera edad.

AMPLIACION DE COBERTURA

En el Primer Nivel se ofertan servicios de atención integral a la población y el ambiente, enfocados en la solución de los problemas bio – psico – sociales que afectan al individuo, la familia y la comunidad. Para lograr una mayor cobertura de atención consideramos primordial:

- Reorganizar la red de servicios para garantizar un servicio de salud continuo con equidad, calidad con eficiencia y eficacia
- Priorizar las necesidades de salud para optimizar los recursos, y mejorar los indicadores de salud
- Globalización de la comunidad, las instituciones, y ONG, en los servicios de salud
- El 15 por ciento de la demanda que supera la capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención deberá ser atendida y resuelta sus necesidades de atención en el segundo nivel.

Como mencionamos anteriormente, la nueva administración en el Ministerio de Salud ha manifestado su interés por desarrollar extensión de horario en todas las áreas del país, más aquellas donde hay botones poblacionales con mayores riesgos.

La iniciativa no es tener abiertos más cuartos de urgencias si no es mantener los centros de atención primarios más horas durante el día y que se extienda la misma atención que se brinda en la mañana, con controles de salud de medicina general, enfermería, odontología y otros. Consideramos que debemos empezar con cuatro horas, o sea hasta las siete de la noche e ir evaluando y monitoreando el comportamiento de los usuarios, analizar la estadística, hacer los cambios necesarios, para entonces aumentar las horas de la extensión de horario, por lo menos a las once de la noche

Se debe considerar los siguientes servicios:

- ✓ Medicina general
- ✓ Odontología
- ✓ Enfermería
- ✓ Trabajo social
- ✓ Promoción

- ✓ DEPA
- ✓ Saneamiento Ambiental
- ✓ Vectores
- ✓ Farmacia
- ✓ Laboratorio
- ✓ Colposcopia
- ✓ Especialidades que se amerite (Ginecología, Pediatría, Cirugía, Urología)

En cuanto a las giras médicas y las jornadas de atención primaria ambulatoria consideramos que las mismas deben ir enfocadas a la promoción y prevención más que a la parte curativa, claro sin dejar de atender los casos que se presente de urgencias o de morbilidad. En los casos que se cuenten con los carros quirúrgicos, se deben destinar a resolver cirugías menores a aquellas personas que por su nivel adquisitivo no pueden costear dicha cirugía, de igual manera debe ser cuando se cuenten con los carros diagnósticos.

Para mayor alcance de las giras a lugares apartados debe participar por lo menos el equipo primario (medico, enfermera, odontólogo, farmacia laboratorio) y así poder realizar controles de crecimiento y desarrollo, colocar vacunas, control odontológico, de igual manera evaluaciones por trabajo social, salud mental, nutrición y otros, garantizando una atención integral, ofreciendo soluciones inmediatas y a mediano plazo

También consideramos que el departamento de promoción de la Salud, vectores, saneamiento ambiental, control de alimentos etc., pueden contribuir a capacitar a la gente en su autocuidado, cuidado de su familia y cuidado del ambiente

Definitivamente el poder disminuir las oportunidades perdidas en la captación de los pacientes que acuden a nosotros solo por morbilidad y no por control de salud son una opción, de hecho la utilizamos en todos los departamentos que son puerta de entrada a nuestros pacientes, ya nuestro personal esta sensibilizado que cuando el paciente llega a su departamento refiera al paciente donde se requiera completar sus controles de salud anuales .Por ejemplo si el paciente llega a vacunarse y la enfermera detecta que en lo que va del año no ha sido atendido por odontología, ésta lo refiere para que saque su cupo o cita con el odontólogo.

Para verificar que la estrategia de extensión de cobertura sea efectiva y cónsona con la planificación de la red fija se presentan la programación de las giras a las diferentes comunidades seleccionadas, como también la producción mensual para el logro de los indicadores pactados; también se realiza supervisión bimensual por parte del departamento Regional de Provisión de Servicios. Esta articulación es necesaria para que la red fija maneje todos los aspectos de la atención brindada por la red itinerante y así no duplicar los recursos que están asignados a esa tarea
No podemos decir lo mismo con los datos estadísticos del sector privado ni de la CSS, que por las leyes vigentes prohíben brindar ciertas colaboraciones con el Ministerio de Salud

Lo ideal sería contar con un sistema unificado que brinde la información confiable fidedigna de los datos generales y específicos del paciente, para que tanto la CSS, sector privado y MINSA maneje información valiosa que se genera en cada lado donde se atiende el paciente

CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL, REGIONAL y PROYECCIONES

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO

**Cuadro No. 11
MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD**

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

FUENTE(S):

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

En nuestra región se ejerce el rol de rectoría de la autoridad sanitaria a través de los departamentos de Epidemiología, DEPA, Vectores, Saneamiento ambiental mediante las inspecciones, el cumplimiento de la normativa, la vigilancia epidemiológica regional. En algunos aspectos consideramos que tenemos debilidades en el cumplimiento del rol de rectoría, como la poca coordinación de los subsistemas de información existentes extra institucional públicos y privados entre también, falta de planificación conjunta con todas las instituciones prestadoras de salud.

De las once funciones esenciales de Salud, no se cumple con la investigación en salud pública, tenemos debilidad en la capacitación del RRHH, la seguridad de la calidad en los servicios de salud, como también en la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud, en resto de las funciones si se cumplen. Todas estas funciones se cumplen con el desarrollo de los programas y cumplimiento de las normas que rigen a nuestra institución.

Misión MINSA

Garantizar a toda la población, con enfoque de género, el acceso a la atención integral, a través de servicios públicos de salud, humanizados en todos sus niveles de intervención, basados en la estrategia de atención primaria, y el desarrollo de las funciones de rectoría, gestión y transformación, privilegiando la equidad, la eficiencia y la calidad con calidez durante la atención, asegurando los procesos de transparencia en el uso de los recursos y el desarrollo de las actuaciones en salud con la participación ciudadana, en la construcción de las condiciones necesarias para la producción social de la salud

VISION MINSA

“CAMBIO EN LA SALUD UN COMPROMISO DE TODOS DE TODOS”.

MISION CSS Proveer servicios de salud y prestaciones económicas eficientes, oportunas, seguras y de calidad, con recurso humano altamente calificado y comprometido, que garanticen la protección y seguridad social a los asegurados con transparencia y rendición de cuenta

VISION CSS

Ser la institución líder de la seguridad social panameña, comprometida con una atención de calidad, transparente, sostenible y solidaria a los asegurados.

En algunas regiones es necesario cambiar el ordenamiento político administrativo existentes, es decir, crear nuevas dependencias o modificar las existentes Creemos que la estructura en la cual nos hemos manejado de Región es funcional y no es necesario crear nuevas dependencias, si pensamos que hay que reforzar las ya existentes dándole mayor autonomía, descentralizando más sus presupuestos y dotándolos de mayores recursos, tomando en cuenta sus necesidades reales.

- Gestionar la prestación de los servicios de atención médica, urgencias, hospitalización, cirugías, consulta externa y diagnóstico, así como los diversos procesos ambulatorios y otros que deban proveerse a la población.
- Diligenciar la adecuada producción científica e intelectual, a través de acuerdos que se suscriben con entidades formadoras de nivel superior y/o de investigación, para el desarrollo de los programas de docencia, servicio e investigación.
- Supervisar los mecanismos para asegurar la adecuada organización, programación, ejecución y control de las actividades que se realicen, a fin de cumplir con una atención integral a la población que requiere de los servicios de salud.
- Garantizar que la utilización de los recursos financieros y las prestaciones de servicios se realicen de conformidad con los principios establecidos en la ley.
- Velar para que se conserven y protejan las instalaciones del hospital y su patrimonio.

Su vínculo con las autoridades regionales y nacionales sería de manera expedita y si bien es cierto se es tomador de decisión, también muchas de estas son discutidas con niveles jerárquicos en beneficio de la población objetivo

El Ministerio de Salud, como ente rector del Sector Salud, lidera y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce sus potestades de autoridad sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población. Organizativamente se divide en tres niveles de gestión: Nivel Central, Regional y Local.

Nivel Central: Constituye el nivel político-estratégico y técnico-normativo de la institución. Este nivel lo conforman los despachos del Ministro de Salud, los Viceministros de Salud, Deportes y Desarrollo Social y la Dirección General de Salud, la Auditoría interna, la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud y la Dirección de Asuntos Jurídicos como unidades asesoras, tres divisiones con sus direcciones técnicas y los entes adscritos al Ministerio.

Nivel Regional: Su función principal es la de dirigir y conducir, en el ámbito regional, los esfuerzos de los actores involucrados en la producción social de la salud, además de garantizar que las actividades, establecimientos, productos y equipos cumplan con la normativa y regulaciones vigentes, para mejorar los niveles de salud de la población.

Nivel Local: Constituye el nivel político-operativo de la institución para la ejecución de las funciones rectoras y de provisión de servicios de salud

En la actualidad la coordinación con la CSS es principalmente a nivel nacional ya que las leyes propias de la caja impiden en muchas ocasiones que los niveles Regionales y locales coordinen acciones para optimizar los recursos existentes. En los últimos 10 años se ha estado evaluando desarrollar en el país las RISS (redes integradas de servicios de Salud) y hemos participado en diferentes procesos guiados por OPS (Organización Panamericana de Salud) y en su momento

logramos analizar la situación de la región con nuestros homólogos de la CSS, pudiendo realizar colaboraciones muy interesantes en beneficio de la población, como asignación de citas, cupos, agilización en resultados, intercambio de medicamentos etc.

Pensamos que la coordinación se debe dar a todos los niveles, puesto que hay acciones propias de cada esfera (nacional, regional y/o local), y a veces situaciones que se pueden resolver con una llamada local, no se pueden solucionar por los trámites burocráticos que tienen ambas instituciones, aunque sentimos que son mayores de parte de la CSS.

Debe haber nexos desde el levantamiento del diagnóstico regional, elaboración de un plan estratégico, y ejecución de dicho plan con el consiguiente monitoreo y evaluación.

Para poder trabajar coordinadamente con la CSS debemos identificar las debilidades y fortalezas de cada institución para así, potenciar las fortalezas de cada uno y minimizar las debilidades existentes

Las fortalezas y debilidades de la organización y funcionamiento regional son:

FORTALEZAS existencia de estructura organizativa administrativa, El conocimiento de las políticas de salud, existencia de recurso humano capacitado, con deseos de superación personal. La existencia de normas de atención a la población y al ambiente.

DEBILIDADES: centralización y burocratización de los recursos conllevando a retraso en el abastecimiento de insumos, de igual forma limitando la ejecución presupuestaria, todo esto nos lleva a una pobre asignación presupuestaria regional para la sostenibilidad. Escasa asignación de recurso humano y equipo. Ausencia de un plan de mantenimiento y monitoreo

Las consideraciones para funcionar como una Región obedecen a las políticas de salud ya que abarcan las necesidades regionales, puesto que fueron elaboradas tomando todos los aspectos culturales, sociales, políticos y técnicos con lo cual nuestra región funciona. Se aplican con cada una de las acciones que se desprenden del ámbito laboral ya sea administrativo o técnico. A pesar que hemos difundido las políticas de Salud vigentes, muchos de nuestros colaboradores desconocen que su diario vivir en su ambiente de trabajo obedecen a las Políticas de Salud.

Son 9 políticas distribuidas en 3 ejes con 39 objetivos estratégicos y 125 líneas de acción cimentadas en 11 Funciones Esenciales de Salud

La planificación operativa guarda relación directa con las política, objetivos estratégicos y línea de acción puesto que esta planificación va acorde al desarrollo de los programas y actividades de cada región. Con la herramienta del SIMEPLANS

esto es lo que se está buscando realizar Planes Operativos ligados al presupuesto y en un futuro tener Presupuestos por Producción.

En este momento en el SIMEPLANS se está introduciendo las evidencias de las actividades elaboradas en el año 2024 y se está programando las actividades del 2025 utilizando las adecuaciones que ha sufrido la herramienta con el propósito de poner más orden a los procesos, asignando roles, como el de responsable y supervisor con las consiguientes responsabilidades.

Seguimos sintiendo la necesidad de unificar criterios a la hora de formular puesto que al ver la evaluación nos percatamos que cada quien considera aspectos diferentes. La herramienta ha mejorado su accesibilidad con respecto al ASIS anterior.

El nivel central incide directamente en el desempeño del nivel regional, depende mucho de la autoridad máxima que este en el momento, hay algunos que le dan libertad a los directores regionales de decidir la mayoría de las acciones en la provincia, pero hay otros que solicitan que todas las acciones deben llevar visto bueno de la sede ministerial. Los puntos críticos son muchos incluyendo desde el trámite de las vacaciones, como el asignar según necesidad el recurso humano contratado, como también la burocracia y centralización de las compras requerida para el abastecimiento de insumos médico-quirúrgicos como el de almacén general. Consideramos que los nudos pueden transformarse, si el nivel nacional toma más en cuenta los criterios técnicos de los niveles regionales y locales, asignando personas con idoneidad en los puestos administrativos, eliminando trámites burocráticos para la compra y eliminando un poco las compras centralizadas, dejando solamente las que realmente lo ameriten.

La toma de decisiones en el nivel regional se hacen la mayoría del tiempo con la experiencia y el criterio de los coordinadores regionales, apoyados con la epidemiología propia de la región, el desarrollo demográfico y la información estadística que nuestro sistema nos permite obtener.

Las funciones de Supervisión, evaluación y control de la Provisión de los Servicios de Salud al Sector Público (Ministerio de Salud) son ejercidas por la jefa Regional de Provisión de Servicios de Salud, en coordinación con los jefes Regionales de cada disciplina (Nutrición, Laboratorio, Salud Bucal, Imagenología, Médico Quirúrgico, Farmacia).

En el Sector Privado Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los Servicios de salud, en lo que corresponde a Laboratorio Clínico son coordinadas a través de la Dirección General de Salud y de la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas (Farmacia).

Las precitadas funciones (Nivel Regional) se ejercen a través de Visitas a las diferentes instalaciones, Solicitud de Informes, Reuniones periódicas de Coordinación.

El departamento de planificación es el responsable de análisis, seguimiento de las políticas de salud, planificación y coordinación en la región, pero está conformado por solo una persona, consideramos que debe conformarse un departamento como tal, para cumplir mejor el rol de coordinación y monitoreo

En nuestra región tenemos 2 hospitales regionales, 3 MINSA CAPSI, 1 hospital rural, 11 centros de salud y 22 Sub Centros, en los cuales se ha instalado la Red de Internet en el 90% para utilizar el expediente electrónico no así para tener la posibilidad de buscar información ni manejar un correo electrónico. Es evidente que hemos mejorado al contar con lo que tenemos, pero es necesario modernizar más a nuestras unidades prestadoras de servicio para beneficio de los usuarios internos y externos.

En cuanto a la sistematización de los inventarios: estos no están articulados a través de ninguna plataforma ni red, en los niveles locales se hacen manual aun y en el nivel regional si esta modernizado a través de la herramienta SALMI que esperamos llegue al nivel más básico de la red y contribuya al buen uso de medicamentos e insumos y a tomar decisiones oportunas para el mejor aprovechamiento y disminuir la lista de vencidos que le cuesta millones de dólares al estado y el estado somos todos.

INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

PLANIFICACION REGIONAL Y PROGRAMACION LOCAL

En el Ministerio de Salud el departamento de Planificación es el encargado de orquestrar cada cinco años aproximadamente el desarrollo de los Análisis de Situación de salud de cada región. La última actualización se hizo 2017, y ahora lo estamos haciendo. Para eso hemos visitado a la gobernación y aparte de la junta técnica para intercambiar información, estadística de cada ministerio o direcciones para nutrir con información valiosa nuestro análisis de situación. Hemos recibido información de algunas pocas otras no han hecho llegar lo propio.

De igual manera los coordinadores regionales contribuyen a actualizar los datos, según sea el alcance de las actividades que cada departamento ejecuta Siempre se convoca a las coordinaciones para que participen en los Análisis o diagnóstico, también en las posibles soluciones de problemas encontrados y por supuesto, dar sus aportes para los planes operativos como también contribuyen al monitoreo y evaluación de las acciones. Los niveles locales también contribuyen al desarrollo de los planes operativos.

En ese sentido se debería desarrollar el mismo ejercicio de planificación junto con la CSS, pero esto es bastante difícil puesto que sus leyes son claras y no permiten realizar cualquier tipo de colaboraciones. Para la actualización de este ASIS fueron convocados.

Los únicos procesos que se planifican en conjunto son: la cobertura de vacunación, y la de los turnos extra que ellos cubren en nuestras instalaciones. Las actuales directrices apuntan a que tendremos más planificación en conjunto en beneficio de la población asegurada y no asegurada.

El mejor ejemplo de programación conjunta MINSA-CSS son las vacunas. Como es conocido el Ministerio de Salud es la única entidad que puede por ley comprar o hacer trámites con las vacunas, por lo que también es el responsable de la distribución, del asesoramiento, monitoreo y evaluación de la aplicación de las vacunas. Una vez el ministerio regional le entrega las vacunas cada institución elabora su programación y al final de cada semana la CSS rinde informe a las enfermeras del ministerio y estas consolidan la información y la remiten a la SEDE.

Para decir que la población participa en la solución de sus problemas hay que darle participación desde el diagnóstico de salud de su comunidad búsqueda de fortalezas y debilidades para entonces desarrollar actividades que redunden en mejorar la situación de salud de cada comunidad. Aunque en los últimos años se ha dado participación a los grupos formados de cada unidad esto no representa del todo a la comunidad puesto que hay personas que no van a los centros de salud y no se refleja su sentir en la toma de decisiones. Debemos involucrar a otros grupos y fuerzas de la comunidad tales como clubes deportivos, comité católico, padres de familia etc. Tradicionalmente la población participa poco en el proceso de planificación sanitaria, solo lo hacen en el desarrollo de planes elaborados por el nivel central, regional o local.

Dentro de la planificación está la parte de monitoreo y evaluación de las metas establecidas, y para esto se elaboran planes operativos anuales (POA), con sus actividades, objetivos, indicadores de insumo, procesos y resultados. En los últimos años en el ministerio de salud se adoptó una herramienta cuyo origen fue en COMISCA (Consejo de ministros de Salud de Centroamérica) cuya sigla es SIMEPLANS donde se suben los planes operativos por unidad y ahí mismo se realizan los monitoreo y evaluaciones. La herramienta ha sido mejorada tratando que sea más amigable y que realmente pueda medir el desempeño por unidades o departamento. No se logra plasmar ni evaluar la parte económica puesto que es muy difícil ponerles costo a las actividades y aún peor evidenciar el gasto de las mismas

El ministerio apunta a evaluar presupuestos por resultados, para esto se han hecho las adecuaciones pertinentes. Cuando se asignen presupuesto por programas o por coordinaciones estaremos listos para realmente medir la inversión con los resultados que se obtienen de las actividades.

En el departamento de Salud de la población se hacen cada 6 meses cohortes para la evaluación de los programas. A estas evaluaciones son invitados los coordinadores que tienen que ver con los programas evaluados, se promueve

una discusión que al final nutre el plan para poder mejorar, según hallazgos encontrados.

Cuando se dan las evaluaciones de los indicadores de resultados se convoca a cada unidad distrital para que presente sus resultados y se crea una discusión de cada caso que nutre al resto de los participantes para tomar medidas correctivas. Debemos trabajar para que exista una evaluación sistematizada que este a la disposición de cada equipo y de los tomadores de decisiones

Hay que mencionar que los planes operativos como los planes quinquenales deben aportar insumos para el cumplimiento de las políticas de salud que estén vigente, las actuales son 2016-2015 y también deben ir alineados a los planes de gobierno. Hay otros acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo Social, acuerdos donde Panamá es signatario con los cuales debemos cumplir. En cuanto los planes quinquenales, se trata de organizar las necesidades, distribuir las a través de cinco años dando prioridad a las más relevantes, o sea que se ejecutaran en los años siguiente luego se da importancia relativa a las que son importantes pero urgentes y finalmente a las que hay que hacer, pero pueden esperar.

En las regiones de salud poco se hacen planes operativos con otras entidades gubernamentales ni tampoco con la CSS. Cada ministerio hace su programación, sus planes operativos y en ocasiones coinciden con los nuestros por eso sería importante lograr desarrollar un solo plan y que cada ministerio, dirección o entidad aporte sus conocimientos y así optimizar recurso, todo esto claro está sin inmiscuirse uno en el campo de otro, pero si haciendo colaboraciones que faciliten el cumplimiento de los planes.

Hay departamento que hacen sus estimaciones de consumo anual, pero no tienen bajo sus competencias ejecutar los planes, tales como lo es en médico quirúrgico, farmacia y laboratorio clínico, donde es el nivel nacional quienes deciden que comprar y distribuye a los niveles regionales.

Muchas veces lo recibido no coincide con las prioridades de cada región, lo que conlleva a desabastecimiento, inconformidad de la población

PRESUPUESTACION POR PRODUCTO Y RESULTADO

Los presupuestos en el Ministerio de Salud han sido solicitados y asignados históricamente, no se asignan basados a la producción o resultados. Son presupuestos que las unidades solicitan según su ejecución del año anterior, haciendo incrementos para poder dar respuestas a renglones de mantenimiento y/o a la compra de equipo.

Aunque los presupuestos nunca serán suficientes, consideramos que deben calcularse atendiendo a las necesidades de cada región, no es lo mismo un área donde se tenga que transportar en lancha o a caballo que otra región donde no existen lugares de difícil acceso y que se llega a todos los rincones en carro.

Todo apunta a que se deben monitorear más la ejecución de presupuesto y que se deben rendir informes, para poder obtener los resultados esperados. Por eso como ocurre en la actualidad, los presupuestos deben ir ligados a los Planes Operativos Anual (POA), para garantizar que se contribuyen al desarrollo de las políticas, planes de estado y de gobiernos.

En la actualidad los presupuestos recibidos no están asignados a programas que sería lo ideal para medir la actividad realizada y saber cuánto nos cuesta, en su defecto el presupuesto actual está asignado por objeto de gasto, que es un bolsón donde cada quien pide y que no necesariamente alcanza para todos. Por otro lado, nuestras plataformas tampoco tienen la capacidad para decirnos cuánto se gasta en cada actividad o programa.

La división administrativa de la región está dada por los distritos de salud y por los hospitales. En las oficinas regionales se trabaja en conjunto con los directores y administradores regionales en la elaboración de su presupuesto como también en la ejecución del mismo y en ocasiones apoyando en algunos rubros con transferencias de partidas. Los hospitales son más autónomos solo consultan si es necesario con el departamento de presupuesto regional o directamente con fianzas de la sede ministerial.

En el 2009 dentro de los planes de modernización de las entidades gubernamentales se incluyó al hospital Joaquín Pablo Franco de Las Tablas para adoptar la modalidad de Convenio de Gestión, tuvo sus primeros pasos, pero luego se desintegro.

Consideramos que si se desarrolla este sistema con apoyo de las autoridades locales y la comunidad se lograría encaminar a las instalaciones a ser más modernas, con mejores instalaciones y equipos, para la comodidad de funcionarios y pacientes, brindando servicios eficientes y de calidad.

¿Considera usted que reactivar los convenios de gestión son una alternativa para la elaboración del presupuesto por resultados y su evaluación? ¿Qué tipo de convenio sería el más conveniente?

Consideramos que si se ejecuta tal como debe ser, si creemos que sea una buena alternativa, pero a pesar de estar en convenios de gestión, aún se sigue centralizando las cosas y se limita el libre actuar de los directivos. no se realiza evaluación de presupuestos como debe ser y los resultados no son evaluados.

El presupuesto Regional en forma global en los últimos años ha tendido al aumento hasta en un 40% de un año para otro y como hemos mencionado anteriormente no está asignado por departamento o por programa. El sistema no está en la capacidad de decirnos cuánto se ha aumentado en Salud Pública.

INCENTIVOS

Existe en el sistema de salud un Bono de productividad que se entrega a todos los funcionarios permanentes o por contrato, ya sea técnico o administrativo. El mismo es entregado a todos los que hayan tenido una evaluación favorable en el mes de diciembre de cada año. Pero programa estructurado de incentivos por desempeño no existe

Consideramos que este bono no responde a verdaderos criterios de desempeño. Vemos que algunos más que otros son más específicos quedando por ejemplo el formato de evaluación médica muy cerrado donde no da opción a calificar muchos aspectos propios de la atención creemos deben ser revisado y ser más pertinentes

Este año se nos ha pagado el décimo tercer mes tal como dice la ley, con un aumento significativo de lo que se paga.

El bono se ha introducido a las siguientes categorías:

- Servidores de carrera administrativa
- Servidores en periodo de prueba y ascenso
- Servidores con interinidad
- Servidores eventuales que ejerzan puestos definidos
- Personal Técnico

Estos incentivos otorgados no tienen que ver con la productividad en algunos casos si tienen que ver con la antigüedad (médicos). El requisito principal exigido para tener derecho al bono es ser empleado en planilla permanente o de contrato con un año de haber empezado a trabajar

En las organizaciones modernas se considera que un sistema de incentivo bien estructurado impactaría positivamente el costo-beneficio y costo-efectividad en los servicios de salud puesto, se ha visto en países de Europa y norte América el mantener este tipo de premio o incentivo no solo en resultados grupal sino individual, disminuye el ausentismo, hay mayor compromiso en las labores, hay mayor aceptación a laborar horas extras, mejora las relaciones interpersonales y sobre todo, aumenta la productividad de la empresa y la satisfacción del cliente interno y externo.

Hay que resaltar que no solo se incentiva con remuneración económica, lo podemos hacer a través de reconocimientos, pergaminos, capacitaciones, promoción de puestos etc.

SISTEMA DE ABASTECIMIENTO Y SUMINISTRO

Al hablar de las especificaciones técnicas por Insumo Sanitario que se determinan tomando como referencia la ficha técnica del medicamento, el cual a su vez

considera el Registro Sanitario (Medicamentos). Estas especificaciones técnicas están comprendidas en los Cuadernillos / Catálogos de Medicamentos, y generalmente se determinan en el Nivel Nacional. Para esto existe un inventario de insumo sanitario

Componentes principales: Existencias, Consumos, Pérdidas por deterioro o vencimiento, meses de existencia disponible.

- Mensualmente el Depósito Regional realiza inventario interno de todos los insumos que custodia, verificando que las existencias coincidan con los registros manuales (tarjetero ciego, Kardex oficial) y los registros electrónicos (SALMI), se consignan las fechas de vencimiento.
- Al finalizar el mes, se rebajan los medicamentos que expiran, con la documentación correspondiente de respaldo.
- Se evalúa el inventario existente y los consumos promedios de cada producto para obtener los meses de existencia disponible, para luego determinar, según fechas de vencimiento, lo que se puede poner a disposición de otra instalación/ Región.
- Esta información ya la podemos obtener del SALMI, sin necesidad de realizar cálculos manuales.
- Los renglones AGOTADOS de prioridad, se comunican al nivel correspondiente

El Almacén Nacional asigna cantidades (compra centralizada) a la Región.

Según calendario de despacho, de manera trimestral se reciben las solicitudes de cada unidad, y según consumo proporcionado por la instalación, y dependiendo de las existencias disponibles, se procede con despachos para tres meses. El Depósito Regional también procesa Pedidos de Reposición o de Urgencia.

Igualmente, cuando un renglón se recibe fuera del calendario de despacho, se procede a su distribución a todas las unidades.

Se realizan revisiones a los procedimientos con cierta regularidad, intentando hacer ajustes que garanticen el Acceso a los medicamentos. En la actualidad no se hacen compras regionales situación que en ocasiones se nos asigna medicamentos que no necesitamos. La Compra conjunta es centralizada, las Regiones solo proporcionamos cantidades requeridas de cada renglón. La sede se encarga del trámite correspondiente



Mensualmente se realizan Inventarios internos a Nivel de los Depósitos Regionales, en los Hospitales y resto de las instalaciones. La intención es confrontar lo Inventariado, con el Kardex y los Saldos en SALMI, Se verifica las Vigencia de los Insumos. SALMI arroja una alerta cada vez que se acceda al programa indicando los

medicamentos que vencen en el mes en curso.

Se determinan los Meses de Existencia Disponible, y aquellos renglones que no se logran usar/rotar se ponen a disposición de otras Regiones / Instalaciones.

De existir discrepancias entre el Inventario y los Registros (Kardex y SALMI, existencia física), se realiza nuevo conteo, se buscan de manera inmediata los documentos recién tramitados, y de ser necesario se verifica en aquellas instalaciones a las que se les despacho Insumos.

En los últimos años, sólo se ha llegado hasta la Confección de la Actas de Desecho. Ante las disposiciones establecidas en el decreto ejecutivo No. 249 (de tres de junio de 2008), Que dicta las normas sanitarias en materia de disposición final de los desechos farmacéuticos y químicos.

El mayor volumen de vencidos corresponde a Insumos procedentes del Almacén Nacional de Insumos Sanitarios, por lo que le compete a esta instancia comunicar la lista de productos por empresa para que se proceda con el retiro de los mismos. Este paso no es tan expedito como quisiéramos (retiro por parte del Almacén Nacional que es nuestro proveedor), por lo que el volumen de vencidos es importante.

A la fecha se está en el proceso de verificación de vencidos, tanto en los niveles locales como en el Depósito Regional de Medicamentos, a fin de poder sustentar los requerimientos financieros para concretar el trámite.

A través de la Red de Distribución, el Sistema de Abastecimiento y Suministro se genera en el Nivel Central, pues es a través del Almacén Nacional de Insumos Sanitarios (ANIS) que la Institución maneja el porcentaje más representativo de Medicamentos que son requeridos por las Regiones (Anteproyecto de Presupuesto) A medida que los insumos se reciben en el ANIS, le corresponde al Nivel Regional programar el retiro (asignaciones en base a lo presupuestado y/o disponibilidad

presupuestaria.). Un número puntual de renglones se reciben en sitio, por parte del distribuidor.

En cuanto al Nivel Regional (Depósito de Medicamentos), en la Cadena de Abastecimiento, le corresponde la Distribución de Insumos a cada una de las Instalaciones que componen nuestra red. Trabaja con un Calendario de Distribución / Despacho de Pedidos. El periodo de abastecimiento es de 3 meses, y los insumos despachados, generalmente corresponden a los solicitados por cada instalación en su Anteproyecto de Presupuesto.

Entre las limitantes que se identifican en cada uno de los niveles:

Nacional:

El Abastecimiento no siempre es constante para con la Región, conociendo que esto puede depender de la entrega por parte de los Distribuidores, la disponibilidad de transporte, etc., no obstante, esto se traduce en recepción tardía con vigencias mucho más cortas.

El transporte de los insumos no siempre se ajusta a las condiciones de Almacenamiento señalado por el fabricante.

Regional:

Al ser el custodio de todos los Insumos de la Región, se confrontan problemas de espacio, y puesto que nuestro Sistema de Distribución es por Requisición, en ocasiones los Niveles Locales NO solicitan los Insumos considerados en sus Presupuestos

No se dispone de suficiente recurso humano (Técnico en Farmacia y Almacenista), lo que retrasa el proceso de Despacho y Entrega.

A pesar de disponer de SALMI, se mantiene la obligatoriedad del Registro de Entrada, Salida y Saldo de Insumos a través del Kardex. No disponemos de Vehículo exclusivo para la distribución de los Insumos.

No contamos con un área que cumpla con los Requisitos mínimos para funcionar como un Depósito de Medicamentos. No tenemos regente farmacéutico ni licencia de operaciones.

Otra manera de obtener medicamentos sería la coordinación MINSa-CSS sin embargo esta no se da. Generalmente es el MINSa el que recurre a las Instalaciones de CSS para pedir apoyos y/o préstamos en situaciones muy específicas, recibiendo respuesta sobre todo del Hospital de CSS en la Provincia de Herrera (El apoyo es recíproco con esta instalación y de ésta con nuestros Hospitales Urbanos).

Los movimientos de medicamentos entre el Depósito Regional y las Policlínicas (Las Tablas y Los Santos), son limitados.

Problemas que se destacan:

La Caja de Seguro Social sostiene que no está obligada a acceder a una solicitud de transferencia de insumos por parte del MINSa, pues tienen primero que

garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para el buen funcionamiento de sus instalaciones. (Circular DENSYPS.UdeCoS-No.288-13 de 3 de octubre de 2013).

Entre los acuerdos Regionales que pudiesen considerarse para mejorar el abastecimiento está el préstamo de Insumos de Instalación a Instalación

MEDICAMENTOS

A la fecha se sigue involucrando al nivel local en la planificación de sus necesidades, se les recomienda revisar las principales causas de morbi-mortalidad o sea perfil epidemiológico propio de su área. De preferencia se utilizan datos Logísticos, específicamente en base a información de consumo /distribución que maneja la Instalación (lapso mínimo de 12 meses)

También se hacen las consultas respectivas a los programas (planificación familiar, salud escolar, tuberculosis, cuidados paliativos, tabaco, etc.)

Se les solicita a cada Nivel Local su inventario actualizado, con las respectivas fechas de vencimiento.

A nivel Regional se consolidan las Necesidades de todas las Instalaciones, así como toda la Información relacionada con existencia, consumo y vigencia de los productos.

Se considera el Inventario del cual dispone el depósito regional de medicamentos y el alcance de esas existencias (hasta que periodo estamos abastecidos), se investigan cuáles son los renglones que están por recibirse (tránsito en el almacén nacional de insumos sanitarios).

Se hace la sumatoria de todas las necesidades, de las existencias disponibles en todos los niveles de la red, se considera la información con lo que se está por recibir. Procedemos, en base a las existencias y consumos reportados, a definir los meses de existencia disponibles. Se determinan necesidades para el siguiente año. Se toman en cuenta extensiones de horario, oferta de nuevos servicios.

El Nivel local (donde no hay SALMI) utiliza formato de registro diario (aquí se consignan las cantidades de cada medicamento que sale contra receta u otro documento sustentatorio), al final de mes se totaliza, y luego se consolida el año.

En las instalaciones donde se dispone de SALMI, el programa genera Información promedio de consumo

No se cuenta con área propia destinada a depósito / almacén. Se trabaja en un área asignada temporalmente. (se desconoce por cuanto tiempo).

Hace 15 años se hizo el abordaje a nivel central, con la finalidad de sustentar la necesidad de almacenes en regiones en donde la dirección nacional de Farmacia y Drogas, no había dado el aval para su funcionamiento. El depósito regional de Los Santos era uno, sin embargo, se ha retroalimentado, reiteradamente a las autoridades de información sobre las limitaciones y los requerimientos básicos que debe cumplir el almacén para su buen funcionamiento.

A la fecha seguimos funcionando en un espacio perteneciente al Hospital Regional Anita Moreno (psiquiatría)

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

En lo que a Insumos se refiere el Sistema de Información para la administración logística (que considera el aspecto de Inventarios), utiliza como apoyo el software SALMI, el cual suministra Información confiable y oportuna de los movimientos y existencias

No se dispone de una plataforma informática que contenga todos los parámetros a excepción de los sistemas informáticos ya mencionados: SIES, PAI y SEIS. Los reportes de estos 3 sistemas informáticos estandarizados, pero no unificados entre sí sumado a la información disponible en matrices de Excel y archivos de Word de los otros departamentos, permite la toma de decisiones a nivel regional y local. De acuerdo a las necesidades de información se hacen las solicitudes de adecuaciones al sistema aptos a las necesidades o demandas locales o regionales que definan los procesos identificados en los diferentes departamentos involucrados en el sistema con el fin de dar respuesta oportuna y confiable.

Tanto el nivel local como el regional utilizan la información para anteproyecto de presupuesto básicamente, y para responder a las medidas de prevención y control en caso de observar algún tipo de brote,

El diagnóstico regional apoyado por los informes obtenidos por los sistemas de información definitivamente es de suma importancia para los planes operativos y la asignación del presupuesto

Tanto la información de programas como la hospitalaria se procesa por centros de producción en REGES. Se utiliza más que todo para formulación de presupuesto, pero no de forma rutinaria para ajustar las necesidades

El sistema de información del MINSA es único. Tiene los componentes ya mencionados: programas de salud, vigilancia, producción de los diferentes servicios tanto en atención primaria como hospitalaria, salud ambiental.

Para evaluar la calidad de la información solo se utiliza el sistema de auditoría de expedientes de manera formal. Es realizada por un equipo regional que apoya a un grupo local en la revisión de una muestra de los expedientes. No se aplica auditoría informática.

CATASTRO

Cuadro No. 12

NUMERO DE CAMAS POR INSTALACION /NUMERO DE CAMAS POR HABITANTE

Nombre de la Instalación	Institución/No. de camas	
	Total	MINSA
No. Total de camas	355	355
• Hospital Regional Anita Moreno	232	232
• Hospital Dr. Joaquín Pablo Franco Sayas	78	78
• Hospital Rural Luis H. Moreno	23	23
• Hospital Rural de Tonosi	22	22
• MINSA CAPSI Macaracas		
No. de servicios de imagenología		
• No. De Ultrasonidos		2
• No. De Rayos X		5
• No. De Panorex		
• No. De Periapical		
• No. De CAT		2
• No. De Mamógrafos		5
• No. De Equipos de resonancias magnéticas		0
No. de Laboratorios Clínicos		10
No. de Bancos de Sangre		2
No. de Farmacias		33
No. de Sillones Dentales Completos		26
Incompletos		23
		3

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

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

La disponibilidad de cama se ha mantenido a través de los años con excepción del Hospital Regional Anita Moreno donde con la nueva construcción ha aumentado. Los mamografías en este momento son más, operando todos con falta mano de obra. En la actualidad hay dos bancos de sangre, con la apertura del banco de sangre en el Anita Moreno.

COMPENSACION DE COSTOS

Sí existen convenios de compensación de costos con la CSS en la región y en los hospitales. Dichos convenios contienen una cartera de servicios de salud y costos convenidos para la separación y compensación. Actualmente en la región sólo contamos con el convenio DENL – 2018-2020 y es el que estamos utilizando.

Una vez la unidad de costos recibe la información por parte de la unidad de estadística, la clasifica y revisa a fin de asegurar la fiabilidad de la misma. De estar todo en orden, la unidad de costos registra la información en las plantillas utilizadas para cada tipo de información. Estando dicha información en la computadora, se generan gráficos que permitan visualizar de una manera más rápida el comportamiento de la información.

Existe una relación directa entre los costos, la producción, el rendimiento, los recursos y los resultados. A mayor producción más gastos, mismos recursos y bajos costos. Si los gastos aumentan y la producción se mantiene y los recursos igual, mayor será el costo.

A partir de este análisis el nivel directivo y administrativo podrán tomar decisiones presupuestarias, financieras, de recurso humano, de inversión, de redistribución, de contingencia, entre otras. Costo es la relación de resultados entre las Unidades Monetarias Gastadas y las Unidades de Bienes o Servicios producidos con ese Gasto. Para determinar los costos se toman en cuenta información de recurso humano, infraestructura, bienes patrimoniales, gastos de insumos médicos y generales, gastos de servicios básicos y la producción de cada centro de producción.

La tecnología de punta influye de manera directa en la complejidad de los servicios de salud, ya que con su uso el costo promedio del servicio irá en aumento.

Las tarifas establecidas no responden a los costos reales, y se estiman sobre una base tomada por nivel regional en años anteriores o bien las define el nivel central. Estas deben ajustarse en los centros de Salud, para que cada centro estime sus costos de acuerdo a la realidad.

Nuestro sistema de información no está unificado lo que permite al usuario ir la misma semana atenderse en las instalaciones del MINSA y de la CSS y obtener medicamentos, servicios, exámenes de gabinete etc., encareciendo la atención que se pudo resolver en un sistema coordinado donde no haya que compensar y que el paciente reciba servicios de calidad

FUENTES DE FINANCIACION

El gasto público de sanidad en Panamá creció 122,3 millones en 2021, es decir un 8.12% hasta 3,160,0 millones de dólares, con lo que represento el 21,66% del gasto público total.

Esta cifra supone que el gasto público en sanidad en 2021 alcanzó el 5,38% del PIB, una caída de 0,48 puntos respecto al 2020, cuando el gasto fue el 5,86% del PIB.

En 2021 el gasto publico per cápita en sanidad en Panamá fue de 726 dólares por habitante en 2020 fue de 704 dólares luego se produjo un incremento del gasto público en sanidad por habitante de 3.1% o sea 21.8 dólares por persona. En la actualidad, según su gasto público en sanidad per cápita, Panamá se encuentra en el puesto de 52 de los 192.



El usuario a través de las cuotas que paga en su seguro financia parte de la atención que recibe, a pesar que los costos tienen precios históricos se está haciendo un gran esfuerzo para calcular realmente cuánto cuesta cada servicio. La CSS tiene mejor desarrollado su sistema de compensación mientras que el Ministerio de Salud a través del departamento de Economía de la Salud realiza ingentes diligencias para poder estimar correctamente los costos y gastos en salud.

No se tiene en cuenta la capacidad de pago de los usuarios para fijar el aporte de la atención. Siempre se atiende a todos los pacientes independientemente de si pueden o no pagar.

Los aportes pasan a formar parte del fondo de administración que apoya la gestión.

Se hace evaluación socioeconómica pero no se da seguimiento a los compromisos de pago por lo que suele perderse dinero.

La diferencia entre costos y tarifas no se tiene clara. Las personas pagan una tarifa que no representa los costos reales de la prestación de servicios

Nuestro presupuesto se ve afectado al instalarse los decretos de gratuidad ya que si bien la tarifa dada a los servicios brindados no son acordes con la realidad económica del país, más se ve afectado por prestar servicios gratis. Lo que se cobra es algo simbólico y en muchos casos el paciente no paga aun así reciba la atención. Definitivamente el estado debe subsidiar a la población más vulnerable a los escasos recursos pero que adquieran responsabilidades con respecto a su autocuidado y el cuidado de su entorno y el medio ambiente

Las donaciones a nuestras instalaciones se deberían hacer de acuerdo a las necesidades existentes, para que no se reciba insumos que realmente no se necesitan evitando así tener productos vencidos.

Debe ser regulada por los estamentos del ministerio de salud que tengan que ver con los insumos donados por ejemplos si es medicamentos que sea regulado por las normas de Farmacia y Drogas

Como miembro del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) Panamá participa en diferentes organismos de coordinación en materia de salud: Reunión del Sector Salud de Centro América y Republica Dominicana, Consejo de ministros de Salud de Centro América, Consejo de ministras de la Mujer de Centro América, Consejo Centro Americano de Instituciones de Seguridad Social, y Foro Centroamericano y Republica Dominicana de Agua Potable y Saneamiento. Con la estrategia de la OPS/OMS de cooperación técnica entre países, Panamá ha ejecutado proyectos conjuntos con las naciones de América Central y el Caribe sobre salud mental, rehabilitación, violencia urbana y temas relacionados con el Reglamento Sanitario Internacional. Con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Organismo Internacional de Energía Atómica, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la OPS de Cooperación Sur-Sur y Triangular (51), ejecutó 31 proyectos en el sector salud por un monto aproximado a los 12 millones de balboas

Las tarifas del costo de los servicios no son cónsonas con la realidad, estas se enfocan en facilitar el acceso a los servicios de salud, pero pueden ser mal utilizadas cuando hay personas que acuden una y otra vez solicitando exámenes y laboratorios, puestos que son baratos, saturando muchas veces las consultas e impidiendo su eficiencia.

El Gasto de bolsillo no se logrado conocer por parte porque no contamos con la estadística de las necesidades no satisfechas de nuestros usuarios, como tampoco conocemos el dato del paciente que acude a atención privada luego de haber intentado suplir su necesidad tanto en la CSS como en las instalaciones del MINSA

En los últimos años ha habido aumento en inversión al poner a la vanguardia nuestro sistema de comunicación, tanto mejorando el ancho de banda, servidores e internet en general. Con la implementación del SEIS (expediente electrónico), lugares que jamás pensaríamos que contarán con Internet, hoy día cuentan con conexión para poder comunicarse y prestar servicios eficientes y de calidad.

La tecnología agiliza los procesos y en la CSS y los centros privados también se han desarrollado. Falta integrar toda la información que se genera en todas las instituciones para lograr optimizar los recursos y agilizar la atención en todos los usuarios.

PROYECTOS DE INVERSIÓN

En la Región de Salud de Los Santos en los últimos años ha habido inyección a diversos proyectos de inversión. La principal inversión ha sido la construcción del nuevo Hospital Regional Anita Moreno, que, aunque no está 100% terminado ha venido a solventar una necesidad requerida por la comunidad al demandar instalaciones confortables, funcionales, donde el usuario interno y externo se sientan cómodos, desplazándose por cada área, encontrando respuestas a sus necesidades. La nueva administración que empezó a regir en julio de este año ha destinado 50 millones para la culminación del hospital incluyendo estacionamientos y equipos como un Resonador.

Para poder formular proyectos de inversión es necesario seguir paso a paso las indicaciones que nos dan el departamento de planificación de la sede quienes nos han ido capacitando cada año en las disposiciones que da el MEF para que un proyecto sea elegible.

Se nos hace un poco difícil cuando los proyectos son de altos montos y requieren estudios como el de impacto ambiental o cuando no se cuenta con los terrenos a nombre del Ministerio de Salud. El departamento de Infraestructura de las regiones tiene un papel preponderante en el desarrollo de estos perfiles, pues son los encargados de realizar los cálculos de los costos que van a incurrir en el desarrollo del proyecto.



En la actualidad se están desarrollando dos proyectos de inversión que desde hace 10 años estábamos esperando, el reemplazo del Centro de Salud de Guararé y la ampliación del Centro de Salud de Sabana Grande, ambos en 60% de avance en estos momentos. Con estas ampliaciones se pretende mejorar la oferta de servicios apuntando a la integración (MINSA-CSS) a través de las redes integrales de salud

La construcción del nuevo hospital Regional Anita Moreno ha permitido la instauración de nuevos servicios

como son Urología y Oncología facilitando los tratamientos a la población del área de Azuero. Se ha desarrollado la parte quirúrgica, por el momento con procedimientos menores y apuntando a realizar cirugías mayores.

Hay un gran desafío que es lograr la citada integración con la CSS, ya se han hecho varios intentos para lograrlo y poner en orden la atención de nuestra población, pero

las leyes de la CSS no permiten a los niveles regionales y locales tomar decisiones sin consultar a sus bases lo que obstaculiza el desarrollo de muchas colaboraciones que pretenden mejorar la atención salubrista.

Todas las inversiones tanto de MINSA como de la CSS deberían ser discutidas, consensuadas entre ambas instituciones para el logro y el aprovechamiento de la comunidad y para optimizar los recursos que muchas veces son escasos en los dos lados. No es posible que muchas veces los edificios a pocos metros uno del otro esté realizando las mismas labores a veces a medias por no contar con insumos que al otro le sobran y muchas veces expiran.

Aspiramos a que en los próximos años con las nuevas administraciones se logre por una vez trabajar planificadamente con las colaboraciones necesarias derivando a los pacientes donde se ofrezca el servicio que el otro no tenga y dar soluciones oportunas a los usuarios.

En los últimos años la inversión que sea realizado en la Región ha sido con dinero del presupuesto del propio ministerio de salud, no se ha recibido ayuda ni cooperación internacional, pero estamos dispuesto a solicitar citada ayuda para lograr la construcción de las oficinas regionales, el biológico de vacunas y un necesario almacén tanto de medicamentos, como de insumos generales e insumos de médico-quirúrgico

Dos veces al principio y al final de cada gestión de gobierno se actualiza el plan quinquenal de inversión, va a depender mucho del plan que tenga las autoridades de turno como también el plan de gobierno específicamente del área de la salud. Este plan quinquenal se va evaluando y haciendo adecuaciones al mismo, si no se cumplen se evalúan y si se considera viable se modifican algunas cosas y se vuelven a programar. Los hospitales rurales y los recién construidos MINSA-CAPSI. Así como la culminación de la construcción del Hospital Regional Anita Moreno

